

Heinrich Kläui, Gregor Hasler

Depressionen in der Hausarztpraxis

Bericht von einem Workshop am Tag der Psychiatrie für Hausärzte, UPD Bern, 3. Februar 2011

Wie erkennt man Depressionen? Und wie behandelt man sie, wenn ein erster Therapieversuch nicht erfolgreich war? Depressionen sind im Lebensverlauf zu begreifen. Und: Es ist wichtig, sie wirksam und rasch zu behandeln, um Rezidive zu verhüten.

Die Prävalenz der Depression in der hausärztlichen Praxis ist hoch. 90% der Depressionen werden durch die Hausärztinnen und -ärzte behandelt [1], 85% der Psychopharmaka werden hausärztlich verschrieben. Patientinnen und Patienten wenden sich gewöhnlich zuerst an ihren Hausarzt (60% in einer Umfrage von Priest [2]).

Im Workshop behandelten wir folgende Fragestellungen:

- Wann ist eine Depression eine Depression und nicht «nur» eine Reaktion auf widrige Lebensumstände und schreckliche Lebensereignisse? Gibt es die exogene und die endogene Depression im Zeitalter von ICD-10 und DSM IV noch?
- Wie sollen wir eine Depression behandeln? Was tun, wenn trotz einer korrekten Therapie keine Besserung auftritt?
- Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Grundversorgenden und psychiatrisch tätigen Kolleginnen und Kollegen verbessert werden?

Depression: lebensgeschichtlicher Verlauf

Die diagnostischen Kernkriterien der Depression sind: über zwei Wochen anhaltende depressive Stimmung und/oder Verlust an Interesse oder Freude in allen oder fast allen Aktivitäten (Anhedonie). Zu den Zusatzsymptomen gehören Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen (Insomnie, Hypersomnie), Abnahme oder Zunahme des Appetits, Tagesmüdigkeit und Energiemangel, geringes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, psychomotorische Symptome (Unruhe oder Verlangsamung) und Suizidalität.

Zu den Ursachen der Depression gehören genetische Faktoren, schwere Belastungen in der Kindheit und krankheitsauslösender psychosozialer Stress. Die wichtigsten depressogenen Stressfaktoren sind der Verlust von Angehörigen, Arbeitslosigkeit und Beziehungsprobleme [3].

Neuere Daten lassen vermuten, dass die meisten Depressionen zu Beginn als Reaktion auf psychosozialen Stress entstehen. Je länger jedoch eine Depression anhält, desto weniger spielt Stress eine auslösende Rolle, und depressive Episoden treten durch geringfügigen Stress oder spontan auf. Man geht davon aus, dass neurotrophische Veränderungen im Gehirn (z.B. Volumenreduktion des Hippocampus) und psychologische Faktoren (Mangel an positiven Erfahrungen, zunehmender Verlust an Selbstvertrauen, erlernte depressive Denkmuster) für den markanten Anstieg des Rezidivrisikos im Verlauf depressiver Störungen verantwortlich sind. Mit anderen Worten: Während man früher annahm, dass es «reaktive» und «endogene» Depressionen gibt, zeigen moderne Studien, dass der Grossteil der Depressionen als «reaktiv» beginnt und unbehandelt «endogen» wird.

Behandlung der Depression

Aus dem geschilderten Verlauf begründet sich die Notwendigkeit, Depressionen rasch und wirksam zu behandeln, sei dies psycho-

therapeutisch, medikamentös oder kombiniert. Bislang gibt es keine Evidenz, dass die Art der Behandlung hinsichtlich des Rezidivrisikos eine Rolle spielt. Entscheidend ist, dass mit der Behandlung nicht nur eine partielle Symptomreduktion, sondern die Remission erreicht wird. Nach mehreren depressiven Episoden sollte die langfristige Einnahme eines Antidepressivums in Erwägung gezogen werden, denn Antidepressiva sind sehr effektiv, um künftigen depressiven Episoden vorzubeugen (der vorbeugende Effekt ist deutlich grösser als der symptomreduzierende Effekt). Professor Gregor Hasler stellte fest, dass Hausärztinnen und -ärzte oft den Therapieerfolg zu wenig systematisch evaluieren würden und eher zögerlich bei der Optimierung antidepressiver Behandlungen (Dosissteigerung, Wechsel der Substanz, Kombination mit Psychotherapie usw.) seien. Für die Behandlung bipolarer Störungen gelten spezielle Empfehlungen [4]. Wenn eine Remission nicht erreicht werden kann, sollte die Überweisung an den psychiatrisch-psychotherapeutischen Facharzt in Betracht gezogen werden.

