

Depressionen

Springer

Berlin

Heidelberg

New York

Barcelona

Hongkong

London

Mailand

Paris

Tokio

M. GASTPAR · W. E. MÜLLER (HRSG.)

Depressionen

Versorgungsstrukturen und Behandlungsperspektiven



Springer

Prof. Dr. MARKUS GASTPAR
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Rheinische Kliniken Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen

Prof. Dr. WALTER E. MÜLLER
Pharmakologisches Institut der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Biozentrum Niederursel
Marie-Curie-Straße 9
60439 Frankfurt/Main

ISBN-13: 978-3-540-43209-8 e-ISBN-13: 978-3-642-55982-2
DOI: 10.1007/978-3-642-55982-2

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Depressionen / Hrsg.: Markus Gastpar; Walter E. Müller. – Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona;
Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer, 2002

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ein Unternehmen der BertelsmannSpringer Science+Business Media GmbH

<http://www.springer.de>

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2002

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Umschlaggestaltung: *design & production*, Heidelberg
Satz: K+V Fotosatz GmbH, Beerfelden

Gedruckt auf säurefreiem Papier SPIN: 10863379 18/3130/ag – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten medizinischen Problemen überhaupt und nehmen nach neueren epidemiologischen Untersuchungen in den jüngeren Jahrgängen eher noch zu. Von daher hat eine Studien­gruppe der Weltbank auch prognostiziert, daß bis zum Jahr 2030 die depres­siven Erkrankungen zu den drei medizinischen Top-Problemen gehören, die zu den größten ökonomischen und sozialen Auswirkungen in der Medizin führen. Andererseits zeigen verschiedene Studien, daß depressive Erkrankun­gen oft nicht erkannt und oft auch nicht optimal behandelt werden.

Es ist ein besonderer Verdienst der Firma Lundbeck GmbH in Hamburg, daß sie es ermöglicht hat, daß sich 22 Spezialistinnen und Spezialisten wäh­rend zweier Tage an einem ruhigen Ort treffen konnten, um Strukturen, Ab­läufe und Maßnahmen zur optimalen Versorgung depressiver Patienten zu diskutieren. Dabei ging es einerseits um die verschiedenen Versorgungsstufen vom Hausarzt über den Facharzt und das Landeskrankenhaus bis hin zur Universitätsklinik, andererseits um Modelle der Qualitätssicherung und Qua­litätsverbesserung im Rahmen der Arbeit mit depressiven Patienten. Schluß­endlich wurden auch Probleme der Versorgung wie auch der Langzeitbe­handlung und Prophylaxe diskutiert und heftig um den Umgang mit Kosten­faktoren gerungen.

Das vorliegende Buch enthält die überarbeiteten Vorträge dieser Arbeitsta­gung mit der jeweils weiterführenden Literatur, so daß das Werk insgesamt einen guten Einblick gibt in den Status der Depressionsbehandlung in Deutschland und seine Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Gerade in der aktu­ellen Kostendiskussion sind die Aspekte des therapeutischen Drug-Monito­rings, der Beachtung von Therapierichtlinien und des Umgangs mit Quali­tätsmanagement von besonderer Bedeutung, damit ja nicht vergessen geht, daß es auch innerhalb ökonomischer Grenzen immer um die Optimierung und die Sicherung der Qualität unserer Arbeit mit depressiven Patienten ge­hen muß. In diesem Sinne wünsche ich dem Buch eine entsprechende, inter­essierte Leserschaft im medizinischen wie gesundheitspolitischen Bereich.

Essen, Januar 2002

M. GASTPAR

Inhaltsverzeichnis

1	Der depressive Patient in der Hausarztpraxis	1
	M. HERMANN	
2	Strukturen, Abläufe und Maßnahmen zur optimalen Versorgung depressiver Patienten beim Psychiater	9
	A. BARTH-STOPIK	
3	Strukturen, Abläufe und Maßnahmen zur optimalen Versorgung depressiver Patienten im Landeskrankenhaus	17
	R. METZGER	
4	Depression in Forschung und Lehre	25
	J. B. ALDENHOFF	
5	Qualitätssicherung stationärer Depressionsbehandlung – Beispiele und kritische Anmerkungen	33
	M. WOLFERSDORF, A. HEINDL und A. RUBEL	
6	Zur Lebenszufriedenheit bei stationären Depressiven	41
	A. HEINDL, A. RUBEL und M. WOLFERSDORF	
7	Interaktionen von somatischer Erkrankung und psychiatrischer Behandlung in der stationären Versorgung	49
	A. DIEFENBACHER	
8	Interaktion von somatischer Erkrankung und Depressionen in der ambulanten Versorgung	57
	G. STOPPE	
9	Psychoziale Interventionen bei depressiven Erkrankungen	63
	TH. BECKER und A. FABIAN	
10	Qualitätsverbesserung durch klinische Forschung Phase III	71
	J. WOLSTEIN	

