UNIVERSITÄT BAYREUTH

IMG
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

GESUNDHEITS REGION BAYREUTH

Depression als Volkskrankheit:

Psychische Erkrankungen erkennen, behandeln und durch Wertschätzung vermeiden

Walter Rätzel-Kürzdörfer M. Sc.

3. Dezember 2016

Public Health Forum 2016; 24(2): 104–107 DE GRUYTER

Manfred Wolfersdorf* und Walter Rätzel-Kürzdörfer

Depression – eine Volkskrankheit: gesundheitspolitische und präventive Anmerkungen

Depression – a national widespread disease. A few mental health and public health aspects

DOI 10.1515/pubhef-2016-0051

Zusammenfassung: In einer modernen Dienstleistungsgesellschaft mit hohen Anpassungsanforderungen an sich ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen werden psychische Erkrankungen immer bedeutsamer für Public Health Entscheidungen. Arbeitsunfähigkeitstage, Frühberentungen und Krankschreibungen wegen psychischer Störungen haben in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen. Die Depression ist darunter die häufigste und wegen der großen Nähe zu Hoffnungslosigkeit, Suizidalität und Chronifizierung auch die bedrohlichste psychische Erkrankung.

Schlüsselwörter: Bedeutung für Prävention; Depression; gesundheitspolitische Folgen; häufigste psychische Erkrankung.

Abstract: In our so-called modern society with high emphasis due to compulsory service and conformity in a permanently changing world of performance and social relationship, mental disorders are becoming more and more important for public health decisions. Days of inability to work, early pensions and their financing, days of clinical inpatient and also outpatient treatment have increased tremendously during the last 10 years. Depressive disorders have become the most widespread illnesses and important to public health because of their tendencies to feelings of hopeless and helplessness, to suicidality and chronic courses.

Keywords: depressive disorders; importance for prevention; most common disorder; public health problems.

***Korrespondenz: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf,** Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 95445 Bayreuth, E-mail: manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de
Walter Rätzel-Kürzdörfer: Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Einleitung

Psychische und körperliche Gesundheit sind Voraussetzungen für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit im privaten wie beruflichen Umfeld, für die Teilhabe am Arbeits-, gesellschaftlichen und Beziehungsleben einschließlich der Entwicklung einer hoffnungsvollen Zukunftsperspektive. Aufgrund der Zunahme der Häufigkeit und Dauer der Erkrankung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen werden psychische Störungen stärker als Public Health Problem wahrgenommen. Psychische Erkrankungen verändern Menschen oft umfassend und lange.

Depressive Erkrankungen

Depressive Erkrankungen, oft in Verbindung mit Angststörungen, Burnout-Syndromen (meist Vorläufer einer Depression als sog. Erschöpfungsdepression) und schädlichem Substanzgebrauch, gelten als die häufigsten psychischen Störungen. In Tabelle 1 ist eine Übersicht zu wesentlichen Fakten zur „unipolaren Depression" zusammengefasst. Wittchen et al. [8] berichten 2011 von über 30 Millionen diagnostizierten depressiv Kranken in der EU-27, das sind 6% bis 7% der Bevölkerung. Bis 2020 werden Depression zu den Erkrankungen gehören, die neben Herzkreislauf-Krankheiten die höchsten Kosten verursachen [9]. Die Punktprävalenz für unipolare Depression liegt in Deutschland bei 5,6% der 18 bis 65 Jahre alten Bevölkerung [10]. Das Lebenszeitrisiko für eine unipolare Depression wird auf 11% bis 26% geschätzt, bei älteren auf etwa 10% [11].

Nach Angaben des Psychoreport 2015 der DAK und des IGES ist der Anstieg der AU-Tage aufgrund von Depressionen von 2000 bis 2014 um 201% gestiegen. Die gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Last ist immens. Keine Erkrankung hat eine höhere Behinderungslast [disability adjusted life years (DALY)] und

- 10.1515/pubhef-2016-0051
Downloaded from De Gruyter Online at 09/12/2016 01:27:25PM
via De Gruyter / TCS

UNIVERSITÄT BAYREUTH

IMG
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Wer motiviert zur Arbeit geht und dort nur Druck, Kontrolle und keine Wertschätzung erntet, läuft in Gefahr, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Depressionen oder Burn-out kann man durchaus vorbeugen, sofern man die Gefahr dafür rechtzeitig erkennt. Foto: Jens Schierenbeck/dpa

Wertschätzung ist Prävention

Psyche: *Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf und Gesundheitswissenschaftler Walter Rätzel-Kürzdörfer erklären, welche psychischen Erkrankungen ihre Ursache am Arbeitsplatz haben können – und wie man (ebenfalls direkt am Arbeitsplatz) aktiv dagegen vorsorgen kann.*

Anzeige

Sprechstunde am Sonntag

Prävention der Depression mit W. Rätzel-Kürzdörfer M.Sc. und Prof. Dr. Dr. h.c. M. Wolfersdorf

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten, gefährlichsten und teuersten Erkrankungen. Nach der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) litten im Jahr 2011 8,1% der Bevölkerung an einer depressiven Symptomatik, 10,2% Frauen und 6,1% Männer – 13,6% mit niedrigem und nur 4,6% mit hohem sozioökonomischem Status. Laut Bertelsmann Gesundheitscheck sind in der Stadt Bayreuth etwa 15% an einer Depression erkrankt.

Eine erhebliche Zunahme von AU-Tagen, in 2011 73 Tage pro Versichertem sowie eine Steigerung der Frühberentungen (2012 nahezu jede zweite durch eine psychische Erkrankungen) wegen Depression sind erhebliche gesundheitspolitische- und ökonomische Belastungen. Die direkten Kosten der Depressionen, d. h. die Inanspruchnahme von medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen lagen im Jahr 2008 bei etwa 5,2 Milliarden Euro. Dies ist fast ein Fünftel aller durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten (28,7 Milliarden Euro). Auf der Grundlage dieser Zahlen ist es erforderlich, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu verstärken. Gesundheitsförderung und Prävention muss in Deutschland eine zentrale Rolle in der Gesundheitspolitik einnehmen. Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention liegt vor.

Was sind Ursachen der Depression?

Prof. Wolfersdorf: Die Ursachen und Auslöser von Depressionen nach heutigem Wissen liegen insbesondere in der Lebensgeschichte und der Entwicklung. Wie geht ein Mensch mit Konflikten um, kann er sich wehren, hat er eigene Bedürfnisse und Wünsche. Wichtig ist auch, ob man überordentlich ist oder aggressionsgehemmt und die Schuld immer bei sich sucht. Außerdem sind anhaltende Belastungen, wie Trauer, chronische Konflikte, Kränkungen Verlust von Lebenskonzepten bedeutend.

Gibt es auch depressionsauslösende Bedingungen am Arbeitsplatz?

W. Rätzel-Kürzdörfer: Vornehmlich sind drei krankmachende Bedingungen bekannt. Menschen kommen mit großer Erwartung und Motivation und der Bereitschaft sich zu verausgaben zur Arbeit und erhalten nicht die von ihnen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Walter Rätzel-Kürzdörfer M.Sc., Gesundheitswissenschaftler, Leiter der Ergotherapie am Bezirkskrankenhaus Bayreuth

erwartete Belohnung. Dies nennt man eine Gratifikationskrise, insbesondere wird damit Wertschätzung und soziale Unterstützung erwartet, eher weniger die finanzielle Belohnung. Auch kann eine hohe Kontrolle bei gleichzeitiger Arbeitsverdichtung krankheitsfördernd sein. Im Übrigen können auch schlechte Chefs krank machen. Selbstverständlich gibt es auch einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depression.

Was sind Symptome der Depression bei der Arbeit?

Prof. Wolfersdorf: Beobachtet werden vor allem ein abnehmendes Leistungsniveau und ausgeprägte Leistungsschwankungen. Das Arbeitstempo wird langsamer und die Konzentrationsfähigkeit nimmt ab. Es nimmt auch die Angst vor Übernahme von verantwortungsvollen Tätigkeiten zu. Konsequenz ist soziale Rückzug und das Vermeiden von Kontakten.

Was bedeutet Prävention in der Psychiatrie?

W. Rätzel-Kürzdörfer: Prävention in der Psychiatrie ist jede Intervention, die das Auftreten einer psychischen Störung verhindert. Im Einzelnen ist das Erkennen von psychischen Risikofaktoren und das Früherkennen von psychischen Erkrankungen zu nennen. Im Erwachsenenbereich steht die Reduktion von Krankheitsrisiken durch veränderte Lebens- und Arbeitsstile im Mittelpunkt. Hier ist die betriebliche Gesundheitsförderung zu nennen. Entstigmatisierungskampagnen, wie z. B. in Bayreuth die Initiative gegen Depression sind wichtig. Weitere Stichworte sind Stärkung der Resilienz, d.h. Stärkung der Belastbarkeit und Widerstandsfähigkeit sowie Stärkung des Empowerments, das bedeutet sich selbst zu befähigen, auf die eigene Lebenswelt Einfluss zu nehmen.

Gibt es spezielle gesundheitsfördernde oder krankheitsverhindernde Maßnahmen am Arbeitsplatz?

W. Rätzel-Kürzdörfer: Grundsätzlich muss die stetige Zunahme von Arbeitsstress durch Termindruck und Arbeitsverdichtung vermieden werden. Pausenregelung und Rückzugsmöglichkeiten sowie betrieblich unterstützte, z. B. sportliche und Entspannungsangebote sind zu nennen. Gerechtigkeit im Betrieb und bei den Vorgesetzten ist ebenso wichtig, wie soziale Unterstützung am Arbeitsplatz; Gratifikationskrisen, ausgedehnte Kontrolle und Reduzierung der Möglichkeiten eigene Entscheidungen zu treffen machen das Entstehen von depressiven Erkrankungen möglich.

Ist Prävention bei der Depression wirksam?

Prof. Wolfersdorf: Viele Studien zeigen, dass sich Neuerkrankungen einer Depression durch präventive Maßnahmen deutlich reduzieren lassen. Lebensstilmodifizierende, psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen sind effektiv. Prävention in der Psychiatrie ist wirksam, aber nicht umsonst. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) fordert Prävention als zentrale Aufgabe im medizinischen Versorgungssystem.

In unserer nächsten „Sprechstunde am Sonntag" in der Ausgabe am 01. Februar lesen Sie einen medizinischen Beitrag von Dr. Oliver Ponsel, leitender Oberarzt am Klinikum Bayreuth.

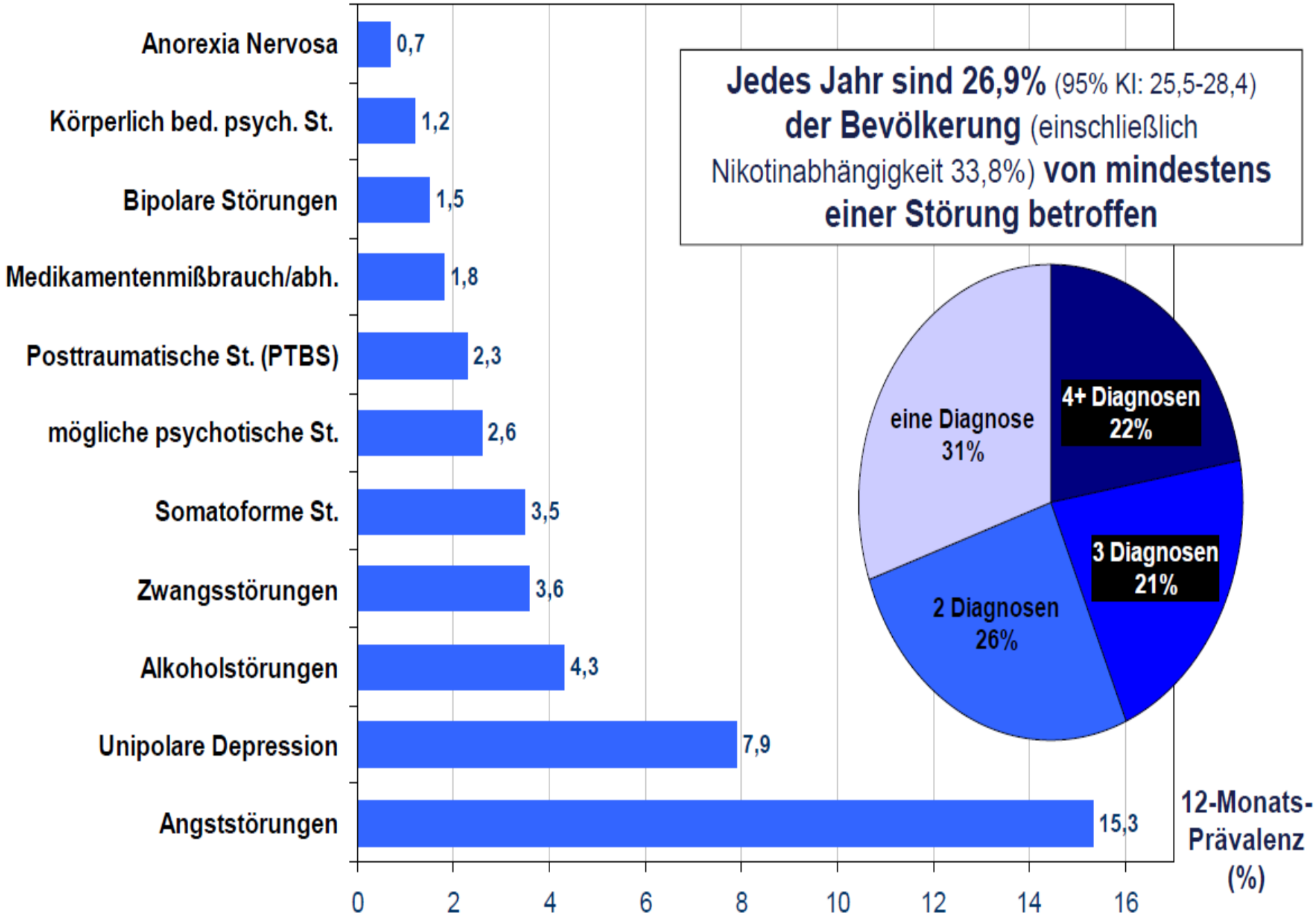
BEZIRKSKRANKENHAUS BAYREUTH

Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nordring 2, 95445 Bayreuth
Tel.: (0921) 283-0
Fax: (0921) 283-7002
Mail: info@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de
www.bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

EU-Report 2010 (Wittchen et al. 2011)
Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse (Auswahl)
Gibt es eine Zunahme („prevalence estimate“) psychischer Erkrankungen?