Bei der Evaluation des Therapieergebnisses genügt die übliche Frage «Wie geht es Ihnen?» nicht; verlässlicher sind Kurzevaluationen mit visuell-analogen Skalen (Tab. 1).

Ein spezielles Problem bei der Behandlung von Depressionen besteht darin, dass in der Bevölkerung grosse Vorurteile gegenüber antidepressiven Medikamenten bestehen: 78% der von Priest Befragten glaubten, dass Antidepressiva suchterzeugend seien, während nur 46% von der Wirksamkeit einer antidepressiven Pharmakotherapie überzeugt waren [2]. Daher ist der Behandlungsadhärenz besondere Beachtung zu schenken; nur eine gut verhandelte, von Patientenseite akzeptierte medikamentöse Behandlung wird auch befolgt werden.

Tabelle 1

Sinnvolle Kurzevaluationen mit visuell-analogen Skalen.

Stimmung	Angst	Schlaf
Energie	Alltagsaktivitäten	Körperliches Wohlbefinden

Was tun bei Therapieresistenz?

Verschiedene Ansatzpunkte sind möglich bei fehlender Besserung. An erster Stelle steht eine Dosiserhöhung: Da nach ein bis zwei Wochen der Therapieerfolg bereits beurteilt werden kann, ist bei ungenügendem Ansprechen die Dosis schrittweise zu erhöhen bis zur Maximaldosis. Danach soll die Substanz gewechselt werden: Da das Ansprechen auf die verschiedenen Antidepressiva nicht vorhersehbar ist, gibt es keine verlässlichen Regeln zum Substanzwechsel. Bei Nichtansprechen auf SSRI ist an die dualen SNRI und die bewährten klassischen Trizyklika zu denken.

Heute findet in der Psychiatrie die früher geübte Augmentation der antidepressiven Medikation mit dem Schilddrüsenhormon T3 (vor allem bei Frauen wirksam) und Lithium wieder starkes Interesse und zeigt gute Resultate in neueren Untersuchungen. Lithium bleibt die beste Substanz bei Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko, sogar dann, wenn es keinen direkten Effekt auf die depressiven Kern-Symptome haben sollte. Diese Behandlungen werden im Re-

gelfall durch psychiatrische Kolleginnen und Kollegen initiiert und sollten in kollegialer Zusammenarbeit durchgeführt werden.

Probleme der Zusammenarbeit

Aus hausärztlicher Sicht wird regelmässig moniert, es sei sehr schwierig, psychiatrische Therapieplätze zu finden. Der interkollegiale Austausch sei mangelhaft.

Einzelne Fachgesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie haben auf diesen Vorwurf reagiert und informieren über freie Therapieplätze auf ihren Websites: Bern (www.bgpp.ch); Basel-Stadt/

Baselland (www.ppv.ch), Lausanne (www.gppv.ch) und Zürich (www.therapievermittlung.ch). Das Berner Bündnis gegen Depression organisiert zudem die Teilnahme psychiatrisch tätiger Kolleginnen und Kollegen an hausärztlichen Qualitätszirkeln (www.berner-buendnis-depression.ch).

Literatur

- 1 Scott J. Depression should be managed like a chronic disease (editorial). *Br Med J.* 2006;332:985–6.
- 2 Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts G, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *Br Med J.* 1996;313:858–9.
- 3 Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry.* 2010;9:155–61.
- 4 Hasler G, Preisig M, Müller T, et al. Behandlungsempfehlungen für bipolare Störungen. *Swiss Med Forum.* 2011;11:308–13.
- 5 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. *Swiss Med Forum.* 2010;10:802–9.

