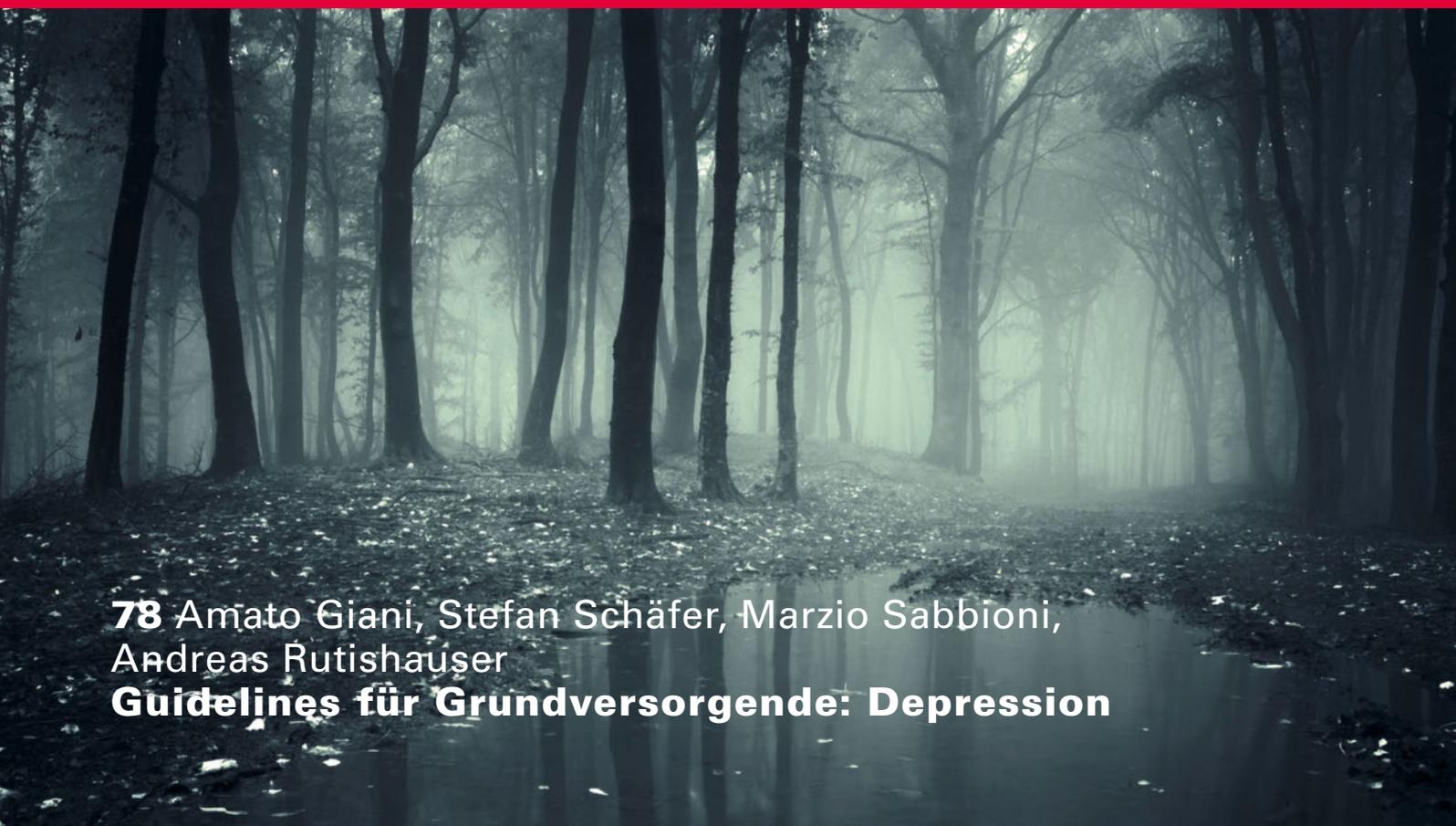




Primary *Care* and Hospital

Allgemeine Innere Medizin

Sonderdruck



78 Amato Giani, Stefan Schäfer, Marzio Sabbioni,
Andreas Rutishauser
Guidelines für Grundversorgende: Depression

Guidelines für Grundversorgende: Depression

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Marzio Sabbioni^{a,b}, Andreas Rutishauser^a

^a mednetbern; ^b beratender Facharzt für Psychiatrie und Innere Medizin



Die Depression ist mit 8% neuen Fällen pro Jahr eine wichtige Diagnose im Alltag von Hausärztinnen und Hausärzten [1]. Hausärzte diagnostizieren zuverlässig eine Depression in 50% der Fälle und schliessen eine Depression zuverlässig in 81% der Fälle aus [2]. Unerkannt und unbehandelt kann sie zum Tod durch Suizid führen und den Verlauf vieler Krankheiten und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.

Ausgangslage, Zielsetzung, Fragestellung

Das Ärztenetzwerk *mednetbern* versucht, zwischen der realen Situation einer Gruppe erfahrener schweizerischer Grundversorger und der idealen, von international bekannten Experten empfohlenen Vorgehensweise zum Management der Depression (ICD-10: «F32.- Depressive Episode») im ambulanten Setting eine Brücke zu schlagen. WHO [3] und EU [4] haben keine eigenen Guidelines zum Thema, nehmen jedoch mit je einem Positionspapier allgemein Stellung und betonen die Wichtigkeit der Erkrankung in der Grundversorgung. Die EU-Kommission behauptet sogar hausärztliches Unvermögen «Depressionen zu erkennen und zu managen», weil es ihnen (den Hausärzten) «an Wissen über Verfügbarkeit und Wirksamkeit verschiedener Behandlungsformen (einschliesslich nicht pharmazeutischer Therapien) fehlen kann». Mit dem 24-seitigen Tool *iFightDepression*[®] [5] stellt die gleichnamige, von der EU-Kommission geförderte Organisation Merkblätter zu einzelnen Teilaspekten der Erkrankung zur Verfügung. Guidelines im eigentlichen Sinn finden wir bei den Amerikanern [6] und den Deutschen [7]. Sie sind jedoch wegen ihres Umfangs und ihrer auf die Spezialisten zugeschnittenen Herangehensweise nicht praxistauglich. In der Schweiz existiert eine ausgezeichnete Zusammenfassung der grossen Guidelines zur somatischen Therapie, die jedoch unter ausschliesslicher Federführung der psychiatrischen Fachgesellschaften entstanden ist [8, 9]. Eine weitere schweizerische Publikation befasst sich ganz mit der Psychotherapie der Depression [10]. Unser Ziel ist, dass Grundversorger mit unserer Guideline befähigt werden, die Diagnose «Depression» mit grosser Kompetenz abzuklären und behandeln zu können. Auch geben wir klare Hinweise, wann die Patienten

