



→ *Für internen Gebrauch bestimmt.*

Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen

Auswertungen der Daten zum Thema Depression aus dem Sentinella-Meldesystem

Bericht zum Meldejahr 2009 im Auftrag des BAG und in Zusammenarbeit mit der Sentinella Programmkommission (PK)

Daniela Schuler & Sarah Vilpert, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan

Neuenburg, 17. März 2011

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 2009	4
2.3 Modul zu Depression und Meldekriterien.....	4
3 Vergleich der Meldejahre 2008 und 2009	7
4 Ergebnisse	9
4.1 Hochrechnungen auf die Schweizer Bevölkerung	9
4.2 Häufigkeit und Verteilung der Depressionsmeldungen.....	10
4.3 Art der Konsultationen.....	12
4.4 Schweregrad der gemeldeten depressiven Erkrankungen	12
4.5 Beschreibung der Patientinnen und Patienten.....	13
4.5.1 Geschlecht und Alter	13
4.5.2 Nationalität	14
4.5.3 Elternpflichten	16
4.6 Komorbide Erkrankung zur Depression	16
4.7 Dauer vom Symptombeginn bis zum Arztbesuch	18
4.8 Behandlung der Depression.....	18
5 Fazit	20
6 Ausblick	22
7 Anhang A: Erhebung 2009	23
8 Anhang B: Erhebung 2008	25
9 Literaturverzeichnis	28

Zusammenfassung

Aufgrund der Relevanz depressiver Erkrankungen und der identifizierten Daten- und Wissenslücken wurde auf Antrag des Direktionsbereiches Gesundheitspolitik des Bundesamtes für Gesundheit für die Jahre 2008 und 2009 ein Modul zu Depression in das Sentinella-Meldesystem aufgenommen. Das Sentinella-Meldesystem ist ein Co-Projekt engagierter Hausärzte/ärztinnen, des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sowie der Universitäten Bern und Lausanne und dient der Überwachung übertragbarer akuter Erkrankungen und der Forschung in der Hausarztmedizin.

Im Depressions-Modul wurden soziodemografische Angaben zu den Patientinnen und Patienten mit Depressions-Symptomen, Spezifikationen zu den depressiven Erkrankungen und Angaben zur Intervention durch die meldenden Allgemeinärzte/ärztinnen und Internist/innen erfasst. Es wurden ausschliesslich Depressionen gemeldet, die auch als solche therapiert wurden. Schwache Depressionen ohne ärztliche Intervention waren nicht Gegenstand der Sentinella-Erhebung. Gemäss Rückmeldungen einiger Mitglieder der Sentinella Programmkommission muss bei rund einem Drittel der Hausarzt-Patientinnen und -Patienten von schwachen Depressionssymptomen ausgegangen werden.

Dank dem Mitwirken der regelmässig und bis Ende 2008 unentgeltlich meldenden Ärztinnen und Ärzte und der damit fortlaufenden Datenerhebung, liegen nun Auswertungen der Meldejahre 2008 und 2009 vor. Die Ergebnisse werden grundsätzlich jeweils getrennt für die beiden Jahre dargestellt, bei einem Teil der Analysen wurden die Jahre zusammengefasst. 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 Vergleich zu 2008 gab es 2009 weniger Meldende und weniger Meldungen neuer Depressionserkrankungen bzw. erneuter Rezidive. Dies könnte damit zusammenhängen, dass einige Sentinella-Mitglieder aufgrund politischer Differenzen mit dem Bundesamt für Gesundheit ihre Meldungen während einer gewissen Zeit eingestellt hatten oder gar nicht mehr mitmachten. Allerdings war die Anzahl Meldungen pro Melder 2009 mit 16.4 höher als im Jahr 2008 mit 14.4. In beiden Jahren gingen schweizweit 3.2 Depressionsmeldungen pro Tausend Meldungen ein. Die Verteilung unterscheidet sich jedoch deutlich zwischen den sechs Sentinella-Regionen: 2009 waren es am meisten Meldungen in der Region 3 mit den Kantonen AG, BL, BS und SO (5.4/1000) und am wenigsten in der Region 6 mit GR und TI (1.7/1000). Werden die beiden Jahre zusammengenommen resultieren die meisten Meldungen in der westlichen Region 1 mit GE, JU, NE, VD, VS (4.8/1000) und die wenigsten wiederum in der Region 6, GR und TI (1.7/1000).

Bei etwa der Hälfte der gemeldeten Erkrankungen handelte es sich um mittelschwere Depressionen, bei zwei Fünftel um leichte und bei etwa 10% um schwere Depressionen.

Rund 70% der Konsultationen im Zusammenhang mit Depressionen erfolgten durch Frauen und im mittleren Alter. Der Anteil an Depressionsmeldungen ausländischer Staatsangehöriger ist tiefer als der Anteil Ausländer in der Schweizer Bevölkerung. Der Anteil der Personen mit Erziehungspflichten ist bei Männern höher als bei Frauen und am höchsten bei schweren Depressionen.

Bei drei Viertel der Konsultationen im Zusammenhang mit Depressionen stellten die Ärztinnen und Ärzte komorbide psychische oder/und organische Erkrankungen fest, was die Behandlung der depressiven Erkrankung erschwert und die Prognosen verschlechtert. Der Anteil gleichzeitig bestehender zusätzlicher Krankheiten wird mit zunehmendem Schweregrad grösser.

Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten suchten 2009 zwischen 4 und 11 Wochen nach Auftreten der Depressions-Symptome die Hausärztin bzw. den Hausarzt auf, bei einem Viertel waren es zwischen 2-3 Wochen.

Im Jahr 2009 wurde knapp Hälfte der depressiven Erkrankungen (45.6%) von den meldenden Ärztinnen und Ärzten selbst mit Antidepressiva behandelt. Ausserdem kamen Antidepressiva in Kombination mit Psychotherapie (23.7%) und mit zusätzlicher Überweisung an eine ambulante Stelle (7.6%) zur Anwendung.

1 Ausgangslage und Fragestellung

1.1 Bedeutung der Depression

Depression ist die häufigste psychische Krankheit im Erwachsenenalter 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, bezüglich der damit verbundenen Belastung, mindestens die zweitschwerste Pathologie weltweit sein wird (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 (ECAS) 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 eher von ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin als von einer Psychologin, einem Psychologen oder einer Psychiaterin, 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/innen 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 folgende Lücken hervorgehoben (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 *ambulantem 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 es wurde der Aufnahme eines Moduls zu Depression für das Meldejahr 2008 zugestimmt. Nach der Präsentation eines Zwischenberichts mit ersten Resultaten im Juni 2008 wurde entschieden, das Depressions-Modul auch für das Meldejahr 2009 beizubehalten.

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 ein Zwischenbericht¹ und der Schlussbericht für das Meldejahr 2008 (Schuler 2009)² mit der Präsentation zentraler Ergebnisse. Ausserdem ist zu den Ergebnissen aus dem Meldejahr 2008 ein Artikel im BAG-Bulletin³ erschienen. Das vorliegende Dokument widmet sich der Analyse der Daten des Meldejahres 2009 und stellt die Ergebnisse aus den beiden Meldejahre einander gegenüber.

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

¹ Auswertung der ersten 13 Wochen des Meldejahres 2008.

² <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=de>

³ <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=de>; Bulletin 45/10

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>).

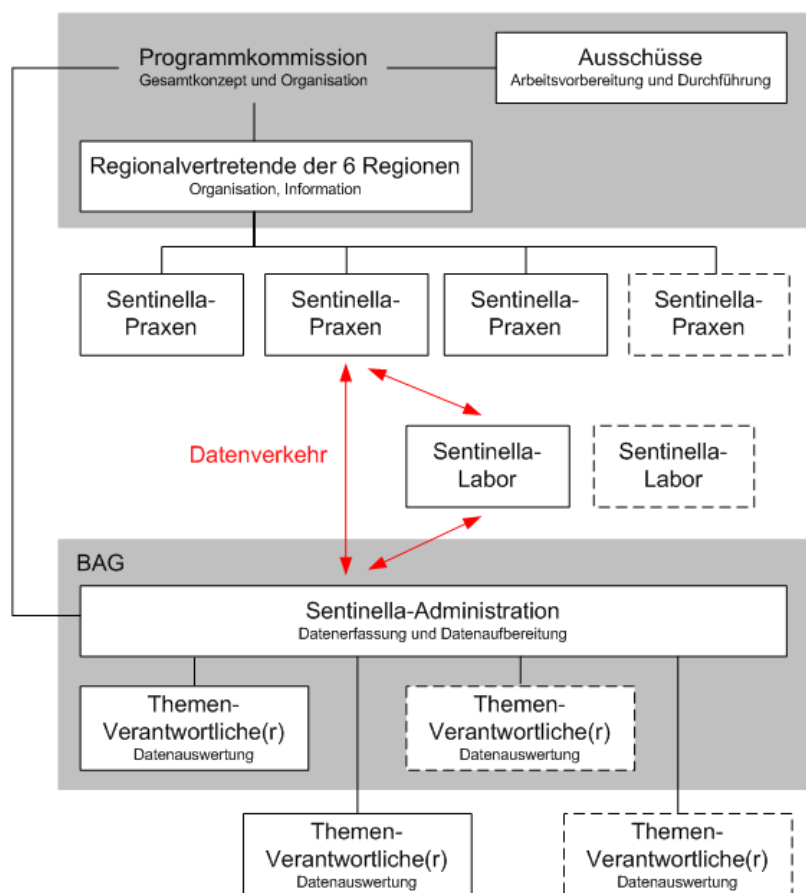
2.1 Auftrag und Organisation

Seit Juni 1986 erfüllt Sentinella eine wichtige Aufgabe als Surveillance- und Evaluationsinstrument innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens. Das Meldernetz liefert aufschlussreiche Einblicke in das Krankheitsgeschehen in 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. Seit Anfang 2009 wird die Meldetätigkeit pauschal entschädigt (bis Ende 2008 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 2009

Das Kollektiv bezieht sich auf alle im Jahr 2009 für Sentinella meldenden Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon ob sie eine Depression gemeldet haben oder nicht. Auf die zu Depression Meldenden wird in Abschnitt 3 näher eingegangen.

Anzahl Meldende. Im Jahr 2009 gehören 146 Ärztinnen und Ärzte aus 136 Praxen zum regelmässig meldenden⁴ Sentinella-Kollektiv. Dies entspricht 2.3% der FMH-Mitglieder.

Folgende **Fachrichtungen** sind vertreten:

- (1) Allgemeinmedizin (55%)
- (2) Innere Medizin mit allgemein-medizinischer Ausrichtung (29%)
- (3) Pädiatrie (16%)

Geschlecht und Alter. Drei Viertel (75%) der Meldenden sind Männer, ein Viertel (25%) sind Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 55.8 Jahre, drei Viertel (76%) der Meldenden sind zwischen 50 und 69 Jahre alt.

Stellenprozente. Zwei Drittel (62%) der Meldenden arbeiten mehr als 90%, durchschnittlich arbeiten die Meldenden mit einem Pensum von 86%.

Anzahl Konsultationen. Im Meldejahr 2009 wurden insgesamt 585'557 Konsultationen gemeldet: 493'043 Meldungen von Allgemeinmedizinern/Internisten und 92'514 von Pädiatern. Dies entspricht einem generellen Abdeckungsgrad von 1.9%, 1.7% bei den Allgemeinmedizinern/Internisten und 3.2% bei den Pädiatern.

Überwachte Population. Das Sentinella-Meldekollektiv überwacht eine Population von etwa 141'700 Personen. Dies entspricht etwa 1.9% der Schweizer Bevölkerung. Die Abdeckung variiert wenig zwischen den Sentinella-Regionen.

2.3 Modul zu Depression und Meldekriterien

Im Meldejahr 2009 war untenstehendes Depressions-Modul Teil des Sentinella-Meldebogens (Abbildung 2). Neben der Meldung der Erkrankung wurden weiterführende Kriterien aufgenommen. Es wurden insgesamt acht Variablen erfasst: Einerseits waren das *soziodemografische Angaben* zu den Patientinnen und Patienten (Alter, Geschlecht, Nationalität) inklusive einer Frage nach Erziehungsaufgaben, andererseits *Spezifikationen zu den depressiven Erkrankungen* (Schweregrad, Komorbidität, Art der Konsultation, Wochen seit Symptombeginn) und zusätzlich Angaben zur *Intervention* durch die Meldenden.

⁴ Mindestens 75% der Wochen bzw. 39 von 52 Wochen gemeldet.

Abbildung 2 Depressions-Modul auf dem Meldeformular „Sentinella 2009“

DEPRESSION		12-13 33						
Patienten-Nummer	14	1	2	3	4	5	6	7
Jahrgang	16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m=1, w=2)	18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalität (CH=1, CH mit Migrationshintergrund=2, EU=3, andere=4)	19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Elternpflichten (ja=1, nein=2, unbekannt=3)	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der Depression (leicht=1, mittel=2, schwer=3)	21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Co-Morbidität (psychopathologisch=1, somatisch=2, beides=3, keine=4)	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der Konsultation: Erstmaliges Auftreten=1, Rezidiv=2	23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wochen seit Symptombeginn	24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandlungsart (☑ Angaben möglich)	26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Selbst:		• Antidepressiva=1	• Psychotherapie=2	• beides=3	• anderes=4			
- Überweisung:		• ambulant=5	• stationär=6	- Keine Behandlung:	• Therapieverweigerung=7			

Hinweise zu den Meldekriterien befanden sich auf der Rückseite des Meldeformulars (vgl. Abbildung 3). Ausserdem wurde den Meldenden ein Leitfaden für die Erhebung 2009 zugesandt, in welchem die Handhabung der Meldungen sowie die Meldekriterien erläutert und für jedes Meldethema zusätzliche Hintergrundinformationen bereitgestellt wurden (vgl. Anhang A: Erhebung 2009)

Die Meldekriterien wurden in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und praktizierenden Hausärzten ausgearbeitet. Grundlage dafür waren das ICD-Klassifikationssystem (WHO/DIMDI 1994/2006) und das frühere Meldeformular.

Abbildung 3 Meldekriterien auf dem Meldeformular „ Sentinella 2009“

Depression:

Zu melden sind alle Erstkonsultationen im Zusammenhang (Haupt- oder Nebenkonsultationsgrund) mit einer leichten, mittleren oder schweren Depression. Dies betrifft sowohl das erstmalige Auftreten als auch die rezidiven Phasen einer Depression. Die folgende Anzahl von Symptomen aus der unten aufgeführten Liste muss dafür während mindestens 2 Wochen aufgetreten sein:

- Leichte Depression: der Patient ist beeinträchtigt, aber in der Lage alltägliche Aktivitäten fortzusetzen (mindestens 2 Symptome) und es findet eine ärztliche Intervention statt (Einladung zu Folgekonsultation, Therapie, Überweisung).
- Mittlere Depression: der Patient hat grosse Schwierigkeiten, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen (4 oder mehr Symptome).
- Schwere Depression: der Patient ist nicht mehr in der Lage, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen, und/oder ist in einer lebensgefährlichen Situation (Gedankenkreisen um Suizid und dessen Vorbereitung, mehrere Symptome).

Symptome 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 (v.a. Schmerzen)
- Konzentrationsstörungen
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit
- Pessimistische Sicht auf Zukunft
- Suizidgedanken, suizidale Handlungen

Das Depressions-Modul 2009 unterschied sich in folgenden Punkten vom Modul 2008:

- Die Frage nach den **Elternpflichten** war im Meldejahr 2009 neu.
- Bei der Angabe zu **komorbiden Erkrankungen** war es möglich, die Antwort „keine“ anzugeben. Dies erlaubt bei den Auswertungen des Meldejahres 2009 die Differenzierung zwischen „keiner Komorbidität“ und fehlenden Meldungen.
- 2009 wurden nur noch **erstmalige Konsultationen und Konsultationen aufgrund eines Rezidivs** erfasst. Folgekonsultationen, die 2008 als „andere“ kodiert werden konnten, sollten nicht mehr gemeldet werden.
- **Leichte Depressionen** sollten nur gemeldet werden, falls eine ärztliche Intervention stattfand (Einladung zur Folgekonsultation, Therapie, Überweisung). Diese Änderung wurde bereits während dem Meldejahr 2008 (April) eingeführt, da sich ein Teil der meldenden Ärzte und Ärztinnen aufgrund der Häufigkeit ausserstande sah, alle leichten Depressionen zu melden.
- Ausserdem waren bei der **Behandlungsart zwei Angaben** möglich. Diese Änderung wurde bereits während dem Meldejahr 2008 (April) eingeführt. Damit wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass die Meldenden sowohl selber behandeln als auch eine Überweisung veranlassen können.

3 Vergleich der Meldejahre 2008 und 2009

Beide untersuchten Meldejahre haben ihre Besonderheiten: Im Jahr 2008 wurde das Depressionsmodul zum ersten Mal eingesetzt, was anfangs gewisse Unsicherheiten und Korrekturen mit sich zog. Im Jahr 2009 waren politische Differenzen zwischen den Hausärztinnen bzw. Hausärzten und dem BAG Auslöser für das Einstellen oder Einschränken von Meldungen seitens der Meldenden.

Im Folgenden werden einige ausgewählte Kriterien zwischen den Meldejahren 2008 und 2009 verglichen (Tabelle 1).

Anzahl Meldende. 2008 meldeten mehr Ärztinnen und Ärzte Konsultationen zu Depression als 2009 (145 vs. 97). Es handelt sich um einen relativen Rückgang von 33.1%. 88.7% der 97 im Jahr 2009 Meldenden haben auch schon 2008 Depressionsmeldungen verzeichnet, 11.3% sind „neu“ Meldende (nur 2009).

Im Vergleich zu 2008 waren es 2009 anteilmässig etwas weniger Meldende aus der Allgemeinmedizin (61.7%), dagegen etwas mehr Internistinnen und Internisten (38.3%).

Die Meldenden kamen hauptsächlich aus der östlichen Schweiz (Region 5; 29.9%). Die westliche Schweiz und das Mittelland stellen zusammen 55.6% (Regionen 1, 2, 3). Aus der Zentralschweiz (Region 4) und der Region 6 mit GR und TI stammten 8.2 bzw. 6.2% der Meldenden. Die Proportionen waren in den beiden untersuchten Jahren sehr ähnlich.

Anzahl Depressionsmeldungen. 2008 wurden 2081 Depressionsfälle gemeldet, 2009 waren es mit 1595 Fällen knapp 500 weniger, was einer Abnahme von fast einem Viertel entspricht. Im Vergleich zu 2008 wurden 2009 anteilmässig mehr Fälle durch Internistinnen und Internisten und weniger durch Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker gemeldet (je rund 10%-Punkte Unterschied).

Abhängig von der Region gingen im Jahr 2009 zwischen 23.5 (Region 3) und 10.5 Meldungen (Region 6) pro Melder ein. Im Jahr 2008 waren es zwischen 17.5 (Region 1) und 10.0 Meldungen (Region 6) pro Melder. Der schweizerische Durchschnitt liegt bei 16.4 Meldungen pro Melder im Jahr 2009 und bei 14.4 im Jahr 2008.

Meldungen aus Sentinellaregionen. Es gibt zwischen den beiden Jahre Unterschiede in der Verteilung der Depressionsmeldungen auf die Sentinellaregionen. Prozentual gibt es 2009 in den Region 2 (BE, FR) und vor allem in der Region 3 (AG, BL, BS, SO) deutliche Zunahmen. In der Romandie (GE, JU, NE, VD, VS) zeigt sich dagegen eine deutliche Abnahme der Anzahl Meldungen im Vergleich zu 2008.

Schweregrad der Depressionen. Im Jahr 2009 wurden anteilmässig weniger leichte, aber etwas mehr mittelschwere und schwere Depressionen gemeldet als 2008.

Art der Konsultationen. Während 2008 mehr Konsultationen aufgrund erstmaligen Auftretens (58.8%) als aufgrund des Beginns eines Rezidivs (41.2%) gemeldet wurden, war das 2009 gerade umgekehrt (42.1% bzw. 57.9%).

Depressionsmeldungen pro Tausend. Betrachtet man das Verhältnis der Depressionsmeldungen zu allen Sentinella-Meldungen insgesamt, waren es in beiden untersuchten Jahren 3.2 Depressionsmeldungen pro Tausend Meldungen.

Tabelle 1 Vergleich zwischen den Meldejahren 2008 und 2009 nach ausgewählten Kriterien

	2008		2009	
	n	%	n	%
Meldende: Anzahl	145		97	
Allgemeinpraktiker	98	67.6%	62	61.7%
Internisten	47	32.4%	35	38.3%
Meldende:				
Sentinellaregionen 1 GE, JU, NE, VD, VS	30	20.7%	20	20.6%
2 BE, FR	25	17.2%	17	17.5%
3 AG, BL, BS, SO	25	17.2%	17	17.5%
4 GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	12	8.3%	8	8.2%
5 AI, AR, SG, SH, TG, ZH	43	29.7%	29	29.9%
6 GR, TI	10	6.9%	6	6.2%
Meldungen: Anzahl	2081		1595	
Allgemeinpraktiker	1519	73.0%	984	61.7%
Internisten	562	27.0%	611	38.3%
Meldungen:				
Sentinellaregionen 1 GE, JU, NE, VD, VS	526	25.3%	277	17.4%
2 BE, FR	324	15.6%	318	19.9%
3 AG, BL, BS, SO	354	17.0%	399	25.0%
4 GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	152	7.3%	113	7.1%
5 AI, AR, SG, SH, TG, ZH	625	30.0%	425	26.6%
6 GR, TI	100	4.8%	63	3.9%
Meldungen:				
leicht	873	42.0%	626	39.3%
Schweregrad				
mittelschwer	1028	49.4%	811	50.9%
der Depression				
schwer	179	8.6%	157	9.8%
Meldungen: Art der				
Konsultationen 1 erstmaliges Auftreten	1224	58.8%	671	42.1%
2 Rezidiv	857	41.2%	924	57.9%
Depressionsmeldungen pro Tausend	3.2		3.2	

Quelle: Sentinella 2008 und 2009

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus dem Meldejahr 2009 dargestellt. Zudem werden wo möglich vergleichbare Ergebnisse aus dem Meldejahr 2008 aufgeführt. Die Resultate beziehen sich auf Depressionsmeldungen von regelmässig meldenden⁵ Allgemeinärzten/innen und Internisten. Die Meldungen von Pädiatern sind in den präsentierten Ergebnissen **nicht** eingeschlossen. Ausserdem wurden die Folgekonsultationen (die im Meldejahr 2008 noch erfasst wurden) ausgeschlossen.

Teilweise werden die beiden untersuchten Jahre zusammengefasst, was aufgrund der längeren Erfassungsphase und der damit einhergehenden grösseren Anzahl Fälle eine erhöhte Stabilität der Ergebnisse verspricht.

Die Resultate beziehen sich ausschliesslich auf Depressionen, die als solche behandelt wurden. Schwache Depressionsszustände, bei welchen keine ärztliche Intervention stattfand, wurden nicht gemeldet. Schätzungen zufolge ist rund ein Drittel der Hausarzt-Patientinnen und -Patienten davon betroffen.

Die Analysen orientieren sich an denjenigen aus dem Bericht zum Meldejahr 2008. Folgende Fragestellungen liegen ihnen zugrunde:

- 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?

4.1 Hochrechnungen auf die Schweizer Bevölkerung

Mittels Daten von santésuisse (Datenpool des Konkordats Schweizer Krankenversicherer) sowie Bevölkerungsdaten des Bundesamtes für Statistik können die Sentinella-Daten annäherungsweise auf die Bevölkerung hochgerechnet werden⁶. Es handelt sich hierbei um Schätzungen, die mit Vorsicht zu interpretieren sind. In die Hochrechnung fliessen nur Erstkonsultationen (erstmalige Konsultationen und Konsultationen aufgrund eines Rezidivs) ein.

Bezüglich Depressionsfällen gilt, dass bei einer durch die Gesamtheit der Allgemeinärzte/innen und Internisten abgedeckten Schweizer Bevölkerung von 6.7 Mio. Einwohnern rund 93'000 Hausarztbesuche im Sinne einer Erstkonsultation zu Depression zu erwarten wären⁷. Es werden 36'500 Konsultationen aufgrund leichter, 47'500 aufgrund mittelschwerer und 9'000 aufgrund schwerer Depressionen geschätzt, 27'500 durch Männer, 65'500 durch Frauen.

Diese Hochrechnungen widerspiegeln die Nutzung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Belastung der Gesellschaft durch Depressionen. Es lassen sich jedoch keine epidemiologischen Aussagen daraus ableiten.

⁵ Mindestens 75% der Wochen bzw. 39 von 52 Wochen gemeldet.

⁶ Eine exakte Beschreibung der Methode dieser Hochrechnung ist bei den Sentinella-Verantwortlichen des BAG erhältlich.

⁷ Die vergleichbare Schätzung für das Jahr 2008 liegt bei etwa 94'000 Erstkonsultationen zu Depression.

4.2 Häufigkeit und Verteilung der Depressionsmeldungen

Im Jahr 2009 wurden 61.7% der 1595 Konsultationen zu Depression von Allgemeinpraktizierenden gemeldet und 38.3% von Internisten (Tabelle 2).

Tabelle 2 Meldungen zu Depression nach Facharztgruppe

Facharztgruppe (Anzahl Meldende)	Anzahl Meldungen
Allgemeinpraktiker (62)	984 (61.7%)
Internisten (35)	611 (38.3%)
Total (97)	1595

Quelle: Sentinella 2009

Schweizweit beziehen sich 2009 **3.2 von 1000 Konsultationen** auf eine Depression (Erstkonsultation/Konsultation wegen eines Rezidivs)⁸.

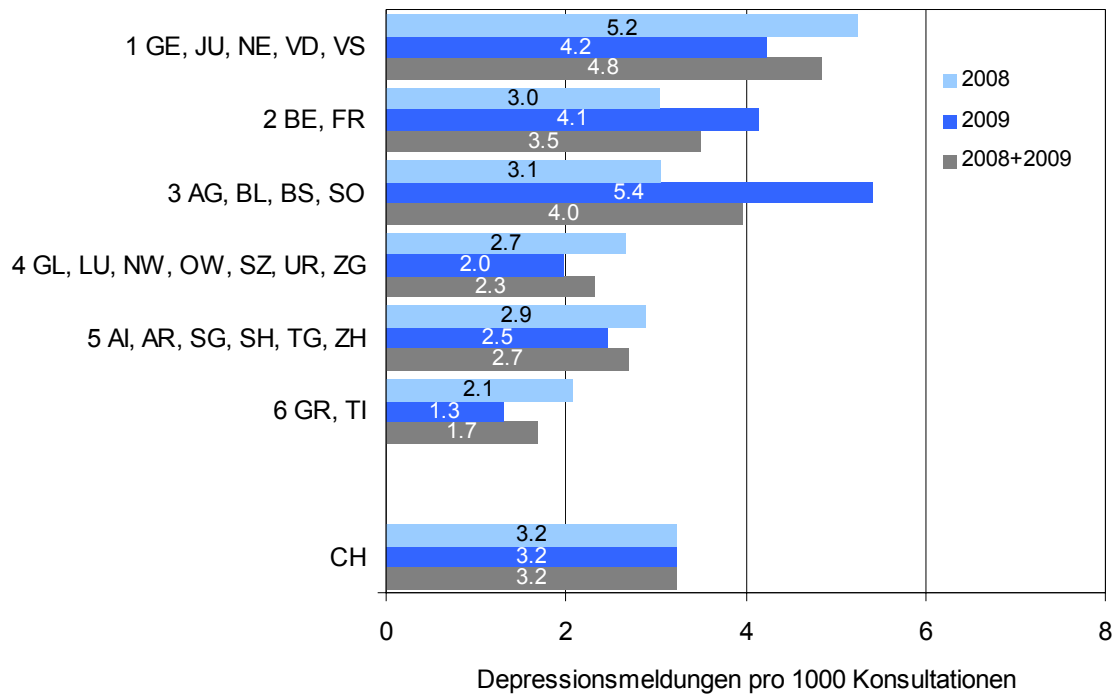
Zwischen den sechs Sentinella-Regionen gibt es deutliche Unterschiede (Abbildung 4). Im Jahr 2009 wurden Depressionen am häufigsten in der Region 3 (AG, BL, BS, SO) gemeldet. Mit 5.4 Depressionsmeldungen pro 1000 Konsultationen liegt diese Region klar über dem schweizerischen Durchschnitt (3.2/1000). Deutlich *unter* dem Durchschnitt liegen die Regionen 4 und 6 mit 2.0 bzw. 1.3/1000.

Es lassen sich auch Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Meldejahren feststellen. Im Jahr 2008 lieferte bspw. die welsche Region 1 die meisten Depressionsmeldungen. Die grösste Differenz zwischen den Jahren findet sich in der Region 3 mit mehr Meldungen im Jahr 2009 (5.4/1000) verglichen mit 2008 (3.1/1000). Der schweizerische Durchschnitt liegt aber in beiden Jahre bei 3.2/1000 Konsultationen.

Nimmt man die beiden Jahre zusammen ergibt sich folgende Reihenfolge: Am meisten Depressionsmeldungen pro 1000 Konsultationen verzeichnet die westliche Region 1 mit 4.8, darauf folgt die Region 3 (AG, BL, BS, SO) mit 4.0, dann die Region BE und FR mit 3.5, die östliche Region 5 mit 2.7, die Innerschweiz, Region 4 mit 2.3 und schliesslich die Region 6, GR und TI mit 1.7.

⁸ Depressionsmeldungen (pro Tausend) = Anz. Konsultationen (Erstkonsultation/Rezidiv) zu Depression / Anz. Konsultationen Total (Sentinella) * 1000

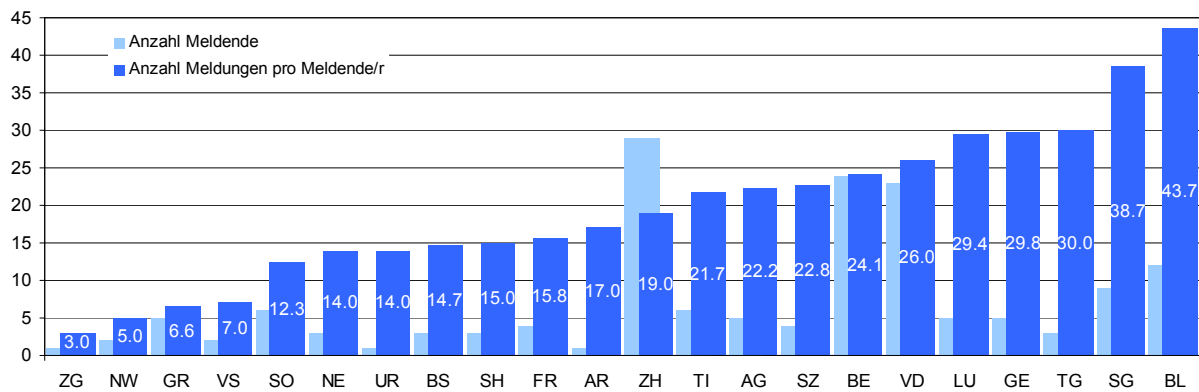
Abbildung 4 Regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Depressionsmeldungen



Quelle: Sentinella 2009 (n=1595), 2008 (n=2081)

Die regionalen Unterschiede zeigen sich auch bei der Auswertung der Anzahl Depressionsmeldungen pro Meldende/r sowie bei der Anzahl der Meldenden nach Kanton (Abbildung 5)⁹.

Abbildung 5 Anzahl Meldungen zu Depression pro Meldende/r nach Kanton, 2008-2009



Quelle: Sentinella 2008+2009, n Meldende=156, n Meldungen=3676

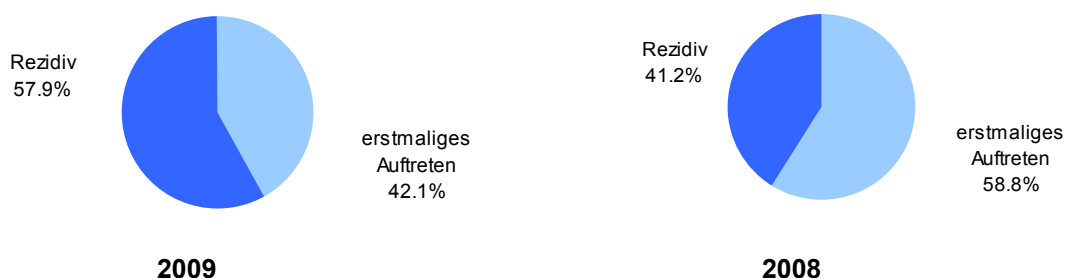
Die Anzahl der Meldenden variiert von 1 in den Kantonen Zug, Uri, Appenzell Ausserrhodens bis 29 im Kanton Zürich, die Anzahl Meldungen pro Meldende/r von 3.0 im Kanton Zug bis 43.7 im Kanton Basel-Landschaft. Die grosse Varietät lässt unterschiedliche Patientengruppen bzw. unterschiedliche Ausrichtungen der Arztpraxen sowie unterschiedliches Interesse bzw. Depressions-Bewusstsein bei den Ärztinnen und Ärzten vermuten.

⁹ Aus den Kantonen, welche nicht aufgeführt sind, gingen keine Meldungen zu Depressionen ein.

4.3 Art der Konsultationen

Bei Konsultationen zu Depression wurden in Sentinella zwei verschiedene Arten erfasst: (1) Erstmaliges Auftreten und (2) Beginn rezidive Episode. Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen und Inneren Medizin meldeten 2009 zu 57.9% den Beginn rezidiver Episoden und zu 42.1% depressive Erkrankungen, die erstmalig auftraten. Im Jahr davor (2008) war das Grössenverhältnis umgekehrt: Es wurden mehr erstmalige Beobachtungen (58.8%) gemeldet und etwas weniger Rezidive (41.2%; Abbildung 6).

Abbildung 6 Art der Konsultationen zu Depressionen nach Meldejahr

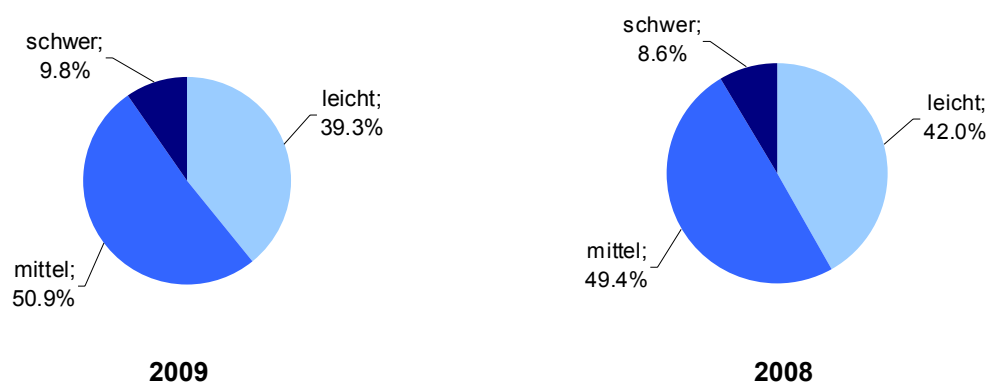


Quelle: Sentinella 2009 (n=1595), 2008 (n=2081)

4.4 Schweregrad der gemeldeten depressiven Erkrankungen

Bei etwa der Hälfte der Depressionsmeldungen von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinen und Inneren Medizin handelt es sich um mittelschwere Erkrankungen, bei rund 40% um leichte und bei ca. 10% um schwere Depressionen (Abbildung 7). Die Anteile sind mit den Ergebnissen aus dem Meldejahr 2008 vergleichbar.

Abbildung 7 Schweregrad der gemeldeten Depressionen



Quelle: Sentinella 2009 (n=1594), 2008 (n=2080)

4.5 Beschreibung der Patientinnen und Patienten

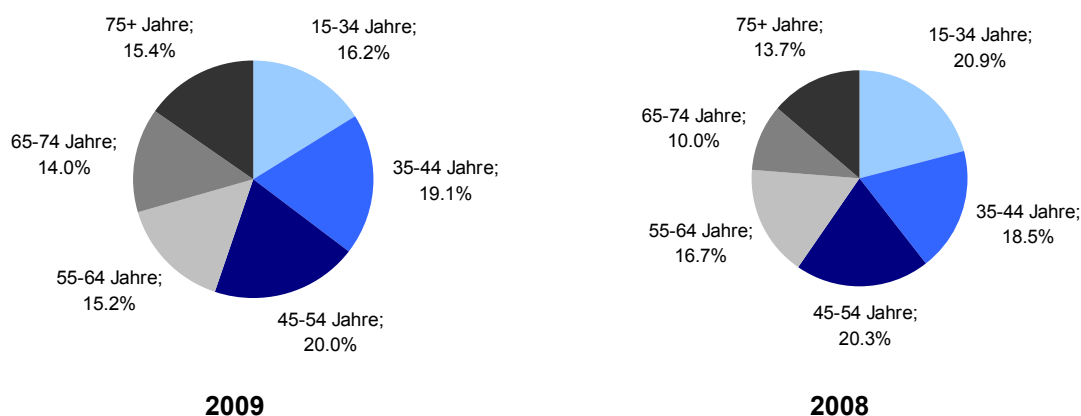
4.5.1 Geschlecht und Alter

Mehr als zwei Drittel der Konsultationen erfolgten durch Frauen (70.5%) und weniger als ein Drittel durch Männer (29.5%). Der Geschlechtsunterschied ist bei den mittleren Depressionen am grössten: Im Jahr 2009 waren es etwas weniger Männer als 2008 (29.5% vs. 33.1%).

Die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit einer Konsultation zu Depression ist verhältnismässig ausgeglichen (Abbildung 8). Zwei Fünftel (39.1%) machen Patientinnen und Patienten im mittleren Alter (35-54 Jahre) aus.

Die Verteilung ist in den beiden Jahren ähnlich: Die grössten Unterschiede gibt es bei den 15-34-Jährigen, die 2009 im Vergleich zu 2008 weniger zahlreich waren, und bei den 65-74-Jährigen, die 2009 entsprechend zahlreicher waren.

Abbildung 8 Depressionsmeldungen nach Altersgruppen

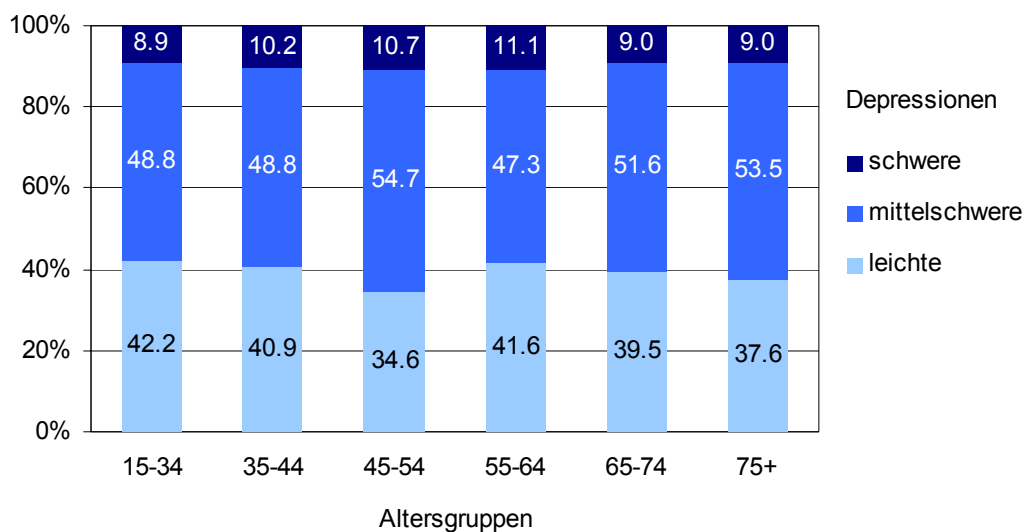


Quelle: Sentinella 2009 (n=1590), 2008 (n=2070)

Die proportionalen Anteile der leichten, mittelschweren und schweren Depressionsbeschwerden unterscheiden sich zwischen den Altersgruppen nicht allzu sehr (Abbildung 9). Der Anteil der schweren Depressionen ist im mittleren Alter (35-64 Jahre) mit über 10% am grössten. In der Altersgruppe der 45-54-Jährigen fallen der grosse Anteil an mittelschweren Depressionen (54.7%) und der kleinere Anteil an leichten Depressionen auf.

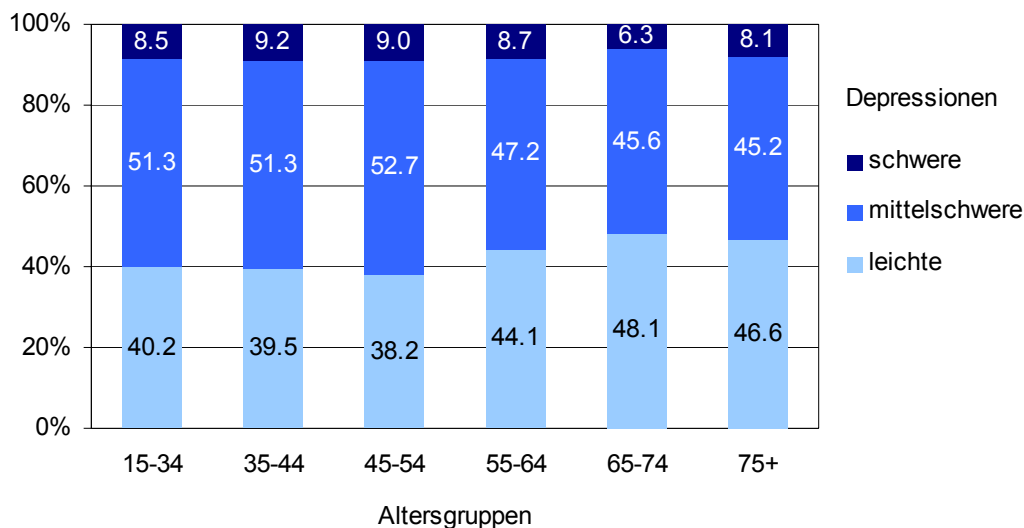
Die Verteilung unterscheidet sich zwischen den untersuchten Jahren am ehesten in den beiden Altersgruppen ab 65 Jahren. Im Jahr 2009 werden in diesen Gruppen mehr schwere und mittelschwere Depressionen gemeldet als 2008.

Abbildung 9 Schweregrad der Depressionen nach Altersgruppen (Anteile in %), 2009



Quelle: Sentinella 2009, n=1590

Abbildung 10 Schweregrad der Depressionen nach Altersgruppen (Anteile in %), 2008



Quelle: Sentinella 2008, n=2070

4.5.2 Nationalität

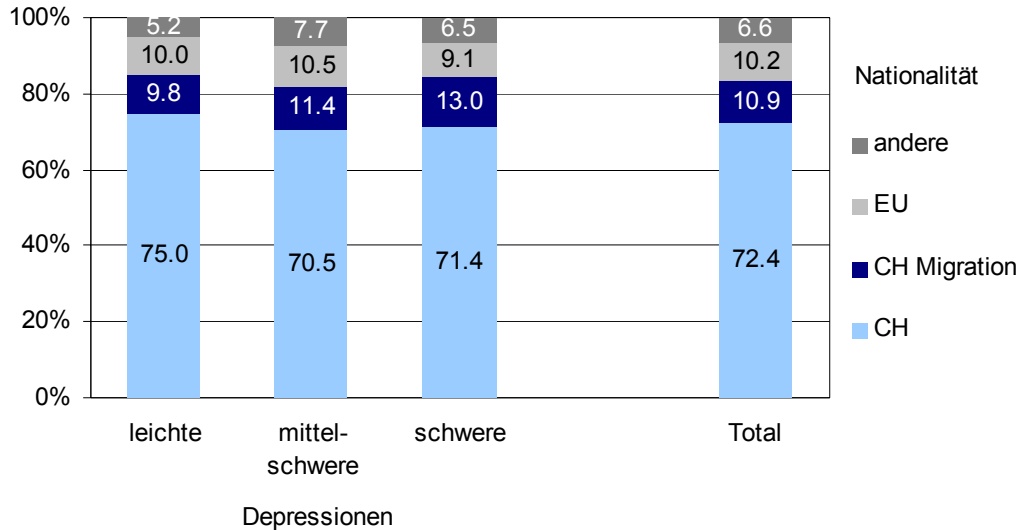
In erster Linie sind es die gebürtigen Schweizer, die mit Depressionssymptomen in einer Allgemein- oder Internistenpraxis waren (Abbildung 11). Ihr Anteil ist bei den leichten Depressionen am grössten (75%). 16.8% der Depressions-Konsultationen erfolgten durch Ausländer. Dieser Anteil ist tiefer als der Anteil ausländischer Staatsangehöriger in der Schweizer Bevölkerung (ESPOP 2009: 22.0%). Bei den mittelschweren Depressionen ist ihr Anteil am grössten (18.2%).

Es gilt hier zu beachten, dass die ausländische Bevölkerung eine deutlich jüngere Altersstruktur aufweist als die schweizerische. Bei einer Analyse nach Altersgruppen zeigt sich, dass der durch Ausländer erfolgte Anteil an Depressions-Konsultationen bei den jüngeren Altersgruppen höher ist als bei

den älteren. Die grössten Anteile finden sich in der Altersgruppe der 35-44-Jährigen mit 26.5%. Darauf folgen die Altersgruppen der 15-34- und der 45-54-Jährigen mit 21.7% bzw. 20.1%.

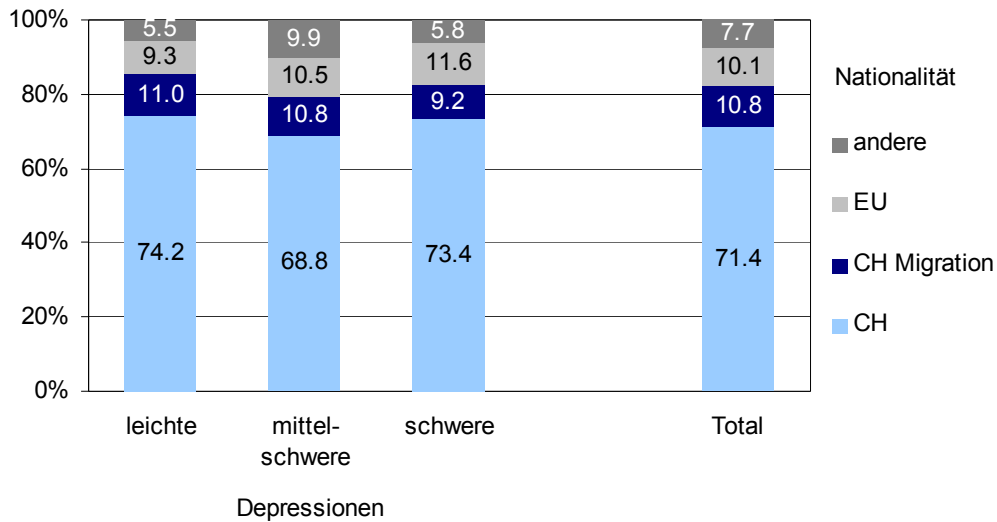
Die Verteilung nach Nationalität ist 2009 und 2008 vergleichbar.

Abbildung 11 Schweregrad der Depressionen nach Nationalität (Anteile in %), 2009



Quelle: Sentinella 2009, n=1585

Abbildung 12 Schweregrad der Depressionen nach Nationalität (Anteile in %), 2008



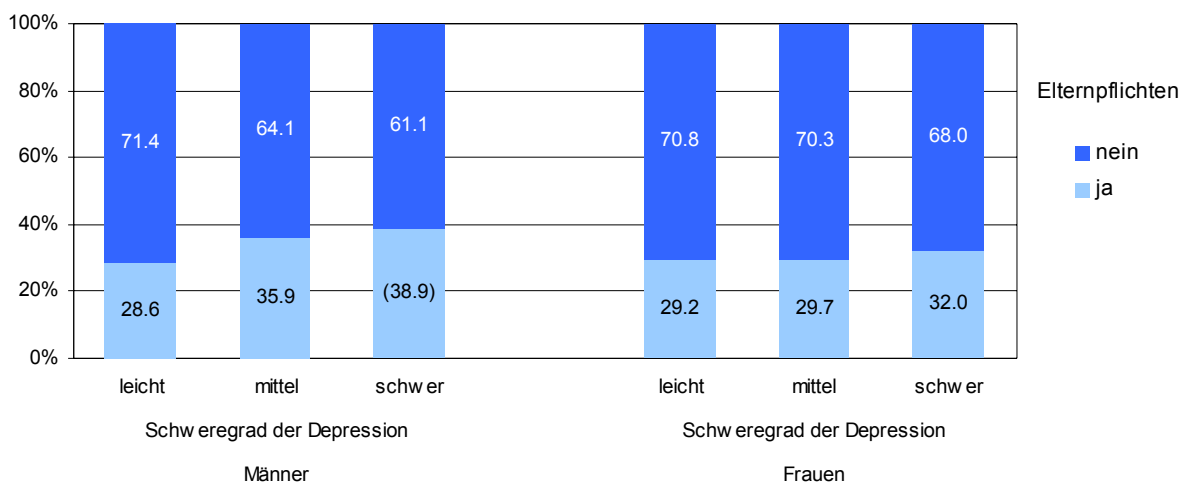
Quelle: Sentinella 2008, n=2009

4.5.3 Elternpflichten

Etwa ein Drittel (30.8%) der Personen, die mit Depressionssymptomen 2009 zur Konsultation bei einer Sentinella-Ärztin resp. bei einem Sentinella-Arzt waren, haben Elternpflichten. In den Altersgruppen der 35-44-Jährigen und der 45-54-Jährigen liegen die Anteile bei 65% bzw. bei 50%¹⁰.

Der Anteil der Personen mit Erziehungspflichten ist einerseits bei Männern (33.3%, Frauen: 29.7%), andererseits bei schweren Depressionen grösser (34.4%; leichte Depressionen: 29.1%) als der Durchschnitt von einem Drittel. In Abbildung 13 lässt sich ausserdem erkennen, dass der höchste Anteil an Personen mit Elternpflichten erwartungsgemäss bei den Männern mit schweren Depressionen zu finden ist. Dieses Ergebnis muss allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da die Fallzahl unter 30 liegt.

Abbildung 13 Elternpflichten und Schweregrad der Depression, 2009



Quelle: Sentinella 2009, n Männer=463, n Frauen=1103

Die Frage zu den Elternpflichten wurde im Meldejahr 2009 neu eingeführt. Es gibt daher keine Resultate zum Meldejahr 2008.

4.6 Komorbide Erkrankung zur Depression

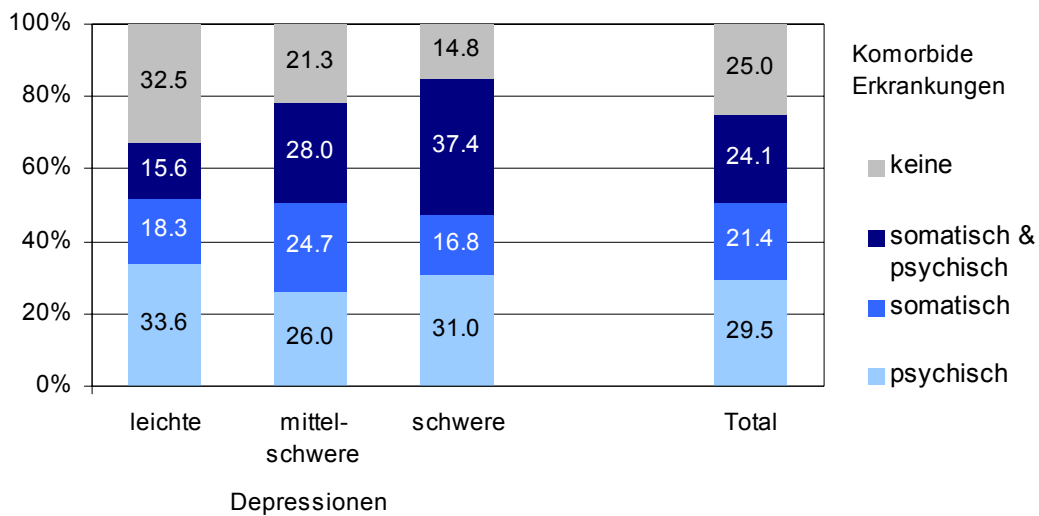
Bei drei Viertel der Konsultationen (75.0%) besteht neben der Depression mindestens eine weitere komorbide Erkrankung. Dieser Anteil wird mit zunehmendem Schweregrad grösser: Bei den leichten Depressionen sind es 67.5%, bei den schweren 85.2%.

Unterschiede gibt es ebenfalls in der Natur der gleichzeitig bestehenden Erkrankungen (Abbildung 14): Bei leichten Depressionen ist die zusätzliche Erkrankung grösstenteils psychischer Art (33.6%). Bei mittelschweren Depressionen sind die komorbiden Erkrankungen zu etwa gleichen Teilen psychischer bzw. somatischer bzw. somatischer *und* psychischer Art. Handelt es sich um schwere Depressionen ist die gleichzeitig bestehende Krankheit grösstenteils somatischer *und* psychischer (37.4%) oder psychischer Art (31.0%).

¹⁰ Aufgrund der kleinen Fallzahlen lassen sich keine Analysen machen, die nur auf die besonders betroffenen Altersklassen fokussieren.

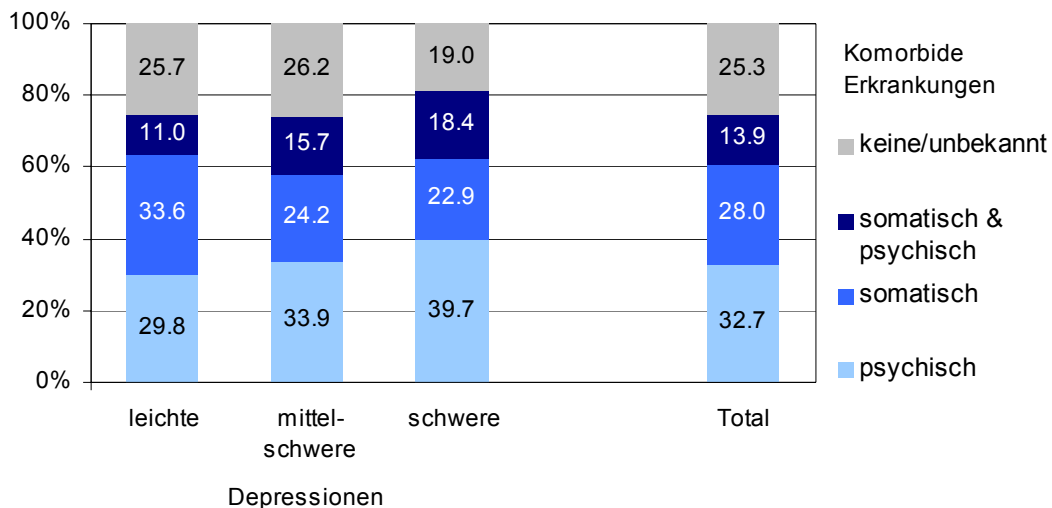
Übereinstimmend liegt in beiden Jahren der Anteil ohne komorbide Erkrankung bei einem Viertel. Dementsprechend wird in beiden Jahren bei drei Viertel der Fälle eine weitere gleichzeitig bestehende Erkrankung festgestellt. Die Aufteilung nach Typ der komorbiden Erkrankung unterscheidet sich zwischen 2009 und 2008: 2009 wird vermehrt von somatisch *und* psychischer komorbider Erkrankung berichtet, aber weniger von rein somatischer und auch etwas weniger von rein psychischer. Diese Differenz lässt sich in erster Linie bei den schweren Depressionen erkennen sowie bei den mittel-schweren. Bei den leichten Depressionen ist der Anteil ohne komorbide Erkrankung grösser als 2008 und der Anteil somatischer Komorbidität kleiner.

Abbildung 14 Komorbidität nach Schweregrad der Depressionen, 2009



Quelle: Sentinella 2009, n=1574

Abbildung 15 Komorbidität nach Schweregrad der Depressionen, 2008



Quelle: Sentinella 2008, n=2080

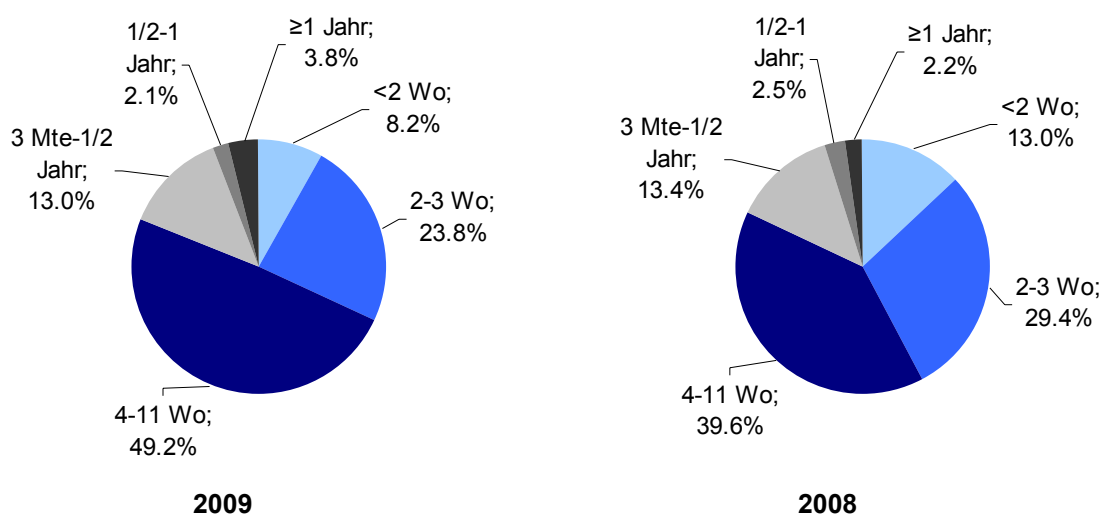
4.7 Dauer vom Symptombeginn bis zum Arztbesuch

Rund die Hälfte (49.2%) der Patienten und Patientinnen suchten ihre Hausärztin/ihren Hausarzt 4 bis 11 Wochen nach Ausbruch der Depressions-Symptome auf (Abbildung 16). Etwa ein Viertel (23.8%) reagierte in den ersten 2 bis 3 Wochen, eine Minderheit (8.2%) innerhalb der ersten zwei Wochen¹¹. Bei 18.9% der Patienten und Patientinnen zeigten sich zum Zeitpunkt des Arztbesuchs bereits während 3 Monaten und länger Symptome einer depressiven Erkrankung.

Im Jahr 2009 waren es weniger Personen, die in den ersten drei Wochen nach Symptombeginn eine Hausärztin, einen Hausarzt konsultierten als 2008. Dagegen war der Anteil der Kategorie ‚4-11 Wochen‘ grösser als 2008.

Personen mit schweren Depressionen konsultierten etwas häufiger bereits in den ersten zwei Wochen als Personen mit leichteren Symptomen (12.1%). Allerdings war bei ihnen auch der Anteil am grössten, der erst spät konsultiert hat: 16.4% der Personen mit schweren Symptomen litten zum Zeitpunkt des Arztbesuchs bereits über 1 Jahr an Symptomen.

Abbildung 16 Wochen seit Symptombeginn



Quelle: Sentinella 2009 (n=1304), 2008 (n=1953)

Männer und Frauen unterschieden sich bzgl. der Wochen seit Symptombeginn nicht erheblich. Es waren anteilmässig etwas mehr Männer (35.5%) als Frauen (30.6%), die die Ärztin/den Arzt während der ersten drei Wochen konsultierten und es waren mehr Frauen (20.4%) als Männer (15.0%), die nach drei Monaten und mehr zur Hausärztin, zum Hausarzt gingen.

4.8 Behandlung der Depression

Im Jahr 2009 wurde knapp die Hälfte der depressiven Erkrankungen (45.6%) von den meldenden Ärztinnen und Ärzten selbst mit reiner Antidepressiva-Therapie behandelt, etwa ein Viertel (23.7%) mit einer Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie und 7.6% mit der Kombination Antidepressiva und Überweisung an eine ambulante Stelle. Reine Psychotherapie kam relativ selten zur Anwen-

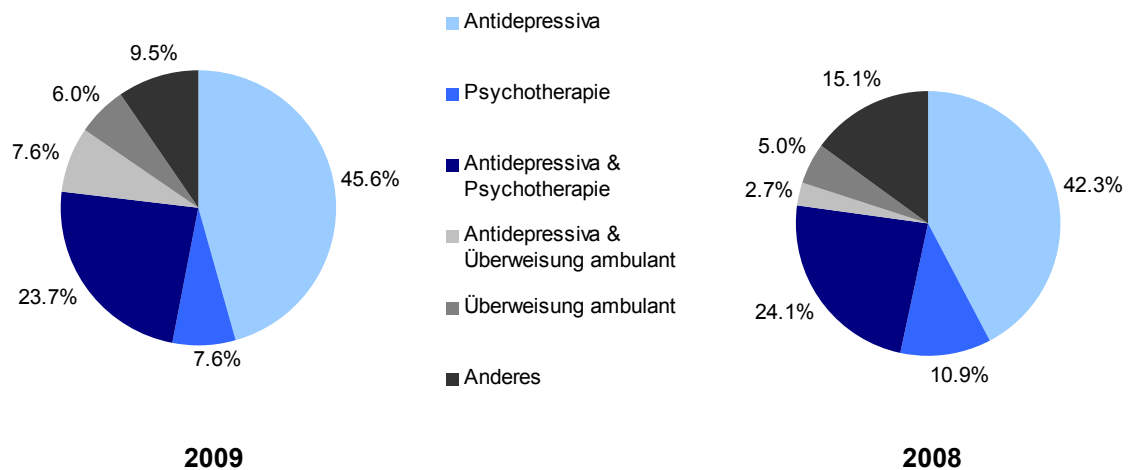
¹¹ Die Angabe zu „weniger als zwei Wochen seit Symptombeginn“ ist mit Vorsicht zu interpretieren, da laut den Meldekriterien erst bei zweiwöchigem Vorhandensein von Symptomen eine Depression gemeldet werden soll.

dung (7.6%). Etwa 6% der Patientinnen und Patienten wurden ohne eine Behandlung in der Hausarztpraxis an eine ambulante Stelle überwiesen.

Die reine Therapie mit Antidepressiva wurde in erster Linie bei leichten Depressionen eingesetzt (54.5%), schwere Depressionen wurden zu einem Viertel mit Antidepressiva und zu einem weiteren Viertel mit einer Kombination aus Antidepressiva und Psychotherapie behandelt.

Im Jahr 2008 war der Anteil an Psychotherapien, als einzige Therapie bzw. in Kombination mit Antidepressiva häufiger als 2009. Es wurde allerdings weniger an ambulante Stellen überwiesen.

Abbildung 17 Behandlung der Depression



Quelle: Sentinella 2009 (n=1576), 2008 (n=2058)

5 Fazit

Die Inzidenz von Depressionen, die dadurch geschätzt wird, dass die Sentinella-Mitglieder ausschliesslich Ersterkrankungen bzw. erneuter Beginn von Rezidiven melden (und keine Folgekonsultationen), ist mit 0.3% in Hausarztpraxen von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinen und Inneren Medizin im Vergleich zu Inzidenzschätzungen anderer Studien von 1-2% sehr niedrig.

Gemäss Rückmeldungen einiger Mitglieder der Sentinella Programmkommission muss bei rund einem Drittel der Hausarzt-Patientinnen und -Patienten von schwachen Depressionsszuständen ausgegangen werden. Schwache Depressionen, bei welchen keine ärztliche Intervention stattfand, waren allerdings nicht Gegenstand der Sentinella-Erhebung, da deren Meldung zu aufwändig wäre. Ausserdem würde sich das Problem der Abgrenzung zwischen depressiven Befindlichkeiten und schwachen Depressionen stellen.

In der deutschen Studie „Depression 2000“ stellten Wittchen und Pittrow an einem Stichtag bei nahezu 11% der untersuchten Hausarztpatienten/innen die Kriterien einer Depression fest, wobei festgehalten werden muss, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur bei der Hälfte der Betroffenen die entsprechende Diagnose stellten (Wittchen and Pittrow 2002).

Auffällig und mit vorliegenden Daten nicht zu erklären sind die regionalen Unterschiede in den geschätzten Inzidenzen, die für das Jahr 2009 zwischen der Region 3 (AG, BL, BS, SO) mit 5.4 und der Region 6 (GR, TI) mit 1.3 Meldungen pro 1000 Konsultationen am deutlichsten sind. Regionen mit städtischen Zentren scheinen eher höhere Raten zu haben als ländliche Regionen.

Betrachtet man die Verteilung der Anzahl Meldungen pro Meldende/r nach Kantone, lässt sich bezüglich Stadt vs. Land jedoch kein eindeutiges Muster erkennen. Der Kanton Basel-Landschaft weist mit 43.7 Meldungen pro Meldende/r die höchste Zahl aus, Zug mit 3.0 die geringste. Die städtischen Zentren verteilen sich im Mittelfeld. Auch die Anzahl der Meldenden unterscheidet sich stark zwischen den Kantonen: Im Kanton Zürich sind es mit fast 30 die meisten. Die etwas zufällig erscheinende Verteilung der Kantone könnte Ausdruck der persönlichen Interessen, des individuellen Depressions-Bewusstseins sowie der unterschiedlichen Praxisausrichtungen der Ärztinnen und Ärzte sein. Andererseits könnten sich darin auch Probleme der Meldequalität widerspiegeln.

Der hohe Anteil an Frauen 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 psychisch etikettiert zu werden, weniger von depressiven Symptomen berichten (Stoppe, Bramesfeld et al. 2006). Das Umgekehrte dürfte für die Alkoholsucht gelten.

Generell scheint der Ausländeranteil bei den Depressionsmeldungen im Vergleich zum Anteil ausländischer Staatsangehöriger in der Schweizer Bevölkerung eher unterrepräsentiert zu sein. Dieses Ergebnis ist in soweit überraschend, dass Depressionen z.B. bei Flüchtlingen oder bei Integrations-schwierigkeiten ein bekanntes Problem sind. Bei einer Analyse nach Altersgruppen wird allerdings ersichtlich, dass Depressionsmeldungen bei Ausländern im mittleren Alter (35-44 Jahre) einen Anteil von 26.5% ausmachen. Vor dem Hintergrund der im Vergleich zur schweizerischen deutlich jüngeren ausländischen Bevölkerung, ist das Verhältnis in dieser Altersgruppe vermutlich aussagekräftiger. Zieht man zum Vergleich Daten stationärer Behandlungen hinzu, lässt sich feststellen, dass 2008 21.9% der Depressionsfälle auf ausländische Staatsangehörige zurückzuführen sind (Medizinische Statistik, 2008).

Rund ein Drittel (30.8%) der wegen Depressionssymptomen gemeldeten Patientinnen und Patienten haben Erziehungspflichten inne. Dieser Anteil ist bei den Männern (33.3%) und bei den schweren Depressionen erhöht (34.4%). Bei Männern scheint der Zusammenhang zwischen Elternpflichten und (dem Schweregrad der) Depression eher stärker zu sein als bei Frauen. Und v.a. bei Männern, aber auch bei Frauen haben Personen mit schweren Depressionen vermehrt auch Elternpflichten als Personen mit leichten Depressionen. Darin zeigt sich möglicherweise die erhöhte Belastung durch Erziehungspflichten.

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 drei Viertel der Konsultationen im Zusammenhang mit Depressionen stellten die Ärztinnen und Ärzte komorbide Erkrankungen fest. Dieses Ergebnis ist im unteren Bereich anderer Schätzungen, die von 75-90% reichen, anzusiedeln.

Ein Grossteil der Patientinnen und Patienten suchte in den ersten 11 Wochen seit Symptombeginn ihre Hausärztin, ihren Hausarzt auf. Bei 13% bestanden die Symptome schon mindestens 3 Monate, bei 6% schon länger als ein halbes Jahr. Daran wird ersichtlich, dass nicht nur in den Hausarztpraxen, sondern auch in anderen sozialen Umfeldern und direkt bei jedem Einzelnen Potential besteht, die Sensibilität für Depressionen zu steigern. Eine rechtzeitige und angemessene Depressionsbehandlung kann Komplikationen oder einer Chronifizierung entgegenwirken und verbessert die Heilungschance.

In den Hausarztpraxen wurden Depressionen am häufigsten mit Antidepressiva behandelt: als einzige Therapie in 45.6% der Fälle, in Kombination mit Psychotherapie bei 23.7% oder in Kombination mit einer Überweisung an eine ambulante Stelle (7.6%). Während bei leichten Depressionen Antidepressiva in erster Linie als einzige Therapie eingesetzt wurde, wurde bei schweren Depressionen vermehrt mit Psychotherapie ergänzt. Einen grossen Anteil der depressiven Klientel behandeln die Hausärztinnen und Hausärzte selbst. Es ist daher unerlässlich, dass sich Letztere gut im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik auskennen. Laut den Daten der FMH hatten im Jahr 2009 7.0% der Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen und Inneren Medizin den Fähigkeitsausweis APPM "Psychosomatische und Psychosoziale Medizin" und 3.8% den Fähigkeitsausweis FMPP "Delegierte Psychotherapie".

Die Auswertungen der Meldejahre 2009 und 2008 geben einen Ein- und Überblick über die zentrale Rolle der Grundversorger in der Erkennung und Behandlung depressiver Erkrankungen. Die Ergebnisse widerspiegeln die Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte, die Konsultationen in der Hausarztpraxis können aber nicht mit der Häufigkeit des Problems in der Bevölkerung gleich gesetzt werden. Nicht alle depressiven Personen suchen ihre Hausärztin / ihren Hausarzt auf, sei es weil sie (z.B. wegen Stigmatisierung) überhaupt keinen professionellen Rat suchen oder durch eine andere Stelle (z.B. psychiatrische oder psychotherapeutische Praxis) versorgt werden.

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

6 Ausblick

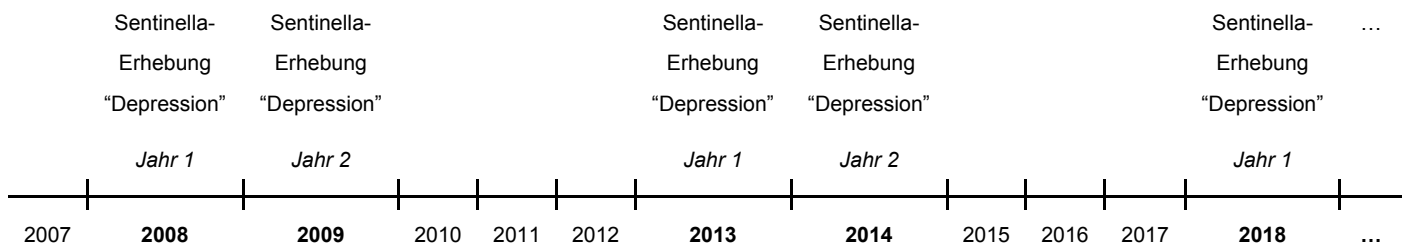
Mit der Erfassung der Depressionsmeldungen über zwei Meldejahre wurden eine Verbesserung der Datenqualität sowie eine Absicherung der Ergebnisse angestrebt. Ausserdem hatte sie zum Ziel die Jahresergebnisse miteinander zu vergleichen und damit gegebenenfalls Veränderungen sichtbar zu machen.

Aus dem vorliegenden Bericht wird ersichtlich, dass gewisse Unterschiede zwischen den Jahren bestehen. Unklar ist, ob diese als Abbild realer Unterschiede (wären innert Jahresfrist eher nicht oder in sehr geringem Masse zu erwarten) oder als Folge der Meldequalität interpretiert werden müssen. Da die Unterschiede generell relativ gering ausfallen und gleichzeitig bei einer höheren Anzahl von Fällen mit einer grösseren Stabilität der Ergebnisse gerechnet werden kann, sollte in Erwägung gezogen werden, die Sentinella-Auswertungen zu Depression generell mit beiden Datensätzen (2008 + 2009) zusammen durchzuführen. Mit der höheren Fallzahl wären detailliertere und besser gestützte Auswertungen möglich. Es wird ausserdem empfohlen, eine potentielle Publikation eines Artikels auf Basis der beiden Datensätzen zusammen zu machen, da wie bereits erwähnt die Unterschiede zwischen den Jahren nicht schlüssig zu interpretieren sind.

Wir schlagen deshalb vor, einen weiteren Forschungsbericht (wie der vorliegende) mit Auswertungen auf Basis der Daten 2008 + 2009 sowie einen Artikel (z.B. für das BAG-Bulletin) zu erarbeiten und bitten das BAG, einen entsprechenden Auftrag zu prüfen.

Zudem könnte eine Wiederaufnahme des Depressionsmoduls für kommende Jahre (z.B. 2013 usw.) geplant werden, so dass dann, evtl. erneut auf Basis von zwei Meldejahren, ein Vergleich mit den jetzigen Resultaten gemacht werden könnte (Abbildung 18).

Abbildung 18 Vorschlag zur zeitlichen Planung der Sentinella-Erhebung „Depression“



7 Anhang A: Erhebung 2009

Sentinella-Meldesystem, Leitfaden für die Erhebung 2009

2.8. 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 oder die Wahrnehmung von zusätzlicher Verantwortung (Erziehungsaufgaben für eigene oder anvertraute Kinder) einen Einfluss auf die Diagnosestellung und Behandlung von Depressionen?

B. Definition, Meldekriterien (nach ICD-10)

Zu melden sind alle Erstkonsultationen (Haupt- oder Nebenkonsultationsgrund) im Zusammenhang mit einer leichten, mittleren oder schweren Depression. Dies betrifft sowohl das erstmalige Auftreten als auch die rezidiven Phasen einer 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) und es findet eine ärztliche Intervention statt (Einladung zu Folgekonsultation, Therapie, Überweisung).
- 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.

Geben Sie bitte unter Eiterpflichten "ja" an, falls der Patient/die Patientin Erziehungsaufgaben eigener oder anvertrauter Kinder wahrnimmt.

¹ Dient zur besseren Abgrenzung von alltäglicher Verstimmung.

Geben Sie bitte unter Art der Konsultation an, ob es sich um das erstmalige Auftreten einer Depression oder um ein Rezidiv einer bereits früher diagnostizierten Depression handelt (bitte ganze Anamnese einbeziehen).

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 Erstkonsultation 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.

Falls Sie eine Therapie sowohl selber durchführen als auch eine Überweisung stattfindet, so gehen Sie bitte wie folgt vor:

- Für Papier-Meldende: geben Sie bitte beide Codes an (2 Angaben möglich).
- Für elektronisch Meldende: wählen Sie die entsprechende Kombination in der Auswahlliste.

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/>.

8 Anhang B: Erhebung 2008

Depressions-Modul aus dem Sentinella-Meldebogen, Meldejahr 2008

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

Leitfaden und Meldekriterien, Meldejahr 2008

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.

9 Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V. and M. Graf (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- 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. (2009). Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen. Auswertungen der Daten zum Thema Depression aus dem Sentinella-Meldesystem. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der Sentinella Programmkommission. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schuler, D., P. Rüesch, et al. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- 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.