

Depression

Die Hausarztperspektive

Dr. Jesacher Michaela

Juli 2014

Ausbildung für Allgemeinmedizin 2011 - 2014

1. Abstract

Hintergrund

Unter den psychischen Erkrankungen gehört die Depression mit einer Lebensprävalenz von 17% zu den am häufigsten vorkommenden Erkrankungen überhaupt. Laut WHO soll sie sogar bis zum Jahr 2020 auf Platz 2 der Morbiditätsliste ansteigen .

Der Hausarzt ist in den meisten Fällen der erste Ansprechpartner für depressive Personen. Er ist es, der die Diagnose stellt, die Patienten über dieses Krankheitsbild informiert und eine eventuelle Behandlung in die Wege leitet. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dass der Allgemeinmediziner gute Kenntnisse im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat. Leitlinien bieten eine wertvolle Unterstützung in der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient und liefern schnelle und strukturierte evidenzbasierte Informationen. Seit 2005 existiert eine S3 Leitlinie zur unipolaren Depression. Die Nice Leitlinie galt aufgrund ihrer hohen methodischen Qualität und ihrer Aktualität als Quelleitlinie.

Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist die Klärung folgender Fragen in Bezug auf Südtirol. Die für diesen Zweck formulierten Fragen orientieren sich an der bekannten Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Depression.

1. Wie ist die Einstellung der Südtiroler Hausärzte zur Erkrankung Depression?
2. Wie schätzen sie ihre Kenntnis ein?
3. Wie wird die Zusammenarbeit mit der Abteilung Psychiatrie bzw. den territorialen Diensten beurteilt?

Methode

Die vorliegende Studie baut primär auf eine quantitative Befragung auf. Eine Kategorie von Fragen bezieht sich auf die emotionale Einstellung der Ärzte zum Krankheitsbild Depression, ihre Behandlungsbegeisterung und ihre Arbeitsmethode, ihre Diagnosekriterien, ihre Indikation zur Facharztvisite bzw. Überweisung zur Psychotherapie, ihre medikamentöse

Wahl und nicht zuletzt auch auf ihre eigene Kompetenzeinschätzung. Die zweite Kategorie befasst sich mit Fragen zur Netzwerkzusammenarbeit. Die dritte Kategorie beinhaltet die soziodemographischen Fragen.

Die 30 Fragen wurden mit einem speziellen Programm namens LimeService als Online Fragebogen ausgearbeitet und in deutscher und italienischer Sprache an 275 Hausärzte als Email versandt.

Der Datensatz, der von LimeService geliefert wurde, ist anschließend mittels SPSS analysiert worden und die Tabellen sind mit Excel erstellt worden.

Ergebnisse

Von den 275 angeschriebenen Hausärzten, haben 101 den Online Fragebogen vollständig ausgefüllt. Dies entspricht einem prozentuellen Anteil von 36,7%. Im Großen und Ganzen ist die Einstellung der Südtiroler Hausärzte sehr gut in Bezug zur Behandlung depressiver Patienten. Die meisten versuchen die Patienten bereits bei geringstem Verdacht schon zum Reden zu bringen, niemand versucht das Problem zu umgehen. Was sehr erstaunlich ist und eigentlich von großem Verantwortungsbewusstsein gegenüber ihren Patienten spricht, ist die Tatsache, dass doch viele Hausärzte mit ihren Patienten die Abwesenheiten besprechen. 92% der Hausärzte schätzen ihre Kompetenz als ausreichend für ihre tägliche Arbeit ein und verhalten sich in einigen Punkten genauso wie die Leitlinie es empfiehlt: Zum Beispiel ist ihnen das aktive Explorieren wichtig, die partizipative Entscheidungsfindung spiegelt sich ebenfalls im Antwortkatalog wider. Die Diagnose wird nicht nach den ICD Kriterien festgelegt, denn dies entspricht einfach nicht dem prozesshaften Arbeiten des Hausarztes. Das Monitoring spielt sich ebenfalls in empfohlenen Zeitabständen ab und wird meist auch individuell je nach Schweregrad geregelt. Durch den gesamten Fragebogen hindurch trifft man ständig auf Antworten: wie von Fall zu Fall unterschiedlich, je nach Patient, je nach Schweregrad. Dies bestätigt, dass Leitlinien nur eine Hilfestellung anbieten können, die Behandlung aber dann individuell unterschiedlich ausschauen kann. Falls man Kritikpunkte herausarbeiten möchte, dann vielleicht die wenigen Zuweisungen zur Psychotherapie bei allen Formen der Depression und die ebenfalls etwas zögerliche Therapieumsetzung bei rezidivierender Depression.

Abschließend muss die wichtige Rolle der Hausärzte in Bezug auf das Krankheitsbild Depression noch einmal unterstrichen werden. Sie sind in den meisten Fällen die erste Ansprech- und die Vertrauensperson. In diesem Sinne und auch in Anbetracht der Vorhersagen über die Entwicklung dieses Krankheitsbildes ist eine noch größere Sensibilität und eine kontinuierliche Weiterbildung in den verschiedenen Bereichen unumgänglich.

2. Einleitung

Unter den psychischen Erkrankungen gehört die Depression mit einer Lebensprävalenz von 17% zu den am häufigsten vorkommenden Erkrankungen überhaupt¹. Laut WHO soll sie sogar bis zum Jahr 2020 auf Platz 2 der Morbiditätsliste ansteigen, gleich hinter den Herz - Kreislaufkrankungen².

Unter Depression versteht man das Vorhandensein einer Reihe von psychischen und vegetativen Symptomen, die mindestens zwei Wochen andauern. Zu den Symptomen gehören die Hauptmerkmale wie depressive Verstimmung, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit und Antriebslosigkeit. Weitere Zusatzsymptome sind Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, negative Zukunftsperspektiven, Schuldwahn, Suizidgedanken, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Je nach Anzahl der Haupt- und Nebenkriterien kann man die Depression in eine leichte, mittelgradige und schwere Episode einteilen. Zusätzlich kann zu einer leichten und mittelgradigen Depression ein somatisches Syndrom dazukommen. Dabei müssen 4 der folgenden Symptome vorhanden sein: Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung emotional zu reagieren, Morgentief und frühmorgendliches Erwachen, psychomotorische Hemmung, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust und deutlicher Libidoverlust. Bei einer schweren Depression können zusätzlich psychotische Symptome wie zum Beispiel Wahnvorstellungen vorkommen. Zum genaueren Verständnis siehe die Abbildung 1.

Der Hausarzt ist in den meisten Fällen der erste Ansprechpartner für depressive Personen. Er ist es, der die Diagnose stellt, die Patienten über dieses Krankheitsbild informiert und eine eventuelle Behandlung in die Wege leitet. Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dass der Allgemeinmediziner nicht nur eine gute medizinische Fachkenntnis besitzt, sondern zudem gute Kenntnisse im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat. Darüber hinaus bieten Leitlinien eine wertvolle Unterstützung in der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient und liefern schnelle und strukturierte evidenzbasierte Informationen. Im Jahr 2005

¹ Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. Prevalence, co morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination survey. Psychol Med 2004; 34: 597-611

² Murray CJ;Lopez AD. Global burden of disease. Harvard University Press, Cambridge,MA 1995

haben sich auf die Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde mehrere Fachgesellschaften zusammengetan und die Leitlinie für unipolare Depression nach einer vierjährigen Arbeit ins Leben gerufen. Es handelt sich hierbei um eine S3 Leitlinie, die als höchste Entwicklungsstufe neben der systematischen Literaturanalyse einen formalen Konsensusprozess und die Evidenzbasierung aller gegebenen Empfehlungen beinhalten muss. In diesem Fall war die NICE Leitlinie³, aufgrund ihrer hohen methodischen Qualität und ihrer Aktualität die primär zu berücksichtigende Quelleitlinie.

