

Depression

«Der Hausarzt ist sehr wichtig für die Psychiatrie»

Patienten mit beginnenden Symptomen einer Depression suchen lieber den Hausarzt auf als einen Psychiater. Hausärzte leisten damit einen wichtigen Beitrag in der Früherkennung der Depression. Welche Diagnose und Therapieoptionen durch den Hausarzt abgedeckt werden können und wann eine Überweisung in eine psychiatrische Praxis oder Klinik sinnvoll ist, erklärte Prof. Dr. Erich Seifritz, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, am Ärztekongress in Davos.



Erich Seifritz
(Foto: zVg)

Depression ist eine sehr häufige Erkrankung. Dabei ist die unipolare Depression die häufigste Ausprägung mit einer 12-Monats-Prävalenz von 7,5–13% (1,2) und einer Lebenszeitprävalenz bis 21% (3). Die Erkrankung ist oft therapieresistent, rezidivierend und chronisch mit langdauernden Episoden. 33% haben eine Episodenlänge von > 2 Jahren, was einem chronischen Verlauf entspricht (DSM-5/ICD-11: persistierende depressive Störung).

Die unipolare Depression zeichnet sich durch eine hohe Komorbidität mit psychischen und somatischen Erkrankungen und einer hohen Mortalität bei einer Suizidrate bei hospitalisierten Depressiven bis 15% aus. Aber auch die Mortalität bei somatischen Erkrankungen ist bei diesen Patienten hoch, wie Prof. Seifritz berichtete.

Der Hausarzt sei sehr wichtig für die Psychiatrie, denn die Schwellenangst in der Hausarztpraxis sei tiefer als die beim Psychiater, und ein Vertrauensverhältnis bestehe beim Hausarzt bereits, so Prof. Seifritz. Eine internationale Studie mit 1146 Patienten mit Depression zeigte, dass 69% aufgrund von meist somatischen Beschwerden im Rahmen der Depression ihren Hausarzt aufsuchten (4).

Weitere wichtige Gründe, warum Patienten die Hausarztpraxis als Anlaufstelle für ihre Probleme bevorzugten, seien zudem die ausbleibende Stigmatisierung und die bessere Erreichbarkeit. Vorteilhaft seien auch die Möglichkeit einer gleichzeitigen Betreuung somatischer und psychischer Probleme und die Erkennung von Frühsymptomen.

Denn die Depression geht häufig mit somatischen Begleiterkrankungen einher, wie z.B. metabolischen Erkrankungen, z.B. mit hohem Body-Mass-Index oder Hyperglykämie (5). Die Depression erhöht zudem das Risiko für koronare Herz-

erkrankungen (KHK) wie auch für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität bei Personen mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung. Als darunterliegender Mechanismus gilt u.a. die veränderte Aktivität des Stresshormon- und des autonomen Nervensystems. Diese wird begleitet von Veränderungen bei der Herzfrequenz, erhöhtem Katecholaminspiegel, verstärkter inflammatorischer Aktivität, endothelialer und Plättchendysfunktion (6). Eine Behandlung der Depression verbessert den Verlauf einer KHK jedoch oft nur wenig, denn Residualsymptome wie Anhedonie, Insomnie und Fatigue trotz Behandlung begünstigen einen ungesunden Lebensstil mit wenig Bewegung und schlechter Ernährung (7). Diese müssen spezifisch angegangen werden. Im Allgemeinen ist die Lebenserwartung von Patienten mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung um bis zu 20 Jahre verkürzt (8).

Suizidalität ansprechen

Die Diagnose einer depressiven Episode erfordert nach ICD-11 das Vorliegen von entweder einer gedrückten Stimmung oder von Anhedonie bzw. Verlust von Interesse oder Freude begleitet durch andere kognitive, verhaltensbezogene oder neurovegetative Symptome (meist Insomnie), die die schulische, berufliche und soziale Funktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigen, und dies während ≥ 2 Wochen an fast jedem Tag (9). Für die Hausarztpraxis eignen sich einfache diagnostische Tests wie der PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) mit neun Fragen (*Kasten 1*) (10), mit denen das Vorliegen einer Depression recht gut erfasst werden kann, wie Prof. Seifritz erklärte. Noch kürzer ist der Drei-Fragen-Test, der eine gute Sensitivität und Spezifität aufweist, wenn alle drei Fragen mit «Ja» beantwortet werden (*Kasten*) (11). Bei beiden Tests sei es aber wichtig, die Suizidalität zusätzlich anzusprechen, wie Prof. Seifritz betonte, und zu beachten, dass bei unklaren Diagnosen und komplexen therapeutischen Herausforderungen ein Psychiater einbezogen werden sollte.

Antidepressive Behandlung je nach Krankheitsphase

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung besteht aus vier Grundelementen. Die beiden ersten Grundelemente umfassen eine aktiv-abwartende Begleitung bzw. Massnahmen mit niedriger Intensität wie angeleitete Selbsthilfe und gesprächsbasierte Interventionen mit psychotherapeutischen Techniken sowie eine psychotherapeutische Behandlung. Ein drittes Element ist die medikamentöse Behandlung. Ergänzende Massnahmen wie Bewegungstherapie/Sport, Soziotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Musiktherapie sind das vierte Element (12,13). Bei therapieresistenten Depressionen sind weiterführende, fachärztlich geleitete pharmakologische sowie neuromodulatorische Behandlungen zu erwägen.

Das Ziel einer antidepressiven Behandlung orientiert sich nach der Krankheitsphase und -schwere. In der Akutbehandlung wird als kurzfristiges Ziel die Remission bzw. das Erreichen von Symptombefreiheit und die Wiederherstellung des prämorbid psychosozialen Funktionsniveaus anvisiert (12). Mittelfristig soll eine Erhaltungstherapie allfällige Residualsymptome eliminieren, die Rückkehr auf das frühere Niveau etablieren und Rückfälle verhindern. Langfristig soll eine Rezidivprophylaxe neue depressive Episoden verhindern (13). Nach abgeschlossener Akutbehandlung ist es notwendig, die erfolgreich eingesetzte Pharmakotherapie für eine bestimmte Zeit, in der Regel sind das Monate, fortzusetzen. Da die Patienten keine Symptome mehr verspüren, ist dies oft eine psychoedukatorische bzw. -therapeutische Herausforderung.

Therapie je nach Krankheitsschwere

Die Therapie einer leichten depressiven Episode beginnt nach einer kurzen Phase aktiv-abwartender Begleitung und mit Massnahmen mit niedriger Intensität wie angeleiteter Selbsthilfe und gesprächsbasierten Interventionen. Als nächster Schritt, falls nach rund zwei Wochen keine Besserung eintritt, sollte eine Psychotherapie erwogen werden, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept und ggf. unterstützt durch internet- und mobilbasierte Therapieprogramme. Ab Juli 2026 können gewisse Online-Programme von der obligatorischen Krankenkasse übernommen werden, z.B. deprexis.ch. Eine Therapie mit Antidepressiva ist oft hilfreich und sollte in jedem Einzelfall individuell in Erwägung gezogen werden (12,13).

Bei einer akuten mittelgradigen Depression soll eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie durchgeführt werden. Bei akuten schweren Episoden schlagen internationale Behandlungsleitlinien vor, diese beiden Therapien zu kombinieren, wie Prof. Seifritz berichtete. In dieser Phase können Benzodiazepine und Z-Substanzen zusätzlich, v.a. in der Anfangsphase der Behandlung, zur Reduktion von besonders ausgeprägten Schlafstörungen, innerer Unruhe oder Ängsten eingesetzt werden. Handelt es sich um eine Depression mit psychotischen Symptomen, werden neben Antidepressiva auch Antipsychotika nötig (12,13).

Kasten 1: PHQ-9: Häufigster Depressions-Test in der Hausarztpraxis

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf?
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben?
5. Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen?
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben?
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen?
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil «zappelig» oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

Antwortmöglichkeiten bei jeder Frage: überhaupt nicht (0 Punkte), an einzelnen Tagen (1 Punkt), an mehr als der Hälfte der Tage (2 Punkte), beinahe jeden Tag (3 Punkte)

Auswertung nach erreichter Punktzahl: < 5: gesund, < 10: unauffällig, 10–14: «leichtgradige» Depression, 15–19: «mittelgradige» Depression, 20–27: «schwergradige» Depression

Quelle: Prof. E. Seifritz, Ärztekongress Davos 2026, sowie (10)

Wenn die Therapie nicht anschlägt, kann dies verschiedene Gründe haben. Einerseits kann die Diagnose inadäquat sein oder die medikamentöse Therapie ungenügend. Bei Letzterer könnte die Dosierung zu tief sein, die Dauer zu kurz, das Medikament nicht vertragen oder nicht eingenommen worden sein. Andererseits könnte die Depression auch sekundärer Natur sein, d.h. Folge einer organischen Erkrankung, depressiogener Medikamente oder etwa eines Alkoholabusus bzw. anderer Abhängigkeitserkrankungen (13).

Verfügbare antidepressive Medikamente

In der Therapie der Depression treten aufgrund von Verfügbarkeit und therapeutischer Breite klassische trizyklische Antidepressiva (TZA) zunehmend in den Hintergrund. Ihre Rolle konzentriert sich auf besondere Indikationen, v.a. auf die Behandlung von schwer behandelbaren Depressionen. Für die Standardbehandlung stehen modernere Therapeutika zur Verfügung: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin und Sertralin sowie weitere neuere Substanzen mit unterschiedlichen Wirkprinzipien wie Mirtazapin als noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum (NaSSA), Duloxetin und Venlafaxin als selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI),

Kasten 2: Depressions-Screening mit drei Fragen

Zwei Grundfragen, sensitiv, wenig spezifisch:

1. Haben Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt?
2. Hatten Sie im letzten Monat häufig wenig Freude bei den Dingen, die Sie tun?

Zusätzliche Frage, spezifischer:

3. Benötigen Sie deswegen Hilfe?

Auswertung: 3 × Ja = Sensitivität 79%, Spezifität 94%

Quelle: Prof. E. Seifritz, Ärztekongress Davos 2026, sowie (11)

Trazodon als Serotonin-Rezeptorantagonist und -Wiederaufnahmehemmer (SARI), Moclobemid als reversibler Inhibitor der Monoaminoxidase-A (MAO-A; RIMA), Bupropion als selektiver Noradrenalin-/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (SNDRI) (13). Agomelatin, ein Agonist an Melatonin-1 und -2 sowie Antagonist an 5-HT-2C-Rezeptoren, sowie das multimodale Antidepressivum Vortioxetin, das verschiedene Serotoninrezeptor-Subtypen beeinflusst und den Serotonintransporter inhibiert, sind neuere Entwicklungen (Tabelle 5).

Bei leichten bis mittelschweren, nicht aber schweren Depressionen steht in der Schweiz zudem der phytotherapeutische Johanniskrautextrakt zur Verfügung (13). Pflanzliche Medikamente erleichtern oft die Akzeptanz, insbesondere bei Patienten, die erstmals eine antidepressive Therapie durchführen müssen und dagegen innere Widerstände haben, wie Prof. Seifritz ergänzte.

Generell gilt, dass bei der Auswahl des ersten Medikaments für eine Pharmakotherapie laut Prof. Seifritz auch die individuelle Erfahrung des Patienten mit ausschlaggebend ist.

Wann überweisen?

Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bzw. eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Psychiater empfiehlt sich bei Patienten mit schwerer Depression, bipolarer Störung, psychiatrischer Komorbidität, bei Depression bei Kindern und Jugendlichen, bei komplexer Pharmako- und Psychotherapie, bei Therapieresistenz oder bei Chronifizierung.

Die Indikation für eine Hospitalisation muss stets sorgfältig erwogen werden. Gründe können nicht kontrollierbare Suizidalität, schwere Depression mit psychomotorischer Hemmung oder ausgeprägter Agitation, nicht zu beherrschende Insomnie, quälende Angstzustände und Panikattacken, therapieresistente Depression wie auch eine ausgeprägte Manie sein. Die Einweisungsindikation sollte immer vor dem Hintergrund des sozialen familiären Umfelds gestellt werden, wie Prof. Seifritz abschliessend erklärte. □

Valérie Herzog

Quelle: «Diagnostik und Therapie von Depression in der Grundversorgung», Ärztekongress von Lunge Zürich in Davos, 5.–7.2.2026

Referenzen:

1. Narrow WE et al.: Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(2):115-123. doi:10.1001/archpsyc.59.2.115
2. Beekman AT et al.: Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord. 1995;36(1-2):65-75. doi:10.1016/0165-0327(95)00061-5
3. Kessler RC et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
4. Simon GE et al.: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med. 1999;341(18):1329-1335. doi:10.1056/NEJM199910283411801
5. Meshkat S et al.: Temporal associations of BMI and glucose parameters with depressive symptoms among US adults. Psychiatry Res. 2024;332:115709. doi:10.1016/j.psychres.2023.115709
6. Carney RM et al.: Depression and coronary heart disease. Nat Rev Cardiol. 2017;14(3):145-155. doi:10.1038/nrcardio.2016.181
7. Carney RM et al.: Treating Depression to Improve Survival in Coronary Heart Disease: What Have We Learned? J Am Coll Cardiol. 2024;84(5):482-489. doi:10.1016/j.jacc.2024.05.038
8. Wahlbeck K et al.: Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry. 2011;199(6):453-458. doi:10.1192/bjp.bp.110.085100
9. ICD-11. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html. Letzter Zugriff: 17.4.26
10. Übersetzung/Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Engl. Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)
11. Arroll B et al.: Effect of the addition of a «help» question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. BMJ. 2005;331(7521):884. doi:10.1136/bmj.38607.464537.7C
12. S3-Leitlinie Unipolare Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Version 3.2, Registernr: nvl-005. www.awmf.org. Letzter Zugriff: 17.4.26
13. Hättenschwiler J et al., Schweizerische Gesellschaften für Angst und Depression (SGAD), für biologische Psychiatrie (SGBP) und für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Die Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2025 Teil 1. https://www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/2025_Langversion_UnipolareDepression_Teil1_DE_20251113.pdf. Letzter Zugriff: 17.4.26. (Kurzversion: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 29, 11/2025)