

# Psychopharmakotherapie depressiver Patienten im Vorfeld der stationären Aufnahme

Bettina Hübner-Liebermann, Hermann Spießl, Clemens Cording und Göran Hajak, Regensburg

Die psychopharmakologische Vorbehandlung depressiver Patienten durch Hausärzte (HA) und niedergelassene Nervenärzte/Psychiater (NA) wurde nach stationärer Aufnahme retrospektiv evaluiert. Zur deskriptiven Analyse der vorstationären Psychopharmakotherapie wurden die Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) aller im Jahr 2003 konsekutiv aufgenommenen depressiven Patienten (n=360) analysiert. Die Ermittlung der Prädiktoren für den Einsatz von Antidepressiva erfolgte in multivariaten logistischen Regressionsmodellen. Hierzu und zur Beurteilung der Entwicklung der Psychopharmakotherapie wurden die Daten aller depressiven Patienten aus den Jahren 2000 bis 2003 zugrunde gelegt (n=1970). 22,4 % der depressiven Patienten wurden von einem Hausarzt, 18,4 % von einem Nervenarzt/Psychiater eingewiesen. Bei 61,9 % der HA-Patienten (NA: 82,5 %) lag ein chronischer beziehungsweise rezidivierender Verlauf vor. HA-Patienten waren signifikant seltener psychopharmakologisch vorbehandelt als NA-Patienten (59,4 % vs. 89,7 %;  $p < 0,001$ ): HA verordneten seltener Antidepressiva (53,1 % vs. NA: 87,9 %;  $p < 0,001$ ) und tendenziell seltener Antipsychotika (9,4 % vs. NA: 25,9 %;  $p = 0,016$ ). Tranquillizer (HA: 15,6 % vs. NA: 13,8 %) und Stimmungsstabilisierer (HA: 7,8 % vs. NA: 13,8 %) fanden sich bei den beiden Arztgruppen ähnlich häufig. Die Ver-

ordnung von Psychopharmaka durch Hausärzte in den Jahren 2000 bis 2003 zeigte keinen durchgängigen Trend, während im gleichen Zeitraum der Einsatz von Antidepressiva bei Nervenärzten/Psychiatern um 24 % zunahm ( $p = 0,015$ ). Die Studie zeigt Verbesserungspotenzial in der psychopharmakologischen Behandlung depressiver Patienten insbesondere durch Hausärzte. Eine frühzeitige Erkennung und adäquate pharmakologische Behandlung depressiver Patienten muss weiter Ziel der hausärztlichen Fortbildung sein und sollte sich vermehrt in kollegialer Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten niederschlagen.

**Schlüsselwörter:** Depression, Psychopharmakologie, Versorgung, Hausarzt, Psychiater, Qualitätssicherung  
*Psychopharmakotherapie* 2006;13: 147–53.

Die „Global Burden of Disease“-Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstreicht die weltweit herausragende Bedeutung der Depression als Volkskrankheit [36, 52]. Gemessen an dem Indikator „Years of life lived with disability“ (YLD), der Häufigkeit, Dauer und Schwere einer Erkrankung berücksichtigt, stand die unipolare Depression im Jahr 2002 mit 11,8 % aller YLD (das entspricht 67 Mio. mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahren!) weltweit an der Spitze aller körperlichen und psychiatrischen Krankheiten [53]. Epidemiologischen Studien zufolge leiden in Deutschland mindestens 5 % der Bevölkerung (Punktprevalenz) an einer

behandlungsbedürftigen Depression [50], im Laufe ihres Lebens werden bis zu 20 % der Bundesbürger mindestens einmal eine depressive Episode erleben [35, 37]. 10 bis 15 % der an einer schweren Depression erkrankten Menschen nehmen sich das Leben [7, 54], bei bis zu 70 % aller Suizide ist Depression die Ursache [8, 10, 31]. Die Behandlungskosten eines depressiven Patienten liegen bei etwa 4000 Euro jährlich [34]. Weitere erhebliche indirekte Kosten entstehen durch 15000 Frühberentungen und 11 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr [9].

Trotz dieser hohen gesellschafts- wie gesundheitspolitischen Relevanz ist die Erkennensrate der Depression in der Hausarztpraxis mit 50 % relativ gering [6, 26, 46, 48]. Eine Erklärung hierfür liegt – insbesondere bei leichten und mittelgradigen Depressionen – in der diagnostisch schwierigen Situation: Bis zu 95 % der Patienten berichten über vielfältige somatische Symptome; psychische Beschwerden wie Niedergeschlagenheit oder Angst werden jedoch selten angegeben [4, 16, 27, 41, 50]. Nur etwa 10 % der korrekt diagnostizierten Fälle werden adäquat psychopharmakologisch und/oder psychotherapeutisch behandelt beziehungsweise rechtzeitig an Fachärzte überwiesen [13, 23, 28, 33].

