

# Hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depression: Wie, warum und mit welchem Erfolg? Eine systematische Literaturübersicht

## Care of Depressive Patients in General Practice: How, Why and with How much Success? A Systematic Review

Autoren

C. C. Schürer-Maly, H.-H. Abholz

Institut

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

### Schlüsselwörter

- Depression
- Allgemeinmedizin
- Therapie
- Behandlungserfolg

### Key words

- depression
- therapy
- general practice

### Peer reviewed article

eingereicht: 19.05.2008

akzeptiert: 03.07.2008

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1082066  
 Online-Publikation: 2008  
 Z Allg Med 2008; 84: 327–335  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 1433-6251

### Korrespondenzadresse

**Dr. C. C. Schürer-Maly, MD**  
 Abteilung für  
 Allgemeinmedizin  
 Universitätsklinikum  
 Düsseldorf  
 Moorenstr. 5  
 40225 Düsseldorf  
 cornelia.schuerer@med.uni-  
 duesseldorf.de

### Zusammenfassung



**Hintergrund:** Für Patienten mit einer Depression steht der Hausarzt meist im Zentrum von Diagnostik und Therapie. Die Behandlung von Depressionen erfolgt in Hausarztpraxen sehr unterschiedlich und oft – nach Studienlage – nicht optimal. Es interessierten uns deshalb die Fragen: 1. Wie werden Depressionen in der Hausarztpraxis behandelt? 2. Welche Faktoren beeinflussen Wahl und Akzeptanz der Therapie? 3. Welche Ergebnisse erzielt die Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis?

**Methode:** Es erfolgte eine Literatur-Suche von 1999–2008 nach englisch- und deutschsprachigen Publikationen über Behandlungsmethoden und -erfolgen bei Depressionen in der Allgemeinmedizin.

**Ergebnis:** Von den gefundenen 1798 Arbeiten wurden 250 evaluiert, die sich mit den gestellten Fragen beschäftigten, darunter 40 klinische Studien, von denen wir 21 sowie eine Metaanalyse einschließen konnten, weil sie sich genau auf unsere Fragestellung bezogen. Depressionen werden in der Hausarztpraxis vorwiegend medikamentös behandelt; nur etwa ein Fünftel der Patienten wird psychiatrisch oder psychologisch betreut. Die Therapie erfolgt jedoch in vielen Fällen nicht leitliniengerecht. Bis zu 50% der Patienten erhalten gar keine Therapie: Entweder weil die Ärzte die Depression nicht erkannten oder sich für ein abwartendes Verhalten entschieden. Dies ist auch durch die Erwartungen der Patienten mit bedingt, die Antidepressiva häufig als wenig wirksam einstufen und wegen befürchteter Nebenwirkungen oder aus Angst vor Abhängigkeit ablehnen. Aber es werden auch Patienten, die nach anerkannten Erfassungskriterien gar keine Depression haben, medikamentös behandelt.

**Schlussfolgerung:** Obwohl zahlreiche nationale Leitlinien mit weitgehend deckungsgleichen Empfehlungen zur Verfügung stehen, ist die The-

### Abstract



**Background:** In General practice treatment of depression often is very heterogeneous and not according to guidelines. The following questions should be answered: 1. How is depression treated in general practice? 2. Which factors influence the chosen therapy and its acceptance? 3. What are the therapeutic outcomes?

**Methods:** A literature search was performed from 1999 to 2008 for English and German publications concerning depression, therapy and its outcomes. Out of the 1798 publications retrieved, 250 were related to our questions and 40 were clinical trials out of which 21 directly affected our issue. Also included was one meta-analysis.

**Results:** In general practice depression is treated predominantly with drugs; only about a fifth of patients are cared for by psychiatrists or psychologists. In many cases therapy is not in line with guidelines. Up to 50% of patients do not get any treatment because GPs miss the diagnosis or choose watchful waiting. This approach is influenced by expectations of patients who do not approve antidepressants because they fear side effects or dependency and do not believe in their positive effects. On the other hand patients, who by standardized criteria do not show any signs of depression, are treated with psychotropic drugs.

**Conclusions:** Despite many national guidelines with almost identical recommendations, therapy of depression is not sufficient according to psychiatric standards. Background for this could be a sceptical approach of patient and GP concerning the use of antidepressives.

rapie von Depressionen in der Hausarztpraxis nach psychiatrischen Standards nicht optimal. Hintergrund könnte eine von Arzt und Patienten geteilte Skepsis gegenüber der medikamentösen Therapie sein.

Neuere Untersuchungen ergeben eine Punktprävalenz von Depressionen in der Hausarztpraxis von etwa 11% [1]. Der Hausarzt ist die bevorzugte Anlaufstelle für Patienten mit einer Depression. Als erster Ansprechpartner hat er die Rolle des Gatekeepers im Zentrum von Diagnostik und Therapie [2]. Jedoch wird im Mittel nur etwa die Hälfte der Depressionen in der Praxis korrekt – nach Maßstab der jeweils eingesetzten Testverfahren – diagnostiziert, aber dennoch vielfach nicht behandelt [3]. Daten aus den industrialisierten Ländern zeigen zudem, dass nur etwa 5–40% der Behandelten eine leitliniengerechte Behandlung erhalten [4].

Wie behandelt werden soll, wird in den Leitlinien recht ähnlich gesehen. Zur Diagnostik und Therapie von Depressionen stehen mehrere Leitlinien zur Verfügung, die vorwiegend für erstmalig diagnostizierte Depressionen konzipiert wurden. Allerdings sind die in der Allgemeinarztpraxis häufigen Komorbiditäten und Einflüsse durch soziale Faktoren zu berücksichtigen [5].

Die derzeit veröffentlichten Leitlinien (☉ Tab. 1) sprechen ähnliche Therapieindikationen und -empfehlungen aus. Dabei fassen allerdings die Leitlinien der amerikanischen AHRQ und der deutschen AKdÄ, anders als die anderen aufgeführten Guidelines, die Empfehlung für Antidepressiva etwas weiter, nämlich schon ab der „Milden Depression“.

Die vorliegende Arbeit bietet einen Überblick über die Studienliteratur der letzten 10 Jahre zum Stand der Depressionsbehandlung in Hausarztpraxen mit folgenden Schwerpunkten:

- ▶ Wie werden Depressionen in der Hausarztpraxis behandelt?
- ▶ Welche Faktoren beeinflussen die Wahl und Akzeptanz der Therapie?
- ▶ Welche Ergebnisse erzielt die Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis?

Um einen klaren Schwerpunkt zu erhalten, wurden in diesem Überblick diagnostische Kriterien sowie Depressionen als Komorbiditäten anderer Erkrankungen (Myokardinfarkte, Malignome usw.) als auch bipolare Depressionen nicht berücksichtigt.

## Suchstrategie

Die Literatursuche erfolgte für den Zeitraum 1999–2008 mit der Suchstrategie

- ▶ Depression AND (therapy OR treatment) AND (family medicine OR primary care) AND (indication OR rational OR cause OR objective OR reason)
- ▶ Depression AND (therapy OR treatment) AND (family medicine OR primary care) AND (outcome OR success OR result OR effect OR efficacy OR effectiveness OR efficiency)

im Titel der Publikationen.

## Ergebnisse

Es wurden folgende Datenbanken und Systeme genutzt: PubMed; Scopus; AHRQ; Mayo Clinic; Natl. Clearinghouse; NICE. Da-

bei wurden insgesamt 1798 Treffer erzielt. Von diesen eliminierten die Autoren die Doppelungen und 785 Arbeiten, die zu speziell waren, z. B. einzelne Pharmaka und Alterstufen oder Comorbiditäten betrafen. Diese Selektion ergab 250 Artikel, die sich mit den gestellten Fragen beschäftigten. Hierbei befanden sich 40 klinische Studien, aus denen 21 ausgewählt wurden, die genau unseren Themen entsprachen. Ebenfalls eingeschlossen wurde eine Metaanalyse. Die Ergebnisse wurden durch eine Handsuche in der gefundenen Literatur ergänzt (sieben Artikel).

## Das Behandlungs-Setting und die Qualität

▼ In einer retrospektiven US-amerikanischen Kohortenstudie untersuchten **Ornstein** et al. [6] 2000 die Behandlung und ihren Erfolg bei 2 103 Patienten mit einer frisch diagnostizierten Depression. Evaluiert wurden alle entsprechenden Daten von 39 Hausarztpraxen. Die Erhebungen erfolgten über sechs Monate nach Beginn der Therapie; 49% der Patienten erhielten ein Antidepressivum, 89% der Verschreibungen beinhalteten selektive SSRI. Zehn Prozent der Patienten wurden zusätzlich psychotherapeutisch betreut. Von den Patienten, die zunächst kein Antidepressivum erhalten hatten, bekam dann ein Drittel noch im ersten Behandlungsjahr eine entsprechende Verordnung, sodass insgesamt fast zwei Drittel der Patienten mit einem Antidepressivum behandelt wurden; 90% von ihnen hatte mindestens einen Kontrolltermin in den ersten sechs Monaten nach Behandlungsbeginn; meistens waren es fünf Kontrolltermine in diesem Sechsmonatszeitraum, was den AHCPR-Leitlinien von 1993 entspricht.

In einer longitudinalen Querschnittsstudie untersuchten **Mischoulon** et al. [7] 2001 in öffentlichen Gesundheitszentren in Boston Therapieformen und ihre Erfolge bei Patienten mit einer neu diagnostizierten major Depression. Der Grad der Depression wurde mit dem Beck Depression Inventory (BDI) klassifiziert und Patienten mit einem Score  $\geq 16$  von einem Psychiater weiter evaluiert und diagnostiziert. Die Diagnosen, jedoch ohne Therapievorschläge, wurden dem behandelnden Allgemeinmediziner mitgeteilt. Analysiert wurden die ersten drei Behandlungsmonate. Achtunddreißig Patienten von 20 Ärzten wurden in die Studie aufgenommen.

Insgesamt wurde über die Hälfte der Patienten nicht behandelt oder überwiesen, obwohl die Diagnose major Depression bekannt war (☉ Tab. 2). Die kleine Patientenzahl ist ein limitierender Faktor dieser Studie.

Die Qualität der Versorgung von Patienten mit Depressionen und Angsterkrankungen ermittelten **Young** et al. [8] anhand von Daten einer Telefonbefragung (HCC Telephone survey), die zwischen 1997 und 1998 in den USA landesweit durchgeführt worden war. Insgesamt waren 9585 Teilnehmer im Abstand von einem Jahr zweimal interviewt worden. Die Daten wurden auf der Basis der DSM-III-R-Kriterien erhoben.

Von den Befragten hatten 831 eine major Depression. Während der einjährigen Uberwachungsperiode kontaktierten 80,8% aller Patienten den Hausarzt. Nur 1,9% konsultierten einen Psychiater, ohne vorher beim Hausarzt gewesen zu sein. Wenn Depressionen am Krankheitsbild beteiligt waren, kam es zu deutlich mehr Besuchen beim Spezialisten. Trotz der häufigen Arztbesuche erfolgten relativ wenige Verschreibungen: Von allen Patienten mit einer psychischen Erkrankung erhielten 25,6% irgendein Antidepressivum oder Anxiolytikum und 20,6% eine

Tab. 1 Leitlinien.

	Minor/Mild Depression Akute Episoden	Moderate Depression	Major Depression	Nichtansprechen auf Therapie
Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression 2004 <sup>1</sup>	Gute Arzt-Patient Beziehung wichtig für Erfolg			
	Supportive Therapie, Psychotherapie (Problemlösung)	Antidepressiva	Antidepressiva Psychologische Therapie	Diagnose und Therapie überprüfen Antidepressivum wechseln Kombination mit Psychotherapie (Facharzt)
NICE Management of Depression in primary and secondary care 2004 <sup>2</sup>	Erhaltungstherapie (1–2 Jahre) zur Vermeidung von Rezidiven			
	Watchful Waiting Selbsthilfegruppe (Kognitive Verhaltenstherapie) Psychotherapie	Antidepressiva (SSRI) Psychotherapie	Antidepressiva Psychotherapie	Antidepressivum wechseln Kombination von Antidepressiva + Psychotherapie (Facharzt)
UMHS 2004 <sup>3</sup>	Erhaltungstherapie 6 Monate			
	Psychotherapie Antidepressiva	Antidepressiva + Psychotherapie	Antidepressiva + Psychotherapie	Diagnose überprüfen Antidepressivum wechseln Überweisung zum Facharzt
DGPPN/AWMF 2000 <sup>4</sup> Vorwort zum Rahmenkonzept „Integrierte Versorgung Depression“ 2005 <sup>5</sup>	Erhaltungstherapie 6–12 Wochen			
	Psychotherapie Therapieversuch mit Johanniskraut	Antidepressiva Psychotherapie	Antidepressiva Psychotherapie	Kombination von Antidepressiva + Psychotherapie (Facharzt)
Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis <sup>6</sup>	Schaffung eines therapeutischen Bündnisses			
	Psychotherapie Therapieversuch mit Johanniskraut Evtl. Antidepressiva	Antidepressiva Psychotherapie	Antidepressiva	Kombination von Antidepressiva + Psychotherapie (Facharzt)
Clinical Guide lines for the Treatment of Depressive Disorders 2001 <sup>7</sup>	Erhaltungstherapie 4–6 Monate			
	Paroxiten	Kognitive Therapie Interpersonelle Therapie	Antidepressiva (SSRI, Venlafloxin)	Diagnose und Therapie überprüfen Antidepressivum wechseln Kombination mit Psychotherapie (Facharzt)
AHRQ 2005 <sup>8</sup>	Erhaltungstherapie (6 Mo.–2 Jahre) zur Vermeidung von Rezidiven			
	Antidepressiva &/or Kognitive oder Interpersonelle Therapie	Antidepressiva &/or Kognitive oder Interpersonelle Therapie	Antidepressiva Kombinierte Pharmako-/ Psychotherapie	Antidepressivum wechseln Kombination mit Psychotherapie (Facharzt)
AKdÄ, Depression 2006 <sup>9</sup>	Erhaltungstherapie 16–20 Wochen zur Vermeidung von Rezidiven			
	Antidepressiva	Antidepressiva	Überweisung zum Facharzt	Überweisung zum Facharzt
Erhaltungstherapie: Fortsetzung der Medikation mit dem in der Akuttherapie erfolgreichen Antidepressivum				

