



Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen

Auswertungen der Daten zum Thema Depression aus dem Sentinella-Meldesystem

Schlussbericht 2009 im Auftrag des BAG und in Zusammenarbeit mit der Sentinella Programmkommission (PK)

Daniela Schuler, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan

Neuenburg, 02. September 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.1 Bedeutung der Depression	1
1.2 Daten- und Wissenslücken	1
1.3 Wiederaufnahme der Depression ins Sentinella-Meldesystem	2
1.4 Auswertungs-Auftrag an das Obsan	2
2 Das Sentinella-Meldesystem (SMS)	3
2.1 Auftrag und Organisation	3
2.2 Das Sentinella-Meldekollektiv	4
2.3 Modul zu Depression und Meldekriterien.....	4
3 Methodische Besonderheiten	7
3.1 Probleme und Änderungen der Meldepraxis	7
3.1.1 Leichte Depressionen	7
3.1.2 Kombination von Behandlung: Selbst <i>und</i> Überweisung	7
3.1.3 Weitere Präzisierungen	7
3.2 Auswirkungen der Änderungen auf die Daten – Quartalsvergleich	8
3.3 Analyseebene: Erstkonsultationen vs. Folgekonsultationen.....	10
3.4 Facharztgruppen	10
4 Ergebnisse	11
4.1 Häufigkeit, Verteilung und Art der Depressionsmeldungen	11
4.1.1 Häufigkeit der Depressionsmeldungen.....	11
4.1.2 Art der Konsultationen	12
4.1.3 Schätzung der Inzidenz depressiver Erkrankungen	12
4.1.4 Schweregrad der gemeldeten depressiven Erkrankungen	13
4.2 Meldungen von Allgemeinpraktikern und Internisten	14
4.2.1 Geschlecht, Alter, Nationalität	14
4.2.2 Komorbidität.....	16
4.2.3 Wochen seit Symptombeginn	17
4.2.4 Behandlung.....	17
4.2.5 Hochrechnungen auf die Schweizer Bevölkerung.....	18
5 Fazit	19
6 Ausblick	21
7 Literaturverzeichnis	22

Zusammenfassung

Aufgrund der Relevanz depressiver Erkrankungen und der identifizierten Daten- und Wissenslücken wurde auf Antrag des Direktionsbereiches Gesundheitspolitik des Bundesamtes für Gesundheit für das Jahr 2008 ein Modul zu Depression in das Sentinella-Meldesystem aufgenommen. Das Sentinella-Meldesystem ist ein Co-Projekt von engagierten Hausärztinnen/ärzten und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dient der Überwachung übertragbarer akuter Erkrankungen und der Forschung in der Hausarztmedizin.

Im Depressions-Modul werden soziodemografische Angaben zu den Patienten und Patientinnen mit Depressions-Symptomen, Spezifikationen zu den depressiven Erkrankungen und Angaben zur Intervention durch die meldenden Hausärzte und Hausärztinnen erfasst.

Dank dem Mitwirken der regelmässig und unentgeltlich meldenden Ärzte und Ärztinnen und der damit fortlaufenden Datenerhebung, liegen nun – nach den Auswertungen des ersten Quartals in einem Zwischenbericht – erste Auswertungen des gesamten Meldejahres 2008 vor. Die Ergebnisse vermitteln ein Bild der Relevanz depressiver Erkrankungen in der Hausarztpraxis und der zentralen Rolle der Grundversorger in der Erkennung und Behandlung von Depressionen.

Im Meldejahr 2008 sind durchschnittlich *11.0 von 1000 Meldungen* solche zu Depressionen und bei schätzungsweise 2.8 von 1000 Konsultationen handelt es sich um *Neuerkrankungen*. Beide Raten zeigen starke regionale Unterschiede und sind verglichen mit Ergebnissen anderer Studien auffallend tief. Gemäss informellen Rückmeldungen (aus dem ersten Quartal) kann bei rund einem Drittel der Patienten und Patientinnen von leichten depressiven Erkrankungen ausgegangen werden. Leichte Depressionen, die nicht therapiert werden, sind aber nicht Gegenstand der Sentinella-Erhebung, da deren Meldungen zu aufwändig sind. Ausserdem stellt sich das Problem der Abgrenzung zwischen depressiven Befindlichkeiten und leichten Depressionen.

Die Mehrzahl der initialen Konsultationen (exkl. Folgekonsultationen) im Zusammenhang mit Depressionen erfolgt durch *Frauen (66.9%)* und im *jungen und mittleren Alter*. Der *Ausländeranteil* an Depressionsmeldungen ist tiefer als der Anteil ausländischer Staatsangehöriger in der Schweizer Bevölkerung. Die meisten Patienten und Patientinnen (69.0%) suchen zwischen *2 und 12 Wochen* nach Auftreten der Depressions-Symptome den Hausarzt/die Hausärztin auf.

Bei drei Viertel der Konsultationen im Zusammenhang mit Depressionen stellten die Ärzte und Ärztinnen *komorbide psychische oder/und organische Erkrankungen* fest, was die Behandlung der depressiven Erkrankung erschwert und die Prognosen verschlechtert.

Den Grossteil (80%) der depressiven Patienten/innen *behandeln die meldenden Ärzte/innen selber*. Die leichten Depressionen werden hauptsächlich mit Antidepressiva therapiert, bei schweren Erkrankungen wird die Medikamentenabgabe vermehrt mit Psychotherapie kombiniert und die Patienten und Patientinnen werden häufiger an ambulante oder stationäre Stellen weiterverwiesen.

1 Ausgangslage und Fragestellung

1.1 Bedeutung der Depression

Depression ist die häufigste psychische Krankheit im erwachsenen Alter und ist nicht nur für das erkrankte Individuum und sein direktes Umfeld, sondern auch für die Gesellschaft und Volkswirtschaft von beträchtlicher Bedeutung. Die WHO prognostiziert für das Jahr 2020, dass Depressionen eine der wichtigsten Erkrankungen überhaupt und in Zukunft mindestens die zweitschwerste Pathologie weltweit sein wird, bezüglich der damit verbundenen Belastung (WHO 2001). Mit „Belastung“ ist nicht nur die Beeinträchtigung der Lebensqualität bzw. der Lebenserwartung der Betroffenen gemeint, sondern z.B. auch der Verlust an Produktivität, die Belastung der Angehörigen oder Folgeschäden für die Familie und das soziale Umfeld.

Schätzungsweise jede fünfte Person ist im Verlauf ihres Lebens von einer ernsthaften Depression betroffen. Die Jahresprävalenz liegt bei ungefähr 7% (Ajdacic-Gross and Graf 2003) (Stoppe, Bramesfeld et al. 2006). Die Inzidenzschätzungen (neue Erkrankungen pro Jahr) liegen bei 1-2% (Hautzinger 1998).

Depressionen treten oft gleichzeitig mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen auf. In der US-amerikanischen Epidemiological Catchment Area Study fanden sich in 77% der Fälle zumindest eine weitere psychiatrische Diagnose, in erster Linie Angststörungen und substanzinduzierte Abhängigkeiten (Hautzinger 1998). Andere Schätzungen gehen davon aus, dass bei 75-90% der Depressionsfälle andere psychische oder organische Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Eine solche Komorbidität geht unter anderem mit einer schlechteren Prognose, mit erhöhtem Behandlungsbedarf und mit einem höheren Beeinträchtigungsgrad einher (Ajdacic-Gross and Graf 2003).

Von den Personen, die an behandlungsbedürftigen Depressionen leiden, begeben sich zwischen 25-50% in eine gezielte Depressions-Behandlung (Schuler, Rüesch et al. 2007). Viele Betroffene lassen sich bei psychischen Problemen lieber vom Hausarzt als von einem Psychologen oder einem Psychiater behandeln. Es wird vermutet, dass 25-40% der Hausarzt-Patientinnen und -Patienten auch oder ausschliesslich an psychischen Störungen leiden, die zu einem erheblichen Teil weder diagnostiziert noch behandelt werden (Sturny and Hell 2007).

Die Grundversorger sind somit für die Früherkennung und Behandlung von Depressionen entscheidende Leistungserbringer.

1.2 Daten- und Wissenslücken

In der vom Gesundheitsobservatorium herausgegebenen Bestandesaufnahme zur psychiatrischen Epidemiologie werden in erster Linie folgende Lücken festgestellt (Ajdacic-Gross and Graf 2003):

- Es gibt nur wenige aktuelle Daten zur *Inzidenz und Prävalenz* der häufigsten psychischen Krankheiten in der Schweiz.
- Die Versorgungssituation im *ambulanten Bereich* ist statistisch nur unzureichend erfasst.
- Der *Wissensstand der Bevölkerung* über psychische Krankheiten ist gering.

Was hier für psychische Störungen im Allgemeinen formuliert ist, gilt auch für die Depressionserkrankung im Speziellen.

