

Depressive Patienten beim Hausarzt

Teil 2: Individuelle Therapiestrategien entwickeln

In Teil 1 dieses Beitrags, erschienen in ARS MEDICI 17/2016, wurden drei unterschiedliche Konzepte der Herangehensweise an den Begriff «Depression» sowie drei verschiedene Patiententypen vorgestellt. Wie der Hausarzt je nach individuellem Krankheitskonzept dem Patienten am besten helfen kann, ist Thema dieses Beitrags.

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

Viele Patienten mit einer Depression suchen ihren Hausarzt anfänglich wegen körperlicher Beschwerden auf. Beklagt werden insbesondere Energieverlust, Erschöpfung, rasche Ermüdbarkeit, eine allgemein reduzierte Vitalität und Schlafstörungen. Weiterhin typisch sind Leibgefühlsstörungen wie Kopfdruck, Engegefühle in der Brust, Herzklopfen und diffus wandernde Schmerz-, Spannungs- und Schweregefühle sowie Schwindel. Hinzu kommen Kreislaufregulationsstörungen, gastrointestinale Beschwerden und sexuelle Funktionsstörungen, psychomotorische Störungen im Sinne einer Hemmung, die sich in verminderter Mimik und Gestik und einer Verlangsamung bis zur Erstarrung oder im Sinne einer Agitiertheit mit körperlich erlebter Unruhe und einer inneren Getriebenheit ausdrückt.

MERKSÄTZE

- ❖ Nur selten äussert ein Patient in der Hausarztpraxis die typischen Symptome einer Depression spontan.
- ❖ Es ist wesentlich, das subjektive Krankheitskonzept des Patienten zu erfragen und sich über seine Erwartungen klar zu werden.
- ❖ Der mittel- und langfristige Nutzen von Antidepressiva bei leichten und mittelschweren Depressionen ist nicht gut belegt.
- ❖ Bei einer Therapie mit Antidepressiva ist besondere Vorsicht bei Patienten mit Komorbiditäten, Polypharmazie und hohem Alter geboten.
- ❖ Bei Beginn einer Antidepressivatherapie ist zu vereinbaren, deren Erfolg nach vier bis sechs Wochen zu evaluieren.

All diese Symptome sind keineswegs spezifisch, aber insgesamt recht typisch und können neben einem gesteigerten Inanspruchnahmeverhalten ein Hinweis auf eine depressive Grundverfassung sein.

Fallstricke bei der Diagnostik

Die «typischen Symptome» wie depressive Niedergeschlagenheit oder Verlust an Interesse und Freude werden in der Hausarztpraxis weit seltener spontan berichtet (1). Daher sollten, wenn eine Depression vermutet wird, diese depressiven Kernsymptome auch aktiv exploriert werden: Eine Möglichkeit der schnellen Erfassung einer unipolaren depressiven Störung in der Hausarztpraxis bietet unter anderem der Zwei-Fragen-Test, der mit einer Sensitivität von 96 Prozent und einer Spezifität von 57 Prozent ein zeitökonomisches Vorgehen darstellt (2, 3).

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

Besondere Situation des Hausarztes

Der Hausarzt ist grundsätzlich eher darauf aus, abwendbar gefährliche Verläufe auszuschliessen, während der psychiatrische Facharzt eher geneigt ist, nach einer Diagnose aktiv zu suchen. Eine Kernaufgabe hausärztlicher Tätigkeit ist es, diagnostische Unsicherheit auszuhalten, unnötige Diagnostik und Therapie zu vermeiden und medizinische Interventionen auf das für den Patienten Wesentliche zu beschränken (4, 5). Wie dies im Praxisalltag umgesetzt werden kann, wird unseres Erachtens sehr instruktiv dargestellt in der Leitlinie «Müdigkeit» der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (6).

In der Hausarztpraxis lässt sich nur ein kleiner Teil der Beschwerden und Symptome tatsächlich einer definitiven Diagnose zuordnen. Zudem ist es aus (haus-)ärztlicher Sicht nur dann sinnvoll, eine Diagnose zu stellen, wenn eine therapeutische Konsequenz daraus folgt. Bei Patienten, bei denen klar anzunehmen ist, dass sie die Diagnose Depression und/oder auch eine Medikation mit Antidepressiva ablehnen, ergibt es möglicherweise keinen Sinn zu insistieren, und es belastet die Arzt-Patienten-Beziehung. Das heisst aber nicht, dass das seelische Leid nicht wahrgenommen und nicht darauf eingegangen wird. Hinzu kommt, dass Hausärzte häufig die Erfahrung machen, dass der Verlauf einer Depression ganz offensichtlich erheblich von äusseren Umständen und sozialen Problemen abhängt, und sie damit häufig

bezweifeln, dass zum Beispiel Antidepressiva vor einem solchen Hintergrund effektiv sein können (7, 8).

Patienten der Gruppe 1 (Patienten, die sich selbst für depressiv halten) stellen für die hausärztliche Versorgung auf den ersten Blick meist kein grösseres Problem dar. Sie kommen schon mit dem Konzept Depression in die Praxis und lassen sich bereitwillig zu Psychotherapie und Pharmakotherapie motivieren und auch zum Facharzt überweisen oder verlangen sogar explizit danach. Liegt dem präsentierten Beschwerdebild allerdings, wie in unserem Beispiel, eine komplexe, wesentlich auch sozial mitbedingte konfliktuöse Problematik zugrunde, kann sich rasch eine Chronifizierung entwickeln, da die gängigen psychopharmakotherapeutischen Methoden kaum oder gar nicht greifen und eng gefasste psychotherapeutische Ansätze ebenfalls ins Leere gehen könnten.

Patienten der zweiten oder dritten Gruppe (Patienten, die sich nicht für depressiv halten, bzw. Patienten, bei denen weder Arzt noch Patient zunächst eine Depression in Betracht ziehen) klagen zunächst über Symptome – die Erkrankung oder die Problematik befindet sich noch in einem unorganisierten Stadium. In der Interaktion mit dem Hausarzt werden dann erst die Weichen gestellt in Richtung «organisch» oder «psychisch» oder beides (Komorbidität), indem Erkrankungen vermutet und weitere Untersuchungen vorgeschlagen werden. Erst mit Finden und Stellen einer Diagnose geht die Erkrankung des Patienten dann in ein organisiertes Stadium über (9).

Ohne Diagnose jedoch keine Krankheit und damit auch keine klaren Spielregeln respektive Leitlinien, nach denen Arzt und Patient weiter miteinander umgehen können (10). Dabei kann es sich aber um einen längeren Prozess handeln, der massgeblich von der Beziehung zwischen Arzt und Patient abhängt, von den Angehörigen beeinflusst wird und Schwankungen unterliegt.

Hilfreich ist es, bei Patienten, bei denen man bezüglich der diagnostischen Wertigkeit von Symptomen unsicher ist, das eigene Krankheitskonzept zu reflektieren. Denke ich als Arzt eher nominal, real oder biografisch-individuell in Bezug auf das Leiden bei diesem konkreten Patienten?

Weiterhin ist es wesentlich, das subjektive Krankheitskonzept der Patienten zu erfragen: «Was glauben Sie selbst, was mit Ihnen los ist und woher Ihre beklagten Symptome kommen?» Darüber hinaus sollte immer versucht werden, herauszufinden, was der Patient erwartet. Ist seine Erwartung in die Frage «Was ist mit mir los?» zu fassen oder eher in die Erwartung «Mach das weg, und zwar möglichst schnell!». Will der Patient wissen, was er selbst tun kann, oder erwartet er, dass eine Linderung oder gar Heilung von aussen kommt? Braucht der Patient möglicherweise eine Diagnose, die man ihm dann auch nicht mehr wegnehmen darf? Welche Funktion könnten Symptomatik und Diagnose für den Patienten haben? Das Fallbeispiel 1 zeigt, dass hinter einem auf den ersten Blick einfach anmutenden «Fall» sich eine höchst komplexe Behandlung mit einer fast archaisch anmutenden Notwendigkeit zur Abtragung unterschiedlicher Selbst(miss)verständnisse verbergen kann und Erwartungen von Patienten im Sinne der Ermöglichung eines Fortschritts vom behandelnden Arzt gezielt, aber vorsichtig enttäuscht werden müssen.

Therapieoptionen

Rein pragmatisch kann man sagen, dass nur dann eine Depression behandelt werden kann, wenn sich Arzt und Patient darauf geeinigt haben und der Patient diesbezüglich Hilfe verlangt und akzeptiert.

Will der Patient ein Medikament gegen seine Depression, und ist ein medikamentöser Behandlungsversuch sinnvoll? Welche nicht medikamentösen Massnahmen sind sinnvoll und gewünscht? Ist eine Therapie überhaupt möglich, oder hat die Diagnose einer Depression eine so wichtige Funktion und sekundäre Gewinne, dass gar nicht viel erreicht werden kann, obgleich die Patientin, wie in Beispiel 1, durchaus eine Behandlung fordert und akzeptiert?

Kann sich die Arzt-Patienten-Beziehung so entwickeln, dass die Patientin von Beispiel 2 eine Bereitschaft entwickelt, die Möglichkeit, an einer Depression zu leiden, zuzulassen, oder sollte im Gegenzug der Arzt bei dieser Patientin ihren Umgang mit der Problematik begleitend hinnehmen und erst einmal nicht auf Behandlung drängen?

Medikamentöse Therapie

Ärzte werden häufig und auch mittels Werbung der Pharmaindustrie auf die Depression als eine mit Medikamenten Behandlungspflichtige Erkrankung ausgerichtet (11, 12). Die Verordnung von Antidepressiva hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt bis verdreifacht (13), ohne dass man von einer Abnahme der Krankheitslast ausgehen kann.

Nach gründlichen Analysen aller publizierten und vor allem auch der unpublizierten Daten von Medikamentenstudien wird zunehmend deutlich, dass Antidepressiva bei schweren Depressionen vielleicht einer Placebogabe überlegen sind, ihr mittel- und langfristiger Nutzen bei leichten und mittelschweren Depressionen, die eher in der hausärztlichen Praxis anzutreffen sind, aber nicht gut belegt ist (14–16) (vgl. hierzu aber auch die informative Pro-und-Kontra-Diskussion über den Einsatz von Antidepressiva in dieser Indikation zwischen Hegerl 2014 [17] und Schauenburg & Bschor 2014 [18]).

Darüber hinaus könnte eine unkritische Gabe vielleicht sogar eine Chronifizierung und erhöhte Vulnerabilität für spätere depressive Episoden fördern (19), oder Patient und Arzt beschreiten gemeinsam einen falschen Weg und laufen gemeinsam in die Falle einer «Pseudo-Therapieresistenz» (Fallbeispiel 1) (7, 20). Daher sollte man einen geplanten medikamentösen Behandlungsversuch gut mit dem Patienten besprechen und auf jeden Fall verbindlich vereinbaren, wann und wie das Eintreten eines angestrebten Effekts beurteilt werden soll.

Besondere Vorsicht ist bei Patienten mit Komorbiditäten, Polypharmazie und hohem Alter geboten. Eine Reihe von Antidepressiva hat, wie viele andere Medikamente auch, potenziell Effekte auf die Reizleitung im Herzen und den Elektrolythaushalt sowie weiterhin auf die Gerinnung, besonders wenn eine Komedikation mit Thrombozytenaggregationshemmern vorliegt und Blutungsereignisse aus der Vorgeschichte bekannt sind. Empfohlen seien an dieser Stelle Interaktionsdatenbanken, die rasch befragt werden können (www.psiac.de oder www.mediq.ch). Weiterhin sollte eine Anamnese bezüglich Alkohol und Drogen erfolgen. Einigt man sich nun auf einen medikamentösen Behandlungsversuch, muss der Patient gut über potenzielle Nebenwirkungen

und die Wirklatenz aufgeklärt werden, was auch dokumentiert werden muss. Ist nach 4 Wochen (6 Wochen bei älteren Patienten) bei ausreichender Dosierung keine massgebliche Besserung aus Sicht des Patienten zu verzeichnen, ist eine unveränderte Fortsetzung wenig sinnvoll (21). Unter diesen Umständen sollte der Fall mit einem psychiatrischen Facharzt besprochen oder der Patient sogar zu einem solchen überwiesen werden (22). Abzuraten ist aus den oben genannten Gründen von der Praxis, dem Patienten «einfach» schnell ein Antidepressivum, meist ein SSRI, zu verschreiben unter der Vorstellung seiner relativen Harmlosigkeit und eines potenziellen Nutzens.

Nicht medikamentöse Therapie

Hierunter fallen eine Beratung von Patient und Angehörigen, Psychoedukation (hierbei auch: Aushändigen von Selbsthilfelimaterial, die der Hausarzt allerdings hinsichtlich ihres Inhalts durchgeschaut haben sollte), begleitendes Abwarten, Massnahmen zur Schlafhygiene, Entlastung von Forderungen des Umfelds und gegebenenfalls die Vermittlung einer Richtlinienpsychotherapie im engeren Sinne. Verhaltensmedizinische Interventionen wie Motivation zu körperlicher Aktivierung und Ausdauersport oder auch zum sorgsamem Umgang mit Genussmitteln wie Alkohol und Nikotin sollten unbedingt zum Repertoire der hausärztlichen Depressionsbehandlung gehören. Die Idee, dem Patienten ein Rezept für Sport auszustellen und diese Empfehlung damit vielleicht etwas verbindlicher zu gestalten, halten wir für interessant (23, 24).

Eine grosse Rolle spielt natürlich bei all diesen Massnahmen die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt. Darüber hinaus zeigt aber die Forschung im Bereich der allgemeinärztlichen Depressionsbehandlung, dass die Einbeziehung von Praxishelferinnen als «Depressionsberater» in das Behandlungskonzept einen erheblichen Gewinn für den günstigen Verlauf der Erkrankung darstellen kann und überdies auch wirtschaftlich sinnvoll ist (25). Vor allem im angelsächsischen Sprachraum gibt es evidenzbasierte Belege dieser sogenannten Collaborative Care-Modelle, die zudem auch die stufenplanadaptierte Kooperation zwischen Allgemeinärzten und konsiliarisch hinzugezogenen Psychiatern beinhalten (26). In einer eigenen Studie konnten wir nachweisen, dass der fallbezogene telefonische Austausch zwischen Hausarzt und Konsiliarpsychiater zu einer Optimierung der Behandlungsqualität und auch zu einer Verbesserung des Verlaufs der depressiven Beschwerden der Patienten führt (27).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nur im Dialog mit dem Patienten und seinem Umfeld ein individuelles Vorgehen geplant werden kann, das im Verlauf möglicherweise immer wieder modifiziert werden muss. Behandelt werden Patienten mit ihrer jeweils eigenen Form depressiven Leidens, nicht eine abstrakte Krankheit. Hier wird es immer einmal wieder zum Wechsel der in Teil 1 dieses Beitrags (ARS MEDICI 17/2016) skizzierten drei Konzeptualisierungen kommen: Aus einer anscheinend verfahrenen persönlichen Situation entpuppt sich eine Depression sui generis, die unter adäquater Psychopharmakotherapie rasch remittiert (28). Aus einer prima vista die Kriterien erfüllenden depressiven Episode konturiert sich vielleicht im Verlauf aber auch schlicht ein

unglückliches Leben, das viel mehr des ärztlichen Gesprächs und sozialarbeiterischer Unterstützung bedarf als eines psychopharmakologischen Stufenplans, vielleicht sogar nur eines gemeinsamen Betrauens eines Verlustes, der nicht mehr rückgängig zu machen ist (7, 29, 30). Wann in solchen Fällen eine Richtlinienpsychotherapie indiziert ist, würde einer besonderen Erörterung bedürfen. Signalwirkung für derartige Überlegungen sollten allerdings immer Chronifizierungstendenzen sein, wobei dann auf jeden Fall ein fachärztliches Konsil eingeholt werden sollte.

Für schwere depressive Zustandsbilder, deren Behandlung der Hausarzt nicht allein gestalten will, oder bei Schwierigkeiten, dem Patienten weitere ambulante Therapieangebote zu vermitteln, ist es auf jeden Fall hilfreich, ein Netz mit Psychiatern auf lokaler Ebene zu etablieren, wobei es hierbei nicht nur um Überweisungen gehen muss, sondern der telefonische Austausch oder das gemeinsame Besprechen von Fällen in einem Qualitätszirkel hilfreich ist. ❖

Korrespondenzadresse:

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

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

Literatur:

- Simon GE et al.: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329–1335.
- Wancata J et al.: Psychiatrische Erkrankungen früher erkennen – Möglichkeiten und Grenzen. In: Stelzig M, Rathner M, Klaushofer R (Hrsg.): Die Folgen der Nichtdiagnose psychischer Erkrankungen. Jan Sramek Verlag, Wien, 2013.
- Whooley MA et al.: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7): 439–445.
- Kühlein T et al.: Quartäre Prävention – eine Aufgabe für Hausärzte. *Primary Care* 2010; 10: 350–354.
- Kühlein T et al.: Patientenorientierte Medizin – von der Kunst des Weglassens. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(48): A 2312–2314.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Mündigkeit. Gültig bis 29.09.2016 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-002.html>
- Dowrick C: Beyond depression – a new approach to understanding and management. Oxford University Press, New York, 2004.
- Sielk M, Abholz HH: Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? *Z Allg Med* 2005; 81: 486–490.
- Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 11. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart, 2010.
- Von Uexküll T, Wesiack W: Theorie des diagnostischen Prozesses. In: Adler RH et al. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1997.
- Abholz H, Schmacke N: Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis. In: Klauber NJ et al. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2013/2014, Schwerpunkt: Depression. Schattauer, Stuttgart, 2015.
- Shorter E: Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry. Oxford University Press, New York, 2009.
- Schwabe U, Paffrath D: Arzneiverordnungs-Report 2014: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2014.
- Kirsch I: Review article – antidepressants and the placebo effect. *Z Psychol* 2014; 222(3): 128–134.
- Moncrieff J, Kirsch I: Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ* 2005; 331: 155–159.
- Pigott HE et al.: Efficacy and effectiveness of antidepressant: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 267–279.
- Hegerl U: Sollten leichte Depressionen ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden? *Kontra. Nervenarzt* 2013; 84: 388–389.
- Schaubenburg H, Bschor T: Sollten leichte Depressionen ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden? *Pro. Nervenarzt* 2013; 84: 386–387.
- Fava GA, Offidani E: The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35: 1593–1602.
- Götze P, Papenhausen R: Psychodynamische Aspekte psychopharmakologischer Therapieresistenz. In: Burchard JM (Hrsg.): Therapiefähigkeit durch psychopharmakologische Behandlung. Münchner Wissenschaftliche Publikationen, München, 1988.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) et al.: Nationale Versorgungsleitlinie – Unipolare Depression. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie & Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, 2010.
- Bschor T, Baethge C: No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121: 174–179.
- Hibbeler B: Prävention: «Rezept für Bewegung» vorgestellt. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(4): A-126/B-118/C-118.
- Löllgen H: Körperliche Aktivität: Das grosse Therapiedefizit. *Deut Arztebl* 2014; 111(29/30): 1296.
- Ekers D et al.: Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2013; 149(1–3): 14–22.
- Archer J et al.: Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 10: CD006525.
- Lehmann D et al.: Kooperation von Konsiliarpsychiatern und Hausärzten – eine Longitudinalstudie. In: Stoppe G (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Band 3, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2011.
- Bschor T et al.: Chronische und therapieresistente Depression – Diagnostik und Stufen-therapie. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(45): 766–776.
- Blazer DG: The age of melancholy: «major depression» and its social origins. Routledge, New York, 2005.
- Horwitz A, Wakefield J: The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford University Press, New York, 2007.

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