

Gabriela Stoppe, Anke Bramesfeld, Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.)

Volkskrankheit Depression?

Gabriela Stoppe, Anke Bramesfeld, Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.)

Volkskrankheit Depression?

Bestandsaufnahme und Perspektiven

Mit 32 Abbildungen und 45 Tabellen

 Springer

PROF. DR. GABRIELA STOPPE
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
Schweiz

DR. ANKE BRAMESFELD
PROF. DR. FRIEDRICH-WILHELM SCHWARTZ
Abteilung für Epidemiologie,
Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg Strasse 1
30625 Hannover

ISBN-10 3-540-31749-X Springer Medizin Verlag Heidelberg
ISBN-13 978-3-540-31749-4 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag
Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Dr. Rolf Lange
Projektmanagement: Hiltrud Wilbertz
Satz und Reproduktion der Abbildungen: ISEG e.V., Hannover
Umschlaggestaltung: Deblik, Berlin
Druck und Bindearbeiten: Stürtz GmbH, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier SPIN 11662389 19/2119 wi – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Depressionen als Volkskrankheit zu bezeichnen mag die einen befremden, die anderen mit Genugtuung denken lassen: „endlich“. Diejenigen, die befremdet sind, werden denken, dass heutzutage viele Krankheiten beanspruchen „Volkskrankheiten“ zu sein, so dass der Eindruck eines Modewortes entsteht. Wer oder was bestimmt, was eine Volkskrankheit ist?

Diejenigen, die sich über den Titel freuen, werden sagen, dass es an der Zeit ist, dass endlich einer psychischen Erkrankung dieser Stellenwert zuerkannt wird.

Wenn auch bereits die weite Verbreitung von Depressionen in Verbindung mit ihren Auswirkungen für das Individuum und sein direktes Umfeld den Anspruch auf die Bezeichnung Volkskrankheit rechtfertigen, so ist spätestens seit der Global-Burden-of-Disease-Studie der WHO die immense Bedeutung von Depressionen für Gesellschaft und Volkswirtschaft deutlich. Depressionen (hier wurde nur die so genannte „Major Depression“ in die Auswertung einbezogen) sind in den Industrienationen schon heute nach ischämischen Herzerkrankungen für die meisten durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre verantwortlich. Modellrechnungen für das Jahr 2020 prognostizieren, dass Depressionen eine der wichtigsten und in Zukunft mindestens die zweitwichtigste bzw. – schwerste Erkrankung weltweit ist, wenn man die damit verbundene Belastung untersucht. Der Begriff meint hier nicht nur die Beeinträchtigung der Lebensqualität bzw. auch Lebenserwartung der betroffenen Individuen, sondern auch z.B. den Ausfall an Produktivkraft, die Belastung der Angehörigen, die Folgeschäden für Familie und soziales Umfeld. Die Depression als eine Erkrankung, die vorwiegend das mittlere und höhere Lebensalter betrifft, fällt in einen Lebensabschnitt größter Produktivität.

Inzwischen haben eine Reihe von weiteren Befunden, wie der in den EU Staaten zu verzeichnende kontinuierliche Anstieg der durch Depression bedingten Arbeitsunfähigkeit, bestätigt, dass die Depression, erst Recht wenn man affektive Erkrankungen insgesamt betrachtet, nicht nur ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik und -versorgung sein muss son-

dern auch von nicht zu unterschätzender Bedeutung für andere Politikbereiche wie Arbeitsmarktpolitik oder Familienpolitik ist.

Aber betrifft die Depression das ganze Volk gleichmäßig? Betrifft sie gleichermaßen Kinder, Frauen, Männer, Alte, sozial Bessergestellte und Rentner? Oder ist sie eine Erkrankung die mit bestimmten Lebensumständen allein zusammenhängt?

Ist die Depression auch insofern eine Volkskrankheit, als gesellschaftliche und kulturelle Faktoren an ihrer Entstehung und ihrem Verlauf wesentlich beteiligt sind? Wie relevant sind z.B. Rollenbilder in Familie, Beruf und Alter? Wie stark wirken Arbeitsmarkt und gesellschaftlich vermittelte Lebenskonzepte?

Wie reagiert die Gesellschaft auf diese Krankheit? Gibt es Möglichkeiten, dieser Erkrankung vorzubeugen und werden diese wahrgenommen? Reagiert das Gesundheitssystem angemessen mit seinen Facetten, wie allgemeine und fachspezifische Therapie in Praxis und Krankenhäusern, in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung?

Diesen Fragen widmet sich dieses Buch. Es soll eine Bestandserhebung sein, in der der gegenwärtige – durchaus in vielen Bereichen noch lückenhafte - Wissensstand zu diesen Themen zusammengetragen wird und die Situation in Deutschland an Hand aktueller Versorgungsdaten abgebildet wird:

Ausgehend vom bevölkerungsrelevanten Datenstand in Bezug auf Epidemiologie der Depressionen, Versorgungsgeschehen, Psychopharmakaverbrauch und die volkswirtschaftlichen Konsequenzen, werden für das Verständnis von Depressionen relevante gesellschaftliche und kulturelle Aspekte sowie die Bedeutung der Arbeitslosigkeit diskutiert. Ferner werden die Besonderheiten der Depression bei Männern und Frauen sowie bei Alten und Kindern dargestellt. Der Zusammenhang depressiver Erkrankungen mit sowohl körperlicher als auch psychischer Komorbidität und die fatalste Folge depressiver Erkrankung, die Selbsttötung, kommen zur Sprache.

Weitere Beiträge widmen sich der Frage, was getan werden kann, um den Burden of Disease depressiver Erkrankungen zu verringern. Damit Maßnahmen diesbezüglich effektiv sind, müssen ethische Überlegungen berücksichtigt werden. Welche Perspektiven Gesundheitsförderung und Prävention bieten und wie Modellrechnungen aussehen, wird in weiteren Kapiteln ausgeführt. Schließlich werden konkrete Perspektiven zur Verbes-

serung der Versorgung durch Früherkennung and Awareness, im allgemeinärztlichen und fachspezifischen Setting sowie durch Leitlinien und in der Rehabilitation aufgezeigt.

Die Beiträge der AutorInnen zeigen, dass viel getan werden muss und viel getan werden kann! Die Herausgeber danken allen AutorInnen, die unter hohem Zeitdruck mit großem Engagement und sehr konstruktiv an der Entstehung dieses Buches mitgeholfen haben. Wir danken insbesondere der Gmünder Ersatzkasse und ihrem Vorstandsvorsitzenden Dieter Hebel. Durch das nachhaltige Interesse an und Engagement für das Thema Depression, das Bereitstellen der pseudonymisierten GEK-Datenbestände für Analyse und Veröffentlichung und die logistische und ideelle Unterstützung ist dieses Buch ermöglicht worden. Und wir danken jetzt schon allen, die nach Lektüre dieses Buches mit neuem Interesse, neuen Ideen und Kraft an die Versorgung depressiver Menschen in Deutschland herangehen.

