

# Diagnostische Konzepte der Depression in aktuellen allgemeinmedizinischen Publikationen

## Depression in General Practice: Diagnostic Concepts in Current German Publications

Autor

M. Sielk

Institut

Universitätsklinikum Düsseldorf, Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

### Schlüsselwörter

- Depression
- Hausarzt
- Klassifikation
- Konzept

### Key words

- depression
- General Practice
- classification

### Peer reviewed article

eingereicht: 01.09.2007

akzeptiert: 11.09.2007

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-991130

Online-Publikation: 2007

Z Allg Med 2007; 83: 405–410

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

### Korrespondenzadresse

Dr. med. M. Sielk

Abteilung für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum

Düsseldorf

Moorenstr. 5

40225 Düsseldorf

sielk@med.uni-duesseldorf.de

### Zusammenfassung



**Hintergrund:** Vor 25 Jahren hat ein Wandel in der Klassifikation der Depression begonnen, welcher inzwischen weltweit Anerkennung gefunden hat. Neben dem Nutzen einer Vereinheitlichung und Ent-Ideologisierung hat diese neue, phänomenologische Nosologie auch zu problematischen Entwicklungen geführt: Die Prävalenz depressiver Störungen und vor allem die medikamentöse Behandlung sind erheblich gestiegen. Die Diskussion darüber, ob klassifizierende Fragebogenerhebungen, die konzeptionell dieses Diagnosekonzept repräsentieren, überhaupt in der Lage sind, emotionale Störungen in der Hausarztpraxis zu erfassen, legt die Überlegung nahe, dass ein rein auf Symptomen beruhendes, die Umstände und Geschichte des Patienten nicht beachtendes Konzept unter Hausärzten umstritten sein könnte. In einer Analyse aktueller allgemeinmedizinischer Publikationen zur Depression sollte untersucht werden, in wie weit das neue, phänomenologische Konzept dort Eingang gefunden hat.

**Methode:** Es wurden 9 aktuelle Lehrbücher und Zeitschriftenartikel von 3 allgemeinmedizinischen Zeitschriften der letzten 4 Jahre im Hinblick auf die Fragestellung untersucht.

**Ergebnisse:** Nur ein Lehrbuch vertritt noch die alte Klassifikation, ein weiteres nutzt eigene allgemeinmedizinische Klassifikationen. Von den 16 gefundenen Zeitschriftenartikeln ließ sich bei einem überhaupt kein diagnostisches Konzept finden und 2 nutzten eigene Konzepte. Alle 13 anderen Artikel nutzten die neuen Klassifikationen nach ICD-10 oder DSM-IV. Implizit allerdings wurde bei einigen Lehrtexten im Kontext von mit der Depression verwandten Themen in Inhalt oder der benutzten Terminologie deutlich, dass in der konkreten Anwendung alte Konzepte weiter wirken.

### Abstract



**Background:** For the last 25 years a major change in the diagnostic concept of depression has happened. This development has brought the advantage of standardization but disadvantages as well: Prevalence and the use of antidepressants have increased dramatically. A discussion is going on among GPs about the diagnostic ability of instruments (questionnaires) representing the new concept. The new concept has maybe not yet reached in General Practice Context and history of development of a Symptom are not represented in the ICD-10, which is in contrast to the way GPs work. This study analyzes current publications from General Practice with regard to the question which concepts are used.

**Methods:** Articles from 9 textbooks and 3 German journals about depression were analyzed.

**Results:** Only one textbook is still referring to the „old“ classification, and one textbook is using its own traditional German/Austrian Classification. The other 13 journal articles used the new concepts of ICD-10 or DSM-IV. In some of the publications the concepts were not used consistently. When depression was not the main topic but only dealt within the context, some authors “fell back” into the language and concepts of former classifications (like IDC-9).

**Discussion:** The new concept has reached German general practice concerning the definition of depression. But concrete often the old concepts are still in use.

**Conclusion:** Maybe the new concepts do not always suit the situation in General Practice.

**Diskussion:** Das neue phänomenologische Konzept hat auch in der deutschen allgemeinmedizinischen Literatur das alte, ätiologisch orientierte abgelöst. Allerdings fallen einige Autoren im Kontext konkreter Anwendung immer wieder in alte, über die Phänomenologie hinaus gehende Konzepte der Depression zurück.

**Schlussfolgerung:** Es ist zu diskutieren, ob ein rein phänomenologisches Konzept der Depression der Situation in der Hausarztpraxis angemessen ist.

## Hintergrund

Anfang der 80er-Jahre begann in der diagnostischen Einteilung psychiatrischer Krankheiten ein einschneidender Wandel, welcher vor allem die Konzepte<sup>1</sup> der affektiven Störungen betraf. Der Anlass dazu leuchtet zunächst ein. Aufgrund völlig unterschiedlicher Schulen in der Psychiatrie und der Psychotherapie war schon auf der regionalen Ebene die Definition einer klinischen Depression völlig uneinheitlich. Darüber hinaus bestanden überregional – wie bei jeder Vorstellung von Krankheit – nationale und kulturelle Unterschiede, und es ist verständlich, dass diese in der Konzeptionalisierung von psychischen Erkrankungen besonders groß waren. Ziel war es also, Schulen und Ideologien zu überwinden und einheitlich beschreibbare Symptome zur Grundlage der Klassifikation werden zu lassen [23].

