



## Depression in der Hausarztpraxis

### Klare Schritte zur Diagnose

Prof. Dr. Jochen Gensichen, Jena

Stand: 2013\_09\_20\_AOK Diagnostik Tool.ppt

Datei: 04a\_AOK\_DIAGN\_TOOL\_130911\_gen.ppt

# Foliensatz zur Nutzung in Qualitätszirkeln



# Inhalt

---

- Woher kommt die Vermutung?
- „Klare Schritte zur Diagnose“:
  - Auf Signalsituationen achten.
  - Direkt strukturiert fragen.
  - Selbsteinschätzung des Patienten gezielt einholen.
    - Fragebogen PHQ-9
  - Mit dem Patienten über mögliche Diagnose sprechen.
    - Ausschluss weiterer Ursachen
  - Ihre ärztliche Entscheidung festhalten: Den richtigen ICD-Code finden.
- Exkurs: Suizidalität



# Woher kommt die Vermutung?

---

## 1. Patienteninduzierte Diagnostik:

Der Patient hat eine Vermutung selbst geäußert und will die Frage psychischer Erkrankungen durch den Arzt klären lassen.

→ direktes Ansprechen der ICD-10 Kriterien möglich, da der Patient vorbereitet ist

## 2. Arztinduzierte Diagnostik:

Der Arzt hat die Vermutung und will mit dem Patienten die Diagnose klären.

→ schrittweises Vorgehen wie im Folgenden beschrieben



Was ist häufiger, dass der Patient von selbst auf Sie zukommt oder dass Sie den Verdacht auf eine Depression haben?

# „Klare Schritte zur Diagnose“

---

1. Auf Signalsituationen achten.
2. Direkt strukturiert fragen.
3. Selbsteinschätzung des Patienten gezielt einholen.
4. Mit dem Patienten über mögliche Diagnose sprechen.
5. Ihre ärztliche Entscheidung festhalten:  
Den richtigen ICD-Code finden.



Wie gehen Sie aktuell vor?

# 1. Auf Signalsituationen achten

## Seltener:

- erhöhte Kontakte zu Ihnen mit wechselnden und unklaren Beschwerden
- häufiger Arztwechsel bzw. „Ärztehopping“
- erfolglose Primärbehandlung einer Erkrankung, die mit Beschwerden bzw. Schmerzen einhergeht

## Häufiger:

### Ersteindruck vom Patienten

- seltener Blickkontakt, träge Sprache oder Motorik, Müdigkeit, gedrückte Stimmung

### Bestimmte Begleiterkrankungen/ Symptome

- alle Abhängigkeitserkrankungen
- alle chronischen Schmerzen

### Aktuelle soziale Rahmenbedingungen des Patienten

- Verlust von nahestehenden Personen
- alle Formen von sozialer bzw. beruflicher Destabilität: „von Mobbing bis „Burnout“, „von Geburt bis Pflege“, etc.



Bei welchen Symptomen denken Sie an Depression?  
Unterscheiden sich Frauen und Männer?

## 2. Direkt strukturiert fragen

---

### Zwei-Fragen-Test zur Einschätzung einer depressiven Erkrankung

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
  2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- wenn beide Fragen negativ beantwortet wurden, dann liegt wahrscheinlich keine Depression vor
- wenn eine Frage positiv beantwortet wurde, dann PHQ-9 anwenden



Mit einer Sensitivität von 96 % und Spezifität von 57 % ist der „Zwei-Fragen-Test“ sehr zeitökonomisch zur ersten Einschätzung einer depressiven Erkrankung.

# 3. Selbsteinschätzung des Patienten gezielt einholen

---

- Der PHQ-9 fragt Patienten anhand von 9 Fragen, wie sie die offiziellen ICD-Symptome „für sich“ einschätzen. Die Patienten finden sich in den angebotenen Beschreibungen wieder oder nicht.
- Sie oder die Arzthelferin können fragen und den Punktwert bestimmen.
- Der Patient kann den Fragebogen auch selbst ausfüllen.



PHQ-9: Depression liegt bei Punktwert  $\geq 10$  wahrscheinlich vor.



# Fragebogen PHQ-9

---

- Der PHQ-9 bildet nur die Selbsteinschätzung des Patienten ab, die sie im ärztlichen Gespräch überprüfen sollten.
  - Lassen Sie evtl. den Patienten schon im Wartezimmer den Fragebogen ausfüllen und durch die MFA auswerten, diskutieren Sie die Ergebnisse im Patientengespräch
  - oder stellen Sie die Fragen selbst im Patientengespräch
  - Nutzen Sie die Ergebnisse als Gesprächsanlass mit dem Patienten und fragen sie ZUSÄTZLICH nach der individuellen Lebenssituation des Patienten
- Aktuell belastende Lebensereignisse, Beziehungs- und Arbeitsplatzprobleme, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Kontakte und Aktivitäten, Selbstsorge, Lebenseinstellung, etc.



# Fragebogen PHQ-9


## Auswertung:

Summenbildung über Antwortpunkte der Fragen des PHQ-9:

Antworten	Punkte
Überhaupt nicht	=0
An einzelnen Tagen	=1
An mehr als der Hälfte der Tage	=2
Beinahe jeden Tag	=3

DEPRESSIONEN MANAGEN – EIN VERSORGUNGSANGEBOT IHRER AOK

Praxisstempel



Signatur des Arztes: \_\_\_\_\_

**Patientenfragebogen (PHQ-9)**

**PATIENTENDATEN**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
6	Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder hektisch und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zutun möchten	[ ] 0	[ ] 1	[ ] 2	[ ] 3

Summenwert: \_\_\_\_\_



< 5  
< 10  
10 – 14  
15 – 19  
20 – 27

gesund  
unauffällig  
„leichtgradige“ Depression  
„mittelgradige“ Depression  
„schwergradige“ Depression

### Hinweis:

Der Fragebogen PHQ-9 entspricht dem Depressionsmodul des Gesundheitsbogen für Patienten (PHQ-D) und umfasst 9 Fragen zur Depressivität. Dieser Fragebogen wird zur Verfügung gestellt.

