

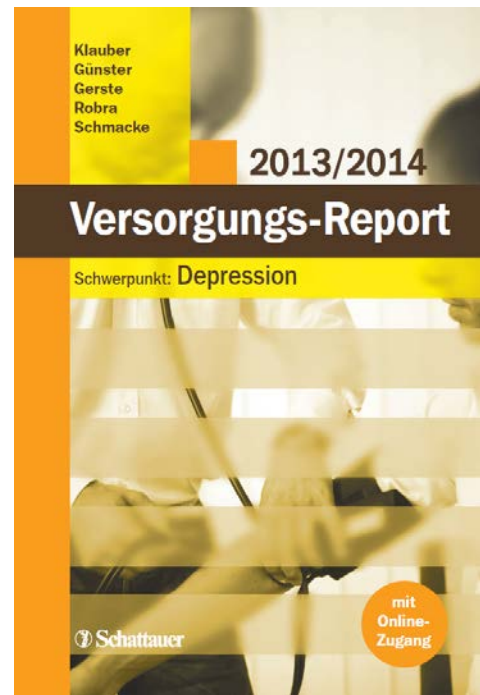
# Versorgungs-Report 2013/2014

## „Depression“

Jürgen Klauber / Christian Günster /  
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 7-19



<b>1</b>	<b>Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis .....</b>	<b>7</b>
	<i>Heinz-Harald Abholz und Norbert Schmacke</i>	
1.1	Krankheit oder normale Gefühlsvariante? .....	7
1.2	Unterschiedliche Ansätze zur „Krankheitsdefinition“ .....	8
1.3	Häufigkeitsbestimmung der Depression .....	9
1.3.1	Komorbidität Depression .....	10
1.3.2	Häufigkeiten .....	10
1.4	Behandeln? .....	13
1.5	Unterversorgung? .....	14
1.6	Der Umgang von Hausärzten mit Traurigkeit/Depression .....	15
1.7	Was tun? .....	17

# 1 Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis<sup>1</sup>

Heinz-Harald Abholz und Norbert Schmacke

## Abstract

Viele sind davon überzeugt, dass psychische Erkrankungen – vor allem Depressionen – in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben und dass die meisten Hausärzte dieser Herausforderung nicht gewachsen sind, weil sie vermeintlich die Probleme zu spät erkennen und die Patienten nicht rechtzeitig an Spezialisten für Psychiatrie oder Psychotherapie überweisen. Der Beitrag wird sich dieser Thematik widmen.

Many experts are convinced that psychiatric diseases – most of all depression – have significantly increased over the last few years. Allegedly, most general practitioners are not able to meet this challenge, since they seemingly diagnose the problem too late and thus fail to refer the patients to psychiatry or psychotherapy specialists. The paper will deal with this subject.

## 1.1 Krankheit oder normale Gefühlsvariante?

Bei psychischen Störungen generell ist es oft schwierig, zwischen „gesunden“, also angemessenen Gefühlsreaktionen und Stimmungslagen einerseits und krankhaften Störungen andererseits zu unterscheiden. In Bezug auf die Depression steht an einem Pol die Traurigkeit, am anderen Pol die Depression – ein Spektrum also, das von Traurigkeit über den Verlust eines lieben Menschen bis hin zur seit Tagen anhaltenden „grundlosen“ Frage geht, ob man sich nicht umbringen sollte. Dieses Fehlen eindeutiger Grenzen zwischen *gesund* und *krank* hat damit zu tun, dass wir in „Normalität“ und in „psychischer Krankheit“ auf die gleichen emotionalen und mentalen Qualitäten angewiesen sind, um uns zu erleben oder auszudrücken. Dabei gibt es wenige Dimensionen, zum Beispiel: Traurigkeit/Fröhlichkeit/Angst/Selbstsicherheit. Hinzu kommt: Realität so wie die Mehrheit zu sehen/Realität anders als die anderen zu sehen.

<sup>1</sup> Einige Passagen des Beitrags sind dem Artikel von Norbert Schmacke „Häufigkeit seelischer Erkrankungen – Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus“ in GGW 3/2012 entnommen.

Da es zur Feststellung des Krankhaften bei fast allen psychischen Störungen keine Laborwerte und keine technischen Untersuchungen gibt, ist man bei der Grenzziehung zwischen *krankhaft* und *gesund* darauf angewiesen, den Zustand eines Menschen in Bezug auf diese Dimensionen zu beobachten. Und damit haben wir noch keine Grenze zwischen *krank* und *gesund* gezogen. Hinzu muss kommen, dass man das, was beobachtbar oder abfragbar ist, so kategorisiert, dass man daraus eine Diagnose – zumindest die Abgrenzung zwischen krank und gesund – ableiten kann, obwohl die Übergänge fließend sind. Dies geschieht durch Diagnosevorgaben, das bedeutet in diesem Fall de facto Absprachen in der Gesellschaft und/oder in der Fachwelt.

Wie immer bei solchen Phänomenen gilt, dass die extremen Zustände des mentalen und emotionalen Erlebens und Agierens in der Regel leicht und von allen Beobachtern, aber auch meist von den Patienten selbst erkennbar sind und dann von allen auch als *krankhaft* oder *normal* identifiziert werden. In dem breiten Mittelfeld emotionaler oder mentaler Reaktionen und Empfindungen hingegen kann ein identisches Verhalten und Empfinden vom einen Beobachter oder Fachmann als *krank*, vom anderen als *gesund* bezeichnet werden (s. hierzu: Lane und Shyness 2007).

Solche „Unsicherheiten“ werden von Gesellschaften und insbesondere von denen, die damit professionell oder über ihre Interessenlage umgehen, nicht gut toleriert. Es müssen – nicht zuletzt im Sinne der Statuswahrung der Profession – vereinheitlichende und dabei zusammenfassende Diagnosekriterien geschaffen werden, bei denen man faktisch eine Punkteskala jeweils mit ja/nein „ausfüllt“ und am Schluss eine Diagnose ablesen kann. Subjektive Sichten – so wie oben beschrieben – werden dann auf eine scheinbar objektive Ebene gebracht.

