

# Depressionen in der Hausarztpraxis

## Management in der Primärversorgung

**Die meisten Depressionen werden in der Hausarztpraxis behandelt. In einer Übersichtsarbeit präsentieren US-amerikanische Wissenschaftler psychologische, pharmakologische und psychosoziale Optionen zur Behandlung einer Major Depressive Disorder (MDD) in der Primärversorgung. Des Weiteren erläutern sie Managementstrategien bei leichten, mittleren, schweren und refraktären Formen der MDD.**

*British Medical Journal*

Unter dem Begriff «Depression» werden zahlreiche psychische Störungen zusammengefasst. Die Autoren weisen deshalb darauf hin, dass sich ihr Review ausschliesslich auf das Management der Major Depressive Disorder (MDD) bezieht. Die MDD kann in leichte, mittelschwere, schwere und psychotische Erkrankungsformen klassifiziert werden. Zudem kann sie als Einzelepisode auftreten oder rezidivierend verlaufen.

Mit der antidepressiven Behandlung wird eine Genesung, eine Remission oder ein Ansprechen auf die jeweilige Intervention angestrebt. Als wichtigstes Ziel gilt die Remission, die durch eine Rückkehr zur normalen Funktionsfähigkeit bei minimaler Symptomatik gekennzeichnet ist. Von einer Genesung spricht man, wenn die Remission über einen Zeitraum von zwei Monaten anhält und mit einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität verbunden ist. Als Ansprechen wird eine Reduzierung der Symptomatik um 50 Prozent im Vergleich zum Ausgangszustand definiert.

### MERKSÄTZE

- ▶ Bei leichten Depressionen können Bewegungsprogramme von Nutzen sein.
- ▶ Antidepressiva sollten nur bei mittelschwerer bis schwerer MDD angewendet werden.
- ▶ Psychologische Interventionen und Antidepressiva haben sich als vergleichbar wirksam erwiesen.
- ▶ In manchen Fällen ist eine Kombination aus psychologischer Behandlung und Antidepressiva wirksamer als die jeweilige Einzeloption.
- ▶ Bei hoher Suizidgefahr oder unzureichender Wirksamkeit mehrerer Interventionen ist eine Überweisung zum Spezialisten sinnvoll.

Zur Behandlung von Depressionen stehen psychologische, pharmakologische und psychosoziale Interventionen zur Verfügung. In der Primärversorgung haben sich psychologische und medikamentöse Therapien als vergleichbar wirksam erwiesen. Die Behandlung sollte stufenweise entsprechend der Schwere der Depression erfolgen. Die Beurteilung der Schwere orientiert sich an der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag.

### Psychologische Interventionen

Der Review beschränkt sich auf psychologische Therapieformen, die im Rahmen der Primärversorgung angeboten werden können (siehe *Tabelle*). Dazu gehören niedrigschwellige Interventionen wie die angeleitete Selbsthilfe (Bücher, Manuals, Computerprogramme), die computergestützte kognitive Verhaltenstherapie (cCBT) und psychologische Beratungen (meist Gesprächstherapien nach Carl Rogers). Als hoch intensive Interventionen, die von qualifizierten Psychotherapeuten in Gruppen oder bei Einzelpersonen durchgeführt werden, gelten die kognitive Verhaltenstherapie (CBT), die interpersonelle Therapie (IPT), die Verhaltensaktivierung (BA), die Problemlösungstherapie (PST) und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (STPP). Die meisten Verfahren sind auf maximal 16 Wochen begrenzt. Nur psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien können sich auch über einen längeren Zeitraum von 20 bis 30 Wochen erstrecken. In systematischen Reviews zeigte sich kein Wirksamkeitsunterschied zwischen den Kurzzeitinterventionen und Langzeittherapien wie einer Psychoanalyse oder psychodynamischen Langzeitpsychotherapien.

### Antidepressiva

Antidepressiva werden häufig als Eckpfeiler der Behandlung betrachtet. In vielen Leitlinien raten Experten jedoch, die Anwendung auf mittelschwere und schwere Depressionen zu beschränken.

