

Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen in der Hausarztpraxis

Nach Schätzungen leiden etwa 5-8% aller Patienten einer Hausarztpraxis – erkannt oder unerkannt – an einer Depression. In früheren Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß eine fachärztliche, nicht-medikamentöse Intervention (Psychotherapie, Verhaltenstherapie) und die Pharmakotherapie – unabhängig vom verabreichten Medikament – bei der Behandlung der leichten bis mittelschweren Depression etwa gleichwertig sind (s.a. AMB 1993, **27**, 30, u. 1995, **29**, 38).

Der Frage, wie sicher und wirksam eine Behandlung leichter und mittelschwerer Depressionen durch den Hausarzt ist, ging eine norwegische Studiengruppe nach (Malt, U.F., et al.: NORDEP = **NOR**wegian naturalistic treatment study of **DEP**ression in general practice: Brit. Med. J. [1999, 318, 1180](#)). In einem randomisierten, plazebokontrollierten und doppelblinden Studiendesign wurden zwei Interventionen untersucht: die Gabe von Antidepressiva bzw. Plazebo, beide in Kombination mit einer „psychologischen Unterstützung“ des Patienten nur durch den Hausarzt.

Insgesamt wurde in 61 norwegischen Allgemeinarztpraxen nach Patienten mit Depressionen (definiert über das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) gesucht. Wenn die Studienkriterien erfüllt (u.a. Symptome > 2 Wochen ohne wesentliche spontane Besserung, keine schwere Form der Depression) und die Patienten einverstanden waren, erfolgte der Einschluß in die Studie. So kamen insgesamt 372 Patienten zusammen (im Mittel 6 pro Arztpraxis). Das mittlere Alter betrug 48 Jahre, zwei Drittel waren Frauen, etwa 50% litten zugleich an mindestens einer somatischen Erkrankung.

Bei 88% der Patienten waren die Kriterien einer „Major Depression“ erfüllt, 75% hatten bereits mindestens eine Depressions-Episode erlebt und 9% waren deshalb schon in stationärer Behandlung gewesen. Die Schwere der aktuellen Episode wurde von den Hausärzten nach 2 Skalen beurteilt: der mittlere Montgomery-Asperg-Punktwert betrug 26,5 und der mittlere Wert auf der Clinical Global Impression Severity Scale 4 Punkte.

Die erste untersuchte Intervention war die psychologische Unterstützung des Patienten durch den Hausarzt. Es fand keine spezielle Schulung über den Umgang mit depressiven Patienten statt; die Hausärzte wurden lediglich angewiesen, in eingehenden Gesprächen Hoffnung und Optimismus zu vermitteln. Die Patienten sollten genügend Zeit bekommen, über ihre Ängste und Zweifel zu berichten, und es sollten jeweils kleine konkrete Aufgaben für den Alltag wie z.B. körperliche Aktivität gestellt werden. Insgesamt wurden die Patienten im ersten Monat wöchentlich einmal, danach im 2- und später im 4-Wochen-Rhythmus einbestellt. Leider enthält die Arbeit keine genaueren Angaben zum Zeitaufwand.

Die zweite untersuchte Intervention waren Medikamente. Eine bis zwei Wochen vor Studienbeginn mußten alle psychotropen Medikamente abgesetzt werden. Es erfolgte die Randomisierung in 3 Behandlungsarme: Plazebo (n = 129), trizyklisches Antidepressivum (Mianserin = Tolvin u.a., Dosierung nach Wirkung bis max. 120 mg/d, n = 121) und Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (Sertralin = Gladem, Zoloft, Dosierung nach Wirkung bis max. 200 mg/d, n = 122). Die Medikamenteneinnahme wurde über Bestimmung von Serumspiegeln überwacht. Andere psychoaktive Medikamente außer Nitrazepam (Mogadan u.a.) als Schlafmittel waren nicht erlaubt. Die Studien- und Beobachtungsdauer betrug 6 Monate.

Ergebnisse: 238 Patienten (64%) beendeten die Studie. Die Ausstiegsraten wegen fehlender Effektivität der Behandlung waren in der Plazebo-Gruppe am höchsten (29%) und in den Verum-Gruppen nur etwa halb so hoch (15%). Der zweite wesentliche Grund für Studienabbrüche waren unerwünschte Arzneimittelwirkungen (15% bei Mianserin, 10% bei Sertralin, 5% bei Plazebo). Ein Patient nahm sich das Leben (Sertralin-Gruppe).

Eine deutliche Besserung, definiert als keine oder nur noch milde Krankheitssymptome nach den genannten Skalen, wurde bei 47% der verbliebenen mit Plazebo behandelten Patienten erreicht, d.h., also spontan oder durch die psychologische Intervention durch den Hausarzt. Der Erfolg stellte sich bis zur 12. Woche ein. Danach trat in der Plazebo-Gruppe keine weitere Remission ein.

In den Gruppen mit zusätzlicher medikamentöser Behandlung war die Remissionsrate bei den verbliebenen Patienten höher: mit Mianserin 54% und mit Sertralin 61% (nur Sertralin signifikant). Bei Patienten mit erstmaliger Depression war die Besserungsrate nach Mianserin allerdings höher (64%); nach Sertralin lag sie im Bereich von Plazebo. Auch trat die Remission nach Mianserin etwas schneller ein (10-12 Wochen) als nach Sertralin oder Plazebo.

Fazit: Etwa 35% aller Patienten mit leichter oder mittel-schwerer Depression lassen sich allein durch eine konsequente psychologische Unterstützung durch den verantwortungsvollen Hausarzt sicher behandeln. Mit dem Eintritt einer Remission ist nach etwa 3 Monaten zu rechnen. Eine ergänzende Pharmakotherapie mit trizyklischen Antidepressiva oder Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern scheint die Remissionsrate (ca. 40%) und -geschwindigkeit zu erhöhen und ist wahrscheinlich sinnvoll. Eine Stellungnahme zu dem einen oder anderen Medikament läßt sich jedoch aus den Daten dieser Studie nicht ableiten, da die Patientenzahlen zu gering sind und der Sponsor dieser Studie die scheinbar wirksamere Substanz vertreibt. Zu bemerken ist darüber hinaus, daß die Diagnose Depression nicht immer einfach zu stellen ist und die Klassifikation einer solchen Störung häufig fachärztliche Kenntnisse erfordert.