an die Spezialisten weitergewiesen werden müssen, und welche Medikamente besonders vielversprechend sind. Jeder Patient soll eine massgeschneiderte individuelle Behandlung erhalten können.

Beschreibung, Methodik

Das vorliegende Projekt gründet auf unseren früheren Guideline-Projekten für Hausärzte [11–14]. Die vertikale Verbindlichkeit der Guidelines wird eingehalten (global WHO, kontinental EU und Amerika, national D und CH) und mit dem Erfahrungsschatz der 65 Netzwerkmitglieder aus 13 Qualitätszirkeln im Vernehmlassungsverfahren abgeglichen und ergänzt. Aufnahme in unsere Guideline finden nur Fakten, welche die Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) erfüllen. Das Ergebnis ist eine Guideline in Form eines praktischen laminierten Faltblattes, neben einer allgemein und kostenlos zugänglichen elektronischen Version (in der Online-Version dieses Artikels unter www.primary-hospital-care.ch oder unter www.mednetbern.ch/publications/guideline_depression.pdf).

Nutzen, Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die vom Ärztenetzwerk *mednetbern* entwickelte Methode zur Erarbeitung von Guidelines gut für Erkrankungen eignet, die von grosser gesundheitspolitischer und -ökonomischer Bedeutung sind und in die Domäne der Grundversorgung gehören. Die Erkenntnisse sind oft überraschend und können zur Vereinfachung der Guideline beitragen, ohne Abstriche an deren Korrektheit zu verursachen. Wichtige praktische Ergebnisse werden in der Folge besprochen.

Definition

Kurz und bündig auf Deutsch: «Neurobiologisches Syndrom mit schweren psychischen, geistigen, körperlichen und sozialen Auswirkungen. Leitsymptome: Gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Beeinträchtigung des Selbstwertes, der körperlichen Befindlichkeit und des Schlafs. Lebensprävalenz 15%! Unerkannt und unbehandelt kann die Erkrankung zum Tod durch Suizid führen und den Verlauf vieler Krankheiten und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.» In der Basisliteratur suchen wir meist vergebens nach einer Definition der Depression.

Anamnese

Bei den typischen, aber unspezifischen subjektiven Klagen (Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Appetitminderung, allgemeine Müdigkeit oder Erschöpfung, anhaltende Schmerzen), zusammen mit den anamnestischen Risikofaktoren (depressive Störungen, psychosoziale Belastungen, körperliche Erkrankungen mit hoher psychologischer Belastung) muss reflexartig ein Screening mit dem Zwei-Fragen-Test gemacht werden:

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?

Werden beide Fragen mit JA beantwortet, folgt die dreiteilige diagnostische Abklärung.

Dreiteilige diagnostische Abklärung

1. Teil: Symptome der Depression. *mednetbern* hat einen eigenen Fragebogen entwickelt, der es erlaubt, die Haupt- und Zusatzsymptome der Depression mit klaren, leicht verständlichen und unverfänglichen Fragen zu bestimmen und eine Subtypisierung in das somatische Syndrom zulässt sowie nach psychotischen Symptomen (Wahnsymptome, Halluzinationen) fragt. Der Fragebogen befindet sich auf Seite 4 der Guideline als Kopiervorlage.
2. Teil: Somatische Krankheiten und Medikamente. Diese können ebenfalls depressive Symptome verursachen oder vortäuschen. Internistischer Status, Labor mit Differentialblutbild, Chemie, TSH, EKG (auf verlängertes QT-Intervall achten), Vitamin B₁₂ und MMS (Mini Mental Status) bei älteren Menschen, sind sinnvolle Untersuchungen. Somatische Erkrankungen müssen erkannt und mitbehandelt werden. Bei den Medikamenten achten wir auf solche, die häufig (>10%) depressive Symptome verursachen (z.B. Steroide, Interferon-alpha etc.).
3. Teil: Psychische Begleiterkrankungen und Ressourcen. Wir ergänzen den Psychostatus mit Fragen nach Angst-, Zwangs- und manischen Symptomen, Sucht sowie Alltagsbewältigung und Ressourcen. Wichtige Ressourcen sind gute und sichere Situationen in Beziehungen, Arbeit, Geld, Wohnen, Aufenthaltsstatus, Spiritualität sowie regelmässig Sport und Bewegung.



Diagnose

Um die Diagnose «Depression» stellen zu können, müssen seit mindestens 4 Wochen ≥ 2 Hauptsymptome und insgesamt ≥ 4 Haupt- und Zusatzsymptome vorliegen, die nicht auf den Missbrauch psychotroper Substanzen zurückgeführt werden können. Wird die depressive Episode durch eine somatische Erkrankung oder durch Medikamente verursacht, wird dies als organische psychische Störung entsprechend diagnostiziert (F06.32).

Differentialdiagnose

Eine präzise durchgeführte Diagnostik erlaubt die Abgrenzung von Trauerreaktion, Anpassungsstörung und anderen psychischen Erkrankungen. Körperliche Symptome, insbesondere der Gewichtsverlust, müssen immer abgeklärt werden. Bei Substanzmissbrauch kann die Diagnose «Depression» als Komorbidität (Doppeldiagnose) durch den Facharzt für Psychiatrie unter Berücksichtigung der Vorgeschichte gestellt werden.

Assessment

Das kombinierte Depressions-Assessment ist die Grundlage für unsere therapeutischen Entscheidungen. Es soll eine patientenspezifische Behandlung ermöglichen und erfolgt in drei Schritten:

1. Schritt: Beurteilung des Suizidrisikos. Die Suizidalität muss bei jeder Konsultation evaluiert werden.

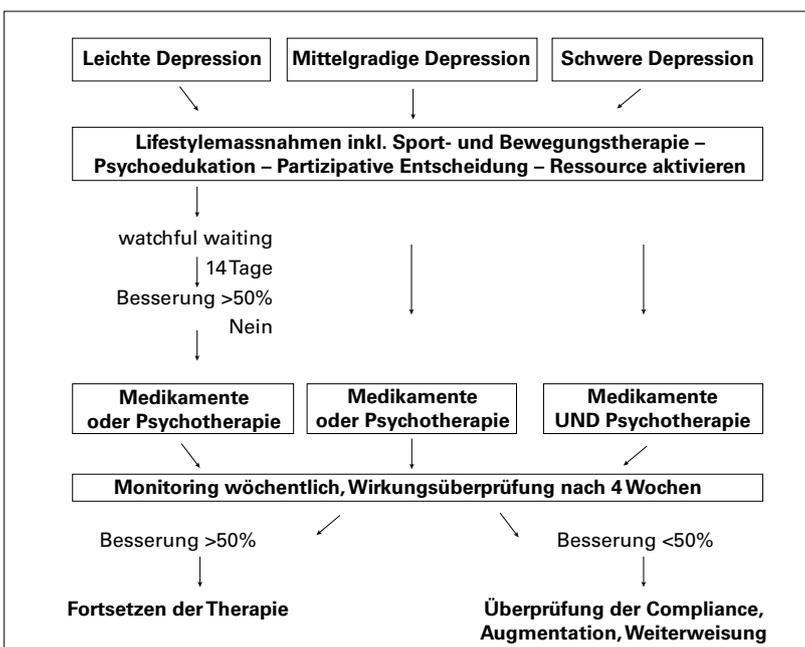


Abbildung 1: Der Behandlungsalgorithmus von mednetbern.

Wichtige Kriterien für hohes und tieferes Risiko für vollendeten Suizid werden aufgezählt und können mit nationalen [15–17] und lokalen (Agglomeration Bern [18], Gemeinde Basel [19]) Studien belegt werden.

2. Schritt: Schweregrad der Depression. Die Klassifikation in die Schweregrade leicht F32.0 (2 Hauptsymptome plus 2 Zusatzsymptome), mittelgradig F32.1 (2 Haupt- plus 3–4 Zusatzsymptome) und schwer F32.2 (3 Haupt- plus 4–7 Zusatzsymptome) mit Hilfe des mednetbern-Depressionsfragebogens ist therapierelevant.
3. Schritt: Punktezahl im PHQ-9-Monitoring-Fragebogen. Benchmark zur Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie im Verlauf. Der Fragebogen befindet sich auf Seite 4 der Guideline als Kopiervorlage.

Therapieziel, Behandlungsstrategie, Therapiemassnahmen

Die aus den Erkenntnissen des Assessments resultierende Behandlung hat zum Ziel, die Genesung oder Remission zu erreichen, die Mortalität, insbesondere durch Suizid, zu verringern und Rückfälle und Rezidive zu vermeiden. Grundsätzlich soll jeder Patient in den Genuss der allgemeinen Massnahmen/Beratung (Counseling) kommen, die eine Kernkompetenz des Hausarztes sind. Die weiteren Therapiemassnahmen stellen die Psychotherapie und die Pharmakotherapie dar. Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden soll die Patientenpräferenz entscheiden, welche Massnahme zuerst zum Zuge kommen soll. Bei leichten depressiven Episoden sollen Antidepressiva zur Erstbehandlung nur nach besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eingesetzt werden. Bei schweren depressiven Episoden ist die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie obligatorisch (Abb. 1).

Allgemeine Massnahmen/Beratung (Counseling)

Lifestyle: Schlafhygiene, regelmässige Ernährung und körperliche Bewegung (mind. 2–3 × pro Woche 30–45 Min. Ausdauertraining) sollen empfohlen werden. Schädliche Wirkung von Alkohol und Drogen müssen betont werden.

Beratung/Counseling: Aufklärung, psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, Problemlöseansätze. Partizipative Entscheidungsfindung und Behandlungsvereinbarung helfen, Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit bei den Patienten und deren Angehörigen zu verbessern.

Pharmakotherapie

Grundsatz: Die Indikation für ein bestimmtes Präparat soll durch das individuelle Nebenwirkungs- und Risikoprofil erfolgen. Dadurch erhalten die Patienten eine massgeschneiderte medikamentöse Therapie.

1. Wahl: SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer): Escitalopram, Sertralin, Fluoxetin.
2. Wahl: SNRI (Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer): Venlafaxin, Duloxetin. Wichtig: bei der schweren depressiven Episode (F32.2) ist Venlafaxin Medikament der 1. Wahl!
3. Spezialfälle: Alle übrigen Medikamente von Seite 3 der Guideline (z.B. situationsabhängig Mirtazapin bei Schlafstörung, Duloxetin oder Amitriptylin bei chronischer Schmerzkrankung).
4. Strategien bei mangelnder Wirksamkeit: Wechsel des Antidepressivums. Dosissteigerung. Kombinationen des Antidepressivums mit Psychotherapie. Augmentation: Kombination eines Antidepressivums mit Mirtazapin, atypischen Neuroleptika, Schilddrüsenhormon, Lithium.

