

K. U. Kühn<sup>1</sup> · B. B. Quednow<sup>1</sup> · K. Barkow<sup>1</sup> · R. Heun<sup>1</sup> · M. Linden<sup>2</sup> · W. Maier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Poliklinik und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bonn

<sup>2</sup> Forschungsgruppe Ambulante Therapie am UKBF, Freie Universität Berlin

# Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemein- arztpraxis im Einjahresverlauf

Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation

## Zusammenfassung

Im Rahmen einer von der WHO weltweit durchgeführten Untersuchung wurden in deutschen Allgemeinarztpraxen Patienten im Verlauf eines Jahres hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Erkrankungen und der daraus folgenden psychosozialen Behinderung untersucht. 8,6% der Patienten in Allgemeinarztpraxen leiden aktuell unter Depressionen nach den Definitionen von ICD-10. Sie zeigen in 33,3% rezidivierende und chronifizierende Verläufe und führen zu einem hohen Grad an psychosozialer Behinderung (28,2%). Die Diagnose einer depressiven Erkrankung zum Indexzeitpunkt geht einher mit 3,2 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Monat im Vergleich zu 1,7 Tagen bei Patienten ohne die Diagnose einer Depression. Depressive Erkrankungen führen in 28,2% der Fälle zu einer bedeutsamen Behinderung in der Erfüllung sozialer Rollen im Vergleich zu 8,6% bei chronischen somatischen Erkrankungen. Von besonderer Bedeutung ist, dass diese erhöhte Rate negativer sozialmedizinischer Folgen bereits bei grenzwertigen Depressionen zu beobachten ist und mit einer Behinderungsrate von 15,3% der Patienten bzw. 2,9 Arbeitsausfalltagen einhergeht.

## Schlüsselwörter

Allgemeinärztliche Versorgung ·  
Epidemiologie der Depression ·  
Psychosoziale Behinderung ·  
Arbeitsunfähigkeit ·  
Unterschwellige Depression

Querschnittsuntersuchungen in allgemeinärztlichen Praxen belegen für Deutschland und für das europäische und angloamerikanische Ausland eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen [4, 19, 20, 21, 22]. Die Einmonatsprävalenz lag bei der jüngsten Studie dieser Art, der WHO-Studie „Psychological Problems in Primary Care“, in Deutschland bei 27% und im europäischen Ausland bei 25,4% [20]. Frühere Prävalenzuntersuchungen ermittelten vergleichbare Werte [1, 22]. Fraglich ist, inwieweit solche Erkrankungen nur vorübergehend sind und keine nachhaltige Beeinträchtigung nach sich ziehen, so dass eine gezielte und spezifische therapeutische Intervention nicht erforderlich ist, oder ob es sich um beeinträchtigende und möglicherweise sogar chronische Erkrankungen handelt [2, 6, 16, 23, 24, 26]. Zur Beantwortung dieser Frage werden Verlaufsuntersuchungen benötigt.

Die vorliegende Untersuchung berichtet über eine Einjahresverlaufsuntersuchung. Die Ergebnisse der initialen Querschnittsuntersuchung sind bereits andernorts publiziert worden [19, 27]. Ein Jahr später wurde in einer Teilstichprobe eine Nachuntersuchung durchgeführt, wobei erneut die Prävalenz psychischer Erkrankungen und das Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung und der Behinderung erhoben wurden. Diese Arbeit stellt die Ergebnisse für die deutschsprachigen Zentren unter den folgenden Fragestellungen dar:

© Springer-Verlag 2002

Diese Arbeit berichtet Daten des WHO-Projekts „Psychological Problems in General Health Care“, das mit Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation in Genf, der beteiligten Universitätszentren und Delagrang Laboratoire, Paris, und Synthelabo Pharmacie, Paris, durchgeführt wurde. Leiter der Studie waren Prof. Dr. N. Sartorius und Dr. T.B. Üstün, WHO, Genf. Leiter der Studienzentren in Europa waren in Athen C. Stefanis, V. Mavreas; in Berlin H. Helmchen, M. Linden; in Groningen W. van den Brink, B. Thiemens; in Mainz O. Benkert, W. Maier; in Manchester D. Goldberg, R. Gater; in Paris Y. Lecrubier, P. Boyer; in Verona M. Tansella, C. Bellantuono.

