

# Depressive Patienten beim Hausarzt

## Teil 1: Sichtweisen und praktischer Umgang

**Wie ist eine Depression definiert? Wann wird eine niedergedrückte Stimmung zur Krankheit? Und welche Möglichkeiten der Klassifikation ausser der ICD-10 helfen dem Hausarzt, depressive Symptome korrekt einzuordnen oder bei körperlichen Beschwerden einer Depression als Ursache auf die Spur zu kommen. Neben diesen praktischen Aspekten soll dieser Artikel auch zu einer Reflexion über den Krankheitsbegriff Depression anregen.**

**Kerstin Stenkamp, Ronald Burian und Albert Diefenbacher**

Während Leitlinien im Wesentlichen auf statistischen Aussagen über Gruppen fussen, die auf möglichst hochwertigen Studienergebnissen im Sinne der evidenzbasierten Medizin beruhen, wollen wir in diesem Artikel eher eine individualisierte Betrachtung von Patienten mit einer depressiven Problematik vornehmen, wie dies typischerweise in der Hausarztpraxis stattfindet (1, 2).

### Klassifikation und Diagnostik

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der allgemeinärztlichen Versorgung (3). Für die meisten Patienten mit Depressionen sind Hausärzte die ersten Ansprechpartner (4). Eine didaktische Hilfe zur grundsätzlichen differenzialdiagnostischen Einteilung depressiver Zustandsbilder ist die in der *Abbildung* dargestellte Trias, die sich besonders bei depressiven Patienten mit komorbiden körperlichen Symptomen bewährt, wie sie in der allgemeinärztlichen Praxis häufig zu finden sind (5).

## MERKSÄTZE

- ❖ Trauer sollte nicht pathologisiert werden, um den Bewältigungsprozess nicht zu behindern.
- ❖ Seelische Erkrankungen können gemäss drei Grundauffassungen definiert werden: nominal, real und biografisch-individuell.
- ❖ Auf der Nominaldefinition der Depression beruhen im Wesentlichen alle Therapiestudien und epidemiologischen Angaben.

Von den depressiven Erkrankungen im engeren Sinn sind abzugrenzen:

- ❖ *Die Trauerreaktion*: Sie ist eine normale menschliche und gesunde Reaktionsweise, um Verluste erfolgreich verarbeiten und bewältigen zu können. Dazu kann zum Beispiel auch der Verlust körperlicher Unversehrtheit im Erkrankungsfall zählen. Trauer sollte nicht pathologisiert werden, um den Bewältigungsprozess nicht zu behindern (6).
- ❖ *Symptome*, die phänomenologisch einer Depression ähneln, aber Ausdruck einer zugrunde liegenden Organerkrankung sind. Als Beispiele wären Schwäche, Appetit- und Antriebslosigkeit (Fatigue) bei Krebserkrankung und Multipler Sklerose oder Angst, Getriebenheit und Schlafstörungen bei Hyperthyreose zu nennen. Hier gilt es, die Grunderkrankung zu erkennen und zu behandeln, dann wird auch die psychische Symptomatik in der Regel remitieren (7).

Des Weiteren finden sich auch Überlappungen zwischen Trauerreaktionen und Depression (z.B. bei pathologischer Trauer im Sinne einer Anpassungsstörung) oder aber zwischen körperlichen Erkrankungen und Depression; zum Beispiel kann ein Krebspatient neben der Fatigue zusätzlich eine manifeste Depression haben (7).

Neben dieser pragmatisch-differenzialdiagnostischen Einteilung ist in der allgemeinärztlichen Praxis jedoch von erheblicher Relevanz, was wir gegenwärtig und zeitgeistabhängig unter einer Depression «im engeren Sinne» (8) verstehen. Ab wann sind wir bereit, seelische Beeinträchtigungen als eine Krankheit aufzufassen? Bezogen auf seelische Erkrankungen können paradigmatisch die im Folgenden beschriebenen drei verschiedenen Grundauffassungen genannt werden (9).