## 4. Mit dem Patienten über mögliche Diagnose sprechen

---

- Lassen Sie sich Patienteneinschätzungen aus dem **PHQ-9** von ihm **selbst** erläutern.
- Sie haben sofort eine erste Grundlage für Ihre ärztliche Einschätzung.
- Sie haben so mehr Zeit für das **Gespräch zur individuellen Lebenslage**: aktuell belastende Lebensereignisse, Beziehungs- und Arbeitsplatzprobleme, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Kontakte und Aktivitäten, Selbstsorge, Lebenseinstellung, etc.



Wie gehen Sie bei der Beratung von Depressiven vor?

# Ausschluss weiterer Ursachen (1/2)

---

→ Depressionen stehen häufig in Verbindung mit anderen somatischen und psychischen Erkrankungen sowie unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

## Somatische Erkrankungen

- Endokrinopathien (z.B. Hyper- / Hypothyreose, Addison-Erkrankung, Cushing-Syndrom, Diabetes mellitus)
- Hirnerkrankungen (z.B. M.Parkinson, Alzheimer-Erkrankung)
- Neoplasmen (z.B. Hirntumor, Pankreas-Ca, Leukämie)
- etc.



Welche Ursachen für Depression sind in Ihrer Praxis häufig?

# Ausschluss weiterer Ursachen (2/2)

---

## Andere psychische Erkrankungen mitbedenken

- insbesondere Angststörung , Sucht, Essstörung, somatoforme Störungen
- Ggf. fachärztliche Differentialdiagnose anstreben

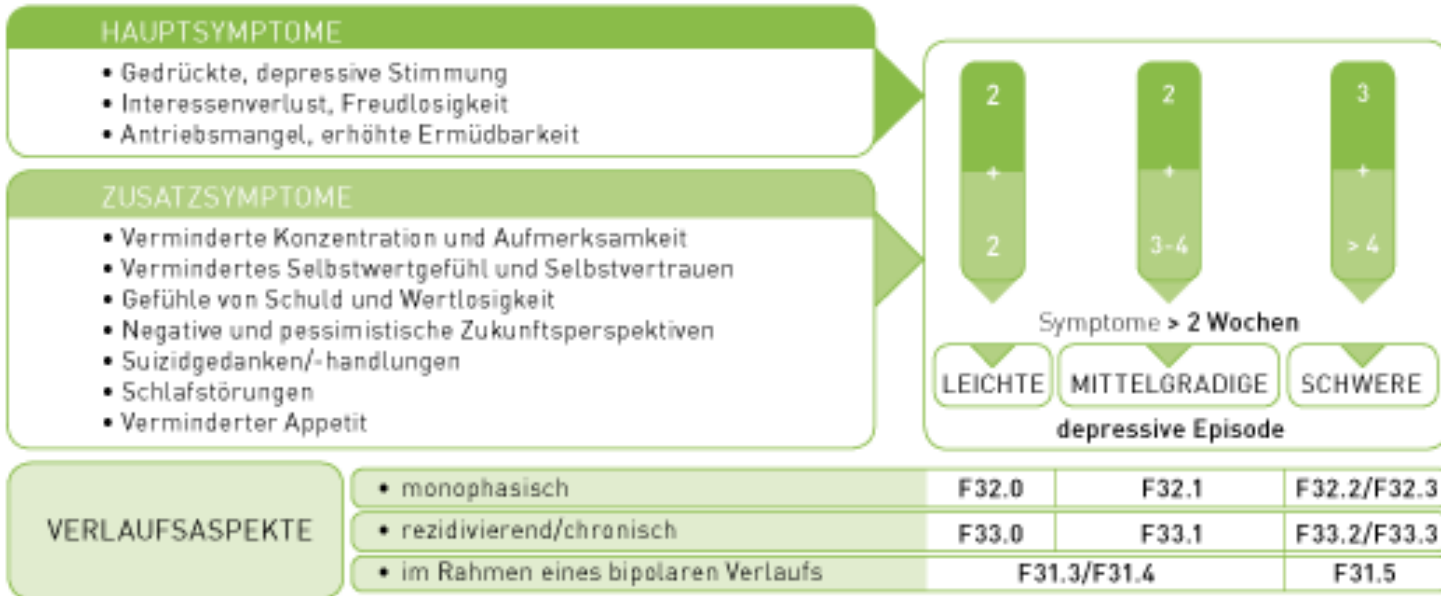
## Medikamente/ Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

- Antihypertensiva (z.B. Propanolol)
- Kortikosteroide
- Zytostatika (z.B. Vincristin, Vinblastin)
- Psychotrope Substanzen (z.B. Drogen)
- etc.



Welche Ursachen für Depression sind in Ihrer Praxis häufig?

# 5. Ihre ärztliche Entscheidung festhalten: Den richtigen ICD-Code finden



Der ICD kann die Depression nur grob beschreiben. Sie werden ihn mit persönlichen Notizen ergänzen. Er ist aber nützlich im Austausch mit Kollegen, da er über alle ärztlichen Fachgebiete abgestimmt ist.

# Exkurs: Suizidalität I

---

Der PHQ-9 hatte den Patienten schon einmal gefragt

→... **Sie müssen aber auf jeden Fall die Suizidalität selbst abklären!**

- Wie zwingend sind die Suizidgedanken („Tunnelblick“)?
- Besteht ein konkreter Suizidplan?
- Suizidversuche in der Familie oder in eigener Vorgeschichte?
- Kann sich der Patient von der Suizidalität distanzieren?