1.3 Wiederaufnahme der Depression ins Sentinella-Meldesystem

Aufgrund der Relevanz depressiver Erkrankungen sowie der identifizierten Wissenslücken (insbesondere im epidemiologischen Bereich und in der ambulanten Versorgung) und da Depressionen bereits in den Jahren 1988/89 in Sentinella erfasst wurden (Lehmann 1991), stellte der Direktionsbereich Gesundheitspolitik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) den Antrag zur Wiederaufnahme der Depression ins Sentinella-Meldesystem (SMS); dies mit folgender Begründung:

- Beim Sentinella-Meldesystem beteiligen sich Schlüsselversorger, die über die aktuelle Lage zur Depressionskrankheit den besten Einblick haben und am besten informieren können.
- Die Ergebnisse können als Baseline im Aufbau der regionalen Bündnisse gegen Depression herangezogen werden.

Der Antrag wurde im Januar 2007 von der Programmkommission des SMS positiv aufgenommen und der Aufnahme eines Moduls zu Depression wurde für das Meldejahr 2008 zugestimmt.

1.4 Auswertungs-Auftrag an das Obsan

Das BAG hat dem Obsan den Auftrag zur Analyse der mittels Depressions-Modul erhobenen Diagnostik- und Behandlungsmeldungen erteilt. Produkte dieser Vereinbarung sind einerseits der Mitte August 2008 abgeschlossene Zwischenbericht¹ und andererseits der vorliegende Schlussbericht per Ende August 2009 mit der Präsentation zentraler Ergebnisse. Eine Publikation ausgewählter Ergebnisse in Form eines gemeinsamen Fact-Sheets BAG/Obsan wird geprüft.

Der Zwischenbericht wurde anlässlich der Sitzung der Sentinella-Programmkommission vom 5. Juni 2008 vorgestellt. In dieser Sitzung wurde zudem entschieden, dass das Modul zu Depression in leicht abgeänderter Form für das Meldejahr 2009 beibehalten wird.

Die Interpretation der Auswertungen erfolgte im Austausch mit der Sentinella-Programmkommission und dem BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik.

¹ Auswertung der ersten 13 Wochen des Meldejahres 2008.

2 Das Sentinella-Meldesystem (SMS)

Das SMS – ein Co-Projekt von engagierten Hausärztinnen/ärzten und dem BAG – dient der Überwachung übertragbarer akuter Erkrankungen und der Forschung in der Hausarztmedizin (<http://www.sentinella.ch>).

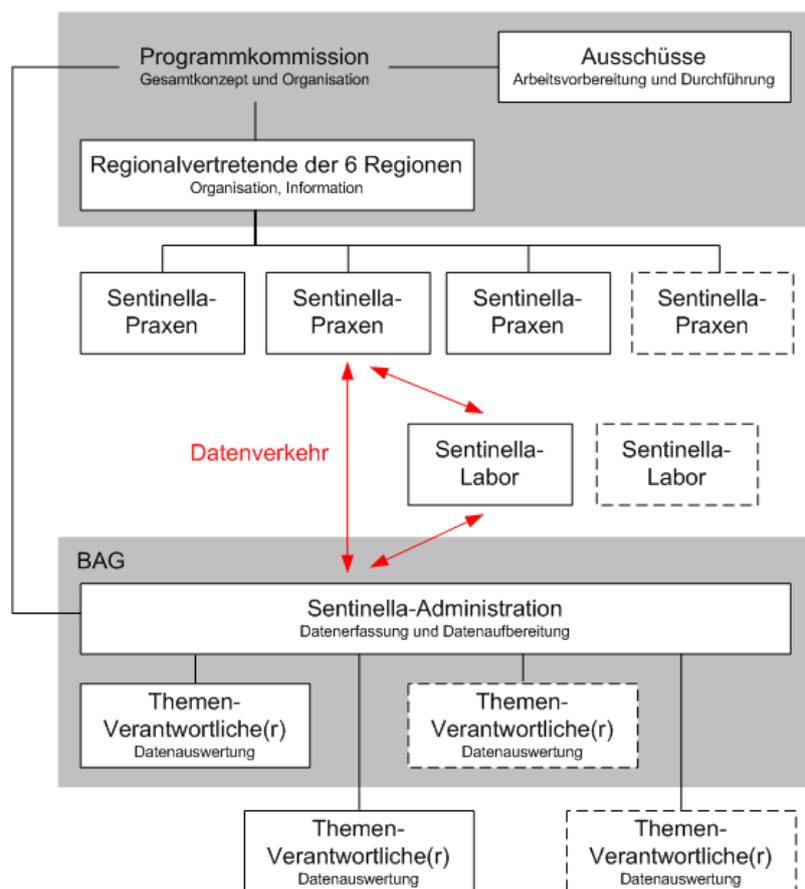
2.1 Auftrag und Organisation

Seit Juni 1986 erfüllt Sentinella eine wichtige Aufgabe als Surveillance- und Evaluationsinstrument innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens. Das Meldernetz liefert aufschlussreiche Einblicke in das Krankheitsgeschehen der Bevölkerung der Schweiz und unterstreicht die Bedeutung der Hausarztmedizin in der medizinischen Grundversorgung.

Seit Beginn nehmen 150 bis 250 Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater mit allgemeinmedizinisch orientierter Praxis am System teil. Die Meldetätigkeit erfolgt freiwillig und unentgeltlich.

Die zentrale Verarbeitung und Analyse der Daten erfolgt im BAG (Abbildung 1). Vorläufige, aktuelle Resultate und Grafiken werden wöchentlich im Bulletin des BAG und auf dem Internet publiziert. So werden beispielsweise die Meldungen von Influenzaverdacht erfasst, womit Beginn und Verlauf der jährlichen Grippeepidemie überwacht werden können.

Abbildung 1 Organisation des Sentinella-Meldesystems



2.2 Das Sentinella-Meldekollektiv

Anzahl Meldende. Für das Jahr 2008 gehören 195 Ärzte und Ärztinnen aus 179 Praxen zum regelmässig meldenden² Sentinella-Kollektiv. Das entspricht 3% der FMH-Mitglieder.

Folgende **Fachrichtungen** sind vertreten:

- (1) Allgemeinmedizin (56%)
- (2) Innere Medizin mit allgemein-medizinischer Ausrichtung (29%)
- (3) Pädiatrie (15%)

Geschlecht und Alter. Drei Viertel (74%) der Meldenden sind Männer, ein Viertel (26%) sind Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 54.5 Jahre, 42% sind im Alter von 50-59 Jahren.

Stellenprozente. Zwei Drittel (61%) der Meldenden arbeiten mehr als 90%, durchschnittlich sind es 86%.

Anzahl Konsultationen. Im Meldejahr 2008 wurden insgesamt 759'484 Konsultationen gemeldet: 644'887 Meldungen von Allgemeinmedizinern/Internisten und 114'597 von Pädiatern. Dies entspricht bei gut 30 Millionen getätigten Konsultationen schweizweit einem generellen Abdeckungsgrad von 2.5%: 2.4% bei den Allgemeinmedizinern/Internisten und 3.5% bei den Pädiatern.

Überwachte Population. Das Sentinella-Meldekollektiv überwacht eine Population von etwa 194'000 Personen. Dies entspricht 2.6% der Schweizer Bevölkerung. Die Abdeckung variiert kaum zwischen den Sentinella-Regionen.

2.3 Modul zu Depression und Meldekriterien

Für das Meldejahr 2008 findet sich untenstehendes Depressions-Modul im Sentinella-Meldebogen (Abbildung 2). Es werden acht Variablen erfasst: Einerseits sind es *soziodemografische Angaben* zu den Patienten und Patientinnen (Alter, Geschlecht, Nationalität), andererseits *Spezifikationen zu den depressiven Erkrankungen* (Schweregrad, Komorbidität, Art der Konsultation) und zusätzlich Angaben zur *Intervention* durch die Meldenden.

Abbildung 2 Depressions-Modul aus dem Sentinella-Meldebogen

DEPRESSION		12-13							33
Patienten-Nummer	14	1	2	3	4	5	6	7	
Jahrgang	16	<input type="text"/>							
Geschlecht (m=1, w=2)	18	<input type="text"/>							
Nationalität (CH=1, CH mit Migrationshintergrund=2, EU=3, andere=4)	19	<input type="text"/>							
Art der Depression (leicht=1, mittel=2, schwer=3)	20	<input type="text"/>							
Co-Morbidität (psychopathologisch=1, somatisch=2, beides=3)	21	<input type="text"/>							
Konsultation (erstmalige Diagnose=1, Beginn rezidive Episode=2, andere=3)	22	<input type="text"/>							
Falls Konsultation Code=1 oder 2: Wochen seit Symptombeginn	23	<input type="text"/>							
Behandlungsart	25	<input type="text"/>							
- Selbst: • Antidepressiva=1 • Psychotherapie=2 • beides=3 • anderes=4 - Überweisung: • ambulant=5 • stationär=6 - Keine Behandlung: • Therapieverweigerung=7									

² Mindestens 75% der Wochen bzw. 39 von 52 Wochen gemeldet.

Ein Leitfaden zum Modul Depression erläutert die Handhabung der Meldungen sowie die Meldekriterien und gibt etwas Hintergrundinformation (Abbildung 3). Die Meldekriterien zu leichten, mittelschweren und schweren Depressionen wurden gemäss ICD-10 übernommen (WHO/DIMDI 1994/2006).

Abbildung 3 Leitfaden und Meldekriterien

2.9. Depression

Verantwortlich: BAG, in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium

A. Zielsetzung der Erhebung, Fragestellung

Die Depression ist die häufigste psychische Krankheit, und in den vergangenen Jahren wurde in den industrialisierten Ländern ein starker Anstieg der depressiven Erkrankungen beobachtet. Die Hausärztinnen und Hausärzte spielen in der Erkennung und Versorgung von Depressionen eine bedeutende Rolle. Es gibt jedoch nur wenige aktuelle Daten zur Inzidenz und zur Behandlung von psychischen Krankheiten im ambulanten Bereich. Eine bessere epidemiologische Datengrundlage würde auch die Evaluation der in der Schweiz zunehmend eingeführten Bündnisse gegen Depression unterstützen.

Mit der Sentinella-Erhebung sollen folgende Fragen untersucht werden:

- Wie häufig werden Depressionen in der Hausarztpraxis diagnostiziert?
- Wie lange dauert das Intervall vom Auftreten der Symptome bis zum Arztbesuch?
- Wie hoch ist die Co-Morbidität bei Depression?
- Wie wird behandelt?
- Hat die Herkunft einen Einfluss auf die Diagnosestellung und Behandlung von Depressionen?

B. Definition, Meldekriterien (nach ICD-10)

Zu melden sind alle Konsultationen (Haupt- oder Nebenkonsultationsgrund) im Zusammenhang mit einer leichten, mittleren oder schweren Depression. Die folgende Anzahl von Symptomen aus der unten aufgeführten Liste muss dafür während mindestens zwei Wochen¹ aufgetreten sein:

- Leichte Depression: der Patient/die Patientin ist beeinträchtigt, aber in der Lage die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen (mindestens 2 Symptome).
- Mittlere Depression: der Patient/die Patientin hat grosse Schwierigkeiten, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen (4 oder mehr Symptome).
- Schwere Depression: der Patient/die Patientin ist nicht mehr in der Lage, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen, und/oder ist in einer lebensgefährdenden Situation (Gedankenkreisen um Suizid und dessen Vorbereitung, mehrere Symptome).

Symptome als solche sind:

- Depressive Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Energieverlust (verstärkte Müdigkeit, Schwunglosigkeit, mangelnder Antrieb)
- Schlafstörungen
- Appetitverlust (selten Steigerung)
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Unerklärbare somatische Beschwerden (u.a. Schmerzen)
- Konzentrationsstörungen
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit
- Pessimistische Sicht auf Zukunft
- Suizidgedanken, suizidale Handlungen

C. Erläuterungen zum Fragebogen

Unter Nationalität geben Sie bitte "CH mit Migrationshintergrund" an, falls es sich bei dem Patienten/der Patientin um einen Doppelbürger/eine Doppelbürgerin oder um einen Secondo/eine Seconda (mit mindestens einem ausländischen Elternteil) handelt.

Unter Konsultation geben Sie bitte an, ob es sich um die "erstmalige Diagnose" oder um ein Rezidiv einer bereits früher diagnostizierten Depression ("Beginn rezidive Episode") handelt. Alle anderen Konsultationen, z.B. Wiederholungskonsultationen nach der Diagnose oder dem Beginn eines Rezidivs, erfassen Sie bitte als "andere" Konsultation.

Die Abbildung wird auf der nächsten Seite fortgesetzt.

Geben Sie bitte unter "Wochen seit Symptombeginn" die Anzahl Wochen an, die seit Beginn der Symptome (im Falle eines Rezidivs: dem erneuten Beginn der Symptome) bis zur Konsultation vergangen sind.

Unter Behandlungsart "Selbst:" "Psychotherapie" geben Sie bitte jede vom KVG anerkannte Form der hausärztlichen Psychotherapie an. Falls Sie den Patienten/die Patientin weder medikamentös noch psychotherapeutisch behandeln, ihn aber zur Beobachtung für eine Folgekonsultation bestellen, so geben Sie dies bitte unter "Selbst:" "anderes" an. Unter "Überweisung:" "ambulant" erfassen Sie die Überweisung für eine fachärztliche psychiatrische oder delegierte psychologische Psychotherapie, unter "Überweisung:" "stationär" die Überweisung an eine psychiatrische Klinik oder ein Akutspital. Falls wegen fehlender Krankheitseinsicht des Patienten/der Patientin keine Behandlung stattfindet, so geben Sie dies unter "Keine Behandlung:" "Therapieverweigerung" an.

D. Bündnis gegen Depression

Bei den Kantonen wächst die Bereitschaft, das Massnahmenpaket "Bündnis gegen Depression" zur Früherkennung und zur Behandlungsoptimierung der Depressionskrankheit einzuführen, welches in Nürnberg (BRD, 2002) entwickelt wurde. Die GDK und das BAG unterstützen diese Bestrebungen mit einem überregionalen Netzwerk. Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/> oder in den beigelegten Unterlagen.

3 Methodische Besonderheiten

Mit der Aufnahme des Moduls zu Depression in den Sentinella-Meldebogen mussten sich die Ärzte und Ärztinnen auf ein neues Melde-Thema und neue -Kriterien einstellen. Aufgrund von Unklarheiten bezüglich der Meldepraxis, erfolgten in den ersten drei Monaten gewisse Anpassungen und Präzisierungen.

3.1 Probleme und Änderungen der Meldepraxis

Laut Rückmeldungen von Meldenden an die Sentinella-Regionalvertreter oder an das BAG hat es in den ersten drei Monaten des Meldejahres 2008 verschiedene Probleme und Unsicherheiten bzgl. der Meldekriterien von Depression gegeben.

3.1.1 Leichte Depressionen

Ein Teil der meldenden Ärzte und Ärztinnen sah sich ausserstande, alle leichten Depressionen zu melden, da diese zu häufig seien (schätzungsweise bei einem Drittel der Patienten/innen). Folglich meldeten sie nur diejenigen Fälle, bei welchen eine Intervention erfolgte (z.B. auch Folgekonsultation).

Das Meldekriterium wurde daraufhin wie folgt angepasst³:

*Melden Sie **leichte** Depressionen nur, falls eine Intervention stattfindet: Verschreibung von Antidepressiva, Psychotherapie, Einladung zu Folgekonsultationen zwecks Beobachtung oder Überweisung. Mittlere und schwere Depressionen sind weiterhin wie bisher zu melden.*

3.1.2 Kombination von Behandlung: Selbst *und* Überweisung

Das Sentinella-Meldeformular sieht vor, dass der meldende Arzt/die meldende Ärztin angibt, ob er/sie die Behandlung *selbst* durchführt oder den/die Patienten/in *überweist*.

Der Möglichkeit der Kombination der Behandlungen *Selbst und Überweisung* wurde Anfang April mit folgender Änderung des Meldekriteriums Rechnung getragen:

*Falls Sie eine Therapie **sowohl selber** durchführen (z.B. Antidepressiva) **als auch eine Überweisung** stattfindet (z.B. ambulant), so gehen Sie bitte wie folgt vor:*

- *Papier-Melder: geben Sie bitte beide Codes, getrennt durch einen Schrägstrich, an (z.B. "1/5")*
- *Elektronische Melder: wählen Sie die entsprechende Kombination in der Auswahlliste.*

3.1.3 Weitere Präzisierungen

In einem Brief an die Meldenden (Anfang April 2008) wurde ausserdem wie folgt präzisiert:

*Bitte melden Sie **alle Konsultationen** im Zusammenhang mit einer Depression (gemäss Meldekriterium), d.h. auch Wiederholungskonsultationen. Dies betrifft z.B. chronische Fälle.*

*Im Falle von **Wiederholungskonsultationen** ist als Art der Konsultation "andere" anzugeben.*

*Im Falle von Wiederholungskonsultationen bzw. Art der Konsultation "andere" sind die **"Wochen seit Symptombeginn"** leer zu lassen. Geben Sie diese nur für Art der Konsultation "erstmalige Diagnose" oder "Beginn rezidive Episode" an.*

³ Mittels Briefversand an alle Meldenden Anfang April 2008.

Unter "Wochen seit Symptombeginn" erfassen Sie bitte im Falle eines Rezidivs die **Wochen seit letztmaligem Beginn der Symptome**, nicht seit erstem Beginn (der Erstdiagnose).

Unter Behandlungsart "Selbst: Psychotherapie" geben Sie bitte **jede vom KVG anerkannte Form der hausärztlichen Psychotherapie** an. Im Falle einer nicht-KVG-erkannten Form geben Sie bitte "Selbst: andere" an.

3.2 Auswirkungen der Änderungen auf die Daten – Quartalsvergleich

Es ist nicht damit zu rechnen, dass die Änderungen und Präzisierungen der Meldekriterien einen bedeutenden Einfluss auf die Datenlage haben. Die meisten Meldenden haben ihre Angaben bereits zuvor entsprechend den *neuen* Anweisungen eingereicht. Es gibt im ersten Quartal z.B. fast keine Fälle mit leichten Depressionen, welche gemeldet wurden obwohl keine Interventionen stattgefunden haben. Durch folgenden Vergleich der Meldungen des ersten und dritten Quartals wird versucht, allfällige Auffälligkeiten, die auf die Änderungen zurückzuführen sind, aufzudecken.