Dr. K.U. Kühn

Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Sigmund-Freud-Straße 25, 53105 Bonn,  
E-Mail: k.u.kuehn@uni-bonn.de

K. U. Kühn · B. B. Quednow · K. Barkow  
R. Heun · M. Linden · W. Maier

## Chronicity and psychosocial disability in depressed patients in primary care, 1-year follow-up

### Summary

As part of an international WHO study on psychological disorders in primary health care, patients were examined for mental disorders and especially depression and social disability in the course of 1 year. Depression is common in primary care (8.6%) and frequently associated with recurring or chronic courses (33.3%). Depression at baseline leads to a 100% increase of lost working days (3.2 per month) 1 year later as compared to patients without depression (1.7). The diagnosis of depression at baseline poses a greater risk for a relevant and lasting psychosocial disability (28.2%) than e.g. chronic somatic illnesses (8.6%). Even the diagnosis of a subthreshold depression leads comparatively to a higher degree of psychosocial disability (15.6% of patients) and days of absenteeism at work during the last month (2.9 days).

### Keywords

Primary health care ·  
Epidemiology of depression ·  
Psychosocial disability ·  
Absenteeism from work ·  
Subthreshold depression

1. Sind die zu den Indexuntersuchungen mit standardisierten Mitteln erhobenen psychischen Erkrankungen nur vorübergehender Natur oder sind sie so rezidivierend und chronifizierend, dass sie auch nach einem Jahr noch feststellbar sind?
2. In welchem Ausmaß führen die zum Indexzeitpunkt festgestellten psychischen Erkrankungen im Verlauf eines Jahres zu psychosozialen Behinderungen oder Beeinträchtigungen?
3. Welche Relevanz haben unterschwellige depressive Erkrankungen zum Indexzeitpunkt für die Entwicklung manifester depressiver Erkrankungen und die daraus resultierende psychosoziale Behinderung im Jahresverlauf?
4. Welche Behandlung erfahren derartige Erkrankungen im Jahresverlauf?

### Methode

Die Methodik wurde sowohl von von Korff und Üstün [28] als auch von Linden et al. [19] ausführlich dargestellt.

Das Erhebungsinstrumentarium des Intensivinterviews zum Einschluss und zum Follow-up nach 12 Monaten bestand aus dem Aufnahmebogen bzw. dem entsprechenden Follow-up-Bogen ein Jahr nach Indexuntersuchung und dem ausführlichen General Health Questionnaire (GHQ-28) [5]. Die Psychopathologie einschließlich der Diagnosen depressiver Erkrankungen wurde mit Hilfe des „Composite International Diagnostic Interview, Primary Health Care Version“ (CIDI-PHC) der WHO [25] beurteilt. Der Grad der körperlichen und sozialen Einschränkung wurde mit dem „WHO Brief Disability Questionnaire“ (BDQ) [30] eingeschätzt. Zusätzlich verwendeten wir den „Occupational-Role“-Abschnitt aus dem Social Disability Schedule (SDS) [29], einem halbstrukturierten Interview zum Funktionsgrad in wichtigen sozialen Rollen. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im letzten Monat erfragt.

Es werden im Folgenden Einmohnatsprävalenzen psychischer Erkrankungen berichtet, d. h. der Anteil der Patienten, die während des vorangehenden Monats die Kriterien einer Erkrankung erfüllten, so wie sie auf der Basis des CIDI nach den Algorithmen von ICD-10 berechnet wurden. Depressive Verstimmungen, die den Schweregrad einer

Major-Depression oder einer wiederkehrenden kurzen Depression nach ICD-10 auf der Basis des CIDI nicht erreichten oder die Zeitkriterien hierfür nicht erfüllten, wurden als unterschwellige Depression kodiert. Zur Problematik der Diagnosestellung unterschwelliger psychischer Erkrankungen sei verwiesen auf Helmchen und Linden [8] und Helmchen [9].

### Indexuntersuchung

Für diese Studie wurden in Berlin 35 und in Mainz 20 Allgemeinarztpraxen ausgewählt, die als repräsentativ für das deutsche Hausarztssystem angesehen werden können. Es handelte sich um Praxen, die nach ihren personellen und materiellen Voraussetzungen ausschließlich allgemeinärztlich arbeiten. Nach Auswahlkriterien handelte es sich um keine Zufallsstichprobe.

Aus 5284 mit dem GHQ-12 [5] gescreenten Patienten (Berlin:  $n=2581$ , Mainz:  $n=2703$ ), wurde eine geschichtete Stichprobe gezogen. Basierend auf den individuellen GHQ Werten wurden 10% der Patienten mit niedrigem Score, 35% mit einem mittleren Score und 100% der Patienten mit einem hohen Score in die Indexuntersuchung eingeschlossen. In Berlin und Mainz wurden so jeweils 400 Patienten untersucht.

Das Vorgehen bei der Stichprobenziehung bedeutet, dass die im Folgenden berichteten Zahlen sich im Sinne einer Querschnittsprävalenz auf die Inanspruchnahmepopulation in den Praxen beziehen und nicht auf alle in der Praxis z. B. im Verlauf eines Quartals behandelten Patienten. So muss davon ausgegangen werden, dass beispielsweise psychisch kranke Patienten häufiger als solche mit somatischen Bagatellerkrankungen zum Arzt kommen und daher in der Inanspruchnahmepopulation im Vergleich zur Praxispopulation überrepräsentiert sind. Diese Inanspruchnahmepopulation spiegelt jedoch am besten den tatsächlichen Betreuungsbedarf wider [19, 20].

Die angegebenen Prävalenzen sind rückgewichtet, d. h. sie beziehen sich auf die Grundgesamtheit der konsekutiv rekrutierten Praxisbesucher, die einen GHQ ausfüllten. Die Gewichtungszurprozedur ist bei von Korff und Üstün [28] detailliert beschrieben. Durch die Art der Erhebung wurden soziale Phobie, einfache Phobie, Drogenabusus/-abhängig-

Tabelle 1

### Einmonatsprävalenzen psychischer Erkrankungen nach einem Jahr bei Patienten in allgemeinärztlicher Praxis in Abhängigkeit von der Indexdiagnose

Indexuntersuchung (ICD-10-Diagnosen – CIDI-Interview)	Einjahresverlaufsuntersuchung (ICD-10-Diagnosen – CIDI-Interview)					
	Depressive Episode (voll)	Wiederkehrende kurze Depression	Unterschwellige depressive Episode	Andere voll ausgebildete Störung (keine der vorgenannten)	Irgendeine psychische Erkrankung	Keine psychische Erkrankung
Depressive Episode (voll) (n=78)	29,5%	3,8%	10,3%	20,5%	44,9%	37,2%
Wiederkehrende kurze Depression (n=37)	8,1%	2,7%	8,1%	8,1%	25,9%	73,0%
Unterschwellige depressive Episode (n=21)	14,3%	–	19,0%	14,3%	–	52,4%
Andere voll ausgebildete Erkrankung (keine der vorgenannten; n=95)	9,5%	5,3%	2,1%	35,8%	36,9%	47,4%
Andere unterschwellige psychische Störungen (keine der vorgenannten; n=35)	2,9%	5,7%	14,3%	5,7%	20,8%	71,4%
Irgendeine psychische Erkrankung (n=197)	20,4%	10,4%	–	19,3%	42,6%	44,1%
Keine aktuelle psychische Erkrankung (n=215)	3,5%	0,4%	2,2%	6,6%	10,2%	87,3%

keit, Medikamentenabusus/-abhängigkeit, psychotische Erkrankungen, Manien, Zylothymien und Persönlichkeitsstörungen nicht erfasst. In dem vorliegenden Teilprojekt der Untersuchung werden ausschließlich depressive Erkrankungen zum Zeitpunkt der Indexuntersuchung sowie ein Jahr nach Indexuntersuchung erfasst. Darüber hinaus wurden der Grad der psychosozialen Behinderung und die Zahl der Fehltage im letzten Monat erhoben. Im Anschluss daran folgte eine Nachuntersuchung nach 3 Monaten und nach 12 Monaten. Die im Folgenden berichteten Daten beziehen sich auf die initiale Intensivuntersuchung und die Untersuchung nach 12 Monaten.

#### Untersuchung nach 12 Monaten

Für die Nachuntersuchung wurden nach 12 Monaten alle 800 Personen, die an der Indexuntersuchung teilgenommen haben, angeschrieben und zur Nachuntersuchung eingeladen. Insgesamt nahmen 557 Patienten (Berlin: n=314, Mainz: n=243) aus der Ursprungsstichprobe an der Untersuchung nach 12 Monaten teil. Dies entspricht 69,6% der Patienten, die an der ersten Untersuchung teilgenom-

men hatten. Für das Nichterscheinen zur Folgeuntersuchung wurde am häufigsten Zeitmangel angegeben.

#### Ergebnisse

Patienten mit dem Vollbild einer depressiven Episode in der Indexuntersuchung zeigen in der Nachuntersuchung nach einem Jahr eine Einmonatsprävalenz von 29,5% für die Diagnose *depressive Episode* und eine Einmonatsprävalenz von 43,6% für eine Diagnose aus dem Bereich *depressive Erkrankungen* nach ICD-10 (Tabelle 1). Patienten mit rein somatischen Problemen ohne psychische Erkrankungen in der Indexuntersuchung zeigen nach einem Jahr eine Einmonatsprävalenz von 3,5% für die Diagnose *depressive Episode* und eine Einmonatsprävalenz von 6,1% für eine Diagnose aus dem Bereich *depressive Erkrankungen* nach ICD-10. Patienten mit der Diagnose einer *unterschweligen depressiven Episode* zeigen in der Nachuntersuchung nach einem Jahr eine Einmonatsprävalenz von 14,3% für die Diagnose *depressive Episode* und eine Einmonatsprävalenz von 33,3% für eine Diagnose aus dem Bereich *depressive Erkrankungen* nach ICD-10.

Ein Jahr nach der Diagnosestellung *depressive Episode* in der Indexuntersuchung ist bei 28,2% aller Patienten in der Fremdbeurteilung (SDS) und bei 29,5% aller Patienten in der Selbstbeurteilung (BDQ) eine deutliche oder ausgeprägte Behinderung feststellbar. Bei Patienten mit rein somatischen Beschwerden ohne psychische Erkrankungen ist ein Jahr nach der Indexuntersuchung die Häufigkeit einer deutlichen oder ausgeprägten Behinderung mit 11,8% in der Fremdbeurteilung und 5,5% in der Selbstbeurteilung deutlich geringer (Tabelle 2). Patienten mit rein somatischen Beschwerden nehmen sich im Vergleich zur Fremdbeurteilung selbst als wesentlich weniger eingeschränkt wahr. *Unterschwellige depressive Episoden* gehen ein Jahr nach Diagnosestellung bei 15,3% aller Patienten in der Fremdbeurteilung (SDS) und bei 16,9% aller Patienten in der Selbstbeurteilung (BDQ) mit einer deutlichen oder ausgeprägten Behinderung einher.

Patienten mit *irgendeiner psychischen Erkrankung* leiden ein Jahr nach Diagnosestellung mehr als doppelt so häufig an einer deutlichen oder ausgeprägten Behinderung wie Patienten mit *chronischen somatischen Erkrankungen*

Tabelle 2

### Fremdbeurteilte und selbstbeurteilte psychosoziale Behinderung nach einem Jahr bei Patienten in allgemeinärztlicher Praxis in Abhängigkeit von der Indexdiagnose

Indexuntersuchung (ICD-10-Diagnosen – CIDI-Interview)	Ein Jahr nach Indexuntersuchung Deutliche oder ausgeprägte Behinderung	
	Fremdbeurteilung (SDS-Globalscore)	Selbstbeurteilung (BDQ)
Depressive Episode (n=78)	28,2%	29,5%
Unterschwellige depressive Episode (n=21)	15,3%	16,9%
Wiederkehrende kurze Depression (n=63)	20,7%	17,5%
Irgendeine psychische Erkrankung (n=197)	26,2%	26,9%
Keine psychische Erkrankung (n=240/235)	11,8%	5,5%
Chronische somatische Erkrankung	19,7%	20,4%
Chronische somatische Erkrankung ohne begleitende volle psychische Störung	11,2%	11,8%
Chronische somatische Erkrankung ohne begleitende volle oder unterschwellige psychische Erkrankung	8,6%	11,4%
Hausarzt diagnose		
Psychiatrischer Fall (n=215/216)	24,7%	23,1%
Kein psychiatrischer Fall (n=315/311)	14,3%	12,9%

ohne begleitende volle psychische Erkrankung und 3-mal so häufig wie Patienten mit *chronischer somatischer Erkrankung ohne volle oder unterschwellige psychische Erkrankung*. Dem entspricht auch eine doppelt so häufige deutliche oder ausgeprägte Behinderung ein Jahr nach der hausärztlichen Diagnose *psychiatrischer Fall* gegenüber *kein psychiatrischer Fall*. Insgesamt geht die Diagnose einer psychischen Erkrankung zum Indexzeitpunkt auch ein Jahr nach Diagnosestellung mit einer erheblichen Zunahme an psychosozialer Behinderung einher.

Diese andauernde psychosoziale Behinderung lässt sich auch durch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Monat vor der Nachuntersuchung belegen. Die initiale Diagnose prädiziert also psychosoziale Behinderung im folgenden Jahr. Auch hier befindet sich die Anzahl der Fehltage bezogen auf die diagnostische Beurteilung durch CIDI zum Indexzeitpunkt im Wesentlichen im Einklang mit der Anzahl der Fehltage bezogen auf die diagnostische Beurteilung durch den Hausarzt zum Indexzeitpunkt. In beiden Fällen zeigen Patienten mit manifesten *psychischen Erkrankungen* und auch Patienten mit *unterschwel-*

*ligen psychischen Erkrankungen* zum Indexzeitpunkt auch nach einem Jahr höhere Fehlzeiten als Patienten mit *somatischen Erkrankungen ohne psychische Erkrankungen* (Tabelle 3).

Die vorliegenden Daten zur Pharmakotherapie erlauben lediglich Aussagen über die Behandlung mit psychotro-

pen Substanzen insgesamt. Aussagen über Stoffklassen oder einzelne Substanzen, Dosierungen oder Arzneimittelwirkungen können nicht gemacht werden. 19,2% aller Patienten bei denen nach CIDI eine psychische Erkrankung vorliegt und 10,5% der Patienten, bei denen nach CIDI keine psychische Erkrankung vorliegt werden mit psychotropen Substanzen behandelt. Von den Patienten, bei denen nach Ansicht der Hausärzte eine psychische Erkrankung vorliegt, werden 24% mit psychotropen Substanzen behandelt im Vergleich zu 7,6% aller Patienten, bei denen nach Einschätzung der Hausärzte keine psychische Erkrankung vorliegt. Patienten ohne psychische Erkrankung wurden im Mittel 34,7 Tage mit psychotropen Substanzen behandelt, gegenüber 61,2 Behandlungstagen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. (Tabelle 4).

## Diskussion

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Untersuchung, die bezüglich Methodik und Durchführung Teil der größten internationalen Studie zu psychischen Erkrankungen in der Primärmedizin ist. Es handelt sich zudem um eine der seltenen Langzeitstudien zum Verlauf psychischer Erkrankungen. Die Datenerhebung erfolgte mit standardisierten und international anerkannten Instrumenten in Kooperation mit ihren jeweiligen Autoren. Dies gilt

Tabelle 3

### Durchschnittliche Anzahl von Fehltagen im letzten Monat vor Verlaufsuntersuchung in Abhängigkeit vom diagnostischen Status zum Indexzeitpunkt

Diagnostische Beurteilung durch CIDI zum Indexzeitpunkt	Ein Jahr nach Indexuntersuchung Anzahl Fehltage (Standardabweichung)
Irgendeine psychische Erkrankung	3,2 (5,9)
Unterschwellige psychische Erkrankung	2,9 (6,2)
Keine psychische Erkrankung	1,7 (4,5)
Chronische somatische Erkrankung	2,7 (5,7)
Chronische somatische Erkrankung ohne begleitende volle psychische Erkrankung	1,9 (4,7)
Chronische somatische Erkrankung ohne begleitende volle oder unterschwellige psychische Erkrankung	1,6 (4,3)
Diagnostische Beurteilung durch Hausarzt zum Indexzeitpunkt	
Psychische Erkrankung	3,4 (6,5)
Kein psychische Erkrankung	2,1 (4,8)

Tabelle 4

### Relative Häufigkeit und mittlere Behandlungsdauer von Patienten mit Verordnung von psychotropen Substanzen über ein Jahr nach Indexuntersuchung in Abhängigkeit vom diagnostischen Status zum Indexzeitpunkt

Diagnostische Beurteilung nach CIDI bei Indexuntersuchung	Einjahresperiode	
	Häufigkeit der Verordnung psychotroper Substanzen [%]	Behandlungsdauer [d]
Irgendeine psychische Erkrankung	19,2	54,4
Unterschwellige psychische Erkrankung	5,4	70,0 <sup>a</sup>
Keine voll oder unterschwellig ausgeprägte psychische Erkrankung	10,5	55,8
Diagnostische Beurteilung durch Hausarzt zum Indexzeitpunkt		
Psychische Erkrankung	24,0	61,2
Keine psychische Erkrankung	7,6	34,7

<sup>a</sup> n=7

auch für die Feststellung der psychosozialen Behinderung im Kontext vorliegender psychischer und körperlicher Erkrankungen mit BDQ und SDS.

In dieser Arbeit werden nur Daten aus den deutschen Zentren berichtet. Diese Beschränkung erfolgte, da psychosoziale Behinderungen und sozialmedizinische Folgen von Erkrankungen durch den Entwicklungsstand, das Sozialversicherungswesen und die Struktur der Gesundheitsversorgung beeinflusst werden. Daher erschien eine Beschränkung auf ein Land für die vorliegende Fragestellung sinnvoll. Die gefundenen Ergebnisse sind in mehrfacher Hinsicht von großer theoretischer und praktischer Bedeutung.