Wie gehen Sie bei Ihrem Verdacht auf Suizidalität vor?

# Exkurs: Suizidalität II

---

- Suizidalität sind alle Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln den Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen.
- 40-80% depressiv erkrankter Patienten haben im Verlauf ihrer Erkrankung Suizidgedanken (Ahrens 1995)
- 10-15 % der Patienten mit rezidivierender depressiver Erkrankung versterben an Suizid.
- Ein Arzt muss davon ausgehen, dass jeder depressive Patient suizidgefährdet ist.



# Exkurs: Suizidalität III

- Suizidalität immer direkt thematisieren und detailliert erfragen
- Abklärung:
  - Frühere oder momentane suizidale Gedanken
  - Konkrete Vorstellungen zur Ausführung
  - Bereits getroffene Vorbereitungen
  - Bestehender Handlungsdruck
  - Aktuelle klinische Symptomatik z.B. große Hoffnungslosigkeit, psychotische Symptome
  - Gründe, warum bisher kein Suizidversuch
  - Abschätzung der eigenen Kompensationsressourcen und der sozialen Unterstützung
- Wenn sich der Patient nicht eindeutig und überzeugend von Suizidideen oder –impulsen distanziert: Situation akut
- Wichtigster Risikofaktor: früherer Suizidversuch

(NVL Depression 2009)



Das Ansprechen von Suizidalität löst diese nicht aus bzw. verstärkt sie nicht.



# Exkurs: Suizidalität IV

## **Betreuung:**

Ausprägung der Suizidalität, Umgebungsfaktoren, Bündnisfähigkeit des Patienten und vorhandene Ressourcen bestimmen das Betreuungsangebot.

**Die ambulant therapeutische Betreuung** erfordert zusätzliche engmaschige Kontakte (direkt oder telefonisch) und mit dem Patienten vereinbarte „Antisuizidverträge“ über absehbare Zeiträume – also jeweils bis zu zwei Tagen. Eine akute Medikation mit Benzodiazepinen darf 14 Tage nicht überschreiten.

**Die stationäre therapeutische Betreuung** ist indiziert bei akuter Suizidgefährdung, d.h. der Patient hat konkrete Suizidpläne, einen hohen Handlungsdruck und kann sich nicht von seiner Suizidalität distanzieren, bei akut deutlich verschlechterter oder schwerer depressiver Symptomatik und fehlender tragfähiger therapeutischen Beziehung.

Ist die Suizidalität nicht sicher einschätzbar, ist eine Vorstellung in einer Klinik-Notfallambulanz erforderlich. Bei fehlender Behandlungsbereitschaft und akuter Suizidalität muss auch die Krankenhauseinweisung gegen den Willen des Patienten erwogen werden.

(NVL Depression 2009)



Prospektive „Antisuizidverträge“ beziehen sich immer auf konkrete und absehbare Zeiträume.



## Ergänzungsfolien:

Diese Folien können ergänzend als zusätzliche Hintergrundfolien, z.B. für Schulungen, genutzt werden.

# Inhalt

---

- Einführung
- Epidemiologie
- Ätiologie
- Hinweise auf eine Depression
- Wichtige Punkte in der Anamnese
- Diagnostik depressiver Störungen
  - Patienteninduzierte Diagnostik
  - Arztinduzierte Diagnostik
  - Depressions- Monitoring-Liste - mit Case Management DeMol
- Verläufe
- Komorbidität
  - Depression und kardio-vaskuläre Risikofaktoren
- Kooperation & Überweisung
  - Krankenhauseinweisung ist zu erwägen
- Therapiestrategien

# Einführung

- Depressive Störungen äußern sich in vielfältigen Symptomen
  - Sie gehören zu den häufigen Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis
  - Aufgabe des Hausarztes besteht im Erkennen der Depression anhand von gezielten Fragen und strukturiertem Vorgehen sowie der Behandlung der Depression
- Verlauf der Erkrankung erfordert
  - eine kontinuierliche, unterstützende Begleitung,
  - ggf. in Zusammenarbeit mit Fachkollegen,
  - unter Nutzung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapieverfahren,
  - Eine geduldige und empathische Haltung zum Patienten
- Besondere Aufmerksamkeit: Suizidalität und Komorbiditäten



Die Inhalte des AOK-Programms beschränken sich auf die „unipolare“ depressive Störung, d.h. depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen und anhaltende affektive Störungen.

# Epidemiologie I

- Ca. 3 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Depression
- Prävalenz in Hausarztpraxen: 5-11% (Wittchen und Pittrow 2001: 10,1%)
- Lebenszeitprävalenz: 16-20% (Ebmeier 2006)
- Punktprävalenz für 4 Wochen: 5,6% (18 bis 65-Jährige) (Jacobi 2004)
- Punktprävalenz für 13 Monate: 10,7% (18 bis 65-Jährige)
- Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten
- Doppelt so viele Frauen wie Männer erkranken an Depression (Fichter 2008)
- Jeder zweite Patient mit Depression erleidet in seinem Leben mindestens eine weitere Episode
- Im Mittel erleiden Patienten mit rezidivierender Depression 6 Episoden
- 10-15% der Patienten mit Depression versterben an Suizid (Wittchen 2011)



Aufgrund der Abhängigkeit der Prävalenzen von den angewendeten Kriterien können die angegebenen Werte nur einen Trend angeben. Es wird jedoch deutlich, dass die depressiven Erkrankungen häufig sind.