Die S3 Leitlinie ist im Internet als Kurz- oder Langversion verfügbar (www.depression.versorgungsleitlinien.de), ebenfalls liegt eine Version als Buchform im Springer-Verlag vor. Diese Leitlinie, die noch bis Ende Mai 2014 gültig war, wird zurzeit überarbeitet und bildet unter anderem die Grundlage für diese Arbeit.

Bei der Durchsicht der Literatur fällt das oft genannte Argument der Fehl- bzw. Unterversorgung von depressiven Patienten in der Hausarztpraxis auf. Besonders eine Gruppe von Autoren, im Mittelpunkt der Psychologin Wittchen, haben sich sehr mit diesem Thema beschäftigt und auch einige wissenschaftliche Arbeiten dazu durchgeführt⁴. Gegenargumente zu diesen Vorwürfen der Fehl- bzw. Unterversorgung haben nicht lange auf sich warten lassen. So sind laut vielen Hausärzten depressive Symptome häufig nur kurzzeitig vorhanden, ausgelöst durch momentane alltägliche Veränderungen und führen durch eine ICD 10 Diagnostik, die unabhängig von exogen psychischen und sozialen Gegebenheiten arbeitet, nur zu einem Anstieg der Morbidität⁵. Zusätzlich, so die Autoren, entsprechen die gängigen psychiatrischen Untersuchungsmethoden, die meistens an einem bestimmten Stichtag durchgeführt werden, einfach nicht der Realität des Hausarztes. Diese stellen in den meisten Fällen die Diagnose nach den von dem Patienten vorgebrachten Symptomen und ordnen diese in seine Vorgeschichte und sein aktuelles Umfeld ein. Dabei werden Veränderungen und

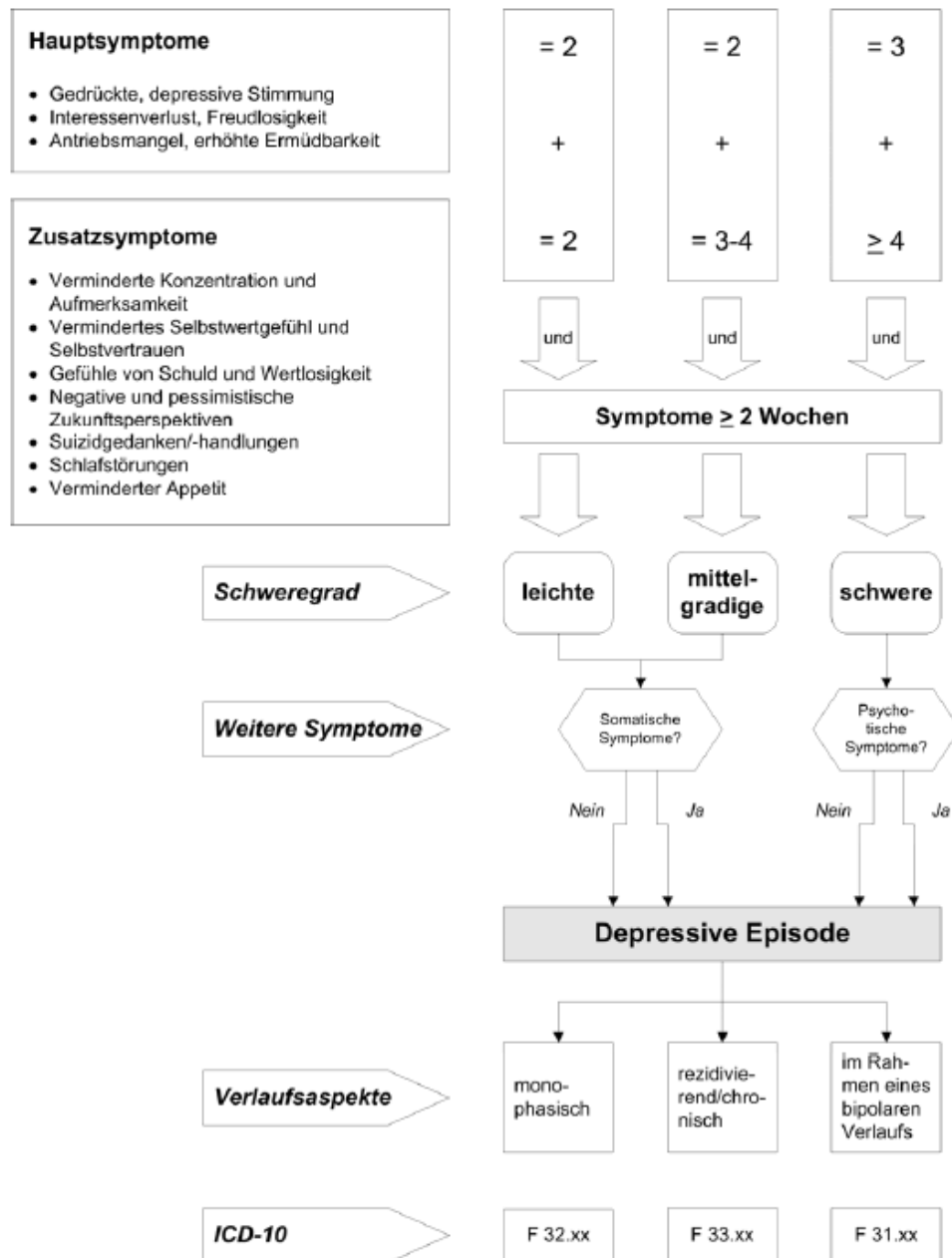
³ National Clinical Practice Guidelines Depression des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence

⁴ Wittchen HU, Schuster P, Pfister H, Insensee B et al. Depressionen in der Allgemeinbevölkerung-schlecht erkannt und selten behandelt Nervenheilkunde 1999a;18:202-209

⁵ 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

Entwicklungen beobachtet oder eine Therapie wird ausprobiert bis man zur Diagnosefindung kommt. In den seltensten Fällen fragen sie ICD-10 Kriterien ab⁶.

Abbildung 1: Depressive Episoden nach ICD-10 Kriterien



⁶ Bermejo I, Lohmann A, Härter M, Versorgung depressiver Patienten in der Allgemeinpraxis.Z Allg Med 2001, 77: 554-561

3. Ziele

Ziel dieser Arbeit ist die Klärung folgender Fragen in Bezug auf Südtirol. Die für diesen Zweck formulierten Fragen orientieren sich an der bekannten Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Depression.

1. Wie ist die Einstellung der Südtiroler Hausärzte zur Erkrankung Depression?
2. Wie schätzen sie ihre Kenntnis ein?
3. Wie wird die Zusammenarbeit mit der Abteilung Psychiatrie bzw. den territorialen Diensten beurteilt?

4. Methode

Die vorliegende Studie baut primär auf eine quantitative Befragung auf. Dafür wurde ein Fragebogen erstellt, der auf drei Säulen basiert.

Eine Kategorie von Fragen bezieht sich auf die emotionale Einstellung der Ärzte zum Krankheitsbild Depression, ihre Behandlungsbegeisterung und ihre Arbeitsmethode, ihre Diagnosekriterien, ihre Indikation zur Facharztvisite bzw. Überweisung zur Psychotherapie, ihre medikamentöse Wahl und nicht zuletzt auch auf ihre eigene Kompetenzeinschätzung.

Die zweite Kategorie befasst sich mit Fragen zur Netzwerkzusammenarbeit.

Die dritte Kategorie beinhaltet die soziodemographischen Fragen.