Psychotherapie

Viele Hausärzte haben keine psychotherapeutische Ausbildung und werden diejenigen Patienten, die eine Psychotherapie brauchen an die Spezialisten weiterweisen: Kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder psychodynamische/analytische Psychotherapie sind evidenzbasiert wirksame Methoden zur Behandlung der Depression.

Behandlungsalgorithmus (Abb. 1)

Die Therapiemassnahmen sind abhängig vom Schweregrad der depressiven Episode und immer unidirektional, d.h. auch nach Besserung oder Remission muss die begonnene Therapie über klar definierte Zeiträume

weitergeführt werden. Die allgemeinen Massnahmen/Beratung (Counseling) stehen an erster Stelle und kommen bei allen Patienten zur Anwendung. Bei leichter Depression darf durchaus 14 Tage ohne Pharmakotherapie oder Psychotherapie im Sinne eines *watchful waiting* abgewartet werden. Bei der leichten oder mittelgradigen Depression werden entweder ein Antidepressivum oder eine Psychotherapie, je nach Präferenz des Patienten, als alleinige Therapie verwendet. Bei der schweren depressiven Episode sind Medikamente und Psychotherapie zusammen notwendig.

Verlaufskontrolle

Bei der Verlaufskontrolle prüfen wir in 14-tägigen Intervallen das Ansprechen auf die Behandlung. Wenn im PHQ-9-Monitoring-Fragebogen die Reduktion der depressiven Symptomatik weniger als 50% beträgt, muss die Compliance hinterfragt, die Therapie augmentiert oder der Patient weitergewiesen werden.

Weiterweisung

Notfallmässig, an psychiatrischen Notfalldienst oder psychiatrische Klinik: Bei Selbst- und Fremdgefährdung, schwersten Depressionen, Depressionen mit psychotischen Symptomen. Regulär, an niedergelassenen Psychiater: Bei mittelgradiger bis schwerer Depression, psychiatrischen Begleiterkrankungen (z.B. Substanzmissbrauch), Therapieresistenz.

Arbeitsfähigkeit, Fahreignung

Bei mittelgradiger und schwerer Depression besteht in der Regel Arbeitsunfähigkeit. Bei der leichten depressiven Episode ist die Arbeitsfähigkeit normalerweise erhalten (Ausnahme: Arbeitsplatzkonflikt).

Die Fahreignung im privaten Rahmen (Personenwagen) wird bei leichter Depression individuell bestimmt. Bei mittelgradiger oder schwerer Depression raten wir vom Autofahren ab und halten das in der Patientenakte fest. Personentransport und Berufsverkehr, z.B. Taxi, Lastwagen, Autobus, sind verboten.

Korrespondenz:
Dr. med. Amato Gianì
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
amato.giani[at]hin.ch

Fazit

Die Feststellungen der EU-Kommission zur mangelhaften Behandlungskompetenz von Hausärzten bei der Diagnose «Depression» müssen zur Kenntnis genommen und als Ansporn verstanden werden. Die vorliegende Guideline soll Hausärztinnen und Hausärzten helfen, Depressionen besser zu erkennen, zu beurteilen und zu behandeln. Hinweise zu Medikamenten, Arbeitsfähigkeit und Fahreignung runden die Alltagstauglichkeit der Guideline ab. Klare Entscheidungskriterien für die Weiterweisung schützen gleichermaßen Hausarzt und Patient. Hilfsmittel wie die beiden Fragebogen auf Seite 4 der Guideline sind nützliche Werkzeuge im Sprechstundenbetrieb.

Hinweis

Die «Guideline Depression» von *mednetbern* finden Sie in der Online-Version dieses Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Bildnachweis

© Andreiuc88 | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Literatur

- 1 Farmer MM, Rubenstein LV, Sherbourne CD, et al. Depression Quality of Care: Measuring Quality over Time Using VA Electronic Medical Record Data. *J Gen Intern Med.* 2016;31(Suppl 1): 36–45.
- 2 Kroenke K. Review: GPs accurately diagnose about 50% of patients with depression and accurately classify 81% of nondepressed patients. *Ann Intern Med.* 2010;152(8):JC4–13.
- 3 WHO Media Centre. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 4 Europäische Kommission. Massnahmen gegen Depressionen. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_de.pdf
- 5 European Alliance against Depression. <http://ifightdepression.com/de/>
- 6 Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- 7 S3-Leitlinie und Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- 8 Holsboer-Trachsler E, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 1. Teil. *Schweiz Med Forum.* 2010;10(46):802–809. http://edoc.unibas.ch/23805/1/PUBL_Holsboer-Trachsler_1_SwissMedicalForum_2010-46-346_ext.pdf
- 9 Holsboer-Trachsler E, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen 2. Teil. *Schweiz Med Forum.* 2010;10(47):818–22. http://edoc.unibas.ch/23805/3/PUBL_Holsboer-Trachsler_2_SwissMedicalForum_2010-47-208_ext.pdf
- 10 Küchenhoff J. Psychotherapie der Depression. Behandlungsempfehlungen zur Psychotherapie der Depression. <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/>
- 11 Giani A, Von Känel C, Ringgenberg T, Huguenin D, Schönberger J, Jordi-Racine L. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk die Erarbeitung von Guidelines. *PrimaryCare.* 2011;11(16):282–4.
- 12 Giani A, von Kaenel C, Schäfer S, Schönberger J. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zur Hyperlipidämie. *PrimaryCare.* 2014;14(1):7–10.
- 13 Giani A, Schäfer S, Pillichody A, Von Känel C. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk: Neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zum Diabetes mellitus Typ 2. *PrimaryCare.* 2014;14(17):271–5.
- 14 Giani A, Schäfer S, Jaggi D, Gensch D, Limbach T. Guidelines für Grundversorgende: COPD. *Prim Hosp Care (de).* 2016;16(21):395–8.
- 15 Psychische Gesundheit in der Schweiz. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_52_bericht.pdf
- 16 Suizid und Suizidprävention in der Schweiz Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251). http://www.skmr.ch/cms/upload/pdf/130307_suizid.pdf
- 17 Trevisan A. Schweiz. Bundesamt für Gesundheit. Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. <https://repository.publisso.de/resource/fr1%3A6399833>
- 18 Reisch T, Maillart A, Michel K. Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern. <https://www.aramis.admin.ch/Default.aspx?DocumentID=643&Load=true>
- 19 Muheim F, Eichhorn M, Berger P, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13759. <https://smw.ch/en/article/doi/smw.2013.13759/>