Zur medikamentösen Behandlung von Depressionen stehen verschiedene Antidepressivaklassen zur Verfügung

Tabelle:

**Häufigste psychologische Kurzzeitinterventionen in der Primärversorgung  
(nach Ramanuj et al. 2019)**

Verfahren	Beschreibung	Evidenz
<b>Niedrigschwellige Interventionen</b>		
<b>Angeleitete Selbsthilfe</b>	Vom Patienten selbst durchgeführte Intervention unter Anleitung von Büchern, Manuals, Computerprogrammen, Internetangeboten oder Audiodateien.	Wurde vor allem bei Ängsten untersucht. In der Allgemeinbevölkerung ähnlich wirksam wie andere niedrigschwellige psychosoziale Interventionen.
<b>Psychologische Beratung</b>	Basiert häufig auf den Prinzipien der Gesprächstherapie von Carl Rogers.	Fast ausschliesslich als Intervention in der Primärversorgung untersucht; robuste Evidenz bezüglich der Wirksamkeit bei Depressionen; ebenso effektiv wie andere psychotherapeutische Interventionen.
<b>Computergestützte kognitive Verhaltenstherapie (cCBT)</b>	Form der kognitiven Verhaltenstherapie, die über ein Computerprogramm oder das Internet vermittelt wird; kann vom Patienten allein oder mithilfe von Therapeuten durchgeführt werden.	Bei leichten bis mittelschweren Depressionen von Nutzen, wenn der Patient in der Lage ist, den Kurs vollständig zu absolvieren. Die Wirkung ist jedoch nicht dauerhaft und die Abbruchrate hoch.
<b>Hoch intensive Interventionen</b>		
<b>Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)</b>	Der Patient identifiziert zusammen mit dem Therapeuten schädigende Gedanken, Gefühle oder Überzeugungen und erlernt Strategien zur Gegensteuerung.	Hat sich vor allem bei Komorbidität von Depressionen und körperlichen Erkrankungen als effektiv erwiesen.
<b>Problemlösungstherapie (PST)</b>	Basiert auf der Annahme, dass die Depression mit unzureichenden Fähigkeiten zur Lösung sozialer Probleme in Zusammenhang steht. Therapeut und Patient identifizieren problematische Schlüsselbereiche und erarbeiten lösbare Aufgaben und Verhaltensstrategien zur Bewältigung der Probleme.	Die PST eignet sich zur Behandlung leichterer Depressionen. Das Verfahren ist eher bei Patienten mit depressiven Symptomen aufgrund sozialer Probleme wirksam und weniger effektiv bei schweren Depressionen.
<b>Interpersonelle Psychotherapie (IPT)</b>	Bei depressiver Symptomatik aufgrund schwerer Störungen oder eines Abbruchs enger persönlicher Beziehungen. Im Rahmen der Therapie werden Techniken wie Rollenspiele, Kommunikationsanalysen und unterstützendes Zuhören angewendet.	Die IPT hat sich zur Behandlung akuter depressiver Episoden und zur Rezidivprophylaxe als wirksam erwiesen. Der therapeutische Effekt konnte in Studien über 6 Monate nach der Behandlung akuter depressiver Phasen aufrechterhalten werden.
<b>Verhaltensaktivierung (BA)</b>	Patient und Therapeut analysieren die Auswirkungen von Verhaltensweisen auf die aktuelle Symptomatik, die Gefühle und/oder andere psychosoziale Probleme. Verbesserung von Symptomen und problematischen Verhaltensweisen durch Aufgaben wie Reduzierung von Vermeidungsverhalten, Planung von Aktivitäten und eine Verstärkung positiver Verhaltensweisen.	Die BA kann bei leichten bis mittelschweren Depressionen von Nutzen sein. Die meisten Studien dazu sind jedoch von unzureichender Qualität und begrenzter Untersuchungsdauer.
<b>Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (STPP)</b>	Patient und Therapeut erforschen Konflikte und ihre Auswirkungen in aktuellen Situationen und Beziehungen. Ermöglicht eine Identifizierung des Ursprungs von Gefühlen in der Vergangenheit sowie die Bearbeitung unbewusster und bewusster Konflikte.	Die STPP kann zur Verbesserung depressiver Symptome in Zusammenhang mit anderen psychischen Komorbiditäten wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und somatoformen Störungen wirksam sein. Die Effektivität bei unipolarer Depression ist weniger gut untersucht.