11 Qualitätsmanagement durch klinische Forschung in der Phase IV	81
M. LINDEN	
12 Auswahl eines Antidepressivums unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements	89
W.E. MÜLLER	
13 Therapeutisches Drug Monitoring unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements	97
CH. HIEMKE	
14 Beeinflussen Therapieleitlinien die Behandlungsqualität depressiver Erkrankungen?	105
D. VAN CALKER und M. BERGER	
15 Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“	111
U. HEGERL, W. ZIEGLER, V. HENKEL und D. ALTHAUS	
16 Bedeutung von Arzneimittelsicherheitsnetzwerken für die Qualitätssicherung der medikamentösen Depressionsbehandlung	119
E. HAEN	
17 Gibt es Kostengrenzen für die Depressionsbehandlung?	133
G. LAUX	
18 Gibt es Kostengrenzen für die Depressionsbehandlung?	141
J. FRITZE	
Sachverzeichnis	155

Verzeichnis erstgenannter Autoren

ALDENHOFF, JOSEF B., Prof. Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Christian-Albrecht-Universität Kiel
Niemannsweg 147
D-24105 Kiel

BARTH-STOPIK, ADELHEID, Dr. med.
Carmer Straße 7
D-10623 Berlin

BECKER, THOMAS, Prof. Dr. med.
Klinik für Psychiatrie Universität Leipzig
Liebigstraße 22
D-04103 Leipzig

DIEFENBACHER, ALBERT, Dr. med.
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
Herzbergestraße 79
D-10362 Berlin

FRITZE, JÜRGEN, Prof. Dr. med.
Leitender Arzt
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26
D-50968 Köln

GASTPAR, MARKUS, Prof. Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Rheinische Kliniken Essen
Virchowstraße 174
D-45147 Essen

HAEN, EKKEHARD, Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
Klinische Pharmakologie/Psychopharmakologie und Psychotherapie
Universität Regensburg
Universitätsstraße 84
D-93053 Regensburg

HEGERL, ULRICH, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Klinik
Ludwig-Maximilian-Universität
Nußbaumstraße 7
D-80336 München

HEINDL, ANDREA
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nordring 2
D-95445 Bayreuth

HERMANN, MARTIN, Prof. Dr. med.
Lehrgebiet Allgemeinmedizin
Medizinische Einrichtungen der Universität Essen
Hufelandstraße 55
D-45122 Essen

HIEMKE, CHRISTOPH, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Klinik
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Untere Zahlbacher Straße 8
D-55101 Mainz

LAUX, G., Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Bezirkskrankenhaus Gabersee
D-83512 Wasserburg a. Inn

LINDEN, MICHAEL, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Forschungsgruppe Ambulante Therapie
an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin
Eschenallee 3
D-14050 Berlin

METZGER, RUDOLF, Dr. med.
Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried
Klosterhof 1
D-88427 Schussenried

MÜLLER, WALTER E., Prof. Dr. rer. nat.
Pharmakologisches Institut der J.W.G.-Universität
Biozentrum Niederursel
Marie-Curie-Straße 9
D-60439 Frankfurt/Main

STOPPE, GABRIELA, PD Dr. med.
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Georg-August-Universität
Von-Siebold-Straße 5
D-37075 Göttingen

VAN CALKER, DIETRICH, PD Dr. med.
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

WOLFERSDORF, MANFRED, Prof. Dr. med.
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nordring 2
D-95445 Bayreuth

WOLSTEIN, JÖRG, Prof. Dr. med.
Fachbereich Sozialwesen
Universität Bamberg
Feldkirchenstraße 21
D-96045 Bamberg

Der depressive Patient in der Hausarztpraxis

M. HERMANN

*Das Schicksal des Mannes, der das Leben sieht, wie es ist,
und romantisch darüber denkt,
heißt Verzweiflung*

George Bernard Shaw (1856–1905)

