



Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern

Schwerpunkt Depression



Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern

Schwerpunkt Depression



Psychische Erkrankungen wie Depressionen sind behandelbar – aber dafür ist frühzeitige ärztliche Hilfe sehr wichtig. Deshalb habe ich im Oktober 2016 die Kampagne „Bitte stör mich! – Aktiv gegen Depression“ gestartet. Mein Ziel ist, diese Krankheit aus der Tabuzone zu holen.

Als Datengrundlage dient dabei dieser Bericht, der zahlreiche Informationen über die psychische Gesundheit von Erwachsenen in Bayern enthält. Er ergänzt damit unseren Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, den wir im Juni 2016 veröffentlicht haben.

Der neue Bericht gibt Aufschluss über die Häufigkeit psychischer Störungen, beleuchtet die verschiedenen Formen und Ausprägungen von Depressionen und bündelt die vorliegenden Daten, unter anderem zur Versorgungssituation. Er informiert ferner über das bayernweite Netz von niedrigschwelligen und wohnortnahen Angeboten zur Beratung und Betreuung für psychisch Kranke.

In Bayern wird auf allen Ebenen schon viel getan, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu helfen. Dort, wo weiterer Bedarf besteht, werden wir handeln: Beispielsweise möchte ich Betriebe stärker für die Prävention vor psychischen Erkrankungen gewinnen. Ich werde mich dafür einsetzen, dass die Krisendienste bedarfsgerecht ausgebaut, die Versorgung älterer Menschen verbessert sowie die Versorgung für Migranten bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Hinweise hierzu und zu weiteren Handlungsfeldern finden sich im Kapitel 7 des Berichts.

Ich wünsche mir, dass der Bericht von vielen Menschen gelesen wird – und damit einen Beitrag dazu leistet, verstärkt für psychische Erkrankungen zu sensibilisieren. Er soll allen Verantwortlichen Ansporn sein, das Thema stärker in den Blick zu nehmen. Das hilft den Betroffenen und ihren Angehörigen.

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads "Melanie Huml". The signature is written in a cursive, flowing style.

Melanie Huml MdL

Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

Inhalt

Vorwort	5
1. Zur Einführung in den Bericht	8
2. Die Häufigkeit psychischer Störungen	10
3. Eckdaten zur Versorgungssituation in Bayern	17
4. Im Brennpunkt: Depressionen – ein Überblick	30
5. Exemplarische Vertiefungen: Depressionen in verschiedenen Lebenslagen	48
5.1 Depressionen und Arbeitswelt	48
5.2 Wochenbettdepressionen	54
5.3 Depressionen im Alter	58
5.4 Körperliche Erkrankungen und Depressionen	64
5.5 Depression und Migration	68
5.6 Depressionen und Suizide	71
6. Im Rückblick: Depressionen im Kinder- und Jugendalter	75
7. Was sind die nächsten Schritte?	76
8. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus	77

1. Zur Einführung in den Bericht

Die Auswahl der Themen

Im Mittelpunkt dieses Berichts stehen die Häufigkeit von psychischen Störungen, ihre Prävention und ihre Versorgung. Bei den psychischen Störungen wird ein Schwerpunkt auf die Depressionen gelegt, welche die Weltgesundheitsorganisation als eine der großen Herausforderungen für die Gesundheit der Menschen und das Gesundheitswesen sieht. Bei der Darstellung der Versorgung konzentriert sich der Bericht vor allem auf die medizinische Versorgung, d. h. komplementäre Hilfen wie die Suchtberatung, Arbeitsangebote oder spezielle Wohnformen für psychisch Kranke und viele andere Versorgungsangebote werden nur am Rande angesprochen. Dazu wird auf die einschlägigen Darstellungen etwa des Bayerischen Bezirktags verwiesen.¹

Wichtige Ergebnisse

Psychische Störungen allgemein

- Mehr als jeder vierte Erwachsene in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre in Deutschland leidet nach Daten des Robert Koch-Instituts im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung. Über die gesamte Lebenszeit hinweg ist sogar jeder Zweite betroffen. Im Vordergrund stehen Angststörungen, affektive Störungen und somatoforme Störungen, also körperliche Störungen, die sich nicht oder nicht nur durch körperliche Ursachen erklären lassen. Für Bayern ist von vergleichbaren Verhältnissen auszugehen.
- Die Behandlung erfolgt meist ambulant. Dazu steht ein breites Angebot von ärztlichen und komplementären Hilfen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.) zur Verfügung.
- Die Rate der stationären Behandlungen liegt in Bayern etwas unter dem Bundesdurchschnitt.
- Gegenüber dem Bundesdurchschnitt hat Bayern weniger Betten in der Psychiatrie und

mehr Betten in der Psychosomatik, auch aufgrund von Patienten aus anderen Bundesländern.

Depressionen

- Etwa 8 % der Erwachsenen leiden akut an einer Depression.
- In den Abrechnungsdaten aus der Versorgung zeigt sich ein Anstieg der Diagnosehäufigkeit mit dem Alter. Unklar ist aber, ob Depressionen mit dem Alter wirklich häufiger werden.
- Auch Depressionen werden überwiegend ambulant versorgt, vielfach im hausärztlichen Bereich. Nur ein geringer Teil benötigt eine Behandlung im Krankenhaus.
- Für Depressionen sind verschiedene psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsansätze verfügbar.
- Wichtig sind wohnortnahe Versorgungsformen unter Einbeziehung der Angehörigen und der Potentiale der Selbsthilfe.
- Die Hälfte der Depressionen wird nicht leitliniengerecht behandelt.
- Etwa jede zehnte Frau leidet nach einer Geburt an einer Wochenbettdepression. Sie gelten als gut behandelbar und müssen somit keine bleibenden Folgen für die Familien haben.
- Depressionen im Alter gehen oft mit anderen Erkrankungen einher. Dabei können körperliche Erkrankungen zu Depressionen führen und umgekehrt.
- In Bayern sterben jährlich etwa 1.800 Menschen an einem Suizid. Die Ursache sind häufig psychische Störungen, darunter vielfach Depressionen.

Die Daten

Der vorliegende Bericht präsentiert wichtige Eckdaten zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Bayern und Deutschland. Eine einheitliche Statistik zu diesem Thema gibt es nicht. Daher mussten unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden, die nicht immer in allen

¹ www.bay-bezirke.de, dort Rubrik Gesundheit/Psychiatrie

Belangen vergleichbar sind. Wo es notwendig war, weisen wir auf die Besonderheiten der jeweiligen Datenquellen im Text hin. Ein paar wichtige Erläuterungen finden Sie hier vorab:

- **Ambulante Diagnosen:** Ambulante Diagnosen in diesem Bericht stammen von wenigen Ausnahmen abgesehen von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Sie geben wieder, was die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die in Bayern an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, an Diagnosen im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 1. Quartal 2015 dokumentiert haben. Die Diagnose einer psychischen Störung wurde dabei nur gezählt, wenn sie in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen zwischen dem 4. Quartal 2013 und dem 1. Quartal 2015 gestellt wurde. Vergleichbare Daten für Deutschland insgesamt gibt es bisher nicht. Die Auswertung folgt in der Regel dem Wohnortprinzip. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Häufigkeit von Diagnosen nicht ohne Weiteres mit der Häufigkeit einer Erkrankung gleichzusetzen ist: Wer krank ist, aber nicht zum Arzt geht, taucht in diesen Statistiken nicht auf. Außerdem fehlen in den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die privat Versicherten. Deren Daten werden bisher nicht in gleicher Weise wie die der gesetzlich Versicherten ausgewertet. Gleiches gilt für die – vergleichsweise kleine – Gruppe der Personen mit anderen Versicherungsverhältnissen bzw. ohne Versicherung. Die ambulanten Diagnosen werden nach einem internationalen Klassifikationssystem („ICD“) verschlüsselt.
- **Stationäre Diagnosen:** Über die Fälle, die im Krankenhaus behandelt werden, gibt für diesen Bericht die amtliche Krankenhausstatistik Auskunft. Hier werden alle Versicherten, auch die privat Versicherten erfasst. Stationäre und ambulante Fälle kann man allerdings nicht einfach addieren, oft haben stationär behandelte Patienten auch schon eine Diagnose beim niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten erhalten. Ausgewertet wurde, sofern nicht explizit anders angegeben, nach dem Wohnortprinzip, d. h. mit Blick auf den Gesundheitszustand der bayerischen Bevölkerung. Bei der Krankenhausstatistik ist außerdem zu beachten, dass sie Fälle zählt, nicht Patienten. Ein Patient kann durch mehrere Krankenhausaufenthalte mehr als einen Fall verursachen. Dokumentiert wird stets die Hauptdiagnose des Krankenhausaufenthalts. Auch hier kommt das ICD-System zur Anwendung. Die bei Redaktionsschluss aktuellsten Daten waren die des Jahres 2015.
- **Daten einzelner Krankenkassen:** An einigen Stellen bezieht sich der Bericht auf Daten einzelner gesetzlicher Krankenkassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Repräsentativität dieser Daten für die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten bzw. die Gesamtheit der Bevölkerung in Bayern eingeschränkt ist.
- **Studiendaten:** Vieles über die psychische Gesundheit kann nicht in Statistiken erfasst werden, z. B. wenn Beschwerden nicht zu einer Behandlung führen oder es um andere interessante Aspekte geht: wie z. B. Risikofaktoren für Erkrankungen. Hier können nur Studien Daten liefern. Die wichtigste repräsentative Studie zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen ist der Erwachsenensurvey (DEGS1) des Robert Koch-Instituts. Dabei wurden ca. 8.000 Menschen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren untersucht. Die Untersuchungen fanden in den Jahren 2008 bis 2011 statt. Auswertungen für Bayern gibt es aus der DEGS1-Studie aufgrund der Stichprobengröße nicht, d. h. sie liefert nur deutschlandweite Daten. Zu vielen Sachverhalten gibt es allerdings bisher keine aussagekräftigen Studiendaten. So wissen wir beispielsweise wenig über bestimmte Risikogruppen und -faktoren. Das schränkt auch die Darstellungsmöglichkeiten für diesen Bericht immer wieder ein.
- **Ärzte, Psychotherapeuten, Betten und mehr:** Auch das Versorgungssystem selbst lässt sich nicht aus einer einzigen Datenquelle abbilden. Das führt oft zu unterschiedlichen Zahlen, z. B. wenn Arztzahlen aus der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns oder aus der Mitgliederstatistik der Ärztekammer berichtet werden.

2. Die Häufigkeit psychischer Störungen



Das Wichtigste

- Der Anteil der Erwachsenen, die sich seelisch belastet fühlen, liegt in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt.
- Mehr als ein Viertel der Erwachsenen in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre in Deutschland leidet im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung.
- Im Vordergrund stehen Angststörungen, affektive Störungen und somatoforme Störungen.
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer.
- Die untere Sozialstatusgruppe weist ein um 70 % höheres Erkrankungsrisiko auf als die obere Sozialstatusgruppe.
- Psychische Störungen sind in den letzten 10–15 Jahren nicht häufiger geworden.
- Etwa 2,3 Mio. Menschen in der Altersgruppe ab 20 Jahren hatten 2014 in Bayern eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen.

Psychisches Wohlbefinden ist neben dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden ein wichtiger Aspekt der menschlichen Gesundheit. Eine Einschränkung des psychischen Wohlbefindens wird häufig als psychische Störung bezeichnet,

wobei nicht jede subjektiv wahrgenommene temporäre psychische Beeinträchtigung eine psychische Störung im eigentlichen Sinne darstellt (vgl. auch anschließenden Textkasten).



Psychische Gesundheit, psychische Störungen, psychische Krankheiten

Ob man Symptomen einen Krankheitswert zuspricht und sie als „psychische Störung“ einordnet, kann sich an unterschiedlichen Kriterien festmachen: Leidet der Betroffene unter seinen Symptomen? Schränken sie seine Alltagskompetenzen ein? Besteht Behandlungsbedarf? Gefährden sie ihn oder Dritte? Stehen sie in Zusammenhang mit krankhaften biologischen Prozessen?

*In der Fachterminologie spricht man häufig nicht von psychischen Erkrankungen, sondern von psychischen Störungen. Oft ist nämlich unklar, ob die Beschwerden wirklich von **einer** Krankheit hervorgerufen werden oder ob es sich um ein Bündel von Symptomen handelt, hinter denen unterschiedliche Krankheitsprozesse stehen können.*

Dieser Bericht bezieht sich im Wesentlichen auf die Diagnosen, die in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der Hauptgruppe

„Psychische und Verhaltensstörungen“ mit den Diagnoseziffern F00–F99 aufgeführt sind:

ICD-10, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

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

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), ICD-GM

Die im ICD-Kapitel V zusammengefassten psychischen Störungen sind hinsichtlich ihrer Symptome äußerst vielfältig: Zu ihnen gehören kindliche Sprachentwicklungsstörungen, die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) und der Autismus ebenso wie Depressionen, Angststörungen, Alkoholmissbrauch, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die primär im Alter auftretende Demenz. Auch der Schweregrad psychischer Störungen variiert breit von kaum merklichen Störungen im Alltag bis hin zu Störungen, die den Betroffenen ein normales Leben unmöglich machen und zum Suizid führen können.

Die Häufigkeit psychischer Störungen international und national

Der internationalen Studienlage zufolge ist davon auszugehen, dass ein Viertel bis ein Drittel der Erwachsenen im Laufe eines Jahres („12-Monatsprävalenz“) an einer psychischen Störung leidet und dass Frauen häufiger betroffen sind als Män-

ner. In einer Zusammenfassung von 174 Studien in 63 Ländern zwischen 1980 und 2013 wurde die 12-Monatsprävalenz von psychischen Störungen auf 29,2% geschätzt.² Frauen sind weltweit stärker von affektiven Störungen und Angststörungen betroffen, Männer häufiger von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, z.B. Alkoholabhängigkeit. Die Häufigkeit psychischer Störungen schlägt sich auch in ihrem Anteil an der Krankheitslast nieder. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge liegt der Anteil der psychischen Störungen weltweit bei ca. 13% der gesamten Krankheitslast.³

Für die Europäische Union kam eine große Studie 2010 zu einer 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen (18 bis 65 Jahre) von ca. 27%.⁴ Am weitesten verbreitet waren Angststörungen, gefolgt von den affektiven Störungen, darunter vor allem den Depressionen. Auch dieser Studie zufolge sind Frauen insgesamt häufiger von psychischen Störungen betroffen.

2 Steel, Z. et al.: The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology* 2014; 43(2): 476–493.

3 WHO: Mental Health Action Plan 2013–2020. Genf 2013.

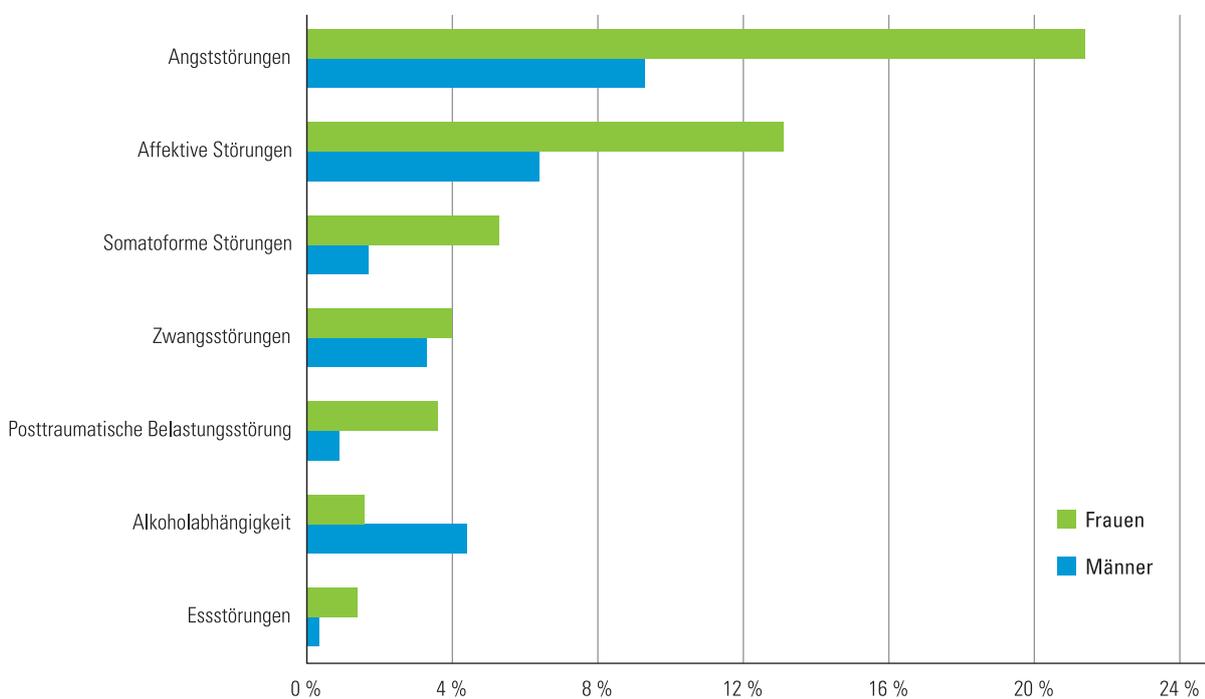
4 Wittchen, H.-U. et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011; 21(9): 655–679.

In Deutschland wurde zwischen 2008 und 2011 die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) mit einem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen die internationalen Studien: Die 12-Monats-Prävalenz für psychische Störungen lag insgesamt bei etwa 28 %, bei Frauen mit 33 % wiederum deutlich höher als bei Männern (22 %).⁵

Im zeitlichen Verlauf kann die genannte europäische Studie mit einer methodisch ähnlichen Studie 2005 verglichen werden, die deutsche DEGS1-Studie mit dem Bundesgesundheits-survey 1998. In beiden Fällen zeigt sich kein Anstieg der Erkrankungshäufigkeit, d.h. psychische Störungen sind in den letzten 10 bis 15 Jahren nicht häufiger geworden.

12-Monatsprävalenz psychischer Störungen, Deutschland, 2008–2011

Anteil Betroffener an der Bevölkerung, Altersgruppe 18–79 Jahre



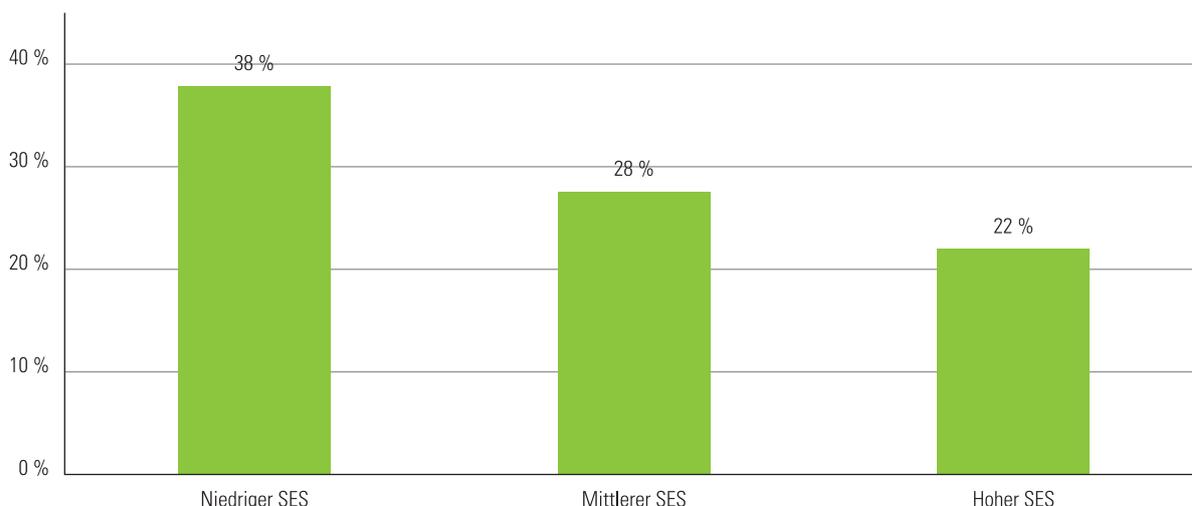
Datenquelle: RKI, DEGS1, nach Jacobi et al. (2014)

Die Häufigkeit psychischer Störungen ist dabei – wie bei den meisten Erkrankungen – umso höher, je geringer der Sozialstatus ist. Die Gründe dafür sind zum einen in höheren Erkrankungsrisiken bei diesen Gruppen zu vermuten, zum anderen in einem unterschiedlichen Umgang mit der Erkrankung.

5 Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt 2014; 85(1): 77–87.

12-Monatsprävalenz psychischer Störungen, Deutschland, 2008–2011

Anteil Betroffener nach sozioökonomischem Status (SES)



Datenquelle: RKI, DEGS1, nach Jacobi et al. (2014)

Der DEGS1-Studie zufolge geht die Häufigkeit psychischer Störungen mit dem Alter zurück, während sich in den Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung ein Gipfel bei den 50–60-Jährigen zeigt. Hier spielen vermutlich verschiedene Faktoren eine Rolle, z. B. die größere Behandlungsdringlichkeit im späteren Erwerbsalter. Zu beachten ist, dass Demenzen, die mit dem Alter stark zunehmen, in der DEGS1-Studie nicht erfasst wurden.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern

Repräsentative Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen in der bayerischen Erwachsenenbevölkerung unabhängig vom Versorgungsgeschehen gibt es nicht. Die Zahl der Betroffenen kann nur aus verschiedenen Datenquellen geschätzt werden.

Datenquellen zur Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern

Quelle	Herkunft der Daten	Vor- und Nachteile
DEGS1	Repräsentative Studie des Robert Koch-Instituts, Alter 18–79 Jahre; Basis: u. a. psychiatrische Interviews; Erfassung psychischer Störungen	Bestimmung der Zahl der Betroffenen auch unabhängig von der Inanspruchnahme des Versorgungssystems; schwer Erkrankte unterrepräsentiert; keine bayernspezifischen Daten
KVB	Abrechnungsdaten für gesetzlich Versicherte aus der ambulanten Versorgung	Abbildung des tatsächlichen Versorgungsgeschehens in Bayern; keine standardisierte Erhebung, nur gesetzlich Versicherte
GEDA	Repräsentative Studie des Robert Koch-Instituts; Alter 18 Jahre und mehr, Basis: Befragung der Bevölkerung; Fragen nach „seelischer Belastung“	Standardisierte Erhebung, bayerische Daten verfügbar; schwer Erkrankte unterrepräsentiert; Daten beruhen auf Selbstangaben

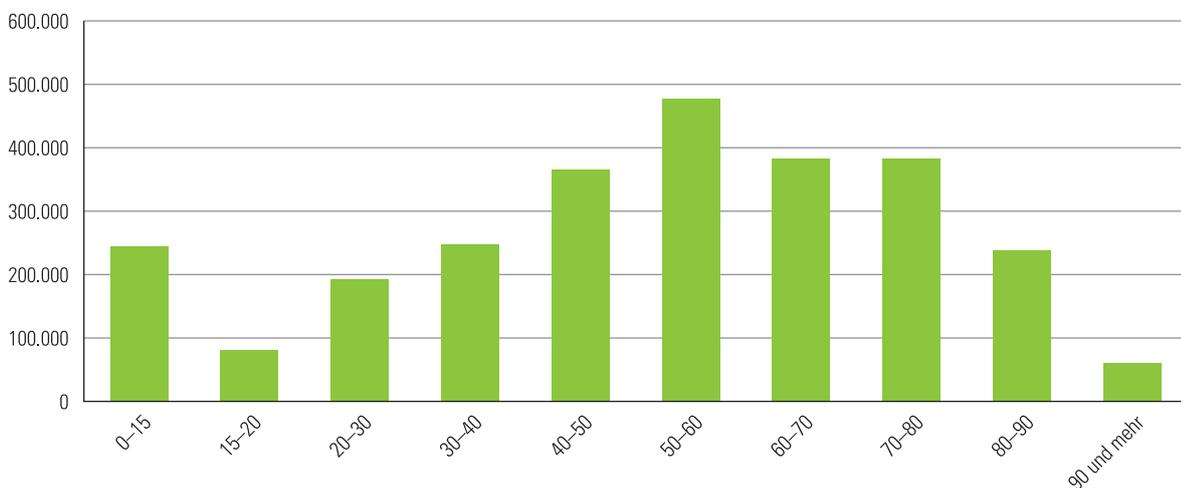
Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), ICD-GM

Nimmt man an, dass die deutschlandweiten Prävalenzraten der DEGS1-Studie in etwa auch für Bayern gelten, kommt man auf dieser Basis zu einer Zahl von ca. 2,7 Millionen Menschen in Bayern in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre, die im Laufe eines Jahres unter einer klinisch relevanten psychischen Störung leiden.

Eine andere Datenquelle zur Abschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern sind die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Anders als in der DEGS1-Studie werden hier nicht repräsentativ

ausgewählte Personen anhand von standardisierten psychiatrischen Interviews untersucht, sondern den Auswertungen liegen die Diagnosen der Ärzte und Psychotherapeuten aus der ambulanten Versorgung zugrunde. Dort lag bei ca. 2,7 Millionen gesetzlich versicherten Patienten aller Altersgruppen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Beobachtungszeitraum 4. Quartal 2013 bis einschließlich 1. Quartal 2015 eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor. In der Altersgruppe ab 20 Jahren waren es 2,3 Millionen Betroffene.

Ambulante Diagnosen, psychische Störungen (F00–F99), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB

Da die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nur die gesetzlich Versicherten umfassen, liegen die absoluten Fallzahlen für die bayerische Bevölkerung vermutlich noch einmal ca. 10 % höher.

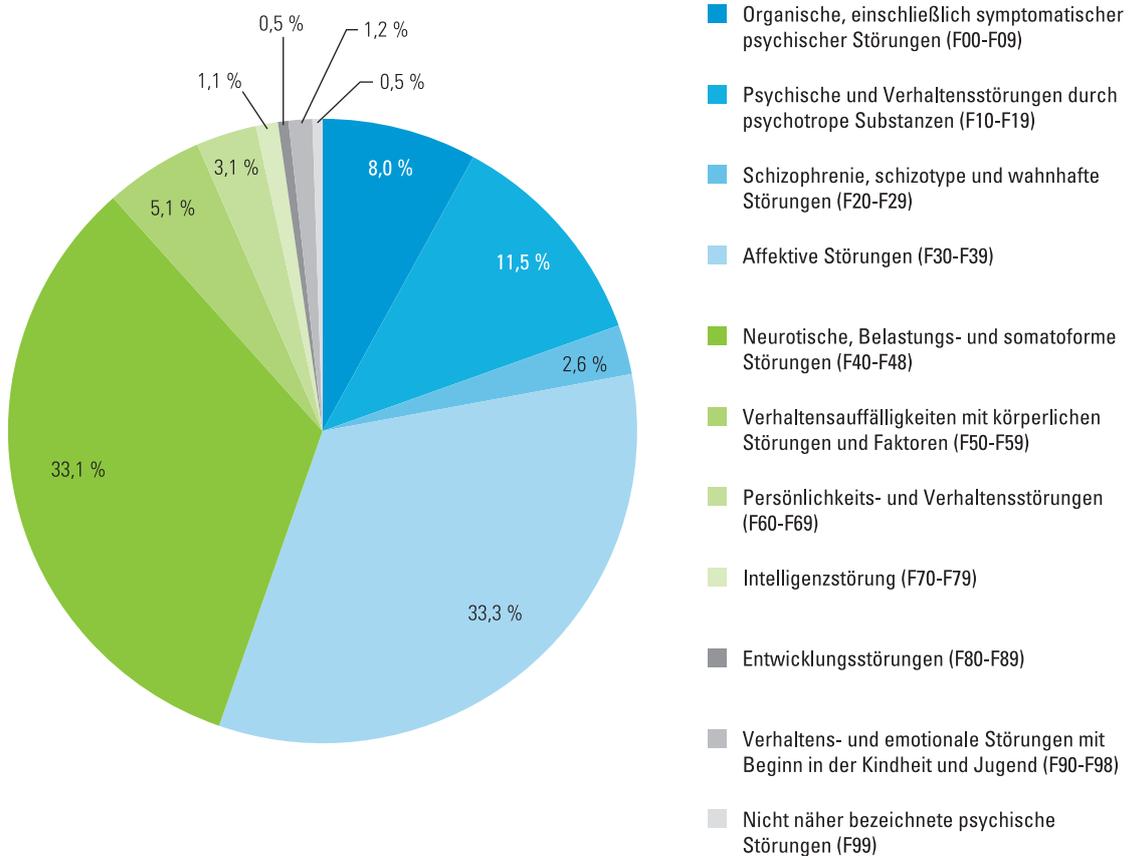
Damit entspricht einerseits zwar die Zahl der Menschen mit psychischen Störungen, die sich aus der DEGS1-Studie ergibt, in der Größenordnung recht gut der Zahl aus dem Versorgungssystem. Andererseits ist aber zu beachten, dass ein erheblicher Teil der Menschen, bei denen in

der DEGS1-Studie eine psychische Störung festgestellt wurde, nicht in Behandlung ist (siehe unten) und umgekehrt in Studien psychisch schwer Erkrankte unterrepräsentiert sind. Die beiden Personengruppen sind also nicht ganz deckungsgleich.

Unter den ambulanten Fällen in Bayern stehen mit je einem Drittel neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) sowie affektive Störungen (F30–F39) im Vordergrund.

Ambulante Diagnosen (F00–F99), Bayern, 2014

Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppe 20 Jahre und älter



Datenquelle: KVB

Einen methodisch anderen Blickwinkel nimmt die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ des Robert Koch-Instituts ein.⁶ Hier werden nicht psychische Störungen im klinischen Sinne erhoben, sondern seelische Belastungen. Dabei wurde nach der psychischen Befindlichkeit in den letzten vier Wochen gefragt.⁷ 9,2% der Erwachsenen (6,7% der Männer und 11,8% der Frauen) in Bayern wurden als seelisch belastet eingestuft, etwas weniger als in

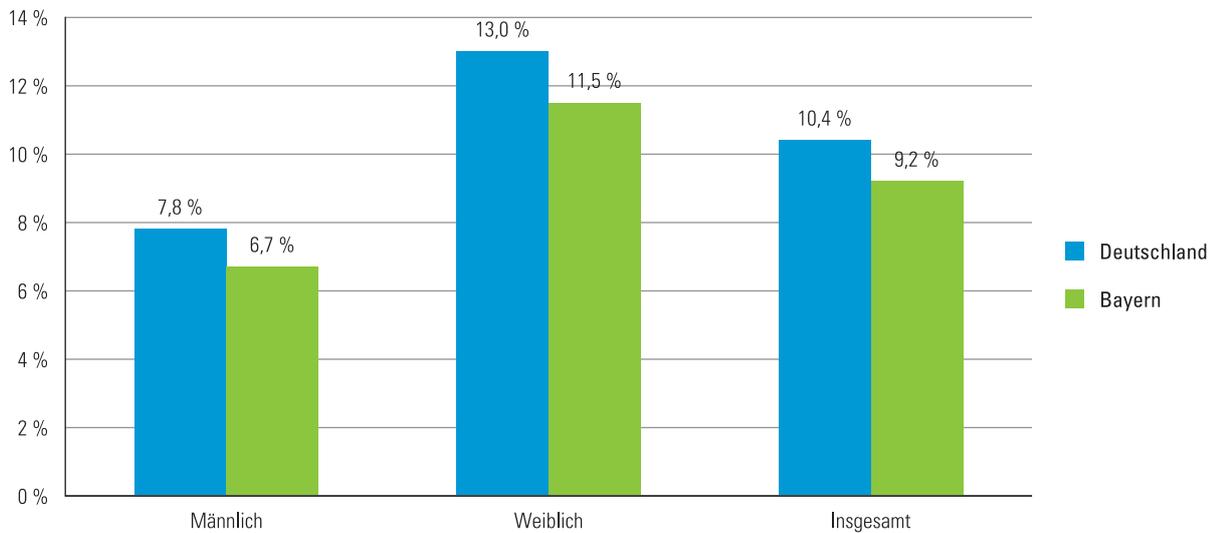
Deutschland insgesamt, hier waren es 10,4%. In absoluten Zahlen waren das in Bayern etwa eine Million Menschen. Das sind deutlich weniger als die Zahl derer, die von psychischen Störungen im Jahresverlauf betroffen sind – zum einen aufgrund des deutlich kürzeren Einschlusszeitraums, zum anderen aufgrund der Diskrepanz zwischen psychiatrischen Diagnosen und der Selbstwahrnehmung psychischer Beeinträchtigung.