Um eine solche Vereinheitlichung herzustellen, bemühte sich zuerst die American Psychiatric Association um eine Neudefinition der psychischen Störung, die sie 1980 mit dem DSM-III, einer Überarbeitung des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, vorlegte, und welches bis heute in allen Versionen (derzeit aktuell: DSM-IV-TR) so erhalten blieb [2]. Daraufhin passte sich auch die WHO an das breit akzeptierte phänomenologisch definierte Konzept an und änderte auch 1993 ihre Klassifikation (International Classification of Diseases) mit der Herausgabe des ICD-10 [45]. Die Definitionen der Depression unterscheiden sich seither zwischen den beiden Klassifikationssystemen nicht mehr konzeptionell (der DSM-IV deckt primär den amerikanischen Raum ab, die WHO-Klassifikation ICD-10 den Rest der Welt). Es gibt lediglich geringfügige Unterschiede in einzelnen Items (s. **Tab. 1**).

Es ist nicht zu bestreiten, dass insbesondere die Entwickler und Hersteller von Antidepressiva großes Interesse an einer Vereinheitlichung und Operationalisierbarkeit depressiver Störungen haben, und dass dies den Vereinheitlichungsprozess vorangetrieben hat. Für klinische Studien zur Pharmakotherapie hatte die Zulassungsbehörden (insbes. FDA) eine solche Vereinheitlichung gefordert [28]. Allerdings trifft dies natürlich auch für alle anderen Forschungsarbeiten zur Depression zu. Im Zuge dieser Veränderungen zu einer Symptomorientierung in der Krankheitsdefinition aber kam es zu einer Ausweitung der Diagnosehäufigkeit und in Verbindung damit zu breiteren Indikationsbereichen sowie einem erheblichen, bis heute anhaltenden Anstieg des Antidepressivagebrauchs [25, 41]. So haben sich die Verordnungen von Antidepressiva beispielsweise zwischen 1994

und 2004 mehr als verdoppelt (s. **Abb. 1**), und diese Entwicklung wird nach einer Prognose der WHO auch weiter anhalten (zitiert nach [7]). Ob diese Ausweitung des Marktes ebenfalls bereits primär durch „die Pharmaindustrie“ intendiert war, ist spekulativ. Jedenfalls hat bis heute die pharmazeutische Industrie erheblichen Einfluss auf die Entwicklung des DSM [10]. Und noch etwas fällt in diesem Zusammenhang auf: Betrachtet man sich die Items genauer, welche in die neue Definition einer Depression eingegangen sind, so sind es insbesondere diejenigen Symptome, welche z. T. ganz unspezifisch durch Antidepressiva beeinflusst werden können (Antrieb, Unruhe, Schlaflosigkeit, usw.). Pointiert gesagt hieße dies: im Depressionskonzept von DSM-IV und ICD-10 ist eine Depression das, was ein Antidepressivum behandeln kann. In diesem Sinne wäre das neue Konzept nicht ein symptomorientiertes, sondern eher ein „pharmakozentrisches“.

## Was also hat sich in der Klassifikation der Depression geändert?

Ursprünglich war die z. B. im Vorgänger ICD-9 repräsentierte Einteilung nach vornehmlich ätiologischen Gesichtspunkten die gängigste Klassifikation [7]. Die Abbildung nach Kielholz (s. **Abb. 2**), die auch in älteren Lehrbüchern der Allgemeinmedizin, wie z. B. der ersten Auflage des Lehrbuchs von Kochen von 1992 [26] oder dem Lehrbuch von Hamm (1992) [19], wiedergegeben ist, gibt das Konzept im seinem Kern didaktisch nachvollziehbar wieder. Die Diagnosen befinden sich danach zwischen den Polen „somatogen“ und „psychogen“ und sind immer eine Mischung aus beiden Ätiologien, die unterschiedlich starken Einfluss auf den Ausbruch der Erkrankung haben. Wird heute im Prinzip die Indikation zur Pharmakotherapie nach Schwere der Depression gestellt und primär davon ausgegangen, dass jede depressive Episode medikamentös behandelt werden sollte, wurde damals zumeist dem allgemeinen Prinzip gefolgt, dass die eher „somatogenen“ Depressionen, wo die familiäre Vorbelastung, Hirnstoffwechselstörungen und gewisse typische Symptome im Vordergrund stehen, eine medikamentöse Behandlung benötigen, während psychogene Depressionen eher psychologisch, psychotherapeutisch behandelt werden sollten. Die Hauptkritik an der alten Klassifikation richtete sich gegen die damit verbundenen ätiologischen Annahmen und deren subjektiven und nicht ausreichend reliablen Zuordnungen. Es lag immer eine Mischung von Ursachen vor und es konnte bei jedem Fall gestritten werden, welche Anteile endogener „Veranlagung“ und welche Anteile exogen-psychologischer Auslöser vorlagen [23].

