

Was ist eine Depression?



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Depressionen sind eine häufige Erkrankung. Jeder 5. Deutsche erkrankt einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Psychische Störungen insgesamt stellen bei beiden Geschlechtern den häufigsten Grund für Frühberentungen dar, sie verursachen die häufigsten AU-Tage bei jungen Erwerbstätigen. Weiterhin wird häufig unterschätzt, dass die Depression eine schwere körperliche Erkrankung ist, die den Verlauf und die Sterblichkeit bei internistischer Komorbidität entscheidend verschlechtert.

Depressionen sind auch eine potentiell tödliche Erkrankung. Etwa 15% der Patienten sterben durch Suizid. Hierbei zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied: obwohl die Erkrankung bei Frauen laut bisherigen Prävalenzzahlen doppelt so häufig vorkommt als bei Männern, bringen sich doppelt so viele Männer als Frauen um. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Symptomatik und das Hilfesuchverhalten bei Männern anders ist als bei Frauen und Depressionen bei Männern offensichtlich häufig nicht erkannt und nicht behandelt werden.

Mit den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM IV wurde die frühere Einteilung in „endogene“, „neurotische“ und „reaktive“ Depression verlassen. Diagnostik und Behandlung richten sich heute ausschließlich nach dem Schweregrad, unabhängig von den möglichen Ursachen einer hereditären Belastung, Konflikten in der Kindheit oder Belastungen in der Gegenwart. Es wird zusätzlich unterschieden in die rezidivierende Form der Erkrankung, sowie in das Vorliegen einer einzelnen Episode.

Eine über mindestens 2 Jahre chronifizierte depressive Stimmungslage wird als Dysthymie (ICD 10 F34.1), das gemeinsame Vorliegen einer Dysthymie und einer oder mehrerer zusätzlicher depressiver Episoden als „Double Depression“ bezeichnet. Kommen zusätzlich zur unipolaren Depression hypomane Nachschwankungen vor oder gibt es isolierte manische Phasen, handelt es sich um eine bipolare Störung, deren Behandlung sich grundsätzlich von der der unipolaren Depression unterscheidet.

Wie erkennt man Depressionen?

Eine Depression liegt vor, wenn über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen folgende Haupt-Symptome vorliegen:

1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den äußeren Umständen.

2. Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren.
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Zusätzlich treten auf:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
3. Mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, auf die normalerweise reagiert wurde.
4. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten.
5. Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, Unschlüssigkeit, Ambivalenz, Schwierigkeiten sich zu entscheiden.
6. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (auch wenn das fremdanamnestisch berichtet wird).

F32.0 Leichte depressive Episode	Mindestens 2 Hauptsymptome	Bis zu 4 Zusatzsymptome
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	Mindestens 2 Hauptsymptome	Bis zu 6 Zusatzsymptome
F32.2 Schwere depressive Episode	Alle 3 Hauptsymptome	Mindestens 8 Zusatzsymptome
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Alle 3 Hauptsymptome	Mindestens 8 Zusatzsymptome PLUS Depressiver Wahn Schuldwahn Hypochondrischer Wahn Verarmungswahn Nihilistischer Wahn Verfolgungswahn Abwertende Stimmen Depressiver Stupor

7. Schlafstörungen (Einschlafstörung, Früherwachen mit Morgentief und Grübelzwang)
8. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsänderung
9. Libidoverlust

Im Bereich der Arbeitsmedizin wird man einer depressiven Erkrankung am ehesten auf die Spur kommen, wenn der Betroffene länger als 14 Tage über folgende Symptome klagt:

- Nachlassende Leistungsfähigkeit
- Erhöhte Fehlerhäufigkeit.
- Gefühl der bisher gemeisterten Aufgabe nicht mehr gerecht zu werden
- Mangelnde Erholungsfähigkeit im Urlaub
- Schlafstörungen
- Bei Männern: Vermehrt Konflikte am Arbeitsplatz, in der Familie und vermehrter Alkoholkonsum
- Gefühl, von den Kollegen gemieden, abgelehnt, in der Arbeitsleistung gering geschätzt oder „gemobbt“ zu werden

Depressive Menschen erkennen die Erkrankung in der Regel bei sich selbst nicht. Sie nehmen nur eine unspezifische Veränderung bei sich selbst und in ihrem Empfinden wahr, das sie nicht als Krankheit, sondern als persönliche Schuld und persönliches Versagen einschätzen. Meist versuchen sie das durch vermehrte Anstrengung zunächst zu kompensieren und machen sich Selbstvorwürfe über ihr vermeintliches „Schlappmachen“. Menschen, die unter Depressionen leiden, sind oft in ihrer Primärpersönlichkeit sehr leistungsbe-reite, verantwortungsvolle, einfühlsame, perfektionistische und altruistische Menschen, die sich häufig viel zumuten und schlecht Grenzen setzen können. Sie halten es oft für normal, mehr zu leisten als die Kollegen und sind selten mit sich zufrieden.

