

Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten

Depression und „Burnout“ – Begriffsbestimmungen und Trends

PROF. DR. ULRICH HEGERL, PD DR. CHRISTINE RUMMEL-KLUGE, NICOLE KOBURGER, KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄTSKLINIKUM LEIPZIG, STIFTUNG DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE



Während der Begriff der Depression erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts eingeführt wurde, wurden depressive Erkrankungen schon seit der Antike mit dem Konzept der Melancholie verknüpft. Dabei kann gezeigt werden, wie vielfältig das Spektrum der Bedeutungen und der Ursachenzuschreibungen diskutiert wurde. In Deutschland erfolgt die große Mehrheit der jährlich rund 10.000 Suizide vor dem Hintergrund depressiver Erkrankungen. Obwohl psychische Erkrankungen beispielsweise als Ursache für Frühberentungen deutlich zunehmen, kann daraus nicht auf eine steigende Prävalenz geschlossen werden. Vieles deutet darauf hin, dass mehr Betroffene als früher professionelle Hilfe suchen. Große mediale Aufmerksamkeit hat die Diskussion um „Burnout“ gefunden, obwohl es keine belastbaren Belege dafür gibt, dass Arbeitsstress eine wesentliche Ursache von Depressionen ist. Aufklärung und öffentliche Kampagnen haben das Bewusstsein für die Krankheit Depression in den vergangenen Jahren geschärft. Mit der gewachsenen Nachfrage nach professioneller Hilfe sind zugleich auch die Versorgungsengpässe stärker in den Fokus gerückt.

Depression und das Melancholiekonzept

Depressive Erkrankungen sind kein Phänomen der Neuzeit. Auch wenn der Begriff Depression erst seit Anfang des 20. Jahrhunderts gebräuchlich geworden ist, so wurden diese Erkrankungen seit über 2500 Jahren im Rahmen des Konzeptes der Melancholie („Schwarzgalligkeit“) beschrieben. Wie in dem Buch „Melancholia“ von Klibansky et al. detailliert geschildert, entwickelte sich das Melancholiekonzept im Rahmen der Vier-Säfte-Lehre. Diese ging aus der Verbindung von naturphilosophischen Vorstellungen, die alles auf vier Grundelemente (Feuer, Erde, Luft, Wasser) zurückführen, wie von Empedokles (490 bis 430 v. Chr.) vertreten, und der medizinischen Säftelehre hervor. Das Melancholiekonzept trug deshalb bereits bei seiner Entstehung sowohl einen medizinischen als auch einen naturphilosophischen Kern und es wurde frühzeitig zwischen einer krankhaften Melancholie und der Melancholie als Veranlagung, die oft auch besonders berühmten Männern zugesprochen wurde, unterschieden. In der Monographie zur Melancholie von Theophrast, einem Schüler Aristoteles, wird unterschieden, ob die schwarze Galle zu warm oder zu kalt ist. Ist sie zu warm, so führt das u.a. zu übersteigertem Hochgefühl, Sangesfreude, Ekstasen, Aufbrechen von Wunden. Ist sie zu kalt zu Schlagflüssen, Lähmungen, Depressionen oder Angstzuständen. Der Autor schreibt:

„Wenn nun die schwarzgallige Mischung zu kalt wird, ruft sie verschiedenartige Depressionen hervor; wird sie aber wärmer, dann Heiterkeit. Daher sind die Kinder fröhlicher, die Greise aber missgestimmter, denn die einen sind warm, die anderen aber kalt. Alter ist nämlich eine Art Abkühlung.“ (Problem XXX,I)

Dieses Melancholiekonzept im Rahmen der Vier-Säfte-Lehre hat eine sehr wechselvolle und bedeutsame kulturhistorische und medizinische Geschichte durchlaufen. Zu verschiedenen Zeiten wurden der Melancholie, und später der Depression, je nach Zeitgeist und Kenntnisstand verschiedene Bedeutungen zugeschrieben. Diese reichen von der Bezeichnung eines Körpersaftes, der die Persönlichkeit und den Charakter eines Menschen prägt, über einen sündhaften Zustand (Acedia) im christlich geprägten Mittelalter hin zum Sinnbild der *conditio humana*, wie sie vielleicht der berühmte Dürer-Stich *Melencolia* aus dem Jahre 1514 ausdrückt, weiter zu einem Gemütszustand, einer Landschaftsstimmung, einem Zustand gesteigerter Selbsterfahrung und zu einem Merkmal bürgerlicher Dekadenz, wie die Melancholie von Marxisten interpretiert wurde. Immer ist Melancholie aber auch eine Krankheit im engeren Sinne gewesen. In Abbildung 1 sind die genannten Bedeutungen noch einmal überblicksartig aufgeführt.

