

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



Depressionen

Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit

- Kurzfassung -

Herausgeber/Bezug:

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

Bahnhofplatz 29
28195 Bremen

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

Autorinnen:

Janine Pfuhl, Antje Post

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.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	1
WAS IST EINE DEPRESSION?	4
KOMORBIDITÄT.....	4
RISIKOFAKTOREN.....	5
GESUNDHEITSPOLITISCHE BEDEUTUNG	9
DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON DEPRESSIONEN	16
VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN BREMEN.....	20
NIEDERGELASSENE ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN	20
<i>Befragung niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten im Land</i>	
<i>Bremen zur ambulanten Versorgung depressiv Erkrankter.....</i>	<i>23</i>
VOLLSTATIONÄRE, TEILSTATIONÄRE UND AMBULANTE	
BEHANDLUNGSANGEBOTE.....	25
AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGEDIENSTE UND SOZIOThERAPIE.....	27
SELBSTHILFEGRUPPEN	28
ZUSAMMENFASSUNG.....	30
HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	31
LITERATUR	36

GBE-kompakt

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, und außerdem bieten sie Ansatzpunkte für Interventionen in Prävention, Diagnostik, Kuration und Rehabilitation mit dem Ziel, die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu senken. Mit der Reihe „GBE-kompakt“ werden Themen, die für Bremen gesundheitspolitisch relevant sind, kurz und prägnant dargestellt.¹

¹ Dem Kurzbericht liegt eine gleichnamige Langfassung zu Grunde, die auf Wunsch gerne zugestellt wird. Bezug siehe Impressum.

Einleitung

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 Verstimmungen zum normalen Gefühlsleben, gelten sogar als häufig.

Eine depressive Erkrankung unterscheidet sich in den Symptomen nicht prinzipiell von solchen Gefühlslagen. Jedoch sind Intensität, Dauer und Häufigkeit solcher Phasen wesentlich ausgeprägter. Sie können sich auf alle Lebensbereiche auswirken und stellen für Betroffene und Angehörige ein belastendes, mitunter existentielles Problem dar.

Depressionen gelten mittlerweile als Volkskrankheit. Statistisch gesehen ist in Deutschland etwa jeder 8. zwischen 18 und 65 Jahren von einer behandlungsbedürftigen Depression betroffen. Depressionen sind daher ein bedeutendes gesundheitspolitisches Problem. Sie sind nicht nur häufig, sondern sie

- scheinen in der Bevölkerung sogar noch zuzunehmen,
- sind häufig wiederkehrend,
- sind belastend für die Betroffenen und ihre Angehörigen,
- sind häufig mit weiteren gesundheitlichen Folgeproblemen verbunden,
- werden zu wenig erkannt und behandelt,
- gelten als langwierig in der Behandlung,
- können bis zum Suizid führen und
- sind kostenintensiv für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft.

Dies sind einige Gründe, sich mit diesem Thema bezogen auf das Land Bremen zu beschäftigen.

Ziel des Berichts ist es, anhand der verfügbaren Datenquellen eine quantitative Abschätzung der an Depressionen erkrankten Menschen im Land Bremen vorzunehmen, die regionalen Versorgungsstrukturen für Patienten mit Depressionen darzustellen und eine erste Ableitung von Handlungsempfehlungen vorzulegen. Der Bericht soll als Grundlage für einen strukturierten Dialog mit Expertinnen und Experten dienen, um auf der Basis gemeinsamer Aktivitäten eine verbesserte Versorgung in Bremen zu erreichen.

Der Bericht bezieht sich auf erwachsene Personen. Die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen ist speziell und erfordert eine eigene Darstellung.

Wer sich noch ausführlicher mit dem Thema beschäftigen möchte, kann eine Langfassung des Berichts erhalten.²

² Bezug siehe Impressum

Danksagung

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

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

Definitionen in diesem Bericht

Definition „Depression“

Depressionen sind nach den internationalen Klassifikationssystemen eine Untergruppe der Affektiven Störungen und gehören zu den psychiatrischen bzw. psychischen und Verhaltensstörungen. Für diese Störungen haben sich international zwei Klassifikationssysteme etabliert, die ICD³ und der DSM³, die teilweise, aber nicht völlig kompatibel sind. Je nach Klassifikationssystem wird eine Depression etwas unterschiedlich beschrieben, was auch Auswirkungen auf die Datenlage hat.

In diesem Bericht bezieht sich der Terminus Depression, wenn nicht anders angegeben, auf die Diagnose ICD F32 (depressive Episode) und F33 (rezidivierende depressive Störung). Diese beiden Untergruppen umfassen quantitativ den Hauptteil der depressiven Störungen. Die relevante neuere Literatur in Deutschland bezieht sich ebenfalls auf diese beiden Gruppen, so dass sich dadurch für die Bremer Daten die Möglichkeit der Vergleichbarkeit ergibt. Zum Teil werden auch Dysthymien (ICD F34.1) einbezogen, also leichtere, über Jahre dauernde depressive Verstimmungen. Sie sind insoweit bedeutsam, da sie ebenfalls relativ häufig diagnostiziert werden und trotz ihrer moderaten Symptomatik mit erheblichen gesundheitlichen Folgeproblemen, Arbeitsunfähigkeit und auch Kosten verbunden sind. Die Einbeziehung von Dysthymien ist stets ausgewiesen.

Daten in der DSM-Klassifikation beziehen sich in diesem Bericht auf die „Major Depression“ nach DSM-IV. Sie findet ihre Entsprechung im ICD-System am ehesten in der Diagnose „Mittelschwere und schwere depressive Episode“ (F32.1 und F32.2).

Insgesamt ist zu beachten, dass Zahlen zu psychischen Erkrankungen als weniger zuverlässig gelten als zu vielen somatischen Krankheiten. Bei Depressionen liegt dies z.T. daran, dass in der Alltagssprache, aber auch in der Versorgungspraxis der Begriff nicht trennscharf verwendet wird. Bei psychiatrisch bzw. nervenärztlich nicht geschulten Ärzten – und Depressionen werden überwiegend im hausärztlichen Bereich diagnostiziert und behandelt – ist bei psychischen Erkrankungen von einer gewissen diagnostischen Unsicherheit auszugehen.⁴

Definition von Arztgruppen

Als Hausärzte werden in diesem Bericht die Arztgruppen „Fachärzte für Allgemeinmedizin“, „Praktische Ärzte“ und „hausärztlich tätige Internisten“ bezeichnet. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören hier die „Fachärzte (FÄ) für Psychiatrie“, die „FÄ für Neurologie und Psychiatrie“, die „FÄ für Nervenheilkunde“ und die „FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie“, sofern sie nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig sind.

...und schließlich

Zur besseren Lesbarkeit wird stets die männliche Sprachform verwendet – sie bezieht sich jedoch grundsätzlich auf beide Geschlechter.

³ ICD: International Classification of Diseases der WHO; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association

⁴ Wittchen/Jacobi (2006), S. 15f.

Was ist eine Depression?

Depressionen werden im allgemeinen mit niedergedrückter Stimmung in Verbindung gebracht, ihre Symptome und Auswirkungen auf die Betroffenen sind jedoch meist komplex:

Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Typisch sind auch Schlafstörungen, Früherwachen, Morgentief sowie psychomotorische Hemmungen, d.h. die Betroffenen sind häufig sehr passiv und antriebslos, erleben aber eine innere Unruhe und sind häufig in Grübeleien verstrickt. Schuldgefühle und Gedanken über die eigene Wertlosigkeit sind typisch, d.h. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer stark beeinträchtigt. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig und reagiert nicht auf Lebensumstände. Begleitend können viele weitere Symptome auftreten, u.a. Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust.

An Depressionen erkrankte Menschen sind häufig nicht nur in emotionaler, sondern auch in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht starken Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben ausgesetzt, die bis zur Arbeitsunfähigkeit und nicht selten bis zum Suizid(versuch) reichen können.

Die Erkrankung tritt meist in Form von zeitlich begrenzten Episoden auf. Bei der Hälfte der Betroffenen dauert eine einzelne Episode weniger als drei Monate, bei einem Viertel bis zu sechs Monaten. Bei wiederholten Episoden spricht man von einer rezidivierenden Depression. Die rezidivierende Form tritt bei 60-75% aller Betroffenen auf. Im Durchschnitt werden sechs Episoden über die Lebensdauer erlebt.

Komorbidität

Etwa die Hälfte der Patienten mit einer Depression weist eine oder mehrere weitere psychiatrische Diagnosen auf - und ebenso viele leiden an einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung.⁵ Je mehr weitere Diagnosen neben der Depression vorliegen, desto schwerer verläuft in der Regel die Basiserkrankung Depression.

⁵ Gastpar, M. (2006)

In Kombination mit Depressionen treten als weitere psychische Störungen vor allem Manien⁶, Angststörungen, das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (auch im Erwachsenenalter), Posttraumatische Belastungsstörungen, Zwangserkrankungen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit auf.

Frauen entwickeln als weitere Erkrankungen tendenziell häufiger als Männer Essstörungen und Phobien, Männer häufiger Alkohol- und Drogenprobleme.⁷ Doch weisen depressive Frauen immerhin noch ein 2,6-fach erhöhtes Risiko auf, eine Alkoholerkrankung zu entwickeln als nicht depressive Frauen. Dabei kann die Komorbidität von Depression mit anderen psychischen Störungen wechselseitig sein; bzgl. Alkoholerkrankungen z.B. haben die davon betroffenen Patienten 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.⁸

Schwere Depressionen sind häufig von Suizidgedanken und auch von Suizidversuchen begleitet. Einer von sieben schwer depressiven Patientinnen und Patienten verstirbt durch Suizid.⁹ Bei den vollzogenen Suiziden sind Männer deutlich in der Mehrzahl. Die größte Risikogruppe stellen statistisch hochaltrige Männer dar. Angesichts so genannter versteckter Suizide – Nahrungsreduzierung, Verzicht auf Medikamenteneinnahme, Unfälle - ist hier mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen.

Bei den versuchten Suiziden deuten die verfügbaren Zahlen auf eine höhere Rate bei Frauen hin, insbesondere bei den Jüngeren. Hier sind die 15-25-jährigen Frauen am meisten gefährdet.¹⁰

Auch körperliche Erkrankungen sind bei depressiven Patienten häufiger zu finden als bei nicht-depressiven Menschen. Dabei kann die Depression der somatischen Erkrankung vorausgehen und sie begünstigen oder sie kann als Folge einer schweren körperlichen Erkrankung auftreten.

Risikofaktoren

Das Krankheitsbild der Depression ist in der Bevölkerung nicht gleich verbreitet; die Verteilung hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen wie Alter, Geschlecht, Familienstand, sozialer Benachteiligung und einschneidenden Lebensereignissen. Die ersten beiden Faktoren gelten als die bedeutsamsten:¹¹

Die höchsten Depressionsraten sind im Alter zu finden. Statistisch gesehen leidet jeder sechste über 70 Jährige in Deutschland an einer Depression. Depressionen sind nach Demenzerkrankungen die zweithäufigste psychische Störung im Alter.¹²

⁶ Diese Störung besteht in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie); wenn diese mindestens zweimal in eine Stimmungssenkung mit vermindertem Antrieb (Depression) mündet., spricht man von einer bipolaren Störung.

⁷ Fava, M. et al. (1996)

⁸ Es ist sowohl denkbar, dass die Depression die Grunderkrankung darstellt 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.

⁹ Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (2006), S. 29

¹⁰ Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. (Hrsg.) (2002)

¹¹ Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2006); Grobe, T. et al. (2006)

¹² GEK-Report 2007

Dabei ist nicht das Alter an sich relevant, sondern Faktoren, die mit dem Alter assoziiert sind. Häufig treten Depressionen im Kontext körperlicher, insbesondere chronischer Erkrankungen auf, die mit Schlafstörungen und Schmerzen einher gehen und die die Mobilität und Autonomie einschränken (siehe dazu auch den Abschnitt „Komorbidität“). Die Kombination von Depression und Demenzerkrankungen tritt oft auf – teilweise ist dabei von einem zufälligen Zusammentreffen dieser beiden Alterserkrankungen auszugehen, teilweise von einem wechselseitigen Bedingungsgefüge.¹³ Weitere Faktoren sind Partnerverlust, Schlafstörungen oder frühere Depressionen.

Frauen haben gegenüber Männern ein 2- bis 2,5-faches Risiko, an einer Depression zu erkranken bzw. die Diagnose Depression zu erhalten. Nach Angaben des Bundesgesundheitsurvey sind in Deutschland 11,2% aller Frauen und 5,5% aller Männer im Alter von 18 bis 65 Jahren von einer schweren Depression betroffen (siehe nachfolgende Abbildung). Statistisch gesehen erkranken Frauen nicht nur häufiger, sondern erleiden auch häufiger wiederholte Episoden.

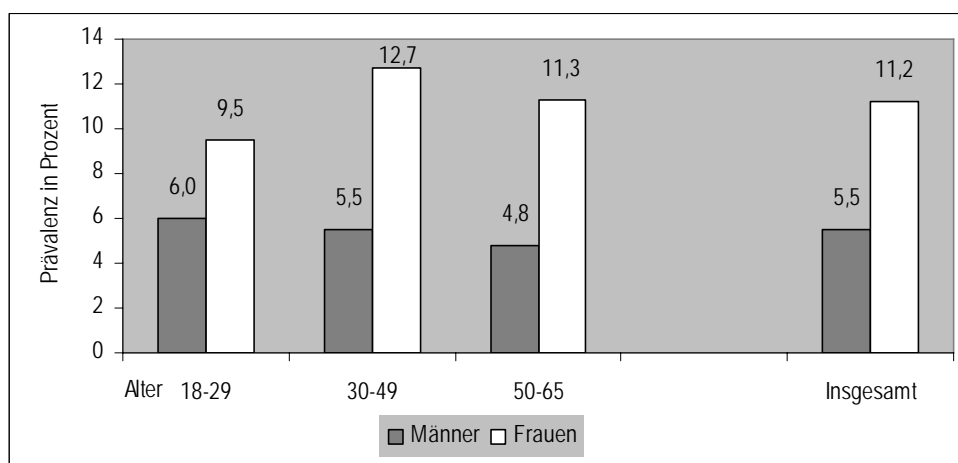


Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz der von schweren Depressionen¹⁴ Betroffenen in Deutschland nach Alter und Geschlecht¹⁵

Für diese Geschlechterunterschiede gibt es verschiedene Erklärungsansätze:

Diese betreffen zum einen die Lebensumstände: Frauen sind häufiger als Männer von struktureller Benachteiligung wie Armut, geringem sozialen Status und Diskriminierung betroffen – also Faktoren, die mit geringerem Autonomieerleben und fehlender Kontrolle über Entscheidungsprozesse einhergehen und damit zur Entstehung von Depressionen beitragen können. Sehr hohe Depressionsraten weisen allein erziehende Mütter auf, die in Armut leben.¹⁶ 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) besonders hoch.

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

¹³ Hegerl, I., Zaudig, M., Möller, H.J. (2001), S. 1ff

¹⁴ Major Depression, DSM IV

¹⁵ Nach Jacobi, F., Kloese, M., Wittchen, H.-U. (2004); Statistisches Landesamt Bremen

¹⁶ Coiro, M. (2001)

erhöht. Da Frauen jedoch wesentlich häufiger die Rolle der pflegenden Angehörigen übernehmen, sind sie vom Risiko depressiver Belastung stärker betroffen.

Körperliche und sexuelle Gewalt gelten mittlerweile als ein wesentlicher Erklärungsansatz für die unterschiedliche Betroffenheit von Depressionen zwischen Männern und Frauen. Hiervon sind Frauen stärker betroffen als Männer. In Deutschland erleben 13% aller Frauen in ihrer aktuellen Partnerschaft körperliche oder sexuelle Gewalt.¹⁷ Mädchen sind einem doppelt so hohen Risiko für sexuellen Missbrauch in der Kindheit ausgesetzt wie Jungen.

Biologische Gegebenheiten scheinen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Rolle hormoneller Einflussfaktoren wird in Studien uneinheitlich bewertet. Insgesamt gilt die Häufung von Fällen depressiver Episoden in Zeiten hormoneller Veränderungen bei Frauen als zu klein, um die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Betroffenheit ausreichend zu erklären.

Diskutiert wird auch, ob Frauen tatsächlich häufiger erkranken, oder ob sie lediglich häufiger die Diagnose „Depression“ erhalten. Ein Hintergrund dieser Überlegungen ist, dass Frauen in der ärztlichen Praxis eher bereit zu sein scheinen, über Ängste und Stimmungsschwankungen zu sprechen, während Männer eher über körperliche Symptome berichten – und dementsprechend andere Diagnosen gestellt werden. Und auch die gängigen Diagnosesysteme wie z.B. ICD werden diesbezüglich hinterfragt. So berücksichtigen die Klassifikationssysteme vorwiegend die ‚weiblichen‘ Depressionssymptome wie Grübeln, Selbstvorwürfe, Antriebslosigkeit und lassen ‚männliche‘ Symptome außer acht.¹⁸

Es wird nämlich diskutiert, dass Männer andere Symptome aufweisen könnten als Frauen, und zwar solche, die eher ihrer sozialen Rolle angepasst sind.¹⁹ „Männliche Depressionen²⁰“ sind danach eher nach außen gerichtet und mit Aggression, intensiven Ärgerattacken, Impulsivität, Unruhe und Agitiertheit, Alkohol- und Nikotinabusus und extremer Risikobereitschaft verbunden. Damit werden die mit der traditionellen männlichen Rolle nicht zu vereinbarenden, als weiblich geltenden Emotionen wie Ängste, Unsicherheit, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Schwäche abgewehrt bzw. durch als männlich geltende Verhaltensweisen kompensiert.²¹

Es spricht einiges dafür, dass auch Männer in erheblichem Maß an Depressionen leiden:

Männer mit Depressionsdiagnose sind deutlich häufiger arbeitsunfähig als Frauen mit dieser Diagnose. Nach einer Analyse von Bremer GEK Versicherten²² waren im Jahr 2006 11% der Männer mit Depressionsdiagnose arbeitsunfähig, während es bei den Frauen lediglich 6 % waren. Auch im Hinblick auf die Ausfallzeiten lagen die Männer vorn. Männer mit Depressionen wiesen mit durchschnittlich 52 Tagen im Jahr eine deutlich längere Arbeitsunfähigkeitsdauer auf als Frauen mit 33 Tagen.²³

Und auch die bei Männern etwa drei mal höheren Suizidraten weisen auf eine Depressionsproblematik bei Männern hin.²⁴

¹⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2004)

¹⁸ Siehe bei Kühner, C. (2006), S.196ff.

¹⁹ Pollack, W. (1998)

²⁰ 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.

²¹ Krueger, R., Chentsova-Dutton, Y., Markon, K., Goldberg, D. (2003)

²² GEK = Gmünder Ersatzkasse

²³ Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung

²⁴ Wittchen, H.-U., Schuster, P., Pfister, H. et al. (1999); Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004)

Bei Männern scheinen Depressionen häufiger unerkannt zu bleiben und daher nicht behandelt zu werden. 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 bei Männern könnte dann zu gravierenderen Folgen führen wie z.B. häufigerer und länger dauernder Arbeitsunfähigkeit gegenüber Frauen, die sich früher in Behandlung begeben und im Alltag möglicherweise besser mit der Erkrankung zurecht kommen.

Als weiterer Faktor, der eine Depression begünstigt, gilt bei Männern wie auch bei Frauen ein niedriger Sozialstatus - verbunden mit niedrigem Einkommen, Arbeitslosigkeit und geringem Ausbildungsstand. Insbesondere zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und Depression sind eindeutige Zusammenhänge nachgewiesen.²⁵ Auch weitere gesundheitliche Schäden wie Herzerkrankungen sowie Alkohol- und Substanzabhängigkeit werden auf die Verbindung von Arbeitslosigkeit und Depression zurückgeführt.

Unter Einbeziehung des Familienstandes weisen verheiratete Frauen mit Kindern ohne Berufstätigkeit die höchsten Erkrankungsraten auf. Die niedrigsten Erkrankungsraten sind bei verheirateten Männern zu beobachten. Bei getrennt Lebenden, Geschiedenen und Verwitweten beiderlei Geschlechts finden sich vergleichsweise hohe Depressionsraten, ebenso bei jungen Frauen mit Kindern. Alleinerziehende haben im Vergleich zu Eltern in Partnerschaft ein doppelt so hohes Depressionsrisiko.

Auch kritische Lebensereignisse wie z.B. Trennung, Tod eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes können das Depressionsrisiko erhöhen, insbesondere wenn sie mit geringer sozialer Unterstützung einhergehen.

Und nicht zuletzt werden familiär bedingte, genetische und neurobiologische Faktoren diskutiert. Studien konnten belegen, dass das Erkrankungsrisiko von Kindern mit einem depressiven Elternteil zwischen 10% und 20% liegt. Wenn beide Eltern betroffen sind, kann das Risiko auf bis zu 60% ansteigen. Des Weiteren wurde beobachtet, dass bei depressiven Menschen im Vergleich zu Gesunden Veränderungen bei Neurotransmittern (Noradrenalin und Serotonin) auftreten. Inwieweit diese Veränderungen Ursache oder Folge einer Depression sind, konnte bislang nicht geklärt werden.

²⁵ Siehe Brenner, H. (2006), S. 163ff.

Gesundheitspolitische Bedeutung

In Deutschland leiden jährlich 8,3% der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an einer schweren Depression, weitere 4,5% sind von Dysthymien, also der milderen, aber chronifizierten Depression betroffen. Zusammen sind dies 12,8% der Bevölkerung (rund 6,2 Millionen).²⁶

Für das Land Bremen liegen keine gesicherten Daten über die Häufigkeit depressiver Störungen vor. Für eine grobe Annäherung der Häufigkeit wird daher zunächst auf die deutschlandweiten Zahlen zurückgegriffen.

Danach wären im Land Bremen insgesamt rund 54.000 Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 65 Jahren von Depressionen betroffen. Davon entfallen 35.000 auf die schwere Form und 19.000 auf die leichtere, chronifizierte Form der Dysthymie. Wenn man lediglich die von einer schweren Depression Betroffenen anschaut, ergeben sich folgende Zahlen:

Tabelle 1: Prävalenz und Anzahl der von schweren Depressionen (Major Depression, DSM IV) Betroffenen²⁷

Alter	18-29 Jahre	30-49 Jahre	50-65 Jahre	Insgesamt
Prävalenz Männer	6%	5,5%	4,8%	5,5%
Prävalenz Frauen	9,5%	12,7%	11,3%	11,2
Anzahl Erkrankte im Land Bremen				
Männer	1.910	5.500	2.920	10.330
Frauen	4.920	11.970	7.100	23.990

Diese Angaben stimmen recht gut überein mit den Daten der Gmündner Ersatzkasse (GEK). Danach wurden im Land Bremen im Jahr 2006 bei 14% der Frauen und 6% der Männer eine Depression diagnostiziert.²⁸

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

²⁶ Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzsurvey Psychische Störungen; DSM IV Major Depression. Da diese Zahl auf Selbstangaben der Befragten beruht, werden auch solche Krankheitsfälle erfasst, die nicht ärztlich diagnostiziert wurden. Diese Prävalenzzahlen sind daher höher als solche, die auf Basis von Statistiken des Gesundheitssystems berechnet werden.

²⁷ Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004); Statistisches Landesamt Bremen; eigene Berechnungen

²⁸ GEK-Versicherte Land Bremen insgesamt: 10.096; Diagnosen nach ICD 10 F32 und F33. Hier sind allerdings auch die höheren Altersgruppen einbezogen.

In der ambulanten Versorgung, wo der überwiegende Teil der Patienten mit Depressionen behandelt wird, wird vermehrt die Diagnose „Depression“ gestellt. Dies trifft auch für Bremen zu. Allein im ersten Quartal 2007 haben 53.000 gesetzlich krankenversicherte Bremerinnen und Bremer in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen die Diagnose „Depression“ erhalten.²⁹ Hinzu kommen Patienten, die sich privat behandeln lassen.

Zwischen 2001 und 2007 ist ein Anstieg um 25% zu verzeichnen. Während im Jahr 2001 6,4% der Bremer Bevölkerung die Diagnose erhielten, waren es in 2007 bereits 8%.³⁰ Am ausgeprägtesten war der Anstieg bei den 40-60 Jährigen sowie bei den über 80 Jährigen.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven werden im Vergleich mit der Stadtgemeinde Bremen häufiger Depressionsdiagnosen vergeben als in Bremen - und zwar in allen Altersgruppen.

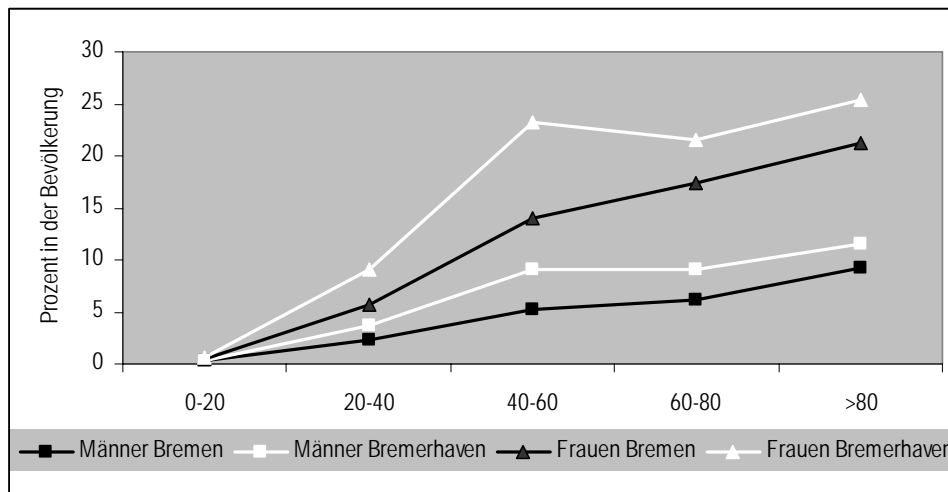


Abbildung 2: Anteil Depressionsdiagnosen (Akut- und Dauerdiagnosen, ICD F32, F33) in der Bevölkerung von Bremen und Bremerhaven im 1. Quartal 2007, nach Alter und Geschlecht, in Prozent.³¹

Über die Unterschiede können nur Vermutungen angestellt werden. Vor dem Hintergrund der deutlich höheren Arbeitslosigkeit in Bremerhaven erscheint der Unterschied plausibel.³²

Im Vergleich zum ambulanten Bereich wird nur ein geringer Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen stationär behandelt. Im allgemeinen handelt es sich um besonders schwere Fälle oder aber um akute Krisensituationen. Im Jahr 2006 wurden im Land Bremen etwa 10.000 Bremerinnen und Bremer im Zusammenhang

²⁹ ICD F32, F33

³⁰ Eine Differenzierung nach Geschlecht ist aufgrund der Datenlage hier leider nicht möglich, da das Geschlecht erst seit kurzem eine Pflichtangabe in der ärztlichen Dokumentation für die Kassenärztliche Vereinigung ist.

³¹ Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Statistisches Landesamt Bremen, 2007. Bevölkerungsdaten: Bevölkerung am 31.12.2006; Statistisches Landesamt Bremen, 2007.

³² Arbeitslosenquote in Bremen-Stadt: 15,6%, in Bremerhaven: 23,4%. In Deutschland: 12,2%. (Stand: November 2005). Statistisches Landesamt Bremen

mit psychischen Erkrankungen im Krankenhaus behandelt. Das sind 7,6% aller Krankenhausfälle.

Auch bei den stationär behandelten psychischen Erkrankungen (ICD F00-99) ist in den letzten Jahren ein Anstieg zu beobachten, der bei den Depressionen³³ ganz besonders ausgeprägt ist. Dies spiegelt sich sowohl in den Fallzahlen wieder als auch in den altersstandardisierten Raten (siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle 2: Stationäre Behandlungen aller psychischen bzw. depressiver Erkrankungen, Land Bremen – Fälle und altersstandardisierte Raten³⁴

	Männer		Frauen		Gesamt		Zunahme in %
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2002-2006
Fälle: Alle psych. Störungen	5.496	5.896	3.893	4.148	9.389	10.044	7,0
Fälle: Depressive Störungen	248	456	489	748	737	1.204	63,4
Altersstand. Rate je 100.000 Einwohner: Depressive Störungen	74	140	136	212	105	176	67,6

Kennzeichnend für psychische Erkrankungen sind die im Vergleich zu körperlichen Krankheiten langen Verweildauern im Krankenhaus. Während die Dauer der stationären Behandlungen bei körperlichen Erkrankungen im Durchschnitt bei neun Tagen liegt sind es bei psychischen Erkrankungen 17 Tage. Besonders lange Verweildauern weisen die rezidivierenden depressiven Störungen (F33) mit 36 Tagen auf.

Bei der Verordnungen von Antidepressiva sind ebenfalls deutliche Zunahmen zu verzeichnen – insgesamt in Deutschland und auch im Land Bremen. Ein Vergleich mit dem Jahr 2000 zeigt für das Land Bremen Zunahmen sowohl bei der Zahl der Versicherten mit Antidepressiva-Verordnungen als auch bei der Anzahl der Verordnungen als auch bei den Kosten für die verordneten Medikamente.

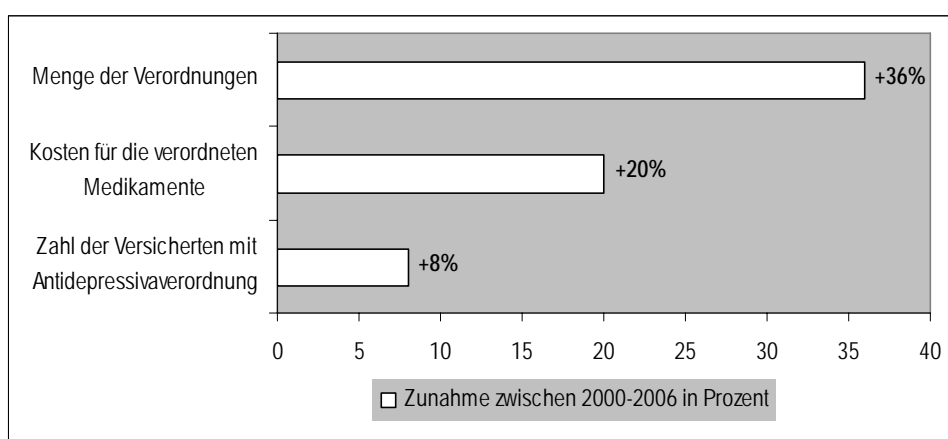


Abbildung 3: Prozentuale Steigerungsraten im Zeitraum 200-2006, GEK-Daten

Der Anstieg der Verordnungen übersteigt dabei deutlich den Anstieg bei den Versicherten. Das bedeutet entweder, dass den Depressionspatienten im genannten

³³ ICD F32, F33

³⁴ Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de, Diagnosedaten der Krankenhäuser

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.

Krankenkassen berichten in den letzten Jahren von einem stetigen Zuwachs von Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen. Dies wiegt umso schwerer, da insgesamt ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeit beobachtet wird. Knapp 40% der Diagnosen im Bereich psychischer Störungen entfallen auf affektive Störungen, von denen wiederum die Depressionen den höchsten Anteil ausmachen.³⁵

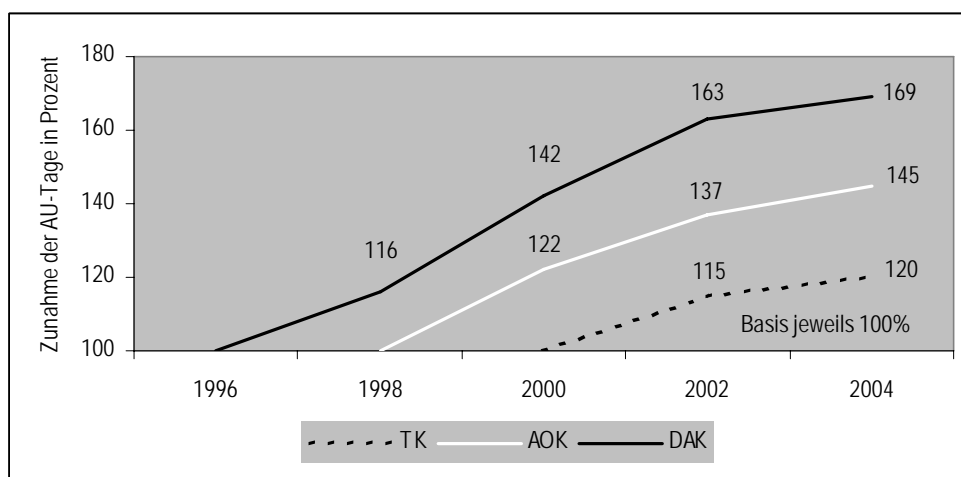


Abbildung 4: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr aufgrund von psychischen Störungen bei den Krankenkassen DAK, AOK und TK zwischen 1996 und 2004, für Deutschland – relative Veränderung der AU-Tage in Prozent. DAK:1996=100%, AOK: 1998=100%, TK: 2000=100%³⁶

Psychische Erkrankungen und insbesondere Depressionen gelten zudem als Erkrankung mit langen Ausfallzeiten. Während die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer über alle Diagnosen hinweg knapp 14 Tage beträgt, liegt sie bei Depressionen bei 48 Tagen. Dabei ist zu beachten, dass Depressionspatienten auch unterhalb der Schwelle der Arbeitsunfähigkeit mit ärztlich bescheinigter Krankmeldung häufig stark eingeschränkt sind in ihrer Arbeitsproduktivität.³⁷

Depressionen sind inzwischen die häufigste Ursache für Frühberentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und haben damit die ursprünglich führenden Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens abgelöst. 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. Bei den Frühberentungen wegen Depressionen ist der Anstieg überdurchschnittlich. Außerdem werden Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen früher, nämlich mit durchschnittlich 47 Jahren vorgenommen; das Durchschnittsalter bei allen krankheitsbedingten Frühberentungen liegt bei 50 Jahren. In Bremen werden jährlich 72 Frauen und 33 Männer aufgrund von Depressionen

³⁵ Für die GEK siehe Grobe et al. 2003, für die DAK: DAK-Gesundheitsreport 2005; für AOK, Barmer, BKK, DAK, IKK, TK: Lademann et al. 2006; für die BKK: BKK-Bundesverband 2005. Linden/Weidner 2005

³⁶ Lademann, J. et al. (2006), S. 124

³⁷ Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzsurvey Psychische Erkrankungen.

vorzeitig verrentet. Aufgrund der kleinen Fallzahlen lässt sich für das Land Bremen keine zeitliche Trendaussage treffen.

Und auch die Bilanz der Krankheitskosten in Deutschland verweist auf die steigende Bedeutung von Depressionen: Während die Kosten für psychische Erkrankungen im Zeitraum zwischen 1994 und 2004 kaum angestiegen sind, haben sich die Kosten für die Untergruppe der Depressionen mehr als verdreifacht.³⁸

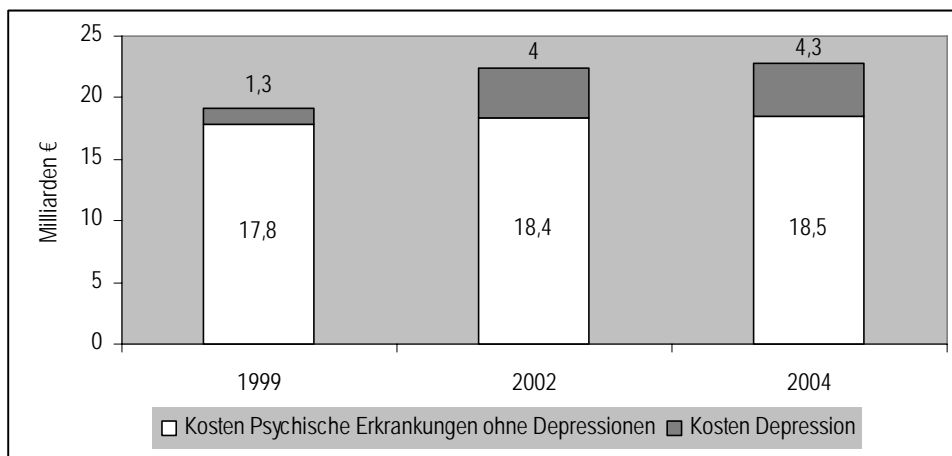


Abbildung 5: Kosten für Depressionen im Vergleich zu Kosten für alle psychischen Erkrankungen – in Milliarden Euro³⁹

Die Kosten liegen damit mittlerweile im Größenbereich anderer Volkskrankheiten bzw. chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Rheuma. Alle Kostenstudien zu Depressionen weisen einen hohen Prozentsatz für die stationäre und ambulante Behandlung aus, Medikamente machen demgegenüber nur einen geringen Anteil an den Gesamtbehandlungskosten aus:

- 43% ambulanter Sektor,
- 40% stationärer und teilstationärer Sektor,
- 12% Medikamente und
- 5% beruflicher und sozial-rehabilitativer Bereich.⁴⁰

Hinzu kommen Transferleistungen (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld und Zahlungen aufgrund vorzeitiger Renten).

Neben diesen Kosten sind aus volkswirtschaftlicher Sicht zusätzlich die Ressourcenverluste zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich um Ausfälle, die aus Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der (potenziell) erwerbstätigen Bevölkerung resultieren. Im Rahmen der Krankheitskostenrechnung werden sie in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (von 15 bis 64 Jahren) berechnet.⁴¹ Auch hier sind in den letzten Jahren Zunahmen aufgrund von Depressionen zu verzeichnen.

³⁸ Alle 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.

³⁹ Statistisches Bundesamt 1999, 2002, 2004

⁴⁰ Salize, H.-J., Stamm, K. (2006), S. 115

⁴¹ Statistisches Bundesamt (2004)

Tabelle 3: Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Mortalität) aufgrund von Depressionen, Deutschland, nach Geschlecht.⁴²

Deutschland	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%

Hinsichtlich der Ursachen für die steigenden Raten im Versorgungssystem werden verschiedene Aspekte diskutiert:

- Immer stärker werden in den letzten Jahren Veränderungen in der Arbeitswelt als Ursache für steigende psychosoziale Belastungen mit der Folge von Burnout und Depression angeführt. 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 und Selbstaubeutung 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.
- Auch die - abgesehen von den letzten beiden Jahren – stetig zunehmende Arbeitslosigkeit in Deutschland kann zum Anstieg der Depressionsraten beigetragen haben (siehe dazu das Kapitel ‚Risikofaktoren‘).
- Die zunehmende Globalisierung wirkt sich auch auf individuelle Identitätsbildung aus. Wenn Lebensentwürfe vormals durch traditionelle Lebensformen und dauerhafte Berufsbiografien vorgezeichnet und abgesichert waren, so wird heute vom Individuum ein ‚freier Selbstentwurf‘ in der Vielfalt der Möglichkeiten erwartet. Lebensführung und Identitätsbildung werden so zu einem zwar chancen-, aber auch risikoreichen, ständig in Bewegung befindlichen Projekt. Scheitern wird als individuelles Versagen erfahren, das in eine Depression führen kann.
- Zudem werden individuelle Krisen weniger als früher von stabilen sozialen Netzwerken aufgefangen, sondern vermehrt im Medizinsystem ‚behandelt‘, wodurch sie häufiger statistisch in Erscheinung treten. Medizinkritiker beklagen, dass ehemals ‚normale‘ seelische Krisen, die essentiell zum Leben gehören, zunehmend medikalisiert und pathologisiert werden, d.h. als

⁴² ICD 10 F32-34, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de

‚Krankheit‘ oder ‚Störung‘ definiert und damit therapiebedürftig und zu einem Gegenstand der Medizin gemacht werden.

- In der Folge von Information und Aufklärung ist in den vergangenen Jahrzehnten eine gewisse Enttabuisierung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zu beobachten. Als Folge dieser Enttabuisierung ist eine höhere Inanspruchnahme des Hilfesystems zu vermuten, die dazu führt, dass mehr Menschen die Diagnose Depression erhalten.
- Die Diagnostik hat sich insbesondere im Hausarztbereich in den letzten 15 Jahren verbessert. Aufklärung und Fortbildung haben dazu geführt, dass Hausärzte Depressionen häufiger als solche erkennen und diagnostizieren.
- Möglicherweise spielt auch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz eine Rolle. Mit der Ausweitung der Kassenzulassungen auf potentiell alle approbierten psychologischen Psychotherapeuten haben vermutlich mehr Patienten Zugang zur Psychotherapie gefunden, da Psychotherapien mit der Krankenkasse abgerechnet werden können.

Die statistisch zu beobachtende Zunahme depressiver Störungen ist vermutlich multifaktoriell; ein Teil geht sicherlich auf gestiegene Erkennungs- und Diagnoseraten zurück, der andere Teil auf einen realen Anstieg infolge Überforderungen der Menschen durch vielfache Veränderungen in der modernen Lebenswelt.⁴³

⁴³ Weber, A. (2007)

Diagnostik und Behandlung von Depressionen

Das Erscheinungsbild der Depression ist vielgestaltig. Die von den Patienten häufig zunächst berichteten Symptome wie z.B. Schlafstörungen, Appetitminderung oder auch Schmerzen können mit vielen anderen Erkrankungen zusammenhängen, weisen also nicht unmittelbar auf eine Depression hin. Dies macht eine Diagnosestellung nicht immer einfach.

Da das frühzeitige Erkennen im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Erkrankung jedoch sehr wichtig ist, ist hier eine entsprechende Sensibilität geboten.

Verbesserungsbedarf gibt es insbesondere bei den Hausärzten, die häufig der erste Kontakt für depressive Patienten sind. Etwa jeder 8. Patient, der in Deutschland eine Hausarztpraxis aufsucht, leidet an einer depressiven Störung. Bei einem Viertel dieser Patienten wird keine psychische Störung diagnostiziert.⁴⁴ Insbesondere bei jungen Männern werden Depressionen leicht übersehen.⁴⁵

Die derzeit gängigsten Verfahren zur Behandlung einer Depression sind:

- Medikamente (Antidepressiva)
- Psychotherapie
- Antidepressiva kombiniert mit Psychotherapie

Sowohl die medikamentöse Behandlung als auch die Psychotherapie haben sich in Studien als wirksam erwiesen. Die Auswahl der Behandlung richtet sich nach Art und Schwere der Depression, aber auch nach der Präferenz des Patienten, seiner Vorgeschichte und letztendlich auch nach der Verfügbarkeit der Behandlungsmethoden vor Ort.⁴⁶ Nach den haus- und fachärztlichen Leitlinien werden für die leichteren und mittelschweren Formen der Depression ausschließlich psychotherapeutische Behandlung, bei schweren Formen zusätzlich eine medikamentöse Therapie empfohlen.⁴⁷

Im Land Bremen erhielten - ausgehend von Daten der AOK und der GEK - im Jahr 2006 32% der Bremer Versicherten, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, eine Pharmakotherapie und 8% Psychotherapie. Bei weiteren 3% wurde eine Kombination beider Verfahren angewendet⁴⁸.

⁴⁴ Rudolf S., Bemejo I. et al. (2006)

⁴⁵ Bühring (2005)

⁴⁶ Techniker Krankenkasse (2008)

⁴⁷ Härter et al. (2003b); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN (2000)

⁴⁸ Diese Angabe liegt nur für die AOK vor.

Das heißt, diejenigen, die eine Behandlung erhalten haben, wurden zu einem wesentlich höheren Anteil medikamentös als psychotherapeutisch behandelt, nämlich etwa vier mal so häufig.

Rein rechnerisch erhielten rund 60% aller Versicherten mit Depressionsdiagnose⁴⁹ keine der zugelassenen Therapien. Über die Gründe kann man nur Vermutungen anstellen. So könnten gewisse diagnostische Unschärfen dazu beitragen. Beispielsweise könnten vorübergehende Phasen niedergedrückter Stimmung, die mit aktuellen Belastungserlebnissen einhergehen, von der Symptomatik her zwar als Depression diagnostiziert, aber nicht als mit Antidepressiva oder Psychotherapie behandlungsbedürftig eingeschätzt werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass Patienten aus Angst vor Stigmatisierung und vor dem Hintergrund einer in Deutschland sehr unzulänglichen Informationslage über psychische Erkrankungen Therapien – sei es Psychotherapie oder Pharmakotherapie - ablehnen.⁵⁰

Andererseits wurde im Gutachten des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von einer deutlichen Unter- und Fehldiagnostik depressiver Erkrankungen berichtet: „Depressive Erkrankungen (würden) von den behandelnden Ärzten häufig nicht oder zu spät diagnostiziert [würden]. Als Folge der Unter- und Fehldiagnostik würden die betroffenen Patienten einer notwendigen antidepressiven Therapie (in Form einer adäquaten antidepressiven Medikation und/oder Psychotherapie) nicht oder verspätet zugeführt.“⁵¹

In Deutschland geht man davon aus, dass weniger als die Hälfte der von Depressionen Betroffenen überhaupt mit dem Versorgungssystem in Kontakt stehen⁵² – ganz abgesehen von der Frage der Angemessenheit der angewandten Therapien. Zwar ist diese Quote für einige andere psychische Erkrankungen noch geringer, aber es ist doch festzustellen, dass die Erkennungsraten bei Depressionen unbefriedigend sind.

Eine psychotherapeutische Behandlung kann von Ärzten oder Psychotherapeuten durchgeführt werden. Erst seit 1999 besteht für die psychologischen Psychotherapeuten durch das Psychotherapeutengesetz die Möglichkeit, Psychotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenvversicherung über die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Krankenkasse abrechnen zu können. Patienten haben freie Psychotherapeutenwahl und benötigen keine Überweisung.

Nach den Psychotherapie-Richtlinien sind drei Verfahren im Rahmen der Gesetzlichen Krankenvversicherung zugelassen⁵³:

- Verhaltenstherapie (VT), bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag bis 80 Stunden,
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (IP), bis 50 Stunden, in besonderen Fällen bis 80 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag bis 100 Stunden und
- Analytische Psychotherapie (AP), bis 160 Stunden, in besonderen Fällen bis 240 Stunden, in Einzelfällen mit einem weiteren Antrag bis 300 Stunden.

⁴⁹ Dies gilt gleichermaßen für AOK- und GEK-Versicherte.

⁵⁰ RKI (2008)

⁵¹ SVR (2001)

⁵² Alonso, J. et al. (2004); Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2001), S. 998 sowie (RKI 2008)

⁵³ Außerdem können Ärzte bzw. Psychotherapeuten psychotherapeutische Gesprächsleistungen (GL) abrechnen.

Im Land Bremen wurde bei AOK- und GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose am häufigsten die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angewandt. Mehr als die Hälfte derjenigen, die eine Psychotherapie aufgrund von Depressionen bewilligt bekommen haben, erhielten diese Therapieform.

Die Anteile der anderen Therapieformen unterscheiden sich nach Krankenkasse: Bei der AOK spielt die Verhaltenstherapie eine deutlich größere Rolle als bei der GEK, während bei der GEK vergleichsweise mehr Patienten eine Analytische Therapie erhalten.

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 diagnosespezifische Zuordnung von Störungsbildern und Therapieformen (welches Therapieverfahren in welchem Umfang hilft welchem Patienten?).

Insgesamt weiß man erst sehr wenig über die Steuerungsprozesse bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Möglicherweise spielen derzeit bedarfsfremde Gründe eine Rolle wie z.B. die Schichtzugehörigkeit des Patienten oder die Bewilligungspraxis der Krankenkassen.

Für psychotherapeutische Verfahren wird die Indikation derzeit in den meisten Fällen entsprechend „dem lokal herrschenden Angebot an therapeutischen Ressourcen gestellt“.⁵⁴ D.h. welche Therapierichtungen in einer Region vorherrschen, wird 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 ist die Gruppe der psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten größer. Knapp die Hälfte aller Psychologischen Psychotherapeuten im Land Bremen arbeitet tiefenpsychologisch fundiert, ein gutes Drittel arbeitet psychoanalytisch und 15% arbeiten verhaltenstherapeutisch. In der Stadtgemeinde Bremen ist das Verhältnis der Therapierichtungen ähnlich, in Bremerhaven hingegen sind weniger analytisch orientierte Therapeuten und mehr Verhaltenstherapeuten tätig.

Im Hinblick auf Geschlechterunterschiede ist anzumerken: Frauen in Bremen erhalten insgesamt zwei bis drei Mal so häufig wie Männer die Diagnose Depression - insofern sind zahlenmäßig auch deutlich mehr Frauen als Männer in psychotherapeutischer Behandlung. Der Anteil derjenigen, die nach der Diagnose eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, ist bei den Männern jedoch etwas höher als bei den Frauen.

Bei der Versorgungssituation psychotherapeutisch behandelter depressiv Erkrankter scheint es ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu geben. Zum Teil scheinen - unter Abschung von der Bedarfslage - Patienten lange und hochfrequente Therapien zu erhalten, während andere Patienten völlig unzureichend versorgt sind.⁵⁵

Die Qualität der medikamentösen Therapie der Depression wird als defizitär beurteilt. Häufig werden Antidepressiva in zu geringen, d.h. therapeutisch ineffek-

⁵⁴ AWMF (2002)

⁵⁵ SVR (2008)

tiven Dosen und für zu kurze Zeit gegeben. Ein erheblicher Teil der Patienten erhält keine dem aktuellen Forschungsstand entsprechenden Antidepressiva.⁵⁶ Eine Reihe von Patienten mit Depressionen wird mit Neuroleptika anstatt mit Antidepressiva behandelt (Fehlversorgung).⁵⁷ Eine medikamentöse Behandlung kann grundsätzlich nur durch einen Arzt verordnet werden.

Im Land Bremen haben von allen GEK-versicherten Depressionspatienten im Jahr 2006 insgesamt 31% im Rahmen ambulanter Behandlungen eine Verordnung für Antidepressiva erhalten. Die Größenordnung, in der pharmakotherapeutisch behandelt wird, entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt.⁵⁸

Die höchsten Raten sind im Alter zu beobachten. Knapp der Hälfte der über 78 Jahren Frauen mit Depressionen wurden Medikamente verschrieben, bei den gleichaltrigen Männern waren es 38%. Mehr als ein Drittel der Verschreibungen von Antidepressiva geht auf Hausärzte zurück.

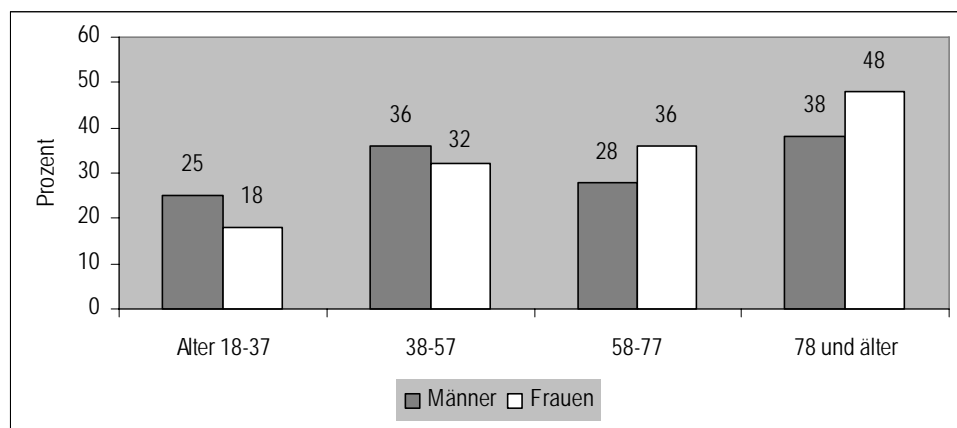


Abbildung 6: Anteil der GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose und Antidepressiva-Verordnungen an allen GEK-Versicherten mit Depressionsdiagnose, nach Alter und Geschlecht, in Prozent, 2006⁵⁹.

⁵⁶ SVR (2008)

⁵⁷ Von der Damerau-Dambrowski (2004)

⁵⁸ Grobe, T. (2006), S. 93

⁵⁹ Primärdaten: Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Arzneimittelversorgungsforschung.

Versorgungsstrukturen in Bremen

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

Depressionen werden vorwiegend im ambulanten Bereich in Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte und/oder Psychotherapeuten behandelt.

Die erste Anlaufstelle für Menschen mit Depressionen sind oft die Hausärzte. Für die Erkennung, Erstdiagnostik, die Einleitung einer Behandlung sowie den Zugang zu Fachärzten und Psychotherapeuten kommt ihnen in vielen Fällen die Hauptverantwortung zu.

In Bremen gibt es 380 Hausärzte, von denen 16 den Zusatztitel ‚Psychotherapie‘ erworben haben. In Bremerhaven sind 93 Hausärzte niedergelassen, keiner mit Zusatztitel. Die Anzahl der Hausärzte im Land Bremen entspricht in etwa dem in den Richtlinien⁶⁰ festgelegten Bedarf in der Bevölkerung.

Ein Teil der Depressionspatienten wird auch von anderen somatisch orientierten Arztgruppen behandelt, davon vorwiegend von Gynäkologen. 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 - wie postpartale Depression oder Depressionen im Kontext der Wechseljahre in den originären Aufgabenbereich des Gynäkologen.

Des Weiteren verfügt das Land Bremen über 288 psychologische und 99 ärztliche Psychotherapeuten.⁶¹ Im Schnitt behandelt ein Bremer Psychotherapeut 146 Fälle pro Jahr (Psychologen: 130 Fälle, Ärzte: 162 Fälle).⁶² Die Stadtgemeinde Bremen ist gegenüber der Stadtgemeinde Bremerhaven deutlich besser versorgt, was das Verhältnis zwischen Anzahl der Fachärzte bzw. Psychotherapeuten je Einwohner betrifft.

⁶⁰ Der regionale Bedarf einer Region an Fachärzten und Psychotherapeuten wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den so genannten Bedarfsplanungs-Richtlinien festgesetzt.

⁶¹ Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2007.

⁶² Zahlen aus 2003, Gesundheitsamt Bremen (2005)

Tabelle 4: Verteilung der Nervenärzte/Psychiater und Psychologischen Psychotherapeuten im Land Bremen⁶³

	Land Bremen	Stadt Bremen	Bremerhaven
Einwohner ⁶⁴	663.979	547.934	116.045
Nervenärzte	101	92	9
Einwohner je Nervenarzt	6.574	5.956	12.894
Psychologische Psychotherapeuten	203	182	21
Einwohner je Psychotherapeut	3.271	3.011	5.526

Auch innerhalb der Stadtgemeinde Bremen ist die Verteilung ungleich.⁶⁵ In sozial benachteiligten Stadtgebieten kommen auf einen Psychotherapeuten deutlich mehr Einwohner als in privilegierten Stadtteilen, wie die folgende Abbildung zeigt.

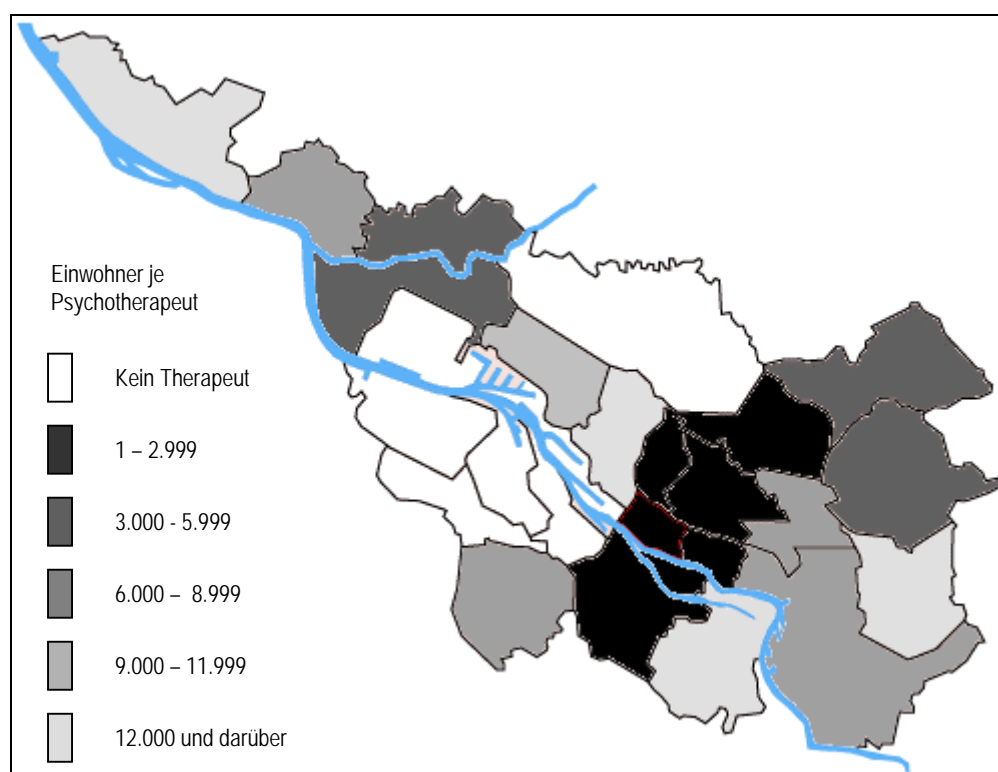


Abbildung 7: Verteilung der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in der Stadtgemeinde Bremen

In einigen Stadtteilen wie z.B. Woltmershausen, das bezüglich sozialer Benachteiligung im Mittelfeld liegt, gibt es weder einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie noch einen Psychotherapeuten.

Bedarfsplanung und Versorgungsgrad werden auf Ebene der Städte Bremen und Bremerhaven berechnet, nicht jedoch auf Stadtteilebene. Für erwachsene Patienten werden Wegstrecken zur psychotherapeutischen oder fachärztlichen Behandlung innerhalb der Stadtgebiete Bremens bzw. Bremerhavens als zumutbar erachtet.

⁶³ Aus: Ärztenavigator der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Die Zahlen sind nicht ganz deckungsgleich mit denen der Bedarfsplanung der KV Bremen (siehe Tabelle 5), da beim Ärztenavigator z.B. nur diejenigen eingehen, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben. Andererseits sind beim Ärztenavigator auch die ausschließlich privat abrechnenden Ärzte enthalten, die bei der Bedarfsplanung nicht aufgeführt sind.)

⁶⁴ Statistisches Landesamt, Stand: 31.12.2006

⁶⁵ Für Bremerhaven weist der Ärztenavigator keine Differenzierung nach Stadtteilen aus.

Die Kassenärztliche Vereinigungen stellen auf der Basis der bundesweiten Richtlinien und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Bedarfspläne auf. Im Rahmen dieser Bedarfsplanung wird ausgewiesen, inwieweit bei den einzelnen Arztgruppen bzw. Psychotherapeuten eine Über- oder eine Unterversorgung besteht.⁶⁶ Der Bedarf wird mit 100% angesetzt. Überversorgung besteht bei einem Versorgungsgrad von 110% und mehr, Unterversorgung für Hausärzte bei einem Versorgungsgrad von 75% und weniger, für Fachärzte und Psychotherapeuten von 50% und weniger. Danach gibt es im Land Bremen in keiner der für Depressionen relevanten Gruppe eine Unterversorgung. Bei den Psychotherapeuten in Bremen-Stadt wird ein Versorgungsgrad von 164%, also 54% über dem Bedarf ausgewiesen, in Bremerhaven von 124%, also 14% über dem Bedarf. Inwieweit diese rechnerische Überversorgung die Realität abbildet, ist fraglich angesichts der im Rahmen der Befragung von Bremer Psychotherapeuten angegebenen Wartezeiten von einigen Wochen bis zu 1,5 Jahren.⁶⁷ Nicht nur die Wartezeit kann den Zugang zur Psychotherapie erschweren. Da es den Patienten nicht bekannt ist, welche Therapeuten noch freie Plätze haben, müssen sie dies mühselig telefonisch erfragen. Dabei kommt hinzu, dass die Therapeuten unterschiedliche und z.T. sehr begrenzte telefonische Sprechzeiten anbieten. Für Personen mit großem Leidensdruck auf der einen Seite und eingeschränkter Handlungsfähigkeit auf der anderen Seite ist diese Situation unbefriedigend.⁶⁸

Tabelle 5: Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven, von denen Depressionspatienten behandelt werden können⁶⁹

Therapeutengruppe	Bremen		Bremerhaven	
	Anzahl	Über-/Unterversorgung	Anzahl	Über-/Unterversorgung
Hausärzte	364		68	
Hausärzte mit Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘	16	110 %	0	93%
Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ⁷⁰	52	121%	11	116%
Kinder- und Jugendpsychiater	10		2	
Ärztliche Psychotherapeuten ⁷¹	88 ⁷²		11	
Psychologische Psychotherapeuten	222 ⁷³		30 ⁷⁴	
Kinder- u. Jugendl.psychotherapeuten	36 ⁷⁵	164%	0 ⁷⁶	124%

⁶⁶ An der Bedarfsplanung wird Kritik geübt, insofern sie nicht auf aktuellen epidemiologischen Erkenntnissen beruht, sondern einen historischen, einmal festgestellten Ist-Zustand fortschreibt. Außerdem wird nicht berücksichtigt, in welchem Leistungsumfang Fachärzte bzw. Psychotherapeuten tätig sind. Insofern ist der von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgestellte regionale Versorgungsgrad kein verlässliches Instrument zur Bewertung des realen, aktuellen Behandlungsbedarfs und der faktischen Über- oder Unterversorgung.

⁶⁷ Bundesweit warten erwachsene Patienten durchschnittlich 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz, für ein diagnostisches Erstgespräch wurde eine Wartezeit von 1,9 Monaten ermittelt Zepf S., Mengele U., Marx A. (2001)

⁶⁸ Unabhängige Patientenberatung Bremen (2007)

⁶⁹ Kassenärztliche Vereinigung Bremen/Bremerhaven, Bedarfsplanung 2007

⁷⁰ Neurologen, Psychiater und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die nicht überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.

⁷¹ Diese Gruppe beinhaltet Ärzte aller Fachgebiete, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.

⁷² Elf dieser ärztlichen Psychotherapeuten behandeln auch Kinder und Jugendliche; diese sind in der Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater nicht mit aufgeführt

⁷³ 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.

⁷⁴ Ein Therapeut hat eine Doppelzulassung (Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), fünf dieser Therapeuten haben eine Genehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen; sie sind in der Gruppe ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten‘ nicht mit aufgeführt.

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

Da zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auf regionaler Ebene quasi keine Untersuchungen zu qualitativen Aspekten vorliegen – also beispielsweise zu Fragen zum Zugang zur Psychotherapie, zu Wartezeiten o.ä. - wurde in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Bremen eine Befragung bei im Land Bremen niedergelassenen Psychotherapeuten in Auftrag gegeben. Diese Befragung wurde vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen durchgeführt.⁷⁷

Unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien Alter, Geschlecht, Praxisstandort und Therapieausrichtung wurden im Januar und Februar 2008 neun Psychotherapeuten rekrutiert und interviewt. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ, bilden aber eine Einschätzung ab.

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

Im Hinblick auf die Entwicklung der Erkrankung Depression in der Bevölkerung 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 beobachtete einen Rückgang der Depression.

Auch wurde von einer größeren Sensibilität bzw. Akzeptanz für psychische Erkrankungen auf Seiten der Patienten und Ärzte berichtet. Weiter wurde beschrieben, dass sich die Lebensumstände vieler Klienten verschlechtert haben und es zu einer Veränderung und Zunahme der Anlässe für eine Depression gekommen ist. Die Diagnosestellung durch die Psychotherapeuten hat sich nach Einschätzung der befragten Psychotherapeuten nicht verändert.

Bei der Suche nach einem Therapeuten seien viele Patienten nicht über die unterschiedlichen Therapieausrichtungen informiert und suchen dementsprechend ungezielt.

Alle Psychotherapeuten berichteten von einem Überhang an Anfragen zur Therapie. Es wurden Wartezeiten von einigen Wochen bis zu 1,5 Jahren angegeben.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ 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 8 Leistungserbringer zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung.

⁷⁷ Sie wurde Ende 2007/Anfang 2008 vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen unter Leitung von Frau Prof. Dr. Kolip durchgeführt.

Durch Kontakte zu anderen Psychotherapeuten, Hausärzten, Psychiatern und Klinikärzten wird ein Teil der Patienten weiter vermittelt. Kritisch wurde von mehreren Therapeuten angemerkt, dass weder Beratung noch Vermittlung abrechnungsfähig seien und dies möglicherweise dazu führe, dass einige Therapeuten diese Aufgabe mangels Anreiz nicht mehr übernehmen.

Die Kriterien, nach denen Psychotherapeuten frei werdende Plätze vergeben, sind individuell sehr verschieden und werden meist relativ variabel gehandhabt. Alle Psychotherapeuten nehmen nur Patienten 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 Depressionspatienten mitunter zurück gestellt.

Depressionspatienten, die in den letzten zwei Jahren bereits eine Therapie gemacht haben, werden eher ungern angenommen, da in diesen Fällen ein aufwändiges Antragsverfahren notwendig ist.

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.

Die Frage, ob eine zentrale Therapieplatzvermittlung in Bremen ein sowohl für Betroffene als auch für Therapeuten handhabbares Instrument für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung sein kann, wird in den Interviews unterschiedlich bewertet und sollte innerhalb der psychotherapeutisch arbeitenden Gemeinschaft diskutiert werden.

Als unterversorgte Bevölkerungsgruppen wurden von den Psychotherapeuten Arbeitslose, Alleinerziehende, Arme, Alte, allein lebende Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund gesehen. Es wurde vermutet, dass in hausärztlichen Praxen sozial schlechter gestellte Menschen mitunter gar nicht als behandlungsbedürftig erkannt würden. Auch wurde die Versorgungssituation in sozial schlechter gestellten Stadtteilen durch die geringere Anzahl an psychotherapeutischen Praxen als unbefriedigend bewertet. Bei Personen mit Migrationshintergrund wurden neben sprachlichen Barrieren kulturelle Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Psychotherapie vermutet.

Im Hinblick auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen wurde berichtet, dass sie den Hausarzt regelmäßig schriftlich über den Therapieverlauf informieren würden. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn der Patient seinen Therapeuten von der Schweigepflicht entbindet, was nicht immer geschieht.

Von vielen Psychotherapeuten wird eine klare Trennung der therapeutischen Instanz des Psychotherapeuten von der einweisenden Instanz des Arztes angestrebt, um die Übertragungsbeziehung zwischen Patient und Psychotherapeut nicht zu gefährden. In der Regel wird der Kontakt zum Arzt in Bezug auf etwaige Einweisungen oder Verschreibungen daher durch den Patienten hergestellt.

Handlungsbedarf wurde vor allem in drei Bereichen gesehen:

- 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. Die Versorgung von schwer Erkrankten scheint besonders erschwert durch die begrenzten Kapazitäten in den einzelnen Praxen und durch die starren Vorgaben des Gutachterverfahrens. Hierzu wurde die Vergütung von Krisenintervention und Vermittlungsaktivitäten vorgeschlagen. Zur Koordination der verschiedenen, bei schweren Störungen involvierten Berufsgruppen wurden die Einrichtung eines Case Managements und Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen vorgeschlagen.

Dass eine Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen durch die Gesundheitsämter und das Netzwerk Selbsthilfe bereits erfolgt, scheint bei den Psychotherapeuten nicht bekannt zu sein.

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.

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.

Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote

In der Stadtgemeinde Bremen gibt es seit 2002 fünf psychiatrische Behandlungszentren (BHZ) in den Regionen Mitte, Ost, West, Süd und Nord. Jedes Zentrum verfügt über voll- und teilstationäre Plätze, Plätze zur tagesklinischen Akutversorgung, eine psychiatrische Institutsambulanz und einen Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPSD) umfassen Information, Beratung, Vermittlung, Behandlung, Betreuung, gutachterliche Stellungnahmen zum Hilfebedarf sowie Krisenintervention.

Ziel dieser regionalisierten Versorgungsstruktur, die seit Ende der 90er Jahre schrittweise in die Praxis umgesetzt wird, ist ein abgestuftes Hilfesystem von stationärer, tagesklinischer, akuter und längerfristiger ambulanter Versorgung sowie Beratung unter einem (organisatorischen) Dach. Damit sollen stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder kurz gestaltet werden. Angestrebt wird eine Kontinuität der Bezugspersonen, auch bei Wechsel des Patienten zwischen den Versorgungsformen ambulant/ teilstationär/ stationär, um den Aufbau und Erhalt einer tragfähigen persönlichen Beziehung – Leitgedanke des therapeutischen Konzepts der psychiatrischen Behandlungszentren – zu ermöglichen.

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.

Tabelle 6: 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 ⁷⁸	57 am KBO ⁷⁹	86 am KBO	121	53 am KBO
Teilstationäre Behandlungsplätze (Tagesklinik)		29			28
Institutsambulanz	ja	ja	ja	ja	ja
Sozialpsychiatrische Dienste	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 für Patienten mit chronischen, schweren Depressionen mit erhöhtem Betreuungsbedarf zugänglich sind.

Wie viele Patienten aufgrund von Depressionen in den einzelnen Einrichtungen versorgt werden, ist nicht bekannt, da lediglich affektive Störungen insgesamt erfasst werden. Der Anteil der Patienten mit Affektiven Störungen beträgt in den Behandlungszentren im Durchschnitt 13%.⁸⁰ 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.

Neben den regionalisierten Angeboten gibt es einen zentralen Kriseninterventionsdienst für psychisch kranke und suchtkranke Menschen, der die Nacht hindurch

⁷⁸ Die Zahl umfasst neben den vollstationären auch teilstationäre Behandlungsplätze, die am Krankenhaus angegliedert sind.

⁷⁹ KBO = Klinikum Bremen Ost

⁸⁰ Stand: 2005; aktuelle Zahlen liegen nicht vor. Das BHZ Nord ist hier nicht enthalten.

und an Sonn- und Feiertagen erreichbar ist und auch Hausbesuche umfassen kann. Er ist am Gesundheitsamt in Bremen angesiedelt.

Weitere stationäre Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Depressionen in der Stadtgemeinde Bremen bietet die Klinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik am Klinikum Bremen-Ost, 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 an: 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.

Die Stadtgemeinde 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. Auch in Bremerhaven gibt es einen beim Gesundheitsamt angesiedelten zentralen Kriseninterventionsdienst. Eine Regionalisierung der Versorgung auf Stadtteile wird auf Grund der Einwohneranzahl nicht für sinnvoll und nötig erachtet. Bremerhaven entspricht in etwa der Größe einer psychiatrischen Versorgungsregion in der Stadtgemeinde Bremen. Inhaltlich wird eine Angleichung der Strukturen an die Situation in der Stadtgemeinde Bremen angestrebt.

Ambulante psychiatrische Pflegedienste und Soziotherapie

Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und Soziotherapie sind Leistungsangebote, die schwer psychisch erkrankte Patienten in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld sowie bei der Aufrechterhaltung 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 der Stadtgemeinde Bremen sind drei Träger bekannt, die diese ambulanten sozialpsychiatrischen Leistungen erbringen. Insgesamt haben diese in 2006 rund 440 Patienten mit depressiven Störungen versorgt. Der größte Anteil wurde mit 380 Patienten von der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste e.V. (Gapsy) versorgt, 35 Patienten entfielen auf den Hauspflegedienst Ameos Pro Care GmbH (eine Einrichtung der Ameos Kliniken, u.a. Träger der Psychiatrischen Klinik Dr. Heines im Bremer Osten) und die übrigen auf die ASB Gesellschaft Sozialpsychiatrische Hilfen (eine Einrichtung des Arbeiter-Samariter-Bundes, ebenfalls vorwiegend Patienten im Bremer Osten betreut).

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.

Neben APP und Soziotherapie gibt es in der Stadtgemeinde Bremen 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 ist die 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. Etwa die Hälfte der Patienten wies Diagnosen im Bereich Schizophrenie auf, 37% im Bereich affektive Störungen.

Selbsthilfegruppen

Die organisierte Selbsthilfe ist heute ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung.⁸¹ 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.

In der Stadtgemeinde Bremen gibt es derzeit 36 Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit Depressionen.⁸² Allein in 2006 haben sich insgesamt rund 70 Menschen mit Depressionen in neuen Selbsthilfegruppen zu Depressionen zusammengeschlossen (41 Frauen und 27 Männer).

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

Nach langjährigen Erfahrungen des Netzwerks Selbsthilfe, das neben den Gesundheitsämtern die Gründung und Begleitung von Selbsthilfegruppen organisiert, benötigen Gruppen zu psychischen Erkrankungen und psychosozialen Lebenskrisen über die übliche einmalige Moderation des Gründungstreffens hinaus stärkere Unterstützung. Daher hat das Netzwerk Selbsthilfe in 2006 zwei Projekte im psychosozialen Bereich initiiert, die besonders Menschen mit Depressionen ansprechen.⁸³ Zum einen geht es um Krisenintervention bei Selbsthilfe-Suchenden vor und nach stationärer oder ambulanter Behandlung. Im Rahmen von zehn Einzel-

⁸¹ Daher wird sie auch finanziell durch die Krankenkassen (§20 SGB V) und die Kommunen unterstützt.

⁸² 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.

⁸³ Die Projekte wurden mit Mitteln der Deutsche Rentenversicherung, der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und verschiedener Krankenkassen finanziert.

beratungsgesprächen 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.

Allgemein wird von den die Selbsthilfe fördernden Institutionen berichtet, dass Gruppengründungen im Bereich psychosozialer Probleme überdurchschnittlich stark angestiegen sind. Auch für Bremen bestätigt sich dieser Trend.

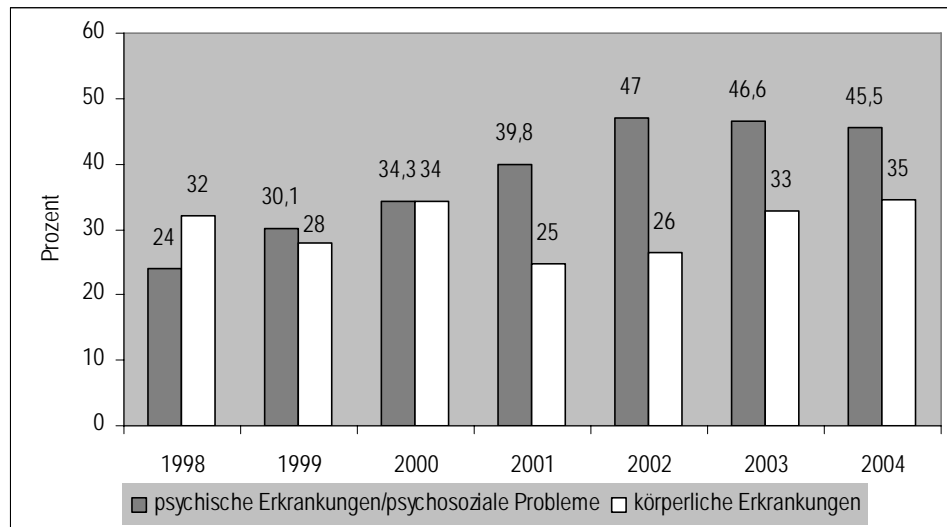


Abbildung 8: Entwicklung der Selbsthilfeberatung in Bremen-Stadt 1998-2004 (Nachfrage nach Selbsthilfegruppen beim Gesundheitsamt Bremen im Bereich psychischer Störungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen – Häufigkeit der Kontakte in Prozent)⁸⁴

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 an erster Stelle. Auf diesem Gebiet ist auch der stärkste Anstieg festzustellen. Beratungsgespräche zu affektiven Störungen, d.h. vor allem zu 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).⁸⁵

⁸⁴ Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Bremen, 12/2007

⁸⁵ Gesundheitsamt Bremen (2007), S. 93

Zusammenfassung

Ausgehend von bundesdeutschen Zahlen leiden 5,5% alle Bremer Männer und 11,2% aller Bremer Frauen zwischen 18 und 65 Jahren an einer schweren Depression. Diese Krankheit ist nicht nur quantitativ bedeutsam und mit starken Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen verbunden, sondern ist insgesamt von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Diese betrifft beispielsweise die zunehmenden Diagnosezahlen im ambulanten wie im stationären Bereich wie auch steigende Raten bei der Arbeitsunfähigkeit – entgegen dem allgemeinen Trend rückläufiger Arbeitsunfähigkeitsraten –, sowie lange Ausfallzeiten im Beruf und Frühverrentungen.

Bei Frauen wird zwar deutlich häufiger eine Depression diagnostiziert als bei Männern, doch wird ein Teil dieser Überhäufigkeit einerseits auf das gesundheitsbewußtere Verhalten von Frauen und andererseits auf die Tendenz der Männer zur ‚Kaschierung‘ depressiven Potentials zurückgeführt.

Ein großer Teil der von Depressionen Betroffenen steht nicht in Kontakt mit dem Gesundheitssystem.

Wenn bei Depressionspatienten eine Behandlung durchgeführt wird, besteht sie wesentlich häufiger in der Verschreibung von Antidepressiva, als dass eine Psychotherapie durchgeführt wird (8 % Psychotherapie, 32% Medikation).

Auch wenn die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung zumindest für die Stadtgemeinde Bremen eine Überversorgung ausgewiesen hat, scheint die Nachfrage derzeit größer als das Angebot zu sein. So wurde von Bremer Psychotherapeuten von Wartezeiten auf einen Therapieplatz von mehreren Wochen bis zu 1,5 Jahre berichtet.

Auch sind die Praxen regional ungleich verteilt. In der Stadtgemeinde Bremen ist die Versorgung besser als in Bremerhaven, aber auch innerhalb Bremens gibt es „weiße Flecken“, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtvierteln.

Neben der Versorgung in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen gibt es in Bremen ein differenziertes regionales Versorgungsnetz ambulanter, stationärer und teilstationärer Angebote.

Handlungsempfehlungen

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.

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.⁸⁶

D.h. die vorliegenden Handlungsempfehlungen verstehen sich als Impuls, der den vom BBgD initiierten Vernetzungsprozess weiterentwickeln möchte, um letztlich im Verbund mit Experten Umsetzungsstrategien und konkrete Maßnahmen für die Region zu entwickeln.

Gesundheitsförderung und Prävention

Seelische Gesundheit ist eine Querschnittsaufgabe in allen wesentlichen Politikfeldern. 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 oder durch Förderung und Stärkung nachbarschaftlicher Kontakte im Quartier. In diesem Kontext ist Gesundheitspolitik ein Aktionsfeld unter vielen anderen, das einen begrenzten Beitrag leisten kann:

⁸⁶ 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 JugendlichenpsychiaternInnen, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy), Gesundheitsamt, Gesundheit Nord Klinikum Ost, Hausärzterverband 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

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. Die Sensibilität für geschlechtsspezifisch unterschiedliche Symptomatiken sollte geschärft werden.

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 psychischem Stress umzugehen, gestärkt werden. Zu den gesundheitsfördernden, antidepressiven Ressourcen zählen in erster Linie ein gewisses Maß an Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die Fähigkeit, haltgebende 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. Des Weiteren ist es sinnvoll, die Depressionskriterien geschlechtersensibel zu erweitern. Es sollten „männerspezifische Copingstrategien einer als typisch weiblich geltenden Erkrankung“⁸⁷ berücksichtigt werden und geschlechtsspezifische Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, die besonders Männer betreffen, gezielt abgebaut werden.

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 und ebenso Ansätze in Kindergärten und Schulen zu implementieren, die Kinder und Jugendliche in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer sozialen Kompetenz stärken.

- 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.

⁸⁷ Möller-Leimkühler (2006), S. 225

Im Bereich der ambulanten Psychotherapie gibt es – trotz rechnerischer Überversorgungsquote im Land Bremen – **Versorgungsengpässe**. So müssen schwer erkrankte Patienten, die zeitnahe 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 um 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 schweren Fällen ist es sinnvoll, dass **Psychotherapeuten ein gewisses Kontingent an Stunden für Krisensitzungen und Weitervermittlung** des Patienten in ein individuell adäquates therapeutisches Setting vergütet erhalten. Diese Tätigkeiten könnten im Rahmen der so genannten ‚probatorischen Sitzungen‘ geleistet werden, deren Anzahl ggf. erhöht und die entsprechend vergütet werden müssten. Hier stehen die Krankenkassen in der Pflicht.
- Es zeigen sich eklatante regionale Unterschiede in der Versorgung einzelner Stadtteile mit Psychotherapeuten. Insbesondere 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 **stadtteilbezogen 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

Behandlungszentrums beschränken, sondern allen Einwohnern des Stadtteils mit entsprechendem Beratungs- und Vermittlungsbedarf zugänglich sein.

Verbesserung der Kommunikation und Kooperation im Hilfesystem

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, Zerschneiden von Partnerschaften und Familien, Vereinsamung und sozialer Abstieg – 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.

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.

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 wenig 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 strukturierten 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.

Wenn auf der Basis dieser Handlungsempfehlungen berufsgruppenübergreifend Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention von Depressionen und der Versorgung von Depressionspatienten verabschiedet und umgesetzt werden, hat der Bericht sein Ziel erreicht.

Kapitel

7

Literatur

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 – Hausärzterverband – e.V. (BDA), 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Juli 2002

AWMF (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), im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll-na/051-023.htm>

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. 163-189

Bühning, P. (2005): Integrierte Versorgung Depression: Mehr Kooperation mit Hausärzten, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Januar 2005, Seite 18

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 receiving welfare. *Women Health* 32:1-23

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>

- Fava, M. et al. (1996): Gender differences in Axis I comorbidity among depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders* 38:129-133
- Gäbel, W. (2003): Leitlinienorientierte Patienteninformation zur Depression, Referat Qualitätssicherung der DGPPN, im Internet: http://www.patienteninformation.de/content/gesundheitsinfos/eigene/pll_depression/gesundheitsinfos/eigene/pdf_files_eigene/leitlinie_depression.pdf
- 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 (2007): *Gesundheitliche Selbsthilfegruppen in Bremen*. Ein Bericht zur Bestandsaufnahme, Entwicklung und zu Perspektiven der Unterstützung und Förderung in der Stadt Bremen
- Gesundheitsamt Bremen, Sozialpsychiatrische Abteilung (2005): *Kommunaler Psychiatrieplan Bremen*
- 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
- Hegerl, I., Zaudig, M., Möller, H.J. (2001): *Depression und Demenz im Alter*. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose und Therapie. Springer. Wien, New York
- Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U. (2004): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Heft 46, S. 736-744
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Ärztekammer Bremen (2008): *Ärztenavigator*, im Internet: http://www.bremen.de/sixcms/detail.php?template=01_aerztenavigator&_hauptid=551444&id=1487851
- Kompetenznetz Depression (2008): im Internet: http://www.kompetenznetz-depression.de/ueber_uns/ziele_und_projekte.htm
- 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
- Linden, M., Weidner, C. (2005): Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 76, s. 1421-1431
- 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
- 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
- Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin
- Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2008): *Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin 2008
- Rudolf S, Bemejo, I. et al. (2006): Diagnostik depressiver Störungen, *Deutsches Ärzteblatt*, J. 103, Heft 25, S. A1754-1762
- 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 Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 31:1-10.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. (Hrsg.) (2002): *Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/Europe Multicentre Study on Suicidal Behaviour*, vgl. Abb. 4. <http://suizidpraevention-deutschland.de/Einleitung.html>
- Statistisches Bundesamt (2004): *Gesundheit – Krankheitskosten 2002*. Wiesbaden 2004
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006): *Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004*. Wiesbaden 2006

- Techniker Krankenkasse (2008): Depression. Eine Information für Patienten und Angehörige, im Internet: <http://www.akdae.de/45/Depression.pdf>
- Techniker Krankenkasse (2008): Gesundheitsreport 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen. – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 18, Hamburg
- Unabhängige Patientenberatung Bremen (2008): Tätigkeitsbericht 2007
- Von der Damerau-Dambrowski (2004): Depression maskiert sich oft. In: Der Hausarzt 2, S. 56ff
- 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
- 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., Schuster, P., Pfister, H. et al. (1999). Depressionen in der Allgemeinbevölkerung – schlecht erkannt und selten behandelt. Nervenheilkunde 18:202-209
- 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