Häufigkeit, Vorkommen, Abgrenzung

Die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens depressiver Erkrankungen sind durchaus unterschiedlich. Mader und Weißgerber [1] sehen die Depression mit 5,6% an 41. Stelle ihrer Fällverteilung in der Hausarztpraxis. Daneben finden sich dort jedoch auch die Diagnosen „Nervosität“ mit 9,9% sowie „Mattigkeit allgemein“ mit 7,9%. Dies ergibt eine summierte Häufigkeit von etwa 2%. Gesenhues und Ziesché [2] finden eine Häufigkeit von ca. 15% depressiver Störungen, darunter jedoch nur wenige endogene Depressionen. Rossa [3] findet die Notwendigkeit zur Psychotherapie gar in 25–50% der Patienten einer Allgemeinpraxis. Der scheinbare Widerspruch dieser Zahlenangaben löst sich in der praktischen Erfahrung, daß die Erkennung und Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen stark von der Offenheit des jeweiligen Arztes allgemein und speziell in der jeweiligen Situation abhängt. Deshalb können sich selbst in benachbarten Hausarztpraxen in sehr unterschiedlichen Häufigkeiten depressive Patienten finden und auch in der gleichen Hausarztpraxis finden sich phasenweise mehr oder weniger depressive Behandlungsfälle. Patienten finden in der Regel sehr schnell heraus, über welche Themen sie mit ihrem Arzt am besten sprechen können.

Multimorbidität und Krankheitsverarbeitung

Ein erheblicher Teil der Patienten der Hausarztpraxis leidet unter einer Multimorbidität mit einer Vielzahl von chronischen und akuten körperlichen Krankheiten sowie alters- oder krankheitsbedingten Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit, die in der Regel als Defizite und Behinderungen empfunden werden und von den Patienten gemäß ihrer Grundveranlagung psychisch verarbeitet werden müssen (Abb. 1). Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Rheuma, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, auffällige Ekzeme etc. werden meist als Defizite betrauert und führen dazu, daß der Patient in seiner sozialen Umwelt als Kranker oder Behinderter agiert. Er kann – angepaßt an seine Restfähigkeiten – weniger aktiv und selbstbestimmt handeln und für ihn sind bestimmte Tätigkeiten mit mehr Mühe verbunden oder überhaupt unmöglich. Hilfsmittel können solche Defizite teilweise ausgleichen, lassen ihren Benutzer aber oft umso deutlicher als gehandicapt erkennen. Andererseits führt der öffentliche Nachweis von Leid und Behinderung in unserer sozialen

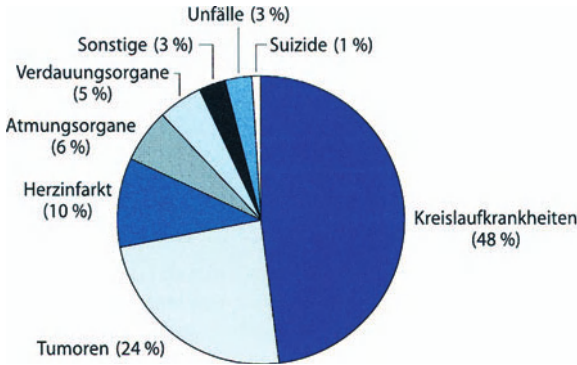


Abb. 1

Tabelle 1. Soziale Vorteile öffentlich anerkannten Leidens

- Freifahrt im Nahverkehr
- Telefongebührenbefreiung
- Gekennzeichnete Parkfläche vor der Haustür
- Steuererleichterungen
- Kündigungsschutz
- Erholungsurlaub für Kriegsoffer
- Blindengeld
- Preisermäßigung in Schwimmbädern und Museen, Freizeitparks und Ausflugsschiffen
- Bevorzugung bei Stellenausschreibungen im öffentlichen Dienst
- EU-Rente, frühere Altersrente
- Befreiung von Unterhaltsbeiträgen für vom Sozialamt unterstützte Eltern oder geschiedene Partner

Gesellschaftsordnung auch zu einer beträchtlichen Anzahl von Vorteilen und Privilegien (Tabelle 1), die handfeste Gründe für eine solide Klagsamkeit bieten können

Reaktionen auf persönliche Katastrophen und/oder Depression?

