



DEPRESSION

Gendersensible Ansätze
für Fachkräfte



DEPRESSION

Gendersensible Ansätze für Fachkräfte

Die Tagung wurde maßgeblich von folgenden Mitgliedern der AG Gender und Depression vorbereitet:

- Beate Schacht, Frauentreffpunkt e.V.
- Betina Lipke, FrauenMädchenGesundheitszentrum der Region Hannover e.V.
- Birgit Robel, Ada-und Theodor-Lessing-Volkshochschule Hannover
- Helga Schneedorst-Wegner, Susanne Keudel, Region Hannover
- Dr. Ute Sonntag, Melanie Bremer, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

INHALTSVERZEICHNIS

Begrüßung_____ 7

- Mechthild Schramme-Haack

Moderation_____ 9

- Cornelia Goesmann

Bündnis gegen Depression in der Region Hannover_____ 11

- Detlef E. Dietrich und Lothar Schlieckau

Stand der Genderforschung zum Thema Depression_____ 17

- Christine Kühner

Antidepressiva – Spielt das Geschlecht eine Rolle?_____ 25

- Sara-Maria Haack

Podiumsdiskussion_____ 33

- Detlef Dietrich
- Christiane Perschke-Hartmann
- Meryam Schouler-Ocak
- Dunja Kleis
- Greif Sander

Informationen zu den Referentinnen_____ 51
und Referenten der Vorträge

Leseempfehlungen_____ 54

BEGRÜSSUNG

Mechthild Schramme-Haack, Gleichstellungsbeauftragte der Region Hannover

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie zu der heutigen Fachtagung „Depression – gendersensible Ansätze für Fachkräfte“ im Haus der Region recht herzlich begrüßen. Diese Veranstaltung resultiert aus einer Kooperation des Runden Tisches Frauen- und Mädchengesundheit mit dem Bündnis gegen Depression in der Region Hannover, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, der Ada-und-Theodor-Lessing-Volkshochschule Hannover und der Region Hannover, die durch das Team Gleichstellung vertreten wird.

Wir sind sehr glücklich, dass die hier anwesenden Referentinnen und Referenten für den heutigen Tag durch unsere Arbeitsgruppe Gender im Bündnis gegen Depression, die aus dem Runden Tisch Frauen- und Mädchengesundheit hervorgegangen ist, gewonnen werden konnten. Auch Sie möchte ich hiermit recht herzlich begrüßen.

Ganz besonders begrüße ich den Initiator und Koordinator des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover, Herrn Prof. Dr. Detlef Dietrich, der Sie im Anschluss weiter in die Gesamthematik einführen wird. Des Weiteren begrüße ich Frau Dr. Cornelia Goesmann. Sie ist Vorsitzende des Bezirks Hannover der Ärztes-



ammer Niedersachsen. Sie wird uns heute freundlicher Weise als Moderatorin durch das Programm führen. Vielen Dank für Ihr Kommen.

Der Runde Tisch Frauen- und Mädchengesundheit, der nun schon eine fast zehnjährige Geschichte hat, ist in der Landeshauptstadt Hannover entstanden und seit Bildung der Region Hannover im Jahre 2001 bei dem Team Gleichstellung angesiedelt. Unsere Zu-

ständigkeit ist der Tatsache geschuldet, dass die Region Hannover die gesundheitsamtsärztliche Versorgung für alle Menschen, einschließlich der in der Landeshauptstadt Hannover, zu verantworten hat. Der Runde Tisch Frauen- und Mädchengesundheit setzt sich aus ca. 80 Expertinnen aus verschiedenen Einrichtungen, z.B. Frauenberatungsstellen und anderen Institutionen, zusammen, die miteinander arbeiten, sich vernetzen und vor allem den geschlechtersensiblen Blick auf Gesundheitsfragen in den Mittelpunkt stellen. Nachdem uns im Jahre 2008 verstärkt das Thema „HPV-Impfung“ beschäftigt hat, wurde am Ende des Jahres auf Anregung des Runden Tisches Frauen- und Mädchengesundheit ein Antrag auf die Einrichtung einer AG Gender und Depression im Regionalen Bündnis gegen Depression gestellt.

Diesem Antrag, eine solche Arbeitsgruppe einzurichten, wurde stattgegeben und soweit wir wissen, sind wir bundesweit bisher mit diesem gendersensiblen Ansatz der Betrachtung des Problems Depression einzigartig. Die heutige Fachtagung wurde

von der neuen AG Gender und Depression vorbereitet. Dieser Arbeitsgruppe gilt mein ganz herzlicher Dank für ihren engagierten Einsatz!

Bei Frauen wird doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert als bei Männern. Liegt das an unterschiedlichen Symptomen? Suchen Frauen eher Hilfe, begehen Männer eher Suizid? Da die Erscheinungsformen unterschiedlich sind, ergeben sich für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch unterschiedliche Diagnosen, Medikationen und unterschiedliche Ansätze der Prävention. In der heutigen Fachtagung, die den Auftakt für weitere dezentrale Veranstaltungen zum Thema Gender und Depression bildet, sollen genau diese Aspekte herausgearbeitet werden.

Ich wünsche Ihnen einen informativen und interessanten Nachmittag. Vielen Dank.

MODERATION

Dr. Cornelia Goesmann

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute die Moderation zu dieser Veranstaltung übernehmen zu dürfen.

Ich möchte mich Ihnen zu Beginn jedoch kurz vorstellen: Ich arbeite als niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin in der Landeshauptstadt Hannover und betreue damit auch den Kreis der Patientinnen und Patienten, über deren Schicksal und Behandlung wir heute sprechen werden. Darüber hinaus bin ich Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und möchte an dieser Stelle anmerken, dass die Bundesärztekammer und die Ärzteschaft in ihrer Arbeit einen großen Schwerpunkt auf die Beachtung geschlechtsspezifischer Aspekte bezüglich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung legen.

Genderaspekte hatten in den vergangenen zehn Jahren einen deutlichen Einfluss auf Arbeitsinhalte der Bundesärztekammer, was sich in verschiedenen Symposien und Veröffentlichungen widerspiegelte. Aus diesem Grund freue ich mich sehr, dass auch



bei der heutigen Veranstaltung der geschlechtsspezifische Aspekt psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht und Sie dazu veranlasst hat, heute hier in Hannover so zahlreich zu erscheinen. Es war ein wichtiger Schritt, das Bündnis gegen Depression in Hannover ins Leben zu rufen. Ich möchte allen, die an der Grün-

dung des Bündnisses beteiligt waren sowie den Veranstalterinnen und Veranstaltern der heutigen Tagung einen besonderen Dank aussprechen und Sie im Namen der Hannoverschen Ärzteschaft herzlich grüßen. Es ist mir heute besonders wichtig, dass die Veranstaltungen fachübergreifend gestaltet werden, so dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Sicht ihrer Profession heraus gemeinsam die Patientenprobleme bearbeiten können. Ich freue mich, dass wir heute einen Ort gefunden haben, um anlässlich einer verbesserten Patientenversorgung die einzelnen Berufsgruppen zusammen führen zu können.

Ich wünsche Ihnen einen angenehmen Nachmittag.

BÜNDNIS GEGEN DEPRESSION IN DER REGION HANNOVER

Prof. Dr. Detlef E. Dietrich und Lothar Schlieckau

Depression ist eine Volkskrankheit und kann nach unterschiedlichen Schätzungen 10–20 % der Menschen in den industrialisierten Ländern im Laufe ihres Lebens betreffen. Sie geht zudem mit den meisten mit Beeinträchtigungen gelebten Lebensjahren überhaupt im Vergleich zu allen anderen – insbesondere nicht-psychiatrischen – Erkrankungen einher (Murray & Lopez 2006). Derzeit gelten in Deutschland etwa 5 % der Bevölkerung als behandlungsbedürftig erkrankt.

Obgleich eine adäquate Therapie bekannt ist, finden aber nur 10 % der Betroffenen den geeigneten Zugang hierzu (www.buendnis-depression.de). Teilweise scheint die Scheu der Be-



troffenen, einen Arzt bzw. eine Ärztin aufzusuchen, das Nicht-Erkennen der Erkrankung, aber auch die unzureichende Geduld bei der Behandlung sowie ein unzureichender Bezug zu Behandlungsleitlinien und neuen innovativen Behandlungsstrategien hierfür verantwortlich. Da ein spätes Erkennen der Erkrankung die

langfristigen Heilungsaussichten reduziert und die Entstehung von Komorbiditäten begünstigt, kommt einer öffentlichkeitswirksamen Aufklärungsarbeit eine besondere Bedeutung zu.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Depression, Suizidalität (www.kompetenznetz-depression.de) wurde vor diesem Hintergrund im Jahre 2001 das Nürnberger Bündnis gegen Depression ins Leben gerufen. Es bestand aus einem zweijährigen Vier-Ebenen-Interventionsprogramm, das zum Ziel hatte, die Versorgung der depressiv erkrankten Menschen in der Stadt Nürnberg zu verbessern. Die Interventionen wurden auf den folgenden „Ebenen“ durchgeführt:

1. Kooperation mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie Hausarztpraxen
2. Öffentlichkeitskampagne mit professionellem PR-Konzept
3. Kooperationen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
4. Angebote und Unterstützung Betroffener und Angehöriger

Nach zwei Jahren war die Rate der suizidalen Handlungen (Suizide und Suizidversuche) im Vergleich zum Ausgangsjahr um 24 % zurückgegangen ($p < 0.01$).

In der Kontrollregion Würzburg ohne vergleichbare Intervention waren im gleichen Zeitraum die Zahlen leicht angestiegen. Auch Untersuchungen zur Wahrnehmung der Kampagne, zur Einstellung der Bevölkerung zum Thema Depression, zum Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft und zur Berichterstattung über Suizidalität in den lokalen Tageszeitungen wiesen auf eine Wirksamkeit des Nürnberger Bündnisses hin (Hegerl & Schäfer 2007).

Aufgrund verschiedener Anfragen aus anderen Regionen Deutschlands gründete sich auf der Basis des Modellprojektes Ende 2002 der überregionale Verein „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“ (www.buendnis-depression.de), dessen Mitglieder Materialien und Konzepte der Pilotstudie übernehmen können, um eigene lokale Aktivitäten zu starten. Seit Vereinsgründung sind in Deutschland so bereits 40 Bündnisse entstanden. Auch in der Region Hannover haben sich vor diesem Hintergrund Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zu einem Bündnis gegen Depression in der Region Hannover zusammengeschlossen.

Es ist eines der jüngsten Bündnisse, das am 1.10.2008 eröffnet wurde und seither nach dem beschriebenen Vorbild die Öffentlichkeit in der Region über das Thema Depression, deren Früherkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufklärt, insbesondere um behandlungsbedürftigen Menschen den Zugang zu einer adäquaten Therapie zu erleichtern.

Es weist im Vergleich zu anderen Regionen/Städten einige Besonderheiten auf: Fast gleichzeitig entstandene Initiativen aus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), der Region Hannover und der Selbsthilfe (Kibis) schlossen sich, nachdem sie voneinander Kenntnis hatten, umgehend zu einer Gruppe zusammen und fanden sehr schnell eine Vielzahl am Bündnis interessierter Personen aus Verbänden, Institutionen, Organisationen und Vereinen, die die Breite der Gesellschaft abbilden. In ihr sind vor allem die wichtigen Bereiche Selbsthilfe, Angehörigenarbeit, die Betroffenenverbände, die Kliniken, Krankenkassen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen (um nur einige zu nennen) von Anfang an ganz zentral und äußerst engagiert vertreten. Hieraus hat sich rasch eine sog. „Kerngruppe“ etabliert, die demokratisch über das Vorgehen bestimmt, eine Art „kleines Parlament“. Diese Kerngruppe hat eine deutlich kleinere Lenkungsgruppe legitimiert, um eilige Entscheidungen

auch zwischen Kerngruppen-Treffen herbeizuführen. Zudem wurden Arbeitsgruppen definiert, in denen sowohl Kerngruppenmitglieder als auch weitere Interessierte schneller und spezifischer zu Schwerpunktthemen aktiv werden können. In Modifizierung zum Nürnberger Modell wird die Kampagne altersdifferenziert durchgeführt und evaluiert. Die einzelnen Arbeitsbereiche sind:

- Depressive Syndrome in der Kindheit und Jugend
- Depression im mittleren Lebensalter, unter Einbezug der Themen:
 - „Suchtmittelkonsum und Depression“ sowie
 - „Depression und Arbeitswelt“
- Depression im höheren Lebensalter

Hieraus und aus der hohen Motivation und Professionalität der Beteiligten erwuchs eine Dynamik, die es der Gruppe ermöglichte, ohne externe finanzielle Mittel nach einer Vorbereitungszeit von nur einem Jahr das Bündnis am 1. Oktober 2008 zu starten! Zusätzlich wurde bald nach der Auftaktveranstaltung eine Arbeitsgruppe „Gender und Depression“ gegründet, um altersunabhängig die geschlechtsspezifischen Aspekte bei der Depressionserkennung und -behandlung differenzierter zu berücksichtigen.

Insofern ist das Bündnis gegen Depression in der Region Hannover innovativ und Vorbild für zukünftige Bündnisse, da dieses Thema insgesamt und in den Bündnissen bisher wenig Berücksichtigung fand. Sowohl hinsichtlich der Symptomatik als auch bezogen auf die Ursachen und die Reaktion auf Antidepressiva lassen sich Geschlechtsunterschiede feststellen. Auf der heutigen Veranstaltung sollen diese Besonderheiten innerhalb einer breiten Öffentlichkeit vorgetragen und zukünftige Handlungsstrategien diskutiert werden.



