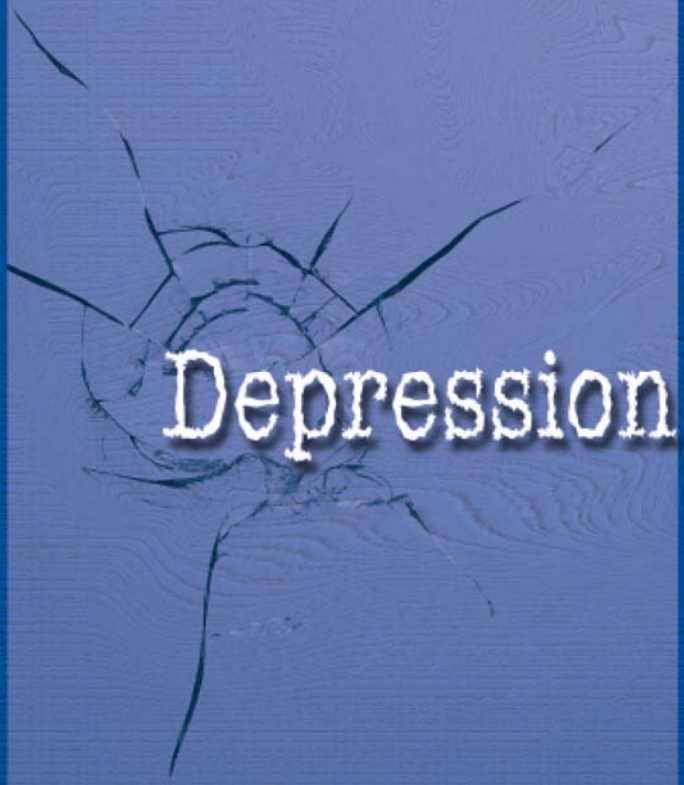
stadt
oberhausen

Oberhausener Gesundheitsbericht 2008



Man braucht alle Arten von Leuten, um eine Welt zu machen

Keri Hulme

Impressum

Auftraggeberin	Gesundheitskonferenz Stadt Oberhausen Tannenbergstr. 11-13 46045 Oberhausen
Redaktion	Petra Bücher Stadt Oberhausen Bereich Gesundheitswesen Gesundheitsberichterstattung Tannenbergstr. 11-13 Tel.: 0208 825 2038 Fax: 0208 825 5330 petra.buecher@oberhausen.de
Deckblatt	Rosi Mohrmann OGM GmbH Bahnhofstr. 66 46145 Oberhausen
Druck	OGM GmbH Bahnhofstr. 66 46145 Oberhausen
Auflage	500
Stand	Juni 2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 7

Einleitung 8

1 Die Krankheit Depression 9

1.1 Depression in Zusammenhang mit Lebenslagen 13

1.1.1 Geschlecht 13

1.1.2 Migration 14

1.1.3 Kinder/Jugendliche 14

1.1.4 Alter 14

1.1.5 Arbeit 15

1.2 Depression und Suizid 21

2 Die Versorgung in Oberhausen 22

2.1 Medizinische Versorgung 22

2.1.1 Psychiatrische Abteilungen 22

2.1.2 Niedergelassene Ärzteschaft 24

2.1.3 Psychiatrische Behandlungspflege 26

2.1.4 Sozialpsychiatrischer Dienst 26

2.2 Psychosoziale Versorgung **27**

2.2.1 Psychosoziales Gesundheitszentrum Oberhausen **27**

2.2.2 Betreutes Wohnen **27**

2.2.3 Wohnheim **28**

2.3 Berufliche Wiedereingliederung und Beschäftigung **29**

2.3.1 Bundesagentur für Arbeit **29**

2.3.2 Berufsförderungswerk **30**

2.3.3 BerufsTrainingsZentrum Duisburg **30**

2.3.5 Werkstatt am Kaisergarten **30**

2.3.4 Integrationsfachdienst **31**

2.3.6 Picobello **31**

2.4 Selbsthilfe **31**

3 Zielformulierung NRW **32**

4 Handlungsempfehlungen **35**

Literatur **37**

Vorwort

Hochrechnungen der WHO weisen darauf hin, dass psychische Störungen und besonders depressive Störungen bereits zum jetzigen Zeitpunkt zur Spitzengruppe der kostenintensiven und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten gehören und weiterhin in ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung zunehmen werden. Unter Berücksichtigung von Dauer und Häufigkeit einer Krankheit sowie den damit verbundenen Beeinträchtigungen steht in den industriell entwickelten Ländern die depressive Erkrankung an erster Stelle vor allen anderen Volkskrankheiten.

Nach Ergebnissen des Bundesgesundheitssurvey (Survey=Befragung) erkranken 18 Prozent der deutschen Bevölkerung bis zum 65. Lebensjahr an einer klinisch relevanten Depression, dabei weisen Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko auf als Männer. Nach Schätzung des Kompetenznetzes Depression sind rund 4 Millionen Personen von einer depressiven Erkrankung mit unterschiedlichen Schweregraden betroffen. Ein großer Anteil aller Suizide steht in Zusammenhang mit einer Depression. In der Altersgruppe der 15 – 35jährigen steht der Suizid hinter den Verkehrsunfällen an zweiter Stelle aller Todesursachen. Jeder Dritte, der sich selbst tötet, ist über 65 Jahre alt.

Viele Menschen, die von einer depressiven Erkrankung betroffen sind, suchen keine Hilfe auf. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Oft wird die Depression nicht erkannt oder Scham und Angst vor Stigmatisierung verhindern, dass Hilfsangebote angenommen werden. Chancen liegen hier vor allem in einer verbesserten Früherkennung sowie einer Entstigmatisierung des Krankheitsbildes.

Im Oberhausener Gesundheitsbericht 2005 wurde unter anderem die Erkrankung Depression behandelt. Es zeigte sich, dass an einer psychischen Störung erkrankte Menschen sich weniger gut über Behandlungsmöglichkeiten informiert fühlen als somatisch erkrankte Menschen.

Im Auftrag der kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen wird im vorliegendem Bericht die Lage zur Erkrankung Depression und das bestehende Versorgungssystem in Oberhausen näher beleuchtet und Vorschläge zur Verbesserung der Situation unterbreitet.

Einleitung

Die Begegnung mit dem Leid

Zur Zeit des Buddha widerfuhr einer Frau das Unglück, dass ihr einziges Kind starb. Unfähig dies zu akzeptieren, lief sie von einem zum anderen und suchte eine Medizin, um ihr Kind wiederzubeleben. Es hieß, der Buddha habe eine solche Arznei. Sie ging zum Buddha, bezeugte ihm ihre Verehrung und fragte: „Könnt ihr eine Medizin herstellen, die mein Kind wieder lebendig macht?“ „Ich kenne eine solche Medizin“, antwortete der Buddha. „Aber zu ihrer Herstellung benötige ich bestimmte Zutaten.“ Erleichtert fragte die Frau: „Welche Zutaten braucht Ihr?“ „Bring mir eine Hand voll Senfsamen“, sagte der Buddha. Die Frau versprach, sie ihm zu besorgen, aber als sie sich zum Gehen wandte, fügte er hinzu: „Die Senfsamen, die ich benötige, müssen aus einem Haus stammen, in dem kein Kind, kein Ehemann und keine Ehefrau, kein Elternteil und kein Diener jemals gestorben sind.“
Die Frau willigte ein und suchte von Haus zu Haus nach den Senfsamen. Überall waren die Leute bereit, ihr die Samen zu geben, aber wenn sie fragte, ob irgend jemand in dem Haus gestorben sei, erfuhr sie, dass der Tod sämtlichen Familien einen Besuch abgestattet hatte. In dem einen Haus war eine Tochter gestorben, in dem anderen ein Dienstbote, in dem dritten ein Ehemann oder ein Elternteil.
Die Frau konnte kein Heim finden, das vom Leid des Todes verschont worden war. Als sie merkte, dass sie in ihrem Kummer nicht allein war, ließ sie von dem leblosen Körper ihres Kindes ab und kehrte zum Buddha zurück, der voller Mitgefühl sagte: „Du dachtest, dass du als Einzige dein Kind verloren hättest. Das Gesetz des Todes lautet jedoch, dass es bei allen Lebewesen keine Beständigkeit gibt.“

Die hier nacherzählte Geschichte stammt aus der buddhistischen Kultur, hat aber für alle Kulturkreise und Gesellschaftsformen Gültigkeit. Wenn auch Leid, Kummer und Not in unterschiedlichem Maße und auf verschiedene Arten über uns hereinbrechen, so ist doch jedes Menschenleben nicht frei von Krankheit, Trauer und Unglück. Und mit der Tatsache des Todes müssen wir uns alle abfinden, denn ohne Zweifel verlieren wir durch ihn im Laufe des Lebens Angehörige und Freunde und werden über kurz oder lang selbst sterben.

Enttäuschungen und Verlust gehören zum menschlichen Leben. Damit einher gehen oftmals Phasen des Kummers und der Niedergeschlagenheit. Das gilt als eine normale Reaktion und ist als Verarbeitungsphase auch sinnvoll und notwendig. Fast alle Menschen reagieren zeitweise depressiv. Große Enttäuschungen und schwere Verluste führen zu einer depressiven Verstimmung, aber auch banale Ereignisse können deprimieren. Menschen sind unterschiedlich anfällig und befinden sich manchmal in Lebenssituationen, die sie anfälliger werden lassen.

Das Krankheitsbild Depression darf nicht mit einer depressiven Stimmung verwechselt werden, eine aktuelle Bedrücktheit und Mutlosigkeit sind noch keine Depression. Erst wenn Stimmungstiefs länger andauern, immer häufiger auftreten und das Denken, Fühlen und Verhalten beherrschen, liegt eine Depression vor.

Die Krankheit Depression

Die Depression ist eine Störung der Gemütslage, die mit Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust sowie Energie- und Antriebslosigkeit einhergeht. Die Abgrenzung einer depressiven Erkrankung von normalen, kurzzeitigen Verstimmungen erfolgt anhand der Dauer, Art und Intensität der Beschwerden.

Meist liegen einer Depression mehrere Ursachen zugrunde, es handelt sich also um ein multikausales Geschehen. Dabei wirken biologische, psychische und soziale Komponenten zusammen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit hängt einerseits von der genetischen und neurobiologischen Grundausstattung eines Menschen ab, andererseits von belastenden Lebenssituationen, denen er ausgesetzt ist. Die Belastung kann sich dabei auf ein aktuelles Geschehen beziehen oder auf die lebensgeschichtliche Entwicklung eines Menschen. Die auslösenden Faktoren können also vielfältig sein. Sie beinhalten seelische Ursachen, berufliche oder persönliche Unter- und Überforderung, körperliche Ursachen oder genetische Veranlagung.

Depressionen werden unterteilt nach ihrer Häufigkeit (Ersterkrankung oder Mehrfacherkrankung) und nach ihrer Intensität (leicht, mittelgradig und schwer). An welchen Symptomen die betroffenen Menschen leiden und in welcher Intensität ist individuell sehr unterschiedlich.

Bei einer Gesundheitsbefragung durch das Robert Koch Institut wurden Menschen in Nordrhein-Westfalen nach ihren Erkrankungen befragt. In der Tabelle wird dargestellt, wie viel Prozent der Befragten angaben, jemals in ihrem Leben eine Depression erlitten zu haben.

Depressive Erkrankung (Selbstauskunft) nach Alter und Geschlecht NRW 2003

Frauen

18 – 29	13,5
30 – 39	19,2
40 – 49	21,3
50 – 59	21,9
60 – 69	26,6
70 und mehr	21,1

Männer

18 – 29	18,1
30 – 39	6,8
40 – 49	14,3
50 – 59	10,1
60 – 69	9,8
70 und mehr	14,6

Datenquelle:
Robert Koch Institut
Telefonischer Gesundheitssurvey 2000/2003

Die Erkrankung Depression wird sowohl von der neurobiologischen Seite her als auch von der psychischen und psychosozialen Seite her erklärt und auch behandelt. Das Entstehungsgefüge bei psychischen Krankheiten ist komplex und letztendlich noch nicht erschöpfend begriffen. (Vergl. Hegerl, U; Althaus, D; Reiners, H: Das Rätsel Depression; Eine Krankheit wird entschlüsselt).

Es besteht im allgemeinen Übereinstimmung, dass eine Erkrankung mit Störungen von komplexen Regelkreisen der Hirnaktivität in Zusammenhang steht. Die Hirnaktivität verändert sich nicht nur unter einer Depression, sondern auch in Zusammenhang mit Traumatisierungen, Angststörungen, Zwangsstörungen und anderen Impulsstörungen. Zu den zwei im Rahmen der neurobiologischen Depressionsforschung untersuchten Gebieten gehören einerseits die Veränderungen im Bereich der Neurohormone und andererseits die Störungen bei den Neurotransmittersystemen. Es wurde in Zusammenhang mit Depression auch ein Nervenschwund im Hippokampus (eine zentrale Hirnregion) beobachtet. Diese sich gegenseitig beeinflussenden Veränderungen können durch diverse belastende Einwirkungen ausgelöst, aber auch durch medikamentöse Eingriffe in die Regelsysteme sowie durch Psychotherapie wieder ausgeglichen werden.
(Vergl. Dinner, P: Depression)

Andrew Solomon stellt in seinem Buch „Saturns Schatten“ einen interessanten Ansatz zur Entstehung depressiver Erkrankungen vor und will damit die weite Verbreitung dieser psychischen Erkrankung erklären. Er beschreibt, dass alle höher organisierten Lebewesen, die in einem sozialen Verbund leben, ihre soziale Stellung untereinander festlegen müssen. Zu diesen Auseinandersetzungen gehört auch die Fähigkeit des Individuums, eine Niederlage zu erkennen und zu akzeptieren, andernfalls würde ein Kräftemessen zu übermäßigem Verschleiß des Einzelwesens und damit der gesamten Gattung führen. Diese evolutionsbiologisch entwickelte Fähigkeit zur Aufgabe führte ursprünglich zu einem sinnvollen Rückzug. Der Autor vermutet, dass unter den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen das Individuum sich oft verpflichtet sieht, in einer als ausweglos erlebten Situation auszuharren und der Impuls zur Aufgabe sich mangels Handlungsmöglichkeit zu einer Depression verfestigt.

Bedeutsam für Erklärungsansätze kann auch sein, dass Studien über Erkrankungshäufigkeit zu dem Ergebnis kommen, dass jüngere Jahrgänge ein größeres Risiko haben, in ihrem Leben an Depression zu erkranken. Hier wird ein Zusammenhang mit veränderten gesellschaftlichen Lebensbedingungen vermutet, insbesondere mit der immer größer werdenden Entscheidungslast der Individuen. (Vergl. Dipl. Psych. Sonja Barth: Major Depression, somatische Komorbidität und psychosoziales Wohlbefinden im mittleren und höheren Lebensalter; Heidelberg)

Exkurs Komorbidität:

Depressive Erkrankungen treten nicht selten zusammen mit anderen Erkrankungen auf oder stehen in Wechselwirkung mit ihnen. Lebenskrisen können in eine Depression führen und es erschließt sich ohne weiteres, dass eine lebensbedrohende oder schwere chronische Erkrankung für die Betroffenen eine solche Lebenskrise darstellt. Auf der anderen Seite kann eine depressive Erkrankung das Risiko einer somatischen Erkrankung erhöhen und Heilungsprozesse erschweren. Auch bei der Komorbidität stellt sich das Bedingungsgefüge komplex dar.

Die wichtigsten Säulen der Behandlung von depressiven Erkrankungen sind die Medikamentenbehandlung und die Psychotherapie, wenn möglich, werden beide Behandlungsformen kombiniert. Eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie kann der Mehrheit der Betroffenen helfen. Wirksame Behandlungen kommen jedoch oft nicht zum Einsatz, dafür gibt es verschiedene Gründe:

- Die Betroffenen erleben ihre Erkrankung als persönliches Versagen und sind oft von großer Hoffnungslosigkeit und Kraftlosigkeit erfüllt. So fällt es ihnen oft schwer, Hilfe einzufordern.

- Viele depressive Menschen befinden sich in der hausärztlichen Versorgung. Hier ist es oft schwierig, eine Depression zu diagnostizieren, da die Patientinnen und Patienten körperliche Beschwerden in den Vordergrund stellen und eine Abgrenzung zu anderen Erkrankungen bei Arzt/Ärztin spezifische Kenntnisse oder Erfahrung voraussetzt.

- Die Schwere einer Depression wird oft unterschätzt.

Die Kombination von Medikamenten und Therapie hat sich als nutzbringend erwiesen. Dennoch ist die Situation für behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Erkrankte nicht einfach. Oft muss erst ausprobiert werden, welches Medikament für den einzelnen Menschen das günstigste ist. Hier müssen die Patientinnen und Patienten viel Geduld aufbringen. Erschwerend kann hinzukommen, dass wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch, die Medikamente nicht mehr eingenommen werden, wenn der Erkrankte eine Verbesserung erlebt. Eine kontinuierliche Einnahme ist aber im allgemeinen bei psychischen Krankheiten unabdingbar für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf.

Selbst wenn eine Depression erkannt wird, erhalten nicht alle Patientinnen und Patienten eine konsequente Behandlung. Dabei könnte der Mehrheit der Betroffenen sehr gut geholfen werden, wenn die bestehenden Therapiemöglichkeiten umfassend genutzt würden. Hier stellt sich die Frage, wie das Versorgungs- und Behandlungssystem nachhaltig verbessert werden kann. Im Jahr 2001 wurde in Nürnberg ein Aktionsprogramm gegründet, das "Nürnberger Bündnis gegen Depression“. Mittlerweile haben auch andere Städte ähnliche Programme entwickelt.

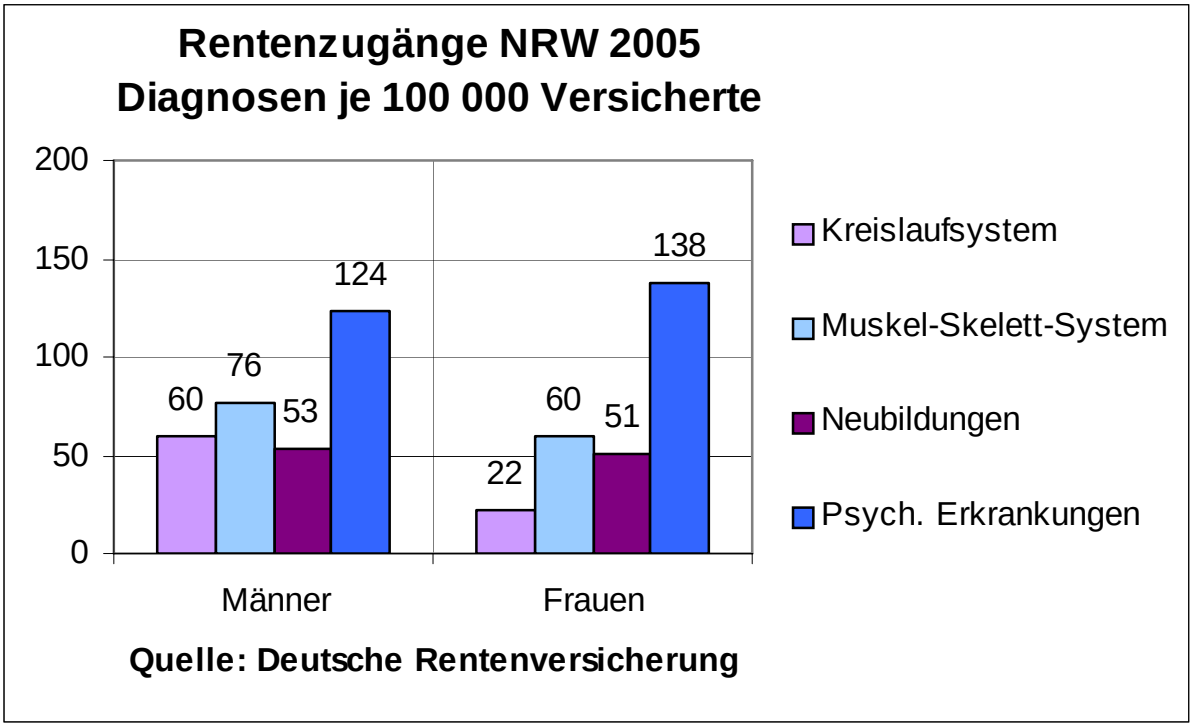
Das „Bündnis gegen Depression“ verfolgt unter anderem die Ziele:

- Effizientere Gestaltung der hausärztlichen Versorgung. Erkrankte wenden sich in der Regel zuerst an Hausarzt/Hausärztin. Die diagnostische und therapeutische Kompetenz ist damit entscheidend, ob eine Depression erkannt und geeignete Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden.

- Aufklärung über die Krankheit Depression. Bagatellisierung und Stigmatisierung, Ängste und Hemmungen und allgemeine Vorbehalte gegen Psychotherapie führen dazu, dass eine professionelle Unterstützung nicht wirksam greift.

Wie bedeutsam eine angemessene Behandlung ist, wird bei der Betrachtung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit deutlich. In NRW gibt es im Jahr 2005 je 100 000 Versicherte 130,5 Rentenzugänge aufgrund der Hauptdiagnose Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Das sind insgesamt 10 738 Personen. Die nachfolgende Grafik zeigt die häufigsten Diagnosen, die bei Frauen und Männern zu Rentenzugängen führen.

Rentenzugänge NRW 2005 nach Diagnosen und Geschlecht



Depression in Zusammenhang mit Lebenslagen

Bestimmte Faktoren der Biographie, der sozialen Situation und der Einbettung in den gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang können auf das Risiko einer depressiven Erkrankung Einfluss nehmen. Im folgenden werden verschiedene Lebenslagen angesprochen, die mit ihrer jeweiligen Problemstruktur ein differenziertes Nachdenken über gesundheitsfördernde und gesundheitsschützende Maßnahmen erforderlich machen.

Depression und Geschlecht

Bei Frauen wird doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert wie bei Männern. Frauen sprechen offener über ihre Gemütslage und werden daher eher als depressiv erkannt, während bei Männern oft organische Ursachen vermutet werden. Das unterschiedliche Verhalten der Geschlechter, aber auch das unterschiedliche Diagnoseverhalten der Ärzteschaft können hier eine Rolle spielen.

Die unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit ist zum Teil auch hormonell bedingt. So sind Frauen in Phasen großer Hormonschwankungen anfälliger für eine Depression, dies gilt unter anderem für den Menstruationszyklus und Vorgänge um Schwangerschaft und Geburt. Die Anfälligkeit scheint genetisch veranlagt zu sein und durch Faktoren der Lebenswelt verstärkt zu werden. Mittlerweile wird im gesellschaftlichen Kontext auch darüber nachgedacht, inwieweit Männer ebenfalls hormonellen Zyklen unterliegen und dementsprechend in unterschiedlichen Lebensphasen unter anderem depressiv erkranken. Inwieweit Biologie oder soziale Rolle den Menschen prägen sei dahingestellt; fest steht, dass jedes einschneidende Lebensereignis in der persönlichen Biographie zu einer depressiven Erkrankung führen kann, sei es biologisch oder sozial begründet.

Als bedeutsam können Unterschiede in den gesellschaftlich gegebenen Bewältigungsmöglichkeiten bei Belastung gelten. Während Frauen sich eher mit belastenden Situationen auseinandersetzen, um ein Problem zu lösen, vermeiden es Männer häufiger, an das Problem zu denken. So reagieren Männer auf Stress öfter mit Erhöhung des Alkohol- und Drogenkonsums, bei Frauen führt Stress häufiger zu Depression und Angst. Besonders hohen Belastungen sind oftmals alleinerziehende Frauen ausgesetzt. Einerseits müssen das Wohl der Kinder und Berufsleben in Übereinstimmung gebracht werden, andererseits ist das Armutsrisiko größer als bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Frauen.

Insgesamt lässt sich nur schwer feststellen, ob die unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit im geschlechtlichen Unterschied oder in den unterschiedlichen Wahrnehmungen und Reaktionsmustern im gesellschaftlichen Zusammenhang zu suchen ist, wie so oft werden sich auch hier die verschiedenen Faktoren wechselseitig beeinflussen.

Depression und Migration

Kulturelle Unterschiede im Erleben von Depressionen können dazu führen, dass die Erkrankung bei Menschen mit Migrationshintergrund spät oder gar nicht diagnostiziert wird.
Während einerseits die Erkrankung als solche von den Betroffenen oft gar nicht erkannt wird, erschweren außerdem sprachliche Hürden eine Inanspruchnahme von psychiatrischen oder psychotherapeutischen Leistungen.
Der Migrationsprozess selbst beinhaltet eine Reihe von Belastungsfaktoren, die eine Depression begünstigen können, wie z. B. Verlust sozialer und materieller Ressourcen oder die Konfrontation mit einer fremden Sprache und Kultur.
Im kommunalen Integrationsbericht (2006) wurde die Lage der Menschen mit Migrationshintergrund umfassend dargestellt und entsprechende Handlungsempfehlungen ausgesprochen. An dieser Stelle wird darauf verwiesen und vorgeschlagen, die depressiven Erkrankungen unter der Rubrik „seelische Gesundheit“, die als Teil einer Handlungsempfehlung im kommunalen Integrationsbericht (S. 82) aufgeführt wird, einzuordnen und besondere Bedeutung beizumessen.

Depression und Kindheit/Jugend

Grundsätzlich gelten bei Kindern und Jugendlichen die gleichen Diagnosekriterien wie bei Erwachsenen. Dabei sind jedoch viele Merkmale, die als Anzeichen einer depressiven Erkrankung gedeutet werden können, auch Teil des kindlichen und jugendlichen Entwicklungsprozesses. Die Grenzen zwischen normaler Entwicklung und depressiver Symptomatik sind fließend. Häufig „verstecken“ sich depressive Symptome hinter somatischen Symptomen, sie können aber auch beispielsweise hinter Unruhe oder Aggression verborgen sein. Hinzu kommt, dass die Symptome entwicklungs- und altersabhängig betrachtet werden müssen. Diese Schwierigkeiten führen dazu, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter oft nicht oder erst sehr spät erkannt werden. Die Früherkennung einer Depression ist nicht nur wichtig, um akutes Leid zu verhindern oder zumindest zu mildern, sondern auch, um krankheitsbedingten negativen Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen vorzubeugen.

Depression und Alter

Depressive Erkrankungen treten im Alter nicht häufiger auf als in anderen Lebensaltern, generell sind Menschen in der Mitte ihres Lebens eher gefährdet eine Depression zu erleiden. Tritt eine Depression im Alter auf, bleibt sie allerdings häufig unerkannt. Fehlende Energie und Hoffnungslosigkeit werden mit dem natürlichen Alterungsprozess erklärt. Die Leistungsfähigkeit nimmt ab, körperliche Beschwerden nehmen zu. Interesse- und Mutlosigkeit, gemindertes Selbstwertgefühl und Antriebslosigkeit sind jedoch nicht unbedingt eine Frage des Alterns sondern können Anzeichen für eine Depression sein. Gründe für Depression im Alter gibt es viele. Unter anderem sind hier somatische Erkrankungen, Einsamkeit und das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, zu nennen.

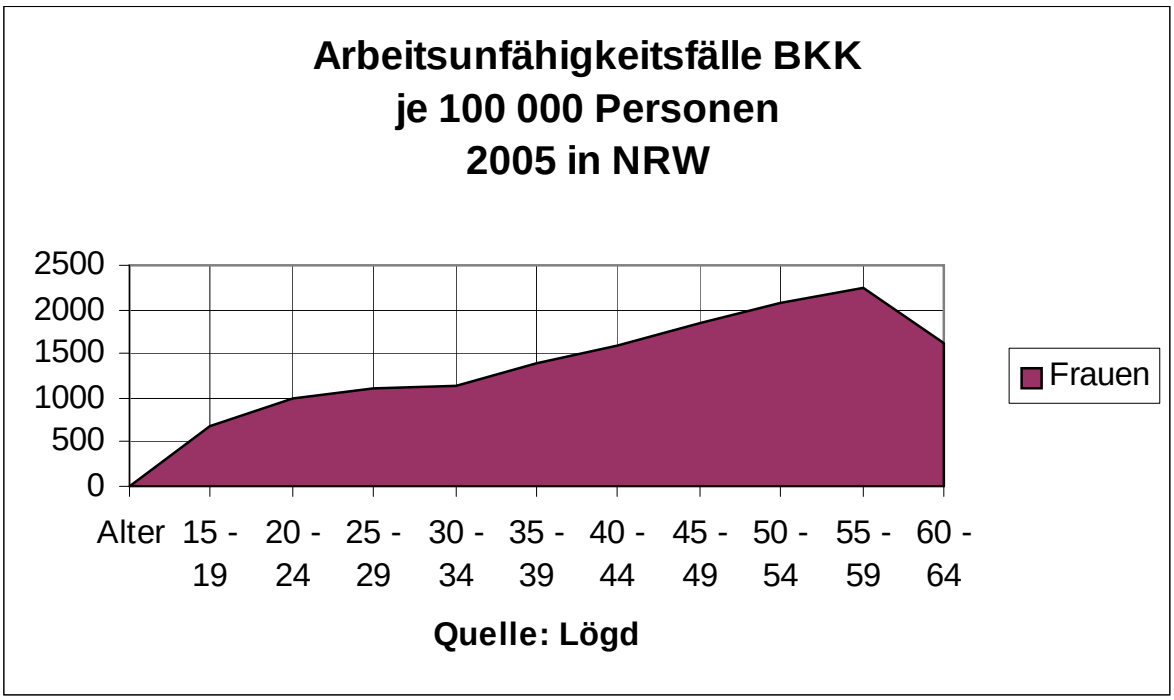
Da Depression oft als eine normale Begleiterscheinung des Alters verkannt wird, müssen ältere Patientinnen und Patienten genauso umsichtig und konsequent wie jüngere Menschen untersucht und behandelt werden. Auch hier gilt, dass eine depressive Erkrankung oft erfolgreich behandelt werden kann. Bei Menschen mit körperlichen Krankheiten und Behinderungen ist die Häufigkeit von Depressionen erhöht. Bewohner/innen von Pflegeheimen sind im allgemeinen stärker von körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen betroffen, so dass depressive Erkrankungen bei dieser Personengruppe häufiger auftreten können.

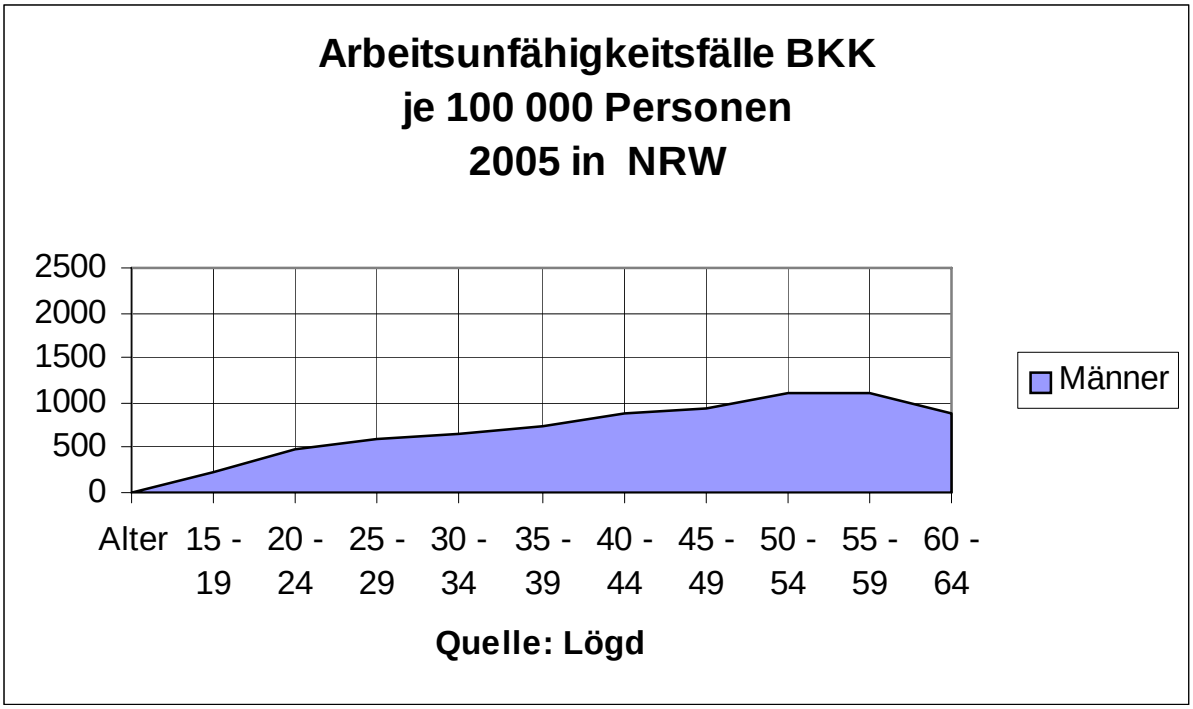
Depression und Arbeit

Der Verlust des Arbeitsplatzes gehört zu den Lebensereignissen, die als äußerst belastend empfunden werden und die als Auslöser für eine Depression gelten. Dabei stehen Gefühle von Hilflosigkeit und Wertlosigkeit im Vordergrund. Erschwerend kommt hinzu, dass die Betroffenen subjektiv und objektiv in eine Lebenslage geraten, die sie wenig bis gar nicht beeinflussen können.

Aber auch Arbeitsbedingungen können Einflussfaktoren für eine depressive Erkrankung sein. Arbeitsverdichtung, zunehmende Bedrohung durch Arbeitsplatzverlust und insgesamt prekäre Arbeitsverhältnisse erhöhen das Risiko einer Erkrankung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Jahre 2005 haben verschiedene Krankenkassen dem Thema psychische Erkrankungen und Arbeitswelt besondere Bedeutung beigemessen und in ihren Gesundheitsreporten als Schwerpunktthema aufgenommen. Hier sei stellvertretend der BKK Bundesverband zitiert, der für sich aufgrund der hohen Mitgliederzahl in Anspruch nimmt, repräsentative Ergebnisse vorlegen zu können. Obwohl insgesamt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage der Mitglieder zurückgegangen ist, hat sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen am Gesamtvolumen der Arbeitsunfähigkeiten erhöht.

Arbeitsunfähigkeitsfälle von BKK-Mitgliedern aufgrund Depression





Zur besseren Lesbarkeit der Altersverteilung wird hier die entsprechende Tabelle dargestellt:

	Männer	Frauen
Alter	je 100 000 Mitglieder	je 100 000 Mitglieder
15 - 19	217,93	669,99
20 - 24	475,12	1.002,96
25 - 29	583,86	1.096,90
30 - 34	650,62	1.124,23
35 - 39	745,63	1.400,53
40 - 44	887,71	1.604,04
45 - 49	933,31	1.854,79
50 - 54	1.116,73	2.075,67
55 - 59	1.114,49	2.254,62
60 - 64	869,48	1.605,98

Bei Betrachtung der Arbeitsunfähigkeiten durch depressive Erkrankungen wird wiederum deutlich, dass Frauen deutlich mehr erkranken oder Depression bei Frauen deutlich mehr diagnostiziert wird. Bei der Altersverteilung lässt sich feststellen, dass die Arbeitsunfähigkeitsanzahl in den mittleren Jahren ansteigt. Aber auch in jungen Jahren findet sich eine nicht unerhebliche Menge von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen.

Die AOK gibt an, dass in Oberhausen ca. 16.000 berufstätige Bürgerinnen und Bürger bei ihr versichert sind. Für das Jahr 2007 stellen sich die Arbeitsunfähigkeitsdaten im vergleich zum gesamten Rheinland wie folgt dar:

Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten der AOK in 2007

Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherte

	Oberhausen	Rheinland
Alle Diagnosen	144	152
Psychische Störungen	5,4	4,04

Die durchschnittliche Falldauer betrug in Oberhausen 24,58 Tage und im Rheinland 26,09 Tage. Im zeitlichen Verlauf ist die Arbeitsunfähigkeitsdauer mit 22 Tagen im Jahr 2001 auf 24,58 Tage im Jahr 2007 gestiegen.

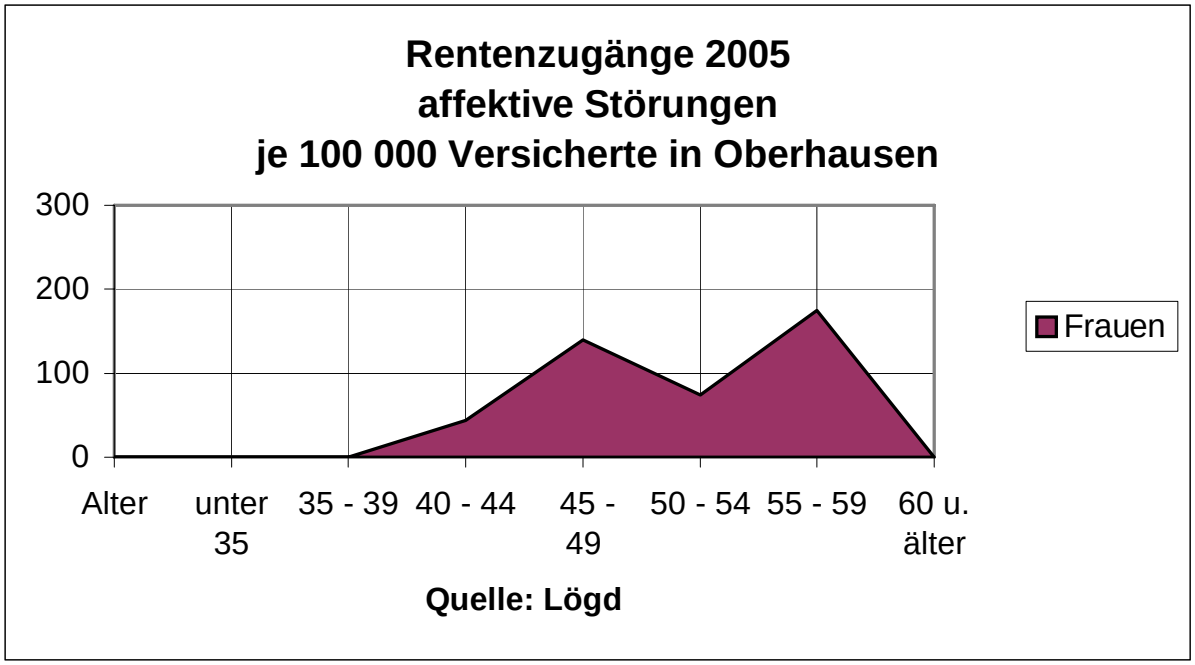
Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte

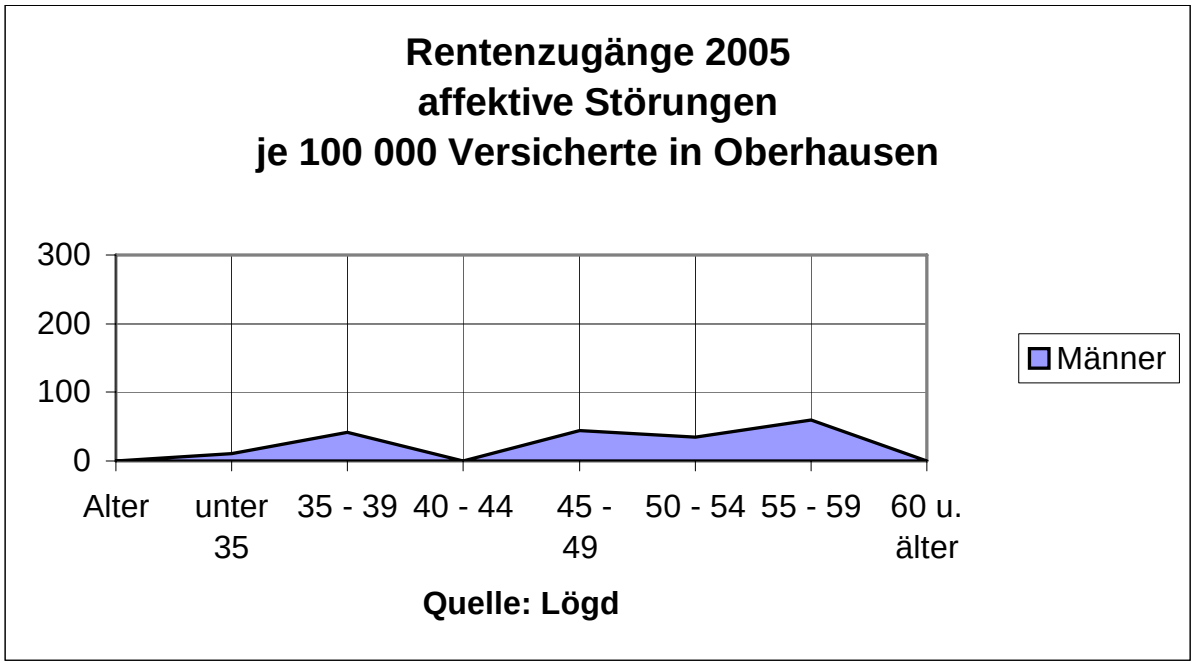
	Oberhausen	Rheinland
Alle Diagnosen	1.924	1.805
Psychisch Störungen	98,71	140,96

Die Arbeitsunfähigkeitsdauer über alle Diagnosen lag in Oberhausen bei 13,36 Tagen und im Bereich der psychischen Störungen bei 24,58 Tagen.

Quelle:
AOK Rheinland/Hamburg
Regionaldirektion Oberhausen

In den folgenden beiden Grafiken sind die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund affektiver Störungen in Oberhausen bei Frauen und Männern dargestellt. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen. Als Diagnose wird grundsätzlich die sogenannte Hauptdiagnose entsprechend dem gemeinsamen einheitlichen Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung angegeben. Bei der vielfach beobachteten Multimorbidität der zu berentenden Versicherten steht die Festlegung der Hauptdiagnose im Ermessen der begutachtenden Ärztinnen und Ärzte.


Rentenzugänge 2005
affektive Störungen
je 100 000 Versicherte in Oberhausen
300
200
100
0
Alter
unter 35
35 - 39
40 - 44
45 - 49
50 - 54
55 - 59
60 u. älter
Frauen
Quelle: Lögd

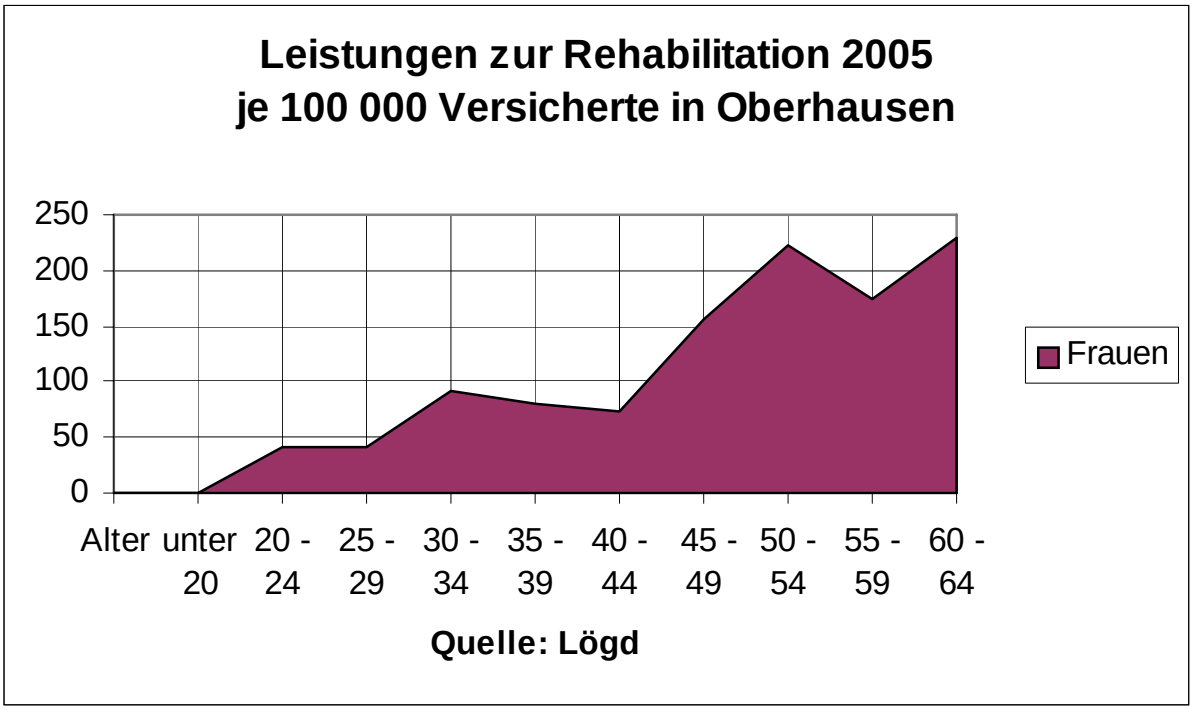

Rentenzugänge 2005
affektive Störungen
je 100 000 Versicherte in Oberhausen
300
200
100
0
Alter
unter 35
35 - 39
40 - 44
45 - 49
50 - 54
55 - 59
60 u. älter
Männer
Quelle: Lögd