Dipl.-Psych. Bettina Hübner-Liebermann, Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Spießl, Prof. Dr. med. Clemens Cording, Priv.-Doz. Dr. Göran Hajak, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg, E-Mail: bettina.huebner-liebermann@medbo.de

## Methodik

### Patienten

Die Studie basiert auf den Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) aller im Jahr 2003 konsekutiv in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg aufgenommenen vollstationären Patienten mit einer depressiven Störung (ICD-10 F32/F33; n=360; 7,3% aller Aufnahmen). Zur Beurteilung der Entwicklung der psychopharmakologischen Vorbehandlung und zur Analyse potenzieller Prädiktoren für eine Behandlung mit Antidepressiva wurden die Daten der depressiven Patienten der Jahre 2000 bis 2003 zu Grunde gelegt (n=1970).

### Instrument

Die DGPPN-BADO [11, 24] umfasst mehr als 70 soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen, die im Routinebetrieb für jeden Patienten erhoben werden. Neben der Zielvariablen „medikamentöse Vorbehandlung“ wurden folgende Variablen ausgewertet:

- Soziodemographie: Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss, Berufsausbildung, berufliche Situation
- Krankheitsbezogene Variablen: Komorbidität, ärztliche Einweisung, Ersterkrankungsalter, Erkrankungsdauer, Art des zur Aufnahme führenden Zustands, Dauer der aktuellen Episode, Suizidversuch in der Anamnese, Suizidalität und aggressives Verhalten im Vorfeld der Aufnahme, Schweregrad der Erkrankung (CGI) und psychosoziales Funktionsniveau (GAF) bei Aufnahme, maximales psychosoziales Funktionsniveau (GAF) im Jahr vor Aufnahme, Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme sowie Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung.

### Statistik

Die Datenanalyse erfolgte mit den Statistik-Softwarepaketen SAS und SPSS. Unterschiede in soziodemographischen und klinischen Charakteristika der Patienten sowie in ihrer Vorbehandlung

durch Hausärzte und Nervenärzte/ Psychiater wurden über Mann-Whitney- sowie Chi<sup>2</sup>-Statistiken analysiert. Aufgrund der Vielzahl der getesteten Variablen nahmen wir eine Alpha-Niveau-Adjustierung vor und setzten ein Signifikanzniveau von  $p < 0,01$  fest. Potenzielle Prädiktoren für eine antidepressive Behandlung wurden in multivariaten logistischen Regressionsmodellen ermittelt. Die Auswahl der Variablen zur Schätzung der Regressionsmodelle erfolgte über univariate Prüfungen der potenziellen Einflussvariablen. Anschließend wurden für alle signifikanten Prädiktorvariablen Gesamtmodelle nach dem Rückwärts-Verfahren geschätzt.

## Ergebnisse

34,9% der depressiven Patienten kamen ohne ärztliche Einweisung zur sta-

tionären Aufnahme. 22,4% der Patienten (n=72) wurden von ihrem Hausarzt (HA) eingewiesen, 18,4% (n=59) von einem niedergelassenen Nervenarzt/ Psychiater (NA). 13,1% der Patienten wurden von einer somatischen Klinik zuverlegt. Weitere 2,5% der Patienten kamen aus der eigenen Tagklinik, 1,9% aus der psychiatrischen Institutsambulanz, 1,6% über den Notarzt/Notdienst und 5,2% über sonstige Einweiser zur Aufnahme.

Die Patienten beider Arztgruppen unterschieden sich gemäß ICD-Diagnose nicht in ihrer Krankheitsschwere. 52,8% der HA-Patienten und 54,2% der NA-Patienten waren an einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1/ F33.1) erkrankt, 40,3% (HA) und 45,8% (NA) an einer schweren (F32.2/ F33.2 und F32.3/F33.3) ( $\chi^2=4,338$ ;  $df=2$ ;  $p=0,114$ ).

Tab. 1. Soziodemographische und klinische Charakteristika der im Jahr 2003 aufgenommenen Patienten mit einer depressiven Erkrankung (F32/F33)

Einweiser	Hausarzt (n=72)	Nervenarzt/ Psychiater (n=59)	p-Wert
Geschlecht (weiblich)	61,1%	66,1%	0,555*
Maximal Hauptschulabschluss	64,4%	72,5%	0,393*
Voll-/Teilzeit berufstätig	44,6%	26,3%	0,042*
Privatwohnung	98,4%	94,7%	0,277*
Freiwillige Aufnahme	98,6%	100%	0,360*
Betreuung bei Aufnahme	7,8%	1,7%	0,120*
Aufnahmealter	56,7 ± 16,1 Jahre	52,9 ± 13,5 Jahre	0,195+
Ersterkrankungsalter	46,0 ± 18,0 Jahre	41,5 ± 16,3 Jahre	0,166+
Erkrankungsdauer	9,4 ± 12,7 Jahre	10,7 ± 10,2 Jahre	0,118+
Maximale psychosoziale Leistungsfähigkeit (GAF) im Jahr vor Aufnahme	67,9 ± 18,8	69,8 ± 16,0	1,000+
Psychosoziale Leistungsfähigkeit (GAF) bei Aufnahme	42,0 ± 13,3	43,4 ± 13,3	0,856+
Schweregrad der Erkrankung (CGI) bei Aufnahme	6,0 ± 0,8	5,8 ± 0,7	0,049+
Suizidalität bei Aufnahme	28,6%	35,1%	0,443*
Aggression bei Aufnahme	3,2%	1,7%	0,608*
Art des zur Aufnahme führenden Zustands			0,037*
Ersterkrankung	36,5%	15,8%	
Verschlechterung/Wiedererkrankung	61,9%	82,5%	
Abweichen von früheren Zuständen	1,6%	1,8%	
Zeitraum seit Episodenbeginn			0,225*
Kürzer als 1 Woche	8,1%	1,7%	
1 Woche bis 4 Wochen	25,8%	31,0%	
4 Wochen bis 3 Monate	25,8%	37,9%	
3 Monate bis 6 Monate	14,5%	15,5%	
6 Monate bis 1 Jahr	14,5%	5,2%	
Länger als 1 Jahr	11,3%	8,6%	