# Epidemiologie II

---

- **Stichtagsprävalenz**
  - in der Allgemeinbevölkerung 2 - 4 %
  - in der Hausarztpraxis 5 – 11 %
  - bei stationären Patienten 10 – 14 %
- **Lebenszeitprävalenz** 18 % in Deutschland
- Mehr als jeder 2. depressive Patient erleidet eine weitere Episode

(Wittchen et al 2001)



Wie viele depressive Patienten behandeln Sie in Ihrer Praxis?

# Epidemiologie III

---

Inanspruchnahme professioneller Hilfe

- 41,1 % Hausarzt
- 9,9 % Psychiater
- 6,0 % Psychologe
- 12,5 % andere

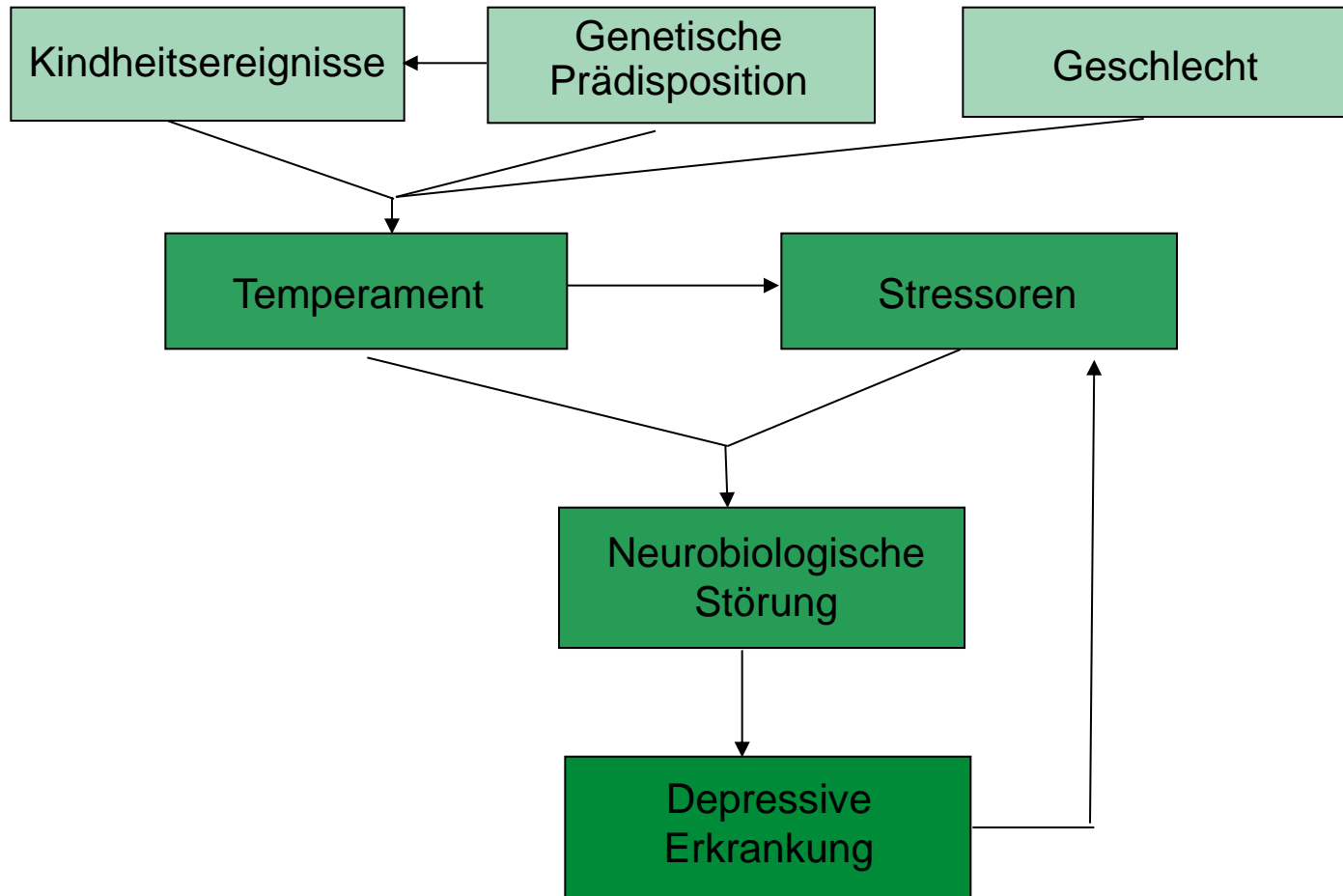
(Lepine 1997)

< 0,2% stationäre Behandlung (Grobe 2006)



Wie viele von Ihren Patienten erhalten Psychotherapie oder stationäre Behandlung? Warum?

# Ätiologie



Akiskal 1995



# Hinweise auf eine Depression I

## Signalsituationen

- Hinweise für Depressionen im Patientenkontakt, bei denen der Arzt auch eine Depression sondieren sollte:
  - gedrückte Stimmung, seltener Blickkontakt, träge Sprache oder Motorik, Müdigkeit
  - soziale Instabilität, Verlust von Bezugspersonen
  - erfolglose Primärbehandlung
  - Abhängigkeitserkrankungen
  - chronische Schmerzen
- Besonderheiten bei den Praxiskontakten:
  - häufige Sprechstundenbesuche mit wechselnden Beschwerden
  - häufiger Arztwechsel



Aber: Nicht jeder einzelne Mensch mit einer der Eigenschaften muss eine Depression haben.

