**Die Senatorin für Arbeit,
Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales**

Bremen gesund

Depressionen

Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit

- Langfassung –

Bremen 2008

Herausgeber/Bezug:

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Abteilung Gesundheitswesen
Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe

Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

Tel.: 0421/361-4804
Email: janine.pfuhl@gesundheit.bremen.de

Autorin:
Janine Pfuhl

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Senats herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Die regelmäßige Erstellung von Gesundheitsberichten ist in Bremen im „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen“ verankert. Gesundheitsberichte dienen als fachliche Grundlage für die Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Sie zeigen auf, in welchen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung Chancen und Risiken ungleich in der Bevölkerung verteilt sind; außerdem bieten sie Ansatzpunkte für Interventionen in Prävention, Diagnostik, Kuration und Rehabilitation mit dem Ziel, die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu senken.

1 EINLEITUNG 4

WAS IST EINE DEPRESSION? 4
WARUM EIN BERICHT ZUM THEMA DEPRESSIONEN? 5

2 ZUR GESUNDHEITSPOLITISCHEN BEDEUTUNG DEPRESSIVER STÖRUNGEN 7

2.1 PRÄVALENZ - Wie häufig sind Depressionen in der Allgemeinbevölkerung? 7
2.2 RISIKOFAKTOREN - Welche Faktoren erhöhen die Gefahr für eine Depression? 10
2.3 KOMORBIDITÄT - Mit welchen anderen Erkrankungen gehen Depressionen häufig einher? 11
2.4 NEHMEN DEPRESSIVE STÖRUNGEN IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG ZU? 12
2.5 MÖGLICHE URSACHEN FÜR DEN ANSTIEG DER DIAGNOSE DEPRESSION 17
2.6 BEHANDLUNGSPRÄVALENZ - In welchem Ausmaß werden Depressionen behandelt? 20
2.7 ÖKONOMISCHE ASPEKTE - Welche volkswirtschaftlichen Kosten verursachen Depressionen? 22
2.8 GESUNDHEITSPOLITISCHE STRATEGIEN UND MAßNAHMEN - Was wird zur Verhinderung, Früherkennung und verbesserten Behandlung von Depressionen getan? 24

3 DEPRESSIONEN IM LAND BREMEN – QUANTITATIVE ABSCHÄTZUNG DER PROBLEMATIK FÜR DIE REGION 27

3.1 WIE HÄUFIG SIND DEPRESSIONEN IM LAND BREMEN? – EINE ÜBERSICHT 27

3.2 INANSPRUCHNAHME VON BEHANDLUNGSLEISTUNGEN 28
3.2.1 Stationäre Behandlungen 28
3.2.1.1 Entwicklung der Behandlungszahlen 28
3.2.1.2 Unterschiede bzgl. Alter und Geschlecht 30
3.2.1.3 Verweildauern 31

3.2.2 Ambulante Behandlungen 32
3.2.2.1 Wie häufig wird die Diagnose Depression vergeben? 32
3.2.2.2 Von welchen Fachärzten bzw. Psychotherapeuten werden Depressionspatienten vorwiegend behandelt? 36
3.2.2.3 Wie werden Depressionspatienten behandelt? - Pharmako- und Psychotherapie 37
3.2.2.4 Exkurs: Zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Depressionspatienten – Ergebnisse einer qualitativen Befragung unter niedergelassenen Psychotherapeuten im Land Bremen. 46
3.2.2.5 Ambulante sozialpsychiatrische Leistungen: Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie 47

3.3 FOLGEPROBLEME DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN 49
3.3.1 Arbeitsunfähigkeit 49
3.3.2 Frühberentungen 51
3.3.3 Suizide 52

4 VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN BREMEN UND BREMERHAVEN 54

4.1 VOLL- , TEILSTATIONÄRE UND AMBULANTE BEHANDLUNGS-ANGEBOTE 58

4.2 VERSORGUNG DURCH HAUS- UND FACHÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM NIEDERGELASSENEN BEREICH 63
4.2.1 Versorgung in Hausarztpraxen 64

4.2.2 Fachärztlich-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung.....64

4.3 AUSGEWÄHLTE AMBULANTE LEISTUNGEN 70
4.3.1 Ambulante Beratung und Krisenintervention 70
4.3.2 Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie 71

4.4 SELBSTHILFEGRUPPEN 73

5 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR BREMEN 76

6 ANHANG 83

HINTERGRUNDINFORMATIONEN 83

6.1 SELBSTTEST DEPRESSION 83

6.2 „MELANCHOLIE“, „DEPRESSION“, „ERSCHÖPFTES SELBST“ - zur Geschichte einer psychischen Erkrankung 85

6.3 ZUR KLASSIFIKATION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN 88

6.4 SCHWIERIGKEITEN BEI DER DIAGNOSTIK VON DEPRESSIONEN – Zur Interpretation von Prävalenzzahlen 92

6.5 DEPRESSIONEN BEI KINDERN/JUGENDLICHEN UND BEI ALTEN MENSCHEN 94

6.6 ZUR GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN DIFFERENZ - Warum werden bei Frauen Depressionen häufiger diagnostiziert als bei Männern? 99

6.7 ANTIDEPRESSIVA 105

6.8 EUROPÄISCHER AKTIONSPLAN FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT - STRATEGISCHE ORIENTIERUNGEN 107

6.9 ÜBERSICHT ÜBER DIE BEHANDLUNGSFORMEN BEI BREMER DEPRESSIONSPATIENTEN, NACH ALTER UND GESCHLECHT 107

6.10 WIE WURDE DIE BEFRAGUNG DER BREMER PSYCHOTHERAPEUTEN METHODISCH DURCHGEFÜHRT? 110

6.11 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG NIEDERGELASSENER PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTEN IM LAND BREMEN ZUR AMBULANTEN VERSORGUNG DEPRESSIV ERKRANKTER 112

6.12 WAS BEDEUTET ÜBER-/UNTERVERSORGUNG? 116

6.13 ‚PSYCHO’-ATLAS – Verteilung der Psychiater und Psychotherapeuten im Land Bremen 118

6.14 WAS IST AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE UND SOZIOTHERAPIE? 121

7 ZUSAMMENFASSUNG 123

Verzeichnis der Abbildungen 129
Literatur 131

1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass Depression heute die meistverbreitete psychische Störung ist.[1]

Was ist eine Depression?

Grundsätzlich kennt jeder Mensch niedergedrückte Gefühlsstimmungen, verbunden mit düsteren Gedanken, Freudlosigkeit, Gefühlen der Sinnlosigkeit gegenüber dem alltäglichen Tun und entsprechender Antriebsschwäche. In einem gewissen Maß gehören solche relativ kurzlebigen depressiven Verstimmungen zum normalen Gefühlsleben, gelten sogar als häufig. Eine depressive Erkrankung unterscheidet sich in den Symptomen nicht prinzipiell von solchen Gefühlslagen, doch die Intensität, Dauer und Häufigkeit solcher Phasen ist wesentlich ausgeprägter, so dass die Betroffenen häufig nicht nur in emotionaler, sondern auch in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht starken Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben ausgesetzt sind, die bis zur Arbeitsunfähigkeit und zu Selbstmordgedanken reichen können. Eine Depression gilt also als eine tiefgehende affektive Störung, eine Störung des Gefühls- und Stimmungserlebens, die sich auf den gesamten Lebensvollzug auswirkt. Eine vorübergehende ‚normale' Stimmungsschwankung, eine anhaltende Stimmungsveränderung und eine depressive Episode mit Krankheitswert unterscheiden sich deutlich im Schweregrad, wenn auch die Übergänge fließend sein können.

- *Erste Hinweise auf eine Depression kann ein Selbsttest oder eine Kurzbefragung geben. Möchten Sie wissen, wie Sie etwas über Ihre eigene Neigung zur Depression erfahren können? Lesen Sie weiter auf S. 83 (6.1).*

Ob eine Depression mit Krankheitswert vorliegt, wird im heutigen Medizinsystem an der Symptomatik festgemacht. Ätiologische Aspekte, also Fragen nach der Ursache, die jahrzehntelang den Schulenstreit in Psychiatrie und Psychotherapie geschürt haben, spielen in der Diagnostik heute kaum mehr eine Rolle.

- *Depression ist ein moderner Begriff – zur Geschichte des Begriffs und der Krankheit der ‚Melancholie' lesen Sie weiter auf S. 85 (6.2).*

Im Rahmen dieses Berichts geht es nicht um depressive Verstimmungen, sondern ausschließlich um Depressionen mit Krankheitswert.
Der Bericht konzentriert sich dabei schwerpunktmäßig auf erwachsene Depressionspatienten[2]; die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen ist speziell und erfordert eine eigene Darstellung.[3]

---

[1] The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Im Internet: www.who.int

[2] Ausschließlich aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Sprachform benützt; wenn nicht anders angegeben, umfasst sie von der Bedeutung her grundsätzlich beide Geschlechter.

[3] Fallzahlen und Daten in diesem Bericht beziehen sich also ausschließlich auf Erwachsene, wenn nicht anders angegeben. Im Kapitel ‚Versorgungsstrukturen in Bremen' werden der Übersicht wegen auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgeführt.

Warum ein Bericht zum Thema Depressionen?

Depressionen sind ein gesundheitspolitisch bedeutendes Problem. Sie

- gelten als häufige Erkrankungen,
- scheinen allgemein zuzunehmen,
- sind schwer belastend für die Betroffenen und ihre Angehörigen,
- sind häufig mit weiteren gesundheitlichen Folgeproblemen verbunden,
- gelten als langwierig in der Behandlung,
- sind häufig wiederkehrend und
- sind kostenintensiv für das Gesundheitssystem.

Dieser Bericht möchte die gesundheitspolitische Bedeutung dieser inzwischen als ‚Volkskrankheit' anerkannten Erkrankung verdeutlichen und Perspektiven aufzeigen, auf welchen Wegen Verbesserungen möglich sind - Verbesserungen im Hinblick auf die Verhinderung und Früherkennung depressiver Störungen (Primär- und Sekundärprävention) und im Hinblick auf den Zugang zu frühzeitiger, angemessener und nachhaltiger Therapie.
Der Bericht möchte auch dazu beitragen, dass die in der Bevölkerung teilweise immer noch bestehende Tendenz zur Stigmatisierung der von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen Betroffener zurückgeht und größerer Sensibilität, Offenheit, Verständnis und Akzeptanz weicht, die langfristig zu mehr Integration ins gesellschaftliche Leben führt.

Auf diesem langen Weg der Verbesserung von Prävention und Behandlung depressiver Erkrankungen, die maßgeblich von den ‚Praktikern' einerseits - Ärzten, Psychotherapeuten, Pflegekräften, Sozialarbeitern - und der Gesundheitspolitik andererseits bewirkt werden, stellt ein ‚trockener' Gesundheitsbericht mit dem Fokus auf Zahlenmaterial nur einen kleinen Baustein dar.
Gesundheitsberichte wollen Datengrundlagen für gesundheitspolitische Planungen bereitstellen. Im Bereich psychischer Erkrankungen jedoch ist die Datenlage immer noch weniger entwickelt, komplexer und unzuverlässiger als im somatischen Bereich. Insbesondere regionale Daten fehlen weitgehend. Daher macht sich dieser Bericht zur Aufgabe, am Beispiel der Depression – und damit quasi exemplarisch für die seelischen Erkrankungen - eine Bestandsaufnahme und Zusammenschau verfügbarer Daten vornehmen, mit dem Zweck, den verschiedenen Akteuren vor Ort – Krankenkassen, Ärzten, Psychotherapeuten, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen – eine Grundlage für Aktivitäten in ihrem Engagement gegen depressive Erkrankungen an die Hand zu geben. Im Vordergrund steht zum einen, die quantitative Bedeutung der Krankheit ‚Depression' für das Land Bremen abzuschätzen und zum anderen, die regionale Versorgungssituation in den Städten Bremen und Bremerhaven zu beschreiben, um möglicherweise Ansätze von Über-, Unter- oder Fehlversorgung aufzuzeigen.
Für interessierte Leserinnen und Leser werden einzelne inhaltliche Aspekte rund um das Thema ‚Depression' im Anhang vertieft, auf die im Text jeweils verwiesen wird.
Am Ende des Berichts findet sich eine Kurzzusammenfassung.

Zur Gliederung des Berichts
Im ersten Kapitel erfolgt ein allgemeiner Überblick über die gesundheitspolitisch wichtigen Fragen, unterlegt – mangels Verfügbarkeit auf Länderebene - mit Datenmaterial aus bundesweiten Statistiken, Bevölkerungsbefragungen und Studien. Die daran anschließenden drei Kapitel beziehen sich auf die Situation im Land Bremen. Auf der Basis der vorliegenden Daten aus dem stationären und ambulanten Bereich wird die Bedeutung der Depressionsproblematik für das Land Bremen verdeutlicht; daran schließt sich eine Übersicht über die regionalen Versorgungsstrukturen an. Im Schlusskapitel werden Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen und Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation im Land Bremen vorgeschlagen.
Einen schnellen Überblick bietet die Zusammenfassung am Ende (Kap. 7), die den gesamten Bericht in Zielen, Ergebnissen und Schlussfolgerungen komprimiert präsentiert.

Die Thematik Depression/seelische Erkrankungen ist in mehrfacher Hinsicht komplex; um eine flüssige Lesbarkeit zu gewährleisten ohne auf inhaltliche Differenzierungen verzichten zu müssen, wurde ein großer Teil an Detailinformationen aus dem Fließtext herausgehalten und in Fußnoten untergebracht.

Eine Kurzfassung des Bericht (40 Seiten) ist im Internet verfügbar unter
http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.1731.de

Der Bericht wurde mit der Psychotherapeutenkammer Bremen, dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und InitiatorInnen des Bremer Bündnisses gegen Depression diskutiert und abgestimmt. Den beteiligten Personen sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt für ihr Engagement.

2 Zur gesundheitspolitischen Bedeutung depressiver Störungen

Depressionen haben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und auf die Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft, außerdem erzeugen sie hohe volkswirtschaftliche Kosten.

2.1 Prävalenz - Wie häufig sind Depressionen in der Allgemeinbevölkerung?

Die Daten in diesem Bericht beziehen sich ausschließlich auf Depressionen, die nach den international üblichen Klassifikationssystemen als solche diagnostiziert wurden. Wenn nicht anders angegeben, ist das Bezugssystem die in Deutschland gebräuchliche International Classification of Diseases (ICD) in der 10. Version[4].
Der Terminus Depression bezieht sich in diesem Bericht, wenn nicht anders angegeben, auf die Diagnose ICD F32 (depressive Störung) und F33 (rezidivierende depressive Störung) in allen Schweregraden. Dysthymien (F34.1), also über Jahre dauernde depressive Verstimmungen sowie Depressionen im Rahmen bipolarer Erkrankungen (F31) – früher als manisch-depressive Störung gefasst – sind im allgemeinen nicht bzw. nur stellenweise eingeschlossen.[5]

- *Wie werden depressive Störungen nach der ICD 10 beschrieben und klassifiziert? Lesen Sie weiter auf S. 88 (6.3).*

Zur Erhebung der Häufigkeit von Krankheiten wird vor allem auf zwei Datenquellen zurückgegriffen:
- Ärztliche Diagnosen im stationären und ambulanten Bereich[6],
- Patienten- bzw. Bevölkerungsbefragungen[7].

---

[4] Im psychiatrischen Bereich ist daneben auch die Klassifikation der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, der DSM üblich, die auch beim Bundesgesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey Psychische Störungen verwendet wurde. Siehe dazu im Anhang unter 6.3.
[5] Dieser Bericht bezieht sich damit also nur auf einen Ausschnitt depressiver Erkrankungen. Dies hat in erster Linie datentechnische Gründe: um die Situation im Land Bremen einschätzen zu können, bedarf es Vergleichszahlen. Die in der Literatur verfügbaren Daten beziehen sich meist nur auf die schweren Formen F32 und F33 – daran lehnt sich der vorliegende Bremer Bericht an. Es ist also zu beachten, dass die angegebenen Prävalenzzahlen nicht alle depressiven Störungen mit Krankheitswert umfassen; gerade die relativ häufig diagnostizierten Dysthymien beispielsweise sind trotz ihrer leichteren Erscheinungsform mit erheblichen gesundheitlichen Folgeproblemen, Arbeitsunfähigkeitsraten und auch Kosten verbunden.
[6] Diagnosen im stationären Bereich werden in der Krankenhausdiagnosestatistik dokumentiert, Diagnosen im niedergelassenen Bereich werden im Rahmen der ärztlichen Abrechnungen an die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet.
[7] Die wichtigste Datenbasis für Prävalenzzahlen zu Depressionen in Deutschland stellt der Bundesgesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey Psychische Erkrankungen dar, in dessen Rahmen erstmals eine umfassende Abschätzung der Größenordnung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung erfolgte. Siehe Wittchen, H.-U. et al (1999), Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2001), Jacobi, F. et al. (2004). – Siehe im Anhang unter 6.4 zur Interpretation von Prävalenzzahlen.

Im Hinblick auf Depressionen liegt ein gewisses Problem darin, dass in der Öffentlichkeit, aber auch in der Versorgungspraxis die Definitionen von Depression von hoher Varianz gekennzeichnet sind. Bei psychiatrisch bzw. nervenärztlich nicht geschulten Ärzten – und Depressionen werden überwiegend im hausärztlichen Bereich diagnostiziert und behandelt – wird bei psychischen Erkrankungen von einer gewissen diagnostischen Unsicherheit ausgegangen, so dass Prävalenzzahlen zu Depressionen als weniger zuverlässig gelten als zu vielen somatischen Krankheiten. Ebenso haben Art und Qualität der Erhebungsinstrumente, die bei Bevölkerungsbefragungen zum Einsatz kommen, großen Einfluss auf die Prävalenzzahlen.

- *Zur Diagnostik von Depressionen in der Praxis und zur Bewertung von Prävalenzzahlen lesen Sie weiter auf 92 (6.4).*

Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen gelten Depressionen als sehr häufig: Sie stehen mit einem Anteil von knapp 9% an allen psychiatrischen Diagnosen an dritter Stelle[8].

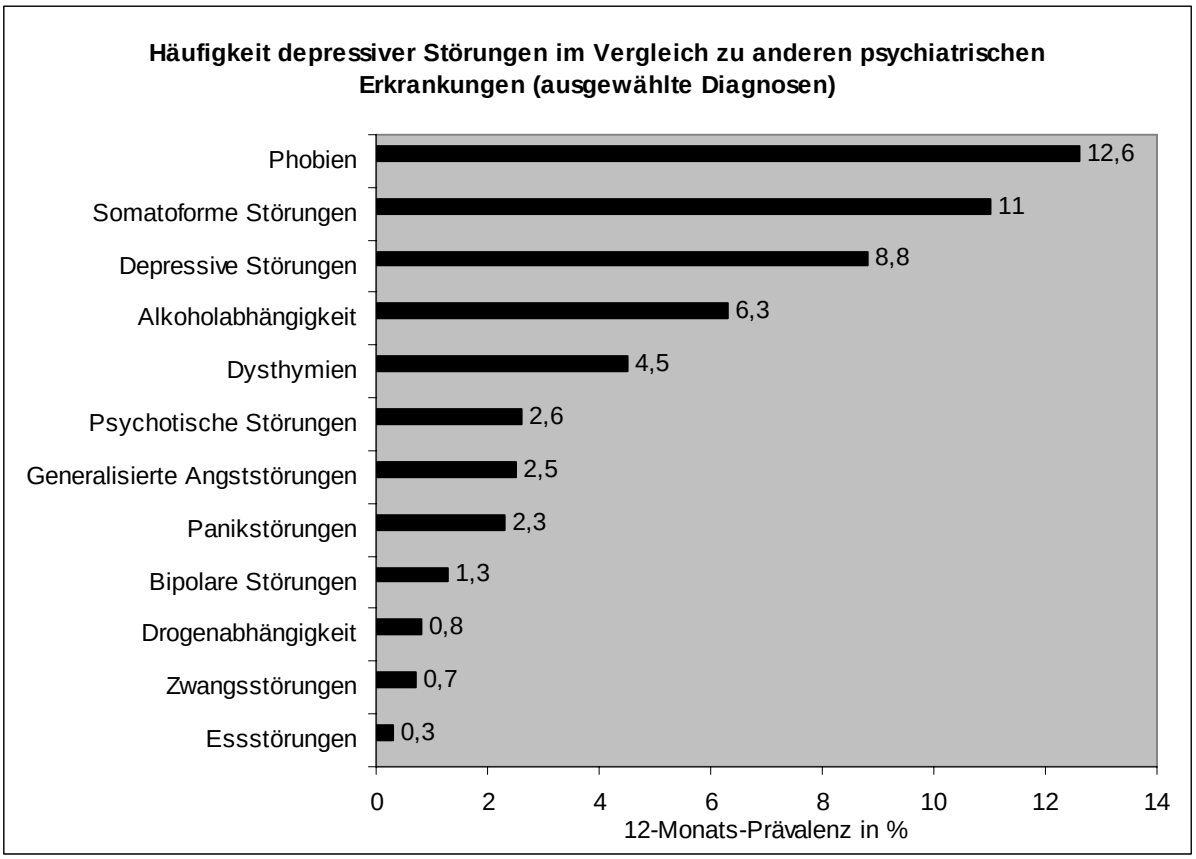


Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz für ausgewählte psychiatrische Diagnosen nach DSM IV bei 18- bis 65-Jährigen Deutschen; Basis: Bundesgesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey Psychische Störungen.[9]

[8] Die Daten beruhen auf Selbstangaben im Rahmen von Befragungen und schließen nur Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahre ein.
[9] Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2001), S.997

Depressive Erkrankungen sind in Deutschland in etwa gleich häufig wie in den meisten anderen europäischen Ländern[10]. D.h. regionale oder kulturelle Einflüsse haben offenbar eher geringen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko[11]. Bezogen auf die Hauptformen der schweren depressiven Störung[12] wurde für die europäischen Länder ermittelt, dass 14% der erwachsenen Bevölkerung (18-65 Jahre) bereits mindestens ein Mal im Leben daran erkrankt waren (Lebenszeitprävalenz). Die 12-Monatsprävalenz[13] betrug 6,9%.[14]

In Deutschland beträgt die 12-Monatsprävalenz für schwere Depressionen 8,3%, für Dysthymien, die milderen, aber chronifizierten Depressionen 4,5%; das bedeutet, dass insgesamt 12,8% der Bevölkerung, das sind rund 6,2 Millionen der 18-65-jährigen Bürgerinnen und Bürger, pro Jahr von einer Depression mit Krankheitswert betroffen sind.

Mehrheitlich verläuft die Krankheit episodisch und rezidivierend, d.h. die Depression manifestiert sich über einen bestimmten Zeitraum, geht dann zurück und kehrt später wieder. Diese rezidivierende Form ist bei 60-75% aller Betroffenen zu finden. Bei der Hälfte der Betroffenen dauert eine einzelne Episode unter 3 Monaten, bei einem Viertel 3-6 Monate, bei 22% mehr als ein Jahr, was als chronifizierte Depression gilt. 3% der Bevölkerung sind hiervon betroffen (12-Monatsprävalenz). Im Durchschnitt werden sechs Episoden über die Lebensdauer erlebt. In der überwiegenden Zahl aller diagnostizierten Fälle werden die Depressionen als mittelschwer bis schwer klassifiziert.[15]

---

[10] Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006), S. 22

[11] Abgesehen von der in den letzten Jahren häufig diskutierten ‚Winterdepression' oder Saisonal abhängigen Depression (SAD), für die ein deutliches Nord-Südgefälle konstatiert wird: Europaweit sind die Raten für SAD in den sonnenreichen Ländern Griechenland und Italien am geringsten, in den skandinavischen Ländern besonders hoch. Siehe: Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007), S. 21

[12] Major Depression nach DSM IV; in etwa gleichzusetzen mit F32 Depressive Episode und F33 Rezidivierende depressive Episode nach ICD 10. Die dysthymen Formen sind an dieser Stelle ausgeschlossen. Siehe zur Klassifikation im Anhang unter 6.3.

[13] Die in Studien einbezogenen Personen wurden befragt, ob sie in den vergangenen 12 Monaten an einer Depression erkrankten.

[14] Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006), S. 22

[15] [15] Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006), S. 24

2.2 Risikofaktoren - Welche Faktoren erhöhen die Gefahr für eine Depression?

Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, korreliert mit folgenden Faktoren, von denen die ersten beiden als die bedeutsamsten gelten[16]:

- **Alter:** Das Erkrankungsrisiko steigt ab dem 15. Lebensjahr deutlich an; die höchsten Depressionsraten sind im Alter zu finden.

  - *Depressionen in der Kindheit/Jugend und im Alter – lesen Sie weiter auf S. 94 (6.5).*

- **Geschlecht:** Frauen haben gegenüber Männern ein 2- bis 2,5-faches Risiko, an einer Depression zu erkranken bzw. die Diagnose Depression zu erhalten.

  - *Sind Frauen tatsächlich so viel häufiger von Depressionen betroffen als Männer? - Lesen Sie weiter auf S. 99 (6.6).*

- **Familienstand:** In Abhängigkeit von Geschlecht, Anzahl der Kinder und beruflichem Status weisen verheiratete Männer die niedrigsten, verheiratete Frauen mit Kindern ohne Berufstätigkeit die höchsten Erkrankungsraten auf. Bei getrennt Lebenden, Geschiedenen und Verwitweten beiderlei Geschlechts finden sich vergleichsweise sehr hohe Depressionsraten, ebenso bei jungen Frauen mit Kindern. Verheiratete Frauen weisen höhere Raten auf als ledige.
  Alleinerziehende haben im Vergleich zu Eltern in Partnerschaft ein doppelt so hohes Depressionsrisiko.

- **Sozialstatus:** Niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit und geringer Ausbildungsstand sind mit höheren Erkrankungsraten assoziiert. Arbeitslose z.B. haben gegenüber Erwerbstätigen ein zweifach erhöhtes Risiko. Bevölkerungsgruppen mit höherem Einkommen und Sozialstatus haben ein geringeres Erkrankungsrisiko.

- **Kritische Lebensereignisse:** Belastende Lebenssituationen sowie kritische Lebensereignisse (Trennung, Tod eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes), insbesondere wenn sie mit geringer sozialer Unterstützung einhergehen, erhöhen das Depressionsrisiko.

[16] Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006); Grobe, T. et al. (2006)

2.3 Komorbidität - Mit welchen anderen Erkrankungen gehen Depressionen häufig einher?

Etwa die Hälfte der Patienten mit einer Depressionsdiagnose leiden an einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung; ebenfalls die Hälfte weist eine oder mehrere weitere psychiatrische Diagnosen auf[17]. Je mehr weitere Diagnosen neben der Depression vorliegen, desto schwerer verläuft die Basiserkrankung Depression.

Am häufigsten sind schwere Depressionen mit Dysthymien (leichtere Form der Depression, siehe Anhang) assoziiert, d.h. dass viele schwere Depressionen über Jahre nicht vollständig ausheilen und zwischen den schweren depressiven Episoden als leichtere Depression quasi chronifizieren. An zweiter Stelle stehen die Manien, wodurch die bipolare, also die manisch-depressive Verlaufsform ausgedrückt wird. Sehr häufig sind Depressionen außerdem mit Angststörungen verbunden; außerdem mit ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom), auch im Erwachsenenalter, mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, mit Zwangserkrankungen und Alkohol- und Drogenabhängigkeit.[18] Frauen entwickeln tendenziell häufiger als Männer Essstörungen und Phobien als weitere Erkrankungen, Männer häufiger Alkohol- und Drogenprobleme.[19] Doch weisen depressive Frauen immerhin noch ein 2,6-fach erhöhtes Risiko auf, eine Alkoholerkrankung zu entwickeln. Beim gemeinsamen Vorkommen von Depression und Alkoholabhängigkeit weisen 41% der Patienten als primäre Erkrankung die Depression, 42% die Alkoholerkrankung auf[20], die Komorbidität ist also wechselseitig; das bedeutet: Patienten mit Alkoholerkrankungen haben ein sehr hohes Risiko, neben der Alkoholerkrankung auch an einer Depression zu erkranken und Patienten mit Depressionen haben ein ebenso hohes Risiko, zusätzlich zur Depression an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken.[21]

Auch körperliche Erkrankungen sind bei depressiven Patienten häufiger zu finden[22], wobei einerseits Depressionen der somatischen Erkrankung vorausgehen und sie begünstigen oder verursachen können (so stellt eine Depression einen Risikofaktor für die Entwicklung Koronarer Herzerkrankungen, Diabetes und Hypertonie dar. Außerdem machen es die seelischen Veränderungen Depressiven schwerer, sich krankheitsangemessen zu verhalten: So treiben Depressive beispielsweise seltener Sport, schaffen es seltener, mit dem Rauchen aufzuhören oder eine Diät einzuhalten). Andererseits können Depressionen eine zeitliche oder ursächliche Folge körperlicher Krankheit sein. In einer Bevölkerungsstichprobe wiesen z.B. bei den körperlich Erkrankten 11,9% der Betroffenen depressive Störungen auf, bei den körperlich Gesunden betrug diese Rate nur 6%.[23] Insbesondere langwierige Erkrankungen wie entzündlich-

---

[17] Gastpar, M. (2006)
[18] Nach Kessler, R. (2005)
[19] Fava, M. et al. (1996)
[20] Grant, B. (1996)
[21] Bzgl. Ursache und Wirkung ist sowohl denkbar, dass die Depression die Grunderkrankung und der Alkoholabusus einen Versuch des Umgang damit darstellt; ebenso ist denkbar, dass die Alkoholproblematik eine Folge sozialer Probleme wie Arbeitslosigkeit, Armut etc. ist und erst in der Kumulation diverser, als unlösbar erscheinender Problemlagen eine Depression entwickelt wird. Derartige Kausalbeziehungen sind deskriptiven Daten i.d.R. nicht zu entnehmen.
[22] Lederbogen, F. (2006)
[23] , K., Golding, J., Burnam, M. (1988)

rheumatische Erkrankungen, Krebs, chronische Lungenerkrankungen, Herzerkrankungen und neurologische Störungen waren in der Folge häufig mit einer Depression verbunden.[24] Insbesondere bei älteren Menschen ist eine lebensbedrohliche körperliche Erkrankung häufig mit der Manifestation einer Depression verbunden.

2.4 Nehmen depressive Störungen in der Allgemeinbevölkerung zu?

Seit einigen Jahren häufen sich Hinweise, die einen Anstieg depressiver Erkrankungen vermuten lassen.

- Was die mit einer Erkrankung verbundenen **Belastungen** betrifft – hierbei wird die Schwere der Beeinträchtigung sowie die Dauer der Erkrankung berücksichtigt -, so gelten in den entwickelten Ländern Depressionen inzwischen als die führende Erkrankung vor allen anderen psychischen und somatischen Erkrankungen[25]. Weltweit wird ihnen für 2020 der zweite Platz prognostiziert, wohingegen sie 1990 noch an vierter Stelle standen.[26]
- Außerdem wird angenommen, dass das Ersterkrankungsalter sinkt. Für diese Vermutungen – Depressionen treten häufiger und früher auf – gibt es derzeit keine abgesicherten Zahlen, doch zahlreiche Hinweise.[27]

- In der **ambulanten und in der stationären Versorgung** sind vermehrt Behandlungen mit der Diagnose Depression zu beobachten. (Siehe dazu für das Land Bremen unter Kapitel 3.1 und 3.2).

- Krankenkassen berichten in den letzten Jahren von einem stetigen Zuwachs von **Arbeitsunfähigkeit** (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen.[28] Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist bei psychischen Erkrankungen besonders hoch; so liegt sie bei Depressionen bei durchschnittlich 48 Tagen pro Patient und Jahr, über alle Diagnosen hinweg bei 13,7 Tagen[29]. Im Zeitraum von knapp 10 Jahren, zwischen 1994 und 2003, hat beispielsweise bei der AOK die Zahl der psychisch bedingten AU-Fälle bei Männern um 81,6%, bei Frauen um 56,8% zugenommen, die AU-Tage bei den Männern um 31,9% und bei den Frauen um 24,3%.[30] Dies

[24] Lederbogen, F. (2006); in: Stoppe et al. (2006), S. 259
[25] Die 1997 u.a. von der WHO in Auftrag gegebene Studie 'Global burden of Disease' leistet eine Quantifizierung der Krankheitslast von 108 Erkrankungen. Auf Basis der Maßeinheit Disability-Adjusted lifeyear (DALY) wird die durch Krankheit und Behinderung bedingte Einschränkung der Lebensqualität erfaßt. Murray, C., Lopez, A. (2001)
[26] Murray, C., Lopez, A. (1996)
[27] Siehe Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006), S. 27ff.
[28] Grobe, Dörning 2003 (TKK); DAK-Gesundheitsreport 2005; BKK-Bundesverband 2005; Linden/Weidner 2005; Lademann/ Mertesacker/ Gebhardt 2006 (AOK, Barmer, BKK, DAK, IKK, TK); TKK-Gesundheitsreport 2008.
[29] Ermittelt für die Versicherten der Gmündner Ersatzkasse. In: Grobe, T. (2006), S. 45f.
[30] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006), S. 59

ist insofern besonders hervorzuheben, als die Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt (d.h. bei Einbezug aller Krankheiten) seit Jahren rückläufig sind. Die folgende Tabelle zeigt die Zunahme der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen am Beispiel der drei Krankenkassen DAK, AOK und TK in den letzten 4 bzw. 6 bzw. 8 Jahren. Inzwischen entfallen knapp 40% der Diagnosen im Bereich psychischer Störungen nach Berichten der AOK, BKK und der DAK auf affektive Störungen, von denen wiederum die Depressionen den höchsten Anteil ausmachen.

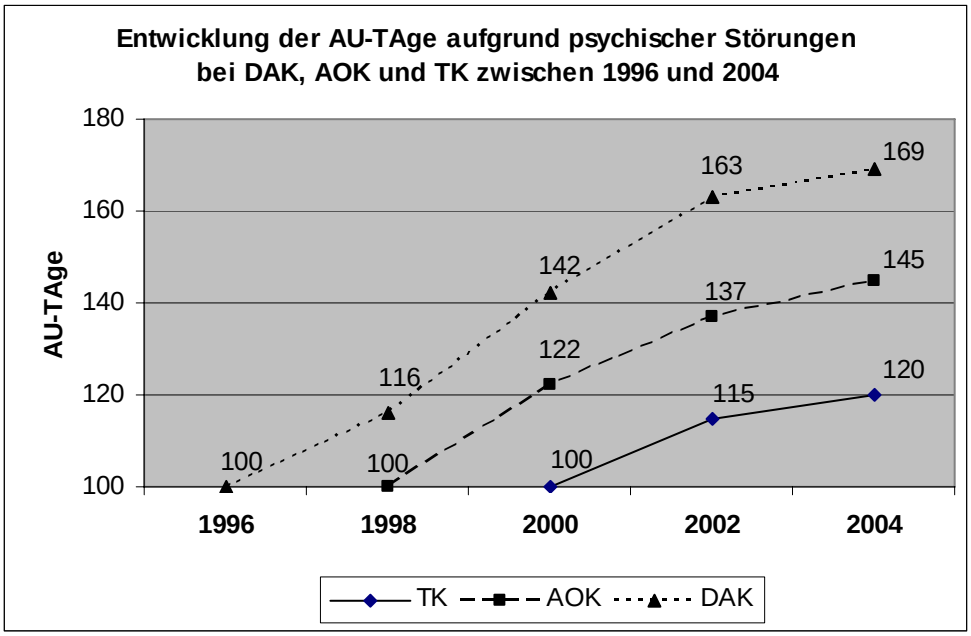


Abbildung 2: Entwicklung der durch psychische Störungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr bei den Krankenkassen DAK, AOK und TK zwischen 1996 und 2004, für Deutschland – relative Veränderung der AU-Tage in Prozent. DAK:1996=100%, AOK: 1998=100%, TK: 2000=100%. – Nach: Lademann, Mertesacker, Gebhardt (2006), S. 124

Im Vergleich zu Patienten ohne Depressionen weisen Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung deutlich mehr krankheitsbedingte Ausfalltage auf. Hierbei fällt auf, dass die ‚leichteren', jedoch chronisch verlaufenden Dysthymien mit längeren AU-Zeiten verbunden sind als die schwerere Form der ‚depressiven Episode' bzw. Major Depression.

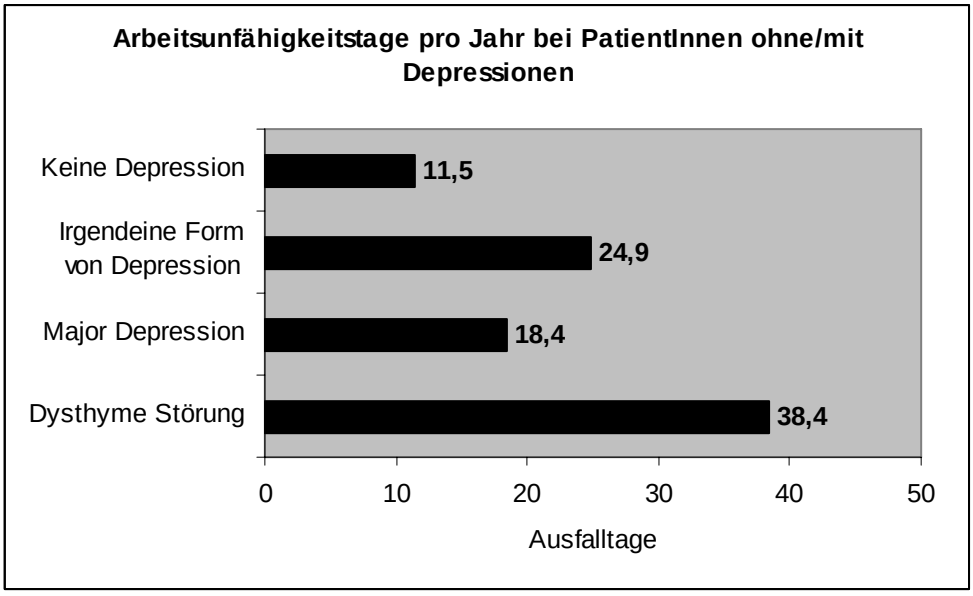


Abbildung 3: Krankheitsbedingte Ausfalltage bei Patienten mit /ohne Depressionen. - Primärquelle: Bundesgesundheitssurvey 1998. Wittchen, Jacobi, F. (2006), S. 25[31].

Doch auch unterhalb der Schwelle der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit sind Depressionspatienten häufig stark eingeschränkt in ihrer Arbeitsproduktivität – nämlich durchschnittlich an 8-9 Tagen im Monat.[32] Die folgende Grafik zeigt, in welchem Ausmaß sich Menschen mit affektiven Störungen in ihrer Produktivität eingeschränkt fühlen.

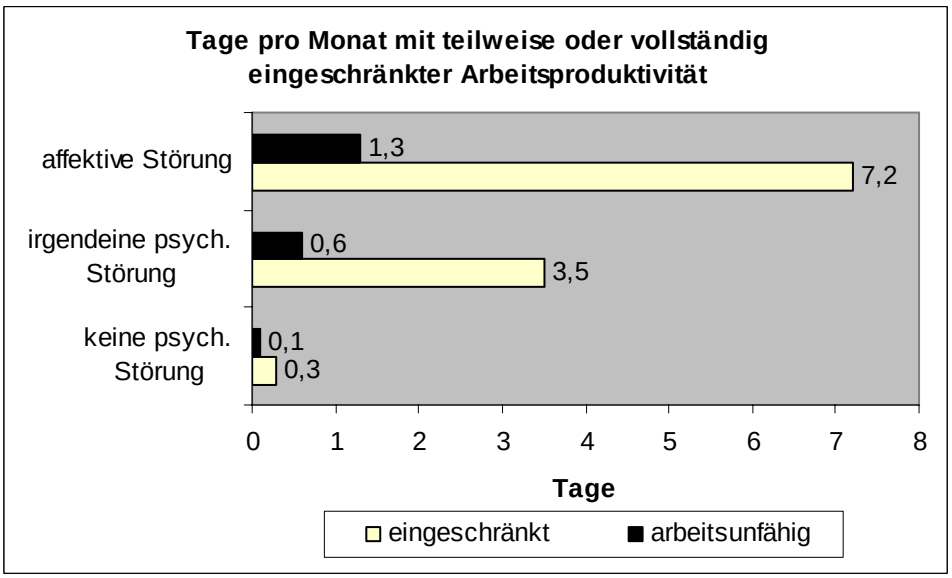


Abbildung 4: Anzahl Tage mit teilweise oder vollständig eingeschränkter Arbeitsproduktivität bei Erkrankungen ohne psychische Störungen, bei irgendeiner psychischen Störung und bei affektiven Störungen.[33]

[31] Im Gegensatz zu Analysen von Krankenkassen, die auf ärztlichen Diagnosen beruhen, beruhen diese Zahlen auf Selbstangaben. Die Frage, bezogen auf Depressionen, lautete: „Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen zwölf Monaten so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?“

[32] Selbstangabe im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen.

[33] Quelle: Wittchen, H.-U. et al. (1999), S. 221

Nach Ergebnissen des IKK-Branchenreports Gesundheitswesen 2007, der die krankheitsbedingten Arbeitsausfälle der IKK-Mitglieder im Hinblick auf die verschiedenen Beschäftigungsbranchen untersucht, sind psychische Erkrankungen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen überdurchschnittlich häufig. Insbesondere Helfer in der Krankenpflege, Krankenschwestern und –pfleger sowie Hebammen[34] sind mit 35% bzw. 25% mehr AU-Tagen gegenüber dem Durchschnitt der IKK-Versicherten besonders stark betroffen.

- Depressionen sind inzwischen die häufigste Ursache für **Frühberentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** und haben damit die ursprünglich führenden Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens abgelöst.[35] Während die Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt zwischen 2000 und 2005 rückläufig waren, sind die Frühberentungen wegen psychischer Störungen angestiegen: Jede dritte Frühberentung geht inzwischen auf das Konto einer psychischen Erkrankung, was aus Sicht des Robert-Koch-Instituts einen Hinweis auf den Anstieg psychosozialer Belastungen in der Arbeitswelt gibt.[36] Bei den Frühberentungen wegen Depressionen ist der Anstieg überdurchschnittlich.

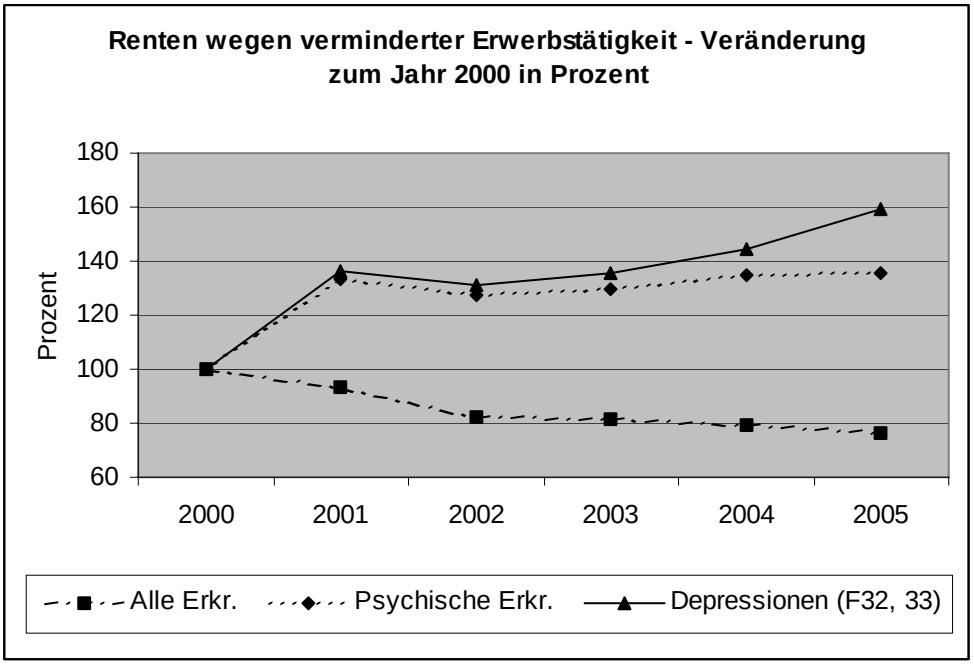


Abbildung 5: Entwicklung der Berentungen wegen verminderter Erwerbstätigkeit bei allen Erkrankungen, bei psychischen Störungen und bei Depressionen, in Deutschland, in der Zeit von 2000 bis 2006, in Prozent. - Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Gesetzliche Rentenversicherung, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. www.gbe-bund.de , Abrufdatum: 04.10.2007

[34] Ob auch Ärzte und Psychotherapeuten stärker betroffen sind, lässt sich nicht sagen, da diese Berufsgruppen überwiegend privat versichert sind.
[35] VDR-Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004. Siehe auch Hien, W. (2006)
[36] Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006), S. 59. Der Anteil der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankung ist von 8% in 1983 auf 24% im Jahr 2003 gestiegen.

Außerdem werden Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen früher, nämlich mit im Schnitt 47 Jahren vorgenommen; das Durchschnittsalter bei allen krankheitsbedingten Frühberentungen liegt bei 50 Jahren.

- Betrachtet man die gesamten **Ausfälle in der Erwerbstätigkeit** (gemessen in ‚verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren'), die durch Depressionen verursacht werden – hier gehen Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität ein – so zeigt sich auch hier ein Anstieg im Beobachtungszeitraum[37]; er fällt bei Männern höher aus als bei Frauen.[38]

Tabelle 1: Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre, Summe aller Ausfallarten, für Deutschland, nach Geschlecht. – Primärquelle: Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 5.12.2007

	2002	**2004**	**Anstieg 2002-2004**
Männer	61.000	68.000	11,5%
Frauen	75.000	79.000	5,3%
Gesamt	136.000	147.000	8,1%

- Auch in der Arzneimittelversorgungsforschung wird ein Anstieg der Verordnungen von **Antidepressiva** beobachtet: Unter den drei Psychopharmakagruppen Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizern gehören erstere zu den am stärksten wachsenden Gruppen in der Arzneimittelversorgung.

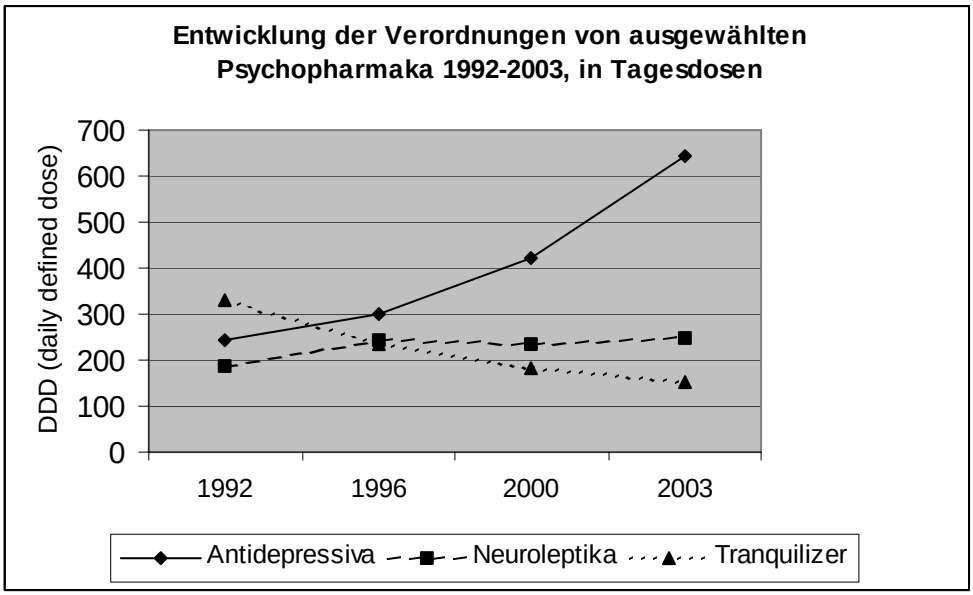


Abbildung 6: Entwicklung der Verordnungen ausgewählter Psychopharmaka in Deutschland von 1992 bis 2003, in Tagesdosen (DDD)[39]. Nach: Schwabe, U., Paffrath, D.: Arzneiverordnungsreport 2000 bzw. 2005

[37] Die Daten liegen derzeit nur für die Jahre 2002 und 2004 vor.
[38] Dass die depressionsbedingten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre bei Männern gegenüber Frauen relativ hoch ausfallen, obwohl bei Männern Depressionen nur etwa halb so häufig diagnostiziert werden, hängt vermutlich damit zusammen, dass Männer häufiger als Frauen vollerwerbstätig sind, so dass krankheitsbedingte Ausfälle stärker ins Gewicht fallen.
[39] Defined dailiy dose: Definierte Tagesdosis. Für Zwecke der Arzneimittelverbrauchsforschung entwickelte Messeinheit; sie gibt die angenommene mittlere Tagesdosis bei einem Erwachsenen für einen Wirkstoff und dessen Hauptindikation an.