Diagnosen DSM-IV	**Prävalenz-raten (12 Monate) 2005**	**Millionen 2011**	**Anzahl Betroffene 2005 %**	**2011 %**
Alkoholabhängigkeit	2,4	3,4	7,2	14,6
Psychose-Erkrankungen	0,8	1,2	3,7	5.0
Major Depression	6,9	6,9	18,4	30,3
Bipolare Erkrankungen	0,9	0,9	2,4	3.0
Panikstörung	1,8	1,8	5,3	7,9
Agoraphobie	1,3	2,0	4,0	8,8
Somatoforme Störung	6,3	4,9	18,9	20,4
Anorexia nervosa	0,4	0,2 - 0,5	1,2 (1,0 - 1,7)	0,8
Summe	**27,4 %**	**38,2 %**	**82,7**	**164,8**

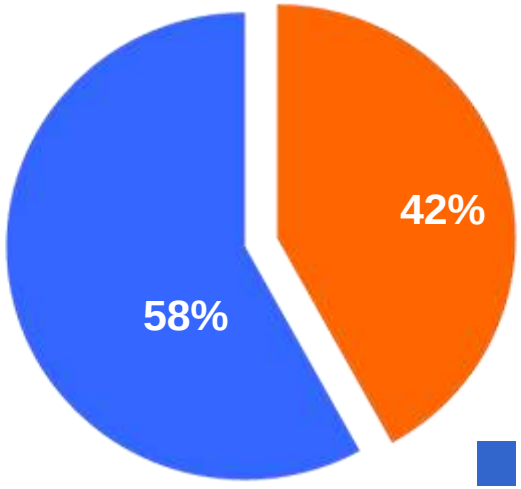
- Jedes Jahr leiden 38,2 % der EU-Population mindestens an einer von 27 psychischen Erkrankungen (164,8 Mill. Personen)
- Die Schätzung 2005 lag bei 27,4 % (bezogen auf 13 Diagnosen und Alter 18-65),
  die Schätzung 2011 mit 38,2 % umfasst 27 Diagnosen und alle Altersgruppen 14+,
- Der Vergleich Diagnosen 2005 mit den gleichen Diagnosen 2011 /27,4 % versus 27,1 %) zeigt keinen Zuwachs. D. h. der Zuwachs kommt von den neuen zusätzlichen Diagnosen



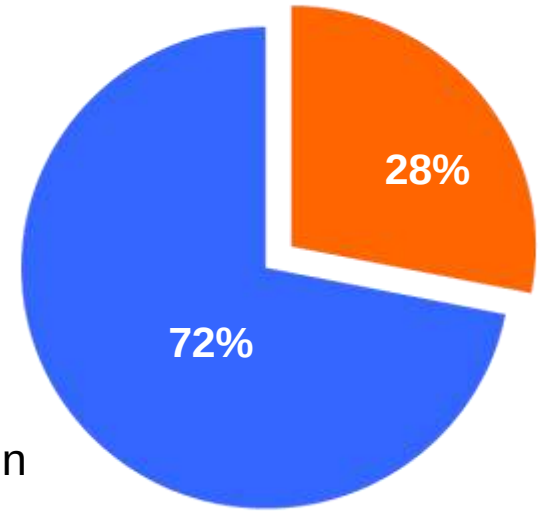
Quelle: Bundesgesundheitssurvey (2012, DEGS-MH)

In Europa und Deutschland sind psychische Störungen für den größten Anteil der Krankheitsbelastung verantwortlich

YLD (=Verlust gesunder Lebensjahre)



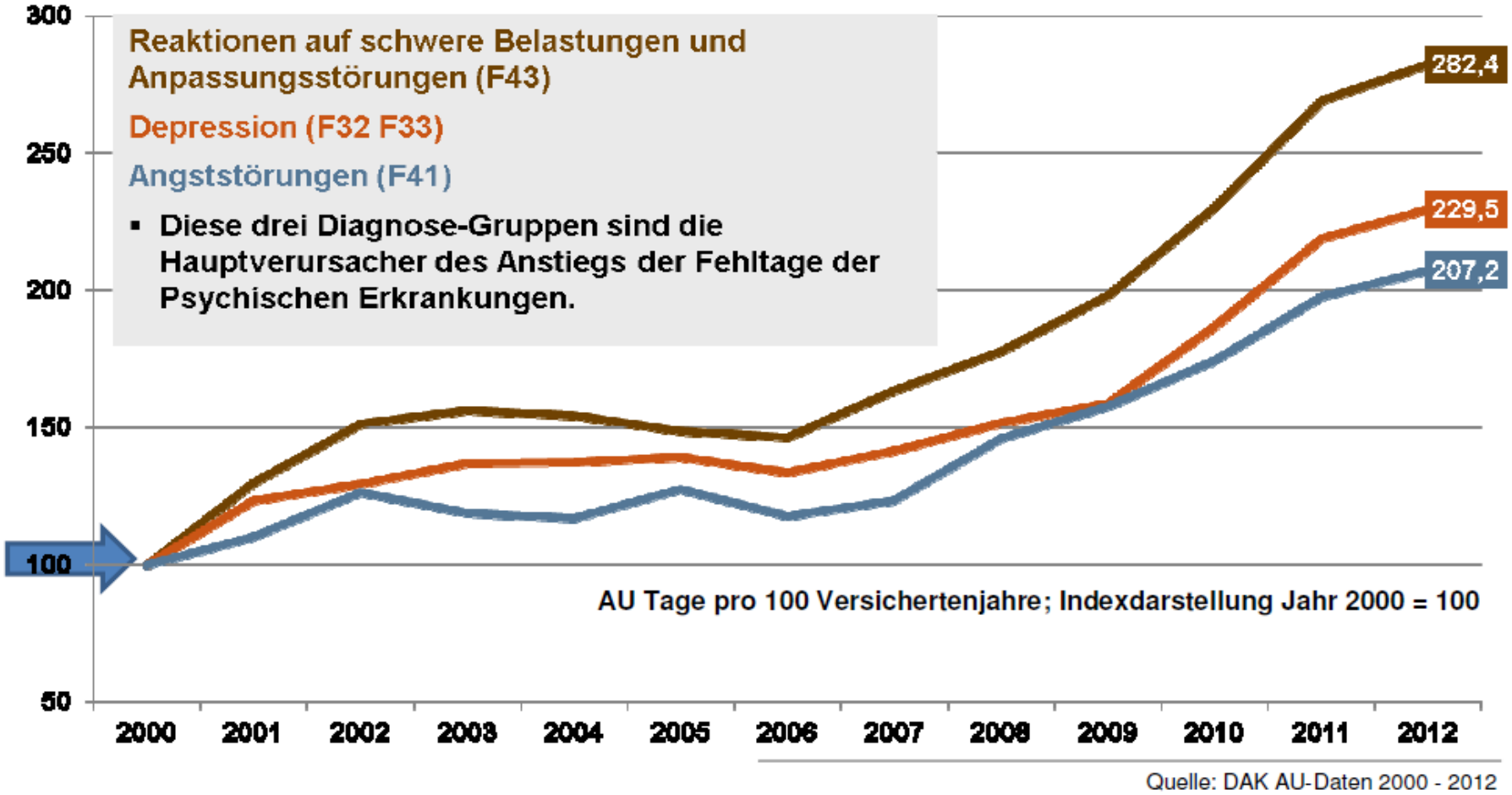
DALY: (Disability adjusted Life years)



Psychische Störungen

Andere Krankheitsgruppen

- Psychische Störungen sind einschränkender (years lived in disability: 42%), nicht aber tödlicher (disability adjusted life years,DALY: 28%) als andere Krankheitsgruppen
- Die hohe Behinderungslast ergibt sich aus der hohen Prävalenz, dem häufigen frühen Beginn, dem persistierenden Verlauf und defizitärer Versorgung.
- Höchste DALY-Werte für: Depressionen, Sucht, MS und Angsterkrankungen



Quelle: DAK AU-Daten 2000 - 2012

Kosten psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen: schwerwiegende Folgen nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Volkswirtschaft (2012)

- ca. **20 Mrd. € direkte Behandlungskosten** (ohne Demenz, ca. 7% der Gesamtausgaben für Gesundheit; Stat. Bundesamt)
- ca. **27 Mrd. € indirekte Folgekosten** (durch Produktivitätsausfälle, Frühberentungen etc)

nicht eingerechnet

- intangible Kosten (z.B. Verlust von Lebensqualität)
- Opportunitätskosten, d.h. Kosten von Nicht- oder Fehlbehandlung („Überweisungskarusell")

Quellen: BPtK 2013a, destatis 2013, Zielke & Mark 1991

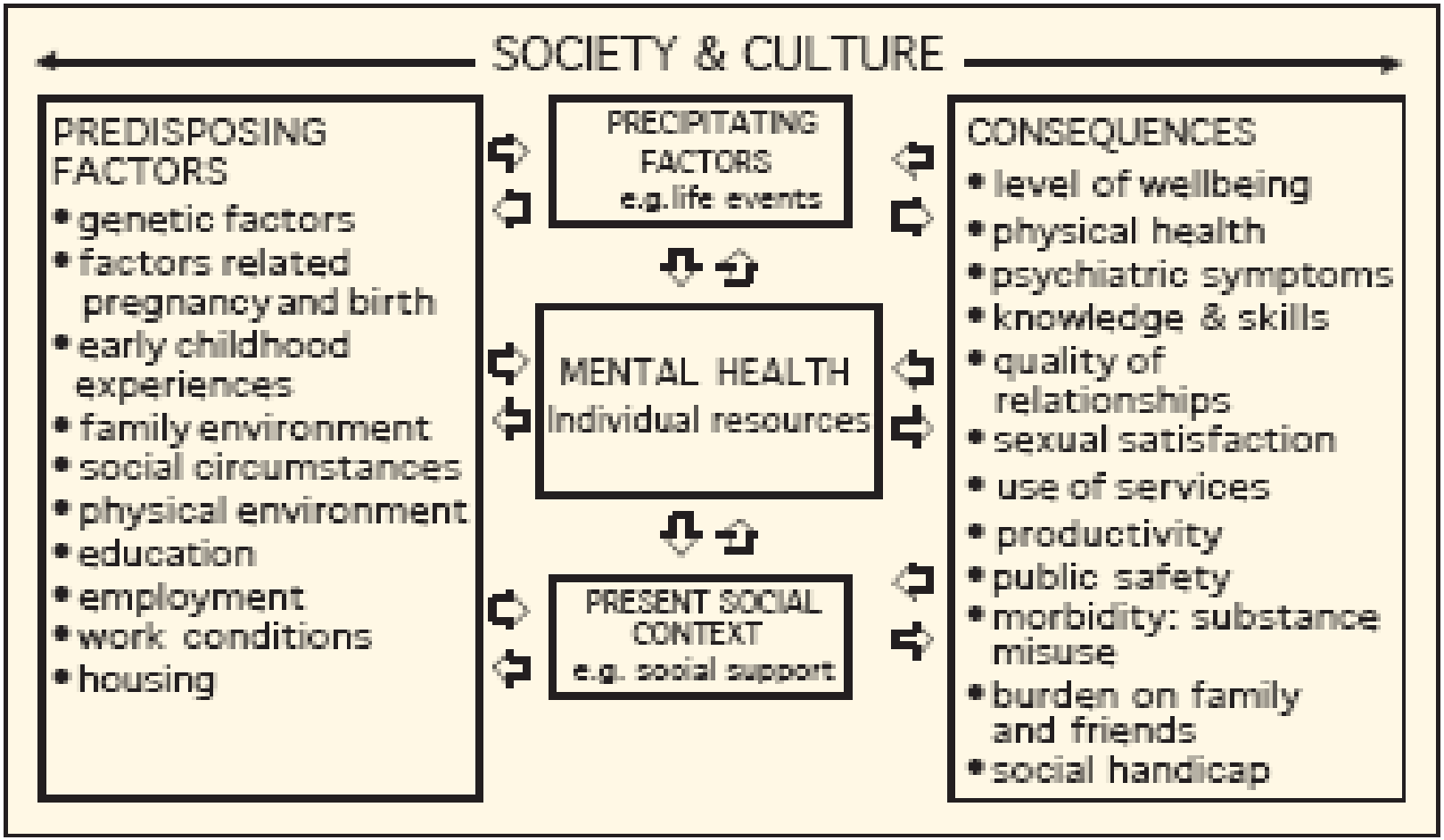
Kosten je Versorgungssektor in €/ES

Standardisierte Kosten auf ES=1,0 bezogen auf das Kriterium seelische/psychische Symptomatik bei Patienten unterschiedlicher Versorgungsbereiche; **Modellschätzung auf der Grundlage der in den angegeben Studien berichteten Therapiedauern.**

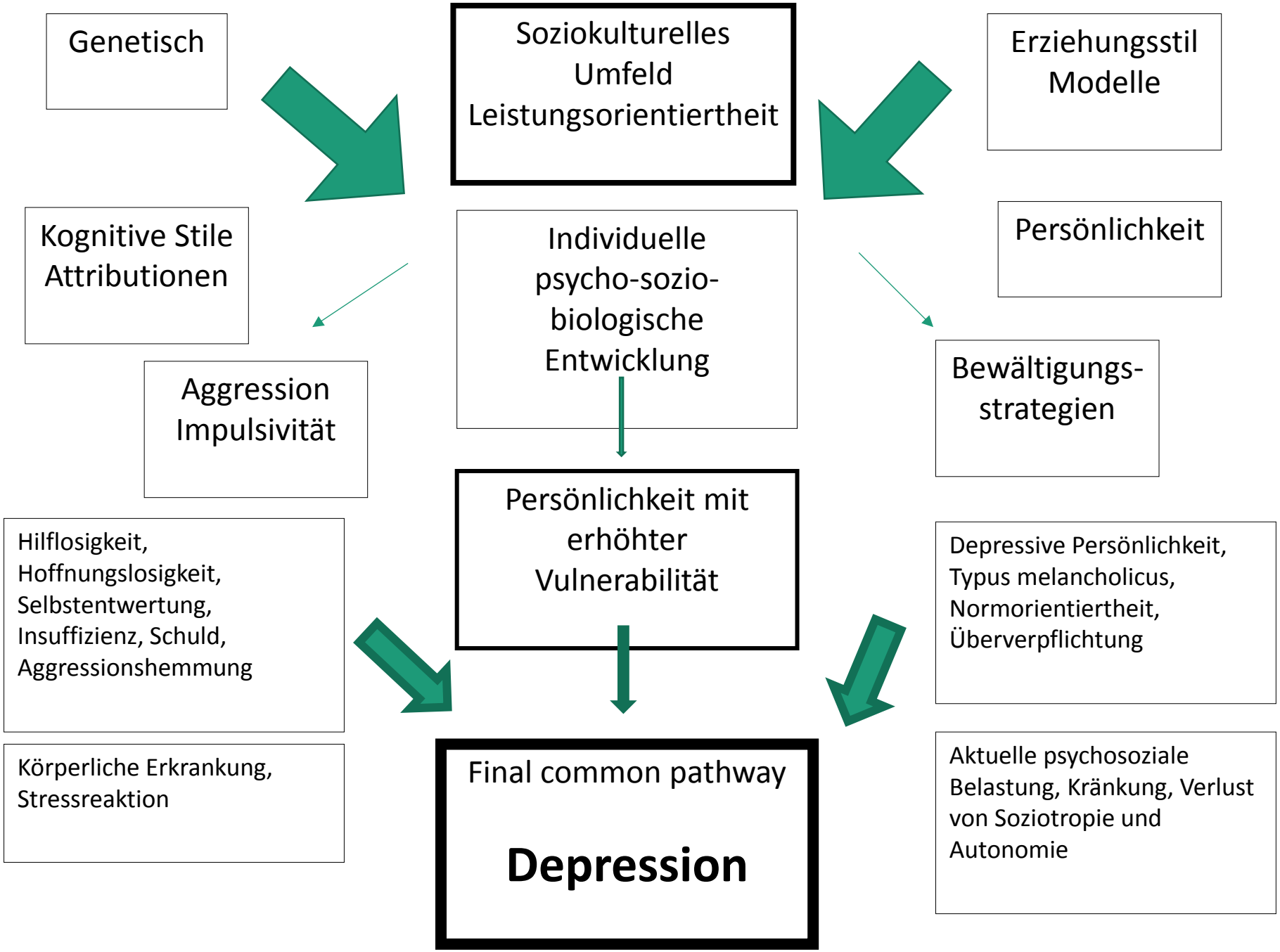
	Beh-Dauer (Tage/ Std)	ES	Tages-/Std-satz € (ca.)[1]	Kosten/Pat BDauer x TSatz €	Kosten/Pat ES=1.0 In €
Psychosomatische Reha					
MESTA-Studie, Steffanowski et al., 2007	56,5	0,67	110,--	6.215,--	**9.276,--**
Akutpsychiatrie					
Depressionsstudie BW, Härter et al., 2006	63,6	1,50	234,--	14.882,--	**9.921,--**
Akutpsychosomatik					
Metanaanalyse Rabung et al., 2013	82,9	0,84	245,--	20.310,--	**24.179,--**
Ambulante Psychotherapie					
Ø 6 Studien, u.a. Wittmann et al., 2012	45,0	1,06	85,--	3825, --	**3.608,--**

