

Wenn die Seele leidet – muss der Arzt helfen

Die „Depressionsstudie 2000“ des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie deckt Defizite in der hausärztlichen Praxis auf.

Wochenlange Erschöpfung, Konzentrations- und Schlafstörungen – Symptome, die längst den Nimbus einer „Managerkrankheit“ verloren haben sollten – können ernst zu nehmende Anzeichen psychischer Krankheiten wie der Depression sein. In den Sprechstunden deutscher Ärzte suchen immer mehr Menschen Hilfe, deren scheinbar ausschließlich körperliche Beschwerden Symptome einer psychischen Erkrankung sind. Denn beinahe jeder zehnte Patient eines Hausarztes leidet laut der Studie „Depression 2000“ des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie an Depressionen. Jeder Fünfte davon ist sogar selbstmordgefährdet. In der bundesweiten Untersuchung analysierte ein Forscherteam um Professor Hans-Ulrich Wittchen, wie häufig Patienten mit depressiven Erkrankungen „ihren“ Hausarzt aufsuchen und wie gut die behandelnden Mediziner das seelische Leiden erkennen. Die Studie sollte zudem repräsentative Daten darüber liefern, inwieweit die Ärzte ihre Patienten adäquat behandelten.

Hierzu wurden am 4. April 2000 nicht nur alle Patienten, die an diesem Tag zu ihrem Hausarzt gingen, gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, sondern gleichzeitig beurteilten auch die Hausärzte jeden ihrer Patienten diagnostisch und therapeutisch. Das Interesse und die Bereitschaft zur Mitarbeit der in einer Vorstudie rekrutierten Studienärzte war außerordentlich groß. Insgesamt lagen den Forschern Daten von mehr als 14.750 Patienten aus 412 Arztpraxen zur Auswertung vor. Die Ergebnisse sind für die Wissenschaftler erfreulich und alarmierend zugleich: „Obwohl die Ärzte im Vergleich zu früheren Untersuchungen Depressionen häufiger als behandlungsbedürftige Erkrankungen erkannten, diagnostizierten sie – je nach Geschlecht und Alter der Patienten unterschiedlich – insgesamt fast 40 Prozent aller depressiven Patienten nicht richtig“, sagt Studienleiter Hans-Ulrich Wittchen.

Zentraler Bestandteil der Studie sind zwei unterschiedliche Fragebögen: einer für den Patienten, der andere für den Arzt. Alle Angaben erfolgen anonym. So konnten zwar die Antworten eines Patienten über eine Schlüsselnummer zu denen seines Arztes zugeordnet werden. Anhand der Daten eine Person namentlich zu identifizieren, war bei der statistischen Auswertung jedoch nicht möglich. In dem Arztbogen beurteilten die Mediziner den Gesundheitszustand ihrer Patienten und das Vorliegen psychischer und seelischer Erkrankungen. War der Arzt der Meinung, der Patient leide an einer Depression, sollte er zum Beispiel ange-

ben, ob und wie er den Patienten behandeln beziehungsweise beabsichtige zu behandeln (durch Gespräche, Medikamente oder Psychotherapie), oder ob bereits früher irgendeine Therapie vorgenommen worden war.

ALARMSIGNAL: STÄNDIG SCHLAFLOS

Kernstück des vierseitigen Patientenbogens („Warum sind Sie heute beim Arzt?“) ist ein Abschnitt, in dem der Patient gefragt wird, ob er in den letzten zwei Wochen durchgängig fast täglich unter bestimmten Symptomen gelitten habe. Beispiele: „Hatten Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht?“, und „Haben Sie sich müde, erschöpft und ohne Energie gefühlt?“ Nur wenn die Beschwerden durchgängig über mehr als zwei Wochen aufgetreten sind, werden sie als diagnostisch relevant gewertet. Alle Fragen entsprechen dem internationalen Standard-Fragebogen DSQ (Depressions-Screening-Questionnaire), mit dem depressive Erkrankungen seit den frühen neunziger Jahren auf Grundlage expliziter Kriterien beschrieben, diagnostiziert und klassifiziert werden. Die Fragebögen unterscheiden sich daher grundlegend und vollständig von den oft unseriösen, in Hochglanzmagazinen abgedruckten „Psycho-Tests“, die mit dem DSQ nichts zu tun haben.

