

## Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment  
– Diskussionsbeitrag Nr. 3/2012 –

24.02.2012

### **Lang dauernde Depression – häufiges Krankheitsbild bei Anträgen auf Rehabilitation und Erwerbsunfähigkeitsrente**

*von Dr. med. Jochen Tägert, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Langenhagen*

#### **I. Zusammenfassung**

Mindestens zwei Jahre anhaltende Depressionen sind nicht als entsprechend definierte Kategorie in geläufigen Klassifikationssystemen enthalten. Nach eigener Erfahrung sind sie die häufigste psychiatrische Krankheitsgruppe unter den Anträgen auf Rehabilitation oder Berentung. Unter bestimmten Umständen können die Patienten den definierten Kategorien der rezidivierenden Depression oder Dysthymie zugeordnet werden. Diese Umstände sind aber nur in einer Minderzahl gegeben. Es fehlen aktuelle Untersuchungen zu Verlauf, Prognose und Behandlung der nicht definierten, lang dauernden Störungen. Entsprechend fällt die Bewertung dieser Störungen weitgehend in das persönliche Ermessen des Gutachters.<sup>1</sup>

#### **II. Einleitung**

Wenn ein Psychiater/Nervenarzt sowohl gutachterlich für die Deutsche Rentenversicherung als auch kassenärztlich tätig ist, fällt

folgender Gegensatz ins Auge: Gutachterlich nehmen die lang dauernden Depressionen einen weit größeren Anteil ein als die kürzer dauernden. Dies erscheint zunächst trivial. Die weitere Auswertung ergibt, dass die Mehrzahl der lang dauernden Störungen weder nach ICD noch DSM<sup>2</sup> befriedigend zu klassifizieren sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele Klassifikationssysteme Verlegenheitskategorien wie z. B. F32.9 enthalten; solche Behelfskategorien sind aber kaum zur Definition häufiger Störungen geeignet.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Behandlung solcher Depressionen standardisiert ist. Damit stellt sich die weitere Frage, ob die Ausschöpfung von Behandlungsmöglichkeiten im Einzelfall ausreichend zu bewerten ist. Auf die Fragen wird anhand einiger Daten eingegangen.

<sup>1</sup> Der Beitrag wurde bereits unter dem gleichen Titel im MedSach 2011, S. 151 ff. veröffentlicht.

<sup>2</sup> ICD steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). DSM steht für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen).

### III. Ergebnisse

Ausgewertet werden zunächst 296 Gutachten aus dem Zeitraum Januar 2010 bis Februar 2011. In 22 Fällen ist keine gewichtige psychiatrische Symptomatik zu registrieren. Es verbleiben 274 auszuwertende Gutachten. In 65 Fällen (23,7 Prozent) besteht zum Zeitpunkt der Untersuchung eine mindestens seit zwei Jahren anhaltende depressive Symptomatik. Ausgeschlossen werden depressive Symptome, sofern sie überwiegend im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung, Anpassungsstörung oder Erschöpfung einzuordnen beziehungsweise zu verschlüsseln sind – entsprechend den von *Dilling et al*<sup>3</sup> mitgeteilten Maßstäben.

Zum Vergleich wird der Gutachten-Jahrgang 2003 herangezogen. In 48 von 361 Fällen liegt keine gewichtige psychiatrische Symptomatik vor, nach Aussonderung dieser Fälle verbleiben 313 auszuwertende Gutachten. Mindestens zwei Jahre anhaltende depressive Störungen sind in 60 Fällen (19,2 Prozent) anzutreffen. Die folgenden Daten beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von 125 Fällen (65 plus 60).

Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt 94 zu 31. Das Verhältnis von primär deutschsprachigen zu primär fremdsprachigen Patienten beträgt 92 zu 33. Das Verhältnis von psychosomatischen Rehabilitationsanträgen (einschließlich einer Minderheit von Anträgen auf berufsfördernde Maßnahmen bzw. LTA<sup>4</sup>) zu Rentenanträgen beträgt 32 zu 93. Die Rehabilitationsanträge wurden nur in einem Prozentsatz von unter 50 befürwortet, da häufig keine Anbindung an eine psychiatrische beziehungsweise nervenärztliche Praxis vorlag. Bei Rentenanträgen wurde ein Leistungsvermögen von mindes-

tens sechs Stunden in 61, unter sechs Stunden in 64 Fällen angenommen.

Für den internen Gebrauch wurde das im Gespräch fassbare Ausmaß an Depressivität zwischen 1 und 5 eingestuft: 1 (leicht) liegt in 29; 2 (leicht bis mittelschwer) in 34; 3 (mittelschwer) in 56; 4 (mittelschwer bis schwer) in 6 Fällen vor. Kein Fall ist der Kategorie 5 (schwer) zuzuordnen.

15 Patienten fallen in die Altersstufe 31 bis 40 Jahre; 45 in die Stufe 41 bis 50; 63 in die Stufe 51 bis 60; 2 in die Stufe 61 bis 65. Der jüngste Patient ist 36, der älteste 63 Jahre alt. Der arithmetische Mittelwert beträgt 50,1 Jahre.

Im Folgenden sollen noch einige orientierende Hinweise geliefert werden, die genauer nach Auswertung aller Jahrgänge zwischen 2002 und 2011 zu präsentieren sind: häufig wird über belastend erlebte Situationen und Ereignisse berichtet (u. a. als kühl bzw. ablehnend erlebte Mutter, prügelnder Vater, Alkoholismus von einem oder beiden Elternteilen, gescheiterte Partnerschaften, berufliche Fehlschläge, körperliche Krankheiten wie z. B. Krebs, chronische Leiden des internen oder orthopädischen Gebiets). Häufig entwickeln Patient und Hausarzt ein Konzept, nach welchem die depressiven Symptome durch die äußeren Belastungen entstanden sind und durch Gespräche, eventuell auf psychotherapeutischer Grundlage, gelegentlich auch durch niedrig dosierte Antidepressiva zu beeinflussen sind. Die Anbindung an eine nervenärztliche beziehungsweise psychiatrische Praxis erfolgt oft erst spät, eventuell nach vorangegangener psychosomatischer Rehabilitation. Frühzeitige Anbindung an entsprechende Praxen, eventuell zusätzliche stationäre Behandlung in einer psychiatrischen (=nicht psychosomatischen) Klinik erfolgt nur relativ selten, vorzugsweise bei Patienten der Depressivitätsgrade 3 und 4.

Nur in einer Minderheit wird über psychiatrische Krankheiten von Eltern, Großeltern oder Geschwistern berichtet. Selten sind Be-

<sup>3</sup> Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen. Huber, Bern, 2010.

<sup>4</sup> LTA steht für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

richte über sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend.

#### IV. Diskussion

Zunächst stellt sich die Frage der Klassifikation. Die Zuordnung als depressive Episode kommt nur in Frage, wenn dieser Begriff über das übliche Maß hinaus ausgeweitet wird. Eine Zuordnung als „Dysthymie“ ist nach den geläufigen Kriterien nur für die als leicht klassifizierten Fälle in Betracht zu ziehen. Nicht typisch für Dysthymie ist auch der mitgeteilte Beginn der depressiven Symptome meist erst nach dem 30. Lebensjahr, das Fehlen einer psychiatrischen Familienanamnese. Schwer vereinbar mit „Dysthymie“ sind die Beschreibungen dieser Patientengruppe als übermäßig arbeitsorientiert, weitgehend auf Freizeit, Vergnügen verzichtend<sup>5</sup>. Tatsächlich teilen die hier untersuchten Patienten oft weitgehende Abkehr von Freizeitaktivitäten mit, andererseits wird oft ein frühzeitiger Verlust der Arbeitsmotivation mitgeteilt, teilweise aus negativen beruflichen Erlebnissen resultierend, teilweise wohl aber auch aus einer primär hypochondrisch-depressiven Erlebnisweise heraus, wonach Belastungen die Gesundheit ruinieren können.

Der Begriff der chronischen beziehungsweise chronifizierten Depression taucht in Veröffentlichungen vor dem Jahr 2000<sup>6</sup>, nicht aber im ICD auf. Im Lehrbuchbeitrag 2009 von Foerster zu sozialrechtlichen Begutach-

tungsfragen wird er aufgeführt<sup>7</sup>. Im DSM taucht der Begriff chronische Depression nur als Folge von major depression auf.<sup>8</sup> Eine solche Zuordnung kommt aber nach dem hiesigen Datenmaterial nicht in Frage, da eine abgelaufene major depression nicht zu ermitteln ist, stattdessen der Beginn der Symptomatik in der Regel schleichend war, mit einer langsamen Progredienz bis hin zum Zeitpunkt der Untersuchung. Ein rezidivierender Verlauf mit Anhaltspunkten für eine frühere, eindeutig von der aktuellen Depression abzugrenzende Symptomatik war nur in vier Fällen zu ermitteln. Dabei ist einzuräumen, dass in einigen Fällen u. a. wegen der relativ kurzen Dauer der Anamneseerhebung (siehe unten) ein rezidivierender Verlauf übersehen worden ist. In der Mehrzahl der hier präsentierten Fälle ist eine primär lange Verlaufsdauer anzunehmen. Inwieweit der Ausdruck „primäre Chronifizierung“ angemessen ist, soll bei mangelnder Kenntnis des weiteren Verlaufs nicht erörtert werden.

Viele Einzelfälle erinnern an Beschreibungen von längeren Verläufen aus der älteren deutschsprachigen Literatur z. B. unter Begriffen wie neurotische Depression, endoreaktive Dysthymie.<sup>9</sup> Einen historischen Überblick zur Begriffsbildung liefert die Monografie von Marneros<sup>10</sup>. Demgegenüber hat die angelsächsische Hochschulpsychiatrie

<sup>5</sup> U. a. in: Akiskal HS: mood disorders: clinical features, In Sadock MD, Sadock VA (Hrsg.): Comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, Vol. 1, 2000, 1338–1385.

<sup>6</sup> Bochnik HJ: Die chronischen Depressionen, in: Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Fischer, Stuttgart 1995, 486–487; Laux, G: Chronifizierte Depression. Enke, Stuttgart, 1986; Weitbrecht, HJ: Die chronische Depression. Wr. Z. Nervenheilkunde (1967), 24: 265–281.

<sup>7</sup> Foerster K: Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen, in Foerster K, Dreßing H (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung, Urban und Fischer, München 2009.

<sup>8</sup> Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen. Huber, Bern, 2010; siehe auch: Keller MG, Shapiro PW, Lavori PW, Wolfe N: Recovery in major depressive disorder. Arch. Gen. Psychiatr. (1982), 39: 905–910.

<sup>9</sup> Schwidder, W: Neurotische Depressionen, in: Klinik der Neurosen, Springer, Berlin 1972; Weitbrecht HJ: Grundriss der Psychiatrie. Springer, Berlin, 1972.

<sup>10</sup> Marneros A: Das neue Handbuch der bipolaren und depressiven Erkrankungen. Thieme, Stuttgart 2004.

versucht, theoretisch vorbelastete Begriffs-paare wie endogen einerseits, neurotisch andererseits zu vermeiden, stattdessen die psychiatrischen Diagnosen weitgehend operational zu definieren.<sup>11</sup> Hiergegen ist nichts einzuwenden, sofern die Lücken irgendwann gefüllt werden.

Vorläufig ist festzuhalten, dass die von psychologisch-psychotherapeutischer, nerven-ärztlich-psychiatrischer Seite gelieferten Diagnosen oft nur die angesprochene Lücke füllen. Häufig ist von einer depressiven Episode, häufig auch von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradig, die Rede, überwiegend in Mitteilungen an Ärzte, Deutsche Rentenversicherung, vereinzelt auch in Gutachten. In der Regel wird nicht einmal der Versuch unternommen, die Annahme einer rezidivierenden Störung aus dem Verlauf heraus zu begründen. Dieses Versäumnis ist weniger dem Autor der Mitteilung, sondern eher der Lücke im Klassifikationssystem anzulasten.

## V. Schlussfolgerungen

Eine Auswertung des Datenmaterials der Deutschen Rentenversicherung ergab 2007, dass 30 Prozent der Rentenzugänge in den psychiatrischen Bereich fallen.<sup>12</sup> Laut einer telefonischen Mitteilung der Pressestelle der Deutschen Rentenversicherung an den Autor Ende 2010 hatte der entsprechende Anteil 2009 bei den Frauen 40, bei den Männern 30 Prozent überschritten. Mindestens zwei Jahre anhaltende depressive Störungen sind das häufigste Krankheitsbild im vorliegenden Datenmaterial. Sie sind nicht befriedigend nach den vorliegenden Klassifika-

tionssystemen (ICD bzw. DSM) zu klassifizieren. Entsprechend liegen auch keine systematischen Untersuchungen zur Behandlung dieser Patientengruppe vor. Nur eine ganz geringe Minderheit der Patienten hat Kontakt zu einer wissenschaftlich arbeitenden Klinik beziehungsweise Klinikambulanz gehabt. Warum dies so ist, bleibt offen. Andererseits erklärt es zumindest teilweise die Tatsache, dass die Patienten nicht befriedigend zu klassifizieren sind – Klassifikationskriterien werden von den wissenschaftlich arbeitenden Psychiatern erstellt. Stattdessen ist die Mehrzahl der Patienten in der Zuständigkeit von Hausärzten, Psychotherapeuten, psychosomatischen Rehabilitationskliniken, niedergelassenen Psychiatern/ Nervenärzten verblieben.

Einige Mängel der hiesigen Untersuchung sind kurz anzusprechen: Natürlich können im hiesigen Untersuchungsrahmen von durchschnittlich einer Stunde bestimmte Sachverhalte übersehen oder nicht erfasst werden – insbesondere hinsichtlich der Familienanamnese, hinsichtlich eventueller psychischer Symptome vor Krankheitsbeginn. Insofern sind einige Ergebnisse nur mit Einschränkung zu verwerten. Fest steht andererseits, dass die vorgestellte Stichprobe nicht ausreichend von der wissenschaftlichen Psychiatrie erfasst, und entsprechend auch ihre gutachterliche Bewertung nicht ausreichend abgesichert ist. In Übereinstimmung mit anderen Gutachtern wird die Mehrzahl der als leicht oder leicht bis mittelschwer bewerteten Störungen als erwerbsfähig eingestuft, die Mehrzahl der als mindestens mittelschwer bewerteten Störungen wird als vermindert erwerbsfähig eingestuft. Hieran wird sich vermutlich nicht allzu viel ändern. Andererseits ist von wissenschaftlicher Forschung zu erwarten, dass die Behandlung dieser Patienten überprüft wird, sowohl in gesprächsmäßig-psychotherapeutischer als auch medikamentöser Hinsicht. Vermutlich wird aus solcher Forschung

<sup>11</sup> Saß H, Wittchen HU, Zandig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen 2003.

<sup>12</sup> Wedegärtner F, Sittaro NA, Emrich HM, Dietrich DE: Invalidisierung durch affektive Erkrankungen. Psychiatr. Praxis (2007), 34, Suppl. 3: 252–255.

zumindest vorübergehend eine erhöhte Zahl von Ablehnungen des Rentenanspruchs resultieren mit dem gutachterlichen Argument, dass Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind. Derzeit gibt es Verläufe von sehr langer Dauer mit später Anbindung an eine psychiatrische Praxis, jahrelanger Verordnung von einem SSRI-Hemmer in relativ niedriger Dosis trotz nicht ersichtlicher Besserung. Im Gespräch mit gutachterlichen Kollegen wird oft deutlich, dass die Existenz der präsentierten Krankheitsgruppe geläufig ist, dass die Aussichten auf eine Besserung als gering eingeschätzt werden und daher auch relativ anspruchslose therapeutische Bemühungen als ausreichend erachtet werden. Ob diese pessimistische Einstellung

fundiert oder zu korrigieren ist, muss wissenschaftlich überprüft werden. Die volkswirtschaftliche Bedeutung einer solchen Überprüfung liegt auf der Hand. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ausgewerteten Jahrgänge Patienten enthalten, die auch als depressiv einzustufen sind, das Kriterium der zweijährigen Krankheitsdauer noch nicht erreicht haben, vermutlich aber erreichen werden.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---