

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



Erhebung der Intensität und klinischen Ergebnisse von Collaborative Care als
komplexe Intervention für Depression in der hausärztlichen Primärversorgung:
Eine systematische Übersichtsarbeit mit narrativer Synthese

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Lukas Kaupe

aus
Villingen-Schwenningen

Jahr
2025

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Jochen Stefan Gensichen
Zweites Gutachten: Prof. Dr. Markus Bühner
Drittes Gutachten: Priv. Doz. Dr. Tobias Rütter

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 18.03.2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
Abstract	9
Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis	13
1 Einleitung	16
1.1 Hintergrund	16
1.1.1 Depression	16
1.1.2 Hausärztliche Primärversorgung	17
1.1.3 Collaborative Care	18
1.2 Rationale	20
1.3 Zielsetzung	20
2 Material und Methoden	22
2.1 Systematische Übersichtsarbeit mit narrativer Synthese	22
2.1.1 Systematische Übersichtsarbeit	22
2.1.2 Narrative Synthese	22
2.2 Randomisierte kontrollierte Studien	22
2.2.1 Individuell randomisierte kontrollierte Studien	22
2.2.2 Cluster-randomisierte kontrollierte Studien	23
2.3 Explorative Voruntersuchung	23
2.4 Studienprotokoll	23
2.5 Studienanforderungen	24
2.6 Literaturrecherche	25
2.6.1 Informationsquellen	25
2.6.2 Suchstrategie	26
2.6.3 Handsuche	28
2.7 Studienselektion	29
2.7.1 Entfernung von Duplikaten	29

2.7.2	Screening von Titeln und Abstracts	29
2.7.3	Beschaffung von Volltexten	29
2.7.4	Screening der Volltexte	30
2.7.5	Datenextraktion	30
2.8	Statistische Methoden	31
2.9	Qualitätsbewertung	32
2.9.1	Erhebung des Verzerrungsrisikos	32
2.9.2	Erhebung der Gewissheit der Evidenz	32
2.10	Datensynthese	34
3	Ergebnisse	36
3.1	Studienselektion	36
3.2	Charakteristika der eingeschlossenen Studien	38
3.3	Qualitätsbewertung	40
3.3.1	Verzerrungsrisiko	40
3.3.2	Gewissheit der Evidenz	42
3.4	Bezugsrahmen	43
3.4.1	Referenzmodell	43
3.4.2	Collaborative Care Intervention Intensity Framework (CCIIF)	44
3.5	Ergebnisse der individuellen Studien	47
3.5.1	CCIIF-Score	47
3.5.2	Therapieergebnis Depression	49
3.6	Ergebnisse der Synthese	53
3.6.1	Synthese der Intensität	53
3.6.2	Synthese der Therapieergebnisse	54
3.7	Analyse der Ergebnisse	55
3.7.1	Zusammenhang zwischen Interventionsintensität und Therapieerfolg	55
3.7.2	Entscheidende Merkmale erfolgreicher CC-Interventionen	56
4	Diskussion	58
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	58
4.1.1	Effektivität von Collaborative Care	58

4.1.2	Collaborative Care Intervention Intensity Framework	58
4.1.3	Einfluss der Intensität von Collaborative-Care-Interventionen	58
4.1.4	Kritische Komponenten von Collaborative Care	58
4.2	Interpretation und Einordnung der Ergebnisse	59
4.2.1	Effektivität von Collaborative Care	59
4.2.2	Collaborative Care Intervention Intensity Framework	60
4.2.3	Einfluss der Intensität von Collaborative-Care-Interventionen	60
4.2.4	Kritische Komponenten von Collaborative Care	61
4.3	Stärken	62
4.3.1	Methodische Stärken	62
4.3.2	Inhaltliche Stärken	63
4.4	Limitationen	64
4.4.1	Methodische Limitationen	64
4.4.2	Inhaltliche Limitationen	65
4.5	Bedeutung und Ausblick	65
5	Schlussfolgerungen	67
5.1	Schlussfolgerungen für zukünftige Forschung	67
5.2	Schlussfolgerungen für die hausärztliche Primärversorgung	67
6	Einflussfaktoren	69
6.1	Förderung und Unterstützung	69
6.2	Interessenskonflikte	69
	Literaturverzeichnis	70
	Anhang A	89
	Suchstrategie	89
	Cochrane Library	89
	Embase und MEDLINE	91
	PsycInfo	93
	PubMed	95
	Anhang B	97
	Checklisten	97

PRISMA-2020-Checkliste _____	97
PRISMA-CI-Erweiterung für komplexe Interventionen _____	99
PRISMA-SWiM-Erweiterung für Synthese ohne Metaanalyse _____	100
Data collection form für randomisierte kontrollierte Studien _____	101
Anhang C _____	103
Collaborative Care Intervention Intensity Framework (CCIIF) _____	103
Übersicht der Anwendung des CCIIF auf die inkludierten Interventionen _____	103
CCIIF-Scores der eingeschlossenen Interventionen _____	110
Danksagung _____	134
Affidavit _____	135

Zusammenfassung

Hintergrund

Depression steht im Jahr 2019 mit einer Prävalenz von 279,6 Millionen Erkrankten weltweit auf Platz 13 der führenden Ursachen der globalen Krankheitslast. Durch den chronischen und rezidivierenden Verlauf dieser häufigen Erkrankung führt diese zu einer ausgeprägten Beeinträchtigung der Betroffenen und einer häufigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, was mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden ist. Hausärzte spielen in der Versorgung von Depression eine Schlüsselrolle, da sie häufig die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem darstellen. Collaborative Care ist eine wirksame, aus mehreren Komponenten bestehende Versorgungsstrategie zur Behandlung von Depression im Sektor der hausärztlichen Primärversorgung.

Zielsetzung

Ziel der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit ist es eine bessere Vergleichbarkeit von Collaborative-Care-Interventionen zu schaffen, um den Zusammenhang zwischen Intensität und Wirksamkeit untersuchen zu können und letztlich kritische Komponenten zu identifizieren.

Methoden

Die Veröffentlichung des Studienprotokolls (CRD42023387898) erfolgte im Vorfeld auf PROSPERO. Zur Literaturrecherche wurden die Datenbanken Cochrane Library, Embase, MEDLINE, PsycInfo und PubMed verwendet. Das Verzerrungsrisiko wurde mittels RoB 2 und die Gewissheit der Evidenz durch GRADEpro bewertet. Zur Qualitätssicherung wurde die Studie unter Zuhilfenahme von PRISMA-Leitfäden und Checklisten durchgeführt.

Ergebnisse

Von den durch die Suchstrategie identifizierten 27 878 wissenschaftlichen Publikationen konnten 68 Artikel in die narrative Synthese eingeschlossen werden. Dabei wurden insgesamt 69 RCTs, 71 Interventionen und 75 Vergleiche betrachtet. Die Studienpopulation (N = 29 654) aus dem Sektor der hausärztlichen Primärversorgung war zu 68 % weiblich und hatte ein Durchschnittsalter von 55,5 Jahren. In 77 % (58 von 77) der betrachteten Vergleiche zeigte sich Collaborative Care einer Regelversorgung in der Behandlung von Depression von Erwachsenen überlegen. Um die Vergleichbarkeit von Collaborative-Care-Interventionen zu verbessern wurde ein Framework (CCIIF)

entwickelt. Die Punktbiseriale Korrelation der Intensität einer Intervention und ihrer Überlegenheit im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe das Therapieergebnis Depression signifikant ($p < 0,05$) zu verbessern ergab einen mittleren positiven Zusammenhang ($r = 0,32$; $p < 0,01$). Als kritische Komponenten von Collaborative Care konnten der Strukturierte Behandlungsplan ($r = 0,37$; $p < 0,005$) und die Geplante Patienten-Nachsorge ($r = 0,34$; $p < 0,005$) identifiziert werden.

Schlussfolgerungen

Für die Implementierung von Collaborative-Care-Programmen zur Behandlung von Depression Erwachsener Patienten in der hausärztlichen Primärversorgung erscheinen der Strukturierte Behandlungsplan und die Geplante Patientennachsorge von größerer Bedeutung zu sein. Weitere Arbeiten, die zu einer Verbesserung des Verständnisses der Wirkmechanismen von Collaborative Care beitragen sind notwendig. Hierfür ist es hilfreich auf eine vollständige und standardisierte Berichterstattung von Interventionsstudien zurückgreifen zu können. Diese kann beispielsweise durch Vorlagen wie TIDieR erreicht werden. Weiterhin wäre es für zukünftige Forschung wünschenswert Therapieergebnisse einheitlich zu erheben und standardisierte Kontrollgruppen zu verwenden, um eine bessere Vergleichbarkeit einzelner Interventionsstudien zu ermöglichen.

Abstract

Background

With a prevalence of 279.6 million sufferers worldwide in 2019, depression is the 13th leading cause of the global burden of disease. The chronic and relapsing nature of this common illness leads to a marked impairment of those affected and frequent use of medical services, which is associated with high costs for the healthcare system. General practitioners play a key role in the care of depression, as they are often the first point of contact in the healthcare system. Collaborative care is an effective multi-component care strategy for the treatment of depression in the primary care setting.

Objective

The aim of this systematic review is to improve the comparability of collaborative care interventions in order to investigate the relationship between intensity and effectiveness and ultimately to identify critical components.

Methods

The study protocol (CRD42023387898) was published in advance on PROSPERO. The Cochrane Library, Embase, MEDLINE, PsycInfo and PubMed databases were used for the literature search. The risk of bias was assessed using RoB 2 and the certainty of evidence was assessed using GRADEpro. For quality assurance, the study was conducted with the aid of PRISMA guidelines and checklists.

Results

Of the 27,878 scientific publications identified by the search strategy, 68 articles were included in the narrative synthesis. A total of 69 RCTs, 71 interventions and 75 comparisons were considered. The study population (N = 29,654) from the primary care setting was 68% female and had an average age of 55.5 years. In 77% (58 out of 77) of the comparisons examined, collaborative care proved superior to care as usual in the treatment of depression in adults. A framework (CCIIF) was developed to improve the comparability of collaborative care interventions. The point biserial correlation of the intensity of an intervention and its superiority compared to its control group to significantly ($p < 0.05$) improve the treatment outcome depression showed a mean positive correlation ($r = 0.32$; $p < 0.01$). The structured management plan ($r = 0.37$; $p < 0.005$) and scheduled patient follow-ups ($r = 0.34$; $p < 0.005$) were identified as critical components of collaborative care.

Conclusion

The multi-professional approach to patient care and scheduled patient follow-ups appears to be of greater importance for the implementation of collaborative care programs for the treatment of depression in adult patients in primary care. Further work is needed to improve the understanding of the mechanisms of action of collaborative care. For this purpose, it is helpful to have access to a complete and standardized reporting of intervention studies. This can be achieved, for example, using templates such as TIDieR. Furthermore, it would be desirable for future research to assess outcomes uniformly and to use standardized control groups in order to enable better comparability of individual intervention studies.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Collaborative Care	19
Abbildung 2: PRISMA flow diagram	37
Abbildung 3: Transformation des Verzerrungsrisikos	42
Abbildung 4: Collaborative Care Intervention Intensity Framework	46
Abbildung 5: Verteilung der Interventionen auf dem CCIIF	53
Abbildung 6: Paarweise Korrelation der Komponenten	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICOS	25
Tabelle 2: Datenbanken	26
Tabelle 3: Konzept 2	27
Tabelle 4: Angewendete Konzepte	28
Tabelle 5: Qualitätsverringende Faktoren	33
Tabelle 6: Qualitätserhöhende Faktoren	33
Tabelle 7: GRADE-Klassifikationssystem der Gewissheit der Evidenz	34
Tabelle 8: Eingeschlossene Artikel	40
Tabelle 9: RoB 2	41
Tabelle 10: Zusammenfassung der Erkenntnisse (Summary of Findings)	43
Tabelle 11: Legende zu Abbildung 4	46
Tabelle 12: CCIIF-Score der einzelnen Interventionen	48
Tabelle 13: Therapieergebnisse der einzelnen Vergleiche	52
Tabelle 14: Angewendete Depressions-Scores	55
Tabelle 15: Punktbiseriale Korrelation der Collaborative-Care-Komponenten	56

Abkürzungsverzeichnis

aHT	arterielle Hypertonie
APA	American Psychiatric Association
BA	behavioral activation
BDI	Beck Depression Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory II
CBT	cognitive behavioral therapy
CCIIF	Collaborative Care Intervention Intensity Framework
CCIIFS	Collaborative Care Intervention Intensity Framework-Score
CES-D Scale	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CHD	koronare Herzkrankheit
CHF	chronische Herzinsuffizienz
CI	Complex Interventions
CM	Case Manager
CMC	chronische Erkrankungen
CMS	chronischer muskuloskelettaler Schmerz
CR	cognitive restructuring
cRCT	cluster-randomized controlled trial
CVD	kardiovaskuläre Erkrankungen
DALY	disability-adjusted life years
DDCS	diabetes depression clinical specialist
DM	Diabetes mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EIC	enhanced inter-professional communication
EIK	erweiterte interprofessionelle Kommunikation
EQUATOR	Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research
eTAU	enhanced treatment as usual
GDS	Geriatric Depression Scale
GPN	geplante Patienten-Nachsorge
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

GS _____ goal setting
HAM-D _____ Hamilton Depression Scale
HS _____ Hannah Schillok, M. Sc.
IC _____ integrated care
ICC _____ intraclass correlation coefficient
ICD _____ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPT _____ interpersonal psychotherapy
iRCT _____ individual randomized controlled trial
JG _____ Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH
LK _____ Lukas Kaupe
MADRS-S _____ Self-Reported Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
MAP _____ multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung
MDD _____ major depressive disorder
MeSH _____ Medical Subject Headings
MFA _____ Medizinischer Fachangestellter
MHS _____ mental health specialist
MI _____ motivational interviewing
MPA _____ multi-professional approach to patient care
PC _____ primary care
PCMHW _____ primary care mental health workers
PHQ-9 _____ Patient-Health-Questionnaire-9
PICO _____ Participants Intervention Comparison Outcome
PICOS _____ Participants Intervention Comparison Outcome Study
post-ACS _____ post akutes Koronarsyndrom
PRISMA _____ Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROMIS-D _____ Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Depression
PS _____ problem solving
PST _____ problem solving therapy
PWP _____ psychological wellbeing practitioners
RCT _____ randomized controlled trial

RoB 2 _____ revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials
SBP _____ strukturierter Behandlungsplan
SC _____ stepped care
SCL-13 _____ Symptom-Checklist-13
SCL-20 _____ Symptom-Checklist-20
SCT _____ social cognitive theory
SLT _____ social learning theory
SMP _____ structured management plan
SPF _____ scheduled patient follow-ups
SPT _____ supportive psychotherapy
ST _____ Santiago Tovar
SWiM _____ Synthesis Without Meta-Analysis
TAU _____ treatment as usual
VPA _____ verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung
WHO _____ World Health Organization

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

1.1.1 Depression

Die unipolare Depression ist eine psychische Erkrankung, welche je nach Klassifikationssystem durch das Vorhandensein verschiedener emotionaler, kognitiver und somatischer Symptome charakterisiert ist. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD für englisch *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO für englisch *World Health Organization*) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM für englisch *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA englisch für *American Psychiatric Association*) unterscheiden sich in ihren letzten Versionen ICD-11 und DSM-5 nur noch geringfügig, was die zur Diagnose einer schweren Depression (MDD für englisch *major depressive disorder*) notwendigen Symptome betrifft (First et al., 2021). Diese umfassen dabei gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Insuffizienz- und Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, psychomotorische Veränderungen, Schlafstörungen, Appetitstörungen und Suizidalität (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, 2013; *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*, 2019). Wobei Hoffnungslosigkeit im DSM-5 kein eigenständiges Diagnosekriterium darstellt. In beiden Klassifikationssystemen müssen zur Diagnosestellung einer schweren Depression mindestens 5 Symptome für mindestens 2 Wochen überdauert haben und mindestens eines der Symptome hat dabei gedrückte Stimmung oder Interessenverlust zu sein. Die unipolare Depression ist eine vielschichtige Erkrankung und nicht in jedem Fall werden die Kriterien einer schweren Depression erfüllt. Leichte und mittelgradige depressive Episoden können jedoch ebenfalls zu erheblichen Funktionsstörungen und einer Verminderung der Lebensqualität führen (Rodríguez et al., 2012).

Die Prävalenz der Gesamtheit an depressiven Störungen ist im Zeitraum zwischen 1990 und 2019 von 170,8 Millionen Erkrankten auf 279,6 Millionen weltweit angestiegen, was dazu führt das diese 2019, gemessen an den Invaliditäts-adjustierten Lebensjahren (DALY für englisch *disability-adjusted life years*), auf Platz 13 der führenden Ursachen der globalen Krankheitslast zu finden sind (GBD-Mental-Disorders-Collaborators, 2022). Darüber hinaus ist die unipolare Depression weltweit der zweithäufigste Grund für Invalidität (GBD-Diseases-Injuries-Collaborators, 2020). Aufgrund des chronischen und rezidivierenden Verlaufs einer schweren Depression führt diese zu einem hohen Maß an Beeinträchtigung, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit letztlich auch Kosten. Dies gilt in geringerem Ausmaß ebenso für weniger schwere, jedoch anhaltende Verlaufsformen wie die Dysthymie (McMahon et al., 2012).

1.1.2 Hausärztliche Primärversorgung

Hausärzte dienen häufig als erster Anlaufstelle des Gesundheitswesens (Younes et al., 2005) und nehmen sowohl bei der Diagnosestellung, als auch in der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen eine Schlüsselrolle ein (Robinson et al., 2005). Über die Hälfte (54,1 %) der Patienten mit Depression werden ausschließlich im Bereich der hausärztlichen Primärversorgung behandelt (Trautmann & Beesdo-Baum, 2017). Einer der Gründe dafür ist der erschwerte Zugang zu einer spezialisierten Versorgung und lange Wartezeit auf einen Therapieplatz (Whiteford et al., 2013). Andererseits führt das Stigma psychischer Erkrankungen dazu, dass erst verspätet oder gar nicht erst professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (Clement et al., 2015). Dieses Stigma kann durch eine Bindung, wie sie in der langjährigen Beziehung zwischen Hausärzten und ihren Patienten häufig besteht überwunden werden, was Hausärzte für die Behandlung von Depressionen prädestiniert (Frederiksen et al., 2010).

Jedoch ist die Versorgung von Depressionen in der hausärztlichen Primärversorgung häufig nicht leitlinienorientiert. Eine Studie aus Deutschland (Trautmann & Beesdo-Baum, 2017) kam zu dem Schluss, dass rund 60 % aller Patienten mit einer Depression nicht leitlinienorientiert mit Antidepressiva, Psychotherapie oder beiden Therapieoptionen behandelt wurden. Auch in internationalen Studien zeigten sich bereits früher ähnliche Tendenzen. Eine Studie aus den Vereinigten Staaten (Robinson et al., 2005) fand, dass die alleinige Pharmakotherapie (52 % der Fälle), die am häufigsten angewandte Therapieoption darstellt. Dem gegenüber wurde die alleinige Anwendung von Psychotherapie, wie sie bei leichten depressiven Episoden empfohlen ist (*Depression in adults: recognition and management*, 2022; *Nationale versorgungsleitlinie unipolare depression - leitlinienreport, version 3.0*, 2022) nur in 4 % der Fälle zur Therapie eingesetzt.

Die breitere Verfügbarkeit von Antidepressiva und die damit verbundene schnellere Möglichkeit, eine Therapie zu initiieren, führen dazu, dass sie trotz der überwiegenden Präferenz der Patienten für psychotherapeutische Verfahren, häufiger zur Behandlung von Depressionen eingesetzt werden. Psychotherapie erfordert demgegenüber oft mehr Zeit und Ressourcen insgesamt, die nicht in allen Gesundheitseinrichtungen ohne Weiteres zur Verfügung stehen (Löwe et al., 2006). Erschwerend hinzu kommt die Tatsache, dass die Pharmakotherapie von depressiven Störungen im Rahmen spezieller Erkrankungen wie beispielsweise Demenz, keinen positiven Effekt zu haben scheint, jedoch mit dem Risiko von Nebenwirkungen assoziiert ist (Dudas et al., 2018).

Eine Herangehensweise, um die Patientenpräferenz in der Behandlung chronischer Erkrankungen mehr zu berücksichtigen stellt das Chronic Care Modell dar. Dieses zielt durch eine Reihe von Elementen letztlich darauf ab gesundheitsbezogene Therapieergebnisse zu verbessern. Dazu gehört unter anderem die Ermutigung von Patienten eine aktive Rolle in der Behandlung ihrer Erkrankung einzunehmen, was die Selbstwirksamkeit steigern und das Gesundheitsverhalten verbessern soll. Bewerkstelligt wird diese Patientenaktivierung durch Unterstützung mit dafür geeigneten Strategien und Ressourcen. Auf der anderen Seite agiert ein patientenzentriertes und vorbereitetes Behandlungsteam,

welches evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung und Informationssysteme zum Monitoring der Erkrankung verwendet. Diese Umstrukturierung der Patientenversorgung und der zusätzliche Einbezug von Ressourcen des Gemeinwesens dienen der Optimierung der Leistungserbringung, was letztlich zur Verbesserung der Therapieergebnisse führen soll (Gensichen, Muth, et al., 2006; Wagner et al., 1996).

Die Fragmentierung der Leistungserbringung auf verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems bei der Behandlung chronischer Erkrankungen wie Depression führt zu einer Verschlechterung der Therapieergebnisse gemessen am Aufsuchen von Notaufnahmen, der Inanspruchnahme diagnostischer Tests und damit letztlich auch der verursachten Kosten (Joo, 2023). Das Prinzip der integrierten Versorgung (IC englisch für *integrated care*) versucht dieser Fragmentierung durch eine verbesserte Koordinierung der einzelnen in die Behandlung von Patienten involvierten Akteuren entgegenzuwirken (Murtagh et al., 2021). Collaborative Care ist ein solches integriertes Versorgungsmodell, in dem Hausärzte zusammen mit Case Managern und einem supervidierenden Spezialisten für mentale Gesundheit in der Behandlung psychischer Erkrankungen zusammenarbeiten (Katon, 2012) (vgl. Abbildung 1).

1.1.3 Collaborative Care

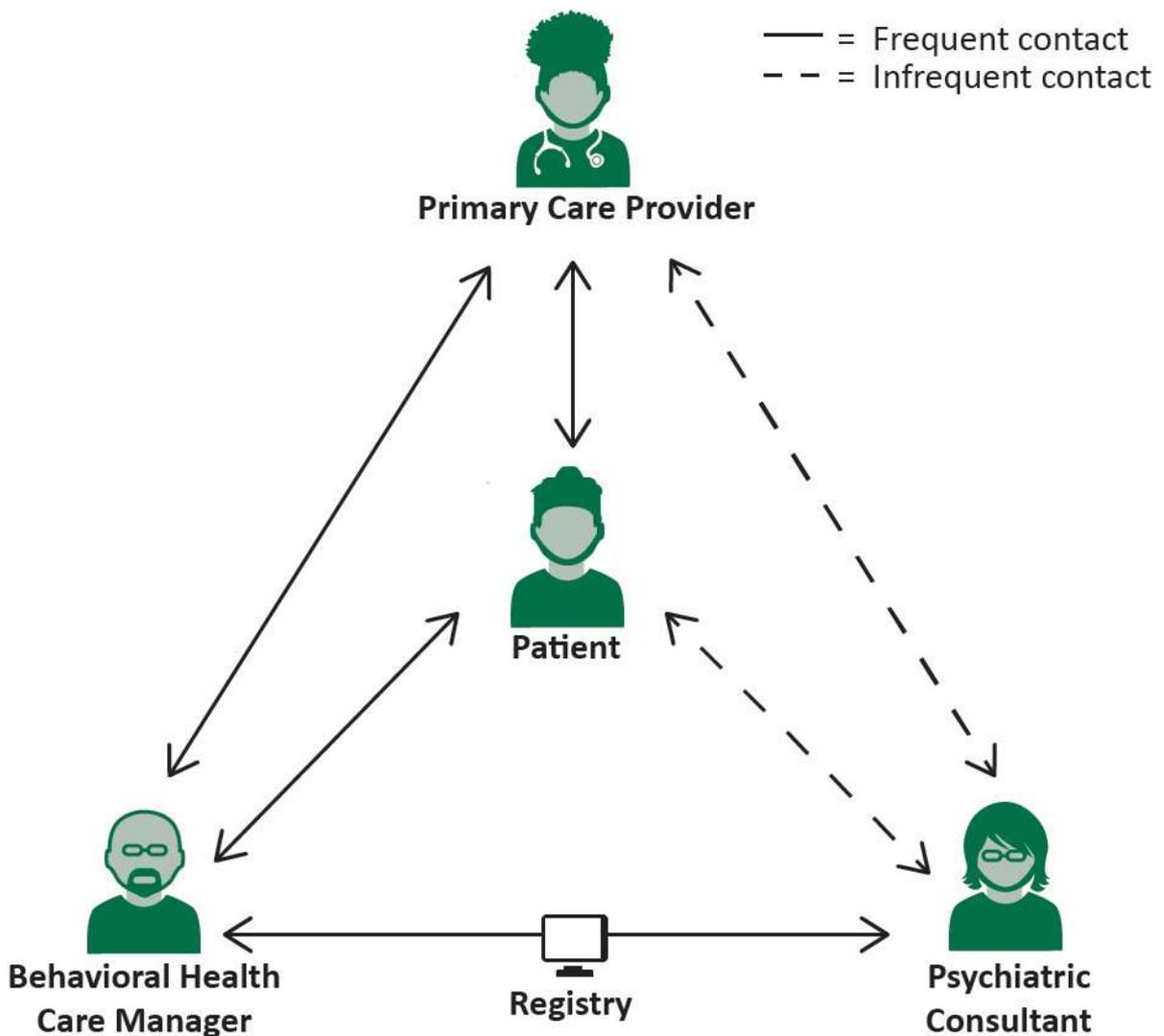
Collaborative Care (CC) ist ein auf den Grundsätzen des Chronic Care Modells (Wagner et al., 1996) beruhendes integriertes Gesundheitsversorgungsmodell zur Erkennung, Behandlung und Überwachung chronischer Erkrankungen wie Depression (Huffman et al., 2014). Einer anerkannten Definition (Gunn et al., 2006) nach, berücksichtigen entsprechende Interventionen 4 Kernkomponenten: einen multiprofessionellen Ansatz der Patientenversorgung (MPA englisch für *multi-professional approach to patient care*), einen strukturierten Behandlungsplan (SMP englisch für *structured management plan*), eine geplante Patienten-Nachsorge (SPF englisch für *scheduled patient follow-ups*) und eine erweiterte interprofessionelle Kommunikation (EIC englisch für *enhanced inter-professional communication*).

Seit der Entwicklung von Collaborative Care (Katon et al., 1995) hat sich dieses Gesundheitsversorgungsmodell stetig weiterentwickelt. In neueren Studien wird bei der Behandlung von Depression unter anderem ein stärkerer Fokus auf den Miteinbezug von Familie und Freunden (Aikens et al., 2022; Bolkan et al., 2013; Srinivasan et al., 2022), als auch die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds (Resnicow et al., 1999; Yeung et al., 2016; Yeung et al., 2010) gelegt.

Die Wirksamkeit von Collaborative Care in der Behandlung von depressiven Störungen ist bereits in mehreren Untersuchungen nachgewiesen worden (Archer et al., 2012; Bower et al., 2006; Coventry et al., 2014; Panagioti et al., 2016; Thota et al., 2012). So konnte nicht nur eine Verbesserung hinsichtlich der depressiven Symptomatik, sondern auch der Therapieadhärenz, des Therapieansprechens, der Remissionsraten, der Lebensqualität, der Funktionseinschränkungen und nicht zuletzt der Zufriedenheit mit der Leistungserbringung gezeigt werden (Thota et al., 2012). Darüber hinaus zeigte sich Collaborative Care auch in der Behandlung von Depressionen mit chronischen somatischen

Komorbiditäten als wirksam (Panagioti et al., 2016). Auch die Langzeiteffektivität konnte in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten (Archer et al., 2012; Gilbody et al., 2006) gezeigt werden. Die positiven Effekte auf verschiedene Therapieergebnisse konnte in einzelnen Studien über einen Zeitraum bis zu 5 Jahre nachgewiesen werden (Katon et al., 2001; Sherbourne et al., 2001; Wells et al., 2000).

In mehreren Untersuchungen konnte zudem eine längerfristige Kosteneffizienz von Collaborative Care in der Behandlung von Depression (Camacho et al., 2016), als auch in der Behandlung von psychisch-somatischer Multimorbidität (Camacho et al., 2018) gezeigt werden.



Copyright © 2023 University of Washington. All rights reserved.

Abbildung 1: Collaborative Care

angepasst nach (AIMS Center, 2024)

Verschiedene Faktoren erschweren trotz nachgewiesener Wirksamkeit und Kosteneffizienz die Implementierung von Collaborative-Care-Programmen. Auf Praxisebene sind zur Implementierung häufig zusätzliche Mitarbeiter und andere Ressourcen notwendig, was zu Kosten führt, die in vielen Gesundheitssystemen nicht angemessen abgerechnet oder erstattet werden können (Newton et al., 2021). Hinzu kommt die Tatsache, dass in Einrichtungen der hausärztlichen Primärversorgung häufig eine hohe Arbeitsbelastung und Zeitknappheit herrscht, was die Integration neuer Behandlungsmodelle erschwert. Eine hohe Fluktuation oder Knappheit an geeigneten Fachkräften verschärfen dieses Problem noch weiter (Aragonès et al., 2022).

1.2 Rationale

Collaborative Care ist ein Überbegriff für eine Gruppe heterogener Interventionen, welche die vier Kernkomponenten multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung, strukturierter Behandlungsplan, geplante Patientennachsorge und erweiterte interprofessionelle Kommunikation berücksichtigen. Die individuelle Umsetzung dieser als Prinzipien dienenden Komponenten in der Behandlung von Depression ist jedoch auf unterschiedliche Art und Weise möglich. Ein genaueres Verständnis der Wirkmechanismen von Collaborative Care kann, über ein, an verschiedene Bereiche anpassbares Modell, letztlich zu einer verbesserten und flächendeckenderen Implementierung solcher Behandlungsprogramme führen.

1.3 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit ist es, einen Überblick über Aufbau und Effektivität von Collaborative-Care-Interventionen zur Behandlung von Depression in der hausärztlichen Primärversorgung erwachsener Patienten zu geben. Zu diesem Zweck wurden Studien, welche geeignete Interventionen beschreiben, identifiziert. Zusammengefasst ist Collaborative Care eine aus vier Schlüsselkomponenten bestehende Versorgungsstrategie, die sich in der Verbesserung von Therapieergebnissen bei depressiven Störungen in mehreren Untersuchungen als erfolgreich erwiesen hat. Ausgehend von dieser Tatsache sollen in der vorliegenden Arbeit folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Frage 1: Wie groß ist der Anteil an Collaborative-Care-Interventionen für depressive Störungen in der hausärztlichen Primärversorgung erwachsener Patienten, welche zu einer signifikanten Verbesserung des Therapieergebnisses Depression führen?
- Frage 2: Wie kann die heterogene Gruppe an Interventionen, die unter dem Begriff Collaborative Care zusammengefasst werden, vergleichbar gemacht werden?
- Frage 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Gesamtintensität von Collaborative-Care-Interventionen und einer Verbesserung des Therapieergebnisses Depression?

Frage 4: Gibt es eine Komponente von Collaborative Care welche einen besonders großen Einfluss auf die Verbesserung des Therapieergebnisses Depression hat?

2 Material und Methoden

2.1 Systematische Übersichtsarbeit mit narrativer Synthese

2.1.1 Systematische Übersichtsarbeit

Systematische Übersichtsarbeiten dienen in der Wissenschaft dazu, die Evidenz zu einer bestimmten Fragestellung auf reproduzierbare Weise zu konzentrieren und damit Forscher bei der Ausrichtung neuer, relevanter Fragestellungen zu unterstützen und auf der anderen Seite Anwendern im Gesundheitswesen eine Zusammenfassung der einschlägigen Literatur zur Verfügung zu stellen (Cook et al., 1997). Das Netzwerk Verbesserung der Qualität und Transparenz der Gesundheitsforschung (EQUATOR Network für englisch *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*; Simera et al., 2009) bietet hierfür verschiedene Leitfäden mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen und transparenten Berichterstattung. Im Fall systematischer Übersichtsarbeiten wird der Leitfaden Bevorzugte Berichterstattung für systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen (PRISMA Guideline englisch für *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021) empfohlen. Um verschiedenen Ansätzen systematischer Übersichtsarbeiten gerecht werden zu können, wurden zusätzlich zur PRISMA-Leitlinie spezifische Erweiterungen entwickelt. Die Erweiterung für komplexe Interventionen (CI für englisch *complex interventions*; Guise et al., 2017) und die Synthese ohne Metaanalyse (SWiM für englisch *Synthesis Without Meta-Analysis*; Campbell et al., 2020) sind Beispiele hierfür.