[1] Schätzung

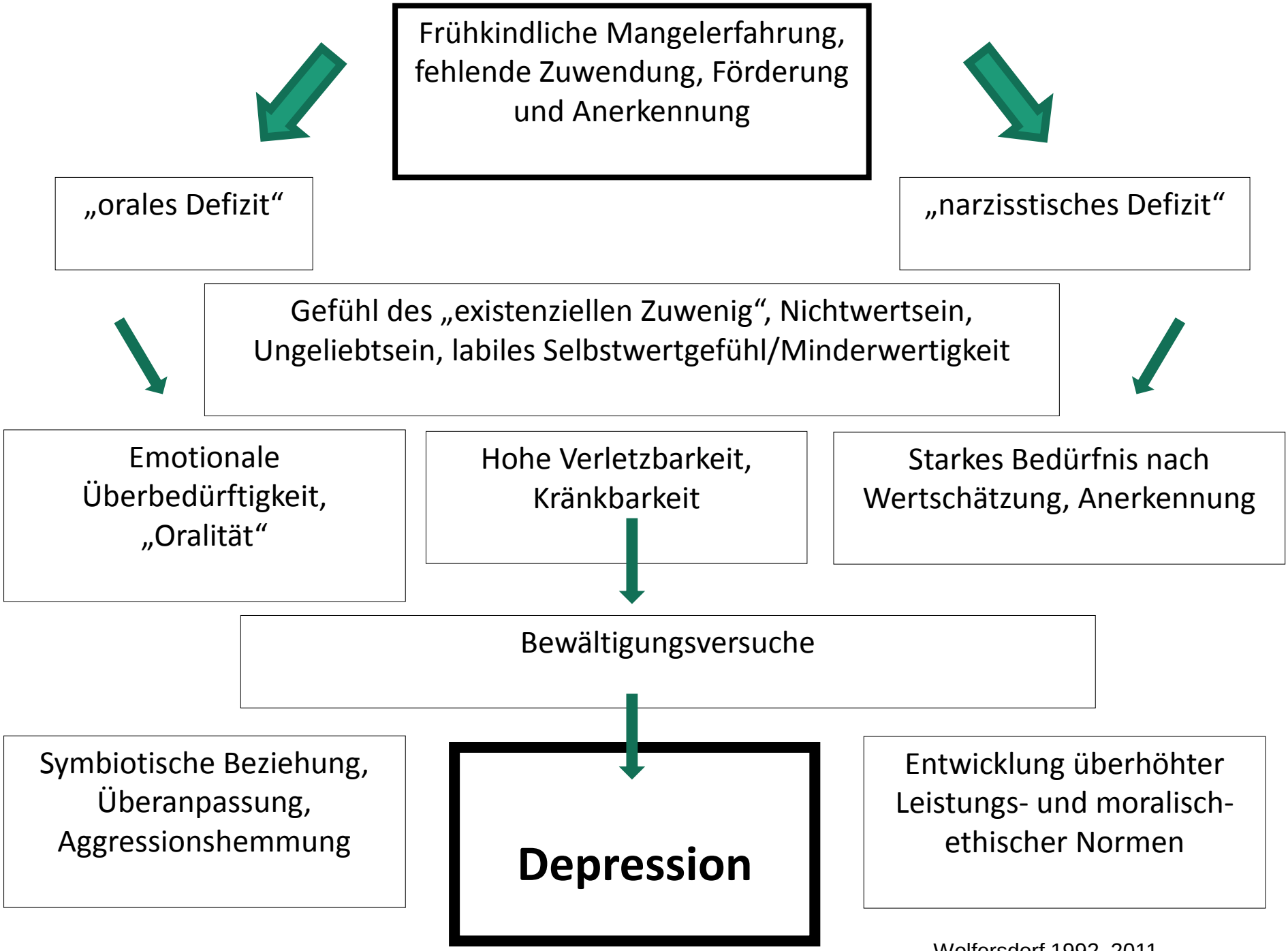
EU/WHO-KONZEPT:
Entstehung psychischer Erkrankungen und deren Konsequenzen



Source: Korkelia et al, 2003[3]



Wolfersdorf 1992, 2011



Wolfersdorf 1992, 2011

Unipolare Depression – Übersicht

• **Häufigkeit**	*** Punktprävalenz 5,6%** *** Lebenszeitprävalenz 13% – 26%**
• Altersverteilung	* Ersterkrankungen Gipfel 3. Dekade * Über 65-Jährige ca. 10%, subsyndromale Formen * mittleres Lebensalter PP 5% - 10% * Jugendliche 2% - 8%, Grundschulkinder ca. 0,9%
• Geschlechtsverteilung	* weiblich > männlich = 2 : 1 im Alter höherer Männeranteil
• Psychische Komorbiditäten	* Angst-, Panik-, somatoforme Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen
• Somatisch häufige Komorbidität	* Herzinfarkt/KHK, Schlaganfall („post stroke depression“), Diabetes mellitus, Krebserkrankungen u. a.
• Besondere Depressionsformen	* Depression bei bipolarer Erkrankung, Depression mit psychotischen Symptomen („wahnhafte Depression“) Dysthymia, anhaltende („chronische“) Depression, Wochenbettdepression (post partum), sog. therapieresistente Depression u. a.
• Wiedererkrankung	* Bei unipolaren Depressionen 50% - 65% im Laufe des Lebens Rezidiv
• Arbeitsfähigkeit nach stationärer Depressionsbehandlung	* ca. 11% arbeitsfähig, ca. 21% beschränkt arbeitsfähig, ca. 49% voll arbeitsfähig, ca. 18% bereits berentet

[zusammengestellt nach Pössel 2015, Schmauß 2016, Berger 2015, Wolfersdorf et al. 2005, 2004, Wolfersdorf und Heindl 2003, 2004]

Depressives Syndrom * Wesentliche Symptome

Psychische Symptome

- depressive Herabgestimmtheit, nieder gedrückt
- Sich nicht freuen können, keine Gefühle empfinden können
- Fehlende Ansprechbarkeit auf äußere Reize
- Ängste vor den Tagesanforderungen, Panikattacken
- Gedanken von Leistungsunfähigkeit, Wertlosigkeit, Sinnlosigkeit, Versagen, Schuld und Nichtgenügen, Nichtgeliebtwerden
- Gedanken von Hoffnungslosigkeit, Lebensmüdigkeit, an Suizid
- Grübeln, Einengung der Gedanken, quälendes Gedankenkreisen bzw. Denkhemmung, Leeregefühle im Kopf

Antriebssymptome

- Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Wollen aber Nichtkönnen
- Verlangsamung, Hemmung der Psychomotorik, Sprache, Mimik
- Äußere und innere Unruhe, Getriebenheit, Agitiertheit

Körperliche („psychosomatische“) Symptome

- Kraftlosigkeit, rasche Erschöpftheit
- Schlafstörungen (z.B. Früherwachen)
- Tagesschwankungen (vor allem Morgentief)
- Libidoverlust, sexuelle Störungen
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
- Leibgefühlsstörungen (Druck- und Spannungsgefühle, “mental pain“)

Wie verhalten sich depressiv kranke Menschen in der beginnenden Depression?

- Rückzug und Vermeidung von sozialen Kontakten und Belastungen, evtl. Überaktivität zur Kompensation
- Vermehrtes Erholungsbedürfnis
- Zunehmende Klagsamkeit, vor allem über Erschöpftheit, dann Klage über erlittenes Leid, belastende Situationen, Beziehungen
- Zunehmend negative Sichtweise der eigenen Person, Leistungsfähigkeit, Handlungen
- Zunehmend Perspektivlosigkeit bis Hoffnungslosigkeit und Todes- und Ruhewünsche bzw. Suizidideen, suizidale Handlung
- Unruhe und Agitiertheit, Getriebenheit
- Hilflosigkeit, Rückzug ins Bett, arbeitsunfähig usw.

Mögliche „Auslösefaktoren“ einer Depression im Vorfeld

- negative Lebensereignisse, chronische Belastungen
- Anpassungs- und Veränderungszwang biologischer und psychologischer Art,
- Lebensereignisse meist vom Typ Verlust, z. B. Beziehung, Lebenskonzept, Gesundheit u. ä.
- Kränkungen , vor allem chronischer Art
- Anhaltende Überforderungssituationen
- Verlust von Autonomie/Selbstbestimmung (z. B. durch Krankheit, Veränderung von Lebenssituation z. B. Umzug in ein Altenheim)
- Verlust von sozialer Wertschätzung (z. B. im Alter, bei Arbeitslosigkeit, Krankheit, gesellschaftliche Randgruppe, u. ä.)

Spezifische Psychotherapie

Evidenzbasierte Wirksamkeitsnachweise für spezifische Psychotherapieverfahren bei Depression:

I a: - Kognitive und verhaltenstherapeutische Therapie
- Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie
- Interpersonelle Therapie (IPT)

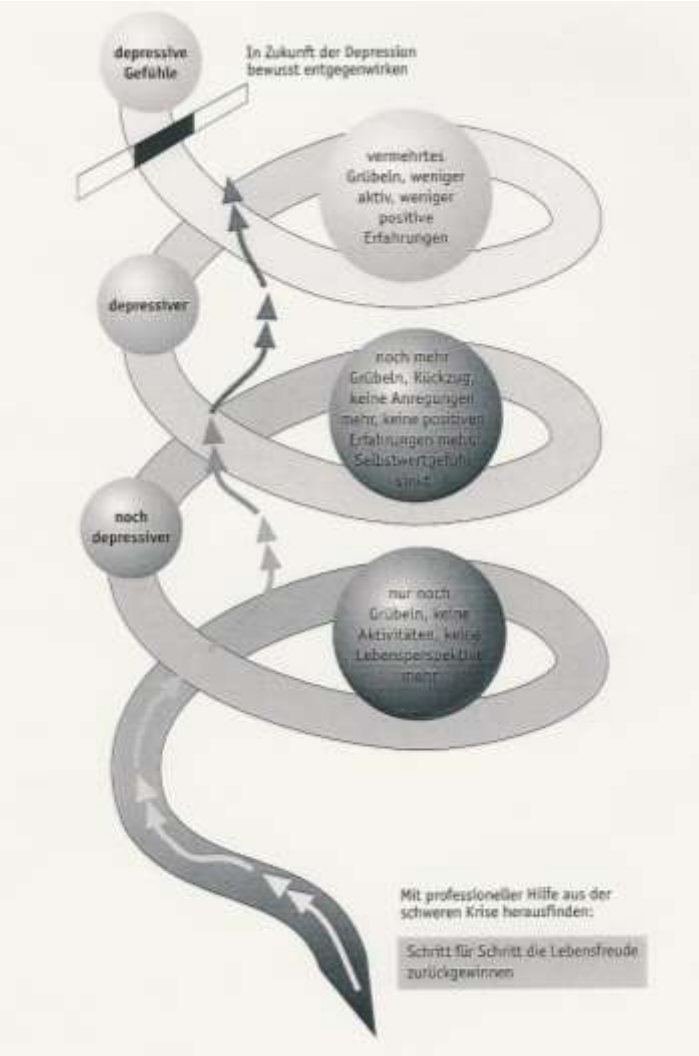
I b: - Kognitive und verhaltenstherapeutische Verfahren zur Rückfallprophylaxe und Prävention
- Gesprächspsychotherapie (Rogers)
- Paartherapie (bei Partnerproblemen)

bei chronischer Depression → CBASP:

Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy

(Kognitive) Verhaltenstherapie

- Schrittweiser Aufbau positiver Aktivitäten
- Kognitive Umstrukturierung: Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten und Interaktionen, Förderung der Selbstsicherheit
- Stabilisierung: Erprobung im Alltag und Vorbereitung auf Krisen

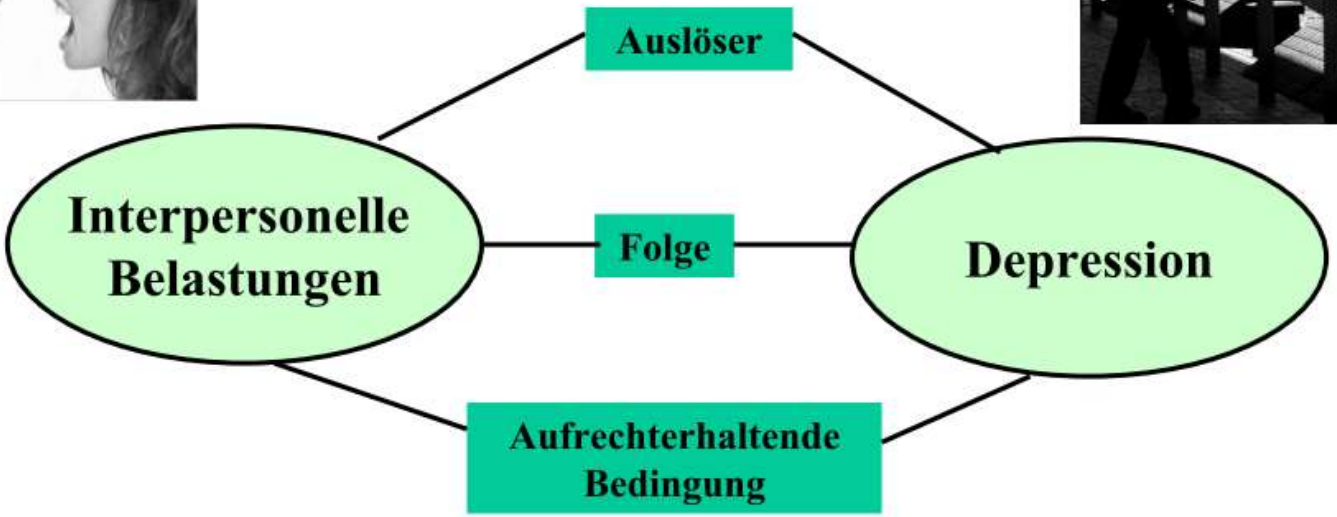


Interpersonelle Therapie (IPT)

Hintergrund: dysfunktionaler Umgang mit zwischenmenschlichen Beziehungen und Depressionsentwicklung

→ Betrachtung der Depression im aktuellen („Hier und Jetzt“) psychosozialen Kontext;

daneben Fokus auf Symptombildung (und Persönlichkeit)



Bewegungstherapie / Sport

Evidenzbasiertes Verfahren in der Depressionsbehandlung!

- Sport vs. Ergotherapie
  (Martinsen et al. 1985)
- Sport vs. SSRI vs. Kombi
  (Blumenthal et al. 1999, Babyak et al. 2000)

Rationale: Erhöhte Ausschüttung von A, NA, und DA (NNR); 5-HT_2-Stimulation; Anstieg von BDNF → Neurogenese!

Häufigkeit: 3 x 1 h pro Woche!

Lichttherapie

2.500 bis 10.000 Lux,

Abstand ca. 70 cm,

2 bis 0,5 Stunden,

bis max. 2 x pro Tag,

insg. mind. 2 Wochen Lichttherapie

Indikation:

Saisonal abhängige Depression („atypische“ Depression)

In Kombination mit Antidepressiva (z.B. SSRI oder SSNRI)

Elektrokrampftherapie (EKT)

Unilaterale Stimulation der
nicht-dominanten Hemisphäre,
2 bis 3 x pro Woche,
insg. 6 bis 12 Behandlungen

Indikation:
- Schwere Depression
  (mit Wahn u./o. Stupor),
  therapieresistente Depression

In Kombination mit
- Antidepressiva

Einbezug der Angehörigen, z.B. Angehörigengruppe

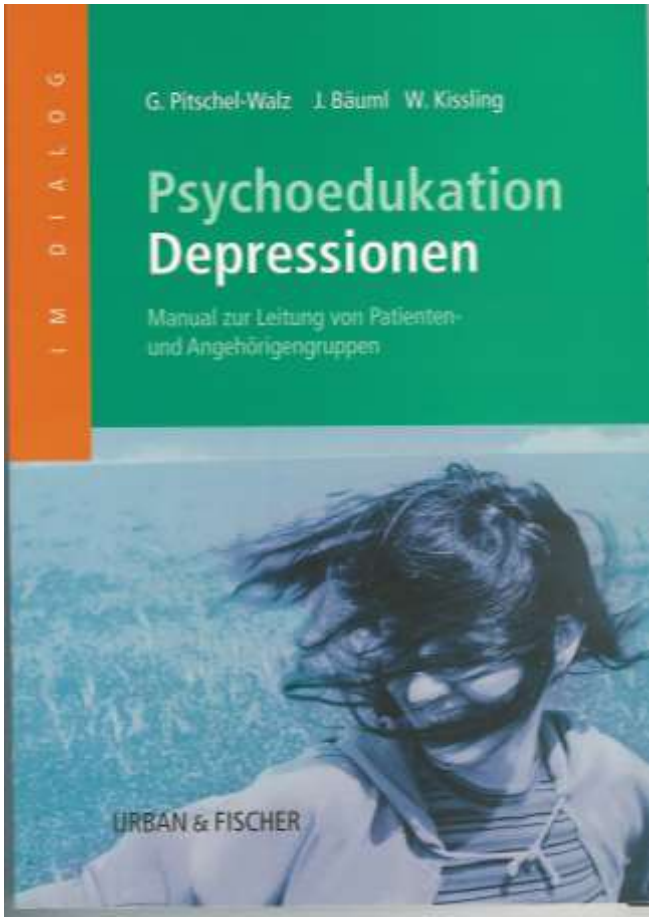
Ziele:

Informationsvermittlung und emotionale Entlastung

Themen:

Symptome, Diagnose, Therapien, Belastungen, Umgang

4 Gruppensitzungen in 4 Wochen



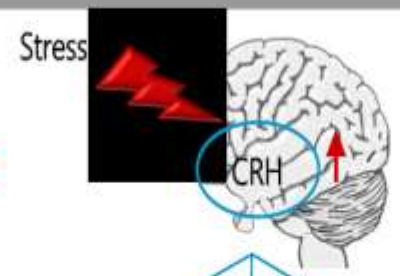
HMNC Brain Health

Personalisierte Medizin – eine Chance für bessere Depressionstherapie

Hauptstadtkongress

Berlin, 9. Juni 2016

Stress erhöht die Freisetzung von CRH aus Nervenzellen, die uns "fit" zum bewältigen der bedrohlichen Situation machen



Mit Gentests und Biomarkern identifizieren wir, wer ein „CRH"-Problem hat

CRHR1-Blocker sind das Mittel der Wahl bei CRH-Überaktivität

Erhöhung der Stresshormone erst im Gehirn, dann im ganzen Körper → Erhöhung von Ängstlichkeit, Verlust von Appetit, Schlaf und sexuellem Interesse → Erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken

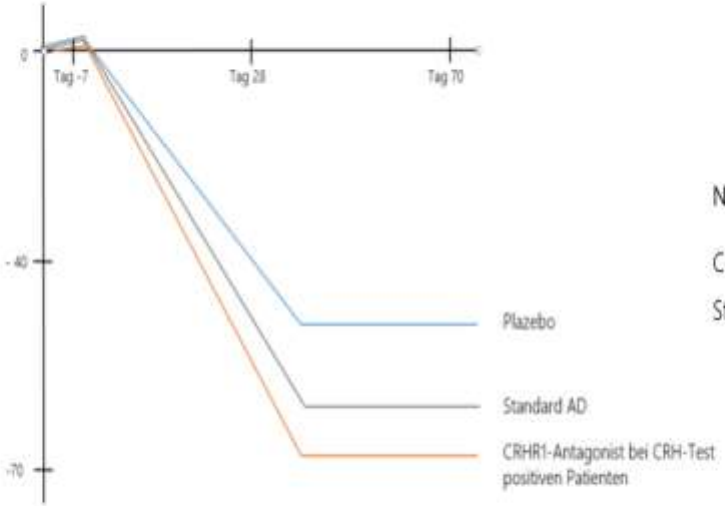
Zeit →

© Wikimedia Commons

HMNC

Bei positivem CRH-Test ist ein CRHR1-Blocker das Mittel der Wahl

Aus IP-Schutzgründen nur schematisch



Nebenwirkungen:

CRHR1 Blocker 0.8%

Standard Antidepressivum 4.3%

- Bei Patienten die im CRH-Test positiv waren, ist das Therapieergebnis (klinische Besserung; Nebenwirkungen) mit CRHR1-Blocker besser als mit Standard-Antidepressivum

Personalisierte Therapie von Angst und Depression - Ein Blick in die Zukunft[1]

- **Der wirtschaftliche Erfolg:**

  2005 war der Gesamtumsatz von Antidepressiva etwa 20 Milliarden Euro. Das hat Risikoscheu hervorgerufen

  → Blockbuster

- **Der diagnostische Ansatz:**

  Diagnosen nur auf verbal kommunizierte Information gestützt

  → Diagnosen sind unspezifisch

- **Der therapeutische Ansatz:**

  Depression (allgemein: Krankheit) als kollektive Normabweichung

  Baseballmützen-Strategie: „one-size-fits-all"

  → Medikamente sind unspezifisch

---

[1] *Nach Vorträgen bei Health Care Bayern eV (München, 05.12.2013) und der Schweizer Gesellschaft für Angst und Depression (Zürich, 10.4.2014)*

Ja sie kann!

Verbreiteter Irrtum: Personalisierte Medizin ist teuer für Gesundheitssystem und ohne Gewinnchancen für die Industrie

Richtig ist: Entwicklung von „Blockbustern" ist teuer mißlingt seit Jahrzehnten.
Personalisierte Medizin entwickelt Medikamente wesentlich (30%) billiger

→ **Hoher Return of Investment!**

Abbildung 17 Kann sich die Gesellschaft die für das Individuum „maßgeschneiderte" personalisierte Medizin leisten?

[1] *Nach Vorträgen bei Health Care Bayern eV (München, 05.12.2013) und der Schweizer Gesellschaft für Angst und Depression (Zürich, 10.4.2014)*

Was Angehörige (und die Gesellschaft und Arbeitgeber!) von depressiv Kranken wissen müssen

Depression ist eine Krankheit, keine Faulheit und auch kein schuldhaftes Versagen im Leben. Depressive sind weder faul noch „ hysterisch“ noch „von schwachem Charakter“

Depression ist oft eine rezidivierende und manchmal auch langandauernde Krankheit. Das braucht Geduld und Langzeitperspektive der Therapie

Depression ist (meist) „heilbar“, d. h. es gibt bei 70 – 80 % bei geeigneter Behandlung deutliche Symptombesserungen

Depressive sind nicht faul oder unwillig, sondern „können nicht“, obwohl sie wollen

Depressive sind nicht gefühlskalt, sondern in ihrer Stimmung herabgesetzt

Depression ist keine Geisteskrankheit, sondern eine Erkrankung des Gemüts

Was Angehörige u. a. von depressiv Kranken wissen müssen (2)

Depression kann im Einzelfall mit Suizidgefährdung einhergehen. Wer hoffnungslos ist und Suizidideen äußert, braucht umgehend fachliche Hilfe

Depression ist eine psychiatrische Erkrankung. Auch wenn oft der „Hausarzt“ die erste Anlaufstelle ist, benötigt der Depressive psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe

Angehörige sollen/müssen in die Therapie (in unterschiedlicher Weise) einbezogen werden

Bei schwer und sehr schwer depressiv Kranken ist eine stationäre Therapie notwendig. Diese kann am besten in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (z. B. auf einer Depressionsstation oder in einer Depressionsgruppe) stattfinden

Depressionsbehandlung erfordert heute immer Antidepressiva, Psycho- und Soziotherapie

Wie gehe ich mit einem depressiven Angehörigen um?
Empfehlungen nach Erfahrungen Angehöriger

Wie nicht?

Nicht therapeutisch

Nicht überfürsorglich einengen

Nicht misstrauisch oder ängstlich überwachen

Nicht schulterklopfend abwerten

Nicht aggressiv ablehnen

Nicht ums Rechthaben streiten

Sich selbst nicht überfordern und überschätzen

Sich von depressiven Denkweisen und Stimmungen des kranken Angehörigen nicht anstecken oder herabziehen lassen

Kein überoptimistisches Theater vorspielen, aber auch nicht in Hoffnungslosigkeit verfallen

Wie gehe ich mit einem depressiven Angehörigen um?
Empfehlungen nach Erfahrungen Angehöriger (2)

Wie dann?

1. Verständnisvoll einfühlen
2. Warm-empathisch, fürsorglich wie auch für einen körperlich Kranken
3. Nähe herstellen, aber auch Distanz halten
4. Geduld mit sich selbst und dem Kranken haben
5. Hilfe in Anspruch nehmen und akzeptieren
6. Echt bleiben, eigene Enttäuschungen über und Aggressionen auf Kranken erkennen, bei sich als menschlich-verstehbar zulassen, aber nicht ausleben
7. Alle nicht-depressiven Äußerungen, Handlungen lobend aufgreifen
8. Auffordern zu (gemeinsamer) Aktivität, nicht über- oder unterfordern
9. Tagesablauf gestalten vom morgendlichen Aufstehen bis zu (gemeinsamer) Zeit am Abend

Take-home-messages für die Beurteilung der Leistungs-/Erwerbsfähigkeit bei Depression

- Depressive sind eher 150% leistungsorientiert, sind keine „Rentenneurotiker“
- Depressive suchen die Verantwortung für Leistungseinbuße eher bei sich als bei anderen beim System [strenges Überich, Schuldzuweisung]
- Depressive brauchen Hilfe, um den Spannungsbogen zwischen Stützung/ Fürsorge/Begrenzung/Förderung/ Eigenverantwortung bewältigen zu können
- „Unterforderung kränkt, Überforderung macht krank“
- „Nichtkönnen“ ist ein Symptom: Insuffizienz, Erschöpfbarkeit, Vitalitätsverlust, ist kein Nichtwollen
- Depressive erleben Berentung als Entlastung, aber nicht als Freude

Langzeitverlauf – Episoden überdauernde Symptomatik

- Kurzzeitige depressive Schwankungen, stärker als in der sog. Alltagspsyche, sind bekannt, kein Rückfall
- Morgentief mit Antriebs- und Stimmungsdefizit
- Sexuelle Störung (mit /ohne Antidepressiva) : Libidoverlust, Erektionsschwäche und Orgasmusblockade beim Mann, bei der Frau Libidoverlust und trockene Schleimhäute
- Affektive und körperliche Erschöpfbarkeit, Bedarf von Pausen, längere Erholungszeiten nötig
- Verlust der multi-tasking-Fähigkeit, Entscheidungsprobleme
- Neigung zu verstärkt depressiv-negativistischen Denken
- Gewisse Gleichgültigkeit (emotional apathy)

Stationäre Depressionsbehandlung

Beurteilung des Behandlungsangebotes: Was Patienten für hilfreich halten (Härter et al. 2001, Sitta et al 2005)

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

GVG

Therapieangebot	Ziemlich hilfreich bis sehr hilfreich [%]	Anzahl [a]
Einzeltherapeutische Gespräche	88,0	2392
Besuche von Angehörigen/ Freunden	85,6	2247
Sich mit Problemen verstanden fühlen	84,0	2418
Medikamente	82,6	2332
Kontakt zu Mitpatienten	80,1	2433
Gespräche mit Pflegepersonal	80,0	2431
Atmosphäre auf Station	78,9	2488
Ergotherapie	76,4	2198

Stationäre Depressionsbehandlung

Beurteilung des Behandlungsangebotes: Was Patienten für hilfreich halten (Härter et al. 2001, Sitta et al 2005)

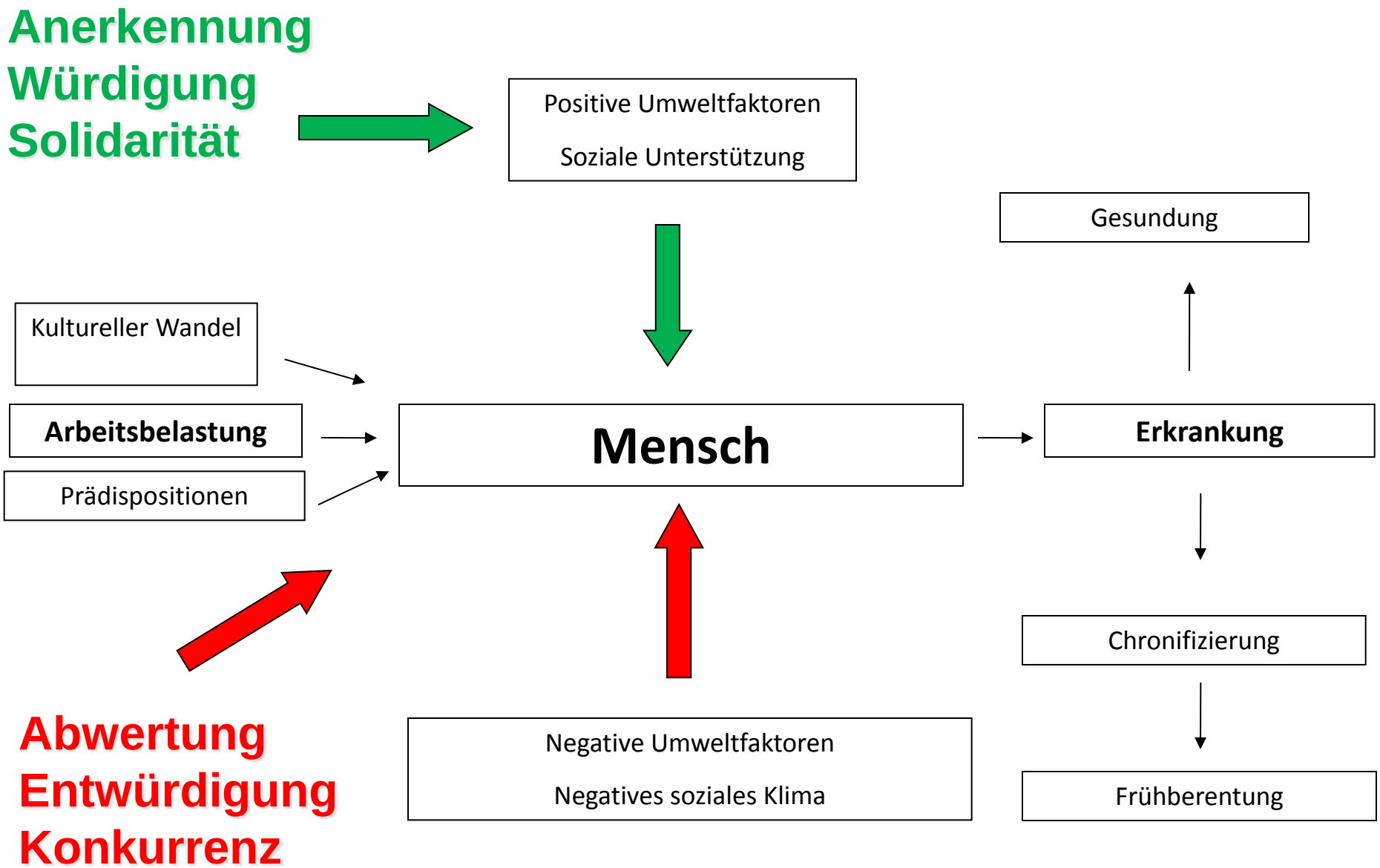
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. GVG

Fortsetzung

Strukturierter Tagesablauf	75,9	2367
Einbeziehung von Angehörigen	75,2	1313
Bewegungstherapie/KG/Sport	73,9	1985
Kontakt mit Sozialarbeiter	69,6	1247
Entspannungstraining	67,6	1545
Gruppenpsychotherapie	66,7	1706
Abstand von zu Hause	64,0	2349
Angebote zur Freizeitgestaltung	62,0	2345
Musiktherapie	59,5	898

[a] *Anzahl (n) variiert, da nicht alle Patienten das gleiche Behandlungsangebot hatten*

Entstehung arbeitsbedingter Erkrankung



Forschungsbüro f. Arbeit, Gesundheit und Biographie 2007 mod.

Langfristige Folgen von beruflicher Belastung / Stress

Stress

Betriebliche Folgen

Fehlzeiten

Fluktuation

Leistungsabfall

Gesundheitliche Folgen

Muskuloskeletale Beschwerden

Psychische Erkrankungen

Koronare Herzkrankheit

Ablauf u. Beeinflussung der Stressreaktion – individuelle Wahrnehmung u. Bewertung der Belastung

Stressoren aus der Umwelt

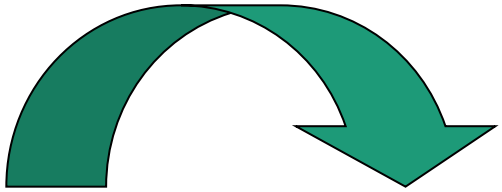
Belastung durch Arbeit, Familie, soziale Verpflichtung