Noch in dieser früheren Nosologie zu Hause, (die im Folgenden als „altes Konzept“ bezeichnet wird, ohne dass damit eine Wertung intendiert ist) gab das Lehrbuch von Kochen 1992 eine Bevölkerungsprävalenz (über 6 Monate) von 2–3% an, schließe man alle affektiven Störungen (einschl. Trauerreaktionen) ein, so seien es 4–6% [26]. Zum Vergleich und zur Verdeutlichung der Dynamik, die sich über die 12 Jahre zwischen den Auflagen entwickelt hat: in der neuen Auflage des Kochen [27], in welcher jetzt die inzwischen weltweit gebräuchliche „neue“ Klassifikation übernommen wurde, wird eine Bevölkerungsprävalenz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Der Begriff „Konzept“ wird in dieser Arbeit im Sinne von „Klassifikation“ oder „Schule“ eng auf die theoretisch begründeten Nosologien von Krankheiten bezogen. Er soll nicht im soziologischen Sinn von „Krankheitskonzepten“, mit denen z. B. die individuellen Vorstellungen von Patienten zu ihren Krankheiten bezeichnet werden, verstanden werden.

<sup>2</sup>Allerdings bezieht sich diese Periodenprävalenz auf 12 statt auf 6 Monate, was aber bei den meist längeren Verläufen einen geringen Unterschied macht. Studien, die z. B. sowohl Punktprävalenzen als auch Periodenprävalenzen der Depression in der Hausarztpraxis untersuchen, finden wenig Unterschiede. S. dazu z. B. Übersicht in Becker 2005 [5].

Tab. 1 Depressionskriterien DSM-IV und ICD-10, synoptisch

Störung	ICD-10 Depressive Episode	DSM-IV Major Depression
Diagnosekriterien (z. B. mittelgradig)	2 Hauptsymptome + mindestens 3 Nebensymptome	1 Hauptsymptom + mindestens 5 Nebensymptome
Dauer	Mindestens 2 Wochen	Mindestens 2 Wochen
Hauptsymptome	– gedrückte Stimmung – Verlust von Interesse und Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren – Antriebsminderung oder erhöhte Ermüdbarkeit	– depressive Stimmung – Verlust von Interesse und Freude an Dingen, die sonst Freude bereiten (Anhedonie)
Nebensymptome	– verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit – Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit – Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen – Schlafstörungen – Verminderter oder gesteigerter Appetit mit Gewichtsveränderungen – vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen – negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	– verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit – Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit – Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen – Schlafstörungen – Appetitverlust oder –steigerung mit Gewichtsänderungen – Antriebsverlust, Müdigkeit – psychomotorische Hemmung oder Agitation

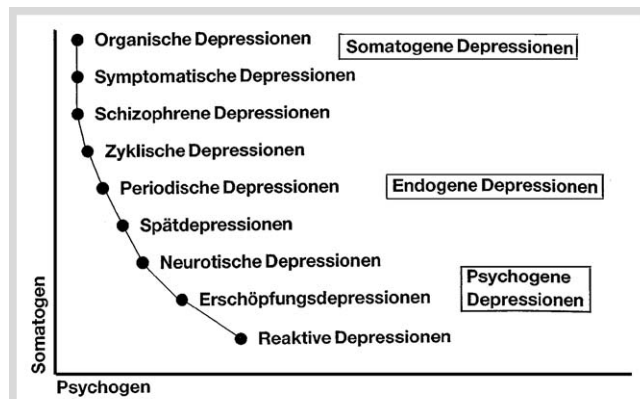
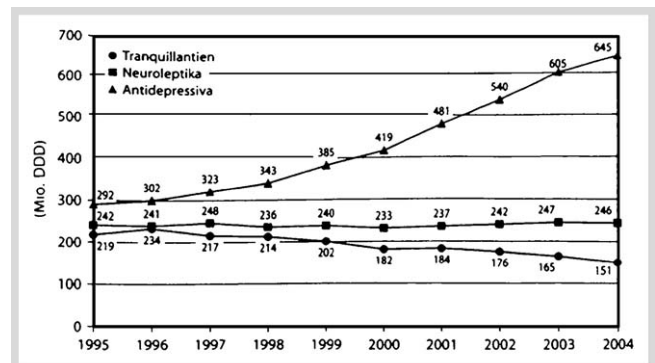


Abb. 1 Konzeption der Depression aus der Ära vor DSM-III und ICD-10. „Kielholzschemata“, zitiert nach Kochen 1992 [26]

der Depression mit „über 10%<sup>3</sup> angegeben. Mit einem Wechsel des Konzeptes haben sich die angegebenen Prävalenzen also mindestens verdreifacht.