\* Chi<sup>2</sup>-Test, + Mann-Whitney-Test; Alpha-Adjustierung mit  $p < 0,01$

**Patientencharakteristika**

Im Vergleich der soziodemographischen und klinischen Charakteristika zeigten sich nach Alpha-Adjustierung keine signifikanten Unterschiede zwischen HA- und NA-Patienten (**Tab. 1**): Tendenziell wurden vom Hausarzt häufiger ersterkrankte Patienten eingewiesen (36,5 % vs. 15,8 %).

**Psychopharmakotherapie**

Bei der medikamentösen Vorbehandlung depressiver Patienten fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Hausärzten (HA) und niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern (NA) (**Tab. 2**): Insgesamt erhielten 59,4 % der HA-Patienten vor ihrem stationären Aufenthalt Psychopharmaka, dagegen 89,7 % der NA-Patienten. Antidepressiva wurden bei 53,1 % der HA-Patienten im Gegensatz zu 87,9 % der NA-Patienten verordnet. Beide Arztgruppen verschrieben dabei überwiegend und zu etwa gleichen Teilen trizyklische Antidepressiva (TZA) und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Monoaminoxidase-(MAO-)Hemmer fanden sich mit 1,6 % der HA-Patienten und 1,7 % der NA-Patienten selten. Andere Antidepressiva wie Mirtazapin, Reboxetin, Venlafaxin oder Phytopharmaka (Johanniskraut) erhielten 10,9 % der HA-Patienten und 17,2 % der NA-Patienten.

Eine (begleitende) Behandlung mit Antipsychotika führten die Hausärzte tendenziell seltener als die Fachärzte durch (9,4 % vs. 25,9 %). Die medikamentöse Behandlung mit Tranquilizern/Hypnotika (15,6 % der HA-Patienten vs. 13,8 % der NA-Patienten) und Stimmungsstabilisierern (7,8 % der HA-Patienten vs. 13,8 % der NA-Patienten) unterschied sich zwischen den beiden Arztgruppen kaum.

Der Einsatz von Psychopharmaka in der hausärztlichen Vorbehandlung depressiver Patienten über die Jahre 2000 bis 2003 ließ keinen durchgängigen Trend erkennen, sondern stieg – zurückzuführen auf die Gruppe der Antidepressiva – bis zum Jahr 2002 um etwa 15 %, fiel 2003 allerdings wieder um etwa diesen Wert (**Tab. 3**).

In der fachpsychiatrischen Vorbehandlung zeigte sich ein tendenzieller Anstieg der psychopharmakologischen Vorbehandlung mit Antidepressiva von 63,9 % im Jahr 2000 auf 87,9 % im Jahr 2003, was hauptsächlich auf den vermehrten Einsatz von SSRI zurückzuführen ist (**Tab. 4**).

In der logistischen Regressionsanalyse fanden sich vier Prädiktoren mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 18,0 % für die Behandlung mit Antidepressiva durch Hausärzte (**Tab. 5**): Chronischer Verlauf/Wiedererkrankung (OR=3,777), Familienstand getrennt lebend/geschieden (OR=0,312), Erkrankungsschwere gemäß CGI (OR=0,598) und weibliches Geschlecht (OR=1,055).

Für die fachärztliche Behandlung mit Antidepressiva zeigten sich in der logistischen Regressionsanalyse drei Prädiktoren mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 10,3 % (**Tab. 6**):

Chronischer Verlauf/Wiedererkrankung (OR=3,197), Erkrankungsschwere gemäß CGI (OR=0,650) und Alter bei Aufnahme (OR=1,020).

Prädiktoren für eine differenzierte Indikationsstellung von „alten“ (TZA) vs. „neuen“ Antidepressiva (SSRI u. a.) konnten auf Basis der in der BADO erfassten soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen weder für den Hausarzt noch für den Facharzt gefunden werden.