#### Die Chronizitätsrate ist hoch

Psychische Erkrankungen und insbesondere depressive Erkrankungen sind in allgemeinärztlichen Praxen nicht nur querschnittsmäßig häufig, sondern zeigen im Längsschnittverlauf eine hohe Chronizitätsrate. Etwa 30% der Patienten mit voll ausgebildeten depressiven Erkrankungen sind nach einem Jahr immer noch bzw. erneut an derselben Erkrankung erkrankt. Der Anteil von chronifizierend bzw. intermittierend verlaufenden psychischen Erkrankungen in der allgemeinärztlichen Praxis ist also beträchtlich. Wegen der hohen Rate chronifizierender und wiederkehrender Erkrankungen stellt die Querschnittsdiagnose einer psychischen Erkrankung

auch einen Indikator einer eher ungünstigen weiteren Krankheitsentwicklung dar. Mit den vorliegenden Daten sind aufgrund des Erhebungsmodus die Anteile von chronischen versus rezidivierenden Erkrankungen allerdings nicht unterscheidbar.

Während der Anteil von chronisch bzw. intermittierend verlaufenden psychischen Erkrankungen sehr hoch ist, ist die Neuerkrankungsrate für psychische Erkrankungen bei psychisch initial gesunden Patienten im Einjahresverlauf mit 3,5% relativ niedrig. Diese Neuerkrankungsrate ist nur geringfügig größer als die aus Allgemeinbevölkerungsstudien bekannte Inzidenzrate [3, 10, 11, 12, 13].

Diese Chronizität gewinnt zusätzliche Bedeutung durch die sozialmedizinischen Konsequenzen dieser Erkrankungen. Jeder 3. bis 4. Patient zeigt auch im Abstand von einem Jahr in der objektiven wie subjektiven Beurteilung eine deutliche oder ausgeprägte Behinderung in alltäglichen Rollenvollzügen. Die Validität dieser Feststellung wird untermauert durch die im Vergleich zu körperlich Erkrankten doppelt so hohe Zahl der Arbeitsausfalltage pro Monat.

#### Unterschwellige depressive Erkrankungen sind Risikostadien

Dies gilt interessanterweise sogar für sog. unterschwellige oder grenzwertige, also im Querschnitt eher leichtere erscheinende depressive Erkrankungen.

Unterschwellige depressive Erkrankungen stellen Risikostadien für manifeste psychiatrische Erkrankungen dar, denn diese Patienten entwickeln im Einjahresverlauf 4-mal häufiger eine voll ausgebildete Depression und 2-mal häufiger eine andere psychische Erkrankung als Patienten ohne eine psychische Erkrankung zum Indexzeitpunkt. Sie zeigen zudem auch im Jahresabstand eine deutlich erhöhte Rate psychosozialer Behinderungen und vermehrte Ausfallzeiten.

Diese Befunde sind ein überzeugender Beleg dafür, dass diesen Erkrankungen trotz des möglicherweise wenig beeindruckenden Querschnittsbildes unter Gesichtspunkten des Verlaufs und vor allem der sozialmedizinischen Konsequenzen eindeutig Krankheitswertigkeit zuzuerkennen ist [8]. Nach unseren Befunden dürfen sie nicht als Bagatellerkrankungen missverstanden werden.

#### Sozialmedizinische Bedeutung psychischer Erkrankungen

Beeindruckend ist auch der Vergleich der psychischen Erkrankungen mit den somatischen Erkrankungen hinsichtlich ihrer sozialmedizinischen Bedeutung. „Psychische Erkrankungen“ stehen gelegentlich im Verdacht, im Vergleich zu „richtigen“ Erkrankungen beispielsweise des Herz-Kreislauf-Systems Krankheiten von nachgeordneter Bedeutung zu sein. Die vorliegenden Daten sprechen für eine andere Gewichtung. Psychische Erkrankungen beeinträchtigen ihrer Natur nach unmittelbar das Lebensgefühl, die Lebensqualität und die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit Lebensanforderungen, was nicht in gleicher Weise zwingend auch für andere Erkrankungen gilt.

Diese Besonderheit psychischer Erkrankungen zeigt sich gerade auch im Vergleich der sozialmedizinischen Konsequenzen. Psychische Erkrankungen führen doppelt so häufig zu Behinderungen in täglichen Rollenanforderungen und zu doppelt so vielen Arbeitsausfallzeiten, und dies sogar in Jahreszeiträumen.

#### Folgen für den Versorgungssektor

Aus der hohen Chronifizierungsneigung und den beeindruckenden sozialmedizinischen Kosten nicht nur der manifesten, sondern auch der unterschweligen

psychischen Erkrankungen ergeben sich mehrere wichtige Konsequenzen:

- Den sog. „minoren Erkrankungen“ muss diagnostisch wie therapeutisch mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden [8]. Epidemiologisch sind unterschwellige, leichtere und mittelschwere Depressionen ungleich häufiger als die ausgeprägteren Erkrankungsformen. Wenn auch die Letzteren, wie beispielsweise die wahnhaftige Depression, im Querschnitt ein-druckvoller sind, so sind es doch die Ersten, die in besonderer Weise wegen ihrer Häufigkeit und Chronizität nicht nur persönliches Leid, sondern auch hohe soziale Kosten verursachen.

Ein wichtiger Schritt in dieser Richtung ist in den letzten Jahren beispielsweise die Erweiterung des psychotherapeutischen Versorgungsangebots durch Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychologische Psychotherapeuten. Dazu gehört auch die Qualifizierung der Hausärzte in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen [16, 17], der inzwischen unter dem Stichwort der „primary care psychiatry“ international zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird.

- Eine weitere Konsequenz ergibt sich aus dem § 2 des im Jahr 2001 neu von Bundestag und Bundesrat verabschiedeten Sozialgesetzbuchs IX, wonach jeder von der Altersnorm abweichende Gesundheitszustand, der bereits oder absehbar länger als ein halbes Jahr andauert, als Behinderung im Sinne des Gesetzes anzusehen ist. Die in den Allgemeinarztpraxen vorgefundenen psychischen Erkrankungen fallen damit wegen ihrer faktischen und vorhersehbaren hohen Chronifizierungsrate und der damit assoziierten negativen Erwerbsprognose wesentlich in den Aufgabenbereich der Rehabilitationsmedizin, d. h. der medizinischen Spezialdisziplin für chronifizierende bzw. chronifizierte Erkrankungen.

Die Rentenversicherungsträger haben diese Aufgabe in den vergangenen Jahren bereits erkannt und ein breites Netz sog. psychotherapeutischer und psychosomatischer Fachkliniken aufgebaut, in denen in Deutschland jährlich etwa 50.000 Patienten behandelt werden. Dieses stationäre Versorgungsangebot wird inzwischen durch den Aufbau teilstationärer und ambulanter Behandlungsmöglichkeiten erweitert [18]. Die Rehabilitationsbehandlung umfasst über die Akutbehandlung hinausgehend sowohl eine erweiterte Diagnostik und eine intensiviertere Therapie der zweiten Linie zum Ausschluss einer eventuellen Pseudochronizität wie auch spezifische Interventionen zur besseren Krankheitsverarbeitung und Tertiärprävention, d. h. beispielsweise gerade auch zur Verhinderung von sozialer Desintegration und Erwerbsunfähigkeit.

### Behandlungskonzepte fehlen

Trotz bzw. gerade wegen der vorgenannten Entwicklungen im Versorgungssektor stellt sich um so dringender die Frage nach wirksamen und erprobten Behandlungskonzepten für die in dieser Studie beschriebenen Erkrankungen. Allerdings ist bislang ein erhebliches Forschungsdefizit zu beklagen. Dies erklärt sich zum Teil dadurch, dass es kaum Forschungseinrichtungen gibt, die mit dem Primärversorgungsbereich wissenschaftlich zusammenarbeiten können [7, 14, 15], und dass klinische Rehabilitationsforschungseinrichtungen bislang weitgehend fehlen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat wegen der epidemiologischen, klinischen und sozialmedizinischen Bedeutung chronischer und chronifizierender Erkrankungen daher „Health Care for Chronic Diseases“, wozu auch „Mental Health“ zählt, derzeit zu ihrem Programmschwerpunkt gemacht.

## Literatur

- Angst J, Dobler-Mikola A (1984) The Zurich Study – A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes – II. The Continuum from Normal to Pathological Depressive Mood Swings. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 234: 21–29
- Brown C, Schulberg HC, Prigerson HG (2000) Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 22: 242–250
- Gallo JJ, Coyne JC (2000) The challenge of depression in late life: bridging science and service in primary care (editorial). *JAMA* 284: 1570–1572
- Glass RM (1999) Treating Depression as a Recurrent or Chronic disease (editorial). *JAMA* 281
- Goldberg D, Williams PA (1988) Users guide to the General Health Questionnaire: GHQ. Nfer-Nelson, Windsor Berkshire UK
- Goldberg D, Privett M, Üstün B, Simon G, Linden M (1998) The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract* 48: 1840–1844
- Helmchen H, Linden M, Schüssler G (1984) The private practice study group as phase-IV research tool. *Pharmacopsychiatry* 17: 157–161
- Helmchen H, Linden M (2000) Subthreshold Disorders in Psychiatry: Clinical reality, Methodological Artifact, and the Double-Threshold Problem. *Compr Psychiatry* 41 [Suppl 1]:1–7
- Helmchen H (2001) Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt* 72:181–189
- Hickie IB (2000) An approach to managing depression in general practice. *Med J Aust* 173: 106–110
- Higgins ES (1994) A review of unrecognised mental illness in primary care: prevalence, natural history, and efforts to change the course. *Arch Fam Fed* 3: 908–917
- Johnstone A, Goldberg D (1978) Psychiatric screening in general practice: a controlled trial. *Lancet* 1:605–608
- Kivela SL, Viramo P, Pakkala K (2000) Factors predicting of depression in elderly primary care patients. *Int Psychogeriatr* 2: 183–194
- Linden M (1987) Phase-IV-Forschung. Antidepressiva in der Nervenarztpraxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Linden M (1989) Die Phase IV der Therapie-Evaluation. *Nervenarzt* 60: 453–461
- Linden M (1999) Theory and practice in the management of depressive disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 14 [Suppl 3]: 15–25
- Linden M (1999) Psychische Störungen in der primärmedizinischen Versorgung. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*. 4. Aufl. Bd. 2, Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 395–432

18. Linden M (2001) Flexibilisierung in der Rehabilitation psychischer Erkrankungen – Klinische Aufgabenstellung. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg) Rehabilitation 2001, Flexibilisierung – Fortschritte für die Rehabilitation. BfA Selbstverlag, Berlin, S 120–130
19. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996) Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Nervenarzt 67: 205–215
20. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G (1999) The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. J Clin Psychopharmacol 19: 132–140
21. Maier W, Herr R, Lichtermann D, Gänssicke M, Benkert O, Faust G (1994) Brief depression among patients in general practice: Prevalence and variation by recurrence and severity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 244: 190–195
22. Maier W, Falkai P (1999) The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. International Clinical Psychopharmacology 14 [Suppl 2]: 1–6
23. Mulrow CD, Williams JW Jr, Chiquette E et al. (2000) Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients. Am J Med Jan 108: 54–64
24. Murray CJ, Lopez AD (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 349: 1498–1504
25. Robins LN, Wing JK, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A (1998) The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument. Arch Gen Psychiatry 45: 1069–1077
26. Simon GE (2000) Long-term prognosis of depression in primary care. Bull World Health Organ 78: 439–445
27. Üstün TB, Sartorius N (1995) Mental illness in general health care. An international study. Wiley, Chichester UK
28. Von Korff M, Üstün TB (1995) In: Üstün TB, Sartorius N (eds) Mental illness in general health care. An international study. Wiley, Chichester UK
29. Wiersma D, de Jong A, Ormel J (1998) The Groningen Social Disability Schedule: development, relationship, with I.C.I.D.H. and psychometric properties. Int J Rehabil Res 11: 213–224
30. World Health Organisation, WHO (1980) Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Division of Mental Health, World Health Organisation, Geneva CH

### *Möchten Sie einen Beitrag bei „Der Nervenarzt“ einreichen?*

Wir freuen uns, dass Sie unsere Zeitschrift „Der Nervenarzt“ mitgestalten wollen. Um Ihnen bei der Manuskripterstellung behilflich zu sein, haben wir für unsere Autoren Hinweise zusammengefasst, die Sie im Internet finden unter <http://link.springer.de/link/service/journals/00115/instr.htm>

Senden Sie Ihren fertigen Beitrag bitte an:

**Prof. Dr. T. Brandt**  
(Federführender Herausgeber für das Gebiet Neurologie)  
Neurologische Klinik  
Ludwig-Maximilians-Universität  
Klinikum Großhadern  
Marchioninstraße 15  
81377 München

**Prof. Dr. W. Hacke**  
Neurologische Klinik  
der Universität  
Im Neuenheimer Feld 400  
69120 Heidelberg

**Prof. Dr. H. Helmchen**  
(Federführender Herausgeber für das Gebiet Psychiatrie)  
Psychiatrische Klinik  
der Freien Universität Berlin  
Eschenallee 3  
14050 Berlin

**Prof. Dr. S.O. Hoffmann**  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
der Universität  
Untere Zahlbacherstraße 8  
55131 Berlin

**Prof. Dr. H.-J. Möller**  
Psychiatrische Klinik  
Ludwig-Maximilians-Universität  
Nußbaumstraße 7  
80336 München

**Prof. Dr. J. Noth**  
Neurologische Klinik  
Medizinische Fakultät der RWTH  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen

**Prof. Dr. H. Saß**  
Psychiatrische Klinik der RWTH  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen

Für Fragen steht Ihnen die Verlagsredaktion gerne zur Verfügung.

**Dr. N. Djordjević**  
([djordjevic@springer.de](mailto:djordjevic@springer.de))