Einige ausgewählte Indikatoren⁴ des ersten (Wochen 1-13) und dritten Quartals (Woche 27-39) werden miteinander verglichen (Tabelle 1). Die Ergebnisse des ersten Quartals waren Gegenstand des Zwischenberichts 2008. Bei Unterschieden zwischen den Quartalen wird versucht, ein Bezug zu den Änderungen und Präzisierungen der Meldekriterien herzustellen, die in den ersten Monaten vorgenommen wurden. Dabei gilt es zu beachten, dass Unterschiede zwischen den Quartalen auch anderweitig entstehen können, z.B. durch saisonale Besonderheiten.

Anzahl Meldende. Im ersten Quartal meldeten mehr Ärzte und Ärztinnen Konsultationen zu Depression als im dritten Quartal (148 vs. 109).

Anzahl Depressionsmeldungen. Im ersten Quartal wurden etwas mehr Depressionsfälle gemeldet als im dritten: 2168 vs. 1842. Insbesondere die Anzahl Meldungen leichter Depressionen ist im ersten Quartal höher als im dritten (745 vs. 582). Die geringere Anzahl Meldungen geht mit den weniger Meldenden einher: Für das erste Quartal ergeben sich durchschnittlich 14.6 Meldungen pro Arzt/Ärztin, für das dritte Quartal 16.9. Für die Meldungen leichter Depressionen sind es im ersten Quartal 5.0 Meldungen pro Arzt/Ärztin, im dritten Quartal 5.3.

Patienten und Patientinnen. In beiden Quartalen besteht das Patienten-Klientel aus etwa 70% Frauen und 30% Männer.

Schweregrad der Depressionen. Es lassen sich kleinere Unterschiede zwischen den prozentualen Anteilen der leichten, mittelschweren und schweren Depressionen zwischen den Quartalen erkennen. Am meisten unterscheiden sich die Anteile der mittelschweren Erkrankungen, die im dritten Quartal anteilmässig etwas häufiger sind (+4.9%-Punkte). Leichte und schwere Depressionen werden im Gegenzug tendenziell weniger häufig berichtet (-3.0%-Punkte bzw. -1.9%-Punkte).

Die anteilmässige Verschiebung könnte theoretisch auf die Anpassung des Meldekriteriums bzgl. leichter Depressionen⁵ zurückgehen. Das ist allerdings wenig plausibel, da im ersten Quartal fast keine leichten Fälle ohne Behandlung gemeldet wurden.

⁴ Allgemeine Indikatoren und Indikatoren, die von einer Änderung, Präzisierung der Meldepraxis betroffen waren.

⁵ Melden Sie **leichte** Depressionen nur, falls eine Intervention stattfindet, vgl. 3.1

Konsultationen. Im dritten Quartal waren die Konsultationen zu Beginn einer rezidiven Episode (-6.5%-Punkte) oder einer erstmaligen Diagnose (-2.9%-Punkte) weniger häufig als im ersten Quartal. Im Gegenzug gab es anteilmässig mehr „andere“ Konsultationen (+9.5%-Punkte).

Die Verschiebung hin zu anteilmässig mehr „anderen“ Konsultationen könnte Folge der Präzisierungen der Meldepraxis von Anfang Mai 2008 sein. Dabei wurden die Meldenden darauf aufmerksam gemacht, alle Konsultationen zu melden und Folgekonsultationen unter „andere“ zu verbuchen.

Wochen seit Symptombeginn. Die Unterteilung der Dauer, die von Symptombeginn bis zum Arztbesuch verstreicht, ist zwischen den untersuchten Quartalen vergleichbar.

Behandlung. Im dritten Quartal erfolgten weniger Behandlungen mit ausschliesslich Antidepressiva (-5.6%-Punkte), aber eher mehr kombinierte Therapien (Antidepressiva und Psychotherapie; +2.3%-Punkte) und mehr ambulante Überweisungen (+2.2%-Punkte).

Diese Verschiebungen scheinen nicht auf Änderungen der Meldepraxis zurückzugehen.

Aufgrund der relativ geringen und nicht eindeutig auf Änderungen und Präzisierungen der Meldepraxis zurückzuführenden Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Quartalen, werden alle Daten des Meldejahres 2008 (ohne Quartalskorrekturen) in die Auswertungen eingeschlossen.

Tabelle 1 Quartalsvergleich

		1. Quartal (Wo 1-13)	3. Quartal (Wo 27-39)
Meldende		148	109
Anzahl Meldungen		2168	1842
Geschlecht	Männer	30.4%	32.8%
	Frauen	69.6%	67.2%
Schweregrad der Depression	leicht	34.6%	31.6%
	mittelschwer	51.3%	56.2%
	schwer	14.1%	12.2%
Konsultation	erstmalige Diagnose	16.9%	14.0%
	Beginn rezidive Episode	15.4%	8.9%
	andere	67.7%	77.2%
Symptombeginn vor	<2 Wo	12.2%	13.7%
	2-4 Wo	31.2%	29.4%
	4-12 Wo	36.5%	38.7%
	mehr	20.1%	18.2%
Behandlung	Antidepressiva	46.6%	41.0%
	Psychotherapie	9.6%	10.6%
	Antidep. & Psychoth.	24.6%	26.9%
	Anderes	3.9%	4.8%
	Überweisung ambulant	9.8%	12.0%

Überweisung stationär	3.2%	3.4%
Therapieverweigerung	2.3%	1.4%

Quelle: Sentinella 2008

3.3 Analyseebene: Erstkonsultationen vs. Folgekonsultationen

Die Meldung depressiver Probleme in Sentinella unterscheidet sich von anderen Meldethemen (z.B. Röteln) dadurch, dass alle Konsultationen im Zusammenhang mit Depression gemeldet werden. Das heisst, es werden nicht nur Erst- sondern auch Wiederholungskonsultationen erfasst. Es ist allerdings nicht möglich die Folgekonsultationen einer Erstkonsultation zuzuordnen, so dass unklar bleibt, ob ein Patient oder eine Patientin den Arzt mehrmals oder nur einmal konsultiert.

Auswertungen auf Konsultationsebene bedeuten, dass die Merkmale einer Person, die den Arzt oder die Ärztin mehrmals konsultiert, stärker gewichtet werden als diejenigen der Patienten und Patientinnen mit einer einmaligen Behandlung. Die Daten widerspiegeln somit die Last des Problems (für den Arzt/die Ärztin, für die Gesellschaft), können aber abhängig vom Fokus einer Auswertung zu Verzerrungen führen (z.B. bei epidemiologischen Analysen).

Es ist möglich dieser Verzerrung zu entgehen, indem ausschliesslich die Arzt-Patienten-Kontakte mit *Konsultation: erstmalige Diagnose=1* und *Beginn rezidive Episode=2* (vgl. Abbildung 2) in die Auswertung miteinbezogen werden. Denn Folgekonsultationen werden unter *Konsultation: andere=3* erfasst. Bei den Auswertungen der ersten 13 Wochen (vgl. Zwischenbericht) wurde grösstenteils auf eine solche Trennung verzichtet, da ansonsten die Fallzahlen zu klein wurden. Zum aktuellen Zeitpunkt mit den Daten des gesamten Meldejahres 2008 ist eine entsprechende Trennung der Auswertungen sinnvoll.

Im ersten Ergebnis-Kapitel zu generellen Analysen der Häufigkeit, Verteilung und Art der Depressionsmeldungen (4.1) sind alle Konsultationen miteinbezogen. Die darauffolgenden Auswertungen werden ausschliesslich mit Konsultationen zu *erstmaliger Diagnose* oder *Beginn einer rezidiven Episode* gemacht (exkl. *andere Konsultationen*).

3.4 Facharztgruppen

Weil sich die Patientenpopulation der Pädiater/innen stark von derer der Allgemeinpraktiker/innen und Internisten unterscheidet, werden gewisse Ergebnisse getrennt nach Facharztgruppen präsentiert. Und aufgrund der kleinen Anzahl meldender Pädiater/innen sowie der relativ wenigen gemeldeten Fälle erfolgen die etwas detaillierteren Auswertungen ausschliesslich für die Facharztgruppen der Allgemeinpraktiker/innen und Internisten (4.2).

4 Ergebnisse

Folgende Fragestellungen werden als zentral beurteilt:

- Wie häufig werden Depressionen in der Hausarztpraxis diagnostiziert?
- Welche sozio-demografischen Merkmale der Patienten sind bei der Depressionskrankheit in der hausärztlichen Praxis am häufigsten?
- Wie lange dauert das Intervall vom Auftreten der Symptome bis zum (erstmaligen) Arztbesuch?
- Wie wird behandelt?

Die Resultate beziehen sich auf die Meldungen zu Depression, welche im Laufe des Jahres 2008 eingegangen sind. Es wurden nur Daten von regelmässig Meldenden⁶ einbezogen.

4.1 Häufigkeit, Verteilung und Art der Depressionsmeldungen

Die Ergebnisse in diesem Abschnitt beziehen sich auf Konsultationen (Besuche eingeschlossen). Jeder Arzt-Patienten-Kontakt – ob Erst- oder Folgekonsultation – wird miteinbezogen. Das heisst, dass gewisse Patienten und Patientinnen unter Umständen mehrmals enthalten sind (vgl. 3.3).