### Die Nominaldefinition

Nach aktuell gültigem Klassifikationssystem (ICD-10) werden aus Krankheiten «Störungen». Eine Diagnose wird hier auf der Basis deskriptiver psychopathologischer und Verlaufskriterien gestellt. Für «Depressive Episoden F32 und F33» (10) gelten folgende Kriterien:

#### Hauptsymptome

- ❖ gedrückte Stimmung
- ❖ Interessenverlust, Freudlosigkeit
- ❖ Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit.

#### Zusatzsymptome

- ❖ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- ❖ vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- ❖ Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit

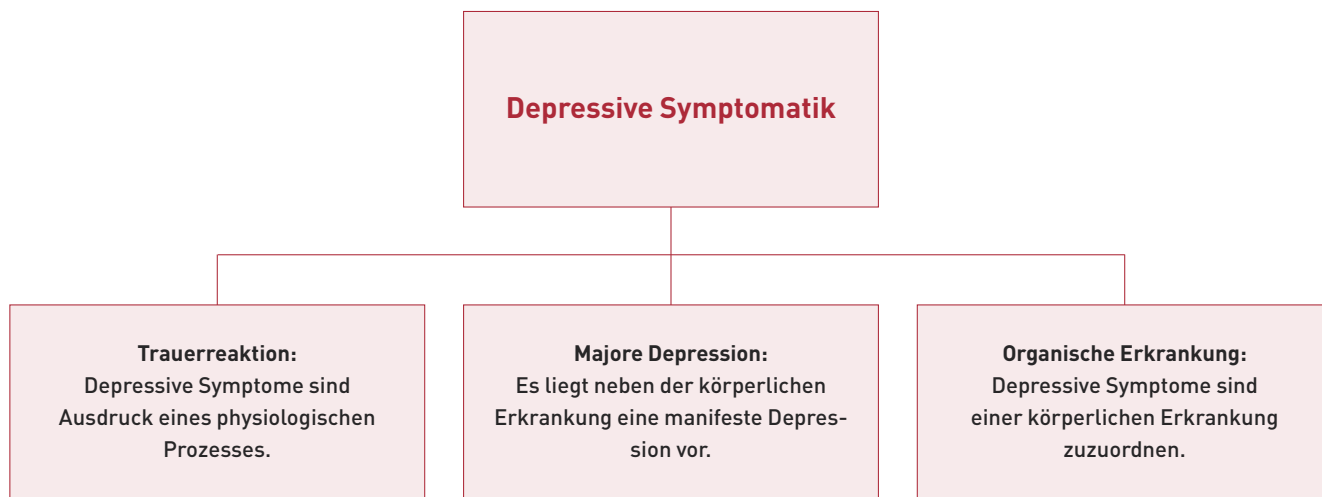


Abbildung: Differenzialdiagnostik depressiver Symptome

- ❖ negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- ❖ Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- ❖ Schlafstörungen
- ❖ verminderter Appetit.

Für die Diagnose einer depressiven Episode müssen die Symptome mindestens 14 Tage vorhanden sein, ausser sie sind ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten.

Für eine leichte depressive Episode müssen mindestens 2 der 3 Hauptsymptome und mindestens 2 der 7 Zusatzsymptome vorhanden sein. Für eine mittelgradige Episode müssen mindestens 2 der 3 Hauptsymptome und mindestens 3 der Zusatzsymptome vorhanden sein, und für eine schwere depressive Episode müssen alle 3 Hauptsymptome und mindestens 4 Zusatzsymptome vorhanden sein.

Angestrebt wird Objektivität und überindividuelle Gültigkeit. Die Diagnose wird kontextfrei, also unbezogen auf Biografie und Lebenssituation, gestellt (10).

**Die Realdefinition**

Dem kann eine Realdefinition von Krankheit gegenübergestellt werden, nach der eine Krankheit real, quasi als objektiv-naturwissenschaftliches «Ding» existiert. Nach dieser «hat» der Patient eine Depression, wie er auch beispielsweise ein objektiv diagnostizierbares Magengeschwür oder einen Schnupfen haben kann.