Kreuzte ein Patient auf seinem Fragebogen mehr als viermal die Antwort „an den meisten Tagen“ an, war dies für die Wissenschaftler ein Alarmsignal: „Denn wenn gewisse Symptome länger als 14 Tage durchgängig vorhanden sind, dann leidet

der Patient mit einer 95-prozentigen Wahrscheinlichkeit an einer Depression. Dies haben Voruntersuchungen gezeigt“, sagt Diplom-Psychologin Susanne Winter, die das Forschungsteam koordinierte.

Woran kann der Arzt eine depressive Erkrankung erkennen? „Traditionelle“ Anzeichen einer Depression sind wochenlanger Leidensdruck, dauerhafte Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Der Gefühlszustand von Menschen mit derartigen Formen seelischen Leidens darf daher keinesfalls mit einer vorübergehenden Verstimmung („Du bist aber heute schlecht drauf“) bagatellisiert werden. In der Studie zeigte sich, dass die häufigsten Beschwerden der als depressiv eingestuften Patienten nicht etwa Traurigkeit oder Selbstwertverlust waren: Mehr als 75 Prozent der Patienten mit Depression nach DSQ gaben Energielosigkeit, Abgeschlagenheit und Schlaflosigkeit als länger vorhandene Symptome an. „Die meisten Allgemeinarztpatienten klagen demzufolge nicht so häufig über die klassischen Symptome einer Depression wie diejenigen von Nervenärzten oder Psychologen. Und das macht es besonders für die alten Hasen unter den Hausärzten schwieriger, eine depressive Erkrankung zu erkennen“, sagt Susanne Winter.

Jeder fünfte Patient äußerte im Fragebogen Suizidgedanken, die er dem Arzt gegenüber nicht immer offen ansprach. Dieses Ergebnis deutet ein grundsätzliches Dilemma an, in dem sich die Hausärzte befinden: Denn wie soll der Arzt eine depressive Erkrankung erkennen, wenn ihm

der Patient nicht ganz genau beschreibt, an welchen Beschwerden er leidet? Hausärzte haben als so genannte „gate-keeper“ eine Schlüsselstellung im Versorgungssystem inne. Sie sind in der Regel die erste Anlaufstelle für den Patienten und leiten die Therapie einer depressiven Erkrankung ein – entweder selbst oder durch die Überweisung zum Facharzt oder Psychologen. Dies können sie aber nur dann tun, wenn sie eine Depression als solche richtig diagnostizieren. „Und gerade an dieser entscheidenden Stufe, dem Erkennen einer depressiven Erkrankung durch den Hausarzt, hapert es noch zu oft“, sagt Diplom-Psychologin Winter.

EIN BOTENSTOFF, DER KUMMER MACHT

Denn vergleicht man die Antworten zur Selbsteinschätzung der Patienten mit denen der Ärzte, dann zeigt sich, dass sowohl Alter als auch Geschlecht eines Patienten die richtige Arztdiagnose beeinflussen: Die Ärzte erkannten Depressionen besonders selten bei jungen Männern und besonders häufig bei älteren Frauen, obwohl die Selbstangaben der Patienten ein anderes Bild ergaben. „Frau zu sein und alt zu sein erhöht anscheinend die Wahrscheinlichkeit, vom Arzt als depressiv erkannt zu werden. Mann zu sein und jung zu sein bedeutet hingegen – trotz gleicher Symptomatik –, dass das depressive Leiden häufig nicht erkannt wird“, sagt Hans-Ulrich Wittchen. Alarmierendes Ergebnis der Studie: Insgesamt erkannten die Hausärzte fast 40 Prozent der De-

MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE

In dem klinischen Institut arbeiten Wissenschaftler sowohl in der Grundlagenforschung als auch der klinischen Forschung in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie und klinische Psychologie. In interdisziplinären Arbeitsgruppen sind die Forscher den Ursachen auf der Spur, die neurologische Erkrankungen auslösen. Das Institut übernimmt zudem einen überregionalen klinischen Versorgungsauftrag für Patienten mit psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. Schwerpunkte am Institut sind Depression (Stresshormone, neuronale Anpassungsfähigkeit, Immunsystem, Therapie- und Suizidforschung), Suchtforschung (Psychologie, medikamentöse Suchttherapie) sowie Angststörungen (Psychotherapie, Hormone und Nervensystem, Neurosteroid). Zu den zentralen Themen gehören außerdem Schlafforschung (Entwicklung neuer Schlafmittel, physiologische und hormonelle Schlaffregulation), Schizophrenie (Neuropsychologie, neue medikamentöse Therapieansätze) und neurodegenerative Erkrankungen (Alzheimer).