Der Fragebogen wurde zunächst in deutscher Sprache entwickelt und nach sorgfältiger Überprüfung wurde dann die endgültige Version ins Italienische übersetzt. Die 30 Fragen wurden mit einem speziellen Programm namens LimeService als Online Fragebogen ausgearbeitet. An 275 Hausärzte wurde eine zweisprachige E-Mail geschickt, in der sich die Untersucherin kurz vorstellte und auch den Fragebogen kurz erklärte. Mit einem Link konnten die Hausärzte dann zum Fragebogen gelangen. Eine zweite E-Mail mit einer erneuten Bitte den Fragebogen auszufüllen, wurde nach 3 Wochen noch einmal versendet. Nach 6 Wochen wurde die Umfrage abgeschlossen.

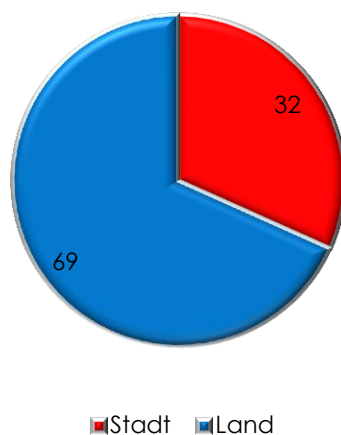
Der Datensatz, der von LimeService geliefert wurde, ist anschließend mittels SPSS analysiert worden und die Tabellen sind mit Excel erstellt worden.

5. Ergebnisse

Von den 275 angeschriebenen Hausärzten, haben 101 den Online Fragebogen vollständig ausgefüllt. Dies entspricht einem prozentuellen Anteil von 36,72 %. 19 Personen haben die Befragung nur teilweise beantwortet und werden deshalb in den anschließenden Auswertungen nicht berücksichtigt.

69 Fragebögen wurden von Ärzten ausgefüllt und 32 von Ärztinnen. 38 gaben an, dem Gesundheitsbezirk Bozen zugehörig zu sein, 18 jenem von Meran, 24 dem von Brixen und 21 dem Bezirk Bruneck. Auf die Frage des Tätigkeitsfeldes, gaben 32% an vorwiegend in der Stadt und 68% auf dem Land zu arbeiten.

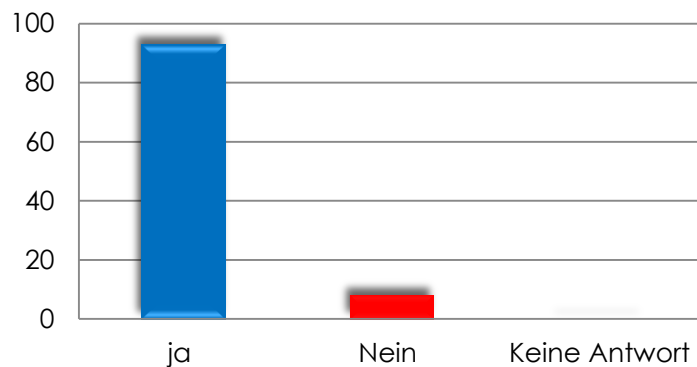
Grafik 1: Wo sind sie vorwiegend tätig?



Von den 101 Hausärzten, die geantwortet haben, sind 27 seit bis zu 10 Jahren in der allgemeinmedizinischen Praxis tätig, 25 bis zu 20 Jahren, 25 bis zu 30 Jahren und 24 seit mehr als 30 Jahren. Davon betreuen 19 Hausärzte bis zu 1000, 52 bis zu 2000 und 30 mehr als 2000 Patienten. 78% gaben an, der deutschen Sprachgruppe anzugehören, 14% der italienischen, 6% der ladinischen und 2% haben auf diese Frage nicht geantwortet.

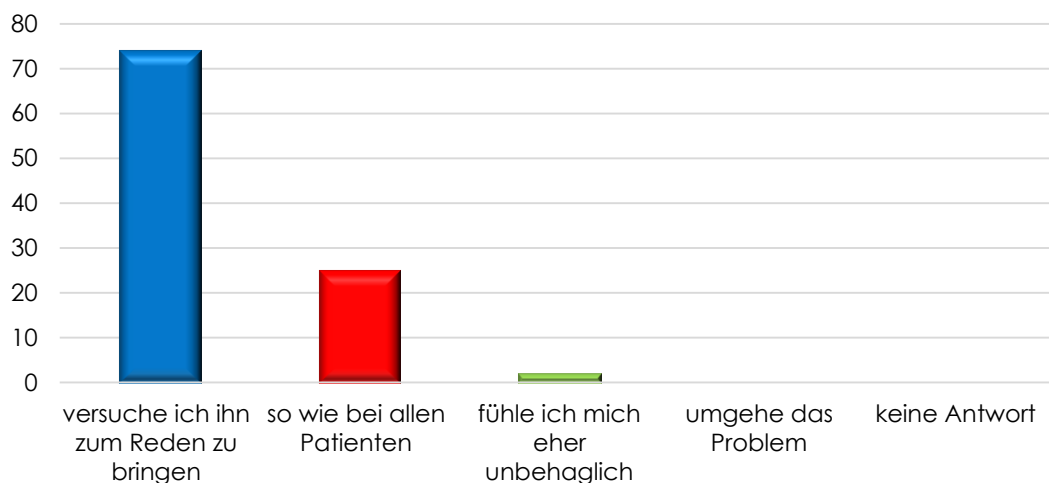
92% der Hausärzte schätzen ihr Wissen über das Krankheitsbild Depression und deren Therapiemöglichkeiten als ausreichend ein. Demgegenüber bewerten 8% ihren Kenntnisstand für ihre tägliche Arbeit als mangelhaft.

Grafik 2: Mein Wissen über das Krankheitsbild Depression sind für meine tägliche Arbeit ausreichend



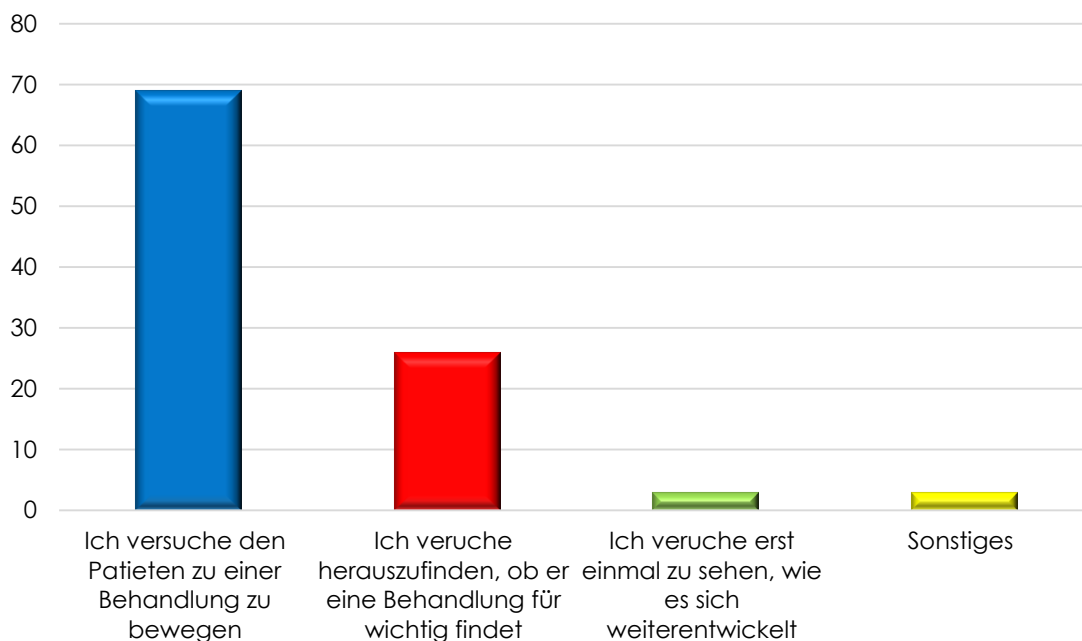
Auf die Frage der Vorgehensweise bei depressiv erscheinenden Patienten versuchen drei Viertel der Befragten ihre Patienten zum Reden zu bringen, ein knappes Viertel verhält sich so wie bei allen Patienten. Knapp 2% fühlen sich unbehaglich und niemand versucht das Problem der scheinbaren Depression zu umgehen.

Grafik 3: Wenn ein Patient depressiv erscheint



Liegt die Diagnose Depression sicher vor, versuchen 68% der Hausärzte den Patienten zu einer Behandlung zu bewegen. 26% versuchen hingegen herauszufinden, ob der Patient eine Behandlung für sich wichtig findet und je 3 % gaben an, abzuwarten bzw. den Patienten über Therapiemöglichkeiten zu informieren, Ressourcen zu erkunden und Kontrollvisiten kurzfristig zu planen.

Grafik 4: Wie gehen Sie vor, wenn eine Depression vorliegt?



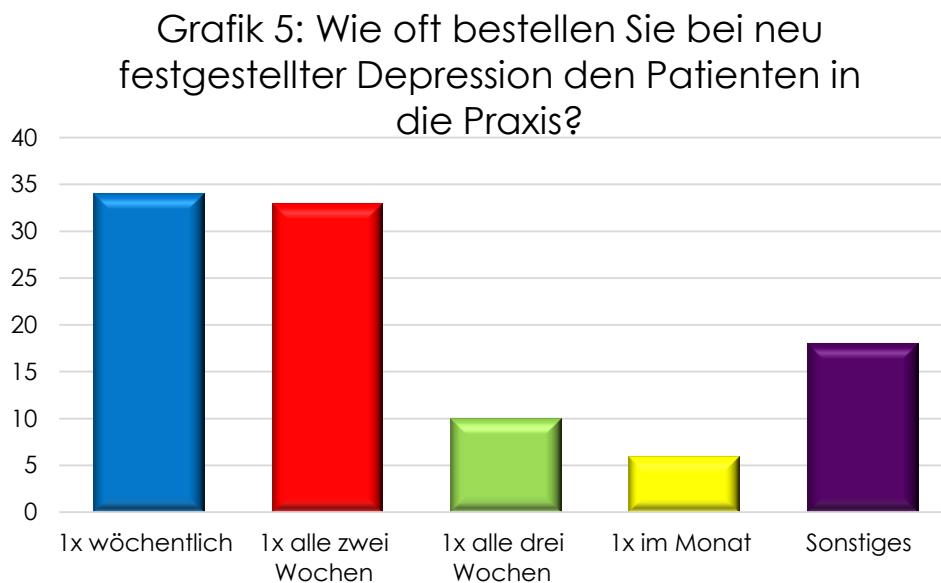
Auf die Frage, was Hausärzte tun, wenn der Patient depressiv ist und er gerade in einer Trennung lebt bzw. einen lieben Menschen verloren hat, spricht eine Anpassungsstörung (reaktive Depression) hat, geben 58% der Befragten an, sich wie bei affektiven Störungen (Grafik 4) zu verhalten. 42% hingegen beantworten diese Frage mit einer anderen Vorgehensweise. Dabei hatten sie die Möglichkeit, diese in einem offenen Textfeld im Fragebogen näher zu spezifizieren. Folgende Vorgehensweisen wurden dabei zusammenfassend angeführt:

- Trauerverlust von traumatischer Belastungsstörung abklären;
- Elaborazione del lutto. Dopo 3 mesi terapia, se persiste;
- Physiologische Trauerreaktion und Depression zulassen;

- In diesem Fall muss eine Aufarbeitung der Trauer erfolgen, die Zeit einfordert, eine dauernde pharmakologische Behandlung löst das Problem nicht. Ich sage dann dem Patienten, dass er mit der Zeit darüber hinwegkommen wird, aber jetzt da durch muss. Aus eigener Erfahrung, weiss ich das. Ich habe den Eindruck, dass die Patienten dann zuversichtlicher sind;
- Osservo l'evoluzione della depressione ed opto per una eventuale terapia in base dall'andamento;
- Ich spreche mit ihm über den Verlust, evtl. mache ich auch einen Gesprächstermin außerhalb der Sprechstunde aus. Da habe ich mehr Zeit und kann evaluieren, ob er weitere professionelle Hilfe benötigt;
- Vedo il paziente per colloqui ripetuti e a breve distanza;
- 1. Gespräch mit mir
2. Psychologe
3. Medikamentöse Therapie falls nötig;
- Associo a un'eventuale terapia farmacologica il consiglio di una terapia psicologica (consultorio);
- Therapie bei einer reaktiven Depression anders als bei einer endogenen;
- Reaktive Depression wird eher nicht medikamentös behandelt;
- Reaktive Depression ist in der Regel selbstlimitierend, sollte es sich um eine schwere reaktive Depression handeln, dann bewege ich ihn eine medikamentöse antidepressive Therapie zu machen und gleichzeitig Psychotherapie, wichtig immer kurzfristige Kontrollen im Ambulatorium;
- Bei reaktiver Depression: Versuch mit Psychotherapie, Familienaufstellung, ggf. unterstützendes Eingreifen mit Valeriana oder Johanniskraut. Falls pflanzliche Mittel nicht ausreichen, Therapie mit SSRI oder trizykl. Antidepressiva;
- Valuto la necessità di una terapia farmacologica o solo psicoterapeutica. Problema: a chi inviare per la psicoterapia? Tempi di attesa nel pubblico troppo lunghi e nessun feedback da parte del psicoterapeuta;
- Kontaktaufnahme mit Psychologen;
- Nicht unbedingt mit Antidepressiva behandeln;
- Abwarten, wenn möglich ohne pharmakologische Therapie und Angebot zur Gesprächstherapie.