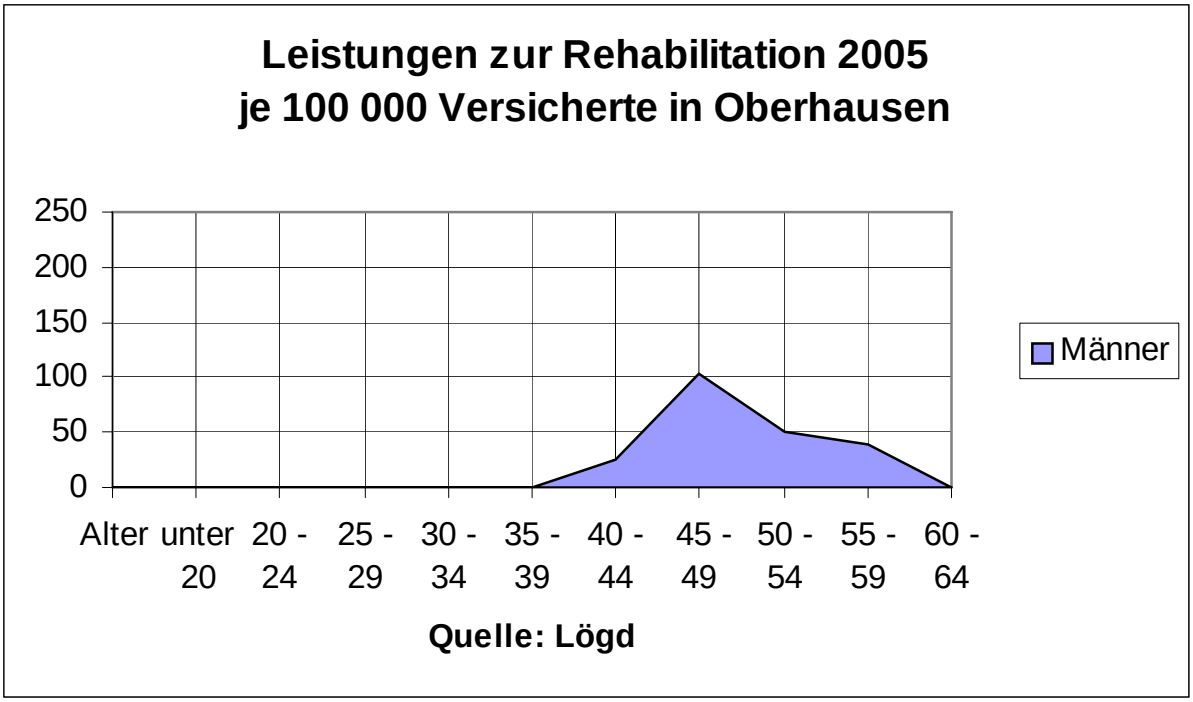
In der Tabelle ist die Anzahl der Fälle in den Altersgruppen verdeutlicht.

	Männer	Frauen
Alter	je 100 000 Versicherte	je 100 000 Versicherte
unter 35	11,25	–
35 - 39	41,67	–
40 - 44	–	43,92
45 - 49	43,98	140,14
50 - 54	34,18	74,28
55 - 59	60,12	174,65
60 u. älter	–	–

In den nächsten beiden Grafiken ist die Anzahl der medizinischen und sonstigen Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation dargestellt. Leistungsträger der Rehabilitation können die Rentenversicherung, die Krankenversicherungen, die Unfallversicherungen, die Sozialämter oder die Versorgungsämter sein. Bei den hier vorgestellten Daten werden nur Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung dargestellt, die ca. 55% aller Rehabilitationsleistungen umfassen. Etwa 70% der Rehabilitationsleistungen betreffen die medizinische Rehabilitation; sonstige Leistungen umfassen u. a. Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben.

Medizinische und sonstige Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht wg. affektiver Störungen





In der Tabelle ist die Anzahl der Fälle in den Altersgruppen verdeutlicht.

	Männer	Frauen
Alter	je 100 000 Versicherte	je 100 000 Versicherte
unter 20	–	–
20 - 24	–	41,71
25 - 29	–	41,39
30 - 34	–	91,32
35 - 39	–	80,32
40 - 44	25,91	73,20
45 - 49	102,62	155,71
50 - 54	51,26	222,84
55 - 59	40,08	174,65
60 - 64	–	228,57

Depression und Suizid

Depressionen gelten als häufigster Grund für die Selbsttötung. Es ist davon auszugehen, dass bei 80% aller Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine aktuelle Depression bestanden hat. Zwei Altersgruppen sind besonders betroffen: Jugendliche und ältere Menschen. Der Suizid ist nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache in der Altersschicht bis 29 Jahre. In Deutschland sterben täglich drei Kinder und Jugendliche durch Selbsttötung. Weitere 40 Kinder versuchen jeden Tag, sich das Leben zu nehmen. Die Rate der Suizidversuche ist bei Mädchen dreimal höher als bei Jungen. Dagegen führen jedoch bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als bei Mädchen.

Unter den jährlich etwa 13 000 Menschen, die sich das Leben nehmen, ist jeder dritte über 65 Jahre alt. Die Suizidrate in der Altersgruppe der über 65-jährigen ist in den vergangenen 25 Jahren um 13,5% gestiegen. Als Hauptgründe gelten eine zunehmend komplexere Alltagswirklichkeit bzw. eine Ausgrenzung aus derselben und der Umstand, dass etwa jeder zweite der über 65-jährigen allein lebt.

Da Selbsttötungen oft in Verbindung mit depressiven Erkrankungen auftreten, ist eine frühzeitige Erkennung und erfolgreiche Behandlung die beste präventive Maßnahme und eine verbesserte Aufklärung und Versorgung von Betroffenen wirkt sich positiv auf die Verminderung von Suiziden aus.

In der nachfolgenden Tabelle wird dargestellt, wie viele Frauen und Männer sich in den Jahren 1998 bis 2005 in Oberhausen selbst getötet haben. Wesentlich mehr Männer als Frauen starben durch Selbstmord. Ausnahmen bilden die Jahre 2003 und 2005, der allgemeine Trend ist aber deutlich zu sehen.

Durch Selbsttötung gestorbene Menschen nach Geschlecht

Jahr	Frauen	Männer
1998	3	20
1999	2	16
2000	2	15
2001	3	8
2002	6	12
2003	--	4
2004	3	10
2005	10	9

Quelle: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Lögd)

Die Versorgung in Oberhausen

Medizinische Versorgung

Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern

Krankenhausplanung unterliegt den Vorgaben des Krankenhausgesetzes NRW. Dabei wurden die Vereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und den verschiedenen Krankenhäusern durch Festlegungen der Pflichtversorgungsgebiete in Feststellungsbescheiden der Bezirksregierung abgelöst. Für Oberhausen wurde 2001 folgende Konstellation festgelegt:

Psychiatrie

	Versorgungsgebiet
St. Josef-Hospital	Alt –Oberhausen und Osterfeld
Evangelische und Johanniter Kliniken	Sterkrade

Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Versorgungsgebiet
Rheinische Kliniken Viersen	gesamtes Stadtgebiet

In den psychiatrischen Abteilungen werden Betten in folgenden allgemeinen Krankenhäusern vorgehalten:

Katholische Kliniken Oberhausen gGmbH
Betriebsteil St. Josef Hospital

Evangelisches und Johanniter Klinikum
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Bettenanzahl ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

	Psychiatrie	Tagesklinik
Katholische Kliniken Oberhausen	114	8
Ev. und Johanniter Klinikum	160	25

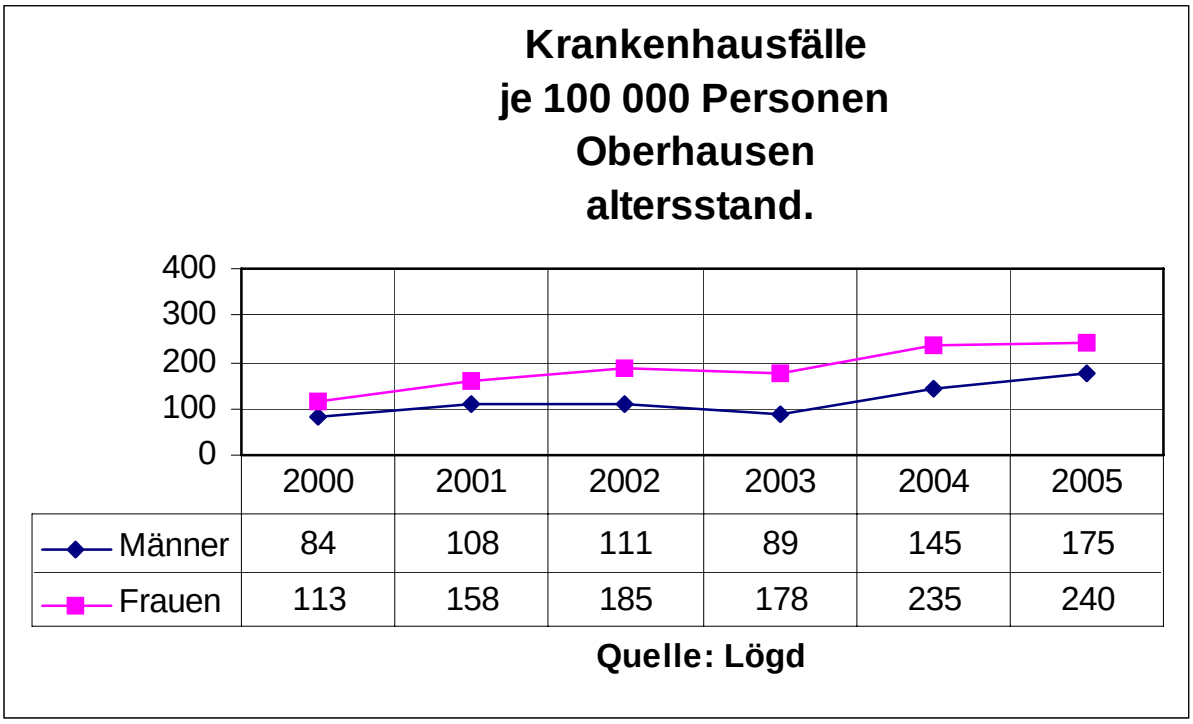
Im St. Josef Hospital gibt es darüber hinaus eine Ambulanz für psychisch erkrankte Menschen.

Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie steht eine dezentrale Tagesklinik mit 14 Plätzen im Marienhospital in Mülheim im Rahmen der ortsnahen Versorgung für die Städte Mülheim und Oberhausen zur Verfügung.

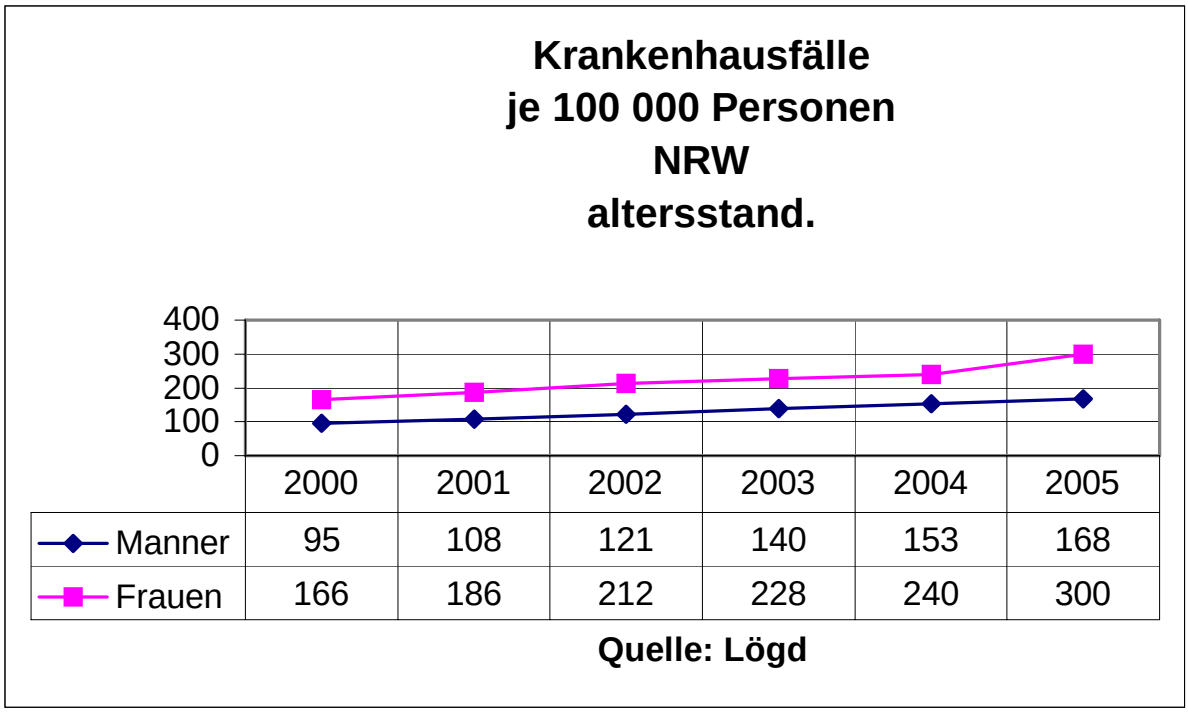
In den folgenden Grafiken werden zur Ergänzung die Diagnosefälle „Depression“ als Zeitreihe im Vergleich Oberhausen und Nordrhein-Westfalen dargestellt. Die Krankenhausdiagnose-Statistik ist Bestandteil der Krankenhausstatistik. Die vorliegenden Daten werden nach dem Wohnort organisiert. Die Meldungen zur Diagnosestatistik beziehen sich auf alle im Jahr entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten. Personen, die mehrfach innerhalb eines Jahres vollstationär behandelt wurden, werden auch mehrfach erfasst. Dies ist vor allem bei Diagnosen zu beachten, die häufig mit wiederholten Krankenhausaufnahmen einhergehen, wie es unter anderem auch bei depressiven Erkrankungen der Fall sein kann. Aus der Zahl der Krankenhausfälle kann deshalb nur sehr bedingt auf die Erkrankungshäufigkeit geschlossen werden.

Die Altersstandardisierung macht die Behandlungsraten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und Regionen vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen kontrolliert. Altersstandardisierte Daten sind somit fiktive Kennziffern

Krankenhausfälle Depression 2000-2005
Zeitreihe nach Geschlecht altersstandardisiert
Oberhausen und NRW



	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Männer	84	108	111	89	145	175
Frauen	113	158	185	178	235	240



Niedergelassene Ärzteschaft/Psychotherapie

Die meisten Menschen mit psychischen Problemen suchen zuerst ihre Hausärztin/ihren Hausarzt auf, an zweiter Stelle stehen Nervenärztinnen und Nervenärzte, gefolgt von den Professionen der psychologischen und ärztlichen Psychotherapie.

In der nachfolgenden Tabelle wird die Häufigkeit von Diagnosen von depressiven Erkrankungen in der nervenärztlichen Praxis ausgewiesen. Die angegebenen Zahlen gelten für Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 und geben die Prozentwerte an.

Anteil der Depression bei den nervenärztlichen Diagnosen NRW 2006

Diagnose	Frauen	Männer	insgesamt
F32	15,2	11,1	13,7
F33	7,9	4,5	6,5
F34	4,5	2,8	3,8

F32=Depressive Episode
F33=Rezidivierende depressive Störungen
F34=Anhaltende affektive Störungen

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Im Vergleich mit den anderen 30 häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis liegt die depressive Episode auf Platz eins, die rezidivierenden depressiven Stö-

rungen auf Platz sieben und die anhaltenden affektiven Störungen auf Platz sechzehn.

In der nachfolgenden Tabelle wird die Häufigkeit der Diagnose „Depressive Episode“ in der hausärztlichen Praxis ausgewiesen. Die angegebenen Zahlen gelten für Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 und geben die Prozentwerte an.

Anteil der Depression bei den hausärztlichen Diagnosen NRW 2006

Diagnose	Frauen	Männer	insgesamt
F32	6,8	3,1	5,2

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

In der allgemeinärztlichen Praxis findet sich die Diagnose „Depressive Episode“ im Vergleich mit den anderen 30 häufigsten Diagnosen auf Platz 17.

Bei Betrachtung der Versorgungssituation stellt sich im Jahr 2007 die Situation in Bezug auf die Anzahl der Fachärzteschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und zugelassene Psychotherapeuten in Oberhausen wie folgt dar:

Nervenärzte	8 Personen
Psychiatrie	2 Personen
Psychotherapie	5 Personen
Jugendpsychiatrie	1 Person
Ermächtigte Krankenhausärzte	1 Person
Verhaltenstherapeuten/Psychologen	25 Personen

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt regelmäßig in ihrer Bedarfsplanung den Versorgungsgrad in Hinblick auf die Vertragsärzteschaft dar. In Oberhausen ist die hausärztliche Versorgung im Jahr 2005 mit 111,2% abgedeckt und im Jahr 2006 mit 110,5%. Bei den Nervenärzten ist im Jahr 2005 ein Versorgungsgrad von 121,9% festgestellt, im Jahr 2006 von 126,5%. In der psychotherapeutischen Behandlung ist im Jahr 2005 ein Versorgungsgrad von 139,8% festgestellt, im Jahr 2006 von 140,2%. Bei der Berechnung der Kassenärztlichen Vereinigung werden Anzahl der Bürgerinnen und Bürger und Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte in der Kommune zueinander ins Verhältnis gesetzt. In den letzten Jahren wird in Oberhausen in allen Fachdisziplinen der von der Kassenärztlichen Vereinigung definierte Versorgungsgrad erreicht und meistens überschritten.

Dieser Sachverhalt steht im Gegensatz zur Wahrnehmung vieler Patientinnen und Patienten. An einer psychischen Krankheit leidende Menschen, die gesetzlich krankenversichert sind, leiden oft unter den langen Wartezeiten für eine Psychotherapie. Dies ist nun allerdings nicht ein Qualitätsmerkmal des Versorgungssystems, sondern ist dem „Zwei Klassen Charakter“ unseres Gesundheitssystems geschuldet. Mittlerweile konnte wissenschaftlich fundiert gezeigt werden, was bisher oft nur als Vermu-

tung ausgesprochen werden konnte: Nach einer Studie der Universität Köln müssen Kassenpatienten/patientinnen im Durchschnitt dreimal so lange auf einen Termin in der fachärztlichen Praxis warten wie privat Krankenversicherte. Die Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie belegt unterschiedliche Wartezeiten. Für die Untersuchung waren insgesamt 189 niedergelassene Facharztpraxen im Raum Köln/Bonn/Leverkusen von wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen kontaktiert worden, die sich entweder als Kassen- oder Privatpatienten zu erkennen gaben und um eine von fünf ausgewählten Untersuchungen baten. (Vergl.: Lungen, M; Stollenwerk, B; Messner, Ph; Lauterbach, K W; Gerber, A: Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in germany)

Psychiatrische Behandlungspflege

Eine psychiatrische Behandlungspflege wird durch den behandelnden Facharzt/die behandelnde Fachärztin verschrieben und im Leistungsumfang verordnet. Neben Krisenintervention sind auch tagesstrukturierende Maßnahmen Teil der psychiatrischen Pflege und/oder Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten. Eine Kontaktaufnahme kann schon während eines stationären Aufenthaltes erfolgen. In Oberhausen bieten folgende Pflegedienste die psychiatrische Behandlungspflege an:

- Hilfe daheim
- VIVA
- ZAK

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Oberhausen nimmt Pflichtaufgaben nach dem PsychKG und verschiedenen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches zum Schutz und zur Unterstützung psychisch Kranker wahr. Das Angebot zielt insbesondere auf jene Betroffenen ab, die krankheitsbedingt keinen direkten Zugang zu anderen medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen finden.

Der Fachdienst erfasst überproportional besonders schwere depressive Krankheitsverläufe oder Krankheitsverläufe, in denen die Depression in Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt, insbesondere in Verbindung mit Suchterkrankungen, schweren Persönlichkeitsstörungen oder bei Depressionen im Rahmen von Anpassungsstörungen bei lebensgeschichtlichen Krisen. Zwischen 30 und 35% der vom Fachdienst betreuten Menschen leiden an depressiven Symptomen. Besonderer Arbeitsschwerpunkt sind problematische Konstellationen von Sucht und Depression sowie Altersdepressionen, weil hier der Zugang zu üblichen sozialen und medizinischen Hilfsangeboten besonders schwer ist.

Im Unterschied zu den meisten anderen sozialpsychiatrischen Angeboten vor Ort erfolgt die Kontaktaufnahme nicht nur auf Eigeninitiative der Betroffenen, sondern häufig durch Menschen des persönlichen Umfeldes oder durch Institutionen und Ord-

nungsbehörden, die auf den hilfsbedürftigen Zustand des/der Betoffenen aufmerksam geworden sind.

Der sozialpsychiatrische Dienst hat im Rahmen des § 9 PsychKG als einzige medizinische und psychosoziale Versorgungseinrichtung die Möglichkeit, einen Kontakt bzw. eine psychiatrische Untersuchung auch ohne Einsicht und Zustimmung der Betroffenen im Sinne der Gefahrenabwehr (Selbst- oder Fremdgefährdung) verwaltungsrechtlich durchzusetzen.

Psychosoziale Versorgung

Psychosoziales Gesundheitszentrum Oberhausen

Sozialpsychiatrische Zentren verbinden unterschiedliche Hilfen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung miteinander und kooperieren mit den verschiedenen Anbietern des Versorgungssystems in der Kommune. Sie vermitteln Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten, Kontakt- und Freizeithilfen, Beratung und sozialpsychiatrische Betreuung.

In Oberhausen haben sich das Sozialpsychiatrische Zentrum des Caritasverbandes, des Diakonischen Werkes und Intego (ehem.: Psychosozialer Förderverein) unter dem Namen Psychosoziales Gesundheitszentrum Oberhausen zu einem Trägerverbund zusammengeschlossen. Unter dem Dach des Psychosozialen Gesundheitszentrums werden unterschiedliche Hilfsangebote koordinierend und koordiniert zusammengefasst:

- Die Kontakt- und Beratungsstelle
- Das Betreute Wohnen
- Die Tagesstätte
- Der Integrationsfachdienst
- Die Suchtberatung
- Die Insolvenzberatung

Jeder der genannten Träger hält ein Psychosoziales Gesundheitszentrum für einen Stadtbezirk vor, der sich an den Versorgungsgebieten der städtischen Stadtteilzentren orientiert. Kern des Angebotes ist das Sozialpsychiatrische Zentrum, das auf dem Modell des Landschaftsverbandes Rheinland basiert, erweitert um weitergehende Hilfen.

Betreutes Wohnen

Das betreute Wohnen bietet psychisch behinderten Menschen eine Hilfestellung bei der selbstständigen Lebensführung. Die Betreuung erfolgt durch Fachkräfte, die bei einem freien Träger angestellt sind. Sie unterstützen die Betroffenen bei der Bewältigung von Alltagsproblemen. Ziel des Betreuten Wohnens ist, dass psychisch behinderte Menschen am Leben in der Gesellschaft teilnehmen können. Dazu gehört auch die Vermittlung zu berufsfördernden Angeboten und die Motivation zur Annahme von regelmäßiger Arbeit. Das Betreute Wohnen wird vom Landschaftsverband

Rheinland gefördert, mittlerweile gibt es in Oberhausen dreizehn Anbieter, die über einen Vertrag mit dem Landschaftsverband dieses ambulante Angebot vorhalten.

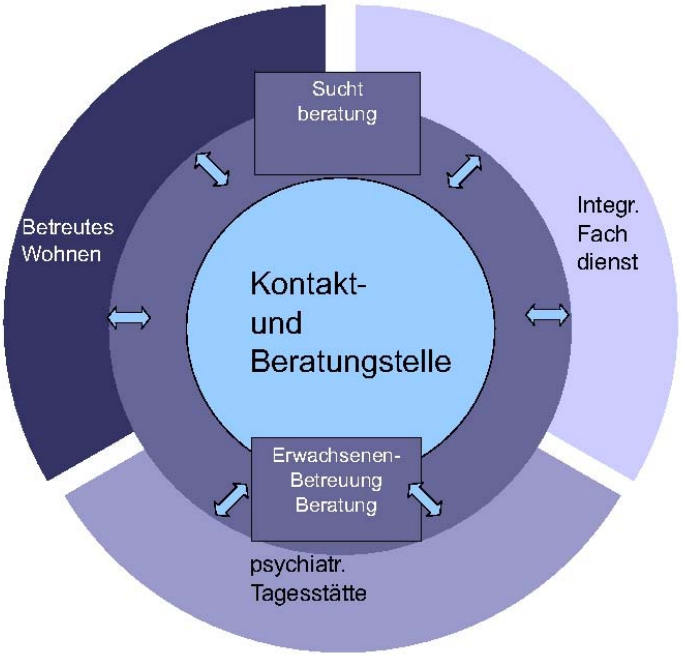
Wohnheim

In Oberhausen gibt es zwei Wohnheime unter der Trägerschaft des Caritasverbandes. Das Wilhelm-Knappmann-Haus ist ein Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen und das Christopherus-Haus ist ein Wohnheim für seelisch behinderte und verhaltensgestörte junge Menschen.

Schaubild: Psychosoziales Gesundheitszentrum

„Psychosoziales Gesundheitszentrum (PGZ)“ integriert aufsuchende, beratende und tagesstrukturierende Hilfen.

Die Angebote sind kleinräumig auf 3 Stadtgebiete verteilt



Quelle: Intego

Berufliche Wiedereingliederung und Beschäftigung

Bundesagentur für Arbeit
Hier vor Ort: Agentur für Arbeit Oberhausen

Die Bundesagentur für Arbeit ist ein Träger von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen. Andere Rehabilitationsträger können sein:

- Die gesetzlichen Krankenkassen
- Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- Die Träger der Kriegsopferversorgung
- Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Die Träger der Sozialhilfe

Welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, richtet sich nach der Art der Rehabilitation, der Ursache der Behinderung und nach dem Umfang von zurückgelegten Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Bundesagentur für Arbeit ist zuständiger Rehabilitationsträger für die berufliche Rehabilitation, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Sie wird von anderen Rehabilitationsträgern beteiligt, um zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Leistungen gutachterlich Stellung zu nehmen und dabei die Bedingungen und Gegebenheiten des Arbeitsmarktes zu berücksichtigen.

Bei der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben haben die Agenturen für Arbeit folgende Rechtsgrundlagen zu beachten:

- Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (SGB I)
- Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
- Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung (SGB III)
- Sozialgesetzbuch – Rehabilitation behinderter Menschen (SGB IX)
- Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren u. Sozialdatenschutz (SGB X)
- Berufsbildungsgesetz (BBiG)
- Handwerksordnung (HWC)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen die Schwierigkeiten beseitigen oder mildern, die auf Grund einer Behinderung die Berufsausbildung oder Berufsausübung erschweren oder unmöglich erscheinen lassen. Die wegen der Behinderung erforderlichen Hilfen sollen dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit der Menschen mit Behinderung entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wieder herzustellen.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können sowohl Hilfen zur Erlangung oder Erhaltung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen als auch die Durchführung beruflicher Bildungsmaßnahmen umfassen.

Berufliche Bildungsmaßnahmen können durchgeführt werden:

- In Betrieben
- In außerbetrieblichen Einrichtungen
- In besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Personen erhalten, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter bzw. wieder teilzuhaben, wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur beruflichen Eingliederung benötigen.

Berufsförderungswerk

Das Berufsförderungswerk Oberhausen ist eine Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation. Es bietet allen rentenversicherungspflichtigen Beschäftigten oder arbeitslosen Personen, die krankheits- oder unfallbedingt ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können, die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation. Für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen kann das bedeuten:

- Erlernen eines neuen Berufes
- Die Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls bewältigen lernen
- Orientierung und Behauptung in einer neuen Lebenssituation.

Das Leistungsspektrum umfasst Rehabilitationsmaßnahmen (Förderung nach SGB IX) und Berufliche Weiterbildung (Förderung nach SGB III)

BerufsTrainingsZentrum Duisburg

Das BTZ bietet psychisch kranken Menschen berufliche Rehabilitation. Das berufliche Training dauert ein Jahr und gliedert sich in drei Phasen:
Eingangstraining
Betriebliches Training
Integrationsphase

Die Rückkehr in den ehemaligen Beruf ist vorrangiges Ziel, falls dies krankheitsbedingt nicht möglich ist, unterstützt das Berufstrainingszentrum eine berufliche Neuorientierung.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Trainings werden durch psychologische und sozialpädagogische Hilfen begleitet.

Werkstatt am Kaisergarten

Die Werkstatt am Kaisergarten ist eine Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben von psychisch erkrankten Menschen gemäß §136 SGB IX. Gefördert und betreut werden Personen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Probleme haben, eine angemessene Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen bzw. auszuüben. Betroffene werden auf eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder auf einen betreuten Arbeitsplatz in der Werkstatt vorbereitet.

In einem Eingangsverfahren wird ein Fähigkeitsprofil ermittelt und ein langfristig angelegter Eingliederungsplan entwickelt. Im anschließenden Berufsbildungsbereich liegt der Schwerpunkt auf der Stabilisierung und Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten. Es werden dabei konkrete Arbeitssituationen trainiert und verschiedene

Praktika durchgeführt. Nach Abschluss der Trainingsphase ist eine Übernahme in den Arbeitsbereich der Werkstatt am Kaisergarten möglich. Die Anforderungen in den Arbeitsbereichen sind den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes angeglichen.

Durch arbeitsbegleitende Maßnahmen werden psychisch erkrankte Menschen gefördert und durch Betriebspraktika die Belastbarkeit in Hinblick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt getestet. Außerdem fördert die Werkstatt am Kaisergarten den Übergang in weiterführende Maßnahmen wie Berufstrainingszentren, Berufsförderungswerke oder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die Werkstatt am Kaisergarten ist eine Einrichtung der Lebenshilfe Werkstätten Oberhausen gGmbH.

Integrationsfachdienst

Der Integrationsfachdienst wird gefördert durch die Hauptfürsorgestelle des Landschaftsverbandes Rheinland und wird in Oberhausen durch Intego im Verbundsystem Psychosoziales Gesundheitszentrum vorgehalten. Ziel des Fachdienstes ist traditionell der Arbeitsplatzerhalt bei psychisch kranken Menschen. Es wird ein Ausgleich der behinderungsbedingten Defizite angestrebt, damit die Betroffenen auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden können, auf denen sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten voll verwerten können. Deshalb berät und unterstützt der Integrationsfachdienst auch Kollegen, Vorgesetzte, Vertrauensleute, Betriebsräte und die Arbeitgeber.

Des weiteren gehört zu den Aufgaben des Integrationsfachdienstes die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in das Arbeitsleben. Diese Aufgabe ist angesichts hoher Arbeitslosigkeit und veränderter Arbeitswelt sicherlich eine besonders herausfordernde und setzt eine gute Zusammenarbeit mit sämtlichen Anbietern im Ressort berufliche Wiedereingliederung und Beschäftigung voraus.

Picobello e. V.

Der gemeinnützige Verein Picobello bietet Teilzeitarbeitsplätze für psychisch Erkrankte, die zur Qualifizierung und Vorbereitung auf den ersten Arbeitsmarkt dienen, Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und Vermittlung von beschäftigungsrelevanten Fähigkeiten. Träger der Einrichtung ist der Caritasverband.

Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher und regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie -entweder selbst oder als Angehöriger- betroffen sind. Angestrebt wird dabei eine Verbesserung der persönlichen Lebenslage und darüber hinaus auch manchmal eine Einflussnahme auf das soziale und politische Umfeld. Die Selbsthilfe wird nach § 20 SGB V durch die Krankenkassen pauschal oder projektbezogen mit einem bestimmten jährlichen Betrag pro Versicherten gefördert.

Selbsthilfegruppen sind in Reaktion auf Defizite im Gesundheitswesen entstanden und mittlerweile zu einem festen und nicht wegzudenkenden Bestandteil des Versorgungssystems geworden. Mittlerweile wird anerkannt, dass sich aus persönlicher Betroffenheit heraus Expertenwissen und –handeln herausbilden kann und Selbsthilfegruppen einen bedeutsamen und qualitativ hochwertigen Beitrag zur Betreuung von kranken Menschen leisten.

Selbsthilfe-Kontaktstellen informieren über Selbsthilfegruppen vor Ort. Sie sind behilflich bei der Gründung neuer Gruppen und unterstützen die bereits aktiven Selbsthilfegruppen. Auch in Oberhausen gibt es eine solche Kontaktstelle:
Der Paritätische
Selbsthilfekontaktstelle Oberhausen
Netzwerk Selbsthilfe

Zur Zeit engagieren sich drei Selbsthilfegruppen für und mit Menschen mit seelischen Problemen bzw. Erkrankungen:

- Selbsthilfegruppe ADE (Angst, Depression, Emotion)
- Selbsthilfegruppe Emotions Anonymus
- Selbsthilfegruppe Lichtblicke

Gesundheitsziele NRW

Die 13. Landesgesundheitskonferenz hat im Jahr 2004 die neuen Gesundheitsziele NRW 2005 bis 2010 verabschiedet und als krankheitsbezogenes Ziel 5 benannt: „Depression erkennen und behandeln“ und folgende Teilziele formuliert:

Teilziel 1
Früherkennung, Diagnostik und Behandlung verbessern

Teilziel 2
Versorgungsstrukturen für depressive Patientinnen und Patienten qualifizieren

Teilziel 3
Entstigmatisierung der Erkrankung durch Aufklärung

Teilziel 4
Suizidversuche und Suizide reduzieren

Das Bundesministerium hat im Jahr 2006 das 6. nationale Gesundheitsziel benannt: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ und Zielformulierungen zu sechs Aktionsfeldern definiert:

Aufklärung

Prävention

Diagnostik

Stärkung der Betroffenen

Rehabilitation

Versorgungsstruktur

Aufklärung

Fehlendes oder unzureichendes Wissen über depressive Erkrankungen haben zur Folge, dass Betroffene oft nicht erkennen können, dass sie unter Depressionen leiden. Andere nehmen Hilfsangebote nicht an, weil sie sich ihrer Erkrankung schämen oder befürchten, aufgrund einer Stigmatisierung abgelehnt zu werden. Aber auch Wissensdefizite gegenüber Psychotherapie und Psychiatrie führen dazu, dass betroffene Personen ihre Erkrankung eher verbergen und oft nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Auch Angehörige oder andere Mitbetroffene finden nicht immer den Kontakt zu dem vorhandenen Versorgungssystem.

Eine Verbesserung des Wissens in allen Bevölkerungsschichten über depressive Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten und Kontaktpersonen ist anzustreben. Hierzu gehört auch die Werbung um eine unterstützende und verständnisvolle Haltung im gesellschaftlichen Kontext gegenüber erkrankten Menschen.

Sowohl massenwirksame als auch zielgruppenspezifische Informationen sind anzustreben.

Prävention

Wenn eine Reduzierung der Krankheitslast als ein zentrales Gesundheitsziel gilt, sind Maßnahmen der Prävention der effektivste Weg. Im Sinne der Vorbeugung sind sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren von großer Bedeutung. Zu den wichtigsten Risikofaktoren gehören vorliegende depressive Erkrankungen in der Familie, mangelnde Unterstützung in der Kindheit, belastende Lebensereignisse, ein geringes Selbstwertgefühl und eine pessimistische Grundhaltung. Zu den Schutzfaktoren zählen eine als verlässlich erlebte soziale Unterstützung, gute soziale und kommunikative Kompetenz, Optimismus und Humor, aktive Bewältigungsstrategien und das Erleben eines Lebenssinns.

Interventionen können auf der Ebene von Individuen oder Gruppen und deren Verhaltensveränderung (Verhaltensprävention) oder auf der Ebene der Gesellschaft und der Veränderung struktureller Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) einsetzen.

Diagnostik und Therapie

Wenn depressive Erkrankungen nicht richtig oder zu spät erkannt werden, bedeutet dies nicht nur das Fehlen einer Leidensminderung, sondern es erhöht sich auch das Risiko chronischer Krankheitsverläufe. Eine Depression gilt als gut behandelbar. Die Optimierung des Zusammenwirkens von Hausärztin/Hausarzt, Fachärztin/Facharzt, Psychotherapeutischen Praxen, komplementären Diensten und Krankenhäusern ist daher anzustreben.

Stärkung der Betroffenen

Von Depression Betroffene haben wie andere Patientinnen/Patienten ein hohes Informationsbedürfnis und den Wunsch, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu sein. Als vorrangiges Ziel gilt die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten und behandelnden Fachleuten. Mit Schulungsmaßnahmen soll erreicht werden, dass eine Beteiligung der Betroffenen bei der Entscheidungsfindung unter Einbeziehung von Angehörigen und sozialem Umfeld ermöglicht wird. Damit verbunden sind Informationen über den Verlauf, die Behandlung und den Umgang mit Depression. Darüber hinaus müssen die Betroffenen Entscheidungshilfen an die Hand bekommen in Bezug auf Behandlungsalternativen und Benennung von Risiken und Prognosen. Das Informationsmaterial ist zielgruppenspezifisch zu konzipieren. Bei Projekten der integrierten Versorgung ist die Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen unabdingbar.

Rehabilitation

Depressive Erkrankungen verlaufen zu einem großen Teil chronisch, eine ausschließlich auf die einzelne Krankheitsepisode oder die aktuelle Krankheitssymptomatik bezogene Behandlung greift daher oft zu kurz. Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören nach § 26 SGB IX „die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und angehörige anderer Heilberufe, die Behandlung mit Arznei- und Verbandmitteln, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die Durchführung von Psychotherapie, Belastungserprobungen und Arbeitstherapie, die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, die Beratung von Partnern oder Kollegen, die Förderung der Selbsthilfe, die Förderung der sozialen Kompetenz, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten, die Complianceförderung“.

Organisatorisch ist von einem Stufenplan der Rehabilitation auszugehen, die im Sinne einer Langzeitbetreuung zunächst einmal Aufgabe der Selbsthilfe, der allgemeinärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung ist und bei Bedarf und Notwendigkeit durch ambulante, teilstationäre und vollstationäre Fachrehabilitation ergänzt wird. Hier gilt es, die Rahmenbedingungen dergestalt zu verbessern, dass den Behandelnden fachgerechte Langzeitbetreuungen und mehrdimensionale Therapiemaßnahmen ermöglicht werden. Des weiteren müssen Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber so geschult werden, dass die Integration ambulanter und stationärer

Wiedereingliederungsmaßnahmen in einer guten Kooperation von Betrieben, Arbeitsagenturen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern stattfinden kann.

Versorgungsstruktur

Hausärztin/Hausarzt sind für Menschen, die an seelischen Problemen leiden, oft die ersten Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner. In der hausärztlichen Praxis ist deshalb ein hohes Maß an entsprechender Kompetenz und Aufmerksamkeit erforderlich. Zudem muss ein Netz ärztlicher und nichtärztlicher Fachleute zur Verfügung stehen und bekannt sein, um dem individuellen Behandlungsbedarf gerecht werden zu können. Für eine nachhaltige Optimierung der Versorgung von an Depression erkrankten Menschen sind Interventionsansätze am erfolgreichsten, die verschiedene Ebenen einbeziehen: Akut- und Erhaltungstherapie, Rückfallprophylaxe, Nachsorge, Patientinnen/Patientenbegleitung und Rehabilitation.
Präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen überschneiden sich bei der Behandlung depressiv Erkrankter, deshalb muss eine integrierte Versorgung angestrebt werden.

Handlungsempfehlungen

Die im Jahr 2006 entwickelten Gesundheitsziele des Bundesministerium für Gesundheit geben den Weg vor: Depressive Erkrankungen sollen verhindert, früh erkannt und nachhaltig behandelt werden. Kooperation aller Anbieter wird gefordert. Selbstverständlich sind die Einflussfaktoren einer Kommune in den vorgenannten Aktionsfeldern unterschiedlich gewichtet und so können sie nicht nur aufgrund knapper finanzieller Möglichkeiten nicht flächendeckend abgehandelt werden. Die folgenden Handlungsempfehlungen stellen somit Schwerpunkte dar und sind als Extrakt von durchführbaren Strategien anzusehen.

- Gründung und Etablierung eines **Netzwerkes Depression** oder eines **Bündnisses gegen Depression** unter Beteilung alle Fachprofessionen des Versorgungssystems, um gemeinsam alle weiteren Maßnahmen zu planen und durchzuführen.

- Durchführung eines **Aktionstages** zur Erkrankung Depression in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Selbsthilfe.

- Eine **Informationskampagne**, um eine Verbesserung des Wissens in allen Bevölkerungsschichten über depressive Erkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten und Kontaktpersonen ist anzustreben. Eine unterstützende und verständnisvolle Haltung im gesellschaftlichen Kontext gegenüber erkrankten Menschen zu verstärken, ist Teil einer solchen Kampagne. Sowohl massenwirksame als auch zielgruppenspezifische Informationen sind zu berücksichtigen, sowohl betroffene Menschen als auch Angehörige und Fachleute sollen erreicht werden.

- Etablierung von **Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Oberhausen** für niedergelassene Ärzteschaft und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

- **Fortbildung** für weitere Multiplikatorengruppen. Sowohl Kenntnisse als auch Enttabuisierung sind wichtige Elemente bei dem Ziel, die Situation von an Depression erkrankten Menschen zu verbessern. In diesem Sinne sind Fortbildungen für Multiplikatoren anzustreben (Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher, Pflegekräfte usw.).

- Berücksichtung von Maßnahmen zur Prävention depressiver Erkrankungen in der **betrieblichen Gesundheitsförderung** durch die verschiedenen Akteure (z. B. Krankenkassen). Die Stadtverwaltung Oberhausen kann im Sinne einer Vorbildfunktion agieren und –unter Federführung des Netzwerkes Depression und in Zusammenarbeit mit weiteren Betrieben- Konzepte zur Reduzierung arbeitsplatzbedingter depressiver Erkrankungen entwickeln. Eine Maßnahmenentwicklung kann im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgen.

- Anregung eines Gesprächs mit den Krankenkassen über ein Projekt zur **integrierten Versorgung** depressiv Erkrankter, falls über das Jahresende 2008 hinaus solche Modelle weiterhin möglich sind. Im Rahmen der integrierten Versorgung können Krankenkassen gemeinsam mit Leistungserbringern sowohl sektorübergreifende als auch interdisziplinär-fachübergreifende Konzepte zur Behandlung und Versorgung entwickeln.

- Anregung eines **Gesprächs mit der Kassenärztlichen Vereinigung** über die Möglichkeit einer Ausweitung der ambulanten Versorgung.

Zielgruppenspezifische Empfehlungen

Handlungsempfehlung in Bezug auf **Depression und Geschlecht**
Berücksichtigung der biologischen und sozialen Unterschiede in Diagnostik und Behandlung. Insbesondere bei der weiteren Kampagnenplanung und –durchführung ist die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Besonderheiten wünschenswert.

Handlungsempfehlung in Bezug auf **Depression und Migration**
Berücksichtigung der depressiven Erkrankungen bei der Ausbildung interkultureller Gesundheitsmediatorinnen und –mediatoren. Darüber hinaus wird bei Informationsbroschüren und Maßnahmeplanungen auf Mehrsprachigkeit geachtet.

Handlungsempfehlung in Bezug auf **Depression und Kindheit/Jugend**
Maßnahmen der Prävention gelten als der effektivste Weg zu einer langfristigen Krankheitsreduzierung; in diesem Sinne sind sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren von großer Bedeutung in der Primärprävention. Eine Sensibilisierung für das Thema „Depression im Kindes- und Jugendalter“ ist deshalb sehr wünschenswert; als Adressaten gelten Kinderärztinnen/ Kinderärzte, Erzieherinnen/ Erzieher, Lehrkräfte und insgesamt betreuende Fachkräfte. Wie schon oben angesprochen ist eine Etablierung entsprechender Fortbildungen anzustreben. Eine Maßnahmenentwicklung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Kindergesundheit.

Handlungsempfehlung in Bezug auf **Depression und Alter**
Fortbildung von Fachpersonal in stationären Senioreneinrichtungen und in der ambulanten Pflege in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Pflege.

Literatur

BKK Gesundheitsreport 2005
Blickpunkt: Psychische Gesundheit

Barth, S
Major Depression, somatische Komorbidität
und psychosoziales Wohlbefinden im mittleren und höheren Lebensalter
Ergebnisse der interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
Heidelberg 2004

Bundesministerium für Gesundheit
Nationales Gesundheitsziel
Depressive Erkrankungen:
Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
2006

DAK-Gesundheitsreport 2005
Schwerpunkt Angst und Depression

Dinner, P
Depression
Hintergründe - Erscheinung Therapie
Bern 1.Auflage 2005

Ehrenberg, A
Das erschöpfte Selbst
Depression und Gesellschaft in der Gegenwart

Hegerl, U, Althaus, D, Reiner, H
Das Rätsel Depression
Eine Krankheit wird entschlüsselt
München 2.Auflage 2006

Hell, D
Welchen Sinn macht Depression?
Reinbek bei Hamburg Überarbeitete Auflage 2006

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Lögd)
GBE-Stat 2007
Daten für die Gesundheitsberichterstattung NRW

Lungen, M; Stollenwerk, B; Messner, PH; Lauterbach, K W; Gerber, A
Waiting times for elective treatments according to insurance status:
A randomized empirical study in Germany
Universität Köln 2008

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
des Landes Nordrhein-Westfalen
Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010
Bielefeld 2005

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen
Gesundheit von Frauen und Männern
Bielefeld 2000

Robert Koch Institut
Gesundheit in Deutschland
Berlin 2000

Robert Koch Institut
Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 30 Gesundheitsbedingte Frühberentung
Berlin 2006

Robert Koch Institut
Gesundheitssurvey 1998
Zusatzsurvey Psychische Störungen

Solomon, A
Saturns Schatten
Die dunklen Welten der Depression
Frankfurt am Main 2006

Techniker Krankenkasse
Gesundheitsreport 2005
Veröffentlichungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Wittchen, H-U; Müller, N; Pfister, H; Winter, S; Schmidtkunz, B
Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland –
Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“
In: Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2 S216-S222
Stuttgart

Folgende Internet-Seiten wurden zur Information genutzt:
www.buendnis-depression.de
www.kompetenznetz-depression.de