2.1.2 Narrative Synthese

Die narrative Literaturrecherche ist von entscheidender Bedeutung, um den aktuellen Stand der Forschung zu einem bestimmten Thema zusammenzufassen (Baumeister & Leary, 1997). Entsprechend bieten narrative Synthesen einen umfassenden Überblick über ein bestimmtes Thema und können Muster und Lücken in der Literatur aufweisen (Gasparyan et al., 2011). Bei der Betrachtung von Studien mit heterogenen Interventionen, Studiendesigns, Populationen und Ergebnissen, wo Metaanalysen an ihre Grenzen kommen, können narrative Synthesen Unterschiede beschreiben und interpretieren (Achana et al., 2014). Narrative Synthesen stellen eine eigenständige Methodik dar, und dienen nicht nur der Ergänzung von Metaanalysen (Popay et al., 2006).

2.2 Randomisierte kontrollierte Studien

2.2.1 Individuell randomisierte kontrollierte Studien

Randomisierte kontrollierte Studien (RCT englisch für *randomized controlled trial*) werden in der Untersuchung von Interventionseffekten als Goldstandard angesehen, da sie durch ihre strenge Methodik versuchen Verzerrungen und Störfaktoren von Beginn an zu reduzieren (Hariton & Locascio,

2018). Jedoch unterliegen auch RCTs gewissen Einschränkungen, da es nicht möglich ist alle Variablen, die einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben können zu adjustieren. Weiterhin können die Ergebnisse einer RCT nicht ohne weiteres von der Studienpopulation auf eine Bevölkerung generalisiert werden (Deaton & Cartwright, 2018).

Bei einer individuell randomisierten kontrollierten Studie (iRCT für englisch *individual randomized controlled trial*) findet der Randomisierungsprozess auf Ebene der Studienteilnehmer statt. Dadurch sind diese zwar logistisch betrachtet weniger aufwändig, auf der anderen Seite aber auch anfälliger gegenüber einer Kontamination der Kontrollgruppe bei Interventionen, die auf das Verhalten der Teilnehmer durch die vermittelte Intervention abzielt (Chuang et al., 2002).

2.2.2 Cluster-randomisierte kontrollierte Studien

Eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie (cRCT für englisch *cluster-randomized controlled trial*) ist logistisch oft aufwändiger, gegenüber einer solchen Kontamination jedoch weniger anfällig, da die Randomisierung auf Ebene der Cluster stattfindet. Allerdings sind diese bei der Analyse der Ergebnisse aufwendiger, da der Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC englisch für *intraclass correlation coefficient*) als Maß der Reliabilität und Validität berücksichtigt werden müssen (Chuang et al., 2002).

2.3 Explorative Voruntersuchung

Im Vorfeld der eigentlichen Literaturrecherche erfolgte eine Vorrecherche, um die Suchstrategie vor deren Anwendung austesten zu können. Es konnten mehrere systematische Übersichtsarbeiten (Archer et al., 2012; Bower et al., 2006; Coventry et al., 2014; Thota et al., 2012) zu dem gesuchten Themengebiet gefunden werden, welche als Orientierung bei der Erstellung der Suchstrategie dienten. Im Gegensatz zu den genannten Übersichtsarbeiten wurde in der vorliegenden Arbeit ein starker Fokus auf Depression als Erkrankung gelegt, weshalb ein zu hoher Anteil an psychischen Komorbiditäten zum Ausschluss führte. Ebenfalls wurde der Sektor hausärztliche Primärversorgung und die Rolle des Hausarztes dahingehend betont, dass dieser für einen Einschluss eine aktive Rolle in der Behandlung einnehmen musste und nicht gleichzeitig als Case Manager (CM) fungieren durfte.

2.4 Studienprotokoll

Das Forschungsvorhaben wurde vor Beginn in Form eines Studienprotokolls (Kaupe et al., 2023) mit der ID CRD42023387898 auf PROSPERO angemeldet, veröffentlicht und kann dort eingesehen werden. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie erfolgte die Veröffentlichung des Studienprotokolls ohne weitere Überprüfung.

Studienprotokolle dienen der Minimierung des Verzerrungsrisikos, indem vor der Erhebung von Daten sowohl Hypothesen, als auch methodische Ansätze festgelegt werden. Dennoch bestehen in über zwei Drittel der Fälle größere Unterschiede in den beschriebenen Methoden von systematischen Übersichtsarbeiten und deren Studienprotokollen, was nicht zwangsweise zu einer schlechteren Qualität der Arbeit führt, jedoch weiteres Verzerrungsrisiko verursachen kann (Silagy et al., 2002).

2.5 Studienanforderungen

In dieser systematischen Übersichtsarbeit wurden Studien in das Volltext-Screening inkludiert, falls der Titel oder der Auszug darauf hindeuteten, dass über Therapieergebnisse von Depressionsbehandlung mittels Collaborative-Care-Intervention berichtet und diese Intervention beschrieben wurde.

Die Fragestellung dieser systematischen Übersichtsarbeit wurde anhand des PICO-Schemas, einem Modell der evidenzbasierten Medizin, zur Strukturierung klinischer Fragestellungen, konkretisiert (Richardson et al., 1995). Es erfolgte eine übliche Erweiterung um die Domäne „Study“ zum PICOS-Schema, um das Studiendesign definieren zu können. Dabei steht das Akronym für *Participants* (P) also Teilnehmer, *Intervention* (I), *Comparison* (C) für Vergleichsgruppe, *Outcome* (O) für Ergebnis und *Study* (S) für Studien.

Es wurden cluster- oder individuell randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigt, welche erwachsene Patienten mit einer unipolaren Depression als Erkrankung mittels Collaborative-Care-Intervention in der hausärztlichen Primärversorgung behandelten. Dabei wurden nur Studien eingeschlossen in denen Depression mit einem dafür validierten Messinstrument erhoben wurde und die Kontrollgruppe im Sinne einer (erweiterten) Regelversorgung ((e)TAU für englisch (*enhanced treatment as usual*)) behandelt wurde. Explizit ausgeschlossen wurden Studien in denen mehr als 15 % der Teilnehmer an einer anderen psychischen Komorbidität als einer Angststörung litten (Dobscha et al., 2006; Dobscha et al., 2009) oder die Depression im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung auftreten konnte (Wells et al., 2000). Dieses Vorgehen wurde beschlossen, um möglichst fokussiert Depression als psychische Erkrankung betrachten zu können, ohne die hohe Koinzidenz von depressiven Störungen und Angsterkrankungen (Kessler et al., 1994) außer Acht zu lassen. Somatische Erkrankungen stellten kein Ausschlusskriterium dar, da Collaborative Care auch bei Depression mit komorbiden somatischen Erkrankungen wirksam ist (Panagioti et al., 2016). Hingegen ausgeschlossen wurden Studien, in welchen die Funktion des Case Managers durch den Hausarzt realisiert wurde (Menchetti et al., 2013). Letztlich wurden Studien ausgeschlossen, die zur Erhebung der Depression ein Messinstrument verwendeten, welches ein Surrogat maßen (Patel et al., 2010). Details bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien können *Tabelle 1* entnommen werden.

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> - Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit unipolarer Depression (bspw. Depression, Dysthymie, postpartale Depression) - Vorwiegend behandelt in der hausärztlichen Primärversorgung mit aktiver Beteiligung eines Hausarztes - Somatische Komorbiditäten, durch die Intervention adressiert oder nicht, stellen explizit kein Ausschlusskriterium dar 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendlichen (< 18 Jahre) mit oder ohne Depression - Erwachsene mit Depression im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung - Erwachsene mit komorbid psychischen Erkrankungen außer Angststörungen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Interventionen mit mindestens einem multiprofessionellen Ansatz der Patientenversorgung und einer verbesserten interprofessionellen Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventionen ohne aktive Beteiligung eines Hausarztes - Interventionen in denen Hausärzte als Case Manager fungieren
Vergleichsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Übliche oder erweiterte übliche Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Eigenständige Intervention der Kontrollgruppe
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> - Depression erhoben mit einem dafür validierten Messinstrument 	<ul style="list-style-type: none"> - Depression erhoben mit einem nicht dafür validierten Messinstrument oder anhand eines Surrogats
Studien	<ul style="list-style-type: none"> - Individuell und cluster-randomisierte kontrollierte Studien 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilotstudien - Andere Studiendesigns

Tabelle 1: PICOS

2.6 Literaturrecherche

2.6.1 Informationsquellen

Als Informationsquellen wurde vollständig auf elektronische Datenbanken zurückgegriffen. Dabei handelte es sich um die online frei zugängliche Datenbank PubMed (*PubMed*, 2022) und die über die Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München zugänglichen Datenbanken Cochrane Library (*Cochrane Library*, 2022), Embase (*Embase*, 2022), MEDLINE (*MEDLINE*, 2022) und PsycInfo (*PsycInfo*, 2022). Eine Eingrenzung der potentiellen Ergebnisse über den Publikationszeitraum war nicht vorgesehen. Es wurden die vollständigen, zur Verfügung stehenden Publikationszeiträume berücksichtigt. Details zu den Datenbanken können *Tabelle 2* entnommen werden.

Datenbank	Plattform	Zeitlimit	Abruf
Cochrane Library	Wiley Online Library	Keine Zeitlimits	18.12.2022
Embase	Ovid	1974 – Abruf	18.12.2022
MEDLINE	Ovid	1946 – Abruf	18.12.2022
PsycInfo	EBSCO	Keine Zeitlimits	18.12.2022
PubMed	National Library of Medicine	Keine Zeitlimits	18.12.2022

Table 2: Datenbanken

2.6.2 Suchstrategie

Die Entwicklung der Suchstrategie erfolgte unter Berücksichtigung dafür vorgesehener Leitfäden (Liberati et al., 2009; Sampson et al., 2009) und beinhaltete sowohl eine Volltext-Stichwortsuche, als auch eine Thesaurussuche. Um relevante Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage identifizieren zu können, wurden vier Konzepte erstellt, die die Kernpunkte dieser widerspiegeln sollten. Dabei handelte es sich um die Konzepte *Depression*, *Primary Care*, *Collaborative Care* und *RCT*.

Diesen Konzepten wurden für die Stichwortsuche relevante, das Konzept beschreibende Begriffe zugeordnet. Diese wurden dann jeweils mit dem Booleschen Operator *OR* verbunden. Die vier Konzepte zur Beschreibung der Erkrankung, des Sektors, der Intervention und des Studiendesigns wiederum wurden mit dem Booleschen Operator *AND* verbunden. Bei der Anwendung von Konzept 3 wurde der Begriff *Community* jeweils durch den Booleschen Operator *AND* mit den Begriffen *Health System* und *Healthsystem* verbunden, in Klammern gesetzt und anschließend mit dem Operator *OR* in die Suche eingefügt. Eine weitere Ausnahme gab es bei der Anwendung von Konzept 4. Hier wurden die Begriffe *Randomized*, *Controlled* und *Trial*, als auch *Controlled*, *Clinical* und *Trial* jeweils in Klammern gesetzt und mit dem Booleschen Operator *AND* für Titel und Auszug versehen. Die zwei dadurch entstandenen Klammern wiederum wurden wie die anderen, das Konzept beschreibenden Begriffe, mit dem Booleschen Operator *OR* verbunden. Trunkierungen wurden angewandt, um Suchbegriffe mit verschiedenen Suffixen erfassen zu können. Suchbegriffe mit unterschiedlicher Schreibweise im American und British English wurden separat aufgeführt oder trunkiert. Die Suchstrategie wurde vor der Anwendung an die Vorgaben der jeweiligen Datenbank angepasst. Die am 18.12.2022 angewendeten und auf die jeweilige Datenbank angepassten Suchstrategien befinden sich im *Anhang A*.

Das bereits in der Pilotierung zur Anwendung gekommene Konzept 2 *Primary Care* führte dazu, dass prinzipiell geeignete Studien, welche über die gefundenen systematischen Übersichtsarbeiten (Archer et al., 2012; Bower et al., 2006; Coventry et al., 2014) bereits identifiziert worden waren, nicht mehr gefunden werden konnten. Ein möglicher Grund dafür ist, dass eine detailliertere Beschreibung der Interventionen mit Benennung des Sektors und der Akteure oft nur in den Appendizes zu finden war und der überwiegende Anteil von Collaborative-Care-Interventionen ohnehin im Sektor der hausärztlichen Primärversorgung angesiedelt ist (Butler et al., 2008). Deshalb wurde das Konzept zur

Beschreibung des Sektors zugunsten einer vollständigeren Suche aufgegeben. Die verwendeten Stichworte zur Beschreibung des Sektors und damit des Konzepts *Primary Care* sind in *Tabelle 3* aufgeführt.

Primary Care
Konzept 2
Sektor

<ul style="list-style-type: none"> - Primary Care - Primary Care Provider - Primary Care Facility - Primary Health Care - Primary Health-Care - Primary Healthcare - Primary Health Care Provider - Primary Healthcare Provider - Primary Health-Care Provider - Primary Health-Care-Provider - Primary Healthcare-Provider - Primary Health Care Facility - Primary Healthcare Facility - Primary Health-Care Facility 	<ul style="list-style-type: none"> - Primary Health-Care-Facility - Primary Healthcare-Facility - Primary Medical Care - Primary Medical Care Provider - Primary Medical Care Facility - Day-To-Day Health Care - Day-To-Day Health-Care - Day-To-Day Healthcare - Day-To-Day Health Care Provider - Day-To-Day Healthcare Provider - Day-To-Day Health Care Facility - Day-To-Day Healthcare Facility - Day-To-Day Health-Care Facility - Day-To-Day Health-Care-Facility 	<ul style="list-style-type: none"> - Day-To-Day Healthcare-Facility - Ambulatory Care, Ambulant Care - Out-Patient - Outpatient - General Practitioner - General Practice - Family Physician - Family Medicine - Community Health Center - Consultation - Non-Inpatient - Noninpatient
---	--	--

Tabelle 3: Konzept 2

Hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien hatte dieses Vorgehen keine Implikationen. Die identifizierten Studien wurden während des Volltext-Screenings auf die, für den Einschluss notwendigen Kriterien hin, überprüft. Bei der Thesaurussuche wurden medizinische Fachbegriffe (MeSH für englisch *Medical Subject Headings*) mit deren Auflösung in Unterüberschriften (*Explosion*) verwendet. Die verwendeten Überschriften können in *Tabelle 4* gefunden werden.

Die finale Suchstrategie umfasste 3 Konzepte: Depression als Erkrankung, Collaborative Care als Intervention und randomisierte kontrollierte Studien als Studiendesign.

und rückwärts eingesetzt werden (Greenhalgh & Peacock, 2005). Die Verwendung dieser Suchtechnik wird insgesamt jedoch selten im Methodenteil von systematischen Übersichtsarbeiten erwähnt (Vassar et al., 2016).

2.7 Studienselektion

2.7.1 Entfernung von Duplikaten

Die Suchergebnisse aller elektronischen Datenbanken wurden nach EndNote (The-EndNote-Team, 2023), einem Literaturverwaltungsprogramm, importiert. Im ersten Schritt nach dem Import erfolgte das Entfernen von Duplikaten. Dieser Schritt war notwendig, da eine Veröffentlichung in mehr als einer Datenbank aufgeführt sein kann und dient der Vermeidung eines doppelten Screenings. Zuerst wurde die automatische Deduplikationsfunktion des Programms verwendet. Als zu vergleichende Parameter wurden *Jahr* und *Titel* angegeben. Die identifizierten Duplikate wurden anschließend von den beiden Rezensenten Lukas Kaupe (LK) und Hannah Schillok, M. Sc. (HS) manuell überprüft, um ein fälschliches Entfernen von Suchergebnissen zu verhindern.

2.7.2 Screening von Titeln und Abstracts

Für das Screening der Titel und Abstracts wurde die Webanwendung von Rayyan (Ouzzani et al., 2016) genutzt. Dabei handelt es sich um ein Instrument zum Screening von Artikeln für systematische Literaturrecherchen. Die mittels EndNote deduplizierten Suchergebnisse wurden nach Rayyan importiert und dort im ersten Schritt erneut automatisch und zusätzlich manuell auf Duplikate überprüft. Anschließend wurde jedes Suchergebnis von den beiden unabhängigen Rezensenten (LK und HS) hinsichtlich der Einschlusseignung überprüft und in die Kategorien *Include* oder *Exclude* eingeteilt. Die Kategorie *Exclude* wurde weiter unterteilt in die Begründungen *Duplikat*, *not Primary Care (PC)*, *not Depression*, *not Collaborative Care* und *no RCT*. Darauffolgend wurde die Verblindung aufgehoben und es verblieben die Suchergebnisse, die von den Rezensenten unterschiedlich eingeteilt wurden. Diese wurden erneut gesichtet und die Rezensenten versuchten einen Konsens zu finden. In Fällen in denen dies nicht gelang, stand Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH (JG) als dritter Rezensent vermittelnd zur Verfügung.

2.7.3 Beschaffung von Volltexten

Die durch das Screening der Titel und Abstracts identifizierten, potentiell geeigneten Artikel wurden in das Screening der Volltexte eingeschlossen. Die Beschaffung erfolgte über frei zugängliche Internetquellen, die durch eine Suche über Google Scholar gefunden wurden, die elektronische Zeitschriftenbibliothek und Lizenzen der Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München und über den kostenpflichtigen Dokumentenlieferdienst Subito.

2.7.4 Screening der Volltexte

Die Volltextartikel wurden anhand des festgelegten PICOS-Schemas auf das Vorhandensein von Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Dieser Schritt erfolgte ebenfalls durch zwei unabhängige Rezensenten (LK und HS), welchen im Fall einer ausbleibenden Konsensfindung ein dritter Rezensent (JG) zur Seite stand. Es fand eine Studie (Fritsch et al., 2007) mit Abstract in englischer Sprache, jedoch nur auf Spanisch verfügbarem Volltext, Eingang in diesen Arbeitsschritt. Die Übersetzung erfolgte durch einen muttersprachlichen, ärztlichen Kollegen, Santiago Tovar (ST).

Das eigentliche Überprüfen der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte unter Zuhilfenahme einer vorgefertigten Excel-Tabelle (Microsoft-Corporation, 2018). Anschließend wurden die für den Einschluss in die systematische Übersichtsarbeit geeigneten Artikel nach Studien gruppiert, um zu verhindern, dass eine Studie mehrfach Eingang in die Datenextraktion fand. Dabei wurden Sekundäranalysen, Kosten-Effektivitätsanalysen und andere Begleitartikel zwar dazu genutzt die im Hauptartikel beschriebene Intervention vertiefend zu analysieren, jedoch wurde nur der Hauptartikel in die eigentliche Datenextraktion eingeschlossen. Zur Speicherung und Organisation der Referenzen wurde erneut auf EndNote (The-EndNote-Team, 2023) zurückgegriffen.

2.7.5 Datenextraktion

Ziel der Datenextraktion war es das Therapieergebnis *Depression* der jeweiligen Behandlungsarme und unterschiedlichen Messzeitpunkte einer Studie zu ermitteln und die im Vergleich zu der oder den Kontrollgruppe(n) angewendete Intervention(en) hinsichtlich ihrer Komponenten zu analysieren. Basierend auf den 4 definierten Komponenten von Collaborative Care als komplexe Intervention (Gunn et al., 2006) wurde ein interimistischer Bezugsrahmen zur Analyse der in den Interventionen zur Anwendung gekommenen Teilkomponenten entwickelt. Diese Teilkomponenten wurden den übergeordneten definierenden Komponenten thematisch zugeordnet.

Da das gesuchte Therapieergebnis *Depression* verschieden erhoben werden kann, wurden alle mit *Depression* assoziierten Therapieergebnisse einer Studie inklusive der angewendeten Grenzwerte erhoben. Dabei konnte es sich um die absolute (*Dimension*) oder relative (*Response*) Verbesserung auf einem Messinstrument für Depression oder das Unterschreiten eines festgelegten Grenzwerts (*Remission*) handeln. Zusätzlich wurde die von den Autoren gezogene Bilanz, ob die getestete Intervention insgesamt im Vergleich mit der Kontrollgruppe hinsichtlich dem Therapieergebnis *Depression* zu einer signifikanten Verbesserung geführt hat, als dichotomes Ergebnis erhoben. Dieses diente als primäres Gruppierungsmerkmal für die narrative Synthese.

In einem ersten Schritt wurden die Daten aller Studien anhand einer vorgefertigten Extraktionstabelle gesammelt. Diese basierte auf der *Data Collection Form* für kontrollierte randomisierte Studien von Cochrane (*Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, 2020). Die gesuchten Daten wurden händisch extrahiert und reichten von allgemeinen Informationen wie Jahr und Ort der

Intervention über Studiendesign, Dauer der Intervention, Art der Kontrollgruppe und Messinstrument zur Erhebung der Depression bis hin zu detaillierten Merkmalen der Interventionen. Details zu den extrahierten Items können *Anhang B* entnommen werden.

Die Datenextraktion gliederte sich insgesamt in zwei Durchläufe. Wurde im Zuge des ersten Durchlaufs in einer Studie eine potentiell relevant erscheinende Teilkomponente entdeckt, welche der bestehenden, auf den 4 Kernkomponenten von Collaborative Care (Gunn et al., 2006) beruhenden Bezugsrahmen mit seinen thematisch untergeordneten Teilkomponenten nicht oder nur unzureichend berücksichtigte, wurde diese separat aufgenommen. Im Anschluss wurden alle auf diesem Weg als Interventionsmerkmale identifizierten Teilkomponenten von den beiden Rezensenten (LK und HS) diskutiert und dem dritten Rezensenten (JG) präsentiert. Gemeinsam wurde dann beschlossen, ob und falls ja, welcher Komponente von Collaborative Care diese Teilkomponente am thematisch passendsten zugeordnet werden kann. Um eine uneinheitliche Erhebung der Interventionsmerkmale zu vermeiden, wurden daraufhin alle bereits untersuchten Interventionen, anhand des angepassten finalen Bezugsrahmens erneut untersucht. Durch dieses induktive Vorgehen konnte eine detaillierte Vergleichbarkeit der verwendeten Interventionskomponenten geschaffen werden.

Ursprünglich war geplant Autoren anzuschreiben, um im Bedarfsfall weitere Informationen über die Interventionen zu erhalten. Darauf wurde jedoch schlussendlich verzichtet, um die Verzerrung durch unterschiedlich detaillierte Beschreibung der Intervention nicht zu vergrößern. Dies erschien sinnvoll, da die eingeschlossenen Studien aus einem Zeitraum von mehr als 20 Jahren stammten und davon auszugehen war, dass nicht alle Autoren hätten erreicht werden können.

Die Datenextraktion wurde von einem Rezensenten (LK) durchgeführt und von einem weiteren (HS) kontrolliert. Im Konfliktfall stand wie in den vorangegangenen Arbeitsschritten ein dritter Rezensent (JG) beratend zur Verfügung.

2.8 Statistische Methoden

Die deskriptive Statistik bildete den Hauptteil der Datenanalyse und wurde insbesondere zur Beantwortung der 1. Forschungsfrage verwendet, welcher Anteil der Collaborative-Care-Interventionen zu einem verbesserten Therapieergebnis Depression führte. Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Gesamtintensität der Interventionen und einer Verbesserung des Therapieergebnisses Depression wurde eine Punktbiseriale Korrelation angewandt. Diese wurde ebenfalls verwendet, um den Zusammenhang zwischen der Intensität der 5 CC-Komponenten und dem Therapieergebnis Depression zu untersuchen. Mit Hilfe des t-Tests wurden die Unterschiede in der Intensität der einzelnen Komponenten zwischen den Interventionen berechnet, die das Therapieergebnis Depression verbessern konnten, und denen, die dies nicht taten. Die Berechnung der Korrelation der fünf CC-Komponenten untereinander erfolgte mittels Pearson-Korrelation (Lee Rodgers & Nicewander, 1988). Für alle Berechnungen wurde Stata (StataCorp, 2021) verwendet.

2.9 Qualitätsbewertung

2.9.1 Erhebung des Verzerrungsrisikos

Zur Erhebung des Verzerrungsrisikos wurde das *revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials* (RoB 2) (Sterne et al., 2019) verwendet. Dabei kamen die unterschiedlichen Versionen für cluster-randomisierte kontrollierte Studien (ROB2_cluster_beta_v3) und individuell randomisierte kontrollierte Studien (ROB2_IRPG_beta_v9) zum Einsatz. Die Bewertung der Studien erfolgte durch zwei Rezensenten (LK und HS), die unabhängig voneinander jede Studie bewerteten und anschließend im Konsens die endgültige Bewertung ermittelten. Für den Fall, dass kein gemeinsamer Konsens gefunden werden konnte, wurde der Streitpunkt zusammen mit einem dritten Rezensenten (JG) besprochen. Der Grad der Übereinstimmung wurde mittels Cohens Kappa berechnet.

Bei RoB 2 handelt es sich um ein Werkzeug zur Erhebung des Verzerrungsrisikos von randomisierten kontrollierten Studien. Dies geschieht anhand der fünf Domänen *Randomisierungsprozess* (D1(a)) und *Zeitpunkt der Identifizierung* oder *Rekrutierung der Teilnehmer* für cluster-randomisierte kontrollierte Studien (D1b), *Abweichungen von den geplanten Interventionen* (D2), *fehlende Therapieergebnisdaten* (D3), *Messung des Therapieergebnisses* (D4) und *Auswahl der berichteten Ergebnisse* (D5). Die fünf Domänen werden durch mehrere Signalfragen abgebildet und zielen so darauf ab, alle wichtigen Mechanismen, die Verzerrung in Studien verursachen können, zu erfassen. So fassen sie das Risiko der einzelnen Domänen in einem Gesamtrisiko zusammen (Sterne et al., 2019). Dabei wird sowohl das Risiko der einzelnen Domänen, als auch das Gesamtrisiko durch die drei Abstufungen *low*, *some concerns* und *high* dargestellt. Die Signalfragen einer Domäne werden durch die Antwortmöglichkeiten *yes*, *probably yes*, *probably no*, *no* und *no information* beantwortet und ein, dem Werkzeug zugrundeliegender Algorithmus bewertet das jeweilige Risiko, welches akzeptiert oder individuell festgelegt werden kann. Das höchste erzielte Risiko einer Domäne entspricht dann automatisch dem empfohlenen Gesamtrisiko einer Studie.

2.9.2 Erhebung der Gewissheit der Evidenz

GRADEpro GDT (The-GRADE-Working-Group, 2024b) ist eine Webapplikation zur Erhebung der Gewissheit der Evidenz für Autoren von Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten (GRADE englisch für *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*; Guyatt et al., 2011). Diese wurde zusammen mit dem Handbuch der Vorgängerversion (The-GRADE-Working-Group, 2013) und dem aktuellen Benutzerhandbuch (The-GRADE-Working-Group, 2024a) verwendet, um in der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit die Qualität der Evidenz zu bewerten.

Zunächst wurde eine Fragestellung entwickelt. Da es sich in der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit um den Vergleich verschiedener Interventionen derselben Art handelt, wurde eine Therapie-Frage erstellt. Diese wurde durch Einfügen der Domänen *Intervention*, *Vergleich* und *gesundheitliches Problem und/oder Population* automatisch generiert. Gemäß dem erstellten PICOS-

Schema wurde als Intervention *Collaborative Care*, als Vergleich (*erweiterte*) *Regelversorgung* und als gesundheitliches Problem und/oder Population *Erwachsene mit Depression* gewählt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit die Domäne *Setting* zu ergänzen, welche mit *hausärztliche Primärversorgung* belegt wurde. Daraus ergab sich für die Erhebung der Evidenz die finale Fragestellung: Sollte Collaborative Care gegenüber einer (*erweiterten*) *Regelversorgung* bei Erwachsenen mit Depression angewendet werden?

Die Qualität der Evidenz wird anhand verschiedener Faktoren, welche die Qualität erhöhen oder verringern können, bewertet (The-GRADE-Working-Group, 2013). Faktoren, die die Qualität verringern und erhöhen, können *Tabelle 5* und *Tabelle 6* entnommen werden.

Faktor	Konsequenz
Limitationen im Studiendesign oder der Ausführung (Verzerrungsrisiko)	1 oder 2 Stufe(n) ↓
Inkonsistenz der Ergebnisse	1 oder 2 Stufe(n) ↓
Indirektheit der Evidenz	1 oder 2 Stufe(n) ↓
Fehlende Genauigkeit	1 oder 2 Stufe(n) ↓
Publikationsverzerrung	1 Stufe ↓

Tabelle 5: Qualitätsverringemde Faktoren

übersetzt und angepasst nach The-GRADE-Working-Group (2013)

Faktor	Konsequenz
Große Effektstärke	1 oder 2 Stufe(n) ↑
Alle plausiblen Verunreinigungen würden die nachgewiesene Wirkung verringern oder die Wirkung verstärken, wenn keine Wirkung beobachtet wurde	1 Stufe ↑
Dosis-Wirkungs-beziehung	1 Stufe ↑

Tabelle 6: Qualitätserhöhende Faktoren

übersetzt und angepasst nach The-GRADE-Working-Group (2013)

Im Anschluss an die manuelle Bewertung der einzelnen Faktoren erstellt die Webapplikation eine finale Bewertung der Gewissheit der Evidenz. Die Klassifikation der verschiedenen Grade der Gewissheit der Evidenz sind in *Tabelle 7* dargestellt.

Grad	Definition
Hoch	Weitere Forschung wird unser Vertrauen in die Einschätzung des Effekts sehr wahrscheinlich nicht verändern.
Moderat	Weitere Forschung wird vermutlich einen wichtigen Einfluss auf unser Vertrauen in die Einschätzung des Effekts haben und die Einschätzung möglicherweise verändern.
Gering	Weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf unser Vertrauen in die Einschätzung des Effekts haben und vermutlich die Einschätzung verändern.
Sehr gering	Jede Einschätzung eines Effekts ist sehr unsicher.

Tabelle 7: GRADE-Klassifikationssystem der Gewissheit der Evidenz

übersetzt nach The-GRADE-Working-Group (2024b)

2.10 Datensynthese

Obwohl alle, die Einschlusskriterien erfüllenden Studien, Interventionen zur Behandlung von Depression in der hausärztlichen Primärversorgung beschreiben, unterschieden sich jedoch Studien, als auch Interventionen so stark, dass zur Zusammenfassung der Ergebnisse von einer Metaanalyse zugunsten einer narrativen Synthese abgesehen wurde (*Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, 2020). Auf Ebene der Studien unterschieden sich diese hinsichtlich des Studiendesigns, der Messzeitpunkte, des verwendeten Messinstruments, der Grenzwerte und der Art der Kontrollgruppen. Auf Ebene der Interventionen bestand Heterogenität in Bezug auf Interventionsdauer, Intensität der Interventionen und Ausprägung der einzelnen Komponenten. Es fanden alle Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten und die Datenextraktion durchliefen Eingang in die Synthese.

Um der Heterogenität auf Interventionsebene zu begegnen und diese besser erfassen zu können, wurde auf Grundlage der Collaborative Care definierenden Komponenten (Gunn et al., 2006) *multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung, strukturierter Behandlungsplan, geplante Patienten-Nachsorge* und *erweiterte interprofessionelle Kommunikation* ein Bezugsrahmen zur Operationalisierung von Collaborative-Care-Interventionen entwickelt.

Aufgrund des induktiven Prozesses der Weiterentwicklung des Bezugsrahmens während der Datenextraktion durch das identifizieren von weiteren Teilkomponenten, wurde das Hinzufügen einer 5. Übergeordneten Komponente notwendig. Die als Interventionsmerkmale identifizierten Teilkomponenten *krankheitsbezogene Bewältigungsstrategien, Bemühungen der Rückfallprävention, Miteinbeziehen von Freunden und Familie* und *Anschluss an Ressourcen des Gemeinwesens* wurden unter der Komponente *verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung* zusammengefasst. Diese soll den Aspekt des Chronic Care Models (Gensichen, Muth, et al., 2006; Wagner et al., 2001; Wagner et

al., 1996) eines informierten und aktivierten Patienten, der in die Lage versetzt wird, sich selbst zu helfen, gerecht werden. Dieser finale operationalisierende Bezugsrahmen soll dazu dienen, die Gesamtintensität einer Collaborative-Care-Intervention und die Ausprägung der fünf Komponenten zu erfassen, messbar und somit vergleichbar zu machen.

Da die eingeschlossenen Studien das Therapieergebnis Depression nicht nur mit unterschiedlichen Messinstrumenten und Grenzwerten, sondern auch zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben, wurde für die Datensynthese das von den Studienautoren berichtete Ergebnis, ob eine Intervention das Therapieergebnis Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbessern konnte, herangezogen. Zusätzlich wurde dieses anhand der kategoriellen Therapieergebnisse Ansprechen (*Response*) und Remission (*Remission*) verifiziert.

Zuletzt wurde das Ergebnis *Überlegenheit der Intervention* mit der Intensität der angewendeten Intervention in Beziehung gesetzt, um zu überprüfen, ob es eine Assoziation besteht und ob Komponenten maßgeblicher als andere an dieser Assoziation beteiligt sind. Die Interventionen, die keine Überlegenheit gegenüber ihrer Kontrollgruppe zeigen konnten, wurden mit Interventionen, welche eine Überlegenheit zeigen konnten und gleichzeitig eine ähnliche Intensität aufwiesen verglichen.

