

# Depression und weitere psychische Erkrankungen

## Störungsbilder und Versorgungssituation

### Diagnosen und Prävalenzen

#### affektive Störungen

gekennzeichnet durch klinisch-bedeutsame Störung von Affekt, Stimmung und Kognitionen

- F32.0 / F32.1 bzw. F33.0 / F33.1: leichte / moderate (rezidivierende) depressive Störung
  - erstmalig bzw. wiederkehrend auftretende depressive Episode  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 8,2% (1)
- F34.1: Dysthymie
  - langanhaltende (weniger starke) depressive Verstimmung über mind. zwei Jahre  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 1,7% (1)
- F32.2 bzw. F33.2: schwere (rezidivierende) depressive Störung
  - erstmalig / wiederkehrend auftretende schwere depressive Episode  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 6,8 % (1)

#### Störungen aus dem Angstspektrum

- F41.2: Angst und depressive Störung gemischt
  - neben depressiven Symptomen liegen auch starke Angstsymptome vor  
→ 45-67% der Patient:innen mit einer Depression haben auch eine Angststörung;  
30-63% der Patient:innen mit Angststörung leiden unter einer Depression (2-5)
- F40.0: Agoraphobie
  - Angst vor und Vermeidung von Situationen, in denen Flucht schwierig oder peinlich wäre (z.B. Menschenmengen, ÖPNV)  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 4,0 % (1)
- F41.0: Panikstörung
  - Wiederkehrende starke Panikattacken, nicht situationsspezifisch  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 2,0 % (1)

#### Belastungs- und Anpassungsstörungen / stressassoziierte Störungen

- F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung
  - Reaktion auf traumatisierendes Ereignis mit Symptomen wie Flashbacks, aufdrängende Gedanken und überhöhter Wachsamkeit  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 2,3% (1)
- F43.2: Anpassungsstörung

- psychische Reaktion auf belastende Lebenssituationen, häufig mit dominanten depressiven Symptomen, Angst oder Wut  
→ 12-Monats Prävalenz in DE: 0,9% (6)
- F43.8 bzw. F43.9: sonstige Reaktion auf schwere Belastung
  - ähnliche Symptome wie bei Anpassungsstörung, aber nicht alle Kriterien vollständig erfüllt
- F48.0: Neurasthenie
  - anhaltende Erschöpfung und Schwäche bereits nach geringer Anstrengung

### Andere, mit depressiven Symptomen verbundene Störungen

- F51.0: Nichtorganische Insomnie
  - Einschlaf- und Durchschlafstörungen oder Früherwachen mit deutlichem Leidensdruck  
→ ca. 3-4% der westlichen Bevölkerung betroffen (7)

### Prävalenzen

In Deutschland sind jedes Jahr 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Am höchsten ist die Prävalenz in der Altersklasse von 18-34 Jahren. Nahezu alle psychischen Störungen sind unter Frauen deutlich häufiger vertreten als unter Männern. Für affektive Störungen und Angststörungen beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern in etwa 2:1. Darüber hinaus lässt sich ein sozialer Gradient identifizieren. Das bedeutet, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger unter einer psychischen Erkrankung leiden (1).

### Störungsbild Depression

Kenntnisse über das Störungsbild der Depression sind von besonderer Relevanz, da auch die anderen STEP-Diagnosen häufig mit einer depressiven Begleitsymptomatik einhergehen.

Im Klassifizierungssystem der ICD-10 wird zwischen Haupt- und Zusatzsymptomen einer Depression unterschieden. Zur Diagnosestellung einer depressiven Störung müssen mindestens zwei der drei Hauptsymptome und zusätzlich mindestens zwei Nebensymptome vorhanden sein und über zwei Wochen oder länger anhalten. Je nach Anzahl und Ausprägung der Symptome wird im Schweregrad zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Depression unterschieden.