In einem zweijährigen Aufklärungszeitraum werden im Bündnis darüber hinaus auf den o.g. vier Ebenen Interventionen durchgeführt:

1. Niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie Hausärztinnen und Hausärzten sollen Fortbildungsseminare mit speziell erstellten Materialien, Kasuistiken und Screeningbögen zur Früherkennung von Depression angeboten werden. Außerdem werden zur Unterstützung bei der Aufklärung Patientinnen und Patienten über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depression Informationsmaterialien wie Flyer (siehe unten), Videos und Broschüren zur Verfügung gestellt (Anforderung über bgdepression@mh-hannover.de oder www.buendnis-gegen-depression-region-hannover.de).

Dieses Material soll die aus Zeitmangel oftmals zu kurzen Arzt-Patienten-Gespräche unterstützen und außerdem auch zur Aufklärung der Familienangehörigen beitragen. Ziel ist es darüber hinaus, eine (telefonische) Beratungsstelle einzurichten, um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Versorgungsmöglichkeiten Betroffener zu beraten.

2. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in enger Zusammenarbeit mit den regionalen Medien wird im Rahmen größerer und kleinerer Veranstaltungen auf das Bündnis, die Problematik und spezielle Aspekte der Depression sowie Hilfsmöglichkeiten aufmerksam gemacht. So betonte u.a. der jährlich zum Europäischen Depressionstag stattfindende „Lauf gegen Depression“ am 5. Oktober 2008 (Schirmherrschaft Herr Ministerpräsident Wulff) insbesondere den prophylaktischen Wert des Laufens. Ein Gottesdienst in der Marktkirche von Hannover am Ende eines verkaufsoffenen Sonntages machte auf die Bedeutung der Seelsorge aufmerksam, der Selbsthilfetag im Mai 2009 auf den besonderen Wert der Selbsthilfe.

Durch diese Form der Öffentlichkeitsarbeit sollen die oft großen Vorbehalte gegenüber psychischen Erkrankungen thematisiert und das fehlende Wissen über Depression als ernsthafte Erkrankung, die behandelt werden kann, fokussiert werden. Klare und einprägsame Botschaften wie „Depression hat viele Gesichter“ und „Depression kann jeden bzw. jede treffen“ prägten auch in der Region Hannover die PR-Kampagne. Genutzt werden dabei wiederum die gemeinsam mit Professionellen aus dem Werbe- und Grafikbereich erprobten Plakate, Flyer, Videos, CD-ROM's und ein Kinospot.

3. Durch ausgebildete Trainerinnen und Trainer („Train-the-trainer-Programm“) werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fortgebildet: Da nicht alle depressiven Menschen den Weg zu einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten finden, war es in Nürnberg ein großes Anliegen, auch andere Berufsgruppen im Umgang mit depressiv Betroffenen zu schulen und für das Thema zu sensibilisieren. So wurden unterschiedliche Fortbildungspakete für Schulen, die Polizei, die Seelsorge, für Beschäftigte aus Beratungsstellen, Altenpflegekräfte, Heilpraxen und weitere erarbeitet und umgesetzt.
4. Betroffene und Angehörige werden über Presseberichte und Internet-Foren sowie über Selbsthilfe-Kontaktstellen informiert und unterstützt. Es ist das Ziel, neue Selbsthilfegruppen für depressive Menschen und ihre Angehörigen zu initiieren. Ein Informationsflyer bietet die Möglichkeit, in einem kurzen Selbsttest zu überprüfen, ob erste oder mehrere Symptome vorliegen und ärztliche Hilfe zu Rate gezogen werden sollte.

Außerdem bietet es eine Vielzahl von für die Region und das Thema Depression relevanten Adressen und Telefonnummern, um Betroffenen und Angehörigen eine schnelle Hilfe zu erleichtern. Über den zweijährigen Aufklärungszeitraum hinaus beabsichtigt das Bündnis, eine Vernetzung der professionellen

Angebote in der Region Hannover zu erreichen, um auch langfristig die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu verbessern.

Am 1. Oktober 2008 fand im Haus der Region die Eröffnung des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover, das unter der Schirmherrschaft des Regionspräsidenten Herrn Jagau steht, statt. Allein die positive Resonanz auf die durch Betroffene, Angehörige, Psychiaterinnen und Psychiater sowie Bündnismitglieder gestalteten Beiträge, welche die meisten der 300 Anwesenden auch emotional berührten, verdeutlichte den Bedarf an öffentlicher Auseinandersetzung mit dem Thema Depression.



Literatur

1. MURRAY CJ, LOPEZ AD, Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study, Lancet. 1997; 349: 1498–504
2. MATHERS CD, LONCAR D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006; 3 (11): e442
3. www.buendnis-depression.de
4. www.kompetenznetz-depression.de

Autoren

Prof. Dr. Detlef E. Dietrich
Ehem. Koordinator des Bündnisses gegen Depression
in der Region Hannover
AMEOS Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie
Goslarsche Landstrasse 60 • 31135 Hildesheim
E-Mail: ddie.psy@hildesheim.ameos.de

Lothar Schlieckau
Psychiatrie-Koordinator der Region Hannover
Weinstr. 2 • 30171 Hannover
E-Mail: lothar.schlieckau@region-hannover.de

STAND DER GENDERFORSCHUNG ZUM THEMA DEPRESSION

Prof. Dr. Christine Kühner

Höhere Depressionsraten bei Frauen – empirische Evidenz

Ein konsistentes Ergebnis epidemiologischer Forschung ist, dass Frauen häufiger an unipolaren depressiven Störungen erkranken als Männer. Daten aus dem deutschen Bundesgesundheitsurvey 1998/99 zeigen, dass bundesweit ca. 12 % der Männer und 25 % der Frauen mindestens einmal im Leben die Kriterien für eine depressive Störung erfüllen (Jacobi et al., 2004). Internationale Studien legen nahe, dass das erhöhte Depressionsrisiko von Frauen über verschiedene Bevölkerungs- und Behandlungsstichproben sowie soziokulturelle Kontexte besteht.

Das Auseinanderdriften der Depressionsraten zuungunsten der Mädchen beginnt in der Pubertät. Die deutlich erhöhte Depressionsprävalenz bei den Frauen (Verhältnis ca. 2:1) setzt sich entgegen landläufiger Meinung nicht nur über die reproduktiven Jahre der Frau, sondern bis ins höhere Alter fort (z.B. Angst et al., 2002). Die höhere Depressionsprävalenz bei Frauen ist insbesondere auf deren höhere Ersterkrankungsraten



zurückführbar, darüber hinaus gibt es Hinweise auf längere Krankheitsepisoden bei Frauen (Eaton et al., 2008, zsf. Kühner, 2007).

Symptome

Geschlechtsunterschiede finden sich auch in der symptomatischen Ausgestaltung der Depression. Während depressive Kernsymptome wie Niedergeschlagenheit und die Unfähigkeit, Freude zu empfinden, von Männern und Frauen gleich häufig genannt werden, klagen Frauen häufiger über körperliche Depressionssymptome wie Schlaf- und Appetitstörungen, Energiemangel und Verlangsamung. Insbesondere die saisonale und die atypische Depression, letztere gekennzeichnet durch ein Mehr an Appetit und Schlaf, bleierne Müdigkeit und hohe interpersonelle Kränkbarkeit, sind bei Frauen nochmals deutlich häufiger anzutreffen. Bezüglich psychischer Komorbidität finden sich bei depressiven Frauen häufiger komorbide Angst- und Essstörungen, während bei betroffenen Männern häufiger komorbide Substanzstörungen und vollendete Suizide vorkommen (zsf. Kühner, 2007).

Erklärungsansätze

Erklärungsansätze für die höheren Depressionsraten bei Frauen befassen sich zum einen mit möglichen Artefakten, zum anderen mit dem möglichen Einfluss genetischer, hormoneller, psychischer und sozialer Faktoren.

Artefaktforschung

Hier werden unter anderem unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten, unterschiedliche Erkennungsschwellen der Depression bei Männern und Frauen durch diagnostizierende Ärzte und Ärztinnen sowie eine größere Bereitschaft von Frauen, Symptome zu berichten, diskutiert. Solche möglichen Artefakte sind grundsätzlich zu berücksichtigen, insgesamt können sie jedoch nur einen kleinen Teil der diagnostizierten höheren Depressionsraten bei Frauen erklären. Eine weitere Hypothese besagt, dass Männer eher untypische Depressionssymptome wie Reizbarkeit, Ärger oder feindselig-aggressives Verhalten zeigen, während die gängigen Depressionsskalen eher weibliche Symptome erfassen. Obwohl das hier angesprochene Konstrukt der „Männerdepression“ spontan plausibel erscheint, mangelt es derzeit an dessen empirischer Absicherung (vgl. Möller-Leimkühler et al., 2007; Perlis et al., 2005). Hier ist sicherlich auch zu fragen, inwieweit es Sinn macht, sämtliche stressreaktiven psychischen Symptome unter dem Depressionsbegriff abzuhandeln.

Genetik und Hormone

Bisher ist es auch nicht gelungen, die höheren Depressionsraten von Frauen anhand einfacher biologischer Modelle zu erklären. Das genetische Risiko scheint für Männer und Frauen vergleichbar zu sein (Sullivan et al., 2000). Was das Auseinanderdriften der

Depressionsraten in der Pubertät betrifft, so kann davon ausgegangen werden, dass neben einer möglichen erhöhten hormonbedingten Vulnerabilität für Mädchen in dieser Phase auch Interaktionen mit psychosozialen Risikofaktoren zu berücksichtigen sind, denen Mädchen aufgrund von Geschlechtsrollenaspekten häufiger ausgesetzt bzw. vulnerabler gegenüber sind (zsf. Kühner, 2007). So zeigen insbesondere in westlichen Kulturkreisen Mädchen eine größere Unzufriedenheit mit den eigenen körperlichen Veränderungen während der Pubertät als Jungen, und diese Unzufriedenheit geht bei ihnen auch häufiger mit höherer Depressivität einher (z.B. Crick & Zahn-Waxler, 2003). Die körperlichen Veränderungen während der Pubertät interagieren somit mit nachteiligen soziokulturellen Standards (Schlankheitsideal), was Mädchen in dieser Phase besonders depressionsanfällig macht. Andere Studien legen nahe, dass adolescente Mädchen häufiger interpersonellen Stressereignissen ausgesetzt sind als Jungen (zsf. Cyranowski et al., 2000).

Mädchen beginnen zu einem früheren Zeitpunkt als Jungen, sexuelle Beziehungen aufzunehmen, und Mädchen mit besonders frühem Einsetzen der Menarche haben ein höheres Risiko für depressive Verstimmungen (Ge et al., 1994). Untersuchungen zur perinatalen Phase zeigen, dass entgegen früherer Annahmen die Schwangerschaft keinen Schutz gegenüber Depressionen

vermittelt, umgekehrt der Anteil von Frauen, die eine postpartale Depression entwickeln (10–15%) gegenüber nichtentbindenden Frauen im selben Altersbereich nicht klar erhöht ist. Auch hier sind neben früheren depressiven Phasen insbesondere psychosoziale Risikofaktoren wie geringe soziale Unterstützung und stressvolle Lebensereignisse zu berücksichtigen (Beck, 2001). Ähnliches gilt für die Perimenopause¹. Neben einem erhöhten Wiedererkrankungsrisiko für Frauen mit früheren Phasen zeigen neuere Studien auch signifikante Raten an Neuerkrankungen von bislang nicht vorbelasteten Frauen (Cohen et al., 2006, Freeman et al., 2006). Als relevante Risikofaktoren für die Entwicklung perimenopausaler Depressionen werden ebenfalls aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren sowie vasomotorische Symptome (z.B. Hitzewallungen und Nachtschweiß, letzterer häufig verbunden mit nächtlichem Erwachen) genannt (Avis, 2003, Wise et al., 2008).

Psychische und soziale Risikofaktoren

Relativ konsistent sind verschiedene psychische und soziale Risikofaktoren identifizierbar, die mit der Geschlechtsrolle von Frauen und Männern im Zusammenhang stehen und die einen

substanziellen Teil des Gender Gaps erklären dürften. So weisen adolescente Mädchen und Frauen weniger Selbstsicherheit und höhere Ängstlichkeitswerte auf. Negativen Verstimmungszuständen gegenüber lassen sie eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit zukommen und verarbeiten diese eher introspektiv durch Grübeln oder Selbstvorwürfe, was solche Verstimmungen eher verlängert bzw. verschlechtert (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Dagegen lenken sich Männer eher ab oder wenden dysfunktionale Strategien wie Alkoholmissbrauch an. Erklärt wird dies über Unterschiede in der Geschlechtsrollensozialisation: Während Jungen zu aktivem Verhalten angehalten werden und für emotionales, „weibliches“ Verhalten eher bestraft werden, lernen Mädchen, dass die Beschäftigung mit negativen Gefühlen sowie deren Ursachen und Konsequenzen angemessenes geschlechtstypisches Verhalten darstellt (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Im Zusammenhang mit Geschlechtsrollenaspekten stehen auch bestimmte psychosoziale Belastungen, die das Depressionsrisiko erhöhen. Im makrosoziologischen Bereich müssen z.B. Risikofaktoren wie Armut, soziale und ökonomische Benachteiligung sowie geringe Handlungskontrolle berücksichtigt werden (vgl.