3 Ergebnisse

3.1 Studienselektion

Insgesamt wurden durch die Suche 27 878 wissenschaftliche Publikationen gefunden. Von diesen konnten 10 539 als Duplikate entfernt werden. Bei weiteren 18 Treffern scheiterte der Import, womit 17 339 Artikel verblieben. Von diesen wurde der Titel und wenn anhand dessen kein sicherer Ausschluss erfolgen konnte auch das Abstract gelesen und hinsichtlich eines Einschlusses bewertet. Während diesem Prozess konnten weitere 238 Artikel als Duplikate identifiziert und entfernt werden. Weitere 16 333 Artikel wiesen entweder sichere Ausschlusskriterien auf oder ließen nicht erkennen, dass eine Collaborative-Care-Intervention angewendet wurde. Letzteres stellte mit 12 816 Fällen den Hauptgrund für einen Ausschluss dar. Durch das Durchsuchen der Referenzen von systematischen Übersichtsarbeiten, welche inhaltliche Überschneidungen mit dem gesuchten Themenbereich aufwiesen, konnten weitere fünf Artikel, welche über die Suche in den fünf Datenbanken nicht gefunden werden konnten, identifiziert und den für das Volltext-Screening verbliebenen 1006 Artikeln hinzugefügt werden. Somit ergaben sich für diesen Arbeitsschritt 1011 Artikel. Diese wurden auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und entweder in die Datenextraktion eingeschlossen oder begründet ausgeschlossen. Der Hauptgrund für den Ausschluss in diesem Arbeitsschritt war, dass es sich in 420 Fällen nicht um eigenständige Studien, sondern um Begleitartikel bereits inkludierter Studien handelte. Für die Datenextraktion und den Einschluss in die vorliegende Übersichtsarbeit verblieben 68 Artikel. Diese beinhalteten 69 randomisierten kontrollierten Studien. Dies kam zustande, da in einem Artikel (Richards et al., 2007) sowohl eine RCT als auch eine cRCT durchgeführt wurde. Die Studien beschrieben 71 verschiedene Interventionen und insgesamt 75 Vergleiche zwischen einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Details über die Studienselektion können *Abbildung 2* entnommen werden.

Studien in welchen nicht alle Teilnehmer an einer Depression litten, sondern auch andere psychische Erkrankungen wie Angst- oder Somatisierungsstörungen zum Einschluss führen konnten wurden ausgeschlossen (Zimmermann et al., 2016). Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, welche Depression mit einem Messinstrument, welches nicht ausschließlich für Depression, sondern auch für andere verbreitete psychische Störungen verwendet werden kann, gemessen wurde (Patel et al., 2010). Wurden auch Patienten unter 18 Jahren in eine Studie aufgenommen führte auch dies zum Ausschluss (Gureje et al., 2019). Zuletzt wurden auch Studien ausgeschlossen, welche keine aktive Beteiligung des Hausarztes erkennen ließen (Elliott et al., 2007; Elliott et al., 2008).

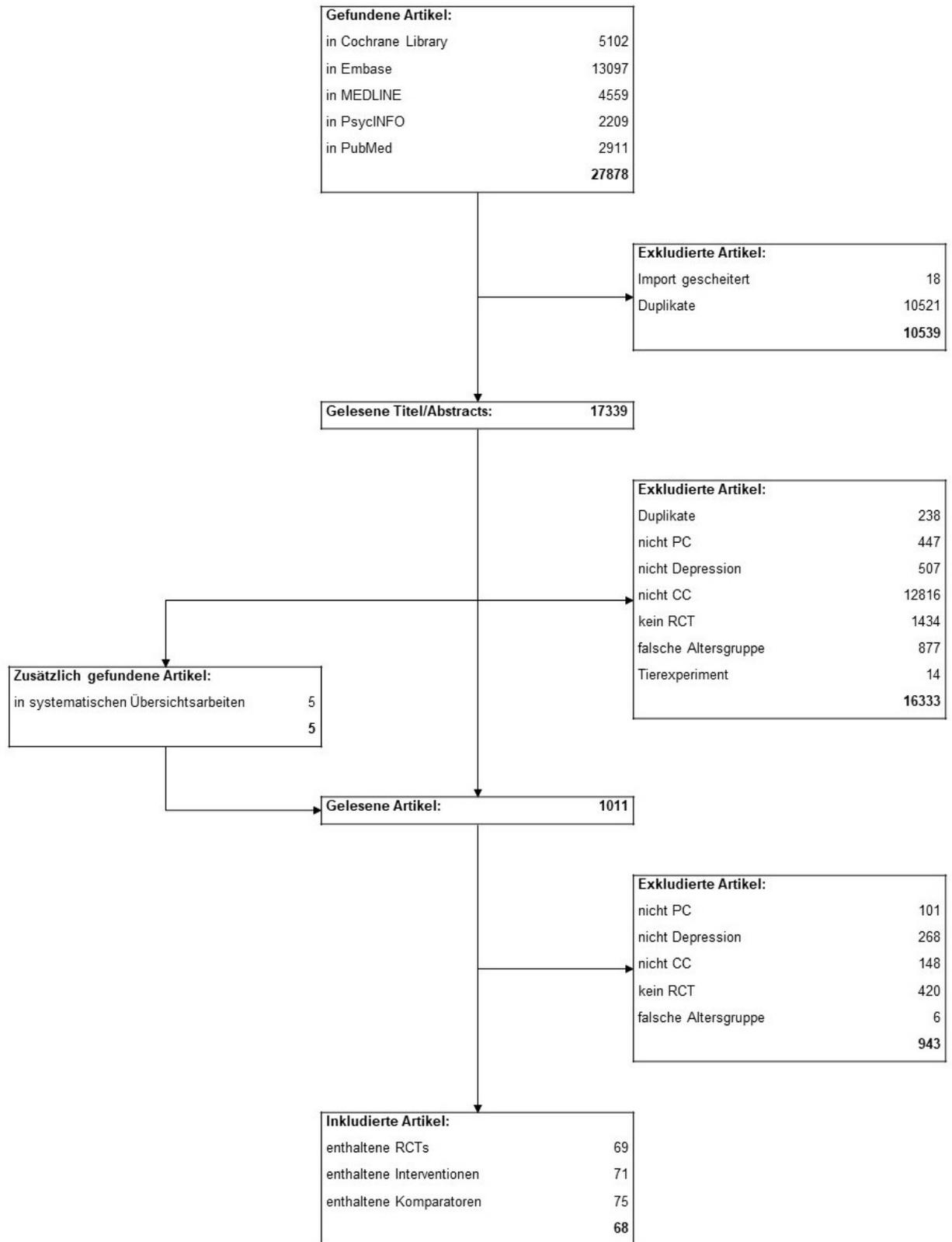


Abbildung 2: PRISMA flow diagram

3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Studien

In den 68 inkludierten Artikeln dieser systematischen Übersichtsarbeit wurden insgesamt 29 654 Studienteilnehmer betrachtet. Aus einer Studie (Fletcher et al., 2021) wurde nur eine von drei Interventionsgruppen und die Kontrollgruppe eingeschlossen, da nur diese Interventionsgruppe mit einer Collaborative-Care-Intervention behandelt wurde. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Analyse entspricht mit 68 % weiblichen Teilnehmerinnen, der realen Geschlechterverteilung depressiver Störungen (Salk et al., 2017). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 55,5 Jahren. Eine Studie (Salk et al., 2017) gab kein Durchschnittsalter, sondern lediglich eine Altersspanne von 60 bis 94 Jahren an. Insgesamt entspricht die in dieser Arbeit betrachtete Population der Patientenklientel der hausärztlichen Primärversorgung.

Neben Depression wurden in 17 Studien explizit somatische Komorbiditäten mitadressiert und behandelt. Dabei handelte es sich um Erkrankungen wie chronische Herzinsuffizienz (CHF für englisch *chronic heart failure*), kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD für englisch *cardiovascular disease*), im Speziellen, koronare Herzkrankheit (CHD für englisch *coronary heart disease*) und das post-akute Koronarsyndrom (post-ACS für englisch *post-acute coronary syndrome*), arterielle Hypertonie (aHT für englisch *arterial hypertension*), Diabetes mellitus (DM), chronischer muskuloskelettaler Schmerz (CMS) und Krebserkrankungen. Eine Studie (Vera et al., 2010) adressierte allgemein chronische Erkrankungen (CMC für englisch *chronic medical condition*), zu welchen arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Schlaganfall, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Arthritis, Hypothyreose und Herzerkrankungen gezählt wurden.

Die inkludierten Studien stammten aus insgesamt 17 Ländern, wobei mit 37 Studien mehr als die Hälfte aus den Vereinigten Staaten von Amerika (US) stammte. Insgesamt 11 Studien wurden im Vereinigten Königreich (GB) durchgeführt. Jeweils zwei Studien stammten aus Australien (AU), China (CN), Deutschland (DE), Indien (IN), den Niederlanden (NL) und Spanien (ES). Brasilien (BR), Chile (CL), Dänemark (DK), Ecuador (EC), Kanada (CA), Puerto Rico (PR), Schweden (SE), Singapur (SG) und Taiwan (TW) waren mit jeweils einer Studie in dieser systematischen Übersichtsarbeit vertreten.

Die eingeschlossenen Studien stammten aus einem Zeitraum von 1995 bis einschließlich 2022. Alle dazugehörigen Details sind in *Tabelle 8* dargestellt.

#	Artikel	Größe der Studien- population	Anteil weibliches Geschlecht	Durchschnittliches Alter	Adressierte Komorbiditäten	Herkunftsland
01	Adler et al. (2004)	533	71,8	42,3	-	US
02	Aikens et al. (2022)	204	80,8	48,6	-	US
03	Ali et al. (2020)	404	59,2	52,7	DM	IN
04	Álvarez et al. (2022)	248	75,0	71,0	-	EC
05	Aragonès et al. (2012)	338	79,3	47,6	-	ES
06	Aragonès et al. (2019)	328	82,9	60,4	CMS	ES
07	Bekelman et al. (2018)	314	21,3	65,5	CHF	US
08	Björkelund et al. (2018)	376	71,3	41,2	-	SE
09	Blanchard et al. (1995)	96	85,4	76,0	-	GB
10	Bogner et al. (2012)	182	67,8	57,5	DM	US
11	Bosanquet et al. (2017)	485	62,1	72,2	-	GB
12	Bruce et al. (2004)	598	71,6	-	-	US
13	Buszewicz et al. (2011)	558	74,9	48,3	-	GB
14	Capoccia et al. (2004)	74	77,0	38,7	-	US
15	Carney et al. (2016)	201	41,8	63,1	CHD	US
16	Chen et al. (2015)	326	63,5	70,0	-	CN
17	Chen et al. (2022)	2365	67,0	74,5	HT	CN
18	Cole et al. (2006)	153	80,0	77,9	-	CA
19	Coventry et al. (2015)	387	38,0	58,5	CVD/DM	GB
20	Curth et al. (2020)	325	66,8	39,0	-	DK
21	Davidson et al. (2013)	150	42,0	59,6	post-ACS	US
22	Dietrich et al. (2004)	405	80,2	42,0	-	US
23	Ell et al. (2010)	387	82,2	61,0	DM	US
24	Finley et al. (2003)	125	84,8	54,3	-	US
25	Fletcher et al. (2021)	223	64,6	35,6	-	AU
26	Fortney et al. (2007)	395	8,3	59,2	-	US
27	Fritsch et al. (2007)	345	100,0	37,4	-	CL
28	Gensichen et al. (2009)	626	76,4	51,1	-	DE
29	Hedrick et al. (2003)	354	95,5	57,2	-	US
30	Hölzel et al. (2018)	248	77,4	71,4	-	DE
31	Huang et al. (2018)	280	85,5	47,7	-	TW
32	Huijbregts et al. (2013)	150	72,7	48,7	-	NL
33	Hunkeler et al. (2000)	302	69,6	55,4	-	US
34	Katon et al. (1995)	217	76,5	47,7	-	US
35	Katon et al. (1996)	153	73,8	46,4	-	US
36	Katon et al. (1999)	228	74,6	47,0	-	US
37	Katon et al. (2001)	386	73,7	46,0	-	US
38	Katon et al. (2004)	329	65,0	58,2	DM	US
39	Katon et al. (2010)	214	52,0	56,9	CHD/DM	US
40	Katzelnick et al. (2000)	407	77,4	45,5	-	US
41	Lagomasino et al. (2017)	400	80,0	49,6	-	US
42	Lewis et al. (2017)	705	57,7	77,3	-	GB
43	Lobello et al. (2010)	537	72,5	44,5	-	US
44	Ma et al. (2019)	409	70,0	51,0	-	US

#	Artikel	Größe der Studien- population	Anteil weibliches Geschlecht	Durchschnittliches Alter	Adressierte Komorbiditäten	Herkunftsland
45	Mann et al. (1998)	419	78,0	43,1	-	GB
46	Morgan et al. (2013)	400	46,6	67,8	CHD/DM	AU
47	Ng et al. (2020)	214	55,6	73,5	-	SG
48	Piette et al. (2011)	339	51,5	56,0	DM	US
49	Richards et al. (2007)	114	77,2	42,5	-	GB
50	Richards et al. (2013)	581	71,9	44,8	-	GB
51	Rollman et al. (2009)	453	40,0	64,7	-	US
52	Rollman et al. (2018)	704	79,8	42,7	-	US
53	Rollman et al. (2021)	756	44,0	64,0	CHD	US
54	Rost et al. (2001)	211	83,9	42,6	-	US
55	Salisbury et al. (2016)	609	68,5	49,6	-	GB
56	Scazufca et al. (2022)	715	74,1	69,8	-	BR
57	Simon et al. (2000)	613	71,9	46,5	-	US
58	Simon et al. (2004)	600	74,6	44,5	-	US
59	Simon et al. (2011)	208	72,1	45,5	-	US
60	Smit et al. (2006)	267	65,0	43,2	-	NL
61	Srinivasan et al. (2022)	2486	75,0	59,2	CHD/DM/HT	IN
62	Strong et al. (2008)	200	70,5	56,6	Krebs	GB
63	Swindle et al. (2003)	268	3,5	56,3	-	US
64	Tobin et al. (2022)	757	100,0	56,0	-	US
65	Unützer et al. (2002)	1801	64,9	71,2	-	US
66	Vera et al. (2010)	179	76,0	55,2	CMC	PR
67	Yeung et al. (2010)	100	67,5	49,7	-	US
68	Yeung et al. (2016)	190	62,6	50,0	-	US

Tabelle 8: Eingeschlossene Artikel

3.3 Qualitätsbewertung

3.3.1 Verzerrungsrisiko

Eine vollständige Darstellung des erhobenen Verzerrungsrisikos der einzelnen, inkludierten Studien befindet sich in *Tabelle 9*.

#	Studie	Domäne					#	Studie	Domäne					
		1	2	3	4	5			1	2	3	4	5	
		a	b						a	b				
01	Adler 2004	!		!	!	!	!	!		!	!	!	!	!
02	Aikens 2022	+		!	!	!	+	!		!	+	!	+	!
03	Ali 2020	+		!	+	!	+	!						
04	Álvarez 2022	!	!	!	!	!	!	!						
05	Aragonès 2012	+	-	!	+	!	+	-						
06	Aragonès 2019	+	+	!	+	!	+	!						
07	Bekelman 2018	+		+	!	!	+	!						
08	Björkelund 2018	+	!	!	!	!	+	!						
09	Blanchard 1995	!		-	!	!	!	-						
10	Bogner 2012	+		!	+	!	+	!						
11	Bosanquet 2017	+		+	+	!	+	!						
12	Bruce 2004	+	!	!	!	!	+	!						
13	Buszewicz 2013	+		!	!	!	+	!						
14	Capoccia 2004	!		!	+	!	+	!						
15	Carney 2016	+		!	+	!	!	!						
16	Chen 2015	+	!	+	+	-	+	-						
17	Chen 2022	+	-	+	+	-	+	-						
18	Cole 2006	+		-	+	!	+	-						
19	Coventry 2015	+	!	+	+	!	+	!						
20	Curth 2020	+	-	+	!	!	+	-						
21	Davidson 2013	+		!	+	!	!	!						
22	Dietrich 2004	+	!	!	!	!	+	!						
23	Ell 2010	+		+	!	!	+	!						
24	Finley 2003	!		!	!	!	!	!						
25	Fletcher 2021	+		+	+	!	+	!						
26	Fortney 2007	+	!	+	+	!	+	!						
27	Fritsch 2007	+		!	!	!	!	!						
28	Gensichen 2009	+	-	+	+	!	+	-						
29	Hedrick 2003	+	!	!	+	!	+	!						
30	Hölzel 2018	+	-	+	+	!	+	-						
31	Huang 2018	+		+	+	!	!	!						
32	Huijbregts 2013	+	!	+	!	!	+	!						
33	Hunkeler 2000	!		!	!	!	!	!						
34	Katon 1995	!		!	!	!	!	!						
35	Katon 1996	+		+	!	!	!	!						
36	Katon 1999	!		!	!	!	!	!						
37	Katon 2001	!		!	+	!	+	!						
38	Katon 2004	+		+	!	!	+	!						
39	Katon 2010	+		+	!	!	+	!						
40	Katzelnick 2000	+	+	!	!	!	!	!						
41	Lagomasino 2017	+		+	+	!	!	!						
42	Lewis 2017	+		+	+	!	+	!						
43	Lobello 2010	!		!	+	!	!	!						
44	Ma 2019	+		+	+	!	+	!						
45	Mann 1998	+		!	+	!	!	!						
46	Morgan 2013	+	+	+	!	!	+	!						
47	Ng 2020	+		!	!	!	!	!						
48	Piette 2011	+		+	!	!	!	!						
49a	Richards 2007a	+		+	!	!	+	!						
49b	Richards 2007b	+	+	+	!	!	+	!						
50	Richards 2013	+	+	+	+	!	+	!						
51	Rollman 2009	+		+	+	!	+	!						
52	Rollman 2018	+		+	+	!	+	!						
53	Rollman 2021	+		+	+	!	+	!						
54	Rost 2001	+	!	!	!	!	!	!						
55	Salisbury 2016	+		+	+	!	+	!						
56	Scazufca 2022	+	+	!	!	!	!	!						
57	Simon 2000	!		!	!	!	!	!						
58	Simon 2004	+		+	!	!	!	!						
59	Simon 2011	+		!	!	!	!	!						
60	Smit 2006	+		+	!	-	!	-						
61	Srinivasan 2022	+	!	!	!	!	!	!						
62	Strong 2008	+		+	+	!	!	!						
63	Swindle 2003	+	!	-	!	!	!	!						
64	Tobin 2022	+		+	+	!	!	!						
65	Unützer 2002	+		+	+	!	!	!						
66	Vera 2010	+		+	!	!	!	!						
67	Yeung 2010	+		!	!	!	!	!						
68	Yeung 2016	+		+	+	!	!	!						

+ low ! some concerns - high

Tabelle 9: RoB 2

Der Tatsache geschuldet, dass bei der Anwendung von *RoB 2* automatisch die höchste Risikoeinstufung einer Domäne, die empfohlene Gesamtbewertung darstellt, gab es keine Studie mit dem Gesamtrisiko *low* (+). Da es sich beim Therapieergebnis *Depression*, welches mit einem Messinstrument erhoben wurde, immer um ein selbstberichtetes Therapieergebnis handelt, konnte jede

Studie in Domäne 4 *Messung des Therapieergebnisses* bestenfalls mit *some concerns* (!) bewertet werden.

Insgesamt erhielten zehn (14,5 %) eingeschlossene Studien die höchste Risikoeinstufung *high* (-). In vier cluster-RCTs geschah dies aufgrund eines hohen Risikos in Domäne 1b *Zeitpunkt der Identifizierung* oder *Rekrutierung der Teilnehmer*. Drei Studien wurde ein hohes Risiko in Domäne 2 *Abweichungen von den geplanten Interventionen* zugeschrieben. Letztlich erhielten weitere drei Studien eine hohe Risikobewertung in Domäne 3 *Messung des Therapieergebnisses*, wobei eine dieser drei Studien ebenfalls ein hohes Risiko für Verzerrung in Domäne 1b *Zeitpunkt der Identifizierung* oder *Rekrutierung der Teilnehmer* erhielt.

Die übrigen 59 (85,5 %), eingeschlossenen Studien erhielten die Gesamtbewertung *some concerns* (!). Die Übereinstimmung der beiden Rezensenten (LK und HS) lag mit einem Cohens Kappa von 0,657 (linear gewichtet 0,662) einem Standardfehler von 0,039 und einem 95 % Konfidenzintervall von 0,581 bis 0,732 in einem substantiellen Bereich.

3.3.2 Gewissheit der Evidenz

Die Gewissheit der Evidenz (Certainty of Evidence) wurde von den beiden Rezensenten (LK und HS) anhand der Webapplikation GRADEpro GDT (The-GRADE-Working-Group, 2024b) als *Hoch* (siehe *Tabelle 7*) bewertet. Das Studiendesign betreffend fanden nur RCTs und cluster-RCTs Eingang in die systematische Übersichtsarbeit, weswegen in diesem Bereich keine Herabstufung erfolgen musste. Entsprechend den Empfehlungen der zur Verfügung stehenden Handbücher (The-GRADE-Working-Group, 2013, 2024b) erfolgte die Bewertung des Verzerrungsrisikos des Therapieergebnis *Depression* unter Berücksichtigung des Verzerrungsrisikos auf Studienebene. Dabei sind die in *Abbildung 3* dargestellten, möglichen Transformationen möglich.

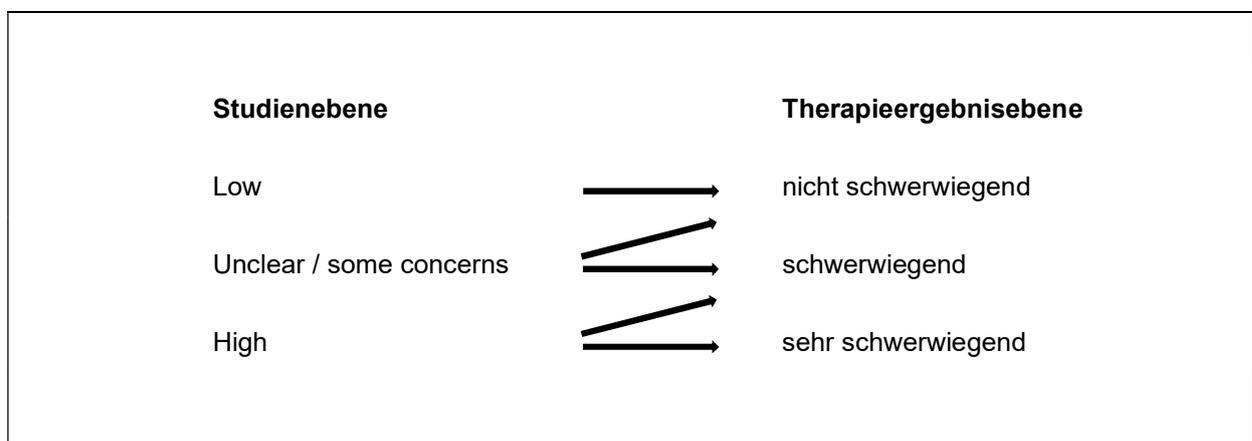


Abbildung 3: Transformation des Verzerrungsrisikos

In der vorliegenden Arbeit wurde das Risiko für Verzerrung und die daraus resultierenden Limitationen insgesamt als *nicht schwerwiegend* eingestuft, weswegen auch in diesem Bereich keine Herabstufung erfolgte. Ebenfalls wurden Inkonsistenz hinsichtlich der berichteten Ergebnisse und Indirektheit der Beantwortung der Fragestellung als *nicht schwerwiegend* angesehen. Im Gegensatz dazu war es erforderlich aufgrund fehlender Genauigkeit die Gewissheit der Evidenz eine Stufe zu reduzieren, da zwar der Großteil der berichteten Therapieergebnisse den Schluss nach sich zog, dass Collaborative Care das Therapieergebnis *Depression* verbessern kann, jedoch dieses auf sehr unterschiedliche Art und Weise erhoben wurde.

Eine Zusammenfassung der Bewertung der Gewissheit der Evidenz ist in *Tabelle 10* aufgeführt.

Bewertung der Gewissheit						
№ der Studien	Studien-design	Risiko für Bias	Inkonsistenz	Indirektheit	fehlende Genauigkeit	andere Faktoren
69	randomisierte klinische Studien	Nicht schwerwiegend	Nicht schwerwiegend	Nicht schwerwiegend	Schwerwiegend ^a	Dosis-Wirkungsbeziehung
Auswirkung				Gewissheit	Wichtigkeit	
In den 75 Vergleichen der 69 Studien konnte in 77 % der Fälle (58/75) eine Überlegenheit von Collaborative Care gegenüber der Kontrollgruppe gezeigt werden.				⊕⊕⊕⊕ Hoch	KRITISCH	

a. Bei der Bewertung des Therapieergebnisses Depression kamen 10 verschiedene Messinstrumente mit unterschiedlichen Grenzwerten zum Einsatz.

Tabelle 10: Zusammenfassung der Erkenntnisse (Summary of Findings)

3.4 Bezugsrahmen

3.4.1 Referenzmodell

Die Entwicklung eines Bezugsrahmens erwies sich als hilfreich, um die eingeschlossenen Interventionen darstellen, gruppieren und vergleichen zu können. Ziel dieses Bezugsrahmens ist es, die in den Interventionen zur Anwendung kommenden Teilkomponenten, welche im Kontext der Patientenversorgung stehen, vollständig zu erfassen und den übergeordneten Komponenten zuzuordnen. Dabei entsprechen die übergeordneten Komponenten den vier Collaborative Care definierenden Komponenten (Gunn et al., 2006) *multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung*, *strukturierter Behandlungsplan*, *geplante Patienten-Nachsorge* und *erweiterte interprofessionelle Kommunikation*, sowie der fünften, auf dem Chronic Care Model basierenden, in dieser Arbeit herausgestellten Komponente *verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung*. Dieser Bezugsrahmen ermöglicht es, qualitative Merkmale einer Intervention auf eine quantitative Darstellung in Bezug auf ihre Gesamtintensität zu übertragen. Genaue Ausführung sind unter 3.4.2 zu finden.

Aspekte, welche weniger der Intervention als dem Studienkontext zuzuordnen sind, werden durch den Bezugsrahmen nicht erfasst. Dies beinhaltet beispielsweise die Art der Rekrutierung der Studienteilnehmer, als auch die, im Vorfeld einer Studie durchgeführten, Schulung des medizinischen Personals. Diese wurden zwar im Rahmen der Datenextraktion betrachtet, fanden jedoch keinen Eingang in den finalen Bezugsrahmen.

3.4.2 Collaborative Care Intervention Intensity Framework (CCIIF)

Der als Bezugsrahmen entwickelte Collaborative Care Intervention Intensity Framework (CCIIF) setzt sich aus den folgenden fünf Komponenten zusammen (*Abbildung 4*):

Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung (MAP)

Die in diesem Bereich angesiedelten Teilkomponenten zielen darauf ab, das Behandlungsteam, dessen Qualifikation, Aufgabenbereiche und Art der Zusammenarbeit abzubilden. Grundbausteine des Behandlungsteams, und damit den Ausgangswert 0, bilden ein Hausarzt und ein sogenannter Case Manager (Gensichen, et al., 2006). Dieser Case Manager kann unterschiedliche Professionen haben (Katon & Seelig, 2008). Häufig kommen hier Krankenpfleger, Sozialarbeiter, aber auch Psychologen zum Einsatz (Coventry et al., 2014). Hinsichtlich der Intensität wird hier bewertet, ob der medizinische Hintergrund des Case Managers einen Schwerpunkt im Bereich der psychischen Gesundheit hat. Weitere Teilkomponente stellt das Vorhandensein eines Spezialisten im Bereich psychischer Gesundheit (Unützer & Park, 2012) dar und ob dieser eine passive, supervidierende oder zusätzlich eine aktive, den Patienten behandelnde Funktion hat. Die Rolle des Spezialisten für psychische Gesundheit kann durch einen Psychiater oder Psychologen erfüllt werden (Robiner, 2006). Zuletzt wird die Organisation des Behandlungsteams herausgestellt und berücksichtigt, ob dieses fest zusammengestellt vor Ort oder zeitweise zusammenarbeitend, insgesamt jedoch zentralisiert agiert. Nicht zuletzt stellt der Patient selbst ein Teil des Behandlungsteams dar. Dessen Möglichkeiten die Behandlung mitzugestalten, sich bei Verschlechterung des Zustands mitzuteilen und Förderung im Selbstmanagement zu erhalten, werden als Teilkomponenten der folgenden Komponenten erfasst.

Strukturierter Behandlungsplan (SBP)

Die Teilkomponenten dieses Bereichs beschreiben zum Einsatz kommende, evidenzbasierte Behandlungsoptionen und die Möglichkeit des Patienten Einfluss auf die Gestaltung des strukturierten Behandlungsplans nehmen zu können (Say et al., 2006). Darüber hinaus wird erfasst ob dem Behandlungsplan eine Zielsetzung zugrunde liegt. Diese kann sowohl auf einer niedrigeren Ebene im Sinne eines *Goal Settings* (GS; Austin & Vancouver, 1996; Mann et al., 2013) und *Motivational Interviewings* (MI; Miller & Rollnick, 2012) umgesetzt werden oder aber ein übergeordnetes Behandlungsprinzip der Intervention durch eine abgestufte Versorgung (SC für englisch *stepped care*; Bower & Gilbody, 2005) Ansatz sein. Hinsichtlich der Behandlungsoptionen wird unterschieden, ob lediglich ein Medikationsmanagement angeboten wird oder zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung Teil der Intervention sein kann. Sollte dies der Fall sein, wird weiterhin unterschieden, ob

es sich dabei um eine Kurzintervention oder eine darüber hinausreichende psychotherapeutische Behandlung handelt.

Geplante Patienten-Nachsorge (GPN)

Dieser Bereich erfasst wie engmaschig das Monitoring eines Patienten angelegt ist und auf welche Art dieses durchgeführt wird. Unterschieden werden Nachsorgetermine, welche durchschnittlich, über die Interventionsdauer verteilt, in geringeren Abständen als 2 Wochen stattfinden und solche die weiter auseinanderliegen. Darüber hinaus wird bei der Bewertung berücksichtigt, ob ein persönlicher Kontakt (del Río Olvera et al., 2022) zwischen Patienten und verlaufserhebendem Case Manager hergestellt wird oder nicht. Eine weitere, erfasste Teilkomponente stellen automatisierte Prozesse (Aguilera et al., 2017) dar, welche eine mögliche Verschlechterung des Zustands eines Patienten verhindern oder anzeigen können. Ein Beispiel hierfür ist eine Überwachung der Rezepteinlösung, als Kontrolle der Therapieadhärenz (Katon et al., 2004).

Erweiterte interprofessionelle Kommunikation (EIK)

Auf welche Art und Weise die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren des Behandlungsteams stattfindet, stellen die Teilkomponenten dieses Bereichs dar. Unterschieden wird eine anlassbezogene von einer fest terminierten Interaktion, ein verbaler von einem schriftlichen Austausch oder einem Teammeeting. Die ausgeprägteste Form der Kommunikation stellt in diesem Bereich die geteilte Patientenakte (Kooij et al., 2017) dar, welche es jedem Mitglied des Behandlungsteams ermöglicht, alle Behandlungsschritte und Entscheidungen anderer Teammitglieder nachvollziehen und damit berücksichtigen zu können. Ein weiterer Aspekt, welcher als Teilkomponente in diesem Bereich erfasst wird, ist die Möglichkeit eines Patienten sich bei Verschlechterung melden zu können.

Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung (VPA)

Ziel der diesem Bereich zugeordneten Teilkomponenten ist es, Fertigkeiten und Strategien, welche durch die Intervention vermittelt werden und das Selbstmanagement (Lorig & Holman, 2003) eines Patienten stärken, zu erfassen. Außerdem sollen unterstützende Faktoren aus dem Umfeld eines Patienten dargestellt werden. Konkret bewertet werden die Vermittlung von krankheitsbezogene Bewältigungsstrategien, Bemühungen der Rückfallprävention (Gortner et al., 1998; Moriarty et al., 2020), das Miteinbeziehen von Freunden und Familie (Nasser & Overholser, 2005), als auch Anschluss an Ressourcen des Gemeinwesens (Porterfield et al., 2012) oder eine Adaption der Intervention an den kulturellen Hintergrund einer Population (Resnicow et al., 1999).

Somit setzt sich jede Komponente aus vier, diese übergeordnete Komponente beschreibenden, Teilkomponenten zusammen. Der CCIF-Score (CCIFS) repräsentiert dadurch ein von 0 bis 20 Punkten reichendes Messinstrument zur Erhebung der Intensität von CC-Interventionen. Er setzt sich aus 5 Untergruppen zusammen, welche jeweils von 0 bis 4 Punkten reichen und die Collaborative Care definierenden Komponenten erfasst. Der Nullpunkt bildet damit die geringstmögliche Intensität einer CC-Intervention ab. Die Maximalausprägung wiederum wird durch einen Punktwert von 20 dargestellt. Eine graphische Darstellung ist in *Abbildung 4* und die dazugehörige Legende in *Tabelle 11* zu finden.