6 Die aktuellsten Daten aus der GEDA-Studie sind aus der Erhebungswelle 2012, die Daten wurden zwischen März 2012 und März 2013 erhoben. Befragt wurden ca. 20.000 Erwachsene, für Bayern beträgt der Stichprobenumfang 2.770 Befragte.

7 Die befragten Personen gaben die Anzahl der Tage innerhalb der zurückliegenden vier Wochen an, an denen ihre seelische Gesundheit nach eigener Einschätzung nicht gut war, sowie die Anzahl der Tage, an denen sie in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten beeinträchtigt waren. Für den Indikator „Seelische Belastungen“ werden diejenigen Befragten als belastet angesehen, die mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens beeinträchtigt waren.

Seelische Belastungen, 2012

Anteil Betroffener an der Bevölkerung



Datenquelle: RKI, GEDA; Berechnungen IGES

Sowohl in Deutschland als auch in Bayern war der Anteil der seelisch belasteten Personen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen mit 12,4% in Deutschland und 11,6% in Bayern insgesamt am höchsten. Der Anteil der seelisch belasteten Personen in der Altersgruppe der 18- bis 45-Jährigen war mit 7,4% in Bayern deutlich geringer als deutschlandweit (9,8%).

3. Eckdaten zur Versorgungssituation in Bayern



Das Wichtigste

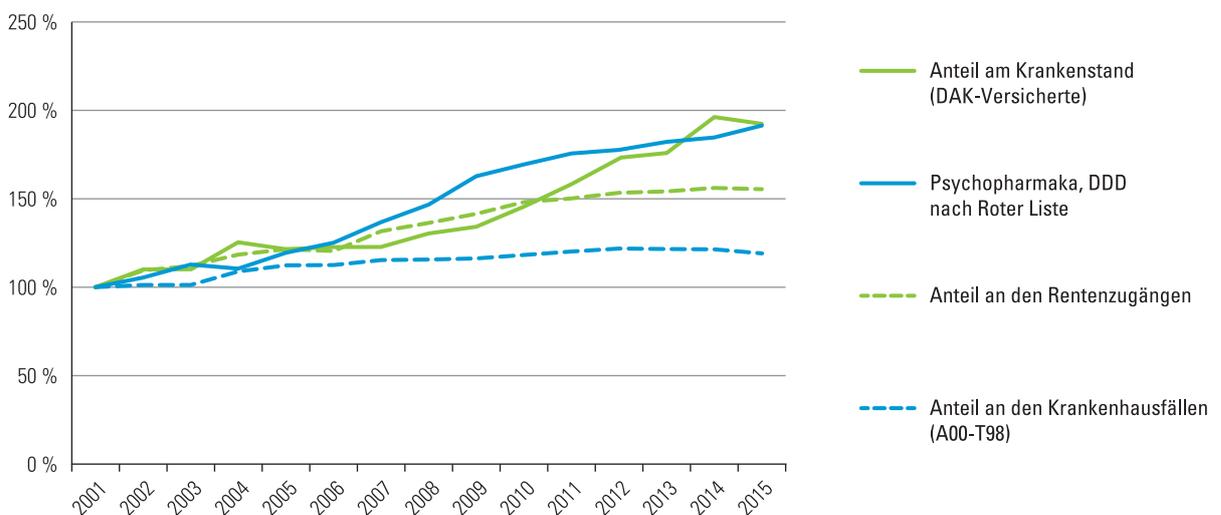
- 2014 hatten in Bayern ca. 2,7 Mio. Menschen in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen.
- Im Versorgungssystem nehmen die Fallzahlen infolge psychischer Störungen seit Jahren zu, z. B. die Krankenhausfälle in den letzten 15 Jahren um mehr als ein Drittel; ihr Anteil am Krankenstand hat sich je nach Kassenart teilweise sogar verdoppelt.
- Psychische Störungen verursachen in Bayern schätzungsweise 6 bis 7 Mrd. Euro direkte Krankheitskosten jährlich.
- Für gesetzlich Versicherte mit psychischen Störungen gibt es derzeit in ganz Bayern keine Versorgungslücken im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie. Es bestehen deutliche regionale Versorgungsunterschiede.
- Der Krankenstand infolge psychischer Störungen liegt in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt.

Es ist davon auszugehen, dass die Häufigkeit psychischer Störungen an sich in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben ist. Sie sind aber inzwischen im Versorgungssystem angekommen: So hat beispielsweise der Anteil der Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen an allen Krankenhausfällen in Bayern zwischen 2001 und 2015 um fast 20% zugenommen, der

Anteil der Rentenzugänge infolge psychischer Störungen an allen krankheitsbedingten Rentenzugängen um mehr als 55%, die Psychopharmaka-Verordnungen sowie der Anteil der psychischen Störungen am Krankenstand von bayerischen DAK-Versicherten um jeweils etwas mehr als 90%.

Psychische Störungen im Versorgungsalltag, Bayern – ausgewählte Indikatoren

Indexdarstellung: Jahr 2001 = 100 %



Datenquellen: Krankenstand: DAK; Psychopharmaka: GKV-Spitzenverband, GAmSi; Rentenzugänge: DRV; Krankenhausfälle: LfStat; Berechnungen: LGL

Das schlägt sich auch in den Krankheitskosten nieder. Rechnet man die vom Statistischen Bundesamt zuletzt für 2008 ausgewiesenen Krankheitskosten infolge psychischer Störungen auf das Jahr 2014 hoch, kommt man zu Krankheitskosten in Höhe von 37 bis 43 Mrd. Euro. Auf Bayern übertragen wären das 6 bis 7 Mrd. Euro.⁸

Die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund psychischer Störungen liegen jedoch noch höher als die direkten Krankheitskosten. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geht von 8,3 Mrd. Euro Produktionsausfallkosten und 13,1 Mrd. Euro Ausfall an Bruttowertschöpfung infolge psychischer Störungen bundesweit im Jahr 2014 aus.⁹ Manche GesundheitsökonomInnen schätzen die Gesamtsumme noch deutlich höher, auf bis zu 90 Mrd. Euro.¹⁰

Der Anstieg der Diagnosen und Behandlungen hat vielfältige Gründe. Hier spielen z. B. die gesellschaftliche Enttabuisierung psychischer Störungen eine Rolle, die Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten und die Zunahme der Therapeutenzahl.

Diagnose und Behandlungen

Mit einer von einem Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten gestellten Diagnose geht nicht zwangsläufig eine Behandlung einher. Die Mehrzahl (68%) der Personen, bei denen im Rahmen der DEGS1-MH-Studie in den letzten

12 Monaten vor der Befragung eine psychische Störung festgestellt wurde, gab an, bisher gar nicht psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelt worden zu sein. Erst mit zunehmender Zahl der Diagnosen, die eine Person hat, erhöht sich die Rate der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – 11% derjenigen mit nur einer Diagnose berichteten von einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem wegen psychischer Probleme, während unter den Betroffenen mit mindestens vier Diagnosen bis zu 40% berichteten, Kontakt mit dem Gesundheitssystem gehabt zu haben.¹¹

Das wird von verschiedenen Autoren als Indikator dafür gesehen, dass es in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, noch immer Optimierungsbedarf hinsichtlich der Behandlung von psychischen Störungen – vor allem bezüglich der Behandlung von psychischen Störungen im Frühstadium – gibt.¹²

Ambulante Behandlung: Inanspruchnahme

Eine Studie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch gesetzlich Versicherte bei großen deutschen Krankenkassen zeigte vor einigen Jahren, dass die Behandlung von psychischen Störungen bundesweit ganz überwiegend ambulant erfolgt (95,7% der Fälle). Nur ein geringer Anteil von Behandlungen wurde voll- oder teilstationär erbracht. Dabei wurden rund drei Viertel aller Fälle ausschließlich durch Allgemeinärzte bzw. Fachärzte somatischer Fachrichtungen behandelt. Das ist insofern beachtenswert,

8 Die beiden Summen ergeben sich, wenn man vom Basisjahr 2008 anhand des damaligen Anteils der Kosten für psychische Krankheiten an den Gesamtausgaben extrapoliert (37 Mrd. Euro) bzw. anhand der durchschnittlichen Steigerungsraten der Jahre 2002–2008 extrapoliert (43 Mrd. Euro). Aufgrund verschiedener Entwicklungen seit 2008 – z. B. der Verbesserung der Versorgung einerseits und der Senkung der Psychopharmaka-Ausgaben um ca. 12% zwischen 2008 und 2014 können solche Extrapolationen jedoch nur grobe Anhaltspunkte geben.

9 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Berlin 2016: 43.

10 Ulrich, V.: Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland. 2014. www.frankfurterforum-diskurse.de/wp-content/uploads/2014/03/Heft_09_Vortrag_1.pdf [Abruf: 25. August 2016].

11 In DEGS1-MH wurde jede Art von berichtetem Kontakt gezählt, ungeachtet der Art des Versorgers (z. B. Arztgruppe, Beratungsstelle) sowie ungeachtet der Art, des Umfangs oder der Adäquatheit der vorgenommenen Diagnostik, Beratung und Behandlung; Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87.

12 Demyttenaere, K. et al.: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 291(21): 2581–2590; Patel, V. et al.: Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* 2010; 9(3): 169–176; Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1), 77–87.

als bei der hausärztlichen Versorgung eine höhere Rate nicht leitlinienorientierter Behandlung im Vergleich zur psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung vermutet wird.¹³

Nübling et al. gehen davon aus, dass der Versorgungsgrad hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen bei 10 % bis maximal 15 % liegen dürfte.¹⁴

In Bayern wurden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge im Jahr 2014 knapp 70 % der ambulanten Patienten mit einer diagnostizierten psychischen Störung ausschließlich von Hausärzten oder Fachärzten somatischer Fachrichtungen behandelt.¹⁵ Rund 26 % erhielten eine Behandlung sowohl von Hausärzten oder Fachärzten somatischer Fachrichtungen und Fachärzten aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich und knapp 4 % ausschließlich von Fachärzten aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.

Ambulante Behandlung: Versorgungsstrukturen

An der vertragsärztlichen Versorgung, also der Versorgung der gesetzlich Versicherten, nahmen zum Stichtag 25.08.2016 in Bayern in der Bedarfsplanungsgruppe „Nervenärzte“ 265 Psychiater, 356 Nervenärzte sowie 265 Neurologen teil, des Weiteren in der Bedarfsplanungsgruppe „Psychotherapeuten“ 2.790 Psychologische Psychotherapeuten sowie 1.241 ärztliche Psycho-

therapeuten.¹⁶ Hinzu kommt eine kleinere Zahl nur privatärztlich tätiger Therapeuten. Zur ambulanten Versorgung gehören auch 63 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs), die Erwachsene behandeln (Stand Dezember 2016).

Im Zeitverlauf zeigt sich eine deutliche Zunahme der ambulanten Therapeutenzahl in praktisch allen Berufsgruppen des psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereichs. Für die Psychologischen Psychotherapeuten liegen Vergleichszahlen erst seit wenigen Jahren vor, auch hier steigen die Zahlen. Diese Entwicklung spiegelt den gemeindepsychiatrisch inspirierten Wandel von einer überwiegenden „Anstaltsbetreuung“ psychischer Störungen hin zu einer bedarfsgerecht differenzierten und wohnortnahen Versorgung wider. Diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen, was auch Analysen zu vermeidbaren Krankenhausfällen bestätigen.¹⁷ Die Bayerische Staatsregierung und die bayerischen Bezirke unterstützen diesen Wandel z. B. durch die Förderung von Beratungsstellen und Krisendiensten. Nach dem Beschluss des Ministerrats vom 30.07.2016 werden in den nächsten Jahren in Bayern die Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in akuten psychischen Krisen flächendeckend ausgebaut werden. Diese Krisendienste werden auch für Angehörige der Betroffenen offenstehen.

13 Gaebel, W. et al.: Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Dtsch Ärztebl 2013; 110(47): 799–808.

14 Nübling, R. et al.: Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Psychotherapeutenjournal 4/2014: 389–396.

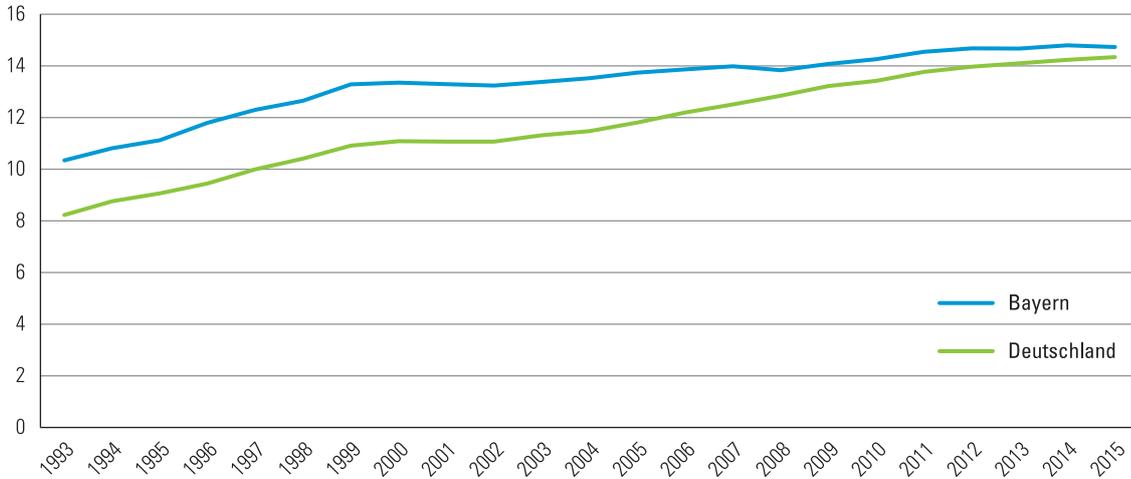
15 Basis waren wiederum Patienten, bei denen im Beobachtungszeitraum (4. Quartal 2013 – 1. Quartal 2015) in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen mindestens eine Diagnose aus F00–F99 kodiert wurde.

16 KVB, Versorgungsatlas. Die Daten beruhen auf der sog. „Personenzählung“, d. h. unabhängig davon, in welchem Umfang sie für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen.

17 Sundmacher, L et al.: Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy 2015; www.dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychiater, Nervenärzte, Neurologen und ärztliche Psychotherapeuten

Therapeuten je 100.000 Einwohner



Datenquelle: GBE des Bundes, Berechnungen: LGL; für Psychologische Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung ist keine entsprechende Zeitreihe verfügbar.

In nahezu allen bayerischen Kreisen ist eine Überversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie festzustellen.¹⁸ Allerdings ist dabei zu beachten, dass die Bedarfsplanung nicht morbiditätsorientiert ist und in gewisser Weise eine Fortschreibung der bestehenden Versorgungslage darstellt. Des Weiteren gibt es deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung. Oberbayern und Mittelfranken weisen dabei – bedingt

durch die Großstädte München und Nürnberg – ein deutlich höheres Versorgungsniveau auf als die anderen Regierungsbezirke, bei einem insgesamt zu beobachtenden Gefälle zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Hier setzt auch die Niederlassungsförderung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege an, um die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.

Regionale Versorgungsniveaus ausgewählter Berufsgruppen, Bayern, 2016

Ärzte bzw. Psychologen je 100.000 Einwohner

	Ärztliche Psychotherapeuten		Psychologische Psychotherapeuten		Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	
	absolut	je 100.000 Ew. ab 18 Jahren	absolut	je 100.000 Ew. ab 21 Jahren	absolut	je 100.000 Ew. ab 18 Jahren
Oberbayern	676	17,70	1.366	37,21	361	9,45
Niederbayern	73	7,20	152	15,65	63	6,22
Oberpfalz	57	6,23	203	23,12	64	6,99
Oberfranken	49	5,46	153	17,75	69	7,69
Mittelfranken	147	10,10	416	29,75	127	8,72
Unterfranken	95	8,64	231	21,90	76	6,91
Schwaben	145	9,45	279	18,98	126	8,22
Bayern	1.241	11,56	2.790	27,07	886	8,26

Datenquellen: KVB, LfStat, Berechnungen: LGL; Psychologische Psychotherapeuten können unter bestimmten Voraussetzungen auch Kinder und Jugendliche behandeln, im Wesentlichen sind sie aber für Erwachsene ab 21 Jahren zuständig. Bezug auf Bevölkerung, weil die GKV-Versicherten nicht nach Region und Alter verfügbar sind.

18 Kassenärztliche Vereinigung Bayern: Bedarfsplanung – Planungsblätter. 2016. www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplanung-Planungsblaetter.pdf [Abruf: 27. Juni 2016].

Die Nachfrage nach Versorgungsleistungen bei psychischen Störungen scheint jedoch stärker zu steigen als das Angebot: Studien berichten von längeren Wartezeiten auf eine qualifizierte Behandlung psychischer Störungen. Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung lag die Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Bayern im Jahr 2011 bei durchschnittlich 9,3 Wochen – deutlich kürzer als in allen anderen Flächenländern. Am längsten waren die durchschnittlichen Wartezeiten in Brandenburg (19,4 Wochen).¹⁹ Auch führten etwa die Hälfte (49,3%) aller psychotherapeutischen Praxen in Bayern Wartelisten. Dieser Anteil ist grundsätzlich hoch, er lag jedoch niedriger als in allen anderen Flächenländern Deutschlands. Vor diesem Hintergrund hatte der Bundesgesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der für die Qualitätssicherung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig ist, damit beauftragt, die Bedarfsplanungsrichtlinie insbesondere auch im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu überprüfen und ggf. bedarfsgerecht anzupassen. Das hat in der Bedarfsplanungsreform 2012–2013 zur Schaffung einer Vielzahl neuer Zulassungsmöglichkeiten vor allem in ländlichen Regionen geführt (allein in Bayern ca. 250). Eine neuerliche Überprüfung der Bedarfsplanung durch den G-BA ist noch nicht abgeschlossen. Daneben wurde der G-BA auch mit einer Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie beauftragt. Hier sollen insbesondere die Einführung einer Psychotherapie-sprechstunde sowie die Ausweitung von Gruppentherapie zum Abbau von Wartezeiten beitragen. Die novellierte Psychotherapierichtlinie ist zum 01.04.2017 in Kraft getreten.

Eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung spielen auch die verschiedenen psychosozialen Beratungsangebote, von den psychosozialen Beratungsstellen (PSB) bis zur Telefonseelsorge. Die regionale Verteilung sowie die spezialisierten Angebote der rund 180 PSB in

Bayern kann auf der Seite der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS) eingesehen werden (www.kbs-bayern.de). Eine umfassende Übersicht über dieses Versorgungsegment gibt es allerdings bisher nicht. Das gleiche gilt für die Selbsthilfestrukturen rund um die psychische Gesundheit. Derzeit wird geprüft, ob sich die Datenlage dazu im Rahmen einer Psychiatrieerberichterstattung der Bezirke verbessern lässt.

Stationäre Versorgung: Inanspruchnahme

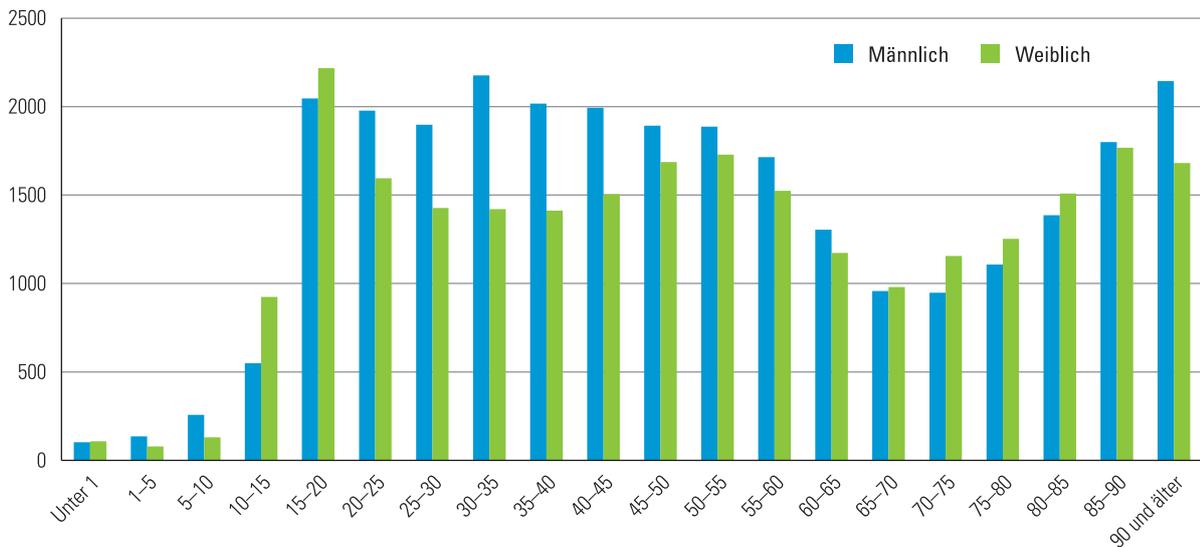
Eine stationäre Behandlung von Patienten aufgrund einer psychischen Störung kann sowohl im (Akut-)Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die stationären Behandlungen sind aber – bezogen auf alle Behandlungen wegen psychischer Störungen – relativ selten. In den Krankenhäusern wird ein Teil der Patienten, die eine psychische Störung als Hauptdiagnose aufweisen, in einer somatischen Fachabteilung behandelt. In Deutschland wie in Bayern betrifft das ca. 30% der Fälle. Wichtige Gründe dafür sind z.B. Entgiftungsbehandlungen bei Suchtkranken, die häufig in somatischen Fachabteilungen durchgeführt werden. In den Rehabilitationseinrichtungen werden strukturbedingt fast alle Patienten mit einer psychischen Störung als Hauptdiagnose in einer spezialisierten Fachabteilung behandelt.

Im Jahr 2015 gab es 184.307 Behandlungsfälle in **(Akut-)Krankenhäusern** infolge psychischer Störungen bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Das waren 6,4% aller bayerischen Krankenhausfälle (ohne ICD-Ziffern, z.B. Geburten). Wie in der ambulanten Versorgung entfallen auch hier ca. 90% der Fälle auf die Erwachsenen (ab 20 Jahren), 163.960 Fälle waren es in Bayern 2015. Dabei gibt es insbesondere im mittleren Erwachsenenalter mehr stationäre Fälle bei den Männern. Dies ist auf eine vergleichsweise große Zahl stationärer Behandlungen infolge von Alkoholabhängigkeit bei Männern zurückzuführen.

¹⁹ Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin 2011.

Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen, Bayern, 2015

Fälle je 100.000 Einwohner



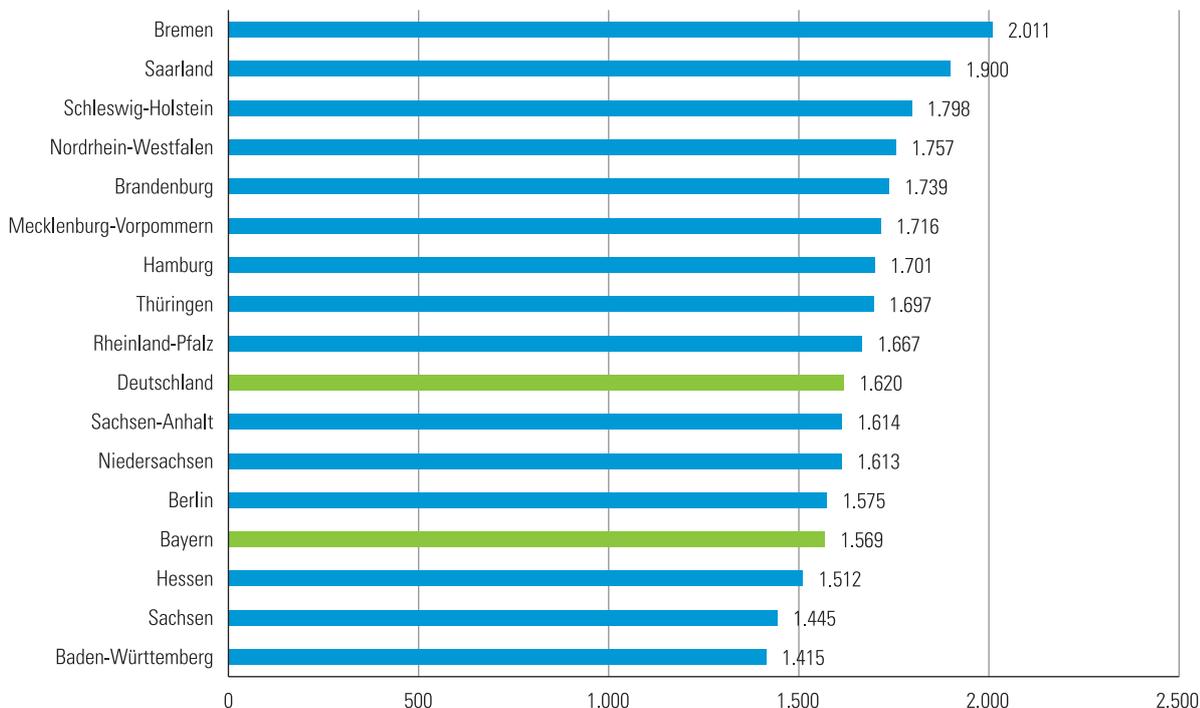
Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Die bevölkerungsbezogene Rate lag dabei in den letzten Jahren stets etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Das könnte sowohl auf eine geringere Zahl schwerer Krankheitsverläufe (auf-

grund des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Erkrankungshäufigkeit) als auch auf die vergleichsweise gute ambulante Versorgungsstruktur in Bayern zurückzuführen sein.

Stationäre Behandlungen infolge psychischer Störungen in Krankenhäusern, Bayern, 2015

Fälle je 100.000 Einwohner ab 20 Jahren



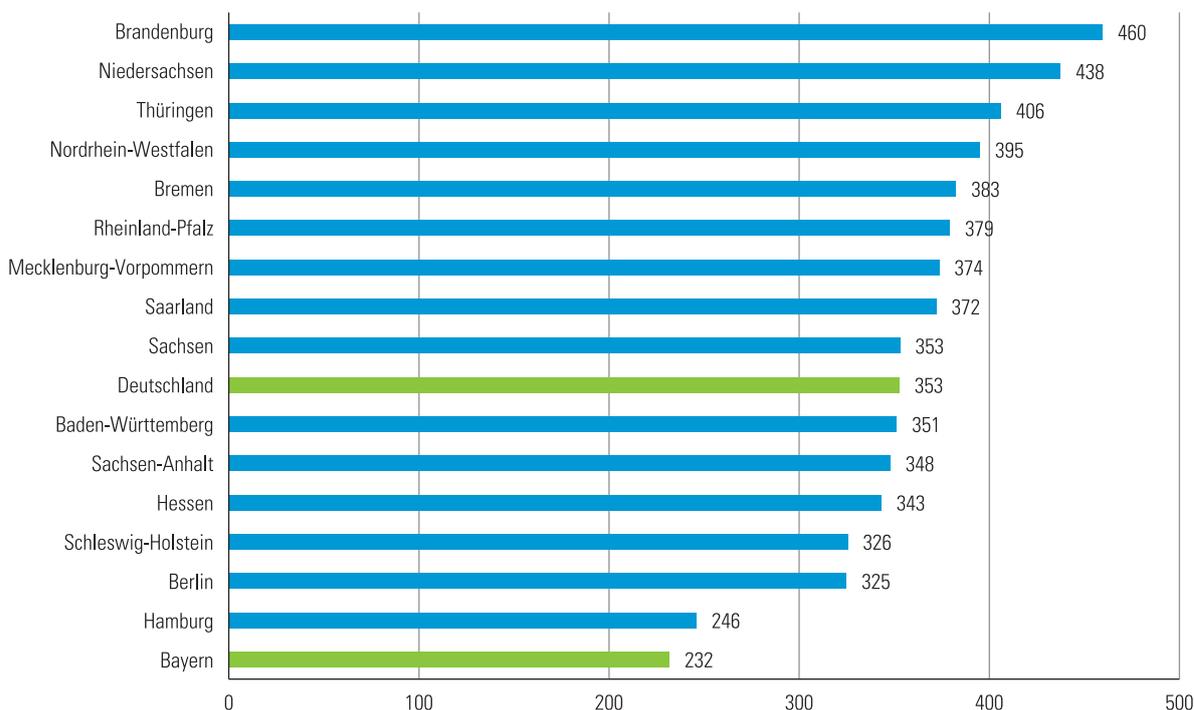
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

Die durchschnittliche Verweildauer bayerischer Patienten im Erwachsenenalter, die im Jahr 2015 wegen psychischer und Verhaltensstörungen (F00–F99) vollstationär behandelt wurden, liegt mit knapp 22 Tagen fast einen Tag höher als im Bundesdurchschnitt. Dazu trägt möglicherweise bei, dass bayerische Patienten mit psychischen Störungen seltener stationär in Rehabilitations-

einrichtungen behandelt werden. Mit 232 Fällen je 100.000 Einwohner ab 20 Jahren weist Bayern hier die niedrigste Rate aller Länder auf. Gut 26.000 Fälle insgesamt wurden 2015 aufgrund einer psychischen Störung in einer Reha-Klinik behandelt, darunter 24.220 Fälle im Alter ab 20 Jahren.

Stationäre Behandlungen infolge psychischer Störungen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, Bayern, 2015

Fälle je 100.000 Einwohner ab 20 Jahren



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

Deutlich häufiger als eine stationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer psychischen Störung sind stationäre Krankenhausbehandlungen bei Personen, die aufgrund einer somatischen Diagnose behandelt werden, aber eine psychische Störung als Nebendiagnose aufweisen. Daten zu den Nebendiagnosen liegen nur für die Krankenhäuser vor, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes wurde 2014 von

diesen Krankenhäusern in 462.966 Fällen eine psychische Störung als Nebendiagnose kodiert.²⁰ Dabei kann es entweder um psychische Begleit- und Folgesymptome körperlicher Erkrankungen gehen, z. B. Depressionen bei Krebserkrankungen (siehe dazu im Kapitel Depression), oder um unabhängig bestehende psychische Störungen, die bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen zu berücksichtigen sind.

²⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass je Fall nur eine Hauptdiagnose, aber mehrere Nebendiagnosen kodiert werden können. Des Weiteren sind Überschneidungen von Fallzahlen aufgrund von Verlegungen von Patienten in Rechnung zu stellen.

Stationäre Versorgung: Versorgungsstrukturen

Für die stationäre Behandlung in **(Akut-) Krankenhäusern** standen im Jahr 2015 bundesweit 55.450 Betten in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie und ergänzend dazu 10.439 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik zur Verfügung. In Bayern waren es im gleichen Jahr 6.916 psychiatrische Betten und 4.379 Betten in der Psychosomatik. Während Bayern pro 100.000 Einwohner im Ländervergleich die meisten Betten in der Psychosomatik hat (Bayern: 34,3,

Deutschland: 12,8), verfügt es über die wenigsten psychiatrischen Betten (Bayern: 54,2; Deutschland: 67,9).²¹ Beim Bettenbedarf in der Psychosomatik spielen auch Zuweisungen von Patienten aus anderen Bundesländern eine Rolle.