4.1.1 Häufigkeit der Depressionsmeldungen

Im Jahr 2008 werden gut 60% der 8346 Konsultationen zu Depression von Allgemeinpraktizierenden gemeldet, knapp 40% von Internisten (Tabelle 2).

Tabelle 2 Meldungen zu Depression nach Facharztgruppe

Facharztgruppe (Anzahl Meldende)	Anzahl Meldungen
Allgemeinpraktiker (98)	5096 (61.1%)
Internisten (50)	3228 (38.7%)
Pädiater (9)	22 (0.3%)
Total (157)	8346

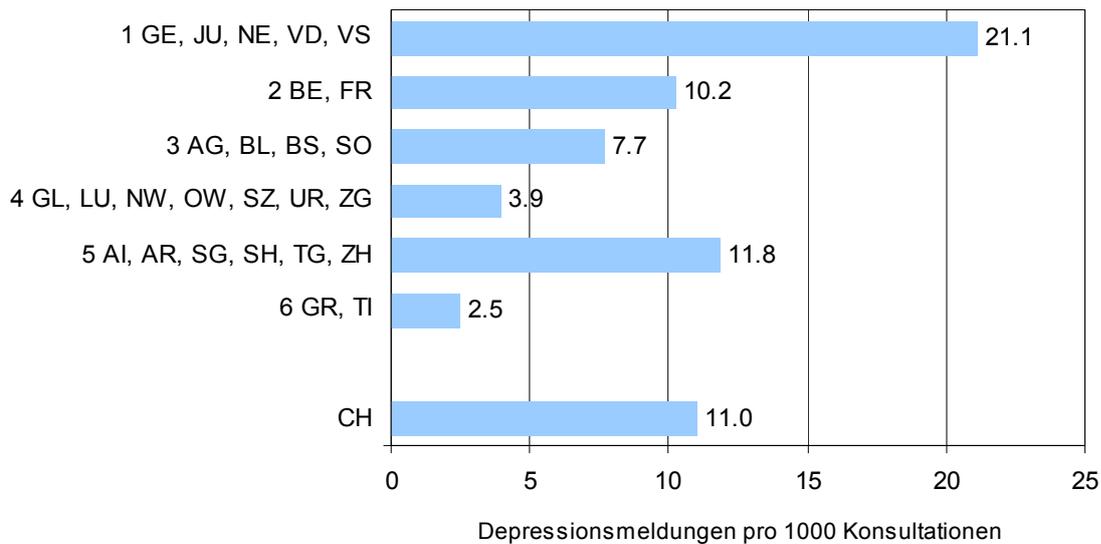
Quelle: Sentinella 2008

Schweizweit beziehen sich 2008 **11.0 von 1000 Konsultationen** auf eine Depression⁷. Betrachtet man ausschliesslich die Meldungen von Ärzten und Ärztinnen mit Fachrichtung Allgemeine sowie Innere Medizin und schliesst die Pädiatrie aus, sind es 12.9 von 1000 Konsultationen.

Zwischen den sechs Sentinella-Regionen gibt es deutliche Unterschiede (Abbildung 4). Am häufigsten werden Depressionen in der welschen Region 1 (GE, JU, NE, VD, VS) gemeldet. Mit 21.1 Depressions-Meldungen pro 1000 Konsultationen liegt diese Region als einzige klar über dem schweizerischen Durchschnitt (11.0/1000). Ebenso deutlich *unter* dem Durchschnitt liegt die Region Graubünden und Tessin (Region 6) mit rund 3.9/1000.

⁶ Mindestens 75% der Wochen bzw. 39 von 52 Wochen gemeldet.

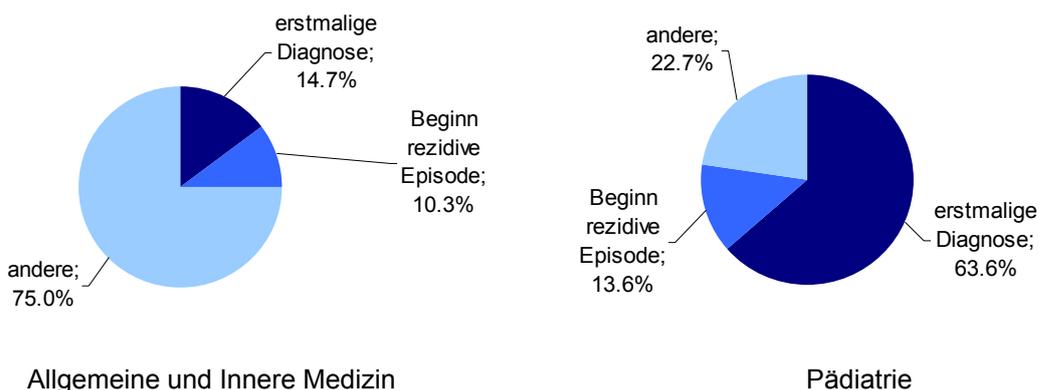
⁷ Depressionsmeldungen (pro Tausend) = Anz. Konsultationen zu Depression / Anz. Konsultationen Total (Sentinella) * 1000

Abbildung 4 Regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Depressionsmeldungen

Quelle: Sentinella 2008, n=8346

4.1.2 Art der Konsultationen

Bei Konsultationen zu Depression werden in Sentinella drei verschiedene Arten erfasst: (1) Erstmalige Diagnose, (2) Beginn rezidive Episode, (3) andere (vgl. Abbildung 2). Abhängig von der Facharztgruppe ist deren Zusammensetzung unterschiedlich. Ärzte und Ärztinnen der Allgemeinen und Inneren Medizin melden zu 14.7% depressive Erkrankungen, die erstmalig diagnostiziert werden und zu 10.3% den Beginn rezidiver Episoden. In der Pädiatrie sind es dagegen 63.3% Konsultationen mit erstmaliger Diagnose und 13.6% Beginn rezidiver Episoden (Abbildung 5).

Abbildung 5 Art der Konsultationen zu Depressionen nach Facharztgruppe

Quelle: Sentinella 2008, n_{Allgemeine und Innere Medizin}=8312, n_{Pädiatrie}=22

4.1.3 Schätzung der Inzidenz depressiver Erkrankungen

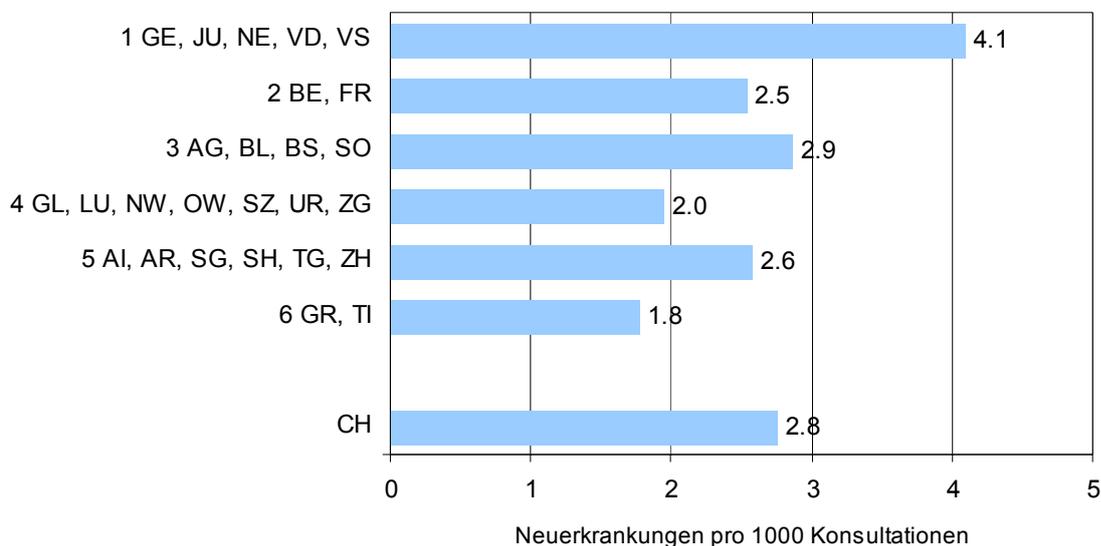
Werden die Folgekonsultationen aus den Berechnungen ausgeschlossen und nur diejenigen Konsultationen berücksichtigt, bei welchen die depressive Problematik des Patienten/der Patientin zum ersten Mal überhaupt oder nach einer längeren symptomfreien Zeit auftritt (Konsultation: erstmalige Diagnose=1 und Beginn rezidive Episode=2), lässt sich die Inzidenz depressiver Erkrankungen schät-

zen⁸. Es wird hier absichtlich von einer Schätzung gesprochen, da verschiedene Einschränkungen bestehen: Zum einen ist nicht klar, ob die Abgrenzung zwischen erstmaliger Diagnose/Beginn Rezidiv und anderen Konsultationen für die Meldenden eindeutig ist und wie exakt die Meldenden diese Angaben erfassen. Zum anderen gibt es eine gewisse Ungenauigkeit wegen der Berechnungsgrundlage: Um die Inzidenz zu schätzen, benötigt man neben der Anzahl Konsultationen zu Depression auch das *Total* der Anzahl Konsultationen. Dieses Total setzt sich bei Sentinella abhängig vom Meldethema teilweise durch Erstkonsultationen und teilweise durch Erstkonsultationen sowie Folgekonsultationen zusammen. Das Total unterliegt also einer nicht einheitlichen Erfassung.