Den Arzt suchen sie eher mit unspezifischen Symptomen auf, häufig als erstes Schlafstörungen, aber auch schwankender Blutdruck, erhöhtes Stressempfin-

den, nervöser Magen, verminderter Belastbarkeit, manchmal auch chronische Schmerzen.

Pflegende Berufe haben ein erhöhtes Risiko, Depressionen zu entwickeln, ebenso Berufe mit Schichtarbeit. Weiterhin scheinen Arbeitssituationen, in denen wenig konkrete Arbeitsanweisungen, schwammige Zielangaben und fehlende Arbeitsplatzbeschreibungen gemacht und wenig positive Rückmeldung seitens der Führungskräfte gegeben werden, das Risiko zu erhöhen.

Therapie: Depressive Erkrankungen sind heute gut behandelbar

Die medikamentöse Behandlung ist State of the Art bei rezidivierenden und schweren depressiven Erkrankungen sowie bei bipolaren Störungen und sollte bei einer ersten Episode mindestens für ein halbes Jahr erfolgen. Mittlerweile stehen eine Reihe von sehr gut wirksamen Antidepressiva zur Verfügung. Bei rezidivierenden depressiven Störungen kann die lebenslange Einnahme notwendig sein. Vom Patienten gewünschte Absetzversuche sollten intensiv ärztlich begleitet werden, um bei einem Rezidiv zeitnah eingreifen zu können.

Wichtig ist, den bei Patienten oft noch vorherrschenden Vorurteilen bezüglich Antidepressiva aktiv entgegenzutreten. Häufig werden Antidepressiva von Laien mit Beruhigungsmitteln verwechselt und gedacht, sie machten abhängig oder veränderten die Persönlichkeit oder man müsse die Depression doch selbst durch „Zusammenreißen“ in den Griff bekommen.

Es ist wichtig, dass der Arbeitsmediziner dann informiert: Antidepressiva sind DIE spezifische medikamentöse Behandlung bei Depressionen, ähnlich wie Insulin bei Diabetes. Bei Diabetes wird auch nicht vom Patienten erwartet, dass er irgendwann ohne Insulin auskommt und die Krankheit allein durch „Zusammenreißen“ bei der Diät in den Griff bekommt. Bei jeder anderen Erkrankung erwartet der Patient auch eine spezifische, evidenzbasierte

medikamentöse Therapie. Antidepressiva machen nicht abhängig und verändern nicht die Persönlichkeit, im Gegenteil, sie wirken der durch die Depression verursachten Veränderung entgegen und stellen die frühere Befindlichkeit wieder her.

Trizyklische Antidepressiva:

Trizyklische Antidepressiva TZA (z. B. Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Imipramin, Trimipramin) haben auch heute noch ihre Bedeutung insbesondere bei der Behandlung von schweren und wahnhaften Depressionen. Problematisch sind hier vor allem bei älteren und multimorbiden Patienten die anticholinergen Nebenwirkungen (Blutdrucksenkung, Bradykardie, Obstipation, Mundtrockenheit, trockene Nase, Prostatahypertrophie, Glaukom) und die toxische Wirkung bei Überdosierung in suizidaler Absicht.

Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

An „neuen“ Antidepressiva sind insbesondere die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI zu nennen (z. B. Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin, Paroxetin). Sie sind durch einen etwas schnelleren Wirkungseintritt und eine geringere Nebenwirkungs- und Wechselwirkungsrate gekennzeichnet und entwickeln keine tödliche Wirkung bei Überdosierung in suizidaler Absicht. Hauptneben- bzw. -wechselwirkung ist hier das serotonerge Syndrom und eine Blutungsneigung (z. B. Epistaxis).