### Hauptsymptome (8)

- Gedrückte, depressive Stimmung: Niedergeschlagenheit, innere Leere, mangelndes Gefühlsleben
- Interessen- oder Freudlosigkeit: Aufgabe von Aktivitäten, die früher bedeutsam waren
- Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit bereits nach kleinen Anstrengungen: Aktivitätsminderung und Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen

### Zusatzsymptome (8)

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Veränderter Appetit: Gewichts Zu- oder Abnahme
- Psychomotorische Unruhe (Hyperaktivität, Anspannung) oder Verlangsamung

Während es Betroffenen mit einer leichten Depression meist noch unter großen Anstrengungen gelingt, den Alltag zu bewältigen, ist es im Zustand einer schweren Depression in der Regel nicht mehr möglich, zu arbeiten, den Haushalt zu erledigen oder Freizeitaktivitäten nachzugehen. Das löst bei Betroffenen häufig starke Scham- sowie Versagensgefühle aus und sie versuchen, ihre Symptome zu verstecken, anstatt sich in eine adäquate Behandlung zu begeben. Aus diesem Grund ist die gesellschaftliche Anerkennung der Krankheit von großer Relevanz.

**“Handeln wollen, aber nicht können” – keine Charakterschwäche, sondern eine Krankheit!**

### Somatische Komorbiditäten

Körperliche und psychische Gesundheit sind eng miteinander verbunden. Sie beeinflussen sich gegenseitig und weisen gemeinsame Risikofaktoren auf (bspw. Dysfunktion zentraler stressregulierender Systeme). Aus diesem Grund leiden Depressionspatient:innen häufig unter folgenden körperlichen Begleitsymptomen (8):

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit
- Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- Verspannungen im Nacken und Rücken
- Schwindel
- Druckgefühl in der Brust
- Gefühl von “Kloß im Hals”

Außerdem haben Personen mit Depression ein 20-60% höheres Risiko, zusätzlich an einer der folgenden Krankheiten zu leiden, als Menschen ohne Depression (9):

- Muskuloskeletale Erkrankungen (chronischer unterer Rückenschmerz)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bspw. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt)
- Metabolische Erkrankungen (bspw. Diabetes, Adipositas)

Oftmals werden die körperlichen Symptome zuerst vom Patienten wahrgenommen, jedoch nicht unmittelbar mit einer Depression in Verbindung gebracht.

### Erklärungsmodell zur Entstehung (10)

Für die Entstehung einer Depression werden multifaktorielle Erklärungskonzepte angenommen. Vereinfacht kann zwischen drei verschiedenen Entstehungsfaktoren unterschieden werden:

- biologische Faktoren
  - Bspw. Genetische Veranlagung (11), Veränderungen der HPA-Achse (12), Dysregulation des Dopaminsystems (13)
- psychologische Faktoren

- Bspw. Dysfunktionale Einstellungen, Persönlichkeitsfaktoren (Neurozismus, Tendenz zum Grübeln) (14)
- soziale Faktoren
  - Bspw. Überforderung (finanzielle Sorgen), Verlust

Auch wenn ein Zusammenspiel der unterschiedlichen Faktoren für die Entstehung einer Depression verantwortlich ist, sind es meist schwerwiegende soziale Stressoren, welche eine erste depressive Episode auslösen (15).

### Verlaufsformen

So verschieden, wie sich eine Depression äußern kann, so verschieden kann sie verlaufen.

- Monophasische Depression: einmalig auftretende depressive Episode
  - kann innerhalb weniger Tage auftreten oder über mehrere Wochen oder Monate hinweg entwickeln
  - mittlere Verlaufsdauer von 6-8 Monaten (16)
- Rezidivierende Depression: wiederholte depressive Episoden
  - Dauer zwischen Episoden variabel – wenige Wochen bis mehrere Jahre
  - zwischen Episoden meist vollkommene Symptommfreiheit
  - ca. 60% der Depressionspatienten betroffen (17; 18)
  - Mit jeder Episode steigt das Risiko für eine erneute Wiedererkrankung (17; 18) → durchschnittlich sechs Episoden über die Lebensdauer (19; 20)
- Dysthymie: chronische Depression (8)
  - weniger stark ausgeprägte Symptomatik – erfüllt nicht die Kriterien einer leichten Depression
  - Andauernde Symptome über mind. 2 Jahre ohne Remission (Besserung) im Intervall

Durch eine adäquate Behandlung lässt sich nicht nur die Dauer einer depressiven Episode auf 2-4 Monate verkürzen (21), sondern auch das Wiedererkrankungsrisiko wird deutlich reduziert (22; 23).

