



Diagnostik und Psychopharmakotherapie

Depression in der hausärztlichen Praxis

Aufgrund der oft langjährigen und umfassenden Arzt-Patienten-Beziehung verfügen Hausärztinnen und Hausärzte über einen besonderen Zugang zum psychischen Befinden ihrer Patientinnen und Patienten. Sie sind häufig die ersten Ansprechpartner, und folglich beginnt die Behandlung der Depression oft in der Hausarztpraxis oder findet sogar gänzlich dort statt. Dies erfordert von der Allgemeinmedizinerin dediziertes Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung, insbesondere bezüglich der diagnostischen Kriterien und der medikamentösen Therapie. Vor diesem Hintergrund fasst die vorliegende Übersicht wesentliche allgemeinärztlich relevante Zusammenhänge zu Diagnostik, Einschätzung des Schweregrades und Psychopharmakotherapie der Depression in der Hausarztpraxis zusammen.

Von Razvan Stativa¹, Fabian Kraxner^{2,3}, Golo Kronenberg¹, Hanife Olbrich⁴, Erich Seifritz^{1,3}, Sebastian Olbrich¹

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich;

²Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Spital Affoltern;

³Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Bern;

⁴Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich.

EINLEITUNG

Hausärztinnen und Hausärzte spielen bei der Behandlung depressiver Störungen eine zentrale Rolle. Sie sind für die Patienten mit Depression häufig die erste und in etwa 40 Prozent der Fälle sogar die einzige Anlaufstelle [1]. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken, liegt global bei 10 bis 15 Prozent [2]. Auswertungen der Weltgesundheitsorganisation WHO zeigen, dass 9 bis 23 Prozent der Menschen mit chronifizierten Erkrankungen eine Depression als Begleiterkrankung aufweisen. Eine epidemiologische Querschnittsstudie in Deutschland zeigte, dass in der allgemeinmedizinischen Versorgung 60 Prozent der Patienten nicht leitliniengerecht mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie

behandelt wurden [3]. In der Schweiz wird aktuell etwa die Hälfte der Antidepressiva durch Hausärztinnen verschrieben [4]. Ziel dieses Artikels ist es, den basisdiagnostischen Prozess für die Hausarztpraxis zu beschreiben, Hinweise zu Indikationsstellung und Durchführung psychopharmakologischer Interventionen darzustellen sowie auf mögliche Gefahrenaspekte hinzuweisen. Unsere Ausführungen beruhen im Wesentlichen auf den Behandlungsempfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bzw. der Schweizer Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) [5] sowie der deutschen S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) [6].

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD UND DIAGNOSTIK

Neben der Schilderung klassischer depressiver Kernsymptome mit gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit und Mangel an Energie präsentieren sich häufig Patientinnen und Patienten, deren primäres Anliegen nicht direkt auf eine depressive Störung schliessen lässt. Bei vielen somatischen Störungen zeigt sich eine stark erhöhte Prävalenz depressiver Störungen, so zum Beispiel bei hypertensiven Erkrankungen, nach Myokardinfarkten, dem metabolischen Syndrom [7], verschiedenen Demenzformen sowie chronischen Schmerzsyndromen und vielen neurologischen Störungen [8] wie der multiplen Sklerose, der Parkinson-Erkrankung und der Epilepsie. Häufig ist die Beziehung bidirektional, das heisst, diese Erkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, depressive Symptome zu entwickeln. Andererseits erhöht Depression das Risiko weiterer somatischer Erkrankungen oder verschlechtert den Krankheitsverlauf deutlich [9]. Ein Screening hinsichtlich depressiver Symptome ist daher bei Präsentation mit depressiver Symptomatik als auch bei den genannten internistischen beziehungsweise neurologischen Erkrankungen ratsam. Zu beachten sind auch iatrogene Ursachen der Depression, etwa die Behandlung mit systemischen Glukokortikoiden, einigen Antibiotika (Chinolone wie Ciprofloxacin und Penicilline) [10] und Immunmodulatoren wie zum Beispiel Cyclosporin [11]. Tabelle 1 zeigt weitere für die Allgemeinmedizin relevante Risikofaktoren.