Das „neue Konzept“ des ICD-10 und DSM-IV hingegen verzichtet auf jede ätiologische Implikation und geht rein symptomorientiert phänomenologisch vor. Neben der oben ausgeführten Vereinheitlichung der Diagnostik und der für Forscher notwendigen Operationalisierbarkeit ist man heute davon überzeugt, dass die depressive Symptomatik in ihrer biochemischen, hirneurophysiologischen Grundlage einheitlich ist, dass also sozusagen das Programm *Depression* biologisch unabhängig davon abläuft, *warum* die Depression aufgetreten ist [7,29]. Dies ist, wenn man es so bezeichnen will, ein weiteres „pharmakozentrisches“ Argument, da zugleich geschlossen wird, dass die in diesen Vorgang eingreifenden Antidepressiva ebenfalls unabhängig davon wirken, woher die depressive Symptomatik kam.

<sup>3</sup> Die Autoren sprechen hier sogar davon, dass allein die „schweren Depressionen“ jährlich über 10% der erwachsenen Bevölkerung betreffen, und dass leichte Depressionen doppelt so häufig wären. Wörtlich genommen hätte sich somit die vom Lehrbuch vermittelte Häufigkeitsannahme depressiver Störungen *nochmals* um ein vielfaches erhöht und wäre damit in Bereiche gekommen, die jedem Alltagsverständnis widersprechen. Es ist daher ein Übersetzungs- bzw. Interpretationsfehler (s. u.) anzunehmen. Hier ist also zunächst in einer konservativen Interpretation davon auszugehen, dass mit „schwerer Depression“ die klassische Depression („major depression“) gemeint ist.

Abb. 2 Antidepressivaverordnungen im Vergleich zu anderen psychotropen Medikamenten 1995–2004 in definierten Tagesdosen. *Arzneiverordnungsreport 2005* [41].

In diesem Sinne empfehlen Härter et al. in den 2003 vorgelegten „Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis“, die Depression „symptomatisch“ zu behandeln und in die Entscheidung zur als „Basistherapie“ bezeichneten medikamentösen Behandlung lediglich noch Patientenpräferenzen, deren Kompetenzen sowie Kostenüberlegungen einfließen zu lassen [20]. Kurz gefasst bedeutet das Konzept: Wer aufgrund rein phänomenologischer Kriterien depressiv ist, sollte auch antidepressiv behandelt werden!

Eine Depression (terminologisch korrekt: „Depressive Episode nach ICD-10“ bzw. „Major Depression nach DSM-IV“) liegt also dann vor, wenn eine gewisse Anzahl (bzw. Kombination) von Symptomen angegeben werden (s. ● Tab. 1). Zusätzlich muss lediglich ein Zeitkriterium von in der Regel zwei Wochen erfüllt sein. Erst in einem zweiten Schritt wird dann noch für eine Diagnose die weitere Anamnese mit einbezogen, allerdings lediglich unter der Frage, ob bereits depressive Episoden vorgelegen haben (rezidivierende depressive Störungen) oder ob auch manische Episoden zu eruieren sind (bipolare Störungen). Kurz: Symptome gezählt, Dauer erfasst, vorherige Episoden eruiert – Diagnose steht!

Bedenkt man diese Tatsache, so wundert es nicht mehr, dass die Depressionsfragebögen zum Screening oder zur Verlaufbeobachtung (z. B. PHQ-9 [43] oder WHO-5 [35] u.v.a.m.) alle so un-

gläublich gute Kennwerte mit Sensitivitäten und Spezifitäten von über 80%, zum Teil über 90% aufweisen: Die Bögen fragen ja nichts anderes ab, als was die Symptomliste von ICD-10 oder DSM-IV an Kriterien fordert. Dort wo zum Beispiel der ICD-10 *Schlafstörungen* oder *niedergeschlagene Stimmung* verlangt, fragt der Depressionsfragebogen, ob man schlecht schlief oder niedergeschlagener Stimmung sei!

Validiert sind die Fragebögen lediglich gegen ausführlicherer Befragungen durch entsprechend geschulte Rater (z. B. im „Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV“ (SKID) [47] oder dem „DIPS“ [32]), die die Erfüllung jedes Items anamnestisch genauer sichern, die sich aber letztlich wieder nur auf die Erfüllung der genannten Symptomliste beziehen. Einen anderen Referenzstandard gibt es eben bei der Depression kaum, denn auch der weitere Verlauf ist völlig heterogen und kann nicht als Referenz die Diagnose im Nachhinein bestätigen oder verwerfen.

Wer also, wie immer wieder auch aus der Allgemeinmedizin heraus [1,21,27,42], Depressionsfragebögen kritisiert und es für Irrsinn hält, durch Abzählen von Symptom-Items eine Depression zu diagnostizieren, muss tatsächlich diese Kritik auf das Konzept des zugrundeliegenden diagnostischen Systems des ICD-10 bzw. DSM-IV beziehen und nicht auf die Fragebögen, die dieses Konzept lediglich abbilden<sup>4</sup>.

### Fragestellung der Untersuchung

Bedenkt man, dass Hausärzte sich von psychiatrischer Seite her immer wieder mit Untersuchungen konfrontiert sehen, die feststellen, dass sie Depressionen als solche nicht in ausreichender Rate erkennen (z. B. [48]; Überblick in [5]), muss gefragt werden, ob Hausärzte und untersuchende Forscher überhaupt gemeinsame Konzepte zugrunde legen [42]. Gut 25 Jahre nach Einführung des „neuen“ Konzepts – und nachdem dieses Konzept weltweit flächendeckend Anerkennung gefunden hat – wäre es von Interesse, inwieweit dieses phänomenologische Konzept Eingang in die deutsche hausärztliche Medizin gefunden hat. Zur Beantwortung dieser Frage bot sich zunächst eine Analyse einschlägiger allgemeinmedizinischer Publikationen an.

### Methode

#### Lehrbücher

Es wurden in Deutschland verlegte, speziell für und von Allgemeinärzten geschriebene Lehrbücher untersucht. Lehrbücher, die in den vergangenen 5 Jahren nicht neu aufgelegt wurden, wurden nicht mehr berücksichtigt. Diese Liste der zu untersuchenden 9 Lehrbücher wurde durch Expertenbefragung und eine Internetrecherche in zwei Online-Buchhandlungen erstellt. Dieser Zugang wurde gewählt, da nur Bücher mit weiter Verbreitung und guter Zugänglichkeit für den niedergelassenen Hausarzt untersucht werden sollten.

#### Zeitschriften

Drei deutschsprachige Zeitschriften wurden zur näheren Untersuchung ausgewählt. Dabei wurde auf die Ausgaben der letzten 4 Jahre (7/2003–6/2007) zurückgegriffen<sup>5</sup>. Neben der in Deutschland einzigen unabhängigen akademisch-allgemeinme-

dizinischen Zeitschrift „ZfA“ wurden der vom Berufsverband der Hausärzte an ihre Mitglieder verschickte „Der Hausarzt“ sowie der freie „Der Allgemeinarzt“ ausgewählt und per Handsuche durchgesehen. Aufgesucht wurden dann zunächst alle Artikel (Originalarbeiten, Übersichtsartikel, Artikel mit Fortbildungscharakter) nach dem Kriterium, ob sie sich mit depressiven Störungen beschäftigten. Ausgeschlossen wurden Beiträge, die lediglich Artikel anderer Zeitschriften (meist in Übersetzung) wiedergaben sowie – aus prinzipiellen Erwägungen – Artikel, die eine deutliche Ausrichtung auf die Pharmakotherapie hatten und dabei einzelne Medikamente durch Nennung von Produkt-namen heraus hoben.

Bezüglich der ZfA wurde zusätzlich von der nur bei dieser Zeitschrift möglichen Online-Suche Gebrauch gemacht. Dabei wurden alle Artikel auf das Vorkommen des Ausdrucks „Depression“ (68 Artikel) hin ausgewählt und die entsprechenden Textstellen aufgesucht. Beiträge, die sich thematisch bereits mit dem Problem der Klassifikation depressiver oder somatoformer Störungen in der Hausarztpraxis selber beschäftigten, wurden nicht berücksichtigt.

Nach einer Checkliste (Vergleiche **Tab. 2 und 3**) wurde sodann jeweils geprüft, auf welches diagnostische Konzept sich der Autor jeweils bezieht, ob es erläutert und ob es im Gesamttext einheitlich durchgehalten wird.

Insbesondere anhand der verwendeten Terminologie wurde geprüft, ob auch in den Artikeln, bei denen nicht primär die Diagnostik der Depression im Vordergrund stand, ein deklariertes (oder im Hintergrund erkennbares) Konzept vorhanden war und ggf. ob es auch konsistent genutzt wurde.

Da es für die Frage, wann eine Störung als relevant depressiv zu werten ist, von besonderer Bedeutung ist, wann eine (Pharmako-) Therapie für angezeigt gehalten wird, wurde auch überprüft, welcher Stellenwert der Pharmakotherapie eingeräumt wurde und welche Empfehlungen gegeben wurden.

### Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in **Tab. 2 und 3** zusammengefasst. Beide Tabellen finden Sie in der Online-Version als PDF unter: [www.thieme.de/ejournals/toc/zfa](http://www.thieme.de/ejournals/toc/zfa).

In der vergleichenden Analyse der 9 Lehrbücher fällt zunächst auf, dass nahezu alle in ihren Klassifikationen der Depression das „neue“ phänomenologische Konzept entweder des ICD-10 oder des DSM-IV übernommen haben. Einige, wie z. B. Kochen (2006) oder Mader und Weißgerber (2004), haben mit ihren neuen Ausgaben auf dieses Konzept umgestellt (hier nicht gezeigt). Lediglich Comberg und Klimm (2004) sind weiterhin bei dem schon in ihren früheren Ausgaben vertretenen „alten“ Konzept verblieben. Braun und Mader (2003) bilden eine Ausnahme, weil sie bewusst und explizit auf die neue Nosologie verzichten und es vorziehen, ihrer eigenen, in langer Tradition entwickelten, spezifisch allgemeinmedizinischen Klassifikation zu folgen. Im Sturm (2006) wird die Depression nur indirekt behandelt, und es ist keine klassifikatorische Verortung zu finden. Er gibt aber in einigen der Lehrbücher Hinweise darauf, dass häufig dann, wenn die Depression nicht gerade klassifizierend dargestellt wird, sondern indirekt oder „am Rande“ eine Rolle spielt, das „alte“ Konzept benutzt wird. In der neuesten Ausgabe

<sup>4</sup>Selbst die Aussage, dass die Fragebögen eine Depression im Rahmen des gemeinsamen Konzepts gut abbilden können, muss jedoch relativiert werden angesichts der Tatsache, dass der positive Vorhersagewert bei den für die Hausarztpraxis geschätzten Prävalenzen der zu messenden Störung mit kaum über 50% zu verorten ist!

<sup>5</sup>Um für jede Zeitschrift mindesten 3 Artikel einfließen lassen zu können, wurde die Suche von „Der Hausarzt“ ausgeweitet und bis 2001 gesucht.

des von Kochen herausgegeben Lehrbuchs [27] lässt sich dies besonders gut zeigen. Am Beginn des Kapitels *Depression* wird unter *Definitionen* zunächst die Depression so erklärt, wie sie im DSM-IV verstanden wird. Keine zwei Seiten weiter aber, als die in der Praxis ja oft schwierig zu beantwortende Frage, wann ein Patient zum Psychiater überwiesen werden sollte, zur Debatte steht, kommt es zu der überraschenden Empfehlung, vornehmlich „endogene Depressionen“ zu überweisen. Von „endogenen Depressionen“ aber war im gesamten Buch bisher nie die Rede, und sie sind dem Leser nie erklärt worden. Sie standen im Zentrum der „alten“ Klassifikation, und sie haben dieser Klassifikation folgend hier auch sicherlich einen Sinn – allein, der auf den DSM-IV eingeführte Leser versteht es nicht.

Der beschriebene Effekt ist auch in allgemeinmedizinischen Zeitschriftenartikeln zu erkennen. Es konnte bei der 4 Jahre zurückreichenden Recherche kein Artikel gefunden werden, welcher das frühere, nach Ätiologie eingeteilte Konzept zur expliziten Grundlage gemacht hat; lediglich ein kurzer Artikel in „Der Hausarzt“ verzichtet komplett auf eine konzeptionelle Verortung und beschreibt nur klinische Bilder, und ein Artikel versucht, nach eigenen Kriterien eine Depression zu rekonstruieren. Ein weiterer Artikel nutzt die o.g. „Kasografie“ (vergl. **Tab. 3**).

Wird allerdings auch hier nicht direkt und definierend über Depression geschrieben, sondern kommt diese lediglich am Rande vor, zum Beispiel als Folge einer Erkrankung oder als mögliche Differenzialdiagnose, so findet man nicht selten das Phänomen, dass die Depression offensichtlich anders, meist nach dem „alten“ Konzept an den Leser vermittelt wird<sup>6</sup>.

Somit kann hier zunächst festgestellt werden, dass sich der in der Psychiatrie in den 80er-Jahren begonnene Wandel der diagnostischen Einordnung depressiver Störungen in den einschlägigen allgemeinmedizinischen Lehrbüchern vollzogen hat. Allerdings ist das „alte“ Konzept sowohl in den Lehrbüchern als auch den Zeitschriften-Artikeln häufige weiterhin erkennbar.

Ob also das „neue“ Konzept tatsächlich verinnerlicht wurde, kann aufgrund dessen, was allgemeinärztliche Autoren schreiben, bezweifelt werden.

Hier liegt möglicherweise ein Effekt vor, welchen wir aus qualitativen Befragungen von Ärzten kennen. Bemühen wir uns nämlich, Konzepte von Personen näher zu ergründen, so bleiben diese uns verborgen, wenn wir die Betroffenen direkt danach fragen. Wenn wir hingegen einen Arzt im Handeln beobachten, erhalten wir einen direkteren Blick darauf, welchen Konzepten der Arzt folgt [40]. In einer diesem Phänomen ähnlichen Dissonanz scheinen einige allgemeinmedizinische Lehrtexte zwar wiederzugeben, wie eine Depression üblicherweise zu diagnostizieren sei, halten aber für die praktische Anwendung an den gewohnten Konzepten fest.