Für das Jahr 2008 wird die Inzidenz auf **2.8 Neuerkrankungen pro 1000 Konsultationen** geschätzt. Werden ausschliesslich die Meldungen von Ärzten und Ärztinnen mit Fachrichtung Allgemeine sowie Innere Medizin berücksichtigt, sind es 3.2 pro 1000 Konsultationen.

Die Schätzungen der Inzidenzen variieren von 1.8 (GR, TI) bis 4.1 (GE, JU, NE, VD, VS) pro 1000 Konsultationen zwischen den Sentinella-Regionen (Abbildung 6).

Abbildung 6 Regionale Unterschiede bei der Schätzung der Inzidenz



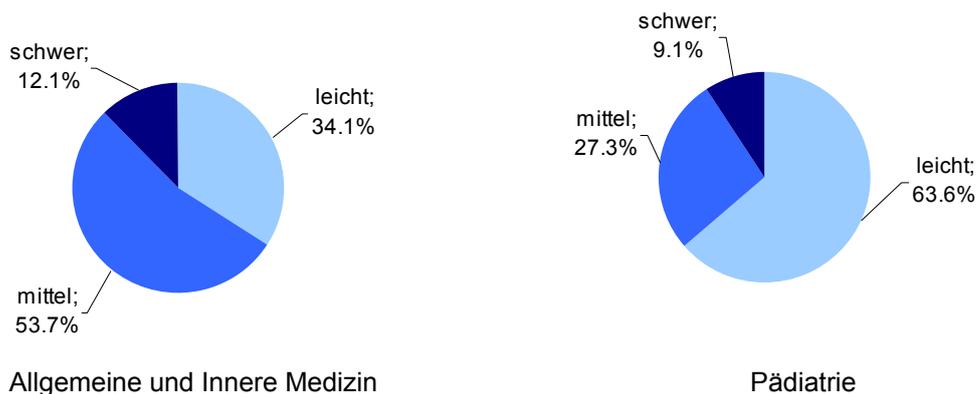
Quelle: Sentinella 2008, n=2081

4.1.4 Schweregrad der gemeldeten depressiven Erkrankungen

Bei über der Hälfte der Depressionsmeldungen von Ärzten und Ärztinnen der Allgemeinen und Inneren Medizin handelt es sich um mittelschwere Erkrankungen (53.7%), bei einem Drittel um leichte (34.1%) und bei 12.1% um schwere Depressionen. Die Ärzte und Ärztinnen der Pädiatrie melden eine andere Verteilung: 63.6% leichte, 27.3% mittelschwere und 9.1% schwere depressive Erkrankungen (Abbildung 7).

⁸ Anz. Erstkonsultationen oder Beginn Rezidiv zu Depression / Anz. Konsultationen Total (Sentinella) * 1000

Abbildung 7 Schweregrad der gemeldeten Depressionen nach Facharztgruppe



Quelle: Sentinella 2008, $n_{\text{Allgemeine und Innere Medizin}}=8322$, $n_{\text{Pädiatrie}}=22$

Werden die Folgekonsultationen ausgeschlossen verschieben sich die Anteile hin zu mehr leichten Depressionen. Die Zusammensetzung sieht dann aus wie folgt: leichte (42.0%), mittelschwere (49.4%), schwere (8.6%) Depressionen (Allgemeine und Innere Medizin).

4.2 Meldungen von Allgemeinpraktikern und Internisten

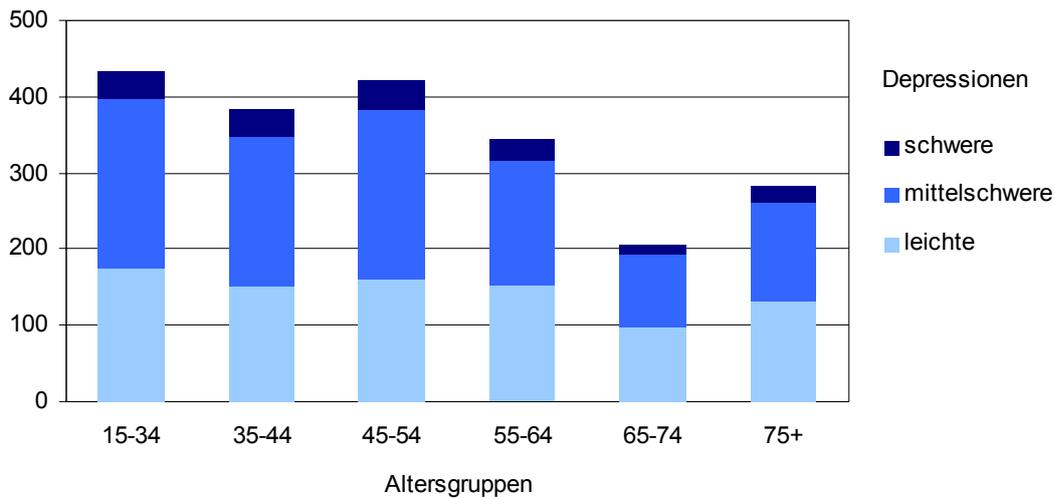
Im Zwischenbericht wurden die Auswertungen zu Geschlecht, Alter, Nationalität und Komorbidität wegen kleiner Fallzahlen auf Ebene der Konsultationen gerechnet, d.h. es wurden alle Konsultationen (inkl. Folgekonsultationen) einbezogen. Im vorliegenden Schlussbericht beziehen sich die folgenden Auswertungen ausschliesslich auf Konsultationen mit *erstmaliger Diagnose* und solchen mit *Beginn rezidiver Episoden*. Folgekonsultationen (*andere Konsultationen*) sind ausgeschlossen.

4.2.1 Geschlecht, Alter, Nationalität

Zwei Drittel der Konsultationen erfolgten durch Frauen (66.9%), ein Drittel durch Männer (33.1%). Der Geschlechtsunterschied ist bei den leichten Depressionen am stärksten ausgeprägt und nimmt mit dem Schweregrad der Depression ab.

Die Zahl der Konsultationen aufgrund von Depressionen ist im jungen Erwachsenenalter (15-34 Jahre) und im mittleren Alter (45-54 Jahre) am höchsten, nimmt dann ab bis zum Alter von 65-74 Jahren und steigt bei den Betagten (75+ Jahre) erneut etwas an (Abbildung 8).

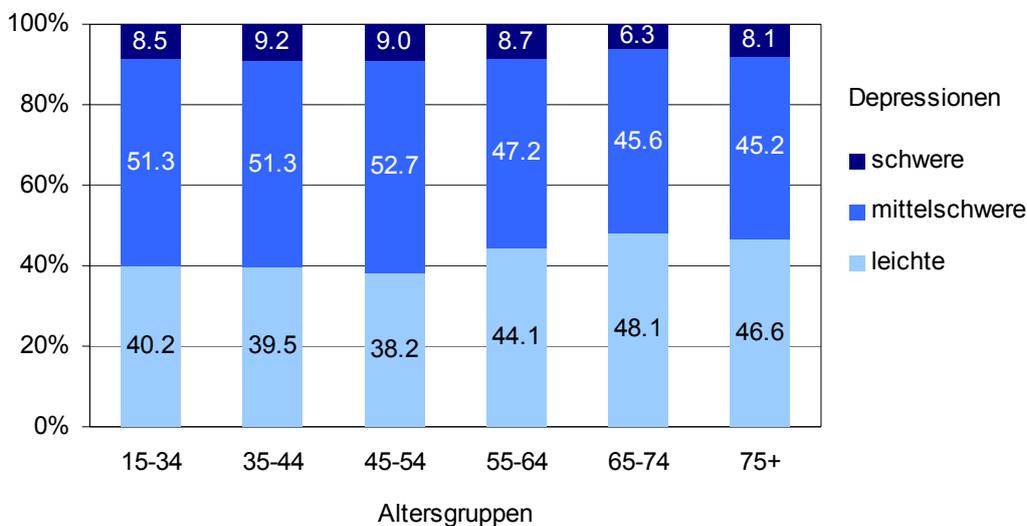
Abbildung 8 Schweregrad der Depressionen nach Altersgruppen (Anzahl Fälle)



Quelle: Sentinella 2008, n=2070

Vor allem der Anteil leichter Depressionen steigt in den höheren Altersgruppen, während die Konsultationen wegen schweren und mittelschweren Fällen hauptsächlich mit jüngerem bis mittlerem Alter erfolgen (Abbildung 9).

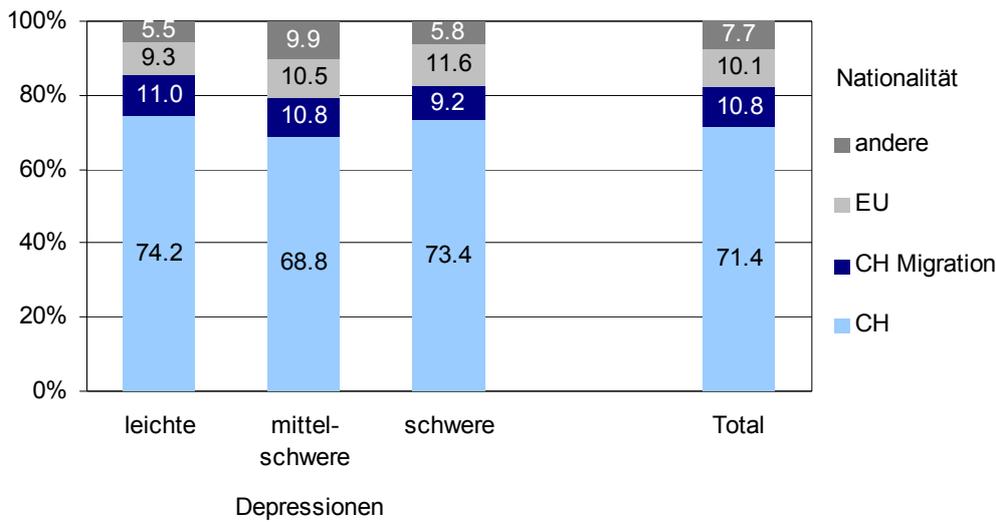
Abbildung 9 Schweregrad der Depressionen nach Altersgruppen (Anteile in %)



Quelle: Sentinella 2008, n=2070

17.8% der Konsultationen erfolgen durch Ausländer. Dieser Anteil ist etwas tiefer als der Anteil ausländischer Staatsangehöriger in der Schweizer Bevölkerung (2008: 21.7%). Bei den mittelschweren Depressions-Fällen ist der Anteil am höchsten (20.4%) bei den leichten Fällen am tiefsten (14.8%). Die ungleichen Anteile sind in erster Linie auf ausländische, nicht aus dem EU-Raum stammende Personen zurückzuführen. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer aus EU-Staaten beträgt für die drei Schweregrade um 10% (Abbildung 10).

Abbildung 10 Schweregrad der Depressionen nach Nationalität (Anteile in %)



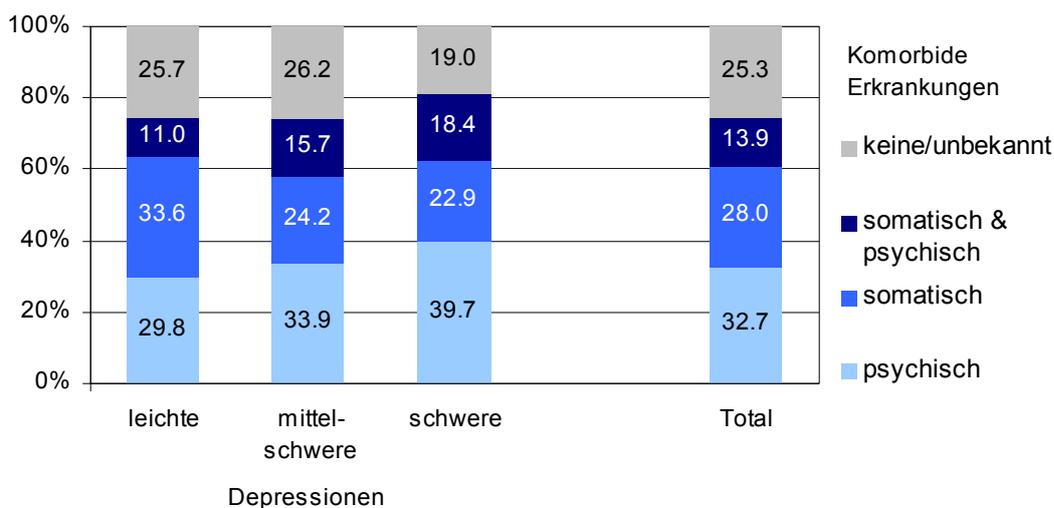
Quelle: Sentinella 2008, n=2009

4.2.2 Komorbidität

Bei drei Viertel der Konsultationen (74.4%) besteht neben der Depression mindestens eine weitere komorbide Erkrankung. Dieser Anteil variiert abhängig vom Schweregrad der Depression und ist bei den schweren depressiven Erkrankungen am höchsten (81.0%).

Unterschiede gibt es ebenfalls in der Natur der gleichzeitig bestehenden Erkrankungen (Abbildung 11): Bei leichten Depressionen ist die zusätzliche Erkrankung grösstenteils somatischer Art. Mit zunehmendem Schweregrad bestehen vermehrt komorbide Erkrankungen, welche somatisch *und* psychisch sind; dazu kommen auch mehr psychische komorbide Störungen.

Abbildung 11 Komorbidität nach Schweregrad der Depressionen

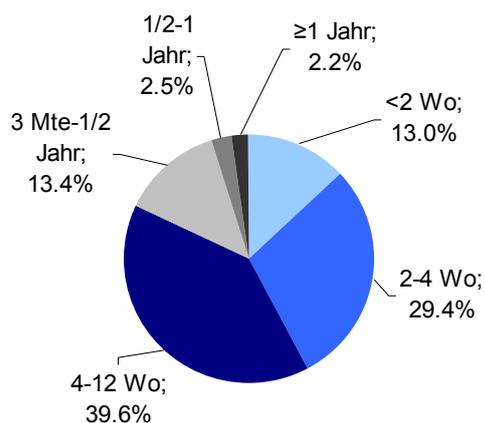


Quelle: Sentinella 2008, n=2080

4.2.3 Wochen seit Symptombeginn

Die Mehrheit (69.0%) der Patienten und Patientinnen suchen ihren Hausarzt/ihre Hausärztin 2 bis 12 Wochen nach Ausbruch der Depressions-Symptome auf (Abbildung 12). Bei 13.0% findet der Arztbesuch bereits in den ersten zwei Wochen nach Symptombeginn statt⁹. Personen mit schweren Depressionen konsultieren häufiger früh: 20.5% suchen in den ersten 2 Wochen nach Auftreten der Symptome Hilfe. Bei 18.0% der Patienten und Patientinnen zeigen sich zum Zeitpunkt des Arztbesuchs bereits während 3 Monaten und länger Symptome einer depressiven Erkrankung.

Abbildung 12 Wochen seit Symptombeginn



Quelle: Sentinella 2008, n=1953

Männer und Frauen unterscheiden sich bzgl. der Wochen seit Symptombeginn nicht erheblich. Es sind anteilmässig etwas mehr Männer (44.9%) als Frauen (41.2%), die den Arzt/die Ärztin während der ersten vier Wochen konsultieren. Bei beiden Geschlechtern sucht rund ein Fünftel erst nach 3 Monaten und mehr eine Behandlung auf (Männer: 18.5%, Frauen: 17.8%).

4.2.4 Behandlung

Leichte Erkrankungen behandelt die Mehrheit der Meldenden ausschliesslich mit Antidepressiva (53.3%). Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Schweregrad der Depression stark ab (schwere Depression: 20.7%), zugunsten von kombinierten Behandlungen durch Antidepressiva *und* Psychotherapie und von ambulanten und stationären Überweisungen (Abbildung 13).

⁹ Die Angabe zu „weniger als zwei Wochen seit Symptombeginn“ ist mit Vorsicht zu interpretieren, da laut den Meldekriterien erst bei zweiwöchigem Vorhandensein von Symptomen eine Depression gemeldet werden soll.

Abbildung 13 Behandlung der Depression



Quelle: Sentinella 2008, n=2058

4.2.5 Hochrechnungen auf die Schweizer Bevölkerung

Die Sentinella-Daten können mittels Daten von santésuisse (Datenpool des Konkordats Schweizer Krankenversicherer) sowie Bevölkerungsdaten des Bundesamtes für Statistik auf die Bevölkerung hochgerechnet werden¹⁰.

Bezüglich Depressionsfällen gilt, dass bei einer durch die Gesamtheit der Allgemeinärzte/innen und Internisten abgedeckten Schweizer Bevölkerung von 6.7 Mio. Einwohnern 345'000 Depressionsmeldungen zu erwarten wären.

Im Weiteren werden rund 118'000 Konsultationen aufgrund leichter, 185'000 aufgrund mittelschwerer und 42'000 aufgrund schwerer Depressionen geschätzt, 110'000 durch Männer, 235'000 durch Frauen.

Diese Hochrechnungen widerspiegeln die Belastung der Ärzte und Ärztinnen sowie der Gesellschaft durch Depressionen. Es lassen sich jedoch keine epidemiologischen Aussagen daraus ableiten, da alle Meldungen in die Berechnungen einfließen und nicht nach erstmaligen Konsultationen und Folgekonsultationen getrennt wird resp. werden kann.

¹⁰ Eine exakte Beschreibung der Methode dieser Hochrechnung ist bei den Sentinella-Verantwortlichen des BAG erhältlich.

5 Fazit

Aus dem Vergleich zwischen den Depressionsmeldungen des ersten und dritten Quartals lässt sich schliessen, dass die erwähnten Anlaufschwierigkeiten Anfang Jahr nicht allzu starke Auswirkungen auf die Daten des Meldejahres 2008 insgesamt haben.

Die 11.0 *Depressionsmeldungen* bei 1000 Konsultationen sind im Vergleich zu den Ergebnissen von beispielsweise der deutschen Studie „Depression 2000“ (Wittchen and Pittrow 2002) sehr niedrig. Wittchen und Pittrow stellten an einem Stichtag bei nahezu 11% der untersuchten Hausarztpatienten/innen die Kriterien einer Depression fest, wobei festgehalten werden muss, dass die behandelnden Ärzte und Ärztinnen nur bei der Hälfte der Betroffenen die entsprechende Diagnose stellten.

Gemäss informellen Rückmeldungen (aus dem ersten Quartal) kann bei rund einem Drittel der Patienten und Patientinnen von leichten depressiven Erkrankungen ausgegangen werden. Leichte Depressionen, die nicht therapiert werden, sind aber nicht Gegenstand der Sentinella-Erhebung, da deren Meldungen zu aufwändig sind. Ausserdem stellt sich das Problem der Abgrenzung zwischen depressiven Befindlichkeiten und leichten Depressionen.

Auffällig und mit vorliegenden Daten nicht zu erklären sind die grossen regionalen Unterschiede, die zwischen der Region 1 (GE, JU, NE, VD, VS) mit 21.1 und der Region 6 (GR, TI) mit 2.5 Meldungen pro 1000 Konsultationen am deutlichsten sind. Regionen mit städtischen Zentren scheinen höhere Raten zu haben als ländliche Regionen, wobei die Region 1 mit 2 bis 8mal so hohen Raten wie die anderen Regionen auffällt.

Unterschiede gibt es auch bei der Betrachtung der geschätzten *Inzidenzen*. Die regionalen Werte streuen von 4.1 (Region 1) bis 1.8 Neuerkrankungen (Region 6) pro 1000 Konsultationen, bei einem schweizerischen Durchschnitt von 2.8 Neuerkrankungen pro 1000 Konsultationen. Diese Raten unterscheiden sich zwischen den Regionen nicht so stark wie bei den Depressionsmeldungen, zeigen aber eine ähnliche Verteilung. Wiederum sind die Raten in Regionen mit städtischen Zentren höher als in ländlichen Regionen. Der Vergleich der Raten der Meldungen und der Inzidenzen lässt vermuten, dass in der Region 1 zwar viele Depressionen (neu) diagnostiziert werden, sie aber vor allem auch häufiger als in anderen Regionen weiter behandelt werden (viele Folgekonsultationen). Es wäre daher zu vermuten, dass in städtischen Zentren die meldenden Ärzte und Ärztinnen die Depressionen häufiger selbst behandeln als in ländlichen Gebieten. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass Ersterer mehr psychiatrische Weiterbildungen besucht haben oder eher Möglichkeiten haben, sich mit Experten auszutauschen. Das wiederum könnte auch eine erhöhte Sensibilität für die Depressionsthematik und damit ein besseres Erkennen erklären. Andererseits könnten auch betriebliche Überlegungen (eher freie Kapazitäten in städtischen als in ländlichen Praxen) eine Rolle spielen. Die aus den Sentinella-Daten geschätzte Inzidenz (2.8/1000) ist im Vergleich zu Inzidenzschätzungen anderer Studien von 1-2% im Verhältnis ähnlich niedrig wie bei den Meldungen pro Konsultationen.

Werden bei den Depressionsmeldungen und den geschätzten Inzidenzen die Ärzte und Ärztinnen der *Pädiatrie* ausgeschlossen, erhöhen sich die Raten von 11.0 auf 12.9 Konsultationen im Zusammenhang mit Depression pro 1000 und von 2.8 auf 3.2 Neuerkrankungen pro 1000 Konsultationen.

Der *hohe Anteil an Frauen* (66.9%) mit depressiven Störungen und die starke Betroffenheit im *mittleren Alter* stimmen mit internationalen Befunden überein. Ein Erklärungsansatz für den Unterschied zwischen Männern und Frauen liegt darin, dass Männer Depressionen als mehr stigmatisierend empfinden als Frauen und aus Angst, durch das Bekennen zu emotionalen Konflikten psychische etiket-

tiert zu werden, weniger von depressiven Symptomen berichten (Stoppe, Bramesfeld et al. 2006). Das Umgekehrte dürfte für die Alkoholsucht gelten.

Der *Ausländeranteil* scheint bei den Depressionsmeldungen (17.8%) im Vergleich zum Anteil ausländischer Staatsangehöriger in der Schweizer Bevölkerung (21.7%) eher unterrepräsentiert zu sein. Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, dass Depressionen z.B. bei Flüchtlingen oder bei Integrationschwierigkeiten ein bekanntes Problem sind. Betrachtet man die Prozentanteile nach Schweregrad der Depressionen ist ersichtlich, dass Nicht-EU Ausländer in erster Linie unter mittelschweren Depressionen leiden.

Hohe *Komorbiditätsraten* bei depressiven Erkrankungen erschweren deren Erkennung und Behandlung zusätzlich, machen das aber umso wichtiger, da die Prognosen bei parallel auftretenden Erkrankungen schlechter und die Einschränkungen ausgeprägter sind. Bei 74.5% der Konsultationen im Zusammenhang mit Depressionen stellten die Ärzte und Ärztinnen komorbide Erkrankungen fest. Dieses Ergebnis ist im unteren Bereich anderer Schätzungen, die von 75-90% reichen anzusiedeln.

Zwei Fünftel der Patienten und Patientinnen haben zum Zeitpunkt ihres Arztbesuchs bereits während bis zu *vier Wochen Depressions-Symptome*. Bei weiteren zwei Fünfteln sind es 4-12 Wochen. Bei etwa fünf Prozent bestehen die Symptome schon länger als ein halbes Jahr. Erwartungsgemäss suchen Personen mit schweren Symptomen eher früh eine Behandlung auf. Es sind anteilmässig mehr Männer als Frauen, die den Arzt/die Ärztin in den ersten vier Wochen konsultieren. Es könnte daher sein, dass diese Männer auch schwerere Symptome haben.

Den Grossteil (80%) der depressiven Patienten *behandeln die meldenden Ärzte und Ärztinnen selber*, wobei nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, dass das im Rahmen einer Ko-Betreuung mit anderen Fachpersonen geschieht. Es ist zu vermuten, dass vor allem Hausärzte und -ärztinnen in ländlichen Regionen mit einer geringen Dichte an anderen Fachpersonen die Depressionen in eigener Praxis behandeln. Die Meldenden behandeln häufig ausschliesslich mit Antidepressiva, wobei mit steigendem Schweregrad der Depression die Behandlung vermehrt mit Psychotherapie ergänzt wird. Ebenfalls werden die Patienten und Patientinnen mit steigendem Schweregrad vermehrt anderen ambulanten und stationären Stellen überwiesen.

Es sind noch nicht alle interessanten Fragestellungen geklärt, die anhand der Sentinella-Daten näher untersucht werden könnten. Doch geben diese ersten Auswertungen eines ganzen Meldejahres einen guten Ein- und Überblick über die zentrale Rolle der Grundversorger in der Erkennung und Behandlung depressiver Erkrankungen.

Ein grosser Dank gilt den regelmässig und unentgeltlich meldenden Ärzten und Ärztinnen, ohne deren Mitwirken diese Erhebung und Auswertung nicht möglich wäre.

6 Ausblick

Weiterführung der Depressions-Meldungen im Jahr 2009

In der Sitzung der Sentinella-Programmkommission vom 5. Juni 2008 wurde beschlossen, das Depressions-Modul für das Meldejahr 2009 im Sentinella-Meldebogen zu belassen. Damit werden eine Verbesserung der Datenqualität und eine Absicherung der Ergebnisse angestrebt.

Es sollen 2009, im Vergleich zum Meldejahr 2008, nur noch Konsultationen mit erstmaliger Diagnosestellung und solche mit Beginn von rezidiven Episoden erfasst werden (*Konsultation: erstmalige Diagnose=1, Beginn rezidive Episode=2*). Folgekonsultationen werden nicht mehr erhoben.

Für das Meldejahr 2009 wird ein neues Thema ins Depressionsmodul aufgenommen. Es soll neu erfasst werden, ob der Patient oder die Patientin *Elternpflichten* hat. Diese sollen im Sinne von zusätzlicher Belastung in Relation zu den depressiven Erkrankungen gesetzt werden.

7 Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V. and M. Graf (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan): 142.
- Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen, Hogrefe.
- Lehmann, T. (1991). Depression. Sentinella 1988/89. Das Sentinella-Meldesystem in der Schweiz: Ergebnisse des Erhebungsjahres Juni 1988 bis Mai 1989. Sentinella-Arbeitsgemeinschaft.
- Schuler, D., P. Rüesch, et al. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Stoppe, G., A. Bramesfeld, et al. (2006). Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven. Heidelberg, Springer.
- Sturny, I. and D. Hell (2007). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. G. Kocher and O. Willy. Bern, Huber Verlag: 242-253.
- WHO (2001). The World Health Report 2001 - Mental Health: New understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization.
- WHO/DIMDI (1994/2006). "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision for 2007." <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>; deutsche Version: <http://www.cim10.ch/index.asp?Lang=DE>.
- Wittchen, H.-U. and D. Pittrow (2002). "Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study." Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental(17 (Suppl.1)): 1-11.