

1.2.3.1 Depression

Depressionen sind häufig und mindern die Lebensqualität der Betroffenen. Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen. Allerdings wurden sie lange Zeit unterschätzt. Studien aus den 1990er Jahren belegen, dass Haus- und Allgemeinärzte Depressionen oft nicht erkannten [47]. Und in jenen Fällen, in denen die korrekte Diagnose gestellt wurde, erhielten die Patientinnen und Patienten mitunter keine sachgerechte Behandlung [48]. Diesen Problemen wurde in den letzten Jahren zunehmend Beachtung geschenkt.

Nach Daten der "Global Burden of Disease Study 2000" (GBD 2000) litten zum Zeitpunkt der Erhebung weltweit 3,2 Prozent der Frauen und 1,9 Prozent der Männer an einer so genannten unipolaren Depression. (Dabei kommen im Gegensatz zu bipolaren Störungen nur depressive, aber keine manischen Erkrankungsphasen vor.) Wenn man bei der Analyse nicht nur den Erhebungszeitpunkt (Punktprävalenz), sondern einen Zeitraum von zwölf Monaten betrachtet (Periodenprävalenz), so zeigt sich, dass 9,5 Prozent der Frauen und 5,8 Prozent der Männer irgendwann innerhalb des vorangegangenen Jahres eine depressive Episode erfahren hatten.

Die GBD 2000 zeigt zudem, dass Depressionen mit einer beträchtlichen Krankheitsbelastung einhergehen. Die Krankheitslast lässt sich mit einem speziellen Indikator messen, den so genannten Disability Adjusted Life Years (DALYs). Damit ist die Zahl der Jahre gemeint, die einem Menschen verloren gehen, weil er beispielsweise an einer bestimmten Krankheit verfrüht stirbt oder durch gesundheitliche Beschwerden stark beeinträchtigt ist.

Unter den Krankheiten, die weltweit die meisten DALYs verursachen, rangieren der GBD 2000 zufolge die unipolaren Depressionen bei Frauen auf Platz vier und bei Männern auf Platz sieben. Bei den 15- bis 44-Jährigen nehmen sie sogar die zweite (Frauen) beziehungsweise die dritte (Männer) Stelle ein [44]. Zudem könnte die Krankheitsbelastung durch depressive Erkrankungen weltweit noch steigen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO werden im Jahr 2020 nur durch die ischämische Herzkrankheit (Verkalkung der Herzkranzgefäße) mehr potenzielle Lebensjahre verloren gehen als durch Depressionen.

Für Deutschland zeichnet der Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 (BGS98) ein detailliertes Bild. Bei der Befragung ergab sich, dass 7,8 Prozent der Frauen und 4,8 Prozent der Männer zwischen 18 und 65 Jahren in den vorangegangenen vier Wochen unter einer Depression gelitten hatten. Den Daten zufolge sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer. Betrachtet man einen Zeitraum von zwölf Monaten, durchleben 15 Prozent der Frauen und 8,1 Prozent der Männer irgendwann innerhalb eines Jahres eine depressive Phase.

Der Unterschied zwischen der 4-Wochen- und 12-Monats-Prävalenz erklärt sich dadurch, dass Depressionen einen episodischen Charakter besitzen und zwischen den Krankheitsphasen beschwerdefreie Intervalle liegen. Daher werden bei Betrachtung eines engen Zeitfensters viele Personen als gesund eingestuft, die bei einem längeren Beobachtungszeitraum als von einer Depression betroffen gelten.

Grundsätzlich können Depressionen in allen Altersgruppen auftreten. Das mittlere Erkrankungsalter liegt indes für Frauen bei 32 und für Männer bei 33 Jahren [49].

Hinsichtlich der so genannten Dysthymie, einer auch als depressive Verstimmung bezeichneten mildereren Erkrankungsform, fand sich bei den über 35-Jährigen ein gegenüber den jüngeren Altersgruppen erhöhtes Risiko. Bei den anderen depressiven Störungen war kein signifikanter Einfluss des Lebensalters zu ermitteln [50]. Indes zeigen die Daten des BGS98, dass Depressionen (wie auch andere psychische Störungen) in den alten Bundesländern häufiger sind als in den neuen Ländern [51].

Auch bei der Allgemeinarztstudie "Depression 2000" wurde die Häufigkeit von Depressionen in Deutschland untersucht: Unter den in allgemeinärztlicher Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten litten am Untersuchungstichtag 4,2 Prozent der Frauen und 3,1 Prozent der Männer an einer schweren Form der Depression (Major Depression) [52].