<p>Diagnose nach ICD-10</p>	<p>F32 Depressive Episode (DSM-IV: Major depressive disorder 296.20-296.36)</p>												
<p>Definition Depression</p>	<p>Neurobiologisches Syndrom mit schweren psychischen, geistigen, körperlichen und sozialen Auswirkungen. Leitsymptome: gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Beeinträchtigung des Selbstwertes, der körperlichen Befindlichkeit und des Schlafs. Lebensprävalenz 15 %! Unerkannt und unbehandelt kann die Erkrankung zum Tod durch Suizid führen und den Verlauf vieler Krankheiten und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.</p>												
<p>Anamnese</p>	<p>Typische subjektive Klagen: Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Appetitminderung, allgemeine Müdigkeit oder Erschöpfung, anhaltende Schmerzen. Risikofaktoren: Depressive oder bipolare Störungen und /oder Suizidversuche in der persönlichen und Familienanamnese. Psychosoziale Belastungen. Körperliche Erkrankungen (hoher psychischer burden, Genetik). Screening: Zwei-Fragen-Test 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? Auswertung: Werden beide Fragen mit JA beantwortet, dann hat eine dreiteilige Abklärung zu erfolgen.</p>												
<p>Dreiteilige diagnostische Abklärung</p>	<p>1: Symptome der Depression (Tabelle Seite 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptsymptome <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung 2. Lust- und Freudlosigkeit, Interesseverlust 3. Ermüdbarkeit, Antriebsmangel • Zusatzsymptome <ol style="list-style-type: none"> 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit 2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen 3. Schuldgefühle 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven 5. Verminderter Appetit 6. Schlafstörungen 7. Suizidgedanken/Suizidhandlungen • Subtypisierung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Somatisches Syndrom 2. Psychotisches Syndrom (Wahnsymptome, Halluzinationen) 	<p>2: Somatische Krankheiten und Medikamente können depressive Symptome verursachen und beeinflussen die Auswahl der Psychopharmaka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungen: Status, Labor: Hämatogramm V, CRP, Chemoogramm klein, TSH, EKG (auf verlängerte QT-Zeit achten). • Zusatzuntersuchungen: B12 und MMS beim älteren Patienten. MRI Schädel bei schwerer, langdauernder Depression oder neurologischen Symptomen. • Medikamentenanamnese: depressive Symptome häufig (> 10 %) bei Steroiden, Antimalarika (Mefloquin), Interferon-α, Flunarizin (Sibelium®), Antiepileptika (Topiramal, Vigabatrin), HIV-Medikamenten (Efavirenz), Phenobarbital. 	<p>3: Psychische Begleiterkrankungen und Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vervollständigung des Psychostatus: Angst-, Zwangs-, manische Symptome, Sucht. • Psychosoziales Assessment: Alltagsbewältigung • Ressourcen: Gute und sichere Situation in Beziehungen, Arbeit, Geld, Wohnen, Aufenthaltsstatus, Spiritualität, Sport, Bewegung. 										
<p>Diagnose</p>	<p>Die diagnostischen Kriterien für eine Depression sind erfüllt, wenn seit mindestens 4 Wochen \geq 2 Hauptsymptome und insgesamt \geq 4 Haupt- und Zusatzsymptome vorliegen, die nicht durch eine somatische oder eine andere psychische Erkrankung oder Medikamente verursacht sind.</p>												
<p>Differentialdiagnose</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trauerreaktion: nach Verlustlebens erhaltene Fähigkeit sich trotz gedrückter Stimmung zu freuen oder zu interessieren. • Anpassungsstörung: \leq 4 depressive Symptome nach einem entscheidenden oder belastenden Ereignis. • Bipolare affektive Störung: Anamnese mit manischen Episoden nebst vorgängigen depressiven Episoden. • Angsterkrankung, Zwangserkrankung. • Schizophrenie bei Negativsymptomatik (Antriebsmangel, Apathie, Sprachverarmung, sozialer Rückzug). • Substanzmissbrauch: Alkohol, Kokain, Cannabis, Opiate. In dieser Situation kann die Diagnose Depression als Komorbidität (Doppeldiagnose) durch den Facharzt für Psychiatrie gestellt werden. Die Suchttherapie hat Vorrang. <div data-bbox="1050 1308 1166 1809" style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Cave: Körperliche Symptome immer ernst nehmen und abklären, insbesondere Gewichtsverlust. Somatische Begleiterkrankungen immer behandeln.</p> </div> <div data-bbox="1050 371 1190 1200" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">Depression</td> <td style="text-align: left;">Trauer</td> </tr> <tr> <td>Anhaltende Freudlosigkeit</td> <td>Freudlosigkeit im Wechsel mit Freude</td> </tr> <tr> <td>Schlecht einführbare Schuldgefühle</td> <td>nachvollziehbare Schuldgefühle</td> </tr> <tr> <td>Suizidgedanken</td> <td>Festhalten an Verlorenem</td> </tr> <tr> <td>Todeswünsche</td> <td>Sehnsucht nach Verlorenem</td> </tr> </table> </div>			Depression	Trauer	Anhaltende Freudlosigkeit	Freudlosigkeit im Wechsel mit Freude	Schlecht einführbare Schuldgefühle	nachvollziehbare Schuldgefühle	Suizidgedanken	Festhalten an Verlorenem	Todeswünsche	Sehnsucht nach Verlorenem
Depression	Trauer												
Anhaltende Freudlosigkeit	Freudlosigkeit im Wechsel mit Freude												
Schlecht einführbare Schuldgefühle	nachvollziehbare Schuldgefühle												
Suizidgedanken	Festhalten an Verlorenem												
Todeswünsche	Sehnsucht nach Verlorenem												
<p>Assessment</p>	<p>Das kombinierte Depressions-Assessment besteht aus einer Synthese von Suizidrisiko, Schweregrad der Depression und Punktezahl im PHQ9-Monitoring-Fragebogen. Ziel des Assessments ist die Erarbeitung einer patientenspezifischen Behandlungsstrategie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suizidrisiko: bei einer Depression muss die Suizidalität bei jeder Konsultation evaluiert werden. <ul style="list-style-type: none"> • hohes Risiko vollendeter Suizid: Zusatzsymptome 4 u. 7 stark ausgeprägt, eher männlich, Alter > 65, allein, geschieden, kürzlich verwitwet, soziale Problematik, Arbeitslosigkeit, Migration, verfügbare tödliche Methode, Suizidversuche und psychiatrische Erkrankungen in der Anamnese (insbes. Sucht, Schizophrenie, Depression). • tiefes Risiko vollendeter Suizid: Eher weiblich, Alter < 30, gute Ressourcen, tragfähiges soziales Netz. Pat. schildert und reflektiert Erleben und Probleme. Junge Frauen mit ohnmächtiger Wut, in einer subjektiv als ausweglos empfundenen Situation, drücken ihre Not oft im Suizidversuch aus. 2. Schweregrad der Depression nach ICD-10: diese Klassifikation ist therapierelevant (siehe Tabellen Seite 4). <ul style="list-style-type: none"> • leicht: 2 Hauptsymptome plus 2 Zusatzsymptome = F32.00 (mit Somatischem Syndrom F32.01) • mittelgradig: 2 Hauptsymptome plus 3–4 Zusatzsymptome = F32.10 (mit Somatischem Syndrom F32.11) • schwer: 3 Hauptsymptome plus 4–7 Zusatzsymptome = F32.20 (mit psychotischen Symptomen F32.3) <p>Bei der schweren depressiven Episode ist das somatische Syndrom immer vorhanden und wird deshalb nicht speziell codiert.</p> <p>3. Punktezahl in der Ausgangsuntersuchung: PHQ9-Monitoring-Fragebogen (Die Veränderung der Punktezahl beschreibt die Wirksamkeit der Therapie, siehe Tabelle Seite 4).</p>												