Die Diagnose einer unheilbaren oder lebensbedrohlichen Erkrankung (Krebs, AIDS, Apoplex, Infarkt) ist Auslöser für Angst, Trauer und nicht selten Antriebslosigkeit und Verzweiflung, die durch die Störung der Compliance auch die verbliebenen therapeutischen Möglichkeiten zusätzlich gefährden. Solche Reaktionen sind nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei deren Partnern und Kindern oder Eltern zu erwarten. Das Scheitern der Ehe oder der beruflichen Karriere, Konkurs, Mobbing, Kündigung, Tod des Partners oder eines Kindes, schwere Unfälle, Zwangsversteigerung, Sucht des Partners oder Kindes, Unfrieden und Streitsucht in der Familie, bei Kollegen oder Nachbarn sind häufige soziale Ursachen, die eine seelische Verarbeitung erfordern. Je nach Veranlagung des Patienten kann eine mildere oder stärkere depressive Reaktion resultieren. Nicht selten bildet die Sichtbarkeit eines für Familie und Behandler nachvollziehbar hinreichenden Anlasses den Hinweis für die Unterscheidung zwischen reaktiver und endogener Depression. Wenn aber

die Trauer der alten Dame über den Tod ihres Ehemannes nicht der (welcher?) Norm entspricht und zu lang, zu stark erscheint, wird der eine Arzt früher, der andere später, die Grenze zur Depression überschritten sehen und zunächst vorsichtig tastend mit einer Behandlung anfangen. In einem Umfeld voller realer vitaler Probleme kann auch eine ausgesprochen depressive Reaktion normal sein (etwa nach einem katastrophalen Unfall), wogegen ein Weiterleben wie bisher der Situation höchst unangemessen und pathologisch erscheinen kann.

Unterschiede zwischen den Behandlungssituationen beim Hausarzt und beim niedergelassenen Nervenarzt

Aus der Sicht des Nervenarztes mag es scheinen, als ob Diagnostik und Behandlung des depressiven Patienten in jedem Umfeld gleichartig seien – oder doch zumindest die Möglichkeit dazu bestünde. Das unterschiedliche Umfeld in Hausarztpraxis, Nervenarztpraxis und Nervenklinik verursacht jedoch einige grundlegende Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung des Patienten.

Der Hausarzt behandelt seine Patienten im Idealfall über Jahrzehnte hinweg und begleitet sie durch viele soziale und gesundheitliche Probleme bis er eines Tages eine Krankheit findet, die zum Tode führt. In der Hausarztpraxis liegt die Mortalität also bei 100%. Unter diesen Bedingungen wird sich sicherlich jeder Patient mehrfach vor Situationen gestellt sehen, auf die er mit allen Zeichen einer Depression reagieren wird, ohne daß dies als unnormal gewertet werden müßte. Aus diesem Umfeld und allen Mischbildern muß der Hausarzt die Kranken mit einer behandlungsbedürftigen Depression herausfiltern und die jeweiligen Patienten zur Zustimmung zu einer Behandlung überzeugen (Abb. 2).

Wir müssen uns davor hüten, in der Therapie die realen Probleme der Patienten, die therapeutisch nicht veränderbar sind, deshalb auszublenden oder zu bagatellisieren. Gerade im hausärztlichen Bereich existiert kein schützendes, abgeschirmtes Raum wie in einer Kurklinik, sondern jede Intervention erfolgt inmitten der vollen Realität des Alltagslebens.

In der letzten Woche kam ein 54-jähriger Bankangestellter in meine Sprechstunde. Er war offensichtlich erregt, zitterte am ganzen Körper so, dass er nicht einmal sprechen konnte. Erst nach mehreren Minuten konnte ich von ihm erfahren, dass er, der vor einem Jahr in eine andere Filiale versetzt worden war und sich dort einen vertrauten Kundenstamm aufgebaut hatte, heute morgen von seinen Kollegen angeschwärzt und von seiner Stelle freigestellt worden war. Sein Institut hatte kürzlich den Abbau von 16 000 Arbeitsplätzen öffentlich angekündigt. Er war verzweifelt, fühlte sich in seiner Lebensleistung entwertet und sah für sich keine annehmbare Zukunftsperspektive mehr.

Abb. 2. Fall 1

Der Patient wehrt sich gegen die Diagnose Depression

Eine Vielzahl von larvierten und somatisierten Depressionen werden vom Patienten als Kopfschmerz, Bauchschmerz, Rückenschmerz, Schwindel, Übelkeit, Kloßgefühl, Kollapsgefühl oder Brustschmerz verspürt. Auch wenn der dritte oder zehnte Arzt keine oder nur unspezifische pathologische Befunde erheben konnte, fühlen sie sich noch schlecht untersucht und unverstanden und bevölkern die Wartezimmer vieler weiterer Ärzte und Heilpraktiker.