Kasten:

## Antidepressivaklassen

### ▲ Antidepressiva der 1. Generation

- trizyklische Antidepressiva;  
z. B. Amitriptylin (Saroten®), Clomipramin (Anafranil®), Nortriptylin (Nortrilen®; in der Schweiz nicht mehr im Handel)
- Monoaminoxidaseinhibitoren (MAOI);  
z. B. Phenelzin (in der Schweiz nicht registriert), Tranylcypromin (in der Schweiz nicht registriert)

### ▲ Serotoninwiederaufnahmehemmer

- selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI);  
z. B. Citalopram (Seropram® und Generika), Fluoxetin (Fluctine® und Generika), Paroxetin (Deroxat® und Generika)
- selektive Serotonin-Norephedrin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI);  
z. B. Duloxetin (Cymbalta® und Generika), Venlafaxin (Efexor® und Generika)
- Serotoninantagonisten und -wiederaufnahmehemmer (SARI);  
z. B. Trazodon (Trittico®), Nefazodon (Nefadar®; in der Schweiz nicht mehr im Handel)

### ▲ Atypische Antidepressiva

- tetrazyklische Antidepressiva;  
z. B. Mirtazapin (Remeron® und Generika)
- Norephedrin- und Dopaminwiederaufnahmehemmer (NDRI);  
z. B. Bupropion (Wellbutrin®XR, Zyban®)

(siehe *Kasten*). Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) werden aufgrund ihrer relativ guten Verträglichkeit als Antidepressiva der ersten Wahl empfohlen.

In einer grossen Netzwerkmetaanalyse aus dem Jahr 2018 (522 doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Studien [RCT] mit 116 477 Teilnehmern sowie nicht publizierte Studien) wurden 21 Antidepressiva mit Placebo oder anderen Antidepressiva verglichen. Hier waren alle Antidepressiva im Hinblick auf die Remission und das Ansprechen wirksamer als Placebo. Amitriptylin, Mirtazapin, Duloxetin, Venlafaxin und Paroxetin erwiesen sich bezüglich des Ansprechens als am wirksamsten (Bereich der Odds Ratios [OR]: 1,75–2,13). Clomipramin, Trazodon, Citalopram, Fluoxetin und Bupropion waren mit der geringsten Wirksamkeit verbunden (1,49–1,58). Agomelatin, Fluoxetin und Escitalopram wurden besser vertragen als andere Antidepressiva (Bereich OR: 0,43–0,77), während unter Amitriptylin, Duloxetin, Trazodon und Venlafaxin die höchsten Abbruchraten beobachtet wurden (Bereich OR: 1,30–2,32). Die Netzwerkmetaanalyse bezog sich allerdings nur auf die Akutbehandlung von Depressionen (8 Wochen), und die Mehrheit der Teilnehmer (89%) litt unter mittleren bis schweren Depressionen. Die signifikanten Unterschiede zwischen den Antidepressiva lassen sich deshalb möglicherweise nicht auf Patienten übertragen, die unter weniger schweren und eher chronischen Depressionen leiden.

### Nebenwirkungen

Trizyklische Antidepressiva sind mit kardiovaskulären und anticholinergen Effekten verbunden. Ausserdem sind sie bei Überdosierung ausgesprochen toxisch und somit in ihrer

Anwendbarkeit eingeschränkt. SSRI weisen ein günstigeres Nebenwirkungsprofil auf. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen und gastrointestinale Beschwerden. Bei älteren Menschen waren SSRI in Studien allerdings mit einem erhöhten Risiko für Stürze und Frakturen sowie für gastrointestinale und zerebrovaskuläre Blutungen verbunden. Antidepressiva – und vor allem SSRI – sollten deshalb bei Senioren vorsichtig, gegebenenfalls in geringeren Dosierungen und unter Überwachung im Hinblick auf potenzielle Nebenwirkungen angewendet werden.

Da viele depressive Patienten auch unter weiteren körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen leiden, sind bei der Verschreibung von Antidepressiva häufig Risiken im Zusammenhang mit der weiteren Medikation zu berücksichtigen. Auch das gilt vor allem für ältere Personen.

### Beginn und Beendigung der medikamentösen Behandlung

Alle Antidepressiva entfalten innerhalb der ersten beiden Behandlungswochen ihre maximale Wirksamkeit. Wird innerhalb von drei Wochen kein Ansprechen beobachtet, sollte die Dosis erhöht oder das Medikament gewechselt werden.

Bei etwa der Hälfte der Patienten kommt es bei Beendigung der medikamentösen Behandlung nach Eintritt einer Remission innerhalb von drei bis sechs Monaten zu einem Rückfall. Die Behandlung sollte deshalb nach Beginn der Remission sechs Monate lang fortgesetzt werden. In Studien konnte die 3-Jahres-Rückfallrate mit dieser Massnahme um 65 Prozent reduziert werden.

Mindestens ein Drittel der Patienten leidet bei plötzlichem Absetzen von Antidepressiva unter Entzugsserscheinungen. Diese können im Zusammenhang mit jeder Substanz auftreten, sind jedoch bei Wirkstoffen mit kurzer Halbwertszeit wie Paroxetin oder Venlafaxin am wahrscheinlichsten. Zu den Entzugssymptomen gehören grippeähnliche Beschwerden, elektrische Zuckungen, Reizbarkeit, Insomnie und Schwindel. Die Symptome treten meist innerhalb von fünf Tagen nach Absetzen der Medikamente auf. Der Verlauf ist häufig leicht und selbstlimitierend, die Beschwerden können mitunter aber auch die Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. Das Risiko für Entzugsserscheinungen kann durch schrittweises Absetzen von Antidepressiva über einen Zeitraum von vier Wochen verringert werden. Fluoxetin weist von allen SSRI die längste Halbwertszeit auf und ist deshalb am seltensten mit Entzugssymptomen verbunden.

### Lebensstiländerungen

Der Nutzen von Lebensstilmassnahmen wurde im Zusammenhang mit Depressionen noch nicht umfassend untersucht. Eine vermehrte körperliche Aktivität, Massnahmen der Schlafhygiene und Interventionen zur Reduzierung sozialer Isolation haben sich bis anhin als am vielversprechendsten erwiesen. Die Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen ist am besten belegt, es sind aber noch weitere Studien dazu erforderlich.

### Behandlung leichter, mittelschwerer und schwerer Depressionen

Für Patienten, die keine pharmakologische oder psychologische Intervention wünschen, empfehlen die Review-Experten

ein aktives Monitoring. Auch ein Bewegungsprogramm kann in diesen Fällen von Nutzen sein. Bei manchen Patienten ist allerdings ein beträchtliches Ausmass körperlicher Anstrengung zur Verbesserung der Stimmungslage erforderlich. Psychologische Interventionen geringer Intensität wie psychologische Beratungsgespräche, angeleitete Selbsthilfe oder die cCBT sind bei leichten Depressionen ebenfalls eine geeignete Option.

Bei Patienten mit mittelschweren bis schweren Depressionen sind Antidepressiva und hoch intensive psychologische Kurzzeitinterventionen wie die CBT, die PST oder die IPT mit vergleichbarer Wirksamkeit verbunden.

### Management nach Behandlungsfehlschlag

Nach einem Fehlschlag mit dem ersten Medikament kann ein Wechsel zu einer anderen Substanz aus derselben oder einer anderen Antidepressivaklasse mit besserer Wirksamkeit verbunden sein. Eine weitere Option zur Verbesserung der Wirksamkeit ist die Zugabe eines anderen Antidepressivums. Ein Wechsel von psychologischen Interventionen zu einer medikamentösen Behandlung kann ebenfalls sinnvoll sein. Bei manchen Patienten ist eine Kombination aus psychologischen und pharmakologischen Interventionen wirksamer als die jeweilige Einzeloption. Aus der Studie Sequenced Treatment Alternatives to Relief Depression (STAR\*D) geht jedoch hervor, dass die Effektivität der Folgeinterventionen nach jedem Fehlschlag weiter abnimmt. Die meisten Richt-

linien und Fachgesellschaften wie die American Association of Family Physicians empfehlen Hausärzten, nach zwei fehlgeschlagenen Interventionen einen Spezialisten hinzuzuziehen.

### Überweisung zum Spezialisten

Britische und europäische Guidelines empfehlen bei sehr schweren Depressionen eine Überweisung zum Spezialisten. Das gilt vor allem, wenn auch psychotische Komponenten und/oder ein hohes Suizidrisiko vorliegen. Häufig wird auch bei therapierefraktären Depressionen (TDR) eine Überweisung vorgenommen, da die erforderlichen Massnahmen wie die Befolgung eines in STAR\*D entwickelten 4-stufigen Behandlungsalgorithmus, die Ergänzung der Behandlung durch Antipsychotika der zweiten Generation (Olanzapin [Zyprexa® und Generika], Risperidon [Risperdal® und Generika], Quetiapin [Seroquel® und Generika]) oder die Durchführung einer psychoanalytischen Psychotherapie im Rahmen der Primärversorgung meist nicht durchgeführt werden können. ▲

Petra Stölting

Quelle: Ramanuj P et al.: Depression in primary care: part 2 – management. BMJ 2019; 365: l835.

Interessenlage: Die Autoren des referierten Reviews erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.