Ebenso vielfältig sind die Vorstellungen zu den Ursachen der Melancholie oder depressiver Zustände, wobei einige dieser Kausalzuschreibungen der Abbildung 2 zu entnehmen sind. Das Spektrum der Bedeutungen und Vorstellungen zur Verursachung ist breit. Wegen der Vielschichtigkeit der Bedeutung des Begriffs Melancholie hat sich Anfang des 20. Jahrhunderts der Begriff Depression als Bezeichnung für Melancholie im engeren medizinischen Sinne durchgesetzt.

Doch auch dieser Begriff durchlief eine Bedeutungsausweitung mit immer unschärferen Rändern, so dass ironischerweise der Begriff melancholische Depression als Spezifizierung der Depression in die Diagnosesysteme eingeführt wurde. Hiermit sollte eine depressive Erkrankung

Der Melancholie zugeordnete Bedeutungen

- Körpersaft
- Persönlichkeitsveranlagung
- Todsünde (Acedia)
- Sinnbild der *Conditio humana*
- Gemütszustand
- Nach außen verlagerte Stimmung (z.B. in einer Landschaft)
- Glück unglücklich zu sein
- Zustand gesteigerter Selbsterfahrung
- Merkmal bürgerlicher Dekadenz (Marxisten)
- Krankheit

Quelle: Ulrich Hegerl



Abbildung 1: Der Begriff Melancholie hat eine wechselvolle kulturhistorische und medizinische Geschichte durchlaufen.

mit besonders deutlich nachweisbaren und körpernahen Krankheitszeichen bezeichnet werden. Da nicht anzunehmen ist, dass wir das glorreiche Ende des menschlichen Erkenntnisfortschritts erreicht haben, werden die weiteren Wendungen in der Begriffsgeschichte der Melancholie und Depression mit Interesse zu verfolgen sein.

Was ist eine Depression?

Im Sinne der heutigen medizinischen Sichtweise ist Depression mit einer Punktprävalenz von ca. fünf % eine häufige

Beispiele für Ursachenzuschreibungen für Melancholie oder Depression

- Götter
- Erkrankung des Gehirns
- Genetik
- Innerpsychische Konflikte
- Erlerntes Verhalten
- Zwischenmenschliche Konflikte
- Bourgeoisie, soziale Faktoren
- Erhöhter Arbeitsdruck (Burnout)

Quelle: Ulrich Hegerl



Abbildung 2: Das Spektrum der Bedeutungen und Vorstellungen zur Verursachung von Melancholie oder Depression ist breit.

Erkrankung, die zudem mehr als andere Erkrankungen in zentraler Weise die Lebensqualität beeinträchtigt. Dies zeigt sich deutlich daran, dass es keine andere Erkrankung gibt, bei der der Leidensdruck so unerträglich ist, dass er häufig die betroffenen Menschen zur Selbsttötung treibt.

Ein Großteil der jährlich 10.000 in Deutschland verübten Suizide erfolgt vor dem Hintergrund depressiver Erkrankungen. Die Häufigkeit und Schwere dieser Erkrankung wird auch in vielen internationalen Untersuchungen immer wieder bestätigt. Die unipolare Depression wird hier unter Berücksichtigung der Lebensjahre, die durch die Erkrankung beeinträchtigt sind („Years Lived with Disability“) in den entwickelten Ländern als die wichtigste Volkskrankheit genannt.

In einer eigenen Untersuchung in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns konnte gezeigt werden, dass im Jahre 2006 bei 780.226 Patienten von etwas mehr als acht Millionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten (GKV) die Diagnose Depression gestellt worden ist (BÖNISCH et al (2012): Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47: 475-486). Dies entspricht 9,2 % der GKV-Versicherten über 18 Jahren, eine Einjahresprävalenz, wie sie in etwa auch in bevölkerungsbasierten Erhebungen gefunden wurde. In der eigenen Untersuchung wurde von den Ärzten die Diagnose Depression bei Frauen dreimal häufiger als bei Männern gestellt, während in bevölkerungsbasierten Untersuchungen meist ein Geschlechterverhältnis

von 2:1 gefunden wurde. Dies dürfte Ausdruck dessen sein, dass Frauen nicht nur häufiger als Männer an Depressionen erkranken, sondern sich auch häufiger professionelle Hilfe suchen. Möglicherweise wird bei Frauen auch häufiger die Depression erkannt und korrekt benannt.