In der **teilstationären Versorgung**, die für die Dezentralisierung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen von hoher Bedeutung ist, gab es in Bayern 1.119 Plätze in der Psychiatrie und 439 Plätze in der Psychosomatik (Stand 01.01.2016).



Dezentralisierung der Versorgung

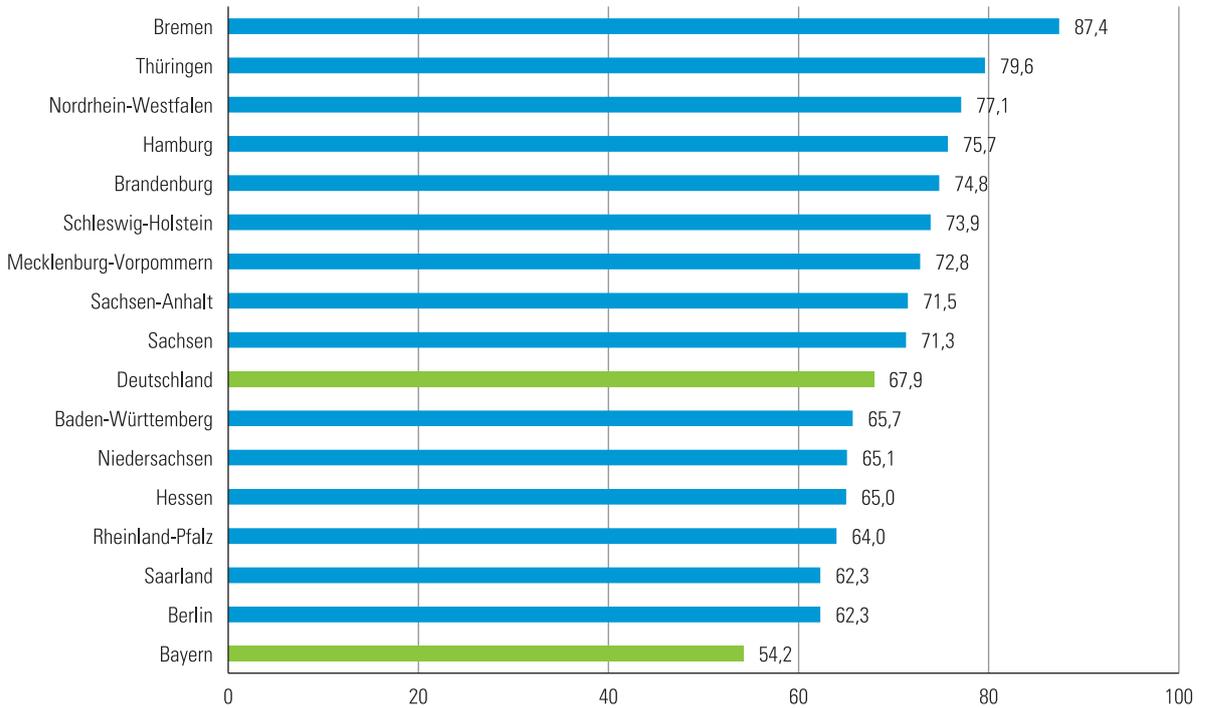
„Um allen psychisch Kranken eine möglichst flächendeckende, wohnortnahe Behandlung zu ermöglichen, ist der Grundsatz der Dezentralisierung – basierend auf dem Zweiten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter – wesentlicher Bestandteil der Krankenhausplanung. Im Rahmen der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung hat sich dabei der Grundsatz der unmittelbaren Anbindung psychiatrischer Versorgungsangebote an ein leistungsfähiges somatisches Krankenhaus sowohl in wirtschaftlicher wie auch in medizinisch-therapeutischer Hinsicht bewährt.“

Quelle: www.stmgp.bayern.de

²¹ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass mit der Aufnahme der Fachrichtung Psychosomatik in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern 2004/2005 rund 1.200 Betten von der Fachrichtung Psychiatrie zur Fachrichtung Psychosomatik umgewidmet worden sind, hauptsächlich an der psychiatrischen Fachkliniken der Bezirke.

Krankenhausbetten in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie, 2015

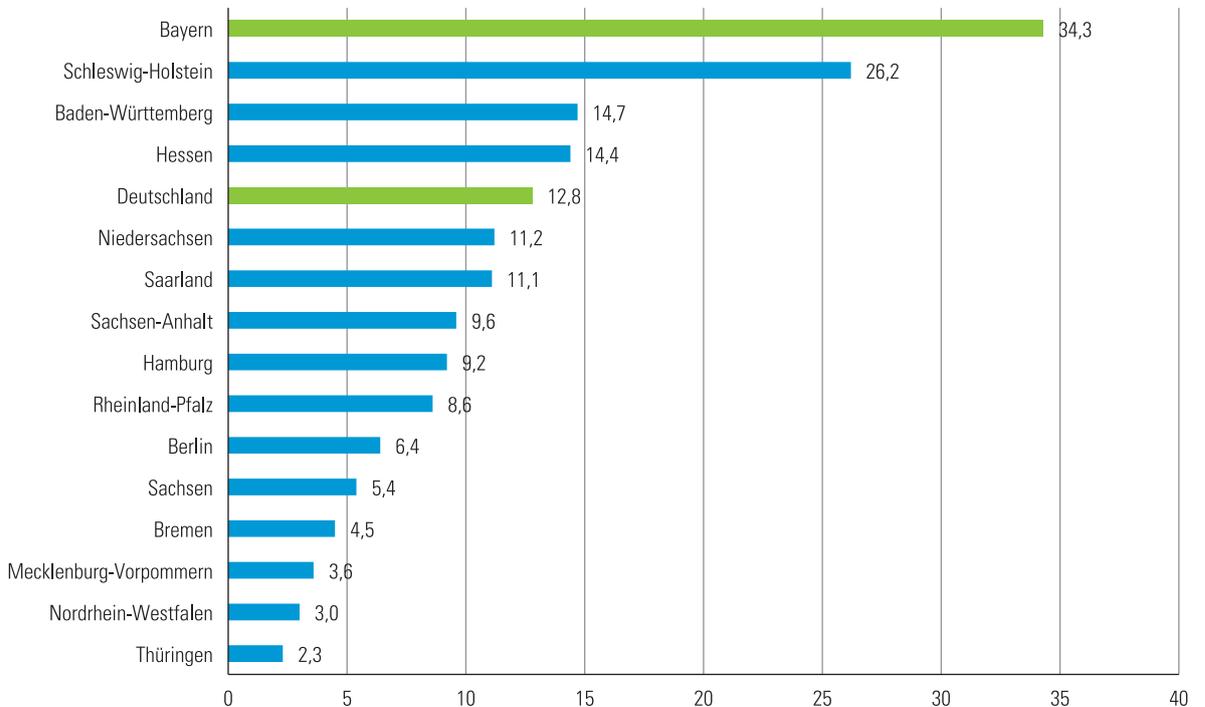
Betten je 100.000 Einwohner



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhausbetten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik, 2015

Betten je 100.000 Einwohner



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Brandenburg: keine Daten

In den bayerischen **Rehabilitationseinrichtungen** dominieren die psychosomatischen Betten: Im Jahr 2015 gab es den Daten der Krankenhausstatistik zufolge 1.486 aufgestellte Betten in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 2.228 aufgestellte Betten in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik. Für beide Fachabteilungen zusammen mit 3.714 Betten entspricht dies 29,1 Betten je 100.000 Ew. (Deutschland: 39,1 Betten je 100.000 Ew.). Gegenüber dem Jahr 2005 ist die Zahl der Betten in den beiden Fachabteilungen in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um 28 % gestiegen (Deutschland: 26 %).

Die Fallzahlen in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in den Rehabilitationseinrichtungen sind zwischen 2005 und 2015 um 9 % und in den Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin um 58 % gestiegen (in Deutschland um 10 % bzw. 72 %). Beide Fachabteilungen zusammen genommen betrug der Anstieg in Bayern 42 % und in Deutschland 47 %. Die Fallzahlen sind demnach – primär aufgrund der starken Dynamik in der Psychotherapeutischen Medizin – deutlich stärker gestiegen als die Zahl der Betten.



Unterbringungen

Ein besonderes Problemfeld im Zusammenhang mit psychischen Störungen sind zwangsweise Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer anderen geschlossenen Einrichtung, z. B. wenn die Gefahr besteht, dass sich ein Mensch infolge einer erheblichen psychischen Störung selbst tötet, sich schwer schadet oder Dritte gefährdet. Dies kann aufgrund verschiedener Rechtsvorschriften erfolgen, die wichtigsten sind die betreuungsrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB, kurzfristige Unterbringungen nach § 1846 BGB, die Unterbringung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz sowie Unterbringungen nach strafrechtlichen Vorschriften (vor allem § 63 und 64 StGB). Die Datenlage dazu ist lückenhaft, z. B. gibt es nur Daten über die gerichtlichen Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB, nicht für die Unterbringungen selbst. Für das Jahr 2014 verzeichnete die Justizstatistik in Bayern 36.847 Verfahren nach § 1906 BGB, 10.718 Verfahren nach § 1846 BGB und 13.072 Verfahren nach Unterbringungsgesetz (Justizstatistik GÜ2). Knapp 2.600 Menschen waren Ende 2015 auf der Grundlage der §§ 63, 64 StGB untergebracht (Statistik des Bayerischen Bezirktags, 31.12.2015).

Weitere Versorgungsangebote

In Bayern gibt es darüber hinaus eine Vielzahl niedrigschwelliger Versorgungsangebote und Hilfen zur Alltagsbewältigung für Menschen mit psychischen Störungen. Eine wichtige Rolle spielen im ambulanten komplementären Bereich, der die medizinische Versorgung ergänzt, beispielsweise die Sozialpsychiatrischen Dienste. Hier sind vor allem Psychologen und Sozialpädagogen z. B. in der Krisenberatung tätig. Zu Beginn des

Jahres 2016 gab es in Bayern gut 90 Sozialpsychiatrische Dienste mit etwa 380 Fachkräften. Die Bezirke als Träger der komplementären Versorgung stellen zudem ca. 10.000 Plätze für betreutes Wohnen und mehr als 2.200 Werkstattplätze für Menschen mit seelischer Behinderung zur Verfügung.²² Für die ambulante psychiatrische Versorgung wurden 2015 etwa 180 Mio. Euro aufgewandt.

22 Siehe Bayerische Bezirktags, www.bay-bezirke.de/baybezirke.php?id=239.

Ausgaben für die ambulante komplementäre psychiatrische Versorgung Bayern, 2015

Sozialpsychiatrische Dienste	31.569.939,27 €
Psychosoziale Suchtberatungsstellen	35.033.520,30 €
Betreutes Wohnen	64.554.027,65 €
Tagesstätten	29.416.806,76 €
Integrationsprojekte / Zuverdienstplätze	16.290.587,61 €
Psychiatrische Familienpflege	1.240.203,17 €
Insgesamt	178.105.084,76 €

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag, Stand 31.12.2015

Therapie von psychischen Störungen

Je nach Art und Schweregrad der psychischen Erkrankung erfolgt die Therapie durch Psychotherapie sowie durch Medikamente (Psychopharmaka). In der Psychotherapie stehen für gesetzlich Versicherte drei sog. „Richtlinienverfahren“ zur Verfügung: die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die psychoanalytische Psychotherapie. Diese Therapieverfahren sind für unterschiedliche Störungsbilder unterschiedlich gut geeignet. Die meisten Wirksamkeitsstudien gibt es für die Verhaltenstherapie, hier ist die Wirksamkeit z. B. für Depressionen, Belastungsstörungen, Zwänge und andere Störungsbilder nachgewiesen. Auch zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegen Wirksamkeitsnachweise für einzelne Störungsbilder vor, während die Studienlage für die psychoanalytische

Psychotherapie deutlich lückenhafter ist und Fallstudien dominieren.

Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge wurde rund 7% der Patienten mit einer diagnostizierten psychischen Störung²³ eine psychotherapeutische Behandlung verordnet. Knapp 37% der ambulanten Patienten mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in Bayern wurde im Jahr 2014 mindestens ein Medikament aus der Gruppe der Psychopharmaka verschrieben. Die beiden wichtigsten Gruppen sind die Psycholeptika (N05²⁴) und die Psychoanaleptika (N06). Psycholeptika werden eingesetzt, um das Zentralnervensystem zu dämpfen, dazu gehören Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Narkosemittel und Neuroleptika. Im Gegensatz dazu sollen Psychoanaleptika (N06) das Zentralnervensystem anregen, hierzu gehören vor allem die bei Depressionen eingesetzten Antidepressiva.

Zusammengenommen belegten Psycholeptika (N05) und Psychoanaleptika (N06) im Jahr 2015 mit bundesweit knapp 2 Mrd. Euro Bruttoumsatz und mit einem Verbrauch von 2,2 Mrd. definierten Tagesdosen (DDD)²⁵ einen der vorderen Plätze im Fertigarzneimittelbereich. Sie zählen somit zu den sehr häufig verordneten Arzneimitteln. In Bayern entfielen fast 292 Mio. Euro und ca. 341 Mio. DDD auf die beiden Psychopharmakagruppen.

Während der bundesweite Verbrauch der Psycholeptika (N05) von 1999 bis 2004 insgesamt zurückging und seitdem konstant blieb, hat sich der Verbrauch der Psychoanaleptika seit 1999 fast verdoppelt.²⁶ Die Entwicklung in Bayern verlief vergleichbar.

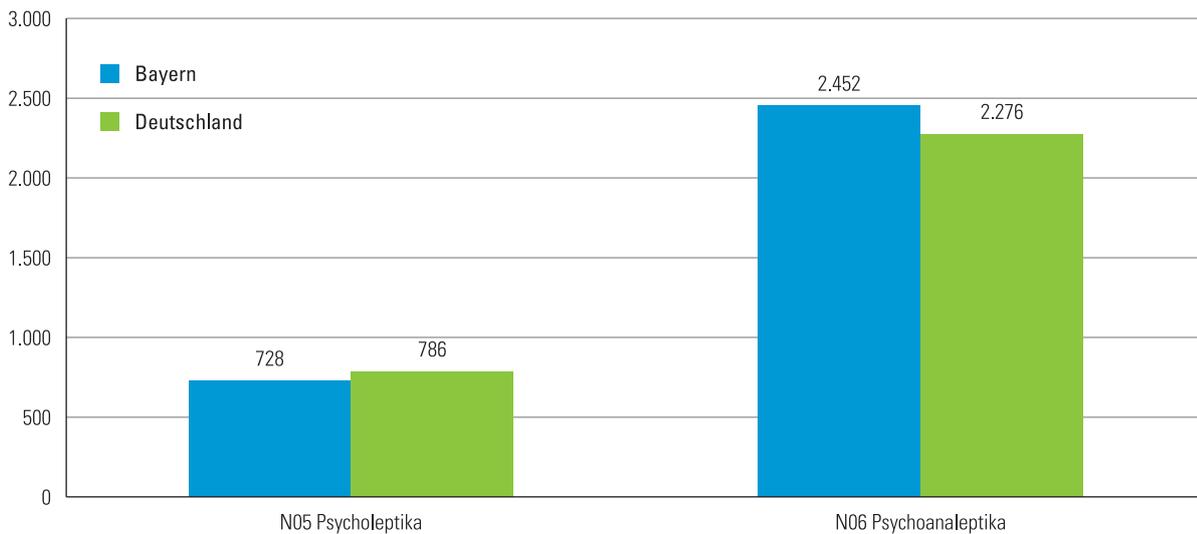
23 Patienten bei denen im Beobachtungszeitraum (4. Quartal 2013 – 1. Quartal 2015) in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen mindestens eine Diagnose aus F00–F99 kodiert wurde.

24 Die Kennzeichnungen beziehen sich auf die „Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (ATC) Klassifikation“, eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe.

25 Eine definierte Tagesdosis (DDD) ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

26 Häussler, B., Höer, A., Hempel, E. (Hrsg.): Arzneimittel-Atlas 2014. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Berlin, Heidelberg 2014.

Arzneimittelverbrauch, definierte Tagesdosen (DDD) je 100 GKV-Versicherte, 2015



Datenquellen: GKV-Spitzenverband, GAmSi, GKV-Statistik KM 6, Berechnungen LGL

In Bayern liegt der Verbrauch an Psychopharmaka insgesamt seit Jahren etwas über dem Bundesdurchschnitt. Dies spiegelt das quantita-

tiv bessere Versorgungsangebot wider, lässt aber keine Aussage über die Versorgungsqualität zu.



Beratung und therapeutische Unterstützung in Zukunft auch online?

Das Internet spielt auch bei der Hilfe bei psychischen Problemen eine immer größere Rolle, angefangen von Informationsseiten bis hin zu psychoedukativen Selbstmanagement-Programmen. Manche der Angebote wurden wissenschaftlich untersucht und haben sich als hilfreich erwiesen, z. B. das australische Programm MoodGYM, das von der AOK beworben wird und auch in Deutschland genutzt werden kann (www.moodgym.de). Es gibt aber auch viele Angebote, deren Qualität zweifelhaft ist. Fachleute fordern daher zunächst Qualitätsstandards für solche Angebote, bevor sie breiter empfohlen werden.

Soziale Folgen: Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung

Kassenartenübergreifende Daten zum Krankenstand sind auf Länderebene nicht verfügbar. Im Hinblick auf die psychischen Störungen zeigen jedoch alle Kassenarten das gleiche Bild: Die psychischen Störungen machen einen immer größeren Anteil am Krankenstand aus, je nach Kassenart inzwischen deutlich über 10%. Dabei weist Bayern wie beim Krankenstand insgesamt auch bei den Krankschreibungen infolge psychischer Störungen unterdurchschnittliche Häufigkeiten auf.

2015 entfielen bei den DAK-Versicherten in Bayern 15,2% der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Störungen (Deutschland: 16,2%). Bezogen auf die Versicherten lag Bayern mit 199 Arbeitsunfähigkeitstagen je 100 Versichertenjahren infolge psychischer Störungen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt mit 244 Arbeitsunfähigkeitstagen je 100 Versichertenjahre.²⁷

Auch bei den Erwerbsminderungsrenten haben die psychischen Störungen gegenüber früheren Jahrzehnten erheblich zugenommen. Lagen sie in den 1990er Jahren noch an dritter Stelle der häu-

²⁷ „Versichertenjahre“ sind eine statistische Normierungsgröße zum Vergleich von Krankenstandsdaten zwischen Populationen, z. B. zum Ausgleich von Saisonbeschäftigung. Man kann sie in etwa wie ganzjährig Versicherte verstehen.

figsten Frühberentungsdiagnosen, sind sie seit Anfang 2001 der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente.²⁸ Allein zwischen 2005 und 2015 stieg ihre Zahl deutschlandweit von 47.090 Fällen auf 73.586 Fälle. In Bayern erhöhte sich die Zahl im gleichen Zeit-

raum von 7.300 auf 8.895. Der Anstieg fiel mit 22% geringer aus als im Bundesdurchschnitt (56%). In den letzten Jahren stagniert die Zahl der Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen bzw. ist in Bayern sogar leicht rückläufig.



Örtliche Vernetzung

Auch in der Prävention und Versorgung psychischer Störungen lässt sich beobachten, dass die Hilfen aus den unterschiedlichen Bereichen nicht immer ausreichend vernetzt sind und besser zusammenarbeiten könnten. Dabei zeigen sich die Erfolge einer guten Zusammenarbeit oft am konkretesten auf der kommunalen bzw. regionalen Ebene. Eine zentrale Rolle spielen hier die „Regionalen Steuerungsverbände“ (Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften), in denen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte die verschiedenen Akteure der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung zusammenarbeiten, auch unter Einbeziehung von Psychiatererfahrenen.

*Das Bayerische Gesundheitsministerium fördert seit Januar 2015 die Gründung von **Gesundheitsregionen^{plus}** zum Zweck der Vernetzung von Akteuren, die auf kommunaler Ebene bei der gesundheitlichen Versorgung und Prävention eine wesentliche Rolle einnehmen. Bayerische Landkreise und kreisfreie Städte, die Gesundheitsregionen^{plus} bilden, werden durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege bis Ende 2020 jeweils mit bis zu 250.000 Euro unterstützt. Die an Bedeutung zunehmenden psychischen Krankheiten werden verstärkt in Arbeitsgruppen in den Gesundheitsregionen^{plus} bearbeitet, ob im Bereich Prävention oder im Bereich Versorgung. Ein Beispiel ist die Gesundheitsregion^{plus} Günzburg. Dort wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, um die Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis zu verbessern. Aktuelle Problemlagen werden diskutiert und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. In der Arbeitsgruppe sind neben der Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} Mitarbeiter des Gesundheitsamts, Psychotherapeuten, Psychiater, Vertreter des MDK, des Kinderschutzbunds, der Seniorenfachstelle, des Bezirkskrankenhauses und der Kreiskliniken aktiv. Ergebnisse werden direkt ans Gesundheitsforum mit Vorsitz des Landrates, aber auch an den Bezirk und die Landesebene rückgemeldet.*

*Auf Landesebene unterstützt die Staatsregierung in einem Dialogprozess die Akteure der psychiatrischen Versorgung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote. Dazu hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den **Expertenkreis Psychiatrie** eingerichtet, in dem praktisch alle an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligten Institutionen und Organisationen sowie die Selbsthilfe zusammenarbeiten.*

28 Deutsche Rentenversicherung: Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin 2014.

4. Im Brennpunkt: Depressionen – ein Überblick



Das Wichtigste

- Depressionen sind ernste Erkrankungen, aber nicht jede Traurigkeit ist eine Depression.
- In Bayern lag der GEDA-Studie 2012 zufolge bei etwa 8 % der Erwachsenen während eines 12-Monatszeitraums eine Depressionsdiagnose vor.
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer, die untere Sozialstatusgruppe häufiger als die obere.
- In ländlichen Regionen werden weniger Depressionsdiagnosen gestellt als in städtischen Regionen.
- Hausärzte spielen in der Versorgungssteuerung bei Depressionen eine entscheidende Rolle. Sie müssen dementsprechend qualifiziert sein.
- Etwa 4 % der Betroffenen werden stationär behandelt. Die Zahl der Krankenhausfälle aufgrund von Depressionen ist in den letzten 15 Jahren stark gestiegen.

Depressionen²⁹ sind in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten Teil der Gruppe der „Affektiven Störungen“ (F30–F39) und machen dort den weitaus größten Teil der Fälle aus. Sie stellen (nach Angststörungen) die häufigste psychische Störung in der deutschen Bevölkerung dar. Jeder Achte bis jeder Fünfte erkrankt einmal im Leben an einer Depression.³⁰ Man schätzt, dass auf Depressionen ein Fünftel der direkten Krankheitskosten entfällt, die psychische Störungen insgesamt verursachen.³¹ Der Ausdruck „Volkskrankheit Depression“³² ist insofern berechtigt.

Das Krankheitsbild: Was sind Depressionen?

Die Wissenschaft geht heute davon aus, dass bei der Entstehung einer Depression eine gestörte Funktion von zwei wichtigen Nervenfasersystemen im Gehirn und der Botenstoffe Serotonin

und Noradrenalin vorliegt. Die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin sind u. a. für konzentriertes Denken, Aufmerksamkeit, Appetit und einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus verantwortlich. Außerdem steuern diese Botenstoffe Emotionen und Stimmungslage. Das Störungsbild ist demzufolge gekennzeichnet durch Symptome wie Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen.³³

Diese Anzeichen treten jedoch auch bei gesunden Menschen auf und solange sie zeitlich begrenzte Reaktionen auf bestimmte Ereignisse wie z. B. Trauer bei Verlust eines nahestehenden Menschen sind, sind sie ganz natürlich. Schwere Depressionen können dagegen bis zum Suizid führen. Fachleute schätzen, dass 15 % der Patienten mit einer schweren Depression durch Suizid versterben.³⁴

29 Im Folgenden liegt der Fokus auf der unipolaren Depression, um die es auch in der öffentlichen Diskussion überwiegend geht. Bei der unipolaren Depression gehen im Gegensatz zur bipolaren Störung keine manischen Phasen (Phasen grundloser, übermäßig gehobener Stimmung) mit den depressiven Phasen einher. Bei ca. 20 % der Patienten mit Depressionen verläuft die Erkrankung bipolar.

30 Bezogen auf die gesamte Lebenszeit liegt die Prävalenz einer depressiven Symptomatik nach internationalen Studien zwischen 16 und 20 %: DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016.

31 Melchior, H. et al.: Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Faktencheck Gesundheit. Gütersloh 2014: 22.

32 Stoppe, G. et al. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin, Heidelberg 2006.

33 WHO: Definition einer Depression. 2016. www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition [Abruf: 05. Juli 2016].

34 Robert Koch-Institut: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Berlin 2014: 69.



Was sind Depressionen?

„Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt“.

Quelle: DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016.

Um die Diagnose Depression stellen zu können, müssen nach ICD 10 eine bestimmte Anzahl von Haupt- und Nebensymptomen mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen vorliegen:

Symptome depressiver Störungen

Hauptsymptome	Nebensymptome
– Gedrückte Stimmung	– Konzentrieren fällt schwer
– Verlust an Interesse/ Freude	– Vermindertem Selbstwertgefühl
– Verminderter Antrieb	– Schuldgefühle
	– Gehemmtes oder getriebenes Verhalten
	– Wunsch, aus dem Leben zu scheiden
	– Schlafstörungen
	– Appetitstörungen

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), ICD-GM

Bei einer leichten Depression müssen beispielsweise mindestens zwei Hauptsymptome und

zusätzlich wenigstens zwei Nebensymptome vorliegen. Je größer die Anzahl der Symptome, umso schwerer ist die Depression.

Neben den genannten Symptomen wird auch der Verlauf der Erkrankung zur Diagnostik herangezogen. Depressionen zeichnen sich in der Regel durch einen episodischen Verlauf aus, d.h. die depressiven Phasen sind zeitlich begrenzt und klingen häufig auch von selbst wieder ab. Die Episodendauer einer Depression beträgt bei adäquater Behandlung im Durchschnitt vier Monate.

Die Verläufe von Depressionen sind individuell sehr unterschiedlich. Grundsätzlich wird unterschieden zwischen depressiven Episoden, die

- vollständig abklingen („remittierende depressive Episode“),
- unvollständig abklingen, sodass einige Symptome nicht restlos verschwinden,
- abklingen und dann erneut auftreten („rezidivierende depressive Störung“)³⁵
- länger als zwei Jahre ohne Besserung anhalten („chronische depressive Störung“).³⁶

³⁵ Über den Lebensverlauf betrachtet, tritt etwa bei der Hälfte der Fälle von depressiven Störungen nach der Ersterkrankung mindestens eine weitere depressive Störung auf: DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016.

³⁶ DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016. Eine abgeschwächte Form von Depression ist die Dysthymie (F34.1). Diese ist gekennzeichnet durch schwächere, jedoch mindestens zwei Jahre anhaltende depressive Symptome. Dysthymien erfüllen die psychiatrischen Kriterien bzw. die Symptomanzahl selbst für eine leichte depressive Episode nicht. Deshalb werden sie im Folgenden ausgeklammert.

Zudem werden depressive Episoden danach klassifiziert, ob im Rahmen der Depression psychotische Symptome (nur bei schweren depressiven Episoden) vorkommen oder nicht. Hierunter fallen Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Starrezustand („Stupor“).

Depressionen treten außerdem häufig zusammen mit anderen körperlichen oder psychischen Erkrankungen auf. Bei ca. 60% der Betroffenen wird neben der depressiven Erkrankung mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert. Es handelt sich dabei häufig um Angststörungen, Schmerzstörungen und/oder Suchterkrankungen, die in der Regel vor der ersten depressiven Episode auftreten und das Risiko einer Depression erhöhen. Der Zusammenhang zwischen dem Auftreten von körperlichen Erkrankungen und Depressionen ist bei einzelnen Erkrankungen sowohl im Hinblick auf die Größenordnung als auch im Hinblick auf die Richtung der Kausalität noch ungeklärt (siehe auch Kapitel 5.4.).

Die Häufigkeit von Depressionen in Deutschland und Bayern

Der Anteil diagnostizierter Depressionen bei Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren liegt den Daten der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts zufolge in Bayern mit 8,2% minimal höher als in Deutschland insgesamt (8%). In der GEDA-Studie werden Selbstangaben erhoben. Es wurde erfragt, ob ein Arzt oder Psychotherapeut in den letzten 12 Monaten eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt hat. In der DEGS1-Studie wurde im Rahmen eines ärztlichen Interviews bei 8,1% der Erwachsenen (Frauen: 10,2%, Männer: 6,1%) eine depressive Symptomatik unabhängig von einer früheren ärztlichen Diagnose festgestellt.³⁷

Für Bayern liegen derzeit jedoch nur repräsentative Zahlen zur Prävalenz diagnostizierter Depressionen vor. Neben der GEDA-Studie können dazu wiederum die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns herangezogen werden. Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 1. Quartal 2015 lag bei ca. 1,1 Mio. Erwachsenen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen eine Depressionsdiagnose vor. Der Schweregrad wurde überwiegend nicht näher bezeichnet. Bei den Patienten, bei denen er näher bezeichnet wurde, dominierten die mittelschweren Depressionen.

Häufigkeit nach Geschlecht

Frauen haben – wie bei den psychischen Störungen insgesamt – deutlich häufiger eine Depressions-Diagnose als Männer. Allerdings ist davon auszugehen, dass Depressionen bei Männern häufiger unerkannt bleiben.³⁸ Im Hinblick auf die diagnostizierten Depressionen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bayern deutlicher ausgeprägt als deutschlandweit: Bayerische Frauen haben mit 10,6% eine höhere 12-Monats-Prävalenz und bayerische Männer mit 5,7% eine etwas niedrigere 12-Monats-Prävalenz als im Bundesdurchschnitt (Frauen: 9,8%, Männer: 6,1%).

Häufigkeit nach Alter

Die Häufigkeit von Depressionen nach Altersgruppen stellt sich ähnlich wie bei den psychischen Störungen insgesamt etwas unterschiedlich dar, je nachdem, ob man die Befunde der psychiatrischen Interviews aus der DEGS1-Studie betrachtet oder die Diagnosen aus dem Versorgungsgeschehen. Der DEGS1-Studie zufolge ist die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik im jungen Erwachsenenalter am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter tendenziell ab.³⁹ Dagegen dokumentieren Studien, die nach diagnostizierten Depressionen fragen, einen Anstieg

37 Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 733–739.

38 Möller-Leimkühler, A.: Männer. In: Stoppe, G. et al. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Berlin, Heidelberg 2006: 215–228.

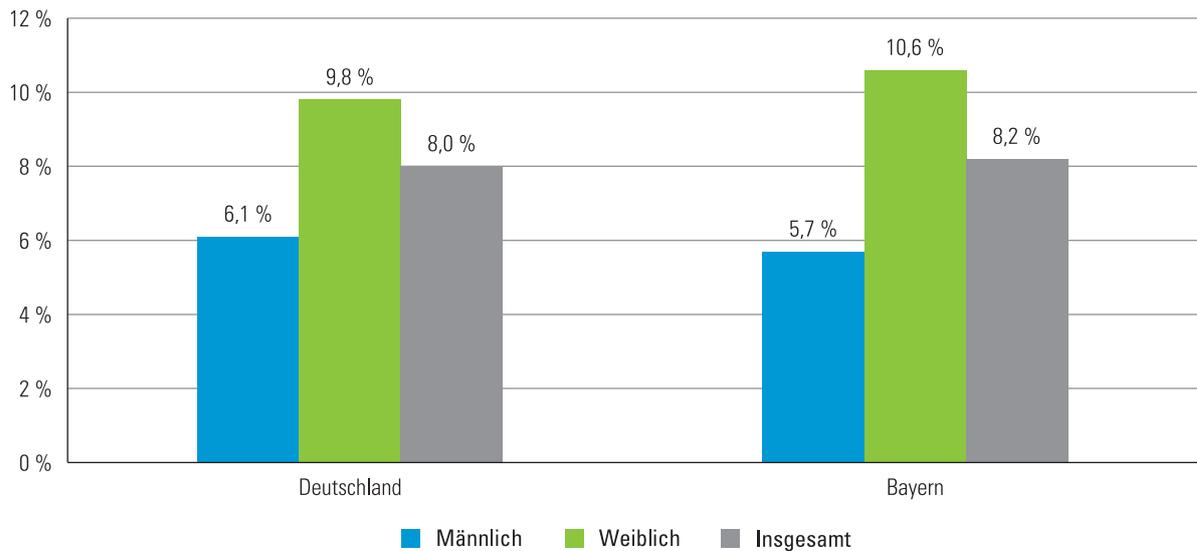
39 Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 733–739.

der Häufigkeit bis zum Alter um den Renteneintritt herum und einen Rückgang erst in den folgenden Jahren. Diese Diskrepanz zeigt sich für Bayern ebenfalls. In der GEDA-Studie gaben die Befragten im späteren Erwerbsalter am häufigsten an, dass bei ihnen eine Depression diagnostiziert wurde, danach gehen die Raten zurück.

Noch einmal ein etwas anderes Bild zeigen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns: Hier nimmt der Anteil der Patienten mit einer Depressionsdiagnose mit dem Alter immer weiter zu, wobei der Anstieg im späteren Erwachsenenalter ausschließlich durch die „depressiven Episoden“ (F32) bedingt ist.

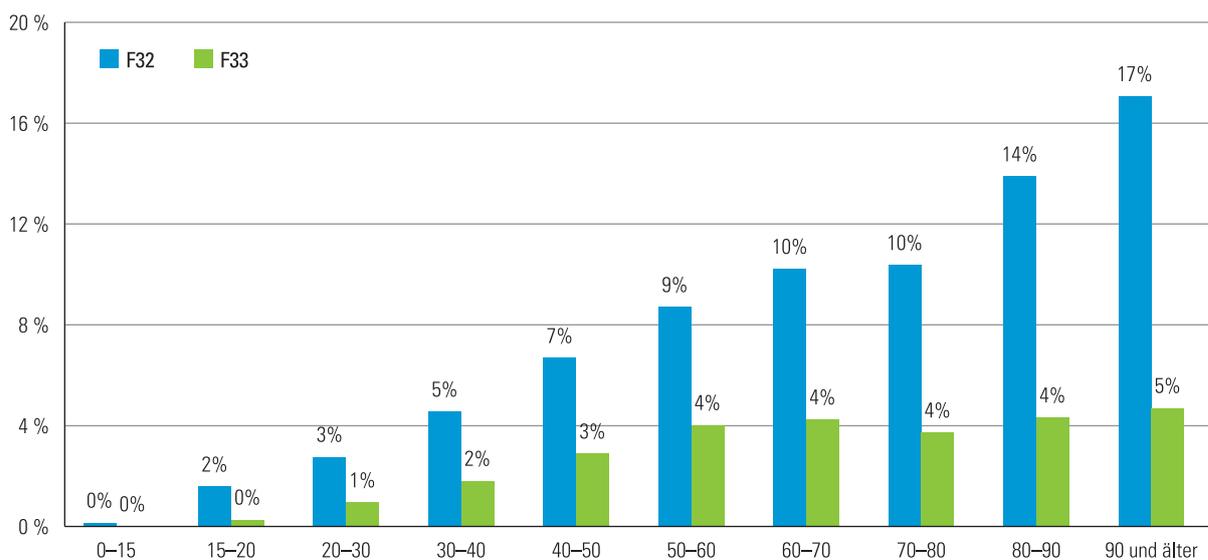
Diagnostizierte Depressionen, 12-Monatsprävalenz, 2012

Anteil an der Bevölkerung ab 18 Jahren



Datenquelle: RKI, GEDA 2012

Diagnostizierte Depressionen (F32/F33), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB; Berechnungen: IGES

Für diese unterschiedlichen Alterseffekte sind verschiedene Erklärungsansätze denkbar. So ist davon auszugehen, dass alte Patienten mit Depressionen in wissenschaftlichen Studien unterrepräsentiert sind, z. B. weil Personen in Heimen nicht einbezogen werden.⁴⁰ Speziell in Befragungen kann auch eine Rolle spielen, dass sich ältere Patienten seltener an eine frühere Diagnosestellung durch den Arzt erinnern, insbesondere wenn sie keine Behandlung zur Folge hatte, oder sich – aufgrund einer höheren Tabuisierung psychischer Störungen bei älteren Menschen – schwerer damit tun, in einer Befragung

darüber zu berichten. Auch von Messungenauigkeiten bzgl. im Alter häufiger vorkommender untypischer Depressionen (z. B. mit im Vordergrund stehenden somatischen Symptomen) wird berichtet.⁴¹ Andererseits könnte bei der steigenden Anzahl der Depressionsdiagnosen im hohen Lebensalter in den Abrechnungsdaten auch eine Rolle spielen, dass einmal gestellte Depressionsdiagnosen bei älteren Patienten gelegentlich ohne Überprüfung weiter mitgeführt werden. Solche Erkenntnislücken belegen die Bedeutung des vorliegenden Berichts und des Zusammenführens von Daten.



Versorgungsforschung

Das Wissen über Strukturen der Versorgung, ihre Prozesse und Ergebnisse ist lückenhaft. Dies gilt auch für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ein Grund sind fehlende Daten bzw. die Zersplitterung der Datenquellen. Häufig werden aber auch verfügbare Daten nicht genutzt oder nicht in Bezug zu anderen Daten gesetzt. Die Versorgungsforschung als wissenschaftliche Disziplin ist in Deutschland noch jung, ihre Bedeutung für die Qualität der Versorgung dringt aber immer mehr ins Bewusstsein der Akteure des Gesundheitswesens.

*In Bayern hat das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zur Unterstützung der Versorgungsforschung daher die **Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsversorgungsforschung (LAGEV)** initiiert, die Akteure zusammenführen und weiterführende Forschungsarbeiten stimulieren soll. Die Geschäftsstelle der LAGEV ist am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit angesiedelt:*

www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/lagev/index.htm

Bildung und sozioökonomischer Status

Depressive Symptome sind bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (also geringem Einkommen oder niedrigem formalen Bildungsstand) häufiger als bei Menschen mit höherem sozioökonomischen Status. Dabei ist

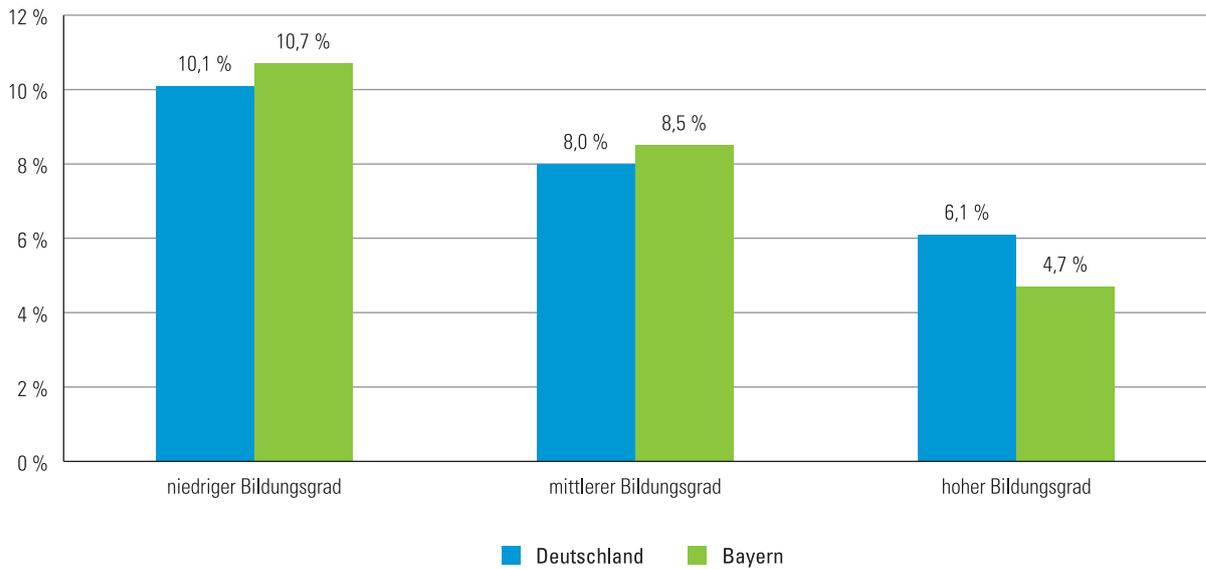
dieser Zusammenhang bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Das ist in Deutschland wie in Bayern gleichermaßen der Fall, wobei die sozialstatusbedingten Unterschiede in der Depressionshäufigkeit in Bayern möglicherweise etwas größer sind als im Bundesdurchschnitt.⁴²

40 Bramesfeld, A., Schwartz, F.W.: Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Psychiatrische Praxis 2007; 34: 247–251.

41 Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 733–739.

42 Einschränkung muss hier angemerkt werden, dass dieser Unterschied durch eine multivariate Analyse mit einem geeigneten theoretischen Modell zu prüfen wäre, das konnte im Rahmen der Berichterstellung nicht geleistet werden.

Diagnostizierte Depressionen, 12-Monatsprävalenz, 2012

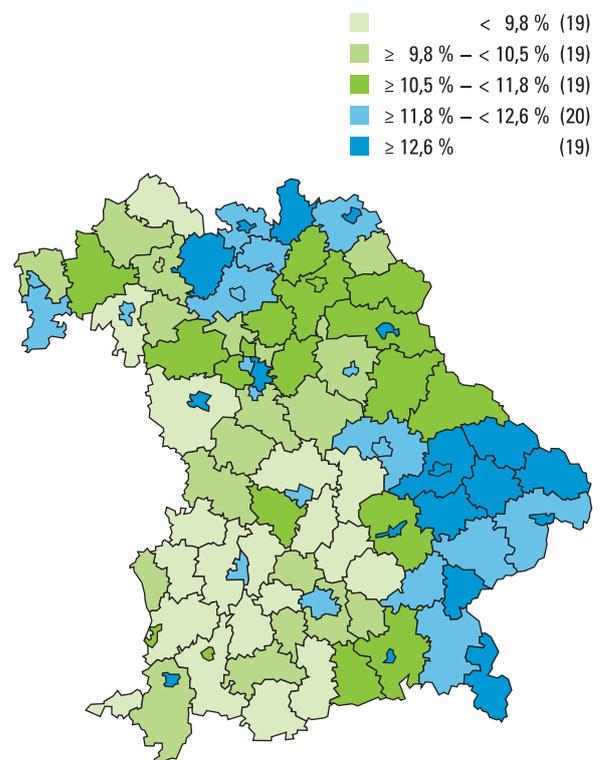


Datenquelle: RKI, GEDA 2012; Berechnungen IGES. Kategorisierung des Bildungsgrads auf Basis der International Standard Classification of Education (ISCED) der UNESCO

Regionale Unterschiede in Bayern

Die Häufigkeit diagnostizierter Depressionen variiert in Deutschland erheblich und liegt in Süddeutschland höher als im Bundesdurchschnitt. In Ostdeutschland liegen die Diagnoseraten deutlich niedriger.⁴³ Auch in Bayern zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede. Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge liegt die Spannweite der Diagnosehäufigkeit bei den GKV-Versicherten auf Kreisebene zwischen 8 % und 16 %. Vor allem im Südwesten Bayerns werden verhältnismäßig wenige Depressionen diagnostiziert. Die räumliche Verteilung der Therapeuten (siehe S. 39) zeigt dagegen ein anderes Bild, d. h. die Diagnosen sind nicht durchgehend dort am häufigsten, wo es die meisten Therapeuten gibt.

Häufigkeit diagnostizierter Depressionen (F32/F33), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB; Berechnungen: IGES

43 Melchior et al.: Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen. In: Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.): Gesundheit in Regionen. Berlin 2014: 87–92.

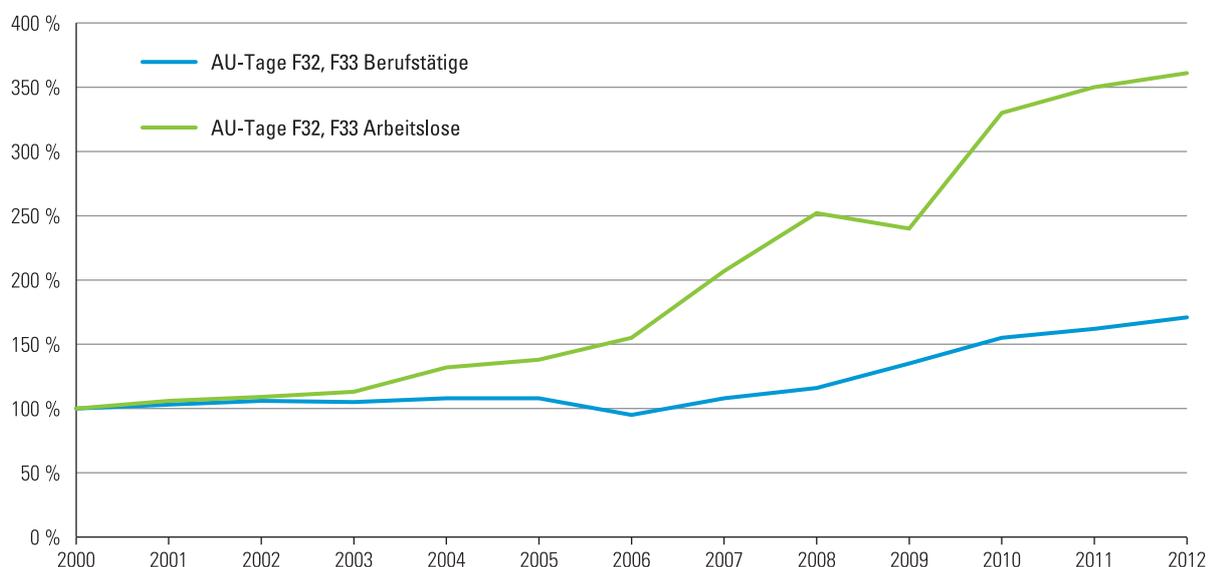
Städte weisen etwas mehr diagnostizierte Depressionen auf als Landkreise, das gilt auch für Deutschland insgesamt. So zeigt die DEGS1-Studie, dass die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenzen einer diagnostizierten Depression deutschlandweit in großstädtischen Wohnorten insgesamt am höchsten sind (Lebenszeitprävalenz: 13,7%, 12-Monatsprävalenz: 7,6%), gefolgt von mittelstädtischen (11,4% bzw. 5,5%) und ländlichen Wohnorten (10,5% bzw. 5,7%), und am niedrigsten in kleinstädtischen Wohnorten (9,9% bzw. 4,4%). Dieser Zusammenhang besteht auch dann, wenn man regionale Unterschiede im Hinblick auf den sozioökonomischen Status der Bevölkerung sowie Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt.⁴⁴

Depressionen im Zeitverlauf

In der Literatur finden sich Hinweise, dass die Zahl der Depressionen in den Jahren von 1980 bis Anfang der 2000er Jahre real zugenommen hat.⁴⁵ Seitdem scheint sie jedoch konstant geblieben zu sein.⁴⁶ Dagegen nimmt die Zahl diagnostizierter Depressionen, also der Fälle, die im Versorgungssystem ankommen, seit Jahren zu.⁴⁷ Ein klassischer Indikator dafür ist der Krankenstand aufgrund psychischer Störungen. Von 2000 bis 2012 stiegen beispielsweise bei den Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK) die Fehlzeiten aufgrund von Depressionen unter den Erwerbspersonen deutschlandweit auf 171% des Ausgangswertes, bei den Arbeitslosen (ab 2006 ausschließlich ALG-I-Empfänger) stiegen die Krankmeldungen durch Depressionen auf 374% des Ausgangswertes im Jahr 2000. Im Jahr 2013 war unter den Berufstätigen erstmals seit 2006 ein leichter Rückgang der Fehlzeiten aufgrund von Depressionen zu verzeichnen.

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsstage aufgrund diagnostizierter Depressionen (F32, F33), Deutschland

Indexdarstellung: Jahr 2000 = 100 %



Datenquelle: TK, Depressionsatlas 2015; Datengrundlage sind Daten der TK-Versicherten

44 Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 733–739.

45 Wittchen, H.-U.: Haben Depressionen wirklich zugenommen – oder werden sie nur häufiger erkannt, diagnostiziert und behandelt? Kongresspapier, Dresden. 2011. Dort wird eine Zunahme von 6,5% im Jahr 1980 auf 11% im Jahr 2004 berichtet.

46 Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 733–739; Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 2014; 85: 77–87; Wittchen, H.-U., Jacobi, F.: DEGS-Symposium (14.06.2012): DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?

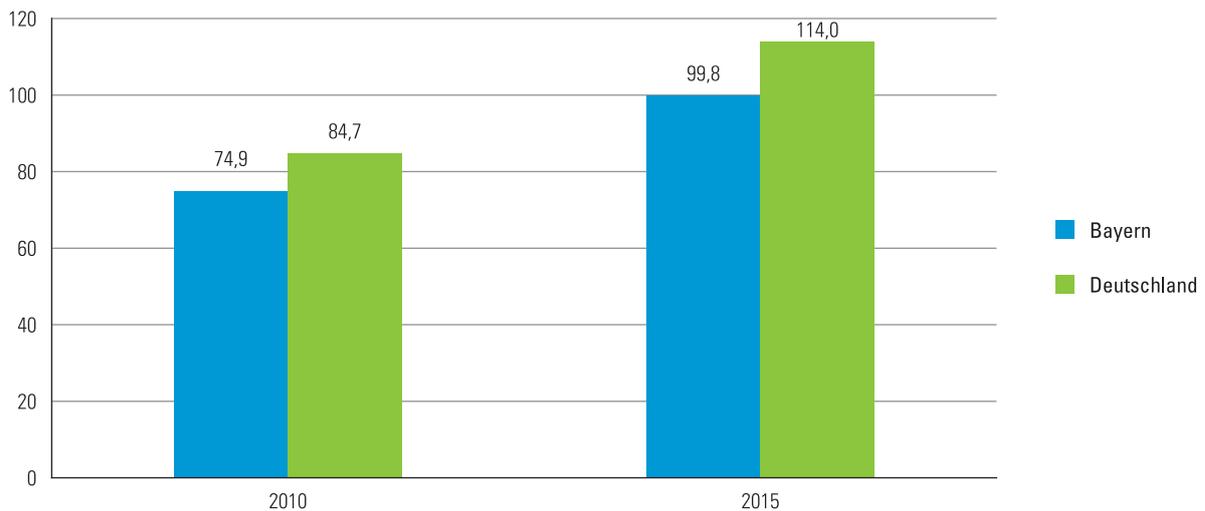
47 Robert Koch-Institut (Hrsg.): Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Depression. Berlin 2014.

Dieser Trend zeigt sich auch in Bayern, wobei die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von diagnostizierten Depressionen in Bayern etwas unter dem Bundesdurchschnitt liegt. So stieg bei

den TK-Versicherten in Bayern die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre aufgrund von diagnostizierten Depressionen zwischen 2010 und 2015 um ca. 35 % an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Depressionen (F32, F33), Bayern

Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre, TK-Versicherte



Datenquelle: TK-Gesundheitsreporte; Berechnungen IGES

Die Zunahme der Fälle im Versorgungssystem ist, ähnlich wie bei den psychischen Störungen insgesamt, auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Dazu gehören die partielle Entstigmatisierung psychischer Störungen und das bessere ambulante Versorgungsangebot, aber auch die Senkung der Schwellen für die Diagnose einer Depression, z. B. was den Mindestzeitraum für das Bestehen von Symptomen angeht.

Depressionen im Versorgungssystem

Leitlinien als Orientierungshilfen für eine gute Versorgung

Depressionen sind grundsätzlich gut behandelbar. Wichtig ist, dass sie rechtzeitig erkannt und leitliniengemäß therapiert werden.⁴⁸ Zur Therapie der depressiven Störungen stehen medikamentöse, psychotherapeutische Behandlung sowie unterstützende Maßnahmen zur Verfügung. Die Leitlinie für Unipolare Depression differenziert im Hinblick auf die empfohlenen Behandlungsmethoden insbesondere hinsichtlich des Schweregrads und des Verlaufs der depressiven Erkrankung.⁴⁹

48 Wittchen, H.-U. et al.: Depressive Erkrankungen – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Berlin 2010.

49 DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016.

Therapiegrundsätze für die Akutbehandlung

Schweregrad der Erkrankung	Therapieempfehlungen
Leichte Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> – Zunächst aktiv abwartende Begleitung ohne depressionsspezifische Behandlung – Bei anhaltender oder sich verschlechternder Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen soll mit dem Patienten über die Intensivierung der Behandlung (z. B. durch Beratungsgespräche, qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, Problemlösungsansätze, Psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung bzw. psychosomatische Grundversorgung) gesprochen werden. – Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. – Antidepressiva sollten generell nicht zur Erstbehandlung eingesetzt werden (nur in Ausnahmefällen)
Akute mittelgradige Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> – Medikamentöse Therapie mit Antidepressivum oder Psychotherapie – Bei Beachtung der spezifischen Nebenwirkungen und Interaktionen kann ein erster Therapieversuch auch mit Johanniskraut unternommen werden. – Bei ambulant behandelbaren Patienten soll eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.
Akute schwere / chronische Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> – Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen – Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden. – Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten.

Datenquelle: IGES nach: DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage 2015

In Deutschland wurde im Jahr 2011 nur etwa die Hälfte der Menschen mit behandlungsbedürftigen Depressionen leitliniengerecht behandelt. Etwa ein Viertel wurde gar nicht behandelt und ein weiteres Viertel der Betroffenen wurde nicht leitliniengerecht behandelt.⁵⁰ Der Anteil leitlinienorientiert behandelter Menschen mit mittelgradiger und schwerer Depression war in Bayern im Jahr 2011 etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt (Bayern: 52 %, Gesamtdurchschnitt: 57,5 %). Menschen mit schweren Depressionen werden deutschlandweit noch seltener leitlinien-

gerecht behandelt als die Gesamtgruppe der Depressionspatienten. Der Anteil leitliniengerecht versorgter Menschen mit schweren Depressionen lag 2011 in Deutschland insgesamt bei 26 %, in Bayern bei ca. 22 %.

Insgesamt gehen Fachleute davon aus, dass es bei leichten Depressionen keine Unterversorgung gibt, **anders als bei schweren Depressionen** und dass daher ein gestuftes Therapieangebot („Collaborative and Stepped Care Modell“) sinnvoll wäre.⁵¹

50 Melchior, H., Schulz, H., und Härter, M.: Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Faktencheck Gesundheit. Gütersloh 2014.

51 Härter, M. et al.: Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen. Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 420–429.



Leitlinien

Eine Leitlinie ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärzte und andere Fachberufe. Sie dokumentiert den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand auf unterschiedlichen Qualitätsstufen: Für eine S1-Leitlinie genügt Expertenkonsens, für eine S3-Leitlinie ist die systematische Aufarbeitung der klinisch relevanten wissenschaftlichen Studien nötig. Eine Nationale VersorgungsLeitlinie bezieht sich auf die strukturierte medizinische Versorgung für ein Krankheitsbild insgesamt. Für die unipolare Depression gibt es eine S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie.

Leitlinien stellen keine Zwangsvorgabe dar. Jeder Mensch hat seine eigene Krankheitsgeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen kann und muss der Arzt daher von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen, d. h. Abweichungen von der leitliniengerechten Versorgung müssen nicht auf Qualitätsmängel hindeuten.

Mehr Infos dazu gibt es bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html

Das StMGP wird gemeinsam mit Experten und der KVB mit vertiefenden Datenanalysen prüfen, inwieweit die Versorgung von Depressionen in Bayern stärker an die Leitlinienempfehlungen angepasst werden muss und welche Schritte dazu geeignet wären.

Struktur der ambulanten Behandlung

Der Hausarzt nimmt eine zentrale Rolle bei der Versorgung depressiver Erkrankungen ein. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Früherkennung und eine erste Diagnosestellung, da er häufig der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen ist. Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge – wiederum im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 – 1. Quartal 2015 – zeigt sich, dass der Großteil der Diagnosen ausschließlich von einem Hausarzt oder einem Facharzt somatischer Fachrichtung gestellt wird (79%).⁵² Ausschließlich bei einem fachlich spezifisch qualifizierten Arzt erfolgt die Diagnosestellung „Depression“ bei 22% der gesetzlich versicherten Patienten in Bayern. Depressionsdiagnosen, an denen sowohl ein fachlich spezifisch qualifizierter Arzt als auch ein Hausarzt bzw. Facharzt somatischer Fachrichtung beteiligt sind, sind in Bayern eher selten (4%). Im Grundsatz ähnliche

Befunde ergab eine bundesweite Studie 2011.⁵³ Wie in Bayern wurde die Mehrzahl der Depressionsdiagnosen ausschließlich von einem Hausarzt gestellt. Anders als in Bayern war dagegen die gemeinsame Diagnosestellung durch einen Hausarzt und einen fachlich spezifisch qualifizierten Arzt die zweitgrößte Gruppe.

Bei den Depressionsdiagnosen werden in der Kodierung spezifische und unspezifische Diagnosen unterschieden. Unspezifische Diagnosen enthalten keine Angaben zum Schweregrad der Erkrankung. Da die Wahl einer adäquaten Behandlung vom Schweregrad und vom Verlauf der Erkrankung abhängt, sind bei einer nicht spezifizierten Diagnosekodierung Aussagen über eine adäquate Behandlung nur schwer zu treffen. Über 90% der unspezifischen Depressionsdiagnosen (F32.8/F33.8 und F32.9/F33.9) bei ambulant behandelten, gesetzlich versicherten

52 Die Ärzte wurden anhand ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) in drei Kategorien eingeteilt: 1) Hausärzte: Allgemeinmedizin (LANR 1), Arzt/Praktischer Arzt (LANR 2) und Internist (Hausarzt) (LANR 3); 2) Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachärzte: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (LANR 47), Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (LANR 51), Neurologie (LANR 53), Psychiatrie und Psychotherapie (LANR 58), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (LANR 60), Psychotherapeutisch tätiger Arzt (LANR 61), Psychologischer Psychotherapeut (LANR 68), Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (LANR 69); 3) Nicht-fachspezifische Ärzte: Rest.

53 Melchior, H., Schulz, H., und Härter, M.: Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Faktencheck Gesundheit. Gütersloh 2014: 67–69.

Patienten in Bayern wurden ausschließlich von Hausärzten und/oder Fachärzten somatischer Fachrichtung kodiert – ein ähnliches Bild zeigt sich nach der oben bereits zitierten Studie auch für Deutschland insgesamt, auch hier ergab sich, dass die unspezifischen Kodierungen ganz überwiegend nur durch Hausärzte erfolgt sind. Bei den spezifischen Depressionsdiagnosen war dagegen sowohl in Bayern als auch in Deutschland häufiger ein fachlich spezifisch qualifizierter Arzt bzw. Psychotherapeut an der Diagnosestellung beteiligt.

Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen kann leitliniengemäß eine ambulante Behandlung durch Hausärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder psychiatrisch-psychotherapeutische Fachärzte erfolgen.⁵⁴ Patienten mit einer schwereren Depression sollten durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachärzte oder Psychologische Psychotherapeuten behandelt werden. Ein erheblicher Teil von ihnen hat jedoch ausschließlich Kontakt zu Hausärzten oder nicht speziell qualifizierten Fachärzten – die Leitlinie Unipolare Depression geht von fast 40 % für Deutschland aus⁵⁵ und sieht hier Verbesserungsbedarf.

Hausärzten kommt somit sowohl für die niedrigschwellige Versorgung leichter Depressionen als auch für die Steuerung der Versorgung von schwereren Depressionen ein entscheidender Stellenwert zu. Sie müssen dementsprechend in Diagnostik und leitliniengerechter Behandlung ausreichend geschult sein.

Ambulante Versorgung: Medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung

2014 erhielten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge 15 % der Patienten mit depressiven Störungen eine psychotherapeutische Behandlung, 54 % wurden medikamentös therapiert.⁵⁶ Aus den Daten geht nicht eindeutig hervor, wie viele Patienten eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung erhalten. Da jedoch rund 15 % der Patienten mit einer Depression in Bayern eine schwergradige Depression aufweisen (und leitliniengemäß entsprechend eine Kombinationsbehandlung erhalten müssten) und 29 % eine mittelgradige Depression (denen entweder eine psychotherapeutische oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden soll), könnte dies darauf hindeuten, dass der Anteil der Psychotherapie auch in Bayern gemessen an den Empfehlungen der Leitlinien zu gering ist.

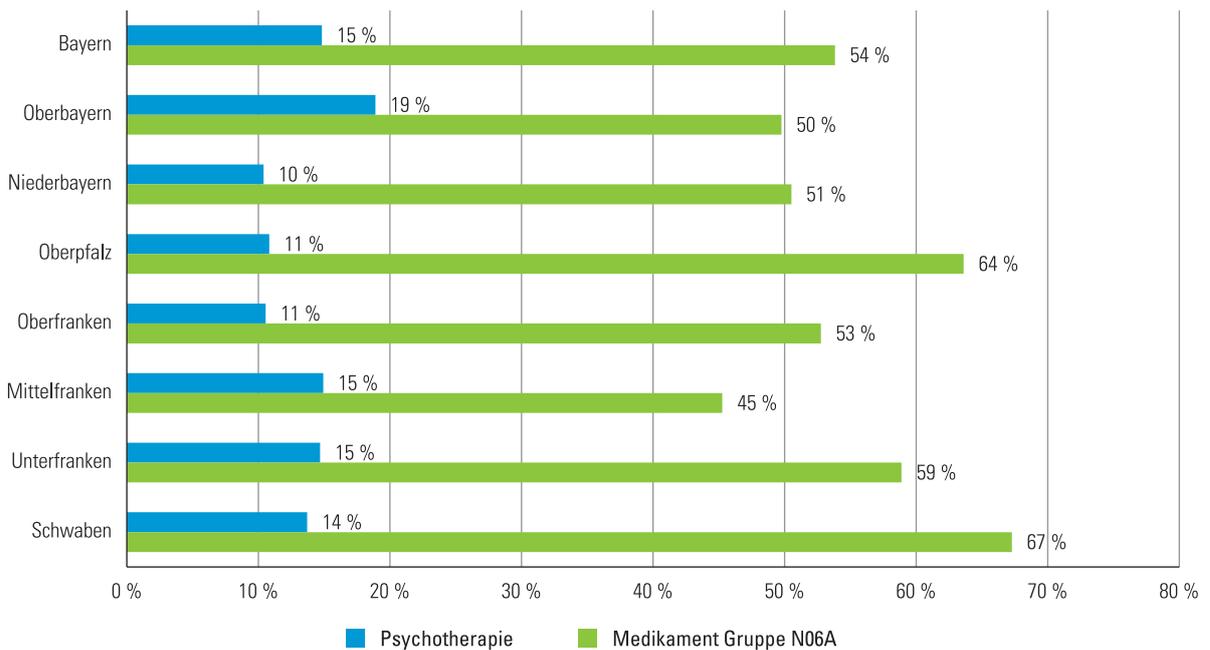
Der Anteil der abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungen und der verschriebenen Antidepressiva variiert deutlich zwischen den bayerischen Regierungsbezirken: In Oberbayern erhalten 19 % der Patienten eine psychotherapeutische Behandlung und 50 % Antidepressiva, in Schwaben erhalten 14 % eine psychotherapeutische Behandlung, 67 % erhalten Antidepressiva. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geben den Anteil der Psychotherapie jedoch nicht vollständig wieder, da die über die Kostenerstattungsregelung direkt durch die Krankenkassen finanzierten Psychotherapien nicht in den Daten enthalten sind. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der neu diagnostizierten Patienten noch zu einem späteren Zeitpunkt eine Psychotherapie aufnimmt, was sich nur in einer Längsschnittanalyse der Daten zeigen würde.