Gutgemeinte Versuche, die Patienten zu Psychopharmaka oder in psychotherapeutische Behandlungen zu drängen, scheitern oft im Ansatz und werden als Abschieben oder Ruhigstellen empfunden. Medikamente entwickeln meist alle denkbaren und undenkbaeren Nebenwirkungen. Der Patient sieht sich in diesem Stadium in der Regel nicht als depressiv an. Er sucht und findet eine Vielzahl von somatischen Beschwerdebildern, die er als Ursache für seine Symptome diagnostiziert und behandeln haben möchte (Tab. 2).

Die Reihenfolge des diagnostischen Vorgehens, die sicherlich in vielen Fällen auch sinnvoll und wohlbegründet ist, läßt die Depression am Ende als Ausschlußdiagnose dastehen, die vom Patienten nur angenommen wird, solange sich keine „richtige“ Krankheit nachweisen läßt. Deshalb ist der Patient oft auch nach Ausschluß dieser Diagnosen nicht bereit, zu akzeptieren, daß

Tabelle 2. Selbstwahrnehmung depressiver Symptome beim Patienten

Erst werden sozial akzeptierte Begründungen gesucht:

- Ich bin so erschöpft, urlaubsreif, überlastet, enttäuscht
- Ich habe einen chronischen Infekt

Dann wird im Blut nach einem „Mangel“ gesucht:

- Vitaminmangel
- Mineralstoffarmut
- ein Patient erklärte mir kürzlich seine Stimmungslage als „Paroxetinmangel“

Gern werden alle somatischen Differentialdiagnosen erwogen:

- Anämie
- Hypothyreose
- Klimakterium
- Kreislaufschwäche
- Durchblutungsstörungen
- Muskelschwäche
- Herzinsuffizienz

oder man läßt sich somatisch erscheinende Pseudoerkrankungen diagnostizieren und behandeln:

- Pilze im Darm
- chron. Müdigkeitssyndrom
- diffuse Schmerzsyndrome, Myalgien
- „Stoffwechselferschlackung“
- „Strahlenbelastungen“

Schließlich werden vorhandene Leiden, auch Bagatellerkrankungen als überwertig erlebt:

- Kopfschmerz
- Rückenschmerz
- Schwindel
- Tinnitus
- Herzklopfen

die Ursache seiner Beschwerden nicht im körperlichen, sondern im psychischen Bereich liegt. Wenn er dann jedoch endlich in der Praxis eines Psychiaters anruft und bei der Sprechstundenhilfe um einen Termin bittet, dann hat er nicht nur seine Krankheit bereits akzeptiert und ihre Behandlungsbedürftigkeit anerkannt, sondern er hat auch schon aktiv einen großen Schritt zu ihrer Überwindung getan – er ist aus meiner Sicht schon halb geheilt, bevor der Psychiater ihn überhaupt gesehen hat.

Alle Patienten beim Nervenarzt oder in der Nervenambulanz haben, soweit sie freiwillig dorthin gekommen sind, ihre Krankheit und ihre Behandlungsbedürftigkeit akzeptiert. Beim Hausarzt verbleiben die depressiven Patienten, die ihre Krankheit nicht akzeptieren.

Der Patient ist autonom

Der Hausarzt muß die Diagnose Depression oft gegen den Willen des Patienten stellen. Der Widerstand des Patienten kann zu einer Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen und die Mitarbeit des Patienten bei der Diagnostik und seine Compliance bei der Therapie empfindlich stören. Der Patient beim Hausarzt ist aber viel autonomer als zum Beispiel in der Klinik. Er bestimmt allein, ob er zu diagnostischen Maßnahmen erscheint und ob er die Medikamente einnimmt. Nicht selten wechselt er einfach den Arzt. Der Hausarzt und sein Patient „sitzen auf gleicher Augenhöhe“, der Arzt kann die Mitarbeit des Patienten nicht erzwingen, sondern muß ihn immer wieder überzeugen, daß seine Medikamente für ihn richtig sind. Hausarzt und Patient verbindet auch oft der gemeinsame Umgang im Alltag. Sie leben im selben sozialen Raum, begegnen sich auf der Straße, im Verein, beim Elternabend der Kinder, oder z.B. in der Bankfiliale, wo der Patient in seiner Rolle als Bankangestellter den Arzt beraten oder bedrängen kann. Der Hausarzt ist also immer als Person greifbar und bietet nicht die neutrale Projektionsfläche wie z.B. der Psychotherapeut in seiner Therapie (Tabelle 3). Die Überzeugungskraft des Hausarztes liegt oft auch in der Vorbildfunktion seiner eigenen Lebensgestaltung und weniger in der anonymen Autorität seiner Rolle. In dieser Rollenverteilung, die natürlich je nach den Bedürfnissen des Patienten sehr variabel sein kann, bestimmt der Patient seine Therapie weitgehend selbst und wird vom Hausarzt darin nur beraten und unterstützt.

Tabelle 3. Funktionen der Psychotherapie nach H. Kind

- Trost und Stütze durch Ermutigung des Patienten und Ernstnehmen des Leidens
- Katharsis durch Abreaktion von Spannungen und Affekten
- Erzieherische Beeinflussung durch das Vorbild
- Lernen neuer adäquater Verhaltensweisen
- Suggestive Beeinflussung
- Einsicht in eigene Bestrebungen und Wünsche

Depression ist als Defizit definiert

Der Widerstand des Patienten gegen die Diagnose Depression ist wesentlich bestimmt durch die schlechte soziale Akzeptanz dieser Diagnose. Anders als körperliche Leiden wird Depression weniger als Krankheit, denn als Charaktermangel angesehen und nicht selten für eine Spielart der Faulheit gehalten. Während der Alkoholkranke in seinem Umfeld oft auf erstaunliche Langmut und Hilfsbereitschaft trifft, erzeugt der Depressive durch sein (Nicht-)Verhalten meist Wut und Aggression in seinen Mitmenschen. Daraus resultiert eine stabile Opferrolle für den Depressiven, aber auch für die Angehörigen, jeweils in der eigenen Wahrnehmung.

In der heutigen Leistungsgesellschaft, in der sich Menschen durch berufliche Leistungen und ihre Statussymbole, oder durch sportliche Leistungen in ihrer Identität selbst definieren und von den anderen abheben, wird der Depressive durch seine Leistungsunfähigkeit und scheinbare Leistungsverweigerung an den gesellschaftlichen Rand gedrängt und stigmatisiert wie früher ein Aussätziger. Der Depressive stellt durch sein Verhalten die obersten Werte unserer Leistungsgesellschaft in Frage. Depression wird deshalb auch als Aussteigen aus der Leistungsgesellschaft empfunden, deshalb ist die Depression auch eine Zeitkrankheit. Andere Zeiten kannten andere Werte, die dem Streben des Depressiven mehr entsprechen: Beziehung, Wärme, Nähe, Gemütlichkeit etc.

Fritz Riemann bietet in seinem Buch „Grundformen der Angst“ eine ausführliche und positiv gefärbte Charakterisierung des Depressiven in seinem Streben nach Nähe, Beziehung und Akzeptanz (Tabelle 4).

Die Verbesserung der ambulanten Diagnostik und Therapie der Depression erfordert eine Förderung der Akzeptanz dieser Diagnose beim Patienten:

- Sie darf nicht mehr den Charakter einer Ausschlußdiagnose nach ergebnisloser, körperlicher und apparativer Untersuchung haben.
- Depression darf nicht mehr nur als Defizit dargestellt werden, sondern ihre Nähe zu Gefühl, Beziehung, Wärme, Empfindsamkeit, Gemeinschaft, Konfliktfreiheit etc. muß mehr betont werden.
- Die zunehmende Fixierung auf Apparatedizin während des Studiums läßt die Diagnostik ohne Großgeräte zunehmend als unmodern und überholt erscheinen. Dies betrifft auch die Diagnostik der Depression.
- Schlechte Abrechnungsmöglichkeiten unter Budgetbedingungen „bestrafen“ den Arzt, der sich mit depressiven Patienten länger beschäftigt.

Tabelle 4

Depression ist (nach Riemann) verknüpft mit dem Bestreben nach:

- Nähe, Abhängigkeit, Beziehung
- zwischenmenschlicher Wärme, Nächstenliebe
- Gemütlichkeit, Geselligkeit, Geborgenheit
- Helfen und Versorgen, um Beziehung herzustellen
- Empfindsamkeit, Sensibilität, Gefühlsbezogenheit
- Konfliktvermeidung, Friedfertigkeit, Kompromissbereitschaft

- Störende Nebenwirkungen der vorhandenen Medikamente und das „trial and error“-Vorgehen bei der Auswahl eines für den speziellen Patienten wirksamen Präparates sind ernstzunehmende Hindernisse in der Therapie.