¹ Als Perimenopause wird die Übergangsphase bis zur Menopause bezeichnet. Sie beginnt ungefähr ein Jahr vor der Menopause und endet etwa ein Jahr nach der letzten Periode.

Belle & Doucet, 2003). In traditionellen Partnerschaften stellt nach epidemiologischen Studien das Verheiratetsein für Männer einen Schutzfaktor gegenüber Depressionen dar, während für Frauen eher die Qualität der Partnerbeziehung das Depressionsrisiko beeinflusst. Aktuelle Studien zeigen, dass Berufstätigkeit vor Depressionen schützt, und zwar Männer wie Frauen.

Grundsätzlich wirkt Berufstätigkeit im Sinne eines Stresspuffers, der Belastungen in anderen, z.B. familiären Rollenbereichen, abmildern kann. Dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad: Rollenüberlastungen gehen dagegen einher mit reduziertem psychischen Wohlbefinden und erhöhen das Depressionsrisiko. Empirische Belege hierfür finden sich z.B. bezüglich der Asymmetrie familiärer Rollen in Familien mit kleinen Kindern oder für die Pflege bedürftiger Familienangehöriger, die in den weitaus meisten Fällen Aufgabe von Frauen ist. Nach der „Cost of Caring“-Hypothese haben Männer und Frauen dasselbe Risiko, auf belastende Lebensereignisse mit einer Depression zu reagieren. Frauen sind jedoch aufgrund ihrer Geschlechtsrolle mehr kritischen Lebensereignissen ausgesetzt, die ihr näheres und weiteres soziales Umfeld betreffen, und sie sind gegenüber solchen Ereignissen vulnerabler als Männer (zsf. Kühner, 2007).

Spezielle Stressoren stellen körperliche, psychische und sexuelle Gewalt dar. Während Gewalt in Partnerschaften von Männern und Frauen ausgeht, sind Frauen als Opfer deutlich häufiger betroffen. Sexueller Missbrauch in der Kindheit ist bei Männern und Frauen mit Depressionen und anderen psychischen Störungen im Erwachsenenalter assoziiert. Mädchen sind dabei einem doppelt so hohen Missbrauchsrisiko ausgesetzt. Während Mädchen in Reaktion auf den Missbrauch später häufiger Depressionen als Jungen entwickeln, finden sich bei diesen später häufiger Substanzmissbrauch und nach außen gerichtete psychische Störungen (z.B. Garnefski & Arend, 1998; zsf. Kühner, 2007).

So sind betroffene Jungen aufgrund ihrer psychischen Problematik häufiger in Gefängnissen und Suchtkliniken anzutreffen als in psychiatrischen Krankenhäusern (Putnam, 2003). Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass geschlechtsspezifische Sozialisationsprozesse die Ausformung emotionaler Reaktionen gegenüber negativen Stimmungen und Stressoren beeinflussen und damit zur Erklärung der unterschiedlichen Risiken für die Entwicklung von Internalisierungs- und Externalisierungsstörungen beitragen (z.B. die oben beschriebene erhöhte Grübelneigung von Mädchen und Frauen als Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung).

Den Einfluss von Geschlechtsrollenaspekten auf das Ungleichgewicht in den Depressionsraten legt eine aktuelle Studie der WHO mit über 70.000 Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen nahe (Seedat et al., 2009). Hier zeigte sich in 11 der 15 untersuchten Länder eine deutliche Annäherung der Depressionsraten in jüngeren Alterskohorten. Diese Annäherung stand in deutlichem Zusammenhang mit Veränderungen der traditionellen Geschlechtsrolle der Frauen in den jeweiligen Ländern.

Psychotherapeutische Behandlung von depressiven Männern und Frauen

Ähnlich wie bei somatischen Behandlungen der Depression wird der Genderaspekt auch im Bereich psychotherapeutischer Behandlungsansätze eher vernachlässigt. So fehlen in der Psychotherapieforschung theoriegeleitete Interventionsansätze, die geschlechtsspezifische Faktoren explizit berücksichtigen. Insgesamt liegen nur wenige Ergebnisse zur differenziellen Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen vor. Dabei handelt es sich i.d.R. um post-hoc Analysen von Studien, die ursprünglich nicht auf die Untersuchung geschlechtsspezifischer Faktoren ausgerichtet waren. Für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

finden sich aufgrund der vorliegenden Studienlage keine Unterschiede in der Wirksamkeit bei depressiven Männern und Frauen im Einzel- und im Gruppensetting (zsf. deJong-Meyer et al., 2007; Watson & Nathan, 2008), lediglich eine frühere Studie fand, dass bei Patienten und Patientinnen mit initial hoher Symptomschwere Männer eine etwas schnellere Symptombesserung zeigten (Thase et al., 1994). Eine aktuelle Studie zur Interpersonellen Therapie (IPT) im stationären Setting fand keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Symptombesserung nach fünfwöchiger Behandlung (Schneider et al., 2008).

Bei der stationären Entlassung wiesen Männer zwar eine höhere Remissionsrate auf, nach 3–12 Monaten war dieser Unterschied jedoch nicht mehr präsent.² In der perinatalen Phase stellt Psychotherapie, insbesondere bei leichten und mittelschweren Depressionen, die Methode erster Wahl dar, da hier Antidepressiva nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abschätzung verordnet werden sollten. Zur Wirksamkeit von Psychotherapie speziell für Depressionen in der Schwangerschaft liegen bislang nur zwei Studien vor, die der IPT Wirksamkeit zuschreiben (Spinelli & Endicott, 2003; Grothe et al., 2009). Hier ist weiterer Forschungsbedarf notwen-

² Die Interpersonelle Therapie (IPT) ist eine psychodynamisch orientierte Kurzzeittherapie, die auf die Behandlung unipolarer Depressionen zugeschnitten ist. Die IPT geht davon aus, dass Depressionen in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext entstehen.

dig. Besser ist die Studienlage bei der Behandlung postnataler Depression. Hier zeigt sich, dass verschiedene psychologische Interventionen gut akzeptiert werden und günstige Wirkungen aufzeigen.

Neben KVT, IPT und psychodynamischer Kurzzeittherapie zeigten sich in Studien auch rein psychoedukative Gruppen sowie nicht-direktive Beratung und Betreuung durch Krankenschwestern und Paraprofessionelle in der Behandlung postnataler Depressionen bei Männern als wirksam. Reine Vorbeugungsprogramme, die durch psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft versuchen, postpartale Depressionen zu verhindern, zeigen zumindest bei Frauen ohne erhöhtes Depressionsrisiko dagegen bislang kaum präventive Effekte (zsf. deJong-Meyer et al., 2007). An dieser Stelle soll auch auf das relativ häufige Vorliegen einer postnatalen Depression bei Männern hingewiesen werden, die mit einer geschätzten Prävalenz von ca. 4–9 % ein signifikantes Public Health Problem darstellt. Studien zeigen, dass väterliche postpartale Depressionen das Risiko für die Entwicklung von emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern erhöhen, insbesondere bei Jungen (z.B. Ramchandani et al., 2005).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass größere Vergleichsstudien zur differenziellen Wirksamkeit psychotherapeutischer

Verfahren bei Männern und Frauen wünschenswert sind, ebenso die Weiterentwicklung und Überprüfung psychotherapeutischer Verfahren im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Postpartum, auch unter Etablierung adäquater stationärer und ambulanter Behandlungssettings.

Literatur

- Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 252:201–209.
- Avis NE. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of Women Quarterly* 27:91–100.
- Beck CT. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 50:275–85.
- Belle D, Doucet J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly* 27:101–13.
- Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. (2006). Risk for New Onset of Depression During the Menopausal Transition: The Harvard Study of Moods and Cycles. *Archives of General Psychiatry* 63:385–90.
- Crick NR, Zahn-Waxler C (2003). The development of psychopathology in females and males: current progress and future challenges. *Developmental Psychopathology* 15:19–42.
- Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 57:21–27.

- Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee BH, Bienvenu OJ, Zandi P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 65:513–20.
- Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. (2006). Associations of Hormones and Menopausal Status With Depressed Mood in Women With No History of Depression. *Archives of General Psychiatry* 63:375–82.
- Garnefski N, Arend E (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence* 21:99–107.
- Ge X, Conger RD, Elder GH (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology* 37:404–417.
- Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services* 60:313–321.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Häfing C, Häfner M, Pfister H et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34:597–611.
- deJong-Meyer, R.; Hautzinger, M.; Kühner, C.; Schramm, E. (2007): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe
- Kühner C (2007). Warum leiden Frauen häufiger unter Depression? In S. Lautenbacher, O. Güntürkün, M. Hausmann (Hrsg.) *Geschlecht und Gehirn*. S. 331–350. Heidelberg: Springer
- deJong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C, Schramm E (2007). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J (2007). Male Depression in einer Stichprobe junger Männer. Risiko und Symptomprofil. *Nervenarzt* 78:641–650.
- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science* 3:400–24.
- Perlis RH, Fraguas R, Fava M, Trivedi MH, Luther JF et al. (2005). Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorders: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Journal of Clinical Psychiatry* 66:159–66.
- Putnam FW (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:269–278.
- Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 365:2201–5.
- Schneider D, Zobel I, Härter M, Kech S, Berger M, Schramm E. (2008). Wirkt die interpersonelle Psychotherapie besser bei Frauen als bei Männern? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 58:23–31.
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC et al. (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry* 66: 785–795.
- Spinelli MG, Endicott J (2003). Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. *American Journal of Psychiatry* 160:555–562.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 157:1552–62.
- Thase, M.E., Reynolds, C.F., Frank, E., Simons, A.D., McGeary, J., Fasiczka, A.L., Garamoni, G.G., Jennings, J.R. & Kupfer, D.J. (1994). Do depressed

men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? American Journal of Psychiatry 151:500–505.

- Watson HJ, Nathan PR. (2008). Role of gender in depressive disorder outcome for individual and group cognitive-behavioral treatment. Journal of Clinical Psychiatry 64:1323–37.
- Wise DD, Felker A, Stahl SM (2008). Tailoring treatment of depression for women across the reproductive life cycle; the importance of pregnancy, vasomotor symptoms, and other estrogen-related events in psychopharmacology. CNS Spectrum 13:647–662.

Autorin

Prof. Dr. Christine Kühner

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Arbeitsgruppe Verlaufs- und Interventionsforschung

Postfach 122120

68072 Mannheim

E-Mail: christine.kuehner@zi-mannheim.de

ANTIDEPRESSIVA – SPIELT DAS GESCHLECHT EINE ROLLE?

Dr. med. Sara-Maria Haack

Geschlechtsspezifische Unterschiede verschiedener Aspekte der depressiven Erkrankung sind beschrieben worden [Übersicht z.B. 1–4]. Die Prävalenz der depressiven Erkrankung ist bei Frauen circa zweifach erhöht gegenüber Männern, auch die Sonderform der so genannten saisonalen Depression ist bei ihnen häufiger.

Bei Frauen sind häufiger so genannte atypische Symptome wie Hypersomnie und Hyperphagie, wohingegen bei Männern häufig auf den ersten Blick weniger die typische gedrückte Stimmung imponiert, sondern eine Gereiztheit oder Anspannung beschrieben wird. Psychiatrische Comorbidität mit Angst- und Panikstörungen, Somatisierung oder Essstörung wird bei Frauen ebenfalls häufiger beschrieben als bei Männern, wohingegen bei diesen wiederum Alkoholmissbrauch oder gar -abhängigkeit häufiger ist. Weitere Unterschiede, welche die Diagnose und den Behandlungsverlauf beeinflussen können, sind bspw.



Selbstwahrnehmung, Geschlechterrolle, Umgang mit depressiven Symptomen und die größere Tendenz der Frauen, professionelle Hilfe bei psychischen Problemen in Anspruch zu nehmen.

Geschlechtsspezifische Aspekte in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik

Geschlechtsspezifische Aspekte von Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Arzneistoffen erfahren in der Forschung wie auch in der Praxis zunehmendes Interesse. Sowohl für Pharmakokinetik als auch Pharmakodynamik sind zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede identifiziert worden [Übersicht z.B. 5,6].

