

Hausärztliche Depressionsbehandlung



Professor Dr. Manfred Wolfersdorf

In der Sitzung der gemeinsamen Kommission „Prävention“ von Bayerischer Landesärztekammer (BLÄK) und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns (KVB) zum Thema „Depression“ referierte Professor Dr. Manfred Wolfersdorf, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Depressionszentrum des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, und langjähriger Vorsitzender des Arbeitskreises Depressionsstationen in Deutschland/Schweiz zur aktuellen Situation der Depressionsbehandlung im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Ausgangsbedingungen

Der Anteil depressiver Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ist hoch; die Stichtagsprävalenz liegt bei ca. 10 %, die Lebenszeitprävalenz reicht bis 25 %. Damit ist die Depression eine gesundheitspolitisch und wirtschaftlich wichtige Erkrankung. Nach der WHO „Global Burden of Disease“ (1998) wird die Depression in der Rangordnung der durch Krankheit behinderten Lebensjahre in wenigen Jahren an vorderer Stelle stehen. Der DAK-Gesundheitsreport 2002 zeigt eine massive Zunahme der Krankschreibungen durch affektive Störungen. Die Depression gilt als führende Erkrankung bei Suiziden; bis zu 60 % der Suizidenten litten zum Zeitpunkt des Suizides an einer Depression.

Depressionen sind im Wesentlichen rezidivierende Erkrankungen (70 bis 85 %), 20 bis 30 % verlaufen anhaltend mindestens zwei Jahre („chronische“ Depression) und die Suizidmortalität der Depression liegt über alle Depressionsstadien bei ca. 4 %, bezogen auf die sehr schweren Verlaufsformen auch heute noch bei bis zu 15 % in einer Kohorte depressiv kranker Menschen.

In hausärztlicher Behandlung sind 60 bis 70 % aller Depressiven, wobei in versorgungsepidemiologischen Studien teilweise ein unzureichendes Erkennen, Fehl- bzw. Nicht-Diagnostik, und eine teils unzureichende Behandlung beklagt wird. Das heißt zum

Beispiel keine Antidepressiva, zu kurz, zu niedrige Dosierung; keine Psychotherapie; keine rehabilitativ-psychoedukativen Behandlungsmaßnahmen, wie Arbeitserprobung, Leistungsdiagnostik, Begleitung am Arbeitsplatz, Regelung familiärer Aspekte und Ähnliches. Das Kompetenznetz Depression unter der Leitung von Professor Dr. Ulrich Hegerl, LMU München, beklagt seit Jahren die zu geringe Erkennensrate und die geringere Rate suffizienter Behandlung mit Antidepressiva. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Optimierung der Erkennensrate und der Therapierate und die Notwendigkeit präventiver Ansätze.

Eine Verbesserung der Depressionsbehandlung lässt sich insgesamt sinnvoll auf drei Ebenen verwirklichen:

- der Ebene der Allgemeinbevölkerung – zum Beispiel Antistigma-Bewegung – ,
- auf der Ebene der professionell nicht-ärztlichen Helfer, zum Beispiel im Bereich der Gemeindepflege, der Sozialstationen, der

Altenpflege, bei den nicht-ärztlichen psychosozialen Berufen, in den Kirchengemeinden und bei den Theologen und Ähnliches

- sowie auf der Ebene der hauptsächlichen Versorger, der so genannten „Hausärzte“.

In der Abbildung sind mögliche Konsequenzen zu einer globalen Verbesserung (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zusammengestellt.

Aktuelle Situation

In Deutschland beschäftigen sich eine Reihe von Gruppen mit der Thematik „Verbesserung der Depressionsbehandlung“. An erster Stelle ist hier das in München angesiedelte Kompetenznetz „Depression“ unter der Leitung von Professor Dr. Ulrich Hegerl, LMU München, mit dem „Bündnis gegen Depressionen e. V.“ zu nennen. Dieses Mehr-Ebenen-Konzept des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ ist inzwischen deutschlandweit bekannt und hat sich in den ersten



Abbildung: Modell möglicher Verknüpfungen in der stationären Depressionsbehandlung.

beiden Interventionsjahren als Aufklärungskampagne zum Thema Depression und als suizidpräventive Maßnahme erfolgreich gezeigt. Die Akzeptanz bei den professionellen Versorgern und deren Kooperationsbereitschaft war groß. In den ersten 24 Monaten der Kampagne haben in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen vor Ort rund 90 Fortbildungsveranstaltungen und über 40 öffentliche Veranstaltungen stattgefunden.