Literatur

1. Mader FH, Weißgerber H (1999) Allgemeinmedizin und Praxis. Springer, Berlin, S 4 ff
2. Gesenhues ST, Ziesché R (2001) Praxisleitfaden Allgemeinmedizin. Urban & Fischer, München, S 1182
3. Rossa B (1992) Psychotherapeutische Aspekte in der Allgemeinmedizin. In: Kochen M, Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S 238

Strukturen, Abläufe und Maßnahmen zur optimalen Versorgung depressiver Patienten beim Psychiater

A. BARTH-STOPIK

Versorgungssituation

In den letzten 20 Jahren hat sich die Versorgungslandschaft für depressiv erkrankte Menschen grundlegend verändert, besonders seit der Novellierung der Weiterbildungsordnung durch den Deutschen Ärztetag 1992 und dem Inkrafttreten des Gesetzes für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum 1.1.1999. Bis 1980 lag die Verantwortung für die fachärztliche Behandlung psychisch Kranker weitgehend in der Hand der Nervenärzte und einiger weniger Psychiater.

Zunächst nahm die Zahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zu, die aber meist nur auf Überweisung von Haus- und Nervenärzten tätig wurden bzw. im Rahmen des Delegationsverfahrens.

Ab 1987 interessierten sich andere Facharztgruppen, vor allem Internisten und Gynäkologen, für die psychosomatische Versorgung in größerem Maße, da diese seitdem gut honoriert wurde.

Die Zulassung der Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren brachte mehrere hundert Psychologen zusätzlich in das System.

Der Schaffung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie und des Facharztes für psychotherapeutische Medizin folgte eine Spezifizierung der Gebührenordnung im Vertragsarztbereich mit einer deutlichen Aufwertung der Honorare für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen. Beides induzierte eine Entscheidung von Trägern des Zusatztitels Psychotherapie/Psychoanalyse zur ausschließlichen Tätigkeit in Psychotherapie.

Durch das Psychotherapeutengesetz sind nun weitere Tausende von psychologischen Psychotherapeuten in das vertragsärztliche System aufgenommen worden und sind von jedem Versicherten direkt aufsuchbar.

Während also bis ca. 1980 die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater das Monopol in und die Kontrolle über die fachärztliche Versorgung psychisch Kranker hatten, stehen jetzt im ambulanten Bereich ca. 5000 Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern ca. 21 000 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gegenüber, ohne daß die Behandlung bei einem der ca. 15 000 psychologischen Psychotherapeuten einer fachärztlichen oder wenigstens ärztlichen Überweisung bedarf.

Wenn man weiß, daß jeder dieser 21 000 Psychotherapeuten sich als Spezialist auch für der Behandlung von Depressionen versteht und lediglich in Bezug auf hirnorganische und psychotische Erkrankungen eine gewisse selbstkritische Einschränkung seines Kompetenzanspruches zu finden ist,

zeigt das, wie dringend erforderlich eine an Leitlinien orientierte Qualitätssicherung für die Behandlung psychisch Kranker, hier depressiv Erkrankter, ist und zwar nicht nur innerhalb der Psychiatrie sondern fach- und berufsübergreifend für den gesamten ambulanten Versorgungsbereich.

Behandlungsleitlinien

In diesen Leitlinien müssen alle Aspekte der biopsychosozialen Zusammenhänge Berücksichtigung finden. Es ist wissenschaftlicher Konsens – aus der Sicht der Psychiatrie jedenfalls –, daß eine depressive Erkrankung sowohl psychotherapeutisch, als auch psychopharmakologisch behandelt werden sollte. Es muß in jedem Einzelfall dargestellt werden, warum entweder beide oder nur die eine oder die andere Methode zum Einsatz kommen. Die Wahl des Behandlungsverfahrens darf nicht allein durch die Ausbildung des Arztes/Psychologen bestimmt sein, wie es heute zum Teil geschieht.

Weiter-/Ausbildung

Das setzt die Kenntnisse der Vielfältigkeit beider Behandlungsstrategien voraus und verschiedener Psychotherapiemethoden. Hierzu müssen Kenntnisse von Physiologie, Biochemie und Psychologie sowie Pharmakologie und Psychopathologie bereits im Studium erworben werden. In der Weiterbildung/Ausbildung sind diese Kenntnisse zu vertiefen und in Fertigkeiten umzuwandeln.

Ärzte erwerben die Grundkenntnisse im Studium und die Fertigkeiten in der Weiterbildung zum jeweiligen Facharzt, wobei die Kenntnisse in Psychologie und die Fertigkeiten in Psychotherapie bis 1992 rudimentär geblieben sind und fast ausschließlich durch eine berufsbegleitende, freiwillige selbstfinanzierte Zusatzausbildung erworben werden mußten. Diese Kenntnisse können also nicht vorausgesetzt werden, selbst bei Zusatztitelträgern, wenn diese lange keine Behandlungen mehr durchgeführt haben. Nichtpsychiater (Nichtnervenärzte) und Psychologen mußten Erfahrungen in Psychiatrie nachweisen, ohne ein spezielles Fachwissen in Psychopharmakotherapie belegen zu müssen.

Psychiater und Nervenärzte brauchten hingegen keine Fertigkeiten in psychotherapeutischen Verfahren erwerben, wohl aber Kenntnisse, um gezielt Kranke zur Behandlung überweisen zu können. Eine eingeschränkte Motivation zum Erlernen von speziellen Psychotherapieverfahren bei Nervenärzten ergab sich auch daher, weil der niedergelassene Arzt viel zu viele Patienten zu betreuen hatte und eine zeitaufwendige Psychotherapie nicht durchführen konnte.

So hatte sich eine Versorgungsstruktur gebildet, die sinnvoll war, nämlich eine Diagnostik der Erkrankung bei einem Psychiater oder Nervenarzt der die psychopharmakologische Behandlung und die „kleine Psychotherapie“ vornahm, und/oder den Kranken bei entsprechender Indikation zur Richtlinienpsychotherapie an einen Psychotherapeuten überwies bzw. delegierte.

Die Ereignisse 1992 und 1999 (s.o.) haben hier die gewachsenen und inhaltlich sinnvollen Strukturen zerstört. Sowohl die ärztlichen Psychotherapeuten, jetzt Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, als auch die psychologischen Psychotherapeuten wollen die Entscheidung, ob eine psychopharmakologische Behandlung stattfinden muß, selbst treffen. Die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin wollen diese sogar selbst durchführen, ohne darin Fertigkeiten erlangt zu haben. Beide Gruppen sind laut Weiterbildungsordnung bzw. Ausbildungsverordnung verpflichtet, mindestens ein halbes Jahr Psychiatrie abzuleisten. Daß sie in der Zeit die Kompetenz zur psychopharmakologischen Behandlung erwerben, ist mehr als fraglich, obwohl es in den Weiterbildungsrichtlinien für den Facharzt für Psychotherapeutische Medizin aufgeführt ist. Psychologen dürfen – bisher – noch nicht medizieren.

Der neue Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erwirbt heute im Rahmen seiner Weiterbildung zusätzlich zu den bisherigen Kompetenzen gut fundierte psychotherapeutische Fertigkeiten, er wäre also von seiner Weiterbildung her dazu in der Lage, den Patienten sowohl psychopharmakologisch und sozialpsychiatrisch wie auch psychotherapeutisch zu behandeln, wenn er entsprechende Praxisstrukturen vorhält.

Fortbildung

Sowohl in der Psychopharmakotherapie wie in der Psychotherapie gibt es laufend und in immer kürzeren Zeitabständen wissenschaftliche Fortschritte, die in der ambulanten Praxis umgesetzt werden sollten. Dazu bedarf es einerseits fachlicher Information, d.h. Fortbildung, es bedarf aber auch einer neuen Sammlung von Erfahrungen, u.z. ohne den sicheren Hintergrund der Klinik oder der Ausbildungssituation. Fortbildung ist aber noch in keiner Weise Pflicht in unserem Versorgungssystem. CME auf freiwilliger Basis wurde in der Neurologie als erstes Fach in Deutschland gestartet, jetzt gefolgt von dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Für die Psychotherapeutische Medizin oder die psychologischen Psychotherapeuten ist mir hierüber nichts bekannt.

Praxisstrukturen und finanzielle Rahmenbedingungen

Bereits die Zahl der Patienten, die der Facharzt versorgen muß, bestimmt das Angebotsspektrum seiner Behandlung, und er muß in Bezug auf die von ihm auf Grund von Zeitmangel nicht zu erbringenden Leistungen mit anderer Kollegen kooperieren. Auf dem Lande, z.B. in Teilen von Niedersachsen und von Bayern, aber auch in den neuen Bundesländern müssen die Nervenarzt- aber auch die Psychiaterpraxen bis zu 1000 und mehr Patienten versorgen. Das ist bei einer 50 Stundenwoche (direkte Arbeitszeit mit den Patienten, ohne Verwaltungsarbeit) und einer Woche Ferien im Quartal ein Zeitbudget von 36 Minuten pro Patient in drei Monaten. In der Zeit kann sicher eine bereits diagnostizierte und eingeordnete depressive Erkrankung in Bezug auf Medikation, Nebenwirkungen, somatische Beschwerden, Veränderun-