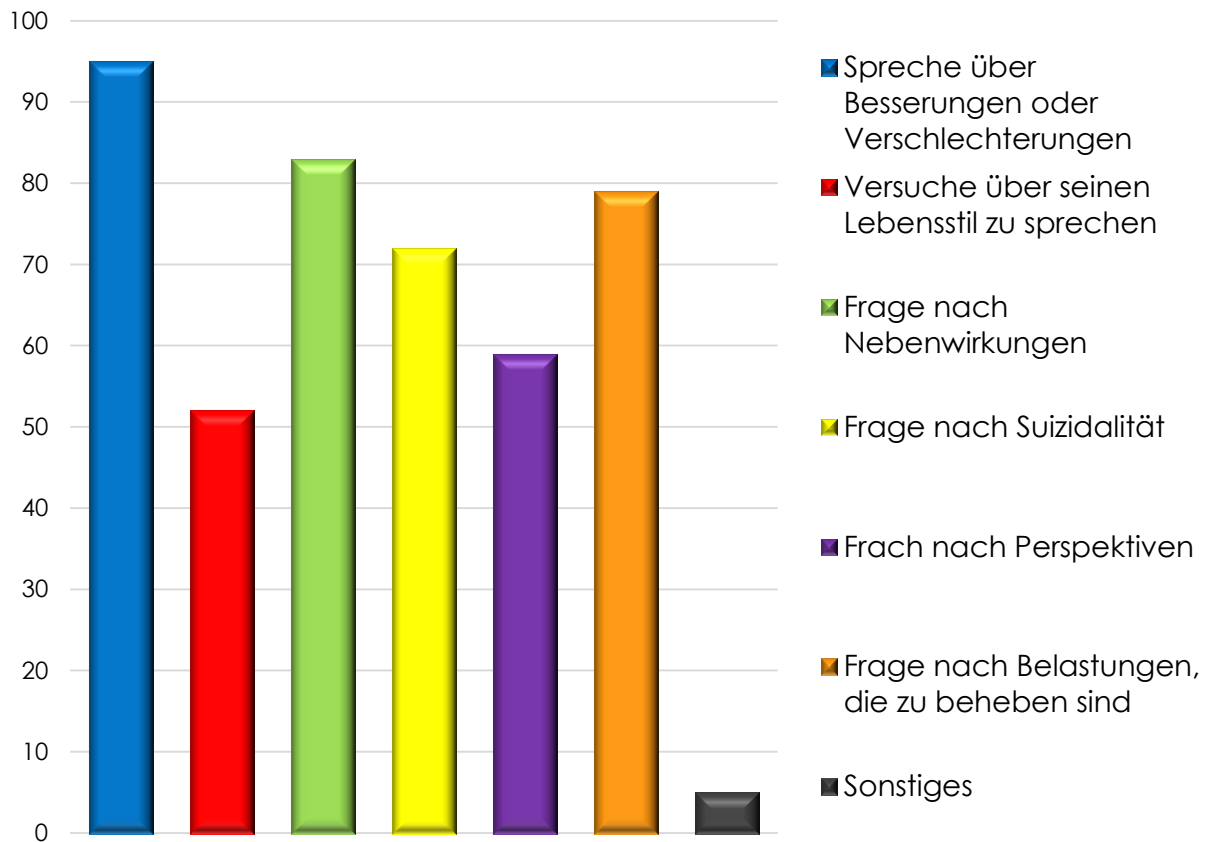
65 Hausärzte beantworten die Frage: „Was tun Sie bei Menschen, die Sie seit Jahren immer wieder als depressiv erleben?“ mit „ich behandle diese so, wie jeden, der neu mit einer Depression in die Praxis kommt.“, 16 glauben eher daran, dass diese Stimmung zum Patienten gehört und bieten Gesprächstermine an, und 6 warten sehr lange ab und beobachten ihre Entwicklung. 14 antworten frei und geben an, individuell unterschiedlich vorzugehen, in dem sie den Patienten immer wieder auf seine Stimmung ansprechen und eventuell eine Therapie empfehlen, einigen ist die Überweisung zur Psychotherapie wichtig, drei Stimmen überweisen an den Facharzt mit Fragestellung Dauertherapie bzw. Lithium.

34% der Hausärzte, die den Fragebogen beantwortet haben, bestellen den Patienten mit einer neu aufgetretenen Depression einmal die Woche in ihre Praxis, 33% einmal alle zwei Wochen, 10% einmal alle drei Wochen und 6% einmal im Monat. 18% konnten sich nicht mit diesen fixen Zeitvorgaben identifizieren und beantworten die Frage vorwiegend damit, sich prinzipiell nach Schweregrad der Depression auf den Patienten einzustellen aber mindestens alle zwei Wochen.



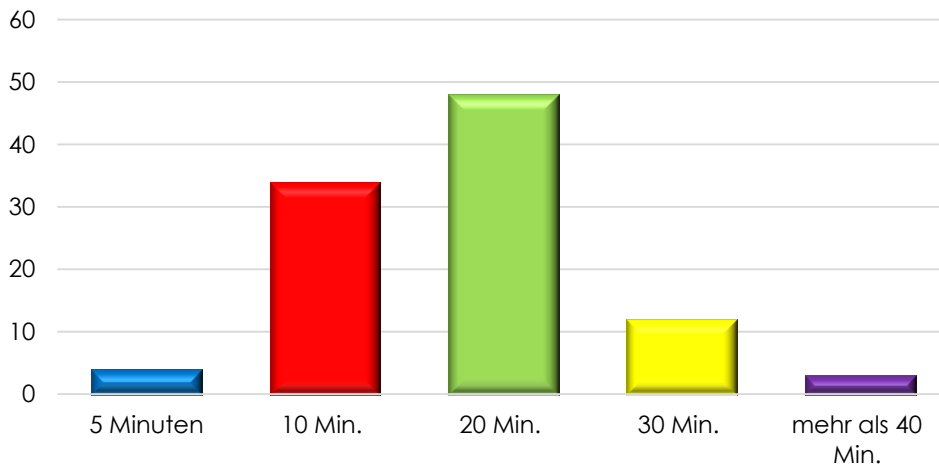
Auf die Frage, was sie dann mit den Patienten machen, die sie einbestellen, geben fast alle (95) an, mit ihnen über Besserungen oder Verschlechterungen zu reden, gefolgt von Fragen nach Nebenwirkungen der Behandlung (83), Fragen nach Belastungen, die unter Umständen zu beheben sind (79) bzw. Fragen nach Suizidalität (72). Bei dieser Frage waren Mehrantworten möglich.

Grafik 6: Was machen Sie mit dem Patienten, den Sie einbestellen?



Bei den Kontrollvisiten nehmen sich in der Regel knapp die Hälfte (48%) der Hausärzte 20 Minuten für ihre depressiven Patienten Zeit. Ein Drittel (33%) benötigt 10 Minuten, 12% 30 Minuten die restlichen entweder 5 (4%) oder mehr als 40 Minuten (3%).

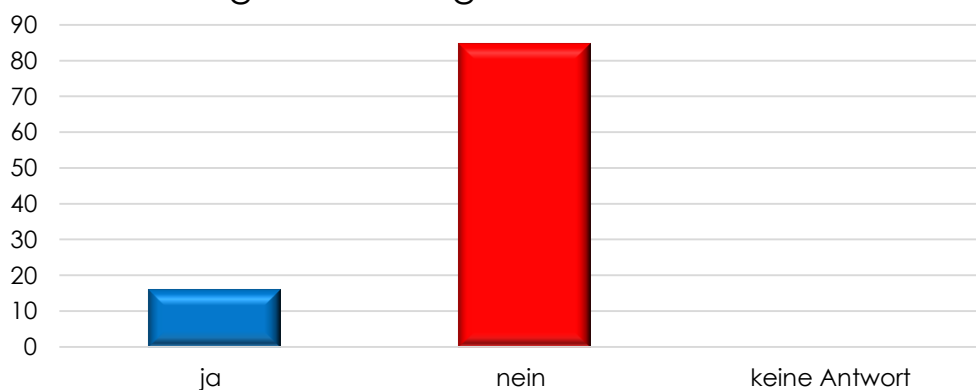
Grafik 7: Wie lange dauert in der Regel eine Kontrollvisite



Der Großteil (mehr als 87%) der Hausärzte spricht auch mit dem Patienten darüber was er tun sollte, wenn er Probleme in der Zeit hat, in der der behandelnde Hausarzt nicht erreichbar ist wie zum Beispiel am Wochenende oder im Urlaub.

Für die Diagnose einer leichten, mittel- oder schwergradigen Depression geben 16 Hausärzte an, sich nach den ICD 10 Kriterien zu richten.

Grafik 8: Verwenden Sie zur Diagnosestellung die ICD 10 Kriterien?