Nun weiß man, dass Krankheitsdefinitionen oft sehr viel mit Interessen zu tun haben: Das sogenannte *disease mongering* (Moynihan et al. 2002), also die konzeptionelle Schaffung von Krankheiten, deren Charakteristika von vielen, auch von der Fachwelt, als Normvarianten betrachtet werden, ist ein solches Beispiel: Bestimmte Ärzte sowie die Pharma- und Geräteindustrie haben ein Interesse an solchen Ausweitungen (Sadler 2005); Krankenkassen, Betroffenenengruppen haben dies meist nicht.

## 1.2 Unterschiedliche Ansätze zur „Krankheitsdefinition“

Als eine sehr plausible Definition erscheint: Man kann dann von Depression sprechen, wenn die betroffene Person unter ihrer Stimmungslage von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit oder gar negativen Gedanken etc. **anhaltend leidet**. Hier wird also die betroffene Person zum Diagnosegeber. Mit einer solchen Definition wird das, was als Depression bezeichnet wird, stark abhängig vom kulturellen Umfeld: In einer „Spaßgesellschaft“ wird sehr schnell für viele etwas zur Depression, was noch wenige Jahre zuvor in dieser oder auch heute noch in anderen Gesellschaften als normale Reaktion und zum Leben gehörend angesehen wurde bzw. wird: freudige und traurige Ereignisse nebeneinander (Horwitz und Wakefield 2007). Es wird sogar nahegelegt, dass in diesem Spannungsfeld Kultur entsteht. In dem Truffaut-Film „Fahrenheit 451“ wurde schon vor 40 Jahren illustriert, wie eine Welt schrecklich

un-kulturell werden kann, wenn keine Traurigkeit und wenn keine Probleme mehr bestehen.

Eine verwandte Definition des Krankheitsbildes könnte sein, dass man dann von Depression als Krankheit spricht, wenn eine Person wegen ihres traurigen Gemütszustandes und der damit oft verbundenen weiteren Symptome **Hilfe verlangt und akzeptiert**. Hier muss die Person also entschieden haben, dass sie sich allein nicht mehr aus dem für sie nicht erträglichen Zustand herausbringen kann. Und man sollte diese „Definition“ nochmals erweitern: Man spricht dann von Depression als Krankheit, wenn eine Person wegen ihres traurigen Gemütszustandes **Hilfe verlangt und akzeptiert – und ihr dazu in mehreren Gesprächen von Behandler und Patient auch Gelegenheit gegeben wurde**.

Diese Ergänzung erscheint deswegen sinnvoll, weil sich das Krankheitsbild dem Patienten – z. B. aufgrund von Somatisierungen oder weil er sich dagegen wehrt, eine psychische Störung zu haben – oft nicht unmittelbar als psychische Störung erschließt (Gilbody 2011).

Üblicherweise aber wird eine Depression heutzutage nicht auf diese Weise, sondern nach einem gewichteten Kriterienkatalog von Symptomen einer Depression diagnostiziert. Diese sind im ICD oder dem amerikanischen DSM-IV (Diagnoseschlüssel mit Definitionsgewalt) festgehalten – und werden auch im zukünftigen ICD 11 so gehandhabt. Die dort aufgeführten Symptome sind nach dem Verständnis der Psychiater strukturierend für die Diagnosestellung und sie werden auch bei allen Studien in Form von Screening-Fragen zur Identifizierung von Depressiven benutzt. Diese Symptome werden allgemein auch mit Depression assoziiert gesehen: Traurigkeit; Frage, ob das Leben noch seinen Sinn hat; das Fehlen von Freude; Selbstmordgedanken etc.

Alle diese Fragen beziehen sich in fast allen Screening-Bögen auf die letzten 14 Tage und sie lassen keinen Kontext der Entstehung dieser Symptome zu. Aus dieser Zeitbegrenzung und dem Ausschluss eines Kontextes für die genannten Gemütszustände resultiert, dass man auch in Situationen, in denen man normalerweise mit Traurigkeit reagiert (Tod eines Freundes, verlassen werden, die Diagnose einer schweren Erkrankung erhalten etc.), auf diesen Bögen als depressiv abgebildet wird.

Nun geht es hier erst einmal um *Diagnose-Instrumente* – der Psychiater oder auch ein anderer Arzt kann dann im Gespräch mit dem Patienten differenzieren, also etwas vom Kontext der Symptome erfassen. Das Problem ist nur, dass die Definitionen nach ICD und nach DSM-IV die gleichen Kriterien enthalten wie die in einem Fragebogen oder einem so strukturierten ärztlichen Gespräch abgefragten, also auch unabhängig vom Kontext sind. Die Krankheitsdefinition erfolgt auch hier über die Erfüllung einer bestimmten Symptomzahl und deren Gewichtung (bestimmte Symptome bekommen mehr, andere weniger Punkte).

### 1.3 Häufigkeitsbestimmung der Depression

Aufgrund des Gesagten muss man also davon ausgehen, dass Depressionen immer dann in ihrer Häufigkeit überschätzt werden, wenn die „Diagnose“ auf Basis von Fragebögen gestellt wird, meist mit einem zeitlichen Bezug der letzten 14 Tage und

unter Aussparung des Kontextes der abgefragten Symptome. Ähnliches gilt – wenn auch in geringerem Ausmaß – auch für die Beurteilung der Schwere des angenommenen oder real vorhandenen Krankheitsbildes.