Hannover und Basel im Dezember 2005

G. STOPPE
A. BRAMESFELD
F.-W. SCHWARTZ

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Einführung A. BRAMESFELD, G. STOPPE | 1 |
|---|--|---|

Daten

| | | |
|---|---|----|
| 2 | Epidemiologie H.-U. WITTCHEN, F. J. JACOBI | 15 |
|---|---|----|

| | | |
|---|---|----|
| 3 | Versorgungsgeschehen T.G. GROBE, A. BRAMESFELD, F.-W. SCHWARTZ | 39 |
|---|---|----|

| | | |
|---|------------------------------------|----|
| 4 | Psychopharmaka G. GLAESKE | 99 |
|---|------------------------------------|----|

| | | |
|---|---|-----|
| 5 | Volkswirtschaftliche Konsequenzen K. STAMM, H.-J. SALIZE | 109 |
|---|---|-----|

Hintergründe und Zusammenhänge

| | | |
|---|--|-----|
| 6 | Gesellschaftlicher Kontext A. EHRENBERG | 123 |
|---|--|-----|

| | | |
|---|-----------------------------------|-----|
| 7 | Kultur M. KRAUS, E. KOCH | 139 |
|---|-----------------------------------|-----|

| | | |
|---|--------------------------------------|-----|
| 8 | Arbeitslosigkeit H. BRENNER | 163 |
|---|--------------------------------------|-----|

| | | |
|---|---------------------------|-----|
| 9 | Frauen C. KÜHNER | 191 |
|---|---------------------------|-----|

| | | |
|----|---|-----|
| 10 | Männer A. M. MÖLLER-LEIMKÜHLER | 215 |
|----|---|-----|

| | | |
|----------------------|---|-----|
| 11 | Kinder K. VON KLITZING | 229 |
| 12 | Alte G. STOPPE | 245 |
| 13 | Körperliche Komorbidität F. LEDERBOGEN | 257 |
| 14 | Depression und Komorbidität M. GASTPAR | 277 |
| 15 | Suizidalität M. WOLFERSDORF | 287 |
| Maßnahmen | | |
| 16 | Interventionen und ethischer Kontext S. HOLM, H. BURGESS | 305 |
| 17 | Gesundheitsförderung A. BRAMESFELD | 327 |
| 18 | Prävention P. CUIJPERS, E. BOHLMEIJER, H. RIPER, F. SMIT | 341 |
| 19 | Interventionspotenziale G. ANDREWS, K. SANDERSON, R. HUDSON | 359 |
| 20 | Früherkennung und Awareness U. HEGERL, D. ALTHAUS, T. PFEIFFER-GERSCHEL | 371 |
| 21 | Leitlinien M. HÄRTER, I. BERMEJO | 387 |
| 22 | Behandlungspotenziale in der allgemeinärztlichen Versorgung J. GENSICHEN, M. PEITZ | 405 |

| | | |
|----|--|-----|
| 23 | Behandlungspotenziale in der psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung M. LINDEN | 423 |
| 24 | Rehabilitation M. LINDEN | 447 |

Perspektiven

| | | |
|----|--|-----|
| 25 | Nachwort A. BRAMESFELD, G. STOPPE, F.-W. SCHWARTZ | 465 |
|----|--|-----|

Autorenverzeichnis

Dr. David Althaus

Kompetenznetz Depression
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
LMU München
Nußbaumstraße 7
80336 München

Prof. Dr. Gavin Andrews, MD

School of Psychiatry
University of New South Wales
at St Vincent's Hospital
Sydney
Australien

Dr. Isaac Bermejo

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Klinische Epidemiologie und
Versorgungsforschung
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Dr. Ernst Bohlmeijer

Trimbos Institute, Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction,
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht,
Niederlande

Dr. Anke Bramesfeld, MD

Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg Straße 1
30625 Hannover

Prof. Dr. Harvey Brenner

Department of Social and Behavioral Sciences
School of Public Health
University of North Texas
Health Sciences Center
3500 Camp Bowie Blvd
Fort Worth, Texas 76107-2699
USA

Institut für Gesundheitswissenschaften
Technische Universität Berlin
Ernst-Reuter-Platz 7
105787 Berlin

Stephen Burgess

Cardiff Institute of Society, Health and Ethics
Cardiff University
53 Park Place
Cardiff CF10 3AT
Wales
Großbritannien

Prof. Dr. Pim Cuijpers

Department of Clinical Psychology
Vrije Universiteit Amsterdam
V. d. Boechorststraat 1-3
1081 BT Amsterdam
Niederlande

Trimbos Institute, Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction,
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Niederlande

Prof. Dr. Alain Ehrenberg

Centre de Recherches Psychotropes,
Santé Mentale, Société UMR 8136
CNRS-Université René Descartes
Paris 5, U. 611
INSERM
45 rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 06,
Frankreich

Prof. Dr. Markus Theodor Gastpar, MD

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik der Universität Duisburg-Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen

Dr. Jochen Gensichen, MD

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt a. M.
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen

Dr. Thomas G Grobe, MD

Institut für Epidemiologie Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Lavesstraße 80
30159 Hannover

Prof. Dr. Martin Härter, MD

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Klinische Epidemiologie und
Versorgungsforschung
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, MD

Psychiatrische Klinik der LMU München
Neurophysiologie
Nußbaumstraße 7
80336 München

Prof. Dr. Søren Holm, MD

Cardiff Law School
Cardiff University
Law Building
Museum Avenue
Cardiff CF10 3XJ
Wales
Großbritannien

Dr. Richard Hudson

School of Psychiatry
University of New South Wales at St Vincent's
Hospital
Sydney
Australien

Dr. Frank Jacobi

Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Straße 46,
01187 Dresden

Dr. Eckehard Koch, MD

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Marburg Süd
Cappeler Straße 98
35039 Marburg

Dr. Michael Kraus, MD

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Marburg Süd
Cappeler Str. 98
35039 Marburg

PD Dr. Christine Kühner

Abteilung Genetische Epidemiologie in der
Psychiatrie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
D-68159 Mannheim

Dr. Florian Lederbogen, MD

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
D-68159 Mannheim

Prof. Dr. Michael Linden, MD

Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation an der Charité und dem
Rehabilitationszentrum Seehof
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler

Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-
Universität
Nußbaumstraße 7
80366 München

Dr. Monika Peitz, MD

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt a. M.
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt a. M.