Intervention				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
<i>F</i>	<i>G</i>	<i>H</i>	<i>I</i>	<i>J</i>
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
<i>K</i>	<i>L</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>O</i>
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
<i>P</i>	<i>Q</i>	<i>R</i>	<i>S</i>	<i>T</i>
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
<i>U</i>	<i>V</i>	<i>W</i>	<i>X</i>	<i>Y</i>
CCIIF-Score				<i>Z</i>

Abbildung 4: Collaborative Care Intervention Intensity Framework

Beschreibung		
A	Case Manager aus dem Bereich psychische Gesundheit	Nein (0) Ja (1)
B	Supervidierender Psychiater oder Psychologe	Nein (0) Ja (1)
C	Behandelnder Psychiater oder Psychologe	Nein (0) Ja (1)
D	Organisation des Behandlungsteams	Zentral (0) Lokal (1)
E	Teilbewertung: multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung (A + B + C + D)	
F	Kurzintervention (≤ 8 Sitzungen)	Nein (0) Ja (1)
G	Zusätzliche Psychotherapie (> 8 Sitzungen)	Nein (0) Ja (1)
H	Zielsetzung (Motivational Interviewing, Goal Setting, Stepped Care)	Nein (0) Ja (1)
I	Berücksichtigung der Patientenpräferenz	Nein (0) Ja (1)
J	Teilbewertung: strukturierter Behandlungsplan (F + G + H + I)	
K	Nachsorge durchschnittlich alle 2 bis 4 Wochen	Nein (0) Ja (1)
L	Zusätzlich engere Nachsorge ≤ 2 Wochen	Nein (0) Ja (1)
M	Durchführung der Nachsorge	Telefonisch (0) Persönlich (1)
N	Automatisierte Prozesse	Nein (0) Ja (1)
O	Teilbewertung: geplante Patienten-Nachsorge (K + L + M + N)	
P	Regulär geplante Patientenbesprechungen	Nein (0) Ja (1)
Q	Meldung des Patienten bei Verschlechterung	Nein (0) Ja (1)
R	Schriftliche Dokumentation oder Teammeeting	Nein (0) Ja (1)
S	Geteilte Patientenakte	Nein (0) Ja (1)
T	Teilbewertung: erweiterte interprofessionelle Kommunikation (P + Q + R + S)	
U	Vermittlung von krankheitsbezogenen Bewältigungsstrategien	Nein (0) Ja (1)
V	Bemühungen der Rückfallprävention	Nein (0) Ja (1)
W	Miteinbeziehen von Freunden und Familie	Nein (0) Ja (1)
X	Miteinbezug des Gemeinwesens oder des kulturellen Hintergrunds	Nein (0) Ja (1)
Y	Teilbewertung: verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung (U + V + W + X)	
Z	Summe der Teilbewertungen (E, J, O, T, Y): Collaborative Care Intervention Intensity Framework-Score	

Tabelle 11: Legende zu Abbildung 4

3.5 Ergebnisse der individuellen Studien

3.5.1 CCIF-Score

Die individuellen Ergebnisse der einzelnen Interventionen hinsichtlich ihrer Intensität können *Tabelle 12* entnommen werden. Diese wurde unter Zuhilfenahme des im Rahmen dieser Arbeit dafür Entwickelten CCIF ermittelt (vgl. *Anhang C*).

#	Intervention	Dauer der Intervention in Monaten	multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung	strukturierter Behandlungsplan	geplante Patienten- Nachsorge	erweiterte interprofessionelle Kommunikation	verstärkte Patienten- und Angehörigen- aktivierung	CCIF-Score
01	Adler 2004	18	1	1	1	2	1	6
02	Aikens 2022	12	0	0	4	1	2	7
03	Ali 2020	12	2	3	2	3	3	13
04	Álvarez 2022	12	1	0	0	1	0	2
05	Aragonès 2012	12	3	0	1	2	3	9
06	Aragonès 2019	12	3	3	2	4	2	14
07	Bekelman 2018	6	1	3	3	2	2	11
08	Björkelund 2018	3	1	3	2	2	2	10
09	Blanchard 1995	3	3	2	3	1	1	10
10	Bogner 2012	3	0	1	3	2	3	9
11	Bosanquet 2017	18	3	2	2	2	1	10
12	Bruce 2004	12	3	3	1	2	0	9
13	Buszewicz 2013	24	2	2	2	0	3	9
14	Capoccia 2004	12	3	1	2	4	0	10
15	Carney 2016	6	2	1	1	2	2	8
16	Chen 2015	12	3	0	2	2	2	9
17	Chen 2022	12	2	3	2	2	3	12
18	Cole 2006	6	3	2	3	2	1	11
19	Coventry 2015	3	3	3	2	2	3	13
20	Curth 2020	6	3	4	2	2	2	13
21	Davidson 2013	6	2	3	2	2	1	10
22	Dietrich 2004	6	2	2	1	2	1	8
23	Eli 2010	12	3	4	2	1	3	13
24	Finley 2003	6	3	0	2	3	0	8
25	Fletcher 2021	3	2	3	3	2	1	11
26	Fortney 2007	12	3	2	2	3	0	10
27	Fritsch 2007	6	1	0	1	2	0	4
28	Gensichen 2009	12	1	3	3	3	1	11
29	Hedrick 2003	9	2	3	2	3	1	11
30	Hölzel 2018	12	3	3	2	1	2	11
31	Huang 2018	6	2	0	2	3	2	9
32	Huijbregts 2013	4	1	4	4	4	2	15
33	Hunkeler 2000	4	2	2	2	2	2	10

#	Intervention	Dauer der Intervention in Monaten	multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung	strukturierter Behandlungsplan	geplante Patienten- Nachsorge	erweiterte interprofessionelle Kommunikation	verstärkte Patienten- und Angehörigen- aktivierung	CCIF-Score
34	Katon 1995	7	3	1	2	3	1	10
35	Katon 1996	7	4	2	2	2	3	13
36	Katon 1999	6	3	1	2	3	1	10
37	Katon 2001	12	4	3	2	3	2	14
38	Katon 2004	12	3	3	3	2	1	12
39	Katon 2010	12	2	3	2	3	2	12
40	Katzelnick 2000	12	2	0	1	3	0	6
41	Lagomasino 2017	3	1	4	3	1	1	10
42	Lewis 2017	3	2	3	2	2	2	11
43	Lobello 2010	4	0	0	1	3	2	6
44	Ma 2019	12	1	3	3	3	2	12
45	Mann 1998	4	1	0	2	1	1	5
46	Morgan 2013	12	1	3	2	3	2	11
47	Ng 2020	6	0	2	3	0	2	7
48	Piette 2011	12	2	3	1	3	1	10
49	Richards 2007	3	3	2	2	3	2	12
50	Richards 2013	3	3	2	2	4	2	13
51	Rollman 2009	8	1	2	2	3	2	10
52	Rollman 2018	6	1	3	3	4	0	11
53	Rollman 2021	12	1	2	2	4	1	10
54	Rost 2002	24	2	1	2	2	2	9
55	Salisbury 2016	10	0	2	2	2	2	8
56	Sczufca 2022	4	2	3	4	3	2	14
57	Simon 2000	4	1	0	1	3	0	5
58a	Simon 2004a	5	2	2	1	2	2	9
58b	Simon 2004b	5	2	2	3	2	2	11
59	Simon 2011	5	2	0	1	4	0	7
60a	Smit 2006a	36	2	1	1	2	2	8
60b	Smit 2006b	36	3	1	1	2	2	9
60c	Smit 2006c	36	2	3	1	2	2	10
61	Srinivasan 2022	12	2	3	2	2	4	13
62	Strong 2008	6	1	3	3	1	1	9
63	Swindle 2003	2	3	0	2	2	0	7
64	Tobin 2022	12	2	1	1	2	2	8
65	Unützer 2002	12	4	3	3	3	3	16
66	Vera 2010	6	3	4	2	1	0	10
67	Yeung 2010	6	3	1	1	1	2	8
68	Yeung 2016	6	3	1	3	2	2	11

Tabelle 12: CCIF-Score der einzelnen Interventionen

3.5.2 Therapieergebnis Depression

Um die klinische Relevanz eines gemessenen Unterschieds im Therapieergebnis Depression zwischen einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe, welches mit einem dafür geeigneten Messinstrument erhoben wurde, zu verdeutlichen, ist ein etablierter Ansatz das Definieren der Kategorien *Response* (Ansprechen) und *Remission* (Rückgang). Da es viele verschiedene, teilweise voneinander abweichende oder sogar widersprüchliche Definitionen dieser Kategorien gibt, die oft auch nicht zwischen den verschiedenen Versionen etablierter Messinstrumente unterscheiden, ist der Vergleich zwischen verschiedenen Studien erschwert (Riedel et al., 2010).

Die zum Vergleich mit den Interventionsgruppen herangezogenen Kontrollgruppen sollen der üblichen oder erweiterten üblichen Standardversorgung eines Landes entsprechen. Allerdings variieren diese Standards mitunter stark, was zu einer Heterogenität unter den Kontrollgruppen führt (Cuijpers et al., 2021; Watts et al., 2015).

Aus den genannten Gründen, welche ein direktes Vergleichen der Studien hinsichtlich der Effektivität in der Behandlung einer Depression erschweren, wird in dieser systematischen Übersichtsarbeit stellvertretend ein dichotomes Therapieergebnis verwendet. Dieses entspricht den Schlussfolgerungen der jeweiligen Autoren einer Studie, ob die erprobte Collaborative Care Intervention, im Vergleich zur Kontrollgruppe, zu einer signifikanten ($p < 0,05$) Verbesserung der Depressionsbehandlung geführt hat. In *Tabelle 13* sind die zur Entscheidung der Autoren beitragenden Therapieergebnisse, die verwendeten Grenzwerte, das verwendete Messinstrument, die Art der Kontrollgruppe und der Messzeitpunkt aufgeführt. Folgende Therapieergebnisse wurden in absteigender Priorität berücksichtigt:

Determiniertes primäres Therapieergebnis Depression

Sollten die Autoren einer Studie festgelegt haben, mit welchem Messinstrument, zu welchem Messzeitpunkt und ob die Gruppendifferenz, der Unterschied in *Response* oder *Remission* als primäres Therapieergebnis zu betrachten ist, wurde dieses für die Bewertung herangezogen. Alle zusätzlichen, ebenfalls signifikanten und damit unterstützenden Therapieergebnisse, zu diesem Messzeitpunkt wurden ebenfalls in *Tabelle 13* aufgeführt.

Letztes gemessenes primäres Therapieergebnis Depression während der Intervention

Wurde kein genauer Messzeitpunkt, sondern die vollständige oder nur ein Teil der Interventionsdauer mit mehreren Messzeitpunkten von den Autoren einer Studie zur Bewertung der Effektivität verwendet, wurde für die Übertragung in das dichotome Therapieergebnis Depression der letzte Messzeitpunkt mit signifikanter Überlegenheit der Collaborative Care Intervention eingesetzt. Dabei wurde berücksichtigt, ob das primäre Therapieergebnis einer Gruppendifferenz, dem Unterschied in Response oder Remission entsprach.

Letztes gemessenes Therapieergebnis Depression während der Intervention

Gab es weder einen definierten Endpunkt, noch Auskunft ob die Gruppendifferenz, die Response-Rate oder die Remissions-Rate als primäres Therapieergebnis zu betrachten ist, wurde der letzte

Messzeitpunkt mit signifikanter Überlegenheit der Collaborative Care Intervention im Therapieergebnis Depression für die Bewertung herangezogen. Dabei wurden alle Therapieergebnisse mit signifikanter Überlegenheit, also Gruppendifferenz, Response-Rate und Remission-Rate berücksichtigt.

Gab es einzelne signifikante Unterschiede, welche eine Überlegenheit der angewendeten Intervention hätten nahelegen können, wurden diese nur gewertet, wenn auch die Autoren zu dieser Schlussfolgerung gekommen sind.

#	Komparatoren	Messinstrumente der Depression	verglichene Kontrollgruppe	zusätzliches Therapieergebnisse	verwendete Grenzwerte	Messzeitpunkt in Monaten	Überlegenheit der Intervention	
01	Adler 2004	BDI*	TAU	-	-	6	-	
02	Aikens 2022	PHQ-9	TAU	-	-	12	+	
03	Ali 2020	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %	24	+	
04	Álvarez 2022	PHQ-9	TAU	Remission		≤ 4	12	+
05	Aragonès 2012	PHQ-9	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 4	12	+
06	Aragonès 2019	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		12	+
07	Bekelman 2018	PHQ-9	TAU	-	-		6	+
08	Björkelund 2018	MADRS-S	TAU	Remission		≤ 12	6	+
09	Blanchard 1995	DPDS	TAU	-	-		3	+
10	Bogner 2012	PHQ-9	TAU	Remission		≤ 4	3	+
11	Bosanquet 2017	PHQ-9	TAU	-	-		4	+
12	Bruce 2004	HAM-D	TAU	Response	≥ 50 %		12	+
13	Buszewicz 2013	BDI-II	TAU	-	-		24	-
14	Capoccia 2004	SCL-20	TAU	beide	≥ 50 %	DSM-IV	12	-
15	Carney 2016	BDI-II	TAU	Remission		≤ 9	12	-
16	Chen 2015	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 7	12	+
17	Chen 2022	HAM-D	TAU	-	-		12	+
18	Cole 2006	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 7	6	-
19	Coventry 2015	PHQ-9	TAU	-	-		4	+
20	Curth 2020	BDI-II	TAU	-	-		6	+
21	Davidson 2013	BDI	TAU			≤ 9	6	+
22	Dietrich 2004	SCL-20	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 0,5	6	+
23	Eli 2010	SCL-20	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 0,5	18	+
24	Finley 2003	BIDS	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 8	6	-
25	Fletcher 2021	PHQ-9	TAU	-	-		3	+
26	Fortney 2007	SCL-20	TAU	beide		≤ 0,5	12	+
27	Fritsch 2007	HAM-D	TAU	-	-		6	+
28	Gensichen 2009	PHQ-9	TAU	Response	≥ 50 %		12	+
29	Hedrick 2003	SCL-20	TAU	-	-		3	+
30	Hölzel 2018	PHQ-9	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 4	12	+
31	Huang 2018	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 7	6	+
32	Huijbregts 2013	PHQ-9	TAU	Response	≥ 50 %		9	+
33	Hunkeler 2000	HAM-D	TAU	Response	≥ 50 %		6	+
34a	Katon 1995a	SCL-20	TAU	-	-		7	-
34b	Katon 1995b	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		7	+
35a	Katon 1996a	SCL-20	TAU	-	-		7	+
35b	Katon 1996b	SCL-20	TAU	-	-		7	+
36	Katon 1999	SCL-20	TAU	-	-		6	+
37	Katon 2001	SCL-20	TAU	-	-		12	+
38	Katon 2004	SCL-20	TAU	Response	≥ 40 %		12	+
39	Katon 2010	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		12	+
40	Katzelnick 2000	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 6	12	+
41	Lagomasino 2017	PHQ-9	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 9	4	+

#	Komparatoren	Messinstrumente der Depression	verglichene Kontrollgruppe	zusätzliches Therapieergebnisse	verwendete Grenzwerte	Messzeitpunkt in Monaten	Überlegenheit der Intervention	
42	Lewis 2017	PHQ-9	TAU	-	-	12	+	
43	Lobello 2010	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 9	6	-
44	Ma 2019	SCL-20	TAU	-	-	12	+	
45	Mann 1998	BDI	TAU	-	-	4	-	
46	Morgan 2013	PHQ-9	TAU	-	-	6	+	
47	Ng 2020	HAM-D	TAU	Remission		≤ 6	12	+
48	Piette 2011	BDI	TAU	Remission		≤ 13	12	+
49a	Richards 2007a	PHQ-9	eTAU	-	-	3	-	
49b	Richards 2007b	PHQ-9	TAU	-	-	3	+	
50	Richards 2013	PHQ-9	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 9	12	+
51	Rollman 2009	PROMIS-D	TAU	Response	≥ 50 %		8	+
52	Rollman 2018	PROMIS-D	TAU	-	-	6	+	
53a	Rollman 2021a	PROMIS-D	TAU	-	-	12	+	
53b	Rollman 2021b	PROMIS-D	eTAU	-	-	12	+	
54	Rost 2002	CES-D*	TAU	Remission		≤ 15	24	+
55	Salisbury 2016	PHQ-9	TAU	Kombiniert	- ≥ 5	≤ 9	4	+
56	Sczufca 2022	PHQ-9	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 9	12	+
57	Simon 2000	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		6	+
58a	Simon 2004a	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		6	-
58b	Simon 2004b	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		6	+
59	Simon 2011	SCL-20	TAU	-	-	5	+	
60a	Smit 2006a	BDI	TAU	-	-	6	-	
60b	Smit 2006b	BDI	TAU	-	-	6	-	
60c	Smit 2006c	BDI	TAU	-	-	6	-	
61	Srinivasan 2022	PHQ-9	TAU	-	-	12	+	
62	Strong 2008	SCL-20	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 0,5	3	+
63	Swindle 2003	BDI	TAU	-	-	12	-	
64	Tobin 2022	PHQ-9	TAU	-	-	12	-	
65	Unützer 2002	SCL-20	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 0,5	12	+
66	Vera 2010	SCL-20	TAU	Response	≥ 50 %		6	+
67	Yeung 2010	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 7	6	-
68	Yeung 2016	HAM-D	TAU	beide	≥ 50 %	≤ 7	6	+

* modifiziert + Überlegenheit - keine Überlegenheit

Tabelle 13: Therapieergebnisse der einzelnen Vergleiche

3.6 Ergebnisse der Synthese

3.6.1 Synthese der Intensität

Die Bewertung der 71 beschriebenen Interventionen mit dem CCIIF ergab ein arithmetisches Mittel von 9,9 Punkten, wobei Werte zwischen 2 und 16 Punkten erreicht wurden. Mit einem Median und Modus von ebenfalls 10 Punkten handelt es sich um eine unimodale symmetrische Häufigkeitsverteilung der Intensität der bewerteten Collaborative Care Interventionen. Die genaue Verteilung ist in *Abbildung 5* dargestellt.

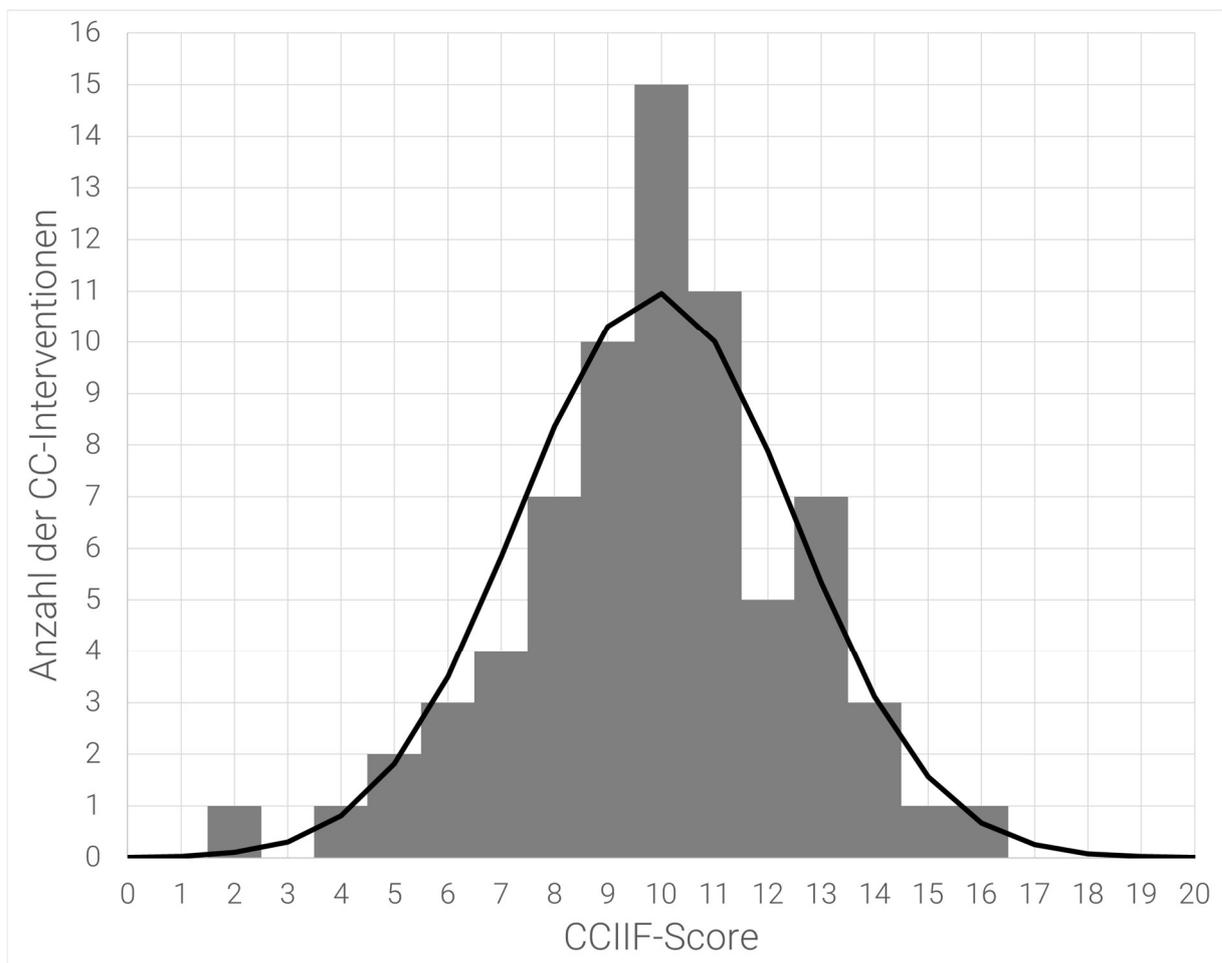


Abbildung 5: Verteilung der Interventionen auf dem CCIIF

Im Bereich der fünf übergeordneten Komponenten wurden jeweils Werte zwischen 0 und 4 Punkten erzielt, was einem Median von 2 Punkten entspricht. Dabei lag das jeweilige arithmetische Mittel der Komponenten *Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung*, *Strukturierter Behandlungsplan* und *Geplante Patienten-Nachsorge* bei 2 Punkten, was bei einer Wichtung von jeweils 20 % jeder Komponente, genau der durchschnittlichen Intensität von 10 Punkten in der Gesamtbewertung mittels

CCIIF-Scores liegt. Die Komponente *Erweiterte interprofessionelle Kommunikation* lag mit einem arithmetischen Mittel von 2,3 Punkten leicht über dem, bei einer gleichen Wichtung der Komponenten erwarteten Durchschnitt von 2 Punkten. Im Gegensatz dazu zeigte sich die Komponente *Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung* mit einem arithmetischen Mittel von 1,6 Punkten unter dem, bei einer gleichmäßigen Verteilung der Komponenten, erwarteten Durchschnitt von 2 Punkten.

Die durchschnittliche Dauer der 71 beschriebenen Interventionen lag bei 9,7 Monaten und reichte von 2 bis 36 Monaten.

3.6.2 Synthese der Therapieergebnisse

Insgesamt konnten 69 der 71 untersuchten Intervention ein klares Ergebnis verzeichnen. 54 Interventionen (76 %) konnten im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe eine signifikante Überlegenheit im Therapieergebnis Depression aufzeigen. 15 Interventionen (21 %) konnten keine Überlegenheit nachweisen. Widersprüchliche Ergebnisse zeigten 2 (3 %) Interventionen. Eine Studie (Katon et al., 1995) berichtete keine Gesamtergebnisse, sondern nur Ergebnisse der Subgruppen *Minor Depression* und *Major Depression*. Dieses Vorgehen war auch in einer weiteren Studie (Katon et al., 1996) der Fall, dort zeigte sich die Intervention jedoch in beiden Subgruppen der Kontrollgruppe überlegen. Eine Intervention (Richards et al., 2007) wurde sowohl mit einer cluster-randomisierten, als auch einer individuell randomisierten Kontrollgruppe verglichen. Dabei konnte die Intervention im Vergleich zur individuell randomisierten Kontrollgruppe keine Überlegenheit demonstrieren. Im Vergleich zur cluster-randomisierten Kontrollgruppe konnte diese jedoch verzeichnet werden. In keiner Studie zeigte eine Kontrollgruppe sich der Interventionsgruppe im Therapieergebnis Depression überlegen. In den insgesamt 75 Vergleichen konnte in 77 % eine Überlegenheit der Collaborative-Care-Intervention gegenüber ihrer Kontrollgruppe in der Verbesserung des Therapieergebnisses Depression nachgewiesen werden.

Um die Intensität der Collaborative Care Interventionen mit dem Therapieergebnis Depression in Beziehung setzen zu können, wurde dieses aus den jeweiligen Studien extrahiert. Insgesamt wurden zur Erhebung des Therapieergebnisses Depression in den eingeschlossenen Studien 10 verschiedene Messinstrumente verwendet. In 4 Studien (Björkelund et al., 2018; Coventry et al., 2015; Hunkeler et al., 2000; Ng et al., 2020) kamen mehrere Messinstrumente zum Einsatz.

Die beiden am häufigsten verwendeten Messinstrumente waren der *Patient-Health-Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) und die *Symptom-Checklist-20* (SCL-20; Derogatis et al., 1976). Weitere verwendete Messinstrumente waren die *Hamilton Depression Scale* (HAM-D; Hamilton, 1960), das *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1961), das *Beck Depression Inventory II* (BDI-II; Arnau et al., 2001), das *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Depression* (PROMIS-D; Pilkonis et al., 2014), die *Self-Reported Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS-S; Fantino & Moore, 2009), die *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D Scale; Radloff, 1977), das *Brief Inventory for Depressive Symptoms* (BIDS; Finley et al., 2003) und die *Depression*

Diagnostic Scale (DPDS), eine Unterskala des *Short-CARE* (Gurland et al., 1984). Die Häufigkeiten der einzelnen Messinstrumente der Depression können *Tabelle 14* entnommen werden.

PHQ-9 21	SCL-20 20	HAM-D 13	BDI 6	BDI-II 3
PROMIS-D 2	BIDS 1	CES-D* 1	DPDS 1	MADRS-S 1

* modifiziert

Tabelle 14: Angewendete Depressions-Scores

Zusätzlich zu den oben genannten 10 Messinstrumenten wurden auch die *Symptom-Checklist-13* (SCL-13; Williams Jr. et al., 2004) und die *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage et al., 1982) verwendet. Wobei diese beiden Messinstrumente als zusätzliche und nicht alleinige Messinstrumente zum Einsatz kamen. Auch die Messzeitpunkte zur Erhebung des Therapieergebnisses Depression variierten in den eingeschlossenen Studien zwischen 3 und 24 Monaten, was den Vergleich der Ergebnisse erschwerte.

3.7 Analyse der Ergebnisse

3.7.1 Zusammenhang zwischen Interventionsintensität und Therapieerfolg

Um den Effekt der Interventionen auf das Therapieergebnis Depression besser einordnen zu können, wurde dieser mit der Intensität der jeweiligen Intervention in Zusammenhang gesetzt. Hierfür wurden der erhobene CCIIF-Score einer jeden Intervention und das Therapieergebnis Depression eines jeden Vergleichs verwendet.

Für die Exploration des Zusammenhangs wurde eine Punktbiseriale Korrelation angewendet, da diese den Zusammenhang zwischen einer dichotomen und einer metrischen Variablen untersucht. Dabei ist die Intensität, welche mit dem CCIIF erhoben wurde, die metrische Variable, während der Effekt der Intervention auf das Therapieergebnis Depression dichotom ist. Hier zeigt sich mit einem Korrelationskoeffizient von $r = 0,32$ ($p < 0,01$) ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der Intensität der Interventionen und dem Therapieerfolg im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe. Alle Interventionen mit einem CCIIF-Score von 13 oder mehr waren in den Vergleichen einer (erweiterten) Regelversorgung überlegen.

3.7.2 Entscheidende Merkmale erfolgreicher CC-Interventionen

Zur genaueren Betrachtung des Einflusses der einzelnen Collaborative-Care-Komponenten wurden die Vergleiche, die eine signifikante Verbesserung im Therapieergebnis Depression zeigten, denjenigen gegenübergestellt, die dies nicht taten. Die Überprüfung der Mittelwerte erfolgt mittels t-Test.

Die Ermittlung der CCIF-Scores beider Gruppen zeigt, dass Interventionen, welche eine signifikante Verbesserung im Therapieergebnis zeigen konnten, im Durchschnitt fast 2 Punkte (1,94; $p < 0,01$) im CCIF mehr aufweisen als die, die keine Verbesserung zeigen konnten und damit von einer höheren Intensität gekennzeichnet sind.

Bei der Untersuchung der Unterschiede im Bereich der einzelnen übergeordneten Komponenten ist festzustellen, dass die Komponenten *strukturierter Behandlungsplan* und *geplante Patienten-Nachsorge* in den Interventionen, welche gegenüber ihrer Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung im Therapieergebnis nachweisen konnten, ausgeprägter sind. Dabei erzielten im Bereich der Komponente *strukturierter Behandlungsplan*, erfolgreiche Interventionen durchschnittlich einen Punkt (1,07; $p < 0,01$) mehr im CCIF als Interventionen, welche gegenüber ihrer Kontrollgruppe keine Verbesserung zeigen konnten. Im Bereich der Komponente *geplante Patienten-Nachsorge* ist der Unterschied mit über einem halben Punkt (0,64; $p < 0,01$) etwas geringer. Die errechneten Differenzen in den übrigen 3 Komponenten *multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung*, *erweiterte interprofessionelle Kommunikation* und *verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung* erwiesen sich als nicht signifikant ($p \geq 0,05$).

Dies entspricht den Ergebnissen der Punktbiserialen Korrelation der einzelnen Collaborative-Care-Komponenten mit dem Therapieergebnis Depression, welche in *Tabelle 15* dargestellt sind. Hier zeigt sich der größte Zusammenhang zwischen einer Komponente und dem Therapieergebnis Depression bei der Komponente *strukturierter Behandlungsplan* ($r = 0,37$; $p < 0,005$). Den nächst größeren Zusammenhang weist die Komponente *geplante Patienten-Nachsorge* ($r = 0,34$; $p < 0,005$) auf. Auch hier erwiesen sich die restlichen 3 Komponenten als nicht signifikant.

Collaborative-Care-Komponente	Korrelation	Signifikanz
multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung	$r = -0,08$	$p = 0,52$
strukturierter Behandlungsplan	$r = 0,37$	$p < 0,005$
geplante Patienten-Nachsorge	$r = 0,34$	$p < 0,005$
erweiterte interprofessionelle Kommunikation	$r = 0,12$	$p = 0,31$
verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung	$r = 0,07$	$p = 0,57$

Tabelle 15: Punktbiserielle Korrelation der Collaborative-Care-Komponenten

Im letzten Schritt erfolgte die Überprüfung inwieweit die 5 Komponenten miteinander zusammenhängen. Hier zeigt sich ein gewisser Zusammenhang zwischen der Komponente *strukturierter Behandlungsplan*

und *geplante Patienten-Nachsorge* ($r = 0,42$; $p < 0,001$), als auch zwischen der Komponente *strukturierter Behandlungsplan* und *verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung* ($r = 0,29$; $p < 0,05$). Die paarweise Korrelation aller Komponenten ist in *Abbildung 6* dargestellt.

	MAP	SBP	GPN	EIK	VPA
MAP	1,000				
SBP	$r = 0,1120$ $p = 0,3388$	1,000			
GPN	$r = -0,0984$ $p = 0,4012$	$r = 0,4168$ <u>$p = 0,0002$</u>	1,000		
EIK	$r = 0,0840$ $p = 0,4736$	$r = -0,0258$ $p = 0,8264$	$r = -0,0056$ $p = 0,9622$	1,000	
VPA	$r = 0,0941$ $p = 0,4219$	$r = 0,2847$ <u>$p = 0,0133$</u>	$r = 0,1947$ $p = 0,0942$	$r = -0,1998$ $p = 0,0857$	1,000

Abbildung 6: Paarweise Korrelation der Komponenten

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

4.1.1 Effektivität von Collaborative Care

In dieser systematischen Übersichtsarbeit wurden die Ergebnisse von 68 wissenschaftlichen Publikationen betrachtet. Die Auswertung der 75 angestellten Vergleiche zeigt, dass in der Behandlung von Depression in der hausärztlichen Primärversorgung erwachsener Patienten Collaborative Care in 58 der 75 betrachteten Fälle (77 %) einer üblichen Versorgung überlegen ist.

4.1.2 Collaborative Care Intervention Intensity Framework

Um Collaborative-Care-Interventionen besser vergleichbar machen zu können, wurde ein Bezugsrahmen entwickelt. Dieser soll dazu dienen, die einzelnen Subkomponenten einer Intervention im Sinne einer Checkliste aufzugreifen und den übergeordneten Komponenten von Collaborative Care zuzuordnen. Dadurch lässt sich die Intensität durch einen Summen-Score (CCIIIF-Score) und die Ausprägung der einzelnen Komponenten (Sub-Score) erfassen und schließlich miteinander vergleichen.

4.1.3 Einfluss der Intensität von Collaborative-Care-Interventionen

In der Korrelation der Intensität einer Intervention und ihrer Überlegenheit im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe das Therapieergebnis Depression signifikant zu verbessern zeigte sich ein mittlerer positiver Zusammenhang ($r = 0,32$; $p < 0,01$).

4.1.4 Kritische Komponenten von Collaborative Care

Bei der Betrachtung der einzelnen Komponenten von Collaborative Care, zeigte sich in der Korrelation der entsprechenden Sub-Scores, welche durch den CCIIIF erhoben wurden, der größte Zusammenhang mit einer Verbesserung des Therapieergebnisses Depression beim Sub-Score für *strukturierter Behandlungsplan*, gefolgt von *geplante Patientennachsorge*. Kein Zusammenhang mit einer Verbesserung des Therapieergebnisses konnte bei den 3 Komponenten *multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung*, *erweiterte interprofessionelle Kommunikation* und *verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung* festgestellt werden.