Neben diesen konzeptionellen Problemen gibt es noch ein weiteres Problem: Lässt man sich auf eine solche Symptomzählung und Gewichtung derselben ein, dann akzeptiert man nicht, dass es Menschen gibt, die eher nachdenklich bis sogar melancholisch sind und andere Menschen, die immer fröhlich bis zur Grenze der Hypermanie sind. Viele dieser Personen, die man bisher und auch in der Laienwelt – wie meist auch beim Hausarzt – als unterschiedliche Menschentypen, Persönlichkeiten gesehen hat, werden nun zu Kranken klassifiziert, selbst wenn sie unter ihrem Zustand nicht leiden, ihn für sich als normal ansehen und zumindest keine Hilfe einfordern (Horwitz und Wakefield 2007; Lane und Shyness 2007).

### 1.3.1 Komorbidität Depression

In verschiedenen Studien wurde immer wieder nachgewiesen, dass Patienten mit chronischen organischen Erkrankungen wie Diabetes, Karzinomen, rheumatischen Krankheiten etc. nach dem Stand der psychiatrischen Screening-Bögen im Vergleich zu Patienten ohne diese chronischen organischen Erkrankungen deutlich überhäufig auch eine Depression aufweisen. Dies kann sehr plausibel damit erklärt werden, dass das Wohlbefinden mit einer solchen chronischen Erkrankung in der Tat deutlich eingeschränkt sein kann. Aber es kann auch zu kausalen Zusammenhängen über biologisch verständliche Mechanismen kommen – wie es sich z. B. bei der Assoziation zwischen Diabetes mellitus Typ II und Depression zeigt. Danach bekommen Patienten mit einer Depression deutlich überhäufig in den Folgejahren einen Diabetes. Dasselbe geschieht auch umgekehrt: Patienten mit einem Diabetes mellitus, die bis zum Zeitpunkt der Erkrankung nicht depressiv waren, bekommen in den Folgejahren deutlich häufiger eine Depression als Patienten ohne einen Diabetes in der Vorgeschichte. Sowohl verhaltenspsychologische als auch neuro-endokrinologische „gemeinsame Veränderungen“ machen dies nach Studienlage nachvollziehbar (Wagner et al. 2012).

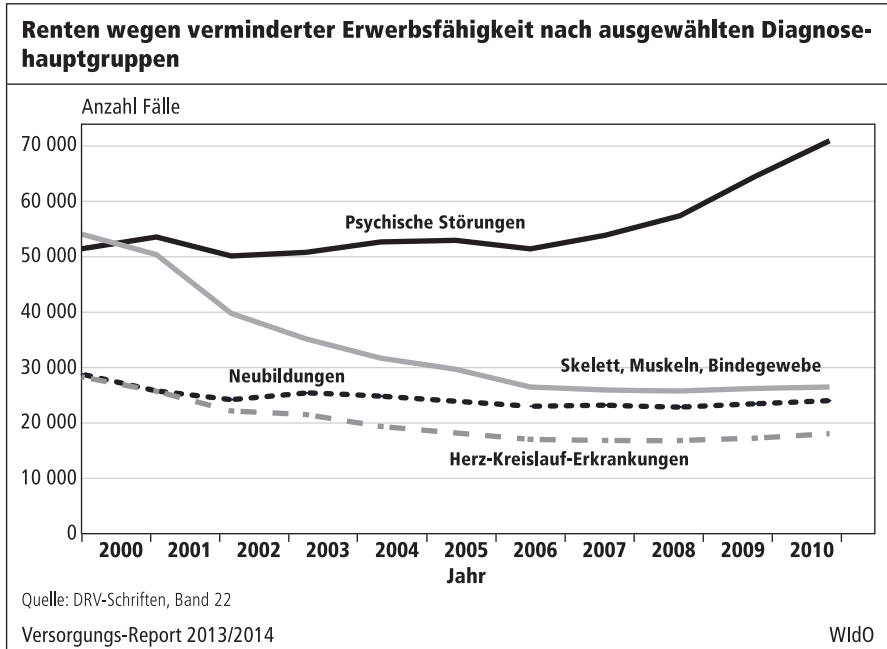
Aus solchen Assoziationen lässt sich ableiten, dass es zu den Aufgaben eines Arztes gehört, möglicherweise mehr als bei anderen Patienten auf die assoziierten Erkrankungen zu achten. Allerdings gelten all die einschränkenden Bemerkungen, die auch schon oben und außerhalb des Abschnitts zur Komorbidität gemacht wurden: Patienten müssen unter komorbider Depression leiden und sie müssen zu einer Behandlung bereit sein, die bei prinzipiell unbefristeter Gabe von Medikamenten beachtliche Nebenwirkungen aufweist.

### 1.3.2 Häufigkeiten

Vor dem geschilderten Hintergrund verwundert es nicht, dass Depressionen sehr häufig sein sollen, ja sogar bei zunehmender Aufmerksamkeit für diese Erkrankung zunehmen sollen. Gestützt wird diese Aussage hierzulande häufig auch auf Daten der gesetzlichen Krankenkassen.