<p>Behandlungsstrategie</p>	<p>Die Behandlungsstrategie resultiert aus den Erkenntnissen von Assessment und Klassifikation der Depression. Sie soll eine patientenspezifische individuelle Therapie ermöglichen, welche den Schweregrad der Depression, den Wunsch des Patienten, die Möglichkeiten des Hausarztes und das Ansprechen auf unterschiedliche Medikamente oder frühere Behandlungen berücksichtigt.</p>
<p>Therapieziel</p>	<p>Genesung bzw. Remission, mindestens aber Symptomreduktion. Mortalität insb. durch Suizid verringern. Vermeidung bzw. Verminderung von Rückfällen und Rezidiven.</p>
<p>Therapiemassnahmen / Beratung (Counseling)</p>	<p>Lifestylemassnahmen: Schlafhygiene, regelmässige Ernährung, körperliche Bewegung (mind. 2–3 x pro Woche 30–45 Min., Ausdauertraining). Schädliche Wirkung von Alkohol und Drogen auf den Krankheitsverlauf betonen. Aufklärung zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung in verständlicher Sprache. Psychoedukativ-supportive Gespräche: Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen mit dem Ziel, bei Pat. und Angehörigen Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit zu verbessern. Partizipative Entscheidungsfindung: Behandlungsoptionen besprechen, Erwartungen und Befürchtungen explorieren, Nebenwirkungen antizipieren, gemeinsam das Procedere festlegen. Behandlungsvereinbarung: Regelmässige Termine, Verhaltensmassnahmen in Notfallsituationen. Pat. muss Compliance bestätigen. Aktivieren der Ressourcen (siehe Teil 3 der Diagnostik). Selbsthilfe mobilisieren: Online-Angebote (www.online-therapy.ch), Selbsthilfegruppen. Problemlöseansätze.</p>
<p>Pharmakotherapie</p>	<p>Berücksichtigung von: Vorgeschichte, aktuelle Symptome, Komorbiditäten und potentielle Nebenwirkungen des Antidepressivums. Medikamente: 1. Wahl: SSRI 2. Wahl: SNRI 3. Spezialfälle: Mirtazapin (NaSSA) bei Schlafstörung, Duloxetin (SNRI) oder Amitriptylin (Trizyklikum) bei chronischer Schmerzkrankung. Strategien bei mangelnder Wirksamkeit: • Wechsel des Antidepressivums • Dosissteigerung • Kombination eines Antidepressivums mit Psychotherapie • Augmentation: Kombination SSRI plus Mirtazapin oder Venlafaxin plus Mirtazapin, Kombination eines Antidepressivums mit einem atypischen Neuroleptikum, mit einem Schilddrüsenhormon, oder mit Lithium. Je nach Ausbildung und Kompetenz: Kognitive Verhaltenstherapie: Erkennen und Korrektur von depressiven, negativen Einstellungen und Denkautomatismen. Arbeiten im Hier und Jetzt. Gesprächspsychotherapie: Korrektur der Diskrepanz von Selbstbild zu Selbstideal mit der Folge von Selbstabwertung, Schuldgefühl und vergeblicher Suche nach Anerkennung. Psychodynamische / analytische Psychotherapie: Bearbeitet Verluste, Trennungen, Kindheitserfahrungen unsicherer Bindung sowie Selbstwertregulationsstörungen. Weitere wirksame Psychotherapieformen: Interpersonelle Psychotherapie, MBCT (mindfulness based cognitive therapy), Behavioral Activation.</p>
<p>Verlaufskontrolle</p>	<p>Akuttherapie: alle 1–2 Wochen bis Ansprechen = Reduktion der depressiven Symptomatik um 50 % im Vergleich zum Ausgangswert zu Behandlungsbeginn (Punktzahl gemäss PHQ-9-Monitoring-Fragebogen). Stabilisierung: alle 2–4 Wochen (mit PHQ-9-Monitoring-Fragebogen). Ab dem 3. Monat monatlich. Erhaltungstherapie nach Remission (weitgehend symptomfreier Zustand) 4–9 Monate bei alleiniger Pharmakotherapie, 8–12 Monate bei alleiniger Psychotherapie. Genesung: symptomfreie Zeit 6 Monate nach Remission.</p>
<p>Wann Weiterweisung?</p>	<p>Notfallmässige Weiterweisung an psychiatrischen Notfalldienst oder Klinik zwingend: • bei Selbst- oder Fremdgefährdung mit fehlender Absprachefähigkeit → fürsorgische Unterbringung (FU) evaluieren. • bei ambulant nicht behandelbaren schweren Depressionen oder Depressionen mit psychotischen Symptomen. Weiterweisung an niedergelassenen Psychiater oder an ambulante psychiatrische Dienste: • bei mittelschwerer bis schwerer depressiver Episode. • bei psychiatrischen Begleiterkrankungen bzw. -symptomen z. B. Angst-, Panik- oder Zwangsstörung, Substanzabusus, Demenz und/oder bei Therapieresistenz.</p>
<p>Arbeitsfähigkeit</p>	<p>Bei leichten depressiven Episoden in der Regel gegeben (Ausnahme: Arbeitsplatzkonflikt). Bei mittelgradiger und schwerer Depression besteht in der Regel Arbeitsunfähigkeit.</p>
<p>Fahreignung</p>	<p>Die Depression kann die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen. Bei mittelgradiger oder schwerer Depression bzw. unter Psychopharmaka: kein Personentransport bzw. Berufsverkehr.</p>
<p>Therapieresistente Depression</p>	<p>Überprüfung der Compliance, Hinterfragung der Diagnose (Fallbesprechung im Qualitätszirkel, Balint-Gruppe), Augmentationstherapie, Weiterweisung an Psychiater oder Institution für Spezialtherapien (z. B. Schlafentzug, EKT, transkranielle Magnetstimulation, Ketamininfusion).</p>
<p>Management der Suizidalität</p>	<p>Suizidalität direkt thematisieren, detailliert erfragen und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilen. • Klärung und Bewältigung der Krise bzw. der Probleme, die zur akuten Suizidalität geführt haben. • Behandlung des Grundleidens und bei Bedarf Sedation. • Nicht-Suizidverträge über einen überschaubaren Zeitraum: je höher das Risiko desto kürzer das Intervall zwischen den Konsultationen. • Verfügbarkeit der Mittel und Gegenstände zur Verübung des Suizids evaluieren und möglichst sicherstellen. • Soziales Netz des Patienten aktivieren. • Suizidales Handeln soll nicht grundsätzlich mit Krankheit gleichgesetzt werden (Exit, Bilanzsuizid). • Suizidrisiko steigt für den Patienten möglicherweise durch eine Einweisung, aber die (mediko)legalen Probleme sind für den einweisenden Arzt gelöst.</p>
<p>Internistische Verlaufskontrolle</p>	<p>Cave QT-Zeit-Verlängerungen durch Psychopharmaka: Citalopram, Escitalopram, Amisulprid, Amitriptylin (Saroten®), Haloperidol, Imipramin (Tofranil®), Lithium, Risperidon. Beispiele für internistische Medikamente: Domperidon (Motilium®), Methadon, Chinolone (z. B. Ciproxin®), Clarithromycin, Cotrimoxazol, Mefloquin.</p>

Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff (WHO)	Empfehlung	Kontraindikationen / Cave
SSRI					Standard 1. Wahl	Kombination mit MAO-Hemmern, schwere Leberinsuffizienz, Cave KHK, DM, Manie, instabile Epilepsie, Gewichtszunahme, EKG-Kontrolle (keine Gabe bei Verlängerung des QT-Intervalls), Fluoxetin: Cave CYP450-Inhibitor (Interaktionen), lange Halbwertszeit.
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Escitalopram (Cipralox®) 10–20 mg 1.00 CHF	Sertralin (Zolof®) 50–100 mg 1.50 CHF	Fluoxetin (WHO) (Flucitine®) 20 mg 0.80 CHF			
SNRI					Standard 2. Wahl	Kombination mit MAO-Hemmern. Cave Raucher: bei Duloxetin wegen beschleunigter Clearance ev. Dosisanpassung notwendig.
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Venlafaxin (Eflexor®) 37.5–225 mg 0.70–2.70 CHF	Duloxetin (Cymbalta®) 30–60 mg 1.05–1.30 CHF			Venlafaxin: bei schwerer D. 1. Wahl Duloxetin: Schmerzpatienten	
In Spezialfällen						
NaSSA (a2-Rez. Antagonist)					Mirtazapin: weniger ED als SSRI und Trizyklika	Kombination mit MAO-Hemmern Gewichtszunahme, Cave Fahrtauglichkeit
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Mirtazapin (Remeron®) 15–45 mg 1.00 CHF					
Trizyklische Antidepressiva					Schlafstörung, Schmerztherapie Clomipramin: Zwangsstörung	Kombination mit MAO-Hemmern Hohe Toxizität, nur Kleinpackungen!
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Amitriptylin(WHO) (Saroten®) 25–300 mg 0.30–1.70 CHF	Clomipramin (Anafranil®) 25–250 mg 030–1.75 CHF	Trimipramin (Surmontil®) 25–300 mg 0.20–1.60			
NDRI					Rauchentwöhnung (Zyban). Off-Label- Einsatz bei ADHS.	Kombination mit MAO-Hemmern Cave Krampfanfälle
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Bupropion (Wellbutrin®, Zyban®) 150–300 mg 2.20 CHF					
Melatoninrezeptoragonist					Eingeschränkte Leberfunktion Kombination mit Ciprofloxacin, Fluvoxamin	
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Agomelatonin (Valdoxan®) 25 mg–50 mg 2.00–8.00 CHF					
Reversibler MAO-Hemmer					Kombination mit SSRI, trizyklische Antidepressiva, Pethidin	
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Moclobemid (Aurorix®) 150–300 mg 0.70–1.20 CHF					
Nicht klassifiziert					Off-Label-Einsatz bei Schlafstörung. Weniger ED als SSRI und Trizyklika.	Akuter Myokardinfarkt, Alkohol. Cave Priapismus.
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Trazodon (Trittico®) 50–300 mg 0.50–1.00 CHF					
Phytotherapie					Leichte bis mittelgradige Depression	Cave Interaktionen, insbesondere mit Digoxin, Marcoumar, Hormonale Kontrazeptiva.
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Johanniskraut (Deprivita®) 900 mg 1.00 CHF					
Augmentationstherapien						
Atypische Antipsychotika					Cave Risperidon erhöht die Gesamtmortalität	
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	Quetiapin (Seroquel®) 25–300 mg 0.50–2.00 CHF	Aripiprazol (Abilify®) 2.5–10 mg 3.00–5.00 CHF	Risperidon (Risperdal®) 1–3 mg 0.50–1.50 CHF			
Schilddrüsenhormone					Empfohlene Augmentation mit T3 in CH nur in Kombination mit T4 (Novothyral 100mcg T4/20mcgT3).	Herzreislaufkrankungen Hyperthyreose
Äquivalenzdosis Kosten/Tag	T3/T4 (Novothyral®) T3: 10–20 µg T4: 50–100 µg 0.30 CHF					
Lithium					Zielblutspiegel: 0.6–0.8 mmol/l	
Kosten/Tag	Lithium (Quilonorm®, Lithiofor®) 0.30 CHF					

mednetbern-Depressionsfragebogen zur Ermittlung der 3 Haupt- und 7 Zusatzsymptome der Depression sowie des somatischen Syndroms und der psychotischen Symptome

Name _____ Vorname _____ Datum des Tests _____

Hauptsymptome	Ja = 1 Nein = 0	Beispielfrage
1. Depressive Stimmung		<i>Sind Sie niedergeschlagen oder deprimiert?</i>
2. Lust- und Freudlosigkeit, Interesseverlust		<i>Haben Sie in der letzten Zeit die Lust oder die Freude an Beruf, Hobby oder Familie verloren?</i>
3. Ermüdbarkeit, Antriebsmangel		<i>Wie ist es mit der Energie? Fühlen Sie sich müde und abgeschlagen? Wie bewältigen Sie Ihren Alltag?</i>
Punktezahl Hauptsymptome		
Zusatzsymptome	Ja = 1 Nein = 0	Beispielfrage
1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit		<i>Wie ist es mit der Konzentration z. B. beim Lesen</i>
2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen		<i>Wie steht es mit Ihrem Selbstvertrauen?</i>
3. Schuldgefühle		<i>Machen Sie sich Vorwürfe oder fühlen Sie sich schuldig?</i>
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven †		<i>Wie sehen Sie die Zukunft? Positiv oder negativ?</i>
5. Verminderter Appetit		<i>Wie ist der Appetit?</i>
6. Schlafstörungen		<i>Wie geht es mit dem Schlafen? Wann wachen Sie auf?</i>
7. Suizidgedanken/Suizidhandlungen †		<i>Wie steht es mit ihrem Lebensmut und ihrer Lebensfreude? Haben Sie bereits daran gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen? Falls nein: Was hindert Sie, das zu tun? Falls ja: Woran haben Sie gedacht?</i>
Punktezahl Zusatzsymptome		
Punktezahl Total		
Somatisches Syndrom (mindestens zwei Symptome müssen vorhanden sein)		Ja = 1/ Nein = 0
Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief		
Deutlicher Appetitverlust bzw. Gewichtsverlust über 5% des Körpergewichtes in den letzten 4 Wochen		
Sexuelle Probleme (Libidoverlust, ED)		
Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung		
Psychotische Symptome	Beispielfrage	Ja = 1/ Nein = 0
Wahnsymptomatik	<i>Haben sie das Gefühl, etwas Schlimmes getan zu haben, zu verarmen, an einer Krankheit zu leiden oder bedroht zu sein?»</i>	
Halluzinationen	<i>Hören Sie manchmal Stimmen, die Bemerkungen machen oder sie zu etwas auffordern?</i>	

PHQ-9-Monitoring-Fragebogen

9 Fragen, welche die depressive Symptomatik mit einer Skala von 0 («überhaupt nicht») bis 3 («beinahe jeden Tag») bewerten. Die Summe zwischen 0 und 27 wird zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt: 0–4 minimale, 5–9 milde, 10–14 mittelgradig, 15–27 schwere depressive Symptomatik.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht = 0 Punkte	Einzelne Tage = 1 Punkt	Die Hälfte der Tage = 2 Punkte	Beinahe jeden Tag = 3 Punkte
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?				
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf?				
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben?				
Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen?				
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben?				
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen?				
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil «zappelig» oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten?				
Punkte				
Punktezahl Total				

Monitoring alle 2 Wochen mittels PHQ-9.

> 50% Symptomreduktion = Besserung: Fortsetzen der Therapie

< 50% Symptomreduktion: Überprüfung der Compliance, Augmentation, Weiterweisung

Massgebend ist der Ausgangswert (Summe der 9 Items) beim Assessment.