An weiteren Antidepressiva sind die MAO-Hemmer, hier insbesondere Moclobemid zu nennen, welches auch zur Behandlung der sozialen Phobie zugelassen ist.

Das SNRI Venlafaxin hat als einziges Antidepressivum die Besonderheit, dosisabhängig zuerst serotonerg, ab 150 mg zusätzlich noradrenerg zu wirken. Es eignet sich deshalb besonders zur Zwei-(Neurotransmitter)-Zügel-Behandlung schwerer und rezidivierender Depressionen, da hier nicht die Notwendigkeit der Kombination zweier Wirkstoffe besteht. Meist werden Dosierungen von 300 mg erforderlich.

Substanzklasse	Wirkstoffe	Nebenwirkungen	Wechselwirkungen
Trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin, Clomipramin Doxepin, Imipramin Trimipramin	Blutdrucksenkung, Bradykardie, QT-Verlängerung im EKG, Obstipation, Ileus, Harnverhalt, Mundtrockenheit, trockene Nase, Prostatahypertrophie, Engwinkel-Glaukom (Weitwinkel-Glaukom keine KI), Akkomodationsstörung	Sowohl Inhibition als auch Induktion der Abbaewege anderer Medikamente
Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer SSRI	Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin	Übelkeit, anfängliche Unruhe und Ängste, erhöhte Blutungsneigung, sexuelle Funktionsstörung	Darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern gegeben werden, Kombination Fluvoxamin und Clozapin führt zu Spiegelanstieg des Clozapins, Vorsicht bei Kombination mit Gerinnungshemmern
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer SNRI	Venlafaxin: dosisabhängig zuerst serotonerge, dann ab 150 mg beginnende noradrenerge Wirkung	Schlafstörung, Unruhe, Übelkeit, sexuelle Funktionsstörung	Serotoninsyndrom in Kombination mit Johanniskraut, SSRIs, Triptanen. Darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern gegeben werden
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer NARI	Reboxetin	Unruhe	Darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern gegeben werden
Noradrenalin-(alpha2)-Antagonist	Mirtazapin	Gewichtszunahme	Geringes Interaktionspotential
Nordrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer NDRI	Bupropion (Elontril)	Mundtrockenheit, Schlaflosigkeit, KEINE sexuelle Dysfunktion	Spiegelerhöhung von Trizyklika (außer Doxepin), SSRI, Antipsychotika, Antiepileptika, Beta-Blockern
MAO-Hemmer	Moclobemid (reversibel) Tranlylcypromin (irreversibel)	Bei Tranlylcypromin strenge Diät erforderlich, sonst Gefahr von Blutdruckkrisen	Darf nicht zusammen mit SSRI oder SNRI gegeben werden
Melatonin-Agonist	Agomelatin (Valdoxan)	Selten auch Schlafstörungen	Wenig bekannt
Johanniskraut-Präparate	(Laif, Kira, etc)	Lichtempfindlichkeit der Haut, Allergien	Abschwächung der Wirkung aller anderen Antidepressiva sowie der „Pille“

Mirtazapin eignet sich besonders bei schwerer depressiver Ein- und Durchschlafstörung.

Johanniskraut-Präparate sollten wegen der sehr hohen Wechselwirkungsrate zurückhaltend verwendet und nur bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden eingesetzt werden. Hier erübrigt sich aber häufig eine medikamentöse Therapie. Die

Patienten sollten aktiv darauf hingewiesen werden, dass durch eine zusätzliche Selbstmedikation mit Johanniskraut die Wirkung der Antidepressiva und anderer Medikamente abgeschwächt wird. Insbesondere kann die Wirkung der „Pille“ beeinträchtigt werden.

Benzodiazepine eignen sich generell nicht zur Depressionsbehandlung, kön-

nen aber in der Initialphase kurzfristig zur Sedierung und Spannungslösung sinnvoll sein (z. B. Diazepam, Bromazepam, Oxazepam). Bei der Verwendung von Lorazepam (Tavor) ist Vorsicht geboten, da dies zu Beginn einer Behandlung durch eine starke Angstlösung und einem Verlust der Impulskontrolle suizidalen Handlungen Vorschub leisten kann.

Psychotherapie-Verfahren bzw. -Methoden	Ziele	Interventionen	Gegenanzeigen
Psychiatrische (Psycho-) Therapie	Akuttherapie, ggf. Krisenintervention, Differentialdiagnostik, Differentialtherapie, Aufstellen Gesamtbehandlungsplan, Vermittlung Krankheitskonzept, (was ist eine Depression und wie kann man sie behandeln?), Abschätzung der Suizidalität, Indikation für Arbeitsunfähigkeit, stationäre Behandlung, Rehabilitation?	Erstkontakt i. d. R. mindestens 30 Min., danach bis zum Abklingen der Akutphase mehrfach pro Woche Kurz-Kontakte 10–20 Min. zur Therapiekontrolle und stadienspezifischen Therapieanpassung	keine
Psychoedukation	Aufklärung, Vermittlung von Faktenwissen über die Ursachen, den Verlauf, die Erkrankung; Entwicklung von Prophylaxe-Strategien, Austausch mit anderen Betroffenen	modularer systematischer Aufbau, i. d. R. 10–12 Sitzungen zu 60–90 Min., meist in Gruppen, auch für Angehörige	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Tiefenpsychologische Verfahren	Bei Vorliegen innerpsychischer, depressionsauslösender und -unterhaltender Konflikte	Als ambulante Kurz- (bis 25 Sitzungen) oder Langzeittherapie (bis 100 Sitzungen bei tiefenpsychologischer, bis 240 Sitzungen bei analytischer Therapie), Sitzungsdauer 50 Min., auch als Gruppentherapie mit 100 Min. Dauer	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Verhaltenstherapie	Erkennen, Verbesserung der depressiven Gedankenmuster	Als ambulante Kurz- (bis 25 Sitzungen) oder Langzeittherapie (bis 80 Sitzungen). Auch als Gruppentherapie	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Störungsspezifische Psychotherapie-Methoden z.B. Interpersonelle Psychotherapie IPT, Traumatherapie	IPT: Identifikation und Bearbeitung interpersoneller, depressionsauslösender Belastungen Traumatherapie: Erarbeiten von Bewältigungsstrategien spezifischer Psycho-Traumata	Modularer manualisierter Aufbau, 12–20 Einzelsitzungen Standardisierter Ablauf, „Safety first“	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Kunsttherapie, Tanztherapie	Nonverbaler, vertiefender Zugang im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes	Meist im Rahmen stationärer oder rehabilitativer Therapie	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität

Neuroleptika können bei der Behandlung des depressiven Wahns sowie schwerer depressiver Schlafstörungen mit zerhacktem Schlaf, Früherwachen und Zwangsgrübeln sinnvoll sein.

Rezidivierende sowie schwere und wahnhafte depressive Störungen, bipolare Störungen sowie psychische Erkrankungen mit mehrwöchiger Ar-

beitsunfähigkeit gehören in die Hände eines Psychiaters. Hier ist oft ein differenzierter Behandlungsplan mit der Kombination medikamentöser, psychotherapeutischer und psychoedukativer Maßnahmen erforderlich. Nach der Remission kann oft der Hausarzt die Weiterbehandlung übernehmen.

Psychotherapeutische Behandlung

Leichte bis mittelschwere depressive Erkrankungen sind gut psychotherapeutisch angebar und remittieren oft auch spontan innerhalb von 6 Wochen bis 3 Monaten.

Keine Depressionsbehandlung kommt ohne psychotherapeutische Interventionen aus.

Bei Ersterkrankungen stehen zunächst das klinische Management mit empathischer Akzeptanz, Entlastung von Schuld- und Versagensgefühlen, Abklärung eventueller somatischer Ursachen, Abschätzung der Suizidalität, evtl Krankschreibung oder stationäre Einweisung, die Vermittlung eines Krankheits- und Behandlungskonzeptes in anfänglich häufigeren Kontakten, Aufklärung und Psychoedukation sowie die Einbeziehung der Angehörigen und der Aufbau von Prophylaxe-Strategien auf dem Plan. Sobald die Akut-Phase vorbei und eine gewisse Stabilität eingetreten ist, können verschiedene Psychotherapie-Verfahren in Frage kommen.

Sonstige Therapieverfahren:

Auf die sonstigen Therapieverfahren wie Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder Schlafentzug sowie die Behandlung der Bipolaren Störung soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Tipps für die Wiedereingliederung

▪ Stufenweise Wiedereingliederung

Die Wiedereingliederung in den Beruf gelingt häufig besser, wenn sie zeitlich gestaffelt erfolgt, z. B. 2 Wochen lang 3 Stunden täglich, 2 Wochen 5 Stunden, dann wieder voll arbeitsfähig. Ein entsprechendes Vorgehen wird zwischen Patient, Arzt, Arbeitgeber und Krankenkasse gemäß § 74 SGB V vereinbart.

Schwerbehinderte haben einen Rechtsanspruch auf stufenweise Wiedereingliederung, hier gilt sie als ein Teil der Rehabilitation. Bei nicht Schwerbehinderten ist der Arbeitgeber nach § 84 SGB IX gesetzlich verpflichtet, den Anspruch zu prüfen und muß nachweisen, wenn er dem Beschäftigten unter den vorgeschlagenen Bedingungen keine Arbeit anbieten kann.

Der Patient gilt in der Zeit der Wiedereingliederung als arbeitsunfähig und bezieht weiter Krankengeld. Diese Maßnahme kann während der Laufzeit nach den Bedürfnissen des Patienten

und nach Maßgabe des Arztes verlängert, verkürzt oder in der Tätigkeitsanforderung variiert werden. Das ist auch bei Teilzeitkräften möglich und sinnvoll.

▪ Integrationsfachdienst

Wenn bereits eine Schwerbehinderung besteht, kann auch ein Integrationsfachdienst bei der Wiedereingliederung oder generell für berufsbegleitende Hilfen am Arbeitsplatz hinzugezogen werden. Die Arbeit der Integrationsfachdienste ist im SGB IX gesetzlich geregelt und soll Menschen mit Behinderung bei der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen, die eine personalintensivere Betreuung bei der Wiedereingliederung benötigen. Der Gesetzgeber nennt als Zielgruppe ausdrücklich Menschen mit einer sogenannten geistigen oder psychischen Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung.

▪ Allgemeine Regeln für die Wiedereingliederung

Hilfreich ist es, wenn der Arbeitsmediziner grundsätzlich das Gefühl vermittelt, dass er depressive Erkrankungen ernst nimmt und „rein somatischen“ Erkrankungen gleichstellt. Der Patient sollte eine klar begrenzte Aufgabenteilung haben, die auch in der geplanten Arbeitszeit zu erledigen ist. Er sollte die Möglichkeit haben, Aufgaben bei schneller Ermüdbarkeit abzubrechen oder zu pausieren, ohne dass die Kollegen dadurch unter Druck geraten und ihm bewusst oder unbewusst signalisieren: Du lässt uns hier im Stich, bleib doch bitte länger.

Hierzu empfiehlt es sich, die Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung im Kollegenkreis zu erklären und darauf hinzuweisen, dass der erkrankte Kollege noch krank geschrieben ist, aber trotzdem in den Betrieb kommt. □

*Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, 1. Vorsitzende des BVDP*

Online-Arztbibliothek

Mit der Arztbibliothek steht nicht nur den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ein Online-Portal zur Verfügung, mit dessen Hilfe sie sich gezielter informieren können in Zeiten der Informationsüberflutung liefert dieser Service zuverlässige und aktuelle Fakten. Eine effiziente Recherche bedeute für Ärzte letztlich auch mehr Zeit für ihre Patienten, so der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Köhler. Entwickelt hat das Internetangebot das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der KBV.

Das Online-Nachschlagewerk bietet ausgewählte Behandlungsleitlinien, Praxishilfen und Patienteninformationen. Ebenso verfügbar sind Cochrane-Reviews und aktuelle Evidenzberichte. Weiterhin erhält der Nutzer Zugang zur Onliner-Datenbank der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin sowie zu Richtlinien und Gesetzesquellen. Die Experten des ÄZQ stellten die Informationen zusammen und prüften sie auf Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung sowie auf Qualität und Vertrauenswürdigkeit. Das Angebot wird laufend erweitert. Erreichbar ist der Service über www.arztbibliothek.de/ □

BÄK will neue Gebührenordnung

Die Bundesärztekammer arbeitet mit Hochdruck an einer neuen Gebührenordnung für Ärzte GOÄ. „Wir sehen gute Chancen, sowohl die private Krankenversicherung als auch das Bundesgesundheitsministerium von unserem Vorschlag überzeugen zu können“ sagt Franz Gadomski, der Präsident der Ärztekammer des Saarlandes und Vorsitzender der Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer. □