**Diskussion**

Das auf Basis der DGPPN-BADO evaluierte Patientenkollektiv, bei dem ein stationärer Aufenthalt vom behandelnden Arzt als erforderlich angesehen wurde, bestand nahezu ausschließlich aus Patienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden. Obwohl diese Patienten bei Aufnahme gemäß ICD-10-Diagnose und CGI als

**Tab. 2. Medikamentöse hausärztliche und fachpsychiatrische Vorbehandlung der im Jahr 2003 eingewiesenen Patienten mit einer depressiven Erkrankung (F32/F33)**

	Hausarzt (n=72)	Nervenarzt/ Psychiater (n=59)	Chi <sup>2</sup> -Test
Medikamentöse Vorbehandlung (insgesamt)	59,4 %	89,7 %	0,000
<b>Antidepressiva (insgesamt)</b>	<b>53,1 %</b>	<b>87,9 %</b>	<b>0,000</b>
TZA	29,7 %	41,4 %	0,177
SSRI	29,7 %	44,8 %	0,083
MAO-Hemmer	1,6 %	1,7 %	0,944
Sonstige Antidepressiva	10,9 %	17,2 %	0,315
<b>Antipsychotika (insgesamt)</b>	<b>9,4 %</b>	<b>25,9 %</b>	<b>0,016</b>
Hochpotente klassische Antipsychotika	1,6 %	3,4 %	0,502
Niederpotente klassische Antipsychotika	3,1 %	12,1 %	0,059
Depot-Antipsychotika	1,6 %	3,4 %	0,502
Clozapin	0,0 %	1,7 %	0,292
Olanzapin	1,6 %	5,2 %	0,263
Risperidon	0,0 %	0,0 %	–
Sonstige Atypika	1,6 %	3,4 %	0,502
<b>Tranquilizer/Hypnotika (insgesamt)</b>	<b>15,6 %</b>	<b>13,8 %</b>	<b>0,776</b>
Benzodiazepine	14,1 %	8,6 %	0,346
Sonstige Tranquilizer	1,6 %	5,2 %	0,263
<b>Stimmungsstabilisierer (insgesamt)</b>	<b>7,8 %</b>	<b>13,8 %</b>	<b>0,285</b>
Lithiumsalze	6,3 %	10,3 %	0,410
Antikonvulsiva	1,6 %	3,4 %	0,502
<b>Antidementiva (insgesamt)</b>	<b>0,0 %</b>	<b>1,7 %</b>	<b>0,292</b>
Acetylcholinesterasehemmer	0,0 %	0,0 %	–
Nootropika	0,0 %	1,7 %	0,292

\* Mehrfachnennungen möglich; Alpha-Adjustierung mit p < 0,01

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de

deutlich krank beurteilt wurden, bei 29 % (HA) bzw. 35 % (NA) Suizidalität bestand, bei 7 % (HA) bzw. 15 % (NA) eine psychotische Symptomatik vorlag und über 60 % (HA) bzw. 80 % (NA) einen rezidivierenden oder chronischen Verlauf zeigten, erhielten nur etwas mehr als 50 % der Hausarztpatienten eine ambulante Behandlung mit Antidepressiva – im Gegensatz zu fast 90 % der Patienten von Nervenärzten/Psychiatern. Nachdem die Wirksamkeit von Antidepressiva durch zahlreiche Studien und Metaanalysen belegt ist [3, 15, 32, 44, 49], wird ihr Einsatz bei schweren beziehungsweise chronischen depressiven Episoden entsprechend aktuellen Behandlungsleitlinien jedoch als obligat gesehen [2, 5, 12].

Generell dürfte Underreporting in Bezug auf die Vorbehandlung in der DGPPN-BADO eher selten vorliegen, da die genaue Erfassung der Vormedikation zu Beginn der Klinikbehandlung wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Anamnese ist und daher in der BADO durch den behandelnden Arzt problemlos und ohne großen zusätzlichen Aufwand dokumentiert werden kann. Allerdings wird in der DGPPN-BADO die *Qualität* der Psychopharmakotherapie nicht erfasst, so dass der Anteil an adäquat behandelten Patienten aufgrund der bekannt häufigen Underdosierung von Antidepressiva durch Hausärzte [43] wohl noch geringer anzusetzen ist.

Eine pharmakologische Vorbehandlung mit Antidepressiva durch Hausärzte und niedergelassene Nervenärzte/Psychiater erfolgte in Einklang mit den Behandlungsleitlinien vermehrt bei Patienten, bei denen ein rezidivierender oder chronischer Verlauf vorlag. Die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka bei weiblichen Patienten ist bekannt [30] und könnte zum Teil in der positiveren Einstellung von Frauen zur medikamentösen Behandlung begründet sein [20]. Die seltenere Verordnung von Antidepressiva bei Patienten, die von ihrem Partner getrennt leben oder geschieden sind, könnte auf eine hier vermehrt stattfindende psychosoziale Interpretation der Krankheitssymptome hinweisen. Ei-

Tab. 3. Verlauf der medikamentösen hausärztlichen Vorbehandlung in den Jahren 2000 bis 2003 bei stationär-psychiatrischen Patienten mit einer depressiven Erkrankung (F32/F33) (n=429)

	2000	2001	2002	2003	Chi <sup>2</sup> -Test
Medikamentöse Vorbehandlung (insgesamt)	59,8 %	66,7 %	74,6 %	59,4 %	0,071
<b>Antidepressiva (insg.)</b>	<b>50,8 %</b>	<b>62,8 %</b>	<b>65,8 %</b>	<b>53,1 %</b>	<b>0,066</b>
TZA	26,2 %	30,2 %	29,8 %	29,7 %	0,896
SSRI	23,8 %	31,0 %	30,7 %	29,7 %	0,564
MAO-Hemmer	0,0 %	2,3 %	0,9 %	1,6 %	0,374
Sonstige Antidepressiva	12,3 %	10,9 %	14,9 %	10,9 %	0,783
<b>Antipsychotika (insg.)</b>	<b>13,9 %</b>	<b>12,4 %</b>	<b>15,8 %</b>	<b>9,4 %</b>	<b>0,659</b>
Hochpotente klassische Antipsychotika	5,7 %	3,1 %	5,3 %	1,6 %	0,469
Niederpotente klassische Antipsychotika	4,9 %	5,4 %	7,9 %	3,1 %	0,574
Depot-Antipsychotika	1,6 %	2,3 %	0,9 %	1,6 %	0,851
Clozapin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-
Olanzapin	0,0 %	2,3 %	1,8 %	1,6 %	0,449
Risperidon	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,136
Sonstige Atypika	0,8 %	0,0 %	2,6 %	1,6 %	0,277
<b>Tranquilizer/Hypnotika (insg.)</b>	<b>12,3 %</b>	<b>10,9 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>15,6 %</b>	<b>0,670</b>
Benzodiazepine	11,5 %	10,1 %	7,9 %	14,1 %	0,607
Sonstige Tranquilizer	1,6 %	0,8 %	1,8 %	1,6 %	0,912
<b>Stimmungsstabilisierer (insg.)</b>	<b>9,8 %</b>	<b>10,9 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>7,8 %</b>	<b>0,929</b>
Lithiumsalze	9,0 %	6,2 %	7,0 %	6,3 %	0,829
Antikonvulsiva	1,6 %	4,7 %	2,6 %	1,6 %	0,457
<b>Antidementiva (insg.)</b>	<b>1,6 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,9 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,397</b>
Acetylcholinesterasehemmer	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,471
Nootropika	0,8 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,649

\* Mehrfachnennungen möglich; Alpha-Adjustierung mit  $p < 0,01$

ne geringere Verordnungsraten von Antidepressiva bei schweren depressiven Episoden – mit Ausnahme von Johanniskraut – fand sich zumindest für Hausärzte auch in der Studie von Schneider [40]. In unserer Evaluation veranlassten die Haus- wie Nervenärzte/Psychiater bei der schwer depressiven Klientel bei akutem Krankheitsbeginn oder vorausgegangenem Suizidversuchen vermehrt die umgehende Einweisung in die Klinik. Bei schwer depressiven Patienten mit langjähriger Krankheitsdauer erfolgte die Klinikeinweisung zur medikamentösen Einstellung. Insgesamt wird hier – und an der geringen aufgeklärten Varianz – jedoch deutlich, dass neben der Schwere der Erkrankung und der aktuellen Symptomatik weitere Variablen wie etwa die Arzt-Patient-Interaktion, das Krankheitskonzept des Patienten oder seine Compliance das

Verordnungsverhalten wohl entscheidend mit beeinflussen. Klärung könnten hier beispielsweise qualitative Studien bringen, die auf den Entscheidungsprozess des Haus- respektive Nervenarztes/Psychiaters zum Einsatz von Antidepressiva fokussieren. Bisherige Studien konzentrieren sich überwiegend auf die Differenzialindikation spezieller Substanzen [38, 55].

Sowohl von den Fachärzten wie auch von den Hausärzten wurden TZA und SSRI zu jeweils etwa gleichen Anteilen eingesetzt. Es bleibt abzuwarten, ob die für 2006 erwartete Überarbeitung der Leitlinie „Depression“ eine Empfehlung für neuere Antidepressiva als First-Line-Therapie aussprechen wird [18]. Angesichts des hohen Suizidrisikos depressiver Patienten sollte die relative Überdosierungssicherheit „neuer“ Antidepressiva insbesondere in den

**Tab. 4. Verlauf der medikamentösen fachpsychiatrischen Vorbehandlung in den Jahren 2000 bis 2003 bei stationär-psychiatrischen Patienten mit einer depressiven Erkrankung (F32/F33) (n = 334)**

	2000	2001	2002	2003	Chi <sup>2</sup> -Test
Medikamentöse Vorbehandlung (insgesamt)	71,1 %	79,8 %	83,1 %	89,7 %	0,044
<b>Antidepressiva (insgesamt)</b>	<b>63,9 %</b>	<b>73,1 %</b>	<b>75,3 %</b>	<b>87,9 %</b>	<b>0,015</b>
TZA	44,6 %	45,2 %	37,1 %	41,4 %	0,671
SSRI	24,1 %	33,7 %	37,1 %	44,8 %	0,071
MAO-Hemmer	3,6 %	3,8 %	1,1 %	1,7 %	0,606
Sonstige Antidepressiva	12,0 %	9,6 %	14,6 %	17,2 %	0,520
<b>Antipsychotika (insgesamt)</b>	<b>24,1 %</b>	<b>18,3 %</b>	<b>19,1 %</b>	<b>25,9 %</b>	<b>0,586</b>
Hochpotente klassische Antipsychotika	2,4 %	6,7 %	3,4 %	3,4 %	0,465
Niederpotente klassische Antipsychotika	10,8 %	5,8 %	6,7 %	12,1 %	0,405
Depot-Antipsychotika	4,8 %	1,9 %	0,0 %	3,4 %	0,200
Clozapin	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	0,189
Olanzapin	2,4 %	3,8 %	5,6 %	5,2 %	0,735
Risperidon	2,4 %	1,0 %	5,6 %	0,0 %	0,098
Sonstige Atypika	2,4 %	1,0 %	2,2 %	3,4 %	0,748
<b>Tranquilizer/Hypnotika (insgesamt)</b>	<b>12,0 %</b>	<b>12,5 %</b>	<b>11,2 %</b>	<b>13,8 %</b>	<b>0,974</b>
Benzodiazepine	9,6 %	9,6 %	9,0 %	8,6 %	0,996
Sonstige Tranquilizer	3,6 %	2,9 %	2,2 %	5,2 %	0,794
<b>Stimmungsstabilisierer (insgesamt)</b>	<b>4,8 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>10,1 %</b>	<b>13,8 %</b>	<b>0,327</b>
Lithiumsalze	2,4 %	7,7 %	6,7 %	10,3 %	0,273
Antikonvulsiva	2,4 %	1,9 %	4,5 %	3,4 %	0,744
<b>Antidementiva (insgesamt)</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>1,1 %</b>	<b>1,7 %</b>	<b>0,428</b>
Acetylcholinesterasehemmer	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,430
Nootropika	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	0,189