Korrespondenz:

Dr. med. Heinrich Kläui
Praxis für Innere Medizin
Bühlstrasse 59
3012 Bern
heinrich.klaeui@redcross.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Depressionen sind in der hausärztlichen Praxis häufig.
- Eingespielte Kontakte mit den psychiatrischen Fachkolleginnen und -kollegen sind sehr hilfreich.
- Es gibt neue Empfehlungen zur Behandlung. Die aktuellen schweizerischen Therapieempfehlungen wurden 2010 im «Swiss Medical Forum» publiziert [5].
- Für die Behandlung von depressiven Episoden bei bipolaren Störungen gelten spezielle Empfehlungen. Diese wurden soeben im «Swiss Medical Forum» publiziert [4].

Christoph Napierala, Andreas Haefeli, Urs Saxer

Aktuelle BGE-Urteile und deren Bezug auf WZW-Verfahren

Ende des letzten und Anfang dieses Jahres hat das Bundesgericht in drei Fällen wegweisende Entscheide gefällt. Diese ermöglichen Ärzten, die einem WZW-Verfahren nach Art. 56 KVG unterzogen werden, endlich eine breitere Beurteilung der im Gesetzesartikel erwähnten Wirtschaftlichkeit. Ökonomisch gesehen sind dabei nicht nur Kosten, wie aktuell bei Gerichten verwendet, sondern das Effizienzmass, also ein Verhältnis von Input und Output, gemeint. Dabei würde es um einen rationalen Umgang mit Ressourcen gehen, ein immer noch wenig beachtetes Prinzip, wobei sich Gerichte bis jetzt vornehmlich auf die Inputseite, die Kosten, gestützt haben. Die Gelegenheit ist gut, zu einem differenzierteren Verfahren zu kommen, und deshalb soll im Folgenden ein Überblick über die Urteile und mögliche Konsequenzen daraus gegeben werden.

Die Urteile im Überblick

Vor der Darstellung der zeitlichen Abfolge der einzelnen Urteile muss hier noch eine kurze Begriffsklärung erfolgen. Bei statistischen Verfahren geht das Bundesgericht von einem Vergleich eines Arztes mit dem Kostendurchschnitt einer Vergleichsgruppe aus. Bei analytischen Verfahren versteht es die detaillierte Analyse einzelner Patienten und Rechnungen eines einzelnen Arztes.

BGE 9c 968/2009 vom 15. Dezember 2010

Dieser Entscheid legt zum ersten Mal fest, wann sich ein statistischer Vergleich anzubieten hat, und nennt die Bedingungen dafür:

- Die Vergleichsgruppe muss mindestens zehn Ärzte bzw. Ärztinnen umfassen.
- Die Vergleichsperiode muss genügend lang sein.
- Es muss eine ungefähr vergleichbar gewichtete Anzahl Behandlungsfälle beim Arzt vorliegen.

Die Folgen aus diesen drei Punkten sind mannigfaltig. Der Betroffene kann bei jedem Verfahren diese Punkte kumulativ geltend machen, eine allfällige Verteidigung wird damit einfacher gemacht, beispielsweise eine Vollständigkeitsprüfung mit Hilfe der KÄG und/oder des Trust Centres enorm vereinfacht, und der Datenschutz kann mit dem Mittel der sogenannten Sonderkollektive gewährt werden. Das heisst, aus den TC-Daten können, auf Anforderungen, sehr flexibel eine dedizierte Anzahl Ärzte eines bestimmten Kollektives (bspw. Kanton, Fachgesellschaft) extrahiert werden. Es dürfte vermutlich der *santésuisse* schwerfallen, den verlangten Punkten analog entsprechen zu können, ohne den Datenschutz zu gefährden. Es wird allerdings auf gerichtlicher Ebene nach wie vor nur auf *santésuisse*-Daten geurteilt.