Drei Viertel aller Selbstmorde werden von Männern begangen. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So versterben 15 Prozent der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen durch Suizid [53]. Insgesamt gehen 40 bis 70 Prozent aller Selbstmorde auf eine Depression zurück [54].

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es in Deutschland im Jahr 2004 knapp 11.000 Selbstmorde, von denen 74 Prozent von Männern begangen wurden. Die tatsächliche Zahl der Suizide dürfte noch erheblich höher liegen, da sich in der Todesursachenstatistik hinter Verkehrsunfällen, Drogentodesfällen oder unklaren Todesursachen nicht erkannte Selbstmorde verbergen können [55].

Offizielle Daten zu Suizidversuchen gibt es nicht. Seit 1996 werden im Rahmen der WHO-Studie "European Study on Parasuicide" Suizidversuche in der beteiligten deutschen Modellregion Würzburg erfasst [56]. Auch die Raten für Suizidversuche in der Bevölkerung über 15 Jahren lassen sich anhand der Daten schätzen. Demnach entfielen im Jahr 2001 auf 100.000 Männer 108 und auf 100.000 Frauen 131 Suizidversuche [57].

Aus dem Nürnberger Modellprojekt "Nürnberger Bündnis gegen Depression" liegen ebenfalls Zahlen zu Suizidversuchen vor. Mit Hilfe von Kliniken, Krisendiensten und niedergelassenen Ärzten wurden versuchte Selbstmorde über einen längeren Zeitraum systematisch erfasst. So lag die Rate der Suizidversuche im Jahr 2000 bei 115,5 pro 100.000 Einwohner, wobei knapp 60 Prozent der Selbstmordversuche auf Frauen entfielen [58].

Ganz unabhängig vom erhöhten Suizidrisiko kann eine Depression den Verlauf vieler Erkrankungen wie beispielsweise Herzleiden negativ beeinflussen [59]. Zudem sind Depressionen für eine wachsende Zahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen verantwortlich [60] (siehe auch Abschnitt 1.3).

Die Ergebnisse der GBD 2000 waren für die Weltgesundheitsorganisation Anlass, ein Aktionsprogramm zur Bekämpfung depressiver Erkrankungen zu initiieren. Das "mental health Global Action Programme" (mhGAP) wurde als 5-Jahres-Programm entwickelt, um Defizite bei der Behandlung depressiver Menschen abzubauen [61].

In Deutschland wurde das "Kompetenznetz Depression, Suizidalität" gegründet, das die Zusammenarbeit und den Wissenstransfer zwischen den beteiligten Akteuren der Patientenversorgung dauerhaft stärken soll [62]. Ziele des Kompetenznetzes sind insbesondere, die Defizite bei der Erkennung von Depressionen im hausärztlichen Versorgungsbereich zu reduzieren, die Therapie zu verbessern sowie die Grundlagenforschung zu fördern. Auch die Initiative "gesundheitsziele.de" hat die Verbesserung der Situation depressiver Menschen als ein gesundheitspolitisches Ziel mit hoher Priorität eingestuft.

Definition

Die Depression ist eine Störung der Gemütslage, die mit Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust sowie Energie- und Antriebslosigkeit einhergeht. Von einer behandlungsbedürftigen Erkrankung wird ausgegangen, wenn diese Symptome mindestens zwei Wochen am Stück vorliegen.

Die Abgrenzung einer depressiven Erkrankung von normalen, kurzzeitigen Verstimmungen, die umgangssprachlich ebenfalls häufig als Depressionen bezeichnet werden, erfolgt anhand der Dauer, Art und Intensität der Beschwerden.

Meist liegen einer Depression mehrere Ursachen zugrunde; man spricht von einem multifaktoriellen Geschehen. Dabei wirken biologische, psychische und soziale Komponenten zusammen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit hängt einerseits von der genetischen und neurobiologischen Grundausstattung eines Menschen ab, andererseits von den seelischen Belastungen, denen er in seinem Leben ausgesetzt ist. So genannte Vulnerabilitäts-Stress-Modelle gehen davon aus, dass depressive Störungen durch das Zusammenspiel einer vorhandenen Depressionsanfälligkeit mit belastenden Lebenssituationen entstehen [46].

Mit den Disability Adjusted Life Years (DALYs) ist die Zahl der Lebensjahre gemeint, die einem Menschen durch vorzeitigen Tod und gesundheitliche Beeinträchtigungen insgesamt verlorenen gehen.

Dem Konzept liegt eine zweifache Überlegung zugrunde: Zum einen verliere eine Person, die im Vergleich mit der Bevölkerungsnorm zu früh stirbt, einen Teil ihrer potenziellen Lebenszeit. Zum anderen seien aber auch die mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahre nicht vollwertig zu rechnen und je nach Grad der Belastung anteilig von der Lebenserwartung abzuziehen. Die Zahl der DALYs ist somit ein kombiniertes Maß der Krankheitslast und weist auch auf Defizite bei der Gesundheitsversorgung hin.

Datenlage

Erst seit den 1990er Jahren erlauben methodisch gute nationale und internationale Studien zuverlässige Schätzungen zur Verbreitung seelischer Leiden. So zeigte die "Global Burden of Disease Study 2000" [43], die von der Harvard School of Public Health im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation und der Weltbank durchgeführt wurde, dass etwa zwölf Prozent der weltweiten und 20 Prozent der europäischen Bevölkerung durch psychische Störungen belastet sind [44].

In Deutschland wurden Häufigkeit und Auswirkungen von psychischen Leiden sowie die medizinische Versorgungslage erstmals im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und im daran angeschlossenen Zusatzsurvey "Psychische Störungen" [45] detailliert erhoben. Dabei bezog man drei Gruppen von Erkrankungen ein: Die affektiven Störungen, zu denen Depressionen und manische Episoden gehören; die so genannten somatoformen Störungen, die durch das Auftreten körperlicher Symptome mit psychischer Ursache gekennzeichnet sind; sowie die Angststörungen.

Literatur

- 43 Murray C, Lopez A (Hrsg) (1996) *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard University Press, Cambridge
- 44 World Health Organisation (2001) *The World Health Report: 2002: Mental Health: new understanding, new hope*
- 45 Wittchen H, Müller N, Pfister H et al. (1999) *Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen"*. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): 216 bis 222
- 46 Zubin J, Spring B (1977) *Vulnerability - a new view of schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology 86: 103 to 126
- 47 Üstün T, Satorius N (1995) *Mental illness in General Health Care across the world. An international study*. John Wiley & Sons, New York
- 48 Schulberg H, Block M, Madonia M (1996) *Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes*. Arch Gen Psychiatry 53 (10): 913 to 919
- 49 Wittchen H et al. (2000) *"Depression 2000". Eine bundesweite Depressions- Screening -Studie in Allgemeinarztpraxen*. Fortschritte der Medizin 118 (Sonderheft 1): 4 bis 10
- 50 Jacobi F, Hoyer J, Wittchen H (2004) *Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys*. Zeitschrift für Klinische Psychologie 33 (4): 251 bis 260
- 51 Jacobi F, Wittchen H, Höltling C et al. (2004) *Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)*. Psychological Medicine 34: 597 to 611
- 52 Jacobi F, Höfler M, Meister W et al. (2002) *Prävalenz, Erkennensund Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen: Eine bundesdeutsche Hausarztstudie*. Der Nervenarzt 73: 651 bis 658
- 53 Angst J, Angst F, Stassen H (1999) *Suicide risk in patients with major depressive disorder*. Journal of Clinical Psychiatry 60 (Suppl. 2): 57 to 62
- 54 Lönnquist J (2000) *Psychiatric Aspects of suicidal behaviour: depression*. In: Hawton K, Heeringen K van (Hrsg) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, Ltd. , S. 107 to 120
- 55 Fiedler G (2002) *Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland - Daten und Fakten*
<http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>
- 56 Schmidtke A, Bille Brahe U, DeLeo D (1996) *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 to 1992. Results of the WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide*. Acta Psychiatr Scand 93 (5): 327 to 338
- 57 Weinacker B, Schmidtke A, Löhr C (2003) *Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch*. In: Giernalczyk T (Hrsg) *Suizidgefahr - Verständnis und Hilfe*, DGVT-Verlag Tübingen
- 58 Althaus D (2004) *Das "Nürnberger Bündnis gegen Depression". Zwischenauswertung eines depressions- und suizidpräventiven Programms nach 12 Monaten Laufzeit*. Dissertation. Ludwig-Maximilians- Universität München
- 59 Wulsin L, Singal B (2003) *Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review*. Psychosom Med 65 (2): 201 to 210
- 60 TK (2004) *Gesundheitsreport 2004 - Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK*. Band 8. Techniker Krankenkasse Hamburg,
- 61 World Health Organisation (2001) *mental health Global Action Programme (mhGAP)*
http://www.who.int/mental_health/actionprogramme/en/
- 62 Kompetenznetz Depression (2005) <http://www.kompetenznetzdepression.de>