Nun sind die Daten zur Zunahme der Kodierung von psychischen Störungen und damit einhergehenden Fehlzeiten nicht wegzudiskutieren. So „skandalös“ wie

Abbildung 1–1

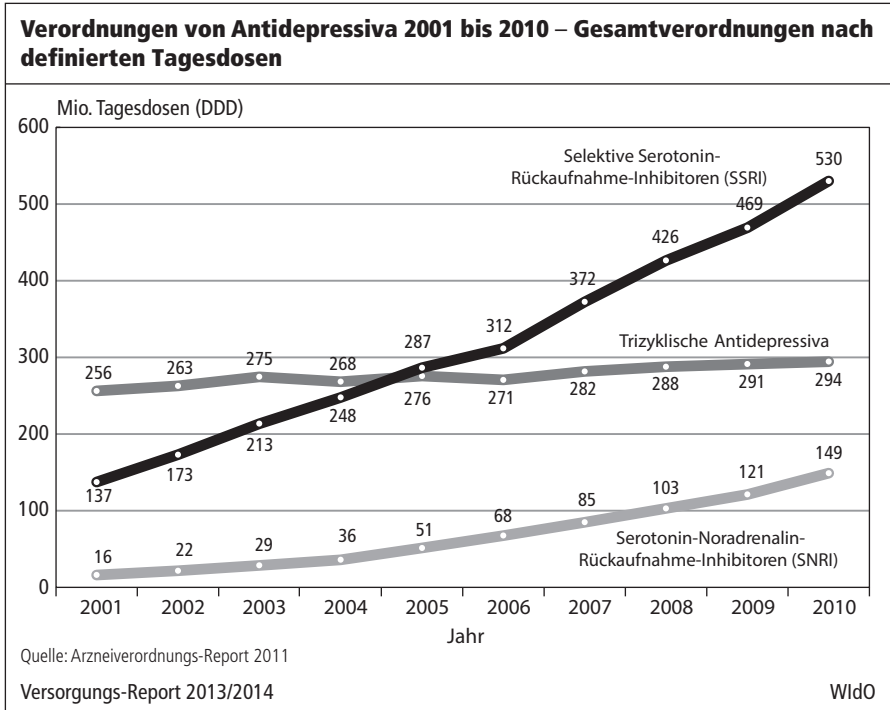


immer dargestellt sind diese Steigerungsraten aber auch wieder nicht, selbst wenn sie eine „echte“ Zunahme an seelischen Störungen abbilden sollten. Schaut man sich den Trend der Renten wegen Erwerbsminderung im letzten Jahrzehnt an, so entspricht die Zunahme der psychischen Störungen – mit der Depression als der häufigsten – nahezu vollständig der Abnahme von Erkrankungen des Bewegungsapparats (Abbildung 1–1). Es liegt nahe, dass sich hier in erheblichem Maße die zur Berentung führenden Diagnosen verändert haben, nicht aber die tatsächlich hinter den Diagnosen stehenden Erkrankungen. Dazu ist erklärend anzumerken, dass die Erkrankungen des Rückens, aber auch die der Muskulatur immer schon überwiegend als psychosomatische Erkrankung angesehen wurden und die Frage nach der Bedeutung degenerativer Ursachen oft sehr in den Hintergrund trat.

Dennoch wird aus den oben skizzierten Gründen engagiert um die Frage nach der „wahren“ Prävalenz gestritten, also nach dem Prozentsatz der Personen, die nicht nur in einem Symptom- oder Screening-Bogen oder in einem Interview als depressiv erscheinen, sondern die – einer alten, aber bewährten Krankheitsdefinition folgend – an ihrer Traurigkeit und weiteren Symptomen leiden und deswegen um Hilfe bitten. Dies ist meist mit der weiteren Frage danach verbunden, ob die „wahre“ Prävalenz zunimmt.

Es könnte historisch gesehen zu einem Anstieg der Prävalenzraten – selbst der realen, der „wahren“ Prävalenz – gekommen sein. So waren psychische Störungen bis vor drei Jahrzehnten ein stark tabuisiertes Thema, das in Deutschland vermutlich noch stärker als in anderen Ländern durch den menschenverachtenden Sozialdarwinismus und die Verfolgung und Ermordung psychisch Kranker durch das

Abbildung 1–2



NS-Regime geprägt war. Verfolgt und vertrieben wurde bekanntlich auch eine Vielzahl von Therapeuten wegen ihrer religiösen und/oder politischen Anschauungen. Der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ von 1975 (die so genannte Psychiatrie-Enquete im Auftrag des Deutschen Bundestages) kennzeichnete in Deutschland einen ersten Wendepunkt hin zu einer dezidiert patientenorientierten Versorgung. In diesem Zusammenhang wurden die psychosozialen Grundlagenfächer in der Approbationsordnung für die heranwachsende Generation von Ärztinnen und Ärzten verankert. Damit wurde es über die Zeit leichter, sich zu seiner Depression – als Leiden – zu „bekennen“ und es wurde auch für Ärzte leichter, eine solche Diagnose zu stellen.

Inzwischen ist es umgekehrt sogar so, dass Ärzte mittels der Werbung der Pharmaindustrie massiv auf die Depression als – mit Medikamenten – behandlungspflichtige Erkrankung ausgerichtet werden. In allen entwickelten Gesundheitssystemen findet sich ein dramatischer Anstieg gerade der Mengen von Antidepressiva – Verdopplungen bis Verdreifachungen innerhalb von 20 Jahren sind die Regel (Abbildung 2–2).

Beides zusammen – die frühere Tabuisierung und die „Popularisierung“ des Krankheitsbildes heute – könnte in der Tat die in Studien bestimmbare Erhöhung der Prävalenz erklären. Aber die Frage, ob es sich hier immer um ein Leid handelt, das der Behandlung bedarf, bleibt weiter bestehen.



## 1.4 Behandeln?

Erst seit wenigen Jahren wächst wiederum die Skepsis, ob das, was über Screening-Bögen und über die formale Diagnosestellung mittels Symptomzählens als depressiv bezeichnet wird, überhaupt einen kranken Menschen beschreibt, der zudem noch in der Mehrzahl der Fälle von einer Medikamentengabe profitiert. Noch immer sind die Analysen von Moncrieff und Kirsch (2005), zweier prominenter Kritiker des unkritischen Einsatzes von Antidepressiva, weitgehend unbekannt – oder sie werden als lästiges Infragestellen von Verschreibungsroutinen abgeheftet (zur Relativierung des Nutzens von Antidepressiva s. auch Pigott et al. 2010). Aber nach deren und anderen Analysen gilt: Antidepressiva sind nur bei schweren Depressionen der Placebo-Gabe überlegen, der Langzeitnutzen ist längst nicht so gut belegt wie die Kranken und ihre Angehörigen das vermutlich meinen. Eine unkritische Langzeitgabe fördert vielleicht sogar die Chronifizierung von Depressionen (Fava und Offidani 2011).

Es besteht aller Wahrscheinlichkeit nach vielfältiger Anlass, den medikamentösen Therapieansätzen bei Depressionen in der Medizin im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Speziellen kritisch gegenüberzustehen. Wie aber sieht es mit den psychotherapeutischen Verfahren aus? Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen stehen in einem teils heftigen Konkurrenzkampf zueinander, ohne dass dieser Streit mangels guter Studien auf wissenschaftlicher Basis ausgetragen werden könnte. Jede Schule ist davon überzeugt, „richtig“ zu handeln. In welche dieser Schulen ein Kranker im Rahmen der deutschen Richtlinienpsychotherapie gelangt, ist weithin zufällig oder von sozialen Kriterien abhängig (Melchinger 2009).

So kommt man zu dem Ergebnis: Die Frage nach angemessenen Behandlungsformen ist für psychische Störungen noch schlechter zu beantworten als für somatische Störungen. Ergebnisse aus der Therapieforschung werden noch weitgehend ignoriert, auch wenn die Notwendigkeit, zuverlässigere epidemiologische und therapeutische Daten zu gewinnen, z. B. vom BMBF gesehen und in Förderprogrammen in Ansätzen umgesetzt wurde. Vor allem die Daten zu Nutzen und Risiken der Antidepressiva finden jedoch keinen Niederschlag im Verschreibungsverhalten: Das Verordnen eines Medikaments ist offenkundig häufig der einfachste Weg, auf geschilderte Beschwerden psychisch beeinträchtigter Menschen zu reagieren.

Aber auch die Forschungslage zur Psychotherapie wird in der Praxis nicht angemessen aufgegriffen. Psychotherapeuten, die den Weg zur Richtlinienpsychotherapie geschafft haben, wenden die von ihnen erlernten Verfahren an, ob es Nutzenbelege für das jeweilige Krankheitsbild gibt oder nicht. Neue Studien, die helfen könnten, Psychotherapie differenzierter als bisher einzusetzen, sind rar.

Gemessen an den Budgets, welche die pharmazeutische Industrie in ihre Zulassungsstudien steckt, sind die Gelder für Therapie- und Versorgungsforschung lächerlich gering. An diesem Mangel ist bekanntlich auch die Einführung der Gesprächspsychotherapie gescheitert, obwohl sie gerade bei der Behandlung von Depressionen nach der auch vom G-BA gewürdigten Studie von Ward et al. (2000) als keineswegs schlechter als medikamentöse und andere psychotherapeutische Verfahren beurteilt wurde.



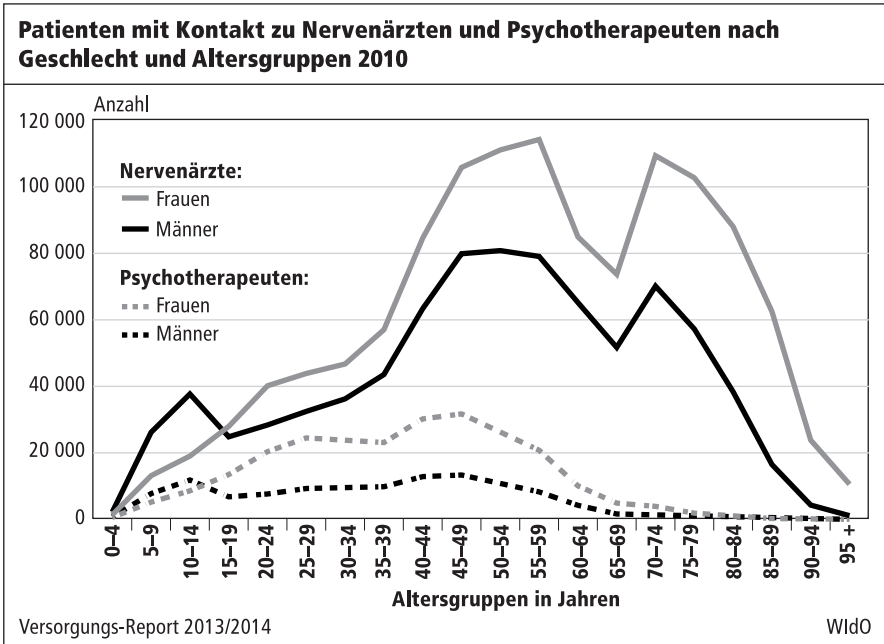
## 1 1.5 Unterversorgung?

Dass die Landespolitiker dennoch konstant über Unterversorgung klagen, darf nicht verwundern. Kammerpräsident Rainer Richter forderte jüngst 4000 zusätzliche Psychotherapeuten für Deutschland (FAZ, 11.05.2012). Aber auch durch die Gesundheitsberichterstattung der großen gesetzlichen Krankenkassen wie der Rentenversicherung wird der Eindruck geweckt, Deutschland sehe sich einer dramatischen Welle psychischer Störungen ausgesetzt. Festgemacht wird diese skandalisierende Berichterstattung vor allem am Anwachsen der AU-Tage und Berentungen aufgrund von seelischen Erkrankungen. Verbunden wird diese nunmehr jährliche Öffentlichkeitsarbeit der Kassen und der Rentenversicherung mit unterschiedlich akzentuierten Lösungsvorschlägen, die von der Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung bis zu Verträgen der integrierten Versorgung reichen. Im Bereich der Kommunen – ausgehend von Nürnberg – wurden im letzten Jahrzehnt „Bündnisse gegen Depression“ gegründet, die auf der einen Seite verdienstvoll sind, weil sie das Thema enttabuisieren, auf der anderen Seite aber problematisch, da sie – nach Durchführung einer wenig aussagekräftigen Studie – einen unrealistisch hohen Nutzen eines mehrdimensionalen Ansatzes unterstellen. Danach läge eines der Hauptprobleme darin, dass Hausärzte nicht sensibel genug diagnostizierten und nicht früh genug an Fachärzte für Psychiatrie überwiesen. Die Autorengruppe relativiert die „positiven“ Ergebnisse (Senkung der Suizide in einem Jahr um 20 Prozent) später zwar in einer englischsprachigen Zeitschrift (Hübner-Liebermann et al. 2010), kommuniziert diese Botschaft aber in deutschen Medien fortlaufend falsch weiter.

Wie bedeutsam die Frage ist, ob sich hinter einer (verordneten) Therapie tatsächlich eine behandlungsbedürftige seelische Störung verbirgt, mag auf den ersten Blick verstörend wirken. Kessler et al. (2005) haben anhand von Primärdaten bei einem repräsentativen Sample von US-Bürgerinnen und Bürgern exemplarisch den Beweis geführt, dass dort eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nur in der Hälfte der Fälle ausreichend diagnostisch abgesichert war. Im weiteren Zusammenhang deuten sie ihre Daten wie folgt: Es besteht ein gravierendes Missverhältnis zwischen Über- und Fehlversorgung bei leicht beeinträchtigten Menschen und einer deutlichen Unterversorgung bei schwer psychisch Kranken. Dass es wichtig ist, derartige Untersuchungen durchzuführen, legen auch Versorgungsdaten von AOK-Versicherten nahe: Die außerordentlich alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmedaten werfen die Frage auf, ob die Verteilung von Psychotherapeuten versus medikamentös ausgerichteter Behandlung tatsächlich dem Bedarf und dem erwartbaren Nutzen entspricht. (Abbildung 1–3; die Diskrepanzen finden sich im GEK-Report 2007 noch stärker ausgeprägt).

Wie wichtig es ist, mehr Klarheit über die tatsächliche Prävalenz psychischer Störungen und das Ausmaß von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Kontrast zu angemessener Versorgung zu erhalten, zeigen auch die epidemiologischen Studien im Gefolge der U. S. Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study (Bijl et al. 2003). Danach spricht viel dafür, dass die größte Aufmerksamkeit der Behandlungssysteme sich auf die leichten „Fälle“ psychischer Störungen richtet, einschließlich der Personen, bei denen eine ICD-Diagnose fragwürdig erscheinen kann, während im Bereich besonders schwer beeinträchtigter Menschen tendenziell Unterversorgung zu beobachten ist.

Abbildung 1–3



Dieser Befund muss zu denken geben, wenn mehr Ressourcen für die Behandlung und Begleitung psychisch Kranker verlangt werden: Die Gelder fließen leider nicht automatisch in die richtige Richtung, da es unproblematischer ist, das Leistungsspektrum für leicht beeinträchtigte Ratsuchende zu erweitern als für diejenigen, bei denen spürbare therapeutische Fortschritte oft schwer zu erreichen sind. In diesem Zusammenhang sei auf Forschungsprojekte zum „Stepped-Care-Ansatz“ von Depressionen hingewiesen (Franx et al. 2009; 2012), die genau darauf abzielen, die Therapieintensität dem tatsächlichen Bedarf nach Schweregrad der Beeinträchtigungen anzupassen.<sup>2</sup>

## 1.6 Der Umgang von Hausärzten mit Traurigkeit/ Depression

Hausärzte kennen in der Regel – und dies ist der Unterschied zum Spezialisten – aufgrund der Kontinuität der Betreuung, der Niedrigschwelligkeit ihres Gesprächsangebots sowie der oft gewachsenen Beziehung zu ihren Patienten die Zusammen-

<sup>2</sup> Siehe für Deutschland vor allem <http://www.psychenet.de/ueber-psychenet/teilprojekte/depression.html>.

hänge zwischen emotionalen Zuständen – so auch Traurigkeit – und deren Auslösern aus dem psychosozialen Umfeld der Patienten.

Zudem interpretieren Hausärzte – auch schon wegen ihrer Arbeitsbedingungen in einem sog. Niedrigrisiko-Bereich – Symptome und Befunde in der Regel aus dem Kontext eines Patienten und seiner Geschichte (Montgomery 2006). Damit handeln sie völlig anders (Sielk und Abholz 2005), als es die Vorgabe zur psychiatrischen Diagnosestellung nach ICD und DSM-IV vorsieht, nämlich zu einer Diagnose ohne Kontextbezug zu kommen. Daraus erklärt sich, dass weltweit und seit Jahren gilt: In Hausarztpraxen werden rund 50% der Patienten, die gemäß Screening-Instrumenten eine Depression haben, nicht als solche angesehen (Becker und Abholz 2005; Mitchell et al. 2009; Sielk et al. 2009).

Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die Behandlung: Aus Sicht der Psychiatrie werden zu wenig Patienten behandelt und bei diesen wird zudem medikamentös unterdosiert (Schürer-Maly und Abholz 2008). Dabei weiß man aber inzwischen (s. o.), dass dies offensichtlich aufgrund von Erfahrungen der Ärzte geschieht: Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen sprechen nicht oder nicht gut auf Antidepressiva an, die Betroffenen leiden häufiger und stärker unter unerwünschten Wirkungen als die an schweren Depressionen Erkrankten und erstere ziehen weniger Nutzen aus der Medikation als letztere.

Aus Untersuchungen (Becker et al. 2009; Pilars de Pilar et al. 2012) wissen wir inzwischen auch, warum dies so ist. Hausärzte sehen Traurigkeit oft als normale Reaktion auf ein „trauriges Ereignis“ – also im lebensgeschichtlichen und/oder sozialen Kontext – und zumindest erst einmal nicht als krankhaft an. Zum anderen unterscheiden sie – ebenso wie die Mehrzahl der Bevölkerung und der Patienten (Cornford et al. 2007) – zwischen eher lustigen, lebensfrohen und nachdenklichen bis leicht melancholischen Menschen. Schließlich urteilen sie – wie immer in der Allgemeinmedizin – nachdem sie sich die Frage beantwortet haben, ob eine Behandlung mit Psychopharmaka überhaupt von dem Patienten akzeptiert würde bzw. einen Nutzen zu haben verspricht. Ist dies nicht so, interessiert die Diagnose nicht oder nur sehr sekundär. (Kendrick et al. 2005; 2009; Becker et al. 2009; Pilars de Pilar et al. 2012)

Außerdem ziehen Hausärzte in Erwägung, dass die Diagnose Depression eine negative Konnotation beinhaltet und damit eine Kränkung der betroffenen Person bedeuten kann (Becker et al. 2009; Pilars de Pilar et al. 2012).

Nach den Erfahrungen von Hausärzten lehnen die meisten Patienten mit leichten und mittelschweren Störungen die medikamentöse Behandlung wegen realer oder zugeordneter Nebenwirkungen ab oder brechen eine begonnene Behandlung ab (Hunot et al. 2007; Hyde et al. 2005; Schürer-Maly und Abholz 2008). Vergleiche zur besseren Compliance beim Psychiater sind wegen der Personenselektion (wer lässt sich zum Psychiater überweisen, wer nicht) kaum möglich (van Voorhees et al. 2003).

In einer deutschen Untersuchung (Pilars de Pilar et al. 2012) wurde auch gezeigt, dass Hausärzte bei Patienten, bei denen gemäß Screening-Bogen eine Depressionsdiagnose vorlag, die Beschwerden nicht so bezeichneten und die Ärzte also anscheinend eine Depression „übersehen“ hatten, bei den entsprechenden Patienten aber dennoch psychische Probleme erkannten. Auch unterstützten die Hausärzte solche Patienten, indem sie Gesprächsbegleitung anboten und durchführten oder andere

Hilfsmaßnahmen für den Patienten organisierten. Es wurden – so auch die Aussagen der Ärzte – Probleme behandelt, nicht Diagnosen (s. auch: Pond et al. 1990).

Dabei ist interessant, dass zumindest deutsche Ärzte – aus dem Ausland sind Studien dazu nicht bekannt – nicht mehr wie noch vor Jahren zu wenig „Psycho-Diagnosen“ vergeben (Hager und Abholz 2005), sondern bei einem nennenswerten Anteil ihrer Patienten sogar „psychische Probleme“ als gegeben ansehen und behandeln, bei denen der Screening-Fragebogen solche nicht ausweist (man beachte: Die Bögen fragen die letzten 14 Tage ab) (Becker et al. 2009; Pilars de Pilar et al. 2012).

## 1.7 Was tun?

Wenn unstrittig ist, dass heute erfreulicherweise seelische Not nicht mehr so stark wie früher stigmatisiert wird, dann muss ernsthaft darüber diskutiert werden, wie man sich dem Ziel einer angemessenen Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen seelischen Problemen und Erkrankungen nähern kann. Besonders lohnend wäre nach Auffassung der Autoren eine Intensivierung der Forschung in folgenden Bereichen:

- Erforschung der Perspektive von seelisch Kranken und ihres primären sozialen Netzwerks hinsichtlich ihrer Probleme und ihrer Erfahrungen mit dem Versorgungssystem, was primär mit qualitativen Methoden zu erfolgen hat. Es ist sehr erstaunlich, dass qualitative Forschung, die schon bei somatischen Erkrankungen eine untergeordnete Rolle spielt, bei seelischen Erkrankungen kaum entwickelt ist.
- Ermittlung des mittel- und langfristigen Nutzens von Antidepressiva als alleiniger Therapie und in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren. Hier herrscht in der Praxis bisher eine Polypragmasie vor, die ganz maßgeblich etwas damit zu tun hat, dass Studien längerer Reichweite die Ausnahme darstellen.
- Ermittlung des mittel- und langfristigen Nutzens der heute von der GKV finanzierten Methoden der Richtlinienpsychotherapie bei unterschiedlichen Beschwerdebildern und Beschwerdegraden. Auch muss wissenschaftlich ermittelt werden, wie die unterschiedliche Klientel bei Psychotherapeuten und Psychiatern in Bezug auf eine Diagnose – wie z. B. die Diagnose Depression – zustande kommt. Die deutsche Praxis der Psychotherapiebewilligungen ist weltweit einmalig und ausschließlich kulturell-historisch und sozialpolitisch begründet. In keinem anderen Versicherungssystem auf der Welt werden Langzeittherapien so umfangreich finanziert wie in der GKV.
- Die Entwicklung eines tragfähigeren Systems von Kriseninterventionsmöglichkeiten, da das bestehende Netz an Psychotherapeuten und sozialpsychiatrischen Diensten offenkundig nicht ausreichend belastbar ist. Es besteht in Deutschland, vereinfacht gesagt, kein der somatischen Medizin vergleichbares und evaluiertes „Notfallsystem“ für seelische Krisen.
- Verbesserung des Wissens, wie Hausärzte in Bezug auf die Versorgung von seelischen Störungen – auch Depressionen – vorgehen. Es steht außer Frage, dass die Allgemeinmedizin in Zukunft wegen der weiter steigenden Lebenserwartung eine noch zentralere Rolle bei seelischen Befindlichkeitsstörungen und

Krankheiten spielen wird. Hier geht es auch um die Entwicklung eines Netzes zwischen Hausärzten und Psychiatern auf lokaler Ebene, das eine Kooperation ermöglicht, die nicht allein auf Überweisungen beruht.

- Verbesserung des Wissens um den Beitrag anderer Fachberufe in Versorgungskonzepten. So ist die Rolle der psychiatrischen ambulanten Pflege nicht gut evaluiert. Das Beispiel der Soziotherapie zeigt, wie wenig zielführend es ist, in einem Top-Down-Ansatz ein nicht ausreichend evaluiertes Berufsbild in der psychiatrischen Versorgung zu implementieren.

## Literatur

- Abholz HH. Warum lassen sich Hausärzte so leicht der Vernachlässigung in der Patientenversorgung überführen? Berechtigte Kritik oder Missverständnis des Faches. *Z Allg Med* 2005; 81: 397–404.
- Bär T, Tophoven C. Psychische Erkrankungen im Fokus der Krankenkassen – eine Analyse der Gesundheitsberichte seit 2000. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 64; 2010: 38–48.
- Becker N, Abholz HH. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2005, 81: 474–81.
- Becker N, Streng M, Sielk M, Pilars de Pilars M, Abholz HH: Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine Qualitative Interviewstudie. *Z Allg Med*. 2009, 85: 31–9.
- Bijl RV et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 2003; 22: 122–33.
- Cornford CS, Hill A, Reilly J. How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Fam Pract* 2007; 24: 358–64.
- Fava GA, Offidani E. The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35: 1593–602.
- Franx G, Meeuwissen JAC, Sinnema H et al. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *International Journal of Integrated Care* 2009; 9: 1–11.
- Franx G, Oud M, de Lange J et al. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implementation Science* 2012; 7: 8.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Abschlussbericht der AG „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression“. Berlin 2011, [http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17\\_Versorgungsorientierung\\_Bericht.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf).
- GEK-Report „Ambulant-ärztliche Versorgung“ 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. November 2007. [http://www.lpk-bw.de/archiv/news2008/pdf/071130\\_gek\\_report\\_2007.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2008/pdf/071130_gek_report_2007.pdf).
- Gilbody S: Depression in primary care. In: Gilbody S, Bower P: Depression in primary care. Cambridge: Cambridge Univ. Pr. 2011.
- Hager WC, Abholz HH. Zur Prävalenz von Depression und Angststörung in der Hausarztpraxis – eine Sekundärauswertung. *Z Allg Med* 2005; 81: 482–5.
- Hegerl U, Althaus D, Niklewski D, Schmidtke, A. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100: 2732–7.
- Horwitz AW, Wakefield JC. The loss of sadness – How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press 2007
- Hunot V, Horne R, Leese M, et al. A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care. *J Clin Psychiatry* 2007; 9: 91–99.
- Hübner-Liebermann B, Neuner T, Hegerl U, Hajak G, Spiessl H. Reducing suicides through an alliance against depression? *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 514–8.

- Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, et al. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 755–62.
- Jacobi F. Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie* 34: 2009: 17–28
- Jacobi F. Psychische Störungen als Kostenfaktor in der Arbeitswelt. [http://psychiatrie.de/data/pdf/3a/07/00/Referat\\_Dr\\_Jacobi\\_Symposium\\_Berlin\\_081006.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdf/3a/07/00/Referat_Dr_Jacobi_Symposium_Berlin_081006.pdf).
- Kendrick T, King F, Albertella L, et al. GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract* 2005, 55: 280–6.
- Kendrick T, Dowrick C, McBride A et al. Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. *BMJ* 2009; 338:b750 doi: 10.1136/bmj.b750 (published 19 March 2009).
- Kessler RC et al. Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *NEJM* 2005; 352: 2515–23.
- Lane C. *Shyness – How normal behaviour became sickness*. New Haven/London: Yale University Press 2007.
- Melchinger H. Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. *Z Allg Med* 2009; 85: 247–52.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609–19.
- Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ* 2005; 331: 155–9.
- Montgomery K. *How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine*. Oxford University Press 2006.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Sealing sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886–91.
- Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, Boren JJ. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 267–79.
- Pilar de Pilar M, Abholz HH, Becker N, Sielk M. Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? *Psychiatr Prax* 2012; 39: 71–8.
- Pond CD, Mant A, Bridges-Webb C, Purcell C, Eylan EA, Hewitt H, Saunders NA. Recognition of Depression in the Elderly: A Comparison of General Practitioner Opinions and the Geriatric Depression Scale. *Family Practice* 1990; 7: 190–4.
- Richter D. *Social Change and Mental Health: On the Macrosociology of Mental Disorders*.
- Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis* 35; 2008: 321–30.
- Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. New York: Oxford University Press 2005.
- Schmacke N. Häufigkeit seelischer Erkrankungen – Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus. *GGW* 2012; 3: 7–15.
- Sielk M, Abholz HH. Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? *Z Allg Med* 2005, 81: 486–90.
- Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, Pilar de Pilar M, Abholz HH. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinpraxis – ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. *Psychiatr Praxis* 2009, 36: 169–74.
- Spießl H, Jacobi F. Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis* 35; 2008: 318–20.
- Schürer-Maly CC, Abholz HH. Hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depression: Wie, warum und mit welchem Erfolg? Eine systematische Literaturübersicht. *Z Allg med.* 2008; 84: 327–35.
- Van Voorhees B, Cooper L, Rost K, et al. Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *JGIM* 2003; 18: 991–1000.
- Wagner G, Icks A, Albers B, Abholz H-H. Diabetes mellitus Typ 2 und Depressivität: Was ist ursächlich für was? Eine systematische Literaturübersicht. *Dtsch Med Wschr* 2012; 137: 2012; 137: 523–8.
- Ward E, King M, Lloyd M et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. In: *Clinical effectiveness*. *BMJ* 2000; 321: 1283–388.
- Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A, Kriz D, Glahn EM, Völkle MC, Böhnke JR, Köck K, Bittermann A, Ruprecht T. *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.