Die Pharmakokinetik beschreibt die Prozesse, denen ein Arzneistoff im Körper unterliegt; die Pharmakodynamik ist die Lehre über die Effekte des Arzneistoffes, also Wirkung und Nebenwirkung. Für Resorption und Verteilung der Antidepressiva ist von Bedeutung, dass diese größtenteils lipophile Stoffe sind. Geschlechtsspezifische Unterschiede, welche die Kinetik beeinflussen können, sind bspw. der niedrigere Magensäuregehalt bei Frauen, die geringere Aktivität von Transportern in der Darmmembran wie bspw. p-Glucoprotein und Unterschiede in der Dauer der Magen-Darm-Passage. So konnte gezeigt werden, dass die Motilität des Magen-Darm-Traktes bei Frauen unter Progesteroneinfluss, also zyklusabhängig wie auch in der Schwangerschaft,

stark verlangsamt ist. Für die Verteilung eines Arzneistoffes ist zu beachten, dass Frauen im Schnitt ca. 10 kg leichter sind und ein anderes Verhältnis von Körperfett zu Muskelmasse haben mit größerem Verteilungsvolumen für die lipophilen Antidepressiva, was wiederum die Konzentration an der Zielstruktur beeinflussen kann. In Abhängigkeit des Menstruationszyklus bzw. in der Schwangerschaft unterliegt auch der Wassergehalt des weiblichen Organismus starken Schwankungen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind des Weiteren beschrieben worden für die hepatische Durchblutung. Die wohl bedeutendsten Unterschiede sind für die Aktivität des Cytochrom P450-Enzymsystems der Leber bekannt (v.a. 3A4, 1A2, 2D6 und 2C19), über welche Arzneistoffe aber auch körpereigene Stoffe um- und abgebaut werden [6]. Es konnten Plasmakonzentrationsunterschiede von Antidepressiva zwischen Männern und Frauen trotz gleicher Dosis festgestellt werden, welche hierauf zurückgeführt worden sind. Bspw. konnten für die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluvoxamin und Sertralin zwischen 50 % und 100 % höhere Konzentrationen bei Frauen festgestellt werden [7,8,9]. Aber auch für Antidepressiva anderer Klasse wie bspw. trizyklische Antidepressiva (TCA) konnten höhere Spiegel bei Frauen nachgewiesen werden [10–15]. Zudem müssen weitere Einflussfaktoren auf die hepatische Metabolisierung mit geschlechts-

spezifischer Ausprägung beachtet werden. Hier sind zu nennen neben der oralen Kontrazeption auch endogene Schwankungen der weiblichen Hormone, d.h. Menstruationszyklus, Schwangerschaft und Menopause, sowie Enzymaktivierung oder -hemmung durch andere Medikamente wie bspw. Johanniskraut (Aktivierung von CYP3A4), außerdem durch Rauchen (Aktivierung von 1A2), Alkohol und manche Nahrungsmittel (bspw. Hemmung von CYP 3A4 durch Grapefruitsaftbestandteile).

Pharmakodynamische Unterschiede zwischen Männern und Frauen, welche bspw. für Herz-Kreislaufmedikamente wie auch zentralwirksame Stoffe gefunden werden konnten, werden u.a. auf den Einfluss der Sexualhormone und auf genetische Prädispositionen mit Unterschieden in der Zielstruktur des Pharmakons zurückgeführt [5–7]. Inwieweit pharmakogenetische Effekte primär mit dem Geschlecht assoziiert sind, ist Gegenstand aktueller Forschung. Ebenso ist zurzeit noch unklar, inwieweit Unterschiede der Zielstruktur des Pharmakons wie u.a. Rezeptordichte, Hirnstruktur und Neurotransmitterkonzentrationen tatsächlich auch von klinischer Relevanz sind, d.h. im Sinne von veränderter Wirksamkeit und/oder Nebenwirkungsrisiko mit der Konsequenz geschlechtsspezifischer Dosierungsempfehlungen [4]. Auch wenn die aktuelle Datenlage zu diesem Gebiet die beste Evidenz für die Unterschiede des CYP450-Systems bietet, ist auch deren klinische

Relevanz noch unklar, da auch deutlich höhere Plasmakonzentrationen ohne Veränderung klinischer Parameter beobachtet werden konnten. Es müssen vermutlich mehrere Faktoren zusammenkommen, um tatsächlich in einer klinischen Auswirkung im Sinne von veränderter Wirksamkeit oder von Nebenwirkungen zu resultieren. Allerdings sind mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede in Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten lange Zeit in Forschung wie auch Klinik nicht berücksichtigt worden.

Die Zulassungsstudien für den Großteil der aktuell zum Einsatz kommenden Antidepressiva stammen aus einer Zeit, als Frauen zumindest in den frühen, d.h. Phase 1 Studien der klinischen Prüfung nicht eingeschlossen worden sind. Vor allem aufgrund der katastrophalen Erfahrungen mit Thalidomid¹ und der Sorge vor Schadensersatzansprüchen, aber auch aus methodischen Gründen, wie den Einfluss von Menstruationszyklus oder oralen Kontrazeptiva auf die Pharmakokinetik, sind Frauen bis in die 90er Jahre hinein konsequent aus klinischen Prüfungen herausgehalten worden [16]. Erst seitdem die FDA² explizit die Berücksichtigung

des weiblichen Geschlechts in den Studien verlangt, damit ein Wirkstoff zugelassen werden kann, und auch die europäische Zulassungsbehörde bzw. Deutschland mit der Novellierung des AMG³ 2004 nachgezogen ist, tauchen nach und nach geschlechtsspezifische Hinweise in den Fachinformationen auf und die Sensibilität für geschlechtsspezifische Unterschiede steigt [17–20].

Zunehmend wird sich auch mit der Frage beschäftigt, inwieweit geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung mit Antidepressiva bestehen [1–4, 21–24]. Unser Wissen hierzu basiert v.a. auf retrospektiv hinsichtlich möglicher geschlechtsspezifischer Unterschiede ausgewerteten Studien, wohingegen Studiendesigns mit Ausrichtung explizit auf die Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden fehlen, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse begrenzt ist. Die Meta-Analysen bzw. gepoolte Studien haben in der Regel den Vorteil einer größeren Fallzahl. Allerdings bestehen sie aus einem heterogenen Patientenkollektiv, so dass zusätzliche Effekte anderer Einflussvariablen als das Geschlecht schwer berücksichtigt werden können.

¹ Contergan

² FDA: Food and Drug Administration – Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten

³ AMG: Arzneimittelgesetz

Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Wirkung von Antidepressiva

TCA versus Monoamin-Oxidase-Hemmer (MAOI)

Eine relativ frühe Auswertung gepoolter Studiendaten hat gezeigt, dass bei den eingeschlossenen Frauen TCA weniger wirksam waren als MAOI und bei den Männern ein umgekehrte Effekt zu beobachten war [25]. Eine deutlich größere Meta-Analyse von Studien zur Wirksamkeit von Imipramin als ein TCA hat ebenfalls eine höhere Response-Rate bei Männern im Vergleich zu Frauen zeigen können [14], wohingegen eine Meta-Analyse von insgesamt fast 4000 Patientendaten keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Response-Rate unter Behandlung mit Imipramin oder Amitriptylin hat feststellen können [26].

Clomipramin versus SSRI und MAOI

Auch Hildebrandt et al, welche Studien mit Clomipramin-Behandlung versus SSRI oder MAO-Hemmer analysiert haben, konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen [15]. Interessant ist, dass die Plasmakonzentration des Clomipramin bei den Frauen signifikant höher war als bei den Männern; ein Zusammenhang zwischen Geschlecht, Plasmakonzentration und Wirkung konnte anhand dieser Daten jedoch nicht identifiziert werden.

Altersabhängige Effekte – Hormonstatus der Frau

Es muss bedacht werden, dass bereits eine relativ alte Analyse Hinweise auf altersabhängige geschlechtsspezifische Effekte zeigt [27], welche auch in jüngeren Studien repliziert werden konnten [28–33]. Das Alter bzw. der Hormonstatus der Frau scheint modulierende Effekte auf die Wirksamkeit der verschiedenen Antidepressiva zu haben, was mittlerweile auch durch zahlreiche Studien unterstützt wird, in denen bspw. postmenopausale Frauen mit Depression entweder unter alleiniger Hormontherapie (Östrogene) oder unter der Kombination aus Antidepressiva und weiblichen Hormonen einen deutlichen Rückgang ihrer depressiven Symptomatik aufweisen [für Referenzen siehe z.B. 1,2].

TCA versus SSRI und MAOI

Vor allem bei den prämenopausalen Frauen scheint die TCA-Monotherapie deutlich schlechter zu wirken im Vergleich zu den Männern und zu SSRI oder MAOI, wohingegen vergleichbare Response-Raten unter TCA für postmenopausale Frauen und Männer beschrieben worden sind [27–33].

Quitkin et al haben Daten von ca. 1700 Patienten und Patientinnen analysiert, die in Studien mit TCA, dem SSRI Fluoxetin oder MAOI behandelt worden sind [29]. Für TCA und SSRI konnten

sie keinen geschlechtsspezifischen Unterschied feststellen. Eine Subanalyse getrennt in unter und über 50jährige zeigte ebenfalls eine Tendenz der besseren Wirksamkeit von TCA bei den älteren und von MAOI bei den jüngeren Frauen.

SSRI versus Maprotilin

Pinto-Meza et al berichteten ebenfalls einen negativen Einfluss der Menopause auf das Ansprechen einer SSRI-Therapie bei Frauen [30]. Martenyi et al haben Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit vom SSRI im Vergleich zu Maprotilin bei den Frauen zeigen können, wobei diese SSRI-Überlegenheit wiederum v.a. bei den prämenopausalen Frauen vorlag. Bei den Männern konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen SSRI und Maprotilin festgestellt werden [31].

SSRI versus Venlafaxin

Analysen von Studien zu SSRI versus Venlafaxin kamen zu dem Ergebnis, dass insgesamt Venlafaxin bei Männern und Frauen gleichermaßen dem SSRI überlegen zu sein scheint [32,33]. Bei den Frauen konnten wiederum altersabhängige Wirksamkeitsunterschiede der SSRI gefunden werden mit besserem Effekt bei den Prämenopausalen. Bei Venlafaxin fehlte dieser altersspezifische Effekt, das heißt Venlafaxin wirkte bei prä- und postmenopausalen Frauen vergleichbar gut. Dies bedeutet, dass der Vorteil

von Venlafaxin gegenüber SSRI bei den Älteren noch deutlicher ausgeprägt zu sein scheint als bei den Jüngeren.

Nebenwirkungen der Antidepressiva – geschlechtsspezifische Unterschiede

Es gibt aber nicht nur Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit, sondern auch bezüglich Nebenwirkungen der Antidepressiva. Allgemein ist bekannt, dass das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) ist [7].

Eine eigene Untersuchung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden von UAW unter Psychopharmaka hat für die Antidepressiva insgesamt festgestellt, dass in der Regel unspezifische und auch schwer zu objektivierende UAW von Frauen häufiger als von Männern angegeben werden wie bspw. Übelkeit und Schwindel. Leichte Unterschiede ließen sich auch für sexuelle Funktionsstörungen und die Rate der Antidepressiva-induzierten (Hypo)Manien finden, wobei insgesamt methodische Probleme bei Erfassung der UAW sowie weitere Einflussvariablen wie bspw. Symptome der Grunderkrankung und somatische Comorbidität die Aussagekraft erheblich einschränken [34].

Zusammenfassung

Zusammenfassend erlaubt die aktuelle Datenlage keine abschließende Beurteilung bzgl. Unterschieden in Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Antidepressiva zwischen Männern und Frauen. Die einzelnen Substanzklassen der Antidepressiva können nicht verallgemeinert betrachtet werden. Es gibt deutliche Hinweise, dass neben der Geschlechterzugehörigkeit v.a. das Alter im Sinne von Hormonstatus der Frau die Wirksamkeit moduliert. Die meisten Daten lassen sich für das trizyklische Antidepressivum (TCA) Imipramin finden. Insgesamt gibt es deutliche Hinweise, dass TCA bei Männern wirksamer sind als bei Frauen, wobei die



schlechte Response v.a. prämenopausale Frauen betrifft. Bei diesen scheinen SSRI und möglicherweise auch MAOI vorteilhafter zu sein. Dringend gebraucht werden prospektive Studien mit dem primären Endpunkt geschlechtsspezifische Unterschiede. In diesen muss zudem sorgfältig kontrolliert werden bzgl. evtl. weiterer Einflussvariablen wie Alter, Depressionstyp, Symptomkonstellation, Comorbidität und -medikation u.a.. Auch geschlechtsabhängige psychosoziale Aspekte, zum Beispiel bezüglich Wahrnehmung, Coping und Berichterstattung von Wirkung und Nebenwirkungen, sind bedeutsam. Aber auch in der Grundlagenforschung und in Zulassungsstudien müssen Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden nachgeholt bzw. zur Regel werden.

Ausblick

Solange die Datenlage, auf der unser Wissen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden basiert, so lückenhaft ist, sollte der klinisch tätige Arzt die Ärztin eher von der größeren klinischen Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in Wirkung und Nebenwirkung ausgehen. Dies bedeutet u.a. sorgfältig hinsichtlich atypischer und geschlechtsspezifischer depressiver Symptomatik forschen, um zum einen die Diagnose nicht zu übersehen und zum anderen diese aber auch bei der Therapiewahl zu berücksichtigen. Eine genaue Anamnese, insbesondere zum Hormonstatus der Frau, eventueller Comedikation mit oraler Kon-

trazepktion, aber auch mit nicht-rezeptpflichtigen Präparaten oder Phytopharmaka und Lebensstilfaktoren wie bspw. Rauchen, ist essentiell. Insbesondere bei älteren und leichtgewichtigen Frauen mit hoher Comorbidität und Comedikation sollte ein Antidepressivum vorsichtig eindosiert werden, um eventuelle Nebenwirkungen bzw. ausreichende Wirkung auch schon im niedrigen Dosisbereich rechtzeitig zu identifizieren. Die Notwendigkeit eines gendersensiblen Umgangs mit Antidepressiva ist offensichtlich. Bei der Bewältigung dieser komplexen Aufgabe mit dem Ziel der bestmöglichen Patientenversorgung sind alle Beteiligten in Forschung und Praxis, Pharmaindustrie und Gesundheitspolitik gleichermaßen gefordert.