# Hinweise auf eine Depression II

## Risikofaktoren

- Eine Depression kommt häufiger vor bei Menschen mit den folgenden Eigenschaften als bei anderen, ohne diese Eigenschaft. Deshalb sollten Ärzte bei diesen Patienten aufmerksam sein:
  - frühere depressive Episoden des Patienten oder in der Familie
  - bipolare oder depressive Störungen in der Familienanamnese
  - Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte
  - komorbide somatische Erkrankungen
  - komorbider Substanzmissbrauch bzw. komorbide Substanzabhängigkeit
  - aktuelle belastende Lebensereignisse
  - Mangel an sozialer Unterstützung
  - gleichzeitig vorliegende Ko-Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Koronare Herzerkrankung (insbesondere nach einem akuten Geschehen), neurologische Erkrankungen (Demenz), Krebs oder Einschränkungen



Aber: Nicht jeder einzelne Mensch mit einer der Eigenschaften muss eine Depression haben.

# Hinweise auf eine Depression III

---

- Unspezifische Symptome/Beschwerden
- Patienten stellen sich meistens mit unspezifischen Symptomen vor und berichten selten spontan über Kernsymptome einer Depression. Häufige Beschwerden die auf eine mögliche Depression hinweisen können sind (Schauenburg 2011):
  - Magendruck
  - Druckgefühl in Brust und Hals, Globusgefühl
  - Schwindelgefühle
  - Erschöpfung
  - Spannungsbedingte Muskelschmerzen
  - Verdauungsbeschwerden
  - Subjektive Gedächtnisstörungen
  - Libidoverlust

# Wichtige Punkte in der Anamnese

---

- schwerwiegende Lebensereignisse („life events“)
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- evtl. Probleme durch kürzliche Veränderungen (Beziehungsprobleme, Probleme am Arbeitsplatz)
- verminderte Selbstsorge
- Einstellung der Aktivitäten
- Reduzierung sozialer Kontakte
- Krankschreibungen

(S3 / NVL Depression, AZQ 2009)



# Patienteninduzierte Diagnostik

---

## Fallbeispiel I

- 42-jährige Patientin
- seit 2 J. mit Infekten oder Nackenbeschwerden bekannt
- verheiratet, 2 Kinder
- Pflegekraft, geordnetes soziales Umfeld
- Mimik ernst bis traurig, der Händedruck ist eher schlaff, kraftlos.
- Es „gehe ihr schon seit ca. 1/4 Jahr nicht gut. Sie schaffe es nicht mehr und brauche eine Auszeit.“ .....



Depression kann direkt exploriert werden

# Arztinduzierte Diagnostik I

## Fallbeispiel II

- 42-jährige Patientin
- seit 2 J. mit Infekten oder Nackenbeschwerden bekannt
- verheiratet, 2 Kinder
- Pflegekraft, geordnetes soziales Umfeld
- Mimik ernst bis traurig, der Händedruck ist eher schlaff, kraftlos.
- Hätte seit längerem Knieschmerzen, war letzte Woche bei einem Praxiskollegen, sei müde und wolle eine Überweisung zum Orthopäden.
- Knie anamnestisch u. aktueller Befund unauffällig.
- Auf Nachfrage, ob sie sich in den vergangenen Wochen niedergeschlagen, deprimiert oder eine gewisse Hoffnungslosigkeit gefühlt habe, stimmt Patientin unbestimmt zu.



Es wird ein kurzfristiger Termin angeboten und die Patientin erhält den PHQ-9 mit.

# Arztinduzierte Diagnostik II

---

## Fallbeispiel II (Fortsetzung)

- Im nächsten Treffen weist der PHQ-9 =13 auf eine mögliche Depression hin.
- Die Müdigkeit wird von der Patientin mit Durchschlafstörungen erläutert.
- Im Gespräch werden u.a. die ICD-10 Kriterien exploriert.
- Mit Anfang 30 habe sie schon mal so etwas Ähnliches erlebt, aber nicht so ausgeprägt.
- Heute fallen in der Familie schulische Probleme mit dem Sohn und Belastungen durch die mehr Versorgung einfordernde eigene Mutter an.
- Die Patientenselbsteinschätzung im PHQ-9 = 13, wird durch im Gespräch geschilderte Symptome wie Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Schlafstörung, Konzentrationsstörung und pessimistischen Zukunftsperspektiven bestätigt: „mittelschwere depressive Episode“.

# Diagnostik depressiver Störungen I

## Fragebogen als zentrale Unterstützungselemente bei der Diagnosestellung

- PHQ-9 ist in der HA-Praxis sehr hilfreich, weil er kurz ist und dabei viel erfasst.
- Das wiederholte Abfragen des PHQ-9s kann Ihnen auch die Entwicklung des Verlaufs darstellen:
  - Verbesserung oder ausbleibende Verbesserung

**!** Der PHQ-9 ist deutlich genauer als der „Zwei-Fragen-Test“ und sollte bei Vorliegen von Risikofaktoren, Signalsituationen oder dem konkreten Verdacht des Arztes eingesetzt werden.





# Diagnostik depressiver Störungen II

---

## Fragebogen als zentrale Unterstützungselemente bei der Diagnosestellung

- DeMOL ist eine Erweiterung des PHQ-9 um 4 Fragen, die auf den aktuellen Umgang des Patienten mit der Erkrankung eingehen und im Rahmen des Therapiemanagements eingesetzt werden:
- So wissen Sie, wie es dem Patient klinisch geht und wie er mit der Behandlung klar kommt.
- Es gibt andere gute Fragebögen, z.B. WHO-5 . Diese beschreiben oft eher ein „allgemeines Unwohlsein“ als die spezifische Depression.