Tim Pfeiffer-Gerschel

Kompetenznetz "Depression, Suizidalität"
European Alliance Against Depression
(EAAD)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
LMU München
Nußbaumstraße 7
D-80336 München

Dr. Helen Ripper

Trimbos Institute, Netherlands Institute
of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Niederlande

PD Dr. Hans Joachim Salize

Versorgungsforschung
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5
D-68159 Mannheim

Dr. Kristy Sanderson

School of Public Health
Queensland University of Technology
Brisbane,
Australien

Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz, MD

Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg Straße 1
30625 Hannover

Dr. Filip Smit

Department of Clinical Psychology
Vrije Universiteit Amsterdam
V.d.Boechorststraat 1-3
1081 BT Amsterdam
Niederlande

Trimbos Institute, Netherlands Institute
of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Niederlande

Klaus Stamm

Versorgungsforschung
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
D-68159 Mannheim

Prof. Dr. Gabriela Stoppe, MD

Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Straße 27
CH-4025 Basel
Schweiz

Prof. Dr. Kai von Klitzing, MD

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel
(KJPK)
Schaffhauser Rheinweg 55
CH - 4058 Basel
Schweiz

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitz Straße 46,
01187 Dresden

Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, MD

Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nordring 2
95445 Bayreuth

1 Einführung

Anke Bramesfeld, Hannover, Gabriela Stoppe, Basel

Depressionen sind die häufigste psychische Störung im erwachsenen Alter. Im Jahr 2003 waren Depressionen die häufigste Ursache für Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, direkt gefolgt von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VDR-Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004). Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation gehören Depressionen zu den Hauptursachen für durch Behinderung verlorene Lebensjahre (WHO-OMS 2001). In Deutschland konnte in den letzten Jahren ein stetiger Zuwachs der Diagnose Depression als Grund für Arbeitsunfähigkeit und als Diagnose während einer stationären Behandlung beobachtet werden (Grobe und Dörning 2003). Damit sind Depressionen eine der wichtigsten Erkrankungen unserer Zeit mit erheblichem Einfluss auf Gesellschaft und Gesundheitswesen.

1.1 Entstehung

Obwohl affektive Erkrankungen in den letzten Jahren im Fokus der empirisch-psychiatrischen Forschung gestanden haben, ist das Wissen über die Ursachen der Entstehung und des Verlaufs lückenhaft (Berger 1999). Sicher ist, dass es sich bei der Entwicklung von depressiven Störungen um ein multikausales Geschehen handelt, wobei - wie im integrativen pathogenetischen Model von Akiskal, Whybrow und McKinney dargestellt - von einer gegenseitigen Beeinflussung der beteiligten Faktoren ausgegangen wird. Wichtige Faktoren für die Entstehung einer Depression umfassen demnach (siehe Abbildung 1.1):

- *Genetik*: Die Bedeutung von genetischen Faktoren als prädisponierend für eine depressive Erkrankung ist mittlerweile relativ gut nachgewiesen. Für Angehörige ersten Grades eines depressiv Erkrankten wird das Erkrankungsrisiko als etwa eineinhalb bis doppelt so hoch eingeschätzt wie in der nicht belasteten Bevölkerung (Berger 1999).

- *Kindliche Entwicklung:* Die Lebenssituation von depressiven Menschen ist häufig von vermehrten Konflikten, Scheidung, Verlusten, Suizid und anderen Schwierigkeiten geprägt. Diese Umstände mögen dazu beitragen, dass das Risiko, depressiv zu erkranken, für Kinder depressiver Eltern, die in ihrer kindlichen Entwicklung den erschwerten Lebensbedingungen der Eltern ausgesetzt sind, ebenfalls erhöht ist (Akiskal 1995). Ebenso sei an dieser Stelle auf die nicht unerhebliche Bedeutung von Gewalterfahrung und sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend für das Depressionsrisiko hingewiesen (Kuehner 2003)
- *Temperament:* Viele Menschen, die eine Depression entwickeln, leiden vorher an einem melancholischen Temperament. Dieses Temperament kann als Teil der allgemeinen genetisch determinierten Vulnerabilität verstanden werden. Gleichzeitig erleben melancholische Menschen häufiger interpersonelle Spannungen, Aufregung, Kränkung sowie auch Schlafstörungen und sind so Stressoren, welche das Auftreten depressiver Störungen fördern, vermehrt ausgesetzt (Akiskal 1995).
- *Lebensereignisse:* Während die meisten Menschen auch unter schweren Lebensereignissen nicht klinisch depressiv werden, ist das Risiko hierfür bei Personen mit genetischer Vulnerabilität erhöht. Belastende Lebensereignisse fungieren, zumindest am Anfang einer depressiven Erkrankung, als Auslöser. Eine besondere Rolle spielt hierbei das Thema Verlust.
- *Biologische Stressoren:* Sowohl physische Erkrankungen, wie z.B. eine Schilddrüsenunterfunktion, als auch pharmakologische Substanzen können bei bestehender Disposition Depressionen auslösen. Von besonderer Relevanz ist in diesem Zusammenhang die hohe Komorbidität depressiver Erkrankungen mit sowohl anderen psychischen Störungen, insbesondere Angsterkrankungen, als auch somatischen, z.B. kardiovaskulären Erkrankungen.
- *Geschlecht:* Frauen sind in etwa doppelt so häufig von einer Depression betroffen wie Männer. Mögliche Ursachen hierfür sind vielschichtig und werden z.B. auf hormonelle Einflüsse und einen anderen Umgang mit Emotionen sowie die Lebensumstände von Frauen zurückgeführt (Kuehner 2003).
- *Neurobiologie:* Auf der Basis der Ergebnisse der neurobiologischen Forschung der letzten Jahrzehnte ist heute davon auszugehen, dass neurochemische Störungen der Reizübertragung im Gehirn von rele-

vanter Bedeutung für das Auftreten des Krankheitsbildes der Depression sind. Als ausschlaggebend werden dabei vor allem Imbalancen zwischen aminergen und cholinergen Transmittern gesehen. In wieweit diese Transmitter-Imbalancen, Korrelat oder Folge emotionaler, kognitiver und körperlicher Vorgänge sind oder aber ihre Ursache, ist dabei nicht geklärt; vielmehr wird von einer gegenseitigen Beeinflussung zwischen Neurochemie und depressiver Symptomatik ausgegangen, stellt doch Depressivität selbst einen massiven zentralnervösen Stressor dar (Berger 1999).

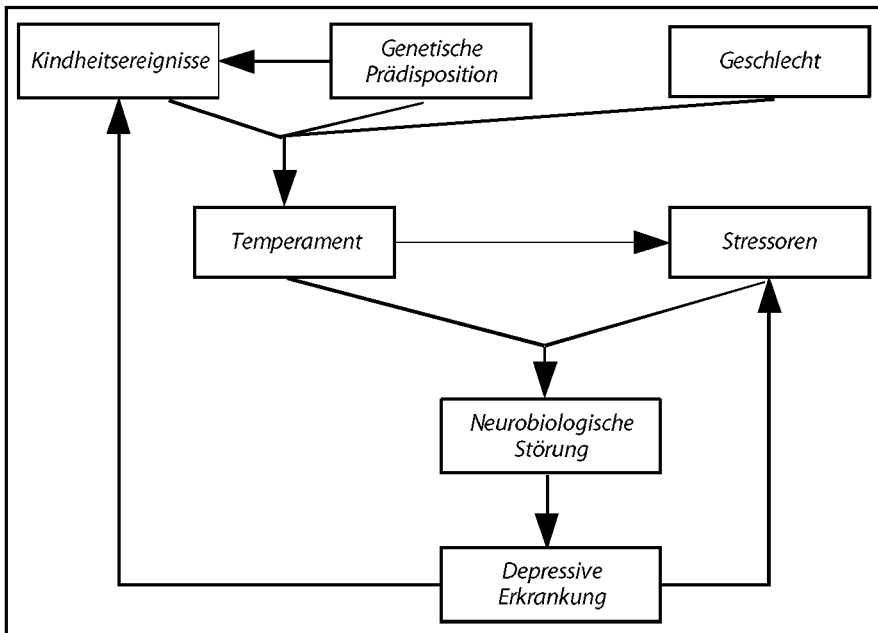


Abb. 1.1: Integratives pathogenetisches Model nach Akiskal, Whybrow und McKinney (Akiskal 1995)