Bei repräsentativen Bevölkerungsumfragen nach zehn Monaten zeigte sich, dass das öffentliche Bewusstsein bezüglich des Themas „Depression“ deutlich erweitert werden konnte. Eine Zweijahresevaluation im Vergleich zur Baseline und zur Kontrollregion gab zudem einen signifikanten Rückgang suizidaler Handlungen an, wobei Suizidversuche insgesamt um 26 % zurückgegangen waren und auch die Anzahl der Suizide in Nürnberg sank. Eine statistisch signifikante Veränderung der Suizidrate konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. 2002 wurde der gemeinnützige Verein „Bündnis gegen Depression e. V.“ gegründet, unter dessen Dach die bayern- und bundesweite Ausdehnung des Projektes vorangetrieben werden soll. Basierend auf den im Rahmen des Nürnberger Pilotprojekts entwickelten Konzepten konnten allein in Bayern mit Cham, Erlangen, Fürth, Ingolstadt, Kempten und Regensburg sechs eigenständige lokale Initiativen ins Leben gerufen werden. Zahlreiche weitere Städte und Regionen deutschlandweit haben Interesse bekundet, eine Ausweitung in andere europäische Nachbarländer ist in Vorbereitung. Des Weiteren wurde ein Projekt zur Schulung von Altenpflegekräften als Partner in der Erkennung der Altersdepression und in der Suizidprävention begonnen. Hier werden 300 Fortbildungsveranstaltungen für insgesamt ca. 6000 Altenpflegekräfte von speziell geschulten Referenten durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert (Förderung durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz; Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“).

In Baden-Württemberg sowie Bayreuth (Bayern) wurde über mehrere Jahre ein stationäres Projekt zur „Qualitätssicherung der stationären Versorgung depressiver Patienten“ durchgeführt und evaluiert (zum Beispiel M. Härter und M. Berger, Freiburg i. Breisgau, M. Wolfersdorf und A. Heindl, Bayreuth). Die Ergebnisse eines ambulanten Projektes „Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis“ vor dem Hintergrund der Erfahrungen in ambulanten Qualitätszirkeln zur Depressionsbehandlung wurden vor kurzem von Härter et al. (2003) vorgestellt.

Seit über zwanzig Jahren existieren in Deutschland im stationären Bereich so genannte Depressionsstationen/Depressionszentren an Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, ähnliche Modelle an Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich der stationären und teilstationären und in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen auch der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung schwer depressiv kranker Menschen widmen (derzeit ca. 90 Depressionsstationen mit jährlich 9000 bis 18 000 Aufnahmen; M. Wolfersdorf, Leiter Arbeitskreis Depressionsstationen Deutschland/Schweiz). Und als weiteres Beispiel seien die Awareness-Veranstaltungen des Bundesverbandes der Nervenärzte bzw. des Bundesverbandes der Psychiater Deutschlands (BVND, BVPD) zur Depressionsbehandlung genannt. Einen ähnlichen Ansatz hat der Berufsverband Deutsche Neurologen mit Unterstützung eines pharmazeutischen Unternehmens in seiner Fortbildungsreihe „Depressionen in der Hausarztpraxis: Symptomatik – Diagnostik – Therapie“ Anfang dieses Jahres gestartet.

In der Sitzung der Kommission „Prävention“ von BLÄK und KVB am 4. Februar 2004 wurde insbesondere das Modell „Hospitalation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf einer Depressionsstation“ diskutiert. Die Erfahrungen des Referenten beruhen auf über zehn Jahre Durchführung derartiger eintägiger Hospitalationsveranstaltungen für eine kleine Gruppe (vier bis sechs „Hausärzte“), die einen ganzen Tag auf einer Depressions-

station verbringen, dort an Einzelgespräch, Gruppenpsychotherapie, Patientenversammlung sowie konkreter, am Einzelfall orientierter diagnostischer und therapeutischer Überlegung teilnehmen. Diese „Hospitalationstage“ wurden drei- bis viermal pro Jahr in der jeweiligen Klinik durchgeführt, von 9.00 Uhr vormittags bis 18.00 Uhr abends, wobei Ziel die Vermittlung diagnostischer und therapeutischer (Psychopharmakotherapie, psychotherapeutisch orientierter Umgang mit den Patienten, Diagnostik und Umgang mit Suizidalität, langfristige Behandlungsplanung und Begleitung eines Patienten, Kriterien für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit und Anderes) Fertigkeiten war. Die Veranstaltungsreihe war sehr beliebt und wurde von manchen Ärzten in der Region öfters wahrgenommen. Die Planung und Durchführung derartiger Hospitalationstage ist in den bayerischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie durchaus gut vorstellbar, insbesondere dort natürlich, wo eine derartige Behandlung schwerpunktmäßig (Depressionsstationen) sowieso angeboten wird.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Anschrift des Verfassers:

*Professor Dr. Manfred Wolfersdorf,
Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirkskrankenhauses Bayreuth,
Nordring 2, 95445 Bayreuth*



Marta Fischer „Augenblicke“

Kunstaussstellung bis 7. Juni 2004
Veranstalter: Anti-Stigma-Aktion München (ASAM)
Ort: Psychiatrische Klinik der LMU,
Abteilung Experimentelle Psychologie,
1. Stock, Altbau links,
Nußbaumstraße 7, 80336 München
Zeit: täglich von 10.00 bis 16.00 Uhr
Weitere Infos:
<http://psywifo.klinikum.uni-muenchen.de/open>