4.2 Interpretation und Einordnung der Ergebnisse

4.2.1 Effektivität von Collaborative Care

Die Effektivität von Collaborative Care in der Behandlung depressiver Störungen wurde bereits in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen untersucht (Archer et al., 2012; Bower et al., 2006; Coventry et al., 2014). Hierbei zeigte sich Collaborative Care im Vergleich zu einer Regelversorgung in der Verbesserung des Therapieergebnisses Depression in allen Untersuchungen überlegen. Die Ergebnisse dieser Arbeit hinsichtlich der Verbesserung des Therapieergebnisses Depression decken sich somit mit der bereits bestehenden Literatur und unterstützen die bestehende Evidenz der Wirksamkeit von Collaborative Care im Sektor der hausärztlichen Primärversorgung.

Eine andere Untersuchung (Woltmann et al., 2012) konnte die Effektivität von Collaborative Care in der Verbesserung der Therapieergebnisse auch in anderen Sektoren des Gesundheitssystems und in der Behandlung anderen psychischen Erkrankungen nachweisen. Aufgrund der in dieser Arbeit betrachteten Population der hausärztlichen Primärversorgung und dem Fokus auf Depression als Erkrankung kann die dahingehende Evidenz weder bekräftigt noch abgeschwächt werden.

Ein Punkt der in diesem Zusammenhang jedoch insgesamt kritisch hinterfragt werden sollte ist, die Erhebung und die Verlaufsbeobachtung des Therapieergebnisses Depression. Die schwere unipolare Depression (MDD) ist charakterisiert durch eine gedrückte Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs. Hinzukommen können weitere häufige Symptome wie Insuffizienz- und Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, eine Verminderung von Konzentration und Aufmerksamkeit, Veränderungen hinsichtlich Psychomotorik und Appetit, Schlafstörungen, Suizidalität und weitere unspezifische Symptome. Die Vielzahl an Symptomen und deren Kombinationsmöglichkeiten führt zu einem heterogenen Krankheitsbild (Park et al., 2017). Allein nach der Klassifikation des DSM-V sind 227 verschiedene Symptomkombinationen einer schweren unipolaren Depression (MDD) möglich. Diese Tatsache führt unweigerlich zu Schwierigkeiten in der Erhebung und der Verlaufsbeobachtung einer Depression.

Der Goldstandard in der Diagnostik depressiver Störungen stellt das diagnostische Interview dar (*Nationale versorgungsleitlinie unipolare depression - leitlinienreport, version 3.0, 2022*). Weiterhin gibt es eine Vielzahl an psychometrischen Testverfahren, welche als Messinstrument einer Depression verwendet werden können. Diese zielen durch Fragen hinsichtlich der bestehenden depressiven Symptome darauf ab die Erkrankung, ihre Schwere und deren Verlauf zu erfassen. Dabei sind die Grenzwerte für die Diagnosestellung und die Stratifizierung in verschiedene Schweregrade meist gegeben (Derogatis et al., 1976; Kroenke et al., 2001). Jedoch mangelt es vielen dieser Messinstrumente an validen Werten für das Anzeigen einer Veränderung der depressiven Symptomatik.

So wurden in den eingeschlossenen Studien dieser Arbeit verschiedene Messinstrumente zur Messung der depressiven Symptomatik und damit zur Erhebung des Therapieergebnisses Depression verwendet. Dieser Umstand allein erschwert bereits das Vergleichen von Therapieergebnissen der

einzelnen Studien. Die Tatsache, dass in manchen Studien die direkte kontinuierliche Veränderung auf einem Messinstrument und in anderen Studien das Erreichen festgelegter Grenzwerte im Sinne von Kategorien (Response und Remission) zur Anzeige eines Therapieerfolgs verwendet wurden, verkompliziert dieses Unterfangen noch weiter.

Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet die Ergebnisse der einzelnen Studien im Sinne einer Metaanalyse durch standardisierte Mittelwertdifferenzen zu vergleichen und anstatt dessen als dichotomes Ergebnis zu erfassen, ob eine angewendete Intervention im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe das Therapieergebnis Depression verbessern konnte oder nicht.

Ein weiterer Grund für dieses Vorgehen stellt die Tatsache dar, dass der Begriff einer (erweiterten) Regelversorgung nicht einheitlich auf die Gesundheitssysteme verschiedener Regionen angewendet werden kann. Diese unterscheiden sich teilweise erheblich und stellen somit keinen universellen Kontrollzustand dar.

4.2.2 Collaborative Care Intervention Intensity Framework

Das Vergleichen von komplexen Interventionen wie Collaborative Care ist erschwert durch deren inhärente Heterogenität (Reilly et al.). Um dieser zu begegnen, erscheint es naheliegend einen systematischen Ansatz zu wählen, welcher die möglichen Ausprägungen einer Intervention berücksichtigt und erfasst.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde versucht einen solchen systematischen Ansatzes umzusetzen. Bereits bei der Erstellung der Suchstrategie anhand des PICOS-Schemas wurde darauf geachtet den Punkt *Intervention* möglichst weit zu halten um nicht im Vorhinein möglicherweise geeignete Studien durch zu enge Suchkriterien auszuschließen. Während der Datenextraktion wurden die Interventionskomponenten jeder Studie detailliert erhoben und im Rahmen der Datensynthese zu Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorien wiederum wurden den 4 bestehenden Komponenten von Collaborative Care und der im Zuge dieser Arbeit etablierten 5. Komponente zugeordnet. Ziel dieses Vorgehens war es den Umfang von Collaborative-Care-Interventionen abzubilden und die einzelnen Interventionen auf diesem Spektrum darzustellen.

4.2.3 Einfluss der Intensität von Collaborative-Care-Interventionen

In der vorliegenden Arbeit konnte ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der Intensität einer Collaborative-Care-Intervention und der Verbesserung des Therapieergebnisses Depression verzeichnet werden. Diese Assoziation alleine gibt noch keinen Aufschluss, wie eine Collaborative-Care-Intervention aufgebaut sein sollte, um das Therapieergebnis Depression verbessern zu können. Jedoch kann die Intensität als erster Anhaltspunkt dienen, eine erfolgreiche Intervention anhand des entwickelten CCIIF zu erstellen.

4.2.4 Kritische Komponenten von Collaborative Care

Da die in der hausärztlichen Primärversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt sind, ist es eine der wichtigsten Aufgaben in diesem Bereich, diese möglichst gerecht und effizient zu verteilen. Aufgrund dieser Tatsache ist es wichtig vor der Implementierung von Interventionen oder Therapieprogrammen zu verstehen, welche Maßnahmen zum gewünschten Ziel führen und welche hierfür eventuell weniger von Nutzen sind.

Collaborative Care als komplexe Intervention und Versorgungsstrategie ist dabei keine Ausnahme. Die Effektivität von Collaborative Care ist zwar hinreichend belegt, doch sind die genauen Wirkmechanismen immer noch unklar. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit liefern Hinweise auf kritische Komponenten von Collaborative Care, welche mit einer Verbesserung des Therapieergebnisses Depression assoziiert sind.

Eine der ersten systematischen Übersichtsarbeiten zu diesem Thema (Bower et al., 2006) fand als Prädiktoren für eine patientenseitige Verbesserung depressiver Symptome die systematische Identifizierung der Patienten, den beruflichen Hintergrund des intervenierenden Personals und die Supervision durch einen Spezialisten im Bereich psychische Gesundheit. Diese Prädiktoren werden mit Ausnahme der systematischen Identifizierung von Komponente 1 des CCIIF dem multiprofessionellen Ansatz der Patientenversorgung erfasst. Diese Komponente zeigte sich in der in dieser Arbeit durchgeführten Analyse jedoch nicht signifikant mit einer Verbesserung des Therapieergebnisses Depression assoziiert. Auch eine weitere systematische Übersichtsarbeit (Coventry et al., 2014), welche Prädiktoren der depressiven Symptomatik untersuchte, konnte letztlich keinen Zusammenhang zwischen dieser und dem beruflichen Hintergrund des intervenierenden Personals oder der Supervision durch einen Spezialisten im Bereich psychische Gesundheit finden. Auch konnte diese Arbeit die systematische Identifizierung von Patienten als Prädiktor der depressiven Symptomatik nicht nachweisen.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal von Collaborative-Care-Interventionen ist der Interventionsinhalt, welcher in der vorliegenden Arbeit über den CCIIF durch Komponente 2, den strukturierten Behandlungsplan erfasst wird. In den zuvor beschriebenen Übersichtsarbeiten (Bower et al., 2006; Coventry et al., 2014) wurde dieser durch die Unterscheidung von Collaborative-Care-Interventionen, welche sich auf ein Medikationsmanagement als Interventionsinhalt beschränkten und Interventionen, welche alternativ oder darüber hinaus einen psychotherapeutischen Ansatz beinhalteten. Die ältere der beiden Untersuchungen (Bower et al., 2006) konnte hierbei keine Überlegenheit von Interventionen, welche diesen Ansatz verfolgten gegenüber denen nachweisen, die sich auf ein Medikationsmanagement beschränkten. Die aktuellere der beiden Untersuchungen (Coventry et al., 2014) konnte diese Überlegenheit jedoch nachweisen. Auch in der vorliegenden Arbeit zeigte sich Komponente 2, der strukturierte Behandlungsplan, welcher das Vorhandensein einer

psychotherapeutischen Interventionskomponente berücksichtigt mit einer Verbesserung des Therapieergebnisses Depression assoziiert.

Weiterhin konnte in der vorliegenden Arbeit die *geplante Patientennachsorge* als kritische Komponente von Collaborative Care identifiziert werden. Zwar erscheint es naheliegend und gilt als allgemeiner Konsens (Gunn et al., 2006), dass eine regelmäßige Erhebung des Patientenzustands im Sinne eines Monitorings ein wichtiger Bestandteil erfolgreicher Collaborative-Care-Intervention ist, jedoch konnte der explizite Nutzen noch in keiner Untersuchung nachgewiesen werden. Die *geplante Patientennachsorge* wird im hier verwendeten CCIIF sowohl quantitativ, durch die Engmaschigkeit des Monitorings, als auch qualitativ, durch die Art und Weise auf die dieses stattfindet beschrieben. Berücksichtigt wurde dabei, ob ein initialer persönlicher Kontakt zwischen Case Managern und Patienten hergestellt wurde oder dieser rein telefonisch respektive online stattfand. In einer systematischen Übersichtsarbeit (Hudson et al., 2019), die den Einfluss von telefonischem Case Management untersuchte, zeigte sich dieses einem Case Management in Person hinsichtlich der Verbesserung der depressiven Symptomatik nicht unterlegen, jedoch in der Therapieadhärenz mit Antidepressiva. Eine qualitative Untersuchung (Sayar et al., 2023) der Patientenpräferenz in der Behandlung mit Internetinterventionen kam zu dem Ergebnis, dass ein persönlicher Kontakt zum Therapeuten vermisst wurde. Ein initialer persönlicher Kontakt zwischen Behandlern und Patienten als auch ein engmaschiges Monitoring scheinen ein wichtiger Bestandteil erfolgreicher Collaborative-Care-Interventionen zu sein (del Río Olvera et al., 2022).

4.3 Stärken

4.3.1 Methodische Stärken

Die erste nennenswerte methodische Stärke dieser Arbeit ist ihr Ansatz. Die systematische Übersichtsarbeit bildet das Studiendesign, welches die qualitativ hochwertigsten Erkenntnisse liefern kann (Wallace et al., 2022). Erreicht wird dies über klar formulierte Forschungsfragen und einen definierten Umfang (Siddaway et al., 2019). Deshalb wurden in dieser systematischen Übersichtsarbeit die Forschungsfragen zu Beginn festgelegt und die Kriterien für den Ein- oder Ausschluss von Studien anhand des PICOS-Schemas klar formuliert.

Das Anfertigen eines Studienprotokolls, wie es im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls erfolgte, erhöht die Transparenz des Forschungsvorhabens und die Reproduzierbarkeit der unternommenen Schritte. Auf der anderen Seite trägt es dazu bei das Verzerrungsrisiko zu reduzieren (Abaid et al., 2007; Sica, 2006).

Wo das Studienprotokoll vor Beginn eines Forschungsvorhabens darauf abzielt die Transparenz zu erhöhen, dienen Checklisten während der eigentlichen Durchführung dessen dazu, möglichst vollständig und damit transparent zu berichten. In der vorliegenden Arbeit wurden alle für diese relevanten, vom EQUATOR-Netzwerk (Simera et al., 2009) empfohlenen PRISMA-Checklisten

verwendet. Explizit handelt es sich dabei um die PRISMA-2020-Checkliste (Page et al., 2021) und als Erweiterungen die PRISMA-CI (Guise et al., 2017) für komplexe Interventionen und PRISMA-SWIM (Campbell et al., 2020) für die Synthese ohne Metaanalyse.

Die Qualität einer Datensynthese, wie sie im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit durchgeführt wird, ist am Ende durch die Qualität der einfließenden Daten limitiert. Deshalb wurden in dieser systematischen Übersichtsarbeit nur iRCTs und cRCTs inkludiert. Zwar ist aufgrund mangelnder Generalisierbarkeit eine einzelne kontrollierte und randomisierte Studie nicht in der Lage einen Kausalzusammenhang zu beweisen. Jedoch trägt der Randomisierungsprozess in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe stark dazu bei, Verzerrungsrisiken zu reduzieren und den Effekt einer Intervention zu isolieren (Hariton & Locascio, 2018). Durch die ausschließliche Berücksichtigung von randomisierten und kontrollierten Studien wurde versucht die Qualität der in diese systematische Übersichtsarbeit einfließenden Daten möglichst hoch zu halten, um dann auf deren Basis generalisierbare Aussagen ableiten zu können.

Darüber hinaus wurden die inkludierten Studien hinsichtlich ihres individuellen Verzerrungsrisikos untersucht und bewertet. Zu diesem Zweck wurde das gängige Tool RoB 2 (Sterne et al., 2019) verwendet. Dieser Schritt auf Studienebene und die darauffolgende, zusammenfassende Bewertung der Gewissheit der Evidenz mittels GRADEpro (The-GRADE-Working-Group, 2024b) sollen die Objektivität verbessern und die Nachvollziehbarkeit der getroffenen Entscheidungen erleichtern. Auch diese Arbeitsschritte wurden von zwei unabhängigen Rezensenten durchgeführt, welche im Fall von Unstimmigkeiten einen dritten Rezensenten zu Rate ziehen konnten.

4.3.2 Inhaltliche Stärken

Zu den inhaltlichen Stärken dieser Arbeit gehört allen voran die Anzahl an identifizierten Studien, die dabei dennoch einen engen Fokus auf die Fragestellungen dieser Arbeit wahren. Bei der Untersuchung einer heterogen umgesetzten Intervention wie Collaborative Care, erscheint es unabdingbar, möglichst viele andere Variablen vereinheitlicht zu haben, um schlussendlich den Effekt der Intervention und nicht den, der umgebenden Faktoren zu messen. Bei der Erstellung der Ein- und Ausschlusskriterien anhand des PICOS-Schemas wurde deshalb bei allen Parametern außer der Intervention selbst auf einen möglichst klaren und engen Rahmen geachtet. Auf Ebene der Intervention wurde wiederum auf einen weit gefassten Rahmen Wert gelegt, um ein so vollumfängliches Spektrum an Interventionen, welche Collaborative Care zugeordnet werden können wie möglich zu erhalten.

Die detaillierte Analyse der identifizierten wissenschaftlichen Artikel ist eine weitere Stärke dieser Arbeit. Diese wurden anhand dafür entwickelter Checklisten (Campbell et al., 2020; Guise et al., 2017; Page et al., 2021) auf Studienebene untersucht und die einzelnen Teilkomponenten der darin beschriebenen Interventionen extrahiert. Das Ergebnis, der im Rahmen dieser Arbeit entwickelte CCIF, dient als Operationalisierung von Collaborative Care und soll die Vergleichbarkeit von entsprechenden Interventionen erleichtern. Durch den CCIF-Score und die diesen bildenden Sub-Scores können

Collaborative-Care-Interventionen hinsichtlich ihrer Intensität und Ausprägung der einzelnen Collaborative-Care-Komponenten auf einem Spektrum abgebildet werden. Der hierdurch ermöglichte Vergleich von Interventionen, welche sich einer üblichen Versorgung in der Verbesserung des Therapieergebnisses Depression überlegen zeigten und denen, die keine Überlegenheit aufweisen konnten, trägt zu einem bessern Verständnis der Wirkmechanismen von Collaborative Care bei.

4.4 Limitationen

4.4.1 Methodische Limitationen

Auch durch eine noch so systematische Vorgehensweise bleibt das Risiko bestehend, für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Artikel nicht zu erfassen oder zu übersehen. Um das Risiko relevante Artikel zu übersehen zu minimieren, wurde die Studienselektion von zwei unabhängigen Rezensenten durchgeführt. Dem Risiko für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Artikel nicht zu erfassen wurde begegnet, indem die Suchstrategie in einer explorativen Voruntersuchung getestet wurde. Hier zeigte sich, dass potentiell relevante Artikel aus bereits durchgeführten systematischen Übersichtsarbeiten zu diesem Thema durch die Suche nicht erfasst werden konnten. Deshalb wurde zu Gunsten einer anfangs höheren Sensitivität der Suchstrategie ein Konzept (*Primary Care*) verworfen, was im Umkehrschluss zu einer geringeren Spezifität der Suche führte. Trotz des, durch die geringere Spezifität bedingten, arbeitsintensiveren Screenings ist diese Vorgehensweise empfohlen, um das Risiko potentiell relevante Artikel nicht zu erfassen zu minimieren (Siddaway et al., 2019).

Trotz der Tatsache das sie zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt wurden, haben andere systematische Übersichtsarbeiten (Archer et al., 2012; Coventry et al., 2014) mehr Studien (N = 79 respektive N = 74) inkludiert. Dies ist am ehesten dem sehr engen Fokus der vorliegenden Arbeit auf das Krankheitsbild Depression mit möglichst wenigen psychischen Komorbiditäten und das Setting der hausärztlichen Primärversorgung mit einer aktiven Beteiligung des Hausarztes geschuldet. Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass alle Studien der zuvor durchgeführten systematischen Übersichtsarbeiten ebenfalls identifiziert werden konnten. Allerdings war es aufgrund der bewusst eng gehaltenen Ein- und Ausschlusskriterien nicht möglich alle dieser Studien in die vorliegende Arbeit aufzunehmen.

Zuletzt sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass die vorliegende systematische Übersichtsarbeit, einer gewissen Publikationsverzerrung (Easterbrook et al., 1991) unterliegt, da nur veröffentlichte Studien eingeschlossen und untersucht werden konnten.

4.4.2 Inhaltliche Limitationen

Der Prozess der Operationalisierung durch das Zuordnen von Interventionsmerkmalen zu den übergeordneten Komponenten von Collaborative Care unterliegt unausweichlich einer gewissen Subjektivität. Um dieser entgegenzuwirken wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Die Extraktion der Interventionsmerkmale geschah nach einem im Vorfeld entwickelten Bezugsrahmen. Diese wurde nur nach eingehender Diskussion der Rezensenten (LK, HS und JG) angepasst und daraufhin erneut auf alle Studien angewendet, um zu verhindern, dass zu einem späteren Zeitpunkt untersuchte Studien gründlicher und damit eventuell fälschlicherweise inhaltlich umfänglicher dargestellt werden, als die zu einem frühen Zeitpunkt untersuchten. Trotz dieser Maßnahmen verbleibt ein gewisser Rest an Subjektivität, der sich auch durch weitere Maßnahmen nicht vollständig verhindern lässt. Dieser Umstand ist bei der Betrachtung des im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Collaborative Care Intervention Intensity Frameworks zu berücksichtigen.

Ein weiterer, zu beachtender Punkt ist, dass bei der Analyse der Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis Depression Cluster gebildet wurden. Die Interventionsmerkmale wurden als beschreibende Sub-Komponenten den Collaborative Care definierenden Komponenten zugeordnet. Hierdurch ergibt sich zwangsläufig ein gewisser Informationsverlust, da keine verlässliche Aussage über den isolierten Einfluss der clusterbildenden Subkomponenten mehr möglich ist. Andererseits ermöglicht dieser Ansatz heterogene Interventionen wie Collaborative Care umfänglicher miteinander vergleichen zu können, indem übergeordnete Prinzipien, die auf verschiedene Arten erfüllt werden können, an Stelle von einzelnen Interventionsmerkmalen betrachtet werden. Somit steht der Informationsverlust der Möglichkeit gegenüber, Interventionen, die ein Behandlungsprinzip auf unterschiedliche Weise umgesetzt haben miteinander vergleichen zu können.

4.5 Bedeutung und Ausblick

Zusammengefasst ist Collaborative Care in der hausärztlichen Primärversorgung zur Behandlung von Erwachsenen mit einer depressiven Störung einer üblichen Versorgung in Bezug auf eine Verbesserung des Therapieergebnisses Depression überlegen. Anhand des entwickelten Collaborative Care Intervention Intensity Framework lassen sich verschiedene Interventionen hinsichtlich ihrer Intensität und Ausprägungen messbar und damit vergleichbar machen. Auf dessen Ergebnisse beruhend, zeigten sich in den durchgeführten Analysen Hinweise, dass einer üblichen Versorgung überlegene Interventionen von einer höheren Intensität und insbesondere von einer größeren Ausprägung in den Komponenten strukturierter Behandlungsplan und geplante Patientennachsorge gekennzeichnet sind.

Die gewonnenen Hinweise dienen einem besseren Verständnis der Wirkmechanismen von Collaborative Care und können eine Implementierung, insbesondere außerhalb eines Studiensettings indem Ressourcen knapp und diese mit Bedacht eingesetzt werden müssen, erleichtern. Diese Hinweise auf kritische Collaborative-Care-Komponenten bedeuten im Umkehrschluss jedoch nicht, dass die anderen

3 Komponenten keinen Einfluss auf das Therapieergebnis Depression oder den Gesamterfolg von Collaborative Care haben können.

Ein interessanter Punkt die kritischen Komponenten von Collaborative Care betreffend ist die Tatsache, dass sowohl der *strukturierte Behandlungsplan*, als auch die *geplante Patientennachsorge* durch eine Interaktion zwischen Behandlern und Patienten charakterisiert ist. Wohingegen der *multiprofessionelle Ansatz der Patientenversorgung* und die *erweiterte interprofessionelle Kommunikation* mehr die Interaktion des Behandlungsteams untereinander, exemplarisch durch Supervision und Austausch, beschreiben. Der Komponente *verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung* kommt nach dieser Betrachtungsweise eine Sonderstellung zu, da sie mehrere solche Interaktionswege in sich vereint. Interventionsmerkmale, welche unter dieser Komponente zusammengefasst werden, zielen darauf ab Patienten in ihrer Rolle als Teil des Behandlungsteams zu stärken. Dies jedoch auf unterschiedliche Art und Weise. Einerseits fließen Maßnahmen, die Patienten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützen sollen in diese Komponente ein und andererseits stärkende Faktoren des unmittelbaren Umfelds wie Familie und Freunde aber auch des weiteren Umfelds im Sinne des Gemeinwesens.

Dass Collaborative Care in der Behandlung von Depression einer üblichen Versorgung überlegen ist, konnte inzwischen in vielen Untersuchungen nachgewiesen werden (Archer et al., 2012; Coventry et al., 2014; Gilbody et al., 2006; Thota et al., 2012; Wolzmann et al., 2012) Jedoch sind die genauen Wirkmechanismen weiterhin nur unzureichend geklärt. Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, das Verständnis über die Wirkmechanismen von Collaborative Care zu verbessern. Dennoch ist weitere Forschung auf diesem Gebiet unabdingbar.

5 Schlussfolgerungen

5.1 Schlussfolgerungen für zukünftige Forschung

Die vorliegende Arbeit liefert Hinweise auf kritische Komponenten von Collaborative-Care-Interventionen zur Verbesserung des Therapieergebnisses Depression. Das Wissen um die Effektivität einer Intervention und ein Verständnis ihrer Wirkmechanismen alleine reicht jedoch nicht aus, dass diese auch implementiert wird. Es wurden bereits Hürden, welche eine Implementierung erschweren identifiziert (Wood et al., 2017). Dabei handelt es sich häufig um Aspekte der Komponenten 1 und 4, dem *multiprofessionellen Ansatz der Patientenversorgung* und der *erweiterten interprofessionellen Kommunikation*. Deshalb ist es Aufgabe zukünftiger Forschung, Implementierungshilfen zu entwickeln, die diese Hürden adressieren.

Um Arbeiten wie die vorliegende zu erleichtern, deren Ergebnisse zu verbessern und ihre Aussagekraft zu erhöhen, ist eine vollständige, nachvollziehbare und standardisierte Berichterstattung von Studien zu komplexen Interventionen notwendig. Eine hierfür geeignete Herangehensweise stellt beispielsweise die Vorlage für Interventionsbeschreibung und Replikation (TIDieR englisch für Template for Intervention Description and Replication; Hoffmann et al., 2014) dar. Eine zukünftig konsequente Anwendung solcher Vorlagen würde die Qualität von Untersuchungen, welche sich auf Sekundärdaten stützen deutlich erhöhen.

Das Therapieergebnis Depression wurde in der vorliegenden Arbeit mittels 10 verschiedener Messskalen erhoben. Die beiden häufigsten verwendeten Instrumente waren der PHQ-9 und die SCL-20. Obwohl beide, aufgrund ihrer hohen internen Konsistenz, zuverlässige in der Erhebung einer Depression sind, korrelieren sie nur moderat ($r = 0,54$), was bedeutet, dass es zwar Überschneidungen gibt, jedoch auch deutliche Unterschiede indem was sie messen (Lee et al., 2007). Wünschenswert für zukünftige Forschung, wäre eine einheitlichere Erhebung der Therapieergebnisse hinsichtlich Art und Zeitpunkt, was erneut zu einer besseren Vergleichbarkeit verschiedener Studien führen würde.

Weiterhin zu einer besseren Vergleichbarkeit verschiedener Interventionsstudien beitragen würde eine einheitliche Kontrollbedingung im Sinne einer Aufmerksamkeits-Placebo-Gruppe. Dieses für zukünftige Forschung wünschenswerte Vorgehen hätte über den Aspekt einer besseren Vergleichbarkeit hinaus den Vorteil, dass der eigentliche Effekt einer Intervention und nicht der, der einem Patientenkollektiv zukommenden Aufmerksamkeit gemessen würde.

5.2 Schlussfolgerungen für die hausärztliche Primärversorgung

Bei der Implementierung von Collaborative-Care-Programmen in der hausärztlichen Primärversorgung scheint es für das Therapieergebnis Depression von Vorteil zu sein bei der Konzeption den *strukturierten Behandlungsplan* und die *geplante Patientennachsorge* in den Vordergrund zu stellen. Eine mögliche Betrachtungsweise wäre, dass alle Komponenten von Collaborative Care notwendig

sind, um als Versorgungsstrategie bei der Behandlung depressiver Störungen zu funktionieren. Ein die Patientenpräferenz berücksichtigender strukturierter Behandlungsplan, welcher eine psychotherapeutische Intervention und festgelegte Behandlungsziele beinhaltet, als auch eine geplante engmaschige Patientennachsorge, die den persönlichen Kontakt zum Behandlungsteam nicht vernachlässigt und dennoch auf automatisierte Überwachungsprozesse zurückgreift, können zur Verbesserung des Therapieergebnisses Depression beitragen.

6 Einflussfaktoren

6.1 Förderung und Unterstützung

Diese Arbeit wurde im Rahmen des DFG-geförderten Graduiertenkollegs POKAL (Gensichen et al., 2022) erstellt und durchgeführt.

6.2 Interessenskonflikte

Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Literaturverzeichnis

Abaid, L. N., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2007). Reducing publication bias through trial registration. *Obstetrics & gynecology*, *109*(6), 1434-1437.

Achana, F., Hubbard, S., Sutton, A., Kendrick, D., & Cooper, N. (2014). An exploration of synthesis methods in public health evaluations of interventions concludes that the use of modern statistical methods would be beneficial. *Journal of clinical epidemiology*, *67*(4), 376-390.

Adler, D. A., Bungay, K. M., Wilson, I. B., Pei, Y., Supran, S., Peckham, E., Cynn, D. J., & Rogers, W. H. (2004). The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, *26*(3), 199-209.

Aguilera, A., Bruehlman-Senecal, E., Demasi, O., & Avila, P. (2017). Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: a clinical trial. *Journal of medical internet research*, *19*(5), e148.

Aikens, J. E., Valenstein, M., Plegue, M. A., Sen, A., Marinec, N., Achtyes, E., & Piette, J. D. (2022). Technology-facilitated depression self-management linked with lay supporters and primary care clinics: randomized controlled trial in a low-income sample. *Telemedicine and e-Health*, *28*(3), 399-406.

AIMS Center. (2024). University of Washington. Retrieved 05.05.2024 from <https://aims.uw.edu/>

Ali, M. K., Chwastiak, L., Poonthai, S., Emmert-Fees, K. M. F., Patel, S. A., Anjana, R. M., Sagar, R., Shankar, R., Sridhar, G. R., Kosuri, M., Sosale, A. R., Sosale, B., Rao, D., Tandon, N., Narayan, K. M. V., Mohan, V., & Group, I. S. (2020). Effect of a collaborative care model on depressive symptoms and glycated hemoglobin, blood pressure, and serum cholesterol among patients with depression and diabetes in india: the INDEPENDENT randomized clinical trial. *JAMA*, *324*(7), 651-662.

Álvarez, D. A. C., Carrera, J. E. J., & Pérez, M. A. R. (2022). Effectiveness of collaboration in the management of depression in the elderly in primary care. *NeuroQuantology*, *20*(13), 2272-2278.

Aragonès, E., López-Cortacans, G., Cardoner, N., Tomé-Pires, C., Porta-Casteràs, D., Palao, D., & INDI-I-Research-Team. (2022). Barriers, facilitators, and proposals for improvement in the implementation of a collaborative care program for depression: a qualitative study of primary care physicians and nurses. *BMC health services research*, *22*(446), 1-11.

Aragonès, E., Pinol, J. L., Caballero, A., Lopez-Cortacans, G., Casaus, P., Hernandez, J. M., Badia, W., & Folch, S. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, *142*(1-3), 297-305.

Aragonès, E., Rambla, C., López-Cortacans, G., Tomé-Pires, C., Sánchez-Rodríguez, E., Caballero, A., & Miró, J. (2019). Effectiveness of a collaborative care intervention for managing major depression

and chronic musculoskeletal pain in primary care: a cluster-randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 221-229.

Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane database of systematic reviews*(10).

Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the beck depression inventory-II with primary care medical patients. *Health psychology*, 20(2), 112-119.

Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: structure, process, and content. *Psychological bulletin*, 120(3), 338.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of general psychology*, 1(3), 311-320.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. J. A. G. P. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.

Bekelman, D. B., Allen, L. A., McBryde, C. F., Hattler, B., Fairclough, D. L., Havranek, E. P., Turvey, C., & Meek, P. M. (2018). Effect of a collaborative care intervention vs usual care on health status of patients with chronic heart failure: the CASA randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 178(4), 511-519.

Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Petersson, E. L., Ariai, N., Nejati, S., Wessman, C., Wikberg, C., Andre, M., Wallin, L., & Westman, J. (2018). Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC family practice*, 19(28), 1-10.

Blanchard, M. R., Waterreus, A., & Mann, A. H. (1995). The effect of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *International journal of geriatric psychiatry*, 10(4), 289-298.

Bogner, H. R., Morales, K. H., de Vries, H. F., & Cappola, A. R. (2012). Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*, 10(1), 15-22.

Bolkan, C. R., Bonner, L. M., Campbell, D. G., Lanto, A., Zivin, K., Chaney, E., & Rubenstein, L. V. (2013). Family involvement, medication adherence, and depression outcomes among patients in veterans affairs primary care. *Psychiatric Services*, 64(5), 472-478.

Bosanquet, K., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Baxter, C., Beresford-Dent, J., Birtwistle, J., Chew-Graham, C., Clare, E., Delgadillo, J., Ekers, D., Foster, D., Gabe, R., Gascoyne, S., Haley, L., Hamilton, J., Hargate, R., Hewitt, C., Holmes, J., . . . Gilbody, S. (2017). Collaborative care for screen-positive elders with major depression (CASPER plus): a multicentred randomised controlled trial of clinical effectiveness and cost-effectiveness. *Health technology assessment*, 21(67), 1-252.

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *British journal of psychiatry*, 186(1), 11-17.

Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry*, 189(6), 484-493.

Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(9), 1081-1091.

Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E. M., & Hutson, M. (2011). *ProCEED: report of a study of proactive care by practice nurses for people with depression and anxiety*.

Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R. G., Fu, S. S., Hagedorn, H., & Wilt, T. J. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Database of abstracts of reviews of effects (DARE): quality-assessed reviews [Internet]*, 173.

Camacho, E. M., Davies, L. M., Hann, M., Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C., Baguely, C., Gask, L., Dickens, C. M., Lovell, K., Waheed, W., Gibbons, C. J., & Coventry, P. (2018). Long-term clinical and cost-effectiveness of collaborative care (versus usual care) for people with mental-physical multimorbidity: cluster-randomised trial. *British journal of psychiatry*, 213(2), 456-463.

Camacho, E. M., Ntais, D., Coventry, P., Bower, P., Lovell, K., Chew-Graham, C., Baguley, C., Gask, L., Dickens, C., & Davies, L. M. (2016). Long-term cost-effectiveness of collaborative care (vs usual care) for people with depression and comorbid diabetes or cardiovascular disease: a Markov model informed by the COINCIDE randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(10), Article e012514.

Campbell, M., McKenzie, J. E., Sowden, A., Katikireddi, S. V., Brennan, S. E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shepperd, S., Thomas, J., Welch, V., & Thomson, H. (2020). Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ*, 368(l6890), 1-6.

Capoccia, K. L., Boudreau, D. M., Blough, D. K., Ellsworth, A. J., Clark, D. R., Stevens, N. G., Katon, W. J., & Sullivan, S. D. (2004). Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *American journal of health-system pharmacy*, 61(4), 364-372.

Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B. C., Rubin, E. H., & Ewald, G. (2016). Collaborative care for depression symptoms in an outpatient cardiology setting: a randomized clinical trial. *International journal of cardiology*, 219, 164-171.

Chen, S., Conwell, Y., He, J., Lu, N., & Wu, J. (2015). Depression care management for adults older than 60 years in primary care clinics in urban china: a cluster-randomised trial. *Lancet Psychiatry*, 2(4), 332-339.

Chen, S., Conwell, Y., Xue, J., Li, L., Zhao, T., Tang, W., Bogner, H., & Dong, H. (2022). Effectiveness of integrated care for older adults with depression and hypertension in rural china: a cluster randomized controlled trial. *PLOS medicine*, *19*(10), e1004019.

Chuang, J. H., Hripcsak, G., & Heitjan, D. F. (2002). Design and analysis of controlled trials in naturally clustered environments: implications for medical informatics. *Journal of the american medical informatics association*, *9*(3), 230-238.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rusch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, *45*(1), 11-27.

Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. (2020). (J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch, Eds.). Cochrane.

Cochrane Library. (2022). Wiley. Retrieved 18.12.2022 from <http://www.cochranelibrary.com.emedien.ub.uni-muenchen.de/>

Cole, M. G., McCusker, J., Elie, M., Dendukuri, N., Latimer, E., & Belzile, E. (2006). Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *Canadian medical association journal*, *174*(1), 38-44.

Cook, D. J., Mulrow, C. D., & Haynes, R. B. (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, *126*(5), 376-380.

Coventry, P., Lovell, K., Dickens, C., Bower, P., Chew-Graham, C., McElvenny, D., Hann, M., Cherrington, A., Garrett, C., Gibbons, C. J., Baguley, C., Roughley, K., Adeyemi, I., Reeves, D., Waheed, W., & Gask, L. (2015). Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ*, *350*, h638.

Coventry, P. A., Hudson, J. L., Kontopantelis, E., Archer, J., Richards, D. A., Gilbody, S., Lovell, K., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., & Bower, P. (2014). Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*, *9*(9), e108114.

Cuijpers, P., Quero, S., Papola, D., Cristea, I. A., & Karyotaki, E. (2021). Care-as-usual control groups across different settings in randomized trials on psychotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Psychological medicine*, *51*(4), 634-644.

Curth, N. K., Brinck-Claussen, U. Ø., Hjorthøj, C., Davidsen, A. S., Mikkelsen, J. H., Lau, M. E., Lundsteen, M., Csillag, C., Christensen, K. S., Jakobsen, M., Bojesen, A. B., Nordentoft, M., & Eplöv,

L. F. (2020). Collaborative care for depression and anxiety disorders: results and lessons learned from the danish cluster-randomized collabri trials. *BMC family practice*, 21(234), 1-15.

Davidson, K. W., Bigger, J. T., Burg, M. M., Carney, R. M., Chaplin, W. F., Czajkowski, S., Dornelas, E., Duer-Hefele, J., Frasure-Smith, N., Freedland, K. E., Haas, D. C., Jaffe, A. S., Ladapo, J. A., Lesperance, F., Medina, V., Newman, J. D., Osorio, G. A., Parsons, F., Schwartz, J. E., . . . Ye, S. (2013). Centralized, stepped, patient preference-based treatment for patients with post-acute coronary syndrome depression: CODIACS vanguard randomized controlled trial. *JAMA internal medicine*, 173(11), 997-1004.

Deaton, A., & Cartwright, N. (2018). Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Social science & medicine*, 210, 2-21.

del Río Olvera, F. J., Rodríguez-Mora, Á., Senín-Calderón, C., & Rodríguez-Testal, J. F. (2022). The first session is the one that counts: an exploratory study of therapeutic alliance. *Frontiers in psychology*, 13, Article 1016963.

Depression in adults: recognition and management. (2022). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British journal of psychiatry*, 128, 280-289.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). (2013). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Dietrich, A. J., Oxman, T. E., Williams, J. W., Jr., Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., Barry, S., Raue, P. J., Lefever, J. J., Heo, M., Rost, K., Kroenke, K., Gerrity, M., & Nutting, P. A. (2004). Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 329(7466), 602-607.

Dobscha, S. K., Corson, K., Hickam, D. H., Perrin, N. A., Kraemer, D. F., & Gerrity, M. S. (2006). Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(7), 477-487.

Dobscha, S. K., Corson, K., Perrin, N. A., Hanson, G. C., Leibowitz, R. Q., Doak, M. N., Dickinson, K. C., Sullivan, M. D., & Gerrity, M. S. (2009). Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA*, 301(12), 1242-1252.

Dudas, R., Malouf, R., McCleery, J., & Dening, T. (2018). Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane database of systematic reviews*(8), 1-75, Article CD003944.

Easterbrook, P. J., Gopalan, R., Berlin, J. A., & Matthews, D. R. (1991). Publication bias in clinical research. *The lancet*, 337(8746), 867-872.

Ell, K., Katon, W., Xie, B., Lee, P. J., Kapetanovic, S., Guterman, J., & Chou, C. P. (2010). Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly hispanic subjects with diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, *33*(4), 706-713.

Ell, K., Unützer, J., Aranda, M., Gibbs, N. E., Lee, P. J., & Xie, B. (2007). Managing depression in home health care: a randomized clinical trial. *Home health care services quarterly*, *26*(3), 81-104.

Ell, K., Xie, B., Quon, B., Quinn, D. I., Dwight-Johnson, M., & Lee, P. J. (2008). Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, *26*(27), 4488-4496.

Embase. (2022). Elsevier. Retrieved 18.12.2022 from <http://ovidsp.ovid.com.emedien.ub.uni-muenchen.de/>

Fantino, B., & Moore, N. (2009). The self-reported montgomery-åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, *9*(1).

Finley, P. R., Rens, H. R., Pont, J. T., Gess, S. L., Louie, C., Bull, S. A., Lee, J. Y., & Bero, L. A. (2003). Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, *23*(9), 1175-1185.

First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., Poznyak, V. B., Gureje, O., Lewis-Fernandez, R., Maercker, A., Brewin, C. R., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K. M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R. B., Briken, P., Burke, J. D., . . . Reed, G. M. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, *20*(1), 34-51.

Fletcher, S., Chondros, P., Densley, K., Murray, E., Dowrick, C., Coe, A., Hegarty, K., Davidson, S., Wachtler, C., Mihalopoulos, C., Lee, Y. Y., Chatterton, M. L., Palmer, V. J., & Gunn, J. (2021). Matching depression management to severity prognosis in primary care: results of the Target-D randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, *71*(703), e85-e94.

Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Williams, D. K., Robinson, D. E., Mittal, D., & Henderson, K. L. (2007). A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *Journal of general internal medicine*, *22*(8), 1086-1093.

Frederiksen, H. B., Kragstrup, J., & Dehlholm-Lambertsen, B. (2010). Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, *28*(3), 185-190.

Fritsch, R., Araya, R., Solís, J., Montt, E., Pilowsky, D., & Rojas, G. (2007). A randomized trial of pharmacotherapy with telephone monitoring to improve treatment of depression in primary care in Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, *135*(5), 587-595.

Gasparyan, A. Y., Aivazyan, L., Blackmore, H., & Kitas, G. D. (2011). Writing a narrative biomedical review: considerations for authors, peer reviewers, and editors. *Rheumatology international*, 31(31), 1409-1417.

GBD-Diseases-Injuries-Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1204-1222.

GBD-Mental-Disorders-Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.

Gensichen, J., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F. M., von Korff, M., & Ormel, J. (2006). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological medicine*, 36(1), 7-14.

Gensichen, J., Lukaschek, K., Jung-Sievers, C., Falkai, P., Schmitt, A., Henningsen, P., Dreischulte, T., Pitschel-Walz, G., Krcmar, H., Bohm, M., Prommegger, B., Linde, K., Drescher, A., Schönweger, P., Haas, C., Brand, C., Younesi, P., Vukas, J., Brisnik, V., . . . POKAL-group. (2022). Predictors and outcomes in primary depression care (POKAL) - a research training group develops an innovative approach to collaborative care. *BMC Primary care*, 23(1), 309.

Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., Müller De Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U. A., Angermann, C. E., Gerlach, F. M., & Wagner, E. (2006). Die zukunft ist chronisch: das chronic care-modell in der deutschen primärversorgung - übergreifende behandlungsprinzipien einer proaktiven versorgung für chronische kranke. *Zeitschrift für arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 100(5), 365-374.

Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., GÜthlin, C., Torge, M., Petersen, J. J., Rosemann, T., König, J., Gerlach, F. M., & Trial), P. P. c. M. f. d. P. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), 369-378.

Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of internal medicine*, 166(21), 2314-2321.

Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 377-384.

Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ*, 331(7524), 1064-1065.

Guise, J. M., Butler, M. E., Chang, C., Viswanathan, M., Pigott, T., Tugwell, P., & Complex-Interventions-Workgroup. (2017). AHRQ series on complex intervention systematic reviews-paper 6: PRISMA-CI extension statement and checklist. *Journal of clinical epidemiology*, *90*, 43-50.

Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., & Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC health services research*, *6*(88).

Gureje, O., Oladeji, B. D., Montgomery, A. A., Araya, R., Bello, T., Chisholm, D., Groleau, D., Kirmayer, L. J., Kola, L., Olley, L. B., Tan, W., & Zekowitz, P. (2019). High- versus low-intensity interventions for perinatal depression delivered by non-specialist primary maternal care providers in nigeria: cluster randomised controlled trial (the EXPONATE trial). *British journal of psychiatry*, *215*(3), 528-535.

Gurland, B., Golden, R. R., Teresi, J. A., & Challop, J. (1984). The SHORT-CARE: an efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. *Journal of gerontology*, *39*(2), 166-169.

Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., DeBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P., & Schunemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of clinical epidemiology*, *64*(4), 383-394.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, *23*(1), 56-62.

Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials - the gold standard for effectiveness research. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *125*(13).

Hedrick, S. C., Chaney, E. F., Felker, B., Liu, C. F., Hasenberg, N., Heagerty, P., Buchanan, J., Bagala, R., Greenberg, D., Paden, G., Fihn, S. D., & Katon, W. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in veterans' affairs primary care. *Journal of general internal medicine*, *18*(1), 9-16.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, *348*.

Hölzel, L. P., Bjerregaard, F., Bleich, C., Boczor, S., Härter, M., König, H. H., Kloppe, T., Niebling, W., Scherer, M., Tinsel, I., & Hüll, M. (2018). Coordinated treatment of depression in elderly people in primary care. *Deutsches ärzteblatt international*, *115*(44), 741-747.

Huang, H. C., Liu, S. I., Hwang, L. C., Sun, F. J., Tjung, J. J., Huang, C. R., Li, T. C., Huang, Y. P., & Yeung, A. (2018). The effectiveness of culturally sensitive collaborative treatment of depressed chinese in family medicine clinics: a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, *50*, 96-103.

Hudson, J. L., Bower, P., Kontopantelis, E., Bee, P., Archer, J., Clarke, R., Moriarty, A. S., Richards, D. A., Gilbody, S., Lovell, K., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., & Coventry, P. A. (2019). Impact of telephone delivered case-management on the effectiveness of collaborative care for depression and anti-depressant use: a systematic review and meta-regression. *PLoS One*, *14*(6), Article e0217948.

Huffman, J. C., Niazi, S. K., Rundell, J. R., Sharpe, M., & Katon, W. J. (2014). Essential articles on collaborative care models for the treatment of psychiatric disorders in medical settings: a publication by the academy of psychosomatic medicine research and evidence-based practice committee. *Psychosomatics*, *55*(2), 109-122.

Huijbregts, K. M., de Jong, F. J., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Adèr, H. J., Hakkaart-van Roijen, L., Unützer, J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). A target-driven collaborative care model for major depressive disorder is effective in primary care in the netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *Journal of Affective Disorders*, *146*(3), 328-337.

Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., Kirsch, A. J., Groebe, J., Hurt, S. W., Braden, P., Getzell, M., Feigenbaum, P. A., Peng, T., & Salzer, M. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, *9*(8), 700-708.

International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). (2019). World Health Organization. <https://icd.who.int/>

Joo, J. Y. (2023). Fragmented care and chronic illness patient outcomes: a systematic review. *Nursing open*, *10*(6), 3460-3473.

Katon, W. (2012). Collaborative depression care models: from development to dissemination. *American journal of preventive medicine*, *42*(5), 550-552.

Katon, W., Robinson, P., Von Korff, M., Lin, E., Bush, T., Ludman, E., Simon, G., & Walker, E. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of general psychiatry*, *53*(10), 924-932.

Katon, W., Rutter, C., Ludman, E. J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Bush, T., Walker, E., & Unützer, J. (2001). A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of general psychiatry*, *58*(3), 241-247.

Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Unützer, J., Bush, T., Russo, J., & Ludman, E. (1999). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Archives of general psychiatry*, *56*(12), 1109-1115.

Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G. E., Bush, T., Robinson, P., & Russo, J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA*, *273*(13), 1026-1031.

Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M., & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *NEJM*, *363*(27), 2611-2620.

Katon, W. J., & Seelig, M. (2008). Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of occupational and environmental medicine*, *50*(4), 459-467.

Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H. B., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., Ciechanowski, P., Walker, E., & Bush, T. (2004). The pathways study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of general psychiatry*, *61*(10), 1042-1049.

Katzelnick, D. J., Simon, G. E., Pearson, S. D., Manning, W. G., Helstad, C. P., Henk, H. J., Cole, S. M., Lin, E. H. B., Taylor, L. H., & Kobak, K. A. (2000). Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine*, *9*(4), 345-351.

Kaupe, L., Schillok, H., Raub, J., & Gensichen, J. (2023). An operationalisation of collaborative care in primary care interventions for depression: a systematic review. *PROSPERO*.

Kaupe, L., Schillok, H., Raub, J., Jung-Sievers, C., Pitschel-Walz, G., Bühner, M., & Gensichen, J. (2023, 28.-30.09.2023). *Bewertung der klinischen ergebnisse von collaborative care bei der behandlung von depressionen in der hausärztlichen primärversorgung: eine systematische übersichtsarbeit* Deutsche gesellschaft für allgemeinmedizin und familienmedizin. 57. kongress für allgemeinmedizin und familienmedizin, Berlin.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states. Results from the national comorbidity survey. *Archives of general psychiatry*, *51*(1), 8-19.

Kooij, L., Groen, W. G., & van Harten, W. H. (2017). The effectiveness of information technology-supported shared care for patients with chronic disease: a systematic review *Journal of medical Internet research*. *Journal of medical internet research*, *19*(6), e221.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, *16*(9), 606-613.

Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M., Green, J. M., Tang, L., Zhang, L., Duan, N., & Miranda, J. (2017). Effectiveness of collaborative care for depression in public-sector primary care clinics serving latinos. *Psychiatric Services*, *68*(4), 353-359.

Lee, P. W., Schulberg, H. C., Raue, P. J., & Kroenke, K. (2007). Concordance between the PHQ-9 and the HSCL-20 in depressed primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, *99*(1-3), 139-145.

Lee Rodgers, J., & Nicewander, W. A. (1988). Thirteen ways to look at the correlation coefficient. *The american statistician*, *42*(1), 59–66.

Lewis, H., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Birtwistle, J., Bosanquet, K., Clare, E., Delgadillo, J., Ekers, D., Foster, D., Gabe, R., Gascoyne, S., Haley, L., Hargate, R., Hewitt, C., Holmes, J., Keding, A., Lilley-Kelly, A., Maya, J., . . . Gilbody, S. (2017). Collaborative care and active surveillance for screen-positive elders with subthreshold depression (CASPER): a multicentred randomised controlled trial of clinical effectiveness and cost-effectiveness. *Health technology assessment*, *21*(8), 1-196.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, *151*(4), W-65-W-94.

Lobello, K., Reddy, S., Musgnung, J., Pedersen, R., & Ninan, P. T. (2010). Patient outcomes with education, drug therapy, and support: a study of venlafaxine ER-treated outpatients with major depressive disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, *43*(2), 24-40.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *annals of behavioral medicine*. *26*(1), 1-7.

Löwe, B., Schulz, U., Gräfe, K., & Wilke, S. (2006). Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment. what do they really want? *Journal of general internal medicine*, *21*(1), 39-45.

Ma, J., Rosas, L. G., Lv, N., Xiao, L., Snowden, M. B., Venditti, E. M., Lewis, M. A., Goldhaber-Fiebert, J. D., & Lavori, P. W. (2019). Effect of integrated behavioral weight loss treatment and problem-solving therapy on body mass index and depressive symptoms among patients with obesity and depression: the RAINBOW randomized clinical trial. *JAMA*, *321*(9), 869-879.

Mann, A. H., Blizard, R., Murray, J., Smith, J. A., Botega, N., MacDonald, E., & Wilkinson, G. (1998). An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. *British Journal of General Practice*, *48*(426), 875-879.

Mann, T., De Ridder, D., & Fujita, K. (2013). *Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to goal setting and goal striving* (Vol. 32). American Psychological Association.

McMahon, E. M., Buszewicz, M., Griffin, M., Beecham, J., Bonin, E. M., Rost, F., Walters, K., & King, M. (2012). Chronic and recurrent depression in primary care: socio-demographic features, morbidity,

and costs. *International journal of family medicine*, 2012(316409), 1-7.
<https://doi.org/10.1155/2012/316409>

MEDLINE. (2022). Ovid Technologies. Retrieved 18.12.2022 from <https://ovidsp-ovid-com.emedien.ub.uni-muenchen.de/>

Menchetti, M., Sighinolfi, C., Di Michele, V., Peloso, P., Nespeca, C., Bandieri, P. V., Bologna, M., Fioritti, A., Fravega, R., Ghio, L., Gotelli, S., Levantesi, P., Ortega, M. A., Savorani, M., Simoni, L., Tarricone, I., Morini, M., Gask, L., & Berardi, D. (2013). Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 579-586.

Microsoft-Corporation. (2018). *Microsoft Excel*. In (Version 2016) [64 bit]. Microsoft-Corporation.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: helping people change*. Guilford press.

Morgan, M. A., Coates, M. J., Dunbar, J. A., Reddy, P., Schlicht, K., & Fuller, J. (2013). The TrueBlue model of collaborative care using practice nurses as case managers for depression alongside diabetes or heart disease: a randomised trial. *BMJ Open*, 3, 1-11.

Moriarty, A. S., Coventry, P. A., Hudson, J. L., Cook, N., Fenton, O. J., Bower, P., Lovell, K., Archer, J., Clarke, R., Richards, D. A., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., Huijbregts, K., van der Feltz-Cornelis, C., Ali, S., Gilbody, S., & McMillan, D. (2020). The role of relapse prevention for depression in collaborative care: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*(265), 618-644.

Murtagh, S., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, A., Casey, M., Harrold, Á., Dennehy, T., Fawsitt, R., & Cullen, W. (2021). Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: a scoping review. *International journal of integrated care*, 21(1), 4.

Nasser, E. H., & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta psychiatrica scandinavica*, 111(2), 125-132.

Nationale versorgungsleitlinie unipolare depression - leitlinienreport, version 3.0. (2022). Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen, Fachgesellschaften (AWMF).

Newton, H., Busch, S. H., Brunette, M., Maust, D. T., O'Malley, J., & Meara, E. R. (2021). Implementation of collaborative care for depressive disorder treatment among accountable care organizations. *Medicine*, 100(27), Article e26539.

Ng, T. P., Nyunt, M. S. Z., Feng, L., Kumar, R., Fones, C. S. L., & Ko, S. M. (2020). Collaborative care for primary care treatment of late-life depression in Singapore: randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(10), 1171-1180.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5(210), 1-10.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(n71), 1-9.

Panagioti, M., Bower, P., Kontopantelis, E., Lovell, K., Gilbody, S., Waheed, W., Dickens, C., Archer, J., Simon, G., Ell, K., Huffman, J. C., Richards, D. A., van der Feltz-Cornelis, C., Adler, D. A., Bruce, M., Buszewicz, M., Cole, M. G., Davidson, K. W., de Jonge, P., . . . Coventry, P. A. (2016). Association between chronic physical conditions and the effectiveness of collaborative care for depression: an individual participant data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 978-989.

Park, S. C., Kim, J. M., Jun, T. Y., Lee, M. S., Kim, J. B., Yim, H. W., & Park, Y. C. (2017). How many different symptom combinations fulfil the diagnostic criteria for major depressive disorder? results from the CRESCEND study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(3), 217-222.

Patel, V., Weiss, H. A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., De Silva, M. J., Bhat, B., Araya, R., King, M., Simon, G., Verdelli, H., & Kirkwood, B. R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in goa, india (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 376(9758), 2086-2095.

Piette, J. D., Richardson, C., Himle, J., Duffy, S., Torres, T., Vogel, M., Barber, K., & Valenstein, M. (2011). A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Medical care*, 49(7), 641-648.

Pilkonis, P. A., Yu, L., Dodds, N. E., Johnston, K. L., Maihoefer, C. C., & Lawrence, S. M. (2014). Validation of the depression item bank from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) in a three-month observational study. *Journal of psychiatric research*, 56, 112-119.

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. a product from the ESRC methods programme. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*(1), 1-92.

Porterfield, D. S., Hinnant, L. W., Kane, H., Horne, J., McAleer, K., & Roussel, A. (2012). Linkages between clinical practices and community organizations for prevention: a literature review and environmental scan. *American journal of preventive medicine*, 42(6), 163-S171.

PsycInfo. (2022). American Psychological Association. Retrieved 18.12.2022 from <https://search-ebshost-com.emedien.ub.uni-muenchen.de/>

PubMed. (2022). National Library of Medicine. Retrieved 18.12.2022 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.

Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & disease*, 9(1), 10-21.

Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., Cape, J., Pilling, S., Araya, R., Kessler, D., Bland, J. M., Green, C., Gilbody, S., Lewis, G., Manning, C., Hughes-Morley, A., & Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347(f4913), 1-10.

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. (2007). Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 38(2), 279-287.

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP journal club*, 123(3), A12-A13.

Riedel, M., Möller, H. J., Obermeier, M., Schennach-Wolff, R., Bauer, M., Adli, M., Kronmüller, K., Nickel, T., Brieger, P., Laux, G., Bender, W., Heuser, I., Zeiler, J., Gaebel, W., & Seemüller, F. (2010). Response and remission criteria in major depression - a validation of current practice. *Journal of psychiatric research*, 44(15), 1063-1068.

Robiner, W. N. (2006). The mental health professions: workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical psychology review*, 26(5), 600-625.

Robinson, W. D., Geske, J. A., Prest, L. A., & Barnacle, R. (2005). Depression treatment in primary care. *The journal of the american board of family practice*, 18(2), 79-86.

Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(181), 1-7.

Rollman, B. L., Anderson, A. M., Rothenberger, S. D., Abebe, K. Z., Ramani, R., Muldoon, M. F., Jakicic, J. M., Herbeck Belnap, B., & Karp, J. F. (2021). Efficacy of blended collaborative care for patients with heart failure and comorbid depression: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 181(10), 1369-1380.

Rollman, B. L., Herbeck Belnap, B., Abebe, K. Z., Spring, M. B., Rotondi, A. J., Rothenberger, S. D., & Karp, J. F. (2018). Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(1), 56-64.

Rollman, B. L., Herbeck Belnap, B., LeMenager, M. S., Mazumdar, S., Houck, P. R., Counihan, P. J., Kapoor, W. N., Schulberg, H. C., & Reynolds, C. F. (2009). Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *JAMA*, *302*(19), 2095-2103.

Rost, K., Nutting, P., Smith, J., Werner, J., & Duan, N. (2001). Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QuEST intervention. Quality enhancement by strategic teaming. *Journal of general internal medicine*, *16*(3), 143-149.

Salisbury, C., O'Cathain, A., Edwards, L., Thomas, C., Gaunt, D., Hollinghurst, S., Nicholl, J., Large, S., Yardley, L., Lewis, G., Foster, A., Garner, K., Horspool, K., Man, M. S., Rogers, A., Pope, C., Dixon, P., & Montgomery, A. A. (2016). Effectiveness of an integrated telehealth service for patients with depression: a pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention. *Lancet Psychiatry*, *3*(6), 515-525.

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, *143*(8), 783-822.

Sampson, M., McGowan, J., Cogo, E., Grimshaw, J., Moher, D., & Lefebvre, C. (2009). An evidence-based practice guideline for the peer review of electronic search strategies. *Journal of clinical epidemiology*, *62*(9), 944-952.

Sanftenberg, L., & Kaupe, L. (2024). STIKO-Impfempfehlungen 2024: Was ist zu beachten? *Continuing medical education*, *21*(5), 49-57.

Say, R., Murtagh, M., & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient education and counseling*, *60*(2), 102-114.

Sayar, H., Vøllestad, J., & Nordgreen, T. (2023). What I missed from my online therapist: a survey-based qualitative investigation of patient experiences of therapist contact in guided internet interventions. *Frontiers in psychology*, *14*, Article 990833.

Sczufca, M., Nakamura, C. A., Seward, N., Moreno-Agostino, D., van de Ven, P., Hollingworth, W., Peters, T. J., & Araya, R. (2022). A task-shared, collaborative care psychosocial intervention for improving depressive symptomatology among older adults in a socioeconomically deprived area of Brazil (PROACTIVE): a pragmatic, two-arm, parallel-group, cluster-randomised controlled trial. *Lancet healthy longevity*, *3*(10), e690-e702.

Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Duan, N., Miranda, J., Unützer, J., Jaycox, L., Schoenbaum, M., Meredith, L. S., & Rubenstein, L. V. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of general psychiatry*, *58*(7), 696-703.

Sica, G. T. (2006). Bias in research studies. *Radiology*, *238*(3), 780-789.

Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual review of psychology*, *70*(1), 747-770.

Silagy, C. A., Middleton, P., & Hopewell, S. (2002). Publishing protocols of systematic reviews: comparing what was done to what was planned. *JAMA*, *287*(21), 2831-2834.

Simera, I., Moher, D., Hoey, J., Schulz, K. F., & Altman, D. G. (2009). The EQUATOR network and reporting guidelines: helping to achieve high standards in reporting health research studies. *Maturitas*, *63*(1), 4-6.

Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, *292*(8), 935-942.

Simon, G. E., Ralston, J. D., Savarino, J., Pabiniak, C., Wentzel, C., & Operskalski, B. H. (2011). Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. *Journal of general internal medicine*, *26*(7), 698-704.

Simon, G. E., VonKorff, M., Rutter, C., & Wagner, E. (2000). Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ*, *320*(7234), 550-554.

Smit, A., Kluiters, H., Conradi, H. J., van der Meer, K., Tiemens, B. G., Jenner, J. A., van Os, T. W., & Ormel, J. (2006). Short-term effects of enhanced treatment for depression in primary care: results from a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, *36*(1), 15-26.

Srinivasan, K., Heylen, E., Johnson Pradeep, R., Mony, P. K., & Ekstrand, M. L. (2022). Collaborative care compared to enhanced standard treatment of depression with co-morbid medical conditions among patients from rural South India: a cluster randomized controlled trial (HOPE Study). *BMC Psychiatry*, *22*(394), 1-12.

StataCorp. (2021). *Stata Statistical Software: Release 17*. In StataCorp LLC.

Sterne, J. A. C., Savovic, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernan, M. A., Hopewell, S., Hrobjartsson, A., Junqueira, D. R., Juni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., . . . Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *366*(l4898), 1-8.

Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Murray, G., Wall, L., Walker, J., McHugh, G., Walker, A., & Sharpe, M. (2008). Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*, 372(9632), 40-48.

Swindle, R. W., Rao, J. K., Helmy, A., Plue, L., Zhou, X. H., Eckert, G. J., & Weinberger, M. (2003). Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *International journal of psychiatry in medicine*, 33(1), 17-37.

The-EndNote-Team. (2023). *EndNote*. In (Version EndNote 20.6) [64 bit]. Clarivate.

The-GRADE-Working-Group. (2013). *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations* (H. Schünemann, J. Brożek, G. Guyatt, & A. Oxman, Eds.) guidelinedevelopment.org/handbook

The-GRADE-Working-Group. (2024a). *GRADEpro GDT - an introduction to the system*. McMaster University and Evidence Prime. https://gdt.gradeapro.org/app/help/user_guide/index.html

The-GRADE-Working-Group. (2024b). *GRADEpro guideline development tool*. In McMaster University and Evidence Prime. <http://gradeapro.org>

Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., Chapman, D. P., Abraido-Lanza, A. F., Pearson, J. L., Anderson, C. W., Gelenberg, A. J., Hennessy, K. D., Duffy, F. F., Vernon-Smile, M. E., Nease, D. E., Jr., Williams, S. P., & Community-Preventive-Services-Task-Force. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 42(5), 525-538.

Tobin, J. N., Weiss, E. S., Cassells, A., Lin, T. J., Holder, T., Carrozzi, G., Barsanti, F., Morales, A., Mailing, A., Espejo, M., Gilbert, E., Casiano, L., O'Hara-Cicero, E., Weed, J., & Dietrich, A. J. (2022). A randomized controlled trial to increase cancer screening and reduce depression among low-income women. *Journal of Prevention and Health Promotion*, 3(3), 271-299.

Trautmann, S., & Beesdo-Baum, K. (2017). The treatment of depression in primary care. *Deutsches ärzteblatt international*, 114(43), 721-728.

Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams Jr, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R. D., Hitchcock Noël, P., Lin, E. H. B., Areán, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, T. R., Oishi, S., Langston, C., & Investigators, f. t. I. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845.

Unützer, J., & Park, M. (2012). Strategies to improve the management of depression in primary care. *Primary care: clinics in office practice*, 39(2), 415-431.

Vassar, M., Atakpo, P., & Kash, M. J. (2016). Manual search approaches used by systematic reviewers in dermatology. *Journal of the medical library association*, 104(4), 302-304.

- Vera, M., Perez-Pedrogo, C., Huertas, S. E., Reyes-Rabanillo, M. L., Juarbe, D., Huertas, A., Reyes-Rodriguez, M. L., & Chaplin, W. (2010). Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in puerto rico. *Psychiatric Services*, *61*(2), 144-150.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, *20*(6), 64-78.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The milbank quarterly*, 511-544.
- Wallace, S. S., Barak, G., Truong, G., & Parker, M. W. (2022). Hierarchy of evidence within the medical literature. *Hospital pediatrics*, *12*(8), 745-750.
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 152-167.
- Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., Miranda, J., Carney, M. F., & Rubenstein, L. V. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, *283*(2), 212-220.
- Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *43*(8), 1569-1585.
- Williams Jr., J. W., Stellato, C. P., Cornell, J., & Barrett, J. E. (2004). The 13-and 20-item hopkins symptom checklist depression scale: psychometric properties in primary care patients with minor depression or dysthymia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *34*(1), 37-50.
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, *169*(8), 790-804.
- Wood, E., Ohlsen, S., & Ricketts, T. (2017). What are the barriers and facilitators to implementing collaborative care for depression? a systematic review. *Journal of Affective Disorders*(214), 26-43.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, *17*(1), 37-49.
- Yeung, A., Martinson, M. A., Baer, L., Chen, J., Clain, A., Williams, A., Chang, T. E., Trinh, N. H., Alpert, J. E., & Fava, M. (2016). The effectiveness of telepsychiatry-based culturally sensitive collaborative

treatment for depressed chinese american immigrants: a randomized controlled trial. *The journal of clinical psychiatry*, 77(8), e996-e1002.

Yeung, A., Shyu, I., Fisher, L., Wu, S., Yang, H., & Fava, M. (2010). Culturally sensitive collaborative treatment for depressed chinese americans in primary care. *American journal of public health*, 100(12), 2397-2402.

Younes, N., Gasquet, I., Gaudebout, P., Chaillet, M. P., Kovess, V., Falissard, B., & Hardy Bayle, M. C. (2005). General practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC family practice*, 6(1), 18.

Zimmermann, T., Puschmann, E., van den Bussche, H., Wiese, B., Ernst, A., Porzelt, S., Daubmann, A., & Scherer, M. (2016). Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *International journal of nursing studies*, 63, 101-111.