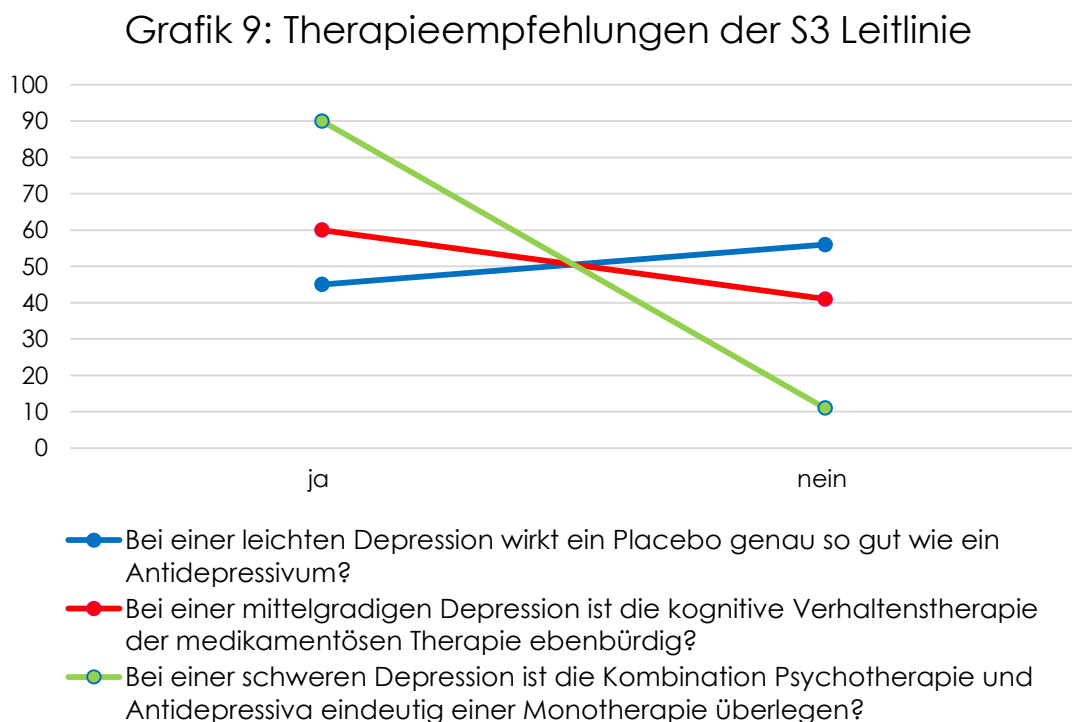


Die große Mehrheit all jener, die die vorhergehende Frage mit nein beantwortet haben, geben an, sich vorwiegend auf den Gesamteindruck zu verlassen und weniger auf ein diagnostisches Hilfsmittel zurückzugreifen. Falls doch diagnostische Hilfsmittel angewandt werden, werden die 5 Fragen der WHO am Häufigsten gewählt, der PHQ9 Score spielt eine untergeordnete

Rolle. 10 kommentieren diese Frage, wobei ihre Diagnose aus dem Gespräch, der Anamnese und der Erfahrung gestellt wird.

Entscheidet sich der Hausarzt für eine pharmakologische Therapie verwenden 95 Ärzte SSRI oder SNRI, 2 entscheiden sich für Trizyklika und 4 für andere Therapieformen wie der Homöopathie, dem Amisulpirid, zusätzlich zu Antidepressiva einen Zyklus mit Adenosylmethionin, ergänzend bei agitierten Depressionen BDZ und Mirtazapin. Ebenfalls Mianserin wird als Substanz genannt. Eine Hausärztin hat den Fragebogen nicht beantwortet, aber stattdessen ein freies Mail geschrieben, indem sie angab, Depressionen mit Pranatherapie zu behandeln.

Im Fragebogen beziehen sich drei Fragen auf die Therapieempfehlungen der S3 Leitlinie. Bei der Frage, ob bei einer leichten Depression ein Placebo genauso gut wirkt wie ein Antidepressivum, stimmen 45 mit ja und 56 mit nein.



Ob bei einer mittelgradigen Depression die kognitive Verhaltenstherapie der medikamentösen Therapie ebenbürtig ist, antworteten 60 mit ja und 41 mit nein. Ob bei einer schweren Depression die Kombination Psychotherapie und Antidepressivum einer Monotherapie überlegen ist, stimmen 90 mit ja und 11 mit nein.

Bei der Frage, wann die befragten Hausärzte im Regelfall einen Patienten an den Psychiater überweisen, durften mehrere Antworten gewählt werden. Der Verdacht auf Suizidalität (88), die Therapieresistenz (83) und der Wunsch des Patienten (76) werden dabei am häufigsten gewählt.

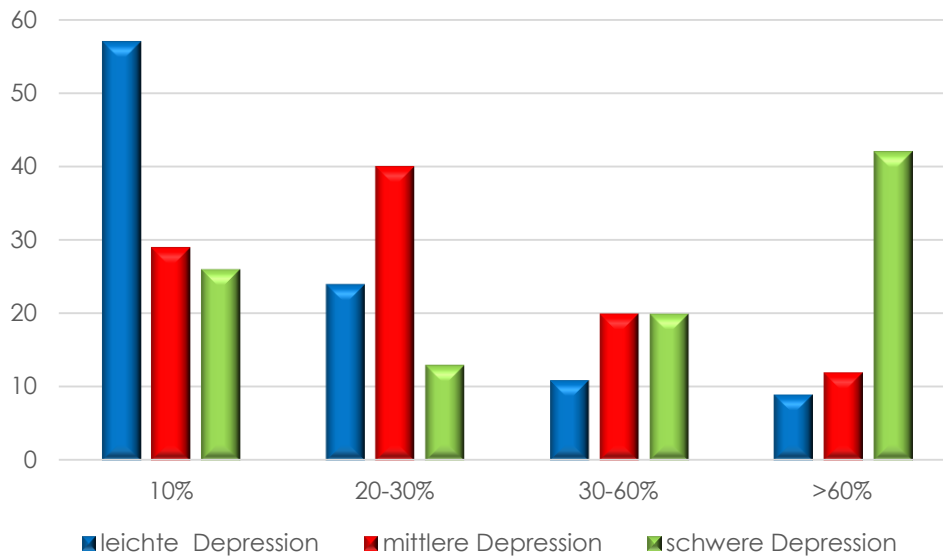
Wie wird die Zusammenarbeit mit dem Zentrum für psychische Gesundheit bzw. Abteilung Psychiatrie gewertet? 86 der Hausärzte sind damit zufrieden, 15 waren nicht zufrieden und geben als Grund für ihre Unzufriedenheit am häufigsten die mangelnde Rückmeldung über Diagnose und Therapie von Seiten der Fachärzte an, gefolgt von zu wenigen Psychotherapeuten und zu langen Wartezeiten. Einige Ärzte geben als Kommentar an, dass keine einheitliche Vorgehensweise bestünde, unfreundliches Personal dort arbeite, mangelndes territoriales Konzept vorliege und zwei geben an, dass es müsig sei darüber zu sprechen. Obwohl die 15 Stimmen nicht sehr viel Bedeutung haben, kommt bei genauerer Untersuchung heraus, dass die meisten unzufriedenen Stimmen aus dem Gesundheitsbezirk Brixen und Bruneck kommen.

Auf die Frage, wohin die Ärzte ihre Patienten zur Psychotherapie schicken, gaben 76 an, sie in eine öffentliche Struktur zu schicken und 25 empfehlen einen freiberuflichen Psychotherapeuten.



Wie vielen Patienten wird denn nun eine Psychotherapie geraten? Bei einer leichten Depression entscheiden sich 57 Ärzte 10 % ihrer Patienten zu schicken, 24 schicken 20-30%. 11 Ärzte schicken 30-60% und 9 schicken über 60 %.

Grafik 11: Wie viele Ihrer Patienten weisen Sie schätzungsweise einem Psychotherapeuten zu?