- *Wie ist der Anstieg der Antidepressiva-Verordnungen einzuschätzen? Lesen Sie weiter auf S. 105 (6.7).*

- Auch die Bilanz der Krankheitskosten in Deutschland verweist auf die steigende Bedeutung von Depressionen: Während die Kosten für psychische Erkrankungen im Gesamten im Zeitraum zwischen 1994 und 2004 kaum angestiegen sind, haben sich die Kosten für die Untergruppe der Depressionen mehr als verdreifacht. [40]

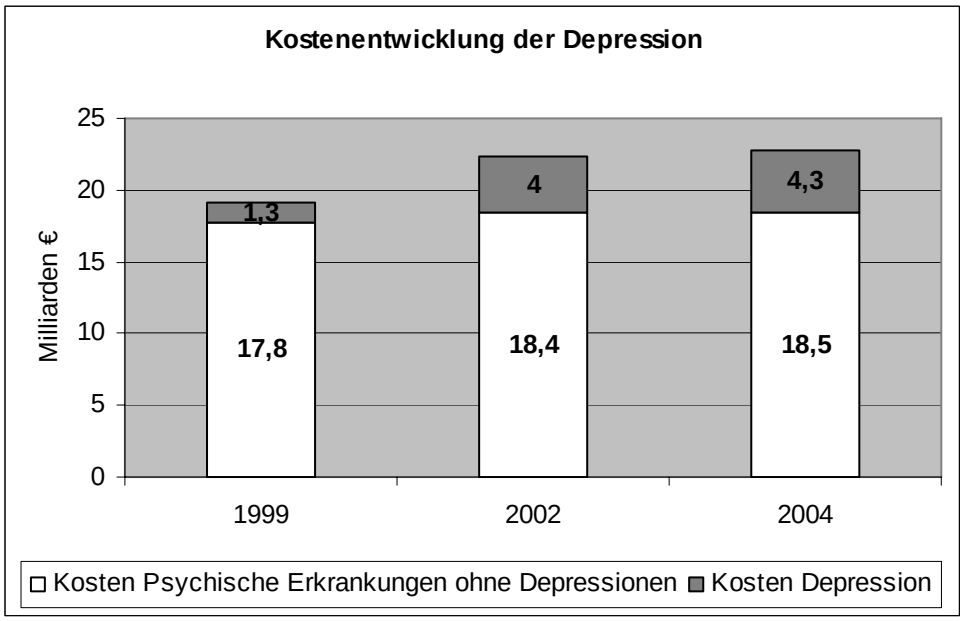


Abbildung 7: Kosten für Depressionen im Vergleich zu Kosten für alle psychischen Erkrankungen – in Milliarden €. Primärquelle: Statistisches Bundesamt 1999, 2002, 2004

2.5 Mögliche Ursachen für den Anstieg der Diagnose Depression

Es werden verschiedene Aspekte diskutiert, die möglicherweise für den Anstieg depressiver Störungen verantwortlich sind; vermutlich wirken mehrere dieser Faktoren zusammen:

- In den vergangenen Jahrzehnten ist in der Folge von Information und Aufklärung in der Bevölkerung eine gewisse **Enttabuisierung** psychischer Erkrankungen zu beobachten. So hat beispielsweise die 1975 vom deutschen Bundestag eingesetzte Psychiatrie-Enquete in den 70er und 80er Jahren zu einer breiten gesellschaftspolitischen Diskussion über

[40] Kosten meint hier: Gesamt aller im Gesundheitswesen anfallenden Behandlungskosten für Kuration und Rehabilitation (stationäre und ambulante Behandlungen, Medikamente); ohne volkswirtschaftliche Kosten (Kosten für Arbeitsausfall etc.) und ohne steuerfinanzierte Leistungen für psychisch Kranke.

psychische Krankheit, über den gesellschaftlichen Umgang mit Ausgrenzung und über eine humane Unterbringung, Behandlung und Eingliederung psychisch Kranker geführt. Als Folge gesellschaftlicher Enttabuisierung ist eine höhere Inanspruchnahme des Hilfesystems zu vermuten, die dazu führt, dass mehr Menschen die Diagnose Depression erhalten.

- Insbesondere im Hausarztbereich hat sich in den letzten 15 Jahren die **Diagnostik verbessert**. Aufklärung und Fortbildung[41] haben dazu geführt, dass Hausärzte Depressionen häufiger als solche erkennen; dies führt zu steigenden Diagnoseraten.
- Medizinkritiker wie z.B. Klaus Dörner beklagen, dass sich die heutige Medizin zunehmend ‚psychologisiert'. D.h. unter anderem, dass ehemals ‚normale' seelische Krisen, die essentiell zum Leben gehören, zunehmend **medikalisiert und pathologisiert** werden, d.h. als ‚Krankheit' oder ‚Störung' definiert und damit therapiebedürftig und zu einem Gegenstand der Medizin gemacht werden. Auch dieses Phänomen kann zu einer Steigerung der Diagnose Depression beigetragen haben.
- Es wird diskutiert, dass die Depressionsdiagnosen möglicherweise auch im Zusammenhang mit dem 1999 in Kraft getretenen **Psychotherapeutengesetz**[42] angestiegen sein könnten. Denn mit der Ausweitung der Kassenzulassungen auf potentiell alle approbierten psychologischen Psychotherapeuten haben vermutlich mehr Patienten – so auch Patienten mit depressiven Störungen - Zugang zu Psychotherapie gefunden - möglicherweise nicht zuletzt deshalb, weil Ärzte eher eine psychiatrische Diagnose vergeben, wenn ihrem Patienten dadurch eine kassenfinanzierte Behandlung möglich ist, als wenn die Psychotherapie privat finanziert werden müsste. Mit der Anbindung der psychologischen Psychotherapeuten an die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde außerdem erstmalig eine statistische Erfassung der ambulanten psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen möglich[43].
- In Abhängigkeit von **Kultur und Zeitgeschehen** wechselt die Bedeutung von Krankheiten; das gilt nicht nur für somatische, sondern auch für psychische Störungsbilder. Während beispielsweise um die Jahrhundertwende zu Zeiten des berühmten Pariser Neurologen und Psychiaters J.-M. Charcot (1825-1893) noch die Hysterie eine der herausragenden psychiatrischen Krankheitsbilder, insbesondere bei Frauen darstellte, so kann man beobachten, dass heutzutage das Thema ‚Depression' stärker im Blickfeld ist.
- Abgesehen von den letzten beiden Jahren hat die **Arbeitslosigkeit** in Deutschland in den vergangenen Dekaden stetig zugenommen. Arbeits-

---

[41] Siehe z.B. den 2002 vom Bund der Hausärzte (BDA) herausgegebenen Fortbildungsleitfaden Depressionsmanual. Arbeitskreis zur Erarbeitung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Behandlung des depressiven Syndroms in der Hausarztpraxis im Auftrag von und in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. (BDA) (2002)

[42] Seither ist es gesetzlich möglich, Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Krankenkasse abzurechnen.

[43] Vor der Kassenzulassung für Psychologische Psychotherapeuten wurden Psychotherapien, soweit sie von psychotherapeutisch tätigen Psychologen erbracht wurden, im Auftrag (Delegation) eines entsprechend qualifizierten Facharztes als Sachleistung oder über Kostenerstattung über die Krankenkassen abgerechnet. Zusätzlich gab es psychotherapeutische Behandlungen, die auf privater Basis abgerechnet wurden. Wegen dieser uneinheitlichen Praxis und auch wegen der Revision der ICD in 2000 sind die damaligen Daten nicht mit den heutigen vergleichbar.

losigkeit geht neben dem Verlust des Einkommens mit Verlust des sozioökonomischen Status, der sozialen Beziehungen und des Selbstwertgefühls einher und hat vielfache negative Folgen für die psychosoziale Gesundheit. Gegenüber Menschen in sicheren Arbeitsverhältnissen sind Arbeitslose 2,2-mal so häufig seelisch krank.[44] Insbesondere zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und Depression sind eindeutige Zusammenhänge nachgewiesen.[45] Auch weitere gesundheitliche Schäden wie Herzerkrankungen, Alkohol- und Substanzabhängigkeit werden auf die Verbindung von Arbeitslosigkeit und Depression zurückgeführt.

- Immer stärker werden in den letzten Jahren auch **Veränderungen in der Arbeitswelt** als Ursache für steigende psychosoziale Belastungen mit der Folge von Burnout und Depression diskutiert. Das ‚Primat der Ökonomie', das sich zunehmend als anerkanntes Leitbild in der Organisation von Betrieben durchzusetzen scheint, führt zur Einsparung von Arbeitsplätzen mit der Folge zunehmender Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und chronischem Stress für die verbliebenen Arbeitnehmer; sie nötigt Führungskräfte zu einem primär effizienz- und verwertungsorientierten, inhumanen Führungsstil und fördert ein ‚hire and fire'-Denken, das zu Angst um Arbeitsplatzverlust, Konkurrenz unter Mitarbeitern bis hin zu Mobbing, Präsentismus[46] und Selbstausbeutung führt. Die Abnahme unbefristeter Arbeitsverhältnisse zugunsten von Zeitarbeit, das steigende Phänomen der ‚Generation Praktikum' unter jungen Akademikern, der Anstieg von Vollzeittätigkeiten, deren Entlohnung nicht für den Lebensunterhalt ausreicht, was insgesamt zu einem Anstieg prekärer Arbeitsverhältnisse führt – all dies, so wird vermutet und ist teilweise wissenschaftlich belegt, hat gravierende Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit und erhöht die Depressionsraten in der arbeitenden Bevölkerung.[47]
- Die zunehmende **Globalisierung** wirkt sich immer stärker auch auf die individuelle Identitätsbildung aus. Wenn Lebensentwürfe vormals durch traditionelle Lebensformen, vorgegebene Berufsbiographien, durch nationale, sprachliche und kulturelle Identitäten vorgezeichnet und abgesichert waren, so wird heute vom Individuum einerseits ein ‚freier' Selbst-Entwurf, andererseits eine weitgehende und permanente Anpassung an die „fluide Gesellschaft"[48] erwartet, die Pluralisierung, Flexibiliserung, Globalisierung, Mobilität fordert. Lebensführung und Identitätsbildung wird so zu einem zwar chancen-, aber auch risikoreichen, ständig in Bewegung befindlichen Projekt; Scheitern in dieser entgrenzten ‚Welt der Möglichkeiten' wird als individuelles Versagen erfahren, das immer häufiger in eine Depression führen kann. Zudem werden individuelle Krisen weniger als früher von stabilen sozialen Netzwerken aufgefangen, son-

[44] Wilkinson, R., Marmot, M. (2004), S. 24f..
[45] Siehe Brenner, H. (2006), S. 163ff.
[46] Präsentismus bedeutet das Gegenteil von ‚Krankfeiern', also Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit, motiviert durch Angst vor Arbeitsplatzverlust und sozialer Abqualifizierung durch die Kollegen und Vorgesetzten. Präsentismus ist insbesondere bei Depressionen und anderen chronischen Erkrankungen ein häufiges Phänomen. In vielen Betrieben fehlt das Bewußtsein dafür, dass Präsentismus eine Quelle für Unfallgefahren und Fehler als Folge körperlicher, kognitiver und emotionaler Beeinträchtigung darstellt und ökonomisch höhere Kosten verursachen kann als das Auskurieren der Erkrankung.
[47] Siehe z.B. Weber, A., Hörmann, G. (2008)
[48] Baumann, Z. (2000)

dern vermehrt im Medizinsystem ‚behandelt', wodurch sie häufiger statistisch in Erscheinung treten.

Bezüglich der Zunahme depressiver Erkrankungen lässt sich das Fazit ziehen: Die statistisch beobachtete Zunahme von Depressionen ist multifaktoriell; ein Teil geht vermutlich auf gestiegene Erkennungs- und Diagnoseraten zurück, der andere Teil auf einen realen Anstieg infolge Überforderungen der Menschen durch vielfache Veränderungen in der modernen Lebenswelt.[49]

2.6 Behandlungsprävalenz - In welchem Ausmaß werden Depressionen behandelt?

Psychische Krankheiten im allgemeinen sind zu einem großen Teil unterdiagnostiziert und –behandelt. Insgesamt kann „der Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, (...) konservativ auf ca. 10% geschätzt werden."[50] Auch bei Depressionen gilt die Behandlungssituation als unbefriedigend, obwohl sie besser ist als bei einigen anderen psychischen Störungen, z.B. Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen: Es wird davon ausgegangen, dass weniger als die Hälfte der Betroffenen überhaupt mit dem Versorgungssystem in Kontakt stehen[51], so dass die Zahl nicht diagnostizierter und unbehandelter Menschen mit Depressionen nach wie vor hoch ist. Darüber hinaus wird von den diagnostizierten Depressionspatienten nur ein Teil nach heutigem Standard[52] angemessen behandelt.

Von welchen (Fach-) Ärzten werden die Patienten behandelt?

Nach Berechnungen auf der Basis des Bundesgesundheitssurveys 1998 erhielten zum Zeitpunkt der Befragung die Hälfte aller von Depressionen Betroffenen eine irgendwie geartete professionelle Behandlung[53]: Die Hälfte wurde hausärztlich, ein gutes Drittel bei Nervenärzten behandelt.[54] Insgesamt wurde ein

[49] Siehe z.B. Weber, A . (2007)
[50] Wittchen, H-U., Jacobi, F. (2001), S. 993.
[51] Siehe auch: Alonso, J. et al. (2004); Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2001), S. 998.
[52] Siehe dazu z.B. die Leitlinie Affektive Erkrankungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Eine Nationale Versorgungsleitlinie Depression wird derzeit von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet.
[53] Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2001), S. 997ff.. Hier wurde der Begriff ‚Behandlung' sehr umfassend definiert: Jeglicher Kontakt mit ärztlichen oder psychotherapeutischen Einrichtungen – also Praxen, psychologischen Dienste oder Beratungsstellen - ungeachtet der Interventionsform, der Häufigkeit und der Adäquatheit der Behandlung wurden einbezogen.
[54] Hier und im Folgenden sind unter dem Begriff ‚Hausärzte' die Fachärzte (FÄ) für Allgemeinmedizin, die Praktischen Ärzte, die sowie die hausärztlich tätigen Internisten zusammengefasst. Unter dem Begriff ‚Nervenärzte' werden die FÄ für Psychiatrie, die FÄ für Neurologie, die FÄ für

großer Teil ausschließlich bei nicht-fachärztlichen Praxen/Einrichtungen behandelt: 16% waren ausschließlich in hausärztlicher Behandlung und 14% ausschließlich in anderen Behandlungseinrichtungen (z.B. Beratungsstellen).
45% der in Behandlung befindlichen Depressionspatienten erhielten psychologische oder ärztliche Psychotherapie. Etwa ein Viertel der in Behandlung befindlichen Depressionspatienten waren in der Vergangenheit auch in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen.

Zur hausärztlichen Behandlung liegen nur wenige Erkenntnisse vor. In einer Studie[55] konnte festgestellt werden: Ca. 11% aller Hausarztpatienten[56] erfüllten die Diagnose eines „major depressiven Syndroms"; ca. drei Viertel dieser Patienten wurden im Rahmen der Studie als psychisch krank diagnostiziert, jedoch nur knapp die Hälfte hatte beim Hausarzt die korrekte Diagnose Depression erhalten. Besonders jüngere Patienten, vor allem junge Männer[57] wurden eher unterdiagnostiziert und –behandelt. Außerdem fielen die niedrigen Überweisungsraten zu Psychotherapeuten auf, sowie die häufige Verschreibung sedierender Medikamente anstelle von Antidepressiva. Allerdings haben sich die Diagnose- und Behandlungsraten in Hausarztpraxen in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert, was allerdings mit einer nicht unerheblichen Rate an falsch positiven Diagnosen – d.h. Patienten werden fälschlicherweise als depressiv diagnostiziert - einher geht.[58]

Art der Behandlung

Nach den Auswertungen einer bundesweiten Krankenkasse erhalten 30% aller als depressiv diagnostizierten Patienten Antidepressiva[59], 6,4% der Betroffenen erhalten psychotherapeutische Behandlung[60]. Bezieht man einen längeren Zeitraum ein (2000-2006), so haben 16,6% der Betroffenen Psychotherapie erhalten.[61]
Dabei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede: in Ballungsgebieten ist die Behandlungsquote erwartungsgemäß höher. Mit zunehmendem Alter sinkt die Behandlungsrate rapide ab.
Die rein medikamentöse Behandlung wird insgesamt wesentlich häufiger durchgeführt als die rein psychotherapeutische. Während die medikamentösen Behandlungsraten mit dem Alter eher steigen, wird Psychotherapie am häufigs-

---

Neurologie und Psychiatrie, die FÄ für Nervenheilkunde und die FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, sofern sie nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig sind, zusammengefasst. In der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, Stand 4/2007, gibt es inzwischen nur noch den FA für Psychiatrie und Psychotherapie und den FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
[55] Wittchen, H.-U. (2000)
[56] Unselektierte Patienten der an einem Stichtag befragten Hausarztpraxen.
[57] Bühring (2005)
[58] Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.-U- (2002)
[59] Patienten mit Kombinationstherapie (Antidepressiva plus Psychotherapie) eingeschlossen. - Daten der Gmündner Ersatzkasse. Grobe, Th., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (2006), S. 93
[60] Patienten mit Kombinationstherapie (Psychotherapie plus Antidepressiva) eingeschlossen. - Anteil der Diagnostizierten (F 32, 33) mit Genehmigung einer Psychotherapie in 2006. GEK – Gmündner Ersatzkasse (2007), Anhang Tabelle A 24
[61] ebd., S. 160

ten im Alter von 20-30 Jahren durchgeführt. Die Höchstwerte liegen bei den betroffenen Männern zwischen 25 und 29 Jahren bei 12%, bei Frauen zwischen 25 und 29 Jahren bei 17%; danach fallen sie mit dem Alter deutlich ab und sind jenseits des 65. Lebensjahrs sehr selten. Alte Menschen mit Depressionen gelten in Deutschland als psychotherapeutisch unterversorgt. (Siehe dazu auch unter 6.5, S. 94.)

Zur Behandlung depressiver Erkrankungen lässt sich zusammenfassend sagen: Ein beträchtlicher Teil der depressiven Erkrankungen wird nicht als solcher erkannt und daher keiner Therapie zugeführt. Von den diagnostizierten Depressionen wird ein großer Teil ausschließlich hausärztlich und dort nicht immer ausreichend behandelt. Von denen, die behandelt werden, erhält der überwiegende Teil antidepressive Medikamente, nur ein geringer Teil erhält Psychotherapie. Unter den Psychotherapiepatienten sind alte Menschen deutlich unterrepräsentiert, obwohl sie besonders häufig unter Depressionen leiden.

2.7 Ökonomische Aspekte - Welche volkswirtschaftlichen Kosten verursachen Depressionen?

Psychische Erkrankungen allgemein gelten als volkswirtschaftlich kostenaufwändige Erkrankungen. Nach den Krankheiten des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems und des Muskel-Skelettsystems stehen sie - noch vor den Krebserkrankungen - an vierter Stelle unter neun ausgewählten Krankheitsklassen und machen 10% aller Krankheitskosten in Deutschland aus. Auch Depressionen im Besonderen gelten als ‚teure' Erkrankungen. Zum einen betrifft dies die direkten Krankheitskosten (Behandlungskosten), die auf rund 4,2 Mrd. in 2004 beziffert werden[62]; sie liegen damit im Größenbereich anderer Volkskrankheiten bzw. chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Rheuma. Zum anderen geht es um die indirekten Kosten wie Arbeitsausfall durch Krankheit, Frühberentung wegen Invalidität und suizidbedingte Sterblichkeit; in dieser Hinsicht stehen Depressionen mit 147.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren[63] unter allen psychischen Erkrankungen an zweiter Stelle und machen den Großteil der Kosten aus.[64] Darüber hinaus sind volkswirtschaftlich so genannte Transferzahlungen im Fall von Krankheit und Invalidität zu berücksichtigen, also z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld und Zahlungen aufgrund vorzeitiger Renten.

Was die Gesamtbehandlungskosten, also die medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungskosten pro Patient und Jahr betrifft (ohne indirekte Kos-

[62] Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheit. Krankheitskosten 2002 und 2004. Die Summenangaben beziehen sich auf die Depressions-Diagnosen F32, F33.
[63] Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheit. Krankheitskosten 2002 und 2004. Die Summenangaben beziehen sich auf die Depressions-Diagnosen F32, F33.
[64] Mangels deutscher Studien zu indirekten Kosten der Depression ist hier auf internationale Daten zurückzugreifen: Für die USA wird der Anteil der indirekten Kosten gegenüber den direkten auf 69% beziffert.

ten und Transferzahlungen), so unterscheiden sich die wenigen in Deutschland verfügbaren Krankheitskostenstudien aufgrund methodischer Unterschiede erheblich: So werden die mittleren Gesamtbehandlungskosten eines als depressiv diagnostizierten Patienten z.B. angegeben mit 686 €/Jahr[65] bzw. mit 3.849 €.[66] Alle Kostenstudien weisen einen hohen Prozentsatz für die stationäre und ambulante Behandlung aus, Medikamente machen demgegenüber nur einen geringen Anteil an den Gesamtbehandlungskosten aus: Nach einer auf der letztgenannten Studie aufbauenden Untersuchung zu Behandlungskosten bei affektiven Störungen entfallen die mit rund 43% höchsten Kosten auf den ambulanten Sektor (1.681 €), gefolgt von stationären und teilstationären Einrichtungen (einschl. Rehakliniken) mit etwa 40% (1.560 €), Medikamenten mit 12,3% (483 €) und dem beruflichen und sozial-rehabilitativen Bereich mit 5,2% (206 €).[67]

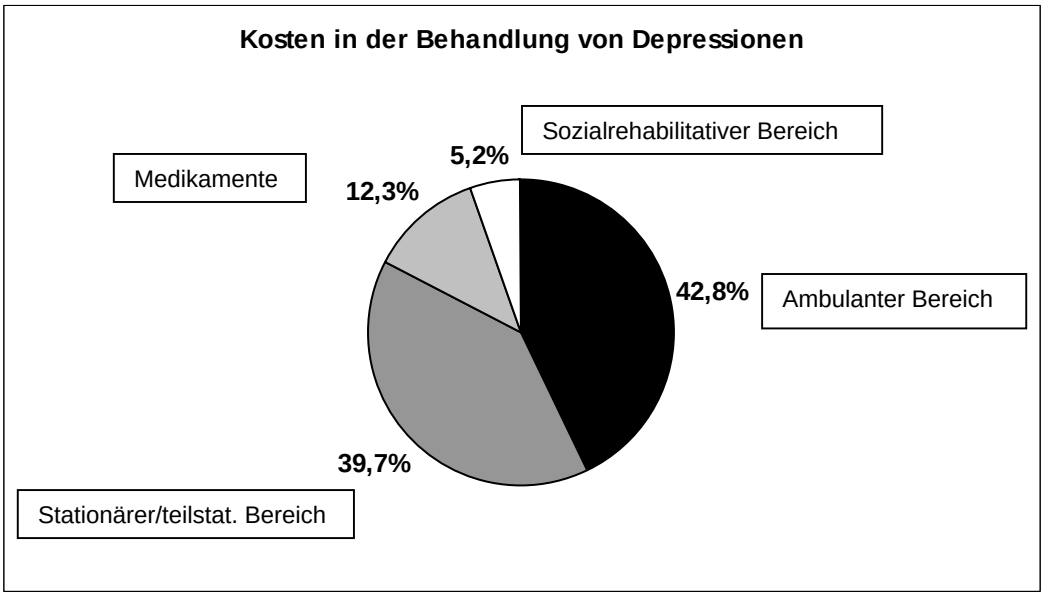


Abbildung 8: Kosten in der Behandlung von PatientInnen mit affektiven Störungen.
Nach: Salize, H.-J., Stamm, K. (2006).

[65] Friemel, S., Bernert, S., Angemeyer, M.C., König, H.H. (2005). Hier sind Kosten für somatische Behandlungen nicht enthalten.
[66] Salize, H.-J., Stamm, K. et al. (2004)
[67] Salize, H.-J., Stamm, K. (2006), S. 115

2.8 Gesundheitspolitische Strategien und Maßnahmen - Was wird zur Verhinderung, Früherkennung und verbesserten Behandlung von Depressionen getan?

Das Problem der Zunahme depressiver Erkrankungen ist auf der politischen Ebene in den letzten Jahren erkannt und aufgegriffen worden.
Im Rahmen der Europäischen Union gibt es verstärkte Bemühungen, zu einer gemeinsamen Strategie der Mitgliedsstaaten zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerungen zu kommen. Sie stehen in der Folge des Weltgesundheitsberichts 2001, der sich dem Thema Mental Health gewidmet hatte.[68] Erfahrungsgemäß gehen von Strategieentwicklungen und Aktionsplänen auf EU-Ebene Impulse auf die Gesundheitspolitik der Länder aus, nicht zuletzt auch über Bereitstellung finanzieller Mittel.
Ein Schritt auf diesem Weg war 2005 die Verabschiedung eines gemeinsamen Europäischen Aktionsplans[69], der zum einen die Förderung seelischer Gesundheit, zum anderen die Prävention psychischer Störungen - u.a. die Bekämpfung von Depressionen und suizidalem Verhalten - wie auch die Verringerung von Stigmatisierung Betroffener zum Ziel hat. Mit seiner Verabschiedung unterstützen die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten seine Umsetzung im eigenen Land.

- *Der Europäische Aktionsplan benennt zwölf strategische Orientierungen – lesen Sie weiter auf S. 107 (6.8).*

In der Folge wurde von der Europäischen Kommission Ende 2005 ein so genanntes Grünbuch zur psychischen Gesundheit[70] herausgegeben. Es sollte die gemeinsame Strategie und den Dialog zwischen den Mitgliedsländern vorbereiten. Außerdem wurde 2005 eine Eurobarometer-Umfage zum Thema psychische Gesundheit in allen EU-Ländern durchgeführt[71], deren Ergebnisse Ende 2006 gemeinsam mit den Stellungnahmen der EU-Länder zum Grünbuch präsentiert wurden.[72] Bzgl. Depressionen werden die Gruppen benannt, die am meisten davon betroffen sind: Frauen, ältere Menschen, Rentner und Personen, die zu Hause arbeiten.

---

[68] World Health Organization (2001)
[69] Der Europäische Aktionsplan psychische Gesundheit wurde auf der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit in Helsinki, 12.-15-01.2005 verabschiedet. Im Internet unter: http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc07.pdf
[70] Die Europäische Kommission gibt in unregelmäßigen Abständen so genannte Grünbücher mit dem Ziel heraus, zu einem spezifischen Thema öffentliche Diskussionen zu initiieren und politische Prozesse in Gang zu setzen. Häufig werden Fragen und Vorschläge aufgeworfen und Mitgliedsländer und Organisationen zu Beiträgen aufgerufen. Der nächste Schritt nach einem Grünbuch ist häufig ein so genanntes Weißbuch, das offizielle Vorschläge zusammenfasst. Das Grünbuch zur psychischen Gesundheit ist verfügbar unter:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf
[71] Die Eurobarometer-Veröffentlichung ist im Internet verfügbar unter:
http://ec.europa.eu/health/
ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdfhttp://ec.europa.eu/health/ph_publiction/eurobarometers_en.htm
[72] Der Bericht über die Konsultation der EU-Länder zum Thema „psychische Gesundheit“ ist verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm

In den gemeinschaftlich auf EU-Ebene entwickelten Dokumenten zur Verbesserung der psychischen Gesundheit weist die EU auf die Verantwortung der jeweiligen Mitgliedsländer hin.

Über die Beteiligung auf EU-Ebene hinaus wurde **in Deutschland** Ende 2000 auf Initiative und aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (GVG) das Forum *gesundheitsziele.de* als Modellprojekt ins Leben gerufen.[73] Sein Zweck ist die partizipative Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland mit dem Ziel, in einem längerfristig und breit angelegten Prozess nachhaltige Verbesserungen in der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu bewirken. Gesundheitsziele sind verbindliche Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem. Für ausgewählte Zielbereiche und Themenfelder werden Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt, zu deren Umsetzung sich die Beteiligten in ihren Verantwortungsbereichen verpflichten. Seit 2007 wird *gesundheitsziele.de* als Kooperationsverbund der beteiligten Akteure – Bund, Länder und Kommunen, Kostenträger, Leistungserbringer, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Fachverbände und Wissenschaft - geführt. Zwischen 2003 und 2006 wurden inzwischen sechs Gesundheitsziele veröffentlicht. Ziel sechs lautet: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln." Zu diesem Zweck wurden sechs Aktionsfelder definiert, in denen Verbesserungspotential mobilisiert werden soll: 1) Aufklärung, 2) Prävention, 3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, 4) Stärkung der PatientInnen und Betroffenen, 5) Rehabilitation, 6) Versorgungsstrukturen. Für all diese Felder wurden Ziele, Teilziele und Maßnahmen vereinbart und auch praxisorientierte Startermaßnahmen empfohlen, um Akteuren konkrete Impulse für die Umsetzung zu geben. Dabei wird betont, dass zur Umsetzung auf Seiten der Akteure – angesprochen sind hier vor allem die primär behandelnden Ärzte – ein besonderes Engagement gefordert ist, sich mit psychosozialen Dimensionen zu befassen.
Im Rahmen der Startermaßnahmen wird u.a. der Ausbau regionaler Bündnisse gegen Depressionen vorgeschlagen und u.a. auf das Bündnis gegen Depression e.V., das Kompetenznetz Depression und andere Netzwerke hingewiesen.

Das Kompetenznetz Depression[74] ist eins von 18 Großforschungsprojekten in der Medizin, die seit 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiiert wurden, um überregionale Netzwerke zu schweren und häufig vorkommenden Krankheitsbildern aufzubauen und den Transfer von der Forschung in die Praxis und damit die Versorgung depressiv Erkrankter zu verbessern. Aus ihm ist das Forschungsnetzwerk psychische Gesundheit[75] hervorgegangen, das seit 2006 zu Fragen der Versorgungsforschung bzgl. aller psychischen Erkrankungen arbeitet, d.h. Forschung direkt an der Praxis und Versorgungsrealität betreibt.
Während das Kompetenznetz Depression forschungsorientiert ist, richtet sich das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.[76] vor allem an Praktiker – Ärzte, Psychotherapeuten, Mitarbeiter von Beratungsstellen und Kliniken, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Kirchen u.ä.. Es entstand 2003 – nach einem Pilotpro-

[73] Im Internet unter: http://www.gesundheitsziele.de/
[74] Im Internet unter: http://www.kompetenznetz-depression.de/
[75] Im Internet unter: www.forschung-psychische-gesundheit.de
[76] Im Internet unter: www.forschung-psychische-gesundheit.de

jekt in Nürnberg - als überregionales Bündnis gegen Depression e.V., das regionale Netze in ganz Deutschland anstrebt. Ziel der Bündnisse ist eine Verbesserung der Versorgung auf allen Ebenen, Aufklärung und Sensibilisierung für die Problematik Depression in der Bevölkerung, z.B. in Form von Kampagnen und Veranstaltungsreihen, sowie eine bessere Zusammenarbeit zwischen Kliniken und ambulantem Bereich, Ärzten und Psychotherapeuten, Haus- und Fachärzten. Seit 2004 ist das Bündnis auch europaweit – unter dem Namen „European Alliance Against Depression“ (EAAD)[77] und gefördert von der EU – und zwar in 18 Ländern tätig.

In Bremen befindet sich derzeit ein regionales Bündnis gegen Depression im Aufbau.[78] Es wurde von der Psychotherapeutenkammer Bremen initiiert und umfasste bereits vor der öffentlichen Auftaktveranstaltung am 18.01.2008 zahlreiche Kooperationspartner.[79] Das Bremer Bündnis gegen Depression (BBgD) ist zunächst auf zwei Jahre angelegt. Es möchte

- eine Aufklärung der Öffentlichkeit unter dem Motto „Depression hat viele Gesichter“ erreichen,
- einen Überblick über Bremer Beratungs- und Therapieangebote vermitteln und
- eine regionale Vernetzung aller an der Versorgung depressiv Erkrankter aufbauen.

[77] Im Internet unter: http://www.eaad:net

[78] Im Internet unter: http://www.buendnis-depression.de/depression/bremen.php. Zu den Veranstaltungen in 2008 siehe unter Aktuelles.

[79] Dem Bremer Bündnis gegen Depression e.V. gehören zum Gründungszeitpunkt folgende Gruppen/Organisationen an: Ärztekammer Bremen, Ameos-Klinikum Dr. Heines, Berufsverband Kinder- und JugendlichenpsychiaterInnen, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy), Gesundheitsamt, Gesundheit Nord Klinikum Ost, Hausärzteverband Bremen, IPP Bremen Institut für Public Health und Pflegeforschung, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen, Netzwerk Selbsthilfe, Psychotherapeutenkammer Bremen, Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, Stiftung Dr. Heines, Techniker Krankenkasse.

3 Depressionen im Land Bremen – Quantitative Abschätzung der Problematik für die Region

Für das Land Bremen liegen keine gesicherten Daten über die Häufigkeit depressiver Störungen vor. Näherungsweise wird daher zum einen auf den Bundesgesundheitssurvey, eine bundesweite Bevölkerungsumfrage im Jahr 1998 zurückgegriffen und die ermittelten Prävalenzzahlen für Bremen berechnet. Zum anderen werden die vorliegenden Daten zur Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Leistungen herangezogen[80]. Als dritte Datenquelle werden Routinestatistiken analysiert, die Folgeprobleme depressiver Störungen – Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Suizid – anzeigen. Auf diesem Weg kann das Ausmaß depressiver Störungen für das Land Bremen quantitativ annähernd abgeschätzt werden.

Der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Abt. Versorgungsforschung (Prof. Dr. Glaeske, Frau Dr. Schicktanz), der AOK Bremen/Bremerhaven, der Psychotherapeutenkammer Bremen, der Gesellschaft für ambulante Psychiatrische Dienste (Gapsy) und anderen sei an dieser Stelle gedankt für die Bereitstellung von Daten[81].

In der Regel liegen statistische Daten (inzwischen) alters- und geschlechtsdifferenziert vor. Weitere Differenzierungen, die z.B. sozioökonomische Aspekte wie Bildungsstand, Einkommen, Beruflichen Status, Herkunft oder Wohnort nach Stadtvierteln berücksichtigen und damit den Zusammenhang zwischen sozialen Lebenslagen und Gesundheit, respektive Depression erhellen, waren nicht verfügbar.

3.1 Wie häufig sind Depressionen im Land Bremen? – Eine Übersicht

Im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys 1998, Zusatzsurvey Psychische Störungen wurde eine Prävalenz von insgesamt 12,8% für leichtere und schwere Formen der Depression[82] ermittelt. Hierbei gehen auch solche Betroffenen ein, die nicht in Behandlung sind, also statistisch vom Gesundheitssystem nicht erfasst werden. Die auf Umfrageergebnissen beruhenden Prävalenzzahlen sind daher i.d.R. höher als solche, die auf Basis von Statistiken des Gesundheitssystems berechnet werden.

---

[80] Die vollstationären Behandlungen in den Bremer regionalen Behandlungszentren fließen in die Krankenhausdiagnosestatstik ein, sind also in den folgenden Angaben enthalten. Die in den Behandlungszentren im Rahmen der Institutsambulanzen erbrachten ambulanten Leistungen gehen in die Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung ein, sind also in den Daten zu ambulanten Behandlungen enthalten. Die ambulanten, im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den Behandlungszentren erbrachten Leistungen werden nicht aus Mitteln der GKV, sondern aus Steuermitteln finanziert; sie sind in den vorliegenden Daten nicht enthalten. Siehe dazu die Jahresberichte der regionalen Behandlungszentren.

[81] Die genannten Datenhalter haben die Primärdaten zur Verfügung gestellt; die Berechnungen, Analysen, Zusammenstellungen und grafischen Aufbereitungen erfolgten durch die Autorin.

[82] Major Depressionen und Dysthyme Störungen, nach DSM IV

Übertragen auf das Land Bremen sind danach insgesamt rund 54.000 Bürger im Alter zwischen 18 und 65 Jahren betroffen - 35.000 von der schweren Form der Major Depression, 19.000 von der leichteren, chronifizierten Form der Dysthymie.
Bezogen auf die schweren depressiven Störungen gibt die folgende Tabelle einen Überblick über die Zahl der Betroffenen in Bremen-Stadt und Bremerhaven nach Alter und Geschlecht. (Eine solche Hochrechnung kann nur eine grobe Abschätzung und nicht die faktische Prävalenz von Depressionen im Land Bremen wiedergeben, da sich relevante Variablen wie z.B. Arbeitslosenquote, Dichte von Versorgungsstrukturen u.a. vom bundesdeutschen Durchschnitt unterscheiden.)

Tabelle 2: Prävalenz und Anzahl der von schweren Depressionen (Major Depression, DSM IV) Betroffenen in Bremen-Stadt und Bremerhaven (18-65-Jährige), nach Alter und Geschlecht. – Für Bremen/Bremerhaven berechnet nach: Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004); Statistisches Landesamt Bremen; eigene Berechnungen.

			18-29[83] Jahre	30-49 Jahre	50-65 Jahre	Insgesamt
Bremen Stadt						
	Männer	Prävalenz	6%	5,5%	4,8%	5,5
		Anzahl	1.380	4.580	2.380	**8.340**
	Frauen	Prävalenz	9,5%	12,7%	11,3%	11,2
		Anzahl	4.140	10.030	5.840	**20.010**
Bremerhaven						
	Männer	Prävalenz	6%	5,5%	4,8%	5,5
		Anzahl	530	920	540	**1.990**
	Frauen	Prävalenz	9,5%	12,7%	11,3%	11,2
		Anzahl	780	1.940	1.260	**3.980**

3.2 Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen

3.2.1 Stationäre Behandlungen

Nur ein geringer Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen wird stationär behandelt. Im allgemeinen handelt es sich um besonders schwere Fälle oder aber um akute Krisensituationen.

3.2.1.1 Entwicklung der Behandlungszahlen

Im Jahr 2006 wurden im Land Bremen etwa 10.000 Bremerinnen und Bremer im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im Krankenhaus behan-

[83] Die Altersgruppen, die bei der Erhebung der Prävalenzzahlen im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys, Zusatzsurvey Psychische Störungen zugrunde gelegt wurden, differieren leicht: 18-34, 35-49, 50-65 Jahre. Diese Erhebung bezog Ältere über 65 Jahre nicht ein. Siehe zu altersbezogenen Diagnoseraten in der deutschen Gesamtbevölkerung Abbildung **24** im Anhang unter 6.5.

delt[84], das sind 7,6% aller Krankenhausfälle (in Deutschland: 6,1%). Die Rate pro 100.000 Einwohner lag bei 1.502 (Deutschland: 1.279) [85].
Bei den affektiven Störungen, von denen der größte Teil depressive Störungen sind, ist eine Rate von 181 stationären Behandlungen pro 100.000 Einwohner zu verzeichnen (Deutschland: 232).[86]

Insgesamt ist bei den stationär behandelten psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren ein Anstieg zu beobachten, der bei den Depressionen ganz besonders ausgeprägt ist. So sind psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-99) im Zeitraum von 2000 bis 2005 um ca. 8% gestiegen, die Untergruppe der Affektiven Störungen (F30-39) um etwa 20%, die explizit depressiven Störungen (F32, F33) – Untergruppen der Affektiven Störungen – jedoch um 63%. Die Fallzahlen für Bremen stellen sich folgendermaßen dar:

	Männer		Frauen		Gesamt		
Im Jahr...	2000	2006	2000	2006	2000	2006	**Zunahme 2000-2006**
Alle psych. Störungen	5.496	5.896	3.893	4.148	9.389	10.044	**8%**
Affektive Störungen	319	508	622	827	941	1.335	**42%**
Depressive Störungen	248	456	489	748	737	1.204	**63%**

Abbildung 9: Stationäre Behandlungen aller psychischer bzw. affektiver bzw. depressiver Erkrankungen, Land Bremen – Fälle. (Bezug: Wohnsitz Land Bremen.) - Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 10.07.2007

Bezogen auf die Einwohnerzahlen ergibt sich von 2000 bis 2006 eine Zunahme der stationären Depressionsbehandlungen bei Männern um 89%, bei Frauen um 56%.

[84] Alle folgenden Zahlen beziehen sich auf Einwohner Bremens; die in den bremischen Krankenhäusern behandelten Patienten aus dem niedersächsischen Umland (sie machen ca. ein Drittel der Behandlungen in Bremer Krankenhäusern aus) gehen hier also nicht ein. Die Daten beziehen sich auf vollstationäre Akutbehandlungen; Behandlungen im Rahmen von tagesklinischen Aufenthalten, Rehabilitationen und psychosomatische Kuren gehen hier nicht ein.
[85] Die höheren Zahlen bei den psychischen Erkrankungen in Bremen gehen vermutlich vor allem auf die Tatsache zurück, dass Bremen ein Stadtstaat ist und als solcher – im Vergleich zu Flächenstaaten mit ländlichen Regionen - eine höhere Dichte sozialer Problemlagen aufweist wie andere Ballungsgebiete auch.
[86] Die gegenüber dem Bundesdurchschnitt niedrigeren Raten in Bremen bei stationär behandelten affektiven Erkrankungen könnten darauf zurückzuführen sein, dass diese Erkrankungen eher als andere psychische Erkrankungen auch ambulant behandelt werden können und die Infrastruktur hierfür in städtischen Ballungsgebieten dichter ist als in Flächenstaaten mit einem großen Anteil ländlicher Regionen. D.h. Städtische Gebiete weisen zwar üblicherweise eine höhere Rate an Menschen mit sozialen Problemlagen und damit möglicherweise auch psychischer Erkrankungen auf als ländliche Regionen, aber die ambulanten gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sind oft engmaschiger, so dass weniger häufig stationäre Einweisungen erfolgen müssen.

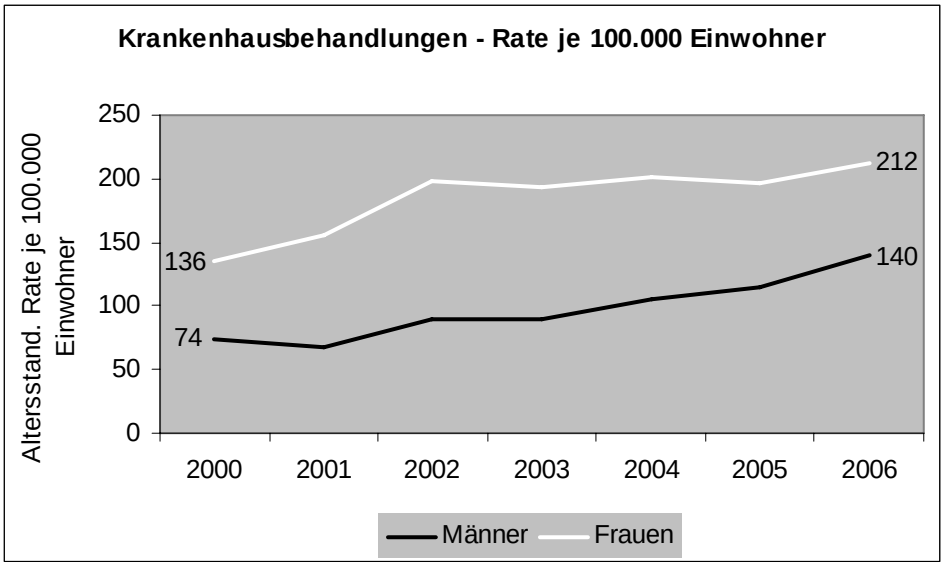


Abbildung 10: Stationäre Behandlungen depressiver Störungen (F32, F33) in den Jahren 2000- bis 2006, Land Bremen – altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner – Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.bge-bund.de. Abrufdatum: 24.06.2008

3.2.1.2 Unterschiede bzgl. Alter und Geschlecht

Im Hinblick auf das Geschlecht werden Frauen mit 127 je 100.000 Einwohnern (Deutschland: 139) deutlich häufiger als Männer mit 82 je 100.000 Fällen (Deutschland: 86) wegen einer affektiven Störung stationär behandelt (altersstandardisierte Fallzahl). Im Hinblick auf das Alter sind die mittleren Altersgruppen bei beiden Geschlechtern am häufigsten betroffen.
Dies gilt auch für Depressionen im Engeren.

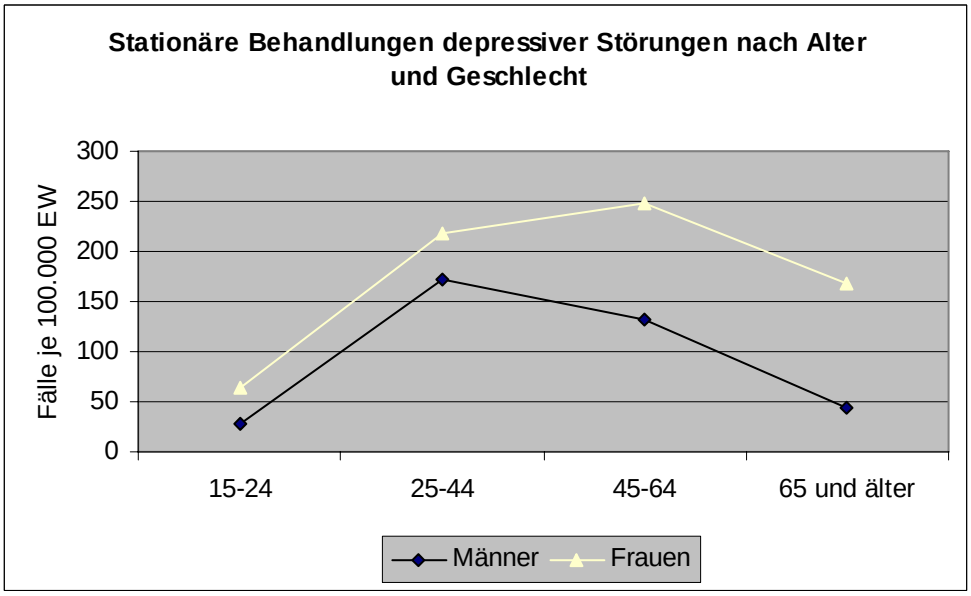


Abbildung 11: Stationäre Behandlungen depressiver Erkrankungen (ICD 10, F32-F33), Land Bremen, 2005 – Fälle je 100.000 Einwohner, nach Altersgruppen. Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 10.07.2007

3.2.1.3 Verweildauern

Bei körperlichen Erkrankungen liegt die durchschnittliche Dauer von Krankenhausaufenthalten von Bremer Patienten allgemein bei 8,6 Tagen (Deutschland: 8,6), bei psychischen Erkrankungen hingegen bei 17,0 Tagen (Deutschland: 20,9). Bei so genannten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) sind mit 36,0 Tagen (Deutschland: 37,5) besonders hohe Verweildauern festzustellen. Die im bundesweiten Vergleich relativ niedrigen Verweildauern bei seelischen Erkrankungen in Bremer Krankenhäusern können damit zusammenhängen, dass Ballungsgebiete eine dichte ambulante Infrastruktur bieten, so dass möglicherweise früher entlassen werden kann als beispielsweise in ländlichen Gebiete, wo eine qualifizierte Weiterbehandlung am Wohnort nicht immer gewährleistet ist.

Die Verweildauern sind bei Frauen höher als bei Männern; hinsichtlich des Alters sind keine eindeutigen Trends festzustellen. Bzgl. der affektiven Störungen fällt bei Frauen ein mit dem Alter assoziierter deutlicher Rückgang der Aufenthaltsdauer auf (von 36,4 bei den Jüngeren auf 25,2 Tage bei den über 65-Jährigen), bei 45-65-jährigen Männern ein Anstieg der Verweildauer (um 4,3 Tage gegenüber den 25-45-Jährigen).

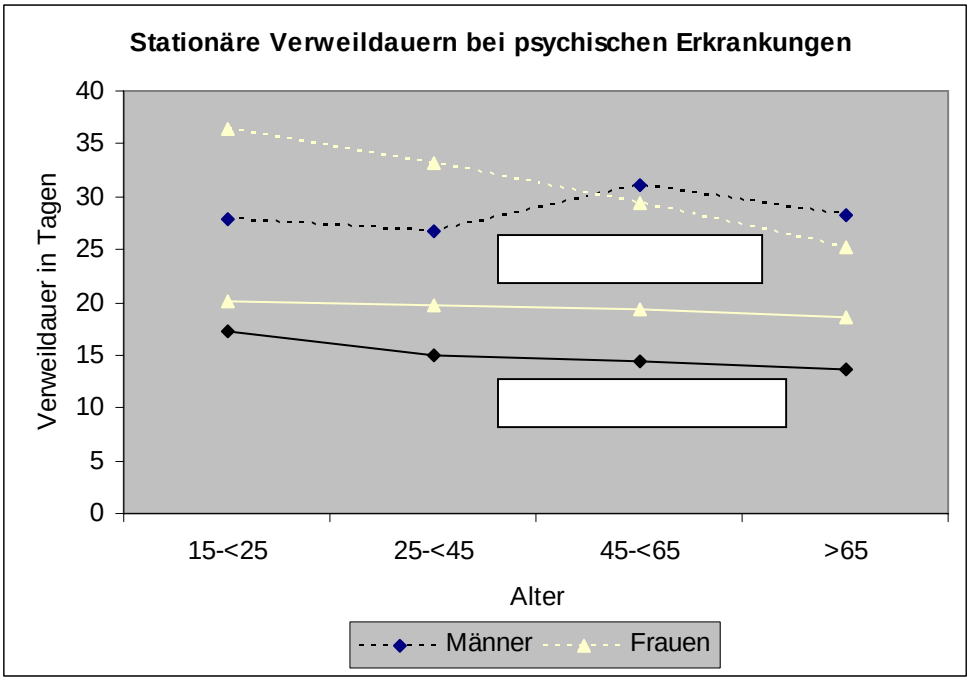


Abbildung 12: Verweildauern bei stationären Behandlungen von psychischen Erkrankungen im allgemeinen und von affektiven Störungen im Besonderen, Land Bremen, 2005 – nach Alter und Geschlecht. Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 11.07.2007

Zusammengefaßt läßt sich für die stationäre Behandlung depressiver Erkrankungen sagen: In den Bremer Krankenhäusern ist in den letzten Jahren (2000-2006) ein starker Anstieg der Behandlungsfälle wegen depressiver Erkrankungen zu beobachten. Frauen mit dieser Diagnose werden häufiger als Männer stationär behandelt; auch dauert der Krankenhausaufenthalt bei ihnen länger. Obwohl Depressionen im Alter häufiger diagnostiziert werden, werden sie bei Älteren seltener stationär behandelt.

3.2.2 Ambulante Behandlungen

Der überwiegende Teil der Patienten mit Depressionen benötigt keine stationäre Versorgung, sondern wird im ambulanten Bereich behandelt. Ein Großteil dieser Patienten sucht die Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte und/ oder Psychotherapeuten auf; ein kleinerer Teil wird in den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren versorgt, die voll- und teilstationäre (d.h. tagesklinische) und ambulante Behandlung ermöglichen.
In die folgenden Zahlen, denen Angaben von Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung zugrunde liegen, sind, wenn nicht anders angegeben, nur Behandlungen durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eingegangen.

3.2.2.1 Wie häufig wird die Diagnose Depression vergeben?

In den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen des Landes Bremen wurden im ersten Quartal 2007 insgesamt 53.099 Bremer Patienten[87] mit der Diagnose Depression (F32, F33) behandelt (Akut- und Dauerdiagnosen zusammen). Dies entspricht 8% der Bevölkerung.[88]

Beim Blick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt sich auch für Bremen, dass Frauen im Vergleich zu Männern in allen Altersgruppen überproportional häufig Depressionsdiagnosen erhalten; bei den 20-40-Jährigen und den

[87] Es handelt sich um Personen, nicht um Behandlungsfälle. D.h. Depressionspatienten, die mehrmals im Quartal den Arzt aufgesucht haben, sind nicht mehrfach gezählt. - Es handelt sich um Patienten mit Wohnsitz im Land Bremen; Patienten aus dem Umland, die Bremer Praxen aufsuchen, sind nicht enthalten. Kinder und Jugendliche sind hier einbezogen.

[88] Diese Zahl kann nicht mit den in Studien ermittelten Prävalenzzahlen verglichen werden; zum einen handelt es sich hier um ärztlich dokumentierte Diagnosen, beim Zusatzsurvey Psychische Krankheiten des Bundesgesundheitssurvey 1998 hingegen wurden die Zahlen auf der Basis standardisierter Interviews in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erhoben und erfaßten daher auch nicht diagnostizierte Depressionen. Außerdem beziehen sich die hier genannten Daten auf im ersten Quartal 2007 gestellte Diagnosen bei Patienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in die Praxis kamen; epidemiologische Prävalenzzahlen beziehen sich auf Krankheiten, die in einem definierten Zeitraum – meistens innerhalb des vom Befragungszeitpunkt aus letzten Jahres (12-Monatsprävalenz) – aufgetreten sind und zum Zeitpunkt der Befragung auch wieder remittiert sein können.

60-80-Jährigen ist ihr Anteil beinahe drei mal so hoch wie der der Männer. Über alle Altersgruppen hinweg sind unter den Männern 5%, unter den Frauen 12,5% der Bevölkerung unter der Diagnose Depression behandelt worden.

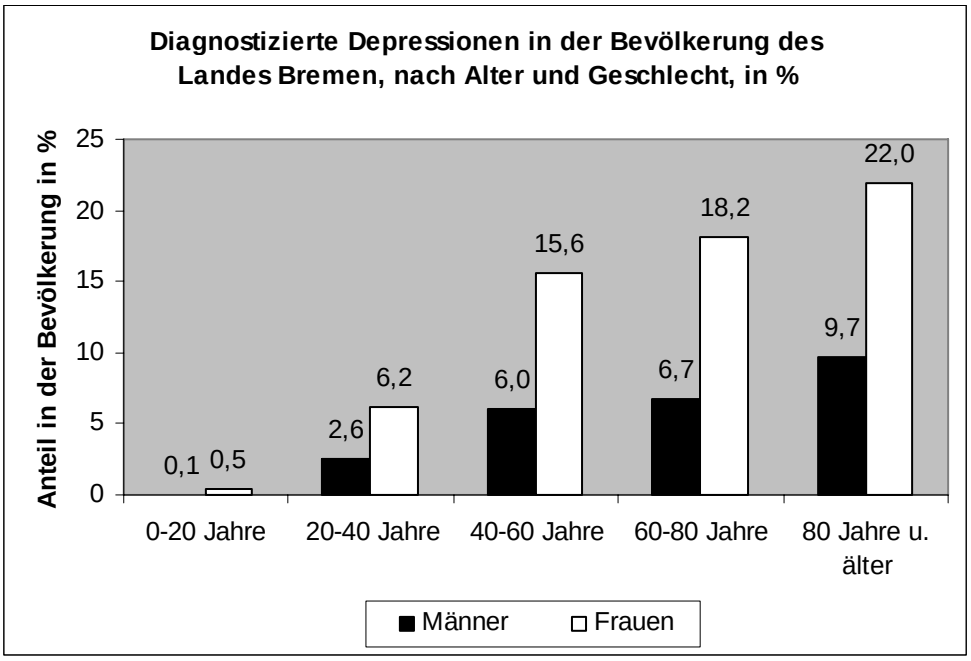


Abbildung 13: Patienten mit diagnostizierten Depressionen (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) in der Bevölkerung des Landes Bremen (1. Quartal 2007), nach Alter und Geschlecht, in Prozent. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007.

Auch im Land Bremen wurde in den letzten Jahren zunehmend häufiger die Diagnose Depression gestellt[89]. So ist zwischen 2001 und 2007 ein Anstieg um 25%, nämlich von 42.367 auf 53.099 Patienten mit Depressionsdiagnose[90] zu verzeichnen. Bezogen auf die Bevölkerung wurden in 2001 6,4%[91], in 2007 bereits 8% der Bremerinnen und Bremer mit der Diagnose Depression behandelt. Besonders stark fiel der Anstieg von 2004 zu 2007 aus.[92]

[89] Hieraus ist nicht direkt ableitbar, dass Depressionen gehäufter auftreten; denkbar ist u.a. eine Veränderung in der Wahrnehmung und diagnostischen Praxis auf Seiten der Ärzte/Therapeuten und/oder eine höhere Sensibilität auf Seiten der Patienten, die zu einer höheren Rate an Arztkontakten bei depressiven Symptomen geführt haben könnte. Beide Aspekte erhöhen die Diagnoseraten, sie müssen nicht unbedingt Ausdruck einer erhöhten Prävalenz sein.

[90] Akut- und Dauerdiagnosen sind hier zusammengenommen. Die Differenzierung zwischen Akut- und Dauerdiagnosen wurde bei der KV Bremen erst ab 2006 eingeführt, daher können für einen Zeitvergleich nur die undifferenzierten Gesamtdiagnosen herangezogen werden.

[91] Hinweis: Bezug für alle drei Zeitpunkte ist in diesem Text die Bevölkerung am 31.12.2006, da die Bevölkerung nach Altersgruppen derzeit noch nicht für die Jahre 2001 und 2004 zur Verfügung steht. (Dies Problem ist aber weitgehend vernachlässigbar, da die Bevölkerung zwischen 2001 (661.450) und 2007 (664.275) nur um knapp 3000 differierte; diese Differenz wirkt sich nur marginal aus bei der Berechnung der Prozentanteile innerhalb der Altersgruppen.)

[92] Eine Differenzierung im Hinblick auf das Geschlecht ist nur für das Jahr 2007, nicht jedoch für die Jahre 2001 und 2004 möglich, da die älteren Daten häufig keine Geschlechtsangabe enthalten; erst seit jüngstem ist das Geschlecht eine Pflichtangabe in der ärztlichen Dokumentation für die Kassenärztliche Vereinigung.

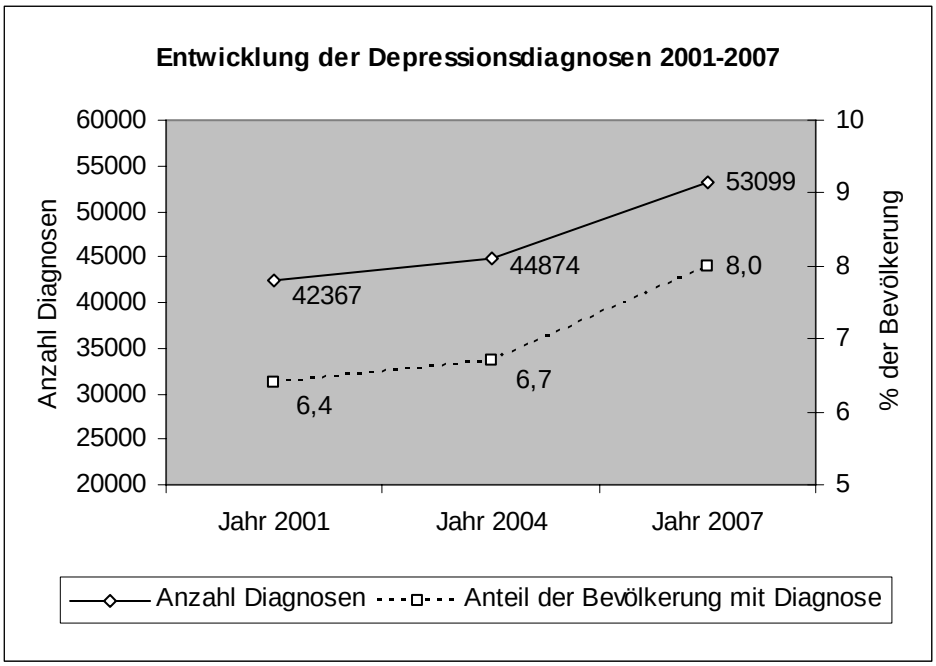


Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl der Patienten mit Depressionsdiagnose (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) im ambulanten Bereich im Land Bremen von 2001 bis 2007 (jeweils 1. Quartal); Anzahl der Patienten mit Diagnose und Prozent der Bevölkerung mit Diagnose. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007.

Im Hinblick auf das Alter ist bei den 40-60-Jährigen sowie bei den Hochaltrigen (80 Jahre und älter) die Zunahme der Diagnose Depression innerhalb des untersuchten 6-Jahres-Zeitraums besonders ausgeprägt.

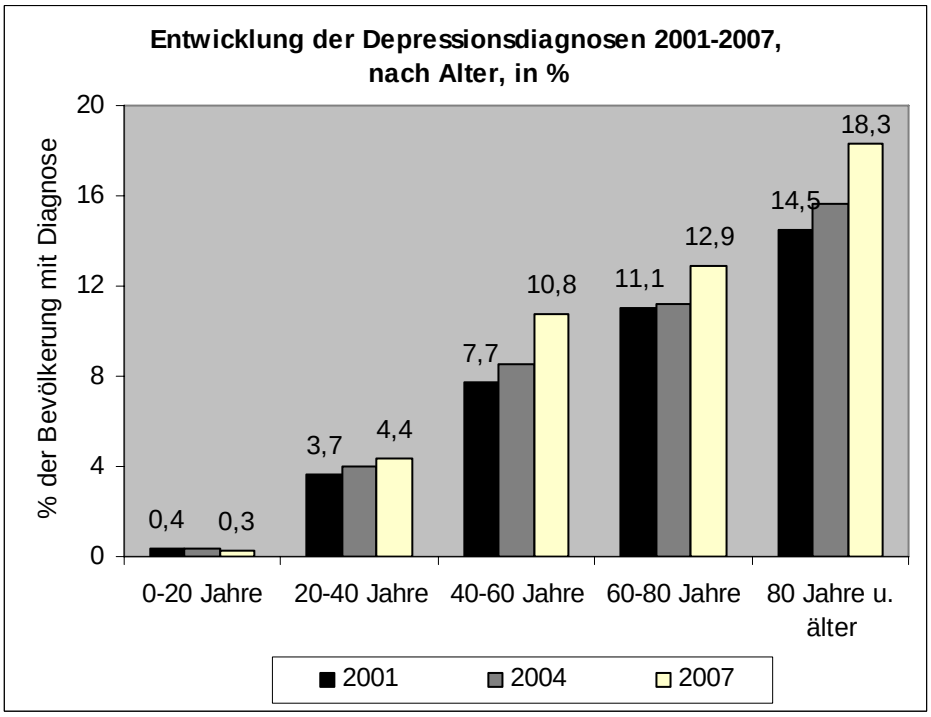


Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl der Patienten mit Depressionsdiagnose (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) im Land Bremen zwischen 2001 und 2007 (jeweils 1. Quartal); nach Alter, in Prozent. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007.

Zwischen Bremen-Stadt und Bremerhaven lässt sich ein deutlicher Unterschied feststellen: In Bremerhaven werden häufiger Depressionsdiagnosen gestellt, und zwar in allen Altersgruppen. Besonders auffällig ist der relativ hohe Anteil bei den 40-60-Jährigen Frauen.

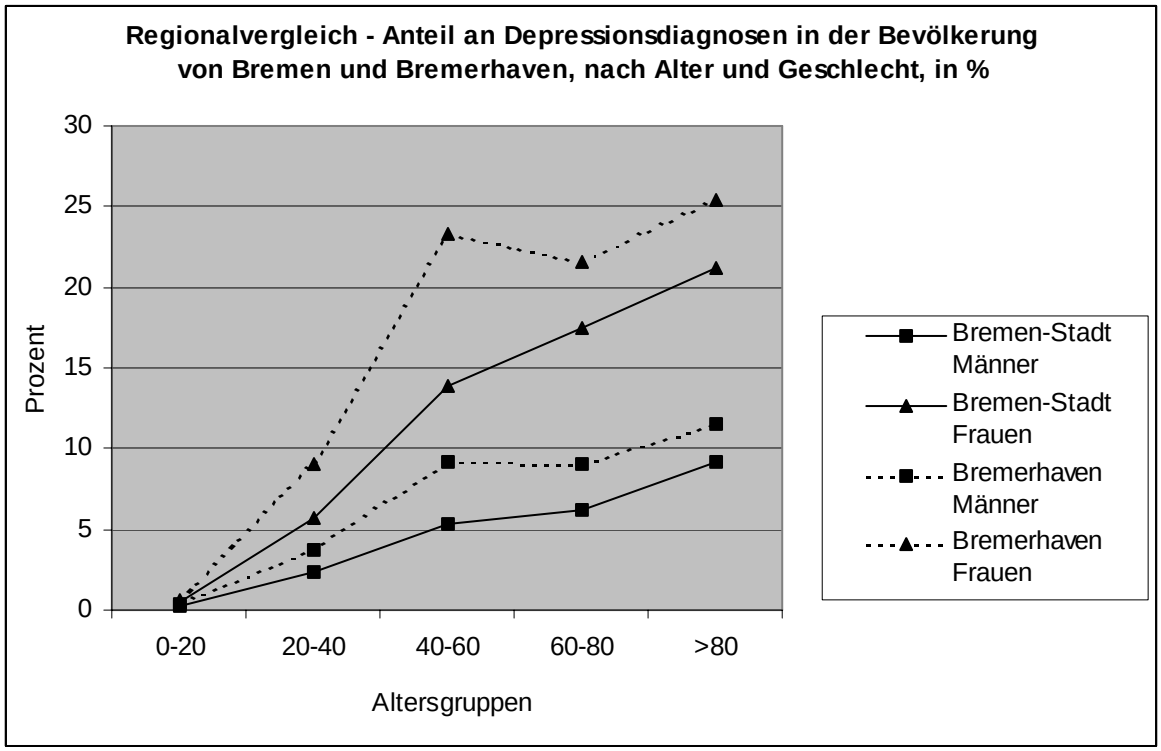


Abbildung 16: Anteil der Patienten mit Depressionsdiagnose (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) in der Bevölkerung von Bremen und Bremerhaven im 1. Quartal 2007, nach Alter und Geschlecht, in Prozent. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007.

Die höheren Prozentsätze in Bremerhaven gegenüber denen in Bremen-Stadt sind insofern auffällig, als Ballungszentren bei psychischen Störungen häufig höhere Raten aufweisen als kleinere Städte oder ländliche Regionen, was u. a. auf die Konzentration sozialer Problemlagen in Großstädten zurückgeführt wird. Die höheren Prozentsätze an Depressionsdiagnosen in Bremerhaven könnten u.a. mit dem etwas höheren anteil älterer Menschen in Bremerhaven zusammenhängen, sie könnten jedoch auch Folge der deutlich höheren Arbeitslosigkeit sein[93].

[93] Arbeitslosenquote in Bremen-Stadt: 15,6%, in Bremerhaven: 23,4%. In Deutschland: 12,2%. (Stand: November 2005). Statistisches Landesamt Bremen

3.2.2.2 Von welchen Fachärzten bzw. Psychotherapeuten werden Depressionspatienten vorwiegend behandelt?

Es wäre zu erwarten, dass Patienten, die primär wegen Depressionen behandelt werden, überwiegend im hausärztlichen, im psychiatrischen und/oder im psychotherapeutischen Bereich behandelt werden. Die folgende Übersicht zeigt, dass die Akutdiagnose Depression (F32, F33)[94] tatsächlich mit Abstand am häufigsten von Hausärzten vergeben wurde, gefolgt von psychiatrisch bzw. neurologisch ausgebildeten Ärzten.[95] Auffällig ist jedoch die recht breite Streuung: fast ein Fünftel der Depressionspatienten wird von anderen, somatisch orientierten Arztgruppen behandelt. Überraschend ist außerdem auf den ersten Blick der relativ geringe Anteil an Depressionsdiagnosen, der auf Psychotherapeuten zurückgeht – denn immerhin ist die Anzahl der psychotherapeutischen Praxen im Land Bremen relativ hoch und das Spektrum der Diagnosen vermutlich deutlich eingegrenzter als in somatischen Praxen, so dass ein eher höheres Aufkommen an Depressionsdiagnosen zu erwarten wäre. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Psychotherapeuten deutlich weniger Patienten behandeln als somatisch ausgebildete Ärzte, da eine psychotherapeutische Sitzung mindestens 50 Min. dauert – eine Zeit, in der ein somatisch orientierter Arzt meist mehrere Patienten behandelt. Psychotherapeuten sehen außerdem einen Patienten i.d.R. mehrfach im Quartal – bei hochfrequenten psychoanalytischen Therapien z.B. ca. 50 mal. D.h. die Behandlungszeit verteilt sich bei Psychotherapeuten auf sehr viel weniger Patienten als bei somatisch orientierten Ärzten, so dass sie insgesamt auch weniger Fälle mit der Diagnose Depression aufweisen.

Augenfällig ist auch der hohe Anteil an Gynäkologen, die akute Depressionen behandeln. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass für viele Frauen der Gynäkologe die Funktion des Hausarztes, für manche darüber hinaus die eines Psychotherapeuten erfüllt. Zum anderen fällt der Teil der Depressionen bei Frauen, die mit hormonellen Veränderungen zusammenhängen (bzw. diesen zugeschrieben werden) – postpartale Depression oder Depressionen im Kontext der Wechseljahre – in den originären Aufgabenbereich des Gynäkologen.

[94] Dauerdiagnosen sind nicht eingeschlossen.

[95] Patienten können in einem Quartal selbstverständlich bei mehreren Fachärzten bzw. Psychotherapeuten in Behandlung gewesen sein, z.B. beim Hausarzt und beim Nervenarzt oder Psychotherapeuten. In den Daten in der folgenden Tabelle sind Mehrfachnennungen enthalten.

Tabelle 3: Anzahl und Anteil der Patienten mit Depressionsdiagnose (F32, F33), die im 1. Quartal 2007 vergeben wurden, differenziert nach Art des Facharztes/ Psychotherapeuten. - Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen.

	Land Bremen		**Bremen Stadt**		**Bremerhaven**	
Art des Arztes/Therapeuten	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Hausärzte	9.349	49	7.639	51	1.710	45
Nervenärzte	5.160	27	3.626	24	1.534	40
Psychotherapeuten	760	4	712	5	48	1
Kinder- und Jugend-Bereich[96]	172	1	163	1	9	0,2
Alle anderen	3.457	18	2.950	20	507	13
Darunter:						
Gynäkologen	2379	12,6	2.224	14,7	155	4,1
Fachärztliche Internisten	192	1	182	1,2	10	0,3
HNO-Ärzte	165	0,9	162	1,1	3	0,1
Orthopäden	288	1,5	112	0,7	176	4,6
Gesamt	18.898	100	15.090	100	3.808	100

3.2.2.3 Wie werden Depressionspatienten behandelt? - Pharmako- und Psychotherapie[97]

Bei leichten und mittelschweren Formen der Depression gilt nach den Leitlinien – denen für den hausärztlichen[98] und wie auch denen für den fachärztlichen Bereich[99] - ausschließlich psychotherapeutische Behandlung als Erfolg versprechende Therapieoption; bei schweren Formen hingegen wird zusätzlich eine medikamentöse Therapie als unerlässlich angesehen.

Bei den folgenden Ausführungen zu den Behandlungsformen bei Depressionen kann nicht auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zurückgegriffen werden[100]. Sie beziehen sich daher auf Krankenkassendaten, in diesem Fall auf die Daten der Gmündner Ersatzkasse (GEK), einer überregionalen Kran-

[96] Diese Gruppe beinhaltet Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, fachübergreifende Gemeinschaftspraxen von Praktikern und Kinderärzten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

[97] Für die im folgenden verwendeten Krankenkassen-Daten gilt: Im Hinblick auf die Anzahl der Versicherten mit Diagnose, der Versicherten mit Antidepressiva-Verordnung und der Versicherten mit Psychotherapie besteht keine Fall-bezogene Verknüpfung. D.h. ein Patient kann in 2006 theoretisch die Diagnose Depression bekommen haben, ein Antidepressivum gegen Schmerzen und eine Psychotherapie wegen Angststörungen. Die Anzahl dieser Fälle ist nicht angebbar, aber vermutlich gering.

[98] Härter, M. et al. (2003b)

[99] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN (Hrsg.) (2000). Derzeit wird in einer Initiative der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF eine Nationale Versorgungsleitlinie Depression erarbeitet, die 2008 publiziert werden soll.

[100] Was die Pharmakotherapie betrifft, verfügt die KV nur über die Anzahl der abgerechneten Rezeptierungen, nicht jedoch über inhaltliche Informationen über die Art der verordneten Medikamente. Informationen zur psychotherapeutischen Behandlung konnten aus Gründen des Aufwands nicht von der KV bereitgestellt werden.

kenkasse.[101] Der Datenbestand der GEK wird seit Jahren für die bundesweite Gesundheitsberichterstattung der GEK vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen wissenschaftlich ausgewertet. Im Rahmen langjähriger Kooperation wurden die Bremer Daten zu Depressionen freundlicherweise für diesen Bericht zur Verfügung gestellt. Ergänzend wurden bei einzelnen Fragestellungen Daten der AOK Bremen/Bremerhaven herangezogen. Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Krankenkassendaten auf erwachsene Versicherte mit Wohnsitz im Land Bremen und das Jahr 2006, bzgl. der Diagnosen wurden Akut- und Dauerdiagnosen zusammengenommen.

Im Land Bremen sind in 2006 insgesamt 10.096 erwachsene Personen bei der GEK versichert. Bei 9,8% von ihnen wurde eine Depression (ICD F32, F33) festgestellt (GEK-Bundesdurchschnitt: 8,1%[102]).[103]

Pharmakotherapie

Die Menge der Verordnungen antidepressiver Medikamente ist in den letzten Jahren stark gestiegen – insgesamt in Deutschland und auch im Land Bremen (siehe auch Tabelle 6, S. 16; zur Einschätzung von Antidepressiva siehe auch im Anhang Kap. 6.7, S. 105). Daraus lassen sich jedoch nur bedingt Rückschlüsse auf die zahlenmäßige Entwicklung und die Versorgungslage depressiver Patienten ziehen. Denn Antidepressiva werden beispielsweise auch für andere Indikationen, z.B. in der Schmerztherapie oder bei anderen psychischen Erkrankungen eingesetzt. (Nach Berechnungen der GEK erhielten bundesweit im Schnitt 1,1% aller Patienten ohne Diagnose einer psychischen Störung Antidepressiva; bei Patienten mit psychischen Störungen, jedoch ohne Depressionsdiagnose betrug dieser Anteil sogar 8,3%.[104])
Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass in Stadtstaaten deutlich weniger Depressionspatienten mit Antidepressiva behandelt werden als in Flächenstaaten. Nach Daten der Techniker Krankenkasse verzeichnet Bremen in 2006 unter den alten Bundesländern die niedrigste Rate. Es wird vermutet, dass die breite-

[101] Krankenkassendaten liegen grundsätzlich nicht für die Gesamtheit der GKV-Versicherten eines Bundeslandes vor, da diese bei einer Vielzahl unterschiedlicher Einzelkrankenkassen versichert sind, ein Großteil der Versicherten bei überregionalen Kassen, denen regionale Datenlieferungen häufig nicht möglich oder zu aufwändig sind. Daher müssen Daten jeweils bei den einzelnen Kassen angefragt werden. - Krankenkassendaten sind grundsätzlich nicht repräsentativ für die Bevölkerung. Die GEK-Versicherten sind gegenüber dem Durchschnitt der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung etwas jünger, etwas häufiger männlich und kommen etwas häufiger aus handwerklichen Berufen. - Neben der eingeschränkten Repräsentativität ist bei einer Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten außerdem grundsätzlich eine gewisse Vorsicht bei der Interpretation geboten, da die Daten primär zu leistungsrechtlichen Zwecken und nicht aus medizinischen oder gesundheitspolitischen Interessen erhoben, gepflegt und bearbeitet werden.
[102] GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007, S. 162
[103] Erst seit 2004 mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes werden den Krankenkassen aus dem ambulanten Bereich nicht nur die **abrechnungstechnischen** Leistungsdaten, sondern auch die **personenbezogenen** Diagnosen und abgerechneten Leistungsziffern übermittelt, so dass erst seit kurzem z.B. Aussagen über die Verteilung von Diagnosen nach Alter und Geschlecht oder die Darstellung von Behandlungsverläufen mit Hilfe der Kassendaten möglich sind.
[104] Grobe, T. et al. (2006), S. 72

re Verfügbarkeit von Psychotherapie als Therapieoption, wie sie die in den Ballungsräumen gegeben ist, hierfür entscheidend ist.[105]

Was die Verordnungsraten im Land Bremen im Einzelnen betrifft, so erhielten in 2006 rund 5% aller erwachsenen GEK-Patienten eine Verordnung für Antidepressiva – unabhängig von der Art der gestellten Diagnose. Knapp 2% aller erwachsenen GEK-Patienten erhielten Antidepressiva ohne Depressionsdiagnose, d.h. aufgrund einer anderen Indikation.
Betrachtet man nur die Depressionspatienten, so haben insgesamt 31% dieser Patienten eine Verordnung erhalten, d.h. bei knapp einem Drittel aller Patienten mit depressiven Störungen wurde die Depression medikamentös behandelt.
Die folgenden Grafiken zeigen die Entwicklung rund um Antidepressiva-Verordnungen im Zeitraum zwischen 2000 und 2006 für das Land Bremen auf. Die Anzahl der Versicherten, die Antidepressiva-Verordnungen erhielten[106], ist um 8% gestiegen, die Menge der Verordnungen ist um 36% gestiegen und die Kosten für die verordneten Medikamente um 20%.

[105] Gesundheitsreport 2008 - Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunktthema: Psychische Störungen. S. 12, S. 152

[106] Die Darstellung der zeitlichen Entwicklung der Verordnungen lässt sich nur mit den Antidepressiva-Verordnungen für alle Versicherten, unabhängig von der Diagnose Depression, realisieren, da die Daten mit den personenbezogenen Diagnosen erst seit 2004 an die Krankenkassen übermittelt und erst seit 2005 zur Verfügung stehen.

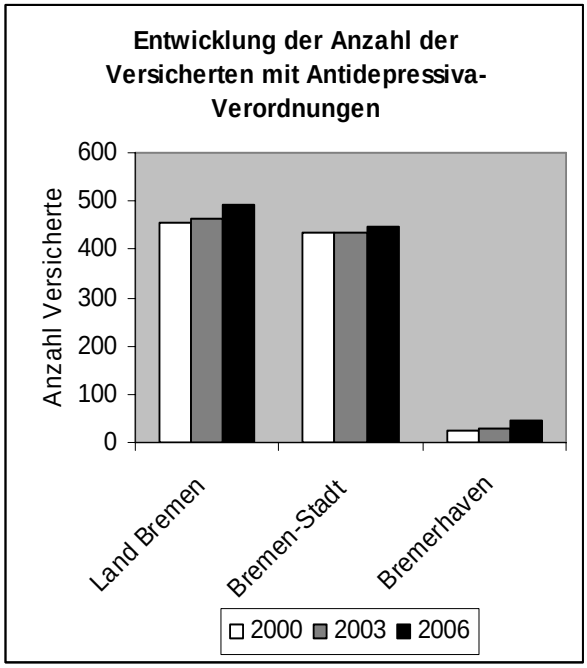


Abbildung 17: Anzahl der GEK-Versicherten mit Antidepressiva-Verordnungen im Land Bremen, in Bremen-Stadt und in Bremerhaven in 2000, 2003 und 2006. – Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung.

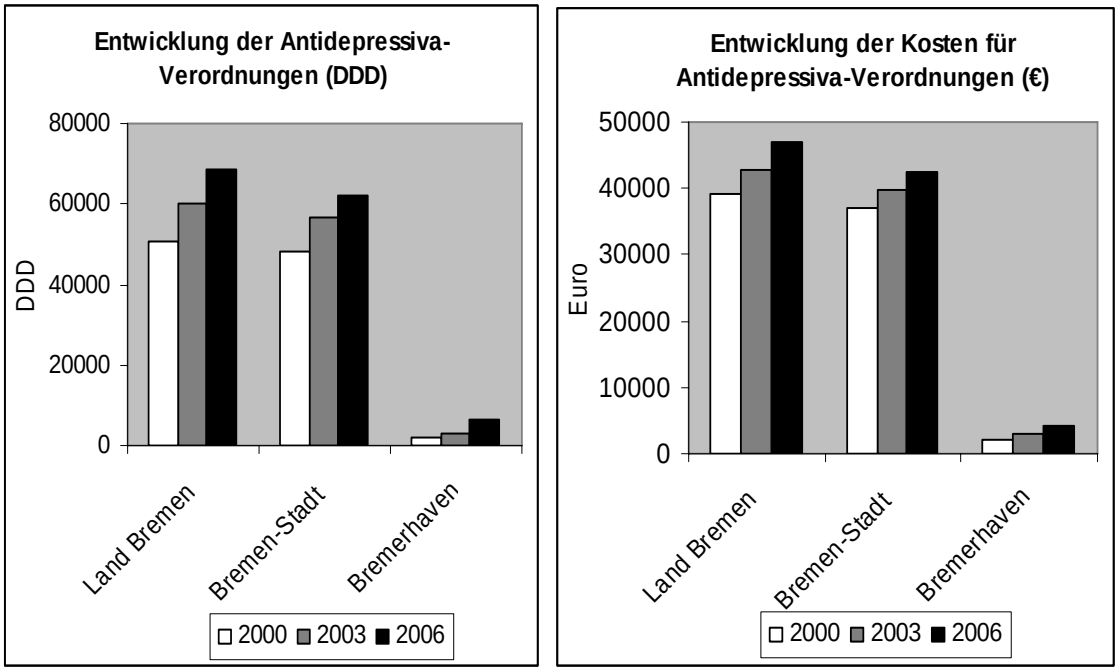


Abbildung 18: Menge der Antidepressiva-Verordnungen (in DDD[107]) und Kosten der verordneten antidepressiven Medikamente (in €) bei GEK-Versicherten im Land Bremen, in Bremen-Stadt und in Bremerhaven in 2000, 2003 und 2006. – Primärdaten: Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung.

[107] DDD: Defined dailiy dose (Definierte Tagesdosis). Für Zwecke der Arzneimittelverbrauchsforschung entwickelte Meßeinheit; sie gibt die angenommene mittlere Tagesdosis bei einem Erwachsenen für einen Wirkstoff und dessen Hauptindikation an.

Der Anstieg ist bei den Verordnungen am ausgeprägtesten und übersteigt deutlich den Anstieg bei den Versicherten. Das bedeutet entweder, dass den Depressionspatienten im genannten Zeitraum zunehmend mehr Mengen an Antidepressiva verordnet wurden und/oder Antidepressiva vermehrt auch bei anderen Erkrankungen verschrieben wurden. Für den vergleichsweise geringeren Anstieg der Kosten könnte die häufigere Verschreibung von Generika-Präparaten in der Folge gesundheitspolitischer Vorgaben eine Rolle gespielt haben.

Betrachtet man den Anteil der Depressionspatienten, die eine medikamentöse Therapie erhielten, an allen Depressionspatienten, so zeigt sich zum einen ein Altersgradient: Mit höherem Alter werden zunehmend mehr Patienten mit Antidepressiva behandelt. Zum anderen wird ein auffälliger Geschlechtsunterschied deutlich: Im Vergleich zu Männern erhalten Frauen unter ca. 60 Jahren seltener eine Verordnung, im Alter jedoch deutlich häufiger, bei den über 77-Jährigen beispielsweise knapp die Hälfte aller Patientinnen.

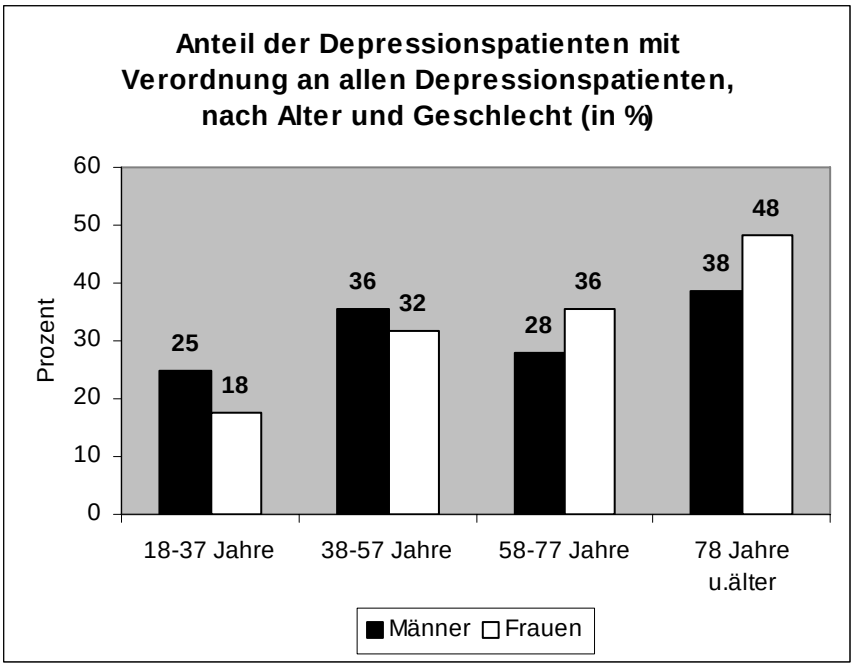


Abbildung 19: Anteil der GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose und Antidepressiva-Verordnungen an allen GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose, nach Alter und Geschlecht, in Prozent. Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung.

Die im Land Bremen insgesamt verordneten Antidepressiva wurden von folgenden fünf Arztgruppen am häufigsten verschrieben:

Tabelle 4: Facharztgruppen, die im Land Bremen in 2006 am häufigsten Antidepressiva verordnet haben. – Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung.

	Nervenärzte	**Allg./prakt. Ärzte**	**Internisten**[108]	**Anästhesisten**[109]	**Ärztliche Psychotherapeuten**	**Alle anderen FÄ**	**Gesamt**
Dosis in DDD	31.749	24.149	7.078	3.002	700	1729	135.086
Anteil an DDD	**46,4%**	**35,3%**	**10,3%**	**4,4%**	**1,0%**	**2,5%**	**100%**
Kosten in € (brutto)	23.029,-	16.282,-	4.805,-	1.392,-	357,-	1.084,-	46.950,-
Anteil an Kosten[110]	**49,1%**	**34,7%**	**10,2%**	**3,0%**	**1,0%**	**2,5%**	**100%**

Erwartungsgemäß stehen Nervenärzte/Psychiater und die - überwiegend hausärztlich tätigen - Allgemeinmediziner an erster Stelle, was die Verschreibung antidepressiver Medikamente betrifft. Dass die Psychotherapeuten demgegenüber vergleichsweise wenig Psychopharmaka verordnen, hängt vor allem mit dem geringen Anteil der ärztlichen Psychotherapeuten zusammen; der Großteil der Psychotherapeuten sind psychologische Psychotherapeuten, die keine Verordnungen vornehmen dürfen.

Psychotherapie

Depressionen sind eine häufige Diagnose in der psychotherapeutischen Praxis. Insgesamt hatte von allen GEK-Versicherten, bei denen in 2006 psychotherapeutische Leistungen abgerechnet wurden, ein Drittel die Diagnose Depression.

Betrachtet man alle Bremer GEK-Patienten mit Depressionen, so erhielten 8,2% von ihnen in 2006 psychotherapeutische Behandlung[111], Männer geringfügig häufiger (8,5%) als Frauen (8,1%).[112]

[108] Die Angaben der Krankenkasse unterscheiden nicht nach haus- oder fachärztlicher Tätigkeit der Internisten, so dass die hausärztlich tätigen Internisten hier in die Rubrik der Internisten fallen, wohingegen sie in der Übersicht, die auf den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen beruht (Tabelle 9, S. 66), in die Rubrik der Hausärzte/Allgemeinmediziner fallen. Es ist zu vermuten, dass vor allem die hausärztlich tätigen Internisten Depressionen behandeln und Psychopharmaka verordnen.

[109] Der zunächst überraschend hohe Anteil an Anästhesisten, die Antidepressiva verschreiben, erklärt sich vermutlich durch den Einsatz dieser Arzneimittelgruppe als Schmerzmittel.

[110] Die Prozentanteile bei den Tagesdosen und bei den Kosten können sich unterscheiden, da die Ärzte unterschiedliche Präparate mit unterschiedlichen Preisen verschreiben.

Nach den Psychotherapie-Richtlinien sind die drei Verfahren ‚Verhaltenstherapie' (VT), ‚tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie' (TP) und ‚Analytische Psychotherapie' (AP) im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Außerdem können Ärzte/Psychotherapeuten psychotherapeutische Gesprächsleistungen (GL) abrechnen. Es interessiert nun, in welchem Verhältnis diese Verfahren bei den Bremer Depressionspatienten angewandt wurden. Da hier gewisse Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenkassen bestehen, die vermutlich mit der Sozialstruktur ihrer Mitglieder zusammenhängen sowie mit den Genehmigungspraxen der jeweiligen Krankenkasse[113], ist die folgende Übersicht differenziert für GEK- und AOK-Mitglieder ausgewiesen. AOK-Versicherten haben demnach deutlich seltener als die GEK-Versicherten Analytische Psychotherapie (AP) und ca. doppelt so häufig Verhaltenstherapie (VT) erhalten.[114]

Tabelle 5: Psychotherapeutische Leistungen, die bei Bremer GEK- und AOK-Versicherten mit Depressionsdiagnose abgerechnet wurden, nach Krankenkasse, Therapierichtung und Geschlecht, in Prozent. – Primärdaten: Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung; AOK Bremen/Bremerhaven.

	Gesamt		Männer		Frauen	
	AOK	GEK	AOK	GEK	AOK	GEK
TP	52%	59%	53%	60%	51%	59%
AP	3%	15%	2%	13%	4%	16%
VT	30%	15%	33%	20%	29%	12%
GL	15%	11%	12%	7%	16%	14%

Männer, insbesondere bei der Ersatzkasse GEK, erhalten zu einem deutlich höheren Anteil als Frauen Verhaltenstherapie, wohingegen Frauen etwas häufiger analytische Psychotherapie und deutlich häufiger Gesprächsleistungen erhalten.
Es lässt sich den Daten nicht entnehmen, inwiefern die Wahl der Therapierichtung durch die Patienten selbst getroffen wurde. Nach den Ergebnissen der Bremer Umfrage unter den niedergelassenen Psychotherapeuten sind die meisten Depressionspatienten bei der Kontaktaufnahme zum Psychotherapeuten

---

[111] Wenn nicht anders angegeben, ist keine Fall-bezogene Verknüpfung gewährleistet. Datengrundlage sind diejenigen Bremer GEK-Versicherten, bei denen in 2006 nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entweder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (EBM-Ziffern 35200, 35201, 35202, 35203), Analytische Psychotherapie (35210, 35211), Verhaltenstherapie (35220-35225) oder Gesprächsleistungen Psychotherapeutische Medizin (22220-22222) bzw. Gesprächsleistungen Psychotherapeutische Leistungen (23220) abgerechnet wurden. Die Vorgabe der Abrechnungsziffern für die Durchführung der Datenanalyse erfolgte durch die Psychotherapeutenkammer Bremen.
[112] Insgesamt erhalten Frauen zwei bis drei Mal so häufig wie Männer die Diagnose Depression, insofern sind zahlenmäßig auch deutlich mehr Frauen als Männer in psychotherapeutischer Behandlung. Es ist jedoch bemerkenswert, dass der Prozentsatz der psychotherapeutisch Behandelten unter den als depressiv diagnostizierten Männern höher ist als unter den Frauen.
[113] Psychotherapien müssen von Patienten bei ihrer Kasse beantragt, von den vom Patienten ausgewählten Psychotherapeuten begründet, von unabhängigen Gutachtern bewertet und schließlich von der Krankenkasse genehmigt werden.
[114] Analytische Psychotherapie gilt als wesentlich umfassenderes, langfristigeres und kostenaufwändigeres Verfahren. Für Depressionsbehandlungen ist empirisch nachgewiesen, dass längerfristigere Behandlungen höhere und nachhaltigere Erfolgsquoten haben als Kurztherapien. Für Psychoanalysen siehe z.B. Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2001), Sandell, R., et al. (2001).

nicht über die unterschiedlichen Therapierichtungen informiert. Die Patienten gelangen i.d.R. über Hinweise aus dem eigenen Bekanntenkreis, über die Empfehlung des Hausarztes, eines Psychiaters oder anderen Facharztes oder die Empfehlung psychosozialer Beratungseinrichtungen in eine psychotherapeutische Praxis.[115] (Siehe die Ergebnisse der Psychotherapeutenumfrage im Anhang unter 6.11, S. 112.)

Vergleich der Depressionspatienten: Patienten ohne Therapie/ mit Pharmakotherapie/ mit Psychotherapie

Etwa 40% aller Depressionspatienten erhalten eine statistisch dokumentierte Therapie: 31% erhalten Pharmakotherapie und 8,2% Psychotherapie. Das bedeutet, dass rund 60% aller Versicherten mit Depressionsdiagnose[116] keine (der zugelassenen[117]) Therapie erhalten. Für Männer und Frauen trifft dies in etwa gleichem Ausmaß zu. (Dies ist eine rein rechnerische Größe. Ob es sich bei allen diesen nicht behandelten Fällen tatsächlich um angemessen diagnostizierte, behandlungsbedürftige Depressionen handelt, ist angesichts der gewissen Unschärfe bei der Depressionsdiagnostik – siehe dazu auch im Anhang unter 6.4, S. 92 – nicht eindeutig zu sagen. Dennoch ist von einer bedeutenden Unterversorgung auszugehen.)

Rund ein Drittel der Depressionspatienten im Land Bremen[118] erhalten Medikamente zur Behandlung der Depressionen[119], Psychotherapie erhalten hingegen nur rund 8%.[120]
In Bremerhaven sind die Raten der nicht behandelten Depressionspatienten höher als in Bremen-Stadt, im Hinblick auf medikamentöse Behandlung in etwa gleich und in Bezug auf Psychotherapie sind sie niedriger. (Siehe Tabelle 13, S. 109.)

Die Größenordnung, in der pharmakotherapeutisch behandelt wird, entspricht im Land Bremen mit etwa 30% dem Bundesdurchschnitt.[121] Für den Bereich

[115] Zur Verbesserung des Zugangs zu Psychotherapie haben die vier Psychotherapeutenkammern Hamburg, Bremen, Niedersachsen und Schlesweig-Holstein in 2006 einen online-Dienst für die Suche nach Psychotherapeuten entwickelt. Er ermöglicht eine länderübergreifende, detaillierte Suche. So kann z.B. abgefragt werden, wer ein bestimmtes Therapieverfahren in welchem Setting anwendet; oder es kann gezielt nach Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche gesucht werden. Ebenso sind die Spezialisierungen der einzelnen Psychotherapeuten erfasst. Siehe unter www.psych-info.de. Hierbei handelt es sich allerdings um Selbstangaben; evidenzbasierte Hinweise durch eine neutrale Instanz, bei welcher Problematik welche Verfahren empfehlenswert sind, sind nicht verfügbar.
[116] Dies gilt gleichermaßen für AOK- und GEK-Versicherte.
[117] Es ist möglich, dass diese Patienten alternative Heilmittel und –verfahren in Anspruch nehmen; dies ist statistisch nicht erfasst.
[118] Dies gilt gleichermaßen für AOK- und GEK-Versicherte.
[119] Patienten mit Psychotherapie eingeschlossen.
[120] Hier besteht eine Fall-bezogene Verknüpfung, d.h. es ist gewährleistet, dass die Verordnung der Psychotherapie auf die Diagnose Depression bezogen war. - Diese Angabe gilt für die GEK-Versicherten. Patienten mit Antidepressiva-Verordnungen sind hier eingeschlossen. Von den AOK-Versicherten mit Depressionsdiagnose erhalten 5% der Patienten Psychotherapie, Patienten mit Antidepressiva-Verordnungen sind hier ausgeschlossen.
[121] Grobe, T. (2006), S. 93

Psychotherapie ist ein Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt nicht möglich, da die Daten nach unterschiedlichen Kriterien und Verfahren erhoben wurden.[122]
Die gegenüber der Pharmakotherapie- niedrige Psychotherapie-Rate erscheint auf den ersten Blick insofern auffällig, als die Leitlinien zur Behandlung von Depressionen Psychotherapie empfehlen, teilweise auch als einzige Behandlungsform. Sie überrascht aber auch angesichts der überdurchschnittlich hohen Versorgungsrate mit Psychotherapeuten im Land Bremen. Zieht man jedoch die Ergebnisse der Umfrage unter den niedergelassenen Psychotherapeuten im Land Bremen heran, so wird deutlich, dass die Rate offenbar bei weitem nicht dem Bedarf entspricht, denn Patienten – Depressionspatienten in gleichem Maß wie Patienten mit anderen Diagnosen - müssen häufig längere Zeit auf einen Therapieplatz warten.
Die Tabellen im Anhang (6.9, S. 107) geben eine Übersicht, in welchem Ausmaß Versicherte mit Depressionen - je nach Alter, Geschlecht und Wohnort - entweder gar nicht oder nur mit Antidepressiva bzw. nur psychotherapeutisch oder in Kombinationstherapie behandelt werden.

Zur Behandlung von Depressionen lässt sich zusammengefasst schlussfolgern: Im Hinblick auf die Diagnoseraten sind Frauen zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer. In Relation dazu erhalten Männer häufiger eine medikamentöse, Frauen häufiger eine psychotherapeutische Behandlung. Doch insgesamt ist der Anteil der Patienten, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde und die keine (GKV-finanzierte) Behandlung erhalten, mit rund 60% als sehr hoch zu bewerten – vorausgesetzt, es liegt in allen diagnostizierten Fällen eine ‚echte', behandlungsbedürftige Depression vor. Diejenigen, die eine Therapie erhalten, werden zu einem wesentlich höheren Anteil medikamentös als psychotherapeutisch behandelt, nämlich etwa vier mal so häufig. Trotz vergleichsweise hoher Psychotherapeutendichte im Land Bremen muss der Anteil der Patienten mit Depressionen, die psychotherapeutisch behandelt werden, als gering bewertet werden – gering gegenüber dem Anteil derjenigen, die medikamentös behandelt werden und gering im Hinblick auf die Nachfrage der betroffenen Patienten.
Die Priorisierung der Pharmakotherapie, wie sie hier auch für das Land Bremen festgestellt werden konnte, ist außerdem nicht konform mit den haus- und fachärztlichen Leitlinien zur Depressionsbehandlung, die bei leichten und mittelgradigen Depressionen psychotherapeutische Behandlung empfehlen.

[122] Die bundesweiten Untersuchungen zu Psychotherapie unter den Versicherten der GEK stellen einen Prozentsatz von 6,4 der Versicherten mit Diagnose Depression (ICD 32, 33) fest, die in 2006 Psychotherapie erhielten. Kriterium sind hier nicht die faktisch mit der Krankenkasse abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen, sondern die vorliegenden Genehmigungen zur Psychotherapie. Die für die Bremer GEK-Patienten berechneten Raten sind möglicherweise deshalb höher, weil hier neben den genehmigungspflichtigen Richtlinientherapien TP, AP und VT auch die nicht genehmigungspflichtigen Gesprächsleistungen einbezogen wurden.

3.2.2.4 Exkurs: Zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Depressionspatienten – Ergebnisse einer qualitativen Befragung unter niedergelassenen Psychotherapeuten im Land Bremen.

Geht man von aktuellen Untersuchungen für Deutschland aus und überträgt die Behandlungsraten auf Bremen[123], so wurden im Land Bremen in 2006 insgesamt rund 3160 Depressionspatienten – das sind 9% der als depressiv Diagnostizierten - psychotherapeutisch behandelt, davon ca. ein Viertel Männer und drei Viertel Frauen. Betrachtet man einen längeren Zeitraum (2000-2006), so haben insgesamt 8251 Depressionspatienten (16,8% der Diagnostizierten) Psychotherapie erhalten – ebenfalls im Verhältnis ein zu drei (Männer/Frauen). Dieser Gruppe steht eine Anzahl von rund 350 Psychotherapeuten[124] im Land Bremen gegenüber. (Zur Anzahl der Psychotherapeuten im Einzelnen siehe unter ‚Versorgungsstrukturen', Kapitel 4.2.2.)

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auf regionaler Ebene liegen quasi keine Untersuchungen zu qualitativen Aspekten vor – also beispielsweise Fragen zum Zugang zu Psychotherapie, zu Wartezeiten o.ä..
Im Rahmen der Erstellung dieses Gesundheitsberichts wurde daher seitens der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Bremen eine Befragung der im Land Bremen niedergelassenen Psychotherapeuten im Hinblick auf Psychotherapie bei Depressionspatienten in Auftrag gegeben.[125]

- *Wie wurde die Befragung methodisch durchgeführt? Lesen Sie weiter auf S. 110 (6.10).*

Im Rahmen ausführlicher Interviews wurden ärztliche und psychologische Psychotherapeuten der verschiedenen Psychotherapierichtungen z.B. nach ihrer Einschätzung befragt, ob die Depressionsproblematik zunimmt und ob die Patientengruppen und Problembereiche sich verändern. Außerdem wurden sie zu den Zugangswegen zu Psychotherapie, Wartezeiten und den Kriterien zur Platzvergabe befragt. Ein weiterer zentraler Aspekt der Befragung zielte auf die Kooperation der niedergelassenen Psychotherapeuten mit den Hausärzten, mit Selbsthilfegruppen sowie mit den Kliniken - also die Vorbereitung und Nachsorge bei stationären Einweisungen und die Zusammenarbeit bei akuten Krisensituationen.

Die Umfrage erbrachte u.a. folgende Ergebnisse:

Aus Sicht der Psychotherapeuten
- haben sich die Lebensumstände vieler Klienten verschlechtert, so dass es häufiger zu Depressionen kommt;

[123] GEK-Report 2007, S. 160. Als psychotherapeutisch behandelt gelten Versicherte mit Genehmigung einer Psychotherapie in 2006, bzw. mindestens einmalig im Zeitraum 2000-2006.
[124] Für diese liegt leider keine geschlechtsdifferenzierte Übersicht vor.
[125] Sie wurde Ende 2007/Anfang 2008 vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen unter Leitung von Frau Prof. Dr. Kolip durchgeführt.

- ist die Sensibilität und Akzeptanz für psychische Erkrankungen auf Seiten von Ärzten und Patienten insgesamt in den letzten Jahren gewachsen;
- werden Menschen aus unteren sozialen Schichten, die Depressionssymptome aufweisen, in den Hausarztpraxen z.T. nicht als behandlungsbedürftig erkannt;
- ist eine psychotherapeutische Unterversorgung bei bestimmten Bevölkerungsgruppen wie Arbeitslosen, Alleinerziehenden, Armen, Alten, allein lebenden Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund zu vermuten;
- ist eine Unterversorgung mit psychotherapeutischen Praxen in zentrumsfernen Stadtgebieten Bremens festzustellen; in Bremerhaven ist die Akutversorgung ungenügend;
- sind die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz teilweise unzumutbar lang;
- wird Beratung und Weitervermittlung von den Psychotherapeuten teilweise nicht übernommen, da diese Zeit-intensiven Leistungen nicht abrechnungsfähig sind;
- ist die Versorgung insbesondere schwer depressiv Erkrankter durch die starren Gutachterverfahren erschwert;
- sollte die psychotherapeutische Ebene mit der Ebene der Lebensbewältigung und –strukturierung zusammengeführt werden;
- sollte die Vernetzung der Psychotherapeuten mit Kliniken und Ärzten, sowie die Kooperation zwischen den Therapierichtungen ausgebaut werden.

- *Zu den Ergebnisse der Psychotherapeutenumfrage im Einzelnen lesen Sie weiter auf S. 112* (6.11).[126]

3.2.2.5 Ambulante sozialpsychiatrische Leistungen: Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie

Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und Soziotherapie sind Leistungsangebote, die schwer psychisch erkrankte Patienten in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld sowie bei der Aufrecherhaltung der ambulanten Therapie unterstützen, um eine stationäre Einweisung zu vermeiden bzw. einen vorhergehenden Krankenhausaufenthalt zu verkürzen. Sowohl APP als auch Soziotherapie werden vorrangig von Patienten mit schizoiden Erkrankungen und von Patienten mit affektiven Störungen genutzt, die häufig chronisch, schwer und mehrfach erkrankt sind und längerfristigen Betreuungsbedarf haben.

In Bremen-Stadt sind drei Träger bekannt, die diese ambulanten sozialpsychiatrischen Leistungen erbringen. Insgesamt haben diese in 2006 rund 440 Patienten mit depressiven Störungen versorgt.

[126] Im Anhang ist die Kurzform des Ergebnisberichts abgedruckt. Die Langfassung ist auf der homepage der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als Download verfügbar. http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.1731.de

Von der **Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste e.V. (Gapsy)** wurden in 2006 insgesamt 888 Patienten versorgt; pro Monat bis zu 300 Patienten. 46% der Patienten wiesen eine psychiatrische Diagnose auf, 45% wiesen zwei bis drei und 8% wiesen vier und mehr Diagnosen auf.
Knapp die Hälfte der Patienten leidet unter affektiven Störungen. Hierbei stehen mit 83% die schwereren Depressionen (F 32, F33) im Vordergrund. Das heißt, in 2006 wurden etwa 380 Depressionspatienten von der GAPSY im Rahmen von APP oder Soziotherapie ambulant versorgt. Der Frauenanteil liegt bei den depressiv Erkrankten[127] bei 66%, der Anteil der Jüngeren (unter 40 Jahre) bei 37%, der der 40-59-Jährigen bei 43% und der der Älteren (60 Jahre und älter) bei 19% .

Der Hauspflegedienst **Ameos Pro Care GmbH**, eine Einrichtung der Ameos Kliniken, u.a. Träger der Psychiatrischen Klinik Dr. Heines im Bremer Osten, hat in 2006 insgesamt 35 Patienten mit depressiven Störungen – das waren 71% aller betreuten Patienten – ambulant im Rahmen von APP oder Soziotherapie versorgt. In 2007 waren es bereits 85, das waren 67% aller von Pro Care versorgten Patienten. Der Frauenanteil mit 72% und der Anteil der Jüngeren (unter 40-Jährige) mit 56% ist hier ausgesprochen hoch (Durchschnitt der Jahre 2006 und 2007).

Die **ASB Gesellschaft Sozialpsychiatrische Hilfen,** eine Einrichtung des Arbeiter-Samariter-Bundes, versorgt psychisch Kranke im Bremer Osten; der Hauptteil der ASB-Klienten wird im Betreuten Wohnen, ca. ein Drittel in Form von Einzelfallmaßnahmen zu Hause versorgt (APP und Soziotherapie). Von den APP-/Soziotherapie-Patienten leidet etwa ein Drittel unter depressiven Störungen (F32, F33). 60% von ihnen sind Frauen, 40% Männer. Patienten im mittleren Alter (40-59 Jahre) machen den Hauptteil der Patienten aus, Jüngere (unter 40 Jahre) und Ältere (60 Jahre und älter) machen jeweils etwa ein Viertel der Patienten aus.

In **Bremerhaven** gibt es einen Pflegedienst, der Soziotherapie anbietet, nämlich die **ADP – Ambulante Dienste Perspektive**; seit Anfang 2008 hat er begonnen, auch APP in sein Leistungsspektrum aufzunehmen. Daten liegen derzeit noch nicht vor.

[127] Hier: ICD F31-F34

3.3 Folgeprobleme depressiver Erkrankungen

3.3.1 Arbeitsunfähigkeit

Depressionen gelten als Erkrankung mit tendenziell langen Ausfallzeiten: Während beispielsweise die bundesweite durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer unter Erwerbstätigen diagnoseunspezifisch bei 13,7 Tagen im Jahr liegt, beträgt sie bei Depressionen 48 Tage.[128]
Nach Daten der Gmündner Ersatzkasse werden im Land Bremen 11% aller an einer Depression[129] leidenden Männer und 6% der Frauen so schwer krank, dass der Arzt ihnen Arbeitsunfähigkeit zuerkennt (hier und im Folgenden bezogen auf die GEK-Versicherten im erwerbsfähigen Alter mit Wohnsitz im Land Bremen, in 2006).
Was die Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrifft, so war ein Bremer Patient mit einer Depressionsdiagnose in den Jahren 2000-2006 durchschnittlich 43 Tage im Jahr depressionsbedingt arbeitsunfähig.[130] Männer mit Depressionen verzeichnen mit durchschnittlich 52 Tagen im Jahr eine deutlich längere AU-Dauer als Frauen mit 33 Tagen.
Im Jahr 2006 betrug die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit 26 Tage; bei Männern 31, bei Frauen 22 Tage. Überwiegend handelte es sich um eine einzige Arbeitsunfähigkeitsepisode im Jahr.

Es fällt auf, dass Männer mit diagnostizierten Depressionen im Land Bremen insgesamt häufiger arbeitsunfähig werden und auch eine längere Krankheitsdauer aufweisen als Frauen, obwohl die Diagnose Depression wesentlich häufiger bei Frauen vergeben wird.[131] Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass Männer seltener als Frauen sich ihrer psychischen Probleme bewusst sind, sie seltener im Arztgespräch thematisieren und Depressionen bei Männern daher erst in einem fortgeschritteneren und gravierenderen Krankheitsstadium erkannt und behandelt werden; die Schwere der Erkrankung führt dann bei Männern zu häufigerer und länger dauernder Arbeitsunfähigkeit gegenüber Frauen, die sich früher in Behandlung begeben und im Alltag möglicherweise besser mit der Erkrankung zurecht kommen. (Siehe dazu auch im Anhang unter 6.6 zur geschlechtsspezifischen Differenz.)

---

[128] Berechnet für die Versicherten der Gmündner Ersatzkasse in Deutschland. In: Grobe, T. (2006), S. 45f.. Diese Berechnungen beruhen auf der Analyse ärztlicher Diagnosen (F32, F33). Die Zahlen in Abbildung 3 hingegen beruhen auf Selbstangaben im Rahmen von Befragungen für den Bundesgesundheitssurvey, so dass hier Unterschiede auftreten können.
[129] Hier und im Folgenden sind Depressionen als Hauptdiagnose ein- und Depressionen als Nebendiagnosen ausgeschlossen.
[130] Die Bundes- und die Landesdaten zur Arbeitsunfähigkeit sind an dieser Stelle nicht vergleichbar, da sich die Deutschland-bezogenen Berechnungen (Grobe 2006) nur auf Erwerbstätige beziehen, bei den Bremer Daten hingegen auf alle Versicherte im erwerbsfähigen Alter.
[131] Dieses zunächst unerwartete Geschlechterverhältnis ist bei den Bremer GEK-Versicherten mit depressionsbedingter Arbeitsunfähigkeit für jedes Jahr (2000-2006) zu beobachten. Daten aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland 2006 des Robert Koch Instituts bestätigen dieses Phänomen in der Tendenz; für die Versicherten der Techniker Krankenkassen hingegen wird das Geschlechterverhältnis umgekehrt beschrieben: Männer weisen hier niedrigere AU-Fallzahlen und –Tage auf als Frauen. (Gesundheitsbericht 2008 der Techniker Krankenkassen, S. 76 u. 78).

Betrachtet man wie in der nachstehenden Grafik die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro Depressionspatient in ihrer zeitlichen Entwicklung, so ist – abgesehen von einem kurzfristigen abrupten Abfall in 2001[132] - ab 2003 ein schrittweiser Rückgang zu beobachten.

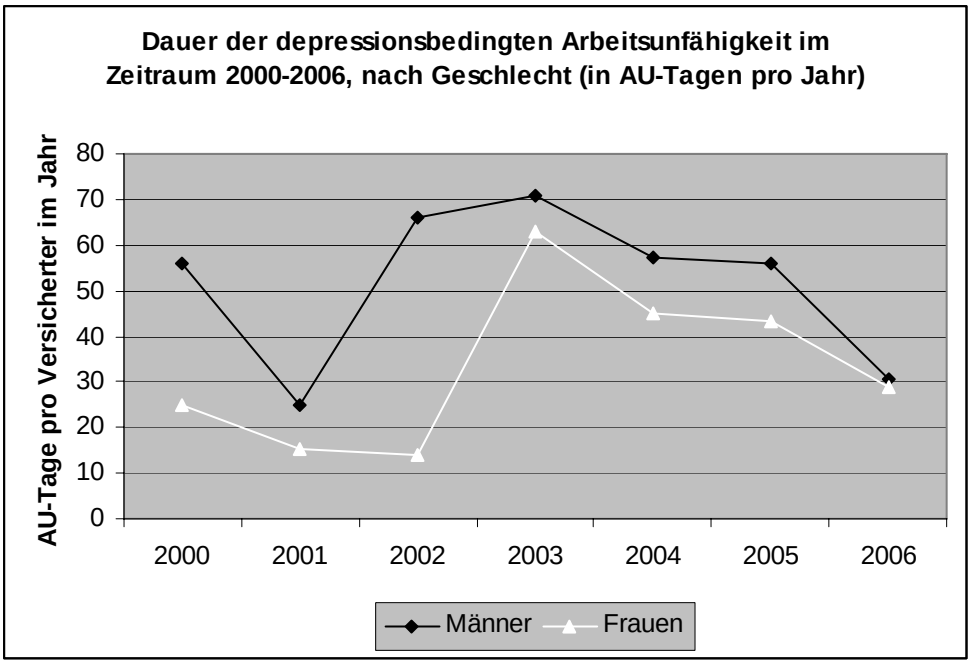


Abbildung 20: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro erwerbstätigem Bremer GEK-Versicherten mit Diagnose Depression (ICD F32, F33), im Zeitraum zwischen 2000 und 2006, nach Geschlecht (in AU-Tagen pro Versicherter und Jahr). – Primärdaten: Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung.

Es deuten sich tendenziell zwei gegenläufige Entwicklungen an[133]: Während die depressionsbedingten AU-Fälle seit 2004 zugenommen haben, also mehr Versicherte an einer Depression erkrankten, hat die Dauer der Arbeitsunfähigkeit abgenommen. Denkbar ist,

- dass der beobachtete Zuwachs depressionsbedingter Erkrankungen vor allem ‚leichtere' Depressionen mit kürzeren Ausfallzeiten betroffen hat;

[132] Die starken Ausschläge, die in 2001 bei Männern nach unten hin und in 2002 für Männer und 2003 für Frauen nach oben hin zu beobachten sind, sind artifiziell. Sie gehen auf das Phänomen zurück, dass bei Arbeitsunfähigkeit über einen Jahreswechsel hinweg alle ausgefallenen Leistungstage dem Jahr, in dem die AU begann, zufallen. Werden mehrere Versicherte z.B. Ende Dezember 2003 arbeitsunfähig krank und bleiben es über Wochen oder Monate bis ins Jahr 2004 hinein, so fällt die AU-Zeit statistisch komplett ins Jahr 2003. Ist die Anzahl der einbezogenen Versicherten verhältnismäßig klein und die Dauer der AU relativ lang, was bei Depressionen häufig der Fall ist, so können sich zufällige Häufungen um den Jahreswechsel verfälschend auswirken. Dies Phänomen trifft für die Jahre 2002-2003 zu.

[133] Diese Beobachtung kann nur mit Vorsicht interpretiert werden – zum einen angesichts des kurzen Beobachtungszeitraums und der geringen Fallzahlen (die Anzahl der Bremer GEK-Versicherten, die mit Diagnose Depression arbeitsunfähig wurden, schwankt im Beobachtungszeitraum zwischen n=37 und n=77), zum anderen z.B. wegen des Umstands, dass ab 2006 mit den gesetzlichen Bestimmungen zum Arbeitslosengeld II die ALG II-Empfänger, die überproportional häufiger von schwereren Depressionen betroffen sind, nicht mehr in der entsprechenden Krankenkassenstatistik geführt werden, was zum Rückgang der durchschnittlichen AU-Tage beigetragen haben kann.

- dass die Versorgung sich verbessert hat und Patienten daher früher wieder arbeitsfähig sind und/oder
- dass die betroffenen Patienten in den letzten Jahren einen höheren Druck verspüren, schneller wieder ins Arbeitsleben zurückzukehren.[134]

Fragen nach derartigen Zusammenhänge sind aus den Daten nicht zu beantworten.

3.3.2 Frühberentungen

Bei einem kleinen Teil der Patienten mit schweren Depressionen führt die Erkrankung dauerhaft zur verminderten oder vollständigen Erwerbsunfähigkeit, so dass bereits vor dem gesetzlichen Rentenzugangsalter (z.Zt 65 Jahre) Erwerbsminderungsrente bezogen wird. Hiervon sind im Jahresdurchschnitt (2002-2006) 105 Bremer Patienten betroffen, und zwar mehr als doppelt so viele Frauen (n=72) wie Männer (n=33).
Erwartungsgemäß sind es eher die Älteren als die Jüngeren, die eine Erwerbsminderungsrente aufgrund einer depressiven Erkrankung beziehen – besonders häufig sind Frauen in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters (45-54 Jahre) betroffen. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht für das Land Bremen nach Alter und Geschlecht für die Jahre 2002-2006.

Tabelle 6: Anzahl der Rentenzugänge nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund depressiver Erkrankung (F32, F33), kumuliert für die Jahre 2002-2006, Land Bremen – nach Alter und Geschlecht. Primärquelle: Deutsche Rentenversicherung, 2007.

	Männer	Frauen	Gesamt Männer u. Frauen
18-44 Jahre	44	71	115
45-54 Jahre	61	173	234
55-64 Jahre	58	116	174
Alle Altersgruppen 18-64 J.	163	360	523

Aufgrund der kleinen Fallzahlen lässt sich für das Land Bremen keine Trendaussage treffen[135]; es ist jedoch anzunehmen, dass auch hier – analog der bundesweiten Entwicklung (Abbildung 5, S. 15) – die Zahl an depressionsbedingten Frühberentungen steigen.

[134] Siehe dazu Zok, K. (2007)
[135] Wegen der Revision der Klassifikationssysteme im Jahr 1999 ist es nicht möglich, einen größeren Zeitraum zu betrachten. (Siehe dazu im Anhang 6.3)

3.3.3 Suizide

Schwere Depressionen sind häufig von Suizidgedanken und auch –versuchen begleitet. Die hohe Suizidrate bei Depressionen - einer von sieben schwer depressiven Patientinnen und Patienten verstirbt durch Suizid[136] - ist einer von mehreren Gründen für die gesundheitspolitische Bedeutung von Depressionen.

Es wird geschätzt, dass bei 90% aller Suizide eine psychische Erkrankung – vorwiegend Depressionen, aber auch Schizophrenie und Alkoholabusus – zugrunde liegt.

Bei den vollzogenen Suiziden sind Männer deutlich in der Mehrzahl. Bei den versuchten Suiziden deuten die verfügbaren Zahlen[137] auf eine höhere Rate bei Frauen. Die Häufigkeit der Suizidversuche ist in den jüngeren Altersgruppen am höchsten, sie scheint auch in den letzten Jahren wieder anzusteigen. Am meisten gefährdet sind die 15-25-jährigen Frauen.[138]
Im Hinblick auf vollzogene Suizide stellen die hochaltrigen Menschen, hier insbesondere Männer, die größte Risikogruppe dar, wobei hier außerdem wegen so genannter versteckter Suizide – Nahrungsreduzierung, Verzicht auf Medikamenteneinnahme, Unfälle - mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist.

Im Land Bremen haben sich im Jahr 2006 insgesamt 69 Menschen das Leben genommen, davon 47 Männer und 22 Frauen. Bezogen auf die Bevölkerung entspricht dies 9,4 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner. Wegen der relativ niedrigen Fallzahlen ist es sinnvoll, die Zahlen über einen längeren Zeitraum zu betrachten. Die folgende Grafik zeigt die Sterberaten (Sterbefälle pro 100.000 Einwohner) nach Alter und Geschlecht im Zeitraum zwischen 1998 und 2004:

---

[136] Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (2006), S. 30
[137] Hierzu gibt es keine Statistik. Für die Stadt Würzburg wurden Daten zu Suizidversuchen im Rahmen einer WHO-Studie erhoben. Siehe WHO/Europe: Multicentre Study on Suicidal Behaviour, Catchment Area Würzburg
[138] Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. (Hrsg.) (2002): Suicidal Behaviour in Europe: Results form the WHO/Europe Multicentre Study on Suicidal Behaviour, vgl. Abb. 4. http://suizidpraevention-deutschland.de/Einleitung.html

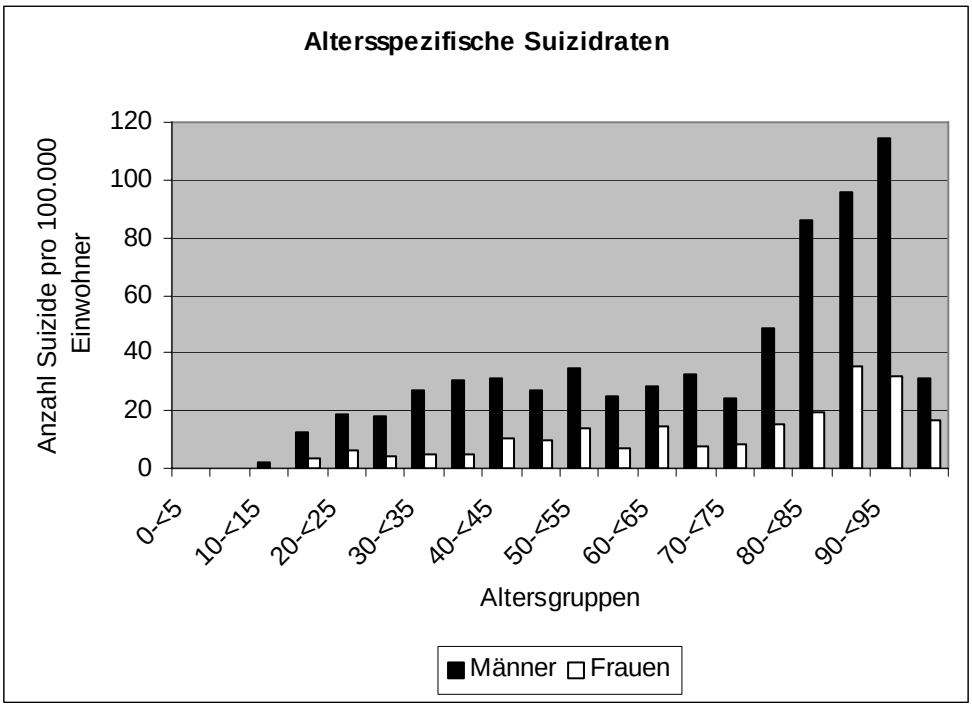


Abbildung 21: Sterblichkeit durch Suizid im Land Bremen, Rate pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Mittelwert 1998-2004. Primärquelle: Statistisches Landesamt Bremen

Die durchschnittliche Sterberate zwischen 1998 und 2006 liegt in Bremen bei 13,04 und damit über dem Bundesdurchschnitt (12,05). Im Bundesländervergleich weist Bremen nach Sachsen die höchsten Suizidraten auf.

Insgesamt ist die Zahl der Suizide rückläufig – seit 1998 bis 2006 ist die Sterberate in Bremen von 15,4 auf 9,4 also um knapp 40% gesunken.

Zusammengefasst lässt sich sagen: Depressionen sind Erkrankungen, die mit vergleichsweise schweren Folgeproblemen einhergehen. In Relation zu anderen Erkrankungen sind sie häufig mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit bis hin zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit verbunden; die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit kann so ausgeprägt und dauerhaft sein, dass sie zur Frühberentung führt. Auch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist bei depressiven Erkrankungen vergleichsweise lang. Obwohl die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten und auch die gesundheitlich bedingten Frühberentungen über alle Erkrankungen hinweg in den letzten Jahren zurückgegangen sind, ist bei den psychischen Erkrankungen, insbesondere den affektiven Störungen, ein deutlicher Anstieg der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Frühberentungen zu konstatieren.
Bei den Suizidraten ist zwar insgesamt in den letzten Jahren ein Rückgang festzustellen; doch ist das Risiko, vorzeitig an Suizid zu versterben, für Menschen, die an schweren, lang anhaltenden und/oder rezidivierenden Depressionen leiden, nach wie vor besonders hoch.

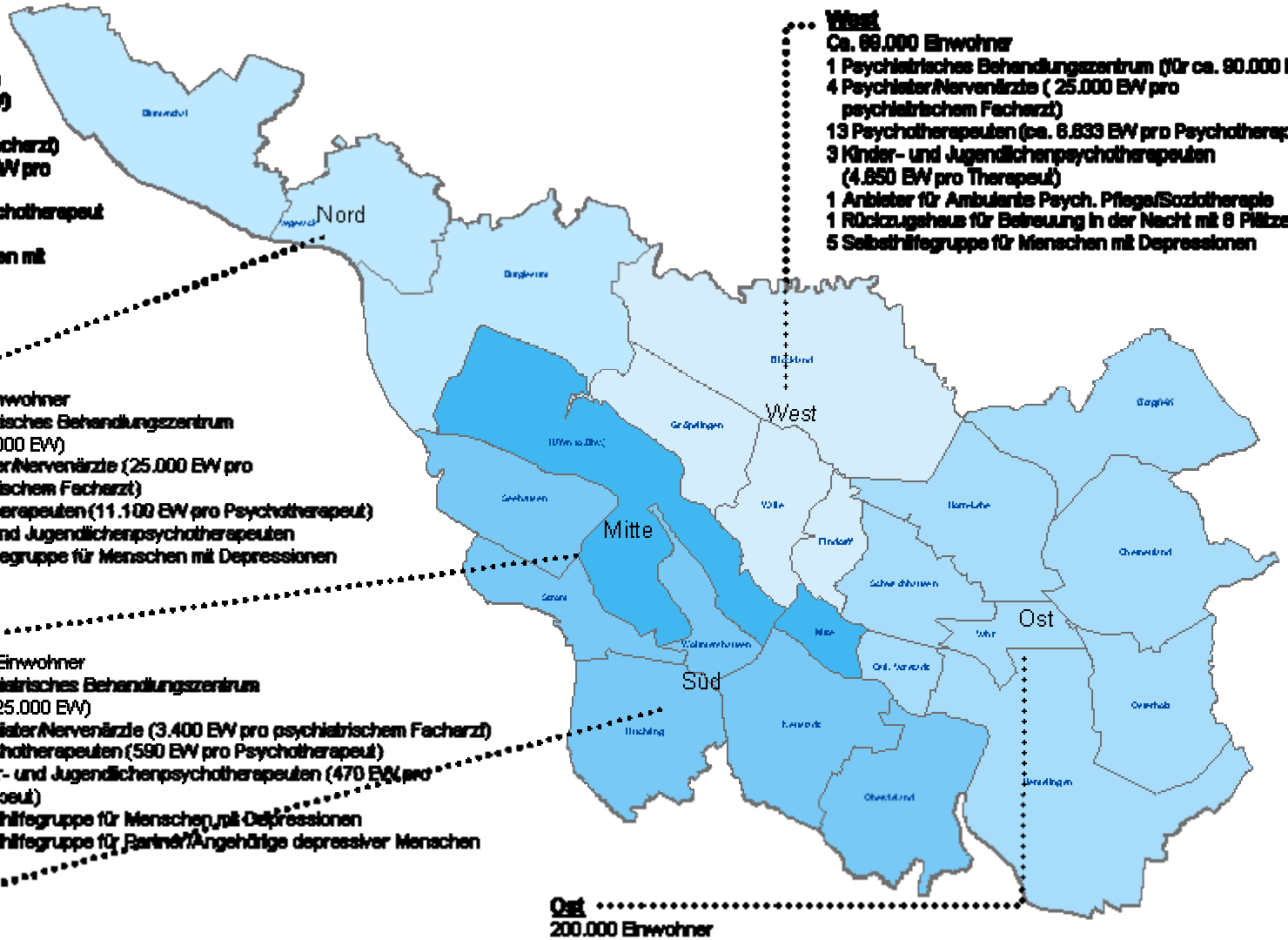
4 Versorgungsstrukturen in Bremen und Bremerhaven

Die folgenden Ausführungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf Angebote im Bereich Gesundheit, d.h. Leistungen, die auf Grundlage des Sozialgesetzbuches V bereitgestellt werden. Im Bereich Wohnen/Betreuung, Arbeit/ Beschäftigung oder Wiedereingliederung ins soziale Leben gibt es im Land Bremen – auf Basis unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen, Zuständigkeiten und Kostenträger[139] - zahlreiche Angebote für psychisch kranke Menschen. Siehe hierzu im Einzelnen die kommunalen Psychiatriepläne Bremen und Bremerhaven und die Jahresberichte der Steuerungsstelle Psychiatrie und Drogenhilfe im Gesundheitsamt Bremen.[140]

Zur grafischen Übersicht über die psychiatrischen und psychotherapeutischen[141] Versorgungsangebote in Bremen-Stadt und Bremerhaven siehe die Karten auf den folgenden Seiten. Zur zahlenmäßigen Verteilung der Nervenärzte, Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf die Bremer Stadtteile siehe im Anhang unter 6.13 – ‚Psycho'-Atlas.

[139] Teilweise werden diese Leistungen dem so genannten komplementären Bereich zugeordnet, der die steuerfinanzierten – im Gegensatz zu sozialversicherungsrechtlich abgesicherten - Leistungen umfasst.
[140] http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.1746.de
[141] In der kartografischen Übersicht sind sowohl psychologische als auch ärztliche Psychotherapeuten enthalten.

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsstrukturen im Land Bremen



Bremerhaven
116.000 Einwohner
1 psychiatr. Abteilung an einem Krankenhaus (für 116.000 EW)
11 Psychiater/Nervenärzte (11.600 EW pro psychiatr. Facharzt)
21 Psychotherapeuten (5.500 EW pro Psychotherapeut)
1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (20.000 EW pro Therapeut)
1 Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen

Nord
100.000 Einwohner
1 Psychiatrisches Behandlungszentrum (für 100.000 EW)
4 Psychiater/Nervenärzte (25.000 EW pro psychiatrischem Facharzt)
9 Psychotherapeuten (11.100 EW pro Psychotherapeut)
0 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
1 Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen

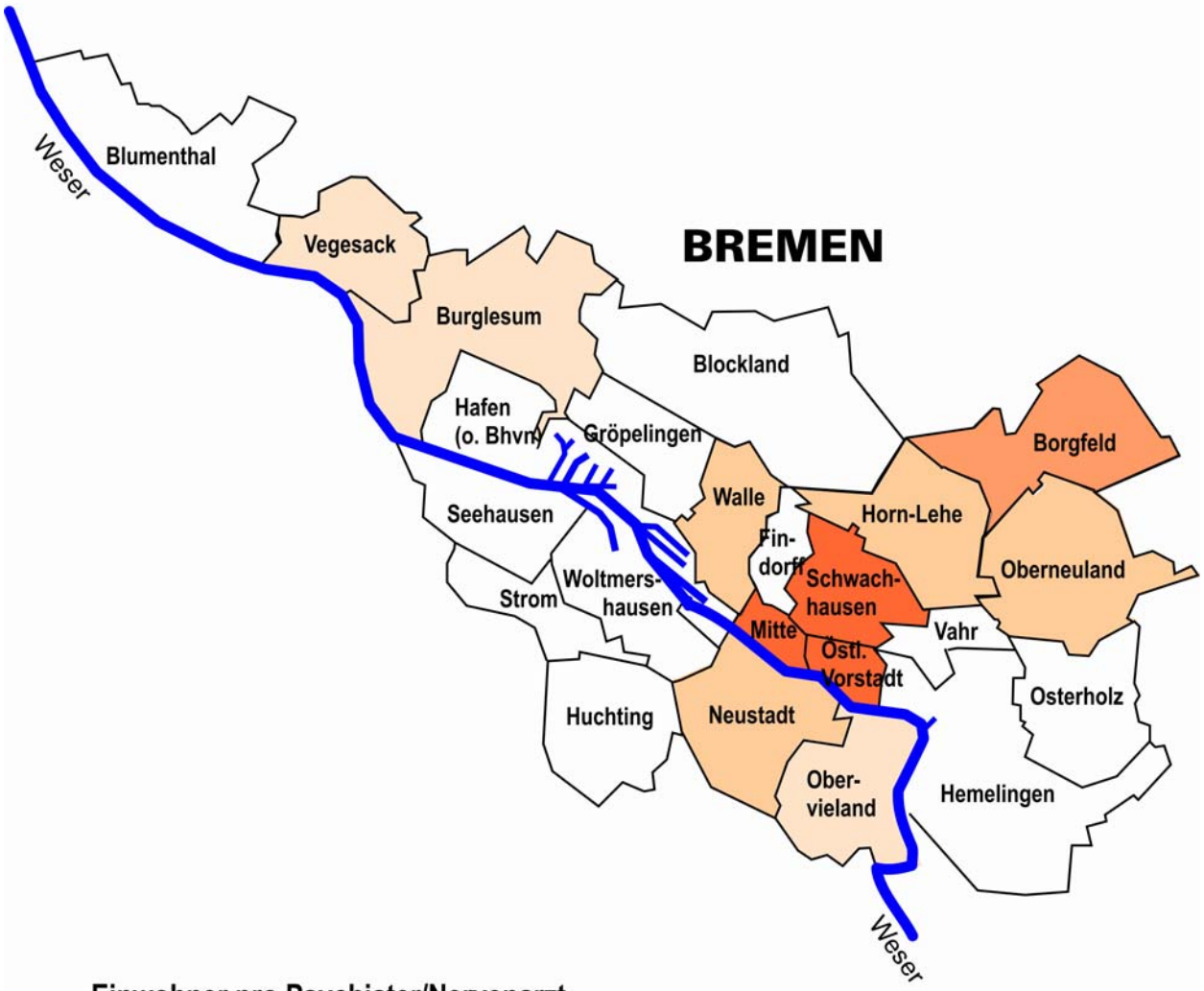
Mitte
17.000 Einwohner
1 Psychiatrisches Behandlungszentrum (für 125.000 EW)
5 Psychiater/Nervenärzte (3.400 EW pro psychiatrischem Facharzt)
29 Psychotherapeuten (590 EW pro Psychotherapeut)
3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (470 EW pro Therapeut)
7 Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen
1 Selbsthilfegruppe für Partner/Angehörige depressiver Menschen

Süd
122.000 Einwohner
1 Psychiatrisches Behandlungszentrum (für ca. 122.000 EW)
1 Spezialstation für Depressionspatienten mit 16 Behandlungsplätzen am KBO
6 Psychiater/Nervenärzte (20.000 EW pro psychiatrischem Facharzt)
20 Psychotherapeuten (6.200 EW pro Psychotherapeut)
3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (6.390 EW pro Therapeut)
2 Selbsthilfegruppen für Menschen mit Depressionen

West
Ca. 99.000 Einwohner
1 Psychiatrisches Behandlungszentrum (für ca. 90.000 EW)
4 Psychiater/Nervenärzte (25.000 EW pro psychiatrischem Facharzt)
13 Psychotherapeuten (ca. 6.833 EW pro Psychotherapeut)
3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (4.850 EW pro Therapeut)
1 Anbieter für Ambulante Psych. Pflege/Soziotherapie
1 Rückzugshaus für Betreuung in der Nacht mit 8 Plätzen
5 Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen

Ost
200.000 Einwohner
1 Psychiatrisches Behandlungszentrum (für 110.000 EW)
1 Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik (18 stationäre Behandlungsplätze)
2 Spezialstationen für Depressionspatienten mit je 31 Behandlungsplätzen an der Ameos Klinik Dr. Heines
19 Psychiater/Nervenärzte (10.000 EW pro psychiatrischem Facharzt)
111 Psychotherapeuten (1.970 EW pro Psychotherapeut)
21 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (1.400 EW pro Therapeut)
2 Anbieter für Ambulante Psychiatrische Pflege/Soziotherapie
21 Selbsthilfegruppen für Menschen mit Depressionen

Verteilung der Psychiater/Nervenärzte im Bremer Stadtgebiet



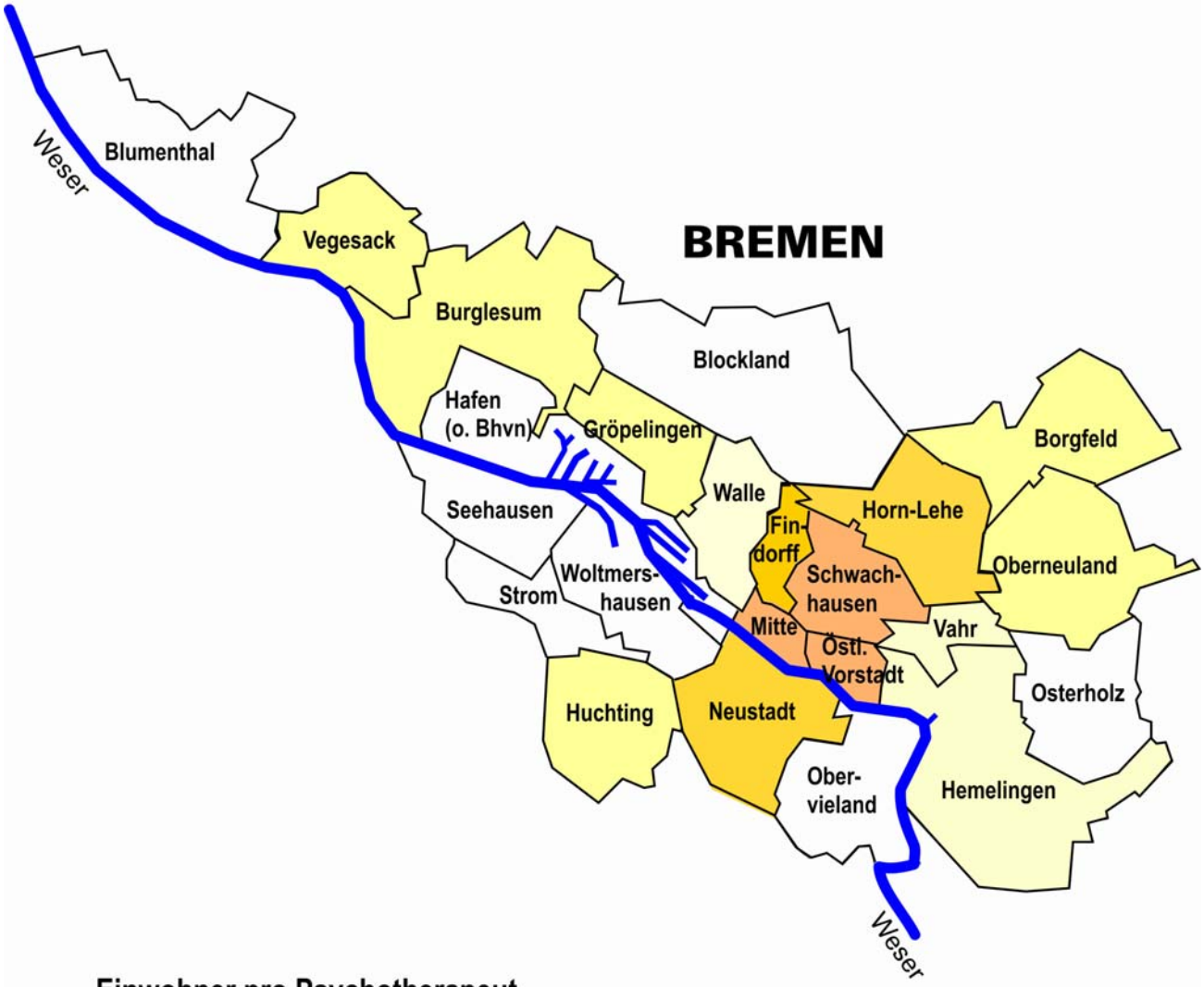
Einwohner pro Psychiater/Nervenarzt

- 3362 - 4249
- 4250 - 7992
- 7993 - 14397
- 14398 - 17740
- 17741 - 34913

Quelle:
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Bearbeitung: Harald Freytag, Gesundheitsamt

Verteilung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im Bremer Stadtgebiet



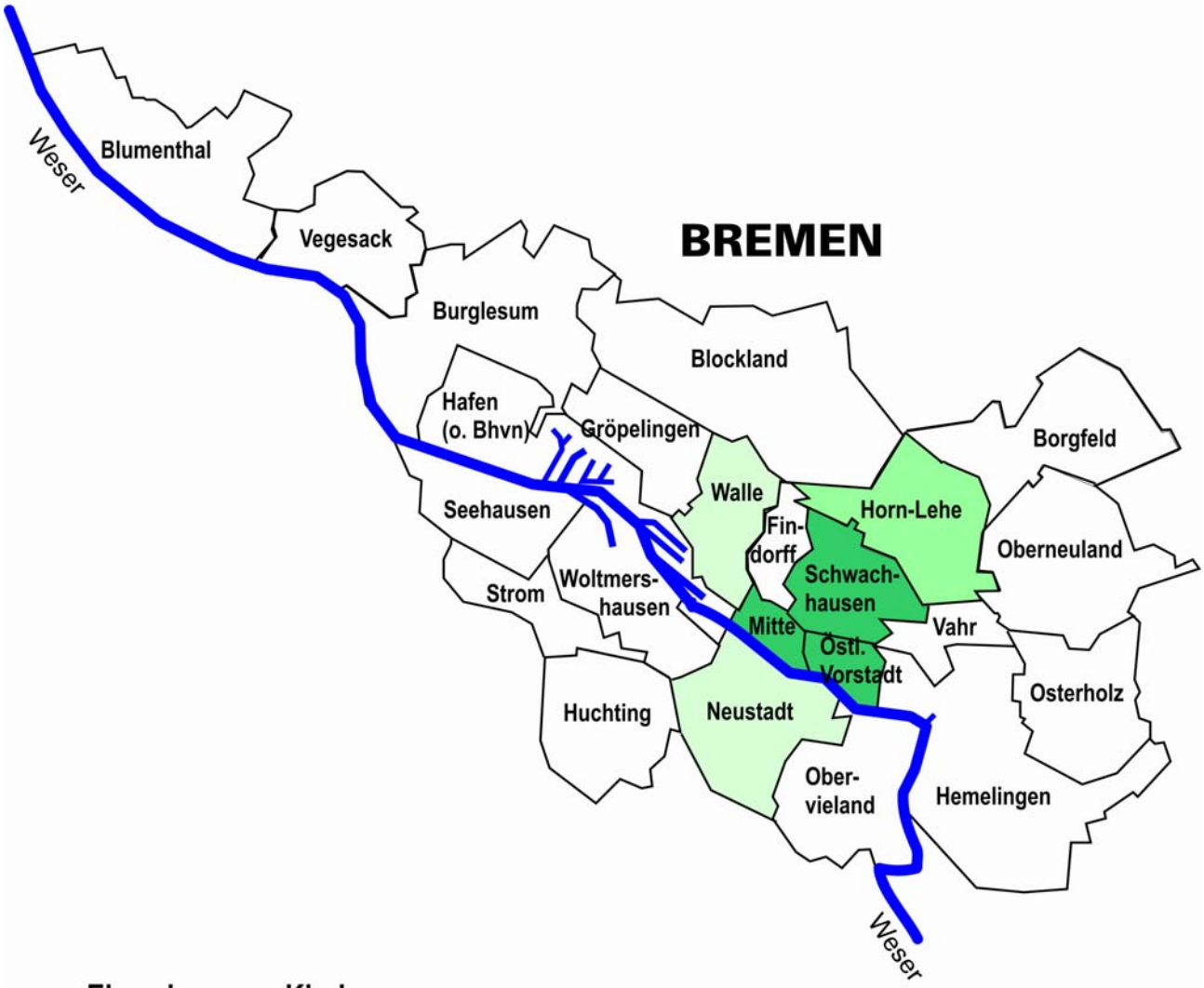
Einwohner pro Psychotherapeut

- 502 - 875
- 876 - 2541
- 2542 - 9799
- 9800 - 20867
- 20868 - 37883

Quelle:
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Bearbeitung: Harald Freytag, Gesundheitsamt

Verteilung der Kinder- u. Jugendlichenpsychothereuten im Bremer Stadtgebiet



Einwohner pro Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut

- 1 - 580
- 581 - 803
- 804 - 2053
- 2054 - 3207

Quelle:
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Bearbeitung: Harald Freytag, Gesundheitsamt

4.1 Voll- , teilstationäre und ambulante[142] Behandlungsangebote

In Bremen-Stadt wurde in den letzten Jahren eine regionalisierte psychiatrische Versorgungsstruktur entwickelt.
Vom Grundgedanken her hat die Regionalisierung der Psychiatrie den Zweck, psychiatrische Versorgung möglichst nah am Lebensumfeld zu organisieren. Dies erforderte einen tendenziellen Strukturwandel des psychiatrischen Versorgungssystems

- von der Zentralisierung zur Regionalisierung,
- von der vollstationären zur teilstationären und ambulanten Behandlung,

von institutionenzentrierten zur personenorientierten Organisationsformen Ziel ist es, ein abgestuftes Hilfesystem von stationärer, tagesklinischer, akuter und längerfristiger ambulanter Versorgung sowie Beratung unter einem (organisatorischen) Dach vorzuhalten und damit stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden oder kurz zu gestalten; die Selbsthilfepotentiale sowie das soziale Umfeld des Patienten werden dabei soweit wie möglich in die Behandlung einbezogen. Es wird eine Kontinuität der Bezugspersonen, auch bei Wechsel des Patienten zwischen den Versorgungsformen ambulant/ teilstationär/ stationär angestrebt, um den Aufbau und Erhalt einer tragfähigen persönlichen Beziehung – Leitgedanke des therapeutischen Konzepts der psychiatrischen Behandlungszentren – zu ermöglichen.

In der Stadtgemeinde Bremen gibt es seit 2002 fünf **psychiatrische Behandlungszentren** (BHZ) in den Regionen Mitte, Ost, West, Süd und Nord, die für die jeweilige Region[143] den Versorgungsauftrag innehaben. Die BHZ - außer dem BHZ Nord, dessen Träger die Klinikum Bremen Nord gGmbH ist - sind in Trägerschaft der Klinikum Bremen Ost gGmbH organisiert. Jedes Zentrum verfügt über voll- und teilstationäre Plätze, Plätze zur tagesklinischen Akutversorgung und eine psychiatrische Institutsambulanz. Die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für erwachsene psychisch kranke und suchtkranke Menschen, die ehemals am Gesundheitsamt angegliedert waren, wurden in die Behandlungszentren integriert, so dass konzeptionell alle psychiatrischen Versorgungssegmente – einschließlich der Behandlung Suchtkranker, die inzwischen ebenfalls einbezogen ist - wohnortnah den Patienten zur Verfügung stehen[144]. Dabei ist keine räumliche Verortung z.B. von Beratungsstelle oder Tagesklinik an den Krankenhausstandorten vorgegeben, vielmehr wird eine Integration in den Wohnvierteln angestrebt.
Derzeit sind die Regionen Ost und Nord voll regionalisiert; für die anderen Regionen werden die vollstationären und für den Standort Mitte auch die teilstationären Behandlungsplätze (noch) am Klinikum Bremen Ost vorgehalten.

---

[142] Mit ‚ambulant' ist in diesem Absatz der steuerfinanzierte, also nicht GKV-beitragsfinanzierte Bereich gemeint; es ist hier nicht gleichzusetzen mit ‚niedergelassener Bereich', wie sonst üblich.
[143] Die Anzahl der Einwohner, die ein BHZ versorgt, liegt zwischen 90.000 und 125.000. Bundesweit wird ein Richtwert von ca. 120.000 empfohlen.
[144] Zentral, also nicht regionalisiert, werden derzeit einzelne Spezialeinrichtungen vorgehalten wie die Forensik (am KBO), die vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie (am KBO), stationäre Psychotherapie (Psychotherapiestation KBO, Klinik Dr. Heines), Medizinische Rehabilitation für Suchtkranke (am KBO), sowie Entgiftung für Drogenkranke (Klinik Dr. Heines) und die Behandlung von Borderline-Patienten (Klinik Dr. Heines). In diesen Spezialeinrichtungen werden auch die Bremerhavener Patienten behandelt.

Tabelle 7: Versorgungsangebote in den regionalisierten Behandlungszentren in Bremen Stadt – Stand: 2006

Behandlungszentrum	**Nord**	**West**	**Mitte**	**Ost**	**Süd**
Einwohnerzahl	101.331	88.113	125.455	107.791	122.163
Vollstationäre Behandlungsplätze	62[145]	57 am KBO	86 am KBO	121	53 am KBO
Teilstationäre Behandlungsplätze (Tagesklinik)		29			28
Institutsambulanz	ja	ja	ja	ja	ja
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle	ja	ja	ja	ja	ja

Teilweise sind den regionalisierten Behandlungszentren Tagesstätten in freier Trägerschaft angegliedert, die den Patienten Aufenthalt, tagesstrukturierende Aktivitäten und Beschäftigung anbieten. Ebenso haben sich in den Regionen Angebote des Betreuten Wohnens unter freier Trägerschaft etabliert, die auch Patienten mit chronischen, schweren Depressionen mit erhöhtem Betreuungsbedarf zugänglich sind.
Insgesamt beträgt der Anteil der Patienten mit Affektiven Störungen in den Behandlungszentren 13%[146]. Der mit 20% höchste Anteil ist im Behandlungszentrum Mitte, der mit 9% niedrigste im Behandlungszentrum West zu verzeichnen (Ost: 10%).

Im Behandlungszentrum Süd wurde 2004 eine vollstationäre Schwerpunktstation für depressive und persönlichkeitsgestörte Patienten aus den Regionen Ost und Süd mit 18 Behandlungsplätzen eingerichtet.

Weitere stationäre Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Depressionen bietet die Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik am KBO, in der der Schwerpunkt der Behandlung auf Psychotherapie gelegt wird. Die Klinik ist psychoanalytisch orientiert und verfügt über 18 stationäre Behandlungsplätze.

Die von einem privaten Träger geführte Klinik Dr. Heines bietet ebenfalls vollstationäre Spezialstationen für Patienten mit Depressionen: zum einen eine verhaltenstherapeutisch orientierte Station für Menschen mit Angststörungen und Depressionen mit 31 Behandlungsplätzen, zum anderen eine Station für Menschen, die in der zweiten Lebenshälfte stehen und unter Depressionen leiden; sie hält ebenfalls 31 Behandlungsplätze vor.

[145] Die Zahl umfasst neben den vollstationären auch teilstationäre Behandlungsplätze, die am Krankenhaus angegliedert sind.
[146] Aktuellster Stand: 2005. Das BHZ Nord ist hier nicht enthalten.

Bremerhaven gilt im Hinblick auf psychiatrische Strukturen als eigenständiges Versorgungsgebiet. Die stationäre psychiatrische Behandlung Erwachsener wird zentral im Klinikum Reinkenheide durchgeführt, das über 77 vollstationäre, 15 tagesklinische Planbetten und eine Institutsambulanz verfügt, die insbesondere die aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten nachbetreut. Für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Kindern steht eine Tagesklinik und Institutsambulanz (Tagesklinik Virchowstrasse) mit zehn Plätzen zur Verfügung. Eine Regionalisierung auf Stadtteile wird auf Grund der Einwohneranzahl nicht für sinnvoll und nötig erachtet (Bremerhaven entspricht in etwa der Größe einer Versorgungsregion in Bremen-Stadt). Inhaltlich wird eine Angleichung der Strukturen an die Situation in Bremen-Stadt angestrebt.

4.2 Versorgung durch Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten im niedergelassenen Bereich

Patienten mit der Diagnose Depression werden im Hinblick auf diese Erkrankung vorwiegend von Hausärzten, Psychiatern bzw. Nervenärzten bzw. Neurologen, sowie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten behandelt, häufig auch von zwei oder mehreren Arten von Behandlern gleichzeitig. So ist bei schwereren Depressionen i.d.R. neben der hausärztlichen Grundversorgung auch eine fachärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung angezeigt. Eine Behandlung mit Psychopharmaka kann grundsätzlich nur durch einen Arzt erfolgen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten im Land Bremen, von denen Depressionspatienten vorwiegend behandelt werden[147]:

Tabelle 8: Anzahl der Ärzte der Facharztgruppen, von denen Patienten mit Depressionen vorwiegend behandelt werden; Land Bremen, Stand: 2007 – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen.

	Hausärzte	**Nervenärzte**	**Ärztl./Psychol. Psychotherapeuten**
Land Bremen	448	63	351
Bremen-Stadt	380	52	310
Bremerhaven	68	11	41

[147] In diesem Kapitel geht es um Versorgungsstrukturen. Es handelt sich daher um die Facharztgruppen, die ausgewiesen sind, Depressionen zu behandeln, also um die Anzahl dieser Ärzte/Psychotherapeuten, die **potentiell** für die fachgerechte Behandlung von Depressionen zur Verfügung stehen. Zu den Facharztgruppen, die **de facto** Depressionspatienten behandeln, siehe Tabelle 3, S. 37. Zur Definition von ‚Hausärzten' und ‚Nervenärzten' siehe Fußnote 54.

4.2.1 Versorgung in Hausarztpraxen

Den Hausärzten kommt in einer gemeindenahen Versorgung eine besondere Bedeutung zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit Depressionen sind (sofern die Patienten nicht in akuten Krisensituationen den direkten Zugang zu den Behandlungszentren bzw. Kliniken gefunden haben.) Für die Erkennung, Erstdiagnostik, die Einleitung einer Behandlung sowie den Zugang zu Fachärzten und Psychotherapeuten kommt ihnen in vielen Fällen die Hauptverantwortung zu. Depressionspatienten sind mit einem Anteil von 11% eine nicht unerhebliche Gruppe unter dem Hausarzt-Klientel.[148] (Zu den Erkennungsraten von Depressionen in Hausarztpraxen siehe Kapitel 2.6, S. 20f.)

In Bremen gibt es 380 Hausärzte, von denen 16 den Zusatztitel ‚Psychotherapie' erworben haben. In Bremerhaven sind 93 Hausärzte (keiner mit Zusatztitel) niedergelassen. Diese Zahlen entsprechen in etwa dem in den Bedarfsrichtlinien festgelegten Bedarf in der Bevölkerung (siehe Tabelle Tabelle 9, S. 66).

4.2.2 Fachärztlich-psychiatrische[149] und psychotherapeutische Versorgung

Im Vergleich mit anderen bundesdeutschen Städten[150] steht Bremen – nach München, Köln und Berlin – an vierter Stelle, was die Versorgung mit ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten betrifft: Hier versorgt ein Psychotherapeut 1.686 Einwohner, durchschnittlich sind es 1.973 (im Durchschnitt der unten genannten 11 Städte). Im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung belegt Bremen den Spitzenplatz: hier kommen auf einen Facharzt 6.926 Einwohner[151] – im Städte-Durchschnitt sind es 10.244.[152]

[148] Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.-U. (2002)
[149] Hier sind die Fachärzte für Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie und FÄ für Nervenheilkunde einbezogen.
[150] Ein Vergleich unter den Bundesländern ist nicht sinnvoll, da sich Stadt- und Flächenstaaten im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Infrastruktur stark unterschieden.
[151] Alle Zahlen dieses Absatzes in: Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007: Psychiatrie in Deutschland –Strukturen, Leistungen, Perspektiven, S. 28ff.
[152] Dass Psychotherapeuten im Vergleich zu Ärzten eine wesentlich geringere Anzahl an Einwohnern versorgen, hängt mit der wesentlich höheren Behandlungsdauer und –frequenz psychotherapeutischer Sitzungen gegenüber ärztlichen Konsultationen zusammen.

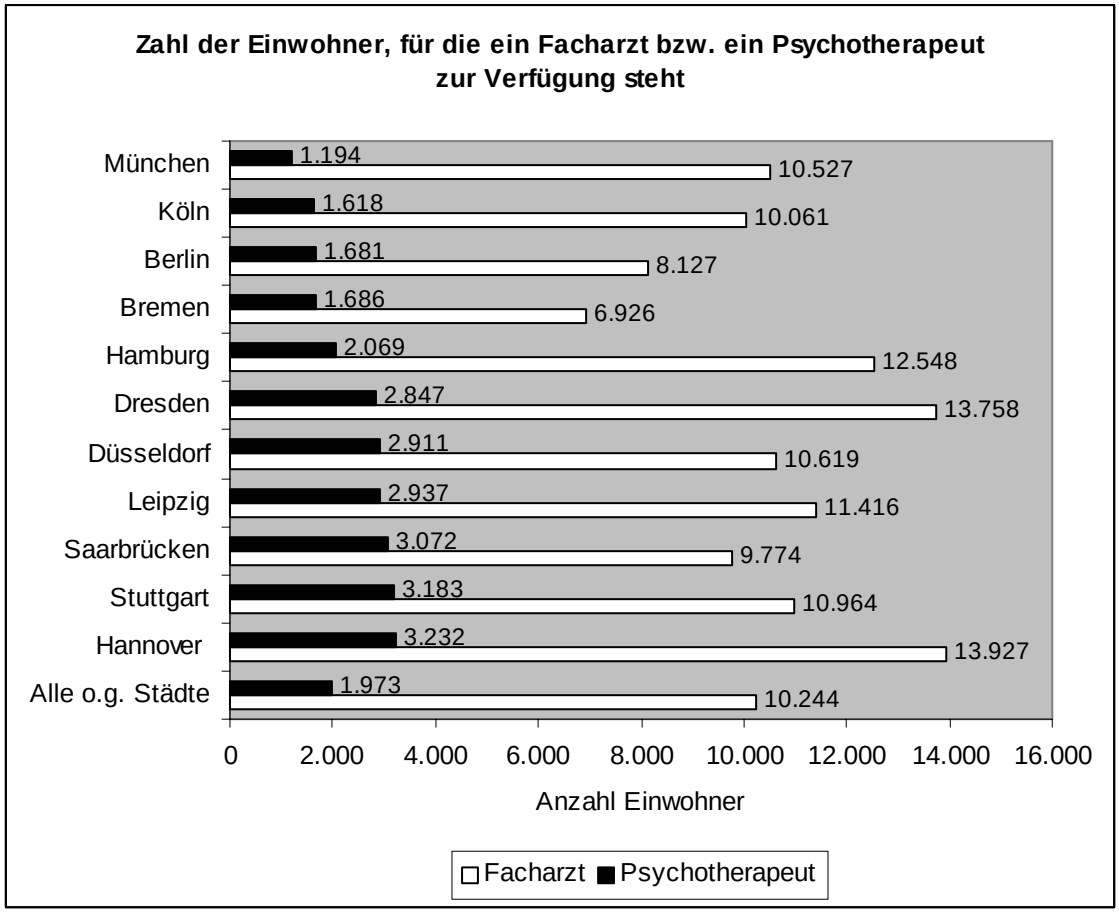


Abbildung 22: Zahl der Einwohner, die von einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten bzw. von einem psychiatrischen Facharzt versorgt werden; Stadt Bremen im Städtevergleich. – Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007: Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven.

Die folgende Übersicht[153] zeigt im einzelnen, wie viele Ärzte der betroffenen Facharztgruppen bzw. Psychotherapeuten[154] im einzelnen in Bremen und Bremerhaven niedergelassen und gegenüber der KV abrechnungsberechtigt sind und wie hoch der jeweilige Grad der Über- bzw. Unterversorgung ist[155]. Sie beruht auf Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Im Hinblick auf die Bedarfsplanung besteht für die Therapeutengruppen, die Depressionen behandeln, in Bremen-Stadt und Bremerhaven in keiner Gruppe Unterversorgung; bei

[153] Leider liegen die Angaben zu den Ärzten/Psychotherapeuten nicht alters- und geschlechtsdifferenziert vor.

[154] Das Fachgebiet Psychotherapie ist gekennzeichnet durch eine außergewöhnlich große Methoden- und Schulenvielfalt – dies wird u.a. an der Vielzahl der Fachgesellschaften und nicht zuletzt an der für Laien schwer durchschaubaren Varianz an Facharzt- und Psychotherapeutengruppen mit unterschiedlichen Zusatzbezeichnungen und Doppelzulassungen deutlich, wie auch Tabelle 9 auf der folgenden Seite zeigt. „Es gibt keinen Bereich in der Heilkunde, der sich durch eine solche Heterogenität wie die Psychotherapie auszeichnet.“ Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007), S. 35.

[155] Der festgesetzte Bedarf wird mit 100% angesetzt. Überversorgung besteht nach den Richtlinien bei einem Versorgungsgrad von 110% und mehr, Unterversorgung für Hausärzte bei einem Versorgungsgrad von 75% und weniger, für Fachärzte und Psychotherapeuten bei 50% und weniger.

den Psychotherapeuten besteht für Bremen-Stadt ein Versorgungsgrad von 164%, d.h. 54% über dem Richtlinien-Bedarf, für Bremerhaven ein Versorgungsgrad von 124%, d.h. 14% über dem Richtlinien-Bedarf.

- *Was bedeutet Über- / Unterversorgung mit Fachärzten und Psychotherapeuten?* *Lesen Sie weiter auf S. 116 (6.12).*

Tabelle 9: Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven, von denen Depressionspatienten behandelt werden können. – Primärquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen/Bremerhaven, Bedarfsplanung 2007[156]

Therapeutengruppe	**Bremen**		**Bremerhaven**	
	Anzahl	Über-/Unterversorgung	Anzahl	Über-/Unterversorgung
Hausärzte[157]	364	110 %	68	93%
Hausärzte mit Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie'[158]	16		0	
Nervenärzte[159]	52	121%	11	116%
Kinder- und Jugendpsychiater[160]	10		2	
Ärztliche Psychotherapeuten[161]	88 [162]	164%	11	124%
Psychologische Psychotherapeuten	222 [163]		30 [164]	
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten	36 [165]		0 [166]	

[156] Die Bedarfsplanung nach ‚Sitzen' ist nicht absolut deckungsgleich mit der Anzahl der Personen, da Ärztliche Psychotherapeuten z.B. nur mit dem Faktor 0,7 in die psychotherapeutische Bedarfsplanung eingehen.
[157] Diese Gruppe beinhaltet Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten und Ärzte ohne Gebiet.
[158] Ausschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten, die überwiegend psychotherapeutisch tätig sind.
[159] Diese Gruppe beinhaltet Neurologen, Psychiater und Nervenärzte, die nicht überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.
[160] Die Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, die bundesweit sehr klein ist, ist nicht in die offizielle Bedarfsplanung einbezogen.
[161] Diese Gruppe beinhaltet Ärzte aller Fachgebiete, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.
[162] 11 dieser ärztlichen Psychotherapeuten behandeln auch Kinder und Jugendliche; diese sind in der Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater nicht mit aufgeführt.
[163] Fünf dieser Therapeuten haben eine Doppelzulassung (Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), 22 verfügen über eine Genehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen; sie sind bei der Gruppe ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten' nicht aufgeführt. (‚Doppelqualifikation' bezieht sich auf die Qualifikation aufgrund der Ausbildung, ‚Genehmigung' kann auf Antrag und auf der Basis von Weiterbildungsaktivitäten erteilt werden.)
[164] Ein Therapeut hat eine Doppelzulassung (Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), fünf dieser Therapeuten haben eine Genehmigung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Sie sind in der Gruppe ‚Kinder- und Jugendpsychotherapeuten' nicht mit aufgeführt.
[165] Zuzüglich der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die sowohl Erwachsene als auch Kinder/Jugendliche behandeln können, sowie der Kinder- und Jugendpsychiater stehen in Bremen-Stadt insgesamt 84 Leistungserbringer zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung.
[166] Unter Einbeziehung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die sowohl Erwachsene als auch Kinder/Jugendliche behandeln können, sowie der Kinder- und Jugendpsychiater stehen in Bremerhaven insgesamt acht Leistungserbringer zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung

Bedarfsplanung und Versorgungsgrad werden auf Ebene der Städte Bremen und Bremerhaven berechnet, nicht jedoch auf Stadtteilebene. Insbesondere für Psychotherapeuten ist bekannt, dass ein überdurchschnittlich großer Anteil dieser Berufsgruppe seine Praxis in den ‚besser situierten' Quartieren hat. Hier wäre eine gleichmäßigere Verteilung der Praxisstandorte der Psychotherapeuten, insbesondere der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch auf Regionen mit sozialen Brennpunkten wünschenswert.[167]

- *‚Psycho-Atlas' Bremen – wie verteilen sich die psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen im Land Bremen und über das Bremer Stadtgebiet?* *Lesen Sie weiter auf S. 118 (6.13).*

Psychotherapeutische Versorgung

Was die psychotherapeutische Versorgung betrifft, so ist diese in Deutschland zwischen den beiden Berufsgruppen Ärzten und Psychotherapeuten aufgeteilt, wobei im Land Bremen – ähnlich wie in Deutschland - ca. drei Mal so viele psychologische wie ärztliche Psychotherapeuten tätig sind. Erst seit 1999 ist für die psychologischen Psychotherapeuten durch das Psychotherapeutengesetz ein direkter Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung[168] geschaffen worden. Als wissenschaftlich anerkannt und für die GKV-Versorgung zugelassen sind die drei Verfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Psychoanalyse (Analytische Psychotherapie, AP) und Verhaltenstherapie (VP). Andere psychotherapeutische Verfahren wie z.B. Familientherapie, Gesprächstherapie[169], Psychodrama oder Körperpsychotherapien können zur Zeit nur privat abgerechnet werden. Diese letztgenannten Gruppen sind in diesem Bericht nicht berücksichtigt. Die drei Richtlinien-Verfahren können in folgendem

[167] Siehe auch Unabhängige Patientenberatung Bremen, Tätigkeitsbericht 2007, S. 12-14

[168] D.h. die Möglichkeit, Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankennversicherung über die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Krankenkasse abrechnen zu können. Das „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kindes- und Jugendlichenpsychotherapeuten" regelt in Deutschland die Ausübung der Psychotherapie. Um diese entsprechend dem Gesetz ausüben zu dürfen, muss der Psychotherapeut – der Begriff ist mit dem Gesetz gesetzlich geschützt – über eine staatliche Anerkennung (Approbation) verfügen. Dies betrifft Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärzte mit entsprechender Zusatzausbildung. Zur Ausübung des Psychotherapeutenberufs ist neben einem abgeschlossenen Hochschulstudium eine Ausbildung in einer der drei anerkannten Verfahren Psychoanalytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie erforderlich. Innerhalb eines Übergangszeitraums nach Inkrafttreten des Gesetzes wurden die Zulassungen zur Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung allen berechtigten Antragstellern, die eine psychotherapeutische Tätigkeit in einem gewissen Umfang nachweisen konnten, auf Antrag zuerkannt. Patienten habe freie Psychotherapeutenwahl und benötigen keine Überweisung.

[169] Gesprächspsychotherapie ist vom Wissenschaftlchen Beirat Psychotherapie als wissenschaftliches Verfahren anerkannt, jedoch vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zugelassen.

Umfang Psychotherapien durchführen:

- TP: bis 50 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag bis 100 Stunden;
- AP: bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag bis 300 Stunden;
- VT: bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag bis 80 Stunden.

Insgesamt verfügt das Land Bremen über 288 psychologische und 99 ärztliche Psychotherapeuten.[170] Im Schnitt behandelt ein Bremer Psychotherapeut 146 Fälle pro Jahr (Psychologen: 130 Fälle, Ärzte: 161,7 Fälle).[171]
Knapp die Hälfte aller Psychologischen Psychotherapeuten (ohne Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) arbeitet tiefenpsychologisch fundiert, ein gutes Drittel arbeitet psychoanalytisch und 15% arbeiten verhaltenstherapeutisch. In Bremen Stadt ist das Verhältnis der Therapierichtungen ähnlich, in Bremerhaven hingegen sind weniger analytisch orientierte Therapeuten und mehr Verhaltenstherapeuten tätig. Was die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Bremen betrifft, so ist ein größerer Anteil tiefenpsychologisch und psychoanalytisch orientiert, Verhaltenstherapie ist hier geringer vertreten.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Psychotherapeuten nach Therapierichtung (bei den Psychologischen Psychotherapeuten sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingeschlossen).

Tabelle 10: Anteil der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten nach Therapiemethode und Region – in Prozent. – Primärdaten: Psychotherapeutenkammer Bremen, 2007. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 31.12.2006

		Tiefenpsychol. fundierte Psychotherapie	Analytisch fundierte Psychotherapie[172]	Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie
Psychol. Psychotherapeuten	Bremen-Stadt	45	34	21
	Bremerhaven	33	27	40
	Land Bremen	43	34	23
	Deutschland	36	19	45
Ärztl. Psychotherapeuten	Land Bremen	70	25	5
	Deutschland	58	29	13

Aussagen über die Qualität der Versorgung lassen sich aus diesen Daten nicht ableiten, sind aber auch grundsätzlich nur schwer zu treffen. Insgesamt fehlen empirische Ergebnisse aus der Versorgungsforschung, die eine rational begründete Versorgungsplanung ermöglichen, also z.B. eine spezifische Zuordnung von Störungsbildern, Persönlichkeiten, Patientenpräferenzen und Therapieformen (welches Therapieverfahren in welchem Umfang hilft welchem Patienten?). Über die Steuerungsprozesse bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ist noch recht wenig bekannt. Möglicherweise spielen

[170] Daten der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2007.
[171] Zahlen aus 2003, Gesundheitsamt Bremen (2005)
[172] Einschl. ‚Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie'

derzeit bedarfsfremde Gründe eine Rolle wie z.B. die Schichtzugehörigkeit des Patienten oder die Bewilligungspraxis der Krankenkassen. In der Praxis entscheidet sich insbesondere entsprechend „dem lokal herrschenden Angebot an therapeutischen Ressourcen“ [173], nach welchem Verfahren ein Patient behandelt wird. Welche Therapierichtungen in einer Region vorherrschen, wird vorwiegend von der Anzahl, Größe und Ausrichtung psychotherapeutischer Ausbildungsstätten und universitärer Lehrstühle beeinflusst. Im Land Bremen sind alle drei Therapierichtungen mit Ausbildungsstätten vertreten; im Vergleich zu Deutschland sind im Land Bremen mehr psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten tätig.

4.3 Ausgewählte ambulante Leistungen

4.3.1 Ambulante Beratung und Krisenintervention

In Bremen und Bremerhaven wird Beratung psychisch Kranker sowie die Notfallversorgung in akuten seelischen Krisen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPSD) angeboten.
In Bremen-Stadt sind die SPSD inzwischen nicht mehr zentral organisiert, sondern regional in alle fünf psychiatrische Behandlungszentren integriert. Die ambulanten Leistungen der SPSD, die sich auch auf kommunale Leistungen nach dem Bremer PsychKG[174] beziehen, umfassen insgesamt folgende Hilfeformen: Information, Beratung, Vermittlung, Behandlung, Betreuung, Krisenintervention sowie gutachterliche Stellungnahmen zum Hilfebedarf.
Darüber hinaus bietet die Stadtgemeinde Bremen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen einen zentralen Kriseninterventionsdienst an, der auch die Nacht hindurch und an Sonn- und Feiertagen erreichbar ist. Er befindet sich am Gesundheitsamt Bremen.
Der SPSD in Bremerhaven ist nach wie vor am dortigen Gesundheitsamt angesiedelt und kooperiert eng mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Reinkenheide. Er bietet ebenfalls einen Krisendienst an. Allerdings ist er nicht nur für psychisch und Sucht-Kranke, sondern auch für geistig behinderte Menschen zuständig. Ansonsten entspricht das Aufgabengebiet weitgehend dem des SPSD in Bremen-Stadt.

Der SPSD Bremen-Stadt verfügt insgesamt über rund 50 Vollzeitstellen, die sich gleichmäßig auf die regionalen Behandlungszentren verteilen. In Bremerhaven umfasst der SPSD etwa zehn Vollzeitstellen.
In Bremen-Stadt wurden in 2005 56% aller Klienten der Behandlungszentren ambulant durch den SPSD betreut. Die Anzahl aller Kontakte in den Beratungsstellen belief sich auf 37.588 Kontakte (ohne Zentralen Krisendienst). Insgesamt 3.278 Fälle[175] wurden durch die Institutsambulanz behandelt.

[173] AWMF (2002))
[174] Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 19.12.2000
[175] BHZ Nord nicht eingeschlossen.

In Bremerhaven wurden – bei dem um geistig gehinderte Menschen erweiterten Leistungsspektrum - in 2005 insgesamt 3.048 Personen durch den SPSD betreut.

Was den Zentralen Kriseninterventionsdienst (KID) betrifft, so wurden In Bremen-Stadt in 2005 insgesamt 2.646 Kriseninterventionen durchgeführt, etwa ein Drittel davon in Form von Hausbesuchen. In Bremerhaven wurden bei 301 Personen Kriseneinsätze geleistet.

4.3.2 Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie

Bis vor einigen Jahren konnten akut schwer psychisch erkrankte Menschen, denen die Selbstversorgung oder Versorgung durch Angehörige nicht mehr möglich war, nur im Rahmen einer Klinikeinweisung behandelt werden. In den letzten Jahren haben sich mit der Soziotherapie (nach §37a SGB V – seit 2001) und der Ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) (§37 SGB V – seit 2005[176]) ambulante Versorgungsformen entwickelt, die stationäre Aufenthalte vermeiden können, indem sie es Patienten ermöglichen, auch in Krisensituationen im vertrauten Lebensumfeld zu verbleiben und dort ausreichend Schutz und Behandlung zu erhalten. Gleichzeitig werden dadurch bestehende Kompetenzen und Ressourcen des Patienten, die bei einer stationären Behandlung leicht verloren gehen können, erhalten und gefördert.
Diese Versorgungsformen richten sich insbesondere an schwer und mehrfach psychisch erkrankte Patienten, die über längere Zeit begleitend neben der ärztlichen Behandlung oder aber nach der Krankenhausentlassung Unterstützung benötigen. In der Regel ist der Hilfebedarf bei schwer psychisch Kranken komplex, sie benötigen daher häufig multiprofessionelle Unterstützung. Bei Bedarf können auch beide Leistungen gleichzeitig verordnet werden, Soziotherapie kann allerdings nur durch einen Facharzt mit entsprechender Zulassung verordnet werden[177].
Der Einsatz ambulanter Fachkräfte geht für die Ärzte i.d.R. mit einem Zuwachs an Informationen über den Patienten einher und bedeutet häufig für alle Beteiligten – Arzt, Fachpflegekraft und Patient - eine verbindlichere Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess. Es ist bedauerlich, dass die Ärzte teilweise diese relativ neuen Versorgungsformen noch wenig nutzen, z.T. deshalb, weil sie den gegenüber einer stationären Einweisung größeren Verwaltungsaufwand scheuen. Denn diese Hilfeformen sind nicht nur aus Kostengründen (Vermeidung teurer stationärer Behandlungen)[178], sondern insbesondere im Hinblick auf den

[176] Ergänzung der Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V, vom 1.7.2005. Vor diesem Zeitpunkt war APP nicht im GKV-Leistungskatalog enthalten; sie konnte nur im Rahmen von Modellprojekten mit den Krankenkassen abgerechnet werden.
[177] Ärzte, die einen Antrag stellen, Soziotherapie verordnen zu dürfen, müssen sich zur Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen bereit erklären.
[178] Zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege äußert ein Bremer Träger: „Die internen Auswertungen beteiligter Krakenkassen belegen, dass die ambulante psychiatrische Pflege deutlich zur Senkung von Belegtagen in den psychischen Kliniken beigetragen hat.“ Siehe Faulbaum-Decke a.a.O., S. 34. – Zur Soziotherapie: „Die Begleitstudie zum Modellprojekt (Soziotherapie – d.

therapeutischen Prozess (Vermeidung von Hospitalisierung, Erhalt und Stärkung persönlicher Ressourcen im sozialen Umfeld) und aus Gründen der Humanität und Patientenorientierung zu befürworten.

- *Was ist Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie – nähere Informationen dazu auf S. 121 (6.14).*

Im Land Bremen haben insgesamt 38 Psychiater bzw. Nervenärzte (von insgesamt 52[179]) eine Genehmigung, Soziotherapie verordnen zu können; 30 in Bremen und acht in Bremerhaven.
In Bremen-Stadt sind drei Träger bekannt, die auf der Basis von Verträgen mit einzelnen Krankenkassen APP bzw. Soziotherapie anbieten: Die Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste (Gapsy) im Bremer Westen, der Pflegedienst Ameos Pro Care, der vorwiegend Patienten nach Aufenthalt in den Kliniken Bremen-Nord und Bremen-Ost betreut, und der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), der vorwiegend Patienten im Bremer Osten versorgt.
In Bremerhaven bietet der Ambulante Pflegedienst ADP seit 2006 Soziotherapie an. ADP steht für Ambulante Dienste Perspektive – eine Gesellschaft der Inneren Mission Bremen, des DRK Bremen, des Diakonischen Werks und des Klinikum Bremerhaven Reinkenheide. Seit Anfang 2008 gibt es einen Vertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven, auf dessen Basis auch Ambulante Psychiatrische Pflege durchgeführt werden kann.

Neben APP und Soziotherapie gibt es in Bremen-Stadt seit 2004 für psychisch Kranke, die tagsüber APP oder Soziotherapie in Anspruch nehmen, aber keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung, sondern insbesondere in der Nacht Schutz und Präsenz benötigen, mit dem Konzept „Integrierte Versorgung Rückzugsräume“ eine weitere Möglichkeit, Klinikeinweisungen zu verhindern. Im Bremer Westen stehen für maximal acht Personen zwei Wohnungen mit Personal und ärztlicher Hintergrundpräsenz zur Verfügung, die von 16.00 bis 10.00 Uhr genutzt werden können. (Träger: Gesellschaft für ambulante Psychiatrische Dienste e.V.). Der maximale Leistungsanspruch beträgt 28 Nächte. Insgesamt zehn Ärzte in sieben psychiatrischen Praxen beteiligen sich an diesem Versorgungsmodell. Dieser Vertrag im Rahmen der Integrierten Versorgung (§140a SGB V) wurde zwischen der Gapsy und der AOK Bremen/Bremerhaven abgeschlossen und ist derzeit daher nur für AOK-Versicherte nutzbar.
Zwischen 2004 und 2006 wurden insgesamt 175 Patienten im Rückzugshaus versorgt, 65% waren Frauen und 35% Männer. Ein Drittel der Patienten waren Jüngere (bis 40 Jahre), gut die Hälfte im Alter zwischen 40 und 60 Jahre und 14% waren ältere Patienten (61 Jahre und älter). Ca. die Hälfte der Patienten wies Diagnosen im Bereich Schizophrenie auf, 37% im Bereich affektive Störungen.

Verf.) rechnet vor, dass mit einem Euro, der für die ambulante soziotherapeutische Behandlung ausgegeben wird, rechnerisch rund sechs Euro an stationären Behandlungskosten eingespart werden.“ In: Thiede, H. (2004)
[179] Siehe Tabelle 9 , S. 66

4.4 Selbsthilfegruppen

Die organisierte Selbsthilfe ist heute ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung.[180] Dies gilt ganz besonders für die Versorgung chronisch Kranker, die meist über eine lange Zeit Erfahrungen und Kenntnisse zu ihrer Erkrankung gesammelt haben und diese in Selbsthilfegruppen (SHG) an andere weitergeben.

Im Land Bremen wird Beratung zu SHG, Vermittlung in und Begleitung von SHG durch die Gesundheitsämter sowie das Netzwerk Selbsthilfe geleistet.[181] Allgemein wird von den die Selbsthilfe fördernden Institutionen berichtet, dass Gruppengründungen im Bereich psychosozialer Probleme überdurchschnittlich stark angestiegen sind.[182] Auch für Bremen bestätigt sich dieser Trend, wie aus folgender Statistik des Gesundheitsamtes Bremen zu erkennen ist.[183] Sie dokumentiert die Nachfrage nach Vermittlung in SHG.

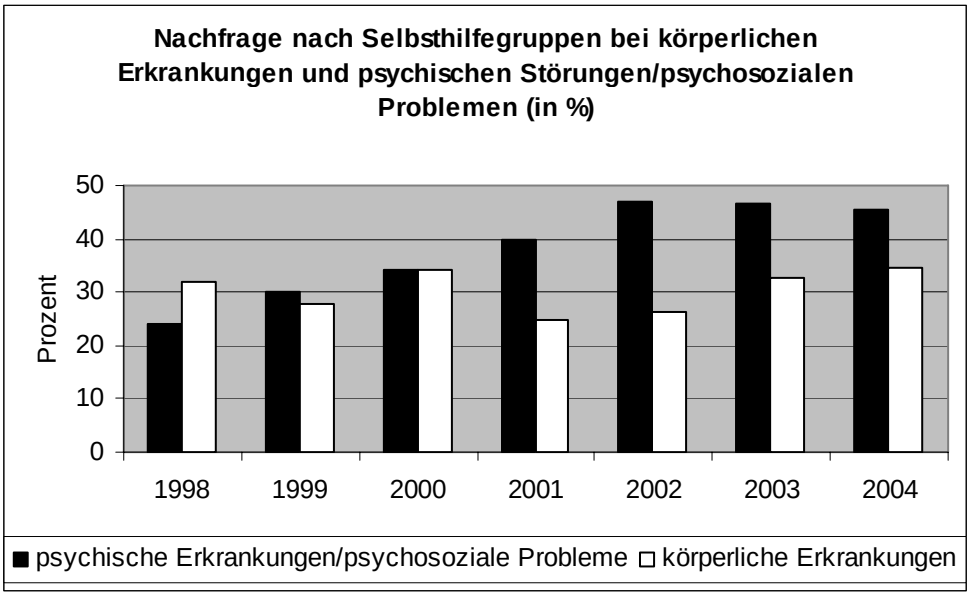


Abbildung 23: Entwicklung der Selbsthilfeberatung in Bremen-Stadt 1998-2004 (Nachfrage nach Selbsthilfegruppen beim Gesundheitsamt Bremen im Bereich psychischer Störungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen – Häufigkeit der Kontakte in Prozent). Primärdaten: Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Bremen, 12/2007

[180] Daher wird sie auch finanziell durch die Krankenkassen (§20 SGB V) und die Kommunen unterstützt.

[181] Bundesweit gibt es inzwischen ca. 300 derartiger professionell betriebener Selbsthilfe-Kontaktstellen. Quelle: Matzat, J. (2003), S. 26

[182] Ebd.

[183] In der Beratungseinrichtung zu Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes Bremen werden alle Beratungskontakte nach unterschiedlichen Kategorien stichwortartig erfasst und dokumentiert. Bis 2004 wurden die Beratungskontakte nach den vier Kategorien ‚Somatische Erkrankungen', ‚psychische Erkrankungen/psychosoziale Probleme', ‚Suchtproblematik', ‚andere Inhalte' dokumentiert. In Abbildung 23 sind nur die Bereiche somatische und psychische Störungen dargestellt; die anderen Kategorien sind nicht aufgeführt, daher ergeben die in der Grafik dargestellten Prozentwerte nicht 100%.

In 2005 wurde die Statistik zu SHG-Beratungen des Gesundheitsamtes umgestellt[184], danach beträgt der Anteil an SH-Beratungskontakten zu Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD F) 60%[185]. Die Nachfrage zu anderen Krankheiten liegt demgegenüber bei allen anderen Krankheitsgruppen (geordnet nach ICD-Diagnosekapiteln der ICD 10) im einstelligen Bereich.
Auch bei den telefonischen Anfragen und Beratungen des Netzwerks Selbsthilfe ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen: Der Anteil zu Beratungen im psychosozialen Bereich an allen Beratungen stieg von 27% im Jahr 2003 auf 45% im Jahr 2006.

Innerhalb der seelischen Erkrankungen stehen, was die Nachfrage nach Selbsthilfe-Beratung betrifft, affektive Störungen (F30-39) an erster Stelle. Auf diesem Gebiet ist auch der stärkste Anstieg festzustellen. Beratungsgespräche zu affektiven Störungen, d.h. vor allem Depressionen, sind von einem Anteil von 14% im Jahr 2003 auf einen Anteil von 21% in 2005 gestiegen (Anteil der affektiven Störungen an allen Psychischen Störungen).[186]

In Bremen-Stadt gibt es derzeit 36 Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Depressionen.[187]
Nach langjährigen Erfahrungen des Netzwerks Selbsthilfe benötigen Gruppen zu psychischen Erkrankungen und psychosozialen Lebenskrisen über die übliche einmalige Moderation des Gründungstreffens hinaus stärkere Unterstützung, da die Gruppen zu Anfang häufig mit den belastenden Situationen Einzelner überfordert sind und daher die Gründungsphase von ca. einem Jahr oft nicht überdauert haben. Gleichzeitig ist die Nachfrage gerade in diesem Bereich besonders stark gewachsen. Daher hat das Netzwerk Selbsthilfe in 2006 zwei Projekte im psychosozialen Bereich initiiert, die besonders Menschen mit Depressionen ansprechen.[188] Zum einen geht es um Krisenintervention bei Selbsthilfe-Suchenden vor und nach stationärer oder ambulanter Behandlung. Im Rahmen von zehn Einzelberatungsgesprächen können die Übergänge zwischen Selbsthilfe und professioneller Intervention erleichtert werden.
Zum anderen werden aus den genannten Einzelberatungen heraus neue Gruppen initiiert, falls die bestehenden Gruppen geschlossen sind. Den Gründungsmitgliedern wird eine prozesshafte Begleitung durch professionelle Moderatoren bis zu zehn Terminen angeboten mit dem Ziel, die Gruppengründung und –verfestigung zu unterstützen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Zusammensetzung der Gruppenmitglieder bei allen Neugründungen von SH-Gruppen zu Depressionen in Bremen-Stadt in 2006, differenziert nach Alter und Geschlecht. Danach haben sich in 2006 insgesamt rund 70 Menschen mit Depressionen zur Gründung neuer SHG zusammengeschlossen. Bei der Gründung von SHG bei Depressi-

---

[184] Seit 2005 werden die Beratungskontakte nach Krankheitsgruppen in Anlehnung an den ICD-Schlüssel erfasst. Siehe dazu: Gesundheitsamt Bremen (2007), S. 93.
[185] Für 2006 und 2007 stehen noch keine Auswertungen zur Verfügung.
[186] Gesundheitsamt Bremen (2007), S. 93
[187] Angaben des Gesundheitsamts Bremen. Die meisten Gruppen wenden sich an Menschen mit Depressionen und an Menschen mit Angststörungen. Außerdem gibt es eine Selbsthilfegruppe für Partner von depressiven Menschen. Zur Größe und Zusammensetzung der Gruppen liegen keine statistischen Angaben vor.
[188] Die Projekte wurden mit Mitteln der Deutsche Rentenversicherung, der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und verschiedener Krankenkassen finanziert.

onen werden insbesondere Frauen im mittleren Lebensalter aktiv. Der Anteil von Männern ist deutlich geringer, ebenso der von jüngeren und von älteren Menschen.

Tabelle 11: Mitglieder von neu gegründeten Selbsthilfegruppen zu Depressionen in 2006, nach Alter und Geschlecht. Quelle: Netzwerk Selbsthilfe Bremen, 12/2007

Alter	Männer	Frauen
15-30 Jahre	5	9
30-45 Jahre	12	11
46-60Jahre	7	16
60-80 Jahre	3	5
Gesamt	**27**	**41**

In Bremerhaven befindet sich derzeit eine Selbsthilfegruppe von Menschen mit Angststörungen und Depressionen im Aufbau.

5 Handlungsempfehlungen für Bremen

Die folgenden Handlungsempfehlungen, die sich von den vorliegenden Datenanalysen und der von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Auftrag gegebenen Psychotherapeutenbefragung ableiten, sind nicht als umfassende Strategie konzipiert; vielmehr werden ausgewählte Aspekte der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung depressiv Erkrankter aufgegriffen und unter dem Fokus von Über-, Unter- und Fehlversorgung thematisiert. Ziel dabei ist es, einen konstruktiven Diskurs mit den relevanten Akteuren und Praktikern in der Region in Gang zu setzen, um der „Volkskrankheit Depression“ auf verschiedenen Ebenen gesundheitspolitisch zu begegnen.

Denn Handlungsempfehlungen sollten nicht top down und ‚von der Theorie her' vorgegeben werden. Vielmehr wollen die Berichtsergebnisse kommuniziert und die Schlussfolgerungen als Impuls verstanden werden, um letztlich im Verbund mit Experten Umsetzungsstrategien und konkrete Maßnahmen für die Region zu entwickeln. Als Forum für einen solchen ‚strukturierten Dialog' bietet sich das Bremer Bündnis gegen Depression (BBgD) an, das im Januar 2008 gegründet wurde und zunächst für zwei Jahre im Sinne von Aufklärung, Kommunikation, Kooperation und Vernetzung in der Region tätig sein wird.[189]

Gesundheit als Querschnittaufgabe

„Die adäquate Behandlung psychisch kranker Menschen stellt nicht nur eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ – so heißt es bereits im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.[190]

Eine wesentliche Strategie gegen die Zunahme der seelischen Erkrankungen besteht darin, Menschen vor dem gesellschaftlichen Ausschluss zu bewahren. Denn über Markt und Ökonomie gelingt es heute weniger denn je, dem Individuum Sicherheit und kontinuierliche Integration zu gewährleisten; vielmehr wird allgemein ein Schwinden Halt gebender Bindungen diagnostiziert, bedingt durch die Auflösung familiärer Beziehungen und die zunehmende Mobilität am Arbeitsplatz, wie sie mit der ‚fluiden Gesellschaft' einhergehen. Daher wächst

[189] Es wurde von der Psychotherapeutenkammer Bremen initiiert und umfasste bereits vor der öffentlichen Auftaktveranstaltung am 18.01.2008 zahlreiche Bremer Kooperationspartner. Dazu zählen Ärztekammer Bremen, Ameos-Klinikum Dr. Heines, Berufsverband Kinder- und JugendlichenpsychiaterInnen, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy), Gesundheitsamt, Gesundheit Nord Klinikum Ost, Hausärzteverband Bremen, IPP Bremen Institut für Public Health und Pflegeforschung, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen, Netzwerk Selbsthilfe, Psychotherapeutenkammer Bremen, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Stiftung Dr. Heines, Techniker Krankenkasse. Im Internet unter: www.buendnis-depression/depression/bremen.php

[190] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), S. 173

diese Aufgabe zunehmend dem Sozialstaat zu, insbesondere durch eine integrative Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs-, Bildungs- und Sozialpolitik. Je besser diese Politikfelder ihre jeweiligen Ziele erreichen, desto größer wird das ‚Nebenprodukt' Seelische Gesundheit ausfallen. D.h. seelische Gesundheit ist eine Querschnittsaufgabe in allen wesentlichen Politikfeldern, und sie wird am ehesten gefördert und wiederhergestellt, indem Menschen in sinnstiftende soziale Zusammenhänge eingebunden werden – sei dies durch Arbeit und Reduktion von Arbeitslosigkeit (dem nach wie vor bedeutendsten Faktor zur Herstellung materieller Sicherheit und persönlicher Identität), sei es durch Förderung des sozialen Zusammenhalts im Betrieb, durch eine integrative Schulpolitik, in der nicht zu früh selektiert wird, durch ehrenamtliches Engagement im Kontext sozialer Beziehungen[191] oder durch Förderung und Stärkung nachbarschaftlicher Kontakte im Quartier.[192] Ein derart mehrdimensional ausgerichtetes sozialstaatliches Handeln kann langfristig und nachhaltig gesellschaftliche Teilhabe und soziale Integration verbessern; es stärkt die individuellen Ressourcen, Belastungen aushalten und konstruktiv verarbeiten zu können – und damit vermindern sich die Risiken für seelische Krisen und Erkrankungen in Bevölkerungen. In diesem Kontext ist Gesundheitspolitik ein Aktionsfeld unter vielen anderen, das einen begrenzten Beitrag leisten kann.

Dieser Beitrag im Hinblick auf depressive Erkrankungen kann z.B. in folgenden Aspekten bestehen, die hier – z.T. direkt bezogen auf das Land Bremen - beispielhaft angeführt werden:

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention ist im deutschen Gesundheitssystem – im Vergleich zu den Bereichen Kuration und Rehabilitation - insgesamt ein unterentwickelter Bereich; ganz besonders trifft dies für seelische Erkrankungen zu. Hier müssen in der Zukunft Aktivitäten verstärkt werden, im Hinblick auf Depressionen z.B. in folgenden Bereichen:
Aufklärung – das Wissen über Depressionen sollte in allen Bevölkerungsschichten vertieft werden, so dass seelische Erkrankungen weiter entstigmatisiert, Ängste und Schamgefühle reduziert werden und der Weg zum Hilfesystem für Betroffene und ihre Angehörigen selbstverständlicher wird.
Früherkennung – hier kommt bestimmten Berufsgruppen, die qua Profession in intensivem Kontakt mit Menschen stehen, eine Schlüsselrolle zu, wie beispielsweise Pflegekräften, Sozialarbeitern, Lehrkräften in Schule und Erwachsenenbildung, Geistlichen u.a. Aber auch Ärzte sollten flächendeckend darin geschult werden, Depressionen, die möglicherweise einer somatischen Erkrankung zugrunde liegen oder begleitend zu ihr auftreten, besser zu erkennen, insbeondere auch im Hinbick auf geschlechtsspezifische Unterschiede.

[191] Zunehmend wird erkannt, dass Ehrenamtlichkeit der Wertschätzung und auch strukturellen Förderung bedarf und zwischen Professionellen und ‚Laien' Kooperationsformen entwickelt werden müssen.
[192] Siehe z.B. das seit Jahren von der öffentlichen Hand in Bremen geförderte Projekt WIN - Wohnen in Nachbarschaften.

Förderung protektiver Faktoren – Depressionen können durch die Minderung depressionsfördernder Einflüsse reduziert werden; ebenso kann eine Förderung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber Depressionen unterstützt und individuelle Kraftquellen, mit psychischen Belastungssituationen umzugehen, gestärkt werden. Zu den gesundheitsfördernden, antidepressiven Ressourcen zählen in erster Linie ein gewisses Maß an Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsüberzeugung[193], die Fähigkeit, Halt-gebende soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, sowie die Fähigkeit, Konflikte auszuhalten und kooperativ zu lösen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Depressionsprävention sollten auch auf solche protektiven Aspekte fokussieren.
Frühzeitige Intervention - für Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Depressionen haben wie z.B. Arbeitslose, alte Menschen oder Migranten sollten zielgruppenspezifische Interventionsprogramme entwickelt und möglichst früh nach Diagnosestellung zum Einsatz gebracht werden.[194]
Setting-Ansätze – Ansätze der individuellen Verhaltensprävention, wie sie z.B. in Form von Anti-Stress-Trainingsgruppen oder Kursen zur Anleitung zum ‚Positiv denken' bei Krankenkassen u.a. als Depressionsprävention angeboten werden, sind nicht ausreichend. Erfahrungsgemäß sollte Prävention im Lebensumfeld und in den alltäglichen sozialen Bezügen der Menschen verankert sein. Hier sind in möglichst vielen Bremer Betrieben Modelle betrieblicher Gesundheitsförderung umzusetzen, die gegen Konkurrenz, Individualisierung und Mobbing am Arbeitsplatz ankämpfen[195] und ebenso Ansätze in Kindergärten und Schulen zu implementieren, die Kinder und Jugendliche in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer sozialen Kompetenz stärken.[196]

- Die regionale Wissenschaft ist aufgefordert, ‚models of good practice' im Bereich der Prävention depressiver Erkrankungen aufzuarbeiten und zu bewerten und die Ergebnisse den relevanten Akteuren zur Verfügung zu stellen, so dass in naher Zukunft Erfolg versprechende Maßnahmen für das Land Bremen auf den Weg gebracht werden können.

---

[193] Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung, etwas bewirken zu können und auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben. Sie entspricht in etwa dem Begriff der ‚Kontrollüberzeugung' im Salutogenese-Konzept von A. Antonovsky.
[194] Siehe z.B. das Programm DiA – Depression im Alter, das vom Psychologischen Institut der Universität Tübingen unter Prof. Dr. Hautzinger entwickelt wurde.
[195] Auch die Gewerkschaften erkennen inzwischen zunehmend die Bedeutung psychosozialer Gesundheit am Arbeitsplatz und initiieren entsprechende Projekte und Fortbildungen. Ebenso bemühen sich Krankenkassen, z.B. in Form integrierter Versorgungsangebote (siehe z.B. die regionalen Versorgungsnetze Depression der Techniker Krankenkasse) und umfassenderer betrieblicher Gesundheitsförderung (siehe z.B. die europaweite Kampagne des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) ‚Move Europa', an der sich der Bundesverband der Betriebskrankenkassen beteiligt. Im Internet: www.move-europa.de).
[196] Siehe z.B. das Anti-Depressions-Programm für Jugendliche LARS & LISA – ‚Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag'. Entwickelt vom Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Prof. Dr. Hautzinger.

Weitere Verbesserung der Versorgungssituation

Im Bereich der ambulanten Psychotherapie gibt es – trotz rechnerischer Überversorgungsquote im Land Bremen – **Versorgungsengpässe**. So müssen schwer erkrankte Patienten, die zeitnaher Hilfe bedürfen, häufig viele frustrierende Anläufe bei diversen Psychotherapeuten unternehmen, die aktuell keinen Therapieplatz frei haben und daher ablehnen bzw. weiter verweisen müssen oder nur lange Wartezeiten anbieten können. Gerade für depressiv Erkrankte ist es krankheitsbedingt außerordentlich schwierig, überhaupt Hilfe nachzufragen. Eine Ablehnung oder ‚Vertröstung' über einen längeren Zeitraum kann bei schweren Depressionen eine Erhöhung des Suizidrisikos bedeuten. Oder aber diese Situation führt zu stationären Einweisungen, die zum einen teuer für das Gesundheitssystem, zum anderen für Patienten nicht immer förderlich sind, insofern sie aus ihrem Lebensumfeld herausgerissen werden; derartige Krankenhauseinweisungen stellen daher häufig eine Form der **Fehlversorgung** dar. Auch Hausärzte, die z.B. eine schwerere Depression bei einem Patienten diagnostiziert haben, äußern vielfach Schwierigkeiten, Patienten mangels freier Plätze in psychotherapeutische Versorgung zu vermitteln. Sie vermuten, dass sich hinter dem Phänomen der langen Wartezeiten eine Praxis der Selektion nach ‚interessanten Fällen' verbirgt. Psychotherapeuten verneinen dies (siehe die Ergebnisse der Psychotherapeutenumfrage im Anhang unter 6.11), verweisen jedoch auf den hohen, unbezahlten Aufwand, den insbesondere die Weitervermittlung akut und schwer erkrankter Patienten mit sich bringt.

Für einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie und eine passgenauere Steuerung der Patienten werden daher folgende Maßnahmen empfohlen:

- Bei akuten und schwereren Fällen ist es sinnvoll, dass **Psychotherapeuten ein gewisses Kontingent an Stunden für Krisensitzungen und Weitervermittlung** des Patienten in ein individuell adäquates therapeutisches Setting – sei dies Psychotherapie bei einem Kollegen mit freien Plätzen, sei dies Empfehlung zum Facharzt für eine akute medikamentöse Behandlung, sei dies Vermittlung eines Therapieplatzes in einer Klinik, sei dies Anbahnung ambulanter psychiatrischer Pflege in der Häuslichkeit o.a. - vergütet erhalten. Dies könnte im Rahmen der so genannten ‚probatorischen Sitzungen' geleistet werden, deren Anzahl gbf. erhöht und die entsprechend vergütet werden müssten. Hier stehen die Krankenkassen in der Pflicht.

- Neben allgemeinen Aspekten der Unterversorgung trotz rechnerischer Überversorgungsquoten (siehe im Anhang unter 6.12) zeigen sich eklatante regionale Unterschiede in der Versorgung einzelner Stadtteile mit Psychotherapeuten (siehe im Anhang unter 6.13). Gerade sozial benachteiligte Regionen sind stark unterversorgt, in einzelnen Stadtteilen wie z.B. Woltmershausen gibt es keine einzige psychotherapeutische Praxis (bezogen auf psychologische Psychotherapeuten). Hier sollten versorgungspolitische Anreize durch die Kassenärztliche Vereinigung in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer entwickelt werden, die in naher Zukunft für eine **stadt-**

teilbezogen bedarfsgerechtere Verteilung psychotherapeutischer Praxen sorgen.

- Die **Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen (SPSD)** in den regionalen Behandlungszentren sollten verstärkt koordinierende Funktionen bei der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung des jeweiligen Stadtteils übernehmen. Die Case Management-Aktivitäten und Koordinierenden Aufgaben sollten sich also nicht nur auf die Patienten des BHZ beschränken, sondern allen Einwohnern des Stadtteils mit entsprechendem Beratungs- und Vermittlungsbedarf zugänglich sein.

Verbesserung von Kommunikation und Kooperation

Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, sind häufig multidimensional und komplex – sowohl in ihrer Verursachung als auch im Hinblick auf Therapie und Versorgung. Da sie oft mit körperlichen Symptomen verbunden sind und diese häufig der Anlass für den ersten Kontakt zum Hilfesystem darstellen, bedarf es zunächst hausärztlicher Behandlung. Bei persistierenden Depressionen oder in akuten, schwereren Episoden ist es angezeigt, den Facharzt für eine medikamentöse und den Psychotherapeuten für eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung einzubeziehen. Patienten mit schweren Depressionen, in deren Folge es häufig zu sozialen Problemen auf verschiedenen Ebenen kommen kann – Verlust des Arbeitsplatzes, Verschuldung, Zerbrechen von Partnerschaften und Familien, Vereinsamung und sozialer Abstieg[197] – bedürfen weiterer Hilfen, sei es auf der Ebene Betreuten Wohnens, der Tagesstrukturierung, Reintegration in Arbeit und Beschäftigung oder psychiatrisch-pflegerischer Versorgung. Der Hilfebedarf sollte sorgfältig ermittelt und passgenau auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein. Dazu bedarf es breiten Wissens bei Ärzten und Psychotherapeuten über das gesamte psychiatrische Hilfesystem, das unbedingt auch auf persönlicher Kenntnis von Einrichtungen, ihren Mitarbeitern und therapeutischen Konzepten beruhen sollte.

In der Realität ist das Feld des Helfersystems für psychisch Kranke jedoch gekennzeichnet durch Trennungslinien:

- **zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Sektor** bestehen häufig Probleme, da Patienten nach unterschiedlichen Therapieregimen behandelt werden und Übergänge - Einweisungen und Entlassungen – nicht gemeinsam geplant und begleitet werden. Für den Patienten kann dies mehrfache Beziehungsabbrüche bedeuten, die therapeutisch kontraindiziert sind und Erfolge des jeweiligen vorhergehenden Behandlungssettings zerstören können. Die Behandlungszentren haben dies Problem insofern gelöst, als hier stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung und Beratung unter einem Dach vereint sind. Jedoch die Übergänge und Kooperationen mit dem niedergelassenen Bereich gestalten sich auch hier teilweise schwierig.

[197] Die Ursachenkette ist in vielen Fällen auch umgekehrt: Aufgrund einer Kumulation sozialer Problemlagen entwickeln Menschen vermehrt Depressionen.

- **Zwischen Ärzten und Psychotherapeuten** bestehen Konfliktlinien, insofern nicht selten um die Interpretation von Erkrankungen konkurriert wird (wobei hier teilweise ein gewisses ‚Standesdenken' zugrunde liegt, das über die fachliche Ebene ausagiert wird): Ärzte werfen Psychotherapeuten eine Tendenz zur ‚Psychologisierung' mit der Gefahr der Vernachlässigung relevanter somatischer Aspekte vor; Psychotherapeuten bemerken an Ärzten fehlendes Verständnis für die tiefgreifenden, auch körperlichen Auswirkungen seelischer Problematiken und kritisieren ein ‚Herumdoktern' an oberflächlichen Symptomen.
- **Zwischen Vertretern einer ‚sprechenden Medizin' und naturwissenschaftlich-biologisch ausgerichteten Ärzten** besteht häufig eine Konkurrenz zwischen psychotherapeutischer oder pharmakotherapeutischer Behandlung.
- Unter den Psychotherapeuten gibt es wenig Austausch und Kooperation **zwischen den ‚Schulen'**, d.h. die Mitglieder einer Therapierichtung - Tiefenpsychologen, Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten – kennen wenig von der praktischen Realität der anderen und verweisen Patienten daher auch nur selten außerhalb der eigenen ‚community'. Formen der Zusammenarbeit verschiedener Therapierichtungen, die sich an den Bedarfen des Patienten orientieren, wie sie inzwischen teilweise in Kliniken praktiziert werden, sind im niedergelassenen Bereich eher unterentwickelt.[198]
- **Zwischen Ärzten und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen** besteht traditionell ein hierarchisches Denken, das insbesondere Ärzten eine Zusammenarbeit ‚auf gleicher Augenhöhe' erschwert, was bei der gemeinsamen Hilfeplanung kontraproduktiv sein kann. Ärzte sind häufig auch nicht ausreichend informiert über regionale sozialpsychiatrische Hilfeformen im Umfeld ihrer Praxis, so dass bei schwereren oder akuten Fällen nicht selten der ‚vertraute' Weg der Klinikeinweisung gewählt wird anstelle ambulanter, sozialpsychiatrischer Kooperation im Lebensfeld des Patienten.
- **Die Bedeutung von Selbsthilfe** wird von Ärzten und Psychotherapeuten häufig nicht wahrgenommen und es besteht kaum Kommunikation zwischen diesen Bereichen.

Auf all diesen Ebenen besteht vielfältiger Entwicklungsbedarf, der eines langen Atems und der Einsicht aller Beteiligten in den benefit von Kooperation bedarf, um eingefahrene Traditionen und altvertraute Abgrenzungen zu überwinden.

Konkrete, zeitnahe Maßnahmen sollten sich beispielsweise auf folgende Aspekte beziehen:

- Im Rahmen des stationären **Entlassungsmanagements** sollten die Beziehungen zwischen entlassender Klinik und weiterbehandelndem niedergelassenen Arzt bzw. Sozialarbeiter enger geknüpft und zu struktu-

[198] Der Sachverständigenrat hat bereits in seinem Gutachten zu Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in 2001 zur Versorgung depressiv Erkrankter angemerkt, dass „sich die Auswahl der tatsächlich eingesetzten Psychotherapieverfahren weniger nach den Merkmalen des Kranken, sondern nach der Ausbildung des Therapeuten und seinen weltanschaulich geprägten Präferenzen (richtet), was zu einer Fehlversorgung beitrage." Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), S. 172

rierten Formen der Kooperation weiterentwickelt werden, um dem Patienten den Übergang zwischen stationärer und häuslicher Umgebung, Fremd- und Selbstversorgung, den alten und den neuen Bezugspersonen zu erleichtern.

- Für die Stadtteile bietet sich der Aufbau **multiprofessioneller Qualitätszirkel** an, in denen Psychiater, Hausärzte und Psychotherapeuten – möglicherweise unter der Moderation des regionalen Sozialpsychiatrischen Dienstes – fallbezogen zusammenarbeiten.

- In Kooperation mit den Krankenkassen sollten weitere Verträge zur **‚Integrierten Versorgung'** (nach §140 a-d SGB V) abgeschlossen werden, in die möglichst alle an der Versorgung schwer depressiver Patienten betroffenen Berufsgruppen und Einrichtungen – also Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen – einbezogen sind. Die Vertragspartner sollten sich hierbei auf strukturierte Kooperationsvereinbarungen verpflichten, um für Patienten Versorgungskonzepte ‚aus einem Guß' zu schaffen.

Gelingt es, mit diesen Vorschlägen einen konstruktiven Diskurs unter den Akteuren in der Region anzuregen, der zur Umsetzung praktischer und/oder struktureller Maßnahmen führt, die die Prävention, Früherkennung und Behandlung von Depressionen nachhaltig verbessern, so wäre der Zweck dieses Berichtes erfüllt,

6 Anhang

Hintergrundinformationen

(Ausführungen zu den Lesehinweise)

6.1 Selbsttest Depression

So genannte Selbsttests ersetzen nicht die ärztliche Diagnosestellung. Sie können einer ersten Selbsteinschätzung dienen und in Zweifelsfällen die Motivation stärken, einen Arzt aufzusuchen. Es gibt verschiedene Selbsttests zu Depressionen, die auf unterschiedlichen Befragungsinstrumenten beruhen. Der folgende Test wird vom Kompetenznetz Depression angeboten. Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität ist ein bundesweites Netzwerk zur Optimierung von Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen und wird als Projekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Unter der Internet-Adresse http://www.kompetenznetz-depression.de/ können Sie diesen Selbsttest online durchführen und automatisch auswerten lassen.

Sie erhalten – je nach Anzahl und Kombination der von Ihnen mit ‚Ja' angeklickten Statements – eine der folgenden vier Antworten:

(Klicken Sie Nr. 10 alleine oder in Kombination mit anderen Statements an, so erhalten Sie immer die dringende Aufforderung, einen Arzt zu konsultieren.)

Ein Statement: *„Ihre Angaben weisen nicht auf das Vorliegen einer depressiven Erkrankung hin."*
Zwei oder drei Statements: *„Ihre Angaben weisen auf eine leichtere depressive Erkrankung hin. Sie sollten mit Ihrem Arzt über Ihre Beschwerden und Behandlungsmöglichkeiten sprechen."*
Drei bis sechs Statements: *„Sie sollten Ihren Arzt konsultieren. Ihre Angaben weisen auf eine behandlungsbedürftige Depression hin. – Übrigens: Depressionen sind in der Regel gut behandelbar."*
Sechs bis zehn Statements bzw. Nr. 10 allein oder in Kombination: *„Sie sollten auf jeden Fall möglichst bald Ihren Arzt konsultieren. Ihre Angaben weisen auf eine ausgeprägte Depression hin. – Übrigens: Depressionen sind in der Regel gut behandelbar."*

Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen unter

		Ja	Nein
1	Gedrückter Stimmung		
2	Interesselosigkeit und/oder Freudlosigkeit, auch bei sonst angenehmen Ereignissen		
3	Schwunglosigkeit und/oder bleierner Müdigkeit und/oder innerer Unruhe		
4	Fehlendem Selbstvertrauen und/oder fehlendem Selbstwertgefühl		
5	Verminderter Konzentrationsfähigkeit und/oder starker Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen		
6	Starken Schuldgefühlen und/oder vermehrter Selbstkritik		
7	Negativen Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit		
8	Hartnäckigen Schlafstörungen		
9	Vermindertem Appetit		
10	Tiefer Verzweiflung und/oder Todesgedanken		

Angelehnt an ICD-10/V (F); © Prof. Hegerl, Klinik und Polyklinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Leipzig. Sprecher und Koordinator des Kompetenznetzes Depression

6.2 „Melancholie“, „Depression“, „erschöpftes Selbst“ - zur Geschichte einer psychischen Erkrankung

Der Begriff ‚Depression’ als Bezeichnung für eine eigenständige Krankheit taucht erstmals Ende des 19. Jahrhunderts bei dem bekannten Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) auf. Kraepelin kennzeichnete damit das Krankheitsbild der bipolaren Depression, also das „zirkuläre Irresein“ mit dem Wechsel zwischen tiefer Niedergeschlagenheit und wahnhafter Manie. Es bezeichnete damals den Zustand schwerstkranker Patienten in den psychiatrischen Anstalten, deren ‚Schwermut’ so tiefgreifend ist, dass die Mimik, teilweise der gesamte Körper erstarrt ist und seelische Gefühllosigkeit bzw. völlige Leere erlebt wird. Diese Phasen werden häufig abgelöst von Phasen realitätsferner Euphorie und auch unauffälligen Phasen. Die Krankheit galt aus Sicht der mit Kraepelin aufkommenden biologisch orientierten Psychiatrie als „endogen“ (von innen kommend, unabhängig von äußeren Erlebnissen), d.h. nicht aus den lebensgeschichtlichen Erfahrungen des Patienten erklärbar, meist angeboren und damit überwiegend als nicht heilbar.

Mit seinem Depressionskonzept und –begriff wandte sich Kraepelin gegen eine nicht-empirisch ausgerichtete, ‚verstehende’ Psychologie, die sich zunächst weigerte, den Terminus Depression zu verwenden und an den klassischen, schillernden, im wissenschaftlichen Sinne unexakten, Begriffen ‚Melancholie’ und ‚Schwermut’ festhielt. Ihr ging es darum, die Frage nach dem Sinn und Gehalt der seelischen ‚Niedergedrücktheit‘ (deprimere, lat.: niederdrücken) nicht aufzugeben. So spricht auch Freud von ‚Trauer und Melancholie’ (1916) und die Psychoanalyse teilweise bis heute von ‚*neurotischer* Depression’ oder ‚depressiven *Neurosen*’, womit auf den Entstehungskontext der Depressivität hingewiesen wird. Denn aus psychoanalytischer Sicht bezeichnet der Begriff Depression nur eine Erscheinungsform, also ein Symptom und nicht die zugrunde liegende seelische Ursache selbst, die, weil sie dem Bewusstsein nicht zugänglich ist, nicht direkt erkennbar ist, jedoch als im Prinzip erforsch- und heilbar aufgefasst wird.

Im Denken Freuds und der Psychoanalyse entsteht psychische Störung aus einem innerseelischen, verdrängten und damit unbewussten Konflikt. Klassischerweise trifft das triebhafte kindliche Wesen, vermittelt über die Familie, auf eine autoritäre, hierarchische Gesellschaft, die ihre Mitglieder über Verbot und Disziplin sozialisiert. In der Anpassung daran reagiert das Kind mit Triebabwehr und –unterdrückung und errichtet gleichzeitig ein strenges Überich – Motor des späteren Schuldgefühls, das, stark ausgeprägt, zu einem zentralen Bestandteil der Depression, der ‚Krankheit der Schuld‘ wird, wie Freud sie auch bezeichnete. Die typischen starken Selbstzweifel und die destruktive Selbstkritik des Depressiven sind Ausdruck von Kränkungen, Beschämungen und Enttäuschungen durch frühere Bezugspersonen, die nicht adäquat zu verarbeiten waren. Die innere Lösung vom enttäuschenden Objekt gelingt nicht ausreichend, der zur Depression Disponierte bleibt mit ihm identifiziert. Das bedeutet, dass der Hass, der ursprünglich dem enttäuschenden Objekt galt, auf das eigene Ich gerichtet, verdrängt und in Form massiver Selbstanklagen und Selbstentwertung vom eigenen Ich aufrecht erhalten wird. Daraus entsteht die Melancholie, die pathologische Form der Trauer. Die Psychoanalyse begreift Depression also von ihrer Entstehung her und fasst sie psychodynamisch, d.h. als Ergebnis eines Konflikts in der Auseinandersetzung des triebhaften, körperhaften Individuums mit

den sozialen und gesellschaftlichen Anforderungen. In den 50er und 60er Jahren gewann die Psychoanalyse ihren größten Einfluss auf die Psychiatrie.

Mit dem Begriff der *endogenen Depression* Kraepelins, der *reaktiven oder exogenen Depression* (d.h. ein äußere Belastungserlebnis wird als primärer Auslöser gesehen) und der Freud'schen *neurotischen Depression* galt für mehrere Jahrzehnte ein dreigegliedertes Depressionskonzept. Mit Entdeckung der ersten Psychopharmaka und ihrer antidepressiven Wirkung sowie der Entwicklung der neurologischen Forschung nach dem Zweiten Weltkrieg begann sich der Blick auf Depression zu verändern. Mit dem Antidepressivum Amitryptilin gelang es der Pharmafirma Merck in den 60er Jahren, Depression als behandlungsbedürftige Massenerkrankung zu etikettieren.[199] Die Erfolge der Pharmakotherapie begünstigten im Streit der Schulen die „Rebiologisierung des Psychischen" (Ehrenberg 2004). Zunehmend wurde auf Modelle der Ursachenerklärung von Depressionen zugunsten atheoretischer, beschreibender Ansätze verzichtet. Dies schlug sich auch in den psychiatrischen Klassifikationssystemen nieder, die sich zunehmend auf die Beschreibung typischer Symptomkonstellationen beschränkten. Als Depression gilt nun ein bestimmter Grad an affektiver Verstimmung und/oder Antriebsschwäche. Da diese Phänomene mit den neueren Psychopharmaka pharmakotherapeutisch gut beeinflussbar sind, wurde Depression damit zu einer behandelbaren Krankheit wie jede andere. Vielmehr ist sogar die Tendenz zu beobachten, anstelle einer Ursachenerklärung nun umgekehrt spezifische körperliche Störungen, die medikamentös beeinflussbar sind – Schlafstörungen, Appetitverlust, verminderte Aktivität – als Anzeichen einer Depression zu definieren; Kritiker spotten, die Definition der Depression reduziere sich nun darauf, eine Krankheit zu sein, die auf Antidepressiva reagiert.

Mit Aufkommen der modernen, potenten und relativ nebenwirkungsarmen Antidepressiva, der SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, siehe auch unter 6.7) dehnt sich der Krankheitsbegriff ‚Depression' erneut aus und antidepressive Medikamente werden als Mittel einer multifunktionalen individuellen Verhaltensregulierung angepriesen[200]. Antidepressiva machen fit für den Wettbewerb – Erschöpfung, Unlust, Frustration, Passivität und niedergeschlagene Stimmungen gehen nicht mehr konform mit den Ansprüchen der globalisierten, funktionsorientierten Gesellschaft. So haben Antidepressiva einen wichtigen Stellenwert im Rahmen des allgemeinen „pharmakologischen Neuroenhancements"[201] eingenommen, der medizinisch nicht indizierten Verabreichung von Medikamenten zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und psychischen Befindlichkeiten bei als gesund geltenden Menschen. Dabei geht es vor allem um Verbesserung der Gedächtnisleistungen, Steigerung der Aufmerksamkeit, Stimmungsaufhellung oder Reduktion des Schlafbedürfnisses im Rahmen von Schule, Studium, Beruf und Militär. In diesem Sinne finden Antidepressiva auch

[199] Jurk, C. (2007, S. 356
[200] So werden in der Werbung für das SSRI Prozac folgende Indikationen aufgelistet: Depressive Stimmungen, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gewichts-/Appetitschwankungen, Mangel an Konzentration, Verlangsamung, Unruhe, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, Todesgedanken.
[201] Schäfer, G., Groß, D. (2008)

Eingang in das Sport-Doping[202]. In den USA werden SSRI inzwischen bereits als Wellness-Mittel beworben und eingesetzt.[203]
Insgesamt ist mit dem Aufkommen der SSRI die Nachfrage nach pharmakotherapeutischer Behandlung der Depression stark gestiegen und die ärztliche Verschreibungsschwelle gesunken.

Dass Depressionen heute zu einer Zeitkrankheit, zu einem universalen Phänomen geworden sind, hängt nach Ansicht des Soziologen A. Ehrenberg[204] mit eben diesem Anspruch an das Individuum zusammen, jederzeit funktionieren zu sollen, und zwar als ‚seines eigenen Glückes Schmied'. In der Depression drücke sich „die Müdigkeit des Subjekts aus (..), das sich unentwegt aufgefordert sieht, daran zu arbeiten, ein souveränes Selbst zu werden."[205] Hierauf reagiert es mit Erschöpfung, Versagen, Hemmung, Demotivation und mangelnder Initiative. Nach Ehrenberg stützt sich die heutige Gesellschaft nicht mehr auf Disziplin und Verbot (wodurch in Anlehnung an Freud die Neurose produziert wird), sondern vielmehr auf Autonomie des Subjekts, Selbstverwirklichung, Initiative, persönliche Entfaltung und Wahlfreiheit. Diese Ansprüche an die eigene Verantwortung in der Welt der unendlichen Möglichkeiten überfordern das Subjekt und produzieren Unsicherheit, Hemmung und Ängste, die eigenen Ideale nicht zu erreichen. Nach Ehrenberg präsentiert sich daher die Depression heute nicht mehr als Gefühl der Schuld im Kontext eines Konfliktmodells (was *darf* ich tun?), sondern als Gefühl der Insuffizienz im Sinne eines Defizitmodells (*kann* ich das tun?).

[202] „... diese Pillen machen dich härter. (..) Du fühlst dich dann besser, dein Kopf arbeitet anders. Wenn sie neben dir eine Bombe hochgehen lassen würden, du würdest nichts mitbekommen", so der Rad-Profi Jesus Manzona. In: „Wer nicht dopt, fliegt raus", Stern 26/2007
[203] Olfson et al. (1998); Glaeske (2006)
[204] Ehrenberg, A. (2004)
[205] Will, H. (2005), S. 1015

6.3 Zur Klassifikation psychischer Erkrankungen

Krankheiten werden im Rahmen der ärztlichen Diagnosestellung klassifiziert und verschlüsselt und gehen als solche in die Statistiken ein. Diese sind die Basis für die Beobachtung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung und als solche Grundlage für Forschung, Gesundheitsplanung, Gesundheitspolitik. Nur mit Hilfe eines international gültigen Klassfikations-Codes kann das Krankheitsgeschehen regional, national, EU- und weltweit langfristig beobachtet und verglichen werden.
In den Klassifikationssystemen sind die für die Diagnose zwingend vorgeschriebenen Symptom-, Verhaltens-, Leidens- und psychosozialen Merkmale beschrieben, die vorliegen müssen, um die Vergabe der Diagnose zu rechtfertigen.
Weltweit haben sich zwei Systeme zur Klassifikation psychischer Störungen etabliert: Zum einen die von der Weltgesundheitsorganisation WHO für alle Krankheiten entwickelte International Classification of Diseases[206] (ICD – inzwischen in der 10. Revision), zum anderen das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), derzeit in der vierten Revision. Seit 1996 steht eine deutsche Publikation des DSM zur Verfügung.
In beide Klassifikationssysteme geht inzwischen kein ätiologisches Konzept mehr ein; d.h. früher übliche Kategorien wie ‚endogen', ‚neurotisch' ‚reaktiv' o.ä., die psychische Erkrankungen nach ihrer Ursache zu klassifizieren suchen, wurden zugunsten einer an der Symptomatik orientierten Sichtweise aufgegeben. Dies erlaubt u.a. eine sicherere Identifikation von Depressionen über die Kulturen und Ethnien hinweg.
Das DSM-IV als ursprünglich nationales Klassifikationsinstrument basiert auf spezielleren diagnostischen Kriterien als die ICD, was ihn für die epidemiologische Forschung interessanter macht.[207] Außerdem berücksichtigt er im Unterschied zur ICD-10 geschlechtsspezifische Unterschiede. Die ICD hingegen berücksichtigt auch die interkulturelle Perspektive. Die diagnostischen Kriterien bei der ICD sind außerdem etwas weiter gefasst, was z.B. zur Folge hat, dass weniger Depressions-Fälle als beim DSM-IV mit der Restkategorie „nicht näher bezeichnete Depression" klassifiziert werden.[208]
Beide Klassifikationssysteme sind teilweise, aber nicht völlig kompatibel. Die im DSM-IV so genannte Major Depression z.B. findet ihre Entsprechung in der ICD am ehesten in der Diagnose mittelschwere und schwere depressive Episode (F32.1 und F32.2). Die Daten in diesem Bericht basieren überwiegend, wenn nicht anders angegeben, auf der internationalen Klassifikation (ICD), da den Statistiken in Deutschland meist die ICD zugrunde liegt.

Im Hinblick auf die Darstellung von Entwicklungen im Zeitverlauf ergibt sich ein Problem aus der im Jahr 1999 erfolgten Umstellung der ICD 9 auf ICD 10, das gerade auch bei der Klassifikation von Depressionen relevant ist: So erfolgt die Zuordnung von Depressionen in der ICD 10 vorrangig Symptom-orientiert, wo-

[206] Der ICD-Schlüssel ist im Internet unter www.dimdi.de verfügbar.
[207] Auch der Zusatzsurvey Psychische Störungen des Bundesgesundheitssurvey 1998 klassifiziert nach dem DSM.
[208] Hegerl 2001, S. 9

hingegen die ICD 9 Depressionen noch danach unterschied, ob sie Psychosen, Neurosen oder aber keiner der beiden Erkrankungsgruppen zuzuordnen sind. So können teilweise Depressionen in der ICD 9 erst auf der untersten, der vierstelligen Ebene überhaupt als solche identifiziert werden. Insofern sind die Diagnosen nach den beiden Klassifikationsversionen nur eingeschränkt vergleichbar. Verlässliche Aussagen zur Entwicklung der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen im Zeitverlauf können sich daher nur auf den Zeitraum ab 2000 beziehen.

Die Gliederungsstruktur für psychische Störungen nach ICD 10

Die ICD 10 basiert auf einer viergliederigen Systematik: Sie listet insgesamt 21 Krankheits- bzw. Diagnosegruppen auf; die Psychischen Erkrankungen unter Punkt V werden unter dem Titel „Psychische und Verhaltensstörungen“ gefasst und unter den Ziffern F00 bis F99 subsumiert. Diese Gruppe enthält folgende 11 Untergruppen, die sich in weitere Untergruppen untergliedern:

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die im Zusammenhang mit Depressionen interessierenden „Affektiven Störungen“ unterteilen sich in weitere sieben Gruppen[209]:

Affektive Störungen (F30-39)

Diese Gruppe enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

[209] Die folgenden klein gedruckten Passagen sind Textauszüge aus der ICD 10.

F 30: Manische Episode

Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung (F31.-) zu klassifizieren.

F 31 Bipolare affektive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifiziere.

F 32 Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

F 33 Rezidivierende depressive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, daß ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

F 34 Anhaltende affektive Störung

Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

(F 35-37 Keine Eintragungen)

F 38 Andere affektive Störungen

Hierbei handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien F30-F34 in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen.

F 39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Affektive Psychose o.n.A.

Der vorliegende Bericht bezieht sich i.d.R. auf die dritte Gliederungsebene, und zwar hierbei auf die Diagnosen ‚Depressive Episode' und ‚Rezidivierende depressive Störung', also F 32 und F33, die quantitativ als die wichtigsten affektiven Störungen gelten. Die unterste, vierte Ebene unterscheidet vor allem nach Schweregraden und sei hier nur der Vollzähligkeit wegen aufgelistet, bei F 32 z.B.:

F32.0 Leichte depressive Episode
F32.1 Mittelgradige depressive Episode
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8 Sonstige depressive Episoden
(F32.5-32.8 nicht aufgeführt)
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

6.4 Schwierigkeiten bei der Diagnostik von Depressionen – Zur Interpretation von Prävalenzzahlen

Ein grundsätzliches Problem bei Daten aus Routinestatistiken, die sich auf Diagnoseschlüssel beziehen, besteht in einer relativ uneinheitlichen Handhabung der Klassifikationsinstrumente. Während bei epidemiologischen Erhebungen i.d.R. von einer weitgehend standardisierten Anwendung definierter Diagnosekriterien ausgegangen werden kann, beruhen z.B. Krankenkassendaten auf den Angaben der behandelnden Ärzte. Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen kann von einer relativ hohen Varianz in der Diagnosestellung ausgegangen werden, beispielsweise

- was die Interpretation beschriebener Symptome als psychiatrische Störung betrifft (häufig ‚inszenieren' Patienten eine psychische Problematik über die Schilderung somatischer Beschwerden, was jedoch nicht erkannt wird);
- was die Schwelle betrifft, wann den vorgetragenen Beschwerden Krankheitswert zuerkannt wird;
- was die Zuordnung zu den einzelnen Untergruppen betrifft; so finden sich z.B. Depressionen häufig in Verbindung mit Angststörungen – ob nun die „affektive Störung" (Depression) oder die „Neurotische, Belastungs- und somatoforme" Störungsform dominiert, ist für psychiatrisch nicht ausgebildete Ärztinnen und Ärzte nicht immer einwandfrei zu entscheiden;
- welche Art (z.B. unipolar/ bipolar, mit/ohne psychotische Symptome) und welcher Schweregrad (leicht: F32.0, mittelgradig: F32.1, schwer: F32.2 und F32.3) einer Depression zuzuweisen ist.

So liegen zwar seit den 90er Jahren recht zuverlässige und trennscharfe diagnostische Kriterien für depressive Störungen vor, aus epidemiologischer Sicht wird jedoch kritisiert, dass sie noch keinen breiten Eingang in die klinische Praxis in Deutschland gefunden haben.[210]

Die Validität von Routinestatistiken, die auf ärztlichen Diagnosen beruhen, ist also - besonders im Bereich der psychischen Störungen – eingeschränkt. Daten, die epidemiologischen Studien entstammen, sind in dieser Hinsicht verlässlicher, da sie i.d.R. mit standardisierten Erhebungsinstrumenten und einheitlich geschultem Interview-Personal arbeiten. Nachteil bei der Erhebung ist, dass das Interview-Personal i.d.R. nicht über die langjährige klinische Erfahrung und den differenzierten ‚diagnostischen Blick' eines Psychiaters oder Psychotherapeuten verfügt, der den Patienten, seine Krankengeschichte und soziale Lebenswelt länger kennt und möglicherweise auch sprachlich nicht kommunizierte, unbewußte Aspekte wahrnehmen kann.

Die erste und bis dato aktuellste umfassende Abschätzung der Größenordnung psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung wurde 1998 im Rahmen des Bundesgesundheitssurvey (BGS), Zusatzsurvey Psychische Störungen vorgenommen. Hierzu wurde eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung[211] mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens[212] durch klinisch erfahre-

[210] [210] Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006), S. 15

[211] Die Erhebung bezog nur Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahre ein. Daher liegen in diesem Rahmen keine Aussagen zu Depressionen bei Älteren vor.

ne, geschulte Psychologen befragt. Nach diesen Ergebnissen ist die Häufigkeit psychischer Störungen fast doppelt so hoch wie in den frühen 80er Jahren vermutet und stimmt mit internationalen Befunden überein.[213]

In jüngster Zeit wurde auf der Basis der erst seit 2004 bei den Krankenkassen verfügbaren ambulanten Diagnosedaten Prävalenzberechnungen vorgenommen.[214] Jedoch sind beide Studien – einmal abgesehen von den unterschiedlichen Erhebungsmethoden – nur bedingt vergleichbar. Es ist zunächst zu erwarten, dass die Sekundäranalysen der Krankenkassendaten zu geringeren Depressionsraten als der BGS führen, da sie nur diejenigen von einer Depression Betroffenen erfassen, die sich in ärztliche/ psychotherapeutische Behandlung begeben haben, wohingegen Analysen, die auf Bevölkerungsbefragungen beruhen, auch diejenigen einschließen, die nicht ärztlich/psychotherapeutisch diagnostiziert wurden und unbehandelt bleiben bzw. Behandlungsformen außerhalb der von der GKV zugelassenen Verfahren wählen. De facto sind die von der GEK ermittelten Prävalenzzahlen jedoch geringfügig höher[215], was sich zum einen mit dem Anstieg der Depressionsraten im höheren Alter erklären lässt, der Gruppe, die im BGS ausgeschlossen war. Zum anderen wurden verschiedene Klassifikationssysteme zugrunde gelegt: Der BGS bezog sich auf die Major Depression nach DSM IV, der am ehesten die Untergruppen ‚mittelgradige' und ‚schwere' Depressionen bei F32 und 33 der ICD entsprechen. Die GEK-Untersuchungen hingegen beziehen sich auf F32, F33 der ICD, diese umfassen auch die leichteren Depressionsformen, so dass die Prävalenzraten etwas höher ausfallen. Außerdem kann die achtjährige zeitliche Differenz zwischen den beiden Untersuchungen eine Rolle spielen: Alle Routinestatistiken weisen auf einen Anstieg der Depressionsdiagnosen in den letzten Jahren hin, so dass höhere Prävalenzraten in neueren Studien nicht überraschen.
Prävalenzraten sind also auf dem Hintergrund ihrer Erhebungsmethode - Bevölkerungsbefragung versus Sekundäranalyse von Diagnosedaten – sowie im Hinblick auf die zugrunde liegenden Klassifikationssysteme zu interpretieren.

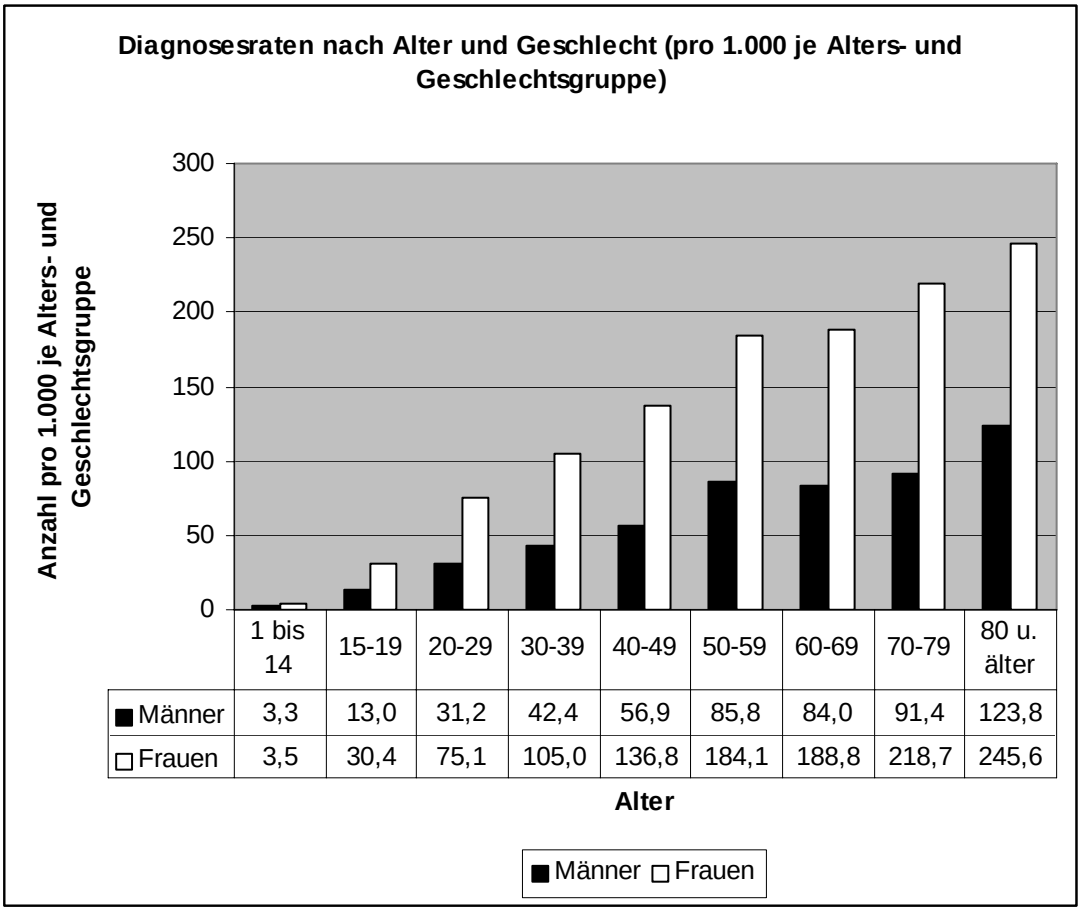
Ein weiteres Problem bei der Diagnostik depressiver Störungen liegt in einer gewissen Geschlechterinsensibilität des Diagnoseinstruments. So wird heutzutage z.B. angenommen, dass Männer, die nur ungefähr halb so häufig eine depressive Diagnose erhalten wie Frauen, systematisch untererfasst werden, da die spezifisch männlichen Symptome und Ausprägungen der Depression – externalisierendes Verhalten mit erhöhtem Reizbarkeit- und Aggressionspotential, Alkohol- und Nikotinabusus etc. – von der ICD nicht adäquat erfasst werden. Siehe dazu im einzelnen unter Kapitel 6.7.

---

[212] Die mittlere Dauer der Interviews betrug 45 Minuten. Das Befragungsinstrument Composite International Diagnostid Interview Schedule – CIDI – „erlaubt eine Erfassung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen gemäß den Kriterien von ICD 10 und DSM IV, einschließlich der Einschätzung von Beginn, Dauer und Verlauf der Syndrome sowie des klinischen und psychosozialen Schweregrades und daraus resultierender Komplikationen." Außerdem werden „das Hilfesucheverhalten bei Ärzten und anderen, die Medikamenteneinnahme" sowie körperliche Faktoren und Erkrankungen erfaßt. (Wittchen, H.-U. et al. (1999), S. 217. Siehe zum Studiendesign auch Wittchen, H.-U., Müller, Storz, S. (1998)
[213] Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U-. (2004), S. 739.
[214] Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (2006), GEK-Report 2007
[215] Prävalenzrate nach der GEK-Studie: 9% der Gesamtbevölkerung in 2006; Prävalenzrate nach BGS 1998: 8,3% der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren.

6.5 Depressionen bei Kindern/Jugendlichen und bei alten Menschen

Das Auftreten von Depressionen variiert über die Lebensspanne. So werden voll ausgeprägte Depressionen bei Kindern relativ selten diagnostiziert (Erkrankungsrisiko: 3,4% bei unter 15-Jährigen); der erste deutliche Anstieg findet sich bei Jugendlichen ab 15 Jahre, insbesondere bei Mädchen (15-19-jährige Jungen: 13%, 15-19-jährige Mädchen: 30%). Mit dem Alter steigt das Erkrankungsrisiko weiter an, zwischen 50 und 69 Jahre bleibt es in etwa auf gleichem Niveau und nimmt im Alter erneut zu. Bei den 85-89-Jährigen erreichen die Diagnoseraten ihren Höchstwert: bei Männern liegt er bei 135,9 pro 1000, bei Frauen bei 246,9 pro 1000 je Alters- und Geschlechtsgruppe. Weibliche Personen sind in allen Altersgruppen – bis auf Kinder unter 15 Jahren - deutlich häufiger betroffen als männliche.



	1 bis 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 u. älter
Männer	3,3	13,0	31,2	42,4	56,9	85,8	84,0	91,4	123,8
Frauen	3,5	30,4	75,1	105,0	136,8	184,1	188,8	218,7	245,6

Abbildung 24: Diagnoseraten bei Depressionen (F32, F33) in der deutschen Bevölkerung, nach Alter und Geschlecht (Anzahl pro 1.000 Einwohner je Alters- und Geschlechtsgruppe). – Nach: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007, S. 299

Im Folgenden werden einige spezifische Aspekte zu Depressionen für die Altersphasen Kindheit/Jugend und Alter beleuchtet, die in diesem Bericht ansonsten nur am Rande behandelt werden.

Kindheit und Jugend

Für viele psychischen und psychiatrischen Störungsbilder, die z.T. erst im Erwachsenenalter manifest werden, wird angenommen, dass ihre Ursache und der Entstehungsbeginn in der Kindheit liegt. Dies deckt sich auch mit den Aussagen vieler Patienten, deren Depression im Erwachsenenalter diagnostiziert wurde, dass sie Probleme im Gefühlserleben bereits im Kindesalter wahrgenommen haben, denen jedoch im familiären Umfeld kein Krankheitswert zugesprochen wurde.
Depressive Störungen gelten jedoch als häufige und ernst zu nehmende Probleme dieser Altersphase.[216] Die Ergebnisse der jüngst publizierten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert-Koch-Instituts (KiGGS)[217] weisen darauf hin, dass im Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen eine Verschiebung von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Störungen zu beobachten ist und deuten auf eine „neue Morbidität", „die vorrangig von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt ist."[218] Insgesamt wurde bei 22% der Kinder und Jugendlichen eine psychische Auffälligkeit festgestellt, ca. 10% waren deutlich auffällig. Im Vordergrund standen Ängste, Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen.[219]
Studien[220] zeigen, dass 3-15% der Jungen und 11-32% der Mädchen bis zum jungen Erwachsenenalter mindestens eine depressive Episode durchlaufen haben. In der Vorpubertät bei insgesamt niedriger Prävalenz sind Jungen und Mädchen gleichermaßen betroffen[221]; in der mittleren Pubertät steigen die Raten insgesamt an, wobei dieser Anstieg bei den Mädchen wesentlich deutlicher ist.

Affektive Störungen äußern sich bei Kindern häufig in einer anderen Symptomatik als bei Erwachsenen, nämlich z.B. nicht nur in der typischen negativ gefärbten Affektivität (Traurigkeit, Apathie, reduziertes Interesse an sozialen Bindungen und Beziehungen sowie an der Umweltexploration etc.), sondern auch in Aggressivität und anderen Verhaltensstörungen, in Ängsten, erhöhter Irritierbarkeit und somatischen Beschwerden.[222] Sie sind daher teilweise schwierig als depressive Störungen zu erkennen. Gleichzeitig ist zu beachten, dass gerade im Kindes- und Jugendalter vorübergehende Angst- und Traueraffekte und auch andere ‚negative' Gefühle wie Scham und Schuld sowie ein phasenweise labiles Selbstwertgefühl zur normalen, gesunden Entwicklung des Kindes gehören. Eine gesunde seelische Entwicklung kann sich nicht anders als in Auseinandersetzung mit Frustrationen und Konflikten, also innerhalb unterschiedlicher, z.T. gegensätzlicher und auch negativer Affekte vollziehen. (Siehe z.B. die so genannte ‚Acht-Monatsangst', die als Entwicklungsfortschritt betrachtet wird,

---

[216] Klitzing, v., Karl (2006)
[217] Bundesgesundheitsblatt (2007), Band 50, Heft 5/6. Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (2004)
[218] Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Studie und Leiterin der Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI, in: Neue Ergebnisse der Kinder- und Gesundheitsstudie. Die Ersatzkasse 6/2007
[219] Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2006)
[220] Siehe die bei Kühner angeführten Studien: Kühner, C. (2006), S. 193
[221] Essau, C.H., Petermann, U. (1995)
[222] Zur Veränderung depressiver Symptome bei Kindern im Entwicklungsverlauf siehe: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2003), S. 2.

insofern sie eine differenziertere Wahrnehmungsfähigkeit des Kindes von Verbunden- und Getrenntsein, von Ich und Nicht-Ich, von Vertrautem versus Fremdem anzeigt.) Ernsthafte, persistierende affektive Störungen sind daher sensibel von vorübergehenden ‚normalen', entwicklungsbedingten Krisen zu unterscheiden. Gerade Jugendliche in der Pubertät zeigen häufig Depressionstypische Symptome – häufig werden sie als zweifelnd, verschlossen, sozial zurückgezogen, grüblerisch, inaktiv beschrieben -, die als Kennzeichen dieser Entwicklungsphase gelten. Im Jugendalter ist es daher häufig schwierig festzustellen, ob eine Depression mit Krankheitswert vorliegt.

Da affektive Symptome wie Ängste oder depressive Verstimmungen in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen vom Säuglings- über das Kleinkind-, das schulische, adoleszente und Erwachsenenalter unterschiedliche Bedeutungen haben, sollte die Diagnostik im Kindes- und Jugendalter von einer entwicklungspsychologischen Denkweise geprägt sein, in welcher auffällige Symptome immer differenziert und im Kontext alterstypischer Entwicklungsverläufe betrachtet werden.
Es ist zu beobachten, dass frühe, diagnostizierte depressive Störungen – bei sich verändernder Symptomatik – ohne Behandlung häufig als solche andauern.
Ursachen depressiver Verstimmungen, insbesondere in den ersten drei Lebensjahren, werden häufig in einem ungenügenden psycho-emotionalen Beziehungsangebot durch die primären Beziehungspersonen verortet. Dies kann eine Folge dessen sein, dass die Betreuungspersonen selbst psychisch krank sind und z.B. an nicht erkannten postpartalen Depressionen, Psychosen oder Suchterkrankungen leiden, oder aber frühe und längerfristige Trennungen von den primären Bezugspersonen bzw. häufigere Wechsel erfolgt sind, so dass sich beim Kind eine reaktive Bindungsstörung entwickelt hat. Ebenso können akute kritische Lebensereignisse wie Trennung der Eltern, Verlust eines Elternteils, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen sowie Vernachlässigung eine Depression auslösen. Kinder verarbeiten schwierige Lebenssituationen jedoch individuell – in Abhängigkeit von ihren Schutzfaktoren wie stabilen familiären Beziehungen, dem weiteren sozialen Umfeld, Persönlichkeitsaspekten etc. - sehr unterschiedlich. Häufig sind beim Auftreten einer Depression mehrere Faktoren zusammengekommen, die für das jeweilige Kind mit seiner individuellen Vulnerabilität die Grenze des Erträglichen überschritten haben.
Die Therapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter sollte spezialisierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychiatern vorbehalten sein; es sollte ein multi-modaler Ansatz verfolgt werden, der sozialpsychiatrisch, psychotherapeutisch und bei ausgeprägtem Schweregrad auch psychopharmakologisch ausgerichtet ist.[223]

[223] ebd., S. 242. Siehe dazu auch: AWMF, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie: Depressive Störungen und rezidivierende depressive Störungen. http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/028-005.htm (31.08.2007)

Alter

Psychische Erkrankungen insgesamt sind im Alter nicht häufiger als in jüngeren Altersgruppen[224] – trotz der mit dem Alter zunehmenden Demenzerkrankungen, die auch zu den psychischen Erkrankungen zählen. Depressionen hingegen steigen im höheren Alter deutlich an.
Untersuchungen haben gezeigt, dass diverse Faktoren, die teilweise mit dem Alter assoziiert sind, das Risiko für eine Depression im Alter zwar erhöhen (Partnerverlust, körperliche Erkrankungen, schlechter Gesundheitszustand, Schlafstörungen, frühere Depressionen, weibliches Geschlecht), dass jedoch nicht das Alter an sich relevant ist. D.h. ein relativ gesunder hochaltriger Mensch, der z.B. mit dem Partner zusammenlebt, hat allein aufgrund seines Alters kein höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken als ein jüngerer.
Depressionen sind nach Demenzerkrankungen die zweithäufigste psychische Störung im Alter: 9,1% der 70- bis über 100-Jährigen sind davon betroffen.[225]
Wobei angenommen wird, dass die subdiagnostische psychiatrische Morbidität – besonders im Bereich der Depressionen - gerade im Alter von besonderer Bedeutung ist: hier geht es um psychopathologische Symptome, die für die Lebensqualität und für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bedeutsam sind, die jedoch unterhalb der Schwelle der gängigen Diagnosekriterien liegen. Nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie bestehen bei 18% der 70- bis über 100-Jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik.

Mit fortschreitendem Alter verringert sich die Vitalkapazität, was mit einem Rückgang der Funktionsreserve des gesamten Organismus und zunehmender Vulnerabilität verbunden ist. Daher steigt das Risiko für multiple körperliche Erkrankungen und Demenzen, für Funktionsverluste als Folgeprobleme der körperlichen Erkrankungen, die irreversible Behinderungen mit sich bringen können, und damit auch für Pflegebedürftigkeit.
Häufig treten Depressionen im Kontext körperlicher Erkrankungen auf, insbesondere chronischer Erkrankungen, die mit Schlafstörungen und Schmerzen einher gehen und die Mobilität und Autonomie einschränken. Eine enge Wechselbeziehung wurde zwischen Gefäßerkrankungen im Zusammenhang mit Schlaganfall und Herzinfarkt und Depression gefunden, allerdings sind die Beziehungen zwischen körperlicher Erkrankung und Depression komplex und multikausal.[226] Es konnte z.B. gezeigt werden, dass Depressionen den Verlauf cerebrovaskulärer Erkrankungen negativ beeinflussen, jedoch auch an der Entstehung von Gefäßerkrankungen ursächlich beteiligt sein können.

Sehr häufig ist im Alter die Kombination von Depression und Demenzerkrankung zu beobachten – teilweise ist dabei von einem zufälligen Zusammentreffen dieser beiden häufigsten Alterserkrankungen auszugehen, teilweise von einem wechselseitigen Bedingungsgefüge, das in der diagnostischen Abgrenzung häufig Schwierigkeiten bereitet.[227] Beide Erkrankungen werden in der Primärversorgung häufig nicht oder erst spät erkannt und nicht ausreichend behandelt. In Anbetracht der Häufigkeit und Schwere beider Erkrankungen, die

[224] Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2002), S. 18
[225] Mayer, K., Baltes, P. (Hg.) (1996)
[226] Albus, C., et al. (2005); Kales, H., Maixner, D., Mellow, A. (2005): Cerebrovascular diesease and late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 13:88-98
[227] Hegerl, I., Zaudig, M., Möller, H.J. (2001), S. 1ff

in fundamentaler Weise die Lebensqualität beeinflussen, ist hier das bestehende diagnostische und therapeutische Defizit besonders gravierend.
Neben der erhöhten körperlichen Vulnerabilität und dem höheren Risiko für entsprechende Einschränkungen und Behinderungen sind Menschen im Alter häufig von Verlusterfahrungen im sozialen Bereich betroffen: Partnerverlust, Rückgang des sozialen Netzes aufgrund von Alter und Tod, Rückgang der Eingebundenheit in soziale Aktivitäten und damit verbunden subjektiv erlebte Einsamkeit erhöhen das Risiko für eine depressive Erkrankung.
Im Alter ist die Suizidrate am höchsten, besonders Männer fallen hier auf (siehe dazu unter Kapitel 3.3.3). Da ein enger Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression belegt ist, besteht hier ein besonders großes Präventionspotential. Häufig werden Depressionen im Alter als normale Begleiterscheinung des Älterwerdens oder mit dem Alter verbundener Lebenskrisen betrachtet und damit als behandlungsbedürftige und behandelbare Erkrankung verkannt. Gerade bei Depressionen im Alter ist von einem nicht ausgeschöpften hohen Behandlungspotential auszugehen. So erlauben heute Innovationen bei nebenwirkungsärmeren Psychopharmaka die Behandlung einer größeren Anzahl älterer Patienten, und zwar mit ähnlich guten Erfolgen wie bei Jüngeren. Im Hinblick auf Psychotherapie, die im Alter als ebenso wirksam gilt wie in anderen Lebensabschnitten, ist die Unterbehandlung besonders ausgeprägt.[228] So konnte für Depressionen festgestellt werden, dass sich mit zunehmendem Alter der Behandlungsbedarf und die faktische Versorgungslage immer weiter auseinander entwickeln: Bis ca. 55 Jahre ist bei Männern und Frauen eine kontinuierliche Zunahme der Diagnoseraten festzustellen, die im anschließenden Jahrzehnt auf etwa gleichem Niveau stagniert, um ab ca. 65 Jahre erneut deutlich anzusteigen. Die Behandlungsraten (Psychotherapie), die im Alter von 25-29 Jahren bei Männern mit 12% und bei Frauen mit 17% der Betroffenen ihren Gipfel erreichen, sinken hingegen bereits ab dem mittleren Lebensalter (30-45 Jahre); ab 55 Jahre besonders deutlich. Ältere Menschen über 75 Jahre mit den höchsten Diagnoseraten erhalten nur mehr äußerst selten Psychotherapie - nämlich zwischen 0 und 0,3% der Betroffenen.[229]
Diese Tatsache steht in krassem Widerspruch zu Längsschnittuntersuchungen, die zeigen konnten, dass die Rückfallquote bei depressiven Störungen im Alter gerade durch kombinierte Therapien von Pharmako- und Psychotherapie drastisch reduziert werden konnte.[230] Daher ist die Bereitstellung psychotherapeutischer Kompetenz für ältere Menschen besonders zu fördern.

[228] Maercker, A., Enzler, A., Grimm, G., Helfenstein, E., Ehlert, U. (2005)
[229] Diagnoseraten (ICD F32, F33) und Anteil der Diagnostizierten mit Hinweis auf Psychotherapie in 2006. GEK-Gmündner Ersatzkasse (2007): GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung (2007), S. 161; Anhang Tabelle A 24
[230] Reynolds, C. et al. (1999)

6.6 Zur Geschlechtsspezifischen Differenz - Warum werden bei Frauen Depressionen häufiger diagnostiziert als bei Männern?

Bevölkerungsbezogene Daten zeigen, dass psychische Störungen in ihrer Gesamtheit bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig auftreten. Die Lebenszeitprävalenzen werden für Männer und Frauen mit 30% bis 60%[231] angegeben. Bei einzelnen spezifischen Störungen hingegen finden sich deutliche Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit: Während Männer wesentlich höhere Raten bei Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, antisozialer Persönlichkeit und Störungen der Impulskontrolle[232] aufweisen, werden bei Frauen affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und somatoforme Störungen deutlicher häufiger diagnostiziert. Insbesondere unipolar depressive Störungen sind bei Frauen wesentlich häufiger als bei Männern. Dies gilt auch im Kontext internationaler Studien. Während die absoluten Raten depressiver Störungen zwischen den einzelnen Ländern deutlich variieren, zeigen sich überall unabhängig von kulturellen und ethnischen Hintergründen höhere Raten bei Frauen als bei Männern. Bei Frauen ist der Anteil wiederholter depressiver Episoden höher als der Anteil derer mit einzelnen depressiven Episoden (6,1% versus 5,1%) – für Männer ist dies Verhältnis genau umgekehrt (2,9% versus 3,4%). Frauen erkranken also häufiger an Depressionen und erleiden auch häufiger wiederholte Episoden.

Teilweise wurden und werden diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit so genannten Artefakten erklärt, also Unterschieden, die nicht auf eine tatsächliche Differenz in der Erkrankungshäufigkeit zurückgehen, sondern auf andere, z.B. kulturell und sozialisationsspezifisch bedingte Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So wird z.B. angenommen, die höheren Erkrankungsraten bei Frauen könnten damit zusammenhängen, dass Frauen psychische Problemlagen eher ansprechen als Männer, dass sie eher Hilfe im Medizinsystem suchen und daher auch häufiger eine Diagnose erhalten, die dann statistisch erfasst wird. Depressive Symptome können von Frauen offenbar eher zugeben werden als von Männer, die mit der Diagnose Depression eine Stigmatisierung fürchten. (So haben z.B. Alkoholscreenings[233] gezeigt, dass Männer eher bereit waren, Alkoholprobleme zuzugeben, jedoch eine psychiatrische Etikettierung fürchteten, Frauen hingegen eher emotionale Probleme ansprechen konnten, jedoch die Stigmatisierung als ‚Trinkerin' vermeiden wollten). Eine weitere Hypothese geht davon aus, dass Frauen eine bessere Erinnerungsfähigkeit für negative affektive Zustände haben als Männer, was ihre Depressionsraten erhöhe. Außerdem werden die gängigen Diagnosesysteme wie z.B. die ICD 10 als gender-insensibel kritisiert, insofern sie stärker ‚weibliche' Depressionssymptome (z.B. Niedergeschlagenheit, Anhedonie) als ‚männliche' (z.B. Reizbarkeit) aufführten, was zu einer erhöhten Diagnostik bei Frauen führe. Studien[234] haben zum Teil die o.g. Artefakt-Annahmen in ihrer Bedeutung abgeschwächt bzw. widerlegt. Insgesamt sind Artefakte zwar bei der Analyse von Depressio-

[231] z.B. Ernst, , C. (2001)
[232] Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Walters, E. (2005)
[233] Allen et al. 1998
[234] Siehe bei Kühner, C. (2006), S.196ff.

nen zu berücksichtigen, doch gelten ihre Effekte insgesamt als zu klein, um das starke Überwiegen von Depressionen bei Frauen ausreichend zu erklären. „Wir müssen vielmehr davon ausgehen, dass es sich um ein reales Phänomen handelt.“[235]

Depressionen bei Frauen

Für die Überhäufigkeit von Depressionen bei Frauen werden eine Reihe von Faktoren diskutiert:

Genetik

Im Gegensatz zur populären Annahme einer geschlechtsspezifisch unterschiedlichen genetischen Disposition ist nach derzeitigem Forschungsstand das genetische Risiko, an einer Depression zu erkranken, für Männer und Frauen gleich hoch.[236] Allerdings wird angenommen, dass sich die psychopathologischen Wege hin zu einer Depression unterscheiden: Männer entwickeln bei der Entstehung einer Depression eher externalisierende, also nach außen gerichtete Syndrome, Frauen internalisieren eher.

Hormone

Im Hinblick auf die ebenfalls populäre These, die stärkere Depressionsneigung von Frauen mit hormonellen Einflüssen zu erklären, zeigen sich uneinheitliche Ergebnisse. Bzgl. der Pubertät beispielsweise weisen einige Studien positive, andere negative Befunde auf. In unterschiedlichen Kulturen und ethnischen Gruppen sind deutliche Unterschiede bzgl. des Zusammenhangs von Pubertät und Depressivität zu beobachten.[237] Phänomene pubertärer Adoleszenz lassen sich mit einfachen hormonellen Modellen nicht ausreichend erklären, vielmehr sind zu den biologischen ebenso psychologische, geschlechterrollenbezogene und soziale Faktoren heranzuziehen. So ist z.B. auch die unterschiedliche Reaktion der Umwelt auf körperliche Veränderungen bei pubertierenden Jungen und Mädchen zu berücksichtigen. Tendenziell scheint das Ausdifferenzieren der Geschlechtsrollen in der Adoleszenz für Mädchen mit größerem psychischen Stress verbunden zu sein als für Jungen, was sich z.B. in der größeren Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild sowie häufigeren interpersonellen Belastungen zeigt – beides Phänomene, die bei Mädchen stärker als bei Jungen mit Depressivität assoziiert sind.
Bzgl. der prämenstruellen Depressivität (prämenstruelles dysphorisches Syndrom – PDS), bei der eine erhöhte Sensibilität für Östrogen- und Progesteronkonzentrationen angenommen wird, weisen Studien eine wesentlich geringere Prävalenz nach als bisher angenommen (nämlich 1% bis 5%).[238] Außerdem wird inzwischen empfohlen, die prämenstruelle Depression als eigenständige diagnostische Kategorie von der Depression abzugrenzen, da sie sich in den Leitsymptomen wie auch in der Wirkweise der Medikation unterscheidet.[239]

---

[235] Kühner, C., a.a.O., S. 197
[236] Sullivan, P.F., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2000)
[237] Hyard, C., Gotlib, I., Schraedley, P., Litt, I. (1999)
[238] Ramcharan, D., Love, E., Fick, G., Goldfien, A. (1992)
[239] Landen, Eriksson (2003)

Von einer postpartalen Depression (PPD), also einem Stimmungstief in den ersten Tagen nach einer Entbindung, sind in einer milderen Form 30-70% aller Gebärenden betroffen. Sie klingen i.d.R. nach ein bis zwei Wochen wieder ab. 13% aller entbindenden Frauen entwickeln eine ausgeprägtere depressive Episode, 0,1-0,2% eine schwere Wochenbettpsychose mit Wahn und Halluzinationen, überwiegend von der Art einer manisch-depressiven Psychose. Was die postpartale depressive Episode betrifft, so sind – entgegen landläufiger Überzeugungen – die Raten bei nichtgebärenden Frauen gleichen Alters in etwa gleich hoch[240], was gegen eine primär hormonelle Ursache der postpartalen Depression spricht, bzw. hiervon ist nur ein kleiner Teil der Gebärenden betroffen. Hingegen gelten Depressionen in der Vorgeschichte und in der Schwangerschaft, fehlende soziale Unterstützung durch den Partner und das soziale Umfeld sowie belastende Lebensereignisse als am besten abgesicherte Risikofaktoren für eine postpartale Depression. Dies wird auch durch interkulturelle Studien bestätigt, in denen sich z.B. gezeigt hat, dass Mütter in Kulturen mit geringen PPD-Raten besonders intensive Unterstützung durch das soziale Netzwerk erfahren haben.[241] Generell ist bei der PPD von einem Zusammentreffen verschiedener, d.h. hormoneller, biochemischer, psychischer und sozialer Faktoren auszugehen.
Auch für die Zeit um den Eintritt der ***Menopause*** herum lässt sich kein überdurchschnittlich starker Anstieg von Depressionen nachweisen; allerdings haben Frauen mit früheren depressiven Episoden ein leicht erhöhtes Rückfallrisiko in der Menopause.[242] Außerdem fand diese Studie, dass Frauen mit depressiven Episoden in der Vorgeschichte früher in die Wechseljahre kommen als nicht belastete Frauen. Als Ursache für Depressionen im Zusammenhang mit Wechseljahren ließen sich eher psychosoziale Belastungsfaktoren als hormonelle Veränderungen belegen.[243]
Insgesamt gilt die Häufung von Fällen depressiver Episoden in Zeiten hormoneller Veränderungen als zu klein, um die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Betroffenheit ausreichend zu erklären.

Strukturelle Benachteiligung
Dass sich psychosoziale Stressoren auf die psychische Gesundheit negativ auswirken, ist nachgewiesen. An vorderster Stelle der Ursachen sind hier strukturelle Benachteiligungen wie Armut, geringer sozialer Status, Diskriminierung zu nennen, die mit geringerem Autonomieerleben und fehlender Kontrolle über Entscheidungsprozesse einhergehen. In den meisten Kulturen und Gesellschaften sind Frauen hiervon stärker betroffen. Amerikanische Studien zeigen z.B., dass allein erziehende Mütter, die in Armut leben, die höchsten Depressionsraten in der Bevölkerung aufweisen.[244] Für diese Gruppe ist das Risiko für schwere unkontrollierbare Lebensereignisse (z.B. körperliche und sexuelle Gewalt, abrupte Trennungen), für lang andauernde Belastungen (unsichere Wohnverhältnisse, Alleinverantwortung für die Kinder, unsicherer Arbeitsplatz, chronische Partnerkonflikte) erhöht. Hinzu kommt, dass das soziale Netzwerk, das als Schutzfaktor wirken soll, häufig selbst zu einer Quelle von Stress wird, da die

[240] Brockington,I. (2004)
[241] Miller, L. (2002)
[242] Harlow, B., Wise, L., Otto, M., Soares, C, Cohen L. (2003)
[243] Siehe zusammenfassend Alder, B. (2001)
[244] Coiro, M. (2001)

Mitglieder – häufig selbst alleinerziehende Mütter - strukturell ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind.
Neben der Versorgungsverantwortung gegenüber den Kindern tragen Frauen auch die Hauptlast bei der Pflege älterer, kranker Angehöriger. Die Depressionswerte sind bei Pflegenden – Männern wie Frauen - gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht; da Frauen jedoch wesentlich häufiger die Rolle der pflegenden Angehörigen übernehmen, sind sie vom Risiko reaktiver depressiver Belastung stärker betroffen.

Gewalt
Körperliche und sexuelle Gewalt sind eng assoziert mit der Entwicklung von Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, dissoziativen Störungen, Phobien, Substanzmissbrauch und Suizidalität.[245] Hiervon sind Frauen als Opfer wesentlich häufiger betroffen als Männer. In Deutschland erleben 13% aller Frauen in ihrer aktuellen Partnerschaft körperliche oder sexuelle Gewalt.[246] Mädchen sind einem doppelt so hohen Risiko für sexuellen Missbrauch in der Kindheit ausgesetzt wie Jungen. Außerdem entwickeln Frauen mit früherem sexuellem Missbrauch eher Depressionen, während Jungen, die in der Kindheit missbraucht wurden, eher mit Substanzabhängigkeit und Externalisierungsstörungen reagieren.[247] Es wird angenommen, dass körperliche und sexuelle Gewalt, die bis vor einigen Jahren noch wenig Beachtung in der Depressionsforschung fanden, einen Anteil der unterschiedlichen Betroffenheit von Depressionen zwischen Männern und Frauen erklärt.

Depressionen bei Männern

Männer erhalten durchweg seltener eine depressive Diagnose als Frauen und gelten allgemein als weniger risikogefährdet, an einer unipolaren Depression zu erkranken, als Frauen.[248] Dieser Befund überrascht jedoch, wenn man ihn mit den durchweg höheren Suizidraten von Männern in Beziehung setzt: sie sind in Deutschland drei Mal so hoch wie bei Frauen, obwohl nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird.[249]
Nach Erkenntnissen des englischen National Institute for Mental Health (NIMH) sind 90% aller Suizide eine unmittelbare Folge einer psychischen Erkrankung (affektive Störungen, Substanzmissbrauch, Schizophrenie). Dies lässt darauf schließen – und wird auch international und für Deutschland bestätigt[250] -, dass unipolare Depressionen bei Männern häufig unerkannt bleiben und daher nicht behandelt werden.

[245] Roberts, G., Lawrence, J., Williams, G., Raphael, B. (1998)
[246] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2004)
[247] Garnefski, N., Arend, E. (1998)
[248] Viele Untersuchungen belegen für Frauen ein zwei- bis dreimal höheres Risiko als für Männer, im Lauf ihres Lebens an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz). Siehe Kessler, R. et al. (1993)
[249] Möller-Leimkühler, A. (2006) , S. 216
[250] Wittchen, H.-U., Schuster, P., Pfister, H. et al. (1999), Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004)

Inzwischen wird – auf der Basis von soziologischen Befunden über Geschlechterrollen, Geschlechtsstereotypen[251] und die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Risiken für psychiatrische Diagnosen – die These einer „männlichen Depression“ diskutiert[252]. Danach entwickeln Männer bei einer zugrunde liegenden depressiven Problematik eine andere, ihrer sozialen Rolle angepasste Symptomatik[253] als Frauen. Diese ist deutlich externalisiert[254] (Aggression, intensive Ärgerattacken, Impulsivität, Unruhe und Agitiertheit, Alkohol- und Nikotinabusus, extreme Risikobereitschaft) und hat vor allem die Funktion, die mit der traditionellen sozialen Rolle ‚Maskulinität’ nicht vereinbaren, als weiblich geltenden Emotionen wie Ängste, Unsicherheit, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Schwäche abzuwehren bzw. durch als männlich geltende Verhaltensweisen überzukompensieren. Während bei Frauen, denen von den gesellschaftlichen Rollenbildern her Expressivität und Emotionalität zugeordnet wird (mit den Attributen passiv, angepasst, nachgiebig, vorsichtig, ängstlich, harmonisierend, abhängig, beziehungsorientiert etc.), ein emotionaler Umgang mit psychischen Leiden zugestanden wird, stehen Männer unter wesentlich höherem Druck, seelisches Leid nicht als solches zu fühlen und zu kommunizieren. Psychische oder emotionale Probleme sind bei Männern dementsprechend selten ein ärztlicher Konsultationsgrund und werden im Arztgespräch kaum thematisiert. Es ist bekannt, dass Männer psychische Probleme eher ‚somatisieren’.
Folgt man der These einer ‚männlichen Depression’, so bewirken die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Umgangsweisen mit seelischen Problemen also eine ‚Verschleierung’ der Depressionsproblematik – sowohl auf Seiten der Betroffenen wie auch auf Seiten ihrer Behandler. Verstärkt wird die Untererfassung der männlichen Depressivität durch eine geschlechtsbezogen verzerrte Diagnostik (Gender-Bias): Die ICD-Klassifikation erfasst eben vor allem die so genannten ‚weiblichen’, internalisierenden Symptome der Depression (Grübeln, Selbstvorwürfe depressive Verstimmungen, Antriebslosigkeit), wohingegen die typisch männlichen, Depressivität kaschierenden Symptome wie z.B. Aggressivität, Aktivismus, hoher Alkoholkonsum etc. nicht erfasst werden, was zu Unterdiagnostik von Depressionen und Fehldiagnosen bei Männern (in Richtung antisozialer Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit) führt.
Diese Tendenzen zur Verkennung der Depressionsproblematik bei Männern wird vor allem für die frühen Stadien der Erkrankung angenommen, denn die Kernsymptome einer ausgeprägten klinischen Depression unterscheiden sich bei Männern und Frauen nicht.[255]

---

[251] Studien belegen, dass trotz gesellschaftlicher Veränderungen im Hinblick auf rechtliche Gleichstellung und Teilhabe, z.B. in Bereichen wie Ausbildung und Arbeit, Geschlechtsstereotype erstaunlich resistent sind – sowohl über Zeiten wie auch über die verschiedenen Kulturen hinweg. Siehe z.B. Glick, P. et al. (2004); Alfermann, D (1996); Meuser, M. (1998)
[252] Möller-Leimkühler (2006), S.221. Das Konzept gilt als noch nicht ausreichend wissenschaftlich abgesichert, jedoch wird es durch eine Fülle von Ergebnissen aus der Gewalt- und Sozialforschung gestützt.
[253] Siehe die vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien für die ‚männliche Depression’ bei Pollack, W. (1998)
[254] Ein relativ neues Konzept, psychisches Leiden nach Dimensionen zu strukturieren, unterscheidet Externalisierung (verbunden mit Substanzabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung) als von Männern vorgezogenes und Internalisierung (mit Depression, Angst, Somatisierung, Hypochondrie assoziiert) als von Frauen bevorzugtes Verhalten, das sich als transkulturell stabil erwiesen hat. Siehe dazu Krueger, R., Chentsova-Dutton, Y., Markon, K., Goldberg, D. (2003)
[255] Wittchen et al. (1999); Wilhelm, K., Parker, G. (1994)

Gestützt wird die These, dass Männer in weit höherem Ausmaß als angenommen an unerkannten und unbehandelten Depressionen leiden, durch Studien in anderen kulturellen Kontexten: So zeigten sich z.B. in einer Jüdisch-Orthodoxen Gemeinde, in der Alkohol und Suizid tabuisiert sind, gleich hohe Depressionsraten und -symptome bei Frauen und Männern; ähnliche Ergebnisse zeigten sich für die Amish People, in deren Gemeinschaftsleben die sozialen Rollen von Männern und Frauen streng egalitär sind.
Allerdings sind im Bereich der Genderforschung durchaus Ergebnisse zusammengetragen worden, die einen höheren Schutz der männlichen Rolle vor Depressionen annehmen lassen:

- Bekanntermaßen wirkt sich Berufstätigkeit – traditionell zentraler Bestandteil männlicher Normalbiografie – positiv auf die psychische Gesundheit aus;
- Männer erleben weniger Doppelbelastungen durch Berufs- und Familienarbeit;
- die positiven, stabilisierenden Effekte der Ehe sind bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen;
- der männliche Körper und die männliche Psyche haben historisch bis heute eine geringere Medikalisierung[256] erfahren als der bzw. die weibliche;
- ein geringeres Körperbewusstsein und eine höhere Symptomtoleranz erhöhen die Schwelle zur Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen, damit reduzieren sich die diagnostischen Erfassungsraten

Der Stand der Forschung im Hinblick auf die geschlechtsspezifisch gleiche bzw. unterschiedlich hohe Betroffenheit von Depressionen und deren Erklärung ist derzeit noch nicht ausgereift genug, um diese Fragen befriedigend zu beantworten. Es lässt sich vermuten, dass Männer, die innerhalb der zugewiesenen und internalisierten sozialen Rollen ‚funktionieren', ein geringeres Risiko als Frauen haben, an einer Depression zu erkranken, da sie depressives Potential erfolgreich abwehren können. Männer hingegen, deren depressives Potential manifest wird, sind massiveren Versagenserfahrungen – sowohl vor dem eigenen Selbstbild wie in der Außenwelt - ausgesetzt; ihre ‚männlichen' Bewältigungsstrategien halten sie eher vom Hilfesystem fern, so dass die Erkrankung häufiger unerkannt und unbehandelt bleibt und damit das Risiko der Suizidalität steigt.
Es ist zukünftig eine wichtige Aufgabe, Depressionen, Depressionsrisiken und damit auch ein potentielles Suizidrisiko bei Männern frühzeitiger zu erfassen; dabei kann es sinnvoll sein, die Depressionskriterien geschlechtersensibel zu erweitern. Es sollten „männerspezifische Copingstrategien einer als typisch weiblich geltenden Erkrankung"[257] berücksichtigt werden und geschlechtsspezifische Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, die besonders Männer betreffen, gezielt abgebaut werden.

[256] Medikalisierung meint die Aneignung natürlicher Phänomene und Prozesse durch die Medizin, die diese pathologisiert und damit als therapiebedürftig definiert. Diskutiert wurde die Medikalisierung in den letzten Jahren z.B. am Beispiel von Schwangerschaft und Geburt (Pränatal-diagnostik) oder am Beispiel der weiblichen Wechseljahre (Hormonersatztherapie).
[257] Möller-Leimkühler (2006), S. 225

6.7 Antidepressiva

Antidepressiva gehören zur Gruppe der Psychoanaleptika; dies sind Wirkstoffe, die eine stimulierende Wirkung im Zentralnervensystem entfalten. Unter den Antidepressiva, die seit den 50er Jahren – in Folge der zufälligen Entdeckung der stimmungsaufhellenden Wirkung eines Mittels zur Tuberkulosebehandlung - im Einsatz sind, werden fünf Hauptgruppen unterschieden:

- Die älteste Gruppe der Antidepressiva, die Monoaminoxidase-Hemmer (MAO), die in der heutigen Pharmakotherapie nur noch eine geringe Rolle spielen;
- Die Gruppe der trizyklischen Antidepressiva, die zu den sog. Nichtselektiven Monoamamin-Wiederaufnahmehemmern (NSMRI) zählen;
- Die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI[258]);
- Pflanzliche Antidepressiva, die vorwiegend aus Johanniskrautpräparaten bestehen. Sie haben eine ähnliche Wirkung wie niedrig dosierte chemische Antidepressiva, zeigen aber Vorteile bei der Verträglichkeit;
- Unter dem Begriff „andere Antidepressiva“ werden verschiedene neue Wirkstoffe mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zusammengefasst.

Von besonderer Bedeutung waren in den letzten Jahren die SSRI: Während die Verordnungszahlen bei den trizyklischen Antidepressiva in der letzten Dekade in etwa gleich blieben (2006: 276 Tagesdosen) und die der Johanniskrautpräparate sanken (2005: auf ca. 30 Tagesdosen), ist bei den SSRI ein starker Anstieg zu verzeichnen: Zwischen 1995 und 2004 hat sich die Verordnungsmenge verzehnfacht von 25 auf 250 Mio Tagesdosen.[259] Dies wird u.a. damit in Verbindung gebracht, dass SSRI als nebenwirkungsärmer gelten, d.h. ihr toxisches Potential bei Überdosierung geringer ist und dass sie – zumindest die neueren SSRI – weniger Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen aufweisen. Gleichzeitig wird der Anstieg der Verordnungen damit in Verbindung gebracht, dass sie inzwischen für weitere psychiatrische Indikationsbereiche eingesetzt werden, so z.B. bei Panikattacken, generalisierten Angstsyndromen, Essstörungen, Zwangsstörungen und Phobien[260]. Hinzu kommen Vermutungen, dass diese Gruppe in den USA – für Deutschland ist dieser Trend (noch) nicht ohne weiteres erkennbar - zunehmend als „life-style“-Medikamente missbraucht werden, die auch in den Medien als „happy pills“ beschrieben werden[261].
Insbesondere der Anstieg der SSRI wird dafür verantwortlich gemacht, dass sich in den vergangenen 15 Jahren Antidepressiva zu der Gruppe der Psychopharmaka entwickelt haben, die am häufigsten verordnet wurde. Sie haben damit die Tranquilizer und Hypnotika, die bis Ende der 90er Jahre die verordnungsstärksten Psychopharmaka waren, abgelöst. Im Unterschied zu diesen gelten sie als nicht mit einem (körperlichen) Abhängigkeitspotential belastet. Allerdings werden seit Ende der 90er Jahre auch kritische wissenschaftliche Stimmen laut, die für die SSRI durchaus Probleme beim Absetzen nach Langzeiteinnahme diskutieren[262] und unerwünschte Nebenwirkungen wie Häufung

[258] SSRI steht für ‚Selective Serotonin Reuptake Inhibitor’.
[259] Glaeske, G., Janhsen, K. (2006), S. 186
[260] Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.) (2007), S. 826
[261] Olfson et al. 1998 ; Glaeske 2006
[262] Abhängig von Antidepressiva - Parallele zur Geschichte der Benzodiazepine? Arzneimittel-Telegramm, Informationsdienst für Ärzte und Apotheker. Nr. 2, 1998; Glaeske, G., Janhsen, K. (2006), S. 188

von Ängstlichkeit und Aggressivität und auch Suizidalität – also Symptome, deretwegen die Mittel ursprünglich verordnet wurden – in Studien nachgewiesen haben[263]. Nach Empfehlungen der Europäischen Arzneimittelagentur EMEA aus dem Jahr 2005 sollen für Kinder und Jugendliche keine SSRI mehr angewendet werden – abgesehen von zugelassenen Indikationen (diese besteht in Deutschland nur für Fluvoxamin bei Zwangsstörungen).
Weitere Studien bezweifeln das Ausmaß der Wirksamkeit der SSRI[264]. Insbesondere bei depressiven Patienten in allgemeinmedizinischen Praxen wird vermutlich die Wirksamkeit von Antidepressiva überschätzt.[265] Außerdem wird kritisiert, dass bislang kein Nachweis einer Dosis-Wirkungsrelation erbracht wurde, d.h. für die häufig angewandte Praxis, bei unzureichendem Effekt die Dosis zu steigern, liegen keine Anhaltsdaten vor.[266] Trotz jahrzehntelanger Anwendung sind also weder Wirksamkeit noch Sicherheit der SSRI ausreichend belegt (was teilweise auch für die trizyklischen Antidepressiva gilt.) Es wird empfohlen, den Stellenwert von Antidepressiva im therapeutischen Gesamtkonzept neu zu überdenken - insbesondere angesichts der Tatsache, dass eine suizidpräventive Wirkung für Antidepressiva nicht nachgewiesen ist.[267] Für die individuelle Verordnung wird in den neuen amerikanischen Richtlinien zur Antidepressiva-Therapie eine sorgfältige individuelle Nutzen-/Risiko-Analyse und eine enge Überwachung insbesondere bei Beginn und Absetzen der Medikamente empfohlen.[268]

[263] Donovan, S. et al. (2000)
[264] Antidepressiva: Lebensgefährliche Plazebos? Arzneimittel-Telegramm, Informationsdienst für Ärzte und Apotheker. Nr. 5, 1998, S. 46. – Siehe auch die jüngste Metaanalyse von Kirsch et al. (2008), die auch in Deutschland zu intensiven Reaktionen in den Medien geführt hat. Z.B. „Diskussion um die Wirksamkeit von Antidepressiva“, in: Deutsches Ärzteblattt, Jg. 105, Heft 10. „Wider die Glückspille!“, in: Die zeit, 27.2.2008. „Forscher bezweifeln Wirkung von Prozac“, in: Spiegel online, 26.2.2008. (Kirsch, I. Et al. (2008)
[265] Schwabe, U., Paffrath, D. (2007), S. 827
[266] Antidepressiva: Lebensgefährliche Plazebos? Arzneimittel-Telegramm, Informationsdienst für Ärzte und Apotheker. Nr. 5, 1998, S. 46
[267] Schwabe, U., Paffrath, D., a.a.O
[268] FDA 2005, siehe: http://www.fda.gov./cder/drug/antidepressants/default.htm

6.8 Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit - Strategische Orientierungen

Der 2005 verabschiedete Aktionsplan schlägt Mittel und Wege zur Entwicklung, Umsetzung und Durchführung einer umfassenden Politik für den psychosozialen Bereich in den Ländern der Europäischen Region der WHO vor. Die Gesundheitsminister der Länder erklärten sich bereit, diese Politik in ihre eigenen Strategien und Pläne für die psychosoziale Versorgung der kommenden fünf bzw. zehn Jahre einfließen zu lassen. Der Aktionsplan führt folgende zwölf Bereiche auf, für die er eine Skizzierung des Problemhintergrunds, konkrete Maßnahmenvorschläge sowie Etappenziele für die Jahre 2005 bis 2010 benennt[269]:

1. Psychisches Wohlbefinden für alle fördern.
2. Die zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen.
3. Gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen.
4. Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern.
5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten.
6. Gute Primärversorgung für psychische Gesundheit sichern.
7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam versorgen.
8. Partnerschaften über Sektoren hinweg errichten.
9. Ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen.
10. Verlässliche Informationen über psychische Gesundheit sichern.
11. Faire und angemessene Finanzierung bereitstellen.
12. Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen.

6.9 Übersicht über die Behandlungsformen bei Bremer Depressionspatienten, nach Alter und Geschlecht

Die folgende Tabelle zeigt, in welchem Ausmaß bei Versicherten mit der Diagnose Depression die Depression nicht behandelt bzw. medikamentös bzw. psychotherapeutisch behandelt wird, und zwar im Hinblick auf Alter und Geschlecht.

Keine Behandlung erhalten – davon sind von den Männern besonders die 38-57-Jährigen, von den Frauen die 58-77-Jährigen betroffen. Am seltensten gilt dies unter den Männern für die Hochaltrigen (78 Jahre und älter), unter den Frauen für die Jungen (18-37-Jähreige).

[269] Der Aktionsplan ist im Internet unter folgender Adressen verfügbar: http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc07.pdf

Eine rein medikamentöse Behandlung haben unter den Männern und Frauen besonders häufig die 58-77-Jährigen erhalten. Besonders selten wurden unter den Männern die Hochaltrigen, unter den Frauen die Jüngeren rein medikamentös behandelt.

Ausschließlich psychotherapeutisch wurden unter Männern und Frauen insbesondere die 38-57-Jährigen behandelt; besonders selten trifft dies für die Hochaltrigen (beiderlei Geschlechts) zu.

Eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie erhielten bei beiden Geschlechtern besonders häufig die 38-57-Jährigen, besonders selten die Hochaltrigen (beiderlei Geschlechts).

Tabelle 12: Behandlungsformen bei Bremer AOK-Versicherten mit Diagnose Depression (ICD F32, F33), nach Alter und Geschlecht, in 2006 - Anzahl und Anteil (in %) innerhalb der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe. – Primärdaten: AOK Bremen/Bremerhaven - Die Altersgruppen innerhalb eines Geschlechts, die die höchsten bzw. niedrigsten Anteile bei der jeweiligen Behandlungsform aufweisen, sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Behandlungsformen bei Bremer AOK-Versicherten mit Diagnose Depression, in 2006						
	Alter:	18-37 J.	38-57 J.	58-77 J.	>=78 J.	Gesamt
Ohne Therapie	Männer	476 (21)	818 (**36**)	760 (33)	239 (**10**)	2293 (100)
	Frauen	840 (**13**)	2115 (33)	2229 (**35**)	1168 (18)	6352 (100)
	Gesamt	1316 (**15**)	2933 (33)	2989 (**35**)	1407 (16)	8645 (100)
Nur mit Antidepressiva	Männer	199 (16)	521 (**41**)	440 (35)	99 (**8**)	1259 (100)
	Frauen	316 (**9**)	1039 (30)	1448 (**41**)	709 (20)	3512 (100)
	Gesamt	515 (**11**)	1560 (33)	1888 (**40**)	808 (17)	4771 (100)
Nur mit Psychotherapie	Männer	81 (34)	139 (**58**)	19 (8)	**0**	239 (100)
	Frauen	258 (31)	447 (**53**)	124 (15)	7 (**1**)	836 (100)
	Gesamt	339 (32)	586 (**55**)	143 (13)	7 (**1**)	1075 (100)
Antidepressiva und Psychotherapie	Männer	23 (23)	65 (**65**)	12 (12)	**0**	100 (100)
	Frauen	74 (22)	205 (**61**)	57 (17)	2 (**1**)	338 (100)
	Gesamt	97 (22)	270 (**62**)	69 (16)	2 (**0**)	438 (100)

Auch in regionaler Hinsicht sind Unterschiede festzustellen. So werden die Bremerhavener Depressionspatienten häufiger nicht behandelt als die Bremer, besonders häufig betrifft dies die Männer (Bremerhaven: 67%, Bremen-Stadt: 60%). Auch die Psychotherapieraten sind in Bremerhaven mit 4,1% niedriger als in Bremen-Stadt mit 5,8% (Frauen und Männer zusammengenommen).

Tabelle 13: Behandlungsformen bei AOK-Versicherten mit Diagnose Depression (ICD 32, 33), nach Region (Bremen-Stadt/Bremerhaven) und Geschlecht, in Prozent, in 2006. – Primärdaten: AOK Bremen/Bremerhaven.

Behandlungsformen – Bremen-Stadt und Bremerhaven im Vergleich, in %			
		Bremen-Stadt	Bremerhaven
Ohne Therapie	Männer	60	67
	Frauen	59	60
	Gesamt	59	62
Nur mit Antidepressiva	Männer	33	29
	Frauen	33	33
	Gesamt	33	32
Nur mit Psychotherapie	Männer	5	3
	Frauen	6	4
	Gesamt	6	4
Antidepressiva und Psychotherapie	Männer	2	1
	Frauen	2	2
	Gesamt	2	2

Bei dieser Übersicht ist zu berücksichtigen, dass nur die Anzahl der jeweiligen Behandlungsgruppen (z.B. alle Depressionspatienten mit Antidepressiva-Verordnung) aufgeführt werden, jedoch ohne direkten Fall-bezogenen Bezug zueinander (dies hätte deutlich größeren Aufwand für die Datenhalter erfordert). D.h. theoretisch ist es denkbar, dass ein Patient mit der Diagnose Depression eine antidepressive Verordnung erhielt, diese jedoch nicht gegen die Depression, sondern z.B. gegen Schmerzen verordnet wurde; oder dass er Psychotherapie erhielt, doch nicht primär aufgrund der Depressionen, sondern z.B. wegen Angststörungen, die er zusätzlich zu den Depressionen ebenfalls aufwies. Diese auf andere Erkrankungen bezogenen Behandlungen bei Depressionspatienten sind vermutlich zahlenmäßig als eher gering zu veranschlagen. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich beide Behandlungsformen, auch wenn sie möglicherweise nicht ursächlich wegen der Depression zum Einsatz kamen, therapeutisch auf die Depression auswirken.

6.10 Wie wurde die Befragung der Bremer Psychotherapeuten methodisch durchgeführt?

Bei der Befragung handelte es sich nicht um eine quantitative Untersuchung, bei der es i.d.R. darum geht, eine möglichst hohe Anzahl an Teilnehmern zu gewinnen, um die standardisierten, also für alle Befragten identischen Fragestellungen nach statistischen Methoden auszuwerten. Vielmehr ging es um eine qualitative Befragung, also eine Befragung, die ein Forschungsfeld – hier: ambulante Psychotherapie von Depressionspatienten im Land Bremen – von der inhaltlichen Seite näher erforschen möchte, also die Denk- und Handlungsweise der Betroffenen (hier: der Psychotherapeuten), die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit, die Konflikte und Verbesserungsbedarfe eruieren und das Handeln der Befragten unter diesen Bedingungen und aus ihrer Perspektive verstehen möchte.
Für diese Art explorative Studie ist daher eine geringere Anzahl an Probanden ausreichend, sofern die wichtigsten Gruppen – hier: in Bezug auf das Geschlecht (es sollten Männer und Frauen vertreten sein), auf die Region (Therapeuten aus Bremen und Bremerhaven) und die therapeutische Methode (Vertreter der Richtungen Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) – vertreten sind.

Für eine derartig angelegte Untersuchung ist ein schriftlicher Fragebogen ungeeignet; vielmehr ist die Form des – mehr oder minder strukturierten - Gesprächs vorzuziehen, insofern hier Erörterungen, Rückfragen, Einordnungen in Zusammenhänge etc. möglich sind, die einen inneren Sinnzusammenhang schaffen und tiefergehendes Verständnis ermöglichen.

Mit der Psychotherapeuten-Befragung wurde das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen beauftragt. Durchgeführt wurde sie von zwei methodisch erfahrenen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Kolip. Die Interviews wurden im Januar und Februar 2008 geführt und die Auswertung im März d.J. vorgelegt.
Befragt wurden insgesamt neun Psychologische Psychotherapeuten. Die Psychotherapeutenkammer Bremen, Selbstverwaltungs- und Vertretungsorgan für die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten[270], stellte den Wissenschaftlerinnen eine Liste von Psychotherapeuten zur Verfügung, aus denen schließlich neun für die Interviews rekrutiert wurden. Alle waren als Diplompsychologen mit diversen Zusatzausbildungen qualifiziert. Es handelte sich durchgehend um erfahrene Therapeuten; sie waren zwischen acht und 19 Jahren in eigener Praxis tätig. Die Gruppe der Befragten setzte sich folgendermaßen zusammen:

Praxisstandort		**Geschlecht**		**Alter**	**Therapieausrichtung**		
Bremen	Bremerhaven	Männer	Frauen	von - bis	TP	AP	VT
6	3	2	7	51-59 Jahre	3	3	3

[270] Die Psychotherapeutenkammer vertritt die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in ihren beruflichen Belangen. Die ärztlichen Psychotherapeuten, die in Bremen rund ein Viertel aller niedergelassenen Psychotherapeuten ausmachen, sind in der Ärztekammer vertreten.

Im Hinblick auf die Stadtteile (in Bremen-Stadt) wurde ebenfalls eine breite Verteilung angestrebt, um eine infolge des unterschiedlichen Klientels möglicherweise unterschiedliche Sichtweise zu erfassen: zwei Praxen befanden sich in der Region Ostertor/Steintor, zwei Praxen in Schwachhausen, eine Praxis im Bremer Westen und eine Praxis in Bremen Nord.

Für die Interviews war ein Gesprächs-strukturierender Leitfaden durch die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Kooperation mit dem IPP entwickelt worden. Die Interviews dauerten zwischen einer Dreiviertelstunde und eineinhalb Stunden.

6.11 Ergebnisse der Befragung niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten im Land Bremen zur ambulanten Versorgung depressiv Erkrankter

Ergebnisbericht des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Abt. 2, Prävention und Gesundheitsförderung (Kurzfassung).[271] - Projektleitung: Prof. Petra Kolip; Wiss. Mitarbeiterinnen: Bettina Baumgärtner, Oda von Rahden

Fragestellung und Konzeption

Im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurde vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) eine Befragung von im Land Bremen niedergelassenen PsychotherapeutInnen durchgeführt. Es sollten detaillierte Kenntnisse zu Umfang und Möglichkeiten der ambulanten Behandlung depressiver PatientInnen, sowie zu vorhandenen Kooperationsstrukturen zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen ermittelt werden.
Unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien Alter, Geschlecht, Praxisstandort und Therapieausrichtung wurden im Januar und Februar 2008 neun PsychotherapeutInnen rekrutiert und interviewt. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt, der folgende Kategorien umfasste:

- Entwicklung der Erkrankung Depression in der Bevölkerung
- Zugang zur Psychotherapie aus Sicht der Leistungserbringer
- Kooperation in der Versorgung
- Praktischer Handlungsbedarf

Zur Erfassung von soziodemographischen Angaben und Angaben zur therapeutischen Tätigkeit wurde ein Kurzfragebogen eingesetzt. Die Datenauswertung erfolgte durch eine inhaltliche Zusammenfassung der Aussagen anhand der aufgezeichneten Interviews.

Ergebnisse

Entwicklung der Prävalenzraten

Es wurde sowohl die Vermutung geäußert, dass die Depression heute ebenso häufig wie in früheren Jahren auftritt, als auch, dass es zu einer Zunahme der Erkrankung in den letzten Jahren gekommen sei. Kein Therapeut/keine Therapeutin beobachtete einen Rückgang der Depression.
Auch wurde von einer größeren Sensibilität bzw. Akzeptanz für psychische Erkrankungen auf Seiten der PatientInnen und Ärzte/Ärztinnen berichtet. Weiter wurde beschrieben, dass sich die Lebensumstände der KlientInnen verschlechtert haben und es zu einer Veränderung und Zunahme der Anlässe für eine Depression gekommen ist. Die Diagnosestellung durch die PsychotherapeutInnen

[271] Die Langfassung ist als download auf der homepage der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als Download verfügbar.
http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.1731.de

hat sich nach Einschätzung der befragten PsychotherapeutInnen nicht verändert.

Zugang zur Psychotherapie
PatientInnen kommen auf verschiedenen Wegen in die psychotherapeutische Praxis:

- nach Überweisung vom Hausarzt/Hausärztin oder Psychiater/Psychiaterin,
- vor Entlassung aus einer Klinik
- selbstständig mit Empfehlung aus dem Freundeskreis
- selten nach eigener Telefonbuchrecherche

Bei der Suche nach einem Therapeuten/einer Therapeutin sind viele PatientInnen nicht über die unterschiedlichen Therapieausrichtungen informiert und suchen dementsprechend ungezielt.
Alle PsychotherapeutInnen berichteten von einem Überhang an Anfragen zur Therapie. Es wurden Wartezeiten von einigen Wochen bis zu 1,5 Jahren angegeben. Durch Kontakte zu anderen PsychotherapeutInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen und KlinikärztInnen wird ein Teil der PatientInnen weiter vermittelt.
Ob und in welcher Form Wartelisten geführt werden, ist unterschiedlich. Der Verzicht auf eine Warteliste wurde unter anderem mit der Unzumutbarkeit des Wartens auf einen Therapieplatz für Personen mit einer Depression begründet. Kritisch wurde von mehreren TherapeutInnen angemerkt, dass weder Beratung noch Vermittlung abrechnungsfähig seien und dies möglicherweise dazu führe, dass einige TherapeutInnen diese Aufgabe mangels Anreiz nicht mehr übernähmen.

Kriterien der Platzvergabe
Die Befragung zeigte, dass die Kriterien, nach denen PsychotherapeutInnen frei werdende Plätze vergeben, individuell sehr verschieden sind und meist relativ variabel gehandhabt werden.
Alle PsychotherapeutInnen nehmen nur PatientInnen an, bei denen ein persönlicher Kontakt herstellbar ist. Weiterhin muss das Therapieverfahren angemessen sein. Aus Gründen der eigenen Psychohygiene wird bei der Platzvergabe darauf geachtet, eine möglichst große Symptomvielfalt in der Praxis zu haben. Dadurch werden DepressionspatientInnen mitunter zurück gestellt. DepressionspatientInnen, die in den letzen zwei Jahren bereits eine Therapie gemacht haben, werden eher ungern angenommen, da in diesen Fällen ein aufwändiges Antragsverfahren notwendig ist.

Unterversorgte Bevölkerungsgruppen
Eine Unterversorgung wurde von den PsychotherapeutInnen bei verschiedenen Personengruppen vermutet. Hierzu zählen Arbeitslose, Alleinerziehende, Arme, Alte, allein lebende Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund. Es wurde vermutet, dass in hausärztlichen Praxen sozial schlechter gestellte Menschen mitunter gar nicht als behandlungsbedürftig erkannt würden. Auch ist die Versorgungssituation in sozial schlechter gestellten Stadtteilen durch die geringere Anzahl an psychotherapeutischen Praxen unbefriedigend.

Bei Personen mit Migrationshintergrund wurden neben sprachlichen Barrieren kulturelle Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Psychotherapie vermutet.

Kooperation
Der Austausch mit anderen Berufsgruppen ist stark vom individuellen Engagement der einzelnen Personen abhängig. Es wurde berichtet, dass der Hausarzt/die Hausärztin regelmäßig in Form eines schriftlichen Berichts über den Therapieverlauf informiert würde. Die Zusammenarbeit mit HausärztInnen wird jedoch mitunter dadurch erschwert, dass PatientInnen ihre TherapeutInnen nicht von der Schweigepflicht entbinden. Eine klare Trennung der therapeutischen Instanz der PsychtotherapeutInnen von der einweisenden Instanz der ÄrztInnen wird angestrebt, um die Beziehung zum Patienten/zur Patientin nicht zu gefährden. In der Regel wird der Kontakt zum Arzt/Ärztin in Bezug auf etwaige Einweisungen oder Verschreibungen durch den Patienten/die Patientin hergestellt.
Eine gute und in Notfällen unbürokratische Zusammenarbeit mit Psychiatern/Psychiaterinnen, HausärztInnen und psychiatrischen Ambulanzen wird als Voraussetzung für die ambulante Versorgung depressiv Erkrankter angesehen.

Handlungsbedarf
Es besteht vor allem in drei Bereichen Handlungsbedarf:

- Aufklärung
- Struktur der Versorgung
- Kooperation

Da im Falle einer Depression häufig Ärzte die erste Anlaufstelle sind, wird eine bessere Aufklärung zu den Erscheinungsformen und Therapiemöglichkeiten der Depression gefordert. Auch scheint eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit notwendig, um das Bewusstsein über die Erkrankung in der Bevölkerung zu erhöhen und Hemmschwellen abzubauen.
Als dringendstes Problem in der Versorgungsstruktur erscheint die unzureichende Bereitstellung von Therapieplätzen besonders in den zentrumsfernen Stadtgebieten innerhalb Bremens und in Bremerhaven und die ungenügende Akutversorgung im Raum Bremerhaven. Die Versorgung von schwer Erkrankten scheint besonders erschwert durch die begrenzten Kapazitäten in den einzelnen Praxen und durch die starren Vorgaben des Gutachterverfahrens. Vorgeschlagen wurde die Einrichtung eines Case Managements und Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen.
Im Bereich der Kooperation wurden ein besserer Austausch zwischen den Therapierichtungen, eine bessere Vernetzung mit Kliniken und Ärzten, sowie eine verstärkte Kooperation mit Institutionen wie Arbeits- und Sozialamt angeregt. Eine Kooperations- und Vernetzungsleistung mit den verschiedenen beteiligten Akteuren sollte durch Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen honoriert werden.

Fazit

Sowohl bei ÄrztInnen als auch bei der Bevölkerung hat das Bewusstsein und das Wissen über die Erkrankung Depression zugenommen. Gleichzeitig deutet sich an, dass veränderte Lebensumstände zu einer Verschärfung der Problematik führen.

In den Interviews wurde als vorrangige Problematik bei der ambulanten Therapie von depressiv Erkrankten die Platzvergabe deutlich. Es stellt sich die Frage, ob die bestehende Bedarfsplanung, die für den Raum Bremen eine Überversorgung feststellt, die tatsächliche Situation wiedergibt. Die Frage, ob eine zentrale Therapieplatzvermittlung in Bremen ein sowohl für Betroffene als auch für TherapeutInnen handhabbares Medium für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung sein kann, wird in den Interviews unterschiedlich bewertet und sollte innerhalb der psychotherapeutisch arbeitenden Gemeinschaft diskutiert werden. Vor allem für die Versorgung von „unbeliebten“ Patienten ergibt sich Handlungsbedarf. Der mit komplizierten Fällen verbundene Arbeitsaufwand (wiederholte Gutachten in Verbindung mit möglicherweise gering eingeschätzten Heilungschancen, komplizierte Antragsverfahren, eventuelle Honorarausfälle bei ausgefallenen Stunden) wird als unzureichend finanziell honoriert empfunden und daher gescheut.

Folgende Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungslage wurden geäußert:

- eine flexiblere Handhabung in der Therapiegestaltung;
- eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Einrichtungen, die die therapeutische Ebene mit der Ebene der Lebensbewältigung und -strukturierung zusammenführen;
- ein verstärktes interdisziplinäres und interprofessionelles Denken und Bereitschaft zu Kooperation.

6.12 Was bedeutet Über-/Unterversorgung?

Der Maßstab für den Versorgungsbedarf an Fachärzten und Psychotherapeuten wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den so genannten „Bedarfsplanungs-Richtlinien“ festgelegt. Entsprechend den regionalen Einwohnerzahlen wird über die Anzahl der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen entschieden, die zur Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden. (Die Bedarfsplanung erfolgt durch den jeweiligen „Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ und wird durch die Zulassungsausschüsse für Ärzte bzw. Psychotherapeuten umgesetzt.) Nach den Richtlinien besteht ‚Überversorgung‘ bei einer Überschreitung des definierten Richtlinienwerts um 10% und mehr, ‚Unterversorgung‘ bei einer Unterschreitung um 25% bzw. 50% oder mehr. Im Fall von Überversorgung in einer Region und innerhalb einer bestimmten Facharztgruppe muss der Landeausschuss spezifische Zulassungsbeschränkungen anordnen bzw. aufheben.

Der Versorgungsgrad ist eine Kennziffer aus der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Diese ‚Bedarfsplanung‘ basiert nicht auf aktuellen epidemiologischen Erkenntnissen, sondern stellt eine Fortschreibung des Versorgungsstandes dar, insofern ist der Versorgungsgrad kein verlässliches Instrument zur Bewertung des realen, aktuellen Behandlungsbedarfs; er eignet sich jedoch u.a. zum regionalen Vergleich der Facharzt- bzw. Psychotherapeutendichte, wobei zwischen städtischen und ländlichen Räumen unterschieden wird.

Für die psychotherapeutische Versorgung wird der Versorgungsgrad für zwei Berufsgruppen berechnet:

1) Nervenärzte - hierunter fallen Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, andere Ärzte;
2) Psychotherapeuten - hierzu zählen überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Für die einzelnen Facharzt- oder Therapeutengruppen (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) erfolgt also keine eigene Bedarfsplanung, so dass z.B. eine für die gesamte Berufsgruppe ‚Psychotherapeuten‘ dokumentierte „Überversorgung“ durchaus eine faktische Unterversorgung in einzelnen Bereichen einschließen kann.

Die derzeitige regionale Verteilung von Psychotherapeuten, die insbesondere in den Großstädten mit einer rechnerischen Überversorgung einhergeht, ist in der Folge des Psychotherapeutengesetzes von 1999 entstanden, das für eine Übergangszeit eine bedarfsunabhängige Zulassung psychologischer Psychotherapeuten vorsah, d.h. alle entsprechend ausgebildeten, an einer Approbation interessierten Psychologen, die in einem gewissen Umfang in der psychotherapeutischen Versorgung von GKV-Versicherten tätig waren, konnten diese zum damaligen Zeitpunkt erhalten. Im Oktober 1999 wurde die zu diesem Zeitpunkt vorhandene Gesamtzahl der zugelassenen Psychotherapeuten als versorgungsdeckend bundesweit gesetzt, ein Ist-Zustand also schlicht zum Soll-Zustand erklärt.[272] Daraus ergaben sich in der Folge Gebiete, die nach den Be-

[272] Bereits 200/2001 wurde dieses Verfahren vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – ehemals Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – kritisiert: “Angesichts der aufgezeigten Probleme der bisherigen psy-

darfsplanungsrichtlinien als über- bzw. unterversorgt galten. Bremen-Stadt gilt seitdem als überversorgt mit Psychotherapeuten. Bremerhaven galt 1999 nicht als überversorgt, so dass sich dort weitere Psychotherapeuten niederlassen konnten. Da gleichzeitig für ärztliche Psychotherapeuten eine Mindestmenge von 40% der Plätze bereit gehalten werden musste, führte das dazu, dass im Jahr 2008 immer noch fünf ärztlich-psychotherapeutische Sitze in Bremerhaven nicht besetzt sind.
Derzeit haben die niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland einen Altersdurchschnitt von 55 Jahren, was bedeutet, dass der Großteil in den nächsten 15 Jahren aus der Versorgung ausgeschieden sein wird. Daher besteht „das Risiko, dass – gemessen an den Planungszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – eine jetzt stellenweise gegebene Überversorgung relativ schnell in eine Unterversorgung umschlägt, da dann nicht genügend Nachwuchs zur Verfügung steht bzw. die jetzt schon vorhandene Unterversorgung außerhalb der Großstädte noch verschärft wird.“[273].
Bei den Psychotherapeuten besteht außerdem ein gewisses Problem darin, dass ein Großteil der Psychotherapeuten – insbesondere Frauen in der Phase, in der sie Kinder versorgen - ihren „vollen Sitz“ nicht ausfüllen wollen oder können. Wird ein Sitz jedoch halbiert, so ist dies nicht auf Zeit, sondern nur endgültig möglich. Dies verhindert, dass Psychotherapeuten, die für gewisse Zeit nur in Teilzeit psychotherapeutisch tätig sind, Teile ihres Sitzes zur Verfügung stellen. Nach den Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes von 2006 ist es zwar inzwischen zulässig, auf die Hälfte des Versorgungsauftrags zu verzichten, d.h. einen halben Praxissitz zurückzugeben. Allerdings wird dies zur Zeit von den Psychotherapeuten nicht praktiziert, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl eine Veräußerung wie auch eine Neuausschreibung der zurückgegebenen halben Sitze verhindern müssen, wenn eine regionale Überversorgung vorliegt. Insofern bilden die ‚offiziellen’ Überversorgungszahlen nicht die Versorgungsrealität ab. U.a. damit erklärt sich auch das Phänomen, dass trotz zahlenmäßiger Überversorgung mit Psychotherapeuten, wie sie für Bremen besteht, realiter Versorgungsprobleme entstehen und schwer erkrankte Patienten bisweilen unzumutbar lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz in Kauf nehmen müssen.

---

chotherapeutischen Bedarfsplanung befürwortet der Rat den Ersatz des bisherigen Bedarfsplanungsmodells durch ein differenziertes indikatorengestütztes Modell.“ In: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), S. 174

[273] Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007: Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistungen, Perspektiven, S. 36

6.13 ‚Psycho'-Atlas – Verteilung der Psychiater und Psychotherapeuten im Land Bremen[274]

Die folgende Übersicht zeigt, in welchen Stadtgebieten besonders viele bzw. besonders wenige Fachleute für die Behandlung depressiv Erkrankter - nämlich Psychiater und Psychotherapeuten –- vertreten sind und wie viele Einwohner dementsprechend von einem Arzt/ Psychotherapeuten zu versorgen sind. Für Bremerhaven weist der Ärztenavigator keine Differenzierung nach Stadtteilen aus.

Standorte psychiatrischer und psychotherapeutischer[275] Praxen im Land Bremen

Die Stadt Bremen ist gegenüber Bremerhaven deutlich besser versorgt, was das Verhältnis zwischen Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten und Anzahl der Einwohner betrifft.

Stadtbezirk	Einwohner (EW)[276]	Psychiater[277]	EW pro Psychiater	Psychotherapeuten[278]	EW pro Psychotherapeut
Land Bremen	663.979	101	6.574	203	3.271
Stadt Bremen	547.934	92	**5.956**	182	**3.011**
Bremerhaven	116.045	9	**12.894**	21	**5.526**

Innerhalb Bremens besteht eine große Variationsbreite zwischen den einzelnen Stadtvierteln bzgl. der Dichte psychiatrischer/ psychotherapeutischer Praxen. Neben Mitte weisen Schwachhausen und Östliche Vorstadt als ‚gut-bürgerliche' Viertel mit einem hohen Anteil an Akademikern die höchste Praxisdichte auf; in sozial benachteiligten Quartieren wie Osterholz, Obervieland oder Blumenthal hingegen hat ein Psychiater/Psychotherapeut ein Vielfaches an Einwohnern zu versorgen. Stadtteile mit besonders vielen bzw. besonders wenigen Psychiatern/Psychotherapeuten sind in Fettschrift hervorgehoben.

[274] Quelle: Ärztenavigator der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Stand: 16.04.2008. Der Datenbestand dieses Arzt-Suchsystems umfasst alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven, die ihre Zustimmung zur Veröffentlichung erteilt haben. Siehe: http://www.bremen.de/sixcms/detail.php?template=01_aerztenavigator&_hauptid=551444&id=1487851. - Die Quelle liefert für die Fragestellung keine ganz exakten Zahlen: Zum einen sind Ärzte/Psychotherapeuten, die der Veröffentlichung nicht zugestimmt haben, nicht enthalten. Des Weiteren sind die privat abrechenden Ärzte/Psychotherapeuten enthalten, im Ärztenavigator jedoch nicht als solche ausgewiesen. Außerdem wird nicht angeführt, ob die jeweiligen Ärzte/Psychotherapeuten ihre Praxis mit vollem oder halbem Sitz führen. Trotz dieser Ungenauigkeiten kann von einer Unausgewogenheit in der regionalen Verteilung ausgegangen werden.

[275] Ohne Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

[276] Statistisches Landesamt, Stand: 31.12.2006

[277] Hier sind Fachärzte (FÄ) für Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie und FÄ für Nervenheilkunde eingeschlossen; FÄ für Psychotherapie und FÄ für Psychotherapeutische Medizin sind ausgeschlossen.

[278] Nur Psychologische Psychotherapeuten; sie machen im Land Bremen etwa 60% aller Psychotherapeuten aus, die ärztlichen machen knapp 40% aus.

Tabelle 14: Verteilung der Psychiater und Psychologischen Psychotherapeuten im Land Bremen sowie in den Stadtteilen in Bremen-Stadt. – Primärquelle: Ärztenavigator der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.

Stadt-bezirk	**Stadtteil**	**Einwohner** (EW)[279]	**Psy-chiater**[280]	**EW/Psy -chiater**	**Psychothe-rapeuten**[281]	**EW pro Psy-chotherapeut**
Mitte	Mitte	16.808	10	**1.681**	29	**580**
	Häfen	237	0	-	0	-
Mitte gesamt		17.045	10	1.705	29	588
Süd	Neustadt	43.192	6	7.199	16	2.700
	Obervieland	35.480	2	**17.740**	1	**35.480**
	Huchting	29.398	2	14.699	3	9.799
	Woltmers-hausen	13.752	**0**	**-**	**0**	**-**
Süd gesamt		121.822	10	12.182	20	6.091
Ost	Östliche Vorstadt	29.744	19	**1.565**	31	**959**
	Schwach-hausen	37.672	23	**1.638**	62	**608**
	Vahr	27.120	2	13.560	2	13.560
	Horn-Lehe	24.363	6	4.061	13	1.874
	Osterholz	37.883	2	**18.942**	1	**37.883**
	Hemelingen	41.734	2	**20.867**	2	**20.867**
Ost gesamt		198.516	54	3.676	111	1.788
West	Findorff	26.046	4	6.512	9	2.894
	Walle	27.469	3	9.156	1	**27.469**
	Gröpelingen	34.913	2	17.457	3	11.638
West gesamt		88.428	9	9.825	13	6.802
Nord	Burglesum	33.427	4	8.357	6	5.571
	Vegesack	34.271	5	6.854	2	17.136
	Blumenthal	32.061	**0**	**-**	1	**32.061**
Nord gesamt		99.759	9	11.084	10	11.084

[279] Statistisches Landesamt, Stand: 31.12.2006

[280] Hier sind Fachärzte für (FÄ) für Psychiatrie, FÄ für Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie und FÄ für Nervenheilkunde eingeschlossen; FÄ für Psychotherapie und FÄ für Psychotherapeutische Medizin sind ausgeschlossen.

[281] Nur Psychologische Psychotherapeuten; sie machen im Land Bremen etwa 60% aller Psychotherapeuten aus, die ärztlichen machen knapp 40% aus.

Die Verteilung bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sieht strukturell ähnlich aus; sie ist insofern gravierender, als die Zahl der praktizierenden Psychotherapeuten wesentlich geringer ist als im Erwachsenenbereich und dadurch in mehr als der Hälfte der aufgeführten Stadtteile gar keine Praxis vorhanden ist. Dies trifft besonders zu für sozial benachteiligte Regionen.
Für Kinder und Jugendliche aus ‚schwierigen Verhältnissen' ist der Mangel an Psychotherapeuten im Lebensumfeld besonders nachteilig. Sie müssen längere Anfahrten, noch dazu in die unvertrauten, ‚besser situierten' Viertel auf sich nehmen. Dies kostet Eltern und Kinder die Überwindung sozialer und räumlicher Distanz, Zeit und Geld und erhöht vermutlich die Schwelle zur Inanspruchnahme deutlich. Die Notwendigkeit, größere Kinder bzw. jüngere Jugendliche infolge der langen Wege außerhalb des Quartiers begleiten zu müssen, erschwert im übrigen die Aufnahme einer eigenständigen, von den Eltern unabhängigen Beziehung zum Therapeuten, die gerade für viele dieser Kinder von großer Bedeutung ist. Nicht zuletzt wäre die Kooperation zwischen Elternhaus, Schule, Kinderarzt und Psychotherapeut bei einer Verankerung im gemeinsamen sozialen Umfeld erleichtert.

6.14 Was ist Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie?

Der Hilfebedarf bei schwer psychisch Kranken ist in der Regel komplex: Sie leiden häufig gleichzeitig unter Ängsten, Unruhe und/oder Antriebsstörungen, Störungen der Ausdauer, der Belastbarkeit, der Unfähigkeit zur Tagesstrukturierung, einem eingeschränkten Realitätsbezug, der Einschränkung kognitiver Fähigkeiten, eingeschränkter Kontaktfähigkeit etc., so dass für eine gewisse Zeit Unterstützung auf vielerlei Ebenen nötig sein kann, um den Alltag zu bewältigen und die ärztliche Therapie sowie ein Mindestmaß an sozialer Integration aufrecht zu erhalten. Hier setzen APP und Soziotherapie an. Beide Leistungen müssen ärztlich verordnet werden – z.B. durch ein psychiatrisches Krankenhaus, den Sozialpsychiatrischen Dienst oder den niedergelassenen Arzt - und sind auf bestimmte Diagnosen beschränkt[282]; schwerpunktmäßig werden diese Leistungen von Patienten mit Affektiven Störungen und von Patienten mit Schizophrenien in Anspruch genommen. In der Regel vereinbaren Arzt, Fachkraft und Patient gemeinsam Behandlungsziele, die in einem Behandlungsplan dokumentiert werden. APP und Soziotherapie wollen die Selbsthilfepotentiale des Patienten unterstützen.

Ambulante Psychiatrische Pflege

APP bedeutet eine Erweiterung der häuslichen Krankenpflege (§37, SGB V) auf psychisch erkrankte Patienten. Sie kann von chronisch psychisch Kranken, von gerontopsychiatrisch Erkrankten, von psychisch Kranken mit gleichzeitigem Suchtmittelmissbrauch sowie von Menschen in akuten psychischen Krisen in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der Patient unter solchen psychisch bedingten Fähigkeitsstörungen leidet, dass eine selbstständige Alltagsbewältigung nicht möglich ist und diese auch nicht durch alleinige Medikamentengabe wiedererlangt werden kann. Bei der APP suchen Fachkräfte den Patienten zu Hause auf und unterstützen ihn bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Behördengängen u.a.. Auch Angehörige erfahren dadurch Unterstützung und Entlastung[283]. APP wird durch Fachkrankenpflegekräfte erbracht, die i.d.R. über eine sozialpsychiatrische Ausbildung und klinische Erfahrung verfügen. Die Verordnung kann durch einen Hausarzt erfolgen, wenn die Diagnose fachärztlich abgesichert ist.

---

[282] Aus fachlicher Sicht wird die seit langem geforderte Erweiterung der häuslichen Krankenpflege auf psychisch Kranke begrüßt; allerdings wird die Einschränkung auf einen engen Diagnosekreis kritisiert, die z.B. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder mit Traumata vom Zugang zu niedrigschwelliger Behandlungspflege ausschließt. Siehe: Faulbaum-Decke (2005), S. 33

[283] Eine Bremer Krankenkasse hat in einer internen Untersuchung festgestellt, dass bei psychisch Kranken, die durch ambulante Fachkrankenpflege betreut werden, auch für die Angehörigen Effekte erzielt werden: So hat sich z.B. die Häufigkeit der Arztbesuche der Angehörigen reduziert gegenüber der Vergleichskohorte, bei der die Patienten keine APP/Soziotherapie erhielten. (Mündl. berichtet)

Soziotherapie
Der Schwerpunkt der Soziotherapie liegt vor allem auf dem Erhalt der compliance, damit auch schwer kranke Patienten im ambulanten Status verbleiben können und Effekte der „Drehtürpsychiatrie“ vermieden werden. Die Patienten werden dazu motiviert, die ärztliche Behandlung aufrechtzuerhalten, die ärztlichen Empfehlungen zu akzeptieren und selbständig umzusetzen. Das kann Unterstützung bei der regelmäßigen Einnahme der Medikamente bedeuten oder auch Begleitung zu Arztterminen bei Menschen, denen es schwer fällt, das häusliche Umfeld zu verlassen, oder die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, Zeitstruktur und Termine wahrzunehmen.
Die Leistungen sind auf maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren beschränkt. Sie müssen von Fachärzten für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde verordnet werden. Soziotherapie wird i.d.R. von Fachkrankenpflegern für Psychiatrie oder Sozialarbeitern/Sozialpädagogen mit psychiatrischer Weiterbildung und klinischer psychiatrischer Erfahrung erbracht.
Die Qualifikationsanforderungen gelten als sehr hoch, seit Einführung der Soziotherapie in 2002 wurden nur relativ wenige Bewerber trotz mehrjähriger psychiatrischer Berufspraxis anerkannt.[284] Die rigide Zulassungspraxis seitens der Krankenkassenverbände erschwert die Bereitstellung der erforderlichen Anzahl an Leistungserbringern, so dass diese Maßnahme von vielen Trägern nicht angeboten werden kann.

[284] Bei der Anerkennung wird u.a. ein Nachweis über drei Jahre psychiatrischer Berufspraxis gefordert, von denen ein Jahr im psychiatrischen Krankenhaus und ein Jahr in einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung erbracht werden muss. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Bewerber i.d.R. entweder in einem Krankenhaus oder in einer ambulanten Einrichtung tätig waren.

7 Zusammenfassung

Die folgende Kurzfassung fasst Ziele, Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Berichts zusammen.

7.1 Zur gesundheitspolitischen Bedeutung von Depressionen

Depressionen gelten als häufige Erkrankung, wurden jedoch lange Zeit unterschätzt. Unter den psychischen Erkrankungen stellen sie weltweit das häufigste Störungsbild dar. Es wird daher allgemein von der „Volkskrankheit Depression“ gesprochen.

Neben der Häufigkeit dieser Erkrankung und der mit ihr verbundenen starken Beeinträchtigung der Lebensqualität tragen weitere Aspekte zu der hohen gesundheitspolitische Bedeutung von Depressionen bei:

- die Häufigkeit und Schwere der gesundheitlichen Folgeerkrankungen – ***mit Depressionen sind z.B. vermehrte somatische Erkrankungen, hohe Arbeitsunfähigkeitsraten und steigende Frühberentungen verbunden;***
- *die hohe Mortalität* - ***etwa 15% der schwer depressiv Erkrankten begehen Suizid;***
- die hohen Kosten für das Gesundheitssystem – ***Depressionen liegen kostenmäßig im Größenbereich anderer chronischer Volkskrankheiten wie z.B. Diabetes oder Rheuma.*** Was die indirekten Kosten betrifft, wie sie durch Arbeitsausfall, Frühberentungen, suizidbedingte Sterblichkeit u.a. verursacht werden, so stehen Depressionen an zweiter Stelle unter allen psychischen Erkrankungen, die insgesamt 10% aller Gesundheitskosten in Deutschland ausmachen;
- die nach wie vor hohen Unterdiagnostizierungs- und Nichtbehandlungsraten der Erkrankung – ***nur etwa die Hälfte der von Depressionen Betroffenen steht im Kontakt mit dem Gesundheitssystem.***

7.2 Ziel des Berichts

Der vorliegende Bericht will eine Abschätzung der quantitativen Bedeutung der Problematik ‚Depression’ für das Land Bremen vornehmen. Dazu werden - quasi exemplarisch für die psychischen Erkrankungen - die regional verfügbaren Daten aus verschiedenen Datenquellen zusammengetragen. Zum einen wird bilanziert, welche gesundheitsbezogenen Leistungen von Patienten mit Depressionen in Anspruch genommen wurden. Zum anderen werden die Einrichtungen des Gesundheitssystems, die Depressionspatienten versorgen, vorgestellt, um einen Überblick über das Bremer psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssystem zu geben.
Um den thematisch interessierten Leserinnen und Lesern den Einstieg in einen ‚datenlastigen’ Bericht zu erleichtern, werden im Anhang inhaltliche Hintergrundinformationen rund um das Thema Depression präsentiert.
Die Ergebnisse des Berichts sollen mit den Akteuren vor Ort diskutiert, als Basis für die Entwicklung von kooperativen Maßnahmen genutzt und in dieser

Weise zur Verbesserung der Versorgungssituation der von Depressionen bedrohten oder betroffenen Bremer Bevölkerung beitragen.

7.3 Ergebnisse

Für eine grobe Aussage über die Häufigkeit depressiver Erkrankungen im Land Bremen werden die Bevölkerungsbefragung des Bundesgesundheitssurveys 1998, Zusatzsurvey Psychische Erkrankungen – nach wie vor wichtigste Datenbasis für Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen in Deutschland - sowie Analysen von Krankenkassendaten (u.a. GEK 2007) herangezogen und die bundesdeutschen Prävalenzzahlen auf das Land Bremen hochgerechnet. ***Demnach sind 12,8%, das sind im Land Bremen rund 54.000 Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, von Depressionen mit Krankheitswert betroffen*.**

Wo die Datenlage es erlaubt, werden die Bremer Zahlen mit den bundesweiten Daten in Beziehung gesetzt, um einen Vergleich zu ermöglichen. Außerdem wird, wenn möglich, eine Entwicklung der Daten im Zeitvergleich präsentiert. ***Bremen unterscheidet sich im Hinblick auf die Problematik Depression demnach nicht wesentlich vom Bundesdurchschnitt.***
***In fast allen Bereichen lassen sich in den letzten Jahren für Depressionen steigende Zahlen der Diagnostizierung und Behandlung beobachten*.**

Die Zahlen in diesem Bericht sind in der Regel nach Alter und Geschlecht differenziert aufbereitet. Dabei wird deutlich: ***Depressionen sind ein universales Phänomen, sie finden sich bei Männern und Frauen, Alten und Jungen. Allerdings zeigt sich in allen Bereichen, dass Frauen gegenüber Männer überrepräsentiert sind – etwa im Verhältnis 2:1.***
***Im Alter werden wesentlich häufiger als in jüngeren Jahren Depressionen diagnostiziert, allerdings sind die Behandlungsraten bei älteren Depressionspatienten, insbesondere mit Psychotherapie, ausgesprochen niedrig*.**

Bzgl. der **Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen** durch Depressionspatienten wurden folgende Datenquellen genutzt:

- Routinestatistiken wie z.B. die *Krankenhausdiagnosestatistik* gibt Auskunft über die Häufigkeit stationärer Behandlungen mit der Diagnose Depression: ***Danach ist in den letzten Jahren bei den Affektiven Störungen, deren Hauptform die Depression ist, ein Anstieg von knapp 50% zu verzeichnen*.**

- Daten der *Kassenärztlichen Vereinigung* zeigen, ob Depressionen in den niedergelassenen Praxen häufiger als früher diagnostiziert werden und welche Fachärzte diese Erkrankung vorwiegend behandeln: ***Im ambulanten Bereich ist in den letzten 5 Jahren ein Anstieg der Depressionsdiagnosen und –behandlungen von 25% festzustellen. Etwa die Hälfte aller Depressionsdiagnosen geht auf den hausärztlichen Bereich zurück; die ärztliche Behandlung von Depressionen geschieht***

also primär durch Hausärzte, gefolgt von Nervenärzten (27%) und Gynäkologen (13%).

- Aus den regionalisierten Daten von *Krankenkassen* wird ersichtlich, wie die Bremer Ärzte Depressionen behandeln, also in welchem Verhältnis Pharmako- und Psychotherapie angewandt werden: ***Etwa ein Drittel der Depressionspatienten wird medikamentös, rund 8% wird psychotherapeutisch behandelt. Insgesamt erhalten nur etwa 40% der Patienten mit der ärztlichen Diagnose Depression überhaupt eine Therapie; bei 60% wird keine der anerkannten Therapieformen – Pharmakotherapie oder eine der drei zugelassenen Formen der Psychotherapie – angewandt*.**

- Die *Krankenkassendaten* geben auch Aufschluss darüber, wie häufig Bremer Erwerbstätige aufgrund von Depressionen krank werden und wie lange die Arbeitsunfähigkeit dauert: ***Pro Jahr sind bei etwa 8% der Erwerbstätigen, die unter Depressionen leiden, die Depressionen so gravierend, dass sie arbeitsunfähig werden. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen, bei denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit – über alle Diagnosen hinweg - bei durchsschnittlich 13,7 Tagen pro Jahr und Patient liegt, ist bei Depressionen mit 43 Tagen eine sehr lange Arbeitsunfähigkeitsdauer zu verzeichnen*.**

- Daten der Rentenversicherung geben Aufschluss darüber, wie häufig depressiv erkrankte Bremer Erwerbstätige aus dem Berufsleben ausscheiden müssen und frühberentet werden: ***Während bundesweit die Frühberentungen über alle Krankheiten hinweg in den letzten Jahren zurückgegangen sind, sind Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen angestiegen; depressionsbedingte Frühberentungen zeigen sogar einen überdurchschnittlichen Anstieg*.**

Diese Ergebnisse verlangen nach Deutungen, die sich aus deskriptiven Daten jedoch nicht ohne weiteres erschließen lassen. Der in allen untersuchten Bereichen zu beobachtende Anstieg der Depressionsdiagnosen ist mit großer Wahrscheinlichkeit nur mehrdimensional zu erklären. Als Haupteinflussfaktoren werden folgende Aspekte vermutet:

- das Stigma ‚psychisch krank' hat sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten relativiert; Angst- und Schamgefühle, Depressionen als solche anzuerkennen und sich selbst und der Außenwelt gegenüber zuzugeben, haben sich verringert, so dass Betroffene sich häufiger und zu einem früheren Zeitpunkt an das Hilfesystem wenden. Dadurch erhalten mehr Betroffene eine Diagnose und gehen damit in die Statistik ein.
- Ärzte sind durch Aus- und Fortbildung besser aufgeklärt als früher und erkennen Depressionen daher genauer und früher; dadurch steigen die Depressionsdiagnosen.
- Die in den letzten Dekaden gestiegene Arbeitslosigkeit, die gerade auch in Bremen und besonders Bremerhaven auf relativ hohem Niveau liegt, verstärkt erwiesenermaßen Depressionen. Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit erhöht deutlich das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Aber auch die Angst vor Arbeitsplatzverlust und sozialem Abstieg,

wie er mit den steigenden prekären Arbeitsverhältnissen verbunden ist, erhöht die Depressionsraten in der Bevölkerung.
- Die Bedingungen am Arbeitsplatz, die von steigender Arbeitsverdichtung, Mobilitäts- und Flexibilitätsdruck sowie Konkurrenz bis hin zu Mobbing gekennzeichnet sind, erodieren wesentliche Bedingungen für seelische Gesundheit – nämlich sozialen Zusammenhalt, Anerkennung, Sicherheit und Verlässlichkeit - und erhöhen damit für mehr Menschen das Risiko, Depressionen zu entwickeln.

Die Datenlage im Bereich psychischer Erkrankungen ist – insbesondere auf regionaler Ebene – unterentwickelt. Dies gilt ganz besonders für den Bereich Psychotherapie. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat daher eine Befragung der Psychotherapeuten im Land Bremen in Auftrag gegeben mit dem Ziel, Informationen zum Zugang depressiv erkrankter Patienten zu Psychotherapie, zu Wartezeiten, zu Kooperationsformen der Psychotherapeuten mit andren Behandlern u.a. zu erhalten. Die Ergebnisse machen Handlungsbedarf deutlich:
- depressiv Erkrankte aus unteren sozialen Schichten, aber auch aus anderen Bevölkerungsgruppen wie Migranten, Alleinerziehenden oder Alten sind psychotherapeutisch unterversorgt.
- Insbesondere bei schwer depressiv Erkrankten fehlt es an Möglichkeiten zur zügigen Beratung und Weitervermittlung.
- Die psychotherapeutische Arbeit sollte mit Interventionen auf der Ebene der Lebensbewältigung stärker zusammengeführt werden.
- Die Vernetzung der Psychotherapeuten mit Kliniken und Ärzten sowie die Kooperation zwischen den Therapierichtungen sollten ausgebaut werden.

Neben der Bilanzierung der verfügbaren Daten zur Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen gibt der Bericht einen **Überblick über die Versorgungsstrukturen** für Patienten mit psychischen Erkrankungen, respektive Depressionen, in Bremen und Bremerhaven.

So werden die Anzahl der Behandlungsplätze in Bremer Kliniken dargestellt: ***Hier sind – neben den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren und dem Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven, die alle psychiatrischen Erkrankungen behandeln – die Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik am Klinikum Bremen Ost, die Ameos Klinik Dr. Heines (zwei Spezialstationen für Depressionen), und die Schwerpunktstation des Behandlungszentrums Süd zu nennen, die speziell Depressionsbehandlungen anbieten.***

Die Facharzt- und Psychotherapeutengruppen, die Depressionspatienten behandeln können, werden im Überblick dargestellt. Die Anzahl ihrer Mitglieder und der Grad der Über- bzw. Unterversorgung wird für Bremen und Bremerhaven aufgelistet. Für die nervenärztlichen und die psychotherapeutischen Praxen in Bremen-Stadt wird eine differenzierte Darstellung nach Ortsteilen präsentiert. ***In vielen sozial benachteiligten Stadtteilen, deren Bewohner häufig von einer Kumulation sozialer Problemlagen betroffen sind, die u.a. auch De-***

***pressionen fördern, wie z.B. hohe Langzeitarbeitslosigkeit, ist eine deutliche Unterversorgung mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen festzustellen*.**

Weitere Einrichtungen in Bremen und Bremerhaven, die für psychisch Kranke ambulante Leistungen wie z.B. psychosoziale Beratung, Krisendienste in der Nacht und an Wochenenden, ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie anbieten, werden dargestellt. Ebenso werden Daten aus der Selbsthilfeförderung des Landes Bremen vorgestellt, die eine deutliche Steigerung der Nachfrage nach Selbsthilfegruppen bei Depressionen verzeichnet.

7.4 Handlungsempfehlungen

Der Bericht empfiehlt folgende Maßnahmen:

Die wichtigste allgemeine Strategie gegen die Zunahme psychischer Erkrankungen besteht darin, Menschen vor dem sozialen Ausschluss zu bewahren. Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs-, Bildungs- und Sozialpolitik müssen daher auf soziale Integration fokussieren. Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit gilt erwiesenermaßen als hoher Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen und sollte verstärkt durch gezielte Maßnahmen reduziert werden.

Neben der Minimierung von Risikofaktoren gilt es, soziale, personale und familiäre Schutzfaktoren zu stärken, die die Entwicklung manifester Depressionen verhindern können.

Aufklärung über Depressionen sollte in der Bevölkerung, bei Multiplikatoren und bei behandelnden Ärzten verstärkt werden, so dass Depressionen früher erkannt, der Zugang zum Hilfesystem einfacher und die Chancen auf eine adäquate Therapie größer werden.

Neben Ansätzen der individuellen Verhaltensprävention sollten Setting-Ansätze in Kindergärten, Schulen und Betrieben verstärkt werden, die gezielt depressionsfördernden Strukturen wie Konkurrenz, Individualisierung und Entsolidarisierung entgegenwirken.

Die regionale Wissenschaft ist aufgefordert, ‚models of good practice' im Bereich der Prävention depressiver Erkrankungen aufzuarbeiten und ihre Bewertungen den relevanten Akteuren zur Verfügung zu stellen.

Was die psychotherapeutische Versorgung depressiv Erkrankter im Land Bremen betrifft, so sollten in Zukunft

- die sozialpsychiatrischen Behandlungszentren in den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren verstärkt koordinierende Funktionen bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im jeweiligen Stadtteil übernehmen;
- eine stadtteilbezogen bedarfsgerechtere Verteilung psychotherapeutischer Praxen erfolgen, z.B. durch versorgungspolitische Anreize seitens Kassenärztlicher Vereinigung und Psychotherapeutenkammer;

- den Psychotherapeuten ein gewisses Kontingent an Stunden für Krisensitzungen und Weitervermittlung akut und schwer erkrankter Patienten durch die Krankenkassen vergütet werden;
- im Rahmen des Aufnahme- und Entlassungsmanagements die Zusammenarbeit zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Sozialarbeitern stärker strukturiert werden;
- Stadtteilbezogen mehr multiprofessionelle Qualitätszirkel aufgebaut werden, die fallbezogen zusammenarbeiten und sich über die jeweiligen therapeutischen Konzepte austauschen;
- Verstärkt Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen werden, die möglichst alle an der Versorgung depressiv Erkrankter einbeziehen und auf strukturierte Kooperationsformen verpflichten.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales beabsichtigt, die Ergebnisse dieses Berichts einschließlich der Handlungsempfehlungen mit dem neu gegründeten Bremer Bündnis gegen Depression (BBgD) zu diskutieren. Im Rahmen eines strukturierten Dialogs unter allen relevanten Akteuren sollten in naher Zukunft Maßnahmen verabschiedet und auf den Weg gebracht werden, die die Prävention, Früherkennung und Versorgung depressiv Erkrankter im Land Bremen substantiell verbessern.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz für ausgewählte psychiatrische Diagnosen nach DSM IV bei 18- bis 65-Jährigen Deutschen; Basis: Bundesgesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey Psychische Störungen. 8
Abbildung 2: Entwicklung der durch psychische Störungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr bei den Krankenkassen DAK, AOK und TK zwischen 1996 und 2004, für Deutschland – relative Veränderung der AU-Tage in Prozent. DAK:1996=100%, AOK: 1998=100%, TK: 2000=100%. – Nach: Lademann, Mertesacker, Gebhardt (2006), S. 124 13
Abbildung 3: Krankheitsbedingte Ausfalltage bei Patienten mit /ohne Depressionen. - Primärquelle: Bundesgesundheitssurvey 1998. Wittchen, Jacobi, F. (2006), S. 25. 14
Abbildung 4: Anzahl Tage mit teilweise oder vollständig eingeschränkter Arbeitsproduktivität bei Erkrankungen ohne psychische Störungen, bei irgendeiner psychischen Störung und bei affektiven Störungen. 14
Abbildung 5: Entwicklung der Berentungen wegen verminderter Erwerbstätigkeit bei allen Erkrankungen, bei psychischen Störungen und bei Depressionen, in Deutschland, in der Zeit von 2000 bis 2006, in Prozent. - Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Gesetzliche Rentenversicherung, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. www.gbe-bund.de , Abrufdatum: 04.10.2007 15
Abbildung 6: Entwicklung der Verordnungen ausgewählter Psychopharmaka in Deutschland von 1992 bis 2003, in Tagesdosen (DDD). Nach: Schwabe, U., Paffrath, D.: Arzneiverordnungsreport 2000 bzw. 2005 16
Abbildung 7: Kosten für Depressionen im Vergleich zu Kosten für alle psychischen Erkrankungen – in Milliarden €. Primärquelle: Statistisches Bundesamt 1999, 2002, 2004.....17
Abbildung 8: Kosten in der Behandlung von PatientInnen mit affektiven Störungen. ...23
Abbildung 9: Stationäre Behandlungen aller psychischer bzw. affektiver bzw. depressiver Erkrankungen, Land Bremen – Fälle. (Bezug: Wohnsitz Land Bremen.) - Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 10.07.2007 29
Abbildung 10: Stationäre Behandlungen depressiver Störungen (F32, F33) in den Jahren 2000-bis 2006, Land Bremen – altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner – Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.bge-bund.de. Abrufdatum: 24.06.2008.....30
Abbildung 11: Stationäre Behandlungen depressiver Erkrankungen (ICD 10, F32-F33), Land Bremen, 2005 – Fälle je 100.000 Einwohner, nach Altersgruppen. Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 10.07.2007 30
Abbildung 12: Verweildauern bei stationären Behandlungen von psychischen Erkrankungen im allgemeinen und von affektiven Störungen im Besonderen, Land Bremen, 2005 – nach Alter und Geschlecht. Primärquelle: Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 11.07.2007.....31
Abbildung 13: Patienten mit diagnostizierten Depressionen (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) in der Bevölkerung des Landes Bremen (1. Quartal 2007), nach Alter und Geschlecht, in Prozent. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007. 33
Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl der Patienten mit Depressionsdiagnose (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) im ambulanten Bereich im Land Bremen von 2001 bis 2007 (jeweils 1. Quartal); Anzahl der Patienten mit Diagnose und Prozent der Bevölkerung mit Diagnose. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung

Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007. 34
Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl der Patienten mit Depressionsdiagnose (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) im Land Bremen zwischen 2001 und 2007 (jeweils 1. Quartal); nach Alter, in Prozent. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007. 34
Abbildung 16: Anteil der Patienten mit Depressionsdiagnose (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) in der Bevölkerung von Bremen und Bremerhaven im 1. Quartal 2007, nach Alter und Geschlecht, in Prozent. – Primärdaten: Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007. 35
Abbildung 17: Anzahl der GEK-Versicherten mit Antidepressiva-Verordnungen im Land Bremen, in Bremen-Stadt und in Bremerhaven in 2000, 2003 und 2006. – Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung... 40
Abbildung 18: Menge der Antidepressiva-Verordnungen (in DDD) und Kosten der verordneten antidepressiven Medikamente (in €) bei GEK-Versicherten im Land Bremen, in Bremen-Stadt und in Bremerhaven in 2000, 2003 und 2006. – Primärdaten: Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung. 40
Abbildung 19: Anteil der GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose und Antidepressiva-Verordnungen an allen GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose, nach Alter und Geschlecht, in Prozent. Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung..... 41
Abbildung 20: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro erwerbstätigem Bremer GEK-Versicherten mit Diagnose Depression (ICD F32, F33), im Zeitraum zwischen 2000 und 2006, nach Geschlecht (in AU-Tagen pro Versicherter und Jahr). – Primärdaten: Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung. 50
Abbildung 21: Sterblichkeit durch Suizid im Land Bremen, Rate pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Mittelwert 1998-2004. Primärquelle: Statistisches Landesamt Bremen 53
Abbildung 22: Zahl der Einwohner, die von einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten bzw. von einem psychiatrischen Facharzt versorgt werden; Stadt Bremen im Städtevergleich. – Quelle: Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007: Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. 65
Abbildung 23: Entwicklung der Selbsthilfeberatung in Bremen-Stadt 1998-2004 (Nachfrage nach Selbsthilfegruppen beim Gesundheitsamt Bremen im Bereich psychischer Störungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen – Häufigkeit der Kontakte in Prozent). Primärdaten: Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Bremen, 12/2007 73
Abbildung 24: Diagnoseraten bei Depressionen (F32, F33) in der deutschen Bevölkerung, nach Alter und Geschlecht (Anzahl pro 1.000 Einwohner je Alters- und Geschlechtsgruppe). – Nach: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007, S. 299 94

Literatur

Albus, C., et al.(2005): Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit – wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. Gesundheitswesen 67:1-8

Alder, B. (2001): The Perimenopause. In: Steiner, M., Yonkers, K., Eriksson, E. (Hrsg): Mood disorders in women. Martin Dunitz London, S. 383-397

Alfermann, D (1996): Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Kohlhammer, Stuttgart.; Meuser, M. (1998): Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster, Opladen

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R. Brugha, T.S., Bryson, H. et al. (2004): Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) projekt. In: Acta Psychiatr Scand Suppl (420), 47-54

Arbeitskreis zur Erarbeitung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Behandlung des depressiven Syndroms in der Hausarztpraxis im Auftrag von und in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. (BDA), 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Juli 2002

Arzneimittel-Telegramm (1998), Informationsdienst für Ärzte und Apotheker. Nr. 2, 1998

Arzneimittel-Telegramm (1998), Informationsdienst für Ärzte und Apotheker. Nr. 5, 1998.

AWMF, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie: Depressive Störungen und rezidivierende depressive Störungen. http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/028-005.htm (31.08.2007)

Bärbel-Maria Kurth, B.-M. (2007): Neue Ergebnisse der Kinder- und Gesundheitsstudie. Die Ersatzkasse 6/2007

Baumann, Z. (2000): Liquid modernity. Cambridge Polity Press

BKK-Bundesverband (2005): Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen

BKK-Bundesverband (2007): Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. Essen

Bramesfeld, A., Havers, I., Hegerl, U. (2007): Depressive Erkrankungen: Ausmaß, Versorgung und Herausforderungen an die Versorgungsforschung. In: vdak/AEV: Die Ersatzkasse, 9/2007, S.352-354

Brenner, H. (2006): Arbeitslosigkeit. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. S. 163-189

Brockington,I. (2004): Postpartum psychiatric disorders. Lancet 362:303-210

Bühring, P. (2005): Integrierte Versorgung Depression: Mehr Kooperation mit Hausärzten, Deutsches Ärzteblatt, Januar 2005, S. 18

Bundesgesundheitsblatt (2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007): „Es ist, als ob die Seele unwohl wäre...“. Depression – Wege aus der Schwermut. Forscher bringen Licht in die Lebensfinsternis. Bonn, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen,. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Baden-Baden

Coiro, M. (2001): Depressive symptoms among women recieving welfare. Women Health 32:1-23

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2003), Depressive Störungen und rezidivierende depressive Störungen. In: Leitlinien

zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, S. 2.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN (Hrsg.) (2000): Affektive Erkrankungen (Kurzfassung). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN . Im Internet: http: www.uni-duesseldorf.de/www/AWMF/II/038-012.htm
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) et al. (2002): Psychotherapie der Depression. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP), http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll-na/051-023.htm
Donovan, S., Clayton, A., Beeharry, M., Jones, S., Kirk, C., Waters, K. et al. (2000): Deliberate selfharm and antidepressant drugs. Investigation of a possible link. In: British Journey of Psychiatry 177:551-556
Ehrenberg, Alain (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Ehrenberg, A. (2007): Gesellschaftlicher Kontext. Die Depression, Schattenseite der Autonomie? In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 123-137
Ernst, C. (2001): Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen. Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht. In: Riecher-Rössler, A., Rohde, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Karger, Basel, S. 47-61
Essau, C.H., Petermann, U. (1995): Depression bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 43:18-33
Faulbaum-Decke (2005): Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke. In: Psychosoziale Umschau 4/2005, S. 33
Fava, M. et al. (1996): Gender differences in Axis I comorbidity among depressed outpatients. Journal of Affective Disorders 38:129-133
Friemel, S., Bernert, S., Angemeyer, M.C., König, H.H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Psychiatrische Praxis 32, S. 113-121
Garnefski, N., Arend, E. (1998): Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. Journal of Adolescence 21:99-107
Gastpar, M. (2006): Depression und Komorbidität. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 277-286
GEK-Gmündner Ersatzkasse (2007): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. St. Augustin
Gesundheitsamt Bremen, Sozialpsychiatrische Abteilung (2005): Kommunaler Psychiatrieplan Bremen
Gesundheitsamt Bremen (2007): Gesundheitliche Selbsthilfegruppen in Bremen. Ein Bericht zur Bestandsaufnahme, Entwicklung und zu Perspektiven der Unterstützung und Förderung in der Stadt Bremen
Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven.
Glaeske, G., Janhsen, K. (2006): GEK-Arzneimittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004-2006. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 44, Schwäbisch-Gmünd
Glick, P, Lameiras, M., Fiske, S., Eckes, T., Masser, B. et al. (2004) Bad but bold: Ambivalent attitudes toward men predict gender inequality in 16 nations. J Pers Soc Psychol. 86:713-728

Grant, B. (1996): the relationship between DSM-IV alcohol use disorders and DSM-IV major depression: examination of the primary-secondary distinction in a general population sample. Journal of Affective Disorders 38:113-128

Grobe, T., Dörning, H., Schwartz, F.-W. (2003): GEK-Gesundheitsreport 2003. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, GEK, Edition 24. Asgard Verlag

Grobe, T., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (2006): Versorgungsgeschehen. In : Epidemiologie. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 39-98

Harlow, B., Wise, L., Otto, M., Soares, C, Cohen L. (2003) Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: The Harvard study of moods and cycles. In: Arch Gen Psychiatry 60:29-36

Härter, M., Bermejo, I., Schneider, F., Kratz, S., Gaebel, W., Hegerl, U., Niebling, W., Berger, M. (2003b): Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 97 (Suppl. IV), S. 16-35

Hegerl, I., Zaudig, M., Möller, H.J. (2001): Depression und Demenz im Alter. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose und Therapie.Springer. Wien, New York

Hien, W. (2006): Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung – Eine arbeitswissenschaftlich-medizinischsoziologische Interpretation des Forschungstandes. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.

Hyard, C., Gotlib, I., Schraedley, P., Litt, I. (1999). Ethnic differences in the association between pubertal status and symptoms of depression in adolescent girls. In: Journal of Adolescent Health 25:143-149

Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.-U. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt 73, S. 651-658.

Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: Bundesgesundhietsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Heft 46, S. 736-744

Jurk, C. (2007): Eine Geschichte der Depression. In: vdak/AEV: Die Ersatzkasse, 9/2007, S. 356-357

Kales, H., Maixner, D., Mellow, A. (2005): Cerebrovascular diesease and late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 13:88-98

Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Ärztekammer Bremen (2008): Ärztenavigator, im Internet:
http://www.bremen.de/sixcms/detail.php?template=01_aerztenavigator&_hauptid=551444&id=1487851

Kessler, R. (2005): Prevalence, Severity and Comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.Arch Gen Psychiatry 62:617-627

Kessler, R., McGonagle, K., Swartz, M., Blazer, D., Nelson, C. (1993): Sex and Depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and resurrence. J Affect. Disord. 29:85-96

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Walters, E.e. (2005): Prevalence, Severity and Comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the Nationale Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62:617-627

Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J. et al.: Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. In: PLoS Medicine, Vol. 5, No. 2, e45 doi:10.1371/journal.pmed.0050045

Klitzing, v., Karl (2006) Kinder. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 229-244

Krueger, R., Chentsova-Dutton, Y., Markon, K., Goldberg, D. (2003): A Cross-Cultural Study of the Structure of Comorbidity among common psychopathological syndromes in the General Health Care Setting. J. of Abnormal Psychology 112 (3):437-447

Kühner, C. (2006): Frauen. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 193-214

Lademann, J., Mertesacker, H., Gebhardt, B. (2006): Psychische Krankheiten im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal 2/2006, S. 123-129

Lederbogen, F. (2006): Körperliche Komorbidität. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 257-276

Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., Beutel, M. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Hrg.: Bohleber, W. Heft 3, 55. Jg., Klett-Cotta 2001

Linden, M., Weidner, C. (2005): Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen Der Nervenarzt 76, s. 1421-1431

Maercker, A., Enzler, A., Grimm, G., Helfenstein, E., Ehlert, U. (2005): Inanaspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. Psychotherap Psychosom Med Psycholo 55:177-182

Maercker, A., Nitsche, I., Schuster, P., Boss, A. (2004): Ambulante Psychotherapie Älterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten „einfachere“ Patienten? Z Gerontol Geriatr 37:265-271

Matzat, J.: Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Erfahrungen an der Schnittstelle zwischen Psychotherapie und Selbsthilfe. In: Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen (2004): Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen. Dokumentation zum Fachtag, veranstaltet von der Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Bremen am 28.11.2003.

Mayer, K., Baltes, P. (Hg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin Akademie-Verlag

Miller, L. (2002): Postpartum depression. Journal of the American Medical Association 287:762-765

Möller-Leimkühler, A. (2006): Männer. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 216-228

Murray, C., Lopez, A. (1996): the Global Burden of Disease. Geneva, World Health Organisation

Murray, C., Lopez, A. (2001): The Global Burden of Disease

Pollack, W. (1998): Mourning, Melancholia and Masculinity: Recognizing and Treating Depression in Men. In: Pollack, W., Levant, R.,: A New Psychotherapy for Men. Wiley, New York, S. 147-166

Ramcharan, D., Love, E., Fick, G., Goldfien, A. (1992): the epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attribute risk and risk factors. In: Journal of Clinical Epidemiology 45: 2201-2205.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2006): Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie). Symposium zur RKI-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am 25.09.2005 in Berlin.

Reynolds, C., Frank, E., Perel, J., Imber S., Cornes, C., Miller, M., Mazumdar, S., Houck, P., Dew, M., Stack J., Pollock, B., Kupfer, D. (1999): Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depressions: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. JAMA 281, S. 39-45

Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin
Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin
Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin
Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheit im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10, Berlin
Roberts, G., Lawrence, J., Williams, G., Raphael, B. (1998): The impact of domestic violence on women' mental helath. Aust N Z J Public Health 22:796-801
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. Im Internet: http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzf-de.pdf
Salize, H.-J., Stamm, K. et al. (2004): Behandlungskosten von Patienten mit Depresssionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 31:1-10.
Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Brober, J., Schubert, J. (2001): Unterschiedliche Langezeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Hrg.: Bohleber, W. Heft 3, 55. Jg., Klett-Cotta 2001
Schäfer, G., Groß, D. (2008): Eingriff in die personale Identität. Die Argumente für psychopharmakologisches Enhancement greifen zu kurz. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 5, 1.2.2008, S. 210-212
Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. (Hrsg.) (2002): Suicidal Behaviour in Europe: Results form the WHO/Europe Multicentre Study on Suicidal Behaviour, vgl. Abb. 4. http://suizidpraevention-deutschland.de/Einleitung.html
Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.) (2007) : Arzneimittelverordnungsreport 2006. Springer Medizin Verlag Heidelberg
Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheit – Krankheitskosten 2002. Wiesbaden 2004
Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006): Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004. Wiesbaden 2006
Sullivan, P.F., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2000): Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry 157:1552-1562
Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen. – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 18, Hamburg
Thiede, H.: Es gilt einfallsreich, flexibel und ausdauernd zu sein. Erste Erfahrungen eines Trägers bei der Umsetzung der Soziotherapie. In: Psychosoziale Umschau 2/2004
Unabhängige Patientenberatung Bremen (2008): Tätigkeitsbericht 2007. Bremen 2008
Weber, A . (2007): Psychische Erkrankungen im Wandel von Gesellschaft und Arbeitswelt. In: Weber, A., Hörmann, G. (Hg.): Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart, S. 21-33
Weber, A., Hörmann, G. (2008): Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Utopie oder Notwendigkeit? In: Gesundheitswesen 2008, Nr. 70, S. 105-114
Wells, K., Golding, J., Burnam, M. (1988): Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry 145:976-981
Wilhelm, K., Parker, G. (1994): Sex differences in lifetime depression rates : fact or artefact? Psychological Medicine 24: 97-111
Wilkinson, R., Marmot, M. (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit : Die Fakten. Im Auftrag der WHO, Zweite Ausgabe, Kopenhagen

Will, H. (2005): Buchbesprechung: Ehrenberg, Alain (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Sonderheft Depression. Psychoanalytische Erkundungen einer Zeitkrankheit. 59. Jg., Klett-Cotta 2005

Wittchen, H.-U. (2000): Die Studie „Depression 2000“. Eine bundesdeutsche Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. In: Fortschritte der Medizin 118, S. 1-3.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 10/2001, S.997

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006): Epidemiologie. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Berlin, Heidelberg, S. 15-37

Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H,., Winter, S. Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. In: Gesundheitswesen 61 (1999), Sonderheft 2

Wittchen, H.-U., Müller, Storz, S. (1998): Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. In: Gesundheitswesen 60 (1998), Sonderheft 2, S. 959-100

Wittchen, H.-U., Pittrow, D. (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany. In: the Depression 2000 study. Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental, 17 (Suppl. 1), 1-11

Wittchen, H.-U., Schuster, P., Pfister, H. et al. (1999). Depressionen in der Allgemeinbevölkerung – schlecht erkannt und selten behandelt. Nervenheilkunde 18:202-209.

Wittchen, H-U., Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44 (10), S. 993.

World Health Organization (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva

Zepf, S., Mengele U., Marx A. (2001): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosozial Verlag, Gießen, aus: RKI (2008): Psychotherapeutische Versorgung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, Berlin

Zok, K. (2007): Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (2007): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer, Heidelberg, S. 121.144