<sup>1</sup>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38: 389–407

<sup>2</sup>Nice. National Clinical Practice Guideline Number 23 – Management of depression in primary and secondary care 2004

<sup>3</sup>University of Michigan Health System. Guidelines for Clinical Care: Depression 2005

<sup>4</sup>DGPPN/AWMF. Affektive Erkrankungen 2000

<sup>5</sup>DGPPN. Vorwort zum Rahmenkonzept „Integrierte Versorgung Depression“ Nervenarzt 2005; 76: 103–125

<sup>6</sup>Härter M, Bermejo I, Schneider F, et al. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. ZaeFQ 2003; 97: 16–35

<sup>7</sup>Kennedy S, Lam R, Cohen N, et al. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry 2001; 46 (Suppl 1):385–585

<sup>8</sup>AHRQ. Primary Care Physician Guidelines for Depression In Adults 2005

<sup>9</sup>AKdÄ. Depression 2006

leitliniengerechte medikamentöse Therapie; 31,3% erhielten irgendeine und 17,6% eine adäquate psychiatrische Betreuung. Insgesamt war eine adäquate Behandlung durch demografische Variablen wie einen höheren Bildungsgrad beeinflusst. Zu einer unzureichenden Behandlung kam es bei mehr als 80% der Patienten, die nur einen Allgemeinmediziner aufgesucht hatten, jedoch nur bei 11,4% derjenigen, die sich ausschließlich in psychiatrischer Behandlung befanden. Verschreibungen von Antidepressiva erfolgten bei psychiatrischer Behandlung in 55,7%, während es unter allgemeinmedizinischer Betreuung nur 11,4% waren.

In einer Querschnittsanalyse evaluierten **Olsson et al.** [9] 2006 die Diagnose- und Therapiestandards in Bezug auf Über- und Unterbehandlung an 1332 Patienten aus 136 norwegischen Allgemeinarztpraxen. Zur Diagnose wurden der DSM-IV und die GAD-III Skala benutzt. Überbehandlung wurde als Therapie von Patienten, die gemäß Referenzstandards keine psychische Er-

Tab 2 Behandlungsergebnisse.

Therapie	Patienten (%)
Keine	20 (53%)
Antidepressiva	5 (13%)
Überweisung zum Fachzentrum	9 (24%)
Antidepressiva und Überweisung zum Fachzentrum	4 (11%)

krankung haben, definiert. Unterbehandlung wurde als keine oder unzureichende Therapie von Patienten in Bezug auf eine durch Psychiater erstellt Diagnose definiert.

Insgesamt entsprachen die Therapieempfehlungen bei 132 Patienten (11%) einer Überbehandlung. Diese stand mit der Selbsteinschätzung der Patienten als psychisch krank und mit einem insgesamt schlechten Gesundheitszustand in Verbindung. Von den 49 Patienten (4%) mit einer major Depression, erhielten nur

51% eine Therapieempfehlung, was 49% Unterbehandlung entspricht.

### Indikation zur Therapie



In einer amerikanischen Fragebogenstudie untersuchten **Williams** et al. [10] 1999 Diagnosen und Therapieentscheidungen von Allgemeinmedizinern im Vergleich zu Internisten und Gynäkologen bei Patienten mit einer Depression. Die Antworten sollten analog den Maßnahmen erfolgen, die die Ärzte bei ihrem letzten Patienten mit einer frisch diagnostizierten Depression eingesetzt hatten. Insgesamt 1350 Fragebogen konnten ausgewertet werden, davon 621 von Allgemeinärzten.

Die Verschreibung von Antidepressiva war in allen drei Gruppen die bevorzugte Behandlung und wurde von 84% der Allgemeinmediziner eingesetzt; sie hatten auch die niedrigsten Überweisungsraten zu Psychiatern (4,1% der Patienten). Häufiger wurden die Patienten zu Psychologen oder zu Sozialdiensten weitergeleitet. Dieses Therapieverhalten war von der Art und der Schwere der Depression unabhängig. Die mittlere Zeit bis zum ersten Kontrollbesuch betrug 3,6 Wochen.

**Jacobi** et al. [11] veröffentlichten 2002 eine bundesdeutsche Hausarztstudie, die auf Daten von 20421 unselektierten Patienten basiert, die zum Stichtag in 633 teilnehmenden Hausarztpraxen erschienen waren. Die Patienten und die Ärzte erhielten am Erhebungstag Fragebögen:

„Die Patienten füllten das Depression Screening Questionnaire“ (DSQ) aus, um die Diagnose einer depressiven Störung gemäß der Kriterien von DSM-IV, aber auch nach ICD-10, stellen zu können. Gemäß dem DSQ erfüllten 4,2% der Patienten am Stichtag die Kriterien für eine major-depression nach DSM-IV. Die meisten mittels des Fragebogens identifizierten Patienten wurden medikamentös behandelt (Maßstab DSM: 72,7%, Maßstab ICD-10: 60,8%), überwiegend mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Noradrenergen und Spezifisch Serotonergen Antidepressiva (NaSSA) und seltener mit klassischen trizyklischen Antidepressiva (TCA).

Verfahren wie Beratung/Krisenintervention oder Psychotherapie ohne begleitende Medikation kamen seltener zum Einsatz (DSM:11,5%/8,3%; ICD: 18,8%/6,1%). Bei 4,5% der DSM- und bei 11% der ICD-Fälle erfolgte keine Intervention, während 16,2% der DSM- bzw. 10,1% der ICD-Fälle in fachärztliche Behandlung überwiesen wurden.

Zahlreiche Behandlungen (11,6%) erfolgten auch bei Patienten, die weder DSM noch ICD Kriterien erfüllten (falsch positive Fälle hiernach).

**Meredith** et al. [12] untersuchten 2007 in einer retrospektiven Studie die Kriterien, nach denen sich Allgemeinmediziner bei der Diagnose Depression für ein abwartendes Verhalten – „watchful waiting“ – entscheiden. Befragt wurden 167 Primärversorger aus 46 Praxen oder Managed Care Organisationen in den USA, die an einer Studie mit 1187 Patienten zur Verbesserung der Versorgungsqualität „Partners in Care (PIC)“ teilnahmen. Den Teilnehmern wurde in einer Vignette eine Patientin mit Symptomen einer Depression vorgestellt. Entsprechende diagnostische und Therapieempfehlungen konnten die Ärzte auf einem Fragebogen auf vierteiligen Likertskalen bewerten.