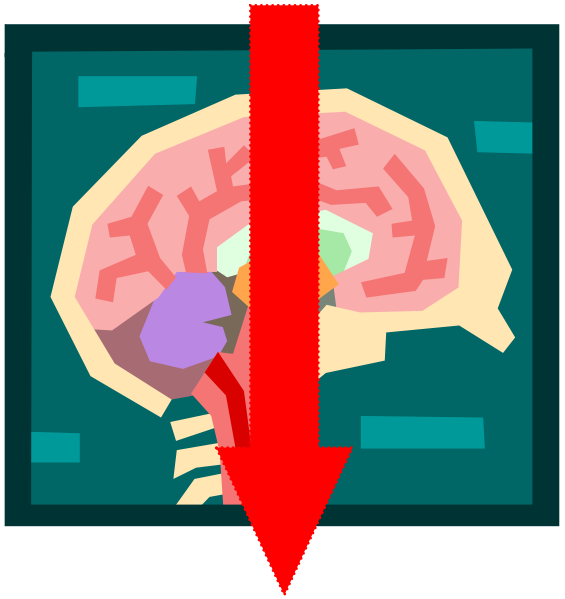
„Major Life Events“

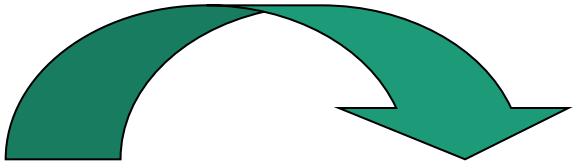
Trauma, Missbrauch

wahrgenommener Stress

Bedrohung, Herausforderung, Hilflosigkeit





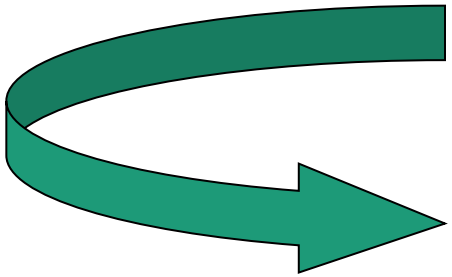


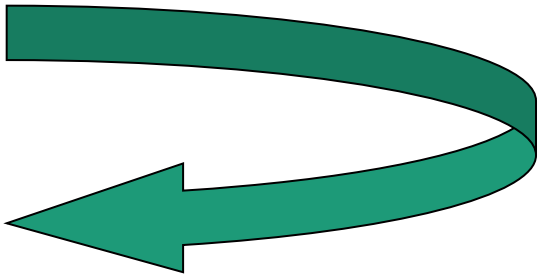
Individuelle Unterschiede

Gene, Entwicklung, Erfahrung

Antwort auf der Verhaltensebene

Flucht vs. Kampf, Alkohol-/Nikotinkonsum, Schlaf, Sport





Physiologische Antwort

Allostatsis

„Allostatic Load“

Anpassungsreaktion

Stressreaktion

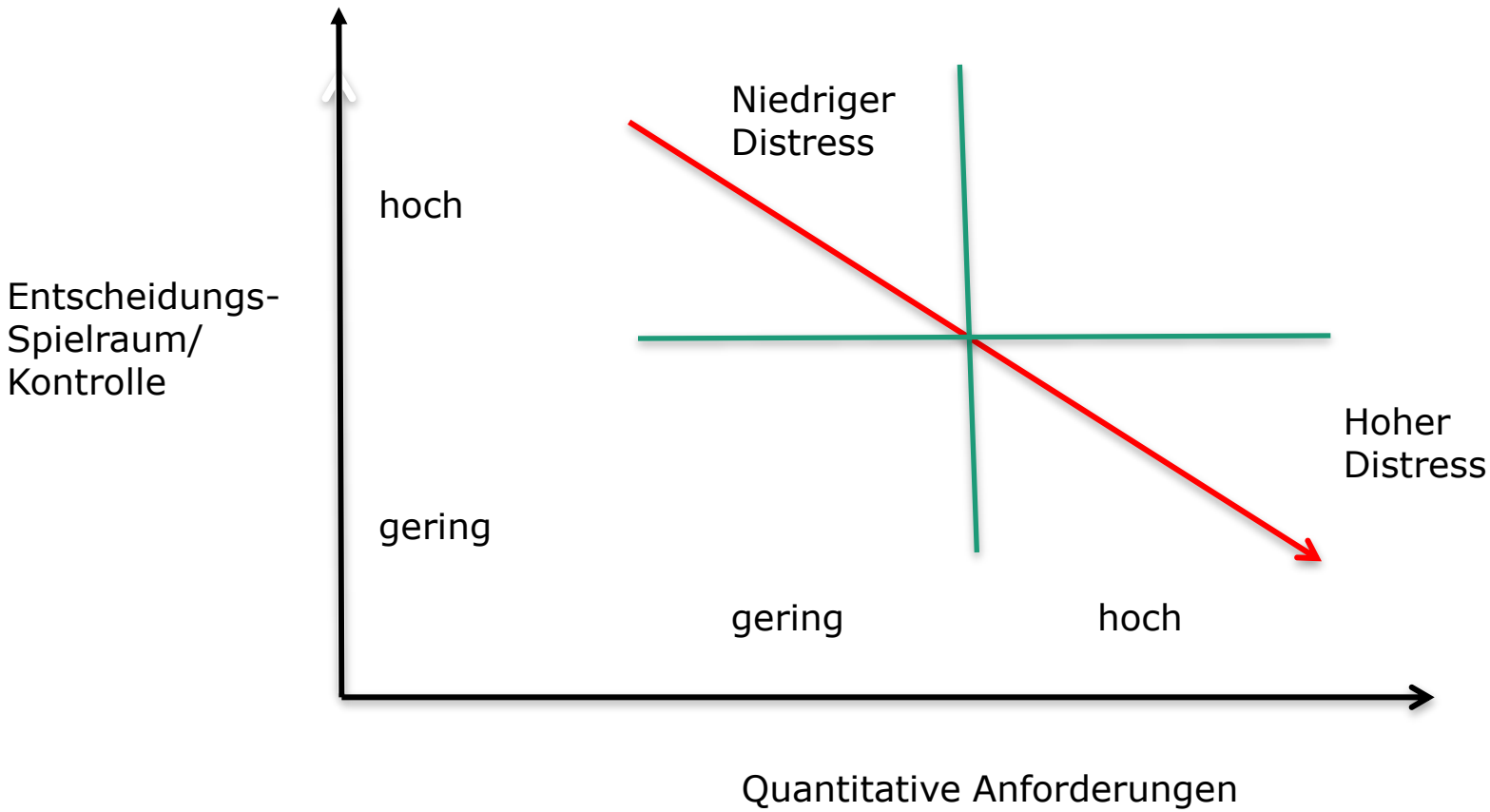
Nach McEwen & Lasley 2003)

Modelle zur Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen durch pathogene Arbeitsbedingungen

- Anforderungs-Kontroll Modell (R. Karasek, 1979; R. Karasek & T. Theorell, 1990)
  - ➢ Fokus: Arbeitsaufgabe
- Modell beruflicher Gratifikationskrisen (J. Siegrist, 1996; J. Siegrist et al., 2004)
  - ➢ Fokus: Beschäftigungs-verhältnis/Vertrag
- Modell der Organisationsgerechtigkeit (J. Greenberg, 1990; M. Elovainio et al., 2002)
  - ➢ Fokus: Verfahrensweisen in Organisationen

Anforderungs-Kontroll-Modell
Job Demand/Control Model

(R. Karasek&T. Theorell, 1990)



Arbeitsanforderungs-Kontrolle-Modell von Karasek und Theorell

Entlastungsfaktor Handlungsspielraum

	Anforderungen gering	Anforderungen hoch
Handlungsspielraum hoch	**ruhiger Job**	**aktiver Job**
Handlungsspielraum gering	**passiver Job**	**„Stress-Job"**

erhobene Befunde:

- Erschöpfung
- Depressivität
- Arbeits-/Lebens-unzufriedenheit
- Tranquilizer- und Schlafmittelverbrauch
- Krankheitstage

Quelle: Gottfried Richenhagen, 2012

Das Arbeitsanforderungs- und Kontroll-Modell (Demand and Control) verdeutlicht die Konsequenzen eines geringen oder hohen Handlungs-spielraums sowie hoher oder geringer Anforderungen an den Arbeitnehmer.

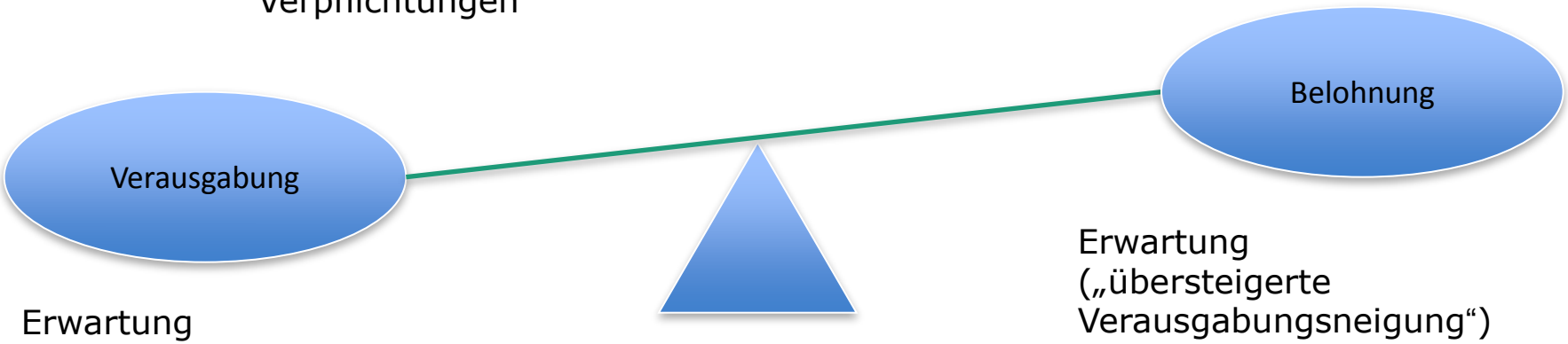
Modell beruflicher Gratifikationskrisen
Effort-Reward/Imbalance Model - ERI

(J. Siegrist, 1996)

Extrinsische Komponente

Anforderungen
Verpflichtungen

Geringe Aufstiegsmöglichkeiten
Wertschätzung
Arbeitsplatzsicherheit
Geringer Lohn



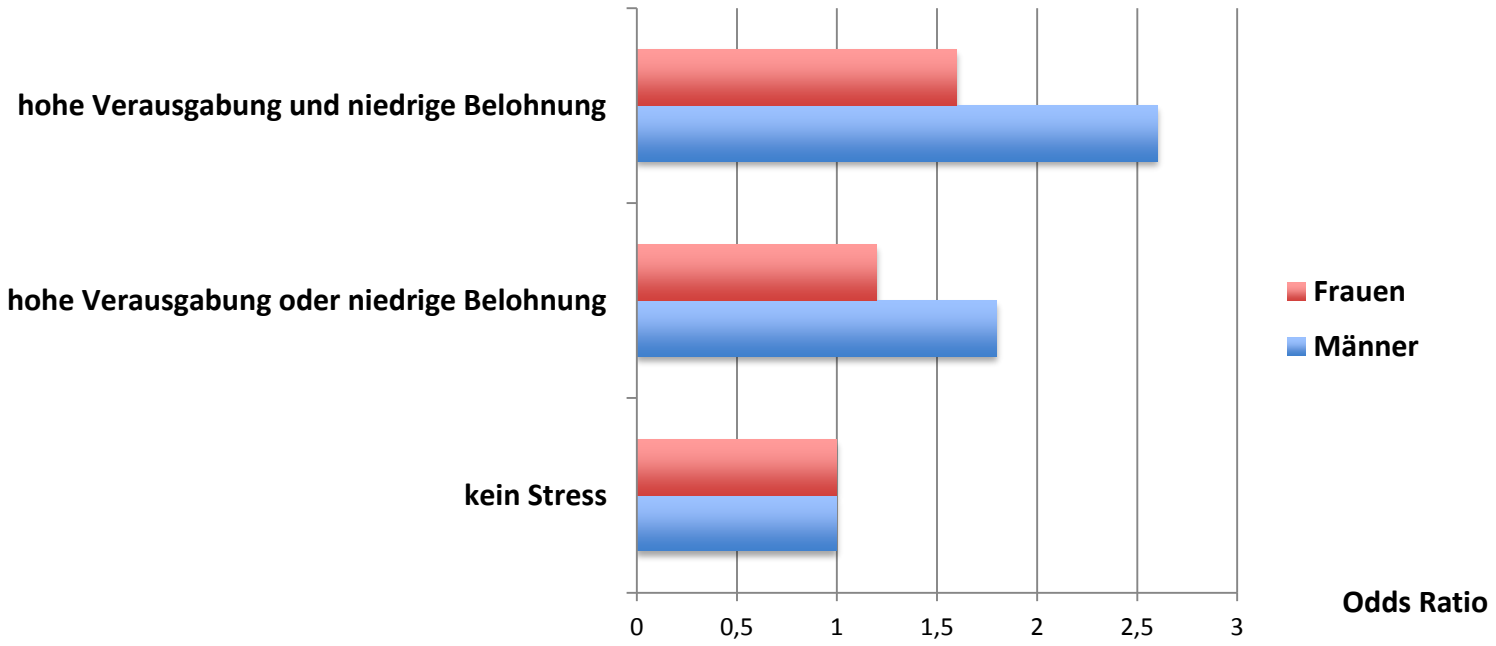
Erwartung
(„übersteigerte Verausgabungsneigung“)

Erwartung
(„übersteigerte Verausgabungsneigung“)

Intrinsische Komponente

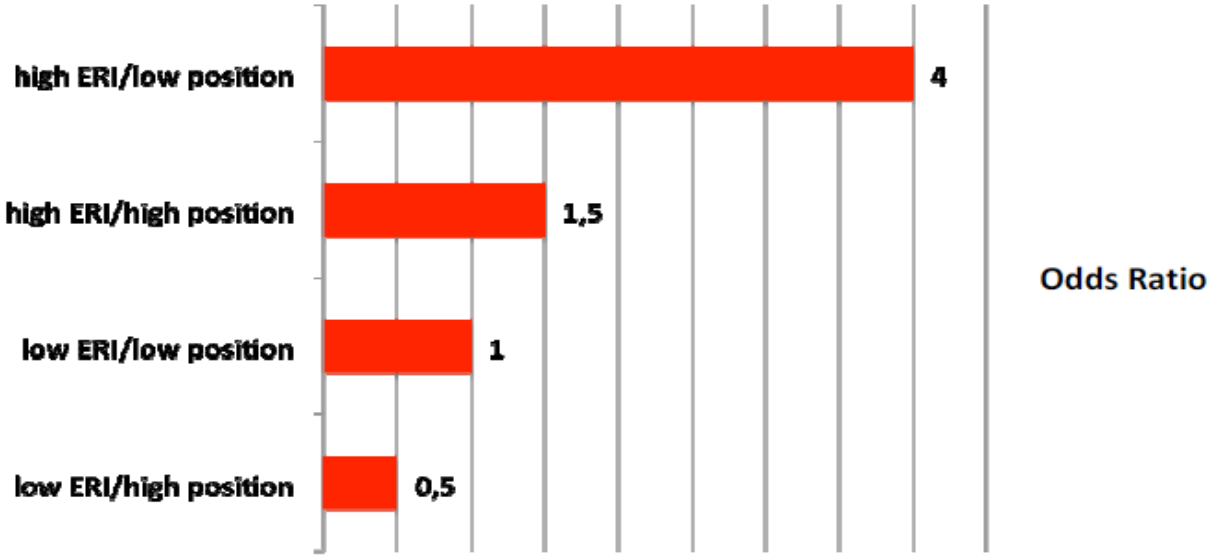
Berufliche Gratifikationskrise und Neuentwicklung von affektiven Störungen (GHQ): Whitehall II-Studie

N=6110, Zeitraum: 5,3 Jahre



S.A. Stansfield et al. (1999), OEM, 56: 302-7.

HNR Studie – Arbeitsstress, berufliche Stellung und depressive Beschwerden
(N=1811 Männer und Frauen, Alter 45-65)



N. Wege et al. (2008), JECH (62):338-341

Gerechtigkeit in Entscheidungsprozessen

Procedural justice

(1) **Teilhabe an Entscheidungen** (Procedures are designed to hear the concerns of all those affected by the decision)

(2) **Entscheidungen basieren auf richtigen und umfassenden Informationen** (Procedures are designed to collect accurate information necessary for making decisions)

(3) **Zustimmung oder Ablehnung der Entscheidung ist möglich** (Procedures are designed to provide opportunities to appeal or challenge the decision)

(4) **Entscheidungen basieren auf standardisierten Prozessen** (Procedures are designed to generate standards so that decisions can be made with consistency)

Kivimäki et al, OEM, 2003

Gerechtigkeit durch den Vorgesetzten

Relational justice

(1) **Sichtweise des Mitarbeiters wird berücksichtigt** (Your supervisor considers your viewpoint).

(2) **Persönliche Befangenheit/Voreingenommenheit wird zurückgestellt** (Your supervisor is able to suppress personal biases)

(3) **Freundlicher und überlegter Umgang mit dem Mitarbeiter** (Your supervisor treats you with kindness and consideration)

(4) **Vertrauensverhältnis zu Mitarbeiter** (Your supervisor takes steps to deal with you in a truthful manner).