# Depressions- Monitoring-Liste - mit Case Management DeMol

Summe:

- A = 3 Punkte
- B = 2 Punkte
- C = 1 Punkt
- D = 0 Punkte

	< 5	gesund
	< 10	unauffällig
!	10 – 14	„leichtgradige“ Depression
	15 – 19	„mittelgradige“ Depression
	20 – 27	„schwergradige“ Depression

DEPRESSIONEN MANAGEN – EIN VERSORGUNGSANGEBOT IHRER AOK

DEPRESSIONS-MONITORING-LISTE (DeMoL) mit integriertem PHQ-9

FÜR DEN ARZT  
FÜR DIE CASE MANAGERIN/MFA

Institut für Allgemeinmedizin  
Friedrich-Schiller-Universität

Prof. Dr. Jochen Gerschke, Institutsdirektor, Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Jena

Datum des Telefonats/Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Name des Patienten und Nummer: \_\_\_\_\_

Name der Case Managerin/MFA: \_\_\_\_\_

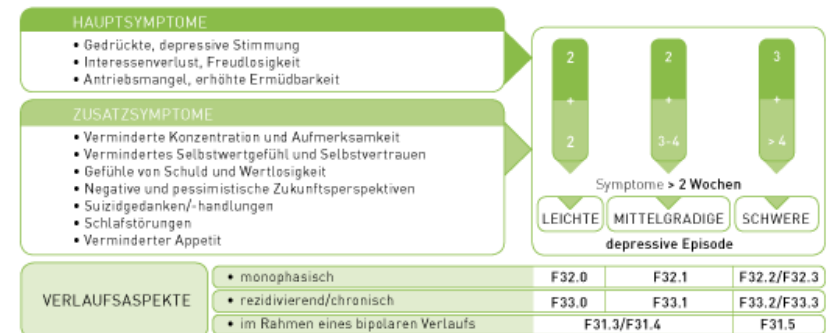
**Fragen 1-9 aus: „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-9)**

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Sicher/ unversichert zu sein/ Arzt	Früher/ früherer Bereich an Arzt	Auffällig (Bericht an Arz, ggf. Mail oder Postkarte)	Unauffällig (Bericht an Arz, ggf. Mail oder Postkarte)	Score
<b>1 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0
<b>2 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0
<b>3 Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0
<b>4 Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0
<b>5 Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0
<b>6 Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0
<b>7 Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen</b>					
A. Beinahe jeden Tag					3
B. An mehr als der Hälfte der Tage					2
C. An einzelnen Tagen					1
D. Überhaupt nicht					0

# Diagnostik depressiver Störungen III

→ Nach ICD werden depressive Störungen als psycho-pathologische Syndrome mit einer Mindestdauer von 2 Wochen definiert

- Die systematische Diagnostik bei unipolaren depressiven Störungen beruht auf Haupt- und Zusatzsymptomen - je nach Anzahl ihres Auftretens erfolgt eine Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere Episoden:
  - **Leichte Episode:** Es müssen mindestens 2 Hauptsymptome und 2 Zusatzsymptome vorliegen.
  - **Mittelgradige Episode:** Es müssen mindestens 2 Hauptsymptome und 3 bis 4 Zusatzsymptome bestehen.
  - **Schwere Episode:** Es müssen mindestens 3 Hauptsymptome und mehr als 3 Zusatzsymptome vorliegen.

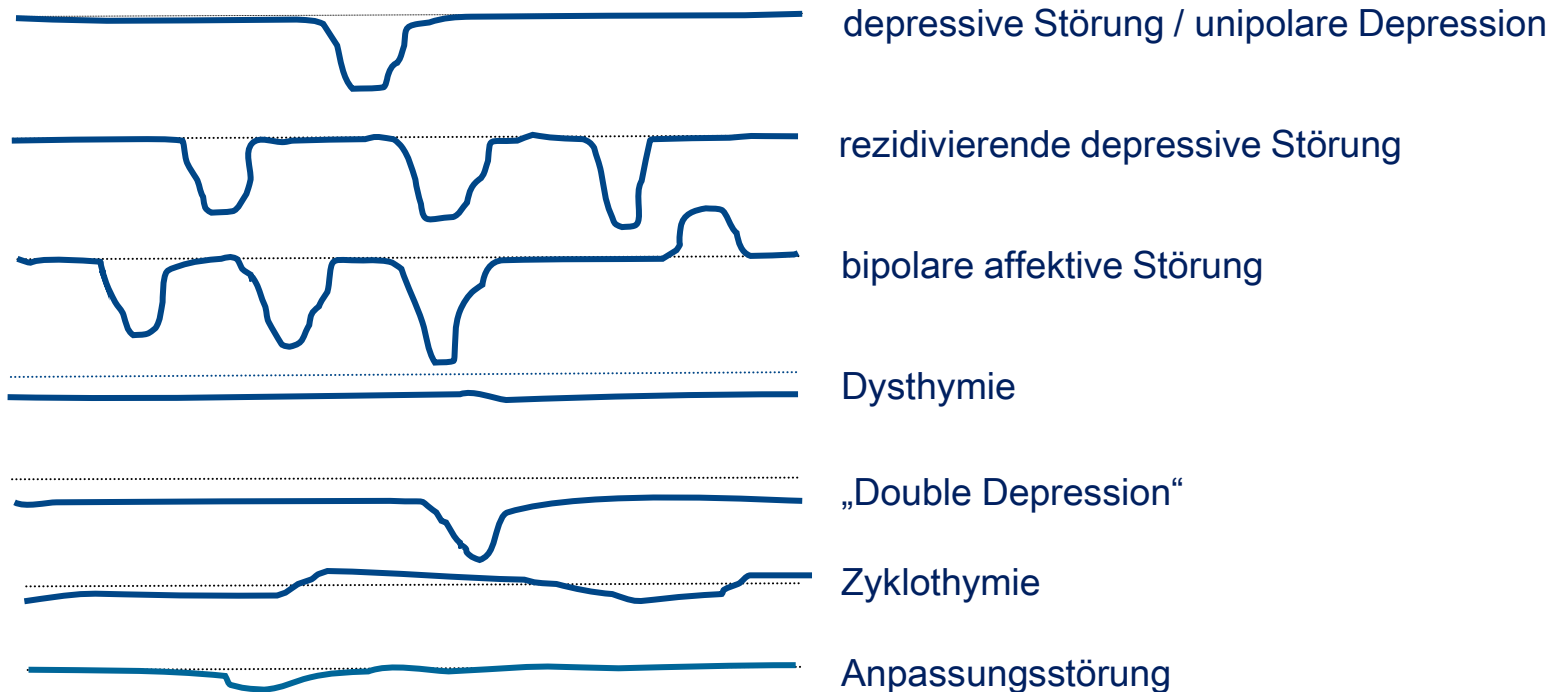


Der ICD kann die Depression nur grob beschreiben. Sie werden ihn mit persönlichen Notizen ergänzen. Er ist aber nützlich im Austausch mit Kollegen, da er über alle ärztlichen Fachgebiete abgestimmt ist.

# Verläufe

→ Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen episodischen Verlauf aus.

- Vor Einführung der Psychopharmaka wurde in Studien eine durchschnittliche Episodendauer von 6-9 Monaten für die unipolare Depression gezeigt (Berger 2004).
- Es gibt eine große interindividuelle Variabilität im Verlauf (F32, F33, F31, F34 etc.).



# Komorbidität I

---

Depression häufig in Verbindung mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen

→ Kann Diagnostik erschweren, Verlauf komplizieren und therapeutische Möglichkeiten einschränken

Häufige psychische Komorbiditäten:

- Angststörungen (ICD-Diagnose F40 – F41), bei primärer generalisierter Angststörung 29-46% (Judd 1998)
- Suchterkrankungen (ICD-Diagnose F10 – F19), bis zu 60%
- Essstörungen (ICD-Diagnose F50), Lebenszeitprävalenz 75% (Strober 1988, Woodside 2006)
- Somatoforme Störungen (ICD-Diagnose F45), 50 und 90% (Hiller 1997)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD-Diagnose F60 – F69), 30-40%

(NVL Depression 2009)



# Komorbidität II

Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder eine Angststörung bei somatisch Kranken ca. 40% (NVL Depression 2009)

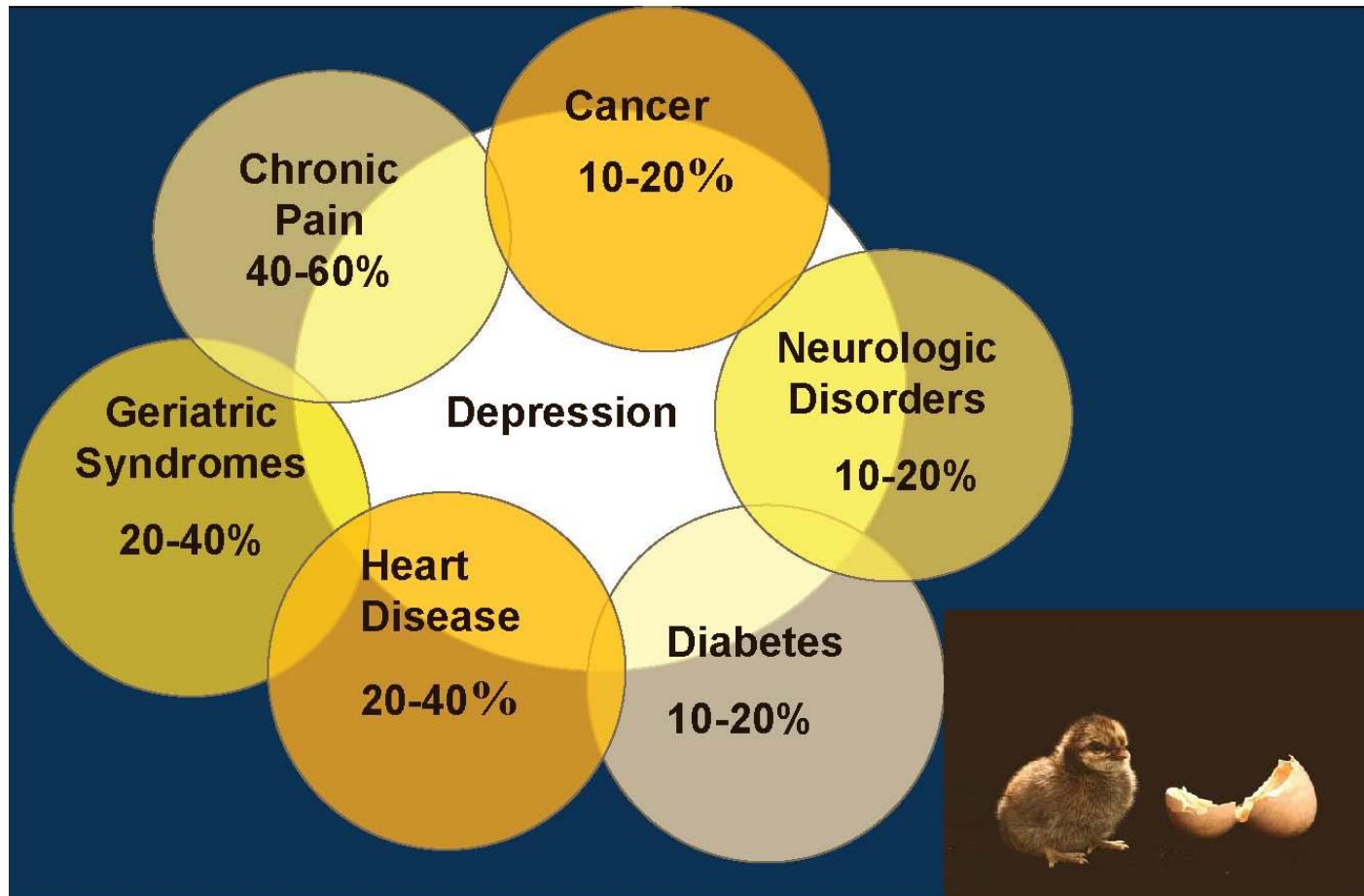
→ Verstärkung der körperlichen Symptome, schlechtere Anpassung an die Erkrankung, reduzierte Behandlungsadhärenz, vermehrte psychosoziale Funktionseinschränkungen