**Die biografisch-individuelle Krankheitsauffassung**

Im biografisch-individuellen Erfassen psychischer Krankheiten sind psychische Störungen in erster Linie Ausdruck einer individuell zu verstehenden biografischen Fehlentwicklung. Das subjektiv Individuelle hat hier Vorrang vor allgemeinen Begriffen.

**In der Praxis überlappen sich die Definitionen**

Ogleich die Nominaldefinition die «objektiv gültige» ist und alle Therapiestudien und epidemiologischen Angaben zur Depression im Wesentlichen auf ihr basieren, hilft es doch im ärztlichen Sprechzimmer wenig, sich ausschliesslich auf

diese zu beziehen. Letztlich überlappen sich sowohl beim Arzt als auch beim Patienten und seinen Angehörigen die drei oben genannten Grundauffassungen, ohne dass dies immer reflektiert wird. Gerade diese Reflexion erscheint uns jedoch notwendig, um den Patienten ein angemessenes Behandlungsangebot machen zu können. Dies wollen wir im Folgenden an Beispielen aus der Praxis verdeutlichen. Dazu teilen wir zunächst die unterschiedlichen Konstellationen von Depressionswahrnehmung seitens der Patienten und Ärzte in drei Gruppen ein.

**Gruppe 1: Patienten, die sich selbst für depressiv halten**

Die 46-jährige Frau S. wird von der Hausärztin wegen erheblicher Chronifizierungstendenz einer erstmaligen depressiven Episode zum psychiatrischen Facharzt überwiesen. Sie berichtet über ausgeprägte Wut und Trauer, Freudlosigkeit, Schlafstörungen und Antriebsmangel sowie von zeitweiligen Lebensüberdrußgedanken, ist von Suizidalität aber klar distanziert. Nach der Auswertung des auf Selbstauskünften basierenden PHQ-D (Patient Health Questionnaire, deutsche Fassung: Löwe et al. [11]) und eines Gesundheitsfragebogens erfüllt die Patientin die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode. In der psychiatrischen Exploration hingegen wirkt die gepflegte und eloquent berichtende Patientin in erster Linie wütend und affektlabil. Die Symptomatik bestehe seit zirka vier Jahren und seit der Trennung vom schwerbehinderten Ehemann, mit dem sie sich nur noch über Anwälte gerichtlich auseinandersetzt, wobei es um Unterhaltszahlungen und die Versorgung der gemeinsamen Kinder geht. Seit fast einem Jahr gehe sie nicht mehr arbeiten, und ein Versuch zur Rückkehr an den Arbeitsplatz nach dem Hamburger Modell sei bereits gescheitert. Eine Verhaltenstherapie habe sie abgebrochen, da sie sich mit der Therapeutin nicht verstanden habe, und die eingenommene antidepressive Medikation (bereits das zweite Präparat) habe ihr nicht geholfen. Sie möchte nun in eine Tagesklinik gehen und weiterhin, dass wir sie bei einem Antrag auf Schwerbehinderung unterstützen, den sie auch gestellt habe, da man ihr geraten habe, ihren Mann «mit seinen eigenen Waffen zu schlagen».

Bei dieser Patientin entsteht bald der Eindruck, dass die Diagnose Depression auch ganz unabhängig von ihrer objektiven Berechtigung (Nominaldefinition) eine wichtige Funktion für die Patientin hat. Bereits im Erstgespräch werden von der Patientin die Symptome der Depression nach ICD-10 präsentiert. Deutlich ist, dass es ihr nicht gut geht und dass sie unter Beschwerden wie Grübelneigung, Freudlosigkeit, innerer Unruhe und Schlafstörungen leidet. Es darf aber auch ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn vermutet werden. Frau S. benennt selbst mehrfach, gegen ihren Exmann weiter «aufrüsten» zu wollen. Dazu benutzt sie selbst die Diagnose auch gemäss einer Realdefinition, so als habe sie eine objektive Krankheit. Mit dieser will sie eine Schwerbehinderung erwirken und damit mit ihrem Exmann konkurrieren.

*Diskussion:* Hier wird die Depression neben ihrer Nominaldefinition auch gemäss einer Realdefinition aufgefasst, als kontextunabhängige, objektiv-naturwissenschaftliche Krankheit. Aber Depression wird hier auch als Krankheit in einer sozialpolitischen Schutzfunktion, wie Rechtfertigung von Arbeitsunfähigkeit, Erhalt von Krankengeld, gegebenenfalls Berentung und sogar Schwerbehinderung, von der Patientin gewünscht und benötigt. Dieser Patientin kommt die aktuelle Form der Berichterstattung «Immer mehr Menschen erkranken an Depressionen» oder «Jeder fünfte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Depression» (12) entgegen. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Renten wegen Erwerbsminderung im letzten Jahrzehnt. Bei den zur Berentung führenden Diagnosen entspricht die Zunahme der psychischen Störungen – mit der Depression als der häufigsten – fast vollständig den Abnahmen bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates (13).

## **Gruppe 2: Patienten, die sich nicht für depressiv halten**

Die 54-jährige Frau H. wurde von ihrem Hausarzt zunächst zu einer Nervenärztin überwiesen, weil sie seit drei bis vier Jahren unter Migräneattacken leidet. Sie berichtet, nicht mehr zur Ruhe zu kommen, häufig zu grübeln, sich grundsätzlich als insuffizient zu erleben, unter Zukunftsängsten zu leiden, nicht mehr entspannen und nichts mehr geniessen zu können und sehr schlecht zu schlafen. Die Patientin sieht abgehärtet aus, der Affekt ist ausgeprägt verändert; sie wirkt herabgestimmt, dabei agitiert, eine Suizidalität besteht aber nicht: «Das darf man seinen Eltern und Kindern nicht antun.» Die Patientin ist stark leistungsorientiert, sie hat noch keinen Tag bei ihrer Arbeit gefehlt und hat in den letzten Jahren ihren schwer erkrankten Sohn, der nun aber nicht mehr vital gefährdet ist, zu Hause versorgt. Obgleich sie zugestimmt hat, sich zur fachpsychiatrischen Mitbehandlung überweisen zu lassen, lehnt sie für sich zunächst die Vorstellung ab, an einer Depression zu leiden.

Ein nach mehreren Monaten von ihr zugelassener antidepressiver Behandlungsversuch scheiterte bereits nach der Einnahme einer Tablette. Eine extrem quälende innere Unruhe und körperliche Missempfindungen wurden von der Patientin auf die Tablette zurückgeführt. Erst nach einer gewissermassen kathartischen Auseinandersetzung mit Kollegen und Vorgesetzten auf der Arbeitsstelle, die ihr vermittelten, sie für depressiv und dadurch vermindert leistungsfähig zu halten, und sie ermutigten, sich behandeln zu lassen und sie dabei zu unterstützen, spricht Frau H. von ihrer depressiven Verfas-

sung. Bis dahin hatte sie fest geglaubt, dass man sie bei ihrer Arbeit ablehnt und wegen ihrer verminderten Leistungsfähigkeit möglichst rasch loswerden wollte.

*Diskussion:* Trotz einer teilweise erfolgreichen Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen gibt es nicht wenige Patienten, die ihr Leid in ihrem ganz persönlichen biografischen und lebensweltlichen Kontext sehen und die es mit ihrem Selbstkonzept nicht vereinbaren können, dieses in einer psychiatrischen Diagnose zu verdinglichen (1): Diese Patienten lassen sich auch nicht oder nur sehr erschwert einer Behandlung zuführen (14). Hier sind die Kriterien für eine depressive Episode entsprechend der nominaldefinitorischen Betrachtung erfüllt; bei hinsichtlich des Ausmaßes der Störung eher untergeordneter Bedeutung von Kontextfaktoren könnte vielleicht sogar von einem Vorliegen einer endogen anmutenden Depression gesprochen werden (Realdefinition). Die Patientin selbst verharrt aber in einer biografisch-individuellen Krankheitsauffassung und läuft Gefahr, unter dieser Perspektive keine effiziente antidepressive Behandlung zu erhalten.

### Gruppe 3: Patienten, bei denen (zunächst) weder der Arzt noch der Patient die Möglichkeit einer Depression in Betracht zieht

Eine Depression kann durch körperliche Beschwerden maskiert oder wegen einer im Vordergrund stehenden und behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankung nicht in Betracht gezogen werden. Die Depressionsrate verdoppelt sich bei Diabetes mellitus, Bluthochdruck, KHK und Herzinfarkt und verdreifacht sich bei terminaler Niereninsuffizienz, COPD und zerebrovaskulären Erkrankungen (15). Aktuell wird davon ausgegangen, dass eine Depression nicht nur als Folge der schweren körperlichen Erkrankung aufzufassen ist, sondern dass ein komplexes, interagierendes Bedingungsgefüge besteht, das zu somatischer Erkrankung und depressiver Störung führt. Darüber hinaus zeigen epidemiologische Studien, dass depressive Patienten ein erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen haben (16–18) und unbehandelte Depressionen den Verlauf der somatischen Erkrankung verschlechtern.

Wie der Hausarzt je nach individuellem Krankheitskonzept dem Patienten am besten helfen kann, wird im zweiten Teil in der nächsten Ausgabe von ARS MEDICI erläutert. ❖

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher  
Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatik  
Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH  
Herzbergstrasse 79  
D-10365 Berlin  
E-Mail: [psychiatrie.abteilungssekretariat@keh-berlin.de](mailto:psychiatrie.abteilungssekretariat@keh-berlin.de)

Interessenlage: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

#### Literatur:

1. Dowrick C: Beyond Depression – A New Approach to Understanding and Management. Oxford University Press, New York, 2004.
2. Leiss O: Kein L'art pour l'art, sondern zum Nutzen der Patienten. Deut Arztebl 2015; 112(4): A-130 / B-114 / C-110.
3. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Leitlinien-Clearingbericht «Depression». äzq Schriftenreihe Band 12. Verlag videel OHG, Niebüll, 2003.
4. Gensichen J, Peitz M: Behandlungspotenziale in der allgemeinärztlichen Versorgung. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2006.
5. Arolt V, Rothermundt M: Depressive Störung bei körperlich Kranken. Nervenarzt 2003; 74: 1033–1054.
6. Horwitz A, Wakefield J: The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford University Press, New York, 2007.
7. Diefenbacher A et al.: Konsiliar- und Liaisondienste für psychische Störungen. In: Berger M (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Aufl., Elsevier, München, 2015.
8. Blazer DG: The age of melancholy: «major depression» and its social origins. Routledge, New York, 2005.
9. Sass H, Hoff P: Deskriptiv psychopathologische Befunderhebung. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2002.
10. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl., Huber, Bern, 2014.
11. Löwe B et al.: PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des «Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)». 2. Aufl., Pfizer GmbH, Karlsruhe, 2002.
12. Melchior H et al.: Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung 2014. [https://depression.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten\\_fcd/Dokumente/faktencheck\\_depression\\_studie.pdf](https://depression.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcd/Dokumente/faktencheck_depression_studie.pdf)
13. Abholz H, Schmacke N: Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis. In: Klauber NJ et al. (Hrsg.): Versorgungsreport 2013/2014, Schwerpunkt: Depression. Schattauer, Stuttgart, 2014.
14. Härter M et al.: Improving quality of care for depression: the German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. Int J Qual Health Care 2006; 18(2):113–119.
15. Eggede LE: Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29: 409–416.
16. Baumeister H et al.: Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskeletalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Z Klin Psych Psychother 2004; 33(1):33–41.
17. Goldberg D: The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry 2010; 9:16–20.
18. Tiemeier H et al.: Relationship between atherosclerosis and late-life depression: the Rotterdam Study. Arch Gen Psychiatry 2004; 61(4):369–376.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 10/2016. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.