

Behandlung von depressiven Verstimmungen:

Grenzen und Möglichkeiten in der Hausarztpraxis

Wo liegen Stärken, Grenzen und Schwächen in der psychotherapeutischen Behandlung durch den Hausarzt? Dr. Martin Jost mit Praxis in Meilen sieht sich als «Hybrid-Arzt». Er vereint in seiner Tätigkeit die Allgemeinmedizin und die Psychotherapie. Ein Erfahrungsbericht über die Integration beider Welten.

Martin Jost



Was tust du genau? Wenn ich an Fortbildungen gefragt wurde, was ich tue, dann sagte ich früher, ich sei ein «Wolf im Schafspelz». Um einen modernen Begriff zu nehmen, könnte ich auch sagen, ich sei ein «Hybrid-Arzt». Der Begriff «Hybrid» meint in der Autobranche Fahrzeuge, die sowohl mit Verbrennungsmotoren als auch mit Elektroantrieb unterwegs sind und dadurch weniger Energie verbrauchen. Mein Hybrid besteht aus einem FMH allgemeine Medizin, angereichert mit psychiatrischer Poliklinik, jahrzehntelanger Erfahrung bei Psychotherapie in der Allgemeinpraxis und ebenso langer Intervention in einer Balintgruppe. Und ich bin überzeugt, durch die Integration dieser beiden Welten Synergien zu erzielen und damit – ganzheitlich gesehen – Kosten zu sparen. Meine Hauptmotivation liegt in der Überzeugung, dass wir Menschen ganzheitliche Wesen sind und die traditionelle Aufspaltung in Psychiatrie und Somatik völlig willkürlich ist.

Depression: Ist nicht alles gesagt?

Wenn ich mich hier zur Depression äussere, dann möchte ich das Rad nicht neu erfinden und nachbeten, was man ohnehin überall hört. Dabei heisst hören ja nicht verstehen, und verstehen heisst ja nicht anwenden. Ich möchte vielmehr einen Blick auf die Schnittstelle zwischen Medizin und Psychiatrie werfen. Damit ist in erster Line die interne Schnittstelle in meiner Praxis gemeint, ausnahmsweise auch die Schnittstelle

“Eine Überweisung, die alle Beteiligten zufriedenstellt, gelingt relativ selten.”

nach aussen, zum Fachpsychiater. Diese benötige ich in erster Linie für das Einholen einer Zweitmeinung, um anschliessend den Weg weitergehen zu können.

Schnittstellenproblematik in der hausärztlichen Praxis

Die meisten Grundversorger kennen die Situation: Man steht vor einer Symptomatik, die sich somatisch nicht erklären lässt, die man für teures Geld wie erwartet im Computertomogramm (CT) oder in der Magnetresonanztomografie (MRI) nicht klären konnte, die psychische Ursachen vermuten lässt und die der Hausarzt aus fachlichen oder zeitlichen Gründen nicht selber angehen kann oder will. Eine Überweisung, die alle Beteiligten zufriedenstellt, gelingt relativ selten. Da ist der Pa-

tient, der überzeugt ist, «nicht zu spinnen». Denn nach wie vor bestehen Vorurteile gegen die Psychiatrie. Und da ist auch die Frage, ob die «Nase des Psychiaters» zum Patienten passt. Wenn ich die Behandlung jedoch selber übernehme, weiss ich immerhin, wie die Arzt-Patienten-Beziehung beschaffen ist, ob die Chemie stimmt. Und das ist sicher mehr als die halbe Miete.

Chancen der Integration

Wenn die Arzt-Patienten-Beziehung nicht stimmt, kann man den Rest ohnehin vergessen. So versuche ich auf dem somatischen Gebiet ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das nachher «sogar» den Schritt zur Psychiatrie möglich macht. Ein Zweites ist die bessere Infrastruktur in der Hybrid-Praxis: Blutentnahmen für Lithium- oder Medikamentenspiegel sind ebenso problemlos möglich wie die hausinternen Kontrollen der Hämatologie oder der Leberwerte. Ich denke da auch an die Möglichkeit von Infusionen. Am häufigsten werden das Eiseninfusionen bei Depressiven mit tiefem Ferritinwert sein, aber auch gelegentlich – und mit Erfolg – das Citalopram (Seropram®) intravenös. Ebenso effektiv, aber viel besser verträglich als die klassische Kombination: Ludiomil/Anafranil nach Kielholz.

Was ich nicht mache

Ich kenne keinen einzigen ICD-Code und werde das auch beibehalten. Wenn die Versicherer das partout wissen wollen, können sie selber nachschauen. Das schliesst nicht aus, dass ich mich im ICD inhaltlich schlaumache, aber die Ziffern machen weder meinen Patienten gesund noch mich zu einem besseren Doktor. Ich bin auch kein Prozente-Freak, der hundert Studien gleichzeitig im Kopf hat und seine Daseinsberechtigung aus der Evidence-based Medicine schöpft. Und so kann ich manchmal einen Entscheid nicht hieb- und stichfest begründen, den ich aus Erfahrung oder intuitiv – der Bauch lässt grüssen – gefällt habe. Natürlich ist es ein Muss, sich regelmässig und seriös fortzubilden, aber es ist meinem suizidalen Patienten nicht geholfen, wenn ich seine Gefährdung in Prozenten kenne. Ich muss hier und jetzt beurteilen, ob es verantwortbar ist, den Patienten ambulant weiterzubehandeln.

Wo liegen die Stärken?

Eine jahrzehntelange Erfahrung ist immer hilfreich, aber das zu erwähnen, ist eher banal. Sehr hilfreich ist eine gute Vernetzung. Ich kenne zahlreiche erfahrene Kollegen aus Forschung und Praxis, mit denen ich jederzeit persönlich und unkompliziert per E-Mail oder

Zwei Beispiele aus der «Hybrid-Praxis»

Durchstarten mit Lithium

Eine 70-jährige Frau, vor zehn Jahren für mehrere Wochen depressiv, damals Behandlung mit einem SSRI (Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer). Neun Jahre nicht mehr gesehen. Dann ein Rückfall: massiv depressiv, ängstlich, ausgeprägt hypochondrisch. Wurde von einer Psychiatrie-Kollegin behandelt und schliesslich hospitalisiert. Mehrmonatiger Aufenthalt, in einem kaum gebesserten Zustand wieder entlassen. Aussage der Patientin: «Es geht mir eher schlechter als vorher.» Nach ein paar Wochen Beobachtung und Feintuning der Medikamente und nach gründlicher Vorbesprechung wird Lithium zugefügt. Nach wenigen Wochen dramatische Verbesserung. Inzwischen konnte die Hälfte der bisherigen Medikamente abgesetzt werden, insbesondere die Benzodiazepine. Seit einem Jahr wieder ganz «die Alte». Take Home Message: Wenn Antidepressiva in ausreichender Dosierung nicht helfen, an Moodstabilizer denken!

Therapie mit CT

Eine damals 45-jährige Frau meldet sich, weil sie müder ist als früher, Konzentrationsstörungen aufweist und deutlich an Gewicht zugenommen hat. Sie wendet sich an mich, weil ich unter anderem auch ein Programm zur Gewichtsreduzierung anbiete. Die klinische Untersuchung mit kursorischem Neurostatus ist unauffällig, ebenso das Labor. Erste Beurteilung: Essstörung mit leichter depressiver Begleitsymptomatik. Behandlung mit Fluoxetin. Zunächst weniger Essanfälle, psychisch etwas besser. Dann Stagnation. Mehrere Telefonate des Ehemanns: Seine Frau hänge nur noch zu Hause herum, die Geschäftsbuchhaltung, die sie bisher mit links gemacht habe, bleibe liegen. Es müsse etwas geschehen. Er wünscht die Überweisung an eine Fachpsychiaterin in der Stadt. Ich diktiere die Überweisung. Wie üblich liest man die wichtigsten Fakten aus der Krankengeschichte nochmals durch. Irgendwann kommt der Gedanke, ob ich wohl somatisch etwas übersehen haben könnte. Während die Anmeldung läuft, entschliesse ich mich für ein Schädel-CT. Diagnose: mandarinengrosses Meningeom frontal. Schon zwei Tage nach der Operation ist die Frau ein anderer Mensch, sie verliert so viel Gewicht, dass ich sie heute kaum mehr erkenne. Wäre doch unglaublich peinlich gewesen, wenn eine Psychiaterin ein Meningeom hätte diagnostizieren müssen. Gut, dass es noch ein Bauchgefühl gibt.

Telefon kommunizieren kann. Das ist für mich der grösste Profit von Fortbildungen. Natürlich wird viel Gescheites gesagt und mit Power gepointet. Aber Hand aufs Herz: In den meisten Fällen lassen sich die neuen Erkenntnisse in wenigen Sätzen zusammenfassen, eine eher magere Ausbeute für einen investierten Nachmittag. Deshalb sind mir die Kontakte mit Kollegen in der Pause eher wichtiger.

Faszinierende Schnittstelle

Selbstverständlich kann ich nicht davon ausgehen, dass meine Grundversorgerkollegen auch alle zu «Hybriden» werden. Was ich mir wünschen würde, wäre eine gründlichere somatische Abklärung. Ich begegne immer wieder Patienten, die zwar ein MRI hinter sich haben, jedoch noch nie wirklich klinisch untersucht wurden. Wenn ich dann einen klinischen Status durchführe, höre ich ab und zu «das hat noch keiner bisher gemacht». Eine Ferritinbestimmung und eine Bestimmung des TSH (Thyreoida-stimulierendes Hormon) scheinen mir bei depressiver Symptomatik ein Muss. Und nicht vergessen: Es gibt psychische Störungen, die kommen im somatischen Gewand daher, und es gibt somatische Störungen, die kommen im psychischen Mäntelchen daher. Da ist es von Vorteil, wenn man beide Welten einigermaßen kennt.

Depression als Systemkrankheit

Obwohl wir es besser wissen müssten, bleibt Depression so häufig ein psychisches Problem. Natürlich gibt es die Stimmungstiefs, die Antriebsstörung, wo man am liebsten nie mehr aus dem Bett kommt, die Schlafstörungen und was da alles dazugehört. Aber sind wir uns bewusst, dass dies eine Systemkrankheit ist, die zu enormen hormonellen Dysbalancen führt? Ich denke an den Hyperkortisolismus und den Mangel an Wachstumshormon. Depressive sind in hohem Mass somatisch gefährdet! Die Gefahr eines Depressiven, einen Herzinfarkt zu erleiden, ist rund fünfmal höher, und umgekehrt ist das Outcome eines depressiven Infarktpatienten massiv schlechter. Die Depression ist ein Risikofaktor in der ähnlichen Grössenordnung wie das Rauchen. Dabei bestehen die Hauptschnittstellen von Depression und kardiovaskulärem Risiko vorwiegend im Stresssystem mit seiner adrenergen Stimulierung und dem Hyperkortisolismus.

Aus meiner Sicht ist die Depression eine der belastendsten Krankheiten. Man HAT eine Appendizitis, eine Fraktur, aber man IST depressiv. Die Lebensqualität ist massiv eingeschränkt, die Suizidalität unbehandelt sehr hoch. Die gute Nachricht: Die Chancen einer Remission (von Heilung wage ich nicht zu sprechen) stehen sehr gut. Ich pflege den Patienten zu sagen: Jede Depression wird irgendwann besser, wir wissen nur noch nicht, wann. Zu erleben, wie ein Patient aus der Depression auftaucht und wieder ins Leben zurückkehrt, ist einer der beglückendsten Momente meiner ärztlichen Tätigkeit. ●

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Martin Jost

Winkelstrasse 30

8706 Meilen

E-Mail: mail@drjost.ch

Internet: www.drjost.ch