### Suizidrisiko

Häufig besteht bei den von Depression Betroffenen der Wunsch, der als ausweglos empfundenen Situation zu entkommen. In schweren Fällen kann die Hoffnungslosigkeit in Selbsttötungsgedanken münden, bis hin zur Planung und Durchführung von Selbsttötungsversuchen.

### Aktuelle Versorgungssituation

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit.

Im Jahr 2019 machten psychische Störungen weltweit ca. 5% der sogenannten “Disability Adjusted Life Years” aus – also aufgrund von Krankheit verlorener gesunder Lebensjahre. Mehr als die Hälfte davon ließ sich auf Depressions- und Angsterkrankungen zurückführen (26).

Die Anzahl an psychischen Erkrankungen dürfte innerhalb der letzten Jahre jedoch weiter zugenommen haben. Untersuchungen des RKIs für Deutschland zeigen, dass die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit innerhalb der letzten drei Jahre gesunken ist und

insbesondere ein deutlicher Anstieg für depressive und Angstsymptome beobachtet werden konnte (27).

Unbehandelte psychische Erkrankungen stellen jedoch nicht nur eine hohe Belastung für die Betroffenen dar, sondern gehen auch mit hohen ökonomischen Kosten einher, bspw. aufgrund von Arbeitslosigkeit. In Deutschland ließen sich 15,1% der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2022 auf psychische Erkrankungen zurückführen. Hauptverursacher sind neben depressiven Störungen insbesondere Belastungs- und Anpassungsstörungen (28).

Dies verdeutlicht, dass schnell verfügbare Behandlungsoptionen nicht nur im Interesse der Betroffenen, sondern auch im Interesse der Gesellschaft sind.

Nach evidenzbasierten Leitlinien wird Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen als Behandlungsmethode der ersten Wahl empfohlen, häufig ergänzt durch eine medikamentöse Therapie.

Während medikamentöse Behandlungen mit nicht zu unterschätzenden Nebenwirkungen einhergehen können, sind Psychotherapieplätze schwer zu finden und mit langen Wartezeiten verbunden. Im Durchschnitt müssen Patient:innen mit einer Wartezeit von knapp 5 Monaten rechnen (deutsche psychotherapeutenkammer, 2018; G-BA, 2023). Neben den langen Wartezeiten trägt auch die Stigmatisierung dazu bei, dass nur jede zehnte psychisch erkrankte Person eine psychotherapeutische Behandlung erhält (30).

Obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie vielfach belegt ist, stellt sie nicht für jede Person die passende Behandlungsform dar. Metaanalysen zeigen, dass nur etwa die Hälfte der Depressionspatienten überhaupt auf Psychotherapie reagiert und nur bei einem Drittel eine Remission erzielt werden kann (31).

Angesichts der erhöhten Chronifizierungsrate, des Risikos für körperliche Folgeerkrankungen und der enormen ökonomischen Kosten aufgrund unbehandelter psychischer Erkrankungen fordert das Global Burden of Disease Collaborative Network dringend die Verfügbarkeit von effektiven alternativen Präventions- und Behandlungsprogrammen (26).

Zukünftig könnten sport- und bewegungstherapeutische Behandlungen die Versorgungslücke für psychisch kranke Menschen verkleinern oder schließen, die Wartezeiten auf Psychotherapieplätze verkürzen, eine niedrighschwellige komplementäre oder alternative Therapieform darstellen und somit zu einer besseren Versorgungssituation beitragen.

## Literatur

1. Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. *et al.* Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* **87**, 88–90 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
2. Fava, M., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Morgan, D., Schwartz, T., Balasubramani, G. K., & Rush, A. J. (2004). Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR\*D. *Psychological medicine*, *34*(7), 1299–1308. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002612>
3. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, *289*(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
4. Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*, *72*(3), 341–348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
5. Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, *110*(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.4.5852>
6. Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*(11), 1745–1752. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0493-x>
7. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). (2009). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/063-001.html>
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Naturheilkunde (DGPPN). (2017). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL\\_depression-2auf-l-vers1-kurz.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL_depression-2auf-l-vers1-kurz.pdf)
9. Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F. *et al.* Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry* **20**, 142 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8>
10. Remes O, Mendes JF, Templeton P. (2021). Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sciences*, *11*(12):1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
11. Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., Adams, M. J., Agerbo, E., Air, T. M., Andlauer, T. M. F., Bacanu, S. A., Bækvad-Hansen, M., Beekman, A. F. T., Bigdeli, T. B., Binder, E. B., Blackwood, D. R. H., Bryois, J., Buttenschøn, H. N., Bybjerg-Grauholm, J., Cai, N., ... Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature genetics*, *50*(5), 668–681. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>
12. Zajkowska, Z., Gullett, N., Walsh, A., Zonca, V., Pedersen, G. A., Souza, L., Kieling, C., Fisher, H. L., Kohrt, B. A., & Mondelli, V. (2022). Cortisol and development of depression in adolescence and young adulthood - a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *136*, 105625. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105625>
13. Mousten, I. V., Sørensen, N. V., Christensen, R. H. B., & Benros, M. E. (2022). Cerebrospinal Fluid Biomarkers in Patients With Unipolar Depression Compared With Healthy Control Individuals: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *79*(6), 571–581. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0645>
14. Fu Z, Brouwer M, Kennis M, et al. Psychological factors for the onset of depression: a meta-analysis of prospective studies. *BMJ Open* 2021;11:e050129. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050129
15. Buckman, J. E. J., Saunders, R., Arundell, L. L., Oshinowo, I. D., Cohen, Z. D., O'Driscoll, C., Barnett, P., Stott, J., Ambler, G., Gilbody, S., Hollon, S. D., Kendrick, T., Watkins, E., Eley, T. C., Skelton, M., Wiles, N., Kessler, D., DeRubeis, R. J., Lewis, G., & Pilling, S. (2022). Life events and treatment prognosis for depression: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *299*, 298–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.030>

16. Berger, M., & van Calker, D. (2004). Affektive Störungen. In M. Berger (Ed.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Urban und Fischer.
17. APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association: Washington, DC.
18. Solomon, DA, Keller, MB, Leon, AC, Mueller, TI, Lavori, PW, Shea, MT, Coryell, W, Warshaw, M, Turvey, C, Maser, JD, Endicott, J (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 157, 229–233.
19. Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.U. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. (S. 889). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
20. Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld, & F.W. Schwartz (Hrsg), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive* (S. 15–37). Berlin, Heidelberg: Springer
21. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A.J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-105.
22. Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
23. Paykel, E. S., Scott, J., Cornwall, P. L., Abbott, R., Crane, C., Pope, M., & Johnson, A. L. (2005). Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of controlled trial. *Psychological medicine*, 35(1), 59–68. <https://doi.org/10.1017/s003329170400282x>
24. Dong M, Zeng L-N, Lu L, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological Medicine*. 2019;49(10):1691-1704. doi:10.1017/S0033291718002301
25. Jacobi F, Klose F, & Wittchen H. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Ge25undheitsschutz*, 47(8), 736-44.
26. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. (2022). *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\) 00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21) 00395-3)
27. RKI - Nationale Mental Health Surveillance—Mental-Health-Surveillance-Bericht Quartal 3/2023: Aktuelle Ergebnisse zur Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung bei hochfrequenter Beobachtung. (o. J.). Abgerufen 3. Juni 2024, von <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/Quartalsberichte/MHS-Quartalsbericht.html>
28. Hildebrandt-Heene, S., Dehl, T., Zich, K., & Nolting, H.-D. (2023). *Analyse der Arbeitsunfähigkeiten: Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck* (A. Storm, Hrsg.). medhochzwei Verlag GmbH.
29. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 ([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf))
30. Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)
31. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>