\* Mehrfachnennungen möglich; Alpha-Adjustierung mit  $p < 0,01$

**Tab. 5. Prädiktoren für eine antidepressive pharmakologische Vorbehandlung depressiver Patienten durch den Hausarzt (n = 273)**

Variable	Beta	Odds-Ratio	95%-KI	p-Wert
Verschlechterung/Wiedererkrankung	1,329	3,777	2,147–6,645	0,000
Erkrankungsschwere (CGI)	-0,514	0,598	0,407–0,879	0,009
Familienstand getrennt lebend/geschieden	-1,165	0,312	0,128–0,761	0,010
Weibliches Geschlecht	0,054	1,055	0,999–1,115	0,054

Regressionsmodell:  $\text{Chi}^2 = 322,293$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,180$  (Rückwärtsverfahren)

**Tab. 6. Prädiktoren für eine antidepressive pharmakologische Vorbehandlung depressiver Patienten durch den niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater (n = 282)**

Variable	Beta	Odds-Ratio	95%-KI	p-Wert
Verschlechterung/Wiedererkrankung	1,162	3,197	1,740–5,875	0,000
Alter bei Aufnahme	0,020	1,020	1,001–1,039	0,037
Erkrankungsschwere (CGI)	-0,431	0,650	0,425–0,993	0,046

Regressionsmodell:  $\text{Chi}^2 = 304,027$ ;  $\text{df} = 3$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,103$  (Rückwärtsverfahren)

Behandlungsempfehlungen für suizidale Patienten Berücksichtigung finden [22], gehören doch Intoxikationen mit Psychopharmaka zu den am häufigsten gewählten Suizidversuchsmethoden. In

der Gruppe der Antidepressiva dominieren dabei mit etwa 60 % tri- und tetrazyklische Präparate.

Der Einsatz von Psychopharmaka bei depressiven Patienten in Hausarztpra-

xen entspricht gut den von Wittchen [51] erhobenen Zahlen (Tab. 7). Auch dort erhielten nur etwa 60 % der Patienten mit der ICD-Diagnose einer depressiven Episode überhaupt eine medikamentöse Behandlung. Dabei erhielten etwa 30 % der Patienten ein SSRI. Die Verordnungshäufigkeit von TZA variiert zwischen den Studien allerdings deutlich von 16 % über knapp 30 % bis 40 % (Tab. 7). Im Gegensatz zur Wittchen-Studie wurden zudem bei unserer Hausarzt Klientel Tranquilizer/Hypnotika sowie Antipsychotika weitaus häufiger verordnet, was sich durch den höheren Anteil an schwer kranken und insbesondere suizidalen Patienten erklären lässt. Der mit etwa 25 % deutlich häufigere Einsatz von Antipsychotika in der ambulanten fachpsychiatrischen Behandlung ist primär auf niederpotente Antipsychotika zurückzuführen und zeigt die Nutzung des sedierenden Potenzials bei gleichzeitiger Einsparung an Benzodiazepinen.

Leider lässt die BADO in ihrer derzeitigen Form [24] keine differenzierte Beurteilung des Einsatzes von Phytopharmaka zu (subsumiert unter „sonstige Antidepressiva“), obgleich insbesondere Johanniskrautpräparate (*Hypericum perforatum*) in Deutschland – trotz rückläufiger Tendenz in den letzten fünf Jahren [14] – besonders im hausärztlichen Bereich weit verbreitet sind [39, 51]. Nachdem der Wirksamkeitsnachweis von Johanniskraut mittlerweile auch bei schweren depressiven Episoden erbracht scheint [45], wäre der Einsatz auch bei einer stationär behandlungsbedürftigen Klientel indiziert.

In der Zusammenschau der Jahre 2000 bis 2003 ließ sich zwar in der Behandlung depressiver Patienten durch niedergelassene Nervenärzte/Psychiater ein deutlicher Zuwachs der Antidepressiva um mehr als 20 % verzeichnen, der insbesondere auf einen vermehrten Einsatz von SSRI zurückzuführen ist. Im gleichen Zeitraum konnte allerdings noch keine durchgängige Zunahme der Quantität antidepressiver Behandlung durch Hausärzte verzeichnet werden, und dies obgleich mit der zunehmenden Realisierung des Gatekeeper-Prin-

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de

**Tab. 7. Medikamentöse Behandlung depressiver Patienten durch den Hausarzt – Studienergebnisse aus der Bundesrepublik**

	Wittchen et al. 2001 [51] <sup>a</sup>	Schneider et al. 2003 [40]	Vorliegende Studie
Psychopharmaka insgesamt	60,8 %	k.A.	59,4 %
SSRI	28,1 %	27,0 %	29,7 %
TZA	16,2 %	39,0 %	29,7 %
MAO-Hemmer	k.A.	2,0 %	1,6 %
Andere Antidepressiva	k.A.	11,0 % (NASSA)	10,9 % (inkl. Phytopharmaka)
Phytopharmaka	22,6 %	29,0 %	k.A.
Hypnotika/Sedativa	6,6 %	k.A.	15,6 %
Antipsychotika	3,2 %	k.A.	9,4 %

<sup>a</sup> gemäß ICD-10

zips die Bedeutung des Hausarztes in der Versorgung depressiver Menschen weiter gestiegen ist [25]. Hier bleibt abzuwarten, wie sich der Einsatz antidepressiver Medikation in den Hausarztpraxen über die nächsten Jahre entwickeln wird. Derzeit ist noch nicht absehbar, welche positiven Effekte die durch das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ geförderte Fortbildung der bundesdeutschen Hausärzte [17, 18] und insbesondere das „Bündnis gegen Depression“ [1, 21, 42] auf deren Diagnose- und Therapiegewohnheiten haben werden – zumal nachhaltige Auswirkungen derartiger Initiativen auf die Behandlungsqualität angezweifelt werden [29, 47]. Ungeachtet dessen scheint auf regionaler Ebene eine kontinuierliche kollegiale Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten beispielsweise in Qualitätszirkeln dringend angeraten, möchte man direkte wie indirekte Kosten nicht erfolgter oder nicht adäquater Behandlungen vermeiden und eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung von an Depression erkrankten Menschen sowie eine effektive Suizidprävention sicherstellen.

#### Psychopharmacotherapy of depressive patients before their admission to a psychiatric hospital

**Objective:** The aim of the study was to investigate the outpatient psychopharmacological treatment of patients with depressive disorders referred by psychiatrists in private practice (PP) and general practitioners (GP).

**Methods:** Data of the German psychiatric basic documentation system (BADO) of all depressive inpatients (n=1970) admitted consecutively to

the Department of Psychiatry from 2002 to 2003 were analysed.

**Results:** 22.4% of the inpatients were referred by a GP, 18.4% by a PP. 61.9% of GP-patients (PP: 82.5%) had a chronic and recidivic, respectively, course of illness. GP-patients had significantly more seldom a psychopharmacological treatment before admission (59.4% vs. PP: 89.7%; p<0.001): GP prescribed significantly more seldom antidepressive drugs (53.1% vs. PP: 87.9%; p<0.001) and antipsychotics (9.4% vs. PP: 25.9%; p<0.016). Tranquilizers (GP: 15.6% vs. PP: 13.8%) and mood stabilizers (GP: 7.8% vs. PP: 13.8%) were in use in similar amounts. The use of psychopharmaceuticals by GP from 2000 until 2003 fluctuated, whereas the prescription of antidepressive drugs by PP increased by 24% (p=0.015).

**Conclusion:** The study points to GPs' deficits concerning the psychopharmacological treatment of depressive disorders. Early recognition and adequate treatment of depressive patients in primary care should be a main objective of psychiatric education for GP.

**Keywords:** Depression, psychopharmacology, psychiatric health care, general practitioner, psychiatrist, quality management

#### Literatur

- Althaus D, Niklewski G, Pfeiffer-Gerschel T, Schmidtke A, et al. Vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zur „European Alliance against Depression“. *Nervenheilkunde* 2005; 24:402–7.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1993;150: 1–26.
- Anderson IM, Tomenson BM. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *BMJ* 1995;310: 1433–8.
- Barsky AJ, Borus JB. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931–4.
- Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines

for biological treatment of unipolar depressive disorders, Part 1: acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatr* 2002;3:5–43.

- Bermejo I, Kratz S, Schneider F, Gaebel W, et al. Konkordanz von Arzt- und Patienten-Einschätzungen bei depressiven Störungen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2003;97(Suppl IV):44–9.
- Blair-West GW, Mellsoy GW, Eysen-Annan ML. Down-rating life-time suicide risk in major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:259–63.
- Bronisch T. Studien zur Beziehung von Depression und Suizidalität. *Nervenheilkunde* 1996;15:518–22.
- Carl G. Depression und Suizidalität: Krankheit zwischen Erkennungsdefizit und Undertreatment. *Neuro Transmitter* 2001;12:55–7.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, et al. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1001–8.
- Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD, et al. unter Mitarbeit von Spindler P und Krischker S. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 1995;24:3–41.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 5. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen.* Darmstadt: Steinkopff, 2000.
- Donoghue JM, Tylee A. The treatment of depression: Prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *Br J Psychiatry* 1996;168:164–8.
- Fritze J. Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2004. *Psychoneuro* 2005;31:46–52.
- Furukawa TA, McGuire H, Barbui C. Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressants in depression: systematic review. *BMJ* 2002;325:991–5.
- Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Int Med* 1999;14:569–80.
- Härter M, Bermejo I, Schneider F, Gaebel W, et al. Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2003;97(Suppl IV):9–15.
- Härter M, Bermejo I, Katz S, Schneider F. Fortbildungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen zur Implementierung von Versorgungsleitlinien. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2003;97(Suppl IV):67–73.
- Härter M, Sitta P, Bermejo I. Leitlinie Depression. Diagnostik und Therapie depressiver Störungen. Aktuelle Leitlinienentwicklung im interdisziplinären Konsens. *Info Neurologie Psychiatrie* 2005;7:S51–3.
- Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:288–91.

21. Hegerl U, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Dtsch Arztebl 2003;42:2278–83.
22. Hegerl U. Depression und Suizidalität. Verhaltenstherapie 2005;15:6–11.
23. Hirschfeld R, Keller MB, Panico S, Arons BS, et al. The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA 1997;277:333–40.
24. Hübner-Liebermann B, Spieß H, Spindler P, Cording C. Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO. Krankenhauspsychiatrie 2000;11:102–4.
25. Hübner-Liebermann B, Spieß H, Cording C. Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. Nervenarzt 2005;76:856–64.
26. Jakobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Nervenarzt 2002;73:651–8.
27. Laux G. Depression – erkennen, behandelt, vorbeugen. Was kann der Hausarzt tun? MMW 2005;2:S64–8.
28. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: The first pan-european study DEPRES. Int Clin Psychopharmacol 1997;12:19–29.
29. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, von Korff M, et al. Archiving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? Med Care 1997;35:831–42.
30. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, et al. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. J Clin Psychopharmacol 1999;19:132–40.
31. Lönnqvist J. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. In: Hawton K, van Heeringen K (eds.). Suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley, 2000:107–20.
32. MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, et al. Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003;326:1014.
33. McManus P, Mant A, Mitchell P, Britt H, et al. Use of antidepressants by general practitioners and psychiatrists in Australia. Aust N Z J Psychiatry 2003;37:184–9.
34. Menke R, Schneider F, Härter M, Salize HJ, et al. Kostenoptimierung ambulanter Depressionsbehandlung. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2003;97(Suppl IV):74–9.
35. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, et al. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2000;71:535–42.
36. Murray CJ, Lopez AD (eds.). The global burden of disease. Harvard: Harvard University, 1997.
37. Olfson M, Shea S, Feder A, et al. Prevalence of anxiety, depression and substance use disorder in an urban general medicine practice. Arch Fam Med 2000;9:876–83.
38. Petersen T, Dording C, Neault NB, Kornbluh R, et al. A survey of prescribing practices in the treatment of depression. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry 2002;26:177–87.
39. Salize HJ, Stamm K, Schubert M, Bergmann F, et al. Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. Psychiatr Prax 2004;31:147–56.
40. Schneider F, Härter M, Kratz S, Bermejo I, et al. Unzureichender subjektiver Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in der haus- und nierenärztlichen Praxis. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2003;97(Suppl IV):57–66.
41. Simon GE, von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999;341:1329–35.
42. Spieß H, Hübner-Liebermann B. Prävention und Öffentlichkeitsarbeit: Regensburger Bündnis gegen Depression – Ein Erfahrungsbericht. Krankenhauspsychiatrie 2004;15:125–30.
43. Spieß H, Hübner-Liebermann B, Hajak G. Volkskrankheit Depression – Epidemiologie, Versorgungssituation, Diagnostik, Therapie und Prävention. Dtsch Med Wochenschr 2006: im Druck.
44. Steffens DC, Krishnan KR, Helms MJ. Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. Depress Anxiety 1997;6:10–8.
45. Szegedi A, Kohlen R, Dienel A, Kieser M. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ 2005;330:503.
46. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. Am J Psychiatry 1996;153:636–44.
47. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire depression project randomised controlled trial. Lancet 2000;355:185–91.
48. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. Chichester: Wiley, 1995.
49. Williams Jr. JW, Mulrow CD, Chiquette E, Noel PH, et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. Ann Intern Med 2000;132:743–56.
50. Wittchen HU, Müller N, Schmidkunz B, Winter S, et al. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitsurveys „Psychische Störungen“. Fortschr Med Orig 2000;118:S4–10.
51. Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? Int Clin Psychopharmacology 2001;16:121–35.
52. World Health Organization. World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.
53. www.who.int/evidence
54. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. Psychosom Med 1999;61:6–17.
55. Zimmermann M, Posternak M, Friedman M, Attiullah N, et al. Which factors influence psychiatrists' selection of antidepressants? Am J Psychiatry 2004;161:1285–9.

## Ihre Meinung ist gefragt!

Leserbriefe sind uns, den Herausgebern und der Redaktion der „Psychopharmakotherapie“, sehr willkommen und werden – gegebenenfalls gekürzt – gedruckt. Schreiben Sie uns!

Redaktion Psychopharmakotherapie, Birkenwaldstr. 44, 70191 Stuttgart  
E-Mail: ppt@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de