Die Diagnose Depression wird nach dem in Deutschland gebräuchlichen Diagnosesystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation gestellt, wenn aus einer Reihe von Krankheitszeichen mehrere vorliegen. In Abbildung 3 sind die Haupt- und Nebenkriterien für die Diagnose einer Depression abgebildet. Sowohl von den Nebenkriterien als auch den Hauptkriterien müssen mindestens zwei über mindestens zwei Wochen durchgehend bestehen, um eine Depression zu diagnostizieren.

Je nach Ausprägung unterscheidet man eher gehemmte Depressionen, bei denen die Betroffenen oft nur zögernd mit großer zeitlicher Latenz antworten oder bei schwerer Ausprägung ganz verstummen, agitierte Depressionen, bei denen eine ängstliche Unruhe im Vordergrund steht und somatisierte, oder sogenannte larvierte Depressionen, bei denen körperliche Beschwerden vordergründig auftreten und die darunter liegende depressive Erkrankung erst bei speziellem Nachfragen deutlich wird.

Wahnhaft Depressionen – hoch suizidgefährdet

Als Notfall ist immer eine wahnhaft (psychotische Depression) anzusehen, bei der oft grotesk übertriebene, unkorrigierbare Überzeugungen bezüglich vermeintlich aufgeladener Schuld, völliger Verarmung der Familie oder bezüglich dem Fortschreiten oder Bestehen letaler körperlicher Erkrankungen (Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn) vorliegen. Menschen mit derartig wahnhaften Depressionen sind durchweg in hoher Weise suizidgefährdet und bedürfen fast ausnahmslos einer stationären psychiatrischen Behandlung.

Die depressive Erkrankung verläuft typischerweise in Krankheitsphasen. Sie schleicht sich meist über einige Wochen hinweg ein, kann jedoch auch innerhalb eines Tages in voller Stärke auftreten. Eine Phase hält in der Regel mehrere Wochen, oft mehrere Monate bis zu einem Jahr an, insbesondere, wenn keine konsequente Behandlung eingeleitet wird. Die meisten Menschen, die eine depressive Episode erlitten haben, erleiden im Laufe des Lebens eine oder mehrere weitere depressive Krankheitsphasen.

Eine vom Schweregrad der depressiven Symptome her weniger stark ausgeprägte Depressionsform ist die

Symptome: Haupt- und Nebenkriterien nach ICD-10



Quelle: Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., in Anlehnung an ICD-10



Abbildung 3: Von den Haupt- und von den Nebenkriterien müssen mindestens zwei über mindestens zwei Wochen hinweg durchgehend bestehen, um eine Depression zu diagnostizieren.

Dysthymie, die jedoch ebenfalls in gravierender Weise die Lebensqualität beeinträchtigt, zumal sie bereits in frühen Lebensabschnitten beginnt und sich, sofern sie unbehandelt bleibt, häufig chronisch durch das ganze Leben zieht.

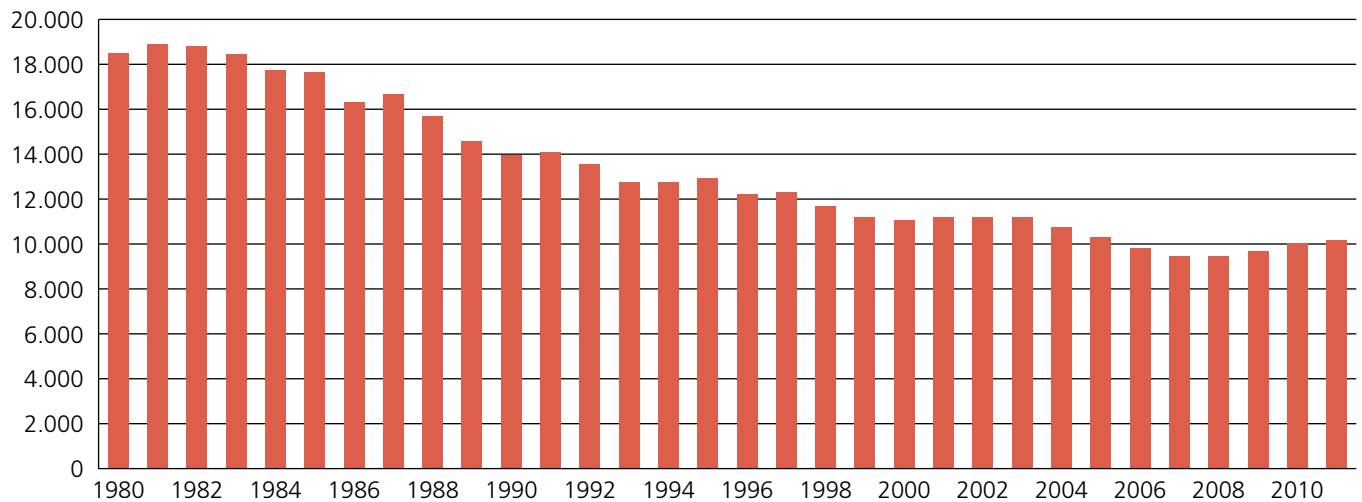
Ursachen einer Depression

Depression ist eine Erkrankung, die jeden treffen kann und die sich auch ohne äußere Gründe einstellen kann. Dies ist für den Laien oft schwer nachzuvollziehen und es besteht eine starke Tendenz, Depressionen jeweils als verständliche Reaktion auf schwierige Lebensumstände aufzufassen. Letzteres führt dazu, dass bei Menschen in schwierigen Situationen, die an einer Depression erkrankt sind, diese nicht als eigenständige Erkrankung wahrgenommen und dann auch nicht konsequent diagnostiziert und behandelt wird. Für den Fachmann ist es anhand einer

Reihe von Kriterien mit guter Zuverlässigkeit möglich, eine behandlungsbedürftige depressive Erkrankung auch bei einem Menschen in schwerer Lebenssituation von einer nachvollziehbaren Reaktion auf z.B. Verlusterlebnisse oder andere körperliche Erkrankungen zu trennen. Spezifisch für eine depressive Erkrankung ist beispielsweise das Gefühl der Gefühllosigkeit, d. h. die Unfähigkeit irgendwelche Gefühle, selbst Trauer, wahrnehmen zu können. Oft versiegen sogar die Tränen.

Auch die verstärkte Neigung zu Schuldgefühlen, die hohe innere Anspannung und Unruhe oder Tagesschwankungen mit Morgentief in Stimmung und Antrieb sprechen für eine Depression. Im Falle einer wahnhaften Depression ist es offensichtlich, dass eine eigenständige, dringend behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt.

Zahl der Suizide hat sich seit 1980 annähernd halbiert Entwicklung der Suizidzahlen im Zeitraum von 1980 bis 2011



Quelle: gbe-bund; Todesursachenstatistik 18.12.2012



Abbildung 4: Die Häufigkeit der Diagnose Depression hat zugenommen, ebenso ist die Verschreibung von Antidepressiva und von Psychotherapie gestiegen. Doch die Zahl der Suizide hat im selben Zeitraum deutlich abgenommen.

Behandlung der Depression

Die zuverlässige Diagnose einer depressiven Erkrankung ist deshalb so bedeutsam, da gute Behandlungsmöglichkeiten vorliegen. Mit Antidepressiva, die weder süchtig machen noch die Persönlichkeit verändern, sowie mit bestimmten psychotherapeutischen Verfahren, wie der kognitiven Verhaltenstherapie, kann der großen Mehrheit der depressiv Erkrankten gut geholfen werden. Unter Einsatz dieser beiden zentralen Behandlungssäulen kann eine depressive Episode zum Abklingen gebracht werden und auch das Risiko des Wiederauftretens weiterer depressiver Episoden um etwa 70 % gesenkt werden. Zusätzlich stehen weitere Behandlungsverfahren zur Verfügung, die in Abhängigkeit der Schwere und Art der Erkrankung genutzt werden können.

Nehmen Depressionen zu?

In den Statistiken der Krankenkassen oder der Rentenversicherungsträger nimmt die Bedeutung der Depression und anderer psychischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten deutlich zu. Zurzeit erfolgen etwa 40 % der Frühberatungen wegen psychischer Erkrankungen. Hieraus kann aber nicht geschlossen werden, dass Depressionen tatsächlich häufiger geworden sind. Im Gegenteil, alle be-

völkerungsbasierten Studien weisen darauf hin, dass die Depression früher ebenso wie heute eine häufige Erkrankung war und ist.

Was sich geändert hat ist, dass sich mehr Menschen mit Depressionen Hilfe holen, dass Ärzte Depressionen besser erkennen und dass Ärzte Depressionen häufiger auch Depressionen nennen und nicht, wie das früher noch häufiger üblich war, hinter Ausweichdiagnosen wie chronischem Rückenschmerz, Tinnitus, Fibromyalgien oder anderen Diagnosen verstecken. Dafür, dass es sich hierbei tatsächlich um eine erfreuliche Entwicklung handelt, spricht, dass in dem gleichen Zeitraum, in dem die Diagnosehäufigkeit zugenommen hat, und auch die Verschreibung von Antidepressiva und von Psychotherapie gestiegen ist, sich die Zahl der Suizide in Deutschland von 18.000 (Anfang der 80er Jahre) auf zuletzt ca. 10.000 reduziert hat (siehe Abbildung 4).

Es ist naheliegend zu vermuten, dass dies Ausdruck dessen ist, dass sich immer mehr Menschen mit depressiven und anderen psychischen Erkrankungen professionelle Hilfe holen und diese auch erhalten.

Ist Depression häufig Folge von Arbeitsstress („Burnout“)?

In Verbindung mit dem Begriff Burnout wird in letzter Zeit intensiv diskutiert, dass durch Arbeitsstress vermehrt Depressionen ausgelöst werden. Eine ähnliche Diskussion fand bereits in den 70er Jahren zu dem Begriff „Managerkrankheit“ statt und auch das Thema Stress gewinnt weltweit öffentliche Aufmerksamkeit. Dass Überforderung und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz die Lebensqualität beeinträchtigen und auch zu vermehrten Fehlzeiten führen, ist naheliegend.

Keine wirklich belastbaren Belege gibt es jedoch dafür, dass Arbeitsstress eine wesentliche Ursache von Depressionen ist. Bei Arbeitstätigen ist die Rate derer, die an einer affektiven Störung (unipolare Depression, manisch-depressive Erkrankung, Dysthymie) erkrankt sind mit knapp zehn % niedriger als bei Arbeitslosen (20 %) und Langzeitarbeitslosen (40 %, Liwowsky et al. 2009, 2010). Auch die Tatsache, dass, wie die Techniker Krankenkasse in ihrem Gesundheitsreport 2013 schildert, v.a. männliche Patienten mit einer Teilzeitbeschäftigung häufiger depressiv erkrankt sind als Vollzeitbeschäftigte, ist nur schwer mit der Vorstellung einer arbeitsbedingten Überforderung als Hauptgrund einer depressiven Erkrankung zu vereinbaren.

Es gibt auch keine Hinweise, dass in Hochleistungsbereichen Depressionen häufiger als in anderen Bereichen wären. Die oben erwähnten sehr hohen Raten an depressiven Erkrankungen bei Langzeitarbeitslosen dürften vor allem darauf zurückzuführen sein, dass Menschen, die immer wieder über Monate hinweg in schwere Depressionen fallen, ein extrem hohes Risiko haben, arbeitslos zu werden und nicht wieder zurück in die Berufstätigkeit finden.

Wie unterscheidet sich eine depressive Erkrankung von Burnout?

Seit wenigen Jahren ist dem Begriff „Burnout“ eine große öffentliche „Karriere“ widerfahren. Mit diesem Begriff wird meist ein arbeitsweltbezogener Prozess bezeichnet, der zu vermehrter geistiger Einengung, Erschöpfung und vielen weiteren Befindlichkeitsstörungen führt. Interessanterweise ist dies ein vor allem auf den deutschsprachigen Raum beschränktes Phänomen, da in anderen Ländern Burnout als Krankheitsbezeichnung keine wesentliche Rolle spielt. Wenn man sich mit Googletrend die relative Häufigkeit der Eingabe des Suchbegriffs „Burnout“ in Google darstellen lässt, so werden lediglich Deutschland, Österreich

und die Schweiz mit vielen Suchtreffern angezeigt; wie ein weltweit einziger roter Fleck.

Insgesamt ist die breite Verwendung dieses Modebegriffs sehr skeptisch zu sehen. Als großer Vorteil ist einzuschätzen, dass es vermutlich viele Menschen mit einer depressiven Erkrankung unter diesem Label wagen, sich Hilfe zu holen, da Burnout als weniger stigmatisierend als der Begriff Depression wahrgenommen wird. Diesem nicht zu unterschätzenden Vorteil stehen jedoch zahlreiche Nachteile gegenüber:

- Zunächst ist Burnout keine etablierte Diagnose und kann auch nicht entsprechend als eigenständige Diagnose von den Ärzten verschlüsselt werden.
- Bei dem überwiegenden Teil der Menschen, die wegen Burnout eine Auszeit nehmen, liegen die oben genannten Diagnosekriterien einer Depression vor. In diesem Fall sollte Depression auch Depression genannt und nicht hinter dem schwammigen Begriff Burnout versteckt werden.
- Dies umso mehr, da mit Burnout die Vorstellung verbunden ist, dass Arbeitsüberlastung und/oder Schlafmangel wesentliche Ursachen der Erkrankung seien. Dies kann zu falschen Schlüssen führen. Versteckt sich hinter dem Begriff Burnout eine Depression, so ist beispielsweise vom Antritt eines Urlaubs dringend abzuraten, da die Depression „mitreist“ und in der fremden Umgebung der depressiv Erkrankte leicht in noch größere Verzweiflung und Gefahren gerät. Auch ist bei Depressionen langer Schlaf in vielen Fällen kontraproduktiv. Obwohl sich Menschen mit Depressionen ausnahmslos erschöpft fühlen, ist Schlafentzug, der im stationären Setting gut durchgeführt werden kann, erstaunlicherweise eines der am raschesten wirksamen Verfahren. 60 % der Menschen mit einer Depression zeigen eine abrupte Besserung ihrer Symptome, wenn sie die Nacht über wach bleiben. Dieser positive Effekt verschwindet jedoch, sobald die Menschen in der darauffolgenden Nacht wieder schlafen. Dies und andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass langer Schlaf zumindest bei einer Untergruppe depressiv Erkrankter depressionsverstärkend und Schlafreduktion eher günstig wirken, ganz anders als das mit Burnout verbundene Konzept zur Krankheitsentstehung annehmen lassen würde.
- Ein großes Problem ist auch, dass in den Topf „Burnout“ sowohl einfache Befindlichkeitsstörungen, wie

sie zu dem normalen Leben dazugehören, als auch schwerste lebensgefährliche Depressionen geworfen werden. Die in der Bevölkerung verbreitete Vorstellung, dass Depression keine richtige Erkrankung und jeder mal schlecht drauf sei, wird hierdurch gefördert und damit mittelfristig das mit der Depression assoziierte Stigma verstärkt.

Gesundheitspolitische Aspekte

Im Vergleich zu Betroffenen mit anderen Diagnosen ist die Interessensvertretung der depressiven Erkrankten in Anbetracht der großen Zahl direkt und indirekt Betroffener leise und schwach. Dies ist vor allem auch durch die Erkrankung selbst bedingt, die mit Schuldgefühlen, Antriebsstörungen und Hoffnungslosigkeit einhergeht und damit die Stimme der Betroffenen schwächt. In Deutschland ist mit der Deutschen Depressionsliga eine sehr aktive und konstruktive Interessensvertretung entstanden, die bekannter werden sollte.

Die aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ als Nachfolgeorganisation hervorgegangene Stiftung Deutsche Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) unterstützt durch Forschung und Aufklärung ebenfalls die Anliegen der Betroffenen und kooperiert diesbezüglich mit der Deutschen Depressionsliga. Unter anderem wird alle zwei Jahre der Deutsche Patientenkongress Depression im Gewandhaus zu Leipzig organisiert, erstmalig 2011 und zum zweiten Mal am 1. September dieses Jahres mit über 1100 Besuchern und Moderation durch den Schirmherrn der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Herrn Harald Schmidt.

Dieser Kongress wurde angeregt von den Betroffenen selbst, die sich untereinander im moderierten Diskussionsforum Depression der Stiftung Deutsche Depressionshilfe austauschen. Diese Seite wird jeden Tag von mehr als 1000 Betroffenen bzw. deren Angehörigen besucht und mehrere 100 Postings werden täglich geschrieben, so dass hier für alle Betroffenen eine sehr informative und sehr wichtige Informationsquelle und Plattform für den Erfahrungsaustausch besteht.