Anhang A

Suchstrategie

Cochrane Library

Konzept 1: Depression

Stichwörter:

- Depression
- Depressive Disorder
- Major Depressive Disorder
- Persistent Depressive Disorder
- Chronic Depression
- Dysthymic Disorder
- Dysthymia
- Subthreshold Depression
- Sub-Threshold Depression
- Patient Health Questionnaire
- PHQ-9
- PHQ9
- Beck Depression Inventory
- BDI
- Hamilton Depression Rating Scale
- HAM-D
- HAMD
- HDRS
- HRSD
- Center For Epidemiologic Studies Depression Scale
- CES-D
- CESD
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale
- MADRS
- Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report
- QIDS-SR
- QIDSSR
- Geriatric Depression Scale
- GDS

Überschriften:

- #30 - MeSH descriptor: [Depression] explode all trees
- #31 - MeSH descriptor: [Depressive Disorder] explode all trees
- #32 - MeSH descriptor: [Dysthymic Disorder] explode all trees
- #33 - MeSH descriptor: [Depressive Disorder, Major] explode all trees
- #34 - MeSH descriptor: [Patient Health Questionnaire] explode all trees
- #35 - MeSH descriptor: [Dysthymic Disorder] explode all trees

Suchbegriffe:

- #1 - "Depress*"
- #2 - "Depressive Disorder**"
- #3 - "Major Depressive Disorder**"
- #4 - "Persistent Depressive Disorder**"
- #5 - "Chronic Depress**"
- #6 - "Dysthymic Disorder**"
- #7 - "Dysthymi*"
- #8 - "Subthreshold Depress**"
- #9 - "Sub-Threshold Depress**"
- #10 - "Patient Health Questionnaire**"
- #11 - "PHQ-9**"
- #12 - "PHQ9*"
- #13 - "Beck Depression Inventor**"
- #14 - "BDI"
- #15 - "Hamilton Depression Rating Scal**"
- #16 - "HAM-D**"
- #17 - "HAMD*"
- #18 - "HDRS*"
- #19 - "HRSD*"
- #20 - "Center For Epidemiologic Studies Depression Scal**"
- #21 - "CES-D**"
- #22 - "CESD*"
- #23 - "Montgomery Asberg Depression Rating Scal**"
- #24 - "MADRS*"
- #25 - "Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report**"
- #26 - "QIDS-SR**"
- #27 - "QIDSSR*"
- #28 - "Geriatric Depression Scal**"
- #29 - "GDS"

Konzept 3: Collaborative Care

Stichwörter:

- Long-Term Care
- Longterm Care
- Collaborative Care
- Patient Centered Care
- Population Based Care
- Treatment To Target
- Evidence Based Care
- Accountable Care
- Chronic Care
- Stepped Care
- Shared Care
- Coordinated Care
- Comprehensive Care
- Integrated Care
- Integrated Primary Care
- Primary Care Behavioral Health
- Multiprofessional Care
- Case Manager
- Care Manager
- Health Professional
- Health Specialist
- Health Manager
- Mental Health Professional
- Mental Health Specialist
- Mental Health Manager
- Mental Health Care Professional
- Mental Health Care Specialist
- Mental Health Care Manager
- Mental Healthcare Professional
- Mental Healthcare Specialist
- Mental Healthcare Manager

Suchbegriffe:

- #36 - "Long-Term Care**"
- #37 - "Longterm Care**"
- #38 - "Collaborative Care**"
- #39 - "Patient Centered Care**"
- #40 - "Population Based Care**"
- #41 - "Treatment To Target**"
- #42 - "Evidence Based Care**"
- #43 - "Accountable Care**"
- #44 - "Chronic Care**"
- #45 - "Stepped Care**"
- #46 - "Shared Care**"
- #47 - "Coordinated Care**"
- #48 - "Comprehensive Care**"
- #49 - "Integrated Care**"
- #50 - "Integrated Primary Care**"
- #51 - "Primary Care Behavioral Health**"
- #52 - "Multiprofessional Care**"
- #53 - "Case Manag**"
- #54 - "Care Manag**"
- #55 - "Health Profession**"
- #56 - "Health Speciali**"
- #57 - "Health Manag**"
- #58 - "Mental Health Profession**"
- #59 - "Mental Health Speciali**"
- #60 - "Mental Health Manag**"
- #61 - "Mental Health Care Profession**"
- #62 - "Mental Health Care Speciali**"
- #63 - "Mental Health Care Manag**"
- #64 - "Mental Healthcare Profession**"
- #65 - "Mental Healthcare Speciali**"
- #66 - "Mental Healthcare Manag**"

- Behavioral Health Professional
 - Behavioral Health Specialist
 - Behavioral Health Manager
 - Behavioral Health Care Professional
 - Behavioral Health Care Specialist
 - Behavioral Health Care Manager
 - Behavioral Healthcare Professional
 - Behavioral Healthcare Specialist
 - Behavioral Healthcare Manager
 - Psychiatric Consultation
 - Consulting Psychiatrist
 - Guideline-Conform Treatment
 - Guidelineconform Treatment
 - Guideline-Conform Therapy
 - Guidelineconform Therapy
 - Evidence-Based Guideline
 - Evidencebased Guideline
 - Evidence-Based Practice Guideline
 - Evidencebased Practice Guideline
 - Structured Monitoring
 - Systematic Monitoring
 - Structured Follow-Up
 - Systematic Follow-Up
 - Interprofessional Communication
 - Management Plan
 - Managementplan
 - Self Management
 - Selfmanagement
 - Psycho Education
 - Psychoeducation
 - Short Intervention
 - Delivery System
 - Decision Support
 - Clinical Information System
 - Practice Team
 - Informed Patient
 - Health System
 - Healthsystem
 - Community
- #67 - "Behavioral Health Profession**"
 - #68 - "Behavioral Health Speciali**"
 - #69 - "Behavioral Health Manag**"
 - #70 - "Behavioral Health Care Profession**"
 - #71 - "Behavioral Health Care Speciali**"
 - #72 - "Behavioral Health Care Manag**"
 - #73 - "Behavioral Healthcare Profession**"
 - #74 - "Behavioral Healthcare Speciali**"
 - #75 - "Behavioral Healthcare Manag**"
 - #76 - "Psychiatric Consult**"
 - #77 - "Consulting Psychiatrist**"
 - #78 - "Guideline-Conform Treat**"
 - #79 - "Guidelineconform Treat**"
 - #80 - "Guideline-Conform Therap**"
 - #81 - "Guidelineconform Therap**"
 - #82 - "Evidence-Based Guidelin**"
 - #83 - "Evidencebased Guidelin**"
 - #84 - "Evidence-Based Practice Guidelin**"
 - #85 - "Evidencebased Practice Guidelin**"
 - #86 - "Structured Monitoring**"
 - #87 - "Systematic Monitoring**"
 - #88 - "Structured Follow**"
 - #89 - "Systematic Follow**"
 - #90 - "Interprofessional Communicati**"
 - #91 - "Management Plan**"
 - #92 - Managementplan*
 - #93 - "Self Manag**"
 - #94 - Selfmanag*
 - #95 - "Psycho Educat**"
 - #96 - Psychoeducat*
 - #97 - "Short Interven**"
 - #98 - "Delivery System**"
 - #99 - "Decision Support**"
 - #100 - "Clinical Information System**"
 - #101 - "Practice Team**"
 - #102 - "Informed Patient**"
 - #103 - "Health System**"
 - #104 - Healthsystem*
 - #105 - Communit*

Überschriften:

#106 - MeSH descriptor: [Long-Term Care] explode all trees

Konzept 4: RCT

Stichwörter:

- Randomized Controlled Trial
- Randomised Controlled Trial
- RCT
- Randomized Controlled Clinical Trial
- Randomised Controlled Clinical Trial
- Controlled Clinical Trial
- Randomized
- Controlled
- Clinical
- Trial

Suchbegriffe:

- #107 - "Randomized Controlled Trial**"
- #108 - "Randomised Controlled Trial**"
- #109 - RCT
- #110 - "Randomized Controlled Clinical Trial**"
- #111 - "Randomised Controlled Clinical Trial**"
- #112 - "Controlled Clinical Trial**"
- #113 - Random*:ti,ab,kw
- #114 - Control*:ti,ab,kw
- #115 - Clinic*:ti,ab,kw
- #116 - Trial*:ti,ab,kw

Überschriften:

#117 - MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees

#118 - MeSH descriptor: [Controlled Clinical Trial] explode all trees

(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35) AND (#36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100 OR #101 OR #102 OR (#103 AND #104) OR (#103 AND #105) OR #106) AND (#107 OR #108 OR #109 OR #110 OR #111 OR #112 OR (#113 AND #114 AND #116) OR (#114 AND #115 AND #116) OR #117 OR #118)

Embase und MEDLINE

Konzept 1: Depression

Stichwörter:

- Depression
- Depressive Disorder
- Major Depressive Disorder
- Persistent Depressive Disorder
- Chronic Depression
- Dysthymic Disorder
- Dysthymia
- Subthreshold Depression
- Sub-Threshold Depression
- Patient Health Questionnaire
- PHQ-9
- PHQ9
- Beck Depression Inventory
- BDI
- Hamilton Depression Rating Scale
- HAM-D
- HAMD
- HDRS
- HRSD
- Center For Epidemiologic Studies Depression Scale
- CES-D
- CESD
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale
- MADRS
- Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report
- QIDS-SR
- QIDSSR
- Geriatric Depression Scale
- GDS

Überschriften:

- #30 - *chronic depression/
- #31 - *Montgomery Asberg Depression Rating Scale/
- #32 - *depression/
- #33 - *Beck Depression Inventory/
- #34 - *Hamilton Depression Rating Scale/
- #35 - *minor depression/
- #36 - *long term depression/
- #37 - *subsyndromal depression/
- #38 - *Geriatric Depression Scale/
- #39 - *major depression/
- #40 - *Center for Epidemiological Studies Depression Scale/
- #41 - *dysthymia/
- #42 - *patient health questionnaire/

Suchbegriffe:

- #1 - "Depress*".mp.
- #2 - "Depressive Disorder*".mp.
- #3 - "Major Depressive Disorder*".mp.
- #4 - "Persistent Depressive Disorder*".mp.
- #5 - "Chronic Depress*".mp.
- #6 - "Dysthymic Disorder*".mp.
- #7 - "Dysthymi*".mp.
- #8 - "Subthreshold Depress*".mp.
- #9 - "Sub-Threshold Depress*".mp.
- #10 - "Patient Health Questionnaire*".mp.
- #11 - "PHQ-9*".mp.
- #12 - "PHQ9*".mp.
- #13 - "Beck Depression Inventor*".mp.
- #14 - "BDI".mp.
- #15 - "Hamilton Depression Rating Scal*".mp.
- #16 - "HAM-D*".mp.
- #17 - "HAMD*".mp.
- #18 - "HDRS*".mp.
- #19 - "HRSD*".mp.
- #20 - "Center For Epidemiologic Studies Depression Scal*".mp.
- #21 - "CES-D*".mp.
- #22 - "CESD*".mp.
- #23 - "Montgomery Asberg Depression Rating Scal*".mp.
- #24 - "MADRS*".mp.
- #25 - "Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report*".mp.
- #26 - "QIDS-SR*".mp.
- #27 - "QIDSSR*".mp.
- #28 - "Geriatric Depression Scal*".mp.
- #29 - "GDS".mp.

Konzept 3: Collaborative Care

Stichwörter:

- Long-Term Care
- Longterm Care
- Collaborative Care
- Patient Centered Care
- Population Based Care
- Treatment To Target
- Evidence Based Care
- Accountable Care
- Chronic Care
- Stepped Care
- Shared Care
- Coordinated Care
- Comprehensive Care
- Integrated Care
- Integrated Primary Care
- Primary Care Behavioral Health
- Multiprofessional Care
- Case Manager
- Care Manager
- Health Professional
- Health Specialist
- Health Manager
- Mental Health Professional
- Mental Health Specialist
- Mental Health Manager
- Mental Health Care Professional
- Mental Health Care Specialist
- Mental Health Care Manager
- Mental Healthcare Professional
- Mental Healthcare Specialist
- Mental Healthcare Manager

Suchbegriffe:

- #43 - "Long-Term Care*".mp.
- #44 - "Longterm Care*".mp.
- #45 - "Collaborative Care*".mp.
- #46 - "Patient Centered Care*".mp.
- #47 - "Population Based Care*".mp.
- #48 - "Treatment To Target*".mp.
- #49 - "Evidence Based Care*".mp.
- #50 - "Accountable Care*".mp.
- #51 - "Chronic Care*".mp.
- #52 - "Stepped Care*".mp.
- #53 - "Shared Care*".mp.
- #54 - "Coordinated Care*".mp.
- #55 - "Comprehensive Care*".mp.
- #56 - "Integrated Care*".mp.
- #57 - "Integrated Primary Care*".mp.
- #58 - "Primary Care Behavioral Health*".mp.
- #59 - "Multiprofessional Care*".mp.
- #60 - "Case Manag*".mp.
- #61 - "Care Manag*".mp.
- #62 - "Health Profession*".mp.
- #63 - "Health Speciali*".mp.
- #64 - "Health Manag*".mp.
- #65 - "Mental Health Profession*".mp.
- #66 - "Mental Health Speciali*".mp.
- #67 - "Mental Health Manag*".mp.
- #68 - "Mental Health Care Profession*".mp.
- #69 - "Mental Health Care Speciali*".mp.
- #70 - "Mental Health Care Manag*".mp.
- #71 - "Mental Healthcare Profession*".mp.
- #72 - "Mental Healthcare Speciali*".mp.
- #73 - "Mental Healthcare Manag*".mp.

- Behavioral Health Professional
 - Behavioral Health Specialist
 - Behavioral Health Manager
 - Behavioral Health Care Professional
 - Behavioral Health Care Specialist
 - Behavioral Health Care Manager
 - Behavioral Healthcare Professional
 - Behavioral Healthcare Specialist
 - Behavioral Healthcare Manager
 - Psychiatric Consultation
 - Consulting Psychiatrist
 - Guideline-Conform Treatment
 - Guidelineconform Treatment
 - Guideline-Conform Therapy
 - Guidelineconform Therapy
 - Evidence-Based Guideline
 - Evidencebased Guideline
 - Evidence-Based Practice Guideline
 - Evidencebased Practice Guideline
 - Structured Monitoring
 - Systematic Monitoring
 - Structured Follow-Up
 - Systematic Follow-Up
 - Interprofessional Communication
 - Management Plan
 - Managementplan
 - Self Management
 - Selfmanagement
 - Psycho Education
 - Psychoeducation
 - Short Intervention
 - Delivery System
 - Decision Support
 - Clinical Information System
 - Practice Team
 - Informed Patient
 - Health System
 - Healthsystem
 - Community
- #74 - "Behavioral Health Profession*".mp.
 - #75 - "Behavioral Health Speciali*".mp.
 - #76 - "Behavioral Health Manag*".mp.
 - #77 - "Behavioral Health Care Profession*".mp.
 - #78 - "Behavioral Health Care Speciali*".mp.
 - #79 - "Behavioral Health Care Manag*".mp.
 - #80 - "Behavioral Healthcare Profession*".mp.
 - #81 - "Behavioral Healthcare Speciali*".mp.
 - #82 - "Behavioral Healthcare Manag*".mp.
 - #83 - "Psychiatric Consult*".mp.
 - #84 - "Consulting Psychiatrist*".mp.
 - #85 - "Guideline-Conform Treat*".mp.
 - #86 - "Guidelineconform Treat*".mp.
 - #87 - "Guideline-Conform Therap*".mp.
 - #88 - "Guidelineconform Therap*".mp.
 - #89 - "Evidence-Based Guidelin*".mp.
 - #90 - "Evidencebased Guidelin*".mp.
 - #91 - "Evidence-Based Practice Guidelin*".mp.
 - #92 - "Evidencebased Practice Guidelin*".mp.
 - #93 - "Structured Monitoring*".mp.
 - #94 - "Systematic Monitoring*".mp.
 - #95 - "Structured Follow*".mp.
 - #96 - "Systematic Follow*".mp.
 - #97 - "Interprofessional Communicati*".mp.
 - #98 - "Management Plan*".mp.
 - #99 - "Managementplan*".mp.
 - #100 - "Self Manag*".mp.
 - #101 - "Selfmanag*".mp.
 - #102 - "Psycho Educat*".mp.
 - #103 - "Psychoeducat*".mp.
 - #104 - "Short Interven*".mp.
 - #105 - "Delivery System*".mp.
 - #106 - "Decision Support*".mp.
 - #107 - "Clinical Information System*".mp.
 - #108 - "Practice Team*".mp.
 - #109 - "Informed Patient*".mp.
 - #110 - "Health System*".mp.
 - #111 - "Healthsystem*".mp.
 - #112 - "Communit*".mp.

Überschriften:

#113 - "long term care/"

Konzept 4: RCT

Stichwörter:

- Randomized Controlled Trial
- Randomised Controlled Trial
- RCT
- Randomized Controlled Clinical Trial
- Randomised Controlled Clinical Trial
- Controlled Clinical Trial
- Randomized
- Controlled
- Clinical
- Trial

Suchbegriffe:

- #114 - "Randomized Controlled Trial*".mp.
- #115 - "Randomised Controlled Trial*".mp.
- #116 - "RCT".mp.
- #117 - "Randomized Controlled Clinical Trial*".mp.
- #118 - "Randomised Controlled Clinical Trial*".mp.
- #119 - "Controlled Clinical Trial*".mp.
- #120 - "Random*".m_titl.
- #121 - "Control*".m_titl.
- #122 - "Clinic*".m_titl.
- #123 - "Trial*".m_titl.

Überschriften:

#124 - "Randomized Controlled Trial"/

#125 - "Controlled Clinical Trial"/

(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42) AND (#43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100 OR #101 OR #102 OR #103 OR #104 OR #105 OR #106 OR #107 OR #108 OR #109 OR (#110 AND #112) OR (#111 AND #112) OR #113) AND (#114 OR #115 OR #116 OR #117 OR #118 OR #119 OR (#120 AND #121 AND #123) OR (#121 AND #122# AND #123) OR #124 OR #125)

PsycInfo

Konzept 1: Depression

Stichwörter:

- Depression
- Depressive Disorder
- Major Depressive Disorder
- Persistent Depressive Disorder
- Chronic Depression
- Dysthymic Disorder
- Dysthymia
- Subthreshold Depression
- Sub-Threshold Depression
- Patient Health Questionnaire
- PHQ-9
- PHQ9
- Beck Depression Inventory
- BDI
- Hamilton Depression Rating Scale
- HAM-D
- HAMD
- HDRS
- HRSD
- Center For Epidemiologic Studies Depression Scale
- CES-D
- CESD
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale
- MADRS
- Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report
- QIDS-SR
- QIDSSR
- Geriatric Depression Scale
- GDS

Suchbegriffe:

- #1 - "Depress"
- #2 - "Depressive Disorder**"
- #3 - "Major Depressive Disorder**"
- #4 - "Persistent Depressive Disorder**"
- #5 - "Chronic Depress**"
- #6 - "Dysthymic Disorder**"
- #7 - "Dysthymi*"
- #8 - "Subthreshold Depress**"
- #9 - "Sub-Threshold Depress**"
- #10 - "Patient Health Questionnaire**"
- #11 - "PHQ-9**"
- #12 - "PHQ9*"
- #13 - "Beck Depression Inventor**"
- #14 - "BDI"
- #15 - "Hamilton Depression Rating Scal**"
- #16 - "HAM-D**"
- #17 - "HAMD*"
- #18 - "HDRS*"
- #19 - "HRSD*"
- #20 - "Center For Epidemiologic Studies Depression Scal**"
- #21 - "CES-D**"
- #22 - "CESD*"
- #23 - "Montgomery Asberg Depression Rating Scal**"
- #24 - "MADRS*"
- #25 - "Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report**"
- #26 - "QIDS-SR**"
- #27 - "QIDSSR*"
- #28 - "Geriatric Depression Scal**"
- #29 - "GDS"

Konzept 3: Collaborative Care

Stichwörter:

- Long-Term Care
- Longterm Care
- Collaborative Care
- Patient Centered Care
- Population Based Care
- Treatment To Target
- Evidence Based Care
- Accountable Care
- Chronic Care
- Stepped Care
- Shared Care
- Coordinated Care
- Comprehensive Care
- Integrated Care
- Integrated Primary Care
- Primary Care Behavioral Health
- Multiprofessional Care
- Case Manager
- Care Manager
- Health Professional
- Health Specialist
- Health Manager
- Mental Health Professional
- Mental Health Specialist
- Mental Health Manager
- Mental Health Care Professional
- Mental Health Care Specialist
- Mental Health Care Manager
- Mental Healthcare Professional
- Mental Healthcare Specialist
- Mental Healthcare Manager
- Behavioral Health Professional
- Behavioral Health Specialist
- Behavioral Health Manager
- Behavioral Health Care Professional
- Behavioral Health Care Specialist
- Behavioral Health Care Manager
- Behavioral Healthcare Professional
- Behavioral Healthcare Specialist
- Behavioral Healthcare Manager
- Psychiatric Consultation
- Consulting Psychiatrist
- Guideline-Conform Treatment
- Guidelineconform Treatment
- Guideline-Conform Therapy
- Guidelineconform Therapy

Suchbegriffe:

- #30 - "Long-Term Care**"
- #31 - "Longterm Care**"
- #32 - "Collaborative Care**"
- #33 - "Patient Centered Care**"
- #34 - "Population Based Care**"
- #35 - "Treatment To Target**"
- #36 - "Evidence Based Care**"
- #37 - "Accountable Care**"
- #38 - "Chronic Care**"
- #39 - "Stepped Care**"
- #40 - "Shared Care**"
- #41 - "Coordinated Care**"
- #42 - "Comprehensive Care**"
- #43 - "Integrated Care**"
- #44 - "Integrated Primary Care**"
- #45 - "Primary Care Behavioral Health**"
- #46 - "Multiprofessional Care**"
- #47 - "Case Manag**"
- #48 - "Care Manag**"
- #49 - "Health Profession**"
- #50 - "Health Speciali**"
- #51 - "Health Manag**"
- #52 - "Mental Health Profession**"
- #53 - "Mental Health Speciali**"
- #54 - "Mental Health Manag**"
- #55 - "Mental Health Care Profession**"
- #56 - "Mental Health Care Speciali**"
- #57 - "Mental Health Care Manag**"
- #58 - "Mental Healthcare Profession**"
- #59 - "Mental Healthcare Speciali**"
- #60 - "Mental Healthcare Manag**"
- #61 - "Behavioral Health Profession**"
- #62 - "Behavioral Health Speciali**"
- #63 - "Behavioral Health Manag**"
- #64 - "Behavioral Health Care Profession**"
- #65 - "Behavioral Health Care Speciali**"
- #66 - "Behavioral Health Care Manag**"
- #67 - "Behavioral Healthcare Profession**"
- #68 - "Behavioral Healthcare Speciali**"
- #69 - "Behavioral Healthcare Manag**"
- #70 - "Psychiatric Consult**"
- #71 - "Consulting Psychiatrist**"
- #72 - "Guideline-Conform Treat**"
- #73 - "Guidelineconform Treat**"
- #74 - "Guideline-Conform Therap**"
- #75 - "Guidelineconform Therap**"

- Evidence-Based Guideline	#76 - "Evidence-Based Guidelin**"
- Evidencebased Guideline	#77 - "Evidencebased Guidelin**"
- Evidence-Based Practice Guideline	#78 - "Evidence-Based Practice Guidelin**"
- Evidencebased Practice Guideline	#79 - "Evidencebased Practice Guidelin**"
- Structured Monitoring	#80 - "Structured Monitoring**"
- Systematic Monitoring	#81 - "Systematic Monitoring**"
- Structured Follow-Up	#82 - "Structured Follow**"
- Systematic Follow-Up	#83 - "Systematic Follow**"
- Interprofessional Communication	#84 - "Interprofessional Communicati**"
- Management Plan	#85 - "Management Plan**"
- Managementplan	#86 - Managementplan**
- Self Management	#87 - "Self Manag**"
- Selfmanagement	#88 - Selfmanag**
- Psycho Education	#89 - "Psycho Educat**"
- Psychoeducation	#90 - Psychoeducat**
- Short Intervention	#91 - "Short Interven**"
- Delivery System	#92 - "Delivery System**"
- Decision Support	#93 - "Decision Support**"
- Clinical Information System	#94 - "Clinical Information System**"
- Practice Team	#95 - "Practice Team**"
- Informed Patient	#96 - "Informed Patient**"
- Health System	#97 - "Health System**"
- Healthsystem	#98 - "Healthsystem**"
- Community	#99 - Communit**

Konzept 4: RCT

Stichwörter:

- Randomized Controlled Trial
- Randomised Controlled Trial
- RCT
- Randomized Controlled Clinical Trial
- Randomised Controlled Clinical Trial
- Controlled Clinical Trial
- Randomized
- Controlled
- Clinical
- Trial

Suchbegriffe:

- #100 - "Randomized Controlled Trial**"
- #101 - "Randomised Controlled Trial**"
- #102 - RCT
- #103 - "Randomized Controlled Clinical Trial**"
- #104 - "Randomised Controlled Clinical Trial**"
- #105 - "Controlled Clinical Trial**"
- #106 - "Random*":ti,ab,kw
- #107 - "Control*":ti,ab,kw
- #108 - "Clinic*":ti,ab,kw
- #109 - "Trial*":ti,ab,kw

#110 (Suche 1):	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29
#111 (Suche 2):	#30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96
#112 (Suche 3):	#97 AND #99
#113 (Suche 4):	#98 AND #99
#114 (Suche 5):	#100 OR #101 OR #102 OR #103 OR #104 OR #105
#115 (Suche 6):	#106 AND #107 AND #109
#116 (Suche 7):	#107 AND #108 AND #109
#117 (Suche 8):	#111 OR #112 OR #113
#118 (Suche 9):	#114 OR #115 OR #116
Finale Suche:	#110 AND #117 AND #118

PubMed

Konzept 1: Depression

Stichwörter:

- Depression
- Depressive Disorder
- Major Depressive Disorder
- Persistent Depressive Disorder
- Chronic Depression
- Dysthymic Disorder
- Dysthymia
- Subthreshold Depression
- Sub-Threshold Depression
- Patient Health Questionnaire
- PHQ-9
- PHQ9
- Beck Depression Inventory
- BDI
- Hamilton Depression Rating Scale
- HAM-D
- HAMD
- HDRS
- HRSD
- Center For Epidemiologic Studies Depression Scale
- CES-D
- CESD
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale
- MADRS
- Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report
- QIDS-SR
- QIDSSR
- Geriatric Depression Scale
- GDS

Überschriften:

- #30 - "Depression"[MESH]
- #31 - "Depressive Disorder"[MESH]
- #32 - "Dysthymic Disorder"[MESH]
- #33 - "Depressive Disorder, Major"[MESH]
- #34 - "Patient Health Questionnaire"[MESH]

Suchbegriffe:

- #1 - "Depress**[ALL]
- #2 - "Depressive Disorder**[ALL]
- #3 - "Major Depressive Disorder**[ALL]
- #4 - "Persistent Depressive Disorder**[ALL]
- #5 - "Chronic Depress**[ALL]
- #6 - "Dysthymic Disorder**[ALL]
- #7 - "Dysthymi**[ALL]
- #8 - "Subthreshold Depress**[ALL]
- #9 - "Sub-Threshold Depress**[ALL]
- #10 - "Patient Health Questionnaire**[ALL]
- #11 - "PHQ-9**[ALL]
- #12 - "PHQ9**[ALL]
- #13 - "Beck Depression Inventor**[ALL]
- #14 - "BDI"[ALL]
- #15 - "Hamilton Depression Rating Scal**[ALL]
- #16 - "HAM-D**[ALL]
- #17 - "HAMD**[ALL]
- #18 - "HDRS**[ALL]
- #19 - "HRSD**[ALL]
- #20 - "Center For Epidemiologic Studies Depression Scal**[ALL]
- #21 - "CES-D**[ALL]
- #22 - "CESD**[ALL]
- #23 - "Montgomery Asberg Depression Rating Scal**[ALL]
- #24 - "MADRS**[ALL]
- #25 - "Quick Inventory Of Depressive Symptomatology Self Report**[ALL]
- #26 - "QIDS-SR**[ALL]
- #27 - "QIDSSR**[ALL]
- #28 - "Geriatric Depression Scal**[ALL]
- #29 - "GDS"[ALL]

Konzept 3: Collaborative Care

Stichwörter:

- Long-Term Care
- Longterm Care
- Collaborative Care
- Patient Centered Care
- Population Based Care
- Treatment To Target
- Evidence Based Care
- Accountable Care
- Chronic Care
- Stepped Care
- Shared Care
- Coordinated Care
- Comprehensive Care
- Integrated Care
- Integrated Primary Care
- Primary Care Behavioral Health
- Multiprofessional Care
- Case Manager
- Care Manager
- Health Professional
- Health Specialist
- Health Manager
- Mental Health Professional
- Mental Health Specialist
- Mental Health Manager
- Mental Health Care Professional
- Mental Health Care Specialist
- Mental Health Care Manager
- Mental Healthcare Professional
- Mental Healthcare Specialist
- Mental Healthcare Manager
- Behavioral Health Professional
- Behavioral Health Specialist
- Behavioral Health Manager
- Behavioral Health Care Professional
- Behavioral Health Care Specialist
- Behavioral Health Care Manager
- Behavioral Healthcare Professional
- Behavioral Healthcare Specialist

Suchbegriffe:

- #35- "Long-Term Care**[ALL]
- #36- "Longterm Care**[ALL]
- #37- "Collaborative Care**[ALL]
- #38 - "Patient Centered Care**[ALL]
- #39 - "Population Based Care**[ALL]
- #40 - "Treatment To Target**[ALL]
- #41 - "Evidence Based Care**[ALL]
- #42 - "Accountable Care**[ALL]
- #43 - "Chronic Care**[ALL]
- #44 - "Stepped Care**[ALL]
- #45 - "Shared Care**[ALL]
- #46 - "Coordinated Care**[ALL]
- #47 - "Comprehensive Care**[ALL]
- #48 - "Integrated Care**[ALL]
- #49 - "Integrated Primary Care**[ALL]
- #50 - "Primary Care Behavioral Health**[ALL]
- #51 - "Multiprofessional Care**[ALL]
- #52 - "Case Manag**[ALL]
- #53 - "Care Manag**[ALL]
- #54 - "Health Profession**[ALL]
- #55 - "Health Speciali**[ALL]
- #56 - "Health Manag**[ALL]
- #57 - "Mental Health Profession**[ALL]
- #58 - "Mental Health Speciali**[ALL]
- #59 - "Mental Health Manag**[ALL]
- #60 - "Mental Health Care Profession**[ALL]
- #61 - "Mental Health Care Special**[ALL]
- #62 - "Mental Health Care Manag**[ALL]
- #63 - "Mental Healthcare Profession**[ALL]
- #64 - "Mental Healthcare Special**[ALL]
- #65 - "Mental Healthcare Manag**[ALL]
- #66 - "Behavioral Health Profession**[ALL]
- #67 - "Behavioral Health Special**[ALL]
- #68 - "Behavioral Health Manag**[ALL]
- #69 - "Behavioral Health Care Profession**[ALL]
- #70 - "Behavioral Health Care Special**[ALL]
- #71 - "Behavioral Health Care Manag**[ALL]
- #72 - "Behavioral Healthcare Profession**[ALL]
- #73 - "Behavioral Healthcare Special**[ALL]

- Behavioral Healthcare Manager #74 - "Behavioral Healthcare Manag**"[ALL]
- Psychiatric Consultation #75 - "Psychiatric Consult**"[ALL]
- Consulting Psychiatrist #76 - "Consulting Psychiatrist**"[ALL]
- Guideline-Conform Treatment #77 - "Guideline-Conform Treat**"[ALL]
- Guidelineconform Treatment #78 - "Guidelineconform Treat**"[ALL]
- Guideline-Conform Therapy #79 - "Guideline-Conform Therap**"[ALL]
- Guidelineconform Therapy #80 - "Guidelineconform Therap**"[ALL]
- Evidence-Based Guideline #81 - "Evidence Based Guidelin**"[ALL]
- Evidencebased Guideline #82 - "Evidencebased Guidelin**"[ALL]
- Evidence-Based Practice Guideline #83 - "Evidence-Based Practice Guidelin**"[ALL]
- Evidencebased Practice Guideline #84 - "Evidencebased Practice Guidelin**"[ALL]
- Structured Monitoring #85 - "Structured Monitoring**"[ALL]
- Systematic Monitoring #86 - "Systematic Monitoring**"[ALL]
- Structured Follow-Up #87 - "Structured Follow**"[ALL]
- Systematic Follow-Up #88 - "Systematic Follow**"[ALL]
- Interprofessional Communication #89 - "Interprofessional Communicati**"[ALL]
- Management Plan #90 - "Management Plan**"[ALL]
- Managementplan #91 - "Managementplan**"[ALL]
- Self Management #92 - "Self Manag**"[ALL]
- Selfmanagement #93 - "Selfmanag**"[ALL]
- Psycho Education #94 - "Psycho Educat**"[ALL]
- Psychoeducation #95 - "Psychoeducat**"[ALL]
- Short Intervention #96 - "Short Interven**"[ALL]
- Delivery System #97 - "Delivery System**"[ALL]
- Decision Support #98 - "Decision Support**"[ALL]
- Clinical Information System #99 - "Clinical Information System**"[ALL]
- Practice Team #100 - "Practice Team**"[ALL]
- Informed Patient #101 - "Informed Patient**"[ALL]
- Health System #102 - "Health System**"[ALL]
- Healthsystem #103 - "Healthsystem**"[ALL]
- Community #104 - "Communit**"[ALL]

Überschriften:

#105 - "Long-Term Care"[MESH]

Konzept 4: RCTStichwörter:

- Randomized Controlled Trial
- Randomised Controlled Trial
- RCT
- Randomized Controlled Clinical Trial
- Randomised Controlled Clinical Trial
- Controlled Clinical Trial
- Randomized
- Controlled
- Clinical
- Trial

Suchbegriffe:

- #106 - "Randomized Controlled Trial**"[ALL]
- #107 - "Randomised Controlled Trial**"[ALL]
- #108 - "RCT"[ALL]
- #109 - "Randomized Controlled Clinical Trial**"[ALL]
- #110 - "Randomised Controlled Clinical Trial**"[ALL]
- #111 - "Controlled Clinical Trial**"[ALL]
- #112 - "Random**"[TIAB]
- #113 - "Control**"[TIAB]
- #114 - "Clinic**"[TIAB]
- #115 - "Trial**"[TIAB]