1.2 Symptomatik

Grundsätzlich kennt jeder Mensch depressive Gefühlsstimmungen und depressive Symptome. Sie gehören in einem gewissen Maß zum normalen Gefühlsleben dazu. Eine depressive Erkrankung unterscheidet sich jedoch von diesen als normal zu bezeichnenden Stimmungstiefs durch Anzahl, Intensität, Qualität und Dauer der depressiven Symptome sowie durch

daraus resultierende Einschränkungen im Vermögen den täglichen Verrichtungen des Alltags nachzugehen. Während es auf der einen Seite depressive Zustände gibt, die auf Grund ihrer Symptomatik und Funktionseinschränkung eindeutigen Krankheitswert haben und auf der anderen Seite depressiv getönte Stimmungslagen, die eindeutig zum Gesunden gehören, existiert dazwischen ein breites Gebiet, in dem die Abgrenzung krank und gesund fließend ist und letztendlich Definitionssache (Abbildung 1.2).

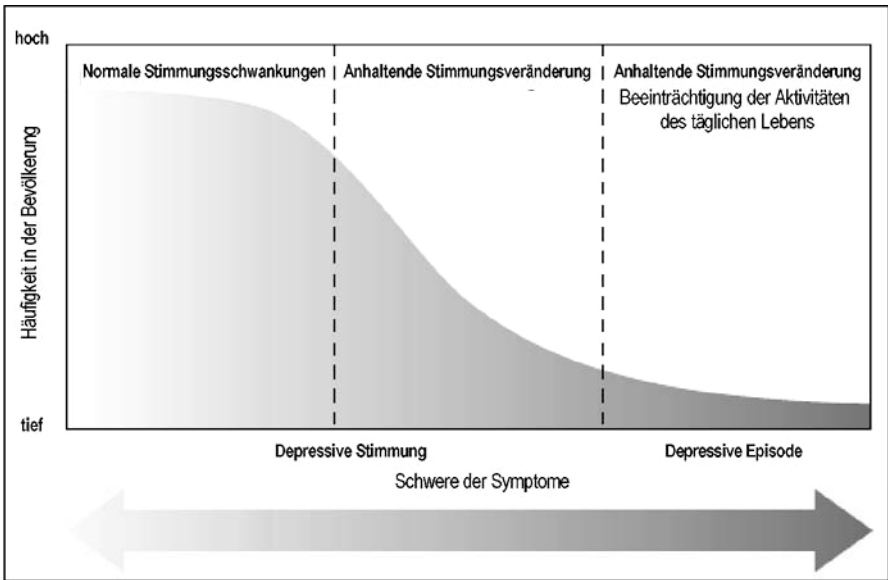


Abb. 1.2: Kontinuum depressiver Symptomatik in der Bevölkerung (WHO-OMS 2001)

So unterscheiden sich die Definitionen für Depression des derzeit gültigen Klassifikationssystems der American Psychiatric Association (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Diseases, DSM-IV) und die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte, und in Deutschland gebräuchliche Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V) hinsichtlich ihrer Betonung der somatischen Beschwerden. Obgleich ansonsten beide Diagnosesysteme auf der Bewertung von qualitativen und quantitativen Aspekten der Symptomrepräsentation basieren und dabei ätiologische Konzepte (z.B. neurotisch, reaktiv, endogen) nicht mehr berücksichtigen, führt dies im Grenzgebiet gesund/krank zu unterschiedli-

chen Ergebnissen. So kommen z.B. Prävalenzerhebungen mit beiden Klassifikationssystemen für Depressionen im Alter, bei denen die somatischen Beschwerden besonders prominent sind, zu unterschiedlichen Ergebnissen (Henderson et al. 1993).

Auch wenn depressive Erkrankungen in erster Linie als Erkrankung des Gefühlslebens beschrieben werden, gehen sie auch mit erheblichen Störungen im Denken und im körperlichen Bereich einher (siehe auch Abbildung 1.3). Die Beschwerden des Gefühlslebens umfassen Niedergeschlagenheit, Angst, Gefühle der Hoffungs- und Sinnlosigkeit, Verlust der Freud- und Erlebnisfähigkeit. Depressive Menschen leiden an Lust- und Antriebslosigkeit (einschließlich Verlust der Libido) mit nachfolgendem sozialen Rückzug. Gleichzeitig können aber auch Agitiertheit und innere Unruhe bestehen. Im Extremfall kommt es zum Verlust des Lebenswillens und zu Selbsttötungsversuchen. Darüber hinaus gehen depressive Erkrankungen auch mit Veränderungen im kognitiven Bereich, wie Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen und negativen Selbstattribuierungen einher. In schweren Erkrankungsfällen kann es auch zu wahnhaftem Erleben kommen, dessen Inhalte typischerweise nicht paranoide sondern selbstbezügliche Gedanken oder Sorgen um den eigenen Untergang (z.B. Verarmungswahn) sind. Auf der körperlichen Ebene können Beschwerden gegensätzlicher Art auftreten. So leiden depressive Menschen häufig unter Störungen des Schlafrhythmus, was sowohl zu Schlaflosigkeit und Früherwachen als auch zu einem vermehrten Schlafbedürfnis führen kann. Der Appetit ist meist vermindert, in einigen Fällen jedoch ist das Essbedürfnis gesteigert. Darüber hinaus können eine Vielzahl von körperlichen Missempfindungen beklagt werden, unter anderem Kloßgefühl im Hals, Herzrasen, Druckgefühl über der Brust. Sie sind häufig schwierig von somatischen Erkrankungen abzugrenzen.

| Hauptsymptome | Zusatzsymptome | Somatisches Syndrom |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Depressive Verstimmung • Verlust von Interesse / Freude • Verminderung des Antriebs | <ul style="list-style-type: none"> • Konzentrationsstörung • Mangelndes Selbstwertgefühl,-vertrauen • Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit • Pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizid • Schlafstörungen • Appetitverminderung | <ul style="list-style-type: none"> • deutlicher Interessenverlust/Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten • mangelnde Fähigkeit emotional zu reagieren • Früherwachen • Morgentief • objektivierte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit • deutlicher Appetitverlust/mehr als 5 % Gewichtsverlust • deutlicher Libidoverlust |
| 2 | 2 | leicht |
| 2 | 3- 4 | mittel |
| 3 | > 4 | schwer |
| Dauer der Symptome (> 2 Wochen) | Schweregrad | Verlauf |
| | | ICD 10 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Depressive Episode - monophasisch F 32 • rezidivierend F 33 • biphasisch F 31 |

Modifiziert nach Laus G., MMW.Fortschritte. Med., 17, 2, 2002: 417-422

Abb. 1.3: Das Konzept der depressiven Episode nach ICD-10 (Laus 2002)

1.3 Krankheitsformen

In die heute gebräuchlichen Krankheitsdiagnosen nach ICD-10 und DSM IV geht kein ätiologisches Konzept mehr ein, sondern sie definieren sich ausschließlich syndromal anhand der Symptomatik. Das bedeutet, dass früher übliche Kategorien wie endogen, neurotisch oder reaktiv aufgegeben wurden.

Die wichtigsten Diagnosen, die zu den depressiven Syndromen gezählt werden, sind folgende:

- *depressive Episode* (ICD-10) bzw. Major Depression (DSM-IV),
- *rezidivierende depressive Störungen*
- *Dysthymia*
- *depressive Anpassungsstörungen*

Eine *depressive Episode* ist in der Regel durch eine Mindestdauer der Beschwerden von zwei Wochen gekennzeichnet. Sie werden in leichte, mittelgradige und schwere Episoden unterschieden. Während die Stärke der

einzelnen Symptome bei einer leichten depressiven Episode zwar zu einem Leidensdruck und Beschwerdnis im Alltag, nicht jedoch zum vollständigen Aufgeben der Alltagsaktivitäten führt, sind die Symptome bei einer schweren Episode vermehrt, stärker und bedrohlicher (z.B. Suizidgedanken oder Wahnerleben). Ein Fortführen der sozialen, beruflichen und privaten Alltagsaktivitäten ist sehr unwahrscheinlich (Dilling et al. 1991).

Unbehandelt beträgt die Dauer einer depressiven Episode mehrere Monate, kann aber in der Mehrzahl der Fälle durch adäquate Therapie verkürzt werden. Nur bei ca. 15 bis 20 % dauert eine depressive Episode länger als 12 Monate und neigt damit zur Chronifizierung (Berger 1999). Bei den meisten Betroffenen wiederholen sich depressive Episoden. Fünf Jahre nach einer ersten depressiven Episode haben ca. 75% der Betroffenen bereits eine zweite durchlitten (Statistisches Bundesamt 1998). Patienten, die wiederholt depressiv erkranken, weisen meist einen Krankheitsbeginn im jüngeren Alter auf, haben Familienangehörige, die ebenfalls depressiv erkrankt waren oder sind und berichten von einem melancholischen Temperament oder einer Dysthymia in der Vorgeschichte (Akiskal 1995). Die mittlere Dauer der krankheitsfreien Intervalle zwischen einzelnen depressiven Episoden beträgt ca. vier bis fünf Jahre. Mit Zunahme der Episodenanzahl verkürzen sich jedoch diese Intervalle. Diese *rezidivierenden depressiven Störungen* sind besonders im Alter häufig, was auf ein Fortbestehen depressionsunterhaltender Faktoren und ungenügende Erkennung und Behandlung zurückgeführt wird.

Dysthymien sind chronische depressive Verstimmungen leichterer Art, die niemals oder nur selten ausgeprägt genug sind, um sie als depressive Episode zu klassifizieren. Sie dauern mindestens zwei Jahre lang, und beginnen in der Regel im frühen Erwachsenenalter (Dilling et al. 1991). In 10-25 % kommt es darüber hinaus im Verlauf auch zu wiederholten depressiven Episoden. Man spricht dann auch von einer *Doppeldepression*. Aufgrund ihres frühen Beginns und ihrer Chronizität gehen Dysthymien mit einer ungünstigen Sozialprognose einher (Berger 1999).

Als *Anpassungsstörung* wird eine vorübergehende Reaktion auf eine konkrete psychosoziale Belastung verstanden, die u.a. in Form leichterer depressiver Zustände erfolgen kann. Die Störung beginnt meist innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und hält nicht länger als sechs Monate, in Extremfällen bis maximal zwei Jahre an (Dilling et al. 1991).

Rezidivierende kurze depressive Störungen sind kurze aber intensive depressive Zustände, die typischerweise nur wenige Tage anhalten und im vorangegangenen Jahr ca. einmal im Monat auftraten (Dilling et al. 1991). Sie sind eine relativ neue diagnostische Kategorie und werden entsprechend diskutiert. Wir erwähnen sie vor allem wegen ihrer hohen Rate von Suizidversuchen.

Weitere Auftretensformen: Darüber hinaus kommen depressive Syndrome als Teil anderer psychiatrischer Krankheitsdiagnosen vor. Dies betrifft unter anderem die *bipolar affektiven Störungen*, die durch ein Abwechseln von manischen und depressiven Phasen gekennzeichnet sind. Treten ausschließlich depressive Phasen mit nur geringen maniformen Abschnitten auf, werden diese auch als *Bipolar-II-Störungen* in der Wissenschaft bezeichnet. Depressionen treten auch im Rahmen organischer Hirnerkrankungen auf, insbesondere bei Demenzen, nach Schlaganfällen oder aufgrund von anderen Schädigungen oder Funktionsstörungen des Gehirns. Depressive Störungen können gemeinsam mit Angstsymptomen auftreten, als *Angst und depressive Störung* gemischt oder aber auch im Rahmen von wahnhaften Störungen als *schizodepressive Störung*.

1.4 Verlauf und Krankheitsausgang

Vor der Adoleszenz treten depressive Erkrankungen nur sehr selten auf (Schuster 2001), wenngleich auch depressive Symptome häufig sind (siehe v. Klitzing, Kapitel 11, Kinder). Mit der Pubertät steigen dann die Erkrankungsraten stetig an und erreichen Ihr Maximum etwa Mitte Dreißig. Ca. 50 % aller Erstmanifestationen treten vor dem 40. Lebensjahr auf, während im höheren Lebensalter die Wahrscheinlichkeit einer Erstmanifestation wieder sinkt (Berger 1999).

Depressive Störungen gehen mit erheblichen Behinderungen einher: Sowohl klinisch depressive Menschen als auch Menschen mit lediglich erhöhter depressiver Symptomatik leiden unter einer verringerten Leistungsfähigkeit, einem zumindest subjektiv schlechteren Gesundheitszustand und mehr Schmerzen. Menschen mit einer manifesten depressiven Erkrankung hatten in amerikanischen Studien ein fünffach erhöhtes Risiko, erwerbsunfähig zu werden, während Menschen mit subklinischer depressiver Symptomatik immer noch ein ein-einhalbfach erhöhtes Risiko aufwiesen (Akiskal 1995, Blazer 1995). Dies weist auf die Bedeutung des gesamten depressiven Spektrums inklusive formal subklinischer Fälle hin. Bei der gegenwärtigen Operationalisierung von Depressionen unter Einbe-

ziehung von Schwellenwerten verdient dies besondere Beachtung (siehe Wittchen und Jacobi, Kapitel 2, Epidemiologie).

Insgesamt weisen depressive Menschen eine höhere Sterblichkeit auf. Diese wird nicht nur durch Suizide verursacht, sondern auch durch ein vermehrtes Sterben sowohl an anderen unnatürlichen Ursachen wie Unfällen, als auch an körperlichen Ursachen (Joukamaa et al. 2001). Es wird angenommen, dass ca. drei bis vier Prozent der depressiv erkrankten Menschen sich im Verlauf des Lebens nehmen und dass ein Großteil der Suizidopfer depressiv erkrankt war (Statistisches Bundesamt 1998). Bei den körperlichen Todesursachen ist insbesondere die erhöhte Mortalität depressiver Menschen durch kardiovaskuläre Erkrankungen von Bedeutung (Wulsin et al. 1999).

1.5 Versorgung

Depressionen können in den meisten Fällen ambulant behandelt werden. Die wichtigste Quelle zur Früherkennung und Einleiten einer Behandlung ist der Hausarzt. Im Vergleich zur spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung befinden sich weit mehr depressive Patienten in hausärztlicher als in nervenärztlicher Betreuung und die Prävalenz krankheitswertiger depressiver Syndrome in den Hausarztpraxen beträgt ca. 11 % (Wittchen et al. 2001). Der psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbereich sieht letztendlich nur eine Minderzahl an Depressionskranken. An Behandlungsmaßnahmen werden im ambulanten und stationären Bereich gegenwärtig vor allem medikamentöse Therapien mit Antidepressiva sowie Psychotherapien als angemessen bewertet. In bestimmten psychiatrischen Zentren besteht darüber hinaus auch die Möglichkeiten für bestimmte Indikationen Elektrokrampftherapie und Schlafentzugstherapie einzusetzen.

Insgesamt wird nur eine Minderzahl der durch Depression betroffenen Personen medizinisch erreicht. In einer deutschen Bevölkerungsuntersuchung gaben 45 % der als depressiv Diagnostizierten an, niemals irgendwelche Gesundheitsleistungen für ihre Depression in Anspruch genommen zu haben (Friemel et al. 2005). In hausärztlichen Praxen werden viele depressive Erkrankungen nicht als solche erkannt. Insbesondere Depressionen auf der Schwelle zwischen gesund und krank und bei Auftreten im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen erweisen sich hierbei als problematisch (Wittchen et al. 2001). Das Potenzial für eine Verbesserung

der Versorgung depressiver kranker Menschen muss daher als erheblich eingeschätzt werden (Abbildung 1.4).

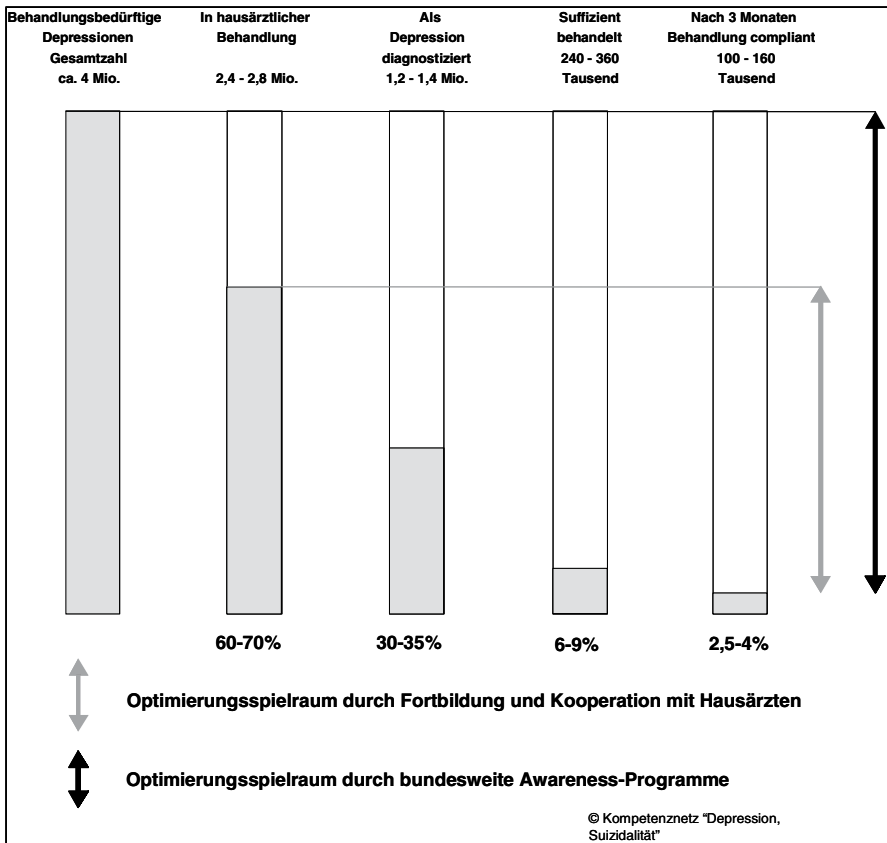


Abb. 1.4: Optimierungsspielraum in den Bereichen Diagnose und Behandlung depressiver Erkrankungen, Kompetenznetz "Depression, Suizidalität"

- Depressionen werden heute als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen aus Veranlagung, (biographischen) Erfahrungen, körperlicher Gesundheit und sozialer Situation verstanden.
- In der Psychiatrie werden, aus Forschungs- und Behandlungsgründen verschiedene Formen depressiver Krankheit unterschieden.
- Depressive Erkrankungen gehen mit einer hohen Wiedererkrankungsrate und einem Risiko zur Chronifizierung einher sowie mit einer erhöhten Sterblichkeit, unter anderem aufgrund von Selbsttötungen aber auch vor dem Hintergrund einer insgesamt erhöhten Mortalität.
- Offensichtlich ist es entscheidend, dass das Entwickeln von depressiven Erkrankungen vermieden wird oder aber Depressionen bereits frühzeitig effektiv und suffizient behandelt werden.

Literatur

- Akiskal H (1995) Mood disorders: Introduction and overview. In: Kaplan H, Sadock B (Hg) Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI. Williams & Wilkins, Baltimore, S 1067-1079
- Berger M (1999) Affektive Erkrankungen. In: Berger M (Hg) Psychiatrie und Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S 483-566
- Blazer D (1995) Mood disorders: Epidemiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Hg) comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Williams & Wilkins, Baltimore, S 1079-1089
- Dilling H, Mombour W, Schmidt M (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Huber, Bern, Göttingen, Toronto
- Friemel S, Bernert S, Angermeyer M, König H (2005) Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. Psych Prax 32:113-121
- Grobe T, Dörning H (2003) Schwerpunkt: Depressive Erkrankungen. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zur Arbeitsunfähigkeit und Arzneimittelverordnung 2002. Techniker Krankenkasse, Hamburg, S 52-88
- Henderson A, Jorm A, MacKinnon A, Christensen H, Scott L, Korten A, Doyle C (1993) The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using Draft ICD-10 and DSM-III-R. Psychol Med 23:719-729
- Joukamaa M, Heliiövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lethinen V (2001) Mental disorders and cause-specific mortality. Brit J Psychiatry 179:498-502

- Kuehner C (2003) Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 108:163-174
- Laux G. (2002) Diagnostik und Therapie der Depression in der Praxis. *MMW-Fortschr. Med.* 144 (Sonderheft 2): S. 417-422
- Schuster P (2001) Ergebnisse. Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Schattauer, Stuttgart, S 65-146
- Statistisches Bundesamt (1998) Depressionen. Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart, S 219-222
- VDR-Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004) VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2003 einschließlich Rentenwegfall, Rentenänderung/Änderung des Teilrentenanteils. VDR, Frankfurt a.M.
- WHO-OMS (2001) Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation Mondial de la Santé, Genève
- Wittchen H-U, Hofer M, Meister W (2001) Prevalence and recognition of depressive syndroms in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 16:121-135
- Wulsin L, Vaillant G, Wells V (1999) A systematic Review of the Mortality of Depression. *Psychosom Med* 17:61-66

Daten

2 Epidemiologie

Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi, Dresden

2.1 Einleitung

Nur wenige diagnostische Begriffe sind potenziell in der Lage so viel Konfusion zu stiften wie das Wort Depression. Dies liegt weniger an den durchaus zuverlässigen und trennscharfen diagnostischen Kriterien für depressive Erkrankungen, wie sie international seit den 90er Jahren in der klinischen, epidemiologischen und Public-Health Forschung verwendet werden (Wittchen et al., 2000), sondern daran, dass diese Definitionen und Kriterien noch keinen breiteren Eingang in die klinische Praxis und Öffentlichkeit gefunden haben. Begriffe wie „depressiv“ und „Depression“ sind somit kein verlässlicher Ausdruck für eine „behandlungsbedürftige psychische Störung“, sondern lediglich „Platzhalter“ für viele Formen von negativen Befindlichkeiten, sei es im Zusammenhang mit sozialen Stressereignissen und Belastungssituationen, Konflikten oder akuten bzw. chronischen medizinischen Leiden. Hinzu kommt erschwerend, dass in den 80er und 90er Jahren die traditionellen Begrifflichkeiten wie „Neurotische, bzw. Endogene Depression“ aus inhaltlichen Gründen durch die neutralere deskriptive Terminologie „depressive Störung“ abgelöst wurde. Der damit verbundene konzeptuelle und prozedurale Wechsel ist aber bis heute in Deutschland bislang nur zögerlich vollzogen worden. Vor diesem Hintergrund begrifflicher Konfusion ist es für das Verständnis der folgenden epidemiologischen Daten essenziell, zu erläutern, was die neueren nationalen und internationalen Studien unter Depression verstehen (vergleiche auch Kapitel 1, Einführung).

In der epidemiologischen Forschung werden depressive Störungen seit den 80er Jahren nach den Kriterien des DSM-III, DSM-III-R bzw. DSM-IV (APA, 1980, 1987, 1994; Saß et al., 1996) sowie der ICD-10 (WHO, 1993) als „Major Depression“ (bzw. in der ICD-10 Terminologie „typische depressive Episode“) sowie „Dysthymie“ klassifiziert. Bei der Major Depres-

sion wird oftmals eine feingliedrigere Unterteilung nach Schweregraden (leicht, mittel, schwer), Verlauf (einzelne Episode versus, rezidivierend) sowie bestimmten Merkmalen (Melancholie) vorgenommen. Die reliable und valide Beurteilung depressiver Störungen erfordert in der Regel den Einsatz strukturierter und standardisierter diagnostischer Interviews (Wittchen, 2001a). Der alleinige Einsatz von Fragebögen oder klinischen Fremdbeurteilungsskalen wird ebenso wie die klinische Routine-Diagnostik wegen der mangelhaften Zuverlässigkeit abgelehnt. Fragebögen führen zumeist zu einer Überschätzung der wahren Prävalenz, während für die ärztliche Routinediagnostik sowohl Über- wie auch Unterschätzungen dokumentiert sind. Fragebögen bilden zwar gut das aktuelle, vom Patienten erlebte Ausmaß an Depressivität ab; diese ist jedoch diagnostisch unspezifisch und spiegelt in erster Linie „Befindlichkeit“ wider.

Diagnostische Interviews hingegen bilden in einem einfachen strukturierten Befragungs- und Beurteilungsprozess schrittweise die komplexere algorithmische diagnostische Struktur mit den wichtigsten differentialdiagnostischen Erwägungen sowohl auf der Symptom- wie auch der Diagnoseebene ab. Dabei wird z.B. die erforderliche Zeitdauer und Persistenz diagnostischer Merkmale ebenso überprüft wie das Vorliegen von differentialdiagnostischen Ausschlussgründen. Beispiele hierfür sind, dass die Diagnose einer Major Depression oder Dysthymie zwingend erfordert, dass ausgeschlossen wurde, dass es sich um eine Trauerreaktion, die pathophysiologische Folge somatischer Erkrankungen oder Faktoren bzw. von Substanzen oder Medikamenten handelt. Darüber hinaus ist zu beachten, dass Depressionen im Rahmen bipolarer (früher manisch-depressiver) Erkrankungen nicht als Depression, sondern als Bipolare Störung klassifiziert werden. Die Abbildung 2.1 zeigt zur Verdeutlichung, dass unterschiedlichen Erhebungsstrategien und Definitionen substanzielle Auswirkungen auf die Prävalenzschätzung haben. Depressive Symptome oder vorübergehende Depressivität (untere Ebene Abb. 2.1), wie sie zum Beispiel als konstituierende Merkmale des depressiven Syndroms über Fragebögen bzw. einer depressiven Erkrankung erfasst werden, sind mit über 26% viermal häufiger wie der Anteil der Personen, der die strikten DSM-IV Kriterien einer Major Depression mit allen Kriterien erfüllt (8%).

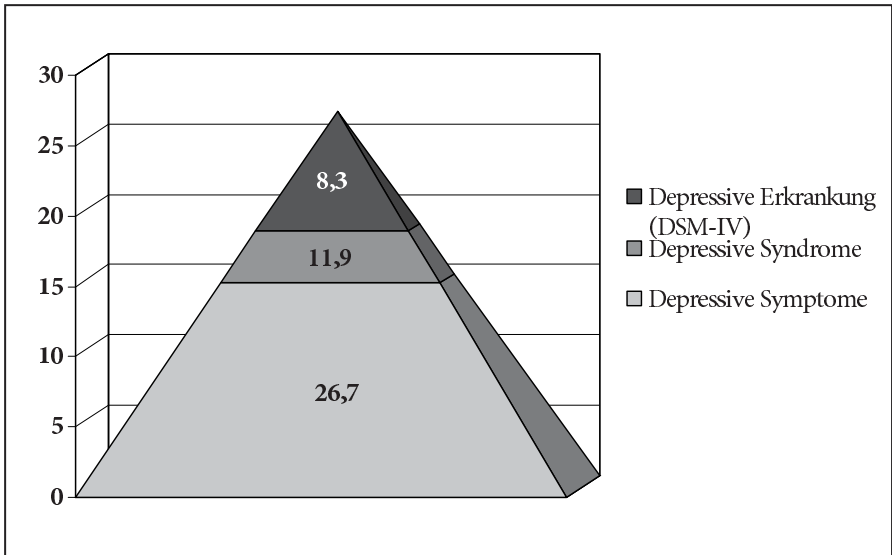


Abb. 2.1: Die Pyramide depressiver Beschwerden: Von depressiven Symptomen zur klinischen Depression.

Der Einsatz strukturierter klinisch-diagnostischer Interviews ist übrigens nicht nur auf epidemiologische Bevölkerungs-Untersuchungen begrenzt, sondern wird wegen der dokumentierten Unzuverlässigkeit klinischer Routinediagnosen auch im klinischen Kontext zumindest im Rahmen von Stichproben empfohlen, zum Beispiel bei der Abschätzung der administrativen Prävalenz im hausärztlichen Bereich bzw. der Prävalenz im spezialisierten ambulanten und stationären Versorgungssektor

2.2 Wie häufig sind depressive Erkrankungen?

Da in allen Bereichen der Versorgung davon ausgegangen werden kann, dass Depressionen häufig weder erkannt, noch diagnostiziert und behandelt werden, sind Stichprobenuntersuchungen in der Allgemeinbevölkerung als aussagekräftigste Studienform anzusehen. Seit 1980, dem Jahr der Einführung von expliziten diagnostischen Kriterien in die Klassifikationssysteme, wurden über 30 derartige repräsentative Bevölkerungs-Studien durchgeführt, die auf expliziten diagnostischen Kriterien aufbauen.

Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die Studienlage nach Autor, Ort und Methode. Diese Untersuchungen umfassen nationale und regionale Quer-

schnitts-Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zur Feststellung der Lifetime- und Querschnittsprävalenz.

Die sog. Lifetime-Prävalenz gibt an, welcher Bevölkerungsanteil bis zum Untersuchungszeitraum jemals von einer Depression betroffen war; als Querschnittsmaß wird zumeist die 12-Monats-Prävalenz (Prozentsatz derer, die in den vergangenen 12 Monaten betroffen waren), seltener die 4 oder 2 Wochen Prävalenz berechnet. Ungeachtet einer, zumeist durch methodische Unterschiede (Altersspektrum, Sampling, Statistik etc.) zwischen den einzelnen Untersuchungen bedingten Variationsbreite (siehe hierzu Wittchen und Jacobi 2005, Jacobi et al., 2005), ergibt sich über alle Studien hinweg ein recht konsistentes Bild für depressive Störungen insgesamt sowie für die Major Depression im Besonderen.

Bezogen auf die erwachsene Durchschnittsbevölkerung (Alter 18-65) berechneten Wittchen und Jacobi (2005) für die europäischen Länder eine 12-Monatsprävalenz der Major Depression von 6,9% (Median; Interquartilsbereich: 4,8-8,0), die 2-4 Wochen Querschnittsprävalenz kann auf 3% geschätzt werden. Das angenäherte Lebenszeitrisiko an einer Depression zu erkranken, wird aufgrund der Lifetime-Daten konservativ auf mindestens 14 Prozent geschätzt. Die Prävalenzschätzungen für die Dysthymie erscheinen variabler mit 12-Monatsprävalenzen von 0,8-4,5%. Für Deutschland kann somit davon ausgegangen werden, dass ca. 5-6 Millionen Bundesbürger pro Jahr von einer Depression betroffen sind, bezogen auf Europa können wir aufgrund dieser Analyse von ca. 20 Millionen betroffenen EU-Bürgern ausgehen.

Tab. 2.1: Überblick über die Prävalenzbefunde depressiver Störungen (adaptiert aus Jacobi et al., 2005)

| | Prävalenz Major depression | | | | Prävalenz Dysthymie | |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------|------------------|----------|---------------------|------------------|
| | Lifetime | 6-12 Monate | 1-Monat | Lifetime | 6-12 Monate | 1-Monat |
| Halb-strukturierte Interviews | | | | | | |
| Weissman and Myers, 1978 | 18.0 | - | 3.7 ^a | - | - | - |
| Faravelli et al., 1990 | - | 6.3 | 2.8 ^a | - | 3.0 | 1.0 ^a |
| Angst, 1996 | 16.1 | 7.3 | 1.5 | - | - | - |
| Faravelli et al., 2004a, b | 9.5 | 3.4 | 2.7 ^a | 1.5 | 0.9 | 0.8 ^a |
| Bebbington et al., 1981 | - | - | 7.0 ^b | - | - | - |
| Mavreas et al., 1986 | - | - | 7.4 ^b | - | - | - |
| Hodiamont et al., 1987 | - | - | 5.4 ^b | - | - | - |
| Vazquez-Barquero et al., 1987 | - | - | 6.2 ^b | - | - | - |
| Lehtinen et al., 1990 | - | - | 4.6 ^b | - | - | - |
| Roca et al., 1999 | - | - | 1.6 | - | - | 3.1 |
| Ayuso-Mateos et al., 2001 | - | - | 4.1-4.7 | - | - | 0.3-1.1 |
| | - | - | 6.2-8.9 | - | - | 0.5-2.9 |
| | - | - | 7.0-8.4 | - | - | 0.9-1.5 |
| | - | - | 1.8 | - | - | 0.5 |
| | - | - | 4.8-15.0 | - | - | 0.2-0.3 |
| Voll-strukturierte Interviews | | | | | | |
| Regier et al., 1988; | 5.8 | 3.0 | 2.2 | 3.3 | - | - |
| Weissman et al., 1991 | | | | | | |
| Bland et al., 1988a, b | 8.6 | 3.2 | 2.3 | 3.7 | - | - |
| Wells et al., 1989; | 12.6 | 5.3 | - | 6.4 | - | - |
| Oakley-Browne et al., 1989 | | | | | | |
| Wittchen et al., 1992 | 9.0 | 3.0 | - | 3.9 | - | - |
| Szadoczky et al., 1998 | 15.1 | 7.1 | 2.6 | 4.5 | - | - |
| Kessler et al., 1994b; | 17.1 | 10.3 | 4.9 | 6.4 | - | - |
| Blazer et al., 1994 | | | | | 2.5 | |

Tabelle wird fortgesetzt