Durch die Aufklärung und öffentliche Kampagnen, wie sie unter anderem im Rahmen des Deutschen Bündnisses gegen Depression unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe in mehr als 70 Regionen in Deutschland durchgeführt wurden und werden, nimmt die Zahl der

Patienten, die eine psychiatrische, nervenärztliche oder auch psychotherapeutische Behandlung einfordern und dieser bedürfen, in den letzten Jahren zu. Hierdurch werden Versorgungsengpässe verschärft und Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten verlängert. In diesem Kontext wird der Stärkung des Selbstmanagements der Patienten und hierbei auch der Nutzung internetbasierter Selbstmanagementprogramme zukünftig besondere Bedeutung zukommen.

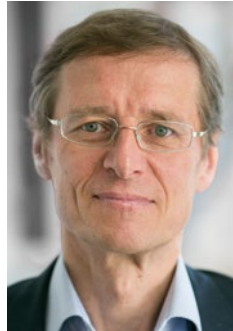
Das durch ein europäisches Konsortium und im Rahmen des von der EU geförderten Projektes „Predi-Nu“ (www.predi-nu.eu) entwickelte Selbstmanagementprogramm „iFightDepression“ wird zurzeit in Deutschland und anderen europäischen Ländern erprobt. Dieses von Leipzig aus koordinierte Projekt hat das Ziel, Patienten mit leichteren Depressionen ein „Werkzeug“ anzubieten, das z.B. zur Überbrückung von Wartezeiten auf fachärztliche und psychotherapeutische Termine genutzt werden kann. Es wird ihnen von geschulten Hausärzten und Psychotherapeuten angeboten, die die Bearbeitung des Programms durch die Patienten moderierend begleiten.

Literatur bei den Autoren

E-Mail-Kontakt: ulrich.hegerl@medizin.uni-leipzig.de

PROF. DR. MED. ULRICH HEGERL

Herr Professor Hegerl hat in Erlangen und Rennes (Frankreich) Humanmedizin studiert. Ab 1998 hat er eine C3-Professur für Psychiatrie an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München inne gehabt. Seit 1999 ist er Sprecher des bundesweiten Forschungsprojektes „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“, ab 2003 auch Gründer und Vorsitzender des Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V. Seit 2004 leitete Hegerl die „European Alliance Against Depression“ (EU-gefördert in zwei Projektphasen; anschließend e.V.). 2006 erfolgte der Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie am Universitätsklinikum Leipzig, seither ist er dort Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Ab 2008 leitete Hegerl das Europäische Forschungsprojekt „Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe“ (OSPI-Europe), seit 2011 das Projekt „Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU“ (PREDI-NU, Health Programme der Europäischen Kommission). Hegerl hat 2003 für das Projekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ den Hermann-Simon-Preis erhalten und 2007 den European Health Award für die „European Alliance Against Depression“.

**PRIV.-DOZ. DR. CHRISTINE RUMMEL-KLUGE**

Frau PD Dr. Rummel-Kluge hat von 1993 bis 2000 Humanmedizin an der Technischen Universität München studiert. Bis 2010 leitete sie die Arbeitsgruppe Psychoedukation mit Schwerpunkt Erforschung von Peer-to-peer-Strategien an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München. Im Jahr 2010 erfolgte die Prüfung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Jahr später legte sie ihre Habilitationsschrift („Compliance-fördernde Maßnahmen in der Behandlung der Schizophrenie“) vor. Seit 2010 ist PD Dr. Rummel-Kluge Geschäftsführerin der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig, und leitet gemeinsam mit Prof. Hegerl den Psychosozialen Forschungsbereich an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig.

**DIPL.-PSYCH. NICOLE KOBURGER**

Frau Koburger hat bis 2008 Psychologie an der Universität Leipzig studiert. Seit 2009 ist sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin in EU-geförderten Drittmittelprojekten unter Koordination von Prof. Hegerl an der Universität Leipzig. Seit 2010 arbeitet sie als Koordinatorin des Leipziger Bündnisses gegen Depression, dessen Vorsitz sie mit seiner Vereinsgründung im Juli 2013 übernommen hat.