Die in der Klinik tätigen Wissenschaftler führen ihre Untersuchungen in der Regel so aus, dass daraus Fragen entstehen, die in präklinischen Laboratorien aufgenommen und vertieft werden können. Grundlagenforscher legen ihre Projekte so an, dass die Ergebnisse in klinischen Studien aufgegriffen und möglichst in neue Behandlungsstrategien umgesetzt werden können. Diese direkte Verbindung von klinischer und präklinischer Forschung ermöglicht einen äußerst effektiven und schnellen wechselseitigen Transfer. In dem Max-Planck-Institut gibt es insgesamt sieben präklinische und zwölf klinische Arbeitsgruppen, im Bereich Molekulargenetik und der Zellbiologie zudem Selbstständige Nachwuchgruppen. In der Klinik werden jährlich mehr als 1300 Patienten behandelt. Mehr als 5000 Patienten suchen zudem Hilfe in den Spezialambulanzen für Neurologie, Psychiatrie, Forensik, Neuroendokrinologie, Schlafmedizin und in der Gedächtnisambulanz.

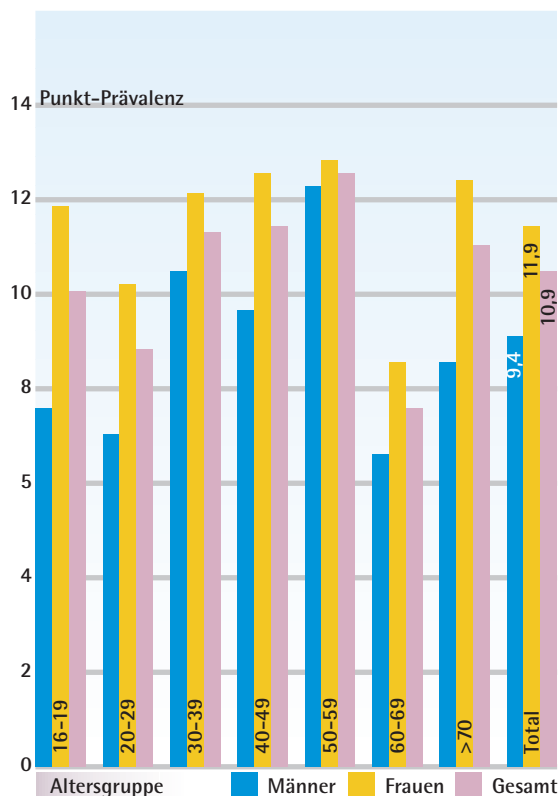
Weitere Informationen erhalten Sie von:
DR. SIEGLINDE MODELL
Tel.: 089/30622-637
Fax: 089/30622-493
E-Mail: modell@mpipsykl.mpg.de

pressionen nicht, obwohl fast alle Betroffenenangaben, direkt oder indirekt von ihren Beschwerden berichtet zu haben.

Hat der Hausarzt die depressive Erkrankung richtig diagnostiziert, steht er oft vor der Schwierigkeit, dies dem Patienten unter dem Zeitdruck der ärztlichen Praxis so zu vermitteln, dass er in der mehrmonatigen Therapie optimal mitarbeitet.



Besprechen die Ergebnisse der Studie: Hildegard Pfister, Susanne Winter, Barbara Spiegel und Michael Höfler (von links).



STUDIE „DEPRESSION 2000“: HÄUFIGKEIT VON DEPRESSIONEN IN ALLGEMEINARZTPRAXEN

Über alle Altersgruppen hinweg hat am Stichtag jeder zehnte Patient eine klinisch bedeutsame Depression.