Bei Verdacht auf eine depressive Symptomatik sollten folgende, von internationalen Leitlinien empfohlene Screening-Fragen gestellt werden:

- «Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos gefühlt?»
- «Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Dingen gehabt?»

Im Falle der positiven Beantwortung einer der Fragen sollten die Symptome (siehe Tabelle 2) systematisch abgefragt werden, um eine Diagnose stellen zu können [12]. Dies erfolgt immer klinisch entsprechend den erwähnten Kriterien – mindestens 2 Hauptsymptome beziehungsweise 3 bei schwerer Episode für zwei Wochen plus 2 (leichte), 3–4 (mittelgradige) oder >4 (schwere Episode) Nebenkriterien.

Zum Ausschluss anderer somatischer Ursachen einer Depression sollten eine internistische und neurologische Untersuchung sowie folgende Untersuchungen durchgeführt werden: EKG (QTc-Zeit), Body Mass Index, Bauchumfang, Labor mit Blutbild sowie mit Entzündungsparametern (CRP), Elektrolyten (Na, K, Cl, Mg), TSH, Krea, eGFR und Leberwerten [13]. Weiterführende Untersuchungen, einschliesslich kranialer Bildgebung, EEG und Screening nach infektiösen Ursachen werden nur bei atypischer Präsentation oder bei Therapieresistenz empfohlen.

NOTFALLSITUATIONEN UND SUIZIDALITÄT

Das Suizidrisiko depressiver Patientinnen und Patienten ist deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, und die Lebenszeitsuizidmortalität für alle depressiven Patienten beträgt 4 Prozent [14]. In der Schweiz ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren [15]. Eine retrospek-

Tabelle 1: Risikofaktoren für das Auftreten einer depressiven Störung [50]

Biologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Vulnerabilität (positive Familienanamnese) • Adipositas, wenn von metabolischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, niedrigem HDL-Cholesterin, hohem CRP und hohem glykosiliertem Hämoglobin begleitet [37] • Hormonell (z. B. Hypothyreose, Umstellungen während Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett und Perimenopause) • Medikamente (z. B. Steroide, Opiate, Benzodiazepine, Interferon, einige Antiepileptika und Antihypertensiva – Betablocker, Clonidin)
Soziodemographisch	<ul style="list-style-type: none"> • In der Schweiz sind Frauen (9 %) und junge Menschen (13 %) häufiger betroffen als Männer (8 %) und Personen ab 65 Jahren (4 %) [38] • Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit [39] • Armut oder ein niedriger sozioökonomischer Status [40]
Psychosozial	<ul style="list-style-type: none"> • Verwitwung [41], Vereinsamung [42], soziale Isolation [43] • Aktuell belastende Lebensereignisse wie Beziehungskrisen, Trennungen, Todesfälle
Psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisierung, wie z. B. körperliche Misshandlung in der Kindheit [41] • Psychische Komorbiditäten wie Angst-, Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankungen
Lebensstil	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung [44], Rauchen (wobei kein sicherer kausaler Zusammenhang belegt [45]), Bewegungsmangel [46]
Gemischt	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Funktionsstörungen

Tabelle 2: ICD-10-Kriterien depressiver Episoden [51]

Hauptsatzsymptome
• Depressive, gedrückte Stimmung
• Interessenverlust und Freudlosigkeit
• Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung
Zusatzsymptome
• Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
• Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
• Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
• Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
• Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung
• Schlafstörungen
• Verminderter Appetit



ZUR PERSON

Razvan Stativa
 Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstr. 31, Postfach, 8032 Zürich

tive Studie zeigte, dass zwei Drittel der Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen, im Monat davor noch bei ihren Hausärztinnen vorstellig wurden, wobei aber nur rund 13 Prozent Suizidgedanken angaben [16]. Es ist aus diesem Grunde essenziell, Suizidalität aktiv abzufragen (Screening: «Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?») und anamnestische Suizidversuche zu erfassen. An dieser Stelle ist es wichtig, festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs bei Nachfragen nicht erhöht, sondern gesenkt wird [17]. Nachfragen eröffnet auch die Möglichkeit, darüber zu sprechen.

Bei Feststellung akuter Suizidalität, schwerwiegender psychosozialer Belastungen oder psychotischer Symptome sollte die Indikation für eine fachärztliche Behandlung oder eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik [6], gegebenenfalls mit fürsorglicher Unterbringung [18] erwogen werden. Psychotische Symptome, die typischerweise in der Depression auftreten, sind Verarmungs-, Versündigungs-, hypochondrischer, Schul- und nihilistischer Wahn. Weitere Warnsignale, die auf eine schwere Symptomatik hindeuten, sind Mutismus oder der sogenannte depressive Stupor. Für die kurzfristige Kupierung von Notfallsituationen wie Suizidalität und katatonen Symptomen eignen sich Benzodiazepine. Hier sollten Präparate mit eher kurzer Halbwertszeit bevorzugt und nur kurzfristig angewendet werden (z. B. Lorazepam).

BEHANDLUNG DURCH DIE HAUSÄRZTE

Bei einer leichten depressiven Episode kann zunächst eine aktiv-abwartende Begleitung erfolgen, zum Beispiel mit wöchentlichen/zweiwöchentlichen Einbe-

stellungen. Wenn die Symptomatik nach 14 Tagen noch persistiert, sind psychoedukative und supportive Gespräche, qualifiziert angeleitete Selbsthilfe oder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung beziehungsweise psychosomatische Grundversorgung empfohlen [19]. Eine pharmakologische Therapie soll bei leichtgradigen Episoden nicht generell zur Erstbehandlung eingesetzt werden, sondern unter kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses [20]. Sie könnte bei Präferenz beziehungsweise positiver Erfahrung der Patientinnen mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit bei rezidivierender Störung, Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen oder Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in der Vorgeschichte erfolgen [6]. Bei mittelgradigen Episoden soll den Patienten eine psychotherapeutische Behandlung und/oder eine Psychopharmakotherapie empfohlen werden [21]. Bei schweren Episoden soll immer die Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie erfolgen.

Die Psychopharmakotherapie der depressiven Störung ist eine effektive und evidenzbasierte Behandlungsmethode [22]. Als First-Line-Medikation eignen sich im allgemeinärztlichen Umfeld – aufgrund des günstigen Nutzen-Risiko-Profiles – vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI). Weitere Optionen sind Vortioxetin (gut bei kognitiven Symptomen), Agomelatin (schlafantossend, Achtung: Anstieg Leberenzyme), Trazodon

Besonders zu Beginn der Therapie sollte auf Nebenwirkungen wie Schwitzen, Schwindel, Übelkeit, Diarrhö und eine mögliche Zunahme motorischer Unruhe, Angst oder Agitiertheit geachtet werden.

(schlafantossend und nicht libidoreduzierend), Mirtazapin [23] (schlafantossend, Achtung: Gewichtszunahme) und Bupropion (weniger Libidoverlust, Achtung: Tachykardien möglich). Eine Liste der häufigsten Antidepressiva findet sich in Tabelle 3.

Besonders zu Beginn der Therapie sollte auf Nebenwirkungen wie Schwitzen, Schwindel, Übelkeit, Diarrhö und eine mögliche Zunahme motorischer Unruhe, Angst oder Agitiertheit geachtet werden [24]. Vor allem bei älteren Patienten und Patientinnen können

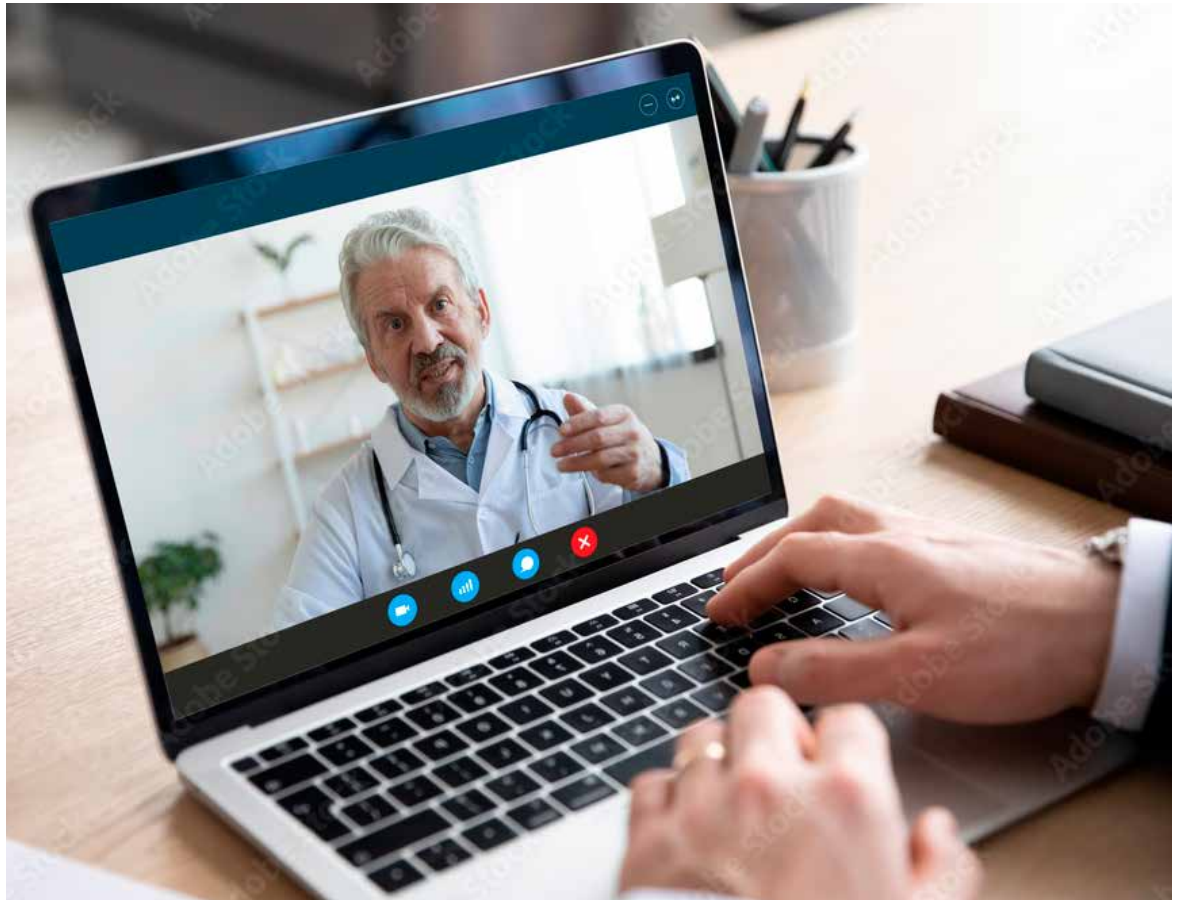


ZUR PERSON

Fabian Kraxner
 Oberarzt Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Spital Affoltern, Sonnenbergstr. 27, 8910 Affoltern a. Albis, fabian.kraxner[at]spitalaffoltern.ch

Substanzklasse oder Wirkweise	Wirkstoff	Tagesdosis	Besonderheiten	Wichtige Nebenwirkungen
SSRI	Escitalopram	10 – 20 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, aktivierend, auch bei Angststörungen und Zwängen	Appetitveränderungen, Unruhe, Schwitzen, Übelkeit, Schlaflosigkeit, sexuelle Dysfunktion
	Citalopram	20 – 40 mg, im Alter nur 20 mg		
	Sertralin	50 – 200 mg		
	Fluoxetin	20 – 80 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, auch bei Zwangsstörungen, sehr lange Halbwertszeit [49]	siehe oben, jedoch weniger sexuelle Funktionsstörungen als andere SSRI
	Fluvoxamin	50 – 300 mg	Wie Fluoxetin, jedoch kürzere Halbwertszeit	
	Paroxetin	20 – 40 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, aktivierend, auch bei Angststörungen und Zwängen	siehe oben, jedoch weniger Übelkeit, sowie Unruhe als andere SSRI
NaSSA	Mirtazapin	15 – 45 mg	Sedierend, wenig anticholinerg, nicht bei schweren Leber- oder Nierenschäden	Schläfrigkeit, Mundtrockenheit, Appetit- und Gewichtszunahme, Kopfschmerzen
	Mianserin	30 – 90 mg		Gewichtszunahme, Ödeme, Schläfrigkeit, erhöhte Leberenzyme
SNRI	Venlafaxin	75 – 225 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, auch bei Angststörungen, aktivierend, auch bei neuropathischen Schmerzen	Unruhe, Agitiertheit sowie Blutdruckanstieg
	Duloxetin	20 – 90 mg		
Trizyklika	Amitriptylin	50 – 150 mg	Sedierend, auch bei neuropathischen Schmerzen, chronischen Spannungskopfschmerzen sowie zur Migränaprophylaxe	Anticholinerg, Hypotension, Gewichtszunahme, QTc-Zeit-Verlängerungen, hohes Risikoprofil, nicht Mittel der ersten Wahl
	Clomipramin	50 – 75 mg	Sedierend, auch bei Panik, Zwängen und chronischen Schmerzzuständen	
Serotoninmodulatoren	Vortioxetin	5 – 20 mg	Geeignet bei kognitiven Symptomen im Rahmen der Depression, wirkt auch über noradrenerge/dopaminerge/glutamaterge Transmitter	Übelkeit, Juckreiz, Haarausfall
	Trazodon	Schlafanstoßend 50 – 100 mg, antidepressiv 300 mg	Antihistaminerge Effekte mit schlafanstoßender Wirkung, Retardpräparat vorhanden, keine Gewichtszunahme, weniger sexuelle Funktionsstörungen	Sedation, orthostatische Hypotonie, Schwindel
Melatonerge AD	Agomelatin	25 – 50 mg	Schlafanstoßend, KI bei Demenz und eingeschränkter Leberfunktion	Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Transaminasenerhöhung
Dopaminerge AD	Bupropion	150 – 300 mg	Aktivierend, auch für Nikotinentzug zugelassen, KI bei Anfalls-erkrankungen und Leberzirrhose	Kopfschmerzen, Herabsetzen der Krampfschwelle, Tachykardien
Monoaminoxidase-Hemmer Typ A	Moclobemid	300 – 600 mg	Keine Kombination mit serotonergen Substanzen, Einsatz bei schwerer Depression	Serotonerges Syndrom, insbesondere bei Tranylcypromin und tyraminhaltiger Diät
Pflanzliche AD	Johanniskraut	900 mg	Nur für leichte und mittelgradige Episoden	Wechselwirkungen durch Induktion Cyp450 und p-Glykoprotein
	Silexan	80 – 160 mg	Leichtere gemischt ängstlich-depressive Zustände, subsyndromal	Dyspepsie, Aufstossen, allergische Hautreaktionen
Neue Entwicklungen	Esketamin	Nasenspray, Dosierung nach Plan des Herstellers	Zur adjuvanten Behandlung von TRD in der CH zugelassen, Durchführung speziell ausgerüsteten Ambulatorien und Praxen vorbehalten	Schwindel, Dissoziation, Übelkeit, Kopfschmerzen, erhöhter Blutdruck
	Zuranolon	30 mg	Klinische Studie in Phase III für schwere und postpartale Depression [50] (in CH nicht zugelassen)	Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schläfrigkeit
	Psylocibin	20 – 30 mg	Klinische Studie in Phase II für Behandlung von Angst und Depression in Kombination mit Psychotherapie [51] (in CH nicht zugel.)	Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Panikattacken
	Dextrometorphan-Burpoprion-Kombination		Fast-Track-Zulassung in USA 2022 (in CH nicht zugelassen)	

Tabelle 3: Häufig verwendete Antidepressiva mit Dosierung, Besonderheiten und häufigen Nebenwirkungen; AD = Antidepressivum, KI = Kontraindikation, TRD = therapieresistente Depression. Details bitte den entsprechenden Fachinformationen entnehmen [55]



neu teils relevante Elektrolytstörungen, vor allem eine Hyponatriämie (SIADH-Syndrom), auftreten.

Das Serotoninsyndrom ist eine sehr seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Komplikation, die sich durch Delir, Verwirrtheit, Hyperreflexie und Myoklonien sowie vegetative Symptome auszeichnet, wobei die Interaktion zwischen Opioiden und SSRI das Risiko erhöht [25].

Weitere häufige Nebenwirkungen der SSRI und SNRI sind Libidostörung, QTc-Zeit-Verlängerung (EKG vor Beginn), Blutdruckanstieg (v. a. SNRI) und Kopfschmerzen. Insbesondere bei älteren Patienten und Patientinnen sollten anticholinerge Substanzen (v. a. trizyklische Antidepressiva: erhöhtes Delirrisiko, Harnverhalt) vermieden werden.

Unter etablierter antidepressiver Therapie sollten halbjährlich klinische, Labor- (Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte) und EKG-Kontrollen erfolgen. Bei internistischer Komedikation muss auf pharmakokinetische Interaktionen geachtet werden [26]. Im Falle einer Schwangerschaft muss immer eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Sowohl eine antidepressive Medikation als auch die unbehandelte Depression stellen ein Risiko für die regelrechte fötale Entwicklung dar [27]. SSRI sind nach

Mittlerweile gibt es digitale Plattformen und Therapieangebote, die das Spektrum der Behandlung der Depression sinnvoll erweitern.

dem 1. Trimenon Mittel der Wahl (z. B. Sertralin). Eine Psychotherapie muss die medikamentöse Behandlung ergänzen.

Häufig ist eine Aufdosierung der Antidepressiva angebracht, auch zur Reduktion der Nebenwirkungen. Der antidepressive Effekt tritt in der Regel verzögert ein und eine signifikante Besserung der Stimmung ist nicht vor 2 Wochen zu erwarten. Die volle Wirksamkeit kann teilweise erst nach bis zu 6 Wochen eintreten. Wichtig ist aber, dass leichte Anzeichen eines Ansprechens häufig bereits nach wenigen Tagen zu erkennen sind [28].

Zu Beginn der Behandlung kann es besonders bei SSRI zu vermehrtem Auftreten suizidaler Gedanken kommen. Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden und die Gabe eines Benzodiazepins (z. B. Lorazepam) in der Einstellungsphase soll erwogen werden.

Es empfiehlt sich, mit einer tiefen bis mittleren Dosis zu beginnen und frühestens nach 2 Wochen die Dosis zu steigern. Andernfalls spüren die Patientinnen lediglich Nebenwirkungen und verweigern die Weiterführung der gleichen Medikation. So gehen häufig geeignete Substanzen «verloren». Bei fehlender Besserung der Symptome unter Zieldosierung sollte nach durchschnittlich 4 Wochen ein Wechsel des Antidepressivums auf ein Präparat einer anderen Wirkstoffklasse erwogen werden. Die Medikation sollte für mindestens 6 bis 12 Monate nach Abklingen der Symptome fortgesetzt werden, das Ausschleichen erfolgt optimalerweise über mehrere Wochen, um Absetzphänomene zu vermeiden. Langjährige antidepressive Behandlungen sollten nur in Absprache mit psychiatrischen Fachkolleg:innen sistiert werden. Mittlerweile gibt es digitale Plattformen und Therapieangebote, die das Spektrum der Behandlung der Depression sinnvoll erweitern.

Eine pflanzliche Alternative bei leichten bis mittelgradigen Episoden ist Johanniskraut (Dosisempfehlung 900 mg/d), das ebenfalls eine gute antidepressive



Wirksamkeit zeigt [29]. Frauen im gebärfähigen Alter sollten bei gleichzeitiger Einnahme einer oralen Kontrazeption auf die reduzierte Wirksamkeit der Verhütungsmethode hingewiesen werden (Cyp450-Induktion, Achtung: Spiegelreduktion auch für andere Medikamente wie Phenprocoumon und Proteaseinhibitoren). Besonders bei leichteren subsyndromalen gemischten ängstlichen und depressiven Syndromen, die man in der Hausarztpraxis oft sieht, kann der Lavendelölextrakt Silexan hilfreich sein.

KURZFRISTIGE BEHANDLUNG BEI SCHLAFSTÖRUNGEN

Etwa drei Viertel der Patienten und Patientinnen mit einer Depression leiden unter einer Schlafstörung [30]. In diesem Fall eignen sich das noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressivum Mirtazapin oder das melatonerge Antidepressivum Agomelatin, die beide eine leicht sedierende Wirkung zeigen. Des Weiteren kann auch eine Komedikation mit Trazodon (Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer) zur Nacht erfolgen. Pflanzliche Alternativen sind Silexan, Trockenextrakte aus Baldrian oder aus Pestwurz.

In schwerwiegenden Fällen kann auf eine kurzfristige Komedikation mit sogenannten Z-Substanzen wie Zopiclon und Zolpidem zurückgegriffen werden. Die Dauer einer solchen Behandlung soll jedoch nicht länger als 1 – 3 Wochen betragen, um einer Abhängigkeitsentwicklung [31] vorzubeugen. Benzodiazepine können zurückhaltend (wegen des hohen Abhängigkeitspotenzials) zur Schlafinduktion und zur Kupierung von Agitiertheit und Suizidalität in der akuten Notfallsituation eingesetzt werden. Benzodiazepine haben keine antidepressiven Eigenschaften [32], sie haben aber, wie oben ausgeführt, in der akuten Behandlung von agitierten depressiven Zustandsbildern eine klinische Bedeutung. Sie können auch zu Beginn einer SSRI-Behandlung eingesetzt werden, zur Kontrolle von initialen Nebenwirkungen.

WEITERLEITUNG IN DIE FACHÄRZTLICHE PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

Neben den oben geschilderten Notfallsituationen bestehen weitere Indikationen für eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Bei Non- oder Teil-Response, das heißt fehlendem Ansprechen auf ein bis zwei adäquat dosierte Präparate aus unterschiedlichen Wirkstoffklassen oder Psychotherapie oder bei Unverträglichkeit und bei Verschlechterung trotz Therapie soll die Weiterleitung zu Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Auch bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode, einer Augmentationsbehandlung, zum Beispiel mittels Lithium oder Neuroleptika, oder bei Behandlung mit Ketamin oder neuromodulatorischen Interventionen wie transkranieller Magnetstimulation und Elektrokonvulsionstherapie, sollte psychiatrisch-psychotherapeutischer fachärztlicher Rat gesucht werden.

Weitere komplizierende Faktoren in der Behandlung einer Depression, die eine Weiterleitung nötig machen können, sind komorbide Suchterkrankungen oder der längere Gebrauch von Benzodiazepinen oder

Interessenkonflikte

Razvan Stativa, keine;
 Fabian Kraxner, keine;
 Golo Kronenberg, keine;
 Hanife Olbrich, keine;
 Erich Seifritz diente in den letzten fünf Jahren in Advisory Boards und erhielt Weiter- und Fortbildungshonorare von Janssen, Lundbeck, Schwabe, Otsuka, Recordati, Mepha, Takeda, Sunovion, OM Pharma und Angelini;
 Sebastian Olbrich, keine.

Opiaten. Die Einnahme von Benzodiazepinen über eine längere Zeit kann zu kognitiven Beeinträchtigungen führen [33], die die depressive Symptomatik verstärken können. Das Sturzrisiko bei älteren Patienten ist bei Benzodiazepinen erhöht. Die Langzeiteinnahme von Opiaten geht mit einem höheren Depressionsrisiko einher [34]. Im Falle des Verdachts auf eine Abhängigkeit ist zunächst die Weiterverordnung möglich, um Entzugssymptomen vorzubeugen. Die Patientinnen sollen allerdings über die Nebenwirkungen aufgeklärt und für die Reduktion im ambulanten oder stationären Setting motiviert werden.

MITBEHANDLUNG PSYCHIATRISCHER PATIENTEN IN DER HAUSARZTPRAXIS

Eine weitere Herausforderung für Hausärztinnen ist, auf Interaktionen mit der Psychopharmakotherapie zu achten. Lithiumsalze werden zur Monotherapie bei schweren Episoden oder zur Augmentationstherapie eingesetzt, haben ein erhöhtes Interaktionspotenzial (z. B. mit Diuretika und nichtsteroidalen Antirheumatika) und können nephrotoxisch wirken. Die therapeutische Breite von Lithium ist gering, und schon relativ kleine Spiegelschwankungen können Intoxikationen hervorrufen [35]. Dies erfordert regelmässige (zu Beginn wöchentlich, später 3 bis 4-mal/Jahr) Spiegelkontrollen (therapeutisches Fenster: 0,6 – 1,0 mmol/l) [36]. Ab einer eGFR <60 ml/min sollten nephrologischer und psychiatrischer Rat hinzugezogen und therapeutische Alternativen erwogen werden. Ab einer GFR <30 ml/min ist eine Lithiumtherapie absolut kontraindiziert. Ein besonderes Interaktionsrisiko besteht auch bei der Gabe von Monoaminoxidase-Hemmern (z. B. Moclobemid, Tranylcypromid) zusammen mit serotonergen Substanzen (SSRI, SNRI) und Opioiden. Die Kombination ist aufgrund der Gefahr eines serotonergen Syndroms kontraindiziert.

Andere psychopharmakologische Substanzen weisen ein erhöhtes Risiko eines metabolischen Syndroms auf, zum Beispiel tri- und tetrazyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Mirtazapin) und atypische Neuroleptika (z. B. Olanzapin, Quetiapin). Ernährungsberatung, Motivation zu sportlichen Aktivitäten und regelmässige Kontrollen des Glukose- und Fettstoffwechsels können die Risiken mindern.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Fachärztinnen und Fachärzte für allgemeine innere Medizin haben eine zentrale Rolle in der Erkennung und Behandlung depressiver Syndrome. Der Ausschluss somatischer Ursachen kann mittels körperlicher Untersuchung, Labor und EKG/EEG/Bildgebung erfolgen. Leichte und mittelgradige depressive Episoden lassen sich durch Psychoedukation, Beratung und Medikation (an)behandeln, bei leichter Symptomatik kann eine alleinige psychosoziale Unterstützung beziehungsweise eine Psychotherapie erwogen werden. Bei Feststellung akuter Suizidalität oder psychotischer Symptome soll die notfallmässige Einweisung in eine psychiatrische Klinik geprüft werden. Das Vorhandensein weiterer psychiatrischer Komorbiditäten, bei Therapieresistenz oder bei einer komplexen psychiatrischen Medikation machen die Angliederung an ambulante Fachärzte nötig. Metabolische und kardiovaskuläre Nebenwirkungen und Interaktionen zwischen der psychopharmakologischen und internistischen Medikation müssen beachtet werden.

DANKSAGUNG

Für die kritische Durchsicht des Artikels und Ergänzungen bedanken sich die Autoren bei Dr. med. Tobias Burkhardt, Hausarzt in eigener Praxis Männedorf und PD Dr. med. Silvana K. Rampini-Speck, Leitende Ärztin an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich.

Literatur

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie online über diesen QR-Code.