### Behandlungskonsequenzen

Ruft man sich in Erinnerung, dass nach dem „neuen“ Konzept eigentlich jeder, der eine Depression hat, auch medikamentös behandelt werden müsste, dann wird die Frage interessant, ob die hier untersuchten Texte der Konsequenz des neuen Konzeptes in ihrer Darstellung folgen. Bezüglich der in den Texten vorgeschlagenen antidepressiven Behandlung wird von keinem die den Praktiker meist vordringlich beschäftigende Frage be-

friedigend beantwortet, wann der Patient behandelt werden sollte. Im Lichte der o.a. Explosion in der Antidepressivverschreibung (sowie der Nähe der neuen Klassifikationsysteme zu den Interessen der Pharmazeutischen Industrie) liegt ja gerade in diesem Punkt dringender Klärungsbedarf. Nebenbefundlich kann festgestellt werden, dass sich auch die Empfehlungen zur Art der Antidepressivtherapie erheblich unterscheiden. Auf der einen Seite gibt es eher eine Gruppe mit konservativen Empfehlungen für „alte“ TZA und SSRI mit leichtem Vorteil der SSRI wegen geringerer Nebenwirkungen. In einer zweiten Gruppe stehen die Neuentwicklungen und nach Rezeptorprofilen diversifizierten AD im Vordergrund. (vergl. **Tab. 2, 3**)

### Schlussfolgerungen

Es bleibt festzuhalten, dass es konzeptionell Dissonanzen zwischen den untersuchten Texten der Profession, sogar innerhalb einzelner Lehrbücher gibt, und dass diese hartnäckig sind. Es liegt daher die These nahe, dass an dem „alten“ Konzept festgehalten wird, weil es eine große Nähe zum hausärztlichen Alltag hat. Die Annahme liegt nahe, dass eine rein auf Symptomkonstellationen beruhende Depressionsdiagnose für den Allgemeinarzt in seiner tatsächlichen Praxis als nicht tauglich erlebt wird. Für ihn ist Krankheit im allgemeinen und Depression im besonderen eng mit der Genese und dem Kontext, also dem Patienten selber, verbunden. Allgemeinärzte arbeiten eben schon aus ihrer Funktion heraus hermeneutisch [1]. Für sie gibt es eine Depression ohne eine Ursache, Entwicklung oder Konflikt nicht.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben

### Literatur

- 1 *Abholz HH*. Warum lassen sich Hausärzte so leicht der Vernachlässigung in der Patientenversorgung überführen? – Berechtigte Kritik oder Missverständnis des Faches. *Z Allg Med* 2005; 81: 397–404
- 2 *APA* – American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000, deutsch: *Saß H et al*. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen 2003.
- 3 *Backenstraß M, Joest K, Göhring K, et al*. Leichtere depressive Störungen in der Hausarztpraxis – Verbesserung der Versorgung durch Veränderung der Praxiskommunikation? *Z Allg Med* 2006; 3: 129–131
- 4 *Becker E*. Depression oder Angst? Seminar Hausarzt Praxis 2001; 3: 2–7
- 5 *Becker N, Abholz HH*. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2005; 1: 474–481
- 6 *Benkert O, Hippus H*. *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 4. Auflage, Springer, Berlin 2003
- 7 *Berger M*. *Psychische Erkrankungen*. 2. Auflage, Elsevier, München 2004
- 8 *Braun RN, Mader FH*. *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin*. 4. Auflage, Springer, Berlin 2003
- 9 *Comberg HU, Klimm HD*. *Essentials Allgemeinmedizin*. 4. Auflage, Thieme, Stuttgart 2004
- 10 *Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, et al*. Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 154–160
- 11 *Damerau-Dambrowski V von der*. Jeder Sechste erkrankt im Laufe seines Lebens: Depression maskiert sich oft. *Der Hausarzt* 2004; 2: 56–60
- 12 *Döring T, Roscher D, Schmidt A*. Was tun mit „eingebildeten Kranken“? *Der Allgemeinarzt* 2006; 19: 10–12
- 13 *Dörr C, Maisel P, Donner-Banzhoff N, Baum E*. Aus dem Lebenslauf einer hausärztlichen Leitlinie. Von der Aktualisierung der Leitlinie (LL)

<sup>6</sup>Dieser Effekt ist übrigens auch bei Artikeln zu erkennen, welche von psychiatrisch tätigen Autoren für ein allgemeinmedizinisches Organ geschrieben wurden (z.B. Schmidt 2003 in **Tab. 3**). Es ist anzunehmen, dass die beschriebene „Dissonanz“ auch psychiatrisch oder psychotherapeutisch Tätige betrifft und sich nicht nur auf Hausärzte beschränkt.