Denn viele Patienten missdeuten Depressionen immer noch als reine Willensschwäche. Sie übersehen dabei, dass Depressionen stets schwerwiegende körperliche und psychische Erkrankungen sind. Wissenschaftler haben zum Beispiel bei allen klinischen Depressionen eine Störung im Botenstoff-System im Gehirn beobachtet. Insbesondere die „serotonergen“ Botenstoffe lösen vermutlich hormonelle Veränderungen aus und scheinen an den seelischen und körperlichen Beschwerden

beteiligt zu sein. Die genauen Ursachen, wie eine Depression entsteht, sind allerdings noch nicht bekannt. Nachgewiesen ist ein „multikausales Bedingungsgefüge“, in dem mehrere Faktoren zusammenkommen müssen: Genetische, neurobiologische, psychologische, soziale und Verhaltensfaktoren spielen dabei gleichermaßen eine Rolle.

EIN REZEPT ALLEIN IST VIEL ZU WENIG

Empirisch gut gesichert sind die familiengenetischen Faktoren. Denn Verwandte ersten Grades eines depressiven Familienmitglieds erkranken mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit im Laufe ihres Lebens ebenfalls an einer Depression. Neben Störungen in der Signalübertragung zwischen Nervenzellen oder bestimmten körperlichen Erkrankungen sind akute und chronische Stressbelastungen häufig auslösende Faktoren. Trennung, Arbeitslosigkeit, Lebenskrisen, Verlusterlebnisse und Einsamkeit betreffen heute nicht allein alte Menschen – vielleicht ist das eine mögliche Erklärung dafür, dass immer mehr junge Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 35 Jahren an einer Depression erkranken. Susanne Winter: „Wenn eine genetische Disposition vorhanden ist, und diese Auffälligkeit durch frühe Kindheitsbelastungen, wie zum Beispiel belastende familiäre Trennungen verstärkt wird, ist die Anfälligkeit, im Fall späterer entsprechender Trennungserlebnisse eine Depression zu entwickeln, deutlich erhöht. In diesem Gefüge spielen Störungen der Stressachse und des serotonergen Systems vermutlich eine entscheidende Rolle.“ Daher sei es eine herausfordernde Aufgabe für den Hausarzt, dem Patienten das Krankheitsbild ebenso genau zu erklären wie die mehrstufige Therapie. Der Arzt müsse mehr unternehmen als lediglich das Rezept für ein An-

tidepressivum auszustellen. Für die hausärztliche Praxis bedeutet dies, den Patienten durch Gespräche zur Therapie zu motivieren und gegebenenfalls den Gebrauch antidepressiver Medikamente zu erklären.

In der mehrstufigen Therapie lernt der Patient in der vier- bis sechswöchigen medikamentösen Akutphase, mit den Nebenwirkungen der Medikamente umzugehen und den meist nur langsam eintretenden Besserungseffekt zu registrieren. In der darauf aufbauenden zwei- bis dreimonatigen Erhaltungstherapie bespricht der Hausarzt psychotherapeutische Maßnahmen zu Verhaltens- und Einstellungsänderungen. Ziel der abschließenden rückfallvermeidenden Therapiephase ist es, eine neue Depressionsepisode zu verhindern – zum Beispiel durch Vorbereitung einer Langzeittherapie mit Antidepressiva oder einer ergänzenden Psychotherapie.

15 „GOLDENE REGELN“ SOLLEN HELFEN

Die Daten der „Depressionsstudie 2000“ haben gezeigt, dass die meisten Hausärzte mit solch einer abgestuften Behandlungsstrategie überfordert sind. Daher empfiehlt Hans-Ulrich Wittchen den Ärzten verstärkte Aufklärungs- und Fortbildungsaktivitäten, um besser geeignete Versorgungs- und Therapiestandards in der hausärztlichen Praxis zu etablieren. Dies sei umso wichtiger, als Depressionen in der Regel episodenhafte Erkrankungen sind: 60 Prozent der völlig „ausgeheilten“ Patienten müssen damit rechnen, nach zwei bis drei Jahren erneut zu erkranken, wenn sie keine fundierte Rückfallvorbeugung erhalten. Nach klinischen Befunden dauern depressive Episoden unbehandelt mehrere Monate an. Mit Hilfe einer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung verkürzt sich die Episodendauer meist erheblich. „Die

Erkenntnis, eine Depression zu haben, bedeutet für den Patienten vor allem, dass ihm geholfen werden kann. Daher mein Appell an alle Patienten: Beschreibt eurem Arzt auch, wie ihr euch fühlt. Denn wie soll er intervenieren, wenn er von den Leiden gar nichts weiß?“, meint Prof. Wittchen.

Was können Betroffene und Angehörige tun, wenn sie mit der Diagnose Depression konfrontiert werden? Eine Depression ist immer eine schwere Krankheit und als solche unbedingt ernst zu nehmen. Gut gemeinte, aber hilflose Ratschläge wie „Tu Dir doch was Gutes“ oder „Reiß Dich jetzt mal zusammen“ helfen dem Erkrankten nicht. Im Gegenteil, sie machen die Situation meistens nur noch schlimmer. „Denn das ist das Wesen der Depression: Der Patient kann mit solchen Floskeln nichts anfangen und ihm erscheint in seiner Krankheit alles schlecht, sinnlos und schwarz“, sagt Susanne Winter. Eine große Gefahr besteht darin, dass sich der Erkrankte so massiv aus seinem sozialen Umfeld zurückzieht, dass der enge Kontakt zu Freunden und Familie abreißt. „Leider werden psychische Erkrankungen in der Gesellschaft zu häufig stigmatisiert. Diese Einsicht muss sich ändern, damit sich Menschen trauen, offen und frühzeitig Hilfe zu suchen, wenn sie depressiv erkrankt sind“, ergänzt die Diplom-Soziologin Barbara Spiegel.

Angehörige und Freunde depressiver Patienten können mit ganz konkreten, einfachen und praktischen Dingen helfen: Kleine Unternehmungen, leichte körperliche Arbeit oder abgestimmte konkrete Unterstützung in der Therapie – das sind nur einige der 15 goldenen Regeln, die sich in wissenschaftlich geprüften Selbsthilfe-Ratgebern als Ergänzung zur Therapie bewährt haben.

Depression sind keineswegs eine Modekrankheit einer kleinen Randgruppe. Dies zeigten bereits die Er-

gebnisse des 1998/1999 angelegten, bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. Innerhalb des untersuchten Zeitraumes von 12 Monaten waren etwa 5,6 Millionen Bundesbürger zwischen 18 und 65 Jahren an einer Depression erkrankt. Neben dem persönlichen Leid für den einzelnen Betroffenen zeigt die Studie auch die massiven Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsproduktivität: Depressive Menschen waren im Mittel rund 15 Tage im Monat nur eingeschränkt arbeitsfähig.

DEPRESSIONEN BELASTEN DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Eine aktuelle Studie der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) geht sogar von etwa fünf Milliarden Mark aus, die der deutschen Wirtschaft jährlich verloren gehen, weil Arbeitnehmer aufgrund psychischer Erkrankungen ausfallen. Depressionen sind auch für Hans-Ulrich Wittchen „die Problemgruppe Nummer

eins aus Public Health- und gesundheitsökonomischer Perspektive“. Denn auch die in seiner Studie gewonnenen Daten zeigen, dass mehr als acht Prozent der Bevölkerung in den vergangenen zwölf Monaten an einer so genannten Major Depression litten. Nach Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Depressionen gegenwärtig weltweit die drittteuerste Erkrankung; im Jahr 2020 sollen Depressionen sogar die teuerste sein. „Unsere Studien haben gezeigt, dass depressive Erkrankungen zu den großen Herausforderungen des Gesundheitssystems gehören. Erst wenn wir begreifen, wie und warum eine Depression entsteht, können wir vielleicht frühzeitig erfolgreich intervenieren und so Depressionen verhindern, bevor sie sich als Erkrankung manifestieren“, sagt Hans-Ulrich Wittchen. Und das würde den Gepeinigten nicht nur viel Leid ersparen, sondern auch die (Behandlungs-)Kosten minimieren.

ARND PRILLIPP

VERSORGUNGSSITUATION DEPRESSIVER PATIENTEN

Die Grafiken zeigen, wie die Allgemeinärzte ihre an Depressionen leidenden Patienten am Stichtag der Studie versorgt haben.