Literatur

- [1] Kornstein SG et al. Gender-specific differences in depression and treatment response. *Psychopharmacol Bull.* 2002;36(4 Suppl 3):99-112.
- [2] Frackiewicz E] et al. Gender differences in depression and antidepressant pharmacokinetics and adverse events. *Ann Pharmacother* 2000;34:80-88
- [3] Gorman JM. Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gend Med* 2006;3:39-109
- [4] Kornstein SG . Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58(15):12-18
- [5] Thürmann PA & Hompesch BC. Influence of gender on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1998;36:586-590
- [6] Thürmann PA. Geschlechtsspezifische Unterschiede in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005;48, 536-540
- [7] Thürmann PA. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Pharmakotherapie: Was ist gesichert? *Z Allg Med* 2006;82,380-384
- [8] Härter S et al. Nonlinear pharmacokinetics of fluvoxamine and gender differences. *Ther Drug Monit* 1998;20:446-449
- [9] Ronfeld RA et al. Pharmacokinetics of sertraline and its N-demethyl metabolite in elderly and young male and female volunteers. *Clin Pharmacokinet* 1997 ;32 :22-30
- [10] Preskorn SH & Mac DS. Plasma levels of amitriptyline: effect of age and sex. *J Clin Psychiatry* 1985 ;46 :276-277
- [11] Gex-Fabry M et al. Clomipramine metabolism. Model-based analysis of variability factors from drug monitoring data. *Clin Pharmacokinet* 1990;19(3):241-255
- [12] Dahl ML et al. Steady-state plasma levels of nortriptyline and its 10-hydroxy metabolite: relationship to the CYP2D6 genotype *Psychopharmacology* 1996 ;123 :315-319
- [13] Klamerus KJ et al. Effects of age and gender on venlafaxine and O-desmethylvenlafaxine pharmacokinetics. *Pharmacotherapy* 1996 ;16 :915-923
- [14] Hamilton et al. In : Jensvold et al. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996
- [15] Hildebrandt MG et al. Are gender differences important for the clinical effects of antidepressants? *Am J Psychiatry* 2003 ;160(9):1643-1650
- [16] Schmucker DL & Vesell ES. Underrepresentation of women in clinical drug trials. *Clin Pharmacol Ther* 1993;54:11-15
- [17] Merkatz RB. Women in clinical trials of new drugs. A change in Food and Drug Administration policy. The Working Group on Women in

- Clinical Trials. N Engl J Med 1993;329(4):292–296
- [18] Evelyn et al. FDA, 2001:www.fsa.gov/cder/reports/women_health/women_clin_trials.htm
- [19] Fleisch J et al. Women in early-phase clinical drug trials: have things changed over the past 20 years? Clin Pharmacol Ther 2005;78(5):445–452
- [20] Tenter U & Thürmann PA. References to sex-specific differences of druggffects in German SPCs for new entities from 1999–2004. Int J Clin Pharmacol Ther 2006;44:531
- [21] Yonkers KA & Brawman-Mintzer O. The pharmacologic treatment of depression: is gender a critical factor? J Clin Psychiatry 2002;63:610–615
- [22] Bies RR et al. Gender differences in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of antidepressants. J Gen Specif Med 2003;6(3):12–20
- [23] Sloan DM & Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. Psychiatr Clin North Am 2003;26(3):581–594
- [24] Scheibe S et al. Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? J Affect Disord 2003;75(3):223–235
- [25] Davidson J & Pelton S. Forms of atypical depression and their response to antidepressant drugs. Psychiatr Res 1986;17(2):87–95
- [26] Wohlfahrt T et al. Response to Tricyclic Antidepressants: Independent of Gender? Am J Psychiatry 2004 ;161 :370–372
- [27] Raskin A et al. Depression subtypes and response to phenelzine, diazepam, and a placebo. Results of a nine hospital collaborative study Arch Gen Psychiatry 1974;30(1):66–75
- [28] Kornstein SG et al. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression . Am J Psychiatry 2000;157(9):1445–1452
- [29] Quitkin FM et al. Are there differences between women’s and men’s antidepressant responses? Am J Psychiatry 2002 ;159(11):1848–1854
- [30] Pinto-Meza A et al. Gender differences in response to antidepressant treatment prescribed in primary care. Does menopause make a difference? J Affect Disord 2006;93(1–3):53–60
- [31] Martenyi F et al. Gender differences in the efficacy of fluoxetine and maprotiline in depressed patients: a double-blind trial of antidepressants with serotonergic or norepinephrinergic reuptake inhibition profile. Eur Neuropsychopharmacol 2001;11(3):227–232
- [32] Thase ME et al. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. Br J Psychiatry 2001 ;178:234–241
- [33] Entsuah AR et al. Response and remission rates in different subpopulations with major depressive disorder administered venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or placebo. J clin Psychiatry 2001 ;62(11):869–877
- [34] Haack S et al. Sex-specific differences in side effects of psychotropic drugs: genes or gender? Pharmacogenomics. 2009 Sep;10(9):1511–26

Autorin

Dr. Sara-Maria Haack
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
E-Mail: sara.haack@uniklinikum-dresden.de

PODIUMSDISKUSSION

Einleitung und Vorstellung des Podiums

Mein Name ist Ute Sonntag und ich werde die heutige Podiumsdiskussion moderieren. Als eine der Sprecherinnen der AG Gender und Depression freue ich mich sehr, dass wir Ihnen diese kompetente Runde präsentieren können, die mit uns über weitere Dimensionen der gendersensiblen Versorgung und Anforderungen an diese diskutieren werden. Zunächst aber möchte ich Ihnen unsere heutigen Gäste auf dem Podium kurz vorstellen:



Herr Dr. Sander ist seit dem Jahr 2000 leitender Arzt im Klinikum Wahrenndorff. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und hat eine Substitutionspraxis zur Behandlung von drogenabhängigen Personen. Herzlich willkommen.

Frau Dr. Schouler-Ocak ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und seit 2004 Oberärztin an der

Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Sie leitet dort die AG Migration und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie und hat vorher 11 Jahre lang Erfahrungen im Landeskrankenhaus Hildesheim u.a. in der Psychiatrischen Institutsambulanz gesammelt. Herzlich willkommen.

Herr Prof. Dr. Dietrich ist – leider scheidender – Koordinator des hiesigen Bündnisses gegen Depression, bisher stellvertretender Leiter der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, zukünftig Ärztlicher Direktor des AMEOS Klinikum Hildesheim. Herzlich willkommen.

Frau Dr. Perschke-Hartmann ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin und Soziologin mit dem Schwerpunkt Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Sie ist seit 1994 in der AOK beschäftigt und seit 2001 dort am Institut für Gesundheit consulting. Sie ist zudem mit der Leitung des Präventionsprogrammes „Gesund älter werden“ betraut, auf das später noch einmal näher eingegangen wird. Herzlich willkommen.

Frau Kleis ist seit 2007 Geschäftsführerin der Barmer Niedersachsen/Bremen. Sie ist Volkswirtin mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie. Sie ist bereits seit Anfang der 90er Jahre bei der Barmer Ersatzkasse beschäftigt, zunächst in der Zentrale in

Wuppertal und jetzt in Hannover. Wir freuen uns sehr, dass Sie da sind. Herzlich willkommen.

Frau Dr. Sonntag

Ich möchte mit Frau Dr. Schouler-Ocak und dem Thema Migration und Depression beginnen. Das ist ein Bereich, der in den bisherigen Vorträgen noch gar nicht thematisiert wurde. Aus diesem Grund möchte ich Sie bitten, uns zu sagen, worauf in der Praxis mit Migrantinnen und Migranten geachtet werden muss, um gendersensibel und zielgruppengenau mit diesen Menschen arbeiten zu können.

Frau Dr. Schouler-Ocak

Ich möchte mich zunächst recht herzlich für die Einladung bedanken. Ich bin sehr gern gekommen. Ich selbst habe auch einen Migrationshintergrund. Ich bin türkisch-stämmig und Ihre Frage ist für mich deshalb eine so sehr wichtige, weil 18,6 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund besitzen (15,3 Mio. Menschen nach dem Mikrozensus 2005). 50 % davon sind Frauen. Auch bei uns in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus sind 50 % der behandelten Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund Frauen.

Um nun auf Ihre Frage einzugehen, worauf bei dem Thema Frauen und Depression in der Praxis geachtet werden muss, um gendersensibel arbeiten zu können, ist zunächst zu sagen, dass es in erster Linie wichtig ist, mit den betroffenen Personen in eine kommunikative Beratung zu gelangen.

Das bedeutet, es muss eine Verständigung, die interkulturelle Kommunikation, hergestellt werden, in der sich die betroffenen und beratenden Personen gegenseitig verstehen und verstanden werden können. Wenn diese Voraussetzung nicht gegeben ist, kann auch keine vollständige und richtige Anamnese erstellt werden, auf der die spätere Behandlung aufbaut.

Leider werden in der Praxis nach wie vor Laienübersetzer zu Hilfe gerufen, z.B. Kinder, Verwandte, Bekannte. Als beratende Person können Sie dabei nie genau wissen, was übersetzt wird und ob das, was Sie den Betroffenen sagen, auch wirklich so bei ihnen ankommt. Aus diesem Grund ist es wichtig, professionelle Sprach- und Kulturmittler einzusetzen, auch wenn die Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Dadurch können mögliche Missverständnisse vermieden bzw. ihnen vorgebeugt werden. Daher wird bei uns auf die Hilfestellung professioneller Übersetzender, auch wenn die Kosten nicht geklärt sind, nicht verzichtet. Die Depression hat viele Gesichter und kann jede

bzw. jeden treffen. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Je nach kulturellem Hintergrund existieren verschiedene Symptomkonstellationen, lokaltypische Symptommuster, um die Depression zum Ausdruck zu bringen. Auch die Symptompräsentationen können sehr unterschiedlich sein und evtl. nicht erkannt werden. Schwere Depressionen äußern sich kulturübergreifend ähnlich, während leichtere Formen kulturell bedingt unterschiedlich präsentiert bzw. dargestellt werden können.

Frau Dr. Sonntag

Das Dolmetschen in der medizinischen Versorgung wird zunehmend zum Standard. Inwieweit muss da auf den Genderaspekt geachtet werden? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Frau Schouler-Ocak

Da der Migrationsprozess aus mehreren Stufen besteht und jede einzelne Stufe ihre eigenen Belastungsfaktoren mit sich bringt, ist es wichtig, auf diese zu achten, und vor allem bei den Frauen darauf, welche Vergangenheit sie haben, welche Erfahrungen sie gemacht haben, wo und unter welchen Umständen sie nach Deutschland gekommen sind. All diese Dinge können sehr gut erfragt werden, wenn bei den übersetzenden Personen auf das Geschlecht geachtet wird. D.h. es ist ratsam, bei einer betroffenen Frau auch eine weibliche Sprach- und Kulturmittlerin



einzusetzen. Des Weiteren sei in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hingewiesen, dass in unterschiedlichen kulturellen Kontexten auch unterschiedliche Begrifflichkeiten für Erkrankungen, Befindlichkeiten und für eine Depression verwendet werden. Es gibt z.B. Kulturen, in denen es den Begriff „Depression“ gar nicht in der Form gibt und z.B. über Organchiffren oder Symptome beschrieben werden. Wenn diese Hintergründe nicht bekannt sind, ist es uns als beratende Personen nicht möglich, gezielt zu fragen bzw. die Beschreibungen gezielt zu interpretieren.

Frau Dr. Sonntag

Beschreiben Männer ihre Depression bzw. ähnliche Symptome anders als Frauen?

Frau Schouler-Ocak

Prinzipiell ist diese Frage sehr schwierig zu beantworten, aber es gibt Hinweise darauf, dass Frauen mit Migrationshintergrund ihre Symptome wesentlich mehr auf der körperlichen Ebene darstellen als Männer. Männer sind meist mehr in sich gekehrt. Aber ich möchte das an dieser Stelle nicht verallgemeinern. Es gibt sehr unterschiedliche Darstellungen, je nach dem, aus welchen kulturellen Kontexten die betroffenen Personen kommen.

Frau Dr. Sonntag

Herr Dr. Sander, Sie sind Leiter der Arbeitsgruppe „Mittleres Lebensalter“ im Bündnis gegen Depression in der Region Hannover und diskutieren in dieser AG die Arbeitswelt im Besonderen. Wie stellt sich Depression und Gender in der Arbeitswelt dar? Um welche Problembereiche geht es? Welche Berufe sind besonders betroffen? Können Sie uns da Beispiele nennen?

Herr Dr. Sander

Neben dem sozialen und kulturellen Kontext nimmt der arbeitsweltbezogene Kontext ebenfalls einen großen Stellenwert ein, wenn es darum geht, zu ergründen, warum sich eine Depression bei manchen Personen herausbildet. Bestimmte arbeitsbedingte Belastungen können sich unterschiedlich auf Individuen und ihre Gefühlen auswirken und unter anderem auch zu einer psychischen Störung führen. Der aktuelle Artikel im Ärzteblatt zum Thema „Suchtmittelkonsum bei Ärzten“ zeigt auch, dass mit Belastungen am Arbeitsplatz unterschiedlich umgegangen wird.

Solche Kontexte und Dimension müssen zukünftig mehr untersucht und angesprochen werden. Obwohl z.B. Krankenhäuser eine enorme Belastung in der Pflege aufweisen, glaube ich aber nicht, dass die vorliegende Erkrankungshäufigkeit beim Pflegepersonal speziell krankenhausspezifisch oder pflegespezifisch ist, sondern an dieser Stelle sollte eher genderspezifisch geschaut werden und vor allem darauf, wie die Arbeitswelt dort mit dieser psychischen Belastung überhaupt umgeht. Diesem Thema und den unterschiedlichen Aspekten der Depression widmen wir uns in der Arbeitsgruppe des Bündnisses. Wir gehen den Fragen nach, was sind psychische Belastungen in der Arbeitswelt, welche psychischen Erkrankungen gibt es und wie können wir letztlich damit umgehen.

Frau Dr. Sonntag

Frau Dr. Perschke-Hartmann, Sie arbeiten für das Präventionsprogramm „Gesund älter werden“, für das Sie 2005 den Nationalen Präventionspreis und 2006 einen Ehrenpreis im Rahmen des Berliner Gesundheitspreises bekommen haben. Inhaltlich geht es um ältere Menschen und Depression und das Verhindern von Depression im Alter. Auf welchen Grundannahmen beruht Ihr Präventionsprogramm und was machen Sie?

Frau Dr. Perschke-Hartman

Das Programm „Gesund älter werden – präventive Hausbesuche bei Älteren“ ist ein Präventionsprogramm, um den allgemeinen Gesundheitszustand der älteren Menschen zu erhalten und zu verbessern. Ein Aspekt des Programms ist es, ältere Menschen aufzusuchen, sie zu aktivieren und sie zurück in die soziale Teilhabe zu bringen, da sich viele Menschen im höheren Lebensalter zurückziehen, ihre Lebenspartner verlieren und weniger schnell neue soziale Kontakte knüpfen. Ein zweiter Aspekt des Programms ist, mit geriatrischen Vorsorgeuntersuchungen Symptome zu erfassen, die unter anderem darauf hinweisen können, dass möglicherweise eine Erkrankung, z.B. eine Depression, vorliegt. Der Hintergrund ist, dass wir davon ausgehen, dass ältere Menschen dazu neigen, dem Hausarzt bzw. der Hausärztin nicht alles zu erzählen, und sich aktiver geben, als sie es eigentlich sind.

Unsere Zahlen zeigen, dass 20–25% der an diesem Programm teilnehmenden Personen in den Verdacht geraten, an einer depressiven Erkrankung zu leiden. Das Präventionsprogramm ist demnach nicht nur darauf ausgerichtet, depressive Erkrankungen zu vermeiden, aber es kann frühzeitig solche aufzeigen.

Frau Dr. Sonntag

Frau Kleis. Die BARMER ist seit mehreren Jahren ausgewiesen als eine der Krankenkassen, die sich gezielt mit dem Thema Gender auseinandersetzt und viel im Bereich Frauen und Gesundheit arbeitet. Da die Depression sehr hohe Zuwachsraten aufweist und bei Ihnen weit oben auf der Agenda steht, ist nun meine Frage, wie bei Ihnen mit dem Zuwachs von depressiven Erkrankungen und vor allem mit den hohen Zuwachsraten von Frauen umgegangen wird.

Frau Kleis

Der Aufwärtstrend bei psychischen Erkrankungen hält unvermindert an. Sie haben in den vergangenen sechs Jahren kontinuierlich zugenommen, wobei die Depression dabei als die häufigste psychische Erkrankung gilt. Der „Gesundheitsreport 2009“, der die Analyse des AU-Geschehens (Arbeitsunfähigkeit) bei der BARMER liefert, verdeutlicht diesen Trend: Im Jahre 2008 basierten 23,7% der AU-Tage auf Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems,

16,8 % auf psychischen Erkrankungen, 14,6 % auf Atemwegserkrankungen und 8,1 % auf Verletzungen. Die wichtigste Einzeldiagnose lautet jedoch „Depression“. Sie macht 27,7 % der AU-Fälle und 35,5 % der Erkrankungsdauer bei psychischen Störungen aus. Des Weiteren war anhand dieser Daten festzustellen, dass es bezüglich der Häufigkeit und der Dauer der Erkrankung geschlechtsspezifische Unterschiede gibt: Frauen leiden insgesamt häufiger an psychischen Erkrankungen als Männer (sie haben einen fast 40 % höheren Anteil). Bezogen auf die Genesung einer psychischen Erkrankung dauert diese jedoch bei Männern durchschnittlich 2,1 Tage länger. Die BARMER hat es sich zur Aufgabe gemacht, mit verschiedenen Maßnahmen diesem Trend zu begegnen. Zum einen ist die Information und Aufklärung der Versicherten ein ganz wichtiger Aspekt.

Dazu wurde von der Koordinierungsstelle für Gender eine Broschüre entwickelt. Diese Kolleginnen und Kollegen wurden speziell für das Thema Gender ausgebildet und sorgen für eine nachhaltige Umsetzung in allen Bereichen. Neben der Weitergabe allgemeiner Informationen gibt es das Programm „Depression. Erkennen. Verstehen. Behandeln.“ Die BARMER geht gezielt auf die Versichertengruppen zu, bei denen aus den Diagnosegruppen und aus den Krankheitsverläufen heraus zu erkennen ist, dass die Behandlungsfolge nicht wie zu erwarten ist. Wir haben es uns zur

Aufgabe gemacht, sie in Beratungsgesprächen zu unterstützen, Termine zu vereinbaren und ihnen unser Behandlungsangebot darzustellen, um überhaupt erst einmal in Erfahrung zu bringen, was der Bedarf unserer Versicherten ist. Ein dritter wesentlicher Aspekt ist das betriebliche Gesundheitsmanagement, da Belastungen am Arbeitsplatz u.a. auch zur Herausbildung einer Depression beitragen können.



Wir bieten den Betrieben unsere Unterstützung zur Einrichtung von Qualitätszirkeln an und um die Arbeitsplatzsituation verbessern zu können, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach ihren spezifischen Belastungssituationen sowie nach ihrem Alter und Geschlecht befragt.

Frau Dr. Sonntag

Prof. Dietrich. Ich möchte nun auf die Verbesserung der Versorgung zu sprechen kommen. Welche Handlungsnotwendigkeiten stehen für Sie an erster Stelle, um die Versorgung zu verbessern und um zielgruppengenau und genderspezifisch arbeiten zu können?

Herr Prof. Dr. Dietrich

Die Daten, die wir bisher heute hier gehört haben, haben gezeigt, dass die Datenlage noch sehr in ihren Anfängen steckt. Die Studien und Auswertungen, die wir haben und mit denen wir arbeiten, sind bisher retrospektive Auswertungen. Und die Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die bisher gefunden werden konnten, sind meiner Meinung nach kleinere Unterschiede. Ich denke, zunächst sollte untersucht werden, welche Besonderheiten der Depression es gibt, um dann z.B. die männliche Depression besser diagnostizieren zu können.

Gleichzeitig spielt aber auch die Sensibilisierung und Aufklärung eine entscheidende Rolle, um die Versorgung künftig verbessern zu können, z.B. sollten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige von Betroffenen darauf aufmerksam gemacht werden, dass auch Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit möglicherweise eine depressive Symptomatik verdecken können.

Ich denke, wenn diese ersten Schritte getan sind, würde schon sehr viel erreicht werden und anschließend können dann andere Aspekte nach und nach angegangen werden.

Langfristig gesehen ist es natürlich wichtig, den Genderaspekt in allen Bereichen immer mehr zu berücksichtigen. Deshalb ist auch die heutige Veranstaltung darauf bedacht, alle Aspekte, die eine Depression betreffen können, zu bedenken. Aber auch hier stehen wir noch am Anfang und das Bewusstsein wird mit der Zeit wachsen, so dass es uns zunehmend leichter fallen wird, all die anderen Aspekte mit in unsere Arbeit einzubeziehen. Zunächst sollten wir aber den Fokus unserer Arbeit auf die großen Effekte legen, die wir im Rahmen des Regionalen Bündnisses erzielen können. D.h. gendersensible Aufklärungsarbeit leisten, sowohl bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Betroffenen und Angehörigen. Das wäre ein erster wichtiger Schritt.

Frau Dr. Sonntag

Meine Frage an alle auf dem Podium: Welche Handlungsempfehlungen wären Ihnen wichtig? Was müsste aus Ihrer Sicht jeweils für die verschiedenen Zielgruppen erreicht werden? Aber zunächst eine Frage an Herrn Sander: Ist der Alkoholismus der Männer die verkappte Depression der Männer? Was sagen Sie als Suchtexperte dazu?

Herr Dr. Sander

Als Psychiater würde ich mich um eine klare Antwort. Bei unseren Patientinnen und Patienten ist zu beobachten, dass eine affektive Beteiligung als Symptom einer schweren depressiven Erkrankung gehäuft zu diagnostizieren ist. Es wird oft davon gesprochen, dass einer Depression bei Männern häufig eine Abhängigkeit folgt. Das sehe ich jedoch nicht so. Meiner Meinung nach sind im Symptomverlauf einer Depression bei Männern und Frauen einfach Unterschiede zu finden. Möglicherweise haben wir die falschen oder noch nicht ausreichenden Skalen, um depressive Erkrankungen entdecken zu können.

Es gibt eben auch unspezifische Symptome, die nicht direkt und unmittelbar einer Depression zugeordnet werden können. Vorhin wurde von Reizbarkeit, Aggressivität und Alkoholkonsum gesprochen als mögliche Symptome bei Männern. Das könnte jedoch auch den Ausdruck eines Spannungszustandes darstellen und letztlich eine Coping-Strategie sein, eine Form der Selbstbehandlung, wie das Frau Haack auch in ihrem Vortrag angedeutet hat.

Es gibt selbstverständlich Depressionen, denen eine Abhängigkeit folgt, jedoch kann das sowohl für Männer als auch für Frauen zutreffen. Das darf dabei nicht vergessen werden. Die Genderbetrachtung sollte immer in beide Richtungen vorgenommen wer-

den, für Frauen und für Männer, um den Unterschied zwischen beiden Geschlechtern heraus zu stellen.

Frau Dr. Sonntag

Herr Sander, ich bin Ihnen für den Hinweis dankbar, dass Sie sagten, vielleicht kennen wir noch nicht die Skalen oder wissen noch nicht, worauf wir genau schauen müssen. Auch Frau Kühner hat in ihrem Vortrag angedeutet, dass wir noch nicht sehr viel wissen. Sie hat ebenfalls gesagt, dass es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Therapie gibt. Aber da, denke ich, gibt es gegenteilige Hinweise, die auf den Erfahrungen der Frauenberatungsstellen und der feministischen Therapie beruhen. Ich glaube auch, dass in diesem Bereich noch nicht genügend geforscht worden ist und mein Fazit lautet, dass von denjenigen, die in Männer- und Frauenzusammenhängen arbeiten und therapieren, belastbare Studien gemacht werden müssen.

Frau Schouler-Ocak

Ich möchte kurz auf das Thema des sozialen Status bei Migrantinnen und Migranten eingehen. 18,6% der Menschen in Deutschland besitzen einen Migrationshintergrund und je jünger die Menschen sind, desto größer ist ihr jeweiliger Anteil an der Gesamtbevölkerung: Fast 27% der unter 25-jährigen deutschlandweit, fast 40% der unter 18-jährigen und fast 50% der unter

16-Jährigen in Berlin haben einen Migrationshintergrund. Die meisten von ihnen befinden sich in einer schlechten sozialen Lebenslage. Fast 33 % der türkisch-stämmigen Jugendlichen hat keinen Schulabschluss, geschweige denn eine Lehrstelle oder einen Job. Schlechte Bildung, schlechte finanzielle Situationen und geringe Kenntnisse über das hiesige Gesundheitssystem sowie andere – kulturbedingte – Faktoren (z.B. Schamgefühl) führen dazu, dass die Barriere der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bei Personen mit Migrationshintergrund wesentlich höher ist. Gerade weil es so schwer ist, die betroffenen Menschen überhaupt zu erreichen, ist in diesem Bereich noch sehr viel zu tun.

Viele Migrantinnen und Migranten kennen zudem die so genannte „Komm-Struktur“ in unserem Gesundheitssystem in Deutschland nicht. Und wenn sie dann letztlich in die medizinische Versorgung gehen, werden die Beschwerden meist auf der somatischen Ebene geschildert, so dass auch auf der somatischen Ebene therapiert wird.

Im Endeffekt vergeht viel zu viel Zeit und chronifizierte depressive Patientenkarrieren, oftmals mit erlernter Hilflosigkeit, treten zu Tage. Ich habe in meinem bisherigen beruflichen Werdegang sehr viele Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit

schweren depressiven Störungen gesehen, die auf diesem Wege in einer Frühinvalidität angekommen sind, weil die Weichen nicht rechtzeitig gestellt worden sind. Ich möchte auch noch einmal auf die medikamentöse Therapie zu sprechen kommen. Wir hatten ja vorhin kurz etwas zur Ethnopsychopharmakotherapie gehört. Ich habe bisher viel mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund gearbeitet. Es sei zu erwähnen, dass neben genetischen Unterschieden auch die kulturellen Essgewohnheiten Einfluss auf die Wirkung von Psychopharmaka haben können. Das hat eine besondere Bedeutung, da sie die Abbauprozesse im Körper beeinflussen können. Wenn ich als Medizinerin weiß, woher die betroffenen Personen stammen und ich ihren kulturellen Hintergrund kenne, kann ich dies auf den gesamten Bereich der Therapie anwenden.

Daher finde ich diesen Punkt von besonderer Bedeutung. Einen anderen Aspekt möchte ich auch noch erwähnen: die Psychotherapie. Es gibt Untersuchungen, die nachweisen, dass Migrantinnen und Migranten weniger eine Empfehlung bekommen, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Und wenn diese Psychotherapie dann angenommen wird, ist es sehr hilfreich, wenn die Therapeuten bzw. Therapeutinnen dieselbe Muttersprache sprechen, da die Sprache eine enorme Bedeutung für die Psychotherapie hat. Leider gibt es zu wenig Muttersprachler und

Muttersprachlerinnen. Es kann natürlich nicht erwartet werden, dass Muttersprachler für alle möglichen Sprachen zur Verfügung stehen. Der eigentliche Weg muss daher die interkulturelle Psychotherapie sein, die, wenn nicht ausreichend über Sprach- und Kulturkompetenz verfügt wird, unter Hinzuziehung von professionellen Übersetzern erfolgen kann. Über das Dolmetscherproblem haben wir vorhin auch schon einmal kurz gesprochen. D.h., wenn eine Säule der wichtigen Behandlungswege bei Depression, die Psychotherapie, bei depressiven Menschen mit Migrationshintergrund fast geblockt ist und die zweite Säule, die Ethnopsychopharmakotherapie, ebenfalls nicht entsprechend Berücksichtigung findet, bedeutet das für diese Gruppe von Menschen, dass sie kaum in unser Versorgungssystem aufgenommen sind.

Frau Dr. Sonntag

Dazu möchte ich noch eine Information geben. Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. hat eine Datenbank zum Thema Migration aufgebaut. Dort werden die Versorgungsstrukturen für Niedersachsen, z.B. Beratungseinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, dargestellt und es wird angegeben, welche Sprachen in diesen Einrichtungen gesprochen werden. Dies soll es ermöglichen, Migrantinnen und Migranten besser in die medizinische Versorgung zu integrieren. Frau Dr. Perschke-Hartmann. Trifft das, was Frau Dr. Schouler-Ocak

sagte, dass Personen mit Migrationshintergrund weniger eine Psychotherapie zugebilligt bekommen, auch für ältere Menschen zu? Sie sind die Leiterin der AG „Höheres Lebensalter“ im Bündnis gegen Depression in Hannover. Ist das bei Ihnen ein Thema?

Frau Dr. Perschke-Hartmann

Die Daten der AOK-Berlin vom ersten Halbjahr 2004 zeigen, dass nur 1,4% der über 80-Jährigen in einer Psychotherapie behandelt werden. Ich denke, das sagt schon alles. Ältere Menschen nehmen, aus welchen Gründen auch immer, weniger eine Psychotherapie in Anspruch. Vielleicht liegt es daran, dass bei den Hausärzten, die als erste Überweiser und Ansprechpartner fungieren, weniger eine depressive Störung entdeckt und diagnostiziert wird. Oder aber, weil vielleicht auch vermutet wird, dass ältere Menschen nicht mehr zu einer Psychotherapie fähig sind. Der erste Schritt ist meiner Meinung nach, dass die Öffentlichkeit über dieses Thema aufgeklärt wird und dass gezielt an bestimmte Professionen heran getreten werden sollte, um diese noch einmal gezielt zu schulen.

Wir haben im Bündnis verschiedene Trainerinnen und Trainer, die schulen und ich kann wirklich nur alle Berufsgruppen auffordern (z.B. Pflegekräfte), sich an das Bündnis zu wenden und das auch in Anspruch zu nehmen. Anhand unserer Zahlen sehen wir auch,

dass depressiv Erkrankte eine wesentlich höhere Wahrscheinlichkeit haben, in ein Pflegeheim zu kommen. Fast jede zweite Person der über 80-Jährigen ist depressiv erkrankt und da ist es nur sinnvoll, wenn das künftig auf die Agenda genommen wird.

Frau Dr. Sonntag

Was bieten die Trainer und Trainerinnen an?

Frau Dr. Perschke-Hartmann

Die Trainerinnen und Trainer bieten für Pflegekräfte Schulungen zum Thema Depression an: Wie erkenne ich eine Depression? Wie gehe ich damit um? Was kann ich tun? Diese Schulungen werden meist in Form von Tagesveranstaltungen mit einer Dauer von ungefähr 4 bis 6 Stunden durchgeführt. Sie können aber auch bei Bedarf gekürzt oder in einzelne Abschnitte eingeteilt werden.

Frau Kleis

Ich möchte auf die vorhin von Frau Dr. Sonntag gestellte Frage eingehen, an welcher Stelle wir noch Verbesserungsbedarf in der Versorgung von depressiv Erkrankten sehen. Die BARMER arbeitet neben der direkten Ansprache der Versicherten auch an der Verbesserung der Vernetzung der Versorgung. Die so genannte integrierte Versorgung soll es ermöglichen, Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, rehabilitative Fachkliniken und andere Institutionen und

Angebote besser miteinander zu vernetzen. Das ist jedoch ein sehr langer Prozess und für Niedersachsen kenne ich bisher auch kein Beispiel, wo das wirklich schon aus unserer Sicht gelungen ist. Die heutige Veranstaltung hat mir gezeigt, dass solch ein Vertrag auch die Genderkomponente berücksichtigen sollte. Das ist für mich ein Thema, das ich gern mit in einem Vertrag verankern wollen würde.

Frau Dr. Sonntag

Liebes Publikum. Es gibt jetzt für Sie die Möglichkeit, Fragen an das Podium zu stellen oder Bemerkungen zu äußern.

1. Wortmeldung

Ich gehöre zu denjenigen, die im Rahmen der betrieblichen Sozialarbeit Menschen beraten, begleiten und unterstützen, die auf Grund von depressiven Erkrankungen zu uns in die Beratung kommen. Wir sind im Arbeitsprozess die erste Anlaufstelle. Schwerpunktmäßig betreuen wir hier in Hannover die Beschäftigten der Deutschen Telekom. Das Thema Depression taucht in den Beratungen gehäuft auf und wir haben eine deutliche Zunahme in der Erkrankungshäufigkeit zu verzeichnen. Des Weiteren stellen wir fest, dass es vor allem in den Bereichen Therapie und Medikation einen deutlichen Bedarf gibt. Wir versuchen, dass nach unserer Beratung eine ärztliche Betreuung und medikamentöse Therapie

folgen, aber leider ist der Prozess der therapeutischen Begleitung häufig ein sehr langwieriger. Die Suche nach einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten ist zu vergleichen mit der Suche nach einer Stecknadel im Heuhaufen. Und wenn diese Suche erfolgreich war, heißt das noch nicht, dass die betroffene Person dort in guten Händen ist. Dieses Defizit kann dazu führen, dass sich eine beginnende Depression manifestiert. Die Betroffenen beginnen sich abzukapseln, auch die Medikamente abzusetzen. Das heißt, da findet schon sehr früh ein Prozess statt, der eigentlich nicht gesund ist.

2. Wortmeldung

Ich bin Mitarbeiterin in einer Einrichtung in Göttingen, die seit 20 Jahren Psychiatrie erfahrene Frauen ambulant begleitet. Mir ist es ganz wichtig, noch einmal zu betonen, was in einem der ersten inhaltlichen Vorträge zur Sprache kam: Es ist von besonderer Bedeutung zu schauen, wo die Ursachen liegen, dass Frauen bzw. Männer eine Depression entwickeln. Meiner Meinung nach haben auch die gesellschaftlichen Bedingungen einen entscheidenden Einfluss darauf. Deshalb lautet mein Appell: Es sollte sich nicht nur auf die Symptome und Therapiemaßnahmen konzentriert werden, sondern es sollte auch versucht werden, auf politischer Ebene Veränderungen in Gang zu setzen. In unserer Arbeit möchten wir diesen Punkt auch den einzelnen Frauen vermitteln. Dass



sich eine Depression entwickelt, ist nicht ihr persönliches Versagen bzw. ihre eigene Schuld. Sie sind ein Teil der Gesellschaft und sie werden in diesen gesellschaftlichen Bedingungen krank. Wir versuchen, an den gesellschaftlichen Bedingungen anzusetzen und das auch den Frauen zu vermitteln. Das muss an dieser Stelle einfach einmal betont werden, neben aller klinischen Versorgung.

3. Wortmeldung

Ich habe zwei Fragenkomplexe, die ich mir selber stelle, aber vielleicht auch dem Auditorium. An Frau Kleis: Sie haben gesagt, Sie gehen gezielt auf die Betroffenen zu. Das finde ich zum Teil klasse und zum Teil macht es etwas mit mir. Und ich muss das

auch erst einmal ausloten, was das bedeutet. Das ist nicht ganz ohne Reiz, im wahrsten Sinne des Wortes. Und die andere Frage ist: Wenn wir die Messinstrumente bzw. die Skalierungen verändern, kann es dann sein, dass sich das Verhältnis von Frauen zu Männern zunehmend angleicht oder verändert? Und zweitens, kann es dann sein, dass wir dann viel mehr depressive Menschen unter uns haben als bisher vorgestellt?

Frau Kleis

Das gezielte Zugehen auf unsere Versicherten ist wirklich ein ganz sensibler Punkt. Ich bezeichne dies auch gern als niedrigschwellige Ansprache. Häufig wird auch vom so genannten Versorgungsmanagement gesprochen, aber damit ist es nicht zu vergleichen. Um eine Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, bieten wir anhand der einzelnen Diagnosen sowie durch Rückfragen an die Versicherten gezielt Angebote an.

Unsere Kolleginnen und Kollegen sind speziell geschult und versuchen, mit den Versicherten in ein Gespräch zu kommen. Dabei geben sie jedoch keine Empfehlungen heraus, sondern sensibilisieren für ein mögliches weiteres Vorgehen. Wir unterstützen bei der Suche nach einem geeigneten Therapeuten bzw. einer geeigneten Therapeutin, da wir wissen, dass dies ein langwieriger Prozess sein kann.

Herr Prof. Dr. Dietrich

Ich möchte gern auf die zweite Frage eingehen. Ich denke schon, dass sich das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei einer Veränderung der Messinstrumente verschieben wird. Dadurch wird sich die Häufigkeitsverteilung des Auftretens allerdings nicht eins zu eins angleichen. Des Weiteren sollte bedacht werden, welches Kollektiv in den Blickpunkt der Betrachtung gezogen wird. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Depression im Rahmen einer bipolaren Störung aufweisen, gibt es bezogen auf die Erkrankungshäufigkeit kaum einen Geschlechterunterschied. Da wird es auch mit veränderten Skalen kaum einen weiteren Unterschied geben.

Bei anderen Formen der Depression ist dies jedoch denkbar. Es müssen differenziertere Betrachtungen vorgenommen und weitere Untergruppen der Depression identifiziert werden, um künftig die Versorgung zu verbessern und darauf aufbauend therapeutische Konzepte zu verändern. Meiner Meinung nach dürfen nicht nur die Symptome behandelt werden, sondern die Therapeutinnen und Therapeuten müssen viel häufiger, als sie es bisher tun, die Ursachen der Depression ergründen und die therapeutischen Maßnahmen daraus ableiten. Jedoch ist das Analysieren der alltäglichen oder migrationsbedingten Stressoren natürlich auch immer ein zeit- und gesellschaftspolitischer Aspekt.

Frau Dr. Schouler-Ocak

Ich möchte zu den Skalen auch gern noch ein paar Worte sagen. Die Messinstrumente an sich sind nur auf die westliche Kultur ausgerichtet und meiner Meinung nach nicht kulturübergreifend gültig. Bei depressiv erkrankten Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund sagen diese Messinstrumente leider gar nichts bzw. sie können falsch positiv oder negativ sein und daher falsche Behandlungskonsequenzen nach sich ziehen. Vielleicht darf ich ganz kurz noch etwas zu Migrantinnen und Migranten sagen. Als Therapeutin bzw. Therapeut ist es äußerst wichtig zu verstehen, mit welchen Erklärungsmodellen, Vorstellungen und Behandlungserwartungen die betroffene Person in eine Beratung kommt. Es ist selbstverständlich, dass die Betroffenen nicht etwas mit sich machen lassen, was nicht in ihr Behandlungs- und Erwartungskonzept passt. Sie werden dann nicht folgen.

Des Weiteren ist es wichtig, dass die verschiedenen Kulturen, die die Patientinnen und Patienten, die Ärzteschaft und die Einrichtungen selbst haben, annähernd ähnlich sein müssen, um in ein Gespräch zu kommen und nicht aneinander vorbei zu reden. Das spielt eine bedeutende Rolle bei der Behandlungsmotivation, der Compliance und vielen anderen Dingen.

Herr Prof. Dr. Dietrich

Ich würde gern noch einmal auf die Skalen und die Genderbetrachtung zurückkommen wollen. Ich glaube und hoffe, dass künftig verschiedene Skalen zur Anwendung kommen werden. Beispielsweise Version A für die Männer und Version B für die Frauen. Eine Grundskala, aber mit leichten Differenzierungen, wenn es z.B. darum geht, den Schweregrad und Verlauf zu beurteilen. Das wird in 20 Jahren möglicherweise Standard sein.

Frau Dr. Goesmann

Ich möchte da auch gern noch etwas zu sagen, weil ich den Depressionsskalen und Fragebögen skeptisch gegenüber stehe. Mein innigster Wunsch ist es, die Ärztinnen und Ärzte soweit zu sensibilisieren, dass sie, wenn sie die Patientinnen und Patienten bereits über eine längere Zeit begleiten, aus ihrer Lebensgeschichte heraus spüren, wenn es den Betroffenen schlechter geht. Wenn diese Personen immer wieder in die Sprechstunde kommen, soll die Hausärzteschaft befähigt sein, durch gezieltes Nachfragen neue Umstände, z.B. Arbeitslosigkeit oder Ehekrise, zu erfahren. Dazu brauchen wir keine Skalen oder Depressionsfragebögen, sondern die Zeit und innere Kraft, die Betroffenen direkt anzusprechen und zu erfragen, ob sich etwas Gravierendes in ihrem Leben verändert hat.

Ich persönlich habe viele Jahre lang als Hausärztin die Patientinnen und Patienten nicht direkt angesprochen, aus der Angst heraus, dass danach eine Lawine über mich hinüber rollt. Ich habe nicht direkt gesagt: „Sie haben keine Magersucht, sondern eine Depression.“ Aber seitdem ich es mir angewöhnt habe, dies klar auszusprechen, merke ich, wie dankbar die Patientinnen und Patienten sind. Auf dieser Basis können gezielt Faktoren überlegt werden, die Betreuende und Betroffene anschließend gemeinsam ändern können. Die Arbeitslosigkeit kann ich natürlich nicht ändern, aber ich kann den Betroffenen aufzeigen, wie sie in eine therapeutische Beratung gelangen. Und dass dies ein schwieriger Weg ist, haben wir bereits gehört.

Skalen sind für die wissenschaftliche Beurteilung unabdingbar, aber im Prinzip wünsche ich mir eine Sensibilität bei den Betreuungspersonen, die die Krankheitssymptome einer Depression nicht nur feststellen, sondern auch ansprechen und anschließend tätig werden.

Herr Prof. Dr. Dietrich

Wir sind da einer Meinung, Frau Goesmann. Im klinischen Alltag machen wir das natürlich auch so, wie Sie das gerade geschildert haben. Die Skalen sind in der Regel wirklich nur zur Differenzierung und Untermauerung.

Frau Dr. Schouler-Ocak

Wir haben uns im Rahmen einer bundesweit repräsentativen Untersuchung in den psychiatrischen Einrichtungen mit der Inanspruchnahme stationärer Behandlungen durch Migrantinnen und Migranten auseinandergesetzt und dabei festgestellt, dass die Patientinnen und Patienten mit einem Migrationshintergrund im stationären Bereich fast entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil angekommen sind. In den psychiatrischen Institutsambulanzen haben wir festgestellt, dass sie sogar überproportional dort angekommen sind. Möglicherweise werden durch die Komplexleistung der Institutsambulanzen die komplexen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mehr angesprochen oder gewürdigt.

Frau Dr. Sonntag

Entschuldigung. Wie ist das denn da mit dem Gendergesichtspunkt? Gibt es da mehr Frauen als Männer?

Frau Dr. Schouler-Ocak

Das ist relativ ausgewogen. In Skandinavien z.B. nehmen weniger Frauen solche psychosozialen Angebote wahr als Männer. In Deutschland dagegen ist es relativ ausgewogen. Was ich sagen wollte ist, dass der Anteil der Menschen, die einen Migrationshintergrund haben und bei denen eine Depression diagnostiziert

wird, sehr unterschiedlich ist. Z.B. bekommen türkisch-stämmige Personen signifikant häufiger eine depressive Störung diagnostiziert als andere Bevölkerungsgruppen. Warum das so ist, wissen wir nicht. Aber wir gehen davon aus, dass dies mit dem gesamten Migrationsprozess, den sie durchlaufen, und den Belastungsfaktoren, denen sie ausgesetzt sind, zu tun haben könnte. Des Weiteren haben wir feststellen können, dass russisch-stämmige Menschen signifikant häufiger eine Diagnose aus dem Suchtbereich erhalten als andere.

Zudem bekommen Migrantinnen und Migranten insgesamt signifikant häufiger eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert, was möglicherweise auch wieder auf die Belastungsfaktoren im Rahmen des Migrationsprozesses zurückgeführt werden könnte.

Frau Dr. Sonntag

Das ist sehr interessant, weil der Migrationsprozess auch immer etwas mit Identität zu tun hat. Da kommen mir sofort Hypothesen in den Sinn, warum das so sein kann. Eine Frage aus dem Publikum noch. Bitte.

4. Wortmeldung

Angenommen 2020 tritt die Depression gleichrangig häufig mit der Herz-Kreislauf-Erkrankung auf. Lässt sich dieser Trend noch aufhalten?

Frau Dr. Sonntag

Sehr gute Frage. Was meint das Podium dazu?

Herr Prof. Dr. Dietrich

Momentan ist es noch nicht wirklich gesichert, dass die Depression häufiger auftritt als noch vor 20 Jahren. Die Fragen, die wir uns stellen müssen sind: Nehmen wir das einfach häufiger wahr? Fällt es uns leichter, es wahr zu nehmen? Oder ist es wirklich häufiger? Meine Antwort darauf ist, dass ich davon überzeugt bin, dass spezifische Formen der Depression, die mit Stress, Arbeitsverdichtung, Globalisierung und der Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, in Verbindung stehen, zunehmen werden und andere eben nicht. Insofern sollte auch versucht werden zu intervenieren, wenn eine solche große „Lawine“ erkannt wird. Es gibt bereits verschiedene Programme, die auf betrieblicher Ebene versuchen, diesem Trend zu begegnen. Generell glaube ich jedoch nicht, dass wir eine „Lawine“ der Depression zu erwarten haben, sondern eher, dass die Depression häufiger entdeckt wird als früher. Wir sollten uns daher eher die Frage stellen, wie gehen wir künftig damit um.

Frau Dr. Sonntag

Vielleicht können wir bei dem Stichwort „betriebliche Gesundheitsförderung“ zum Thema Depression noch einmal einzwei Beispiele hören.

Frau Kleis

Ein Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung ist das Thema Kommunikation innerhalb eines Unternehmens. Das bezieht sich jetzt nicht ausschließlich auf die Depression, aber auf psychische Erkrankungen insgesamt. Mit Hilfe von Qualitätszirkeln werden die Betriebe z.B. hinsichtlich der Fragestellungen analysiert: Wie ist die Arbeitssituation? Ist die Arbeitsaufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geklärt? Wie wird die Kommunikation empfunden?

Eine weitere Rubrik, welche häufig nachgefragt wird, ist das Thema Führungsstil und Gesundheit. Wir wissen, dass die Mitarbeiterführung und -kultur sowie das Arbeitsklima einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten hat. In unseren Programmen wird die jeweilige Arbeitssituation analysiert und entsprechende Maßnahmen werden speziell für diesen Betrieb entwickelt.



Solche Programme zur psychischen Gesundheit gibt es mittlerweile auch für Schulen, zur Prävention von Angstzuständen z.B. Diese Programme dienen dazu, dass das betreuende Personal sich zunehmend mehr mit der psychischen Gesundheit und der Situation, in der sich die Schülerinnen und Schüler befinden, auseinandersetzt.

Herr Dr. Sander

Ich möchte noch eines ergänzen. In den Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, egal ob diese sich auf eine Depression oder auf andere psychische Erkrankungen beziehen, geht es einerseits um die Erreichbarkeit der Betroffenen und andererseits um das Erkennen von krankmachenden Strukturen im engeren Umfeld. Das ist eine Möglichkeit der Prävention von psychischen Erkrankungen. Vorhin wurde noch ein anderer Aspekt angesprochen.

Mögliche Belastungsfaktoren und Stressoren müssen soweit erkannt werden, um dann Angebote machen zu können. Das wären wesentliche Aspekte von Präventionsprogrammen. Das gilt sowohl für Betriebe als auch für alle möglichen anderen Settings. Ein wesentliches Ziel des Bündnisses gegen Depression in Hannover ist es, Belastungsfaktoren zu identifizieren und das Bewusstsein zu schaffen, dass es sich um eine Erkrankung oder eine Reaktion auf Belastungsfaktoren handelt.

Frau Dr. Schouler-Ocak

Ich möchte nur noch ergänzen, dass Sie auf unserer Webseite www.berlinerbündnisgegendepression.de Unterlagen zu Depression in verschiedenen Sprachen finden bzw. anfordern können, wenn Sie mögen.

Frau Dr. Sonntag

Vielen Dank. Wir sind am Ende der Veranstaltung angekommen. Ich hoffe, dass die Podiumsdiskussion das Thema noch einmal abgerundet hat. Ich möchte noch einmal allen auf dem Podium ganz herzlich danken.

Kontakt

- Prof. Dr. Detlef E. Dietrich:
E-Mail: ddie.psy@hildesheim.ameos.de
- Dr. Christiane Perschke-Hartmann
E-Mail: christiane.perschke-hartmann@nds.aok.de
- Dr. Meryam Schouler-Ocak:
E-Mail: meryam.schouler-ocak@charite.de
- Dunja Kleis
E-Mail: dunja.kleis@barmer-gek.de
- Dr. Greif Sander
E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de
- Dr. Cornelia Goesmann
E-Mail: dr.goesmann@online.de

INFORMATIONEN ZU DEN REFERENTINNEN UND REFERENTEN DER VORTRÄGE

Prof. Dr. med. Detlef Dietrich

Prof. Dr. med. Detlef Dietrich arbeitete bis zum Juli 2009 als Professor und leitender Oberarzt in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2004 koordiniert er den Europäischen Depressionstag in Deutschland und zudem seit 2007 das „Bündnis gegen Depression“ in der Region Hannover. Seit Juli 2009 ist er als Ärztlicher Direktor im AMEOS Klinikum Hildesheim tätig. Ein Regionales Bündnis gegen Depression ist auch in Hildesheim in Vorbereitung.

Dr. Sara-Maria Haack

Dr. Sara-Maria Haack arbeitet seit Oktober 2008 als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Assistenzärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum der TU Dresden. Zuvor war sie als Assistenzärztin im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden tätig und absolvierte ihre Facharzt Ausbildung in der Klinik für

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Ulm. In ihrer Promotion befasste sie sich mit „Unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die zur stationären Aufnahme führen – Eine geschlechtsspezifische Analyse einer multizentrischen Studie“.

Prof. Dr. Christine Kühner

Prof. Dr. Christine Kühner arbeitet seit 1986 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und leitet die Arbeitsgruppe Verlaufs- und Interventionsforschung. Seit 2002 ist sie als Privatdozentin tätig und wurde 2007 von der Universität Heidelberg zur Außerplanmäßigen Professorin für das Fach „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ ernannt. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören u.a. Geschlechtsunterschiede bei Depression.

LESEEMPFEHLUNGEN

deJong-Meyer, R.; Hautzinger, M.; Kühner, C.; Schramm, E. (2007): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe

Evidenzbasierte Empfehlungen zur Psychotherapie affektiver Störungen, die auch ein Kapitel zu geschlechtsspezifischen Aspekten der Psychotherapie von Depressionen enthalten.

Frackiewicz, E.J.; Sramek, J.J.; Cutler, N.R.: Gender differences in depression and antidepressant pharmacokinetics and adverse events.

Dieses übersichtliche wie auch fundierte Review stellt die aktuelle Datenlage komprimiert und gut verständlich dar.

Gorman, J. M.: Gender differences in depression and response to psychotropic medication Gend Med 2006;3(2):39-109

Dieses übersichtliche wie auch fundierte Review stellt die aktuelle Datenlage komprimiert und gut verständlich dar.

Kühner, C. (2001): Affektive Störungen. In: Franke, A.; Kämmerer, A. (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen, Bern: Hogrefe-Verlag, S. 165-208.

Die geschlechtsspezifischen Aspekte von Depressionen bei Frauen, die ohne Zweifel wissenschaftlich belegt sind, werden zusammengetragen.

Kühner, C. (2007): Warum leiden Frauen häufiger unter Depression? In: Lautenbacher, S.; Güntürkün, O.; Hausmann, M. (Hrsg.): Geschlecht und Gehirn. S. 331-350. Heidelberg: Springer

Zusammenfassung der wichtigsten epidemiologischen Befunde zu den höheren Erkrankungsraten von Frauen bei depressiven Störungen und Diskussion der wichtigsten Erklärungshypothesen für die hier beobachteten Geschlechtsunterschiede.

Möller Leimkühler, A.-M. (2006): Wie Sie die „männliche Depression“ erkennen. In: Der Neurologe & Psychiater (DNP), 11, S. 25-30.

Einfach und pragmatisch werden die Geschlechtsunterschiede beschrieben und Konsequenzen für die ärztliche Praxis gezogen.

Pharmacother, A. 2000;34:80-88

Dieses übersichtliche wie auch fundierte Review stellt die aktuelle Datenlage komprimiert und gut verständlich dar.

Vogt, I.; Sonntag, U. (2006): Die Dimension Geschlecht im psychosozialen Behandlungsdiskurs in den letzten 30 Jahren. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38. Jg, 4, S. 777-794.

Der Einfluss der Frauen- und Frauengesundheitsbewegung auf den Behandlungsdiskurs wird nachgezeichnet. Hilfen für substanzabhängige Frauen und Hilfen für depressive Frauen werden dabei als Beispiele ausgeführt.



Region Hannover

Der Regionspräsident

Herausgeber: Region Hannover
Team Gleichstellung
Hildesheimer Straße 20
30169 Hannover

Redaktion: Melanie Bremer, Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Beiträge: Prof. Dr. Detlef E. Dietrich, Dr. Cornelia Goesmann,
Dr. Sara-Maria Haack, Dunja Kleis, Prof. Dr. Christine Kühner,
Dr. Christiane Perschke-Hartmann, Dr. Greif Sander, Lothar Schlieckau,
Dr. Meryam Schouler-Ocak, Mechthild Schramme-Haack

V.i.S.d.P.: Dr. Ute Sonntag,
Helga Schneedhorst-Wegner

Gestaltung/Druck: Region Hannover, Team Gestaltung/Team Druck

Stand/Auflage: April 2010/1500