Häufige somatische Komorbiditäten:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Schlaganfall
- Tumorerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Chronisches Schmerzsyndrom

▪ Demenz bzw. Morbus Parkinson  
Bei einigen Patienten erfüllen die vorhandenen Symptome nicht die ICD 10 Kriterien für die Depression, trotzdem ist die Prognose der somatischen Erkrankung verschlechtert.

# Komorbidität III

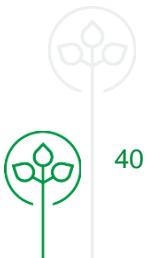


(Anderson et al 2001, Katon et al 2003 u. 2004, Walker et al 2009)

# Depression und kardiovaskuläre Risikofaktoren I

---

- Major Depression und Diabetes sind unabhängig assoziiert mit einer Erhöhung der **Plättchenadhäsion und -aggregation** (Langhrissi-Thode, 1997; Sobol, 2000)
- Erhöhte **Entzündungsparameter** wie C-reaktives Protein (Konsman, 2002)
- **Endothelialer Dysfunktion** (Broadley, 2002)





# Depression und kardiovaskuläre Risikofaktoren II

---

- Aktivierung des **hypothalamisch-pituitarisch-adreno-corticalen** Systems (HPA) (Joynt 2003, Ehlert 2001)
- **Kortisolspiegel** fördert die Atherosklerose, den Hochdruck und die Vulnerabilität des Endotheliums (Arborelius 1998)
- **Verstärkte sympatho-adrenale Aktivität**, Plasmakatecholamine erhöht, Vasokonstriktion, Plättchenaktivierung und Frequenzerhöhung (Ehlert 2001)



# Kooperation & Überweisung

- Die Behandlung der Depression in der Hausarztpraxis hat Vorteile:
  - Frühzeitiger Behandlungsbeginn
  - Kenntnis der Lebensumstände durch den Hausarzt
- Kurzfristige Anschlussbehandlung durch Psychiater oder Psychotherapeuten ist oft nicht verfügbar
  - Hausarztpraxis ist zumindest zeitweise einzige Anlaufstelle für Patienten mit psychischen Beschwerden
- Schwierigkeiten können auftreten:
  - wenn zu wenig Konsultationszeit zur Verfügung steht oder die Kenntnisse über psychische Erkrankungen unsicher sind.

## Überweisung zum Psychiater/Nervenarzt bei:



- unklarer Diagnose
- Therapieresistenz trotz antidepressiver Medikation
- Akut suizidalem oder fremdaggressivem Verhalten
- Komplizierenden Komorbiditäten
- eigene Behandlungsunsicherheit
- bei schwerer Depression

# Krankenhauseinweisung ist zu erwägen

- Bei akuter Suizidgefährdung – das heißt, der Patient hat konkrete Suizidpläne, einen hohen Handlungsdruck und kann sich nicht von der Suizidalität distanzieren
- Bei schwerer depressiver Symptomatik und wenn eine tragfähige therapeutische Beziehung nicht gelingt.
- Wenn Suizidalität nicht mehr sicher einschätzbar ist, ist ebenfalls eine Vorstellung in einer Klinik-Notfallambulanz erforderlich.
- Bei fehlender Behandlungsbereitschaft und akuter Suizidalität muss die Krankenhauseinweisung gegen den Willen des Patienten erwogen werden.

## Die stationäre Therapie ist zu erwägen bei:

- akuter Suizidgefährdung
- Medizinischem Versorgungsbedarf nach Suizidversuch
- Bedarf an intensiver psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung
- der Unmöglichkeit einer hinreichend zuverlässigen Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität
- unzureichend tragfähiger therapeutischer Beziehung



# Therapiestrategien

- Die wichtigsten evidenzbasierten Therapiestrategien in der Behandlung depressiver Patienten sind
  - Aktiv-abwartende Begleitung bei leichter Depression, Psychotherapeutische Verfahren, Pharmakotherapie
- Weitere Strategien sind unter anderem Schlafentzugstherapie, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie, Entspannungsverfahren, Kunsttherapie, Ergotherapie und Soziotherapie.
  - Im hausärztlichen Bereich werden in der Regel die aktiv abwartende Begleitung, psychosozial supportive Behandlung und Pharmakotherapie angewendet, oft sind ausdifferenzierte Therapiestrategien im Zusammenspiel mit anderen Fachgruppen sinnvoll.
  - Wichtige Basiselemente sind die Psychoedukation und die partizipative Entscheidungsfindung bei der Therapiewahl.



Mit den „Klaren Schritte zur Diagnose“ verfügen Sie über ein Unterstützungselement für das Erkennung von Patienten mit Depressionen in der hausärztlichen Praxis. Das AOK-Programm Depression bietet Ihnen zudem weitere Informations-, Beratungs- und Steuerungselemente zu Ihrer Unterstützung bei der evidenzbasierten Therapie.



**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit**