

Depression in der Hausarztpraxis (Teil 1)

Experten sind sich einig: Häufiger daran denken!

Depressive Erkrankungen sind keine Seltenheit, im Gegenteil. Dennoch dauert es häufig lange, bis die Diagnose gestellt und eine Behandlung eingeleitet werden kann. Wir unterhielten uns mit zwei Psychiatern, einem Hausarzt und einem Patientenvertreter über Fallstricke bei der Diagnose und Behandlung depressiver Erkrankungen.

Ars Medici: Wie viele Menschen mit einer Depression gibt es in der Schweiz, und wie schätzt man den Anteil der Diagnostizierten? Gibt es dazu offizielle Zahlen?

PD Dr. Ulrich Hemmeter: Im Obsan-Bericht zeigen recht aktuelle Zahlen, dass etwa 8 Prozent der Bevölkerung im Querschnitt an einer Depression leiden. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei etwa 20 Prozent.

PD Dr. Rico Nil: Wahrscheinlich hat jede fünfte Frau und etwa jeder siebte Mann im Laufe des Lebens mindestens einmal

eine Depression. Meistens bleibt es nicht bei einer Episode, und häufig sind die Verläufe chronisch. Wenn man die Obsan-Zahlen aus dem Jahr 2012 anschaut, dann liegt die Jahresprävalenz bei ungefähr 5 Prozent.

Wie viele Patienten wissen, dass sie eine Depression haben?

Nil: Untersuchungen zeigen, dass nur etwa 50 Prozent der Betroffenen einen Arzt aufsuchen und sich behandeln lassen, ebenfalls gemäss Obsan. Vielleicht hat sich das bereits ein wenig gebessert, der Trend scheint mir positiv.

Hemmeter: Das heisst aber auch, dass immer noch 50 Prozent nicht in Behandlung sind.

Dr. Stefan Rennhard: Eine Depression ist in der Hausarztpraxis eines der ganz häufigen Probleme. Die jungen Kollegen, die als Assistenzärzte kommen, sind immer wieder erstaunt, wie häufig das ist. Das ist manchmal Anlass, die Gewichtung der eigenen Fortbildungsinteressen anzupassen.

Prof. Henning Wormstall: Gemäss der Berliner Altersstudie, deren Daten auf Telefonumfragen in Berliner Kohorten alle fünf Jahre, bis zum 90. Lebensjahr basieren, fand man bei dieser Population eine Grunddepressivität von zirka 14 Prozent. Wenn psychische, soziale oder kognitive Probleme hinzukamen, stieg der Anteil Depressiver auf 50 bis 60 Prozent. Im aktuellen Obsan-Bericht Nummer 56 wird die Inzidenz mit 7 Prozent beziffert.

Was ich auch noch interessant fand: Die Anzahl derer, die angaben, nie an einer Depression gelitten zu haben, sank von 40 auf heute 25 Prozent. Das heisst, drei Viertel der Befragten haben mit einer Depression Erfahrungen gemacht – sei es mit dem Vollbild, einer depressiven Symptomatik oder einfach nur mal einer Niedergeschlagenheit. Ich habe das Gefühl, die Aufmerksamkeit für die Thematik steigt.

Das heisst, nicht die Anzahl Betroffener nimmt zu, sondern die Aufmerksamkeit?

Wormstall: Die Depression hat in der Öffentlichkeit mehr Aufmerksamkeit erhalten, beispielsweise durch den Suizid des in Deutschland sehr bekannten Torhüters Robert Enke. Danach wurde vermehrt darüber gesprochen. Über Depressionen geschrieben wird bei bekannten Politikern wie Winston Churchill, Willy Brandt, einem Schweizer Bankier ...

Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD)

Die SGAD engagiert sich für die häufigsten psychischen Erkrankungen Depression und Angststörungen sowie deren Komorbiditäten. Zusammen mit Ärzten und weiteren Partnern setzt sie sich für die Prävention und Gesundheitsförderung, die Weiterentwicklung und Verbreitung von Wissen und Behandlungsmöglichkeiten sowie für die Sensibilisierung der Öffentlichkeit ein. Des Weiteren fördert sie Aus-, Weiter- und Fortbildungsmassnahmen im genannten Bereich. Mehr zu den Angeboten der SGAD erfahren Sie direkt via QR-Code oder unter www.sgad.ch



Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSPP)

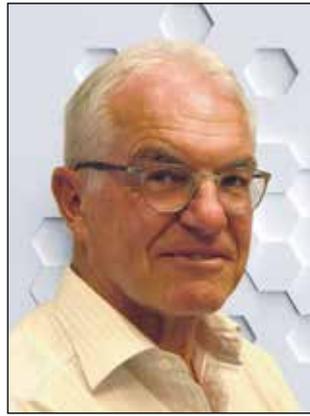
Die im Frühjahr 2019 gegründete SGSPP setzt sich für die Förderung der seelischen Gesundheit im Leistungssport sowie die Prävention und die Behandlung von psychischen Erkrankungen, gleichermassen bei Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und Menschen höheren Lebensalters, ein. Weitere Ziele sind mehr Anerkennung und mehr Verständnis für die Bedeutung von Sport und Bewegung auf verschiedenen Ebenen. Zur Einladung zur ersten Jahrestagung kommen Sie via QR-Code.



Fotos: vh



PD Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Ulrich Hemmeter, Chefarzt Alters- und Neuropsychiatrie St. Gallen, Vorstandsmitglied der SGAD



PD Dr. sc. nat. ETH Rico Nil, Past-Präsident Equilibrium-Verein zur Bewältigung von Depressionen



Dr. med. Stefan Rennhard, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Hausarztpraxis Niederhasli ZH, Vorstandsmitglied der SGAD



Prof. Dr. med. Henning Wormstall, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH Schaffhausen SH

Hemmeter: Der Tod des Torhüters war zwar tragisch, aber es trägt natürlich zu einer Entstigmatisierung bei, wenn sich bekannte Leute outen. Im Zusammenhang mit seinem Tod hat sich in Deutschland das Referat Sportpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde entwickelt. Das war ein grosser Impuls, in der Schweiz ist gerade die Schweizer Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie gegründet worden (siehe *Kasten* links, Anmerkung der Redaktion). Gerade unter Leistungssportlern ist der Anteil an Essstörungen, kombiniert mit Depressionen, sehr hoch.

Depressionen ist die Verteilung etwa ausgeglichen. Die leichteren Depressionen sind häufiger, Frauen sind da offener. Junge Männer sprechen am wenigsten über ihre Krankheit und lassen sich nicht gern behandeln, sie sind offenbar relativ schwer «zu knacken».

Hemmeter: ... genau, und rutschen oft noch in eine sekundäre Suchtproblematik, was wiederum stark stigmatisiert.

Rennhard: Wobei das eigentlich zwei Gruppen sind: die jungen Männer und die übermässigen Substanzkonsumenten. Gerade bei Letzteren gibt es eine grosse Grauzone, auch im Alltag.

Wormstall: Damit kommen wir zum grossen Bereich Komorbidität, in der Hausarztpraxis ein ganz wichtiges Thema. Sehr viele Erkrankungen gehen mit einer Depression einher. Es gibt aber auch viele Medikamente, die zur Behandlung somatischer Erkrankungen eingesetzt werden und als Nebenwirkung eine Depression verursachen. Hier kann die Priscus-Liste Informationen liefern. Sogar psychiatrische Medikamente können manchmal mit einer Depression einhergehen, Neuroleptika beispielsweise.

Nil: Es gibt tatsächlich sehr viele Komorbiditäten. Gerade Sucht- und Angsterkrankungen sind sehr häufig mit einer Depression verbunden. Aber auch bei zahlreichen somatischen Erkrankungen, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus, ist die Korrelation viel grösser, als oft angenommen wird.

Gefährdet sind insbesondere Ältere. Gleichzeitig werden die Beschwerden, je älter die Menschen werden, umso weniger als Depressionen erkannt.

Rennhard: Die Entstigmatisierung ist ganz wichtig. Früher war das Thema schambesetzter, Betroffene und Angehörige haben sich sehr oft bedeckt gehalten. Heute ist es wesentlich einfacher, darüber zu sprechen, dass man eine Depression hat.

Nil: Gemäss Obsan-Bericht haben auf die Frage: «Hatten Sie in den letzten zwei Wochen depressive Symptome?» etwa 20 Prozent von irgendeiner depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen berichtet. Das unterstreicht die Bedeutung der Depression – in der Hausarztpraxis beantworten diese Frage sogar etwa 30 Prozent der Patienten mit Ja.

Welche Patienten sind denn besonders häufig betroffen?

Hemmeter: Gefährdet sind insbesondere Ältere. Gleichzeitig werden die Beschwerden, je älter die Menschen werden, umso weniger als Depressionen erkannt. Untersuchungen zeigen, dass weltweit in Pflegeheimen viele Menschen unerkannt depressiv sind.

Nil: In den klinischen Studien sind in der Regel zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer betroffen. Bei den schweren

Was braucht es, damit Patienten mit depressiven Beschwerden ärztliche Hilfe suchen? Und wie präsentieren sie sich?

Rennhard: Das ist eine riesige Herausforderung für uns Hausärzte. Bedenkt man, wie hoch die Quote an Depressionen ist, dann sind unter den üblichen 20 Patienten eines Tages mindestens zwei wahrscheinlich depressiv – wobei diese meist mit ganz anderen Problemen zu uns kommen. Eine Depression dahinter zu erkennen, ist wirklich hohe Kunst.

Aber es gibt natürlich Hinweise. Viele beklagen sich zum Beispiel über ihre Lebenssituation oder geben Probleme mit dem Partner an. Am schwierigsten zu erkennen sind jene, die nicht über psychische Probleme klagen, sondern «nur» über chronische Schmerzen oder eine Müdigkeit, die einfach nicht verschwinden will. Sie reagieren oft sogar pikiert, wenn man in

Richtung Depression fragt. Ich habe für diese Situationen kein Patentrezept. Unser Vorteil ist vielleicht, dass wir Verläufe sehen. Sind diese ungewöhnlich oder geht es dem Patienten aus meiner Sicht besser, ohne dass er das selbst realisiert, oder kommt ein Patient alle vier Wochen mit einer neuen unklaren Problematik – dann sollte man aufmerksam werden.

Was heisst das? Wie reagieren Sie dann?

Rennhard: Es gilt, überhaupt mal an eine Depression zu denken und nachzufragen. Ich benutze hierzu gern offene Fragen. Mit Blick auf den Alltag vielleicht «Wie ist Ihr Schlaf?» oder «Wie würden Sie Ihre Grundstimmung beschreiben?» Das allein kann manchmal Türen öffnen.

Am Wichtigsten ist es, überhaupt an eine Depression zu denken. Der Hausarzt spielt dabei eine entscheidende Rolle, weil er viele Patienten mit somatischen Beschwerden sieht, die auch eine depressive Symptomatik haben.

Hemmeter: Aufmerksamkeit ist äusserst wichtig. Die meisten Patienten landen ja erst mal beim Hausarzt, und nicht alle Hausärzte sind in Sachen Depressionserkennung speziell geschult. Ich kann nur bestätigen: Am Wichtigsten ist es, überhaupt an eine Depression zu denken. Der Hausarzt spielt dabei eine entscheidende Rolle, weil er viele Patienten mit somatischen Beschwerden sieht, die auch eine depressive Symptomatik haben. Mit Fokus auf die Komorbidität wird häufig übersehen, dass sich bei Nachlassen der körperlichen Funktion auch depressive Beschwerden entwickeln können.

Nil: Wir haben bei Equilibrium häufig Anfragen von Partnern oder – eher selten – von Arbeitgebern, die eine Veränderung beschreiben und nicht wissen, was sie tun sollen, weil der Betroffene jegliche Hilfe verweigert. Eine Art Selbststigmatisierung. Wir empfehlen dann, den Patienten, wenn es irgendwie geht, zum Hausarzt oder zum Psychiater zu bringen. Das sind schwierige Situationen, die Angehörigen sind oft fast am Verzweifeln.

Wormstall: Wenn die typischen Kardinalsymptome der Depression vorliegen, also depressive Verstimmung, psychomotorische Hemmung und vitale Verstimmung, dann suchen heute immer

mehr Menschen einen Psychiater oder einen Psychologen auf. Aber eben, häufig stehen somatische Probleme im Vordergrund, zum Beispiel eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Und dann dauert es auch heute noch sehr lang, bis der Psychiater die Chance erhält, tätig zu werden. Es wäre schön, wenn das früher geschähe.

Was raten Sie in solchen Situationen den Angehörigen?

Nil: Wir haben kein Patentrezept. Wenn der Patient selbst nicht zum Arzt gehen will, kann man versuchen, Kontakt zum Hausarzt aufzunehmen, damit dieser ihn einbestellt, vielleicht um den Blutdruck zu kontrollieren und um so ins Gespräch zu kommen. Ausserdem versuchen wir zu erklären, dass es sich bei der Depression um eine häufige und behandelbare Krankheit handelt und man damit nicht allein ist. Aber auch wir fühlen uns oft hilflos und wären für Tipps dankbar.

Rennhard: Im Umgang mit den Angehörigen gibt es zwei Szenarien. Das eine ist das Konzept mit offenen Karten. Wenn der Patient einverstanden ist, können die Angehörigen mit in die Sprechstunde kommen. Dann sitzen wir zunächst alle zusammen, und ich reserviere einen zweiten Teil, allein mit dem Patienten. Vielen hilft dieser «Ankick», es ist eigentlich ein gutes Szenario. Klappt das nicht, ist es meiner Meinung nach legitim, dass Angehörige den Hausarzt kontaktieren, auch wenn man dabei ein ungutes Gefühl hat. Das ist eine extrem wichtige Hilfe für Betroffene, die den Schritt nicht selbst schaffen.

In der Praxis ist unsere Aufmerksamkeit immer auf unterschiedlichste Themen verteilt. Ein Hinweis auf eine mögliche Depression oder eine Angsterkrankung aus Sicht der Angehörigen ist eine Chance. Ich versuche, solche Hinweise aufzunehmen und dem Patienten so zu präsentieren, dass er eine psychische Störung annehmen kann. Aber natürlich ohne Garantie und aus Datenschutzgründen ohne Rückmeldung.

Wormstall: Ich finde, für ein solches Vorgehen gibt es zwei wichtige Motive. Zum einen heisst Depression verlorene Lebenszeit, zum anderen besteht die Gefahr der Suizidalität. Bei einer Major Depression liegt die Suizidalitätsrate bei 15 Prozent. Eine der Herausforderungen in der psychiatrischen Praxis ist es, zu entscheiden, ob der Patient nur traurig ist oder ob es sich tatsächlich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt.

Nil: Diese Unsicherheit ist bei uns auch immer präsent, wenn sich ein Angehöriger meldet. Wir versuchen dann, an einen Arzt zu verweisen und bestärken die Angehörigen darin, dass Depressionen behandelbar sind. Suizidalität darf angesprochen werden – es bedeutet für die Betroffenen oft eine Entlastung, darüber sprechen zu können.

Hemmeter: Man weiss nie, in welche Richtung es geht, wenn man Patienten darauf anspricht. Manche fühlen sich durch eine Erklärung der Zusammenhänge und durch das Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten entlastet, andere hingegen lehnen einen psychischen Hintergrund ab und beharren darauf, ein körperliches Problem zu haben. Natürlich ist in einer solchen Situation professionelle Hilfe notwendig – die Krankheit wird ja nicht von allein besser. Im Gegenteil, irgendwann mündet sie in Suizidalität.

Rennhard: Das ist die Chance der Langzeitbetreuung, der wiederholten Konsultationen: Ich sehe oft schon sehr früh, dass wahrscheinlich eine depressive Symptomatik hinter den

Equilibrium – Anlaufstelle für Patienten

Ziel des Vereins EQUILIBRIUM zur Bewältigung der Depression ist es, über Depressionen zu informieren und die Stigmatisierung der Betroffenen zu bekämpfen. Ausserdem bietet der Verein Betroffenen Hilfe zur Selbsthilfe, unterstützt und begleitet Selbsthilfegruppen bei der Gründung und darüber hinaus. Informationen zu den Angeboten finden Sie online via QR-Code oder unter www.depressionen.ch



Beschwerden steckt, aber die Patienten brauchen manchmal eine Weile, bis sie das akzeptieren können. Dann darf der Druck nicht zu hoch sein, und der Umweg über die ein oder andere Abklärung und vor allem viel Zeit können helfen, die Situation anzusprechen und schliesslich anzunehmen.

Die S3-Leitlinie empfiehlt bei Verdacht auf Depression zwei einfache Fragen (siehe *Kasten* unten). Was halten Sie davon?

Rennhard: Das Wichtigste ist, diese Fragen zu stellen, auf die eine oder andere Art. Das Schlimmste, was passieren kann,

Kurze Fragen bei Verdacht auf Depression

Zur ersten Einschätzung einer möglichen Depression empfiehlt die S3-Leitlinie zum Beispiel den «Zwei-Fragen-Test», der mit einer Sensitivität von 96 Prozent und einer Spezifität von 57 Prozent ein sehr zeitökonomisches Vorgehen darstellt:

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

Wenn beide Fragen mit Ja beantwortet werden, ist die klinische Erfassung der formalen Diagnosekriterien erforderlich.

Linktipps

▲ Obsan-Bericht

Interessierte finden den Bericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz von 2012 unter dem folgenden Link bzw. direkt via QR-Code.
www.rosenfluh.ch/qr/obsan-2012



▲ ICD-Kriterien

Die deutsche Modifikation der 10. Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz ICD 10, finden Sie online unter folgendem Link bzw. direkt via QR-Code.
www.rosenfluh.ch/qr/icd10_2019



▲ Berliner Altersstudie

Mehr über die Hintergründe der umfangreichen Berliner Altersstudie (BASE) erfahren Sie unter folgender Adresse oder direkt via QR-Code.
www.rosenfluh.ch/qr/base



▲ S3-Leitlinie Unipolare Depression

Die verfügbaren Fassungen der deutschen S3-Leitlinie finden Sie online unter folgendem Link bzw. direkt via QR-Code.
www.rosenfluh.ch/qr/s3-unipolare-depression



ist, dass man die Sicht des Patienten unkritisch übernimmt und irgendwelche sinnlosen somatischen Abklärungen vornimmt.

Wormstall: Die Kurzvariante ist ein guter Einstieg, um die nächsten Schritte auszulösen. In vielen Fällen ist das Problem, dass man an alles Mögliche gedacht hat, nur nicht an eine Depression.

Rennhard: Man kann nicht oft genug wiederholen, wie wichtig ein Sensorium für diese Problematik ist – gerade auch bei den Grundversorgern. Deshalb ist es uns als Gesellschaft (SGAD, siehe *Kasten*, Anmerkung der Red.) ein Anliegen, dieses Bewusstsein zu fördern.

Hemmeter: Genauso wie der Psychiater vielleicht die Relevanz der Hypertonie nicht richtig wahrnehmen kann, ist es für Internisten schwierig, die Relevanz einer Depression einzuschätzen. Die Bedeutung, die Schwere, die individuellen sowie die gesundheitsökonomischen Auswirkungen – das

Genauso wie der Psychiater vielleicht die Relevanz der Hypertonie nicht richtig wahrnehmen kann, ist es für Internisten schwierig, die Relevanz einer Depression einzuschätzen.

wird erst in der Praxis erlebbar. Insofern wäre es sehr zu begrüssen, wenn Grundversorger im Rahmen ihrer Ausbildung auch ein Jahr Psychiatrie absolvieren würden.

Wormstall: Umgekehrt wäre es auch nützlich, wenn Psychiater ein Jahr in der Inneren Medizin arbeiten würden. Die Korrelationen werden für mich immer offensichtlicher. Ich habe in der Klinik den Langzeitbereich mitbetreut und «unsere» Krankheitsbilder in der Kardiologie wiedergefunden. Depressive haben eine erhöhte kardiale Mortalität und Morbidität, wie auch Herz-Kreislauf-Krankheiten umgekehrt zu Depressionen führen.

Rennhard: Nicht zu vergessen: Wir sind häufig auch Auslöser. Je nachdem, worüber wir uns mit den Patienten unterhalten, können wir mit unseren Informationen eine Krisensituation auslösen. Aktiv daran zu denken und nachzufragen: «Wie kommt das jetzt bei Ihnen an?», «Was denken Sie – können Sie schlafen mit dieser Information?», ist eine wichtige Aufgabe.

Das Roundtable-Gespräch wurde von Dr. med. Christine Mücke moderiert. ▲

Mehr über die Fallstricke und das weitere Vorgehen bei einem Verdacht auf Depression lesen Sie im zweiten Teil unseres Berichts.