Überschriften:

#116 - "Randomized Controlled Trial" [PUBLICATION TYPE]

#117 - "Controlled Clinical Trial" [PUBLICATION TYPE]

(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34) AND (#35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100 OR #101 OR (#102 AND #104) OR (#103 AND #104) AND #105 OR #106 OR #107 OR #108 OR #109 OR #110 OR #111 OR (#112 AND #113 AND #115) OR (#113 AND #114 AND #115) OR #116 OR #117

Anhang B

Checklisten

PRISMA-2020-Checkliste

Page et al. (2021)

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	Titelblatt
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	Abstract
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	1.2
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	1.3
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	2.5
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	2.6.1 2.6.3
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	2.6.2 Anhang A
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	2.7
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	2.7.5
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	2.7.5
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	2.7.5
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	2.9.1
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	2.7.5

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	2.10
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	2.10
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	2.10
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	2.10
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	2.10
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	-
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	2.10
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	2.9.2
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	3.1
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	3.1
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	3.2
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	3.3.1
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	3.5
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	3.2 3.3.1
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	3.7
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	3.6
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	-
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	3.5
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	3.3.2

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	4.1.1
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	4.4.2
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	4.4.1
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	5.1 5.2
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	2.4
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	2.4
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	2.4
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	6.1
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	6.2
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	3.5 Anhang A Anhang C

PRISMA-CI-Erweiterung für komplexe Interventionen

Guise et al. (2017)

Section and Topic	Item #	Extension for complex interventions	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Specifically indicate that the focus of the systematic review includes a “complex intervention”	Titelblatt
Objectives	4	Include in this statement the sources of complexity of primary interest (see definition of complex intervention)	1.3
METHODS			
Data items	10b _i	Pathway complexity: include an analytic framework, causal pathway, or other graphical representation of the chain of evidence to illustrate the complexity of the causal pathway.	2.7.5
	10b _{ii}	Intervention complexity: include sufficient detail for the interventions' components (including number, sequence, active vs. discretionary, a priori vs. final), frequency, duration, intensity, theoretical foundation, incentives, replicability, and people delivering the intervention.	2.7.5 Anhang C
	10b _{iii}	Population complexity: include sufficient detail to describe who (or what system level) the intervention targeted and the characteristics of the participants (e.g., age, gender, ethnicity, language, educational or skill level, medical and social risk status, etc.).	2.7.5
	10b _{iv}	Implementation complexity: clearly define the adoption, uptake, or integration strategies. Strategies can include facilitators (distinct from intervention elements) such as including attestations, financial incentives, periodic reports of	2.7.5

Section and Topic	Item #	Extension for complex interventions	Location where item is reported
		findings, reminders, supplemental trainings, or physical environmental changes.	
	10b _v	Setting—contextual complexity: include detail about the settings, locations where the data were collected, or other contextual factors (including financial, organizational, and clinical setting). Provide rationale if not relevant.	2.7.5
	10b _{vi}	Timing: describe the absolute and relative timing of each of the components of PICO. Specifically, describe the time at which eligibility criteria (P) were set, the time at which the interventions or treatment strategies (I, C) were assigned, and the time zero of follow-up when outcome events started to be counted. In addition, describe the timing of the components of interventions I and C during the follow-up. Provide rationale if not relevant.	2.7.5

PRISMA-SWiM-Erweiterung für Synthese ohne Metaanalyse

Campbell et al. (2020)

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
METHODS			
Describe the standardised metric and transformation methods used	12	Describe the standardised metric for each outcome. Explain why the metric(s) was chosen, and describe any methods used to transform the intervention effects, as reported in the study, to the standardised metric, citing any methodological guidance consulted.	2.10
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	2.10
Grouping studies for synthesis	13b _i	Provide a description of, and rationale for, the groups used in the synthesis (e.g., groupings of populations, interventions, outcomes, study design).	2.10
	13b _{ii}	Detail and provide rationale for any changes made subsequent to the protocol in the groups used in the synthesis.	2.10
Data presentation methods	13c	Describe the graphical and tabular methods used to present the effects (e.g., tables, forest plots, harvest plots). Specify key study characteristics (e.g., study design, risk of bias) used to order the studies, in the text and any tables or graphs, clearly referencing the studies included.	2.10
Describe the synthesis methods	13d	Describe and justify the methods used to synthesise the effects for each outcome when it was not possible to undertake a meta-analysis of effect estimates.	2.10
Investigation of heterogeneity in reported effects	13e	State the method(s) used to examine heterogeneity in reported effects when it was not possible to undertake a meta-analysis of effect estimates and its extensions to investigate heterogeneity.	2.10
Certainty of evidence	15	Describe the methods used to assess certainty of the synthesis findings.	2.9.2

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Reporting results	20b _i	For each comparison and outcome, provide a description of the synthesised findings, and the certainty of the findings. Describe the result in language that is consistent with the question the synthesis addresses, and indicate which studies contribute to the synthesis.	3.5 3.6
DISCUSSION			
Limitations of the synthesis	23c _i	Report the limitations of the synthesis methods used and/or the groupings used in the synthesis, and how these affect the conclusions that can be drawn in relation to the original review question.	4.4.1

Data collection form für randomisierte kontrollierte Studien

Extrahierte Items der Checkliste (*Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, 2020):

Design (e.g. parallel, crossover, cluster)
Start & end dates
Total study duration
Population description (Company/companies; occupation)
Setting (including location (city, state, country) and social context)
Inclusion criteria
Exclusion criteria
Total no. randomised
No. randomised per group (specify whether no. people or clusters)
No. missing (if overall, e.g. exclusions & withdrawals, whether or not missing from analysis)
Baseline imbalances
Age
Sex (proportion male)
Other relevant sociodemographics
Subgroups measured (e.g. split by age or sex)
Group name (from paper or abbreviation)
Description (include sufficient detail for replication, e.g. components)
Duration of treatment period
Timing (e.g. frequency, duration of each episode)
Delivery (e.g. type of pedometer, medium, intensity, fidelity)
Providers (e.g. no., profession, training, ethnicity etc. if relevant)
Resource requirements (e.g. staff numbers, equipment)
Integrity of delivery
Outcome definition (with diagnostic criteria if relevant)
Scales: upper and lower limits (indicate whether high or low score is good)
Is outcome/tool validated?
Imputation of missing data (e.g. assumptions made for ITT analysis)
Results (time point or subgroup, copy rows as needed)
Any other results reported (e.g. odds ratio, risk difference, CI or P value)
Unit of analysis (by individuals, cluster/groups or body parts)
Statistical methods used and appropriateness of these (e.g. adjustment for correlation)
Key conclusions of study authors
References to other relevant studies

Zusätzliche eigene Items:

Patientenpräferenz
abgestufte Versorgung
Supervision
Schulung
Komorbiditäten
Rolle des Hausarztes
Rolle des Case Managers
Hintergrund des Case Managers
Beteiligung eines Psychiaters oder Psychologen
Medikationsmanagement
psychotherapeutische Interventionen
Art der Termine
Anzahl der Termine
Dauer der Termine
Zielvereinbarung
Art der Kommunikation
Häufigkeit der Kommunikation
Selbstmanagement der Patienten
Miteinbezug von Familie und Freunden
Miteinbezug des Gemeinwesens
Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds

Anhang C

Collaborative Care Intervention Intensity Framework (CCIIF)

Übersicht der Anwendung des CCIIF auf die inkludierten Interventionen

#	Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung			
	CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation
01	Pharmazeut	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
02	Freund / Familie	nicht evident	nicht evident	Zentralisiert
03	Sozialarbeiter	Psychiater	nicht evident	lokal
04	nicht weiter spezifiziert	Psychiater / Psychologe	nicht evident	nicht weiter spezifiziert
05	MFA	Psychiater	Konsultation	lokal
06	Psychologe	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	lokal
07	Sozialarbeiter	nicht evident	nicht evident	lokal
08	Pflegedienst	nicht evident	nicht evident	lokal
09	Pflegedienst	Psychiater	Konsultation	lokal
10	IC-Manager	nicht evident	nicht evident	zentralisiert
11	PCMHW	Psychiater / Psychologe	nicht evident	lokal
12	Psychologe	Psychiater	nicht evident	lokal
13	MFA	Psychologe	nicht evident	lokal
14	Pharmazeut	Psychiater	Konsultation	lokal
15	Sozialarbeiter	Psychiater	Konsultation	zentralisiert
16	MFA	Psychiater	Überweisung	lokal
17	Laienarbeiter	Psychiater	nicht evident	lokal
18	Krankenpfleger	Psychiater	Konsultation	lokal
19	PWP	Psychiater	nicht evident	lokal
20	Ergotherapeut	Psychiater	nicht evident	lokal
21	PS-Therapeut	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
22	Fachkrankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
23	DDCS	Psychiater	nicht evident	lokal
24	Pharmazeut	Psychiater	Konsultation	lokal
25	Krankenpfleger	Psychiater	nicht evident	lokal
26	Fachkrankenpfleger	Psychiater	Konsultation	zentralisiert
27	Laienarbeiter	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
28	MFA	nicht evident	nicht evident	lokal
29	Sozialarbeiter	Psychiater	Konsultation	zentralisiert
30	Krankenpfleger	Psychiater	Überweisung	lokal
31	Fachkrankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
32	Krankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
33	MFA	Psychologe	nicht evident	lokal
34	Psychiater	ist Case Manager	Konsultation	lokal
35	Psychologe	Psychiater	Überweisung	lokal
36	Psychiater	ist Case Manager	Konsultation	lokal
37	Psychologe	Psychiater	Konsultation	lokal
38	Krankenpfleger	Psychiater	Konsultation	lokal
39	Krankenpfleger	Psychiater	nicht evident	lokal
40	Fachkrankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
41	Sozialarbeiter	nicht evident	nicht evident	zentralisiert
42	PCMHW	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
43	Krankenpfleger	nicht evident	nicht evident	zentralisiert
44	Gesundheitsberater	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
45	MFA	nicht evident	nicht evident	lokal
46	MFA	nicht evident	nicht evident	lokal

Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
#	CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation
47	Pflegedienst	nicht evident	nicht evident	zentralisiert
48	Fachkrankenpfleger	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	zentralisiert
49	PCMHW	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	lokal
50	PCMHW	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	lokal
51	Krankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
52	Student	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
53	Krankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
54	Krankenpfleger	Psychiater	nicht evident	lokal
55	Gesundheitsberater	nicht evident	nicht evident	zentralisiert
56	Pflegedienst	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	lokal
57	nicht weiter spezifiziert	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
58a	Psychotherapeut	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
58b	Psychotherapeut	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
59	Fachkrankenpfleger	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
60a	Psychologe	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
60b	Psychologe	Psychiater	Konsultation	zentralisiert
60c	Psychologe	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
61	MFA	Psychiater	nicht evident	lokal
62	Pflegedienst Onkologie	Psychiater	nicht evident	zentralisiert
63	Fachkrankenpfleger	Psychiater	nicht evident	lokal
64	nicht weiter spezifiziert	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	lokal
65	Psychologe	Psychiater	Konsultation	lokal
66	Psychologe	Psychiater	nicht evident	lokal
67	nicht weiter spezifiziert	Psychiater	Konsultation	lokal
68	Psychologe	Psychiater	Konsultation	zentralisiert

Strukturierter Behandlungsplan				
#	Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz
01	nicht evident	nicht evident	GS / MI	nicht evident
02	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
03	BA	17 Sitzungen	GS / MI	nicht evident
04	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
05	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
06	PST / CR	9 Sitzungen	GS	nicht evident
07	IPT / BA	6 Sitzungen	MI	evident
08	BA	7-9 Sitzungen	nicht evident	evident
09	nicht weiter spezifiziert	10 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
10	nicht evident	nicht evident	nicht evident	evident
11	BA	6 Sitzungen	GS	nicht evident
12	IPT	> 8 Sitzungen	nicht evident	evident
13	nicht evident	nicht evident	GS / MI	evident
14	nicht evident	nicht evident	GS / MI	nicht evident
15	nicht evident	nicht evident	nicht evident	evident
16	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
17	BA	12 Sitzungen	GS	nicht evident
18	SPT	24 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
19	BA / CR	8 Sitzungen	GS	evident
20	CBT	9 Sitzungen	SC	evident
21	computerized PST	8 Sitzungen	SC	evident
22	nicht evident	nicht evident	GS	evident
23	PST	12 Sitzungen	SC	evident

Strukturierter Behandlungsplan				
#	Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz
24	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
25	nicht weiter spezifiziert	8 Sitzungen	GS / MI	evident
26	nicht evident	nicht evident	SC	evident
27	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
28	BA	19 Sitzungen	GS	nicht evident
29	group CBT	6 Sitzungen	SC	evident
30	PST / BA	8 Sitzungen	SC	evident
31	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
32	PST	12 Sitzungen	SC	evident
33	BA	6 Sitzungen	GS	nicht evident
34	nicht weiter spezifiziert	6 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
35	SCT / SLT	10 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
36	nicht evident	nicht evident	SC	nicht evident
37	CBT	7 Sitzungen	MI	evident
38	PST	6 Sitzungen	SC	evident
39	PST	10 Sitzungen	GS / MI / SC	nicht evident
40	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
41	telephone CBT	12 Sitzungen	SC	evident
42	BA	10 Sitzungen	GS	nicht evident
43	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
44	PST / BA	20 Sitzungen	GS / SC	nicht evident
45	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
46	BA / PST	5 Sitzungen	GS / SC	evident
47	PST	26 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
48	telephone CBT	21 Sitzungen	GS / MI	nicht evident
49	BA	12 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
50	BA	12 Sitzungen	nicht evident	nicht evident
51	nicht evident	nicht evident	GS / MI / SC	evident
52	computerized CBT	8 Sitzungen	SC	evident
53	nicht evident	nicht evident	GS	evident
54	nicht evident	nicht evident	nicht evident	evident
55	computerized CBT	6 Sitzungen	GS / MI	nicht evident
56	BA	11 Sitzungen	GS / SC	nicht evident
57	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
58a	nicht weiter spezifiziert	nicht evident	MI	nicht evident
58b	CBT	8 Sitzungen	MI	nicht evident
59	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
60a	nicht evident	nicht evident	MI	nicht evident
60b	nicht evident	nicht evident	MI	nicht evident
60c	CBT	12 Sitzungen	MI	nicht evident
61	SCT	21 Sitzungen	GS	nicht evident
62	PST	10 Sitzungen	nicht evident	evident
63	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
64	nicht evident	nicht evident	MI	nicht evident
65	PST	8 Sitzungen	SC	evident
66	CBT	13 Sitzungen	SC	evident
67	nicht evident	nicht evident	nicht evident	evident
68	nicht evident	nicht evident	nicht evident	evident

	Geplante Patienten-Nachsorge			
#	2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung
01	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
02	evident	evident	in Person / telefonisch	Alarmierung
03	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
04	weniger häufig	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
05	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
06	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	Alarmierung
07	evident	evident	in Person / telefonisch	nicht evident
08	evident	evident	nicht in Person	nicht evident
09	evident	evident	in Person	nicht evident
10	evident	evident	in Person / telefonisch	nicht evident
11	evident	evident	nicht in Person	nicht evident
12	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
13	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	Erinnerungssystem
14	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
15	evident	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
16	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
17	evident	weniger häufig	in Person	nicht evident
18	evident	evident	in Person / telefonisch	nicht evident
19	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
20	evident	weniger häufig	in Person	nicht evident
21	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
22	evident	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
23	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
24	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
25	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	Prognose
26	evident	weniger häufig	nicht in Person	Alarmierung
27	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
28	evident	weniger häufig	nicht in Person	Alarmierung
29	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	Alarmierung
30	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
31	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
32	evident	evident	nicht in Person	Verlaufskontrolle
33	evident	evident	in Person	nicht evident
34	weniger häufig	weniger häufig	nicht in Person	Adhärenz
35	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
36	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	Adhärenz
37	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	Adhärenz
38	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	Adhärenz
39	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
40	evident	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
41	evident	evident	in Person / telefonisch	nicht evident
42	evident	evident	nicht in Person	nicht evident
43	evident	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
44	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	Aktivitätskontrolle
45	evident	weniger häufig	in Person	nicht evident
46	weniger häufig	weniger häufig	in Person	Erinnerungssystem
47	evident	evident	in Person	nicht evident
48	evident	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
49	evident	evident	nicht in Person	nicht evident
50	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
51	evident	weniger häufig	nicht in Person	Verlaufskontrolle
52	evident	evident	nicht in Person	Verlaufskontrolle

Geplante Patienten-Nachsorge				
#	2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung
53	evident	weniger häufig	nicht in Person	Verlaufskontrolle
54	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
55	evident	weniger häufig	nicht in Person	Kommunikationsportal
56	evident	evident	in Person	Unterstützungsapp
57	weniger häufig	weniger häufig	nicht in Person	Therapieempfehlungen
58a	weniger häufig	weniger häufig	nicht in Person	Therapieempfehlungen
58b	evident	evident	nicht in Person	Therapieempfehlungen
59	weniger häufig	weniger häufig	nicht in Person	Therapieempfehlungen
60a	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
60b	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
60c	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
61	evident	weniger häufig	in Person	nicht evident
62	evident	evident	in Person / telefonisch	nicht evident
63	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
64	weniger häufig	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
65	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	Kommunikationsportal
66	evident	weniger häufig	in Person / telefonisch	nicht evident
67	evident	weniger häufig	nicht in Person	nicht evident
68	evident	evident	nicht in Person	Telemedizin

Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
#	fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte
01	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
02	nicht evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
03	evident	nicht evident	Teambesprechung	evident
04	evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
05	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
06	evident	evident	schriftlich	evident
07	evident	nicht evident	Teambesprechung	nicht evident
08	evident	evident	nicht evident	nicht evident
09	evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
10	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
11	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
12	evident	evident	nicht evident	nicht evident
13	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
14	evident	evident	schriftlich	evident
15	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
16	evident	nicht evident	Teambesprechung	nicht evident
17	evident	nicht evident	Teambesprechung	nicht evident
18	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
19	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
20	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
21	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
22	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
23	evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
24	evident	nicht evident	schriftlich	evident
25	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
26	evident	nicht evident	schriftlich	evident
27	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
28	evident	evident	schriftlich	nicht evident
29	evident	nicht evident	schriftlich	evident

Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
#	fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte
30	evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
31	evident	evident	schriftlich	nicht evident
32	evident	evident	schriftlich	evident
33	evident	evident	nicht evident	nicht evident
34	evident	evident	nicht evident	nicht evident
35	evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
36	evident	evident	schriftlich	nicht evident
37	evident	evident	schriftlich	nicht evident
38	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
39	evident	nicht evident	schriftlich	evident
40	evident	evident	schriftlich	nicht evident
41	evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
42	evident	evident	nicht evident	nicht evident
43	evident	evident	schriftlich	nicht evident
44	evident	nicht evident	schriftlich	evident
45	nicht evident	nicht evident	Teambesprechung	nicht evident
46	evident	nicht evident	schriftlich	evident
47	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
48	evident	evident	schriftlich	nicht evident
49	evident	nicht evident	schriftlich	evident
50	evident	evident	schriftlich	evident
51	evident	evident	schriftlich	nicht evident
52	evident	evident	schriftlich	evident
53	evident	evident	schriftlich	evident
54	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
55	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
56	evident	nicht evident	schriftlich	evident
57	evident	evident	schriftlich	nicht evident
58a	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
58b	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
59	evident	evident	schriftlich	evident
60a	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
60b	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
60c	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
61	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
62	nicht evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
63	nicht evident	nicht evident	schriftlich	evident
64	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident
65	Evident	nicht evident	schriftlich	evident
66	Evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
67	Evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
68	evident	nicht evident	schriftlich	nicht evident

Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
#	Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen
01	nicht evident	nicht evident	Psychoedukation	nicht evident
02	Selbstmanagement	nicht evident	Co-Therapeut	nicht evident
03	Selbstmanagement	nicht evident	Miteinbezug	Gemeindeangebote
04	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
05	nicht evident	Weiterbehandlung	Psychoedukation	Gemeindeangebote
06	Coping / Entspannung	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident

	Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung			
#	Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen
07	Monitoring	nicht evident	Unterstützung	nicht evident
08	nicht evident	nicht evident	Psychoedukation	Gemeindeangebote
09	nicht evident	nicht evident	Miteinbezug	nicht evident
10	Monitoring	nicht evident	Miteinbezug	soziale Unterstützung
11	nicht evident	nicht evident	nicht evident	Gemeindeangebote
12	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
13	Monitoring	Auslöser identifizieren	nicht evident	Gemeindeangebote
14	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
15	Übungen	nicht evident	nicht evident	Unterstützungsgruppen
16	nicht evident	nicht evident	Psychoedukation	kulturelle Sensitivität
17	Selbstmanagement	nicht evident	Miteinbezug	Gemeindeangebote
18	nicht evident	nicht evident	Miteinbezug	nicht evident
19	Übungen	Präventionsstrategien	nicht evident	kulturelle Sensitivität
20	Psychoedukation	nicht evident	nicht evident	soziale Unterstützung
21	nicht evident	nicht evident	Miteinbezug	nicht evident
22	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	nicht evident
23	Coping	nicht evident	Miteinbezug	kulturelle Sensitivität
24	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
25	nicht evident	nicht evident	nicht evident	Gemeindeangebote
26	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
27	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
28	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	nicht evident
29	Übungen	nicht evident	nicht evident	nicht evident
30	Tagebuch	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
31	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	kulturelle Sensitivität
32	Entspannung	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
33	Coping / Monitoring	nicht evident	nicht evident	soziale Unterstützung
34	CBT-Techniken	nicht evident	nicht evident	nicht evident
35	Entspannung	Rückfallpräventionsplan	Miteinbezug	nicht evident
36	nicht evident	nicht evident	Miteinbezug	nicht evident
37	Coping / Monitoring	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
38	nicht evident	Weiterbehandlung	nicht evident	nicht evident
39	Monitoring	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
40	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
41	nicht evident	nicht evident	nicht evident	kulturelle Sensitivität
42	Monitoring	nicht evident	nicht evident	Gemeindeangebote
43	Übungen	nicht evident	Psychoedukation	nicht evident
44	Übungen	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
45	nicht evident	nicht evident	nicht evident	Gemeindeangebote
46	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	Gemeindeangebote
47	Coping	nicht evident	nicht evident	Gemeindeangebote
48	Übungen	nicht evident	nicht evident	nicht evident
49	Monitoring	nicht evident	Miteinbezug	nicht evident
50	Monitoring	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
51	Übungen	Erhaltungsstrategien	nicht evident	nicht evident
52	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
53	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	nicht evident
54	Übungen	nicht evident	Miteinbezug	nicht evident
55	Übungen	Verlaufskontrolle	nicht evident	nicht evident
56	Coping	Präventionsstrategien	nicht evident	nicht evident
57	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
58a	Übungen	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident

Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
#	Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen
58b	Übungen	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
59	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
60a	Selbstmanagement	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
60b	Selbstmanagement	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
60c	Selbstmanagement	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	nicht evident
61	Coping	familiäre Unterstützung	Hausbesuche	Gemeindegruppen
62	Coping	nicht evident	nicht evident	nicht evident
63	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
64	Monitoring	nicht evident	nicht evident	soziale Unterstützung
65	Übungen	Rückfallpräventionsplan	nicht evident	Gemeindeangebote
66	nicht evident	nicht evident	nicht evident	nicht evident
67	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	kulturelle Sensitivität
68	Selbstmanagement	nicht evident	nicht evident	kulturelle Sensitivität

CCIF-Scores der eingeschlossenen Interventionen

#01 – Adler 2004					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	1	0	0		1
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	1	0		1
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
0	0	1	0		1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	0		2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
0	0	1	0		1
CCIF-Score					6

#02 – Aikens 2022					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	0	0	0		0
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	0	0		0
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
1	1	1	1		4
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
0	0	1	0		1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
1	0	1	0		2
CCIF-Score					7

#03 – Ali 2020				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	1	3
CCIIF-Score				13

#04 – Álvarez 2022				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	0	0	0
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				2

#05 – Aragonès 2012				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	1	1	1	3
CCIIF-Score				9

#06 – Aragonès 2019				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	1	4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				14

#07 – Bekelman 2018				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	0	0	1	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	0	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	0	2
CCIIF-Score				11

#08 – Björkelund 2018				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	0	0	1	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	0	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	1	1	2
CCIIF-Score				10

#09 – Blanchard 1995				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	0	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	1	0	1
CCIIF-Score				10

#10 – Bogner 2012				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	0	0	0	0
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	1	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	0	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	1	3
CCIIF-Score				9

#11 – Bosanquet 2017				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	1	1
CCIIF-Score				10

#12 – Bruce 2004				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	0	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				9

#13 – Buszewicz 2010				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	1	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
0	0	0	0	0
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	1	3
CCIIF-Score				9

#14 – Cappocia 2004				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	0	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	1	4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				10

#15 – Carney 2016				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	1	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				8

#16 – Chen 2015				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	1	1	2
CCIIF-Score				9

#17 – Chen 2022				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	1	3
CCIIF-Score				12

#18 – Cole 2006				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	0	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	1	0	1
CCIIF-Score				11

#19 – Coventry 2015				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	1	3
CCIIF-Score				13

#20 – Curth 2020				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	1	4
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				13

#21 – Davidson 2013				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	1	0	1
CCIIF-Score				10

#22 – Dietrich 2004				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	1	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				8

#23 – Eil 2010				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	1	4
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	1	3
CCIIF-Score				13

#24 – Finley 2003					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	1	1	1		3
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	0	0		0
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
1	0	1	0		2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	1		3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
0	0	0	0		0
CCIIF-Score					8

#25 – Fletcher 2021					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	1	0	1		2
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
1	0	1	1		3
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
1	0	1	1		3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	0		2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
0	0	0	1		1
CCIIF-Score					11

#26 – Fortney 2006					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
1	1	1	0		3
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	1	1		2
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
1	0	0	1		2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	1		3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
0	0	0	0		0
CCIIF-Score					10

#27 – Fritsch 2007				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				4

#28 – Gensichen 2009				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	0	0	1	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				11

#29 – Hedrick 2003				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				11

#30 – Hölzel 2018				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				11

#31 – Huang 2018				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				9

#32 – Huijbregts 2012				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	1	4
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	1	4
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	1	4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				15

#33 – Hunkeler 2000				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	0	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				10

#34 – Katon 1995				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	0	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	0	0	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				10

#35 – Katon 1996				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	1	1	4
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	1	0	3
CCIIF-Score				13

#36 – Katon 1999				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	0	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	0	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	1	0	1
CCIIF-Score				10

#37 – Katon 2001				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	1	1	4
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				14

#38 – Katon 2004				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	1	0	0	1
CCIIF-Score				12

#39 – Katon 2010				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				12

#40 – Katzelnick 2000				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				6

#41 – Lagomasino 2017				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	1	4
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	0	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	1	1
CCIIF-Score				10

#42 – Lewis 2017				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	0	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				11

#43 – Lobello 2010				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	0	0	0	0
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	0	2
CCIIF-Score				6

#44 – Ma 2019				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				12

#45 – Mann 1998					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	0	0	1		1
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	0	0		0
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
1	0	1	0		2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
0	0	1	0		1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
0	0	0	1		1
CCIIF-Score					5

#46 – Morgan 2013					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	0	0	1		1
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
1	0	1	1		3
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
0	0	1	1		2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	1		3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
1	0	0	1		2
CCIIF-Score					11

#47 – Ng 2020					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
0	0	0	0		0
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
1	1	0	0		2
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
1	1	1	0		3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
0	0	0	0		0
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
1	0	0	1		2
CCIIF-Score					7

#48 – Piette 2011				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				10

#49 – Richards 2007				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	0	2
CCIIF-Score				12

#50 – Richards 2013				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	1	4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				13

#51 – Rollman 2009				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	1	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				10

#52 – Rollman 2018				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	1	4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				11

#53 – Rollman 2021				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	1	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	1	4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				10

#54 – Rost 2002				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	1	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	1	0	2
CCIIF-Score				9

#55 – Salisbury 2016				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	0	0	0	0
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	1	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				8

#56 – Scazufca 2022				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	1	4
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				14

#57 – Simon 2000				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	0	1	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	1	1	0	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				5

#58a – Simon 2004a				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	0	1	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				9

#58b – Simon 2004b				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	0	2
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				11

#59 – Simon 2011					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
1	1	0	0		2
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	0	0		0
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
0	0	0	1		1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	1	1	1		4
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
0	0	0	0		0
					CCIIF-Score
					7

#60a – Smit 2006a					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
1	1	0	0		2
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	1	0		1
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
0	0	1	0		1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	0		2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
1	1	0	0		2
					CCIIF-Score
					8

#60b – Smit 2006b					
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung					
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation		
1	1	1	0		3
Strukturierter Behandlungsplan					
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz		
0	0	1	0		1
Geplante Patienten-Nachsorge					
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung		
0	0	1	0		1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation					
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte		
1	0	1	0		2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung					
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen		
1	1	0	0		2
					CCIIF-Score
					9

#60c – Smit 2006c				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	0	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	0	2
CCIIF-Score				10

#61 – Srinivasan 2022				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	0	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	1	1	4
CCIIF-Score				13

#62 – Strong 2008				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	0	1
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	0	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	1	0	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
0	0	1	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	0	1
CCIIF-Score				9

#63 – Swindle 2003				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	0	0
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
0	0	1	1	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				7

#64 – Tobin 2022				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	0	1	2
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	1	0	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
0	0	1	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				8

#65 – Unützer 2002				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	1	1	4
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	0	1	1	3
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	1	3
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	1	0	1	3
CCIIF-Score				16

#66 – Vera 2010				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	0	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
1	1	1	1	4
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	1	0	2
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
0	0	0	0	0
CCIIF-Score				10

#67 – Yeung 2010				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
0	1	1	1	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	1	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	0	0	0	1
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	0	0	1
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				8

#68 – Yeung 2016				
Multiprofessioneller Ansatz der Patientenversorgung				
CM Hintergrund	MHS Supervision	MHS Behandlung	Teamorganisation	
1	1	1	0	3
Strukturierter Behandlungsplan				
Kurzintervention	Psychotherapie	Zielsetzung	Patientenpräferenz	
0	0	0	1	1
Geplante Patienten-Nachsorge				
2 – 4 Wochen	1 – 2 Wochen	Durchführung	Automatisierung	
1	1	0	1	3
Erweiterte interprofessionelle Kommunikation				
fest geplant	patientenseitig	dokumentiert	Patientenakte	
1	0	1	0	2
Verstärkte Patienten- und Angehörigenaktivierung				
Strategien	Prävention	Familie/Freunde	Gemeinwesen	
1	0	0	1	2
CCIIF-Score				11

Danksagung

An dieser Stelle ist es mir ein Bedürfnis mich bei nachstehenden Personen und Institutionen für ihre Unterstützung zu bedanken.

Zuallererst gilt mein Dank Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH. Ohne seine Betreuung als Doktorvater wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Sein ansteckender Wissensdrang hat mir immer wieder als Motivation gedient.

Weiterhin möchte ich mich bei Prof. Dr. Tobias Dreischulte für seine wissenschaftliche Unterstützung und konstruktive Kritik bedanken.

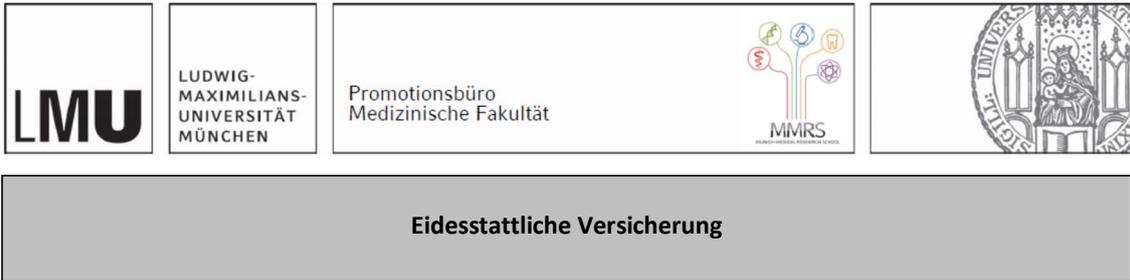
Ebenso gilt mein Dank Prof. Dr. Markus Bühner, der sich bei Fragen stets erreichbar zeigte und bei Problemen mit pragmatischen Lösungsideen diente.

Darüber hinaus gilt mein Dank der Deutschen Forschungsgemeinschaft für die Förderung des Graduiertenkollegs POKAL, von der auch ich profitieren durfte.

Zu großem Dank verpflichtet bin ich Hannah Schillok für ihre Unterstützung, Motivation und ihr Engagement. Ohne ihre mutmachende Art wäre diese Arbeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht fertiggestellt.

Mein besonderer Danke gilt meiner Ehefrau, Janine Kaupe, die mir unzählige Male den Rücken freigehalten hat, weswegen ich ihr diese Arbeit widmen möchte. Ohne das Wissen um diesen Rückhalt hätte ich diese Arbeit nicht begonnen. Sie nun abzuschließen, lässt mich jedoch erkennen, dass dieses uneigennützig Verhalten keine Selbstverständlichkeit ist.

Affidavit



Kaupe, Lukas

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Erhebung der Intensität und klinischen Ergebnisse von Collaborative Care Interventionen für Depression in der hausärztlichen Primärversorgung: Eine systematische Übersichtsarbeit mit narrativer Synthese

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Lichtenfels, 18.04.2025

Lukas Kaupe

Ort, Datum

Unterschrift Doktorand