Kivimäki et al, OEM, 2003

Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und depressiven Erkrankungen

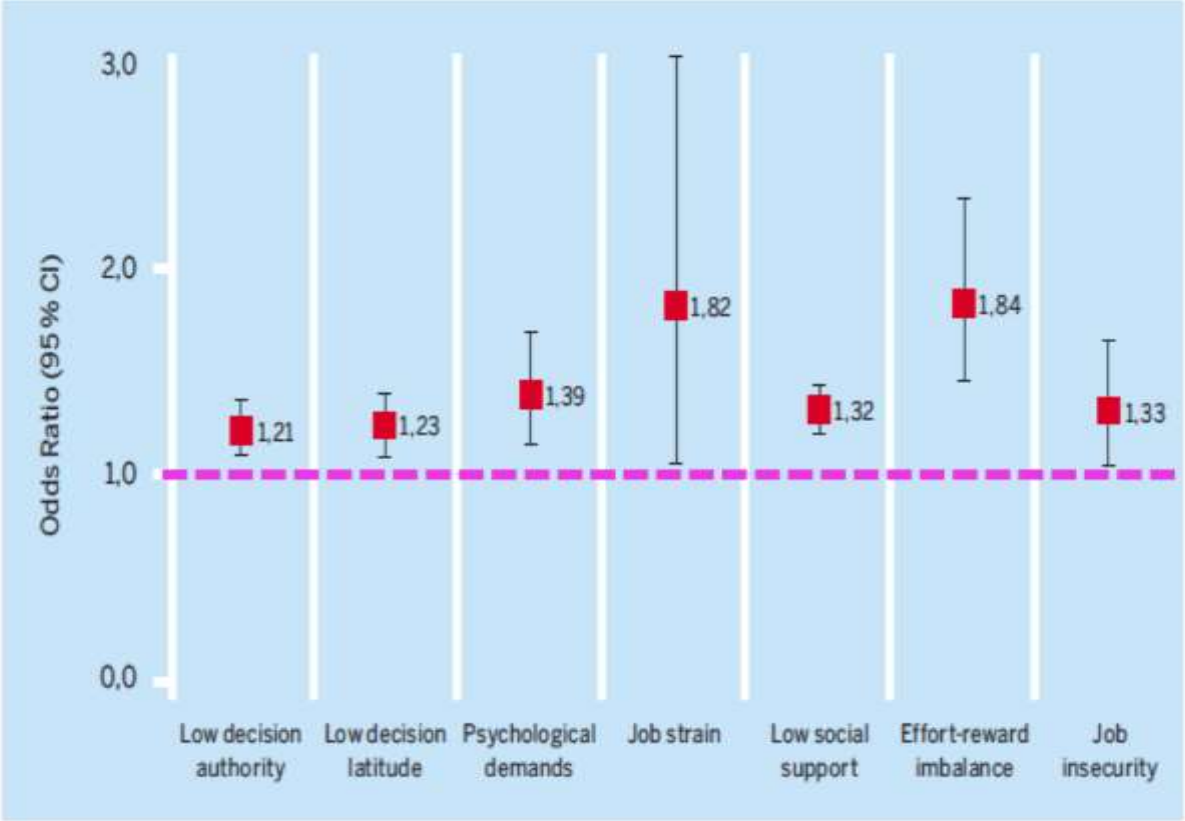


Abb. 2: Ergebnisse einer Metaanalyse zu Beziehungen zwischen Arbeitsstressmodellen bzw. -komponenten und depressiven Störungen (Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle) (Quelle: Stansfeld & Candy 2006)

Niedriger beruflicher Status

Kontrollierte psychologische Autopsiestudien:

OR = 3,6[1] bzw. OR = 3,4[2],
(aber nicht nach Adjustierung für Achse I-Störungen[2])

Kohortenstudien:

Kein Zusammenhang mit Suizid[3,4]
neuere Studie[5,11,12]: erhöhtes Suizidrisiko, z. B.:

Männer	SRR	95%CI
alle	1	
angelernt	1,19	1,10–1,28
ungelernt	1,44	1,28-1,61
Keine Berufsausbildung	2,52	2,19-2,89

Querschnittsstudien:

Männer: erhöhte Suizidraten, hingegen Männer in gehobenen Positionen erniedrigte Suizidraten[6-10]

[1]Cheng et al. 2000, [2]Foster et al. 1999, [3]Lewis und Sloggett 1998, [4]O'Toole und Cantor 1995, [5] Mustard et al. 2010, [6]Kreitman et al. 1991, [7]Andrian 1996, [8]Congdon 1996, [9]Drever et al. 1997, [10]Saunderson et al. 1998, [11]Crump et al. 2013 1998, [12]Tjepkema et al. 2013,

Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und schwierigen Arbeitsbedingungen mit Suizidmortalität

Association of job strain and adverse working conditions with suicide mortality assessed by Cox regression ($n = 6817$).

	Cases/non-cases	Model 1 HR (95% CI) *p* value	Model 2 HR (95% CI) *p* value
Adverse chronobiological/physical working conditions:			
Low or intermediate	8/4217	ref.	ref.
High	20/2572	3.28 (1.43–7.54)	2.73 (1.16–6.42)
		0.005	0.022
Adverse psychosocial working conditions:			
Low or intermediate	11/4017	ref.	ref.
High	17/2772	1.63 (0.75–3.53)	1.67 (0.76–3.68)
		0.220	0.200
Job strain:			
Low or intermediate	19/4486	ref.	ref.
High	9/2303	0.99 (0.45–2.20)	0.82 (0.36–1.84)
		0.987	0.624

Model 1: adjusted for age, sex and survey.
Model 2: adjusted for age, sex, survey, living alone, low educational level, smoking, high alcohol consumption, obesity, and depressed mood.
High alcohol consumption ($n = 5$), obesity ($n = 52$) and depressed mood ($n = 427$) have missing values which were included as own category in the Cox regression, estimates not shown.

Baumert et al. 2014

Was wissen wir über belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen?

Wir wissen z. B. aus der Herz-Kreislaufforschung:

Belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen:

- **Arbeitsstress (= Ungleichgewicht von hohen Anforderungen und beruflicher Verausgabung bei gleichzeitig geringen Entscheidungsmöglichkeiten oder Gratifikationen)**
- **Arbeitsplatzunsicherheit (z. B. befristete Arbeitsverhältnisse)**
- **Arbeitsplatzverlust**
- **Überforderung durch Mehrarbeit und Überstunden**

Zentrale psychoneurophysiologische Vermittlungswege, über die aversive Stressbedingungen am Arbeitsplatz zu pathologischen Veränderungen im Körper führen:

- **Autonomes Nervensystem**
- **Endokrines System**
- **Immunologisches System**

Aversive Synergismen durch Akkumulation weiterer psychosozialer Risikofaktoren (wie andauernde familiäre Konflikte) sind wahrscheinlich.

Prävention

Klassisches Spektrum nach Caplan 1994

- ✓**Primäre Prävention – Auftreten von Erkrankungen verhindern, Senkung der Inzidenz**

- ✓**Sekundäre Prävention – Frühzeitiges Erkennen, behandeln, Senkung der Prävalenz**

- ✓**Tertiäre Prävention – Rückfällen, Wiedererkrankungen und Chronifizierung vorbeugen**

Prävention

Neuere Differenzierungsansätze nach Mrazek u. Haggerty 1994

- ✓**Universale Prävention – Reduzierung der Inzidenz neuer Krankheitsfälle – gesamte Population**

- ✓**Selektive Prävention – Reduzierung der Inzidenz neuer Krankheitsfälle – Risikogruppen ohne Symptome**

- ✓**Indizierte Prävention – Reduzierung der Inzidenz neuer Krankheitsfälle – Risikoindividuen mit ersten Symptomen**

(Krankheits-) Prävention und / oder Gesundheitsförderung

- **(Krankheits-) Prävention bezeichnet alle Interventionen, die dem vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen**

Vorbeugung, Vorsorge, Prophylaxe, Entstehung von Krankheit

Soziale Hygiene, Volksgesundheit...Eugenischer Ansatz..

- **Gesundheitsförderung bezeichnet alle Interventionen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen.**

Salutogenese, Verbesserung von Lebensgestaltung, Entstehung von Gesundheit

Verhältnisprävention

	„ungesunde" Organisation	„gesunde" Organisation
Organisation	• autoritärer Führungsstil • steile Hierarchie • Misstrauenskultur • Intransparenz von Entscheidungen • geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume • hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung • hoch fragmentierte Arbeitsabläufe • keine/unzureichende Weiterbildungsmöglichkeiten • keine Mitarbeiterbeteiligung • starre Arbeitszeitmodelle • keine Kommunikation über Unternehmens-strategie und -ziele • kein Gesundheitsleitbild	• partizipativer Führungsstil • flache Hierarchie • Vertrauenskultur • Transparenz von Entscheidungen • prozessorientierte Arbeitsorganisation • Teamarbeit • Weiterbildungsmöglichkeiten • regelmäßige Mitarbeiterbefragung • flexible Arbeitszeitmodelle • umfassende Kommunikation über Unternehmens-strategie und -ziele • Gesundheitsleitbild • integriertes Gesundheitsmanagement

Quelle: Friedrich Edding, 1997

Verhaltensprävention

	„ungesunde" Organisation	„gesunde" Organisation
Person	• verbreitete Hilflosigkeitsgefühle • niedriges Selbstwertgefühl • geringe Arbeitszufriedenheit/Motivation • innere Kündigung • soziale Kompetenz wenig ausgeprägt • Management-Kompetenz wenig ausgeprägt • schlechte körperliche Gesundheit	• psychosoziales Wohlbefinden (wenig Angst/Hilfslosigkeit) • hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • hohe Arbeitszufriedenheit • hohe Motivation • hohe Bindung aus Unternehmen • soziale Kompetenz
Verhalten	• Absentismus hoch • hohe Fluktuation • geringe Flexibilität, Innovationsbereitschaft • Individuelles Konkurrenzstreben • hohe Genussmittelkonsum (Rauchen, Alkohol) • riskanter Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)	• hohe Anwesenheitsquote • niedrige Fluktuationsrate • hohe Flexibilität, Innovationsbereitschaft • gegenseitige Unterstützung • geringer Genussmittelkonsum (Rauchen, Alkohol) • gesunder Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)

Quelle: Friedrich Edding, 1997

Die Organisationsanalyse nach Friedrich Edding geht der Frage der Verhältnis- und der Verhaltensprävention auf der Ebene der Organisation und der des Mitarbeiters nach.

Empfehlungen für eine erfolgreiche Prävention von psychischen Störungen und Stress am Arbeitsplatz

Dauerhaft weniger Stress?
Nur durch verbesserte Arbeitsverhältnisse!

- ✓ **Ungünstige Arbeitsabläufe umgestalten**
- ✓ **Entscheidungs- und Handlungsspielräume erweitern**
- ✓ **Mitarbeiter an Entscheidungsfindungs- und Problemlöseprozessen beteiligen**
- ✓ **Kommunikation und Feedback verbessern**
- ✓ **Soziale Unterstützung auf- und ausbauen**
- ✓ **Weiterbilden und Qualifizieren**

IGA-Report 13
Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention
Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006
Sockoll, Kramer u. Bödeker
1. Auflage April 2008

Was kann in Betrieben (Kliniken) präventiv getan werden?

- Prävention von Burnout

  Gestaltung „guter“ Arbeit in den Einrichtungen

- Arbeitsbelastung ermitteln und gestalten

  aufmerksam sein

- Partizipative Arbeitsgestaltung

  Problemlösung, Verantwortung und Unterstützung

- Mitarbeiterorientierte Gestaltung der Arbeit

  positive Auswirkung auf Gesundheit, Motivation, Leistung und Lebensqualität

- Führung und Leitung in der „Schlüsselrolle“

  Fürsorgepflicht, Gesundheit und Unternehmenskultur sind „Chefsache“

nach Gündel: Ursachen, Früherkennung und Frühintervention bei Burnout am Arbeitsplatz

Und wie ist die Realität??

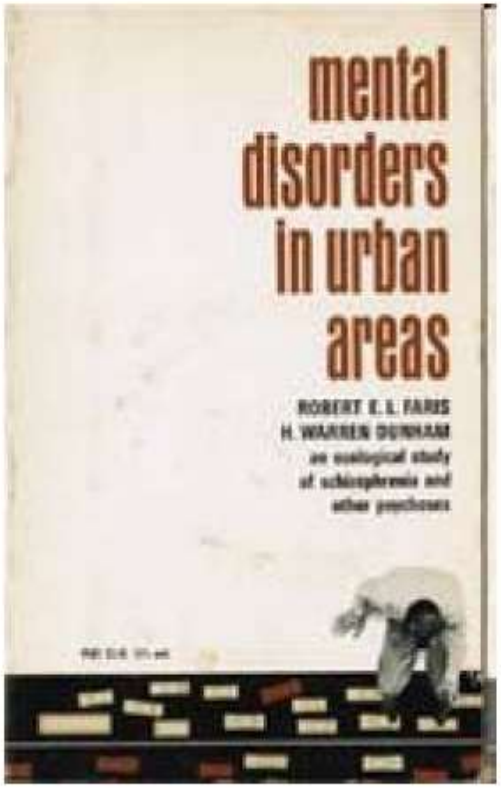
Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses

(Faris & Dunham 1939)

Ziel: Untersuchung der Beziehungen zwischen geografisch definierten Umweltvariablen und gebietsbezogener psychiatrischer Morbidität

Hypothese:

Schlechte Lebensbedingungen fördern die soziale Isolation und soziale Isolation fördert die Entwicklung psychotischer Symptome



Die ökologische Verteilung schizophrener Erkrankungen in Chicago

1922-1931

→ Örtliche Häufung psychisch Kranker

→ Urbaner Stress als Ursache?

Faris & Dunham 1939

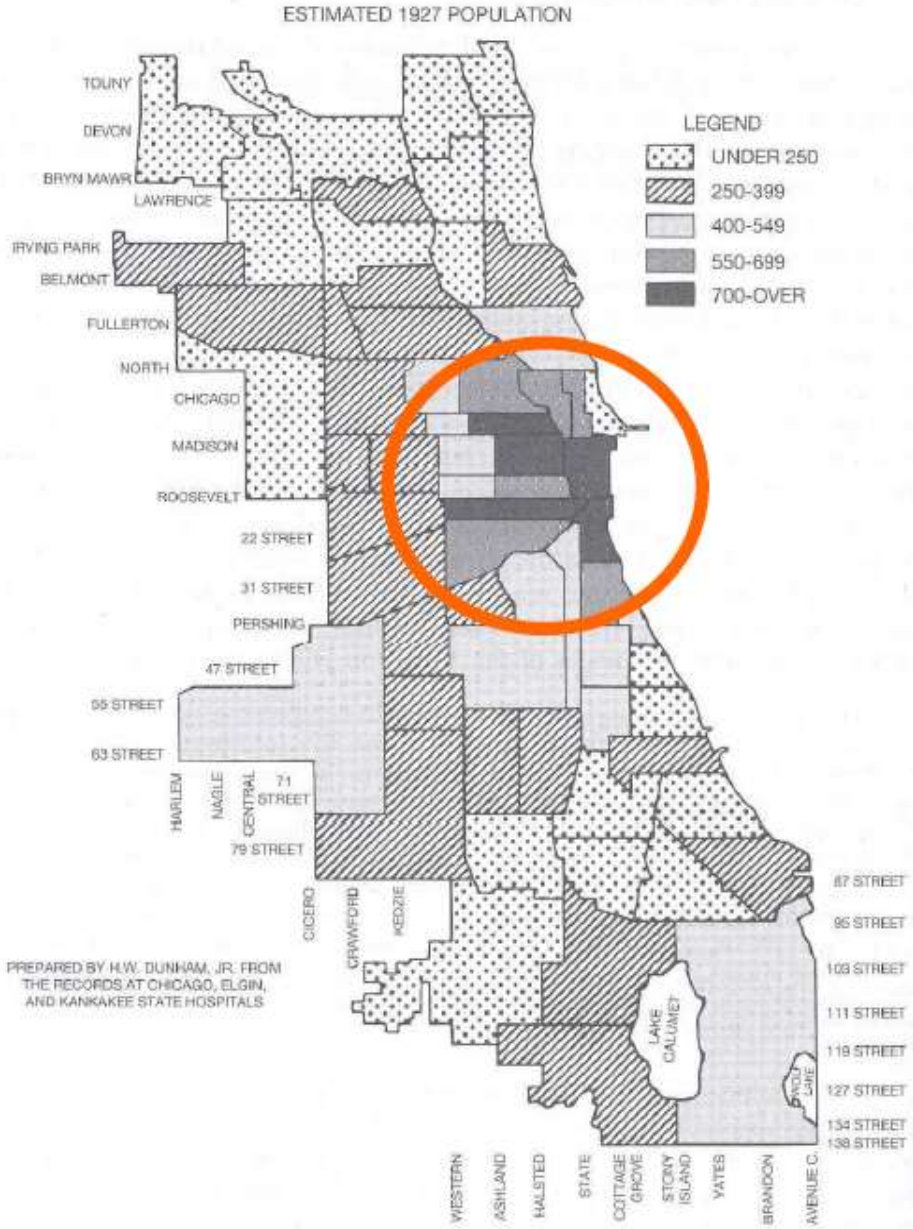


FIGURE 6–1 Schizophrenia rates (all types) in Chicago, 1922–1931, per 100,000 adult population

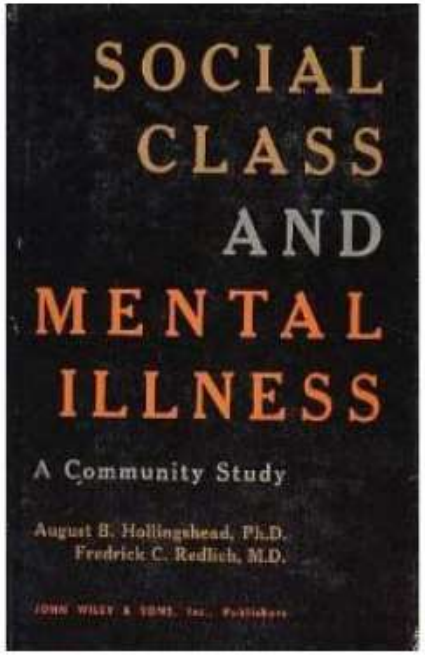
Soziale Lage und psychische Gesundheit

Social Class and Mental Illness *(Hollingshead & Redlich 1958)*

Ziel: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status (Wohngegend, Beruf, Bildung) und Prävalenz psychischer Störungen

→ Bildung von fünf Sozialschichten

→ Schizophrenie gehäuft in unterer Sozialschicht zu finden



Neuere Studien zur sozialökologischen Verteilung psychischer Erkrankungen

TABLE 1. Multilevel studies on socioeconomic position and mental health

Study, year (reference no.)	Design	Instrument	Socioeconomic position indicator/index	Geographic area	Country	Was area's lower socioeconomic position or greater inequality associated with mental disorder?
Ross, 2000 (94)	Cross sectional	CES-D Scale*	Disadvantage	Census tract	United States	Yes
Rasul et al., 2001 (97)	Cross sectional	GHQ*	Deprivation	Not reported	United Kingdom	Yes
Sturm and Gresenz, 2002 (87)	Cross sectional	CIDI*	Income inequality	Metropolitan areas	United States	No
Gresenz et al., 2001 (101)	Cross sectional	CIDI	Income inequality	Metropolitan areas	United States	No
Silver et al., 2002 (100)	Cross sectional	DIS*	Disadvantage	Census tracts	United States	Yes
Fiscella and Franks, 2000 (96)	Cross sectional	CES-D Scale	Income inequality	US states	United States	Yes
Weich et al., 1998 (77)	Cross sectional	GHQ	Income inequality	Region	United Kingdom	Yes
Weich et al., 2003 (98)	Cross sectional	GHQ	Deprivation	Electoral wards	United Kingdom	Yes
Kahn et al., 2000 (95)	Cross sectional	GHQ	Income inequality	US states	United States	Yes

9 von 12 Studien zeigen, dass in Wohngebieten mit schlechten sozioökonomischen Merkmalen die Prävalenz psychischer Erkrankungen erhöht ist

* CES-D Scale, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GHQ, General Health Questionnaire; CIDI, Composite International Diagnostic Interview; DIS, Diagnostic Interview Schedule.

Muntaner et al 2004

Ungleichheit als Einflussfaktor

- Nur in frühen Stadien / niedrigeren Stufen der ökonomischen Entwicklung erhöht sich Lebenserwartung, d.h. ab einer bestimmten Einkommensschwelle verbessert sich Lebenserwartung nicht mehr
- Lebenserwartung ist unabhängig von den Einkommensunterschieden **zwischen** wohlhabenden Ländern
- Sterberaten sind eng mit Einkommens**unterschieden** verknüpft
- Gesundheit und gesellschaftliche Problemlagen sind in enger Beziehung zu den Einkommens**unterschieden innerhalb** der Länder
- Der These, dass „den Menschen vertraut werden kann“, stimmt ein größerer Anteil an Menschen in Ländern mit geringeren Einkommens**unterschieden** zu
- Es leiden mehr Menschen an psychischen Erkrankungen in Ländern mit Einkommens**unterschieden**

Wilkinson & Pickett 2010

Psychische Gesundheit von Arbeitslosen

Die Arbeitslosen von Marienthal (1933)

Sozialpsychologische Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit, auf Zeitstruktur, soziale Beziehungen, Identität

- Vier Haltungstypen:
  - Ungebrochen
  - Resigniert
  - Verzweifelt
  - Apathisch

→ Theorie der „psychischen Deprivation“ (1983)

Die Arbeitslosen von Marienthal (1933)

Arbeitslosigkeit

- wichtigster Einflußfaktor bei der Klärung der Variabilität von Hospitalisierungsraten in N.Y.C. *(Brenner 1973)*
- Zusammenhang mit Gesamtprävalenz psych. Störungen (*Fink et al 1995, Viinamäki 1995)*
- Zusammenhang mit Suizidrate und Suizidrisiko (*Appleby 1992, Dooley et al 1996)*
- Einflussfaktor auf Verlauf psychischer Störungen *(Rückfälle)*
- Prädiktor für Drehtürverläufe *(Tehrani 1996)*
- Risikofaktor für Straffälligkeit psych. Kranker (*Wessely 1994)*

Psychische Gesundheit von Arbeitslosen

Unemployment impairs mental health: Meta-analyses

Karsten I. Paul *, Klaus Moser

University of Erlangen-Nuernberg, Organizational and Social Psychology, Lange Gasse 20, 90403 Nuernberg, Germany

---

Vergleich von Arbeitslosen und Nicht-Arbeitslosen:

→ Arbeitslose Personen zeigen häufiger Distress (Effektstärke *d=0,51*)

Depression ↑, Angststörungen ↑, psychosomatische Störungen ↑,

Subjektives Wohlbefinden ↓, Selbstwert ↓

→ 34% der Arbeitslosen vs. 16% der Nicht-Arbeitslosen leiden unter psychischen Störungen

→ Männer > Frauen

→ Blue collar jobs > white collar jobs

→ Analyse der Längsschnittstudien: Arbeitslosigkeit verursacht Distress

Paul & Moser 2009

Psychische Gesundheit alleinerziehender Mütter

Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten; Datenquellen: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen

ausgewählte Krankheiten**	Alleinerziehende Mütter n=89	Verheiratete Mütter n=728
chronische Bronchitis*	9,0	3,9
Leberentzündung, Hepatitis*	10,2	4,1
Nierenbeckenentzündung*	23,6	14,2
Nierensteine, Nierenkolik*	15,7	5,2
Migräne	36,0	26,3
psychische Erkrankung*	24,7	10,9
Kontaktallergien	25,0	34,8
sonstige Allergien	14,9	20,4
Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter	25,3	17,2

* signifikanter Gruppenunterschied bei p unter 0.05

RKI; "Gesundheitsberichterstattung des Bundes„ Heft 14

Migration und Psychische Gesundheit

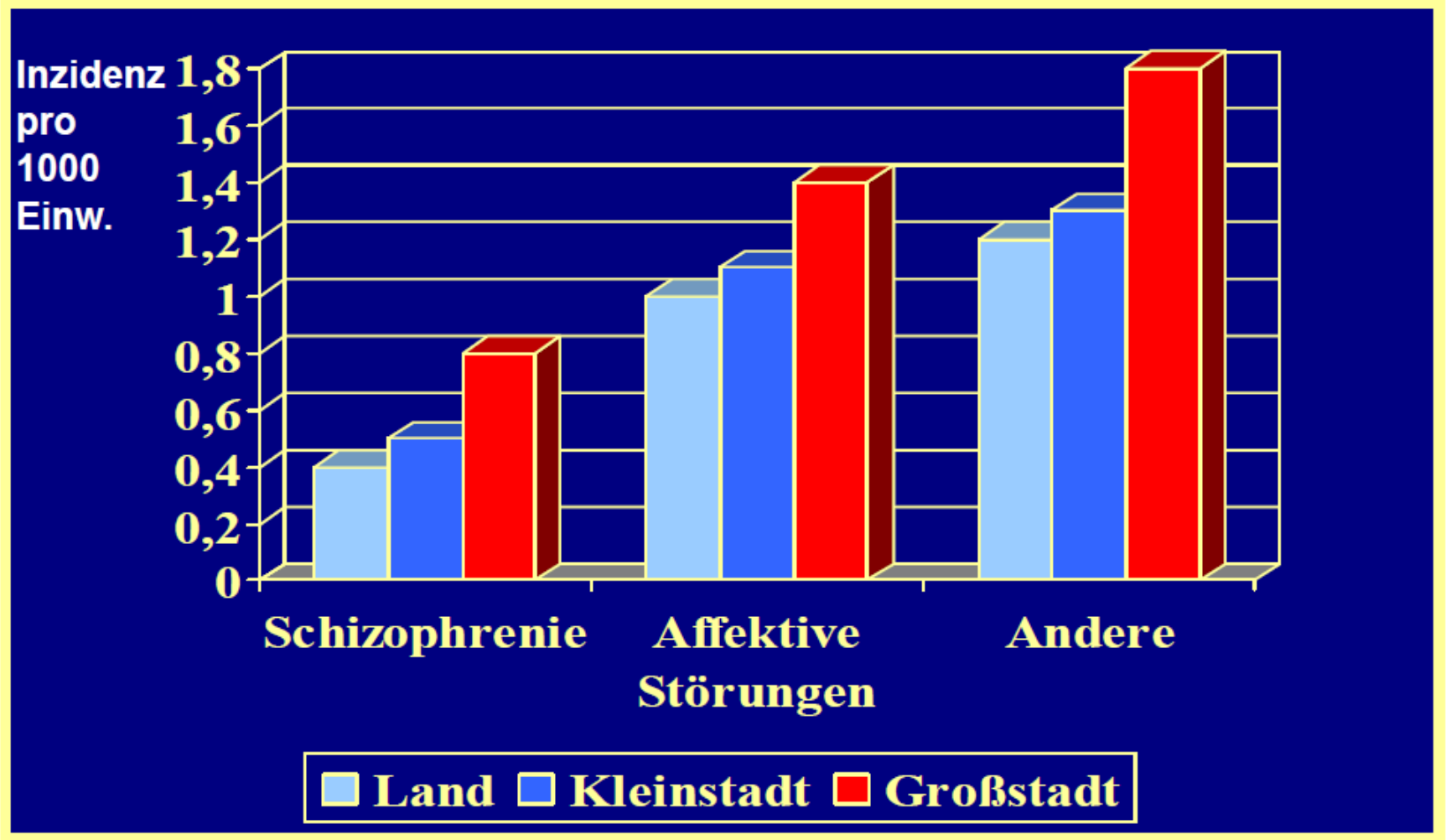
TABLE 2. Results of Meta-Analyses of Population-Based Studies Examining the Association Between Migration and Incidence of Schizophrenia

Data Set, Analysis, and Variable	k[a]	Relative Risk	95% CI	Q_W[b]	Q_B[c]	p[d]
Data for first-generation migrants (analysis 1: effect of first-generation migrant status)	40	2.7	2.3–3.2	55.4		<0.05
Data for second-generation migrants (analysis 2: effect of second-generation migrant status)	7	4.5	1.5–13.1	4.5		0.62
Data for first- and second-generation migrants						
Analysis 3: effect of first- and second-generation migrant status	50	2.9	2.5–3.4	68.3		<0.04
Analysis 4: effect of United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) rating					5.0	<0.03
Developing countries	35	3.3	2.8–3.9			
Developed countries	11	2.3	1.7–3.1			
Analysis 4a: effect of UNCTAD rating					12.5	0.002
Developed market economies	9	2.0	1.5–2.8			
Eastern Europe and developing countries, high or medium income	24	3.6	3.0–4.4			
Developing countries, low income	11	2.8	2.0–3.8			
Analysis 5: skin color[e]				25.2		<0.0001
White	16	2.3	1.8–3.0			
Black	16	4.8	3.7–6.2			
Nonwhite/nonblack	11	2.2	1.6–3.0			
Analysis 5a: skin color[f]				25.6		<0.0001
White	11	2.3	1.7–3.1			
Black	16	4.8	3.7–6.2			
Nonwhite/nonblack	16	2.2	1.7–2.9			
Analysis 6: gender				0.1		0.72
Male	21	2.5	2.0–3.2			
Female	21	2.4	1.8–3.1			

Canor-Graae & Selten 2005

Städtischer Lebensraum bei Geburt und Inzidenz psychischer Erkrankungen in den Niederlanden

(Fallregisterstudie: Geburtskohorten 1942-1954; 1955-1966; 1967-1978)



Marcelis et al 1998

Neuere Studien zur sozialökologischen Verteilung psychischer Erkrankungen

TABLE 1. Multilevel studies on socioeconomic position and mental health

Study, year (reference no.)	Design	Instrument	Socioeconomic position indicator/index	Geographic area	Country	Was area's lower socioeconomic position or greater inequality associated with mental disorder?
Ross, 2000 (94)	Cross sectional	CES-D Scale*	Disadvantage	Census tract	United States	Yes
2000 (96)						
Weich et al., 1998 (77)	Cross sectional	GHQ	Income inequality	Region	United Kingdom	Yes
Weich et al., 2003 (98)	Cross sectional	GHQ	Deprivation	Electoral wards	United Kingdom	Yes
Kahn et al., 2000 (95)	Cross sectional	GHQ	Income inequality	US states	United States	Yes

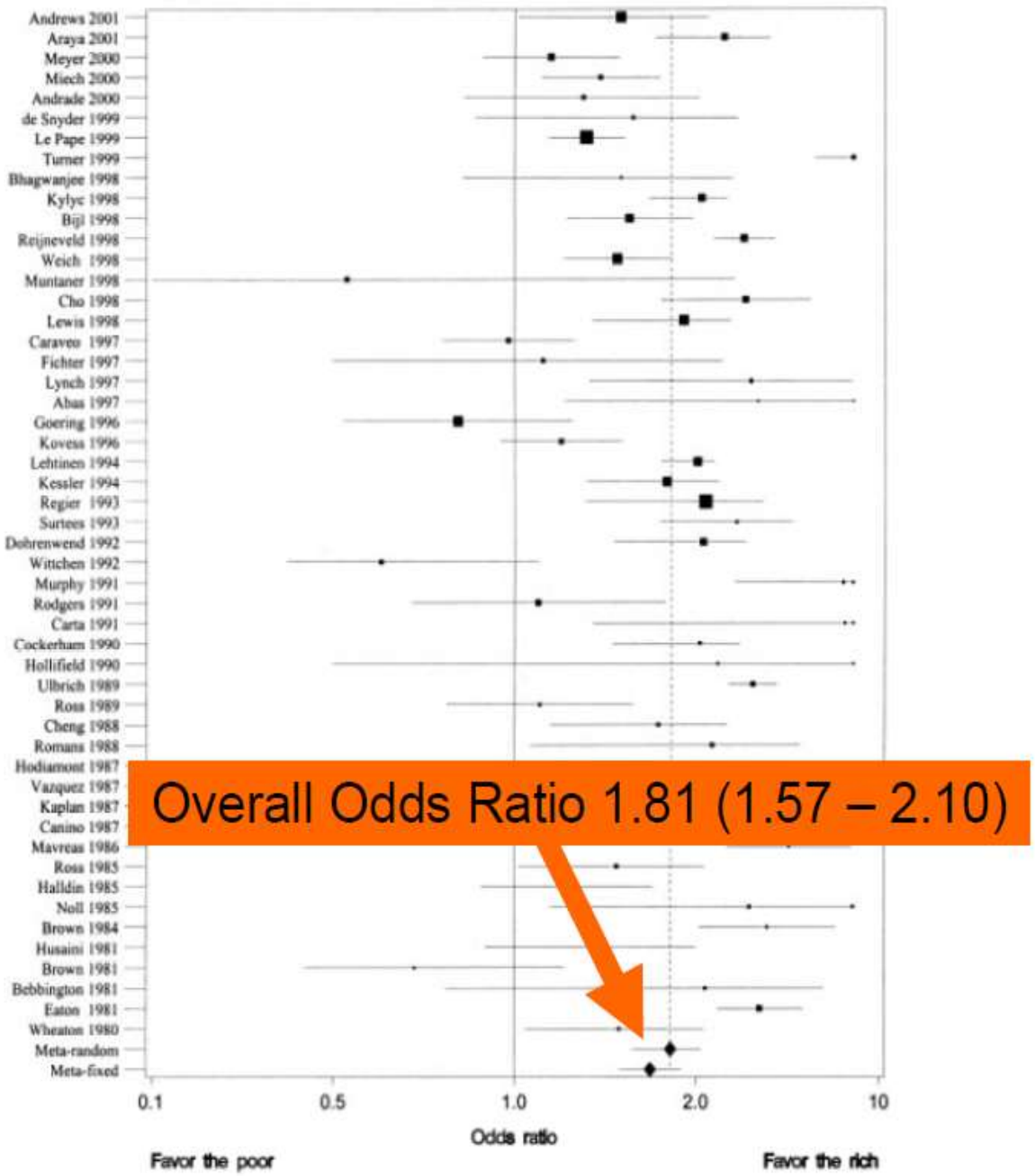
* CES-D Scale, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GHQ, General Health Questionnaire; CIDI, Composite International Diagnostic Interview; DIS, Diagnostic Interview Schedule.

9 von 12 Studien aus Großbritannien, den USA und den Niederlanden zeigen, dass in Wohngebieten mit schlechten sozio-ökonomischen Merkmalen die Prävalenz psychischer Erkrankungen erhöht ist

Muntaner et al 2004

Soziale Ungleichheit und Depression

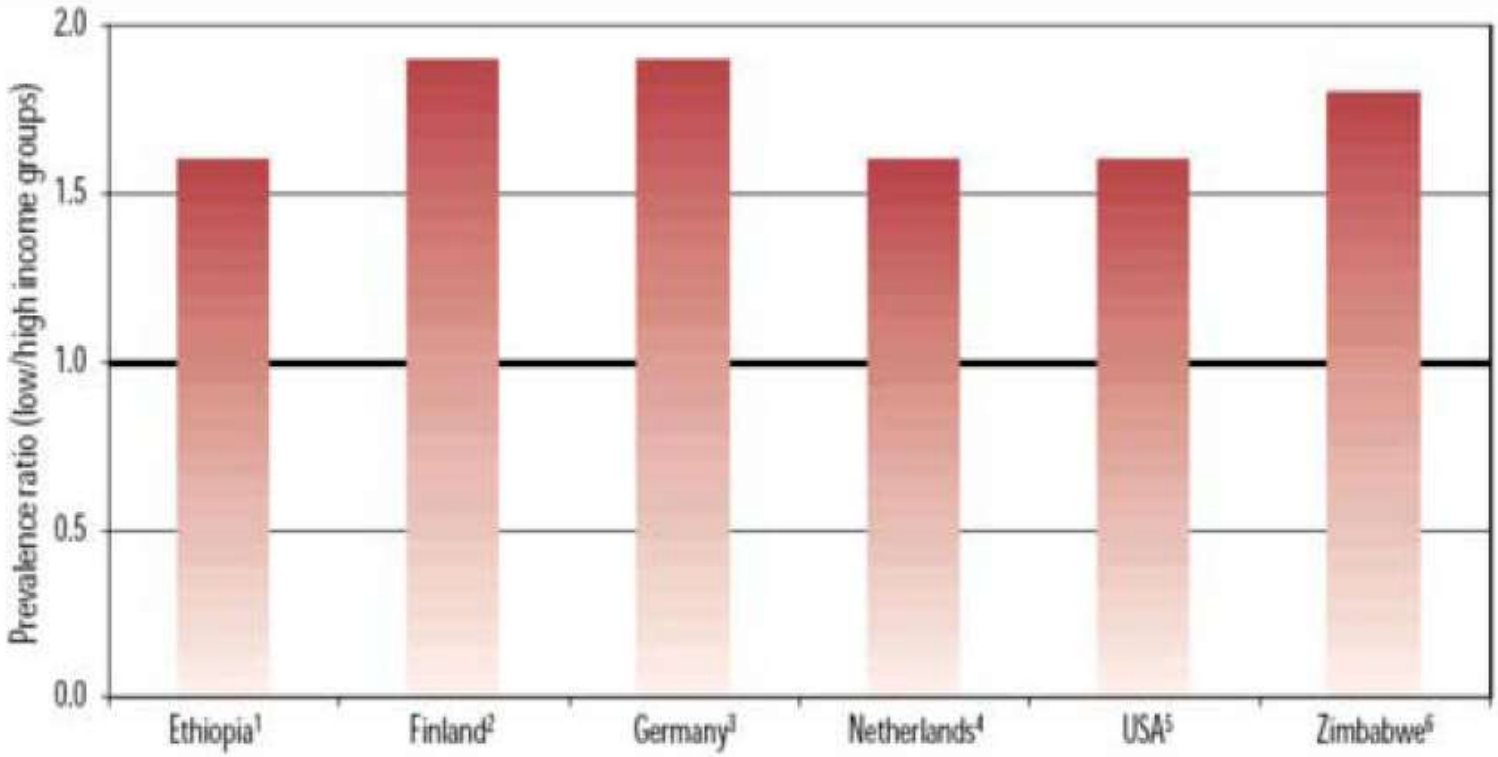
Eine Meta-Analyse von 51 Studien von 1979 - 2001



Lorant et al 2003

Einkommensverteilung und depressive Erkrankungen

Figure 2.6 Prevalence of depression in low versus high income groups, selected countries

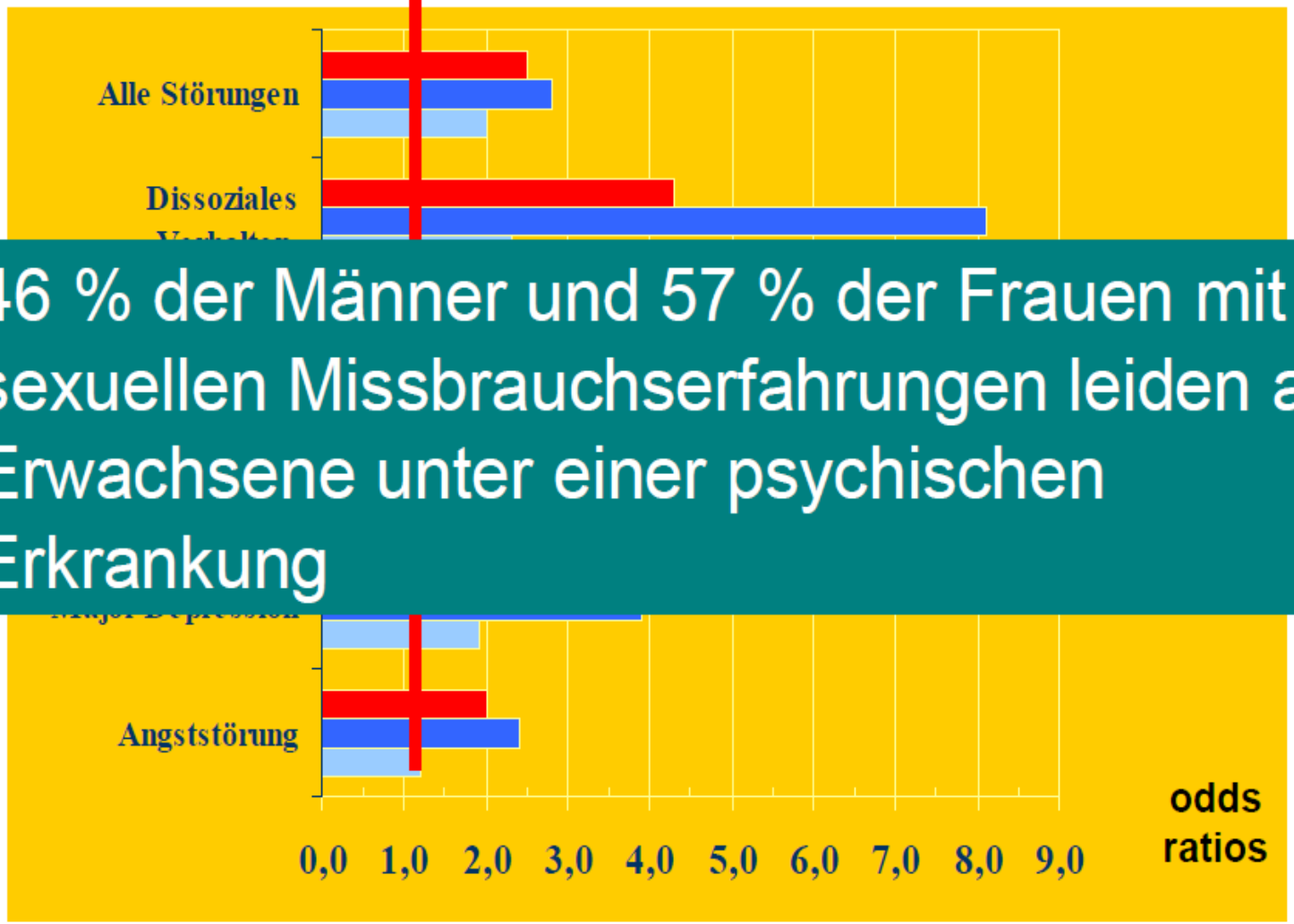


Note: The horizontal bold line at 1.0 indicates where the ratio of prevalence of depression in low income groups is equal to that of high income groups. Above this line people with a low income have a higher prevalence of depression.

WHO 2001

Sexueller Missbrauch im Kindesalter und psychische Erkrankung

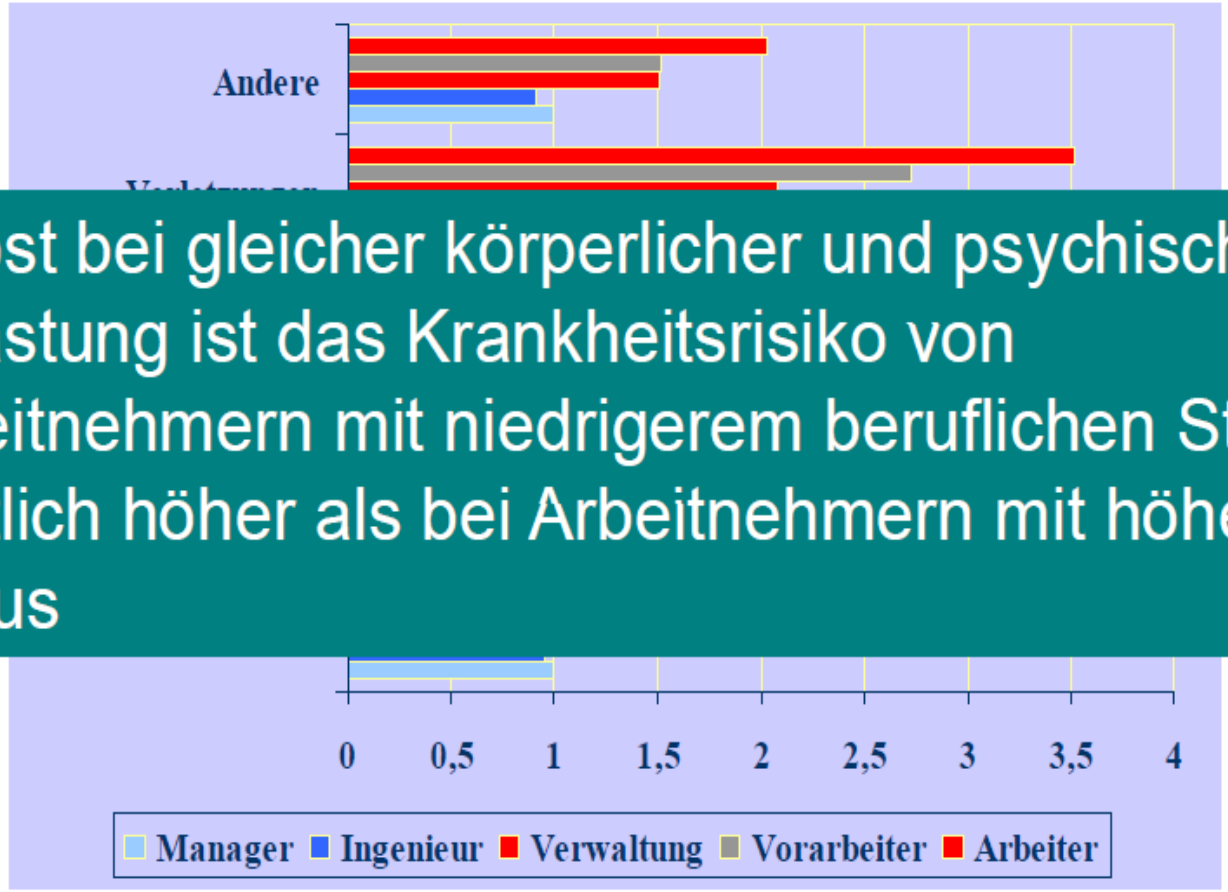
Querschnittstudie, Kanada (n = 7.016)



46 % der Männer und 57 % der Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen leiden als Erwachsene unter einer psychischen Erkrankung

MacMillan et al 2001

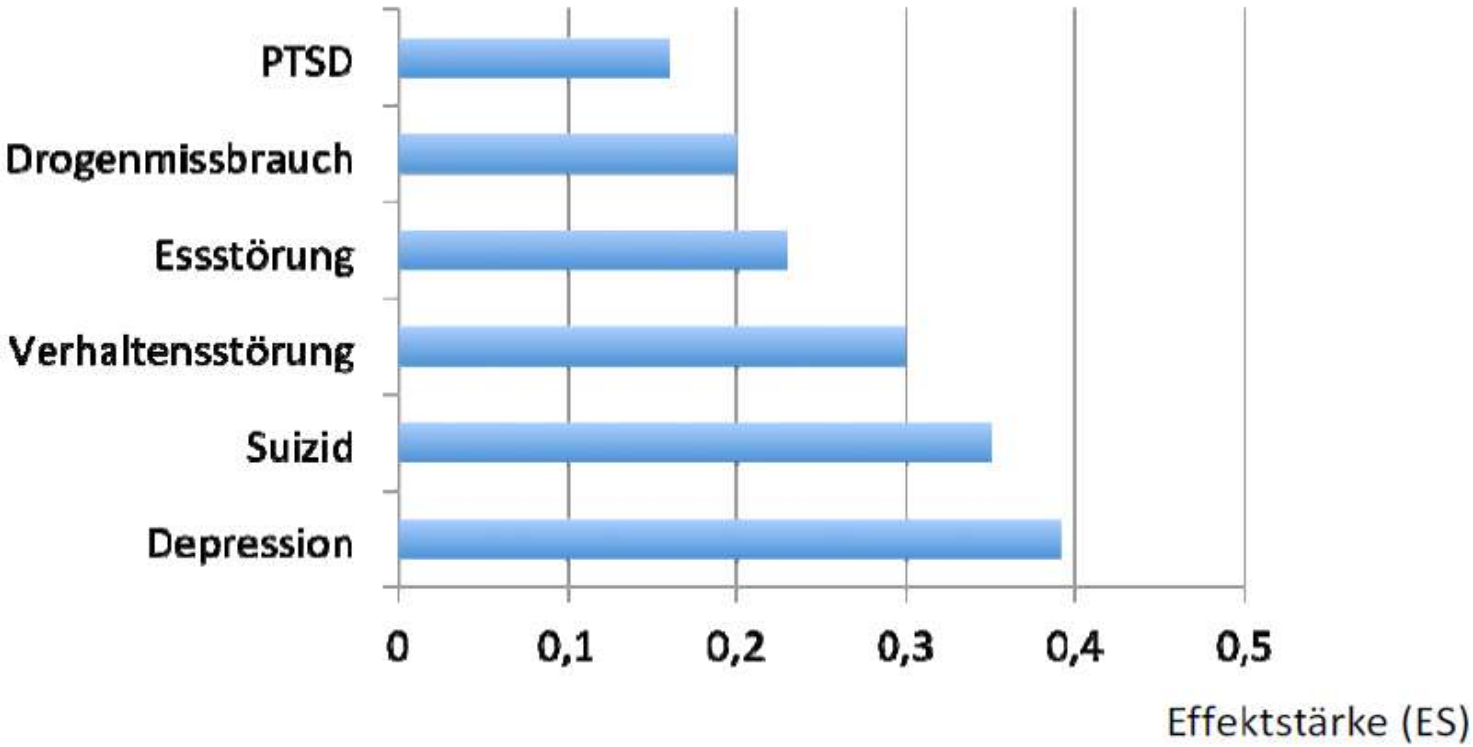
Arbeitsunfähigkeitsrisiko und beruflicher Status unter Kontrolle der physischen und der psychischen Belastung in der GAZEL Studie (Risk Ratios, Männer)



Selbst bei gleicher körperlicher und psychischer Belastung ist das Krankheitsrisiko von Arbeitnehmern mit niedrigerem beruflichen Status deutlich höher als bei Arbeitnehmern mit höherem Status

Melchior 2005

Meta-Analyse zur Prävention (2007)
Psychische Störungen - (Röhrle, 2008, modifiziert)



Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich Effektstärken

Margraf (2009), Leichsenring & Rabung (2009)

Maßnahme	Effektstärke des Erfolges
Psychotherapie Allgemein	**0,88**
Kognitive Verhaltenstherapie	**1,23**
Psychodynamische Langzeitpsychotherapie	**1,03/1,25**
Bypass-Op bei Angina Pectoris	**0,70**
Medikamentöse Therapie Arthritis	**0,61**
Antikoagulanzien (Blutverdünnung)	**0,30**
Chemotherapie Brustkrebs	**0,11**
Aspirin zur Herzinfarktprävention	**0,07**

Angemessene (leitlinienorientierte) regionale Behandlungsrate (%) für schwere Depressionen 2011 (nach Bertelsmann-Depressionsstudie 2014)

- Stadt Bayreuth 27,55 %
- Stadt Regensburg 16,97 %
- Stadt Weiden i.d. Oberpfalz 17,76 %
- Stadt München 23,99 %

(Ausgewertet wurden die Behandlungsdaten von rund 6 Millionen Versicherten der BKK und IKK)

Regionale Diagnoserate schwere Depression bzw. alle Depressionen 2011 (nach Bertelsmann-Depressionsstudie 2014)

Schwere Depression/ alle Depressionen :

Stadt Bayreuth 2,35 %/13,48 %

Stadt Regensburg 2,44 %/15,86 %

Stadt Weiden,Oberpfalz 3,15 %/20,02 %

Stadt München 2,68 %/16,38 %

„Wer keine Zeit für seine Gesundheit hat, wird eines Tages Zeit haben müssen, krank zu sein“

(unbekannter Autor)

aus dem Vorwort: Barmer Gesundheitsreport 2009

UNIVERSITÄT BAYREUTH

IMG
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Ihre Aufmerksamkeit

Bitte stellen Sie Ihre Fragen…….

Sehr gerne können Sie mich auch unter

wrk08@web.de

kontaktieren.