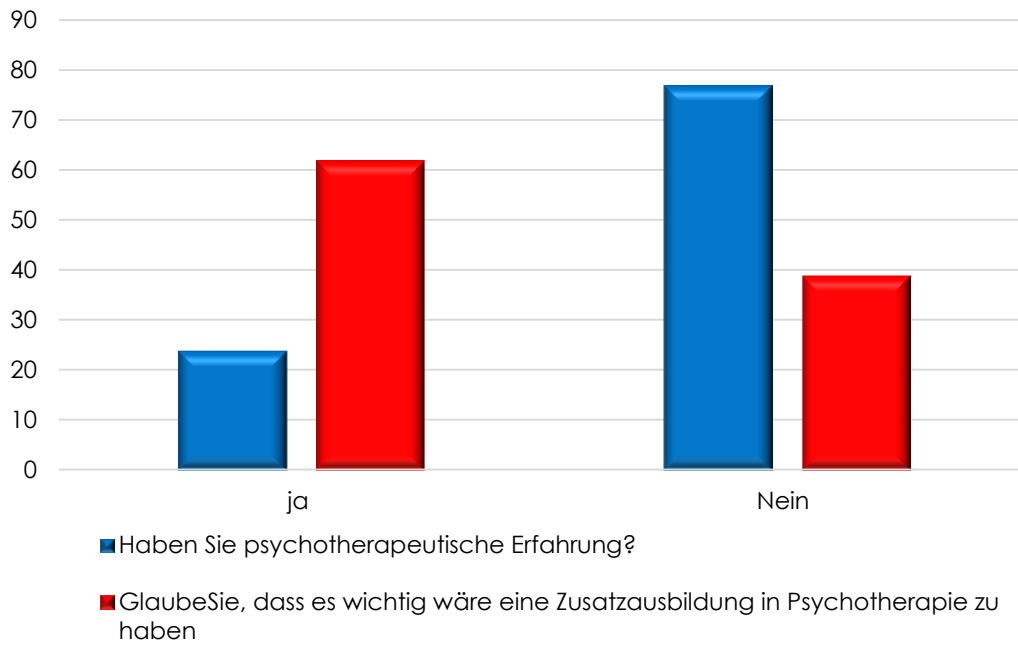
Bei einer mittleren Depression werden von 29 Ärzten 10% geschickt, von 40 Ärzten 20-30%, von 20 Ärzten 30-60% und von 12 Ärzten über 60%.

Bei einer schweren Depression schicken 42 Ärzte über 60% ihrer Patienten zur Psychotherapie, 20 Ärzte schicken 30-60%, weitere 13 Ärzte schicken 20-30% und 26 schicken 10% ihrer Patienten.

Bei dieser Frage kann man sehr gut beobachten, wie die Anzahl der Zuweisungen zur Psychotherapie mit dem Schweregrad der Depression zunimmt. Bei einer leichten Depression geben 9 Hausärzte an mehr als 60% ihrer Patienten an den Psychotherapeuten zu überweisen. Bei einer mittleren Depression sind es 12 und bei einer schweren Depression sind es 42 die mehr als 60% an den Psychotherapeuten verweisen.

24 Ärzte geben an Erfahrung in Psychotherapie zu haben Die Wichtigkeit einer Zusatzausbildung in Psychotherapie geben 62 mit ja an und 39 mit nein.

Grafik 12: Psychotherapie



6. Diskussion

Die Umfrage weist eine mehr oder weniger gleiche Verteilung der Ärzte auf: Zum einen die fast gleichmäßige Verteilung aus den verschiedenen Gesundheitsbezirken und fast gleiche Verteilung der Teilnehmer betreffend der Berufserfahrung. Die meisten haben ca. 2000 eingeschriebene Patienten, proporzmäßige Verteilung auch der Sprachgruppenzugehörigkeit.

Der erste Fragenblock bezieht sich auf die emotionale Einstellung der Ärzte zum Krankheitsbild Depression, auf die Gefühle, die ein depressiver Patient auslöst und auf die ersten Schritte, die die Hausärzte bei Diagnosestellung unternehmen. Vorausgeschickt sei, dass beim Fragebogen der Einfachheit halber nicht immer genau zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Depression unterschieden wurde, ebenfalls inkludiert „Arzt“, auch automatisch immer „Ärztin.“

Zusammenfassend kann man sagen, die Mehrheit der Hausärzte versucht schon beim geringsten Verdacht auf Depression den Patienten zum Reden zu bringen, 25% fühlen sich wie bei allen anderen zu behandelnden Pathologien und nur bei knapp 2% löst der anscheinend depressive Patient Unbehagen aus. Niemand versucht das Problem zu umgehen. Laut Leitlinie hat das aktive Explorieren der Beschwerden Evidenzgrad A. Hier verhält sich der Großteil genau nach Leitlinien, indem sie den Patienten zum Reden bringen und im Gespräch die Symptome einer Depression abfragen. Diese Frage gibt auch Auskunft über die ausgelösten Emotionen, beim Hausarzt selbst. Der größte Anteil der Hausärzte, die den Fragebogen ausgefüllt haben, fühlen sich dem Beschwerdebild gewachsen. Steht die Diagnose dann fest, ist der Großteil der Ärzte bemüht, den Patienten zu einer Behandlung zu bewegen, wobei hier im Fragebogen nicht genau eruiert wurde, was die Hausärzte jetzt mit Behandlung meinen, sprich Psychotherapie oder medikamentöse Therapie. Ein nicht unwesentlicher Teil versucht in einem Arzt-Patienten-Gespräch eine gemeinsame Lösung zu finden, was in der Leitlinie als Evidenzgrad B angegeben wird. Die Leitlinie empfiehlt nicht nur ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten über Diagnose und Therapiemöglichkeiten, sondern bei Zustimmung des Patienten auch mit dessen Angehörigen. Nur 3 Ärzte entscheiden sich abzuwarten, was bei einer milden Depression durchaus zulässig ist. Bei den reaktiven Depressionen, oder besser gesagt bei den Anpassungsstörungen, verhält sich etwas mehr als die Hälfte genauso wie bei einer affektiven Störung. Etwas weniger als die Hälfte distanziert sich hier und legt dabei mehr Wert auf Gespräche, Überweisungen zu

Psychotherapeuten und vor allem sehr zuwartend bezüglich einer medikamentösen Therapie. Laut Literatur gibt es bei Anpassungsstörungen aufgrund mangelnder empirischer Daten keine spezifische Empfehlung betreffend der Therapie⁷. Bei rezidivierenden Depressionen sind 65 Hausärzte überzeugt, so zu handeln, als ob der Patient das erste Mal mit depressiven Symptomen zu ihnen kommt. Die Restlichen verhalten sich eher zurückhaltender bzw. abwartender. Hier kommen immer wieder die Worte „von Fall zu Fall unterschiedlich“ und „hängt vom Patienten ab“ vor. Wichtig ist ihnen jedoch Gesprächstermine anzubieten, immer wieder die Stimmung des Patienten neu auszuloten und sie zur Psychotherapie zu schicken. Nur drei Ärzte tendieren zu einer Facharztvisite und zu einer Dauertherapie. Laut Empfehlung der Leitlinie zeigt im Falle einer rezidivierenden Depression, die Kombinationstherapie Psychotherapie und medikamentöse Therapie eindeutig Vorteile gegenüber einer Monotherapie. Ebenfalls empfiehlt die Leitlinie in diesem Zusammenhang ein Antidepressivum mindestens zwei Jahre lang als Langzeitprophylaxe einzunehmen.

Aus einem weiteren Frageblock erhält man nun einen Überblick zum Monitoring. Für die meisten Hausärzte ist klar, dass der Patient mit neu aufgetretener Depression kurzfristig zu kontrollieren ist. 34 kontrollieren in den ersten Wochen wöchentlich, so wie es die Leitlinie empfiehlt, 33 alle 2 Wochen, 16 halten die Abstände zu lang und die restlichen wollen es individuell entscheiden. Der Großteil spricht bei jedem Kontrolltermin über bestehende Symptome, über Nebenwirkungen der Medikamente und - ganz wichtig - über bestehende Suizidalität. Im Schnitt braucht der Hausarzt für eine Visite zwischen 10 und 20 Minuten, was für diese Pathologie eine angemessene Zeit ist. 88 Ärzte sprechen mit ihren Patienten auch darüber, was sie tun sollen, falls er am Wochenende nicht arbeitet oder im Urlaub ist. Als Kommentar geben einzelne an, telefonisch immer erreichbar zu sein, andere informieren ihre Patienten genau über Bereitschaftsdienste und Vertretungen. 87% spricht doch für eine hohe Arbeitsmotivation in puncto Patientenversorgung.

Bei der Diagnosestellung sind es nur 16 Ärzte, die eine Depression nach den ICD 10 Kriterien mit Haupt- und Zusatzsymptomen einteilen. Die Leitlinie empfiehlt für die Hausarztpraxis zuerst die Benutzung von zeitsparenden Screeningverfahren wie den Zwei Fragentest oder 5 Fragen der WHO oder PHQ9. Bei Positivität jedoch sollten alle Haupt- und Zusatzsymptome

⁷ K. Lieb, S. Frauenknecht, S. Brunnhuber. Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 6. Auflage, München: Urban und Fischer, 2008: S. 267

der ICD Kriterien abgefragt werden. Im Allgemeinen verlassen sich die Südtiroler Hausärzte auf ihre Erfahrung und auf den Gesamteindruck, da sie ihre Patienten und deren Umfeld wie Familien- und Arbeitsverhältnisse kennen. Dies hier ist einer der Schlüsselpunkte der internationalen Vorwürfe der Unter- und Fehlversorgung von depressiven Patienten. Denn die meisten Untersuchungen wurden in Allgemeinpraxen an einem Stichtag durchgeführt mit psychiatrischen Screeningmethoden, die ja alle eine hohe Sensitivität und niedrige Spezifität haben. Deshalb sind diese Tests im Niedrigprävalenzbereich der Hausarztpraxen nicht geeignet, und produzieren eine erhöhte Morbidität.⁸ Der Hausarzt kennt jedoch seine Patienten und hält sich mit der Diagnose lange zurück, da er auf Hintergrundinformationen zurückgreifen kann, die für ein Screening nicht zulässig sind. Zudem gehört ein abwartendes Offenhalten zu den anerkannten Berufsstrategien der Allgemeinmedizin.

In den Fragebogen wurden einige Empfehlungen der Leitlinien bezüglich der Therapie als Fragen eingebaut. Eine der Fragen war, ob bei einer leichten Depression ein Antidepressivum genauso gut wirkt wie ein Placebo. Hier waren 56 der Meinung, daß ein Placebo nicht besser wirkt als ein Antidepressivum, was laut Studie nicht zutrifft. Die Leitlinie empfiehlt in diesem Fall nur in Ausnahmefällen (Wunsch des Patienten, positive Erfahrung in der Vergangenheit, Fortbestehen der Symptome nach einer anderen Intervention) ein Antidepressivum. Hier ist eine Psychotherapie vorzuziehen. Das allerdings tun die wenigsten Hausärzte (nur 9 Ärzte schicken über 60% mit einer leichten Depression zur Psychotherapie). Was sie in diesem Fall tun, geht nicht genau aus dem Fragebogen hervor, da die Frage „was tun sie falls, ein Patient depressiv ist“, nur allgemein gehalten war, und „Behandlung“ nicht genauer spezifiziert wurde. Hingegen die Frage der Gleichwertigkeit der Psychotherapie und der medikamentösen Therapie bei einer mittelgradigen Depression wurde von der Mehrheit auch so gesehen⁹. Wie viele von dieser Patientengruppe wird nun zur Psychotherapie geschickt? Jetzt sind es 40 Ärzte, die 20 bis 30% ihrer Patienten schicken. Daraus geht hervor, daß die Restlichen auch hier wiederum mehr zu einer medikamentösen Therapie neigen als zur Psychotherapie. Bei der schweren Depression waren 90 der Meinung, dass die Kombinationstherapie eindeutig

⁸ Hensler S, Wiesemann A Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen.ZAllg Med 2003;79:579-585

⁹ De Maat S, Dekker J, Schoevers R et al .Relativ efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis Psychotherapy Res 2006;16:566-578)

überlegen ist, bei der Überweisung sind es jetzt 42 Ärzte, die über 60% ihrer Patienten dann auch schicken. Warum so wenig Patienten zur Psychotherapie geschickt werden, darüber kann man nur Vermutungen äußern. Kommen hier die Wartezeiten der öffentlichen Strukturen zum Tragen oder wollen einfach viele Patienten nicht zur Psychotherapie?

Wie wird die Netzwerkzusammenarbeit gesehen? Eigentlich ist der Großteil der Hausärzte in Südtirol mit der Zusammenarbeit der psychiatrischen Zentren zufrieden. Nur 15 Ärzte setzen Kritik an. Die meisten Stimmen aus Brixen und Bruneck kritisierten die mangelnde Rückantwort über Diagnose und Therapie, die wenigen Psychotherapeuten und die langen Wartezeiten. Bei den zusätzlichen freien Kommentaren konnten 3 Stimmen nach Meran, 2 nach Brixen und jeweils eine nach Bozen und Bruneck zugeordnet werden.

24 Südtiroler Hausärzte haben angegeben, Erfahrung in Psychotherapie zu haben. Die Mehrheit der befragten Hausärzte fänden es wichtig eine Zusatzausbildung in Psychotherapie zu erhalten, was angesichts der steigenden Tendenz des Krankheitsbildes sicherlich eine große Hilfe wäre.

7. Schlussfolgerung

Im Großen und Ganzen ist die Einstellung der Südtiroler Hausärzte sehr gut in Bezug zur Behandlung depressiver Patienten. Die meisten versuchen die Patienten bereits bei geringstem Verdacht schon zum Reden zu bringen, niemand versucht das Problem zu umgehen. Was sehr erstaunlich ist und eigentlich von großem Verantwortungsbewusstsein gegenüber ihren Patienten spricht, ist die Tatsache, dass doch viele Hausärzte mit ihren Patienten die Abwesenheiten besprechen. Die Hausärzte selbst schätzen ihre Kompetenz als ausreichend für ihre tägliche Arbeit ein und verhalten sich in einigen Punkten genauso wie die Leitlinie es empfiehlt: Zum Beispiel ist ihnen das aktive Explorieren wichtig, die partizipative Entscheidungsfindung spiegelt sich ebenfalls im Antwortkatalog wider. Die Diagnose wird wie bereits besprochen nicht nach den ICD Kriterien festgelegt, denn dies entspricht einfach nicht dem prozesshaften Arbeiten des Hausarztes. Das Monitoring spielt sich ebenfalls in empfohlenen Zeitabständen ab und wird meist auch individuell je nach Schweregrad geregelt. Durch den gesamten Fragebogen hindurch trifft man ständig auf Antworten: wie von Fall zu Fall unterschiedlich, je nach Patient, je nach Schweregrad. Dies bestätigt, dass Leitlinien nur eine Hilfestellung anbieten können, die Behandlung aber dann individuell unterschiedlich ausschauen kann. Falls man Kritikpunkte herausarbeiten möchte, dann vielleicht die wenigen Zuweisungen zur Psychotherapie bei allen Formen der Depression und die ebenfalls etwas zögerliche Therapieumsetzung bei rezidivierender Depression.

Abschließend kann die wichtige Rolle der Hausärzte im Bezug auf das Krankheitsbild Depression noch angebracht werden. Sie sind in den meisten Fällen die erste Ansprech- und Vertrauensperson. In diesem Sinne und auch in Anbetracht der Vorhersagen über die Entwicklung dieses Krankheitsbildes ist eine noch größere Sensibilität und eine kontinuierliche Weiterbildung in den verschiedenen Bereichen unumgänglich.

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt dem Tutor Dr. Adolf Engl und Prof. Dr. H.-H Abholz für die wertvollen Hinweise und Ratschläge. Dank auch den Hausärztinnen und Hausärzten, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen zu beantworten. Ebenso bedanke ich mich bei meiner Familie für die jahrelange Unterstützung und aufgebrachte Geduld.