



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Heft 51
Depressive Erkrankungen



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 51

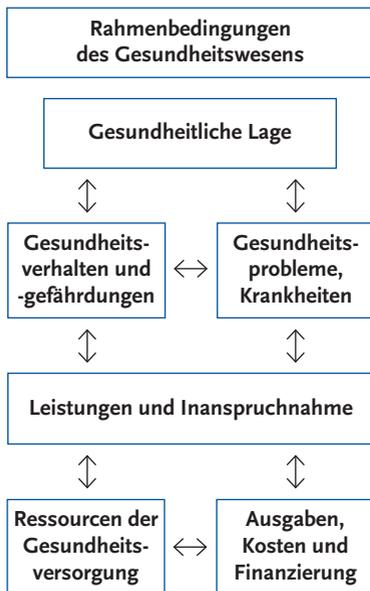
Depressive Erkrankungen

Autoren: Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi, Michael Klose und Livia Ryl

Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2010

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können

gebündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte sowie weitere GBE-Publikationen abgerufen werden.
www.gbe-bund.de

- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.
www.rki.de
- ▶ GBE kompakt
 - ▶ Die Online-Publikationsreihe GBE kompakt präsentiert in knapper Form Daten und Fakten zu aktuellen gesundheitlichen Themen und Fragestellungen. Die vierteljährliche Veröffentlichung erfolgt ausschließlich in elektronischer Form.
www.rki.de/gbe-kompakt

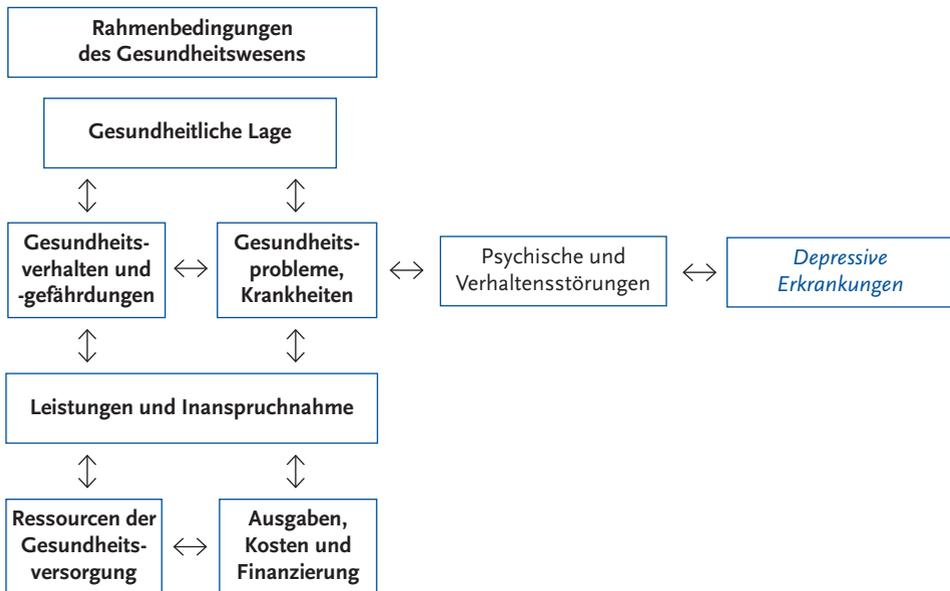
Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion

für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesund-

heitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 51 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Depressive Erkrankungen« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 7 |
| 2 | Krankheitsformen | 7 |
| 2.1 | Depressive Episode | 9 |
| 2.2 | Dysthymia | 10 |
| 2.3 | Sonstige depressive Störungen | 11 |
| 2.4 | Bipolare affektive Störungen | 11 |
| 2.5 | Verlauf depressiver Erkrankungen | 12 |
| 3 | Diagnostik | 12 |
| 4 | Ursachen und Risikofaktoren | 14 |
| 4.1 | Genetische Faktoren | 15 |
| 4.2 | Neurobiologische Faktoren | 16 |
| 4.3 | Psychosoziale Belastungsfaktoren | 16 |
| 4.4 | Persönlichkeitsfaktoren | 17 |
| 4.5 | Frühere psychische Störungen | 17 |
| 4.6 | Körperliche Erkrankungen | 18 |
| 5 | Verbreitung | 18 |
| 5.1 | Häufigkeit in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung | 18 |
| 5.2 | Häufigkeit in der Allgemeinarztpraxis | 20 |
| 5.3 | Inzidenz und Ersterkrankungsalter | 21 |
| 5.4 | Komorbidität | 21 |
| 5.5 | Depression in Kindheit und Jugend | 22 |
| 5.6 | Häufigkeit der Depression im Alter | 23 |
| 6 | Folgen | 24 |
| 6.1 | Auswirkungen auf die Sterblichkeit | 24 |
| 6.2 | Suizid | 25 |
| 6.3 | Ökonomische Folgen | 25 |
| 7 | Versorgung | 26 |
| 7.1 | Versorgungsangebote | 26 |
| 7.2 | Therapie | 28 |
| 7.3 | Medikamentöse Therapie | 29 |
| 7.4 | Psychotherapeutische Behandlung | 30 |
| 7.5 | Behandlungsquote und Inanspruchnahme | 32 |
| 7.6 | Rehabilitation | 32 |
| 8 | Prävention | 32 |
| 9 | Perspektive | 33 |
| 10 | Literatur | 35 |
| 11 | Glossar | 41 |

Depressive Erkrankungen

1 Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen. Sie haben aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer Komplikationen und Folgen eine herausragende klinische, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung. Neue nationale und internationale Bevölkerungsstudien haben verlässliche und konsistente Abschätzungen der Verbreitung von Depressionen und der assoziierten Folgen und Behinderungen bereitgestellt. In Übereinstimmung mit Trends der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken liefern diese Studien auch Hinweise auf eine Zunahme depressiver Erkrankungen. Nach Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Weltbank und des European Brain Council [1] sind Depressionen in Europa und Deutschland seit Anfang der 1990er-Jahre noch vor anderen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus oder koronaren Herzerkrankungen als die gesellschaftlich belastendste Krankheitsgruppe einzuordnen. Zu dieser Einschätzung kommen regelmäßige Untersuchungen unter Führung der WHO, die für alle Erkrankungen – psychische wie körperliche – anhand von Häufigkeit, Dauer und Schwere einer Erkrankung sowie den damit verbundenen Beeinträchtigungen und Behinderungen einheitliche Methoden und Indikatoren einsetzen (z. B. Disability Adjusted Life Years, DALY) [2].

Aber nicht nur die klinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung, sondern auch die in verschiedenen Studien aufgedeckten Versorgungsdefizite machen die Depression zu einem vorrangigen Problem des Gesundheitssystems. Eine allumfassende Darstellung des Krankheitsbildes kann mit dem hier vorliegenden Themenheft nicht vorgenommen werden. Stattdessen werden schwerpunktartig Themen herausgegriffen.

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Formen depressiver Erkrankungen, ihre Diagnostik und ihre Ursachen sowie deren Häufigkeit in der deutschen Bevölkerung gegeben. Vertiefend erfolgt die Darstellung depressiver Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie Älteren.

Die derzeit etablierten Behandlungsmöglichkeiten werden im Zusammenhang mit der Versorgungsstruktur im deutschen Gesundheitswesen diskutiert.

2 Krankheitsformen

Depressive Erkrankungen sind den so genannten affektiven Störungen (ICD-10: F30–F39) zugeordnet (siehe Abbildung 1). Affektive Erkrankungen sind ein Sammelbegriff für verschiedene Formen depressiver und sogenannter manisch bzw. manisch-depressiver Erkrankungen (auch bipolare Erkrankungen genannt, siehe ICD-10: F30–F31). Bei diesen stehen klinisch-bedeutsame und beeinträchtigende Störungen von Affekt, Stimmung und damit einhergehenden Kognitionen im Vordergrund des Störungsbildes. Affektive Störungen und Depressionen werden auf der Grundlage der ICD-10 (International Classification of Diseases; in der zehnten Überarbeitung) oder des im Forschungskontext gebräuchlichen US-amerikanischen Diagnosenmanuals DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; vierte Auflage) über klinische und explizit ausformulierte diagnostische Kriterien diagnostiziert. Diese Kriterien beruhen in erster Linie auf den Symptomen der Erkrankung, ihrer Persistenz (Fortbestehen) und Schwere, den daraus resultierenden Einschränkungen und Behinderungen sowie ihrem Verlauf. Beide Klassifikationssysteme weisen im Hinblick auf Depressionen eine gute Übereinstimmung auf, unterscheiden sich aber geringfügig hinsichtlich der berücksichtigten Symptomgruppen sowie den Schwellenwerten für eine depressive Episode (s. u.).

Depressionen lassen sich nach diesen Kriterien (siehe Abbildung 1) zuverlässig und trennscharf von normalen Stimmungsschwankungen abgrenzen. Sie ermöglichen eine zuverlässige differentialdiagnostische Abgrenzung von anderen psychischen Störungen, wie auch verschiedener Formen depressiver Erkrankungen untereinander.

Abbildung 1
Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10, F30–F39
 Quelle: [3]

| | |
|---|--|
| F30 Manische Episode | F33 Rezidivierende depressive Störung |
| F30.0 Hypomanie | F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode |
| F30.1 Manie ohne psychotische Symptome | F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen | F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F30.8 Sonstige manische Episoden | F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen |
| F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet | F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert |
| F31 Bipolare affektive Störung | F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen |
| F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode | F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet |
| F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome | F34 Anhaltende affektive Störungen |
| F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen | F34.0 Zylothymia |
| F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode | F34.1 Dysthymia |
| F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen |
| F31.5 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | F34.9 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet |
| F31.6 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode | F38 Andere affektive Störungen |
| F31.7 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert | F38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen |
| F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen | F38.8 Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen |
| F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet | F38.0 Andere einzelne affektive Störungen |
| F32 Depressive Episode | F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung |
| F32.0 Leichte depressive Episode | |
| F32.1 Mittelgradige depressive Episode | |
| F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | |
| F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | |
| F32.8 Sonstige depressive Episoden | |
| F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet | |

Allerdings zeigt sich, dass diese Kriterien noch keinen flächendeckenden Eingang in die klinische Praxis gefunden haben, so dass oft noch ältere, weniger zuverlässige bzw. klinisch-intuitive Praktiken vorkommen können. Dies lässt sich dadurch erklären, dass vor Einführung der modernen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM in der Forschung und Praxis eine eher ätiologische, also an den vermeintlichen Ursachen orientierte Diagnostik mit den traditionellen diagnostischen Begrifflichkeiten neurotische, reaktive oder endogene (d. h. körperlich bedingte) Depression verbreitet war. Die moderne Forschung hat jedoch gezeigt, dass jede Depression mehr oder weniger fehlangepasste (neurotische), situationsbedingte

(reaktive) und körperliche Ursachen hat, so dass diese Krankheitskonzeption wenig zuverlässig und nützlich ist und besser durch den rein deskriptiven und neutraleren Begriff depressive Störung oder Erkrankung ersetzt werden sollte.

In der Laienöffentlichkeit sind Begriffe wie depressiv und Depression, wenn sie sich nicht explizit auf die modernen Depressionskriterien beziehen, kein verlässlicher Ausdruck für eine behandlungsbedürftige psychische Störung. Sie gelten lediglich als Platzhalter für viele Formen von negativen Befindlichkeiten, sei es im Zusammenhang mit sozialen Stressereignissen und Belastungssituationen, Konflikten oder akuten bzw. chronischen medizinischen Leiden.

Der differentialdiagnostischen Klassifikation depressiver Störungen im Kontext der affektiven Störungen liegt ein mehrstufiger klinischer Entscheidungsprozess zugrunde (siehe Abbildung 2):

1. Erfüllen Art und Anzahl der depressiven Symptome die Schwellenkriterien für eine depressive Episode?
2. Ist die Episode leicht-, mittel- oder schwergradig ausgeprägt (anhand der Ausprägung und Anzahl der Symptome)?
3. Liegt eine rezidivierende Depression oder eine Depression im Rahmen einer bipolaren Störung vor? (Gab es früher schon einmal im Lebensverlauf derartige Episoden? = rezidivierende depressive Störung; traten früher schon einmal manische oder hypomane Episoden auf? = bipolare Störung)
4. Wurde die Depression durch Substanzen (= Substanzinduzierte Depression) oder einen körperlichen Faktor ausgelöst?

2.1 Depressive Episode

Ein wesentliches Merkmal einer klinischen Depression (im Sinne einer depressiven Episode, ICD-10: F32 oder einer Major Depression nach DSM) ist die Persistenz der depressiven Kernsymptome, die mindestens zwei Wochen lang klinisch bedeutsam ausgeprägt vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen müssen. Die Kriterien einer Depressiven Episode (synonym: Major Depression) (siehe Abbildung 2) erfordern neben den Hauptsymptomen Niedergeschlagenheit/Traurigkeit und Verlust von Interesse und Freude das Vorliegen einer Reihe weiterer Symptome. Zu den Hauptsymptomen in der ICD-10 wird auch der klinisch-bedeutsame Verlust von Antrieb und Energie gezählt. Neben diesen sind zumindest einige weitere Symptome körperlicher, affektiver, kognitiver und verhaltensbezogener Art erforderlich, um eine depressive Episode nach ICD (bzw. Major Depression) zu diagnostizieren. Hierzu

Abbildung 2

Kriterien einer depressiven Episode

Quelle: modifiziert nach DSM-IV-TR

- A Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindesten eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude
- (1) Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von Anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe) (bei Kindern und Jugendlichen auch eine reizbare Verstimmung)
 - (2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von Anderen beobachtet)
 - (3) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen
 - (4) Schlaflosigkeit (Einschlaf-, Durchschlafschwierigkeiten oder frühmorgendliches Erwachen) oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
 - (5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch Andere beobachtet, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung)
 - (6) Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen
 - (7) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen der Krankheit)
 - (8) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von Anderen beobachtet)
 - (9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten (manisch und depressiv) bipolaren Episode.
- C Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose) zurück.
- E Die Symptome können nicht durch eine einfache Trauer erklärt werden.

gehören Störungen von Appetit und Gewicht, Schlafstörungen, psychomotorische Störungen, Verlust des Selbstwertgefühls, Konzentrationsstörungen, Entscheidungsschwierigkeiten sowie suizidales Verhalten. Wenn mindestens fünf dieser Symptome zwei Wochen oder länger vorliegen, wird von Depressiver Episode (bzw. Major Depression) gesprochen.

Aufgrund der Anzahl und Schwere dieser Symptome wird unterteilt in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2) depressive Episoden. Bei der schwergradigen depressiven Episode können auch Wahnideen, Halluzinationen oder ein Stupor (völlige Erstarrung) auftreten, was die Diagnosestellung einer schwergradigen Depression mit psychotischen Merkmalen (F32.3) erlaubt. Diese Schweregradifferenzierungen werden sowohl für die einmalige depressive Episode (F32) wie auch die rezidivierende Form (F33) angewendet.

Differentialdiagnostisch sind bei der Diagnosestellung einer Depression mehrfache Auschlussregeln zu beachten:

- (a) das Vorliegen einer einfachen Trauerreaktion;
- (b) das Auftreten einer Manie oder Hypomanie im Lebensverlauf, in diesen Fällen ist die Diagnose einer bipolaren Störung (F31) zu stellen;
- (c) Affektive und insbesondere depressive Symptome können auch im Verlauf anderer psychischer Erkrankungen auftreten, wie der Schizophrenie, der schizoaffektiven Störung oder anderen psychotischen Störungen;
- (d) Ferner können depressive Syndrome auch im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen (Süchten), insbesondere der Alkoholabhängigkeit, auftreten. Sie bedürfen einer besonders sorgfältigen Diagnostik. Zum einen im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen affektiven Symptomen, die durch Substanzen wie Alkohol verursacht werden und die unter Substanz-Abstinenz spontan abklingen (in diesem Fall ist die Diagnose substanzinduzierte affektive Störung zu vergeben). Zum anderen komorbide depressive Störungen (Doppeldiagnosen), die zusätzlich zur Therapie der Substanzabhängigkeit gezielt behandelt werden müssen.
- (e) Depressive Syndrome können auch im Rahmen körperlicher Erkrankungen auftreten, z. B. bei endokrinen Erkrankungen wie Schild-

drüsenfunktionsstörungen, bei Hirnerkrankungen wie Hirntumoren und Enzephalitiden (Entzündungen des Gehirns) oder in Verbindung mit bestimmten Medikamenten, z. B. bei hochdosierter Cortisonbehandlung. In diesen Fällen spricht man von organischen affektiven Störungen (bzw. Depression aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors), die bei einer erstmaligen Depression immer unbedingt ausgeschlossen werden müssen.

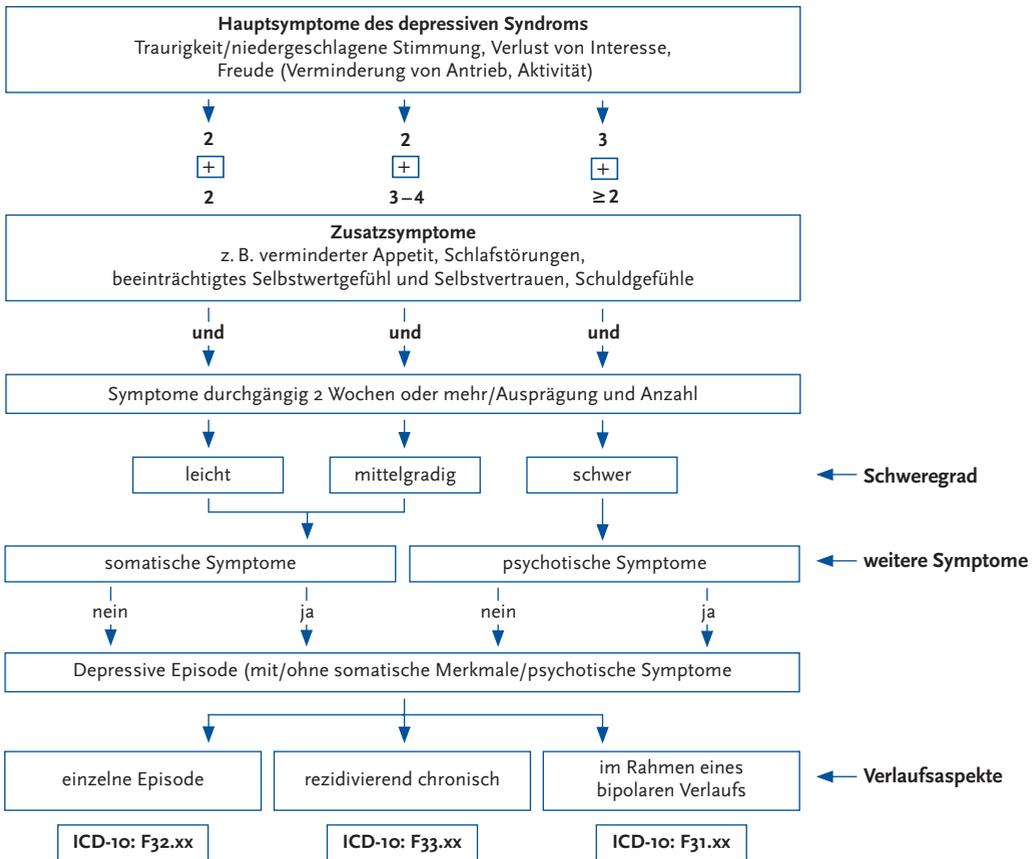
Aufgrund von Schweregrad, Verlauf sowie bestimmten Symptommerkmalen des aktuellen Leidenzustands der Betroffenen werden differentialdiagnostisch weitere, therapeutisch relevante Subtypen unterschieden (siehe Abbildung 3).

2.2 Dysthymia

Wenn die Kriterien einer depressiven Episode (bzw. Major Depression) nicht erfüllt sind, ist das Vorliegen einer Dysthymie (F34.1) oder dysthymen Störung zu erwägen. Unter Dysthymie versteht man im Vergleich zu depressiven Episoden hinsichtlich Symptomart, -anzahl und Ausprägungsgrad zwar ein leichteres Störungsbild, welches allerdings jahrelang mit geringen Schwankungen besteht. Hauptmerkmal der Dysthymie ist eine chronisch depressive Verstimmung, die über mindestens zwei Jahre an dem überwiegenden Teil aller Tage vorhanden ist. Ohne die vollen Kriterien der depressiven Episode zu erfüllen, treten neben Traurigkeit und Niedergeschlagenheit mindestens zwei weitere Symptome auf, wie reduzierter oder vermehrter Appetit, Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis, Energielosigkeit und Erschöpftheit, reduziertes Selbstwertgefühl, Konzentrations- und Entscheidungsprobleme oder das Gefühl von Hoffnungslosigkeit. Dysthymien beginnen in der Regel im Jugendalter und nehmen meist einen chronischen Verlauf an. In 10 %–25 % der Fälle ist die Dysthymie darüber hinaus mit wiederholt auftretenden voll ausgeprägten depressiven Episoden verbunden (double depression) [5].

Abbildung 3
Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien

Quelle: nach [4], S. A1755



2.3 Sonstige depressive Störungen

Weitere depressive Syndrome und Auffälligkeiten, die einige klinisch relevante depressive Symptome, aber weder die Kriterien einer Major Depression, Dysthymie oder bipolaren Störung erfüllen, werden in der ICD-10 und DSM-IV unter sonstigen affektiven Störungen (z. B. rezidivierende kurze depressive Episode, F38.1) sowie unter neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen aufgeführt. Hierzu gehören insbesondere die Anpassungsstörungen (F43.2) und die gemischte Angst- und depressive Störung (F41.2). Diese Diagnosen werden gestellt, wenn eine schwerwiegende affektive oder Angststörung ausgeschlossen werden kann. Bezüglich

der genannten und im Folgenden nicht weiter diskutierten Krankheitsformen (rezidivierende kurze depressive Störung, gemischte Angst- und depressive Störung, kurze depressive Reaktion, Anpassungsstörung) ist also zu beachten, dass es sich um Residualdiagnosen handelt, d. h., die Voraussetzung für deren Diagnose ist der Ausschluss anderer, voll ausgeprägter affektiver bzw. Angststörungen.

2.4 Bipolare affektive Störungen

Von bipolaren affektiven Störungen (F31) wird immer dann gesprochen, wenn mindestens zwei Episoden affektiver Syndrome manischer und/

oder depressiver Art auftreten, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau der Betroffenen gestört sind. Im Krankheitsverlauf wechseln sich manische oder hypomane Episoden mit depressiven Episoden ab; die Gesamtdauer depressiver Zeiten überwiegt zumeist bei weitem die (hypo-)manischen Zeiten. Manische Episoden werden definiert als ein Zeitraum von zumeist Tagen und Wochen, in dem eine abnorm und anhaltend gehobene, expansive und reizbare Stimmung mit weiteren Symptomen gesteigerten Antriebs und vermehrter Aktivität dominiert. Die differentialdiagnostische Klassifikation bezieht sich jeweils auf die Episode, die aktuell im Vordergrund steht.

Bei ca. 4%–7% aller Depressionen entwickeln sich im weiteren Verlauf bipolare Störungen [6]. Diese sind zumeist durch einen relativ strengen phasenhaften Verlauf mit vollem Rückgang der Krankheitserscheinungen zwischen den depressiven oder manischen Phasen gekennzeichnet. Eine sich sehr rasch innerhalb weniger Tage entwickelnde Depression spricht für das Vorliegen einer bipolaren Störung [7].

2.5 Verlauf depressiver Erkrankungen

Depressive Erkrankungen sind meist episodische Störungen und haben überwiegend einen phasenhaften Verlauf mit längeren symptomfreien Zeiten. Der Beginn einer voll ausgeprägten Depression kann akut (Tage, wenige Wochen), subakut (Wochen und Monate) oder schleichend sein. Die Dauer der depressiven Episode ist sehr variabel. Die Literatur geht davon aus, dass unbehandelte depressive Episoden meist zwei bis drei Monate andauern. Unter adäquater psychotherapeutischer und/oder medikamentöser Behandlung verkürzt sich die Schwere und Dauer der depressiven Symptomatik üblicherweise erheblich. Depression ist in der Mehrzahl eine wiederkehrende Erkrankung – bis zu 80% der Patientinnen und Patienten erleben weitere depressive Episoden in den nachfolgenden Jahren. Bei 15%–30% aller Patienten wird davon ausgegangen, dass sich eine chronische Depression entwickelt (Dauer 2 Jahre und länger) [5]. Zudem wird aufgrund klinischer Studien davon ausgegangen, dass sich mit steigender Episodenzahl die symptomfreien Zwischenzeiten verkürzen.

Im Verlauf von 20 Jahren erleiden Patientinnen und Patienten durchschnittlich fünf bis sechs depressive Episoden. Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur das Wiedererkrankungsrisiko, sondern die Episoden können auch an Schwere zunehmen [8]. Der Anteil derer, die im Verlauf ihres Lebens lediglich eine depressive Episode aufweisen, kann dagegen derzeit noch nicht adäquat geschätzt werden.

In den akuten depressiven Phasen ist definitionsgemäß die Leistungsfähigkeit massiv bis hin zur Arbeitsunfähigkeit eingeschränkt, in seltenen Fällen kommt es zu schwersten Einschränkungen bis hin zur vollständigen Bewegungsunfähigkeit (Stupor).

Als besondere Form kann die depressive Störung mit saisonalem Muster beschrieben werden, die umgangssprachlich auch als Winterdepression bekannt ist. Charakteristisch ist die wiederholte und überwiegend jahreszeitliche Gebundenheit von Beginn und Ende der depressiven Episode. Am häufigsten sind ein Beginn im Herbst oder Winter und ein Ende im Frühjahr. Zusätzlich häufig beobachtete Symptome sind Energielosigkeit, übermäßiges Schlafbedürfnis, vermehrtes Essen, Heißhunger auf Süßigkeiten (Kohlenhydrate) und Gewichtszunahme. Unter den Menschen, die an dieser Depressionsform leiden, finden sich vermehrt solche, die in höheren Breitengraden leben und ein jüngeres Lebensalter aufweisen.

3 Diagnostik

Die klinische Diagnostik depressiver Störungen erfordert die Anwendung der etablierten diagnostischen Kriterien nach ICD-10 oder DSM-IV. Hierzu werden in der Forschung und qualitätsgesicherten Praxis verschiedene diagnostische Verfahren eingesetzt.

Diagnostische Verfahren:

Standardisierte diagnostische Interviews, wie z. B. das Composite International Diagnostic Interview (CIDI, WHO 1990) im epidemiologischen und ambulanten Bereich sowie das Strukturierte Interview für DSM-IV gelten als »Goldstandard«-Instrumente, um die diagnostischen Kriterien regelhaft umzusetzen. Während diese

Instrumente alles von der Symptomerfassung und Beurteilung bis hin zu ihrer algorithmischen und differentialdiagnostischen Ableitung vollständig abdecken, liegen Checklisten-Verfahren vor, die jedoch keine expliziten Anleitungen zur Erfassung und klinischen Beurteilung geben.

Depressionsskalen und Screeningverfahren:

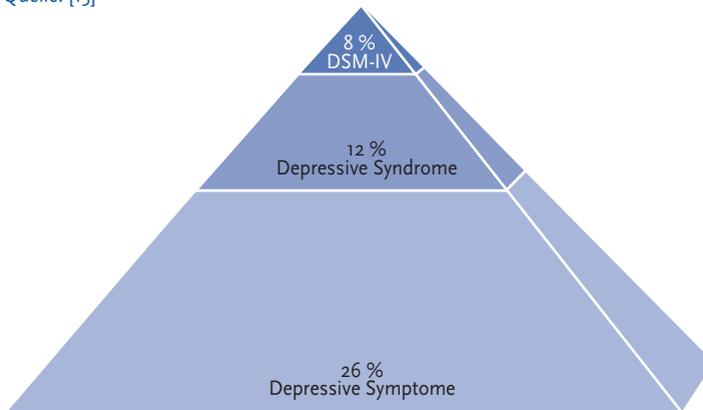
Um das Vorhandensein depressiver Symptome und ihren Schweregrad zu beschreiben und zu erfassen, können eine Vielzahl sogenannter Depressionsskalen eingesetzt werden. Hierzu gehören auf der Ebene der Selbstbeurteilungsverfahren (Patientenbeurteilung) u. a. die Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) und das Beck Depression Inventory (BDI) [9]. Umstritten ist, inwieweit Verfahren wie der WHO-5 Well Being Index [10] geeignet sind, zu entscheiden, ob eine depressive Erkrankung wahrscheinlich ist.

Klinische Beurteilungsverfahren, wie die Hamilton Depression Scale (HAMD [11]) können zur Schweregradbestimmung benutzt werden, sind allerdings nicht für die klinische Diagnostik der Depression geeignet. Zum Depressionsscreening werden auch klinische Screeningverfahren wie der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D [12]) eingesetzt.

Der alleinige Einsatz von Fragebögen oder klinischen Fremdbeurteilungsskalen wird ebenso wie die klinische Routinediagnostik wegen der mangelhaften Zuverlässigkeit abgelehnt. Fragebögen führen zumeist zu einer Überschätzung der wahren Häufigkeit (Prävalenz), während für die ärztliche Routinediagnostik sowohl Über- wie auch Unterschätzungen dokumentiert sind. Fragebögen bilden zwar gut das aktuelle erlebte Ausmaß an Depressivität ab; dieses ist jedoch diagnostisch unspezifisch und spiegelt in erster Linie die Befindlichkeit wider. Daher sollte auf der Grundlage von Fragebogendiagnostik besser von depressiven Syndromen (gleichzeitiges Vorliegen verschiedener Symptome) als von Diagnosen im engeren Sinne (z. B. im Sinne des ICD-10 oder DSM-IV) gesprochen werden.

Unterschiedliche Erhebungsstrategien und Definitionen haben grundlegende Auswirkungen auf die Prävalenzschätzung (siehe Abbildung 4): Depressive Symptome oder vorübergehende depressive Stimmungslage (untere Ebene Abbildung 4), wie sie zum Beispiel als bestimmende Merkmale des depressiven Syndroms über Fragebögen erfasst werden, sind mit über 26 % etwa dreimal häufiger wie der Anteil der Personen, der die strikten Kriterien einer depressiven Episode erfüllt (8 %) [13].

Abbildung 4
Pyramide depressiver Beschwerden: von depressiven Symptomen zur klinischen Depression
in der Allgemeinbevölkerung (12-Monats-Querschnittsprävalenz)
 Quelle: [13]



Eine Herausforderung bei der Diagnostik depressiver Störungen z. B. im hausärztlichen Sektor besteht gelegentlich darin, dass die Patientinnen und Patienten oft nicht spontan über depressive Verstimmung und andere depressive Hauptsymptome klagen, sondern körperliche Beschwerden in den Vordergrund stellen. Es ist bis heute nicht geklärt, inwieweit dieses Verhalten auf die Erwartungshaltung von Betroffenen zurückzuführen ist, dass Hausärztinnen und Hausärzte ihnen bei psychischen Störungen möglicherweise nicht helfen können. Oder ob Patientinnen und Patienten das Stigma befürchten, das vielerorts noch mit Depressionen und psychischen Störungen verbunden wird. Depressiv Erkrankte befürchten durch das Bekanntwerden einer psychischen Diagnose nachteilige Folgen für ihr Berufs- und Privatleben. Dieses Verhalten, verbunden mit unzureichendem Wissen von Allgemeinärztinnen und -ärzten hinsichtlich einer verlässlichen Depressionsdiagnostik, wird dafür verantwortlich gemacht, dass viele Depressive gar nicht oder erst verspätet diagnostiziert werden. Es ist davon auszugehen, dass ein großer Anteil an Depression Erkrankter trotz Arztbesuch unerkannt bleibt. Demzufolge wird zunehmend versucht – z. B. vom Kompetenznetz Depression (www.kompetenznetz-depression.de) – geeignete Diagnoseverfahren zu etablieren und insbesondere die Hausärztinnen und -ärzte in Qualitätszirkeln für das Krankheitsbild Depression zu sensibilisieren.

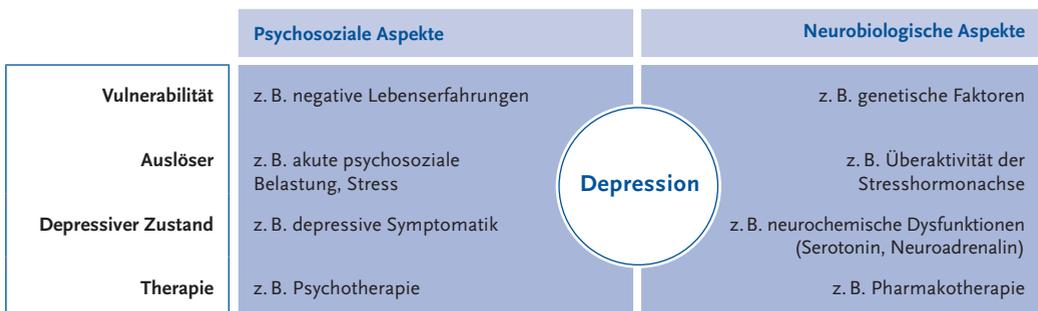
4 Ursachen und Risikofaktoren

Bei der Entstehung psychischer Störungen, wie auch der Depression ist stets von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen. Biologische (z. B. genetische Prädispositionen), psychische (z. B. kognitive Defizite) und soziale (z. B. Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsprobleme) Faktoren wirken dabei zusammen. Bisher liegt keine einheitliche, empirisch gestützte Theorie zur Entstehung der Depression vor.

Nach den so genannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen [14] entstehen depressive Störungen durch die Interaktion aktueller oder chronischer Belastungen (Stressoren, auslösende Faktoren) mit neurobiologischen bzw. psychischen Veränderungen sowie anderen modifizierenden Variablen (vorherige psychische Störungen etc.) vor dem Hintergrund einer Veranlagung (Vulnerabilität) einer Person (siehe Abbildung 5). Dabei unterscheiden sich die bestehenden Modelle zumeist nur hinsichtlich des Ausmaßes, in dem biologische, psychologische oder soziale Aspekte betont werden sowie danach in welchem Ausmaß daraus therapeutische Konsequenzen zu ziehen sind.

Angesichts der extrem hohen Anzahl von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren sowie möglicher wechselseitiger, funktionaler und zeitlicher Abhängigkeiten bleibt unklar, wie diese Vielzahl von Faktoren auf eine übersichtliche Anzahl von ursächlichen Faktoren bzw. Prozessen reduziert werden kann. Dennoch seien an dieser Stelle einige der zentralen Faktoren aufgeführt, die bei Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen eine Rolle spielen.

Abbildung 5
Psychische und körperliche Ursachen der Depression, zwei Seiten der gleichen Medaille
Quelle: nach [15]



4.1 Genetische Faktoren

Als weitgehend gesichert gilt, dass die Veranlagung zur Depression z. T. genetisch mitbedingt ist; wobei von mehreren beteiligten Genen auszugehen ist. Eine familiäre Häufung von Depressionen gilt als sehr gut belegt [16]. Kinder depressiver Patientinnen und Patienten haben im Vergleich zur Normalbevölkerung ein erhöhtes Risiko an einer affektiven Störung zu erkranken [16, 17] (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Zusammenhang zwischen elterlicher Depression und depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Quelle: [18]

| Gruppeneinteilung nach elterlicher Erkrankung | Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen | | |
|---|---|-----------|------------------|
| | Depressive Episode | Dysthymie | Bipolare Störung |
| kein Elternteil mit einer depressiven Episode | 12,3 % | 1,8 % | 1,0 % |
| ein Elternteil mit einer depressiven Episode | 26,1 % | 5,3 % | 3,2 % |
| beide Elternteile mit einer depressiven Episode | 28,5 % | 6,8 % | 5,0 % |

In Zwillingsstudien konnte darüber hinaus belegt werden, dass die Konkordanzrate (Konkordanz bezeichnet die Übereinstimmung wichtiger Merkmale bei Zwillingen) bei depressiven Störungen 44 % für eineiige Zwillinge und 20 % für zweieiige Zwillinge beträgt. Genetiker berechnen daraus eine so genannte Heritabilität (Erblichkeit), die zwischen 40 %–71 % liegen kann (z. B. [19]). Der Verwandtschaftsgrad und die Zusammenhänge mit dem Erkrankungsrisiko weisen bei der Erkrankungswahrscheinlichkeit auf genetische Einflüsse hin [18].

Hinsichtlich der Übertragung innerhalb der Familie können einige Besonderheiten festgehalten werden: Je früher die Ersterkrankung desto stärker ist die familiär-genetische Belastung; innerfamiliär verjüngt sich das Ersterkrankungsalter; es erfolgt eine verstärkte familiäre Übertragung; es existieren keine Geschlechtsunterschiede in der Stärke des genetischen Einflusses [20]. Zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren können Wechselbedingungen bestehen. Eine weitere Zwillingsstudie beschreibt Faktoren in der psychosozialen Entwicklung, die die genetische Disposition ergänzen, verstärken bzw. mit dieser interagieren [21]. Zu diesen Ereignissen und Persönlichkeitsfaktoren zählen Verlusterlebnisse und Traumatisierungen in der frühen

Kindheit, kritische Lebensereignisse und fehlende soziale Unterstützung vor der Erkrankung sowie das Persönlichkeitsmerkmal erhöhter Neurotizismus. Dies legt nahe anzunehmen, dass die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen teilweise vererbt wird, aber erst in Kombination mit psychosozialen Faktoren zu einem Auftreten der Depression führen kann [22].

Ein wesentlicher genetischer Vulnerabilitätsfaktor für das Auftreten einer Depression wird in einer Variation in der Promotorregion des

Serotonin-Transportergens 5-HTTLPR vermutet (5-HTTLPR steht dabei für Serotonin (5-HT) Transporter (T) Length (L) Polymorphic (P) Region (R)). Das Gen befindet sich auf dem Chromosom 17q11.1–q12). Es kommt in der Bevölkerung in unterschiedlichen Formen vor. Träger des kurzen Allels reagieren empfindsamer auf psychosoziale Stressbelastungen und haben damit ein unter Umständen doppelt so großes Risiko (Disposition), an einer Depression zu erkranken, wie die Träger des langen Allels. Zudem soll das Gen für den Serotonin-Transporter auch die Entwicklung und die Funktion eines wichtigen Emotionschaltkreises zwischen Amygdala (Mandelkern) und dem vorderen subgenualen cingulären Cortex beeinflussen. Dabei wird diskutiert, dass bei den Trägern des kurzen Allels die physiologische »Bremsfunktion« des Gyrus cinguli (Gürtelwindung) auf die stressbedingten negativen Angstgefühle in den Mandelkernen nicht ausreichend stattfinden kann. Da die negativen Gefühle somit nicht ausreichend gedämpft werden können, komme es schließlich zu einer depressiven Stimmung [19, 20] (vgl. auch Imaging Genetics). Allerdings konnte in einer Meta-Analyse [23], unter Einschluss von Daten von mehr als 14.000 Menschen aus 14 zuvor veröffentlichten Studien, insgesamt kein erhöhtes Risiko für depressive Erkrankun-

gen mit der Ausprägung des Serotonintransporters 5-HTTLPR bestätigt werden.

Weitere Kandidatengene, die mit dem Auftreten von Depressionen in Verbindung gebracht werden, codieren Enzyme bzw. Rezeptoren, die ebenfalls vor allem im Serotoninstoffwechsel eine wichtige Funktion innehaben: hierzu gehören der Serotoninrezeptor 2A (5-HT_{2A}), die Tyrosinhydroxylase (TH) und die Tryptophanhydroxylase 1 (TPH1). Auch die Catechol-O-Methyltransferase (COMT; catecholaminabbauendes Enzym) scheint mit dem Auftreten von Depressionen verbunden zu sein [24].

4.2 Neurobiologische Faktoren

Depressive Störungen stehen mit bestimmten neurobiologischen Faktoren in Zusammenhang, welche die Bereitschaft zu erkranken oder das Rückfallrisiko erhöhen [25]. Veränderte Funktionsabläufe im Gehirn, z. B. bedingt durch veränderte Funktion der Botenstoffe (z. B. Serotonin, Noradrenalin) zwischen den Nervenzellen, werden als ursächlich diskutiert (Überblick dazu [22]). Antidepressive Medikamente setzen an dieser Stelle an und bringen den Hirn-Stoffwechsel wieder ins Gleichgewicht. Allerdings zeigt sich eine Normalisierung des Hirn-Stoffwechsels auch nach einer erfolgreichen Psychotherapie. Dies unterstreicht die Schwierigkeit, Ursache und Wirkung z. B. einer Serotonin-Unterversorgung im Gehirn und depressivem Verhalten eindeutig zu entscheiden. Bisher ist es nicht gelungen, eine genau definierte Funktionsstörung im Gehirn zu lokalisieren, die unmittelbar für das Auftreten der depressiven Symptome verantwortlich ist.

Hormonelle Veränderungen gehen ebenfalls mit schweren Depressionen einher; es werden dauerhaft Stresshormone (z. B. Cortisol) ausgeschüttet. Dies führt zu seelischen und körperlichen Auswirkungen. Ursache ist eine Überaktivität der hormonellen Stressachse, bestehend aus Hypothalamus, Hypophyse und Nebennieren [22]. Frauen sind in Zeiten mit großen Hormonschwankungen – vor der Menstruation oder nach einer Geburt – anfälliger für eine Depression. Beim prämenstruellen dysphorischen Syndrom treten bei bis zu 3 %–8 % aller Frauen zwischen Ovulation und Menstruation depressive Stö-

rungen auf [26]. Die Anfälligkeit dafür scheint genetisch bedingt zu sein und durch Umwelteinflüsse verstärkt zu werden. Obgleich diese Störung möglicherweise relativ häufig vorkommt, ist sie keineswegs regelmäßig so stark ausgeprägt, dass eine gezielte Behandlung erforderlich ist; schwere Fälle hingegen können mit Medikamenten behandelt werden. Viele Frauen leiden im Wochenbett an einer kurzzeitigen depressiven Verstimmung (postpartale Depression), dem sogenannten Baby-Blues. Erst wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum andauern, die emotionale Zuwendung zum Neugeborenen stark beeinträchtigt ist und bis zu dessen Vernachlässigung führen, handelt es sich um eine ernsthafte Wochenbettdepression. Ob Frauen während oder nach der Menopause (Wechseljahre) anfälliger für eine Depression sind, ließ sich bis jetzt nicht abschließend klären [26].

4.3 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Die Entstehung der Depression wird im Rahmen der Psychologie durch lerntheoretische und kognitive Modelle erklärt. Die Verstärker-Verlust-Theorie als lerntheoretisches Modell beschreibt einen Mangel an positiver Verstärkung (Belohnung) als entscheidend bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Erkrankung [27]. Die fehlende positive Verstärkung vermindert das Wohlbefinden und ist mit negativem Affekt (z. B. Niedergeschlagenheit und Resignation) verbunden. Eine abwärtsgerichtete Depressionsspirale wird als Folge angenommen. Der Verlust der Sozialpartner (Tod, Scheidung, Trennung) gilt als negativer Verstärker und ist von sozialem Rückzug und negativen Emotionen begleitet.

Nach der kognitiven Theorie von Beck [28, 29] entsteht Depression durch verschiedene Formen von dysfunktionalen Kognitionen und deren Beziehungen zueinander: Pessimistische Ansichten von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft (sog. Kognitive Triade) stehen in Verbindung mit negativen Überzeugungen, die durch negative Lebenserfahrungen ausgelöst werden. Diese Überzeugungen oder negativen Schemata sind wiederum mit kognitiven Verzerrungen (z. B. Über- und Untertreibung) verbunden, die in der Depression münden.

Die experimentell abgeleitete Theorie der gelernten Hilflosigkeit geht von Depression als erlerntem Verhalten aus [30]. Durch die wiederholte Erfahrung mangelnder Kontrolle über Situationen und unangenehme Konsequenzen, wird Passivität und das Gefühl, selbst nicht handeln bzw. sein Leben nicht steuern zu können (Hilflosigkeit) gelernt und verfestigt [31]. Negative Ereignisse werden als unkontrollierbar und unveränderlich gewertet. Die konkrete Erfahrung der Hilflosigkeit und deren Verallgemeinerung führen in die Depression. In der revidierten Fassung dieser Theorie [32] kommt das Konzept der Attribution hinzu: Wenn eine Situation nicht erfolgreich bewältigt wird, schreibt man den Misserfolg irgendeiner Ursache zu. Depression entsteht demnach, wenn erwünschte Ziele als unerreichbar und negative Ergebnisse für unvermeidbar gelten, die Misserfolge zusätzlich der eigenen, dauerhaften Unzulänglichkeit zugeschrieben werden und in Folge dessen das Selbstwertgefühl sinkt. Die Hoffnungslosigkeitstheorie [33] – eine Weiterentwicklung der Hilflosigkeitstheorie – sieht als weitere Ursache für einige depressive Erkrankungen die Hoffnungslosigkeit. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass erstrebenswerte Ereignisse nicht bzw. unerwünschte Ereignisse eintreten und keine Gelegenheit vorhanden ist, diesen Zustand zu ändern. Wird dann zusätzlich im Sinne der eigenen, dauerhaften Unzulänglichkeit attribuiert und herrscht ein geringes oder instabiles Selbstwertgefühl vor, tritt ein »Hilflosigkeitssyndrom« auf, das in vieler Hinsicht dem depressiven Syndrom ähnelt.

Akute psychosoziale Belastungen wie Verlust oder Tod einer wichtigen Bezugsperson, Arbeitsplatzverlust oder chronische Überlastungssituationen können als Auslöser einer depressiven Erkrankung fungieren und in diese einmünden. Allerdings kommt es nur bei einer geringen Anzahl von Personen, die von schwerwiegenden Ereignissen betroffen sind, zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung [34]. Ein weiterer Punkt betrifft Risiko- und Stressfaktoren, denen Frauen im Vergleich zu Männern eher ausgesetzt sind. Dazu zählen Armut, Benachteiligung in der Arbeitswelt und Rollenüberlastung (Rolle als Mutter, Arbeitnehmerin, Partnerin etc.). Diese Faktoren können zur Ausbildung von psychischen Störungen führen. Zudem gibt es viele Hinweise

darauf, dass Mädchen eine höhere Wahrscheinlichkeit traumatischer Kindheitserlebnisse (z. B. sexueller Missbrauch) haben als Jungen, was wiederum zu erhöhtem Auftreten von psychischen Störungen führen könnte [35]. Diskutiert wird, ob Personen mit einem bestimmten Serotonintransporter-genotyp und traumatischen Ereignissen in der Kindheit ein besonders hohes Risiko aufweisen, an einer Depression zu erkranken [36].

4.4 Persönlichkeitsfaktoren

Persönlichkeitseigenschaften werden ebenfalls als Risikofaktoren diskutiert. Bei der Entstehung depressiver Episoden fällt dem so genannten Typus melancholicus [37] eine besondere Bedeutung zu. Personen mit dieser Persönlichkeitsstruktur zeichnen sich durch überdurchschnittliches Festgelegtsein auf Ordentlichkeit und Ordnung sowie Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein aus; dies sowohl im Arbeitsleben als auch in zwischenmenschlichen Beziehungen mit zwanghaften Zügen [22, 38, 39]. Bei bipolaren Depressionen treten eher Neurotizismus und Introvertiertheit als Risikofaktoren auf [22, 38, 39].

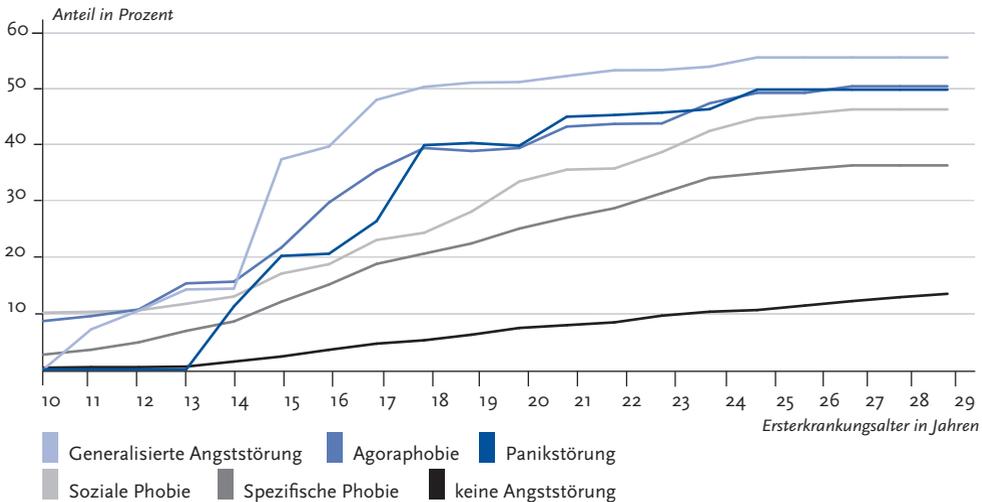
4.5 Frühere psychische Störungen

Personen, die bereits die Kriterien für eine Angststörung erfüllen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, auch eine Depression zu entwickeln. Dieser Zusammenhang zeigt sich anhand von Daten der prospektiv-longitudinalen EDSP-Studie [40, 41] bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die Depressionsraten sind über alle Angststörungen hinweg zwei bis dreimal höher als bei denjenigen ohne Angststörungen (siehe Abbildung 6). Als Erklärung für diesen Befund können einerseits Folgeprobleme im Zuge der Einschränkungen durch die Angststörung, andererseits aber auch die Annahme von gemeinsamen Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. Neurotizismus) für Angst und Depression herangezogen werden.

Abbildung 6

Kumuliertes Risiko einer sekundären depressiven Störung bei Fällen mit einer Angststörung in der Vorgeschichte

Quelle: EDSP 2001



4.6 Körperliche Erkrankungen

Körperliche Beschwerden und Erkrankungen können ebenfalls Depressionen verursachen. So gelten Schilddrüsenfunktionsstörungen, insbesondere ein Übermaß der Schilddrüsenhormone, als beeinflussende Faktoren bei der Entstehung von Depression [42]. Schwere körperliche Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma können Depression nach sich ziehen [43, 44, 45]. Weitere Erkrankungen, die gehäuft mit einer Depression assoziiert auftreten, sind: Pankreaskarzinom, AIDS, Hirntumor, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Diabetes mellitus oder auch terminale Niereninsuffizienz [46]. Das Erkennen der Depression bei körperlich Erkrankten ist von wesentlicher Bedeutung, da die Störungen Einfluss auf die Überlebenszeit, z. B. nach Herzinfarkt, auf die Länge des Krankenhausaufenthaltes, die Compliance sowie die Lebensqualität haben [47].

5 Verbreitung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Aussagen zur Verbreitung von depressiven Störungen in der Bundesrepublik Deutschland basieren u. a. auf repräsentativen Daten aus dem Zusatzmodul »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) [6, 48, 49, 50, 51], Auskünften bei telefonischen Befragungen (Gesundheitssurveys) sowie Depressions-Screening-Studien in Allgemeinarztpraxen [52].

5.1 Häufigkeit in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

Im Zusatzmodul »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 [1, 50, 53] wurden insgesamt 4.181 Teilnehmer im Alter von 18 bis 65 Jahren durch klinisch geschultes Personal mittels Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, [54]) befragt. Die Daten zeigen, dass die Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland ähnlich hoch ist wie in den meisten anderen vergleichbaren Studien im EU-Raum aus den letzten Jahren.

Im Zeitraum von einem Jahr leiden 12 % der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (das entspricht fast sechs Millionen Menschen) unter einer affektiven Störung (12-Monats-Prävalenz). Die Zahl derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken ist jedoch weitaus größer: die Lebenszeitprävalenz liegt bei 19 % (Frauen: 25 %, Männer: 12 %). Die 12-Monats-Querschnittsprävalenz depressiver Störungen (unter Ausschluss depressiver Episoden im Rahmen bipolarer Erkrankungen) bei 18- bis 65-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 11 % (siehe Tabelle 2). D. h. in Deutschland sind zwischen 5 und 6 Millionen Menschen in diesem Altersbereich in den letzten 12 Monaten an Depression erkrankt.

Frauen sind mit 14 % in allen Altersgruppen ungefähr doppelt so häufig wie Männer (8 %) betroffen. Der Geschlechtsunterschied fällt allerdings in der jüngsten Altersgruppe deutlich geringer aus (12 % vs. 8 %) als in den höheren Altersgruppen. Die höchsten Werte ergeben sich für die Gruppe der 40- bis 65-jährigen Frauen (17 % bzw. 16 %). Der Anteil rezidivierender Depression ist bei Frauen aller Altersgruppen

größer (6 %) als der Anteil derer mit einzelnen depressiven Episoden (5 %); dieses Verhältnis ist bei Männern genau umgekehrt (3 % vs. 2 %). Zusammen mit der höheren Prävalenz für die Dysthymie bei Frauen wird deutlich, dass Frauen nicht nur häufiger jemals an Depression erkranken, sondern auch häufiger an rezidivierender Depression sowie einem chronischen Depressionsverlauf leiden.

Diese Zahlen sind als konservative Schätzung anzusehen, da weder Kinder und Jugendliche, noch Personen höheren Alters berücksichtigt wurden. Während das Erkrankungsrisiko für Depression bei Kindern und Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr recht niedrig liegt (2 %–3 %), ist bei Jugendlichen (Alter 15 bis 17 Jahre) nach neueren Befunden in Deutschland von einer nahezu ähnlich hohen Querschnittsprävalenz wie bei jungen Erwachsenen auszugehen [55]. Demgegenüber erscheint die Prävalenz der Depression jenseits des 60. Lebensjahres in diesen epidemiologischen Studien mit expliziten diagnostischen Kriterien deutlich niedriger; die Gültigkeit dieses Befundes zur Prävalenz im hohen Alter ist allerdings umstritten.

Tabelle 2
12-Monats-Prävalenz affektiver Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung
Quelle: BGS98

| | Irgendeine depressive Störung ¹ | Major Depression (MD) | MD, einzelne Episode | MD, rezidivierend | Dysthyme Störung |
|---------------|--|-----------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| Gesamt | 10,9% | 8,3% | 4,3% | 4,0% | 4,5% |
| 18–29 Jahre | 9,5% | 8,0% | 4,7% | 3,4% | 2,7% |
| 30–39 Jahre | 9,7% | 7,5% | 3,1% | 4,4% | 3,8% |
| 40–49 Jahre | 12,4% | 9,8% | 5,4% | 4,4% | 5,3% |
| 50–65 Jahre | 11,6% | 8,1% | 4,2% | 3,9% | 5,7% |
| Frauen | 14,2% | 11,2% | 5,1% | 6,1% | 5,8% |
| 18–29 Jahre | 11,5% | 9,5% | 4,6% | 4,9% | 3,5% |
| 30–39 Jahre | 12,4% | 10,0% | 3,5% | 6,5% | 4,7% |
| 40–49 Jahre | 16,6% | 14,0% | 7,2% | 6,9% | 6,4% |
| 50–65 Jahre | 15,6% | 11,3% | 5,4% | 5,9% | 7,6% |
| Männer | 7,6% | 5,5% | 3,4% | 2,0% | 3,2% |
| 18–29 Jahre | 7,5% | 6,6% | 4,8% | 1,9% | 1,8% |
| 30–39 Jahre | 7,2% | 5,1% | 2,8% | 2,3% | 3,0% |
| 40–49 Jahre | 8,3% | 5,7% | 3,7% | 2,0% | 4,1% |
| 50–65 Jahre | 7,4% | 4,8% | 2,9% | 1,9% | 3,8% |

¹ Major Depression (einzelne Episode oder wiederkehrend) und/oder Dysthyme Störung

Die Ergebnisse bestätigen ferner, dass Depressionen in der überwiegenden Mehrzahl episodische Erkrankungen mit einem rezidivierenden Verlauf sind; bei 60 %–75 % aller Betroffenen ist davon auszugehen, dass nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine weitere Episode folgt; im Mittel werden bei rezidivierenden Depressionen sechs Episoden über die Lebensdauer berichtet. Die Episodendauer ist höchst variabel und liegt bei der Hälfte aller Betroffenen unter 12 Wochen, in 25 % bei 3 bis 6 Monaten und bei 22 % bei mehr als einem Jahr. Letzteres entspricht ungefähr der Schätzung chronischer Depressionen im Gesamtkollektiv [8]. Die 12-Monats-Prävalenz rezidivierender Depressionen beträgt 6 %, die der chronischen Depressionen mit einer Dauer von über 12 Monaten 3 %. Die Schwere der depressiven Phasen ist variabel, in der überwiegenden Mehrzahl werden die Episoden aufgrund der Symptomanzahl und Schwere als mittelschwer bis schwer klassifiziert. Das mittlere Ersterkrankungsalter liegt bei 31 Jahren.

Auswertungen des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 (BGS98) hinsichtlich des Sozialstatus zeigen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger von depressiven Störungen betroffen sind, als diejenigen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus [56]. Weitere Analysen kommen zu dem Ergebnis, dass der soziale Gradient in jüngeren Kohorten ausgeprägter auftritt [57]. Das bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Vorkommen einer depressiven Störung häufiger bei Personen jün-

gerer Geburtskohorten zu finden ist, als bei Personen älterer Kohorten.

Diese Größenordnung auf der Grundlage von persönlichen diagnostischen Interviews wurde auch weitgehend in der telefonischen Gesundheitsbefragung »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2009 bestätigt. Danach beträgt die Lebenszeitprävalenz der Depression (»Hat ein Arzt oder Psychotherapeut jemals eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt?«) 13 %. Frauen betrifft dies häufiger (16 %) als Männer (9 %) (siehe Abbildung 7). 6 % der Befragten berichten von einer Depression oder einer depressiven Verstimmung in den letzten 12 Monaten (8 % Frauen, 5 % Männer). Insgesamt gaben 80 % der Frauen und 79 % der Männer bei denen eine Depression festgestellt wurde an, in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein.

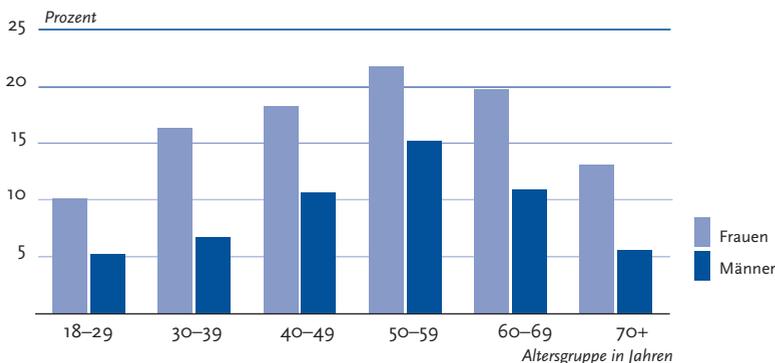
5.2 Häufigkeit in der Allgemeinarztpraxis

Aus Erhebungen im Rahmen einer weltweiten Studie der WHO Anfang der 1990er-Jahre [58] ergab sich für die beiden beteiligten deutschen Zentren (Berlin und Mainz), dass etwa 10 % der Allgemeinarztpatientinnen und -patienten zum Untersuchungszeitpunkt (Bezugszeitraum: vier Wochen) an einer depressiven Episode litten. Dieser Wert (Stichtagsprävalenz) ist als deutlich höher zu beurteilen als die im BGS98 genannte

Abbildung 7

Anteil der jemals ärztlich oder therapeutisch festgestellten Depression in der ab 18-jährigen Bevölkerung

Quelle: GEDAog



12-Monats-Prävalenz von 12 % in der Allgemeinbevölkerung, da sich letztere Angaben auf den Zeitraum eines ganzen Jahres bezogen hatten.

Daten aus einer deutschen Stichtagsprävalenzstudie, an der 412 Praxen der hausärztlichen Versorgung und 14.746 Patientinnen und Patienten teilnahmen [52] bestätigen den Befund, dass Depressionen die häufigsten psychischen Störungen im hausärztlichen Sektor darstellen. Von den Allgemeinarztpatientinnen und -patienten erfüllten am Stichtag 11 % die Kriterien einer depressiven Episode. Hier ist der Geschlechtsunterschied weniger stark ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung: Frauen sind zu 12 %, Männer zu 9 % betroffen. Die Erkennensraten sind höher als bei den früheren WHO-Studien [58], aber es besteht noch ein Spielraum nach oben: 26 % der Betroffenen erhalten keine Diagnose einer psychischen Störung, 19 % zwar eine psychische Diagnose, aber nicht die einer Depression; in 34 % der Fälle geben die Ärztinnen und Ärzte wahrscheinliche Depression an, und 21 % wurden definitiv erkannt [59].

Allgemein deuten Studien darauf hin, dass bei Personen, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, die Prävalenzen von Gesundheitsstörungen stets höher als in der repräsentativen Allgemeinbevölkerung sind. Die deutschen Daten sind vergleichbar mit den Zahlen aus anderen Ländern, sofern für diese ähnliche repräsentative Studien durchgeführt wurden [1, 5].

5.3 Inzidenz und Ersterkrankungsalter

Studien zur Untersuchung der ersten Krankheitsepisode (so genannte Inzidenzanalysen) zeigen, dass Depressionen in jeder Altersstufe erstmals auftreten können. Die Zeit zwischen der Adoleszenz (ab dem 15. Lebensjahr) und dem 30. Lebensjahr weist die höchste Dichte an inzidenten (Neuerkrankungs-)Fällen auf. Die Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr liegen deutlich niedriger als in allen anderen Altersstufen. Allerdings sind depressive Symptome in der Kindheit durchaus nicht selten und möglicherweise prädiktiv für das Auftreten einer späteren depressiven Episode. Treten im Vorschul- und Grundschulalter schon depressive Symptome auf, erhöht sich mit einem

Alter von 12 bis 15 Jahren die Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen [35, 60].

Für Erwachsene zeigt sich in Untersuchungen übereinstimmend, dass das mittlere Ersterkrankungsalter zwischen dem 25. und dem 30. Lebensjahr liegt. Die bipolare Störung tritt früher auf, meist im Alter zwischen 15 und 25 Jahren [61]. Alters-Kohortenstudien weisen darauf hin, dass für jüngere Geburtskohorten das Risiko erhöht ist, früher und häufiger als ältere Kohorten zu erkranken [13, 62]. Dies wird als Geburtskohorteneffekt bezeichnet. Als Ursachen werden veränderte Familienstrukturen oder höhere allgemeine Stressbelastungen von Jugendlichen diskutiert [35]. Bisher ist jedoch nicht eindeutig geklärt, ob es sich dabei tatsächlich um einen Alters-Kohorten-Effekt handelt oder ob es beispielsweise auch in Zusammenhang mit einem selteneren Berichten oder Erinnern depressiver Episoden mit zunehmendem Alter stehen kann (altersabhängiger Methoden-Artefakt) [57]. Die Prävalenz und Inzidenz depressiver Störungen im höheren Alter (bei über 65-Jährigen) gilt als unzureichend untersucht. Die Variabilität vorliegender Befunde erlaubt bislang keine verlässlichen Aussagen.

5.4 Komorbidität

Depressive Störungen treten überzufällig häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen auf (=Komorbidität) [5]. Daten des Zusatzmoduls »Psychische Gesundheit« des BGS98 zur Komorbidität bei depressiver Episode und Dysthymie zeigen, dass 60 % der Personen mit einer depressiven Episode und 80 % derjenigen mit einer Dysthymie mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen.

Zu den häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Depression gehören alle Formen von Angststörungen (Panikstörungen, Agoraphobie, Soziale und Spezifische Phobien, generalisierte Angststörung [34, 61, 63]). Diese treten zumeist vor der ersten Depression auf und werden in der Regel als primäre Störungen interpretiert, die das Risiko einer Depression deutlich erhöhen. Statistisch bedeutsame Komorbiditätsmuster finden sich auch bei somatoformen Störungen, wie der Schmerzstörung sowie Suchterkrankungen. Alkoholabhängigkeit kann als Folge

der Depression oder als Mit-Ursache für eine depressive Erkrankung [64] beobachtet werden; häufiger kommt die depressive Störung infolge einer Abhängigkeitserkrankung vor.

Obwohl eine erhöhte Depressionsprävalenz bei einer Vielzahl von körperlichen und neurologischen Erkrankungen als gesichert gilt, ist bislang weder die Größenordnung noch die Kausalität geklärt. So weisen z. B. Personen mit koronaren Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus häufig eine klinische Depression oder zumindest erhöhte Depressivitätswerte auf [65] (siehe auch Abschnitt 4.6 Körperliche Erkrankungen). Ungeklärt sind jedoch die pathophysiologischen und psychologischen Zusammenhänge, die für diese Assoziation verantwortlich sind. Deshalb bleibt unklar, ob Depressionen Risikofaktoren für körperliche Erkrankungen sind oder umgekehrt, oder ob es eine reziproke Beziehung gibt. Unabhängig davon gilt als gesichert, dass Komorbidität mit erhöhten Raten von Complianceproblemen (unregelmäßige Medikamenteneinnahme, seltener Blutzuckermessungen) [66, 67] ungesunder Lebensweise sowie einem schlechteren Verlauf einhergeht. Je mehr Komorbiditäten auftreten, desto schwerer ist der Verlauf und umso komplexer sind die therapeutischen Probleme [63].

5.5 Depression in Kindheit und Jugend

Erkranken Kinder und Jugendliche an depressiven Störungen, weist ihre Symptomatik sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede zu der Erwachsener auf. Ähnlich wie bei den Erwachsenen treten im physiologischen, affektiven und kognitiven Bereich sowie im Verhalten Veränderungen auf. Zu den Gemeinsamkeiten zählen Müdigkeit, Konzentrationsprobleme und Suizidgedanken. Unterschiede beziehen sich z. B. auf Gereiztheit und einen höheren Anteil an Suizidversuchen und Schuldgefühlen [31]. Die Schwierigkeit, Depression bei Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren liegt vor allem darin begründet, dass selbige häufig von Verhaltensproblemen wie Aggression, Hyperaktivität und Lerndefiziten überlagert wird [68] bzw. gleichzeitig andere Probleme wie Angststörungen bei Kindern, Essstörungen oder Alkoholkonsum bei Jugendlichen, auftreten [69]. Um eine verlässliche Diagnose

erstellen zu können, sollte ein breites Spektrum diagnostischer Möglichkeiten (Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Fragebögen, diagnostische Interviews) bei betroffenen Kindern und Jugendlichen ausgeschöpft werden.

Die Prävalenzen für depressive Episoden liegen internationalen Studien zufolge bei Kindern bei etwa 3 % und variieren bei Jugendlichen zwischen 0,4 % [70] und 25 % [71]. Die Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen nimmt mit steigendem Alter zu; erst dann wird eine vollständige klinische Diagnose der depressiven Störung möglich. Geschlechtsunterschiede ergeben sich hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen bis zum Einsetzen der Pubertät nicht, danach sind mehr Mädchen als Jungen betroffen [72]. Die Dauer einer depressiven Episode liegt bei Kindern und Jugendlichen zwischen sieben und neun Monaten.

Daten zur psychischen Gesundheit bzw. zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland können der BELLA-Studie entnommen werden [73]. Das in Ergänzung zur bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) durchgeführte Modul ermittelte Anzeichen für depressive Störungen über die Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). Demnach ergeben sich bei 5 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf depressive Störungen, wobei keine Geschlechts- und Altersunterschiede deutlich werden.

Diese Schätzung ist eine eindrucksvolle Bestätigung von Befunden der Münchener Early Development Stages of Psychopathology Study, in der unter anderem 14- bis 17-Jährige aus der Durchschnittsbevölkerung standardisiert nach depressiven Störungen nach DSM-IV diagnostiziert wurden. In dieser Studie wurde eine 12-Monats-Querschnittsprävalenz von 6 % festgestellt [55]. Weitere Studien zeigen, dass Jugendliche mit einer depressiven Episode innerhalb von fünf Jahren nach Beginn der Erkrankung ein erhöhtes Risiko für manische bzw. hypomane Episoden haben und somit eine Konversion zur Diagnose bipolare affektive Störung aufweisen [74, 75]. Bipolare Störungen bei Jugendlichen frühzeitig zu erkennen, ist für die baldige Einleitung einer entsprechend angepassten Behandlung wichtig, um einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf zu verhindern.

Viele Kinder und Jugendliche mit Depression haben kaum oder gar keinen Kontakt mit professionellen Einrichtungen oder werden nicht behandelt [35]. Ist der Einstieg in das medizinische Versorgungssystem erfolgt, werden die Behandlungsstrategien für depressive Kinder und Jugendliche häufig von der Therapie Erwachsener abgeleitet. Da viele verschiedene Faktoren einen Beitrag zur Entstehung einer Depression leisten, wird versucht, die Behandlung so breit wie möglich anzulegen. Dies beinhaltet eine Psychotherapie, sozialpädagogische Interventionen für die Kinder und deren Familien und in schweren Fällen eine pharmakologische Behandlung. Dabei sind Schwere und Art der Depression, Suizidalität, das Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen und Belastungen, das Vorliegen komorbider Störungen, das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen sowie persönliche und soziale Ressourcen [69, 72] zu berücksichtigen. Bei schwerer depressiver Symptomatik kann eine stationäre Behandlung notwendig werden. Von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (<http://www.dgkjp.de>) werden als psychotherapeutische Ansätze kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonale Verhaltenstherapie, Familientherapie und soziales Kompetenztraining zur Behandlung empfohlen.

Das Risiko Rückfälle zu erleiden und an anderen psychischen Störungen zu erkranken, ist bei depressiven Kindern und Jugendliche erhöht. Im Erwachsenenalter besteht für die Betroffenen ein deutlich erhöhtes Risiko, erneut an Depressionen zu erkranken [35, 76].

5.6 Häufigkeit der Depression im Alter

Das Alter gilt als Phase mit wesentlichen Änderungen und Umbrüchen: Beendigung der Arbeitstätigkeit, vermehrte Verluste von Familienangehörigen und Freunden sowie zunehmende gesundheitliche Beschwerden. Dies kann in verstärkter negativer Wahrnehmung und Einstellungen resultieren, die bei ungeeigneter Bewältigungsstrategie zu Hilflosigkeit, Sinnlosigkeit und Kontrollverlust führen [77]. Darüber hinaus ist gut belegt, dass alterskorrelierte neurodegenerative Erkrankungen, wie die Alzheimer-Demenz und die Parkinsonsche Erkrankung besonders häufig

mit Depression assoziiert sind [78]. Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter besonders häufig auftreten. Allerdings zeigen nahezu alle derzeitigen epidemiologischen Studien in der Bevölkerung das Gegenteil; Depressionen im Sinne einer depressiven Störung (bzw. Major Depression) sind bedeutend seltener im hohen Alter als bei Jüngeren [8]. Es wird einerseits angenommen, dass die Form und die Symptomatik depressiver Störungen im Alter nur unzureichend erfasst und beschrieben werden, andererseits treten untypische Depressionen im Alter gehäuft auf.

Ungeachtet der derzeitigen epidemiologischen Datenlage bezüglich Depressionen, gelten diese unter Experten als häufigste psychische Erkrankung im hohen Alter [79, 80]. Dies deuten Daten der Gmünder Ersatzkasse an, die zeigen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Diagnosestellung Depression im Altersgang zunimmt [81]. Mit den oben erwähnten Unsicherheiten schätzen klinische Experten die Prävalenz von Depressionen nach erweiterten Kriterien bei älteren Menschen auf 8%–10%; dabei sind mehr Frauen als Männer betroffen, was sich jedoch mit höherem Alter – vermutlich mortalitätsbedingt – angleicht [80, 82, 83, 84]. Dabei ist auf einen höheren Anteil leichter und unterschwelliger Formen der Depression hinzuweisen [77]. Bei Personen, die in Heimen leben, wird von einer Prävalenz depressiver Symptome von bis zu 50% und von schwerer Depression zwischen 15% und 20% ausgegangen [85].

Sowohl von Seiten der Älteren als auch des medizinischen Personals wird es häufig als normal bzw. nicht behandlungsbedürftig betrachtet, wenn Ältere Einschlaf- und Schlafstörungen haben, sich zurück ziehen und keine Freude mehr am Leben verspüren. Dies steht im Widerspruch zu dem Befund, dass das psychische Wohlbefinden mit zunehmendem Alter trotz objektiver Einschränkungen ansteigt [86].

Die Diagnostik und Behandlung der Depression bei Älteren findet aufgrund der Annahme, dass es sich bei den geschilderten Symptomen um normale Alterserscheinungen handelt, spät bzw. gar nicht statt [86]. Die auftretenden Symptome erschweren die Diagnostik, da sie von depressiven Beschwerden, die Personen in jüngeren Altersgruppen schildern, abweichen: Es

werden häufiger körperliche Beeinträchtigungen, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, innere Unruhe und Gereiztheit genannt [87].

Hinsichtlich des Themas Begleiterkrankungen (Korbidität) wird deutlich, dass beispielsweise nach einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt häufig eine Depression auftritt, die einen negativen Einfluss auf den Behandlungs- und Genesungsprozess hat. Gleichzeitig gilt eine Depression als Risikofaktor für die Entstehung und die Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten [88, 89, 90]. Dabei ist der genaue Zusammenhang noch nicht abschließend geklärt. Einerseits könnte das psychische Erleben einer schweren körperlichen Erkrankung und deren Folgen eine wichtige ätiologische Rolle spielen. Hierzu passt auch die Tatsache, dass das Vorhandensein von körperlichen Funktionseinschränkungen oder Behinderungen unabhängig von der Ursache ein wichtiger Risikofaktor für eine Depression im Alter ist. Andererseits werden aber, insbesondere bei nach Schlaganfall auftretenden Depressionen, auch direkte neurobiologische Zusammenhänge diskutiert, die zum Auftreten der Depression im Sinne einer organischen affektiven Störung führen. Möglicherweise spielen auch mit einer Depression assoziierte Faktoren, wie körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung und andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen eine entscheidende Rolle. In Bezug auf neurodegenerative Erkrankungen, wie der Alzheimer-Demenz und der Parkinsonerkrankung, bestehen Zusammenhänge mit der Depression: auch bei diesen Erkrankungen treten oftmals depressive Symptome oder Depressionen auf; wobei hier wahrscheinlich reaktive psychische und direkte neurobiologische Prozesse eine Rolle spielen. Besonders schwierig ist oftmals die Abgrenzung zu einer Demenz, da eine schwere Depression allein schon zu kognitiven Einschränkungen führt, die als Demenz fehlinterpretiert werden können. Somit sollte in der Abklärung einer vermeintlichen Demenz immer zunächst eine Depression ausgeschlossen werden. Andererseits treten im Verlauf einer Alzheimer-Demenz häufig affektive Symptome auf, oftmals schon als Frühsymptom vor Auftreten der dementiellen Symptome. Generell zeigen sich bei vielen hirnorganischen Erkrankungen affektive Symptome bzw. organische affektive Störungen.

Wie sich gezeigt hat, stellen Personen mit chronischen Schmerzen ebenfalls eine Risikogruppe dar [84]. Mit zunehmendem Alter wird häufiger eine Pharmakotherapie angewandt, weniger psychotherapeutische Verfahren. So konnte bei der Behandlung depressiver Älterer eine Unterversorgung im Bereich der Psychotherapie aber auch bei der Pharmakotherapie festgestellt werden [81, 91]. Depression im Alter bedeutet ebenfalls das Risiko einer Chronifizierung, bedingt durch späte oder falsche Behandlung.

6 Folgen

Die subjektive Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen sind durch Depressionen erheblich eingeschränkt. Lang anhaltender Arbeitsausfall und geringe Arbeitsproduktivität zählen ebenfalls zu den möglichen Folgen einer depressiven Erkrankung. Die Wiedererkrankungsrate nach einer depressiven Episode ist hoch; innerhalb von wenigen Jahren nach einer ersten Episode erleben Betroffene häufig eine zweite [92]. Darüber hinaus halten depressionsbedingte Einschränkungen und Behinderungen oft wesentlich länger als die eigentliche Depressionssymptomatik an und können ein Rückfallfaktor sein.

6.1 Auswirkungen auf die Sterblichkeit

Depressive Erkrankungen gehen mit einer erhöhten Sterblichkeit einher; dies steht zum einen mit Suiziden in Zusammenhang, zum anderen mit vorzeitigem Versterben durch Unfälle, körperliche Ursachen [93] oder einen depressionstypischen ungesunden Lebensstil (Ernährung, Bewegungsmangel). Beispielsweise haben Personen mit Herzinfarkt, die zudem depressiv sind, ein höheres Risiko zu versterben, als Nicht-Depressive [94]. Auch bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten hat sich sowohl im Kurz- als auch im Langzeitverlauf gezeigt, dass eine komorbide Depression das Risiko zu versterben, erhöht [95, 96, 97] (siehe Abschnitt 4.6 Körperliche Erkrankungen). Auch hier ist der genaue Mechanismus für diesen Zusammenhang noch unklar. Es gibt allerdings Hinweise auf den Einfluss

bestimmter vermittelnder Faktoren, wie körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung und andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen.

6.2 Suizid

Psychische Erkrankungen stehen in Zusammenhang mit Suizidalität und/oder sind mit der Umsetzung von suizidalen Ideen in selbstschädigende Handlungen verbunden [98]. Neben den psychischen Erkrankungen gehören chronische Krankheiten mit fehlender Heilungsaussicht zu den psychiatrischen und psychologischen Faktoren, die ebenfalls mit Suiziden in Verbindung zu bringen sind [99]. Schätzungsweise 65%–90% aller Suizide werden durch psychische Erkrankungen verursacht, am häufigsten durch eine Depression [100]. Umgekehrt gilt, dass etwa 3%–4% aller depressiv Kranken durch Suizid sterben [98]. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 9.451 Sterbefälle durch Suizid in der Bundesrepublik Deutschland erfasst; dreimal mehr Männer als Frauen (7.039 Männer und 2.412 Frauen) [101]. Seit den 1990er-Jahren nimmt die Sterblichkeit durch Suizid ab, wobei der Rückgang in einigen Altersgruppen mehr oder weniger stark ist.

Bei Betrachtung des Alters zeigt sich, dass bei depressiven Kindern und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -versuche besteht [35]. Suizidversuche werden zehn- bis zwanzigfach häufiger als Suizide ausgeführt, wobei die Dunkelziffer hoch ist und viele Versuche nicht als solche erkannt werden [69]. Bis zu einem Alter von 29 Jahren gilt Suizid als zweit häufigste Todesursache nach dem Unfalltod. Im Jahr 2008 starben 17 Kinder und 210 Jugendliche durch Suizid [102]. Während bei Mädchen häufiger Suizidversuche und Suizidgedanken auftreten, verüben Jungen dreimal häufiger erfolgreich Suizid [103]. Im Alter sind das Suizidrisiko und die Suizidrate erheblich erhöht, dies trifft insbesondere auf Männer zu. Statistisch betrachtet sinkt die Anzahl von Suizidversuchen im Alter, die Zahl der vollzogenen Suizide hingegen steigt und ist weltweit in der Altersgruppe über 75 Jahre am höchsten [87, 104]. Auch unabhängig von der Suizidalität kann z. B. bei älteren Menschen die Depression durch Rückzugsneigung ins Bett, durch Appetitlosigkeit oder durch zu geringe

Flüssigkeitsaufnahme sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

In Deutschland bestehen regionale Unterschiede in der Suizidhäufigkeit. Die Suizidraten variieren von Bundesland zu Bundesland: Sie sind für Frauen am höchsten in Bremen, für Männer in Sachsen [101].

6.3 Ökonomische Folgen

Aufgrund einer Erkrankung nicht arbeitsfähig sein zu können, gilt als Ressourcenverlust für die Gesellschaft. Die entstehenden Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder die dauernde Abwesenheit führen zu hohen Kosten durch Produktivitätsausfall. Personen mit aktueller Diagnose einer psychischen Erkrankung berichten doppelt so viele Ausfalltage, wie Personen ohne Diagnose, im Durchschnitt 19,8 Tage vs. 9,9 Tage [53]. Obwohl der Krankenstand insgesamt sinkt, ist eine kontinuierliche Zunahme der durch depressive Erkrankungen bedingten Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen. Auch bezüglich der Erwerbsunfähigkeitsrente spielt diese Diagnose eine entscheidende Rolle [92].

Die entstehenden verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre (eine Kennzahl zur Berechnung der indirekten Kosten einer Krankheit, ermittelt über die Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und/oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren) über alle Krankheiten betragen für das Jahr 2006 insgesamt 3,9 Millionen Jahre [105]; bezogen auf Depression ist von 158.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren auszugehen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3
Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre in 1.000 Jahren für Deutschland 2006

Quelle: [105]

| | Frauen | Männer | Gesamt |
|--|--------|--------|--------|
| alle Diagnosen | 1.348 | 2.625 | 3.973 |
| alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00–T98) | 1.338 | 2.616 | 3.954 |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) | 260 | 378 | 638 |
| Affektive Störungen (F30–F39) | 91 | 80 | 171 |
| Depression (F32–F34) | 85 | 73 | 158 |

Insgesamt ist ein Rückgang der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre zu erkennen, die Anzahl der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre aufgrund der Depressionen nimmt hingegen zu (2004: 145.000 Jahre).

In Gesundheitsberichten verschiedener deutscher Krankenkassen wurde auf die ansteigende Bedeutung psychischer Störungen hinsichtlich des Krankenstandes aufmerksam gemacht. Unter den sechs führenden Hauptdiagnosen beim Krankenstand variiert der Anteil der psychischen Störungen je nach Krankenkasse zwischen 6 % und 13 % [106]. Die Berichte der Krankenkassen verdeutlichen, dass unter den affektiven Störungen die Depressionen dominieren und deren Diagnose deutlich zunimmt.

Bei den Frühberentungen stehen psychische Erkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Neubildungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems [107]. Die Bedeutung der depressiven Erkrankung für vorzeitige Berentungen wird durch Daten der Deutschen Rentenversicherung belegt. Insgesamt sind die Zahlen für Frühberentungen rückläufig; Rentenzugänge aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nehmen jedoch seit Beginn der 1980er-Jahre zu. Die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer depressiven Episode (F32) beträgt im Jahr 2008 für Frauen 5.575 und für Männer 3.248 (siehe Tabelle 4) [107].

Das Durchschnittsalter bei Rentenzugang aufgrund einer affektiven Störung liegt für Frauen bei 50 Jahren und für Männer bei 51 Jahren.

Die Krankheitskosten für Depression (F32–F34), die Ausgaben für medizinische Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen umfassen, belaufen sich im Jahr 2008

auf insgesamt 5,2 Mrd. Euro [108]. Davon verteilen sich ca. 1,8 Mrd. Euro auf den ambulanten und 2,9 Mrd. Euro auf den stationären/teilstationären Bereich. Zu berücksichtigen ist unter dem Kosten-Nutzen-Blickwinkel, dass die (finanziellen) Aufwendungen für Behandlungen etc. durchaus als positiv zu bewerten sind, da sie z. B. zur Reduktion von Arbeitsunfähigkeit oder unangemessener Arztkontakte führen.

Bisher wurden die Angaben zu Pro-Kopf-Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland in zwei Studien näher untersucht: Zum einen wurde für die direkten Kosten der depressiven Erkrankungen ein Wert von 686 Euro errechnet [109]. In der zweiten Studie wurden die depressionsbezogenen Behandlungskosten auf 2.542 Euro pro Jahr geschätzt [110]. Die Werte variieren, da Unterschiede in der Studienpopulation (Bevölkerungsstichprobe vs. depressive Patientinnen und Patienten) bestehen und unterschiedliche Konzepte angewandt wurden, um die Kosten zu berechnen.

7 Versorgung

7.1 Versorgungsangebote

Depressive Erkrankungen sind grundsätzlich gut behandelbar, wenn die Erkrankung rechtzeitig erkannt wird und eine an aktuellen Leitlinien [111, 112, 113, 114, 115] ausgerichtete Therapie erfolgt. Dies gilt sowohl für die Therapie einer akuten depressiven Episode im Hinblick auf eine Verringerung der depressiven Symptomatik, des subjektiven Leidens, der Episodendauer, wie auch des Rückfallrisikos bzw. eine langfristige Rückfallvorbeugung.

Tabelle 4
Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2008
Quelle: [107]

| | Frauen | Männer | Gesamt |
|--|--------|--------|---------|
| alle Diagnosen/Behandlungsanlässe | 74.816 | 86.449 | 161.265 |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) | 31.123 | 26.286 | 57.409 |
| Affektive Störungen (F30–F39) | 13.398 | 7.117 | 20.515 |
| Bipolare affektive Störung (F31) | 773 | 517 | 1.290 |
| Depressive Episode (F32) | 5.575 | 3.248 | 8.823 |
| Rezidivierende depressive Störung (F33) | 6.104 | 2.864 | 8.968 |

Hausärztinnen und Hausärzte werden im Allgemeinen bei Beschwerden zuerst aufgesucht, so dass diesen beim Erkennen der depressiven Erkrankung, der Überweisung zu Spezialisten und einleitenden Behandlungsmaßnahmen eine besondere Rolle zu kommt [6]. Die Diagnose von Depression in der hausärztlichen Praxis ist allerdings mit einigen Schwierigkeiten verbunden, beispielsweise schildern viele Patientinnen und Patienten vorrangig somatische Symptome; psychische Probleme und Beschwerden werden selten offen angesprochen. Eine behandlungsbedürftige Depression zu erkennen, ist unter diesen Umständen schwierig.

An der Versorgung psychisch kranker Menschen sind zahlreiche Professionen beteiligt: Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und -therapeuten sowie folgende Arztgruppen:

- ▶ Hausärztinnen und -ärzte: Psychosomatische Grundversorgung
- ▶ Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie
- ▶ Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie
- ▶ Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie
- ▶ Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie
- ▶ Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde
- ▶ Kinder- und Jugendlichenpsychiaterinnen und -psychiater.

Psychosoziale Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen, Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik sowie Rehabilitationseinrichtungen können ebenfalls von den Betroffenen in Anspruch genommen werden.

Die stationäre Versorgung umfasst Krankenhäuser mit psychiatrischen und neurologischen Fachabteilungen sowie Einrichtungen mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten (siehe Tabelle 5). Insgesamt umfasst dieser Versorgungssektor im Jahr 2008 in Deutschland 1.401 Einrichtungen [116].

Am längsten dauerte eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; im Durchschnitt ca. 41 Tage.

Nach Schätzungen der Bundespsychotherapeutenkammer werden jedes Jahr etwa 400.000 Patientinnen und Patienten stationär psychotherapeutisch behandelt [117].

Tabelle 5
Krankenhäuser mit psychiatrischer, psychotherapeutischer bzw. neurologischer Versorgung in Deutschland, 2008
Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser [116]

| | Anzahl | Anzahl der Betten | Verweildauer in Tagen |
|---|--------|-------------------|-----------------------|
| Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen | | | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie | 133 | 5.168 | 41,4 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 412 | 53.061 | 23,2 |
| Psychotherapeutische Medizin | 158 | 6.228 | 40,0 |
| Krankenhäuser mit Fachabteilung | | | |
| Neurologie | 396 | 21.010 | 8,4 |
| sonstige Krankenhäuser | | | |
| Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten | 302 | 39.072 | 24,9 |

7.3 Medikamentöse Therapie

Die Pharmakotherapie basiert auf der Medikamentengruppe der Antidepressiva. Die Antidepressiva entfalten ihre stimmungsaufhellende Wirkung unabhängig von der jeweiligen Ursache des depressiven Syndroms. Die durchschnittliche Rate der Patientinnen und Patienten, die positiv auf das Medikament ansprechen (Responderquote), liegt bei allen Antidepressivagruppen bei 50 %–75 %. Im Vergleich dazu kann durch Gabe von Placebo eine durchschnittliche Responderquote von 30 %–40 % erzielt werden.

Die verschiedenen Antidepressiva unterscheiden sich hinsichtlich ihres Wirkungsprofils. So können sie neben einer stimmungsaufhellenden Wirkung auch antriebssteigernde, antriebsneutrale oder antriebsdämpfende sowie beruhigende und angstlösende Wirkungen entfalten. Die häufigsten Nebenwirkungen von Antidepressiva betreffen das Herz-Kreislauf-System, das Nervensystem und die Sexualität. Auch hier können zwischen einzelnen Antidepressiva beträchtliche Unterschiede bestehen. Die volle Wirkung entfaltet sich erst nach einigen Tagen bis Wochen kontinuierlicher Einnahme. Grund dafür dürfte die neurophysiologische Anpassung des Gehirngewebes sein, die eine gewisse Zeit beansprucht. Dazu gehören Veränderungen in der Empfindlichkeit und Dichte von Rezeptoren und ähnlicher Strukturen. Die dauerhafte Besserung tritt demnach indirekt aufgrund von zellulären Anpassungsprozessen unter konstantem Wirkstoffspiegel auf.

In Deutschland sind etwa 30 Wirkstoffe in dieser Medikamentengruppe zugelassen [121]. Die für die Versorgung quantitativ bedeutsamsten sind:

- ▶ **Trizyklische Antidepressiva** greifen in mehrere Neurotransmittersysteme gleichzeitig ein, indem sie die Wiederaufnahme von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin hemmen und auf Acetylcholin-, Histamin- oder auch Adrenozeptoren wirken. Daher sind bei trizyklischen Antidepressiva auch die Nebenwirkungen vielfältig und gelten heute nicht mehr als Therapiemittel erster Wahl.
- ▶ **Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI):** Die SSRI – als derzeit am weitesten eingesetzte Gruppe – blockieren speziell die Rezeptoren, die für die Wiederaufnahme des Botenstoffes Serotonin zuständig sind. Die durch Eingriff in weitere Transmittersysteme verursachten Nebenwirkungen der trizyklischen Antidepressiva spielen bei der SSRI-Behandlung eine entsprechend geringere Rolle (z. B. Fluvoxamin, Fluoxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin und Paroxetin).
- ▶ **Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI, SSNRI):** Die SNRI hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin. Einsatzgebiete sind Depressionen und Angststörungen (Venlafaxin, Duloxetin und Milnacipran).
- ▶ **Andere Monoaminerge Antidepressiva:** Noradrenerge Antidepressiva mit Hemmung präsynaptischer Alpha-2-Rezeptoren. Diese Medikamente wirken durch die Blockade von inhibitorischen präsynaptischen Auto-Rezeptoren des Alpha-2-Rezeptortyps und bewirken dadurch eine verstärkte Ausschüttung von Noradrenalin. Vertreter dieser Gruppe sind die tetrazyklischen Antidepressiva Mirtazapin und Mianserin.
- ▶ **Noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum (NaSSA):** Bei Depressionen (besonders bei Hemmung, Gewichtsverlust, Schlafstörung und Ängsten), wirken meist sedierend, teilweise werden NaSSA auch als Schlafmittel eingesetzt. Wirkstoffe: zum Beispiel Mirtazapin.
- ▶ **Phytopharmaka** sind pflanzliche Wirkstoffe. Hierzu gehört bei den Antidepressiva insbesondere das Johanniskraut. Es kann bei leichten bis mittelschweren Depressionen eingesetzt werden, wobei die Wirksamkeit – ebenso wie bei anderen Antidepressiva – kontrovers diskutiert wird.

Die Compliance, also die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, die Medikamente auch tatsächlich einzunehmen, sollte gesichert sein [114]. Um eventuelle Nebenwirkungen feststellen und eine rechtzeitige Anpassung vornehmen zu können, sollte die Gabe von Antidepressiva unter engmaschiger Beobachtung stehen. Eine mindestens wöchentliche Betreuung in der Akutphase ist empfohlen [121]. Nach vier Wochen wird der Erfolg der gewählten Behandlung untersucht. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel min-

destens sechs Monate und wird auch über die komplette Remission fortgesetzt, um Rückfälle zu vermeiden.

Führt die Behandlung mit Antidepressiva bei Erwachsenen in den meisten Fällen zu einer Besserung der Beschwerden [34], besteht bei Kindern und Jugendlichen eine geringere Wirksamkeit bzw. kommt es zu altersspezifischen Nebenwirkungen [35,72,103,122]. Bei Kindern ab acht Jahren gilt Fluoxetin als derzeit einzig evidenzbasierter Wirkstoff, bei Jugendlichen Sertralin; beide zählen zu den SSRI [103]. Für die Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher gilt, dass die medikamentöse Therapie im Rahmen einer umfassenden Psychotherapie stattfinden muss [123].

Die Verordnungszahlen von Antidepressiva steigen seit Jahren ungebrochen an. Als ein Grund wird die erweiterte Indikation angeführt: Die Verordnung von Antidepressiva erfolgt neben depressiven Störungen auch bei Angststörungen, Zwangsstörungen, Schmerzsyndromen und Stressinkontinenz [124]. Auch der Rückgang der Verordnungszahlen von Tranquillantien, vor allem Benzodiazepin, die zur antidepressiven Therapie eingesetzt wurden, trägt zum Anstieg bei. Möglicherweise spielt die zunehmend verbesserte Diagnostik der depressiven Erkrankung unter Allgemeinärztinnen und -ärzten eine Rolle.

Im Jahr 2007 wurden mit 892,6 Millionen Tagesdosen (DDD, Defined Daily Doses) etwa 12 % mehr Antidepressiva als noch im Jahr zuvor verordnet [125]. Bezogen auf die einzelnen Pharmaka, ist der Anteil der Verordnungen von SSRI und ‚Anderen Antidepressiva‘ weiter angestiegen, wohingegen die Anteile der trizyklischen Antidepressiva an den Verordnungen rückläufig sind. Frauen bekommen im Vergleich zu Männern doppelt so häufig ein Antidepressivum verordnet [81,106]. Die Verordnungen von Antidepressiva steigen mit zunehmendem Alter an, was u. a. damit zu begründen ist, dass im jüngeren und vor allem im Erwerbsalter häufiger Psychotherapien durchgeführt werden. Ebenfalls zeigt sich, dass Arbeitslose eine erhöhte Inanspruchnahme von Antidepressiva vorweisen [126].

7.4 Psychotherapeutische Behandlung

Neben den Antidepressiva sind psychotherapeutische Behandlungen Verfahren der ersten Wahl bei Depression. Psychotherapie kann alleine oder zusammen mit Antidepressiva als Teil eines Gesamtbehandlungsplans eingesetzt werden. Zu den evidenzbasierten Psychotherapien, die zur Behandlung herangezogen werden, zählen die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die tiefenpsychologische Psychotherapie sowie die sogenannte Interpersonelle Psychotherapie [119,127]. Aus der Vielzahl der möglichen Therapieverfahren und ihrer Kombinationen sollte im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten das angemessenste Verfahren ausgewählt werden, um Therapieerfolge erzielen zu können. Die Einbindung der Angehörigen kann dabei für die Compliance förderlich sein.

Im Vordergrund einer Psychotherapie steht zunächst der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Behandelnden und Betroffenen um Hilfestellungen im Umgang mit der Krankheit zu geben, ein rationales Verständnis für die Krankheit aufzubauen (Psychoedukation), zu entlasten und schrittweise anspruchsvollere konkrete Ziele zu setzen. Hierzu werden eine Vielzahl einfacher (z. B.: Tagesstrukturierung und Aufbau sozialer Aktivitäten) wie auch komplexerer psychotherapeutischer Techniken (kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Denk- und Einstellungsmuster) eingesetzt [114]. Die Behandlung wird – ähnlich der medikamentösen Therapie – in Phasen unterteilt. Die Akutbehandlung (Psychoedukation, Auslöser- und Bedingungsanalyse, Aktivitätsaufbau, Vorbereitung kognitiver Techniken), die in den ersten

Tabelle 6
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeutinnen und -therapeuten zum 31.12.2008
Quelle: Bundesarztregister der KBV

| | Anzahl |
|---|--------|
| Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten | 13.023 |
| Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten | 4.908 |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten | 2.987 |

6 bis 8 Wochen stattfindet, dient der Leidens- und Symptomreduktion. An diese Phase schließt sich die eigentliche psychotherapeutische Arbeit im engeren Sinne an (im Falle einer KVT z. B. kognitive Umstrukturierung). Die dritte Phase besteht aus Erhaltung und Stabilisierung: ein Rückfall oder das wiederholte Auftreten von Symptomen soll vermieden werden. Als nachteilig gilt, dass bei einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung erst nach ca. drei Monaten von einer Remission ausgegangen werden kann.

Die psychotherapeutische Versorgung wird von überwiegend Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geleistet (siehe Tabelle 6). Ende des Jahres 2008 waren dies insgesamt 20.918 [128]. Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer nahmen im Jahr 2004 rund 1 Millionen Patientinnen und Patienten eine ambulante Psychotherapie in Anspruch [117].

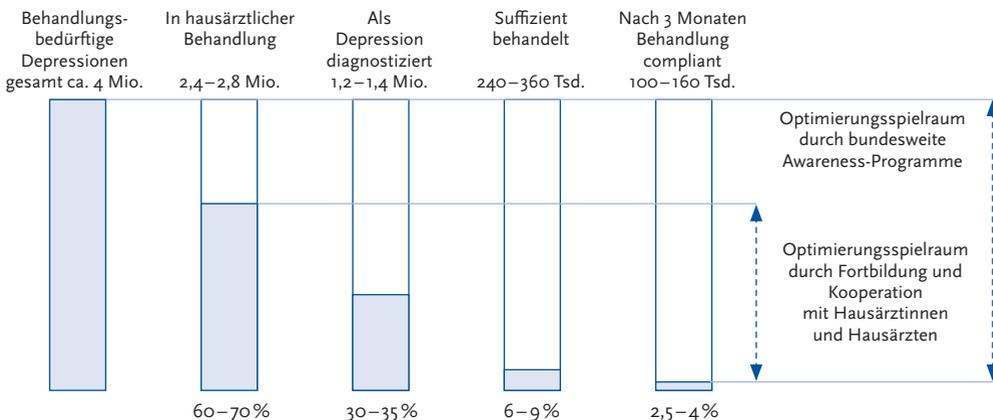
Psychotherapien gehören zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und werden als Kurz- oder Langzeittherapien nach einem mandatorischen Gutachterverfahren durchgeführt. Laut den administrativen Daten einer Krankenkasse beträgt die bevölkerungsbezogene Häufigkeit von (genehmigten) Psychotherapien im Jahr 2006 bei Frauen 11,97 je 1.000 Personen und bei Männern 5,5 je 1.000 Personen [129]. Seit dem Jahr 2000 ist ein Anstieg der Behandlungsrate um 58 % bei Frauen und um 67 % bei Männern zu verzeichnen. Im Altersgang

wird deutlich, dass in der Altersgruppe der 5- bis unter 15-Jährigen die Behandlungsrate bei männlichen Kindern und Jugendlichen über derjenigen der weiblichen liegt. Danach kehrt sich das Verhältnis um. In den höheren Altersgruppen über 60 Jahre wird immer seltener eine Psychotherapie angewandt.

Probleme hinsichtlich Psychotherapien bestehen in langen Wartezeiten, der relativ großen Wirklatenz und der geringen Anzahl von Therapieplätzen trotz einer annähernd flächendeckenden Versorgung. Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer müssen erwachsene Patientinnen und Patienten durchschnittlich zwei Monate auf einen Termin für ein diagnostisches Erstgespräch bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten warten; nach durchschnittlich fünf Monaten beginnt die Behandlung [117]. Hinzu kommt, dass von depressiven Erkrankungen Betroffene häufig nur in hausärztlicher Behandlung sind und, falls die Krankheit erkannt wurde, ausschließlich medikamentös therapiert werden. Eine Kombinationstherapie (medikamentös und psychotherapeutisch) kann daher nur verzögert durchgeführt werden.

[Hinweis: Weiterführende Informationen zur psychotherapeutischen Versorgung im Themenheft 41 der GBE.]

Abbildung 9
Schätzung der diagnostischen und therapeutischen Defizite
Quelle: [132], S. 63



7.5 Behandlungsquote und Inanspruchnahme

Die Daten des Zusatzmoduls »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zeigen, dass die Behandlungsquote der affektiven Störungen insgesamt bei 50 % liegt, wobei sich die Behandlung hier auf jeglichen Kontakt mit stationären oder ambulant ärztlichen sowie psychotherapeutischen Diensten bezieht [130]. Die Behandlungsquote nach Diagnose liegt bei 44 % für die depressive Episode und beträgt 54 % bei dysthymen Störungen. Bundesweit schwanken die Behandlungsquoten mit höheren Quoten in Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen und niedrigen Behandlungsquoten auf dem Land und in Städten ohne die genannten Ausbildungseinrichtungen. Insgesamt wird nur ein geringer Teil von depressiv Kranken in optimaler Weise versorgt (siehe Abbildung 9), u. a. da Depressionen an sich oder in ihrer Schwere nicht erkannt werden [131].

Treten psychische Störungen auf, werden laut BGS98 am häufigsten Hausärztinnen und Hausärzte (42 %) kontaktiert, gefolgt von Nervenärztinnen und Nervenärzten (32 %), psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (27 %) sowie ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (17 %). Stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt bei 23 % [130].

Personen mit einer aktuellen psychischen Störung suchen häufiger als Personen mit einer remittierenden psychischen Störung bzw. ohne Störung Hausärztinnen und -ärzte oder Fachärztinnen und -ärzte auf und berichten mehr Krankenhaustage [53]. Dies gilt auch spezifisch bei Depressionen: Personen mit vorliegender Depression nehmen häufiger als andere das medizinische Versorgungssystem in Anspruch [52, 81, 82].

7.6 Rehabilitation

Häufig nehmen depressive Störungen wiederkehrende oder chronische Verläufe an, welche zu einer eingeschränkten Lebensweise der Betroffenen führen. Die Behandlung der depressiven Erkrankungen beschränkt sich daher nicht auf die akute Phase sondern schließt die langfristige Perspektive mit ein: Leistungen zur Rehabilitation und

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden notwendig. Die medizinische Rehabilitation sollte im Sinne des § 4 Sozialgesetzbuch IX als Prozess verstanden werden, in dem unterschiedliche Hilfen angeboten werden, um die durch die Erkrankung erlebten Einschränkungen zu überwinden. Als zielführend (§ 26 SGB IX) gilt es, den gesundheitlichen Schaden und die Beeinträchtigungen (Beruf, tägliches Leben) einzuschränken, die Rehabilitanden zu unterstützen und drohende Funktionsausfälle oder Beeinträchtigungen zu verhindern [133]. Im Jahr 2007 wurden nach Angaben der Rentenversicherung von rund 1,5 Millionen Anträgen auf medizinische Rehabilitation 999.000 bewilligt. Damit ist ein Anstieg bei der Zahl der medizinischen Rehabilitationsbehandlungen im Vergleich zu den Vorjahren zu verzeichnen. Deutlich wird weiterhin, dass Behandlungen immer häufiger als Anschlussrehabilitationen stattfinden; auch ambulante Rehabilitationen nehmen weiter zu. Lag der Anteil der Diagnose psychische Erkrankung im Bereich der medizinischen Rehabilitation im Jahr 1991 noch bei 13 %, stieg er im Jahr 2007 auf 18 % [134].

8 Prävention

Die Verminderung der Krankheitslast durch psychische Erkrankungen ist ein weltweites Gesundheitsziel [135]. Präventives Handeln trägt zur Erreichung dieses Zieles bei. Die Prävention von depressiven Erkrankungen erfolgt idealerweise im Sinne der primären Prävention durch das Verhindern von Risikofaktoren sowie die Stärkung und Förderung von Resilienzfaktoren. Resilienz bezeichnet die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und Stress umzugehen [136]. Dies ermöglichen soziale Kompetenz, stabile Beziehungen oder körperliche Gesundheit. Bei Kindern und Jugendlichen setzen die präventiven Programme u. a. im Setting Schule oder Kindergarten an, um Risikofaktoren und Resilienzfaktoren zu identifizieren. Als Beispiele sind Präventionsprogramme zu nennen wie LARS und LISA, Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag für Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren [137] sowie Triple P – Positive Parenting Program, das Positive Erziehungsprogramm mit dem Schwerpunkt auf der

Prävention von Verhaltensauffälligkeiten [138]. Sekundär präventive Maßnahmen sind auf das Vermeiden einer chronischen Erkrankung ausgerichtet, welches durch frühzeitige Diagnosestellung und Therapie zu erreichen sein kann. Ziel der tertiären Prävention ist es, einen Rückfall nach der Genesung zu vermeiden.

Insgesamt gesehen, geht es bei der Prävention der depressiven Störungen um Risikominderung und Ressourcenaktivierung. Beispielsweise gelten Kinder depressiv Erkrankter als potentielle Präventionsgruppe; die Reintegration von erkrankten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in das Erwerbsleben gilt als weitere Maßnahme.

Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität ([139] www.kompetenznetz-depression.de), gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, und die Stiftung Deutsche Depressionshilfe als deren Rechtsnachfolge haben u. a. die Prävention von Suiziden als Schwerpunkt. Weiterhin arbeitet der Forschungsverbund daran diagnostische, therapeutische und Forschungsdefizite zu verbessern. In sechs Themenbereichen sind die Teilprojekte des Kompetenznetzes angesiedelt. Ein Teilprojekt ist das »Nürnberger Bündnis gegen Depression«. Das Ziel des Bündnisses ist die verbesserte Versorgung depressiv Erkrankter, wobei auf vier Ebenen interveniert wird: Kooperation und Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte; Öffentlichkeitsarbeit, die vor allem aufklären und enttabuisieren will; Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Lehrerinnen und Lehrer, Sozialberaterinnen und -berater, Geistliche, Altenpflegekräfte etc.); Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige. Folgende Botschaften werden dabei vermittelt: Depression kann jede bzw. jeden treffen, Depression hat viele Gesichter und ist behandelbar [140].

Die Arbeit des »Nürnberger Bündnis gegen Depression« hat in der Modell-Region nach zweijähriger Intervention zu einem statistisch signifikanten Rückgang von suizidalen Handlungen geführt [118, 141]. Die Mehrebenenintervention des »Nürnberger Bündnis gegen Depression« führen inzwischen über 50 weitere Bündnisse in verschiedenen Regionen Deutschlands durch. Diese sind unter dem Dach des gemeinnützigen Vereins als »Deutsches Bündnis gegen Depression« zusammengefasst.

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NASPRO), initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V. unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Gesundheit, soll Rahmenbedingungen für ein suizidpräventives Klima schaffen [142]. In 16 thematischen Arbeitsgruppen werden Empfehlungen zur Konzeption wirksamer Maßnahmen sowie Materialien für ausgewählte Zielgruppen erarbeitet. Durch NASPRO sollen Strukturen für eine bessere Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention geschaffen werden [142]. Ebenso soll es Menschen im Umfeld der Erkrankten möglich werden, auf die Suizidproblematik eingehen zu können.

Auf europäischer Ebene ist die »European Alliance Against Depression« (EAAD) [143, 144] bemüht, die Versorgung depressiv Erkrankter zu verbessern und die Suizidprävention weiter auszubauen. Seit 2004 wird im Rahmen des EAAD in insgesamt 18 europäischen Ländern ein Interventionsprogramm durchgeführt, welches auf dem Konzept des »Nürnberger Bündnis gegen Depression« basiert.

Ende 2008 wurde das im 7. Forschungsrahmenprogramm der EU geförderte Projekt »Optimierte Suizidpräventionsprogramme und deren Implementierung in Europa« (OSPI-Europe) gestartet. Basierend auf dem in Nürnberg evaluierten 4-Ebenen-Interventionskonzept werden gemeindebasierte Maßnahmen der Suizidprävention durchgeführt und evaluiert. Insgesamt gesehen sind Interventionen auf mehreren Ebenen als geeignetste präventive Maßnahmen zu betrachten: Sie umfassen die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und schließen die Öffentlichkeit und Betroffene sowie weitere Interventionsebenen ein [145]. Auf diese Art und Weise kann die Vielfalt von Ursachen und Risikofaktoren von Depressionen Berücksichtigung finden.

9 Perspektive

Depressive Störungen zählen zu den Erkrankungen, für die in allen Bereichen der Prävention, Früherkennung, Therapie und Rehabilitation markante Defizite festzustellen sind. Darüber hinaus wird eine Sensibilisierung des medizinischen Versorgungssystems, der Öffentlichkeit und der Angehörigen für dieses allein von seiner

Größenordnung bedeutsamen Krankheitsbildes gefordert. Die Entstigmatisierung der psychischen bzw. depressiven Erkrankung in der Bevölkerung und innerhalb von Versorgungssystemen kann durch breit angelegte sachliche Aufklärungs- und Informationskampagnen erfolgen. Im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen werden vor allem eine zunehmend verbesserte und frühzeitigere Diagnostik sowie die bessere Abrechenbarkeit u. a. von Gesprächsleistungen für vordringlich gehalten. Es gilt, depressionsgefährdete Personen bzw. Personen, die einem erhöhten Rückfallrisiko unterliegen, frühzeitig zu identifizieren und ihnen geeignete therapeutische Maßnahmen anzubieten. Förderlich ist dabei auch der Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich psychiatrisch und psychosomatischer Erkrankungen sowie in allen somatischen Fachgebieten.

Im Rahmen des Projektes »gesundheitsziele.de« werden depressive Erkrankungen deshalb als sechstes nationales Gesundheitsziel bearbeitet [146]. Im Jahr 2006 wurden für die Bereiche Aufklärung, Prävention, Diagnostik/Indikationsstellung/Therapie, Stärkung der Betroffenen, Rehabilitation sowie Versorgungsstruktur Ziele und Teilziele formuliert, die es umzusetzen gilt (siehe www.gesundheitsziele.de). Startermaßnahmen zur Umsetzung der Ziele erfolgen bereits. So setzt z. B. das Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit das Teilziel 1.1 Allgemein verfügbares Wissen durch Aufklärungskampagnen über psychische Erkrankungen um (siehe www.seelischegesundheit.net).

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm leistet einen Beitrag zum Teilziel 2.2 Senkung der Suizid(versuchs)rate. Weitere Teilziele werden durch das Kompetenznetz Depression, Suizidalität bzw. dessen Teilprojekte abgedeckt, die sich mit versorgungsrelevanten Fragen auseinandersetzen. Im Rahmen des »Deutschen Bündnis gegen Depression« haben bereits 50 Regionen in Deutschland 4-Ebenen-Interventionen zur besseren Versorgung depressiv Erkrankter gestartet. Auch an der Umsetzung der Teilziele 6.2 Anpassung der ambulanten Versorgung und 6.3 Stationäre Versorgung wird gearbeitet [146].

Auf europäischer Ebene wurde im Grünbuch der Europäischen Kommission (Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz) das Ziel gesetzt, die psychische Gesundheit der europäischen Bevölkerung zu verbessern. In der Folge des Grünbuchs haben die Mitgliedstaaten der EU im Juni 2008 den Europäischen Pakt »Zusammen für psychische Gesundheit und Wohlbefinden« ausgelobt. Im Rahmen der Implementierung des Pakts wurde im Dezember 2009 eine europäische Konferenz zum Thema »Depression und Suizidalität« in Budapest durchgeführt, auf der ein Erfahrungsaustausch zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis zu Konzepten in der Bekämpfung von Depression und Suizidalität stattfand [147].

Weitere Informationen unter:

- ▶ <http://www.kompetenznetz-depression.de>
- ▶ <http://www.buendnis-depression.de>
- ▶ <http://www.deutsche-depressionshilfe.de>

10 Literatur

1. Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 357–376
2. Murray CJ, Lopez AD (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020 Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349: 1498–1504
3. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2009) Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99), Affektive Störungen (F30–F39) www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f30-f39.htm (Stand: 17.03.2010)
4. Rudolf S, Bermejo I, Schweiger U et al. (2006) Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 103: B1503–B1511
5. Paykel ES, Brugha T, Fryers T (2005) Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 411–423
6. Wittchen HU, Müller N, Schmidtke B et al. (2000) Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. *Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys »Psychische Störungen«*. *Fortschritte der Medizin* 118: 4–10
7. Hegerl U (2008) Onset of depressive episodes is faster in patients with bipolar versus unipolar depressive disorder: evidence from a retrospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 69: 1075–1080
8. Wittchen HU, Uhmann S (2010) The timing of depression: an epidemiological perspective. *Medicographia* 32: 115–125
9. Beck A, Hautzinger M, Bailer M et al. (1995) Beck-Depressions-Inventar (BDI). 2. Auflage Huber, Bern
10. Henkel V, Mergl R, Coyne J et al. (2004) Screening for depression in primary care: Will one or two items suffice? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 254: 215–223
11. Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56–62
12. Löwe B, Spitzer R, Zipfel S et al. (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen. Pfizer, Karlsruhe
13. Wittchen HU, Jacobi F (2006) Epidemiologie. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 15–37
14. Wittchen HU, Hoyer J (2006) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg
15. Hegerl M, Althaus D, Reiners H (2005) *Das Rätsel Depression: Eine Krankheit wird entschlüsselt*. Beck, München
16. Lieb R, Isensee B, Hoyer M et al. (2002) Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 59: 365–374
17. Berger M (1999) Affektive Erkrankungen. In: Berger M (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S 483–566
18. Matiejat F, Remschmidt H (2008) Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt* 105: 413–418
19. McGuffin P, Rijdsdijk F, Andrew M et al. (2003) The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 60: 497–502
20. Maier W (2004) Genetik der Depression. *Gegenwärtiger Erkenntnisstand und Perspektiven*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 487–492
21. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA (1999) Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 156: 837–841
22. Brakemeier EL, Normann C, Berger M (2008) Ätiopathogenese der unipolaren Depression: Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51: 379–391
23. Risch N, Herrell R, Lehner T et al. (2009) Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA* 301: 2462–2471
24. Mandelli L, Serretti A, Marino E et al. (2007) Interaction between serotonin transporter gene, catechol-O-methyltransferase gene and stressful life events in mood disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 10: 437–447
25. Eberhard-Metzger C (2006) Es ist, als ob die Seele unwohl wäre... Depression – Wege aus der Schwermut. *Forscher bringen Licht in die Lebensfinsternis*. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg) Berlin
26. Yonkers K, McCunn K (2007) Comorbidity of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with other psychiatric conditions. In: O'Brian P, Rapkin A, Schmidt J (Hrsg) *The premenstrual syndromes: PMS and PMDD*. Informa Healthcare, London, S 49–54

27. Lewinsohn PM, Youngren M, Grosscup S (1979) Reinforcement and depression. In: Depue R (Hrsg) *The psychobiology of depressive disorders*. Academic, New York, S 291–319
28. Beck A (1970) *Depression. Cases and treatment*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
29. Beck A (1974) The development of depression. A cognitive model. In: Friedman R, Katz M (Hrsg) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston-Wiley, New York, S 3–28
30. Seligman M (1974) Depression and learned helplessness. In: Friedman R, Katz M (Hrsg) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston-Wiley, New York
31. Davison GC, Neale JM (2002) Affektive Störungen. In: Davison GC, Neale JM, Hautzinger M (Hrsg) *Klinische Psychologie*. Verlagsgruppe Beltz, Weinheim, S 302–354
32. Abramson L, Seligman M, Teasdale J (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 87: 49–74
33. Abramson L, Metalsky G, Alloy L (1989) Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review* 96: 358–372
34. Beesdo K, Wittchen HU (2006) Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 731–762
35. Groen G, Petermann F (2002) *Depressive Kinder und Jugendliche*. Hogrefe, Göttingen
36. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. (2003) Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301: 386–389
37. Tellenbach H (1961) *Melancholie*. Springer, Berlin
38. Kronmüller KT, Backenstrass M, Reck C et al. (2002) Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren und -struktur auf den Verlauf der Major-Depression. *Nervenarzt* 73: 255–261
39. Zerssen D (1991) Zur prämorbidem Persönlichkeit des Melancholikers. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H et al. (Hrsg) *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Springer, Berlin, New York, S 76–94
40. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H et al (2000) Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta psychiatrica Scandinavica* 102: 14–23
41. Bittner A, Goodwin R, Wittchen HU et al. (2004) What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry* 65: 618–626
42. Joffe RT (2006) Is the thyroid still important in major depression? *J Psychiatry Neurosci* 31: 367–368
43. Caeiro L, Ferro JM, Santos CO et al. (2006) Depression in acute stroke. *J Psychiatry Neurosci* 31: 377–383
44. Deuschle M, Lederbogen F (2002) Depression und koronare Herzerkrankung: pathogenetische Faktoren vor dem Hintergrund des Stresskonzeptes. *Fortschr Neurol Psychiatr* 70: 268–275
45. Moldover J, Goldberg K, Prout M (2004) Depression after traumatic brain injury: a review of evidence for clinical heterogeneity. *Neuropsychology Review* 14: 143–154
46. Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP (2003) Depression bei körperlichen Erkrankungen – Diagnose und Therapie vor konsiliar-psychiatrischem Hintergrund. *Fortschr Neurol Psychiatr* 71: 358–365
47. Härter M (2000) Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 50: 274–286
48. Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al. (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. *Gesundheitswesen* 61: S216–S222
49. Bellach B, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. *Gesundheitswesen* 60: 59–68
50. Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (2004) Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundes-Gesundheitssurveys. *Zeits Klin Psychol Psychotherapie* 33: 251–260
51. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. (2002) Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Methods Psychiatric Res* 11: 1–18
52. Wittchen HU, Winter S, Höfler M et al. (2000) Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin* 118: 22–30
53. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 736–744
54. World Health Organization (1997) *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1)*. Geneva: World Health Organization

55. Wittchen HU, Nelson B, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28: 109–126
56. Lampert T, Schneider S, Klose M (2005) Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. *Forum Public Health* 13: 7–8
57. Mauz E, Jacobi F (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis* 35: 343–352
58. Üstün T, Sartorius N (1995) Mental health in general health care across the world. An international study. Wiley & Sons, New York
59. Wittchen HU, Pittrow D (2002) Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 17 (Suppl 1): S1–S11
60. Beesdo K, Höfler M, Lebenluft E et al. (2009) Mood episodes and mood disorders: patterns of incidence and conversion in the first three decades of life. *Bipolar Disorders* 11: 637–649
61. Jacobi F, Rosi S, Faravelli C et al. (2005) The Epidemiology of Mood Disorders. In: Griez E, Faravelli C, Zohar J (Hrsg) *Mood Disorders*. Wiley, London, S 3–34
62. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289: 3095–3105
63. Gastpar M (2006) Depression und Komorbidität. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 278–286
64. Soyka M, Lieb M (2004) Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit: Klinische und neurobiologische Aspekte. *Nervenheilkunde* 23: 13–20
65. Hermanns N, Kulzer B (2008) Diabetes und Depressionen – Eine problematische Kombination. *Notfall & Hausarztmedizin* 34: 208–213
66. Pieper L, Schulz H, Klotsche J et al. (2008) Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51(4): 411–421
67. Wittchen HU, Glaesmer H, März W et al. (2005) Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates – the DETECT program. *Current Medical Research and Opinion* 21(4): 619–629
68. Seiffge-Krenke I (2007) Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56: 185–205
69. Jost K (2007) Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. In: Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) (Hrsg) *Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit*. Berlin, S 35–44
70. Steinhausen HC (1996) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Urban und Schwarzenberg, München
71. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 18: 765–794
72. Lehmkuhl G, Walter D, Lehmkuhl U (2008) Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51(4): 399–405
73. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50: 871–878
74. Rao U, Ryan ND, Birmaher B et al. (1995) Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 566–578
75. Strober M, Lampert C, Schmidt S et al. (1993) The course of major depressive disorder in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 34–42
76. Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53: 159–169
77. Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
78. Riedel O, Heuser I, Klotsche J et al. (2010) Occurrence risk and structure of depression in Parkinson's Disease with and without dementia: Results from the GEPAD study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 23: 27–34
79. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T et al. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 36: 65–75

80. Helmchen H, Linden M, Wernicke T (1996) Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten. Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 67: 739–750
81. Grobe TG, Bramesfeld A, Schwartz FW (2006) Versorgungsgeschehen. Analyse von Krankenkassendaten. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 39–98
82. Braune BT, Berger K (2005) The influence of depressive mood on activities of daily living and health care utilization in the elderly – the MEMO study on the KORA platform Augsburg. *Gesundheitswesen* 67 (Suppl 1): S176–S179
83. Linden M, Kurtz G, Baltes MM et al. (1998) Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 69: 27–37
84. Zietemann V, Zietemann P, Weitkunat R et al. (2007) Depressionshäufigkeit in Abhängigkeit von verschiedenen Erkrankungen bei geriatrischen Patienten. *Nervenarzt* 78: 657–664
85. Ernst C, Angst J (1995) Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245: 272–287
86. Stoppe G (2008) Depressionen im Alter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51(4): 406–410
87. Stoppe G (2006) Alte. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 245–256
88. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Baumert J (2005) Psychosoziale Belastungsfaktoren als Risiko für das Auftreten einer koronaren Herzkrankung – Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung der KORA-Forschungsplattform. *Gesundheitswesen* 67 (Suppl 1): S86–S93
89. Lawson RW, Singal BM (2003) Do Depressive Symptoms Increase the Risk for the Onset of Coronary Disease? A Systematic Quantitative Review. *Psychosomatic Medicine* 65: 201–210
90. Rugulies R (2002) Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 23: 51–61
91. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter-, Fehlversorgung*. Bonn
92. Bramesfeld A, Schwartz FW (2007) *Volkskrankheit Depression. Nur ein Problem der Gesundheitsversorgung? gpk – Gesellschaftspolitische Kommentare Sonderausgabe* 48: 3–8
93. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P et al. (2001) Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry* 179: 498–502
94. Frasure-Smith N, Lesperance F (1993) Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 270: 1819–1825
95. Huff W, Ruhrmann S, Sitzer M (2001) Diagnostik und Therapie der Depression nach Schlaganfall. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 581–591
96. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P et al. (1993) Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 150: 124–129
97. Frühwald S, Löffler H, Baumhackl U (1999) Depressionen nach zerebrovaskulären Ereignissen. Überblick und Abgrenzung von anderen psychiatrischen Komplikationen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67: 155–162
98. Wolfersdorf M (2008) Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51(4): 443–450
99. Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Statistik*, 960–971
100. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (2002) *World report on violence and health*. Genf, World Health Organization
101. Statistisches Bundesamt (2010) Sterbefälle (ab 1998) durch vorsätzliche Selbstbeschädigung www.gbe-bund.de (Stand: 17.05.2010)
102. Statistisches Bundesamt (2010) Sterbefälle (ab 1998) durch vorsätzliche Selbstbeschädigung www.gbe-bund.de (Stand: 25.03.2010)
103. Mehler-Wex C, Kölich M (2008) Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 105: 149–155
104. Wilk K, Havers I, Bramesfeld A et al. (2007) Früherkennung von Depression und Prävention von Suizidalität im Alter. *Public Health Forum* 15: 26–28
105. Statistisches Bundesamt (2010) Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre www.gbe-bund.de (Stand: 25.03.2010)
106. Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B (2006) Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal* 2: 123–129
107. Statistisches Bundesamt (2010) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung ab 2000 www.gbe-bund.de (Stand: 25.03.2010)
108. Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland 2008 www.gbe-bund.de (Stand: 11.08.2010)

109. Friemel S, Bernert S, Angermeyer MC et al. (2005) Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Projekt. *Psychiatrische Praxis* 32: 113–121
110. Salize HJ, Stamm K, Schubert M et al. (2004) Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 31: 147–156
111. DGPPN, BÄK, KBV et al. (2009) Unipolare Depression – Langfassung. Version 1.1. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/index_html (Stand: 25.03.2010)
112. Gaebel W, Falkai P (2000) *Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen*. Steinkopff Verlag, Darmstadt
113. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2006) *Empfehlungen zur Therapie der Depression*. *Arzneiverordnung in der Praxis* 33
114. Härter M, Bermejo I, Schneider F et al. (2003) *Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis*. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 97: 16–35
115. de Jong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C et al (2007) *Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen*. Hogrefe, Göttingen
116. Statistisches Bundesamt (2009) *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2008*. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden
117. Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg) (2008) *Zahlen und Fakten. Psychotherapeuten in Deutschland*. BPtK-Spezial
118. Cibis A, Bramesfeld A, Blume A et al. (2008) *Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter. Das Bündnis gegen Depression*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51: 430–435
119. Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (2003) *Leitlinien-Clearingbericht »Depression«*. Berlin
120. Härter M, Schneider F, Gaebel W et al. (2003) *Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis*. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 97, Supplement IV
121. Bschor T, Mazda A (2008) *Therapie depressiver Erkrankungen*. *Deutsches Ärzteblatt* 105: 782–791
122. Kölch M, Fegert JM (2007) *Medikamentöse Therapie der Depression bei Kindern und Jugendlichen*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 56: 224–233
123. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte Verlag
124. Lohse MJ, Lorenzen A, Müller-Oerlinghausen B (2008) *Psychopharmaka*. In: Schwabe U, Pfafrath D (Hrsg) *Arzneiverordnungs-Report 2007*. Springer, Heidelberg, S 775–813
125. Häussler B, Hörer A, Hempel E et al. (2008) *Arzneimittel-Atlas 2008. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV*. Urban & Vogel, München
126. BKK (2008) *Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Geschehen*. BKK Bundesverband (Hrsg) Essen
127. Hautzinger M (2008) *Psychotherapie der Depression*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51(4): 422–429
128. *Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010) Grunddaten 2008/2009 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland* www.kbv.de/publikationen/125.html (Stand: 17.03.2010)
129. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2007) *GEK-Report ambulante ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie*. In: GEK (Hrsg) *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59*. Schwäbisch Gmünd
130. Wittchen HU, Jacobi F (2001) *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 44: 993–1000
131. Bramesfeld A, Stoppe G (2006) *Einführung*. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkkrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 1–12
132. Hegerl U, Pfeiffer T (2003) *Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität*. *Hausarzt Kolleg Neurologie Psychiatrie* 1: 62–65
133. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Frankfurt am Main
134. Hibbeler B (2008) *Medizinische Rehabilitation: Aufwärtstrend setzt sich fort*. *Deutsches Ärzteblatt* 105: B1484

135. World Health Organization (2004) Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva
136. Wustmann C (2005) Resilienz. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg) Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung. Berlin, Bonn, S 119–189
137. von Pössel P, Horn A, Seemann S et al. (2004) Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS&LISA: Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag. Hogrefe, Göttingen
138. Dirscherl T, Hahlweg K, Sanders M et al. (2007) Triple P – ein Public Health Ansatz zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz
www.triplep.de/pages/infosfuerfachleute/ueber_triple_p/forschung___entwicklung/forschung_entwicklung.htm (Stand: 17.03.2010)
139. Kompetenznetz Depression und Suizidalität
www.kompetenznetz-depression.de (Stand: 17.03.2010)
140. Deutsches Bündnis gegen Depression
www.buendnis-depression.de (Stand: 17.03.2010)
141. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A et al. (2006) The Alliance against Depression: two year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 36: 1225–1234
142. Bundesministerium für Gesundheit (2007) gesundheitsziele.de Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele
www.bmg.bund.de/cIn_117/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Entwicklung-nationaler-Gesundheitsziele__Ma_C3_9Fnahmen-Gesundheitsziele,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Entwicklung-nationaler-Gesundheitsziele_Ma%C3%9Fnahmen-Gesundheitsziele.pdf (Stand: 17.03.2010)
143. European Alliance Against Depression (2009)
www.eaad.net/deu/index.php (Stand: 17.03.2010)
144. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E et al. (2008) The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 9: 51–58
145. Hegerl U, Althaus D, Pfeiffer-Gerschel T (2006) Früherkennung und Awareness. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive. Springer, Berlin, Heidelberg, S 371–386
146. Bundesministerium für Gesundheit (2006) Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. 6. nationales Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Berlin
147. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005) Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0484:FIN:DE:PDF> (Stand: 17.03.2010)

11 Glossar

| | |
|-----------------------------|---|
| 12-Monats-Prävalenz | Häufigkeit der Personen, die innerhalb von 12 Monaten an einer bestimmten Erkrankung leiden |
| Affekt | Sammelbegriff für Phänomene, die mit dem subjektiven Befinden einhergehen, d. h. mit Emotion, Stimmung |
| ätiologisch | ursächlich, begründend |
| Attribution | Ursachenzuschreibung |
| Awareness | Aufmerksamkeit |
| behavioral | das beobachtbare Verhalten betreffend |
| bipolar | zweipolig |
| Compliance | Therapietreue, die Bereitschaft ärztlichen Anweisungen zu folgen |
| Differentialdiagnose | Krankheitsbestimmung durch unterscheidende, abgrenzende Gegenüberstellung mehrerer Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen |
| Elektrokonvulsions-therapie | EKT; auch Elektrokrampftherapie genannt, basiert auf elektrischer Stimulation des Gehirns und einen dadurch erzeugten Krampfanfall |
| emotional | die Gefühle (Emotionen) betreffend |
| Endokrin | in den Blutkreislauf Stoffe (i. e. S. Hormone) absondernd (endokrine Organe) |
| evidenzbasiert | durch wissenschaftliche Studie als wirksam bewiesen |
| Heritabilität | Erblichkeit |
| Indikation | Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden oder ein Medikament zu verabreichen. Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt. |
| Inzidenz | Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung, gemessen beispielsweise als jährliche Zahl der Neuerkrankungen pro 100.000 Personen |
| kognitiv | die Erkenntnis (Gedanken) betreffend |
| Komorbidität | neben einer bestehenden (Haupt-)Erkrankung auftretende Erkrankungen |
| Konkordanz | Konkordanz bezeichnet die Übereinstimmung wichtiger Merkmale bei Zwillingen |
| Krankheitskosten, direkt | unmittelbar durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstehende Kosten (z. B. ärztliche Honorare, stationäre Behandlungen, Medikamente) |
| Krankheitskosten, indirekt | (volkswirtschaftliche) Kosten, die durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod entstehen |
| Lebenszeitprävalenz | Anteil der Bevölkerung bzw. der Befragten, die jemals von dem erhobenen Gesundheitsproblem betroffen waren |
| Mortalität | Sterblichkeit |
| Neurotizismus | Persönlichkeitsfaktor, charakterisiert durch emotionale Stabilität vs. emotionale Labilität, Beharrlichkeit und Zielgerichtetheit |
| partizipativ | mitwirkend |
| Persistenz | Beständigkeit (persistent = anhaltend, fortdauernd) |
| Prädisposition | Zustand, der eine Erkrankung begünstigt |
| Prävalenz | Krankheitsverbreitung, gemessen als Zahl der Personen, die beispielsweise an einem Stichtag (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Jahres (Jahresprävalenz) unter einer bestimmten Krankheit leiden |
| psychosozial | soziale Gegebenheiten betreffend, die die Psyche beeinflussen |
| Remission | Nachlassen von Krankheitszeichen |
| Rezidiv, rezidivierend | Wiederauftreten einer Krankheit |
| Setting | Umfeld, Handlungsfeld |

| | |
|-----------------------|--|
| Somatisch, somatoform | körperlich, den Körper betreffend |
| Stichtagsprävalenz | Häufigkeit der Personen, die an einem Stichtag an einer bestimmten Erkrankung leiden |
| Stigmatisierung | Zuschreibung von Merkmalen, die von der Gesellschaft als negativ bewertet werden und eine Person in diskriminierender Weise kennzeichnen |
| suffizient | ausreichend, genügend |
| Symptom | weist auf eine Erkrankung hin; Krankheitszeichen |
| Syndrom | gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Krankheitszeichen (Symptome) |
| unipolar | einpolig |
| Vulnerabilität | Verletzlichkeit; Anfälligkeit für eine Krankheit |
| BGS98 | Bundes-Gesundheitssurvey 1998; repräsentative Querschnittsstudie der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung |
| EDSP-Studie | Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie; Befragung von 14- bis 24-jährigen zu verschiedenen Zeitpunkten zu psychischen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen |
| GEDA09 | Gesundheit in Deutschland aktuell 2009; bundesweite Telefonbefragung des Robert Koch-Instituts der ab 18-jährigen Bevölkerung von Juli 2008 bis Anfang Juni 2009; www.rki.de/geda |

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Livia Ryl, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin

Autoren

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Technische Universität, Dresden
Max Planck Institut für Psychiatrie,
Klinische Psychologie und Epidemiologie, München
Dr. Frank Jacobi, Dr. Michael Klose
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Technische Universität, Dresden
Dr. Livia Ryl
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Robert Koch-Institut, Berlin

Adressen

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
Gruppe H 1
Gesundheit, Soziales
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 0228-99643-8121
Fax: 0228-99643-8996
E-Mail: gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Abonnement oder als
einzelne Hefte kostenlos bezogen werden.

Grafik/Satz

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Druckerei Heenemann, Berlin

ISBN

978-3-89606-205-5

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit
mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 51

September 2010

Depressive Erkrankungen

Berlin: Robert Koch-Institut

ISBN 978-3-89606-205-5

ISSN 1437-5478

The terms depressed or depression are often used in everyday life. They quickly come to mind when someone is feeling unwell or sad and has no drive. But what really lies behind the term 'depression'? What does it mean to be depressed?

Depression is one of the most common mental disorders. It is regarded as requiring treatment if certain characteristic physical, mental and behavioural symptoms occur, leading to a major change in the person concerned over a certain period. The individual and social consequences can be significant: long-term absence from the workplace, early retirement, even suicide.

Analyses of data from the 1998 Federal Health Survey show that quite a sizeable proportion of the population, especially women, are affected by depressive disorders. The prevalence of depression is also reflected in statistics on the number of people who are off work sick: they show that there has been a steady increase in mental illnesses in recent years.

Depression can be successfully treated in most cases if it is diagnosed at an early stage. Therapy can include both medication and psychotherapeutic treatment.

In order to be able to recognize and successfully treat depressive disorders at an early stage, the population in general and the medical profession in particular need to become more aware of this condition.

Die Begriffe depressiv oder Depression werden im Alltag häufig gebraucht und schnell herangezogen, wenn jemand sich nicht gut fühlt, traurig ist und keinen Antrieb hat. Doch was steckt wirklich hinter dem Begriff der Depression? Was bedeutet es, depressiv zu sein?

Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Als behandlungsbedürftig gilt sie, wenn charakteristische körperliche, psychische und verhaltensbezogene Beschwerden auftreten, die die Betroffenen gravierend und langfristig verändern. Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen sind von großer Bedeutung: Langzeit-Abwesenheit am Arbeitsplatz, Frühberentung, Suizid.

Ausgehend von den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zeigt sich, dass ein relativ großer Teil der Bevölkerung, insbesondere Frauen, von depressiven Erkrankungen betroffen ist. Auch in den aktuellen Zahlen zum Krankenstand spiegelt sich die Verbreitung wider: In den letzten Jahren zeigte sich ein stetiger Zuwachs psychischer Erkrankungen. Wird eine depressive Erkrankung frühzeitig erkannt, ist sie in den meisten Fällen gut behandelbar. Die Therapie umfasst sowohl die medikamentöse als auch eine psychotherapeutische Behandlung.

Um depressive Erkrankungen frühzeitig erkennen und erfolgreich behandeln zu können, ist die Aufmerksamkeit der Bevölkerung und speziell der Medizinerinnen und Mediziner hinsichtlich dieses Krankheitsbildes weiter zu erhöhen.



© Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-205-5
ISSN 1437-5478

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit