



Kommunalunternehmen
Kliniken und Heime des
BEZIRKS OBERFRANKEN



BEZIRKSKRANKENHAUS BAYREUTH

Evangelisches
BILDUNGSWERK
Bayreuth/Bad Berneck/Pegnitz e.V.



Aktion gegen Depression *Bayreuth*





Kommunalunternehmen
Kliniken und Heime des
BEZIRKS OBERFRANKEN



BEZIRKSKRANKENHAUS BAYREUTH

Evangelisches
BILDUNGSWERK



Bayreuth/Bad Berneck/Pegnitz e.V.

Konstituierende Sitzung am 11. März 2010

eine Initiative des Bezirkskrankenhauses Bayreuth

&

Evangelisches Bildungswerk Bayreuth/Bad Berneck/Pegnitz e. V.



Initiativgruppe

◆ **Frau Dipl.-Psych. Ulrike Rupprecht**

Psychologische Psychotherapeutin
Psychologische Leiterin der Depressionsstation (A5)

◆ **Frau Dipl.-Psych. Eva Schaller**

Psychologin Depressionsstation (A1)
Leiterin der Depressionsambulanz

◆ **Dr. phil. Jürgen Wolff**

Pädagogischer Leiter und Geschäftsführer
Evangelisches Bildungswerk Bayreuth/Bad
Berneck/Pegnitz e. V.

◆ **Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf**

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth
Sprecher des AK Depressionsstationen Deutschland/Schweiz

◆ **Schirmherr Bezirkstagspräsident**

Landrat Dr. Günther Denzler



Kommunalunternehmen
Kliniken und Heime des
BEZIRKS OBERFRANKEN



BEZIRKSKRANKENHAUS BAYREUTH

Evangelisches
BILDUNGSWERK



Bayreuth/Bad Berneck/Pegnitz e.V.

Gesundheitspolitische Bedeutung der Depression

Warum halten wir die
„**Aktion gegen Depression Bayreuth**“ für notwendig?



Warum ist die Depression in den letzten 10 – 15 Jahren gesundheitspolitisch so bedeutsam geworden?

[Und hat die „Schizophrenie“ als klassisches Krankheitsbild der Psychiatrie völlig verdrängt!]

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Häufigkeit | Ausmaß an Betroffenheit |
| 2. Verlaufsformen | Rezidive, Chronizität, Suizidalität |
| 3. Folgen | Betroffene, Familie, Wirtschaftliche |

Tabelle : Warum ist „die Depression“ gesundheitspolitisch so bedeutsam geworden?

- nach Datenlage **häufigste psychische Erkrankung**; am wenigsten stigmatisiert (man redet darüber)
- psychische Erkrankung **mit höchster Suizidmortalität** (bis 60% aller Suizide während einer Depression)
- Hauptgruppe von Patienten bei niedergelassenen Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten Hauptgruppe in Psychosomatischen Reha-Kliniken (bis zu 50%)
- **hohe Kosten** (direkte, indirekte und intangible Kosten); hoher und zunehmender Diagnose-Anteil bei Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, vorzeitiger Berentung (sog. Burnout)
- **Therapeutisch-pflegerischer Fortschritt** in der Depressionsbehandlung wahrscheinlich am größten: Psychotherapie, neuere Antidepressiva, Selbsthilfe/Angehörige
- **Trotzdem**: Erkennens- und Behandlungsrate zu gering!

Epidemiologie der Depression (MDD DSM-IV) (NESARC 2001 – 2002, Hasin et al. 2005) [Sample 2001 – 2002, 43093 Personen = 18 Jahre, 81% antworteten]

Soziodemographische Charakteristik	12-Monatsprävalenz MDD % (SE)	Lebenszeitprävalenz MDD % (SE)
➤ Gesamt	5,23 (0,15)	13,23 (0,3)
➤ Geschlecht		
Männer	3,56 (0,17)	9,01 (0,27)
Frauen	6,87 (0,24)	17,10 (0,44)
➤ Ethnische Zugehörigkeit		
weiß	5,53 (0,17)	14,58 (0,29)
schwarz	4,52 (0,32)	8,93 (0,48)
native Americans	8,89 (1,23)	19,17 (1,75)
asiatisch oder pazifische	4,12 (0,72)	8,77 (0,98)
hispanisch	4,27 (0,44)	9,64 (0,57)
➤ Alter Jahre		
18 – 29	6,39 (0,35)	12,02 (0,49)
30 – 44	5,52 (0,26)	14,03 (0,46)
45 – 64	5,62 (0,28)	15,91 (0,50)
≥ 65	2,69 (0,22)	8,19 (0,38)
➤ Zivilstand		
verheiratet, zusammenlebend	4,19 (0,17)	12,07 (0,35)
verwitwet, getrennt oder geschieden	7,89 (0,37)	18,80 (0,54)
ledig	6,31 (0,33)	11,99 (0,43)

Epidemiologie der Depression (MDD DSM-IV) (NESARC 2001 – 2002, Hasin et al. 2005) [Sample 2001 – 2002, 43093 Personen = 18 Jahre, 81% antworteten] Fortsetzung

Soziodemographische Charakteristika		12-Monatsprävalenz MDD % (SE)	Lebenszeitprävalenz MDD % (SE)
➤ Bildung	unter High School	5,66 (0,36)	11,32 (0,53)
	High School	5,01 (0,24)	12,13 (0,41)
	College oder höher	5,32 (0,19)	14,35 (0,37)
➤ Region	städtisch	5,19 (0,17)	12,99 (0,35)
	ländlich	5,65 (0,31)	14,19 (0,46)
➤ Einkommen	0 – 19 999\$	6,46 (0,25)	14,02 (0,42)
	20 – 34 999\$	4,78 (0,28)	13,18 (0,54)
	35 – 69 999\$	3,94 (0,24)	12,29 (0,47)
	≥ 70 000\$	3,42 (0,41)	11,26 (0,72)

Tabelle : DEPRES – Depression in the Community

- Inanspruchnahme und Therapie bei Depression (Lepine et al. 1997): Zusammenfassung

	Europa	Deutschland
• <i>Patienten mit Depression</i>	100%	100%
davon		
Konsultation Arzt	57%	48%
Verschreibung Medikament	31%	23%
Verschreibung Antidepressivum	25%	11%
• <i>Inanspruchnahme professioneller Hilfe:</i>		
Hausarzt	50,6%	41,1%
Psychiater	9,2%	9,9%
Psychologe	8,3%	6,0%
andere	12,3%	12,5%
• <i>Verschreibung Medikament</i>		
bei allen Depressionen	30,7%	22,6%
bei schweren Depressionen	41,4%	34,6%
bei leichten Depressionen	27,7%	26,1%

Untersuchung in Europa (n gesamt Patienten = 78 463, davon in Deutschland n = 16 184)

[Lepine J-P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylei A. DEPRES Steering Committee (1997). Depression in the community. Internat Clin Psychopharmacology 12: 19 – 29]

**Tabelle : Häufigkeit depressiver Erkrankungen in Deutschland
(unipolare Depression plus Dysthymia) (1)**

- **Häufigkeit jetzt** (Punktprävalenz
ca. 5 %
- **12-Monats-Häufigkeit** (-Prävalenz) im letzten Jahr
ca. 11 % (Männer 8 %, Frauen 15 %)
- **Lebenszeit-Häufigkeit** (-Prävalenz) d. h. mindestens 1 x im Leben bisher
eine Depression 10 – 15 %
- **Häufigkeit schwerer Depressionen**
ca. 5 % d. h. etwa 4 Millionen Depressive gibt es
aktuell in Deutschland

**Tabelle : Häufigkeit depressiver Erkrankungen in Deutschland
(unipolare Depression plus Dysthymia) (2)**

- **10 - 15 der Patienten beim Allgemein-Arzt haben eine behandlungsbedürftige Depression; nur jede 2. Depression wird erkannt**
- **Bis zu 15 % aller internistischen Krankenhauspatienten weisen eine Depression auf**
- **Häufigkeit schwerer Depressionen bei körperlicher Erkrankung:
z. B. nach Herzinfarkt 20 %, nach Schlaganfall ca. 30 %,
bei Morbus Parkinson bis 50 %**
- **Die Nicht-Behandlungsquote beträgt etwa 60 %.
Ca. 70 % der betroffenen Männer und ca. 50 % der betroffenen Frauen
werden weder medikamentös noch psychotherapeutisch behandelt.**

Tabelle : Verlaufsformen von Depression

- **Einmalige Erkrankung ca. 20 – 30 %**
- **Mehrfache Erkrankung im Leben bei unipolarer Depression ca. 70 – 80 %**
- **Sog. chronische Verläufe d. h. länger als 2 Jahre anhaltende Depression ca. 20 – 30 %**
- **Suizidrate bezogen auf alle Schweregrade und Lebenszeit ca. 4 %**

Tabelle : Gesundheitspolitische u. ä. Aktivitäten zum Thema Depression/ Suizidprävention in Deutschland

- **Nationales Suizidpräventionsprogramm (NASPRO) für Deutschland (seit 2003)**
- **„Gesundheitsziele.de AG Depression“ des Bundesministerium für Gesundheit (2004/2007), erschienen 2008**
- **„Bündnis gegen Depression“ Modellprojekt Nürnberg (Kompetenznetz „Depression/Suizidalität“ 1999)/„Deutsche Bündnis gegen Depression e. V.“ (2003)**
- **„European Alliance against Depression“ (EAAD) seit 2004 (Depressionszentrum Bayreuth Mitglied)**
- **S3/NV-Leitlinie „Unipolare Depression“ Psych-Gesellschaften/Leitung AWMF/ÄZQ (2005/2009), verabschiedet**

***DESHALB
BRAUCHEN WIR EINE
„BAYREUTHER
INITIATIVE“!***

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth

Warum?

Nach „Bündnis gegen Depression“ (Hegerl et al.):

- ◆ ...leiden ca. 5% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression
- ◆ ...nehmen sich in der Gruppe der schwer und schwerst Depressiven 10-15% das Leben
- ◆ ...zeigen Psychologische Autopsiestudien, dass bei 40-70% aller Suizide Depression zur Hauptursache zählte
- ◆ ...kann der Mehrzahl der Betroffenen durch gerichtete Therapiemaßnahmen geholfen werden

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth

Warum?

Nach „Bündnis gegen Depression“ (Hegerl et al.):

- ◆ ...erhält nur eine Minderheit der Betroffenen eine adäquate Therapie
- ◆ ...werden Depressionen auch von Fachleuten häufig nicht erkannt
- ◆ ...erkennen viele Betroffene selbst nicht, dass sie krank sind
- ◆ ...oder haben Angst vor Stigmatisierung
- ◆ ...oder Ängste bzw. Vorurteile gegenüber Psychiatrie und Psychotherapie

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth Ausgangslage

◆ Ausgangslage

- ◆ Bayreuth: 74 000 EW / ca. 2900 Betroffene
- ◆ Bayreuth Stadt und Land: 107 000 EW / ca. 4750 Betroffene
- ◆ Einzugsbereich BKH 210 000 / ca. 10 500 Betroffene

◆ Eigene Initiative Bayreuth

- ◆ Name/ Logo
- ◆ Kooperationspartner
- ◆ Rechtsform
- ◆ Finanzierung
- ◆ ...

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth

Ziele

◆ Prävention

- ◆ primär i. S. Aufklärungsarbeit, Sensibilisierung für die Thematik
- ◆ sekundär, i. S. schnelles Erkennen, richtige Behandlungsmöglichkeiten, Netzwerke
- ◆ tertiär, i. S. Umgang mit Folgen der Erkrankung

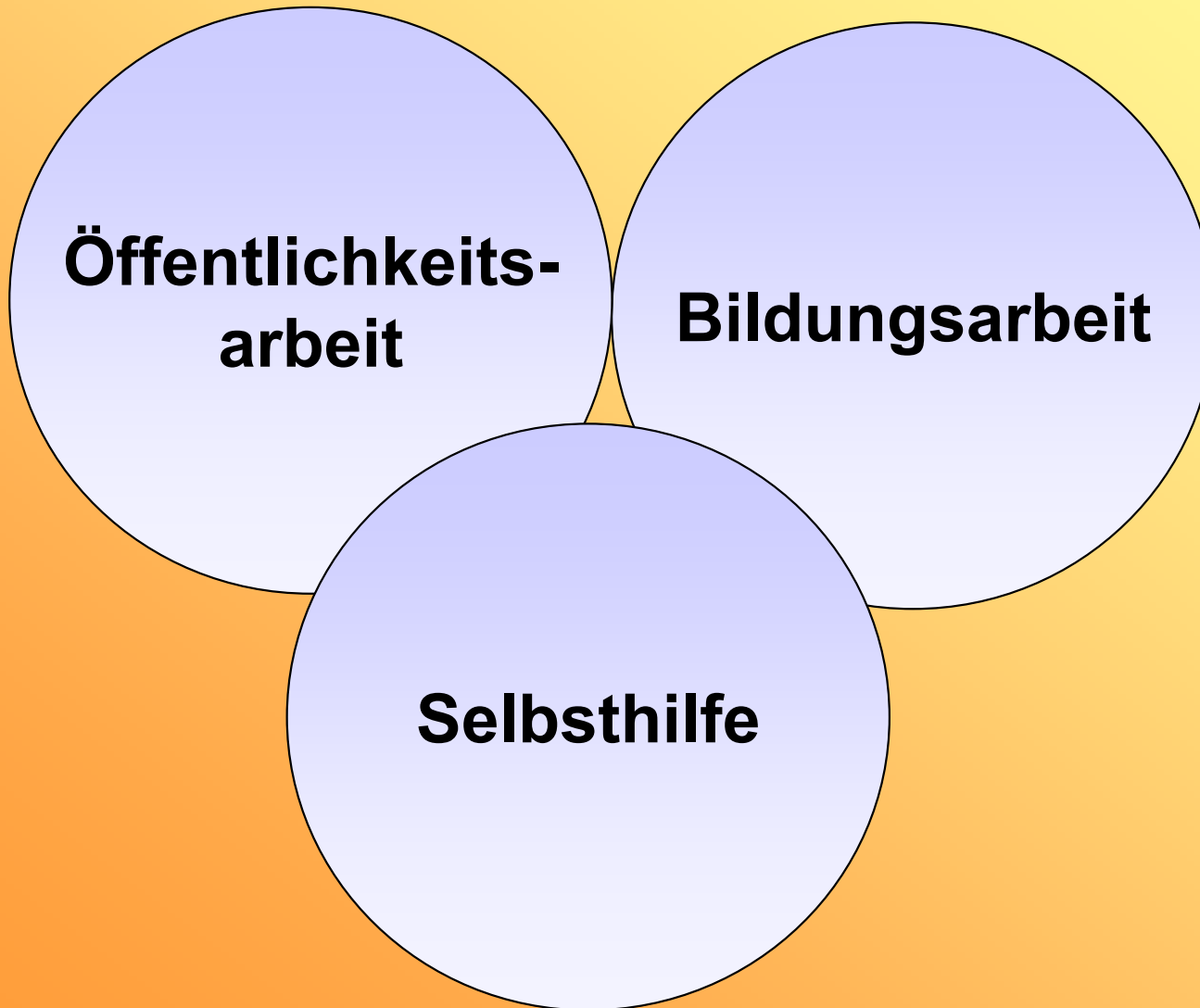
◆ Entstigmatisierung

- ◆ Öffentlichkeitsarbeit
- ◆ Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung
- ◆ Freizeit- und kulturelle Angebote

◆ Vernetzung/ Kooperation

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth

Schwerpunkte



„Aktion gegen Depression“ Bayreuth Ideen

- ◆ Auftaktveranstaltung am 02.10.2010
- ◆ Begegnungstag VdK am 02.10.2010
- ◆ Projektstage
 - ◆ Depression im Alter
 - ◆ Lebensfreude (Tanz/ Musik/ Kabarett)
 - ◆ Selbsthilfe
- ◆ Symposium BKH
- ◆ Aufbau weiterer Selbsthilfegruppen
- ◆ Informationsabende für Angehörige
- ◆ Benefizkonzert
- ◆ Ausstellung „Rote Katze“
- ◆ Kleine Vorträge in Gemeindegruppen
- ◆ ...



„Aktion gegen Depression“ Bayreuth als Netzwerk unterschiedlicher Partner

- ◆ Die „Aktion gegen Depression“ braucht Partner, um
 - Menschen jenseits der psychosozialen Einrichtungen zu erreichen
 - unterschiedliche Zugänge zum Thema „Depression“ zu entwickeln
 - das öffentliche Bewusstsein zu verändern

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth als Netzwerk unterschiedlicher Partner

◆ **Wir laden Sie zur Mitarbeit ein, denn wir benötigen Ihre**

- Phantasie und Kreativität
- Ihre Ideen und Ihr Know-how
- Ihre berufliche wie private Kontakte und Möglichkeiten
- Ihre Kompetenzen
- Ihre Vorschläge

„Aktion gegen Depression“ Bayreuth? oder

- ◆ „Bayreuther Aktionsverbund gegen Depression“
oder
- ◆ „Bayreuther Aktionsgemeinschaft gegen Depression“
oder
- ◆ Initiative „Gemeinsam gegen Depression“ in Bayreuth
oder
- ◆ „Bayreuther Pakt gegen Depression“
oder
- ◆ „Aktionsgemeinschaft gegen Depression Bayreuth“

Tabelle : Depression and suicide in Europe – facts (1)

[High-level-conference June 2009 EU-27 Brussels]

- **Depression is common in Europe: lifetime prevalence overall 13%, adult European men 9%, adult European women 17%.**
- **Impact on quality of life is estimated to be equivalent to that of a severe physical illness, e. g. severe stroke.**
- **Depression is highly co-morbid with other mental disorders like alcohol use and anxiety disorders.**
- **People with depression report, on average, about 25% of work loss days, while sufferers of heart diseases or diabetes report 18% and 12%.**
- **In 2004 costs of depression were estimated to be € 250 per inhabitant in EU 25. About 65% arise indirectly from loss of productivity, i. e. sickness absence and early retirement but also due to suicide.**
- **Depression can be treated. Yet under-treatment is very common. Only a third depressed patients have been in contact with formal health services in the previous year. Of those, only about a half receives adequate treatment.**

Tabelle: Depression and suicide in Europe – facts (2)

[High-level-convergence June 2009 EU-27 Brussels]

- **In 2006, about 59 000 Europeans in EU 27 died by suicide (45 000 men, 14 000 women) (traffic accidents same year 50 000; Euro stat)**
- **12 of 1 000 EU citizens die prematurely due to suicide**
- **90% of suicide are associated with mental disorders, mostly with mood disorders (60% of suicides) but also with alcohol use disorders**
- **Hanging is the most prevalent suicide method in 13 EU countries (males 54%, females 36%); followed by firearms, self-poisoning with legal and illegal drugs, drowning, jumping from a high location or in front of traffic.**

[Wahlbeck K, Mäkinen M (eds.) (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg, European Communities , pp 4 – 5]

Stichwortartige Zusammenfassung (Übersetzung Wolfersdorf)

I. *Wir stellen fest:*

- * **Psychische Gesundheit ist ein Menschenrecht**
- * **Psychische Erkrankungen in der EU nehmen zu.**
Aktuell leiden ca. 50 Millionen EU-Bürger (11%) an einer psychischen Erkrankung. Depression ist derzeit bereits das häufigste Gesundheitsproblem in vielen EU-Ländern
- * **Suizid ist eine häufige Todesursache in der EU, um 59 000 pro Jahr, $\frac{3}{4}$ von Männern**

II. *Wir sind der Auffassung:*

es muss

- * **ein deutlicher politischer Schritt nötig, um psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu einer Schlüsselpriorität zu machen**

III. *Wir fordern Aktivitäten in fünf wichtigsten Bereichen:*

- 1) **Prävention von Depression und Suizid**
- 2) **Psychische Gesundheit in Jugend und Erziehung**
- 3) **Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz**
- 4) **Psychische Gesundheit alter Menschen**
- 5) **Reduzierung von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker**

Epidemiologie der Depression (Major Depressive Disorder DSM-IV) – Ersterkrankungsalter, Verlauf und Therapie nach Geschlecht [National Epidemiologic Survey of Alcoholism and related Conditions (NESARC) 2001 – 2002; Hasin et al. 2005]

Charakteristika (Mittelwerte, Standardabweichung)	Männer (n = 832)	Frauen (n = 579)	gesamt (n = 1411)
Alter bei Ersterkrankung Jahr	30,5 (0,45)	30,4 (0,26)	30,4 (0,24)
Anzahl Episoden Lebenszeit	4,6 (0,38)	4,8 (0,28)	4,7 (0,22)
Episodendauer (längste bzw. einzige Median) Wochen	21,3 (2,85)	22,9 (0,39)	24,3 (0,24)
Anteil Behandlung¹ erhalten %	50,5 (1,51)	65,5 (0,97)	60,6 (0,82)²
Anteil Krankenhausbehandlung %	9,3 (0,85)	9,8 (0,57)	9,6 (0,47)
Alter bei Erstbehandlung Jahr	33,7 (0,64)	33,5 (0,34)	33,5 (0,32)
Anteil Suizidversuche %	7,9 (0,73)	9,3 (0,52)	8,8 (0,43)
Oftmals Suizidideen %	38,2 (1,45)	35,5 (0,94)	36,4 (0,83)
Gedanken sterben zu wollen %	43,3 (1,41)	46,6 (0,96)	45,5 (0,78)
Oftmals Nachdenken über eigenen Tod %	33,9 (1,29)	31,5 (0,92)	32,3 (0,77)

¹ Behandlung: Beratung, Psychotherapeut, Arzt, Psychologe oder andere „health professionals“, dann Hospitalisation wenigstens 1 Nacht, Besuch einer Notfalleinrichtung (emergency department)

² p <.001

[Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1097 – 1106]

- **Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1097 – 1106**
- **WHO World Mental Health Survey Consortium (corresponding author: Kessler RC). Prevalence Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Health Surveys. JAMA 2004; 291: 2581 - 2590**

„Global Burden of Disease“ im Jahr 2020

Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung (DALY)

(In Anlehnung an: Murray CJL, Lopez AD: *The global burden of disease*. Harvard University Press)

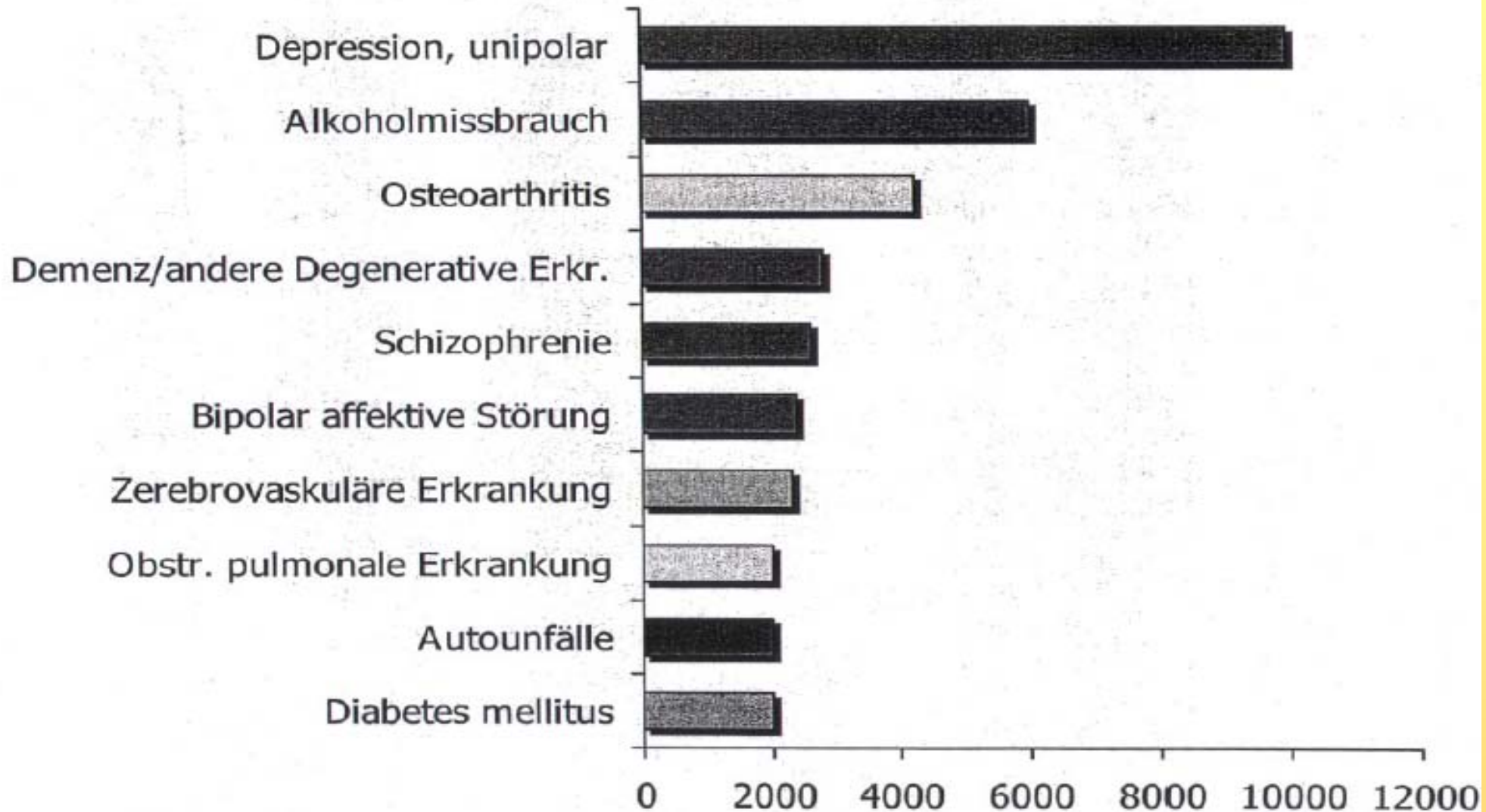


Tabelle: Bundes-Gesundheitssurvey Deutschland 1998

[12-Monats-Prävalenzen für ausgewählte Diagnosen nach DSM IV; Ngesamt = 4181; 18- bis 65-Jährige im Bundesgebiet
(Angaben in gewichteten % mit 95%-Konfidenzintervallen (Wittchen 2000, Wittchen und Jacobi 2001)]

•DSM-IV Diagnosen

•Psychotische Störungen	2,6	(2,1 – 3,1)	
•Drogenabhängigkeit	0,8	(0,5 – 1,1)	
•Alkoholabhängigkeit	6,3	(5,5 – 7,1)	
•Zwangsstörungen	0,7	(0,5 – 1,0)	
•Essstörungen	0,3	(0,2 – 0,6)	
•Bipolare Störungen	1,3	(0,6 – 1,7)	
•Dysthymie	4,5	(3,9 – 5,2)	} 13,3
•Depressive Störungen	8,8	(7,5 – 9,2)	
•Phobien	12,6	(9,8 – 14,2)	
•Generalisierte Angststörungen	2,5	(2,1 – 2,9)	
•Panikstörung	2,3	(2,0 – 2,6)	
•Somatoforme Störungen	11,0	(10,1 – 12,1)	

[nach: Wittchen H-U, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2001; 44: 993 – 1000, sowie: Wittchen H-U. Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Bundesgesundheitsurvey 1998): Anlagen zum Schlussbericht. Max Planck Institut für Psychiatrie, München, Eigenverlag 2000]

TABELLE 1 : 1-Jahresprävalenz¹ depressiver Störungen in der Bundesrepublik Deutschland
[nach Wittchen et al. 2000]

Diagnose	Alter 18 – 35 Jahre			Alter 36 – 65 Jahre			Gesamt		
	F%	M%	T%	F%	M%	T%	F%	M%	T%
• irgendeine depressive Episode	9,6	6,2	7,9	12,1	5,1	8,5	11,2	5,4	8,3
• einzelne depressive Episoden	3,8	4,3	4,0	5,9	3,0	4,4	5,1	3,4	4,3
• rezidivierende depressive Episoden	5,8	1,9	3,9	6,2	2,1	4,1	6,1	2,0	4,0
• Dysthymia	2,0	1,5	1,8	3,5	2,4	3,0	3,0	2,1	2,5
• bipolare Störung	1,5	1,2	1,3	0,8	0,2	0,5	1,1	0,6	0,8
• gesamt Depression	12,9	8,9	10,9	16,3	7,6	11,9	15,0	8,1	11,5

[gewichtige Prävalenzen 12-Monatsquerschnitt Bundes-Gesundheitssurvey 98/99]

[nach Wittchen H-U, Müller, N, Pfister, H, Winter, S & Schmidtke, B (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen, 61, 216 – 222]

Tabelle : *Suizid und Depression: psychologische Autopsiestudien*
(Schaller E, Wolfersdorf M 2009)

Autoren/ Jahr	Anzahl Suizide	Anteil Männer %	Affektive Störungen gesamt	(Rez.) depres- sive Störung %	bipolare Störung %	Dysthymia	Schizo- phrenie %
Robins et al. (1959)	134	77	kA	45	kA	kA	2
Dorpat & Ripley (1960)	114	68	kA	30	kA	kA	12
Chynoweth et al. (1980)	135	63	kA	55	kA	kA	4
Mitterauer (1981)	145						18
Rich et al. (1986)	283	71	kA	47	kA	kA	6
Arato et al. (1988)	200	64	58	34	24	2	9
Runeson (1989) (15-29-Jährige)	58	72	43	36	5	2	16
Asgard (1990) (nur Frauen)	104	0	60	35	1	20	5
Marttunen (1991) (13-15-Jährige)	53	83	52	23	kA	4	6

Tabelle : *Suizid und Depression: psychologische Autopsiestudien*
(Schaller E, Wolfersdorf M 2009) (Fortsetzung)




Autoren/ Jahr	Anzahl Suizide	Anteil Männer %	Affektive Störungen gesamt %	Rez. depres- sive Störung %	bipolare Störung %	Dysthymia	Schizo- phrenie %
Wolfersdorf et al. (1993)	454	72	66	66	kA	kA	8
Apter et al. (1993)	43 (nur Männer)						
Lesage et al. (1994)	75	100	53	40	kA	kA	9
	(18-35-jährige Männer)						
Cheng (1995/2000)	116	62	87	87	0	kA	7
Rihmer et al. (1995)	115	77	50	16	22	kA	6
Conwell et al. (1996)	141	80	47	28	1	11	16
Heilä et al. (1997)	1397						7
Foster et al. (1999)	117	79	36	32	kA	kA	11
Appleby et al. (1999)	84	81	23	kA	kA	kA	19
Brent et al. (1999)	140	85	48	kA	kA	kA	0
	(13-19-Jährige)						
Schneider et al. (2006)	163	64	37	18	5	5	14



*Tabelle : Behandlungsquote bei depressiven Erkrankungen
(12-Monats-Diagnose [10]:
Insgesamt und unter denjenigen mit Intervention (Wittchen et al. 2000)*

	Frauen (%)		Männer (%)		Total (%)	
	Gesamt	% mit IA**	Gesamt*	% mit IA**	Gesamt*	% mit IA**
Keine Inanspruchnahme	46,2	-	56,8	-	49,9	-
Inanspruchnahme/ Institution	53,8	(100%)	43,2	(100%)	50,1	(100%)
stationär	12,7	23,6	10,1	23,4	11,8	23,6
ambulant	52,1	96,8	41,1	95,1	48,2	96,2
- Nervenarzt	18,4	34,2	17,4	40,3	18,0	35,9
- Psychotherapeut	25,2	46,8	14,6	33,8	21,5	42,9
- Hausarzt	28,0	52,0	18,3	42,4	24,6	49,1
- Ambulanz	4,5	8,4	3,7	8,6	4,2	8,4
Andere	14,9	27,7	13,9	32,2	14,6	29,1
Art der Therapie						
Keine	56,2	18,6	69,9	30,3	61,0	22,2
Medikamente	22,5	41,8	17,3	40,0	20,7	41,3
Psychotherapie	30,2	56,1	19,6	45,4	26,5	52,9

• Anteil Depressiver, die Kontakt mit einer Institution hatten (Intervention)
•** Anteil unter denjenigen mit Intervention, die eine Behandlung erhielten (ungeachtet Art und Häufigkeit)

*Tabelle : Depressiv Kranke im Einzugsgebiet des BKH Bayreuth
(Stadt/ Land Bayreuth, Kulmbach)
(ca. 300.000 Personen im Einzugsgebiet insgesamt): Schätzung*

- von 300.000 Personen etwa 70 % Erwachsene geschätzt; ≥ 18 . Lj alt  ca. 210.000
- Punktprävalenz d. h. Depression jetzt ca. 5 %  etwa 10.500 Personen depressiv
- Erkennensrate 35 – 40 %  ca. 2940 Personen
- In Behandlung (12-Monatsprävalanz)

ambulant ca. 50 %		1470 Personen
stationär ca. 20 %		588 Personen
- D. h. von ca. 10.000 depressiv Kranken aus dem Einzugsgebiet sind etwa 2058 Personen in Behandlung
- Aufnahmen im Depressionszentrum des BKH Bayreuth ca. 400 – 450 depressiv Kranke

- **Psychiatrie, Psychotherapie plus Psychosomatische Medizin**
= **62 268 Betten**
($\hat{=}$ **11,7% aller KHB**)
 - **1 019 154 PatientenInnen mit psychischen Erkrankungen (F00 - F99)**
in Krankenhäusern behandelt (**73 % in Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, 27 % in somatischen Krankenhäusern**)
- **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2004**
 - **122 Fachabteilungen mit 4 412 Betten**
(Nutzung **90,5 %**; **35 310 Fälle**; **VWD 41,4 Tage**)
- **Psychiatrie und Psychotherapie 2004**
 - **409 Fachkrankenhäuser/Fach-Abteilungen mit 53 021 Betten**
Nutzung **90,6 %**; **712 533 Fälle**; **VWD 24,7 Tage**)

[Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008]

Diagnosenprofil von PatientInnen mit psychischen Störungen 2004 in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie (ICD-10 Erstdiagnosen F0 – F6)

Diagnosen in %	FachAbt. Psychother. Medizin	FachAbt. Psychiatrie und Psychotherapie
F6 Persönlichkeitsstörungen	7% (8% Frauen, 5% Männer)	6% (8% Frauen, 4% Männer)
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	5% (9% Frauen, 1% Männer)	0,5% (1% Frauen, 0,5% Männer)
F4 Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	26% (29% Frauen, 21% Männer)	12% (14% Frauen, 9% Männer)
F3 Affektive Störungen	35% (40% Frauen, 29% Männer)	22% (30% Frauen, 14% Männer)
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13% (7% Frauen, 25% Männer)	19% (21% Frauen, 19% Männer)
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	15% (7% Frauen, 25% Männer)	36% (19% Frauen, 49% Männer)
F0 Organische psychische Störungen	5% (5% Frauen, 5% Männer)	9% (10% Frauen, 6% Männer)

[Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008]

Tabelle :

Patientenprofil heutiger Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit Versorgungsauftrag in Bayern

ICD-10

% - Anteil an gesamter Akutklientel

F0

etwa 10 %

F1

etwa 30 %

F2

etwa 15 %, Abnahme

F3

etwa 20 %, Zunahme

F4

etwa 10 %, Zunahme

F5

etwa 2 %

F6

etwa 10 %, Zunahme

F7

etwa 3 %

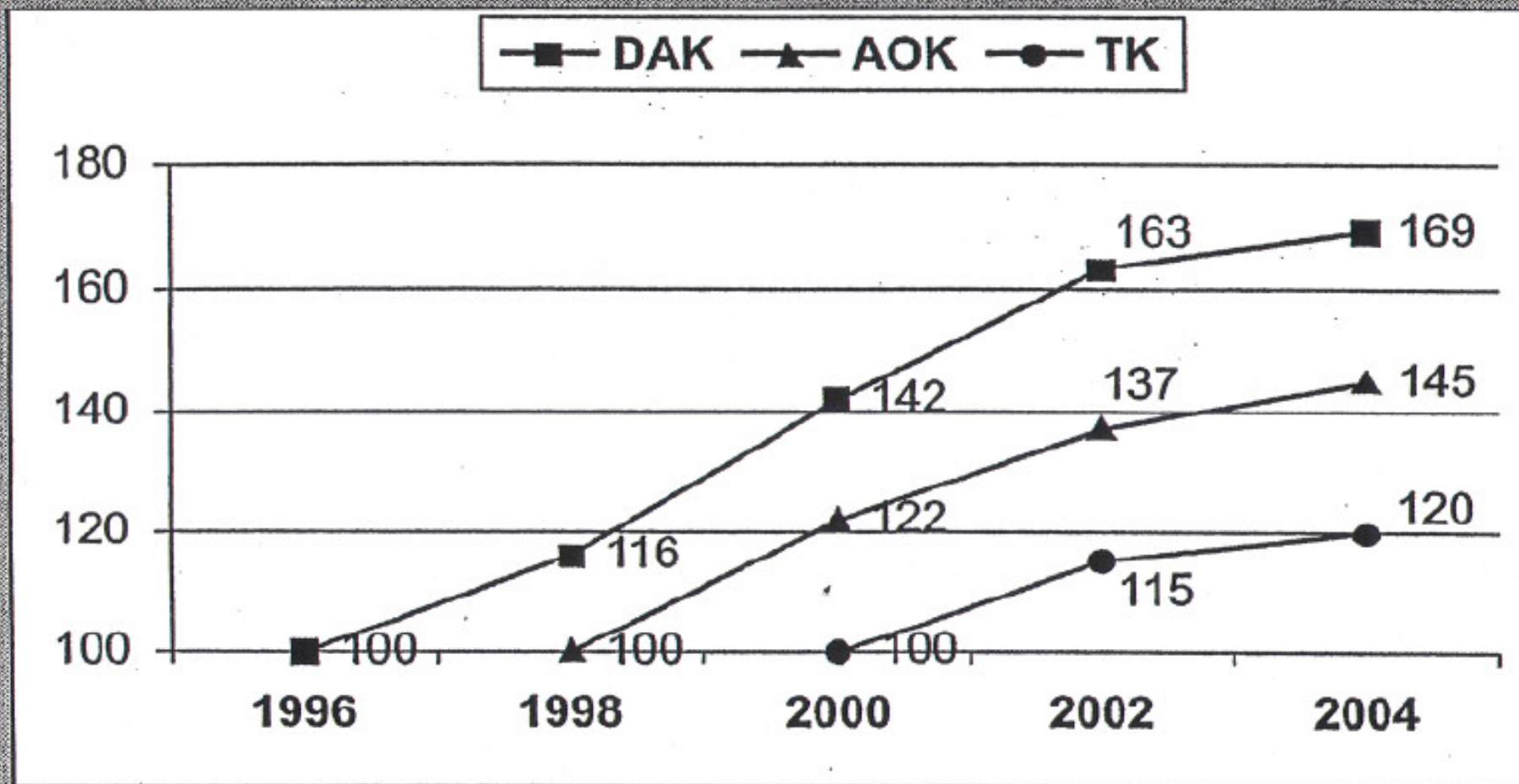


Abbildung 1: Entwicklung der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen bei der DAK, AOK und TK zwischen 1996 und 2004 (relative Veränderung der AU-Tage in Prozent, DAK: 1996=100%, AOK: 1998=100%, TK: 2000=100%)

Die 5 wichtigsten Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeitstagen (in %) bei Männern und Frauen 2007 (DAK 2008)

	Männer % (Reihung)		Frauen % (Reihung)	
• Muskel-Skelett - System	23,5 %	(1)	19,7 %	(1)
• Verletzungen	18,1 %	(2)	9,4 %	(4)
• Atmungssystem	15,8 %	(3)	18,1 %	(2)
• Psychische Erkrankungen	8,4 %	(4)	12,5 %	(3)
• Verdauungssystem	7,8 %	(5)	6,8 %	(5)
• Sonstiges	26,5 %		33,4 %	

[DAK (2008). Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. IGES-Institut GmbH, Berlin 2008]

Tabelle: *Depression bei Männern 2007*

- *Daten aus dem DAK Gesundheitsreport 2008 (plus Kommentar)*

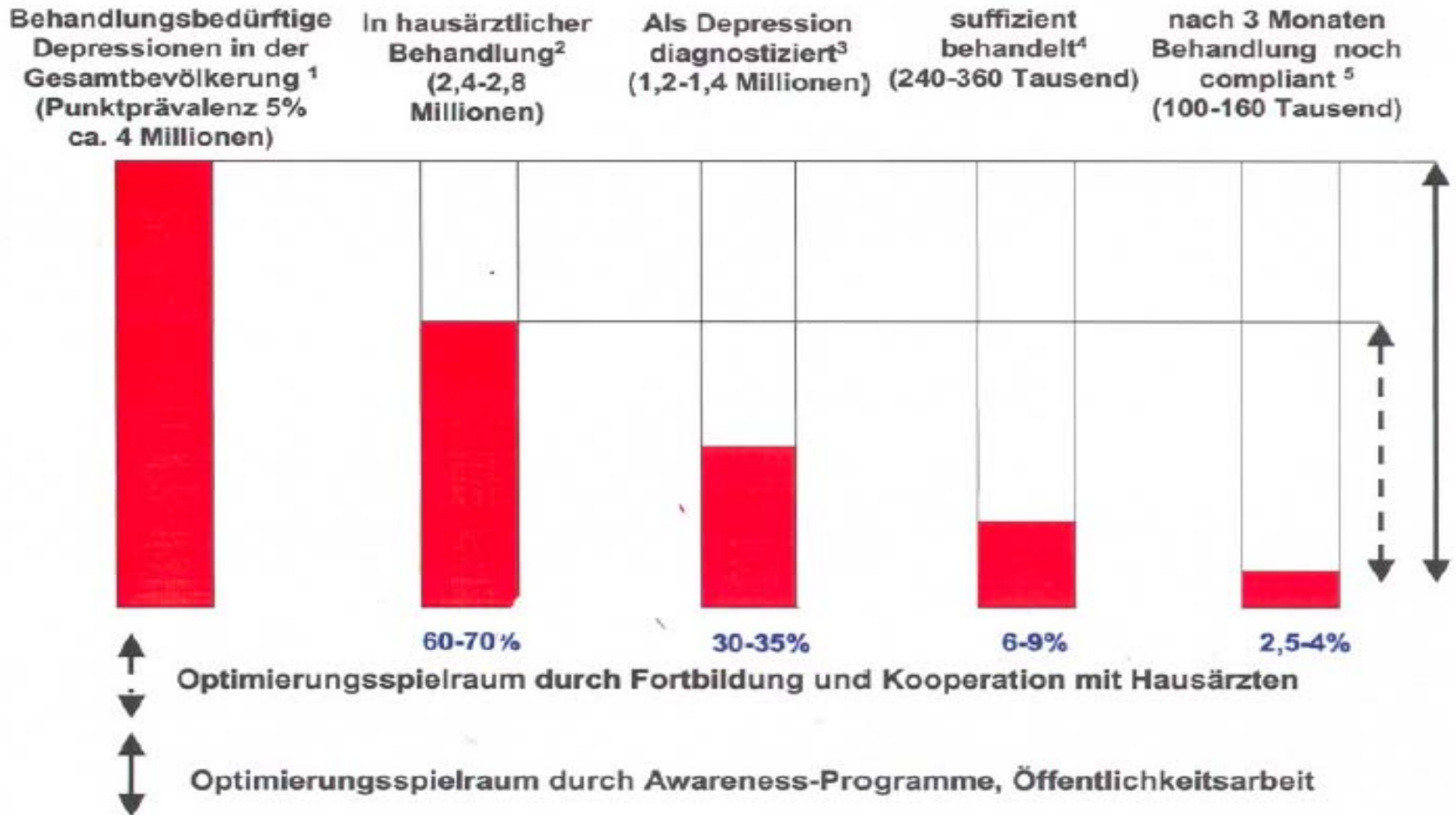
- **DAK-Männerstichprobe** (n = 113 Betroffene Depression (von 2,6 Mill DAK-Mitgliedern sind 61,4 % Frauen und 38,6 % Männer)
- 3,5 % der Männer 2007 aktuell in Behandlung, 7,8 % bereits früher, wegen Depression
- 86,4 % (Betroffene) gaben an, ernst genommen zu werden ← „wunderbar“!
- 52,4 % erhielten sofort die antidepressive Medikation ← „nur die Hälfte“! Angaben zur Psychotherapie fehlen!
- Konsultation eines Arztes/Therapeuten:
45,2 % haben bis zu 3 Monate gewartet, 29,6 % bis zu ½ Jahr gewartet ←
- Rund 57 % hatten aus Eigeninitiative einen Arztes oder Therapeuten aufgesucht ← d. h. auch jeder 2. Mann nicht!

[DAK Gesundheitsreport 2008]

***Tabelle: Die gesundheitspolitische Ebene
Aktivitäten seit 2000 in Deutschland bzw. der EU***

- ***Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Kap. 13 Depressive Störungen (insb. auch alte depressive Menschen)***
- ***World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO Genf 2001: Unipolare Depression weltweit an 1. Stelle der Erkrankungen, die mit Behinderung (years of life lived with disability)***
- ***„The global burden of disease“ (Murray & Lopez 1996): im Jahre 2020 ist die unipolare Depression die weltweit führend Erkrankung bezogen auf Leben in Behinderung (daly). Nationales Suizidpräventionsprogramm (NASPRO) für Deutschland (seit 2003)***
- ***EU-Kommission für Gesundheit (Okt. 2005): „Greenbook“ mit Präventionsauftrag an EU-Länder: Reduktion von Depression, Drogen und Suiziden***
- ***BMG (seit 2004) Forum „Gesundheitsziele.de. AG Depression“ Empfehlungen erschienen 2008***
- ***S3/NV-Leitlinie „Unipolare Depression“ (seit 2006, 2010 publiziert) (Leitung AWMF) Expertenkommission***
- ***EU Juni 2008: European Pact for Mental Health and Well-being. Prevention of depression and suicide.***

Die hausärztliche Depressionsbehandlung



1) Wittchen et al. 1994

2) Montano 1994

3) Üstün & Sartorius 1995

4) Lepine et al. 1997

5) Katon et al. 1996