- Müdigkeit zu einem Plädoyer für die Psychosomatische Grundversorgung. *Z Allg Med* 2006; 82: 219–222
- 14 *Feldman EL, Robbins A, Jaffe A*. Selections from current literature: minor depression. *Family Practice* 1998; 15: 275–281
  - 15 *Fink W, Haidinger G*. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2007; 3: 102–108
  - 16 *Gensichen J, Beyer M, Schwäbe N, et al*. Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management - Ein BMBF-Projekt. *Z Allg Med* 2004; 80: 507–511
  - 17 *Gesenhues S, Ziesché R*. Praxisleitfaden Allgemeinmedizin. 5. Auflage, Urban & Fischer bei Elsevier, Ulm 2006
  - 18 *Hager WC, Abholz HH*. Zur Prävalenz von Depression und Angststörung in der Hausarztpraxis - eine Sekundärauswertung. *Z Allg Med* 2005; 11: 482–485
  - 19 *Hamm H*. Allgemeinmedizin. 5. Auflage, Thieme, Stuttgart 1992
  - 20 *Härter M, Bermejo I, Schneider F, et al*. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z ärztl Fortbild QualSich. (ZaeFQ)* 2003; 97 (Suppl): 16–35
  - 21 *Hensler S, Engeser P, Kaduszkiewicz*. Screening bei der hausärztlichen Versorgung der chronischen Erkrankung Depression, pAVK und Demenz. *Z Allg Med* 2006; 5: 199–204
  - 22 *Hensler S, Wiesemann A*. Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen - Oder: Der Versuch, die Prävalenz von Krankheiten und die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit zu steigern? *Z Allg Med* 2003; 12: 579–585
  - 23 *Hiller W, Leibing E, Sulz SKD* (Hrsg). Lehrbuch der Psychotherapie, Band 1: Grundlagen der Psychotherapie. CIP Medien, München 2004; 121–130
  - 24 *Jobst D*. Facharztprüfung Allgemeinmedizin. 1. Auflage, Elsevier, München 2004
  - 25 *Jurk C*. Der niedergeschlagene Mensch. Dissertation im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen 2005
  - 26 *Kochen MM* (Hrsg). Allgemeinmedizin. 1. Auflage, Hippokrates, Stuttgart 1992
  - 27 *Kochen MM*. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 3. Auflage, Thieme, Stuttgart 2006
  - 28 *Lakoff A*. Pharmaceutical Reason. Cambridge University Press, Cambridge 2005
  - 29 *Landgrebe M, Spießl H, Hajak G*. Aufgepasst bei unerklärlichen Schmerzen. *Der Allgemeinarzt* 2006; 19: 6–8
  - 30 *Loh A, Simon D, Niebling W, et al*. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Z Allg Med* 2005; 81: 550–560
  - 31 *Mader FH, Weißgerber H*. Allgemeinmedizin und Praxis. 3. Auflage, Springer, Berlin 1999
  - 32 *Margraf J, Schneider S, Ehlers A, et al*. DIPS - Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. 2. Auflage, Springer Berlin 1994
  - 33 *Möllering A, Herpertz S*. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) - Was ist zu tun? *Z Allg Med* 2003; 79: 457–461
  - 34 *Mühlenfeld HM*. Wann und wie sollen wir intervenieren? *Der Hausarzt* 2005; 5: 48–51
  - 35 *Primack BA*. The WHO-5 Wellbeing Index performed the best in screening for depression in primary care. *ACP J Club* 2003; 139: 48
  - 36 *Rebhandl E, Rabady S, Mader F* (Hrsg). Evidence based Medicine-Guidelines für die Allgemeinmedizin. Ärzteverlag, Köln 2005
  - 37 *Sandholzer H*. Praxistrainer Allgemeinmedizin. Schattauer, Stuttgart 2007
  - 38 *Schirmer U*. Großverdiener trifft es am härtesten. *Der Hausarzt* 2005; 4: 46–48
  - 39 *Schmidt R*. Depressionen nach Schlaganfall. *Der Allgemeinarzt* 2006; 18: 10–12
  - 40 *Schütze F*. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Arbeitsberichte und Materialien Nr. 1. Fakultät für Soziologie, Bielefeld 1977; 52
  - 41 *Schwabe U, Paffrath D* (Hrsg). Arzneiverordnungsreport 2005. Springer, Heidelberg 2006
  - 42 *Sielk M, Abholz HH*. Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? *Z Allg Med* 2005; 11: 486–490
  - 43 *Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB*. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999; 282: 1737–1744
  - 44 *Sturm E, Bahrs O, Dieckhoff D, et al*. Hausärztliche Patientenversorgung. Thieme, Stuttgart 2006
  - 45 WHO (World Health Organisation). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneva 1993
  - 46 *Wendt-Hermanski H, Peitz M, Torge M, et al*. Was muß beim Datenmanagement bei einer klinischen Studie beachtet werden? gute Forschungspraxis in der Allgemeinmedizin - am Beispiel der PRoMPT-Studie. *Z Allg Med* 2005; 81: 565–570
  - 47 *Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, et al*. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID). Beltz-Test, Göttingen 1996
  - 48 *Wittchen HU*. Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Berlin 2006

## Zur Person:

**Dr. med. Martin Sielk,**

Jahrgang 1965.

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf