



„Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen?“

Depressionen werden viel zu selten erkannt. US-Experten empfehlen daher, jeden Erwachsenen auf Depressionen zu screenen. *LEADING OPINIONS Neurologie & Psychiatrie* hat einen Psychiater und einen Hausarzt gefragt, was sie davon halten.

Sechs von hundert Menschen in der Schweiz leiden unter einer Depression. Die Krankheit wird häufig nicht entdeckt und viele werden nicht oder nicht adäquat behandelt. In den letzten zwölf Monaten hat nur jeder vierte Patient in der Schweiz deswegen eine Behandlung in Anspruch genommen.¹ Dies liegt zu einem grossen Teil an dem Stigma, mit dem Depressionen in der Öffentlichkeit behaftet sind. Majore Depressionen sind die häufigste Ursache für eine eingeschränkte Gesundheit bei Erwachsenen in den Industriestaaten und gehen mit einer erhöhten Mortalität einher. Depressionen beeinflussen die Lebens-

qualität der Betroffenen enorm und beeinträchtigen das Leben von Familienmitgliedern, insbesondere von Kindern. Abgesehen davon belasten Depressionen das Gesundheitssystem: In den USA kostete die Behandlung von Depressionen im Jahre 2009 zum Beispiel 22,8 Milliarden US-Dollar. Weil die Betroffenen oftmals nicht arbeiten können, entstehen zusätzliche Kosten in Milliardenhöhe, 2011 waren dies 23 Milliarden US-Dollar.² Deshalb schlug kürzlich die US-amerika-

nische Präventions-Arbeitsgruppe (US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, USPSTF) vor, die gesamte erwachsene Bevölkerung inklusive Schwangeren und Müttern nach der Geburt auf Depressionen zu screenen.³ Das Screening sollte mit standardisierten Fragebögen erfolgen: mit dem Patient Health Questionnaire, mit der Hospital Anxiety and Depression Scale für Erwachsene, der Geriatric Depression Scale für Ältere und der Edinburgh Postnatal Depression Scale für Schwangere und junge Mütter. Bei einem positiven Ergebnis sollte man weitere Untersuchungen einleiten, um andere Krankheiten auszuschliessen, beim Vorliegen einer Depression den Schweregrad ermitteln und nach Depressions-spezifischen Begleitkrankheiten suchen.

Wie oft und wann man screenen sollte, geben die USPSTF-Experten nicht konkret an, weil es wenig Evidenz dafür gebe. Auch das optimale Screeningintervall ist unbekannt. Die Experten schlagen daher vor, man könne alle Erwachsenen screenen, die bisher nicht gescreent wurden. Möglicherweise sei ein zusätzliches Screening von Hochrisikopatienten notwendig.

Den Nettobenefit eines derartigen Screenings für Erwachsene, Schwangere und



junge Mütter beurteilen die USPSTF-Experten als moderat. Die Evidenz eines Screenings für ältere Erwachsene ist weniger klar: Die Studien, die einen direkten Effekt eines Screenings untersucht hatten, zeigten keinen Benefit und sogar möglicherweise einen Schaden. Andererseits gäbe es indirekte Evidenz: Bei älteren Erwachsenen sei eine Behandlung zum Beispiel effektiv und in die Studien seien auch Menschen über 65 eingeschlossen worden. So beurteilen die USPSTF-Experten ein Screening bei älteren Erwachsenen auch noch mit einem Nettobenefit.

LEADING OPINIONS hat gefragt, was ein Schweizer Psychiater und ein Schweizer Hausarzt zu den Empfehlungen sagen.

Herr Seifritz, sollten alle Erwachsenen in der Schweiz auf Depressionen gescreent werden?

E. Seifritz: Etwa 90 Prozent der Menschen mit Depressionen in Europa sind nicht oder nicht adäquat behandelt, wie eine deutsche Studie zeigte.⁴ In diesem Zusammenhang könnten Screenings und frühe Interventionen vielen Menschen helfen. Depressionen sind wie andere psychische Erkrankungen stark stigmatisiert. Betroffene trauen sich häufig nicht, darüber zu sprechen, sie schämen sich und befürchten Unverständnis und Ausgrenzung. Wegen der Stigmatisierung wollen Betroffene die eigenen Symptome nicht wahrhaben oder sie sind sich nicht bewusst, dass ihre Beschwerden auf eine Depression zurückzuführen sind. Das führt zu einer hohen Dunkelziffer von nicht erkannten und nicht behandelten Depressionen. Ich könnte mir vorstellen, dass

das Screening Hausärzte übernehmen könnten.

Wird nicht genügend aufgeklärt über Depressionen, um das Stigma zu beseitigen?

E. Seifritz: Leider nein. Hierzulande leisten „Bündnisse gegen Depression“⁵ oder die Schweizer Gesellschaft für Angst und Depression⁶ zwar gute Aufklärungsarbeit, weil der Bund aber keine oder nur eingeschränkte Präventionsmöglichkeiten hat, sind solche Initiativen regional limitiert, und es gibt keine finanziellen Mittel für landesweite Kampagnen. Dabei würde sich die Investition lohnen – Depressionen sind die teuersten Krankheiten für unsere Gesellschaft und die Volkswirtschaft. Der Hausarzt kann auf seine klinische Erfahrung bauen oder zusätzlich einfache Screeningtests einsetzen. Die schnellsten bestehen aus zwei Fragen.⁷ In US-amerikanischen Studien wurde nachgewiesen, dass diese eine hohe Sensitivität und Spezifität für die Früherkennung besitzen. Das ausführliche Gespräch mit dem Hausarzt ist aber natürlich besser als solche Tests. Was hierzulande verbessert werden muss, ist die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. Hat ein Hausarzt den Verdacht auf eine Depression und ist unsicher in Diagnostik und Therapie oder hat nicht genügend Zeit dafür, sollte er den Patienten zum Facharzt überweisen. Dieser kann am besten die erforderlichen spezifischen diagnosti-



schen Untersuchungen veranlassen und die korrekte Therapie einleiten.

Meinen Sie, mit einem Screening könnten Depressionen früher erkannt und dann besser therapiert werden?

E. Seifritz: Ja, auf jeden Fall. Die Studie³ hat ja gezeigt, dass ein einfaches Screening mittels Fragebogen Menschen mit Depressionen mit einer hohen Treffsicherheit identifizieren kann. Allerdings sagt uns die Studie nicht, wie häufig man screenen sollte. Das ist gerade bei Depressionen, die oft episodisch verlaufen, eine schwierige Frage: einmal pro Jahr? Bei jedem Arztbesuch? Einmal im Leben? Wir wissen auch nicht, ob man bestimmte Leute öfter screenen sollte, zum Beispiel diejenigen mit einem erhöhten Risiko für Depressionen. Aber eine flächendeckende Kampagne könnte auf jeden Fall das Problem verringern, dass Depressionen zu wenig wahrgenommen werden. Schneller würden die Betroffenen dann eine verfeinerte Diagnostik und die spezifische Therapie bekommen – das kann den Verlauf einer Depression deutlich beeinflussen.

Manche Hausärzte würden sicherlich sagen, sie hätten keine Zeit, jeden Patienten zu screenen.

E. Seifritz: Die Hausärzte sind bei uns immer noch die wichtigste erste Anlaufstelle. Patienten haben zu ihren Hausärzten oft ein sehr gutes Vertrauensverhältnis, und das ist eine wichtige Basis für das Erkennen einer Depression. Leider nimmt die Versorgungsdichte der Hausarztpraxen immer mehr ab. Die Hausärzte spielen aber auch für die psychiatrische Grundversorgung eine wichtige Rolle. Die Hausarztmedizin muss für den ärztlichen Nachwuchs unbedingt wieder attraktiver gestaltet

werden.

Herr Kissling, was halten Sie von der Forderung der amerikanischen Kollegen?

B. Kissling: Ich finde sie kühn, vor allem weil der zu erwartende Nutzen nur „moderat“ ist, wie die Autoren schreiben. So ein Screening hätte mehr Nach- als Vorteile. Entdeckt man mehr Depressionen, würden Ärzte manchen Patienten vielleicht zu früh Antidepressiva verschreiben. Und die können Nebenwirkungen verursachen: gastrointestinale Blutungen, ein erhöhtes Suizidrisiko und möglicherweise machen sie abhängig.

Warum finden Sie ein generelles Screening der Bevölkerung nicht gut?

B. Kissling: Das würde bedeuten, mehrere Millionen Menschen mittels Fragebogen zu untersuchen. Können Sie sich den Aufwand vorstellen? Ganz zu schweigen von den Zusatzuntersuchungen bei den fraglich positiv gescreeenten Menschen. Was das alles kosten würde! Abgesehen davon erreicht man mit jedem Screening vor allem die Menschen, die sowieso schon zum Arzt gehen. Das wäre hier nicht anders und stellt den Nutzen noch mehr infrage.

Aber die Studie zeigt doch, dass mittels Screening Depressionen früher diagnostiziert und dann besser behandelt werden könnten.

B. Kissling: Ja, die eine oder andere Depression vielleicht. Dafür wird aber vielen Menschen fälschlicherweise die Diagnose Depression verpasst. Es stellt sich das ethische Dilemma, wie viele Menschen man krank machen



LO/ Neurologie&Psychiatrie
1150 Wien
0043/ 1/876 79 56-0
www.universimed.com

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 6'800
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 525.015
Abo-Nr.: 3002806
Seite: 40
Fläche: 131'286 mm²

darf, um einer Person zu helfen. Stellen Sie sich vor, Sie erführen nach einem Screening, Sie würden an einer Depression leiden. Sie selber fühlen sich wohl, natürlich nicht immer hundertprozentig. An Depression hätten Sie deswegen nie gedacht. Nun sollten Sie Psychopharmaka einnehmen und eine Psychotherapie beginnen, damit es nicht schlimmer werde. Schadet Ihnen all dies womöglich nicht mehr, als es nützt?

Sind die zwei Fragen von Whooley*, die Sie anwenden denn besser?

B. Kissling: Ja, die sind auch in Studien validiert. Aber ich stelle sie nicht jedem Patienten, der mit einer Grippe oder einem verstauchten Knöchel kommt, sondern nur gezielt, wenn ich aufgrund von Anamnese und klinischem Eindruck das Gefühl habe, der Patient könne eine Depression haben.

Was sind das für Situationen?

B. Kissling: Ich werde hellhörig bei jemandem, der mich immer wieder mit unspezifischen Symptomen konsultiert. Auch schon bei der ersten Begegnung, wenn ich die Klagen medizinisch nicht zuordnen kann. Meist spreche ich den Patienten frühzeitig darauf an, dass seine Beschwerden psychisch mitverursacht sein können.

Wie reagieren die Patienten darauf?

B. Kissling: Manche ziemlich konsterniert, sie lehnen eine psychische Ursache total ab. Hier gehe ich behutsam vor, erwähne die bio-psycho-soziale Vernetzung unseres menschlichen Wesens als gegebene Tatsache. Ich frage, ob ich die „Whooley-Fragen“ stellen dürfe, und erkläre, dass wissenschaftlich nachge-

wiesen ist, dass man damit die Wahrscheinlichkeit für eine Depression besser einschätzen könne. Dann werden die Leute offener für diese Diagnose. Bis sie dann bereit sind, sich einem Psychiater zuweisen zu lassen, ist es manchmal noch ein weiter Weg. Ein Grossteil der Bevölkerung hat immer noch ziemliche Vorurteile. Die Menschen haben Angst, von Medikamenten abhängig zu werden, vor Nebenwirkungen und vor allem vor medikamentös bedingten Persönlichkeitsveränderungen. Oft sind die Betroffenen aber sehr erleichtert, dass es eine Erklärung für ihr schlechtes Befinden gibt und dass man das behandeln kann. Meine Zeit als Hausarzt wende ich lieber für gezielte Fragen und Untersuchungen auf als für ein generelles Screening mit fraglichem Nutzen.

Danke vielmals für das Gespräch!

Literatur:

- ¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/del/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- ² Witters D et al: Depression costs U.S. workplaces \$23 billion in absenteeism. Gallup. <http://www.gallup.com/poll/163619/depression-costs-workplaces-billion-absenteeism.aspx>. Zuletzt abgerufen am 16. 4. 2016
- ³ Siu AL et al: Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2016; 315(4): 380-7
- ⁴ Hegerl U et al: Alliances against depression - a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(10 Pt 1): 2404-9
- ⁵ z.B. www.berner-buendnis-depression.ch, www.forum-psychische-gesundheit.ch/buendnis-gegen-depression-und-andere
- ⁶ www.sgad.ch
- ⁷ Lombardo P et al: The 'help' question doesn't help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. *BMC*

Datum: 15.07.2016

**LEADING
OPINIONS**



**Neurologie
& Psychiatrie**



LO/ Neurologie&Psychiatrie
1150 Wien
0043/ 1/876 79 56-0
www.universimed.com

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 6'800
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 525.015
Abo-Nr.: 3002806
Seite: 40
Fläche: 131'286 mm²

Med 2011; 9: 114

⁸ Whooley MA et al: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439–45

Das Interview führte
Dr. med. Felicitas Witte

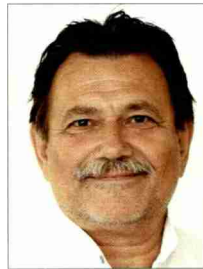
Unsere Gesprächspartner:
Prof. Dr. med. Erich Seifritz,
Direktor der Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Dr. med. Bruno Kissling
Hausarzt in Bern
■19



„Mit einem Screening könnten Depressionen früher erkannt und besser therapiert werden.“

Psychiater Erich Seifritz



„Meine Zeit wende ich lieber für gezielte Fragen und Untersuchungen auf als für ein generelles Screening mit fraglichem Nutzen.“

Hausarzt Bruno Kissling

- Mit zwei Fragen kann man gut abschätzen, ob der Patient eine Depression hat:
 1. „Waren Sie im letzten Monat oft traurig, deprimiert, verzweifelt?“
 2. „Hatten Sie im letzten Monat weniger Interesse und Lust an den meisten Aktivitäten, die Sie sonst gerne ausüben?“

Auswertung:

- Keine Frage mit „Ja“ beantwortet: Der Patient hat zu 90% keine Depression.
- Eine oder beide Fragen mit „Ja“ beantwortet: Wahrscheinlichkeit >50%, dass der Patient eine Depression hat.

Quelle: Stalder H et al⁸