Insgesamt befürworteten 62 (20%) der Studienteilnehmer im geschilderten Fall abzuwarten. Diese Entscheidung wurde in erster Linie vom Anteil der Patienten beeinflusst, die die teilneh-

**Tab. 3** Zusammenfassung der Diagnosen und Therapiemaßnahmen.

	Phase I	Phase II
Depression diagnostiziert	61 (100%)	40 (100%)
keine Behandlung	46 (75%)	28 (70%)
Antidepressiva	5 (8%)	9 (22,5%)
Überweisung	10 (16%)	3 (7,5%)

menden Ärzte in ihrer eigenen Praxis versorgten und ebenso behandeln würden. Tendenziell hatten Ärzte mit einer psychiatrischen Ausbildung und diejenigen, die Leitlinien benutzen, eine größere Neigung zum beobachtenden Abwarten. Die Bereitschaft dazu war geringer, wenn wenig psychiatrische Dienste zur Verfügung waren oder andere Erkrankungen im Vordergrund standen.

Das Verschreibungsverhalten von Antidepressiva untersuchten **Kendrick** et al. [13] 2005 in einer empirischen Studie an 17 englischen Hausärzten. Die Studie wurde in zwei Phasen im Abstand von drei Jahren durchgeführt, um zeitabhängige Veränderungen zu erfassen. 694 konsekutive Patienten, die im Wartezimmer mit dem Hospital Anxiety and Depression Scale Questionnaire, Depression Subscale (HAD-D) gescreent worden waren, nahmen an der Studie teil und wurden per Fragebogen zu ihrer Haltung gegenüber Antidepressiva befragt. Die Ärzte füllten Fragebogen mit Angaben zur Diagnose und den therapeutischen Maßnahmen aus. Diese wurden zwei Monate nach dem Screening noch einmal überprüft.

In beiden Studienphasen wurden Antidepressiva eher bei leichten oder moderaten Depressionen verordnet und bei Patienten, die zu diesen Medikamenten eine positive Meinung hatten. Das verhielt sich in Phase II ebenfalls so, jedoch erhielten hier mehr Antidepressiva-kritische Patienten trotzdem eine Verordnung (13%) als in Phase I (4%). Der überwiegende Teil der Patienten hielt Antidepressiva für suchterzeugend, 63% in Phase I und 91% in Phase II. In den meisten Fällen war diese Einschätzung dem Arzt, aufgrund der Patientenfragebögen, bekannt. Ein Großteil der Patienten fand auch, dass Antidepressiva nicht wirksam seien: 79% in Phase I und 77% in Phase II, diese Haltung wurde jedoch von den GPs weniger gut erfasst.

Auffällig ist, dass die Ärzte bei mehr als 50% der diagnostizierten Depressionen keine Behandlung anboten (● **Tab. 3**). Eine sofortige Verschreibung von Antidepressiva erfolgte vorwiegend bei als „schwer“ klassifizierten Depressionen.

Beim Vergleich mit den HAD-D-Kriterien erkannten die behandelnden GPs die Hälfte der Patienten mit einer möglichen schweren Depression jedoch nicht. Hingegen wiesen mehr als zwei Drittel der von den Ärzten als depressiv diagnostizierten Patienten HAD-D-Werte von unter acht (keine Depression) auf, sechs von Ihnen erhielten Antidepressiva. Bei der Entscheidung zur Therapie bewerteten die Ärzte mehr die Befürchtungen ihrer Patienten vor Abhängigkeit als den Glauben an Effektivität der Medikamente.

### Antidepressiva und Erfolg



**Donoghue** et al. [14] gingen 1996 in einer Querschnittsstudie der Frage nach, ob das Antidepressiva-Verschreibungsverhalten von englischen Hausärzten mit Leitlinienempfehlungen übereinstimmt. Dazu werteten sie Einträge aus drei Quellen aus: Prescribing Analysis and Cost (PACT) data; Patientendokumenta-

tionen (3 Ärzte) und eine große, computerisierte Patientendatenbank.

Die Hausärzte verschrieben bei der Diagnose Depression mehrheitlich (bis zu 88%) TCA älteren Typs. Diese Medikamente waren überwiegend unterhalb der von den Leitlinien empfohlenen Mengen dosiert. Die empfohlene Dosis von 125 mg/Tag wurde nur in 12–13% erreicht. Neuere Substanzen wie SSRI wurden in 98–99% der Fälle in einer korrekten Dosis verschrieben. Die mittlere Behandlungszeit lag, je nach Datenquelle, zwischen 29 und 34 Tagen.

**Olfson** et al. [15] veröffentlichten 2000 eine Auswertung von Daten zum Gebrauch von Antidepressiva, die in großen Befragungen von amerikanischen Haushalten erhoben worden waren (NMES 1987 und 1997, je über 30 000 Haushalte). Im untersuchten 10-Jahreszeitraum erhöhten sich bei den Patienten, die wegen einer Depression behandelt wurden, die Verschreibungen von Antidepressiva von 44,6 auf 79,4%. Fast 60% der 1997 eingenommenen Antidepressiva gehörten zu den in den späten 80er Jahren eingeführten SSRI. Insgesamt bekamen Patienten, die wegen einer Depression behandelt wurden, fast fünfmal so häufig psychotrope Medikamente wie 10 Jahre zuvor. Gleichermäßen erhöhte sich die Zahl der mit Medikamenten und Psychotherapie Behandelten von 1987: 28,8% auf 1997: 48,1%. Rückläufig war dagegen die Zahl der Psychotherapien von 71,1 auf 60,2%. Auch das Profil der Versorger hatte sich geändert: Wurden 1987 noch 68,9% der Depressionspatienten von einem Hausarzt versorgt, waren es 1997 mit 87,3% mehr.

**Rambelomanana** et al. [16] führten 2006 in Frankreich eine empirische Querschnittsstudie zum Verschreibungsverhalten von Antidepressiva bei 181 zufällig ausgewählten Hausärzten und 778 ihrer Patienten durch. Eingeschlossen wurden jeweils die ersten vier Patienten, bei denen der Arzt nach Studienbeginn die Diagnose Depression gestellt hatte. Alle Patienten hatten eine major Depression (Hamilton Depression Score  $\geq 14$ ). Zu einem Ranking der Wirksamkeit und Verträglichkeit standen den teilnehmenden Ärzten die 15 in Frankreich am häufigsten gebrauchten Antidepressiva zur Verfügung. Die Datenerhebung erfolgte anhand von Fragebögen.

Die am häufigsten neu verschriebenen Antidepressiva (zusammen 62,9%) waren: Paroxetin, Fluoxetin und Citalopram. Das Antidepressivum, das wegen Nebenwirkungen oder mangelnder Effektivität am häufigsten abgesetzt werden musste, war Fluvoxamin.

Patienten, die einen SSRI verschrieben bekamen, hatten tendenziell, jedoch statistisch nicht signifikant, leichtere Depressionen. Parallel zu der vorgestellten, führten die Autoren eine Studie mit denselben Fragestellungen bei Psychiatern durch [17]. Beide Untersuchungen kamen zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Allgemeinärzte verschrieben allerdings doppelt so häufig (sic) Antidepressiva wie Psychiater [18].

**Hermens** et al. [19] veröffentlichten 2007 eine randomisiert-kontrollierte Äquivalenzstudie zur Wirksamkeit von hausärztlicher Betreuung mit oder ohne Gabe eines Antidepressivums [19]. Patienten (n=181) mit geringen oder leichten Depressionen gemäß DSM-IV-Kriterien wurden randomisiert, entweder die übliche, leitliniengerechte (Dutch College of General Practitioners) [20] allgemeinmedizinische Betreuung (UCnoAD) oder zusätzlich noch ein Antidepressivum zu erhalten (UCandAD). Vor Beginn der Studie erhielten alle teilnehmenden Ärzte (n=117) ein dreistündiges Training zur Diagnose und Behandlung von Depressionen.

Alle Patienten wurden 2, 4, 7 und 11 Wochen nach Einschluss zu einer 10–20 min Konsultation mit Beratung zur Krankheit einbestellt. Patienten im Arm der Antidepressivabehandlung bekamen zusätzlich noch den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Paroxetin, 20 mg/Tag/mindestens drei Monate. Das Therapieergebnis (primärer Endpunkt) wurde anhand der Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) beurteilt. Die Äquivalenzgrenze wurde bei fünf Punkten Differenz festgelegt. Der Ausgangsbefund wurde persönlich erhoben, die weitere Beurteilungen nach 6, 13, 26 und 52 Wochen per Telefon. Als sekundärer Endpunkt wurde die Selbsteinschätzung der Patienten durch den Short-Form-36 (SF-36) Fragebogen und das Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) ermittelt.

Als Ergebnis-waren, gemessen am MADRS, beide Therapieformen nach sechs Wochen gleichermaßen effektiv, jedoch zeigte sich bei der per-Protokoll Analyse nach 26 und 52 Wochen eine signifikante Verbesserung in der Gruppe UCandAD. Die Intention-to-Treat Analyse ergab jedoch zu keinem Zeitpunkt Unterschiede zwischen beiden Behandlungsarten. Somit konnte nach der 13. Behandlungswoche weder eine sichere Äquivalenz beider Therapieformen noch eine sichere Überlegenheit der Therapie mit Antidepressiva gezeigt werden.

Die Auswertung der SF-36 ergab zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen. Das CSQ-8 zeigte nach 13 Wochen eine größere Zufriedenheit in der UCandAD Gruppe, die jedoch nach 52 Wochen nicht mehr bestand.

**Limosin** et al. [21] führten 2004 in Frankreich eine Untersuchung zu den Ergebnissen einer Depressionsbehandlung in der Allgemeinarztpraxis durch. In die Longitudinalstudie wurden 560 Allgemeinmediziner aufgenommen. Sie erstellten die Diagnose major Depression mittels DSM-III-R, der Clinical Global Impression (CGI) Score und der MADRS. Die Behandlung wurde den Ärzten freigestellt und die Ergebnisse nach sechs Monaten evaluiert. Ein Ansprechen wurde ab einer Reduktion der Symptome auf höchstens zwei Punkte auf der CGI-Skala (Messbereich 1–7) bei einem Ausgangswert von mindestens drei Punkten definiert. Ein Rückfall entsprach einem MADRS Score  $\geq 20$  nach primärem Therapieerfolg oder Remissionszeiten unter sechs Monaten. Die Therapie und ihre Ergebnisse sind in **Tab. 4** zusammengefasst.

Eine backward stepwise Regressionsanalyse ergab, dass frühere Depressionsepisoden den größten Risikofaktor für ein Rezidiv darstellen.

Die zu früheren Veröffentlichungen vergleichsweise hohe Remissionsrate wurde hauptsächlich auf die hier kürzere Beobachtungszeit zurückgeführt.

Die Wirksamkeit von Antidepressiva wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert, da ihnen vielfach keine große Effektivität zugeschrieben wird. Es gibt jedoch auch Autoren, die eine Therapie mit diesen Medikamenten in der Hausarztpraxis für angezeigt halten.

Eine von **Aroll** et al. [22] im Jahr 2005 durchgeführte Metaanalyse von 15 randomisierten, placebokontrollierten Studien kam zu dem Ergebnis, dass bei hausärztlich betreuten Patienten mit einer Depression die Verschreibung von Antidepressiva durchaus nützlich sein kann. Insgesamt wirkten Antidepressiva besser als Placebo, wobei die Effektivität von TCA mit der von SSRI vergleichbar war.

Die analysierten Studien schlossen knapp 1 500 allgemeinmedizinisch betreute Patienten ein. Der Grad der Depression war sehr heterogen, nur sechs Untersuchungen bezogen sich ausschließ-

lich auf major depression, was bedeutet, dass auch viele oder überwiegend Patienten mit leichteren Depressionen in die Analyse einbezogen wurden. Bei den evaluierten Antidepressiva handelte es sich um die SSRI Sertralin, Escitalopram, Citalopram und die Trizyklischen Antidepressiva Doxepin, Amitriptylin, Mianserin und Imipramin. Bei den TCA lag in den Studien mit signifikanten Ergebnissen die Number-Needed-To-Treat für einen Therapieerfolg zwischen drei und vier, bei den SSRI bei sechs. Die Drop-Out-Rate betrug bei den TCA bei 12%, die SSRI Studien verzeichneten 5,4%. Eine Studie bezog sich ausdrücklich auf minor Depression und konnte keinen Effekt nachweisen.

### Psychotherapie in Hausarztpraxis

In einer dreiarmligen, randomisiert-kontrollierten Studie verglichen **Ward** et al. [23] 2000 die klinische Effektivität und die Kosteneffizienz alleiniger hausärztlicher Therapie (GP Care) mit Gesprächspsychotherapie (non directive counselling, NSC) und kognitiver Verhaltenstherapie (CBT). Wir stellen hier nur die klinischen Ergebnisse vor. An der englischen Studie nahmen 73 Allgemeinmediziner und 464 Patienten mit Depressionen (BDI Score  $\geq 14$ ) und Angsterkrankungen teil. Ein Teil der Patienten konnte die Behandlungsart auswählen. Zur Auswertung wurden benutzt: BDI; demographic and economic questionnaire; BSI; modifizierte social adjustment Skala; EuroQoL; measure of patient satisfaction.

Im Ergebnis ging es den Patienten, die sich einer der beiden Psychotherapien unterzogen hatten, nach vier Monaten besser als den allgemeinmedizinisch betreuten, die Scores des BDI lagen vier bis fünf Punkte und damit signifikant niedriger als in der Hausarztgruppe; dieser Unterschied verschwand aber in den nächsten acht Monaten.

Die Patientenzufriedenheit unterschied sich ebenfalls: Nach vier Monaten war die Zufriedenheit in den allgemeinärztlichen Be-

handlungsgruppen niedriger als bei den psychologischen Therapien, zwischen denen kein Unterschied bestand. Nach 12 Monaten fand sich nur noch ein signifikanter Unterschied zwischen NDC und hausärztlicher Betreuung (zugunsten des NDC).

### Compliance

Welche Präferenzen die Patienten bei der Behandlung einer Depression haben untersuchten **Churchill** et al. [24] 2000 an 878 britischen Patienten aus 20 Hausarztpraxen in einer Fragebogenstudie, die auch das Beck Depression Inventory (BDI) ermittelte. Von den befragten Patienten hatten 260 schon einmal eine (meist medikamentöse) Depressionsbehandlung, 255 bereits eine psychologische, 72 eine psychiatrische Behandlung erhalten und 282 einen aktuellen BDI-Score von  $\geq 11$ .

Fast alle Patienten schätzten eine Depression als eine ernsthafte (98%) und häufige (94,3%) Erkrankung ein. Männer (67,4%) hielten Antidepressiva signifikant häufiger als Frauen (54%) für suchterzeugend ( $p=0,004$ ). Mehr als die Hälfte der Patienten bevorzugte eine Beratungstherapie (50,8%), nur knapp ein Sechstel (15,3%) eine medikamentöse Behandlung.

Eine belgische Studie von **Demyttenaere** et al. [25] evaluierte 2001, warum und wann Patienten eine Therapie mit Antidepressiva unterbrechen. Die 91 teilnehmenden Allgemeinärzte benannten 272 Patienten mit einer nach DSM-IV-Kriterien major depression und die verordneten Antidepressiva, überwiegend Fluoxetin, Citalopram und Paroxetin, Dauer sechs Monate. Die Patienten wurden anhand des Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ) unter anderem nach ihrer Antidepressiva Medikation und der Beziehung zu ihrem Arzt befragt. Die Abbruchrate stieg während der Studiendauer linear an. Aber nur knapp die Hälfte (47%) der Patientennahmen nahm am Ende der Studie die Medikamente noch ein. Die Gründe für den Ausstieg aus der Medikation und der Zeitpunkt zeigt **Tab. 5**.

Am Beginn der Behandlung standen objektive Gründe wie mangelnde Wirksamkeit und Nebenwirkungen im Vordergrund. Im weiteren Studienverlauf wurden mehr psychologische Faktoren als Gründe für ein Absetzen der Medikamente genannt. Die in dieser Studie außergewöhnlich hohe Therapietreue kann darauf zurückzuführen sein, dass die eingeschlossenen Patienten von den behandelnden Ärzten benannt und möglichst optimal ausgewählt wurden.

So kamen **Hunot** et al. 2007 [26] bei der Untersuchung einer ähnlichen Fragestellung in einer prospektive Kohortenstudie in 14 Hausarztpraxen (18 Ärzte) in Südostengland, zu einem weit weniger günstigen Ergebnis. Nach sechs Monaten nahmen hier nur noch 19% der 187 Patienten (die aus den Patientenunterlagen generiert worden waren) noch ein Antidepressivum und 89% derjenigen, die die Einnahme vorzeitig beendeten, taten dies, ohne ihren Arzt zu informieren. Die Hauptgründe für das

**Tab. 4** Zusammenfassung der Ergebnisse.

Therapie	Patienten gesamt 491 (100%)
Antidepressiva	
– SSRI	338 (70,0%)
– TCA	62 (12,8%)
– Andere, z. B. Monoaminoxidashemmer	91 (18,8%)
Anxiolytica, Hypnotika	358 (72,8%)
Familienunterstützung	37 (15,8%)
Psychotherapie	7 (1,4%)
Andere Therapie, z. B. Akupunktur	
Mittlere Therapiedauer	67 (14,1%) 3–6 Monate 215 (45,2%) 6 Monate oder länger
Remissionen ohne Rückfall	308 (64,7%)
Rezidive	51 (10,7%)
Chronische Verläufe	117 (24,6%)

**Tab. 5** Gründe für den Ausstieg aus der Medikation.

Grund	Besserung	Nebenwirkungen	Angst vor Abhängigkeit	Ungutes Gefühl	Mangelnde Wirksamkeit	Problemlösung ohne Med.	Stopp durch Arzt
Anzahl (%)	55	23	10	10	10	9	9
Zeit Wo.	11	6,5	8	13	7	10,5	12
Information Arzt* (%)	76	60	60	82	34	25	100

\*Insgesamt informierten 24% der Patienten ihren Arzt nicht über das Absetzen der Medikamente

Die Patienten, die ihren Arzt über das Absetzen von Medikamenten informierten, geben beim ADCQ ein besseres Verhältnis zu ihrem Arzt an, als diejenigen die es nicht taten

vorzeitige Absetzen waren Nebenwirkungen und Vorbehalte gegen psychotrope Medikamente.

### Hindernisse der Depressionsbehandlung

In einer amerikanischen Querschnittsstudie verglichen **Van Voorhees** et al. [27] 2003 den subjektiven Behandlungsbedarf und die Akzeptanz einer Depressionstherapie in Abhängigkeit von ihrer Ausführung durch Hausärzte oder psychologisch/psychiatrisches Fachpersonal. Die Autoren führten eine zweitverwertende Datenanalyse von 881 Fragebögen aus 62 Hausarztpraxen der „Quality Improvement for Depression Collaboration (QID)“ durch, die vier Projekte einschloss. Die Fragebögen beinhalteten die 23-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) und die Short Form 36 (SF-36) mental health and physical component scores.

Im Ergebnis und im Vergleich zu den bei Psychiatern behandelten, wiesen Patienten, deren Depression vom Hausarzt therapiert wurde, folgende Merkmale auf:

- ▶ Niedrigeren Depressionsgrad
- ▶ Weniger Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit
- ▶ Weniger Akzeptanz der Therapie
- ▶ Geringeres Haushaltseinkommen
- ▶ Geringeren Bildungsgrad

Patienten hingegen, die zum Psychiater überwiesen wurden,

- ▶ glaubten häufiger an die Notwendigkeit einer Therapie
- ▶ zeigten weniger Akzeptanz einer abwartenden Therapie

Die beschriebenen Unterschiede bestanden auch noch nach sechsmonatiger Behandlung.

Patienten, die sowohl vom Hausarzt wie auch von einem Psychiater behandelt wurden, unterschieden sich in ihren Ansichten nicht von denjenigen, die psychiatrisch betreut wurden. Jedoch zeigten Patienten, deren Depression ausschließlich vom Hausarzt behandelt worden war, weniger Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie und eine geringere Akzeptanz von evidenzbasierten Therapien.

In einer US-amerikanischen quantitativ/qualitativen interviewbasierten Studie in 12 Hausarztpraxen von drei Forschungsnetzwerken untersuchten **Nutting** et al. [28] 2002 die Gründe, warum Allgemeinmediziner manche Patienten mit einer Depression nicht leitliniengerecht behandeln. Insgesamt 479 Patienten wurden entweder zu 1. „üblicher“ oder 2. „leitliniengerechter“ Therapie gemäß der AHCPR Depression Guideline [29] randomisiert. Bei 66 der 239 Patienten aus dem zweiten Arm war aber eine leitliniengerechte Therapie aus Sicht der Hausärzte nicht möglich. Bezügliche Alter, Geschlecht, Familienstand und Minderheitenstatus (minority) bestanden zwischen diesen Patienten keine Unterschiede zu der Gesamtkohorte.

Die Ärzte identifizierten folgende Hindernisse für eine leitliniengerechte Therapie:

- ▶ Nichterscheinen der Patienten zum Termin/Terminabsage
- ▶ Andere Krankheiten im Vordergrund (z. B. Myokardinfarkt)
- ▶ Nichtakzeptanz der Diagnose Depression
- ▶ Zweifel an der Wirksamkeit antidepressiver Medikamente/befürchtete Nebenwirkungen
- ▶ Fortschritte/Zustand des Patienten zufriedenstellend

Hinzu kamen noch logistische Hindernisse wie fehlende Erreichbarkeit, Transport- und finanzielle Probleme oder schwierige Familienverhältnisse der Patienten.

Von Seiten der Patienten sprachen im Wesentlichen folgende Gründe gegen eine leitliniengerechte Therapie:

- ▶ Mangelnde Akzeptanz von Antidepressiva/Angst vor Nebenwirkungen
- ▶ Nichtakzeptanz der Diagnose
- ▶ Mangelnde Therapiebereitschaft
- ▶ Unzufriedenheit mit dem (bisherigen) Therapieerfolg

Die Autoren folgern aus diesen Ergebnissen, dass die Hindernisse derart komplex sind, dass sie nicht durch Schulung der Ärzte und Care Management überwunden werden können, sondern, dass weitere innovative Strategien notwendig sind, um die Akzeptanz der Diagnose Depression und die Therapiebereitschaft der Patienten zu verbessern.

**Telford** et al. [30] führten 2002 in Großbritannien eine Befragung von Hausärzten zu Hindernissen und Schwierigkeiten einer effektiven Behandlung von Patienten mit einer Depression durch. Die Autoren versandten dazu Fragebögen an 3 626 General Practitioners aus den acht NHS-Regionen Englands. Die Fragen wurden auf einer vierteiligen Likertskala beantwortet. Die Rücklaufquote lag bei 48% (1 703). Mehr als die Hälfte der Rücksender (62%) gab an, in den letzten drei Jahren an einer Fortbildung zum Management der Depression teilgenommen zu haben und 58% kannten entsprechende Leitlinien. Nur 10% der Studienteilnehmer hatten eine Zusatzqualifikation in psychologisch/psychiatrischen Verfahren, aber ungefähr ein Drittel konnte psychiatrische Krankenhauserfahrungen aufweisen.

Als Hauptprobleme führten die Ärzte an, nicht genug Zeit zu haben und insgesamt zu viel Arbeit. Als weitere ungünstige Faktoren folgten:

- ▶ Nicht genügend Überweisungsmöglichkeiten
- ▶ Erschwerter Zugang zu fachärztlicher Behandlung
- ▶ Inkongruente Ansprüche der Patienten
- ▶ Mangelnde Qualität der fachärztlichen Zentren
- ▶ Unzureichende Ausbildung der Mitarbeiter in den Spezialzentren
- ▶ Unzureichende Kenntnisse bei den Allgemeinmedizinern
- ▶ Unzureichende Aus-/Fortbildung der Allgemeinmediziner

Als Hauptgründe für die Überweisung eines Patienten wurden genannt:

- ▶ Gefahr/Risiko für den Patienten
- ▶ Fachärztliche Behandlung erforderlich
- ▶ Sicherung der Diagnose
- ▶ Nicht genug Zeit den Patienten adäquat zu behandeln
- ▶ Wünsche von Patienten oder Angehörigen
- ▶ Grenzen der eigenen Kenntnisse

In der Zusammenarbeit mit fachärztlichen Zentren bemängelten die Hausärzte zu lange Zeiten bei der Befundübermittlung und unzureichende Verfügbarkeit.

Die Behandlung durch die Hausärzte erfolgte überwiegend medikamentös (98%) durch Ratschläge (92%) sowie Beratungsgespräche (85%). An Spezialdiensten wurden überwiegend konsiliarische Beratung (58%) und psychiatrische Pflegedienste (41%) herangezogen. Psychologische (29%), psychiatrische (23%) und soziale (15%) Angebote wurden am seltensten eingesetzt. Die Qualität externer Dienste erhielt insgesamt eine sehr gute Bewertung. Bemängelt wurde hingegen ihre Verfügbarkeit.

Zuviel Arbeit und zu wenig Zeit für eine adäquate Betreuung stellten sich bei dieser Befragungsstudie als die Hauptprobleme der Ärzte heraus.

In einer qualitativen Studie aus Brasilien setzten **Ballester** et al. [31] 2005 Fokusgruppen ein, um die Probleme von Ärzten mit psychisch kranken, auch depressiven Patienten zu evaluieren. Sie befragten 41 Primärversorger aus drei Gesundheitszentren. Die Studie führte zu folgenden Ergebnissen:

Die Ärzte fühlten sich durch ihre Ausbildung nicht ausreichend auf die Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen vorbereitet, am sichersten fühlten sie sich noch gegenüber Patienten mit einer Depression. Zum therapeutischen Arsenal zählten Medikamente, Psychotherapie und Familienbetreuung. Jedoch gaben die Gruppenteilnehmer Unsicherheiten bei der Auswahl und Dosierung von Medikamenten an, ebenso wie bei der Frage, wann zum Spezialisten überwiesen werden sollte. Gleichzeitig beklagten sie einen Mangel an Überweisungsmöglichkeiten zum Facharzt. Große Bedeutung maßten sie der Beteiligung der Familie bei der Betreuung der Patienten zu. Insgesamt empfanden die Ärzte Unsicherheit bei der Betreuung von psychisch Kranken und betrachteten ihre Behandlung als Aufgabe von entsprechenden Fachärzten. Da Primärversorger aber die erste Anlaufstelle für solche Patienten sind, sollten psychische Erkrankungen bei der Ausbildung mehr berücksichtigt werden.

## Zusammenfassung

Während bis Mitte der 90er Jahre noch mehrheitlich trizyklische oder andere Antidepressiva verordnet wurden [14], werden Depressionen in der Hausarztpraxis seit Einführung der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer vorwiegend medikamentös und mit diesen Substanzen behandelt. Nur etwa ein Fünftel der Patienten wird psychiatrisch oder psychologisch betreut, obwohl diese Behandlung ebenfalls sehr effektiv ist [19]. Die Therapie erfolgt jedoch in vielen Fällen nicht leitliniengerecht. Bis zu 50% der Patienten erhalten gar keine Therapie entweder, weil die Ärzte die Depression nicht erkannt haben oder sich für ein abwartendes Verhalten entscheiden. Dies ist zu einem großen Teil auch durch die Erwartungen der Patienten mit bedingt, die Antidepressiva wegen befürchteter Nebenwirkungen oder aus Angst vor Abhängigkeit sehr häufig ablehnen. Hierzu passt auch der hohe Grad von Therapieabbrüchen bei der Einnahme von Medikamenten [25,26].

Aber es werden auch Patienten, die nach Erfassungskriterien wie dem MARS oder der HAD-D-Skala keine Depression haben, mit psychotropen Medikamenten behandelt [9].

Man erhält – wenn auch bei recht wenigen Studien aus der Hausarztpraxis – insgesamt den Eindruck, dass wenig und unzureichend nach Leitlinien und psychiatrischen Standards in den Hausarztpraxen behandelt wird. Hintergrund scheinen Misstrauen in den Erfolg von Therapien sowie Angst vor Nebenwirkungen im weitesten Sinne zu sein. Diese Haltung scheint von Patient und Arzt häufig geteilt zu werden. Die wenigen Studien, die vorliegen lassen dann zudem noch annehmen, dass der Therapieerfolg um so geringer ist, je mehr leichtere Ausprägungen einer Depression behandelt werden – und gerade diese leichteren Formen repräsentieren eher die Verhältnisse in der Hausarztpraxis.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

- 1 Bramesfeld A, Schwartz F. Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 247–251
- 2 Culpepper L. The Active Management of Depression. *JFP* 2002; 769–776
- 3 Becker N, Abholz H. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2005; 81: 474–448
- 4 Neumeyer-Gromen A, Lampert C, Stark K, et al. Disease Management Programs for Depression. *Med Care* 2004; 42: 1211–1221
- 5 Gilchrist G, Gunn J. Observational studies of depression in primary care: what do we know? *BMC Family Practice* 2007; 8, doi:10.1186/1471-2296-1188-1128
- 6 Ornstein S, Stuart G, Jenkins R. Depression Diagnoses and Antidepressant Use in Primary Care Practices. *JFP* 2000; 49: 68–72 (jfponline.com)
- 7 Mischoulon D, MacColl-Vuolo R, Howarth S, et al. Management of Major Depression in the Primary Care Setting. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 103–107
- 8 Young A, Klap R, Sherbourne CD, et al. The Quality of Care for Depressive and Anxiety Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 55–61
- 9 Olsson I, Mykletun A, Dahl A, et al. Recognition and Treatment Recommendations for Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Episode: A Cross-Sectional Study Among General Practitioners in Norway. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8: 340–347
- 10 Williams J, Rost K, Dietrich A, et al. Primary Care Physicians' Approach to Depressive Disorders. *Arch Fam Med* 1999; 8: 58–67
- 11 Jacobi F, Höfler M, Meister W, et al. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. *Nervenarzt* 2002; 73: 651–665
- 12 Meredith L, Cheng W, Hickey S, et al. Factors Associated With Primary Care Clinicians' Choice of a Watchful Waiting Approach to Managing Depression. *Psychiatric Services* 2007; 58: 72–78
- 13 Kendrick T, King F, Albertella L, et al. GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *British Journal of General Practice* 2005; 55: 280–286
- 14 Donoghue J, Tylee A. The Treatment of Depression: Prescribing Patterns of Antidepressants in Primary Care in the UK. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 164–161
- 15 Olsson M, Marcus S, Druss B, et al. National Trends in the Outpatient Treatment of Depression. *JAMA* 2002; 287: 203–209
- 16 Rangelomanana S, Depont F, Forest K, et al. Antidepressants: general practitioners – opinions and clinical practice. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 460–467
- 17 Geddes J, Freemantle N, Mason J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) vs other antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2
- 18 Olie J, Elomari F, Spadone C, et al. Antidepressants consumption in the global population in France. *Encephale* 2002; 28: 411–417
- 19 Hermens M, Hout H van, Terluin B, et al. Clinical effectiveness of usual care with or without antidepressant medication for primary care patients with minor or mild-major depression: a randomized equivalence trial. *BMC Medicine* 2007; 5 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/1745/1736>
- 20 Marwijk H Van, Grundmeijer H, Brueren M, et al. Guidelines on Depression of the Dutch College of General Practitioners. *Huisarts Wet* 1994; 37: 482–490
- 21 Limosin J, Loze F, Zylberman-Bouhassira M. The Course of Depressive Illness in General Practice. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 119–123
- 22 Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, et al. Efficacy and Tolerability of Tricyclic Antidepressants and SSRIs Compared With Placebo for Treatment of Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med* 2005; 3: 449–456
- 23 Ward E, King M, Lloyd M, et al. Randomised controlled trial of nondirective counselling, cognitivebehaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2008; 321: 1383–1388
- 24 Churchill R, Khaira M, Gretton V, et al. Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 905–906
- 25 Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, et al. Compliance with Antidepressants in a Primary Care Setting. *J Clin Psychiatry* 2001; 63 (Suppl. 22): 30–33
- 26 Hunot V, Horne R, Leese M, et al. A Cohort Study of Adherence to Antidepressants in Primary Care. *J Clin Psychiatry* 2007; 9: 91–99
- 27 Voorhees B Van, Cooper L, Rost K, et al. Primary Care Patients with Depression Are Less Accepting of Treatment Than Those Seen by Mental Health Specialists. *JGIM* 2003; 18: 991–1000
- 28 Nutting P, Rost K, Dickinson M, et al. Barriers to Initiating Depression Treatment in Primary Care Practice. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 103–111
- 29 AHCPR. AHCPR Archived Clinical Practice Guidelines – AHCPR Archived Clinical Practice Guidelines In, <http://www.ncbinlmnih.gov/books/bvfcgi?rid=hstat6section14575> 1993



- 30 Telford R, Hutchinson A, Jones R, et al. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Family Practice* 2002; 19: 45–52
- 31 Ballester D, Filippin A, Braga C. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J* 2005; 123: 72–76

#### Zur Person



**Dr. med. C.-C. Schürer-Maly,**  
ist Internistin und Journalistin und seit  
2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin des  
medizinischen Wissensnetzwerks  
evidence.de der Universität Witten/  
Herdecke.