54 Bei hausärztlicher Behandlung wird jedoch empfohlen, bei Verschlechterung oder nicht ausreichender Besserung nach spätestens sechs Wochen einen Facharzt oder einen Ärztlichen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten aufzusuchen – bei alleiniger psychotherapeutischer Behandlung gilt dasselbe nach spätestens drei Monaten.

55 DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016. Die Daten der KVB kommen – auf anderer Berechnungsgrundlage – sogar auf über 50 %, die Daten sind aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsweise jedoch nicht vergleichbar.

56 Untersucht wurde, ob ein Medikament aus der Gruppe N06A (Antidepressiva) verordnet wurde.

Versorgungssituation, Patienten mit Depression (F32, F33), Bayern 2014

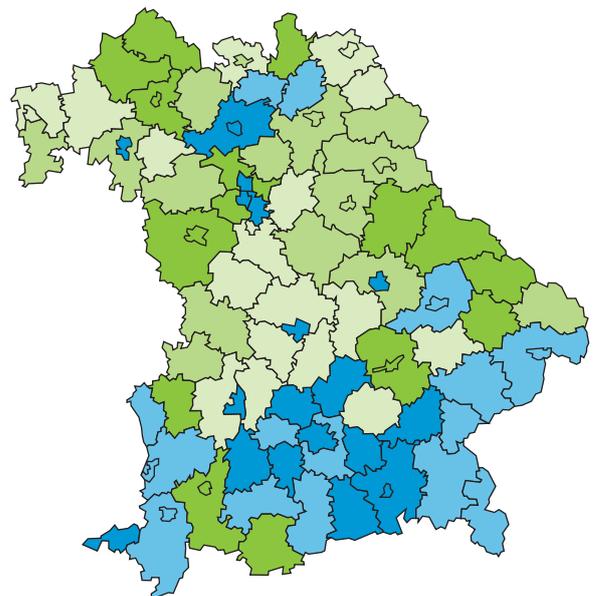
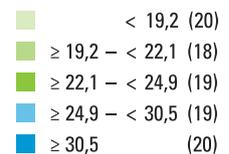


Datenquelle: KVB; Berechnungen IGES; Zuordnung der Arzneimittel über Praxisstandort

Betrachtet man die regionale Verteilung der Psychotherapeuten, stellt sich diese deutlich anders dar als die oben dargestellte Verteilung der Diagnosen. Das lässt darauf schließen, dass Patienten mit einer Depression regional unterschiedlich gut Zugang zu einer Psychotherapie finden, was bei der Interpretation des Anteils an Psychotherapie bzw. Pharmakotherapie ebenfalls zu berücksichtigen ist. Analysen zur regionalen Häufigkeit von Verordnungen von Antidepressiva bei Versicherten der Betriebskrankenkassen deuten ebenfalls in diese Richtung, hier zeigen sich hohe Verordnungsraten in Nordostbayern und niedrige Verordnungsraten in Südbayern.⁵⁷

Regionale Versorgungsunterschiede bei psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, Bayern, 2016

Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten je 100.000 Ew. (ab 20 Jahren)



Datenquelle: KVB, LfStat, Berechnungen LGL

57 Kliner, K. et al. (Hrsg.): Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas. Berlin 2015: 58, 59. Bezugsbasis sind hier die BKK-Versicherten, nicht die Patienten mit einer Depressionsdiagnose.



Psychotherapie im ländlichen Raum

Um den Zugang zur Psychotherapie auch im ländlichen Raum zu verbessern, unterstützt die Bayerische Staatsregierung im Rahmen ihrer **Niederlassungsförderung** auch die Niederlassung von Psychotherapeuten. Bei einer Niederlassung beträgt die Förderung für Vertragspsychotherapeuten bis 20.000 Euro, bei Gründung einer Filialpraxis bis zu 5.000 Euro.

Mehr dazu:

www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/niederlassung-von-hausaerztinnen-und-aerzten/

Auf Bundesebene hatte die oben bereits angesprochene Anpassung der Bedarfsplanung zu verbesserten Niederlassungsmöglichkeiten im ländlichen Raum geführt. Darüber hinaus wird über eine Veränderung der Psychotherapierichtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss künftig für Psychotherapeuten eine **Sprechstunde** verpflichtend, um schneller über notwendige Hilfen entscheiden zu können und im Idealfall so auch die Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu verkürzen.

Den Daten der Techniker Krankenkasse (TK) zufolge hat sich das Verordnungsvolumen von Antidepressiva zwischen 2000 und 2013 deutschlandweit fast verdreifacht.⁵⁸ In Bayern wurden bei TK-Versicherten im Jahr 2013 mit durchschnittlich 13,9 Tagesdosen nach Rheinland-Pfalz (14,1 Tagesdosen) am meisten Antidepressiva verordnet (Deutschland: 12,8 Tagesdosen). Vor allem in den nördlichen und östlichen Regionen Bayerns werden demnach besonders häufig Antidepressiva verordnet. Dies korrespondiert mit der regionalen Diagnosehäufigkeit, die oben anhand der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns dargestellt wurde.

Der Großteil der Antidepressiva (56 %) in Bayern wird allein durch Hausärzte bzw. Fachärzte somatischer Fachrichtungen verschrieben. 30 % werden durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachärzte und 15 % durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachärzte und Hausärzte bzw. andere Fachärzte verschrieben.⁵⁹

Krankenhäuser: Inanspruchnahme

Insgesamt wird nur ein relativ geringer Teil der Patienten, die eine Depressionsdiagnose haben, stationär im **(Akut-)Krankenhaus** behandelt. In Bayern waren es im Jahr 2015 über alle Altersgruppen hinweg etwas mehr als 42.000 Fälle, in der Altersgruppe ab 20 Jahren knapp 39.000 Fälle. Bezieht man das auf die ambulant gestellten Diagnosen, so wären das ca. 4 % der diagnostizierten Depressionen.⁶⁰

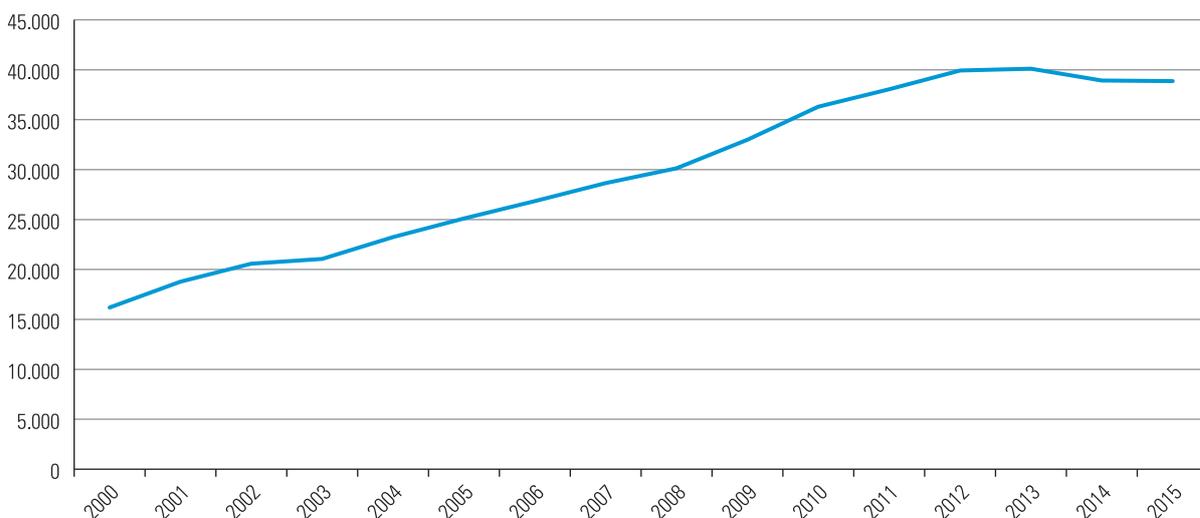
58 Techniker Krankenkasse: Depressionsatlas. Hamburg 2015: 26–27.

59 IGES auf Basis der von der KVB zur Verfügung gestellten Daten.

60 Es ist davon auszugehen, dass die meisten stationär behandelten Fälle auch eine ambulante Diagnose aufweisen.

Krankenhausfälle aufgrund von Depressionen (F32, F33), Bayern

Altersgruppe 20 und älter



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen LGL

Die Zahl der stationär behandelten Depressionen ist in den letzten 15 Jahren stark angestiegen, seit dem Jahr 2000 um 140 %. Bei den Erwachsenen geht sie seit 2013 leicht zurück (bei Kindern und Jugendlichen nimmt sie weiter zu).

Bei den stationär behandelten Depressionen lag Bayern 2015 mit einer Rate von 372 Fällen je 100.000 Ew. ab 20 Jahren (F32, F33) leicht über dem Bundesdurchschnitt mit 358 Fällen je 100.000 Ew. ab 20 Jahren.

Etwa 33 % der 2015 im Krankenhaus behandelten Depressionen bei Erwachsenen ab 20 Jahren waren als leichte oder mittelgradige Depressionen kodiert. Eine Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München geht davon aus, dass 70 % der stationär behandelten Depressionen (F32, F33) „ambulant sensitive Fälle“ sind, d. h. durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Therapie als Krankenhausfälle vermeidbar wären.⁶¹

Vorsorge- und Rehabilitationskliniken: Inanspruchnahme

Eine stationäre Rehabilitationsbehandlung ist sozialrechtlich insbesondere zur Festigung von Behandlungserfolgen, zur Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen bzw. chronifizierten) Erkrankung oder zur Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit angezeigt.

Wie bereits psychische Störungen insgesamt sind auch Depressionen häufiger als Nebendiagnose diagnostiziert. 2014 waren es in Bayern den Angaben des Statistischen Landesamtes zufolge 114.143 Fälle.⁶² Bei den Nebendiagnosen waren die nicht spezifizierten depressiven Störungen am häufigsten (60 %), gefolgt von den mittleren (17 %), den leichten (14 %) und zuletzt den schweren Depressionsdiagnosen (7 %).

In Bayern wurden 2015 insgesamt 9.463 Menschen aufgrund einer Depression in einer **Vorsorge- oder Rehaklinik** behandelt, in der Altersgruppe ab 20 Jahren waren es 9.360 Fälle. Auch hier haben die Fallzahlen stark zugenommen.

61 Sundmacher, L et al.: Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy 2015; www.dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

62 Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen.

Verschiedene Studien⁶³ belegen signifikante Erfolge von rehabilitativen Behandlungsmaßnahmen bei Patienten mit depressiven Störungen, die besondere Unterstützung brauchen. In stationären Rehabilitationseinrichtungen erhalten Patienten mit depressiven Störungen sowohl psychotherapeutische Angebote als auch psychotherapieergänzende Leistungen wie z. B. Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapie oder Ergotherapie, Psychoedukation und klinische Sozialarbeit. Im Rahmen der rehabilitativen Behandlung stehen laut Depressionsleitlinie vor allem die Diagnostik von Funktions-

Aktivitäts- und Teilhabestörungen, Psychotherapie und Maßnahmen zum Erhalt der Lebensqualität bei chronischer Erkrankung sowie die Abschätzung der Arbeitsfähigkeit und Hilfen zur beruflichen Förderung und Wiedereingliederung im Vordergrund.⁶⁴

Neben stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind jedoch vor allem auch die ambulante Nachsorge nach Klinikaufenthalten und eine dem Einzelfall angemessene Behandlungskontinuität von großer Bedeutung.



Depression: Eine Herausforderung für alle

Ein guter Umgang mit dem Thema Depression beschränkt sich nicht auf die ärztliche oder psychotherapeutische Versorgung. Wie bei den meisten Krankheiten spielen auch hier z. B. die Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen, die Information der Öffentlichkeit, die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte, die Selbsthilfe und nicht zuletzt die Vernetzung der Akteure eine entscheidende Rolle für die „Gesamtqualität“ der Versorgung.

In Bayern begann mit dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ im Jahr 2001 die Arbeit der inzwischen in ganz Deutschland und darüber hinaus aktiven „Bündnisse gegen Depression“, die sich in den genannten Aufgabenfeldern engagieren.

Derzeit gibt es in Bayern 13 regionale Bündnisse gegen Depression: In Cham, Dillingen, Erlangen, Fürth, Ingolstadt, Kempten, Memmingen-Unterallgäu, München, Nürnberg, Nürnberger Land, Regensburg, Rottal-Inn und Würzburg.

*Einen Überblick über die vielfältigen Aktivitäten dieser Netzwerke bietet z. B. das **Münchener Bündnis gegen Depression**: www.muenchen-depression.de/*

63 Steffanowski, A. et al.: Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation – MESTA-Studie. Bern 2007.

64 DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016.

Ursachen, Risikofaktoren und Prävention

Das Krankheitsbild von Depressionen ist äußerst vielschichtig und noch nicht vollständig verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass Depressionen durch ein Zusammenspiel vieler Faktoren entstehen:⁶⁵

- biologische Faktoren (z. B. Genetik, körperliche Grunderkrankungen),
- psychologische Faktoren (Persönlichkeitsstruktur),
- biographische Faktoren (Sozialisationserfahrungen, familiäre Vorbelastungen, kritische Lebensereignisse, frühere Depressionen, Migration)
- soziale bzw. gesellschaftliche Faktoren (z. B. Stress am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Beziehungsprobleme).

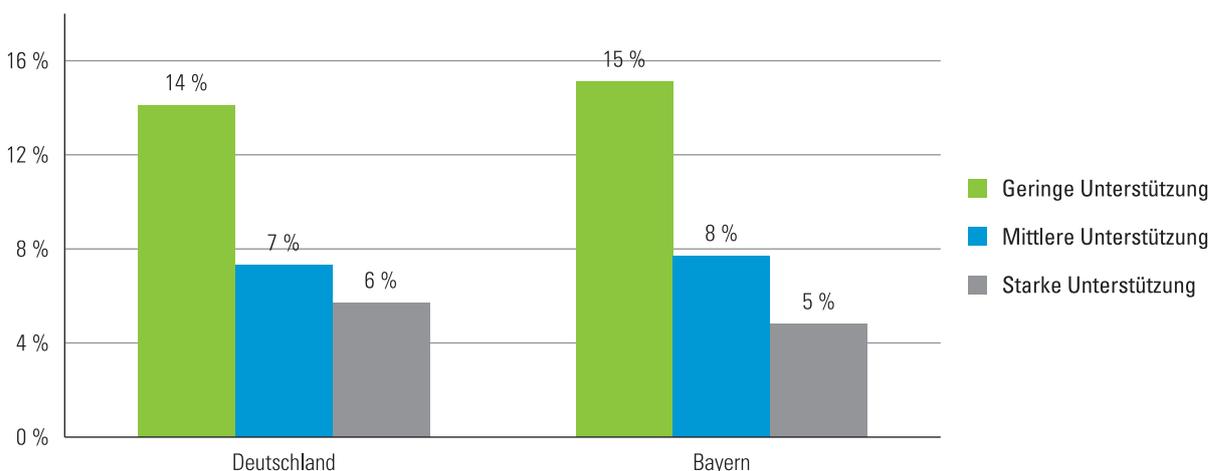
Dabei kann man distale (fernere) und proximale (unmittelbarere) Einflussfaktoren unterscheiden. Unmittelbar wirken sich z. B. genetische Dispositionen aus, dagegen kommen gesellschaftliche

Hintergrundfaktoren wie steigende Leistungserwartungen in der Arbeitswelt oder die Zunahme sozialer Unsicherheit vermittelt über die proximalen Faktoren zum Tragen. So zeigt sich beispielsweise in Regionen, die von tiefgreifenden sozialen Veränderungen betroffen sind, eine erhöhte Suizidrate, vermittelt etwa über einschneidende Ereignisse wie Arbeitsplatzverlust, die Auflösung nachbarschaftlicher Beziehungen usw.

Einige der Risikofaktoren werden in diesem Bericht angesprochen. Nicht alle sind durch **Prävention** beeinflussbar, z. B. die genetische Disposition. Andere Risikofaktoren geben dagegen Hinweise auf präventive Potentiale. So zeigt sich zum Beispiel eine Korrelation zwischen dem Grad der sozialen Unterstützung⁶⁶ und der 12-Monatsprävalenz diagnostizierter Depressionen. Personen, die sich durch nahestehende Personen oder Nachbarn nur wenig unterstützt fühlen, haben im Durchschnitt eine etwa dreifach höhere 12-Monatsprävalenz von diagnostizierten Depressionen als Personen mit einem hohen Grad an sozialer Unterstützung. Dieser Zusammenhang scheint in Bayern sogar noch etwas stärker ausgeprägt zu sein, als im Bundesdurchschnitt.

Diagnostizierte Depressionen (12-Monatsprävalenz) und soziale Unterstützung, 2012

Anteil Betroffener nach Grad der sozialen Unterstützung



Datenquelle: RKI, GEDA; Berechnungen IGES; Soziale Unterstützung nach Oslo-3-Items-Social-Support Scale

65 Vgl. u. a. Wittchen, H.-U. et al.: Depressive Erkrankungen – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Berlin 2010: 14 ff.

66 Robert Koch-Institut (Hrsg.): Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Soziale Unterstützung. Berlin 2014.



Nationales Gesundheitsziel

„Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

In Deutschland gibt es seit einigen Jahren „Nationale Gesundheitsziele“. Sie wurden im Konsens aller relevanten Institutionen des Gesundheitswesens erarbeitet. Das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ gibt es seit 2006. Seit 2015 sind die Nationalen Gesundheitsziele auf der Grundlage des Präventionsgesetzes durch die Krankenkassen bei der Planung ihrer Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen. Folgende Teilziele wurden im Nationalen Gesundheitsziele-Prozess beim Thema Depressionen vereinbart:

- Ausreichender Wissensstand über das Krankheitsbild und seine Folgen in der Bevölkerung (Aktionsfeld Aufklärung)
- Reduktion von Auftreten und Krankheitslast depressiver Erkrankungen (Aktionsfeld Prävention)
- Verhinderung von Suiziden, Verkürzung von Krankheitsphasen (Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie)
- Frühzeitiges Erkennen von Erkrankten und deren umfassende und schnelle Behandlung (Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie)
- Stärkung der Position der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen (Aktionsfeld Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen)
- Verbesserung der Langzeitbehandlung Betroffener (Aktionsfeld Rehabilitation)
- Bedarfsgerechter Zugang zu Versorgungsstrukturen (Aktionsfeld Versorgungsstruktur)

Grundsätzlich anzustreben wäre eine effektive Primärprävention von Depressionen, z. B. durch die Reduktion von Belastungen einerseits und die Stärkung von Widerstandskräften („Resilienz“) und Lebenskompetenzen andererseits. Dies ist jedoch aufgrund der Vielfalt der Ursachen für depressive Erkrankungen häufig nur indirekt möglich. Bedeutsam ist die Prävention in bestimmten Lebenssituationen oder für bestimmte Belastungskonstellationen, von denen einige im Folgenden noch angesprochen werden. Hier wäre z. B. die Unterstützung von Kindern mit depressiv erkrankten Eltern zu nennen. Sie sind besonders gefährdet, im Laufe ihres Lebens selbst eine Depression zu entwickeln.⁶⁷ Ebenso bieten kritische Lebensereignisse wie Schwangerschaft, Scheidung, der Verlust von nahestehenden Menschen usw. Ansatzpunkte für die Depressionsprävention. Hier spielen auch Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle.

Große Bedeutung kommt der Sekundär- und Tertiärprävention zu, d. h. dem Versuch, das Risiko des Wiederauftretens von Depressionen, eine Chronifizierung sowie weitere gesundheitliche und soziale Folgen zu minimieren.⁶⁸ Neuerdings mehrten sich die Befunde, dass hier Bewegung und Sport eine hilfreiche Rolle spielen können.⁶⁹

Ein besonders wichtiges Handlungsfeld der Sekundär- und Tertiärprävention ist die Suizidprävention. Ein relevanter Risikofaktor für einen späteren Suizid ist ein vorausgehender Suizidversuch (siehe dazu unten).

Neben den Gesundheitszielen auf Bundesebene verfolgen inzwischen alle Bundesländer länderspezifische Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder, die richtungweisend für deren Gesundheitspolitik sind.

67 Wittchen, H.-U. et al.: Depressive Erkrankungen - Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Berlin 2010: 32ff. DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016. Siehe auch Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern. München 2016, Kapitel 7.

68 Mental Health Foundation: Better Mental Health for All: a public health approach to mental health improvement. 2016.

69 Holz, E., Michael, T.: Sport und Bewegung bei Depression. Psychotherapie im Dialog 2013; 14(03): 61–63.

In Bayern werden verschiedene Gesundheitsziele im Rahmen der im Jahr 2004 ins Leben gerufenen Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern“ sowie der Jah-

reskampagnen des Gesundheitsministeriums formuliert und umgesetzt. Das Thema psychische Gesundheit steht dabei seit Beginn auf der Agenda.



Jahresschwerpunkt „Bitte stör mich“



„Bitte stör mich“ lautet das Motto der Kampagne zum Jahresschwerpunkt 2016/2017 des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, bei der es um Aufklärung, Sensibilisierung und Impulse für eine bessere Versorgung für Menschen mit Depressionen geht.

Frau Staatsministerin Huml erläutert: „Mein erklärtes Ziel ist die Destigmatisierung von psychischen Erkrankungen durch gezielte und sachgerechte Information der Menschen in Bayern – damit es nicht passiert, dass Betroffene aus Angst vor gesellschaftlicher Ausgrenzung keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Unter dem Titel „Bitte stör mich! – Aktiv gegen Depression“ werben wir für mehr Aufmerksamkeit und mehr Achtsamkeit.“

Ich will, dass das Thema sichtbar wird. Ich möchte möglichst viele Berührungspunkte mit diesem Thema schaffen, damit sich möglichst viele Menschen mit dem Thema auseinandersetzen.

Psychische Erkrankungen müssen aus der Tabuzone. Betroffene müssen sich in der Gesellschaft angenommen und integriert fühlen, nicht ausgeschlossen und verstoßen.

Klar ist: Eine Depression ist behandelbar – umso früher, desto besser.

Aus der Pressemitteilung des StMGP zum Start der Kampagne am 10.10.2016

*Auf der Kampagnen-Website finden sich Videos, in denen Betroffene aus ihrem Leben erzählen. Anhand von Beispielen wird erläutert, wie die Aufforderung „Bitte stör mich“ umgesetzt werden kann. Darüber hinaus finden sich vielfältige weiterführende Informationen zu Unterstützungsangeboten zum Thema Depression (wie z. B. eine neue Ausstellung, „**LebensBilderReise**“, die den individuellen Umgang von vier Menschen mit ihrer Depression zeigt).*

*Die Kampagne konnte im Rahmen eines Radio-Thementags rund **38 Mio. Hörerkontakte** erzielen. Bisher haben sich **130.000 Personen** die „Bitte stör mich“-Videos im Netz in kompletter Länge angesehen. Die Beiträge wurden rund **5000 Mal** im Internet geteilt.*

Weitere Informationen und Materialien gibt es unter: www.bitte-stoer-mich.de

5. Exemplarische Vertiefungen: Depressionen in verschiedenen Lebenslagen



Das Wichtigste

- Die Hälfte der Beschäftigten gibt an, häufig unter Termin- und Zeitdruck zu arbeiten.
- Bayern hat weniger Krankschreibungen aufgrund von Depressionen als der Bundesdurchschnitt.
- Viele Frauen haben nach der Geburt vorübergehende Stimmungen der Niedergeschlagenheit („Baby Blues“), etwa jede zehnte Frau muss nach der Geburt mit einer klinisch relevanten, aber gut behandelbaren Wochenbettdepression rechnen – das sind in Bayern etwa 10.000 Fälle jährlich.
- Ältere Menschen haben häufig eine Depressionsdiagnose, sie werden aber seltener als jüngere behandelt.
- Studien zeigen, dass einige Gruppen von Migranten häufiger als die einheimische Bevölkerung von Depressionen betroffen sind. Dies gilt insbesondere für die Teilgruppe der Flüchtlinge.
- 1.785 Menschen haben sich 2014 in Bayern das Leben genommen. Drei Viertel davon waren Männer.

5.1 Depressionen und Arbeitswelt

Das Leben der meisten Erwachsenen ist auf die Arbeitswelt hin ausgerichtet. Die Arbeit kann einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlergehen von Menschen ausüben; sie kann aber auch psychische Beschwerden und unter bestimmten Bedingungen psychische Störungen verursachen. Gleichzeitig stellen psychische Störungen gerade in der Arbeitswelt nach wie vor häufig ein Tabuthema dar, ihr Auftreten passt nicht zum Idealbild des belastungsfähigen und hochmotivierten Mitarbeiters.⁷⁰ Das gilt in besonderem Maße auch für Depressionen.

Ein vieldiskutierter arbeitsweltbezogener **Risikofaktor** für die psychische Gesundheit ist (negativer) Stress, z.B. durch Termin- und Leistungsdruck, viele Anforderungen zur gleichen Zeit, permanente Erreichbarkeit, hohe Verantwortung und andere psychisch stark beanspruchende Arbeitsbedingungen.

70 Weber, A., Hörmann, G.: Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart 2007.



Was ist Stress?

Stress bezeichnet ganz allgemein die Reaktion des Menschen auf äußere oder innere Belastungen. Diese Reaktionen können grundsätzlich auch positiver Natur sein (positiver Stress), indem sie dem Menschen – etwa durch eine erhöhte Aufmerksamkeit – helfen, besser mit den Anforderungen fertig zu werden. Meist wird unter Stress jedoch die Überlastungsreaktion verstanden. Sie äußert sich sowohl in körperlichen Symptomen (z. B. körperliche Anspannung, muskuläre Verspannungen) als auch in psychischen Symptomen (z. B. Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Angst, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit). Dauerhafter Stress kann körperlich und psychisch krank machen bzw. sich negativ auf bestehende Beschwerden auswirken.

Ein Zusammenhang zwischen Stress und psychischen Erkrankungen bzw. Depression besteht nicht zwangsläufig. Studien zeigen jedoch regelmäßig enge Zusammenhänge zwischen Überlastungssituationen und depressiven Symptomen. In einer Studie der Techniker Krankenkasse berichteten z.B. 49% der Personen, die auch abends und am Wochenende nicht abschalten können, von Gefühlen der Erschöpfung und des Ausgebranntseins, 43% von Schlafproblemen, 39% von Gereiztheit, 20% von niedergedrückter Stimmung oder Depression und 14% von Angstzuständen. Menschen mit einem hohen Stresslevel wiesen diese Symptome signifikant häufiger auf als Menschen mit einem niedrigem Stresslevel.⁷¹ Vielfach wird davon ausgegangen, dass dauerhafter Stress zu einer Depression führen bzw. eine bestehende depressive Symptomatik verstärken kann. Eine internationale Studie kommt beispielsweise zu dem Ergebnis, dass Personen, die mehr als 11 Stunden täglich arbeiten, ein 2,3- bis 2,5-fach höheres Risiko haben, an einer schweren Depression zu erkranken, als Personen die täglich 7 bis 8 Stunden arbeiten.⁷²

In einer großen repräsentativen Befragung von Beschäftigten durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gab etwa die Hälfte der Befragten an, häufig unter Termin- und Leistungsdruck zu arbeiten, ein Sechstel sieht sich sogar häufig bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit beansprucht. Die Unterschiede zwischen Bayern und dem Bundesdurchschnitt sind dabei eher gering.

Dem stehen stärkende Faktoren gegenüber, vor allem Handlungsspielräume in der Arbeit, z. B. die Möglichkeit, die eigene Arbeit auch selbst zu planen, und soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte.

71 Techniker Krankenkasse (TK): Entspann dich, Deutschland! TK-Stressstudie 2016. Hamburg 2016.

72 Virtanen, M. et al.: Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. PLoS one 2012; 7(1).

Arbeitsbedingungen und Depression, 2011/2012

	Deutschland	Bayern
Exemplarische Stressoren (jeweils Antwortkategorie „häufig“)		
Termin-/Leistungsdruck	52,0%	51,9%
Störungen/Unterbrechungen	42,8%	43,7%
Verschiedene Arbeiten gleichzeitig	58,7%	56,0%
Arbeiten bis zur Leistungsgrenze	16,6%	15,0%
Exemplarische Ressourcen (jeweils Antwortkategorie „häufig“)		
Sich als Teil der Gemeinschaft fühlen	79,8%	80,2%
Gute Zusammenarbeit mit Kollegen	88,1%	87,5%
Unterstützung durch Kollegen	79,7%	81,1%
Unterstützung durch direkten Vorgesetzten	59,0%	61,4%
Arbeit selbst planen können	68,9%	69,1%
Über eigene Pausen entscheiden können	57,6%	56,9%
Exemplarische Belastungsreaktionen mit Bezug zu Depressionen		
Emotionale Erschöpfung	24,2%	23,6%
<i>deswegen in Behandlung</i>	5,1%	4,7%
Niedergeschlagenheit	21,2%	20,7%
<i>deswegen in Behandlung</i>	4,8%	4,2%
Nervosität/Reizbarkeit	27,8%	27,3%
<i>deswegen in Behandlung</i>	4,9%	4,6%
Schlafstörungen	26,5%	25,9%
<i>deswegen in Behandlung</i>	6,3%	6,2%

Datenquelle: BIBB/BAUA-Erwerbstätigenbefragung 2012, Sonderauswertung

Etwa ein Viertel der Beschäftigten gibt an, unter depressionsrelevanten Symptomen, wie Erschöpfung oder Niedergeschlagenheit zu leiden, etwa jeder 20. ist deswegen in medizinischer Behandlung.

Die Arbeitgeber sind lt. Arbeitsschutzgesetz zur Gefährdungsbeurteilung verpflichtet. Dies schließt auch die Betrachtung psychischer Belastungen ein. Das Thema steht auf der Agenda der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Hier sind vor allem die Arbeitgeber angesprochen.



Gefährdungsbeurteilung: Psychische Belastungen

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet die Arbeitgeber, „durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind“ (ArbSchG, § 5). Seit Ende 2013 ist dabei auch explizit die Beurteilung „psychischer Belastungen bei der Arbeit“ in den Gesetzestext aufgenommen.

Die Arbeitsschutzbehörden und die Unfallversicherungsträger in Bayern beraten die Betriebe dabei, wie eine solche Gefährdungsbeurteilung in geeigneter Weise durchzuführen ist.

Die Prävention psychischer Belastungen bei der Arbeit ist auch eines der aktuellen Schwerpunktthemen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), in der sich die Unfallversicherungsträger, der Bund und die Länder gemeinsam für eine Optimierung des Arbeitsschutzsystems einsetzen.

Mehr Infos: www.gda-psyche.de/

Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung

Bundesweit waren depressive Episoden (F32) im Jahr 2015 der Grund für 5,6 % aller Fehltage aufgrund von **Krankschreibungen** bei DAK-Versicherten, rezidivierende depressive Störungen (F33) machten einen Anteil von 2,1 % aus. Depressionen nahmen damit Rang 3 und Rang 6 der Einzeldiagnosen mit dem höchsten Anteil an Fehltagen aufgrund von Krankschreibungen ein. Die Bedeutung von Depressionen für den Krankenstand ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen: 2015 verursachten Depressionen bei den DAK-Versicherten 114 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre. Das waren rund drei Mal so viele wie im Jahr 2000.⁷³

Mit kleinen Variationen aufgrund der etwas unterschiedlichen Sozialstruktur der Versicherten zeigen die Daten anderer Krankenkassen das gleiche Bild. Kennzeichnend für Krankschreibungen aufgrund von Depressionen sind zudem vergleichsweise lange Falldauern: Einer BKK-Analyse zufolge liegt derzeit die durchschnitt-

liche Falldauer bei depressiven Episoden bei knapp 60 Tagen und bei rezidivierenden depressiven Störungen sogar bei über 70 Tagen.⁷⁴

Auch in Bayern sind die Krankschreibungen infolge von Depressionen angestiegen. 2015 waren es bei den Frauen 147,3 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre, bei den Männern 86,1 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre.⁷⁵ Im Ländervergleich verursachten (2014) bei den DAK-Versicherten Depressionen in Bayern die wenigsten Arbeitsunfähigkeitstage.⁷⁶

Auch bei den **krankheitsbedingten Rentenzugängen** dominieren unter den psychischen Störungen die Depressionen. Während die psychischen Störungen insgesamt in den letzten Jahren leicht rückläufig waren, gilt das für die Depressionen nicht. Von einer etwas niedrigeren Zahl 2014 abgesehen, nehmen sie weiter zu. Im Jahr 2015 waren sie in Bayern für 16 % aller krankheitsbedingten Rentenzugänge verantwortlich.

73 DAK-Gesundheit: Gesundheitsreport 2016. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. Hamburg 2016: 24; DAK-Gesundheit: Psychoreport 2015. Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. Hamburg 2015: 9. Nach einer Pressemitteilung der DAK vom 31.1.2017 mit vorläufigen Ergebnissen zur Krankenstands-Analyse erreichte der Krankenstand wegen psychischer Störungen bei DAK-Versicherten im Jahr 2016 einen neuen Höchststand. Die meisten Fehltage entfielen dabei mit 114,4 je 100 Versicherte auf die Depression. Burn-out stagnierte dagegen mit 4,3 Tagen.

74 Kliner, K. et al. (Hrsg.): Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas. Berlin 2015: 3.

75 DAK-Gesundheit: Gesundheitsreport 2015 für Bayern. Hamburg 2016.

76 DAK-Gesundheit: Psychoreport 2015. Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. Hamburg 2015: 28.

Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund von psychischen Erkrankungen und Depressionen, Bayern

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Krankheitsbedingte Rentenzugänge insgesamt	24.724	23.155	22.693	22.520	21.536	21.970
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	9.541	9.057	9.065	9.045	8.758	8.895
Depressive Episode (F32)	1.443	1.366	1.314	1.277	1.213	1.187
Rezidivierende depressive Störung (F33)	1.785	1.882	1.995	2.158	2.096	2.303

Datenquelle: DRV



Stressprävention am Arbeitsplatz

Stressprävention am Arbeitsplatz kann sowohl an den Arbeitsbedingungen ansetzen (Verhältnisprävention) als auch bei den Beschäftigten (Verhaltensprävention). Bei der Verhältnisprävention können Maßnahmen etwa darauf hinwirken, die Arbeitsbelastung durch eine Optimierung der Arbeitsprozesse zu reduzieren, ausreichende Erholungszeiten sicherstellen oder psychisch belastende Arbeitsverhältnisse wie sehr kurzfristige Arbeitsverträge zu begrenzen. Die Verhaltensprävention setzt bei den Beschäftigten an und kann ihnen etwa, wie in anderen Kontexten auch, Fähigkeiten im Zeitmanagement oder Entspannungstechniken vermitteln.

Es gibt eine Vielzahl von Initiativen zur Stressprävention am Arbeitsplatz. Das **Aktionsbündnis Seelische Gesundheit** stellt auf seiner Website allgemeine Informationen zum Thema „Vorbeugung vor psychischer Erkrankung am Arbeitsplatz“ bereit.

www.seelichegesundheit.net/themen/psychisch-gesund-am-arbeitsplatz/praevention

Das Projekt **Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt** bietet Handlungshilfen und Praxisinstrumente für Führungskräfte und Beschäftigte, um die psychische Gesundheit zu stärken.

www.psyga.info

Im **Bayerischen Präventionsplan, den das Bayer. Gesundheitsministerium in 2015 veröffentlicht hat**, stellt die Förderung der Gesundheit in der Arbeit und in der Ausbildung eines von vier Handlungsfeldern dar. Dabei geht es auch um Projekte zur Stressprävention. Zwei Beispiele: Das Projekt „**FlexA**“ hat sich mit den negativen Seiten der Flexibilisierung in der Arbeitswelt auseinandergesetzt und mit Modellbetrieben gemeinsam Lösungsmöglichkeiten entwickelt. Es gibt dazu einen Handlungsleitfaden und eine Roadshow „**Psychische Gesundheit**“ der IHK für München und Oberbayern. Beim Projekt „**Stressprävention in der Ausbildung**“ geht es um psychische Belastungen beim Berufseinstieg. Die Auszubildenden werden u. a. durch spezielle Unterrichtseinheiten an Berufsschulen bei einem angemessenen Umgang mit Stress unterstützt. Es ist Teil der Präventionsinitiative „**Stark**“ des Bildungswerks der Bayerischen Wirtschaft.

Mehr zum Projekt FlexA: www.zpg-bayern.de/flexa-flexibilisierung-erreichbarkeit-und-entgrenzung-in-der-arbeitswelt.html

Mehr zum Projekt Stark: www bbw.de/wirtschaft-im-dialog/schulewirtschaft-akademie/resilienz-und-stresskompetenz-in-schule-und-ausbildung/

Die Kommunale Unfallversicherung Bayern und die Bayerische Landesunfallkasse haben 2016 eine **Handlungshilfe „Stressbewältigung für Mitarbeiter und Führungskräfte“** herausgegeben. Es gibt sie gedruckt oder online unter www.kuvb.de.

Arbeitslosigkeit und Depression

Arbeitslose Menschen leiden überdurchschnittlich häufig unter Depressionen. Zum einen erhöht eine Depression aufgrund von langen Fehlzeiten und Leistungseinschränkungen das Risiko, arbeitslos zu werden, zum anderen gehen mit der Arbeitslosigkeit psychische Belastungen einher, die das Risiko einer Depression erhöhen. Ebenso wie Arbeitsplatzunsicherheit ist auch Arbeitslosigkeit ein Risikofaktor für Suizidalität.⁷⁷

Eine Studie auf der Basis des Bundesgesundheits-surveys 1998 ergab, dass bei den Nichterwerbstätigen Depressionen etwa doppelt so häufig auftreten wie bei den Erwerbstätigen und leichtere, aber anhaltende depressive Verstimmungen („Dysthymien“) sogar dreimal so häufig.

Erwerbsstatus und Depression, Deutschland

		Erwerbs-tätige	Nichtbe-rufstätige/Arbeits-lose
Männer	Major Depression	5,3%	12,8%
	Dysthymie	2,9%	10,4%
Frauen	Major Depression	9,8%	15,8%
	Dysthymie	4,0%	10,5%

Datenquelle: Rose, U., Jacobi, F.: Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheits-survey 98. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 2006; 41: 556–564

Auswertung von Krankenkassendaten zeigen ebenfalls immer wieder deutlich höhere Betroffen-raten bei Arbeitslosen als bei Beschäftigten. Beispielsweise lag 2013 bei den BKK-Versicherten die Häufigkeit von depressiven Episoden bei Arbeitslosen (Bezieher von ALG-I) doppelt so hoch wie bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern und viermal so hoch wie bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Noch etwas ausgeprägter war die Differenz bei den rezidivierenden Depressionen.⁷⁸ Da unbehandelte Depressionen die Wiederaufnahme einer Beschäftigung erschweren, zeigt sich hier eine relevante Schnittstelle zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitsversorgung für regionale Kooperationen.

77 Brenner, H.: Arbeitslosigkeit. In: Stoppe, G. et al. (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven.* Berlin, Heidelberg 2006: 163–189.

78 Kliner, K. et al. (Hrsg.): *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche.* BKK Gesundheitsatlas. Berlin 2015: 10.

5.2 Wochenbettdepressionen

Häufigkeit und Bedeutung von Wochenbettdepressionen

Schwangerschaft und Geburt stellen einschneidende Ereignisse dar, die Depressionen bei den Frauen, manchmal auch bei den Männern, auslösen können.⁷⁹ Sie können einen negativen Einfluss auf die physische und mentale Entwicklung des Neugeborenen haben – sie sind aber in der Regel gut therapierbar.

Bei einer depressiven Störung, die nach der Entbindung auftritt, spricht man von einer „postpartalen“ bzw. „postnatalen“ Depression – oder im Volksmund von einer „Wochenbettdepression“. Der Begriff „postnatal“ bedeutet „nach der Geburt“, „postpartal“ bedeutet „nach dem Gebären“. Bei Depressionen, die in Folge der Geburt eines Kindes auftreten, wird deshalb im Folgenden bei Müttern von „postpartaler Depression“ und bei Vätern von „postnataler Depression“ gesprochen.

Postpartale Depressionen entwickeln sich typischerweise während der ersten Wochen bis zum ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes. Sie sind dabei sowohl vom sogenannten postpartalen Stimmungstief (durch starken Hormonabfall bedingte Stimmungsschwankungen bzw. depressive Symptome in den ersten Tagen nach der Geburt) – umgangssprachlich auch „Baby Blues“ genannt – als auch von der sehr seltenen postpartalen Psychose (depressives, manisches, schizoaffectives, schizophrenes oder atypisches Krankheitsbild) abzugrenzen. Vom „Baby Blues“ sind etwa 25 bis 40 % der Mütter betroffen. Dieser klingt jedoch meist ohne weitere Behandlung folgenlos wieder ab. Bleiben die Symptome jedoch über einen Zeitraum von mehr als zwei

Wochen bestehen, handelt es sich ggf. um den Beginn einer Wochenbettdepression, die so schnell wie möglich konsequent behandelt werden sollte.⁸⁰

Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass 10 bis 15 % der Frauen nach einer Entbindung von einer im engeren Sinne postpartalen Depression betroffen sind.⁸¹ Die Unterschiede in der Häufigkeit erklären sich durch verschiedene Verfahren mit unterschiedlichen Schwellenwerten bei der Diagnostik der postpartalen Depression. Bisher gibt es kein Klassifizierungssystem, das postpartale Auffälligkeiten bzw. Störungen eindeutig abgrenzt und der Zeitraum, in dem diese auftreten, ist ebenfalls nicht einheitlich definiert.⁸²

Wenn nur klinisch bedeutsame postpartale depressive Störungen berücksichtigt werden, kann immer noch davon ausgegangen werden, dass 5 bis 10 % der Frauen nach einer Entbindung betroffen sind, deutschlandweit pro Jahr demnach zwischen 30.000 und 60.000 Frauen.⁸³ In Bayern wäre bei ca. 100.000 Geburten jährlich von 5.000 bis 10.000 Frauen mit einer Wochenbettdepression auszugehen.

In der ambulanten Versorgung waren der Kassennärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge gut 2.200 Patientinnen mit der Diagnose F53 „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett“ – im Wesentlichen geht es dabei um die postpartalen Depressionen.⁸⁴ Vermutlich wird ein erheblicher Teil der Fälle als „Depressive Episode“ (F32) dokumentiert.

Die Anzahl der stationär zu behandelnden psychischen Störungen im Wochenbett ist sowohl deutschlandweit als auch in Bayern sehr gering.

79 Dorsch, V. M. und Rohde, A.: Postpartale psychische Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie Up2date* 2010; 4(5): 305–320.

80 Riecher-Rössler, A.: Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, B. und Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien 2006: 106–115.

81 Riecher-Rössler, A.: Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, B. und Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien 2006: 106–115.

82 Riecher-Rössler, A. und Steiner, M. (Hrsg.): *Perinatal stress, mood and anxiety disorders: from bench to bedside*. 2005; Vol. 173: 8. Die Kategorie des ICD-10 „F53. – Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“ bildet eine Restkategorie für psychische Störungen, die im Zusammenhang mit dem Wochenbett (Beginn innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt) nur dann zu klassifizieren sind, wenn diese die Kriterien für anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen nicht erfüllen.

83 Dorsch, V.M. und Rohde, A.: Postpartale psychische Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie Up2date* 2010; 4(5): 305–320.

84 Daten für das Jahr 2015.

Krankenhausfälle aufgrund psychischer Störungen im Wochenbett (F53)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Grundsätzlich unterscheidet sich das Krankheitsbild einer postpartalen Depression nicht von dem allgemeiner depressiver Störungen. Trotzdem kommt postpartalen Depressionen aufgrund der besonderen Lebenssituation der betroffenen Frauen und der potentiellen Folgen für das Kind bzw. die Familie eine besondere Bedeutung zu und sie sind auch mit besonderen diagnostischen und therapeutischen Anforderungen verbunden.⁸⁵ Typisch für die postpartale Depression sind eine ausgeprägte emotionale Labilität, starke Zweifel der Betroffenen an ihrer Qualität als Mutter und fehlende Muttergefühle gegenüber dem Neugeborenen („Gefühl der Gefühllosigkeit“), die zu einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion führen können.⁸⁶ Das Unvermögen der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden, kann z. B. zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und kognitiven Entwicklungsverzögerungen führen. Im Extremfall besteht als Folge postpartaler Depressionen sogar das Risiko des Suizids oder des Infantizids (Kindstötung).⁸⁷ Eine möglichst frühe und effiziente Behandlung ist

deshalb sowohl für das subjektive Befinden der Mutter und die Stabilität der Familie von Bedeutung, als auch für die Entwicklung des Kindes wichtig. Nach wie vor werden jedoch viele Fälle postpartaler psychischer Erkrankungen nicht erkannt und folglich auch nicht behandelt.

Die **Risikofaktoren** für Depressionen in der Postpartalzeit ähneln im Grundsatz denen in anderen Lebensabschnitten. Insbesondere lassen sich in der Postpartalzeit aber folgende Faktoren hervorheben:⁸⁸

- Psychische Vorerkrankungen (v. a. affektive / Angststörungen),
- postpartale Depression nach einer vorherigen Schwangerschaft,
- depressives Syndrom in der Schwangerschaft,
- Unerwünschtheit der Schwangerschaft,
- Unzufriedenheit mit der partnerschaftlichen Beziehung und
- fehlende soziale Unterstützung, v. a. durch den Partner.⁸⁹

85 Riecher-Rössler, A. und Steiner, M. (Hrsg.): Perinatal stress, mood and anxiety disorders: from bench to bedside. 2005; 173: 8.

86 Dorsch, V.M. und Rohde, A.: Postpartale psychische Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie* Up2date 2010; 4(5): 305–320; Riecher-Rössler, A. Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, B. und Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis.* Wien 2006: 11.

87 Rohde, A.: Suizid und Infantizid bei postpartalen psychischen Störungen. *Psycho* 1998; 24: 612.

88 Dorsch, V.M. und Rohde, A.: Postpartale psychische Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie* Up2date 2010; 4(5): 305–320.

89 Riecher-Rössler, A. Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, B. und Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis.* Wien 2006: 13.

Behandlung postpartaler Depressionen

Je nach Symptomatik und Schweregrad der postpartalen Depression bieten sich eine psychotherapeutische und/oder eine medikamentöse Behandlung an. Eine medikamentöse Behandlung führt am schnellsten zu einem Abklingen der Symptome und hilft so bei der Bewältigung des Alltags. Die medikamentöse Therapie steht jedoch in Konflikt mit dem Stillen, da die Psychopharmaka auch in die Muttermilch übergehen, so dass hier eine Abwägung zwischen den verschiedenen Behandlungszielen und eine auf den Einzelfall abgestimmte Therapieplanung stattfinden muss.⁹⁰

Vor allem leichtere bis mittlere Formen der postpartalen Depression lassen sich meist ambulant mit psychotherapeutischen Maßnahmen gut behandeln. Bei einer psychotherapeutischen Behandlung postpartaler Depressionen stehen die Aufklärung über die Erkrankung, das Erlernen des Umgangs mit den Symptomen, die Einstellung auf die neue Situation in Familie und Beruf und die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung im Vordergrund. Außerdem werden der Partner und weitere Angehörige in die Behandlung einbezogen, um familiäre und partnerschaftliche Konflikte zu bearbeiten und gemeinsam nach Möglichkeiten zur Entlastung der Mutter zu suchen (auch unter Berücksichtigung anderer Unterstützungsmöglichkeiten, wie z. B. Hebammen, Familienhelfern oder Sozialarbeitern).

Auch Mütter- und Selbsthilfegruppen können bei der Bewältigung postpartaler Depressionen helfen, indem über den Umgang mit Stress und Konflikten gesprochen, Informationen ausgetauscht und soziale Kontakte aufgebaut werden.⁹¹

Bei schweren postpartalen Depressionen, die mit einer Gefahr für das Leben von Mutter und

Kind einhergehen, bedarf es ggf. eines Klinikaufenthalts. Hierfür gibt es an einigen psychiatrischen Krankenhäusern spezielle Mutter-Kind-Abteilungen, in denen das Kind zusammen mit der Mutter aufgenommen wird.

Postnatale Depressionen bei Vätern

Auch für Männer stellt die Geburt eines Kindes ein wichtiges Lebensereignis dar und es besteht ein gewisses Risiko hinsichtlich der Entwicklung einer postnatalen Depression, insbesondere bei vorherigen psychischen Erkrankungen.⁹² Für Väter ändert sich ebenfalls das eigene Rollenverständnis und es ist für sie beispielsweise herausfordernd, ihren Platz neben der oft sehr engen Mutter-Kind-Beziehung zu finden. Etwa 10 % der jungen Väter sind von einer väterlichen postnatalen Depression betroffen.⁹³ Eine depressive Störung der Mutter erhöht die Wahrscheinlichkeit depressiver Symptome beim Vater. Die Erkrankungsrate der Väter ist zwischen dem 3. und dem 6. Monat nach der Geburt des Kindes am höchsten.

Auch die Depressivität des Vaters in der Postnatalzeit kann – unabhängig vom Auftreten einer postpartalen Depression bei der Mutter – zu Entwicklungsstörungen bei dem Neugeborenen führen.⁹⁴ Es empfiehlt sich also auch bei dem männlichen Geschlecht eine verstärkte Aufmerksamkeit im Hinblick auf depressive Symptome in der Zeit nach der Geburt eines Kindes.

Präventionsmaßnahmen

Obwohl die postpartale Depression gut behandelbar ist, wird sie häufig nicht erkannt, da viele der betroffenen Frauen keine professionelle Hilfe suchen und postpartale Depressionen nach wie vor tabuisiert und unterschätzt werden. Häufig werden Symptome der postpartalen Depression (z. B. Kopfschmerzen, Herzbeschwerden,

90 Riecher-Rössler, A. Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, B. und Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien 2006: 11–20.

91 Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.: Nach der Geburt. 2016. www.buendnis-depression.de/depression/nach-der-geburt.php [Abruf: 25. August 2016].

92 Dorsch, V.M. und Rohde, A.: Postpartale psychische Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie Up2date* 2010; 4(5): 305–320.

93 Paulson, J. F. und Bazemore, S. D.: Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 1961–1969.

94 Paulson, J. F. und Bazemore, S. D.: Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 1961–1969.

Appetitlosigkeit und Schlafstörungen) als normale Erschöpfungsreaktion nach der Geburt des Kindes wahrgenommen. Außerdem empfinden die Mütter oft Schuldgefühle und trauen sich deshalb nicht, über ihren seelischen Zustand zu sprechen.⁹⁵

Maßnahmen zur Primärprävention können deshalb zunächst in Form einer breiten Aufklärung und Information der Bevölkerung erfolgen, die das Verständnis und die Akzeptanz für Wochenbettdepressionen auch bei Bekannten und Angehörigen fördert und die Mütter so von Schuldgefühlen entlastet. Spezifische Präventionsmaßnahmen sollten darüber hinaus bereits im Rahmen

der Geburtsvorbereitung durch Hebammen und Gynäkologen ansetzen, etwa in Form einer Aufklärung der werdenden Mütter über die Möglichkeit eines Baby-Blues oder einer Depression im Wochenbett und über die entsprechenden Hilfsmöglichkeiten.⁹⁶

Vor allem bei Frauen mit einer psychiatrischen Vorerkrankung empfehlen sich darüber hinaus eine enge psychiatrische Betreuung und eine Reduktion von Risikofaktoren. In schweren Fällen kann auch eine prophylaktische antidepressive Medikation unmittelbar nach der Entbindung angebracht sein.⁹⁷



Unterstützungsangebote für junge Mütter

Schatten & Licht e. V. – Krise rund um die Geburt: Der bundesweite gemeinnützige Verein wurde 1996 von betroffenen Frauen gegründet und ist dem weltweiten Netzwerk „Postpartum Support International“ angeschlossen. Betroffene, ihre Angehörigen, aber auch Fachleute (z. B. Hebammen/Ärzte) werden telefonisch beraten und bei der Suche nach geeigneten Therapiemöglichkeiten unterstützt. Im Rahmen von Schatten & Licht Selbsthilfegruppen können ehemals Betroffene außerdem hilfreiche Tipps geben, wie sie selbst die Krise nach der Geburt überwunden haben.

www.schatten-und-licht.de/index.php/de

Netzwerk Krise nach der Geburt: Das Netzwerk „Krise nach der Geburt“ besteht aus Beratungsstellen und Fachleuten – wie Hebammen, Psychotherapeuten und Ärzten in Bamberg und Umgebung. Es hat sich zum Ziel gesetzt, über die Formen und Verläufe von psychischen Störungen nach der Geburt und mögliche Behandlungsansätze zu informieren und zu beraten. Das Netzwerk bietet ambulante Anlaufstellen, stationäre Angebote, Hilfe zur Selbsthilfe, Medikamente in der Schwangerschaft, Krisenhilfe rund um die Uhr.

www.krise-nach-der-geburt.de

Auf der Homepage der **Marcé-Gesellschaft** findet sich eine Adressliste von Aufnahmestellen bei postpartalen psychischen Erkrankungen, Literaturtipps und weitere Links:

www.marce-gesellschaft.de

95 Bürmann, C. genannt Siggemann et al.: Postpartale Depression tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt. Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW. 2014.

96 Bürmann, C. genannt Siggemann et al.: Postpartale Depression tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt. Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW. 2014.

97 Riecher-Rössler, A. Was ist postpartale Depression? In: Wimmer-Puchinger, B. und Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien 2006: 15.

EFFEKT-E – Ein Projekt in Mutter-Kind-Kliniken zur Prävention von Depressionen:

Das Programm EFFEKT-E basiert auf dem Programm „Entwicklung und Entwicklungsförderung in Familien“ der Universität Erlangen-Nürnberg und wurde für depressionsgefährdete Menschen adaptiert. Das Präventionsprogramm richtet sich an Mütter mit depressiver Symptomatik, die an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilnehmen und ein Kind im Alter von vier bis sechs Jahren haben.

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2254.php

5.3 Depressionen im Alter

Auch wenn Depressionen im höheren Lebensalter klassifikationssystematisch nicht mehr von depressiven Störungen in anderen Altersgruppen unterschieden werden, gibt es bei Depressionen, die in höheren Lebensaltern auftreten, trotzdem einige Besonderheiten. Die Diagnostik einer Depression bei Älteren ist z. B. aufgrund bestehender somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten häufig schwieriger. Hinzu kommt, dass zwar mit zunehmendem Alter für immer mehr Menschen in den Abrechnungsdaten eine Depressionsdiagnose vorliegt, ältere Menschen aber seltener als jüngere behandelt werden und zuweilen auch klinisch relevante depressive Symptome als normale Alterserscheinungen verkannt werden. Manche Fachleute gehen bei älteren Menschen mit Depressionen von einer therapeutischen Unterversorgung aus.⁹⁸

Spezifische Risikofaktoren die mit zunehmendem Alter häufiger werden sind:⁹⁹

- die nachlassende körperliche und geistige Leistungsfähigkeit,
- kognitive Beeinträchtigungen und Einschränkungen in den Alltagsfertigkeiten,
- die Verringerung der Sozialkontakte,

- der Wegfall früherer sozialer und beruflicher Rollen,
- der Verlust von Selbstständigkeit und Zukunftsperspektive,
- die Sinnentleerung des Alltags,
- der Tod naher Angehöriger und Bezugspersonen und
- die sich verschlechternde eigene gesundheitliche Verfassung (Zunahme körperlicher Beschwerden und chronischer Krankheiten).

Die Häufigkeit von Depressionen im Alter

Die DEGS1-Studie des Robert Koch-Instituts hat in den psychiatrischen Interviews, also unabhängig von der Diagnosestellung im Versorgungssystem, in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre 7,2 % Menschen mit einer depressiven Symptomatik gefunden (Frauen: 9,8 %, Männer: 4,5 %), in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre waren es 6,1 % (Frauen: 7,7 %, Männer: 4,2 %). Das liegt unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (8,1 %).¹⁰⁰ Auf die Einschränkungen der Aussagekraft von Studien in der älteren Allgemeinbevölkerung ist bereits weiter oben hingewiesen worden. Die epidemiologische Datenlage aus Studien zur Häufigkeit von Depressionen im Alter ist zudem widersprüchlich: Während einige Studien zum Ergebnis kommen, dass der Anteil von

98 Wittchen, H.-U. et al.: Depressive Erkrankungen – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Berlin 2010: 23.

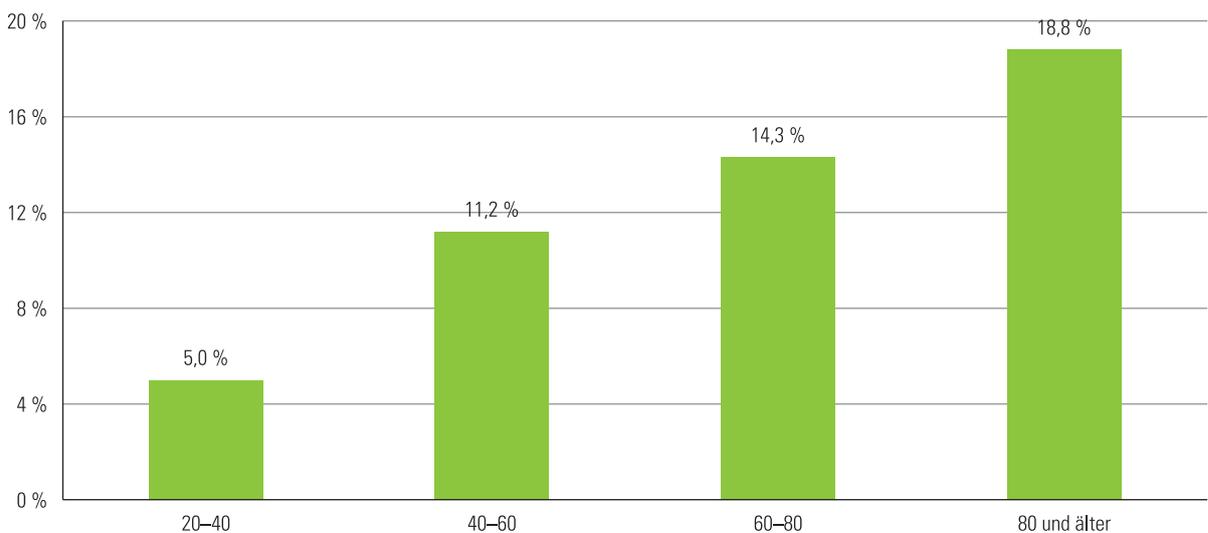
99 Braam, A.W. et al.: Physical health and depressive symptoms in older Europeans – Results from EURODEP. Br J Psychiatr 2005; 187: 35–42.

100 Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 733–739.

Depressionen bei Älteren nicht höher ist als in jüngeren Altersgruppen, berichten andere Studien, dass zwar schwere Formen depressiver Erkrankungen im Alter abnehmen und leichtere Formen zunehmen, wieder andere, dass schwere Depressionen bei älteren Menschen häufiger vorkommen.¹⁰¹

Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigen – wie bei den psychischen Störungen insgesamt – eine häufigere Diagnosestellung von Depressionen mit zunehmendem Lebensalter. Die über 80-Jährigen wiesen im Vergleich mit der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen fast viermal so viele Depressionsdiagnosen auf. Inwiefern hier auch ältere, nur mitgeführte Diagnosen kumulieren, ist nicht bekannt.

Diagnostizierte Depressionen (F32, F33), Bayern, 2014



Datenquelle: KVB

Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Depressionen nicht nur eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter (neben dementiellen Erkrankungen) sind, sondern bei älteren Menschen auch eine weitaus größere klinische Relevanz haben, als bisher auf Basis von epidemiologischen Bevölkerungssurveys angenommen wurde.¹⁰² Des Weiteren ist zu bedenken, dass mit dem Alter die Häufigkeit körperlicher Krankheiten und funktioneller Einschränkungen ansteigt und eine eventuell gleichzeitig bestehende Depression die Therapieplanung erschwert (siehe dazu im Kapitel über Depressionen und körperliche Erkrankungen).



Psychische Gesundheit im Alter – offene Fragen klären

Hinsichtlich der Versorgung psychischer Störungen im Alter sind viele Fragen auch wissenschaftlich noch offen, etwa was den konkreten Versorgungsbedarf oder das Zusammenspiel psychischer und körperlicher Erkrankungen angeht. Diesem wichtigen Thema wird sich auch der nächste Jahresschwerpunkt widmen.

101 Weyerer, S., Bickel, H.: Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart 2007.

102 Bramesfeld, A., Schwartz, F.W.: Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Psychiatrische Praxis 2007; 34: 247–251; Mehnert, A. et al.: Psychische Komorbidität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Krebserkrankungen. Bundesgesundheitsbl 2011; 54(1): 75–82.

Diagnostik und Behandlung von Depressionen im Alter

Es gibt speziell für ältere Patienten entwickelte Instrumente für ein Screening auf Depression, z.B. die „Geriatrische Depressionsskala“ mit Fragebögen mit 5 bzw. 15 Fragen (GDS-5, GDS-15).¹⁰³ Mit Hilfe dieses gut validierten Screening-Instruments können beispielsweise Hausärzte oder geriatrische Institutsambulanzen bei älteren und geriatrischen Patienten mit geringem Zeitaufwand systematisch depressive Symptome abfragen. Auf mögliche körperliche Grunderkrankungen ist zu achten.

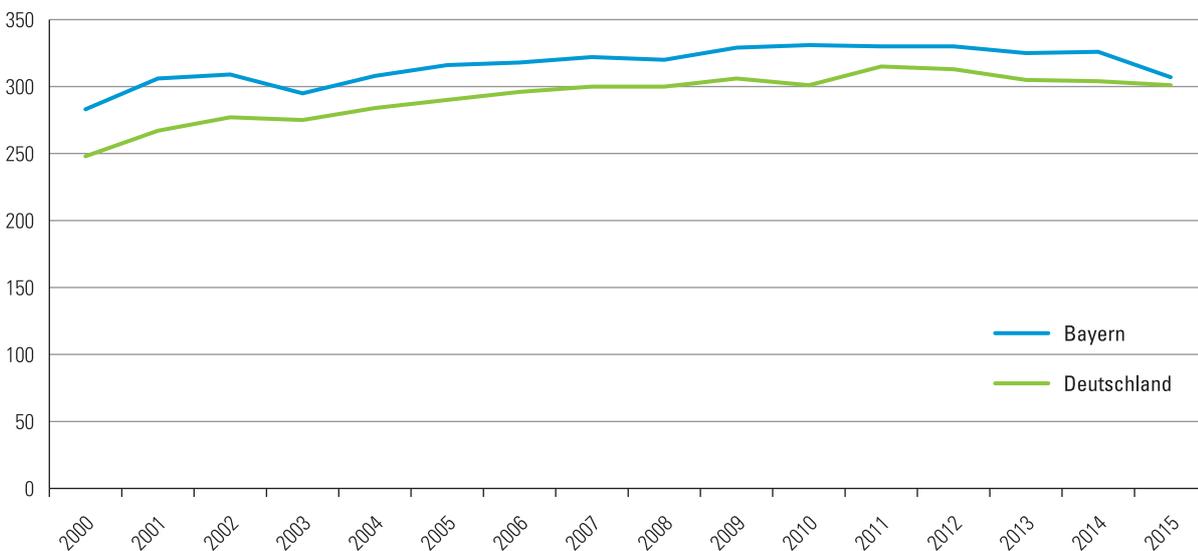
Grundsätzlich ähneln die Ansätze zur Behandlung von Depressionen bei älteren Menschen denen bei jüngeren Erwachsenen. Auch die Erfolgsquote der Behandlung von depressiven

Störungen ist bei älteren Menschen vergleichbar. Die medikamentöse Therapie von Depressionen ist im Alter jedoch komplizierter, da häufig bereits mehrere Medikamente eingenommen werden und es zu Wechselwirkungen zwischen Medikamenten oder zu einer Überdosierung kommen kann. Psychotherapie hat sich auch bei Depressionen im Alter bewährt – insbesondere die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze ist bei älteren Menschen gut belegt.¹⁰⁴

Bis vor Kurzem ist die Rate der stationären Behandlungsfälle im Alter gestiegen. Sie lag in der Vergangenheit in Bayern über dem Bundesdurchschnitt und hat sich inzwischen dem Bundesdurchschnitt weitgehend angeglichen.

Krankenhausfälle infolge von Depressionen (F32, F33) im Alter

Fälle je 100.000 Ew., Altersgruppe 65 und älter



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

Mit den **gerontopsychiatrischen Einrichtungen** steht für ältere Menschen mit psychischen Störungen im Bedarfsfall auch eine eigenständige Behandlungsstruktur mit ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen bereit.

103 Deppermann, K., et al.: Geriatrische Assessments und Diagnostik beim älteren Patienten. *Oncology Research and Treatment* 2008; 31(Suppl.3): 6–14.

104 Pinquart, M., Duberstein, P. R. und Lyness, J. M.: Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging & mental health* 2007. 11(6): 645–657.



Ambulanter gerontopsychiatrischer Verbund Bayern (AGVB)

Im Ambulanten gerontopsychiatrischen Verbund Bayern arbeiten Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen – von den Sozialpsychiatrischen Diensten bis zu den Wohlfahrtsverbänden – zusammen. Dabei geht es vor allem um die Weiterentwicklung gerontopsychiatrischer Konzepte, eine bessere Vernetzung und um Öffentlichkeitsarbeit.

Mehr dazu: www.agvb.de/der-agvb/

Bei der **Prävention** gegen Depressionen im Alter stehen vor allem die Vermeidung von Vereinsamung und Isolation, die Erhaltung des Selbstbewusstseins und die Förderung einer aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft im Vordergrund. Wirksame Schutzmaßnahmen im Sinne der Verhaltensprävention gegen Depressionen im Alter sind deshalb z. B.

- der Erhalt der psychomotorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit durch kognitives Training und Sport,
- Erhalt der Sinnesfunktionen (v. a. Sehen, Hören),
- regelmäßige Bewegung an der frischen Luft,
- das Pflegen von Hobbies und Interessen,
- der Aufbau und das Aufrechterhalten sozialer Kontakte und Netzwerke sowie
- die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten.¹⁰⁵

Da sich im Alter auch belastende Lebensereignisse wie z. B. der Verlust nahestehender Menschen häufen, können auch wohnortnahe, gruppenorientierte begleitende Hilfsangebote in Form von Trauerseminaren oder Selbsthilfegruppen sowie unterstützende Angebote zur Erhaltung der Selbstständigkeit (z. B. Essen auf Rädern, häusliche Pflegeangebote, Nachbarschaftshilfen etc.) der Entstehung von Depressionen im Alter vorbeugen.¹⁰⁶ Zur Vermeidung von Isolation bieten sich auch Wohnformen wie Senioren- oder Mehrgenerationen-Wohngemeinschaften an.

¹⁰⁵ Neurologen und Psychiater im Netz: Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/alter/foerderung-der-psychischen-gesundheit/ [Abruf: 25.08.2016]

¹⁰⁶ Amberger, S.: Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart 2010: 549–552.



Unterstützung eines selbstbestimmten und aktiven Lebens als Ansatz zur Prävention von Depressionen im Alter

Im Bayerischen Präventionsplan ist das gesunde Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld eines von vier Schwerpunkthandlungsfeldern. Dazu gehören auch vielfältige strukturelle Ansätze und Unterstützungsangebote in Bayern, die älteren Menschen eine aktive Teilhabe am sozialen Leben erleichtern, wie zum Beispiel:

Eine Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen über die **Seniorenakademie Bayern**, insbesondere in den Bereichen Erfahrungswissen für Initiativen (EFI), kommunale Seniorenvertretungen und ehrenamtliche Wohnberatung:
www.seniorenakademie.bayern

Die **Koordinationsstelle „Wohnen im Alter“** zum Aufbau neuer Wohn- und Unterstützungsangebote: www.wohnen-alter-bayern.de

Das **Förderprogramm „Selbstbestimmt Leben im Alter – SeLA“** zum Auf- bzw. Ausbau von Quartierskonzepten, Seniorenhausgemeinschaften, Nachbarschaftshilfen und anderem mehr:
www.stmas.bayern.de/senioren/recht/sela.php

Mehrgenerationenhäuser als am lokalen und regionalen Bedarf orientierte zentrale Treffpunkte und Anlaufstellen für alle Generationen, die großfamiliäre und nachbarschaftliche Bildungs- und Unterstützungsstrukturen nachbilden: www.stmas.bayern.de/generationen/haeuser/index.php

Darüber hinaus können gezielte sportliche Angebote für ältere Menschen deren psychisches Wohlbefinden verbessern.

Diesem Thema wird sich das StMGP im kommenden Jahresschwerpunkt „Seniorengesundheit“ widmen.

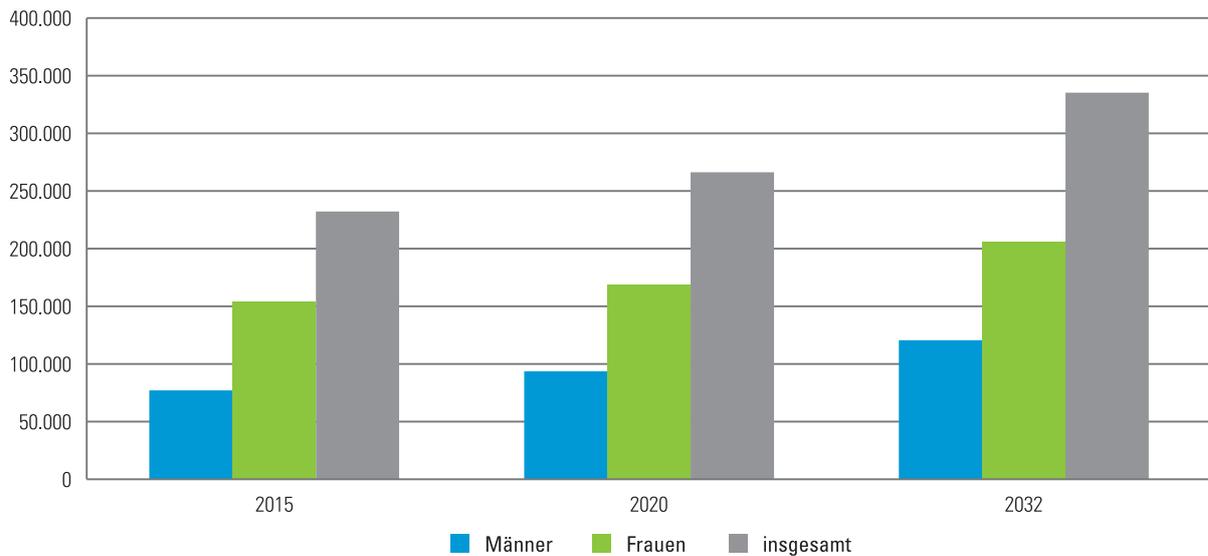
Depressionen im Alter und Demenzen

Demenzerkrankungen gehören zu den großen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik. Demenzen und Depressionen hängen in mehrfacher Weise zusammen: Demenzen können Depressionen auslösen, Depressionen gehören zu den Risikofaktoren für Demenzen und beide Syndrome können mit ähnlichen Symptomen einhergehen.

Da die Häufigkeit von Demenzerkrankungen mit dem Alter stark zunimmt, ist aufgrund der Alterung der Gesellschaft an sich mit einer steigenden Zahl an demenziell Erkrankten zu rechnen. Derzeit ist von ca. 230.000 demenziell Erkrankten in Bayern auszugehen. Wenn die Erkrankungs-raten gleichbleiben, wären in 15 Jahren ca. 100.000 Erkrankte mehr zu erwarten.

Demenzerkrankungen, Bayern

Hochrechnung bei unveränderten Erkrankungsraten



Datenquellen: LfStat, EuroCoDe; Berechnungen LGL

Allerdings deuten neuere Studien darauf hin, dass die Zahl der Demenzerkrankungen möglicherweise trotz des demografischen Wandels nicht bzw. nicht so stark wie bisher vermutet zunimmt.¹⁰⁷ Ein gesunder Lebensstil ohne Tabakkonsum und mit ausreichend Bewegung scheint demenziellen Erkrankungen doch in erheblichem Umfang vorbeugen zu können.¹⁰⁸ Dennoch gilt es,

das Versorgungssystem, aber auch die Gesellschaft insgesamt besser als bisher für den Umgang mit Demenzerkrankungen zu rüsten. In Bayern wurde dazu mit der Bayerischen Demenzstrategie ein Konzept entwickelt, das unterschiedliche Handlungsebenen anspricht und aufeinander bezieht.



Bayerische Demenzstrategie

Die Bayerische Demenzstrategie soll

- den Bewusstseinswandel in der Gesellschaft im Umgang mit dem Thema Demenz weiter voranführen,
- die Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen in allen Phasen der Erkrankung bewahren,
- die Lebensbedingungen und -qualität für die Erkrankten und ihre Angehörigen verbessern,
- die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Angehörige und Betroffene verbessern und
- eine angemessene, an den Bedarfen orientierte medizinische Versorgung, Betreuung und Pflege sicherstellen.

Mehr dazu: www.stmgp.bayern.de/pflege/demenz/



107 Wu, Y.-T. et al.: Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. The Lancet Neurology 15; 2016: 116–124.

108 Norton, S. et al.: Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. The Lancet Neurology 13; 2014: 788–794.

5.4 Körperliche Erkrankungen und Depressionen

Depressionen treten häufig zusammen mit körperlichen Erkrankungen auf. Dabei kann die Verursachung ähnlich wie bereits im Zusammenhang mit den Demenzen angesprochen, in beide Richtungen gehen. Depressionen beeinträchtigen die körperliche Verfassung der Betroffenen, z. B. in Form von Schlafstörungen, Erschöpfung oder allgemeiner Schwäche und sie gehen auch mit einem erhöhten Risiko für manifeste körperliche Erkrankungen einher.¹⁰⁹ Dies kann durch pathophysiologische Prozesse infolge der Depression geschehen, aber auch durch die mit der Depression einhergehenden Verhaltensänderungen, z. B. weniger Bewegung oder eine geringere Motivation, das Rauchen aufzugeben oder notwendige Medikamente ordnungsgemäß einzunehmen, bedingt sein. Körperliche Erkrankungen wiederum können zu Depressionen führen.¹¹⁰ Eine Studie der WHO gibt an, das Risiko einer körperlichen Beeinträchtigung sei für depressive Personen insgesamt 1,8-fach höher als für Personen ohne eine depressive Störung.¹¹¹ Studien lassen z. B. einen Einfluss von Depressionen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen,¹¹² Krebs,¹¹³ Asthma,¹¹⁴ muskuloskeletale Erkrankungen¹¹⁵ und Diabetes mellitus¹¹⁶ vermu-

ten, aber vielfach sind die Befunde nicht gut gesichert oder es zeigen sich große Variationen zwischen den Studien.

Auch für die Entstehung von Depressionen als Reaktion auf eine körperliche Erkrankung gibt es eine Vielzahl von Studien. Eine neuere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einer chronischen körperlichen Erkrankung verglichen mit gesunden Personen bzw. der Allgemeinbevölkerung ein etwa 1,5- bis 2-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung (u. a. Depressionen) aufweisen.¹¹⁷ Depressive Störungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen können mit einer Verstärkung der körperlichen Symptome, einer schlechteren Anpassung an die Erkrankung sowie geringerer Compliance mit der Behandlung dieser Erkrankungen, mit reduzierter Lebensqualität sowie erhöhter Mortalität einhergehen.¹¹⁸ So liegt Studien zufolge z. B. die Sterblichkeit von Herzinfarktpatienten, die nach dem Herzinfarkt an einer Depression erkranken, zwei- bis viermal höher als für Infarktpatienten ohne Depression.¹¹⁹ Umgekehrt gilt auch, dass das Vorliegen chronischer körperlicher Erkrankungen sich ungünstig auf den Behandlungserfolg bei depressiven Patienten auswirken kann.¹²⁰ Übersichtsarbeiten berichten auch hier sehr heterogene Befunde und breit streuende Ergebnisse.¹²¹

109 Cassano, P., Fava, M.: Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002; 53(4): 849–857.

110 Vgl. z. B. Härter, M., Baumeister, H.: Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg 2007: 1–13.

111 Ormel, J. et al.: Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychological medicine* 1999; 29(4): 847–853.

112 Baumeister, H. et al.: Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskeletalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2004; 33(1): 33–41.

113 McDaniel, J. et al.: Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry* 1995. 52(2): p. 89–99.

114 Baumeister, H. et al.: Psychische Störungen bei Asthma bronchiale – ein systematisches Review empirischer Studien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2005; 55(5): 247–255.

115 Härter, M.: Psychische Komorbidität bei muskuloskeletalen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2011; 54(1): 52–58.

116 Popkin, M. et al.: Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45(1): 64–68.

117 Härter, M. et al.: Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and psychosomatics* 2007; 76: 354–360.

118 DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016: 21.

119 Lesperance, F., Frasur-Smith, N.: Depression in patients with cardiac disease: a practical review. *J Psychosom Res* 2000; 48(4–5): 379–91.

120 DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 2. Auflage, Version 4, letzte Bearbeitung 10/2016: 27.

121 McDaniel, J.S., Brown, F.W. und Cohen-Cole, S.A.: Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. In: Stoudemire, A., Fogel, B.S., Greenberg, D.B. (Hrsg.): *Psychiatric Care of the Medical Patient*. New York 2000: 149–164.

Exemplarisch: Depression und Krebs

Nicht nur der anfängliche Schock nach einer Krebsdiagnose und traumatische Erlebnisse und Belastungen während einer Krebstherapie, sondern auch die Sorge vor dem Wiederkehren der Erkrankung und um Angehörige sind eine große psychische Belastung. Ein erheblicher Teil der Erkrankten entwickelt eine Depression¹²² – Frauen sind auch hier häufiger betroffen als Männer. Es gibt Hinweise, dass eine Depression den Therapieerfolg negativ beeinflussen und die Überlebensrate verringern kann.¹²³ Eine adäquate psychologische Beratung oder sogar Psychotherapie kann helfen, in manchen Fällen ist auch eine medikamentöse Behandlung notwendig.¹²⁴ Nach Schätzungen von Experten benötigen 25 bis 30 % aller Krebspatienten im Verlauf ihrer Erkrankung eine professionelle psychoonkologische Betreuung.¹²⁵

Viele Patienten und auch manche Fachkräfte sind noch nicht ausreichend über die Bedeutung und die Angebote psychoonkologischer Betreuung informiert. Dabei ist die Psychoonkologie mit einem breiten Spektrum psychotherapeutischer Methoden (Einzel- und Gruppentherapie, Entspannungsverfahren, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sozialberatung) mittlerweile in zahlreichen Kliniken, insbesondere in zertifizierten Organkrebszentren, in onkologischen Zentren und Spitzenzentren, fest verankert.

In den Beratungsstellen der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V. waren im Jahr 2015 72 % der Ratsuchenden selbst Krebspatienten, 21 % waren Partner und Angehörige und 7 % waren an der Therapie/Betreuung von Krebspatienten beteiligt. Der größte Anteil der Beratungen fand zu psychoonkologischen Fragestellungen statt (33,2 %), in 7,1 % der Beratungen suchten Klienten psychische Entlastung und Unterstützung. Die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. stellt fest, dass es vor allem in den ländlichen Regionen Bayerns noch Bedarf an psychosozialer Krebsberatung gibt, der derzeit nicht gedeckt ist¹²⁶ In den anderen Flächenländern ist die Situation ähnlich. Das Bundesgesundheitsministerium hat daher zusammen mit der Deutschen Krebshilfe eine deutschlandweite Erhebung zur psychoonkologischen Versorgung initiiert.

122 Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H. et al.: Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014; 32(31): 3540-6.

123 Schäfer, M.: *Onkologie* 13; 2007: 632–641.

124 Bayerische Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.): *Psychoonkologie*, München 2015.

125 Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: *Erster Bayerischer Krebsbericht*. München 2013: 46.

126 Bayerische Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.): *Jahresbericht 2015*, München, 2016.



Die Psychoonkologie ist eine Fachdisziplin innerhalb der Onkologie, in der das psychische und soziale Erleben von Menschen mit Krebs im Vordergrund stehen. Das Angebot der Psychoonkologie richtet sich nicht nur an die Krebspatienten selbst, auch ihre Angehörigen können psychosoziale Beratung und Hilfe in Anspruch nehmen. Die Bayerische Krebsgesellschaft e. V. unterhielt im Jahr 2015 bayernweit elf ambulante Psychosoziale Krebsberatungsstellen, zwei weitere Krebsberatungsstellen an Kliniken und diverse Außensprechstunden, die an Krebsberatungsstellen angegliedert sind. Auf der Internetseite der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. finden sich Informationen zu telefonischen und Beratungsangeboten vor Ort.

www.bayerische-krebsgesellschaft.de

info@bayerische-krebsgesellschaft.de

Bayerische Krebsstrategie

Die Bayerische Krebsstrategie, die 2010 beschlossen wurde, setzt sich in den Säulen „Onkologische Versorgung und Schnittstellenmanagement verbessern“ sowie „Patienteninformations- und Beratungsangebote stärken“ auch für den Ausbau von Beratungsangeboten und eine verstärkte Einbeziehung von psychoonkologischer Unterstützung und Selbsthilfe in die Versorgung von Krebspatienten ein.¹²⁷

Exemplarisch: Diabetes und Depression

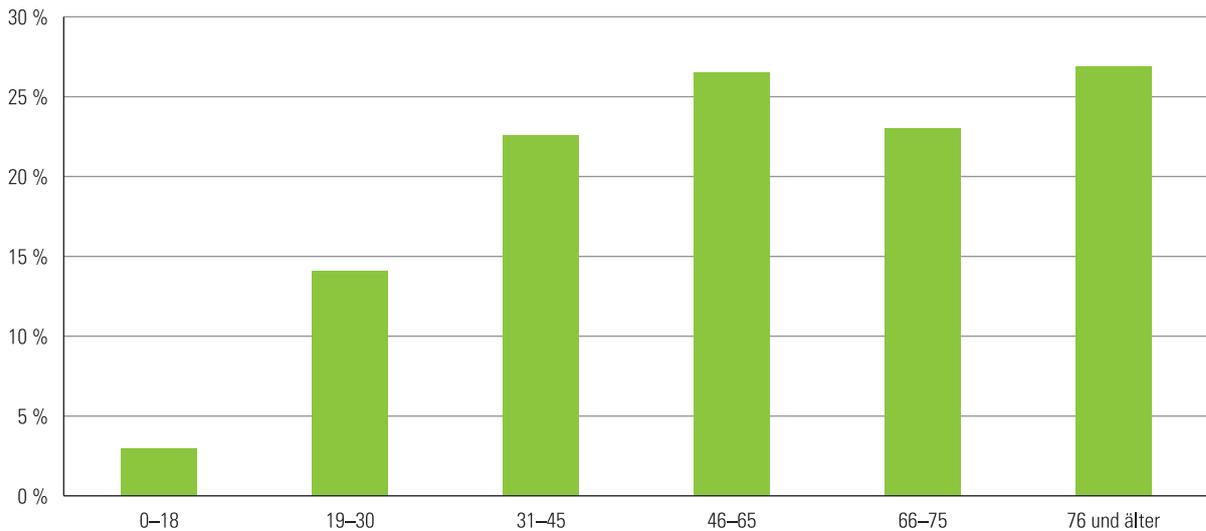
Studien zeigen, dass Diabetiker ein erhöhtes Depressionsrisiko haben. Auch nach Daten der AOK Bayern, die für den Bayerischen Diabetesbericht ausgewertet wurden, ergab sich ein 1,5-fach erhöhtes Risiko für eine Depression bei Diabetikern. Dabei steigt, wie Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aus den Disease-Management-Programmen zum Diabetes ergaben, die Komorbidität durch Depressionen

bei Diabetikern mit dem Alter an.¹²⁸ Eine (unbehandelte) Depression ist dabei auch ein Risiko für den Therapieerfolg beim Diabetes, da hier die Mitwirkung der Patienten unverzichtbar ist, von der Blutzuckerkontrolle bis hin zum Bewegungsverhalten. Dies kann dazu führen, dass häufiger Spätfolgen des Diabetes auftreten. Die Diabetesleitlinien empfehlen daher, wenn es Hinweise auf eine Depression gibt, eine diagnostische Abklärung.

127 Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Erster Bayerischer Krebsbericht. München 2013: 87.

128 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bayerischer Diabetesbericht. München 2015: 61, 63.

Diabetespatienten mit Depression, Bayern, 2011



Datenquelle: KVB, Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern; Basis: Diabetiker im DMP 1 und 2, nach M2Q-Kriterium

Zusammenhänge zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen können auf vielfältige Weise vermittelt sein. In der Literatur wird z. B. auf mögliche gemeinsame Ursachen hingewiesen (z. B. bei Krankheiten, die mit einem Hormonungleichgewicht zusammenhängen oder bei Hirnverletzungen, z. B. Schlaganfällen), auf Auswirkungen von Medikamenten (Depressionen als Nebenwirkungen bestimmter Medikamentengruppen wie Analgetika (NSAR), Antihypertensiva und Antiarrhythmika, Kortikosteroide, Antibiotika, Zytostatika, Schilddrüsenhormone, Sympathikomimetika etc.) oder auf neurobiologische Mechanismen (z. B. beim Pankreaskarzinom produzierte Antikörper, die ggf. schon im Vorfeld der Tumorerkrankung eine Depression aufgrund einer immunologisch vermittelten Reaktion auslösen).¹²⁹

Aufgrund solcher Zusammenhänge, aber auch mit Blick auf die Relevanz von Depressionen für den Behandlungserfolg körperlicher Erkrankungen, sollte vor allem bei älteren Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen verstärkt auf die Diagnostik und Behandlung möglicher komorbider psychischer Störungen geachtet werden. Wenn eine depressive Störung zusammen mit einer körperlichen Erkrankung auftritt, besteht die Gefahr, dass die Depression nicht diagnostiziert oder behandelt wird, da die Behandlung der körperlichen Symptome in diesen Fällen häufig im Vordergrund steht.



Weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen für Patienten wie Ärzte zum Thema „Diabetes und Depression“ sind zum Beispiel auf der Webseite des **Diabetesinformationsdienstes München** des Helmholtz-Zentrums München zu finden:

www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/leben-mit-diabetes/psyche-und-motivation/index.html

129 Härter, M.: Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Die Rehabilitation 2002; 41(6): 357–366.

5.5 Depression und Migration

In Bayern haben dem Mikrozensus 2015 zufolge ca. 2,7 Mio. Menschen einen Migrationshintergrund, das sind 21,3 % der Bevölkerung. Rund die Hälfte von ihnen besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (1,36 Mio.) und ca. 819.000 sind in Deutschland geboren.

Die Gruppe der Migranten ist sehr heterogen – das Spektrum reicht von Spätaussiedlern über Fachkräfte und Studierende aus dem europäischen Ausland bis hin zu den Bürgerkriegsflüchtlingen. Fast die Hälfte (44,2 %) der in Bayern lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund stammt aus EU-Mitgliedsländern, überwiegend Rumänien, Polen, Österreich sowie Italien. Darüber hinaus machen türkischstämmige Personen den mit Abstand höchsten Anteil eines Einzelstaates aus (12,4 %). Der durch die Flüchtlingskrise ab dem Spätsommer 2015 bedingte Zugang von Migranten aus islamisch geprägten Ländern, insbesondere aus Syrien, Afghanistan und dem Irak, hat zu einem Anstieg der zugezogenen Ausländer um mehr als 10 % im Vergleich zu 2014 geführt. Was speziell die Teilgruppe der Flüchtlinge angeht, so haben im Jahr 2015 knapp 160.000 Flüchtlinge in Bayern Asyl gesucht, fast 68.000 haben einen Asylerstantrag gestellt.¹³⁰

Grundsätzlich geht man bei Menschen mit Migrationshintergrund, auch wenn sie schon viele Jahre in Deutschland leben oder sogar in Deutschland geboren wurden, von einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aus, da sie migrationsspezifischen Stressoren ausgesetzt sind (z.B. Sprachprobleme, Anpassungsforderungen an mehrere Kulturen, soziale Benachteiligung, Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierungserfahrungen).¹³¹

In der Diagnostik und Behandlung von Depressionen können bei Migranten erhebliche Schwierigkeiten auftreten. Beispielsweise werden psychische Erkrankungen in manchen Kulturen noch stark tabuisiert oder psychische Erkrankungen werden anders wahrgenommen, etwa als körperliche Beschwerden beschrieben. Insbesondere eine Behandlung in Form von Psychotherapie ist Migranten häufig unbekannt und deshalb mit Vorbehalten belegt.

Hinzu kommen oft Sprachbarrieren, da es in Deutschland häufig keine ausreichenden muttersprachlichen Hilfsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich gibt. Für die Psychotherapie ist dann meist ein professionell qualifizierter Dolmetscher erforderlich. Diese Schwierigkeiten führen dazu, dass Depressionen bei Migranten häufig erst spät oder gar nicht diagnostiziert werden und sie entsprechend seltener eine Behandlung erhalten (zu Maßnahmen in Bayern siehe den Textkasten am Ende des Kapitels).

Um besser auf die ethnischen und situationsbedingten Besonderheiten von psychischen Störungen bei Migranten eingehen zu können, wären weitere Angebote wünschenswert, wie z. B. die Entwicklung einer kultursensitiven Diagnostik für verschiedene ethnische Gruppen und kulturadäquater Behandlungskonzepte und einer Erweiterung des Wissens über die Psychopathologie und Epidemiologie psychischer Erkrankungen in Migrantengruppen.

¹³⁰ Entwurf des 4. Bayerischen Landessozialberichts (Stand Januar 2017).

¹³¹ Leyer, E. M. (1991). Migration, Kulturkonflikt und Krankheit: Zur Praxis der transkulturellen Psychiatrie. Zitiert in: Gavranidou, M., Abdallah-Steinkopff, B.: Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4(2007). 353–360. 2007.



MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern

Das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderte MIMI-Projekt hat einen Schwerpunkt in der Information von Migranten und dem Angebot von Sprachmittlern. Es gibt inzwischen Standorte in ganz Bayern. Über die Homepage des Projekts ist auch ein mehrsprachiger „Wegweiser Psychotherapie“ verfügbar.

Mehr zu MIMI allgemein: www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Wegweiser Psychotherapie: www.pro-migration.info/64.0.html

Spezifische Angebote für türkischsprachige Personen gibt es auf der Website der **Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung e. V.** Der Verein engagiert sich für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Migranten in Deutschland und führt u. a. ein Online-Verzeichnis türkischsprachiger Psychotherapeuten und psychosozialer Berater mit einer Namen- und Postleitzahlensuche:

www.gtp-aktpt.de/adressverzeichnis

Zur **Reduktion migrationspezifischer Stressoren** wie Anpassungsprobleme, Einsamkeit und Isolation und damit indirekt zur Verminderung des Risikos depressiver Erkrankungen tragen u. a. auch folgende Projekte in Bayern bei:

„**BIG.kompetenz**“, ein Projekt, das sich die partizipative Bewegungsförderung von Migrantinnen und Frauen in schwierigen Lebenslagen zum Ziel gesetzt hat und mittlerweile in mehreren Städten und Gemeinden in Bayern verbreitet ist.

www.big-projekt.de

„**Integration durch Sport**“, ein Programm des Bayerischen Landes-Sportverbands (BLSV) für Menschen mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Unter anderem unterstützt der BLSV damit Sportvereine, die sich für Flüchtlinge und Asylbewerber einsetzen, um auch ihnen einen unbürokratischen Zugang zum Sport zu ermöglichen.

www.blsv.de/blsv/sportwelten/integration

Unter den Migranten steht derzeit die Teilgruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber besonders im Fokus der öffentlichen Diskussion. Viele weisen aufgrund der Erfahrungen in ihren Heimatländern und auf der Flucht ein hohes Risiko für psychische Störungen auf. Als spezifische Risiko-

faktoren für das Auftreten psychischer Störungen bei Flüchtlingen gelten u.a. traumatische Erlebnisse, Zukunftsängste, Anpassungsprobleme an die neue Kultur und Umgebung, Einsamkeit und niedriger sozioökonomischer Status.

Eine internationale Meta-Analyse von 35 Studien aus verschiedenen Ländern kommt zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeit von Depressionen bei Flüchtlingen mehr als doppelt so hoch ist (44 %) als bei Arbeitsmigranten (20 %).¹³² Zugleich hatten Flüchtlinge auch eine hohe Prävalenz von Angststörungen (40 %) und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) (36 %).¹³³ Dies kann im Extremfall zu suizidalen Handlungen führen. Im Jahr 2014 verzeichnete die Polizeiliche Kriminalstatistik 49 Suizidversuche und drei Suizide in bayerischen Notunterkünften, Asylbewerberheimen und sogenannten Aufnahme- und Rückführungseinrichtungen.¹³⁴

Bei ernststen psychischen Beschwerden erhalten auch Flüchtlinge und Asylbewerber psychothe-

rapeutische Leistungen. Vom Freistaat Bayern wurden dafür im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes in den Jahren 2015 und 2016 ca. 5,5 Mio. Euro aufgewandt.¹³⁵ Soweit in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften keine Betreuung angeboten werden kann, nehmen die Betroffenen am allgemeinen ärztlichen Versorgungsangebot teil und werden dabei durch das Personal der Einrichtungen sowie andere Beratungskräfte bei der Suche nach therapeutischer Hilfe unterstützt. Ein besonderes Problem stellt hier und bei der psychotherapeutischen Behandlung der Mangel an professionellen Dolmetschern dar – dies ist derzeit Gegenstand von Beratungen im „Gemeinsamen Landesgremium“ nach § 90a SGB V unter Beteiligung des Sozial- und Gesundheitsressorts.



Spezialisierte Hilfen für psychisch erkrankte Flüchtlinge in Bayern – Beispiele

REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
REFUGIO München bietet Psychotherapie, Sozialberatung, ärztliche Diagnostik und Begutachtung für Flüchtlinge und Folteropfer an. Speziell für Flüchtlingskinder werden kunst- und spieltherapeutische Hilfen angeboten. Unterschiedliche Projekte erweitern und differenzieren die Arbeit von REFUGIO.

www.refugio-muenchen.de

PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

Das PSZ ist eine überregionale Beratungsstelle, die Flüchtlingen kostenlos und unabhängig von deren Nationalität, Religion und Aufenthaltsstatus weiterhilft.

www.jugendhilfe-rummelsberg.de/jugendhilfe_nuernberg_zentrum_fluechtlinge.jugendhilfe

132 Lindert, J. et al.: Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* 2009; 69(2): 246–257.

133 Lindert, J. et al.: Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 2008; 58(03/04): 109–122.

134 Bayerischer Landtag, Drucksache 17/10353, Antwort des Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration vom 07.03.2016.

135 Bayerischer Landtag, Drucksache 17/12999.



Folgen der Flüchtlingswelle für die Gesundheitsversorgung

Es gibt derzeit keine aktuelle und systematische Datenlage dazu, welchen Versorgungsbedarf die neu nach Bayern gekommenen Flüchtlinge haben und was daraus für das Gesundheitssystem folgt. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat daher ein Gutachten in Auftrag gegeben, das diese Fragen untersuchen soll. Die gutachterliche Stellungnahme soll als Grundlage für weitere Diskussionen, Maßnahmen bzw. Weichenstellungen im Bereich der zukünftigen medizinischen Versorgung in Bayern dienen. Erste Ergebnisse sollen im Verlauf des Jahres 2017 vorliegen.

5.6 Depressionen und Suizide

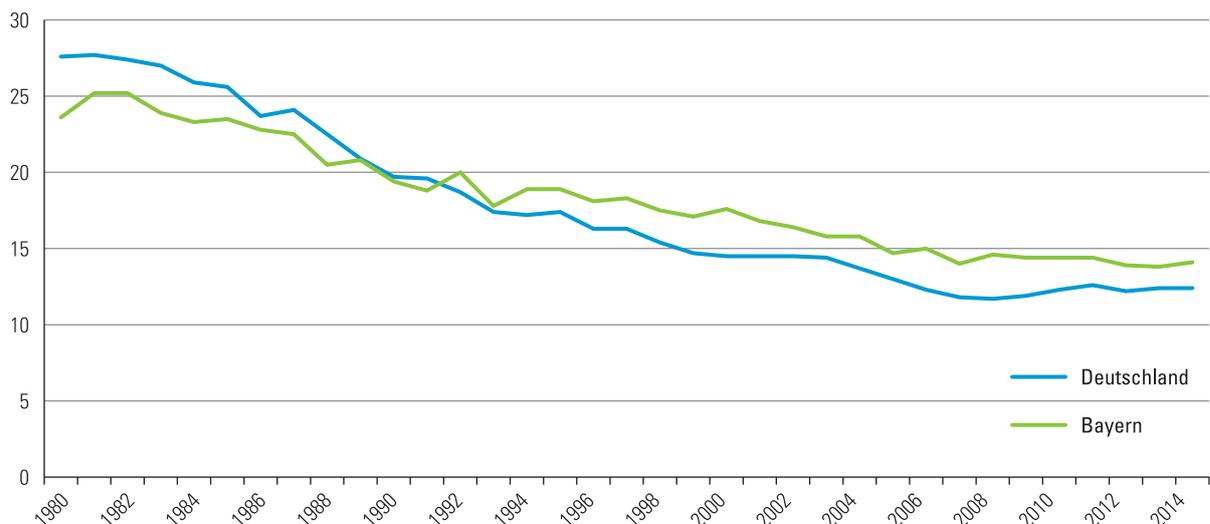
Die Todesursachenstatistik verzeichnet im Jahr 2014 bundesweit 10.209 Suizide, etwa dreimal so viele wie es Verkehrstote gab. Drei Viertel davon entfallen auf Männer. In Bayern gab es 1.785 Suizide. Mitbetroffen von Suiziden sind immer auch Familienangehörige und nahe- stehende Menschen.

Die Suizidrate war im langfristigen Trend bis 2007/2008 rückläufig. Seitdem stagniert sie mit

kleineren Schwankungen. Im Bundesdurchschnitt lag sie 2014 bei 12,4 Suiziden je 100.000 Einwohnern, in Bayern bei 14,1 je 100.000 (jeweils altersstandardisiert an der Zensusbevölkerung 2011). In Bayern war der Rückgang der Suizidrate etwas schwächer als im Bundesdurchschnitt, mit der Folge, dass die Suizidrate in Bayern seit Anfang der 1990er Jahre etwas über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt, Hinweise darauf, dass hier die Versorgungsstruktur eine Rolle spielen könnte, gibt es nicht.

Suizide im langfristigen Trend

Suizide je 100.000 Ew., altersstandardisiert



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Standardbevölkerung: Zensus 2011

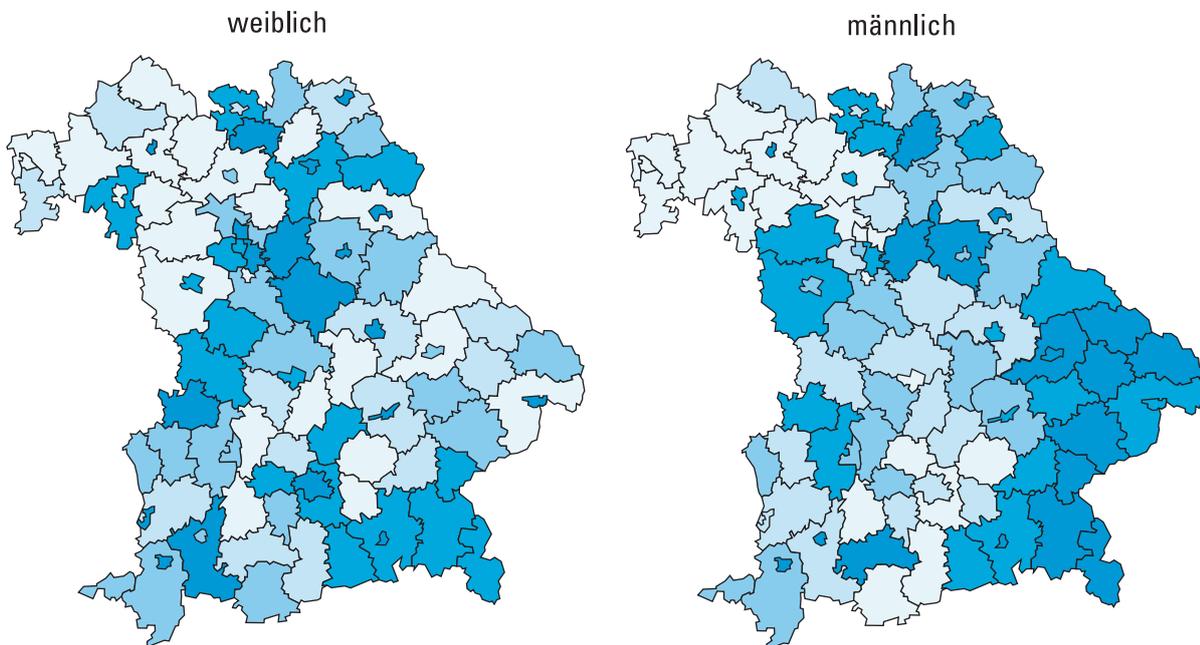
Der Rückgang der Suizidraten ist u. a. auf eine verbesserte Diagnostik und Versorgung von Depressionen sowie Fortschritte bei der Notfallversorgung und Betreuung von Risikogruppen zurückzuführen. Eine Stagnation der Suizidraten seit 2007/2008 wird auch in einigen anderen Ländern beobachtet.

Innerhalb Bayerns gibt es vergleichsweise große regionale Unterschiede bei den Suizidraten auf Kreisebene. Dabei sind jedoch die kleinen Fallzahlen zu berücksichtigen, d.h. Daten auf Kreis-

ebene sind sehr stark auch durch Zufallseffekte geprägt. Über längere Zeit stabil sind jedoch die überdurchschnittliche Suizidrate in Niederbayern und die unterdurchschnittliche Suizidrate in Unterfranken. Auch für diese regionalen Unterschiede gibt es keine schlüssige Erklärung, ebenso wenig für das unterschiedliche Bild, das sich differenziert nach Geschlecht ergibt. Kreisfreie Städte haben – auch aufgrund des etwas höheren Durchschnittsalters – tendenziell etwas höhere Suizidraten als ländliche Regionen.

Regionale Suizidraten, Bayern, 2014

Suizide je 100.000 Einwohner (rohe Rate), 5-Jahresmittel 2010–2014



dunklere Einfärbung: höhere Suizidrate

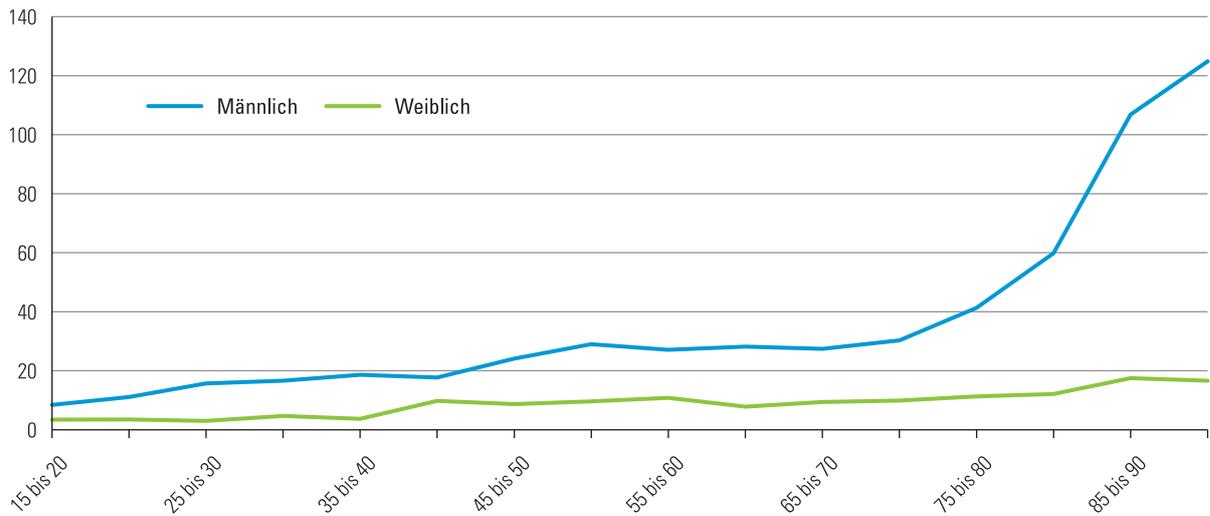
Datenquelle: LfStat, Berechnungen: LGL

Obwohl bei Frauen häufiger als bei Männern psychische Störungen festgestellt werden, speziell auch Depressionen, und obwohl bei Frauen mehr Suizidversuche vorkommen, begehen Männer häufiger Suizid als Frauen. Dies gilt insbesondere für die Älteren: Mit dem Alter steigt das Suizid-

risiko der Männer stark an, während es bei den Frauen nur wenig zunimmt. Dieser nach Geschlecht unterschiedliche Altersgang wird als „ungarisches Muster“ bezeichnet und ist – im Gegensatz etwa zu Japan – in vielen europäischen Ländern zu beobachten.

Suizidrate, Bayern, 2014

Suizide je 100.000 Ew.



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Suizidversuche werden in Deutschland statistisch nur in einigen Ländern in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst. Dort werden jedoch nur Suizidversuche erfasst, zu denen die Polizei gerufen wird. Im Jahr 2015 waren das in Bayern ca. 2.300 Fälle, etwa die Hälfte alleinstehende Personen, etwa 10% im Alter unter 18 Jahren und ca. 40% im Alter unter 30 Jahren.¹³⁶ Fachleute gehen von mindestens 100.000 Suizidversuchen jährlich in Deutschland aus, darunter mehr Frauen als Männer und ein gegenüber den vollzogenen Suiziden deutlich höherer Anteil jüngerer Menschen.¹³⁷ Übertragen auf Bayern wären das ca. 15.000 Suizidversuche jährlich.

Für die **Suizidprävention** sind nach einer neuen Übersichtsarbeit¹³⁸ drei Strategien erfolgversprechend: Suizidwege erschweren (Hotspots entschärfen, Packungsgrößen von Analgetika verkleinern usw.), psychiatrische Versorgung verbessern und Hausärzte schulen. Solche Ansätze werden auch im **Nationalen Suizidpräventionsprogramm** in Deutschland (www.suizidpraevention-deutschland.de) verfolgt.

136 Aufgrund der Selektivität der Daten wird hier auf eine detailliertere Darstellung der Suizidversuche nach soziodemografischen Merkmalen aus der Polizeilichen Kriminalstatistik verzichtet.

137 Nationales Suizidpräventionsprogramm, www.suizidpraevention-deutschland.de.

138 Zalsman, G. et al.: Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, *The Lancet Psychiatry* 3; 2016: 46–659.



Suizidprävention in Bayern

Die Primärprävention von Suiziden beginnt im Grunde bei der Bemühung um ein gutes Zusammenleben in der Nachbarschaft und in der Gesellschaft insgesamt. Was die psychische Gesundheit der Menschen und ihre Lebensperspektiven stärkt, ist auch ein Beitrag zur Suizidprävention.

Spezifischere Hilfen stellen die verschiedenen Beratungsdienste für Menschen in Krisen und Notlagen dar, von der Telefonseelsorge bis zur Schuldnerberatung. Dabei kommt den Krisenberatungsdiensten, die Hilfen bei akuten suizidalen Gedanken anbieten, ein besonderer Stellenwert zu.

In Bayern gibt es, angesiedelt bei unterschiedlichen Trägern, regional bereits ein Netz an Krisenberatungsdiensten, das aber den Bedarf bei weitem nicht decken kann. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege plant daher im Kontext des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz einen flächendeckenden Ausbau der Krisenberatung in Bayern.

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) bietet eine Informationsplattform über bundesweite Beratungsangebote für Suizidgefährdete und eine Übersicht über Hilfeeinrichtungen und Telefonseelsorgestellen an:

www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote

DIE ARCHE – Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen e. V. ist eine auf Beratung in suizidalen Krisen spezialisierte Einrichtung in München mit regionalem Einzugsbereich. Zum Angebot gehören Krisenintervention, Suizidprävention, Nachsorge nach Suizidversuch, Angehörigen- und Hinterbliebenenberatung, Fortbildung, Aufklärung.

www.die-arche.de

6. Im Rückblick: Depressionen im Kinder- und Jugendalter

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen war Thema eines eigenen Gesundheitsberichts im Juni 2016.¹³⁹ Dort wurde berichtet, dass derzeit nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ca. 14.000 gesetzlich versicherte Jugendliche in Bayern eine diagnostizierte Depression haben, darunter ca. 5.000 in der Altersgruppe von 7 bis 15 Jahren und ca. 9.000 in der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahre. Während bei den Jüngeren Mädchen und Jungen etwa gleich häufig betroffen sind, sind in der Altersgruppe der 15- bis unter 18-jährigen Mädchen mehr als doppelt so häufig betroffen als Jungen, d.h. bereits in diesem Alter bildet sich das auch später zu beobachtende Geschlechterverhältnis bei den Depressionen heraus.

Wie bei Erwachsenen sind auch die Risikofaktoren für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vielschichtig. Insbesondere sind hier dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen sowie kritische Lebensereignisse (z. B. Verlust eines Elternteils, konflikthafte Elternbeziehung, Scheidung, psychische oder körperliche Erkrankung

eines Elternteils oder Schulwechsel) als Risikofaktoren hervorzuheben. In diesen Situationen ist eine enge intersektorale Zusammenarbeit des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe unabdingbar.

Mehr noch als bei Erwachsenen besteht bei Kindern und vor allem bei Jugendlichen die diagnostische Schwierigkeit, altersgerechtes psychisches Verhalten und Empfinden von pathologischem Verhalten und Empfinden zu unterscheiden: Gerade die Pubertät geht mit vielfältigen körperlichen, emotionalen und sozialen Entwicklungsprozessen einher; diese sind grundsätzlich sehr stör anfällig und führen zu einer erhöhten Vulnerabilität der Jugendlichen.

In den letzten Jahren wird Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewidmet, nachdem man lange solche Diagnosen erst im Erwachsenenalter gestellt hat.



Was ist bisher geschehen?

Im Rahmen des Jahresschwerpunkts „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern“ gab es ca. 100 Veranstaltungen und Aktionen mit einer Vielzahl von Partnern aus dem Gesundheitswesen, z. B.:

- die **Wanderausstellung KinderSprechStunde** – an bisher 18 Standorten in Bayern
- **Aktionstage** u. a. an Schulen und medizinischen Einrichtungen
- **Themenbezogene Theateraufführungen** (ICEBREAKER – Depression im Jugendalter)
- **Info- und Fachveranstaltungen**, z. B. Fachtag des StMGP am 08.06.2016 zum Thema „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ und Fachtag des StMGP und des StMAS am 24.11.2016 zum Thema „Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung“
- **Kurse und Seminare** u. a. zum Umgang der Eltern mit psychisch erkrankten Kindern
- **Fortbildungsveranstaltungen** für Lehrer und Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe

¹³⁹ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München 2016.

7. Was sind die nächsten Schritte?

Kernanliegen der Jahreskampagne ist es, für das Thema Depressionen zu sensibilisieren, aufzuklären und Impulse für eine Verbesserung der Versorgung dort zu geben, wo dies erforderlich ist. Dabei sind alle Partner im Gesundheitswesen zur Mithilfe aufgefordert – ein pluralistisches Gesundheitswesen muss auch ein kooperatives Gesundheitswesen sein.

Über Hilfen informieren:

Betroffene und ihre Angehörigen, aber auch die Fachkräfte selbst, brauchen Informationen über konkrete Hilfen und Adressen vor Ort. Hier sind vor allem regionale Akteure gefragt.

Datenlage verbessern:

Die Datenlage ist teilweise lückenhaft. Die bayerischen Bezirke, die für weite Bereiche der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Bayern Verantwortung tragen, haben bereits ein Konzept für eine bezirkliche Psychiatrieberichtserstattung entwickelt.

Mehr leitliniengerechte Versorgung:

Das StMGP wird dazu Expertise aus den Fachgesellschaften einholen, z.B. was die Weiterentwicklung der hausärztlichen Rolle und der psychotherapeutischen Versorgung angeht.

Versorgung ausbauen:

Im Zeitverlauf zeigt sich eine deutliche Zunahme der ambulanten Therapeutenzahl in praktisch allen Berufsgruppen des psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereichs.

Die Bayerische Staatsregierung und die bayerischen Bezirke unterstützen diesen Wandel z.B. durch die Förderung von Beratungsstellen und Krisendiensten. Nach dem Beschluss des Ministerrats vom 30.07.2016 werden in den nächsten Jahren in Bayern die Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in akuten psychischen Krisen flächendeckend ausgebaut werden. Diese Krisendienste werden auch für Angehörige der Betroffenen offenstehen.

Versorgungsbedarf im Alter prüfen:

Der konkrete Handlungsbedarf bei der Versorgungssituation Älterer ist auch wissenschaftlich in vielerlei Hinsicht unklar. Deshalb wird das StMGP dies in die Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung einbringen. Darüber hinaus wird das StMGP dieses Thema im nächsten Jahresschwerpunkt Seniorengesundheit noch einmal aufgreifen.

Betriebe sensibilisieren:

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt nehmen zu, eine Herausforderung für die menschengerechte Gestaltung der Arbeit, wie sie das Arbeitsschutzgesetz vorschreibt. Das Thema steht auch auf der Agenda der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie.

Versorgung für Migranten bedarfsgerecht weiterentwickeln:

Für die große Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund kommt es darauf an, sie mit der vorhandenen Regelversorgung vertraut zu machen und diese für sie besser zu erschließen, z.B. durch ausreichend Dolmetscher an Krankenhäusern (MIMI-Projekt) und interkulturelle Qualifizierung des Gesundheitspersonals (z.B. was untypische Symptomäußerungen bei psychischen Störungen in anderen Kulturen angeht). Für die Teilgruppe der Asylbewerber hat die Staatsregierung ein Gutachten in Auftrag gegeben, um den konkreten Handlungsbedarf abzuklären.

Suizidprävention ausbauen:

Erfreulich ist der aus dem Bericht so deutlich ablesbare über Jahrzehnte stetige Rückgang der Suizidzahlen in Bayern. Auffällig ist jedoch die über dem bayerischen Durchschnitt liegende Suizidrate in Niederbayern. Das StMGP prüft deshalb, ob durch eine Studie Aufschluss über mögliche Ursachen, einschließlich eventueller Defizite in der psychiatrischen Versorgung, zu gewinnen ist und Ansatzpunkte für Abhilfe identifiziert werden können. Ein wichtiger Aspekt ist auch der vom StMGP geplante Ausbau der Krisendienste.

8. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten zur Information, Beratung und Betreuung, Erfahrungsaustausch und Unterstützung für Erwachsene mit psychischen Störungen. Im Folgenden ist eine Auswahl der wichtigsten Ansprechpartner in Bayern zusammengestellt.

Medizinische und psychologische Versorgung

Auskunft darüber, welche niedergelassenen Ärzte wohnortnah erreichbar sind, gibt der **Arzt-suchdienst der Bayerischen Landesärztekammer** unter:

www.arzt-bayern.de

Bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz hilft der **Psychotherapeutensuchdienst der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**:

www.ptk-bayern.de

Auch die **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)** führt ein Verzeichnis der Ärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung in Bayern, erreichbar telefonisch und online unter:

Tel. 089/5454640420
www.kvb.de

Die **„Koordinationsstelle Psychotherapie“** der KVB hilft bei der Therapeutensuche:

Tel. 0921/787765-40410
www.kvb.de/service/patienten/therapieplatzvermittlung

Akute Krisen

Neben den regionalen Krankenhäusern, rechtsmedizinischen Instituten an nahezu allen Kliniken und der Polizei bieten folgende Anlauf- und Beratungsstellen Hilfen an:

Die **Telefonseelsorge** ist bundesweit tätig, mit rund 8.000 umfassend ausgebildeten ehrenamtlichen Mitarbeitern in 105 Telefon-Seelsorgestellen vor Ort. Zusätzliche Angebote neben der telefonischen Beratung sind Mail-, Chat- und Face-to-face-Beratungen. Eine Liste der beteiligten Stellen vor Ort ist auf der Homepage abrufbar.

Tel.: 0800/1110111 (evangelisch) oder
0800/1110222 (katholisch)
www.telefonseelsorge.de

Der **Krisendienst Psychiatrie** bietet für ganz Oberbayern Krisenberatung und telefonische Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe, mobile Einsätze am Ort der Krise, Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort und Wegweisung und Vermittlung an spezialisierte Hilfen:

Tel.: 0180/6553000
www.krisendienst-psychiatrie.de

Die **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)** bietet eine Informationsplattform über bundesweite Beratungsangebote für Suizidgefährdete und eine Übersicht über alle Hilfeeinrichtungen und Telefonseelsorgestellen an:

www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote

Sozialpsychiatrische Dienste und Krisendienste

Sozialpsychiatrische Dienste und Krisendienste gibt es in nahezu jeder Region Bayerns, die sozialpsychiatrischen Dienste sind häufig auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte organisiert. Nachfolgend sind beispielhaft einige solcher Stellen aufgeführt:

Oberbayern

Landeshauptstadt München

Referat für Gesundheit und Umwelt
SG Sozialpsychiatrischer Dienst
Paul-Heyse-Straße 20
80336 München
Tel.: 089/233-47251
E-Mail: psychiatriekoordination.rgu@muenchen.de

DIE ARCHE – Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen e. V.

Saarstraße 5, 80797 München
E-Mail: info@die-arche.de
www.die-arche.de

Münchner Insel

Marienplatz Untergeschoss, 80331 München
Tel.: 089/220041, Fax: 089/223130
E-Mail: info@muenchner-insel.de
www.muenchner-insel.de

Niederbayern

Sozialpsychiatrischer Dienst Landshut

Gabelsbergerstraße 46, 84034 Landshut
Tel.: 0871/609321
E-Mail: spdi@diakonie-landshut.de

Bayerisches Rotes Kreuz

Kreisverband Straubing-Bogen
Sozialpsychiatrischer Dienst
Siemensstraße 11 a
94315 Straubing
Tel.: 09421/9952-30
E-Mail: spdi@kvstraubing.brk.de

Oberpfalz

Krisendienst Horizont –

Hilfe bei Suizidgefahr Regensburg

Hemauer Straße 8
93047 Regensburg
Tel.: 0941/58181
www.krisendienst-horizont.de

Oberfranken

Sozialpsychiatrischer Dienst Bayreuth

Brunnenhaus Brunnenstraße 4
95444 Bayreuth
Tel. 0921/15 08 77-0
E-Mail: spdi@diakonie-bayreuth.de

Mittelfranken

Krisendienst Mittelfranken

Hessestraße 10, 90443 Nürnberg
Tel.: 0911/4248550
Russischsprachiges Angebot Tel.: 0911/42485520
Türkischsprachiges Angebot Tel.: 0911/42485560
E-Mail: info@krisendienst-mittelfranken.de
(keine Beratung per E-Mail)
www.krisendienst-mittelfranken.de

Unterfranken

Krisendienst Würzburg

Kardinal-Döpfner-Platz 1, 97070 Würzburg
Tel.: 0931/57 17 17
E-Mail: info@krisendienst-wuerzburg.de
www.Krisendienst-wuerzburg.de

Schwaben

Sozialpsychiatrischer Dienst Augsburg

Inneres Pfaffengäßchen 12
86152 Augsburg
E-Mail: spdi-augsburg@diakonie-augsburg.de
Tel.: 0821/4 50 19-33 11

Weitere Stellen

Für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen gibt es ein dichtes Netz an **Suchthilfeeinrichtungen und Suchtberatungsstellen**.

Adressen und Telefonnummern der Suchthilfeeinrichtungen in Bayern finden Sie bei der **Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)**:

Lessingstraße 1
80336 München
Tel: 089/53 65 15
E-Mail: info@kbs-bayern.de
www.kbs-bayern.de

Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt ein **Online-Verzeichnis von Suchtberatungsstellen** nach Ländern:
www.bzga.de/service/beratungsstellen/suchtprobleme/

Das **Psychiatrienetz**, das von mehreren Verbänden getragen wird, bietet Informationen zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen, Beratung zu verschiedenen psychischen Störungen sowie ein Selbsthilfenetz an:
www.psychiatrie.de

Der **Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.** stellt Informationen für Angehörige psychisch erkrankter Erwachsener, ebenso wie für Kinder psychisch kranker Eltern, Beratungsmöglichkeiten, regionale Selbsthilfeangebote, Seminare, u.a. auf seiner Webseite zur Verfügung:

Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
Pappenheimstraße 7, 80335 München
Tel.: 089/51 08 63 25
E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de
www.lvbayern-apk.de

Informationen zu **Anlauf- und Beratungsstellen im Zusammenhang mit Kindern psychisch kranker Eltern**, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, sind im Serviceteil des Berichts des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern enthalten. Ansprechpartner und Adressen können ferner dem Leitfaden des Bayerischen Familienministeriums „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“, Ziffer 6 entnommen werden (www.aerzteleitfaden.bayern.de).

Das **Bündnis für psychisch erkrankte Menschen** ist Teil des weltweiten Programms der World Psychiatric Association (WPA). Das Programm „open the doors“ richtet sich gegen Stigma und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen.
Möhlstraße 26
81675 München
Tel.: 089/41 40-66 74
E-Mail: info@openthedoors.de

Unabhängige psychiatrische Beschwerdestellen
Bei der Behandlung von psychischen Störungen kann es wie bei jeder anderen Erkrankung auch zu Konflikten mit Therapeuten oder Einrichtungen kommen. In Oberbayern gibt es sieben unabhängige psychiatrische Beschwerdestellen, die bei der Suche nach einer einvernehmlichen Lösung helfen. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Fachkräfte arbeiten hier ehrenamtlich zusammen.
www.beschwerde-psychiatrie.de

In Bayern gibt es in jeder Region **Selbsthilfegruppen** zu Problemlagen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit.
Selbsthilfekoordination Bayern
Theaterstr. 24, 97070 Würzburg
Tel.: 0931/20 78 16 40
www.seko-bayern.de und
www.selbsthilfe-in-bayern.de

Schwerpunkt: Depressionen

Das **Deutsche Bündnis gegen Depression e. V.** ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein für Betroffene und Angehörige, Experten und in der Versorgung tätige Personen und Institutionen unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Der Verein hat zum Ziel, die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suiziden vorzubeugen. In Bayern gibt es regionale Bündnisse für Cham, Dillingen, Erlangen, Fürth, Kempten, Ingolstadt, Memmingen-Unterallgäu, München, Nürnberg, Nürnberger Land, Regensburg, Rottal-Inn und Würzburg.

www.buendnis-depression.de

Die **Stiftung Deutsche Depressionshilfe** hat eine Liste mit Kliniken in Deutschland mit Depressionsstationen und eine Seite „Erste Hilfe“ mit regionalen Kontaktdaten zusammengestellt.

www.deutsche-depressionshilfe.de

Die **Deutsche DepressionsLiga e. V.** ist eine bundesweit aktive Organisation für an Depression erkrankte Menschen.

Deutsche DepressionsLiga e. V.
Postfach 1151
71405 Schwaikheim

Tel.: 07144/7048950
www.depressionsliga.de

Das gemeinnützige Diskussionsforum **Depression e. V.** bietet ein Onlineforum zum Thema Depression von Betroffenen für Betroffene und ein Info-Telefon.

Telefon: 0800/3344533
www.diskussionsforum-depression.de

Die **MUT-TOUR** ist Deutschlands erstes Aktionsprogramm auf Rädern, bei dem durch Radtouren ein Beitrag zur Entstigmatisierung der Depression geleistet werden soll.

www.mut-tour.de



Auskünfte zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen

Auskünfte zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen erhalten Sie auch bei vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens, etwa den Krankenkassen oder den Wohlfahrtsverbänden sowie insbesondere auch bei den Gesundheitsämtern in Bayern. Eine Liste der bayerischen Gesundheitsämter finden Sie unter:

www.oegd-bayern.de/html/bayerische_gas.html.



Bayern | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter direkt@Bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Haidenauplatz 1, 81667 München
Tel.: (089) 54 02 33-0
www.stmgp.bayern.de

Redaktion: Dr. Joseph Kuhn, Benjamin Moritz, Franziska Poppe, Dr. Veronika Reisig, Sylvia Zollikofer,
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg

Druck: Druckerei Schmerbeck GmbH, Tiefenbach

Stand: April 2017

Artikelnummer: stmgp_psych_020
© Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Dem Bericht liegt eine **gutachterliche Stellungnahme** von Dr. Stefan Loos und Meilin Möllenkamp MPP, IGES Berlin, zugrunde.

Für die **Bereitstellung von Daten** danken wir insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Bayerischen Landesamt für Statistik, des Weiteren dem Bayerischen Landeskriminalamt für Auswertungen aus der Polizeilichen Kriminalstatistik. Herrn Dr. Hein vom Münchner Bündnis gegen Depression danken wir für Informationen über Projekte in Bayern und Herrn Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, danken wir für fachliche Hinweise.

In diesem Bericht wird zur besseren Lesbarkeit in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Gemeint sind, insofern es nicht explizit anders hervorgehoben wird, beide Geschlechter.

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.