

Guidelines für Grundversorgende: Depression

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Marzio Sabbioni^{a,b}, Andreas Rutishauser^a

^a mednetbern; ^b beratender Facharzt für Psychiatrie und Innere Medizin



Die Depression ist mit 8% neuen Fällen pro Jahr eine wichtige Diagnose im Alltag von Hausärztinnen und Hausärzten [1]. Hausärzte diagnostizieren zuverlässig eine Depression in 50% der Fälle und schliessen eine Depression zuverlässig in 81% der Fälle aus [2]. Unerkannt und unbehandelt kann sie zum Tod durch Suizid führen und den Verlauf vieler Krankheiten und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.

Ausgangslage, Zielsetzung, Fragestellung

Das Ärztenetzwerk *mednetbern* versucht, zwischen der realen Situation einer Gruppe erfahrener schweizerischer Grundversorger und der idealen, von international bekannten Experten empfohlenen Vorgehensweise zum Management der Depression (ICD-10: «F32.- Depressive Episode») im ambulanten Setting eine Brücke zu schlagen. WHO [3] und EU [4] haben keine eigenen Guidelines zum Thema, nehmen jedoch mit je einem Positionspapier allgemein Stellung und betonen die Wichtigkeit der Erkrankung in der Grundversorgung. Die EU-Kommission behauptet sogar hausärztliches Unvermögen «Depressionen zu erkennen und zu managen», weil es ihnen (den Hausärzten) «an Wissen über Verfügbarkeit und Wirksamkeit verschiedener Behandlungsformen (einschliesslich nicht pharmazeutischer Therapien) fehlen kann». Mit dem 24-seitigen Tool *iFightDepression*[®] [5] stellt die gleichnamige, von der EU-Kommission geförderte Organisation Merkblätter zu einzelnen Teilaspekten der Erkrankung zur Verfügung. Guidelines im eigentlichen Sinn finden wir bei den Amerikanern [6] und den Deutschen [7]. Sie sind jedoch wegen ihres Umfangs und ihrer auf die Spezialisten zugeschnittenen Herangehensweise nicht praxistauglich. In der Schweiz existiert eine ausgezeichnete Zusammenfassung der grossen Guidelines zur somatischen Therapie, die jedoch unter ausschliesslicher Federführung der psychiatrischen Fachgesellschaften entstanden ist [8, 9]. Eine weitere schweizerische Publikation befasst sich ganz mit der Psychotherapie der Depression [10]. Unser Ziel ist, dass Grundversorger mit unserer Guideline befähigt werden, die Diagnose «Depression» mit grosser Kompetenz abzuklären und behandeln zu können. Auch geben wir klare Hinweise, wann die Patienten

an die Spezialisten weitergewiesen werden müssen, und welche Medikamente besonders vielversprechend sind. Jeder Patient soll eine massgeschneiderte individuelle Behandlung erhalten können.

Beschreibung, Methodik

Das vorliegende Projekt gründet auf unseren früheren Guideline-Projekten für Hausärzte [11–14]. Die vertikale Verbindlichkeit der Guidelines wird eingehalten (global WHO, kontinental EU und Amerika, national D und CH) und mit dem Erfahrungsschatz der 65 Netzwerkmitglieder aus 13 Qualitätszirkeln im Vernehmlassungsverfahren abgeglichen und ergänzt. Aufnahme in unsere Guideline finden nur Fakten, welche die Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) erfüllen. Das Ergebnis ist eine Guideline in Form eines praktischen laminierten Faltblattes, neben einer allgemein und kostenlos zugänglichen elektronischen Version (in der Online-Version dieses Artikels unter www.primary-hospital-care.ch oder unter www.mednetbern.ch/publications/guideline_depression.pdf).

Nutzen, Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die vom Ärztenetzwerk *mednetbern* entwickelte Methode zur Erarbeitung von Guidelines gut für Erkrankungen eignet, die von grosser gesundheitspolitischer und -ökonomischer Bedeutung sind und in die Domäne der Grundversorgung gehören. Die Erkenntnisse sind oft überraschend und können zur Vereinfachung der Guideline beitragen, ohne Abstriche an deren Korrektheit zu verursachen. Wichtige praktische Ergebnisse werden in der Folge besprochen.

Definition

Kurz und bündig auf Deutsch: «Neurobiologisches Syndrom mit schweren psychischen, geistigen, körperlichen und sozialen Auswirkungen. Leitsymptome: Gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Beeinträchtigung des Selbstwertes, der körperlichen Befindlichkeit und des Schlafs. Lebensprävalenz 15%! Unerkannt und unbehandelt kann die Erkrankung zum Tod durch Suizid führen und den Verlauf vieler Krankheiten und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.» In der Basisliteratur suchen wir meist vergebens nach einer Definition der Depression.

Anamnese

Bei den typischen, aber unspezifischen subjektiven Klagen (Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Appetitminderung, allgemeine Müdigkeit oder Erschöpfung, anhaltende Schmerzen), zusammen mit den anamnestischen Risikofaktoren (depressive Störungen, psychosoziale Belastungen, körperliche Erkrankungen mit hoher psychologischer Belastung) muss reflexartig ein Screening mit dem Zwei-Fragen-Test gemacht werden:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit JA beantwortet, folgt die dreiteilige diagnostische Abklärung.

Dreiteilige diagnostische Abklärung

1. Teil: Symptome der Depression. *mednetbern* hat einen eigenen Fragebogen entwickelt, der es erlaubt, die Haupt- und Zusatzsymptome der Depression mit klaren, leicht verständlichen und unverfänglichen Fragen zu bestimmen und eine Subtypisierung in das somatische Syndrom zulässt sowie nach psychotischen Symptomen (Wahnsymptome, Halluzinationen) fragt. Der Fragebogen befindet sich auf Seite 4 der Guideline als Kopiervorlage.
2. Teil: Somatische Krankheiten und Medikamente. Diese können ebenfalls depressive Symptome verursachen oder vortäuschen. Internistischer Status, Labor mit Differentialblutbild, Chemie, TSH, EKG (auf verlängertes QT-Intervall achten), Vitamin B₁₂ und MMS (Mini Mental Status) bei älteren Menschen, sind sinnvolle Untersuchungen. Somatische Erkrankungen müssen erkannt und mitbehandelt werden. Bei den Medikamenten achten wir auf solche, die häufig (>10%) depressive Symptome verursachen (z.B. Steroide, Interferon-alpha etc.).
3. Teil: Psychische Begleiterkrankungen und Ressourcen. Wir ergänzen den Psychostatus mit Fragen nach Angst-, Zwangs- und manischen Symptomen, Sucht sowie Alltagsbewältigung und Ressourcen. Wichtige Ressourcen sind gute und sichere Situationen in Beziehungen, Arbeit, Geld, Wohnen, Aufenthaltsstatus, Spiritualität sowie regelmässig Sport und Bewegung.



Diagnose

Um die Diagnose «Depression» stellen zu können, müssen seit mindestens 4 Wochen ≥ 2 Hauptsymptome und insgesamt ≥ 4 Haupt- und Zusatzsymptome vorliegen, die nicht auf den Missbrauch psychotroper Substanzen zurückgeführt werden können. Wird die depressive Episode durch eine somatische Erkrankung oder durch Medikamente verursacht, wird dies als organische psychische Störung entsprechend diagnostiziert (F06.32).

Differentialdiagnose

Eine präzise durchgeführte Diagnostik erlaubt die Abgrenzung von Trauerreaktion, Anpassungsstörung und anderen psychischen Erkrankungen. Körperliche Symptome, insbesondere der Gewichtsverlust, müssen immer abgeklärt werden. Bei Substanzmissbrauch kann die Diagnose «Depression» als Komorbidität (Doppeldiagnose) durch den Facharzt für Psychiatrie unter Berücksichtigung der Vorgeschichte gestellt werden.

Assessment

Das kombinierte Depressions-Assessment ist die Grundlage für unsere therapeutischen Entscheidungen. Es soll eine patientenspezifische Behandlung ermöglichen und erfolgt in drei Schritten:

1. Schritt: Beurteilung des Suizidrisikos. Die Suizidalität muss bei jeder Konsultation evaluiert werden.

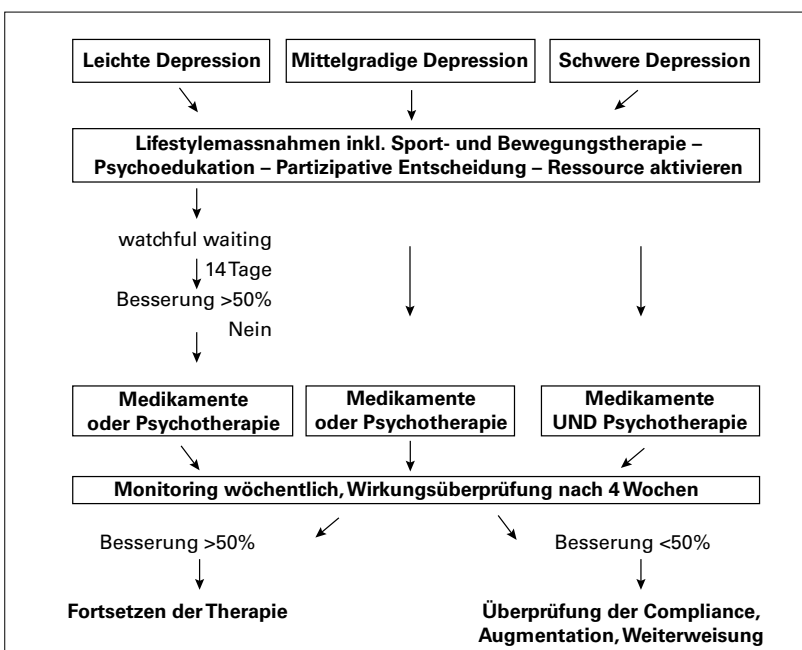


Abbildung 1: Der Behandlungsalgorithmus von mednetbern.

Wichtige Kriterien für hohes und tieferes Risiko für vollendeten Suizid werden aufgezählt und können mit nationalen [15–17] und lokalen (Agglomeration Bern [18], Gemeinde Basel [19]) Studien belegt werden.

2. Schritt: Schweregrad der Depression. Die Klassifikation in die Schweregrade leicht F32.0 (2 Hauptsymptome plus 2 Zusatzsymptome), mittelgradig F32.1 (2 Haupt- plus 3–4 Zusatzsymptome) und schwer F32.2 (3 Haupt- plus 4–7 Zusatzsymptome) mit Hilfe des mednetbern-Depressionsfragebogens ist therapierelevant.
3. Schritt: Punktezahl im PHQ-9-Monitoring-Fragebogen. Benchmark zur Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie im Verlauf. Der Fragebogen befindet sich auf Seite 4 der Guideline als Kopiervorlage.

Therapieziel, Behandlungsstrategie, Therapiemassnahmen

Die aus den Erkenntnissen des Assessments resultierende Behandlung hat zum Ziel, die Genesung oder Remission zu erreichen, die Mortalität, insbesondere durch Suizid, zu verringern und Rückfälle und Rezidive zu vermeiden. Grundsätzlich soll jeder Patient in den Genuss der allgemeinen Massnahmen/Beratung (Counseling) kommen, die eine Kernkompetenz des Hausarztes sind. Die weiteren Therapiemassnahmen stellen die Psychotherapie und die Pharmakotherapie dar. Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden soll die Patientenpräferenz entscheiden, welche Massnahme zuerst zum Zuge kommen soll. Bei leichten depressiven Episoden sollen Antidepressiva zur Erstbehandlung nur nach besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eingesetzt werden. Bei schweren depressiven Episoden ist die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie obligatorisch (Abb. 1).

Allgemeine Massnahmen/Beratung (Counseling)

Lifestyle: Schlafhygiene, regelmässige Ernährung und körperliche Bewegung (mind. 2–3 × pro Woche 30–45 Min. Ausdauertraining) sollen empfohlen werden. Schädliche Wirkung von Alkohol und Drogen müssen betont werden.

Beratung/Counseling: Aufklärung, psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, Problemlöseansätze. Partizipative Entscheidungsfindung und Behandlungsvereinbarung helfen, Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit bei den Patienten und deren Angehörigen zu verbessern.

Pharmakotherapie

Grundsatz: Die Indikation für ein bestimmtes Präparat soll durch das individuelle Nebenwirkungs- und Risikoprofil erfolgen. Dadurch erhalten die Patienten eine massgeschneiderte medikamentöse Therapie.

1. Wahl: SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer): Escitalopram, Sertralin, Fluoxetin.
2. Wahl: SNRI (Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer): Venlafaxin, Duloxetin. Wichtig: bei der schweren depressiven Episode (F32.2) ist Venlafaxin Medikament der 1. Wahl!
3. Spezialfälle: Alle übrigen Medikamente von Seite 3 der Guideline (z.B. situationsabhängig Mirtazapin bei Schlafstörung, Duloxetin oder Amitriptylin bei chronischer Schmerzkrankung).
4. Strategien bei mangelnder Wirksamkeit: Wechsel des Antidepressivums. Dosissteigerung. Kombinationen des Antidepressivums mit Psychotherapie. Augmentation: Kombination eines Antidepressivums mit Mirtazapin, atypischen Neuroleptika, Schilddrüsenhormon, Lithium.

Psychotherapie

Viele Hausärzte haben keine psychotherapeutische Ausbildung und werden diejenigen Patienten, die eine Psychotherapie brauchen an die Spezialisten weiterweisen: Kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder psychodynamische/analytische Psychotherapie sind evidenzbasiert wirksame Methoden zur Behandlung der Depression.

Behandlungsalgorithmus (Abb. 1)

Die Therapiemassnahmen sind abhängig vom Schweregrad der depressiven Episode und immer unidirektional, d.h. auch nach Besserung oder Remission muss die begonnene Therapie über klar definierte Zeiträume

weitergeführt werden. Die allgemeinen Massnahmen/Beratung (Counseling) stehen an erster Stelle und kommen bei allen Patienten zur Anwendung. Bei leichter Depression darf durchaus 14 Tage ohne Pharmakotherapie oder Psychotherapie im Sinne eines *watchful waiting* abgewartet werden. Bei der leichten oder mittelgradigen Depression werden entweder ein Antidepressivum oder eine Psychotherapie, je nach Präferenz des Patienten, als alleinige Therapie verwendet. Bei der schweren depressiven Episode sind Medikamente und Psychotherapie zusammen notwendig.

Verlaufskontrolle

Bei der Verlaufskontrolle prüfen wir in 14-tägigen Intervallen das Ansprechen auf die Behandlung. Wenn im PHQ-9-Monitoring-Fragebogen die Reduktion der depressiven Symptomatik weniger als 50% beträgt, muss die Compliance hinterfragt, die Therapie augmentiert oder der Patient weitergewiesen werden.

Weiterweisung

Notfallmässig, an psychiatrischen Notfalldienst oder psychiatrische Klinik: Bei Selbst- und Fremdgefährdung, schwersten Depressionen, Depressionen mit psychotischen Symptomen. Regulär, an niedergelassenen Psychiater: Bei mittelgradiger bis schwerer Depression, psychiatrischen Begleiterkrankungen (z.B. Substanzmissbrauch), Therapieresistenz.

Arbeitsfähigkeit, Fahreignung

Bei mittelgradiger und schwerer Depression besteht in der Regel Arbeitsunfähigkeit. Bei der leichten depressiven Episode ist die Arbeitsfähigkeit normalerweise erhalten (Ausnahme: Arbeitsplatzkonflikt).

Die Fahreignung im privaten Rahmen (Personenwagen) wird bei leichter Depression individuell bestimmt. Bei mittelgradiger oder schwerer Depression raten wir vom Autofahren ab und halten das in der Patientenakte fest. Personentransport und Berufsverkehr, z.B. Taxi, Lastwagen, Autobus, sind verboten.

Hinweis

Die «Guideline Depression» von *mednetbern* finden Sie in der Online-Version dieses Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Bildnachweis

© Andreiuc88 | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Korrespondenz:
Dr. med. Amato Gianì
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)

Fazit

Die Feststellungen der EU-Kommission zur mangelhaften Behandlungskompetenz von Hausärzten bei der Diagnose «Depression» müssen zur Kenntnis genommen und als Ansporn verstanden werden. Die vorliegende Guideline soll Hausärztinnen und Hausärzten helfen, Depressionen besser zu erkennen, zu beurteilen und zu behandeln. Hinweise zu Medikamenten, Arbeitsfähigkeit und Fahreignung runden die Alltagstauglichkeit der Guideline ab. Klare Entscheidungskriterien für die Weiterweisung schützen gleichermaßen Hausarzt und Patient. Hilfsmittel wie die beiden Fragebogen auf Seite 4 der Guideline sind nützliche Werkzeuge im Sprechstundenbetrieb.