

**Geschlechterperspektive in der Medizin-  
Gesundheits- und fachpolitische Herausforderungen  
München, 5. Juli 2013**

# **Genderaspekte: Herausforderungen nach Erkenntnissen zur Depression**



**Prof. Dr. rer.soc.  
Anne Maria Möller-Leimkühler  
Psychiatrische Klinik der  
Ludwig-Maximilians-Universität  
München**



# Psychische Gesundheit unterschätzt



- ➔ **Jeder vierte** ist von psychischen Störungen betroffen. Psychische Störungen implizieren ein hohes Suizidrisiko.
- ➔ Die **Komorbiditätsrate** liegt bei 40-60%, davon sind 70% Unbehandelt.
- ➔ Psychische Störungen verursachen **erhebliche Kosten** und belasten das Wirtschafts-, Sozial- und Bildungssystem sowie das Justizsystem.
- ➔ Psychische Störungen sind **unterdiagnostiziert und unterbehandelt**. Dies hat erhebliche gesundheitliche und ökonomische Auswirkungen.
- ➔ **Gesellschaftliche Stigmatisierung** ist einer der wichtigsten Gründe für die Unterdiagnostizierung und Unterbehandlung.

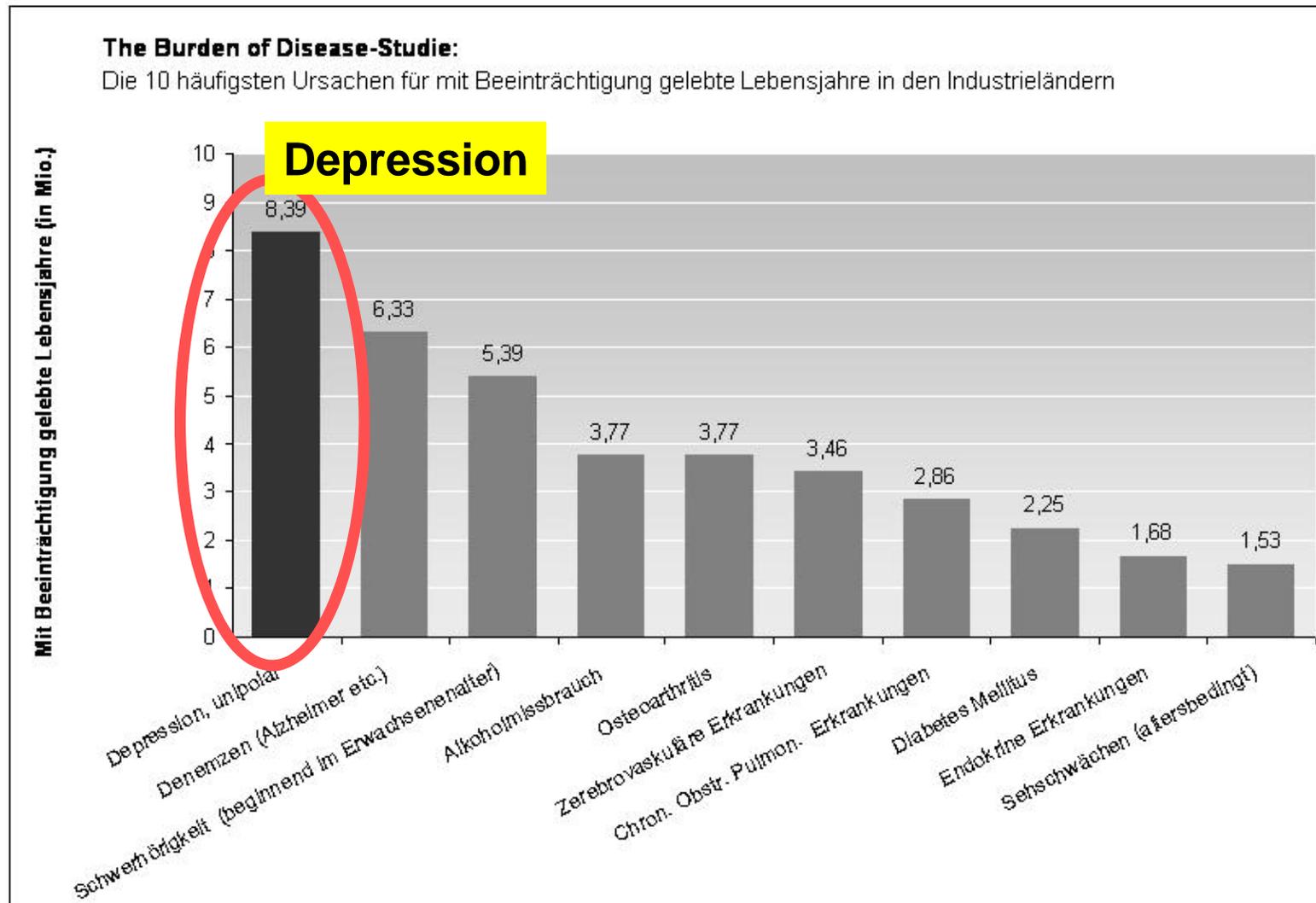
# Depression



**Verbesserung der Prävention, Diagnostik  
und Behandlung von Depression  
ist eine der größten gesundheits-  
politischen Herausforderungen  
der Zukunft.**

**WARUM ?**

# Die zehn häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre

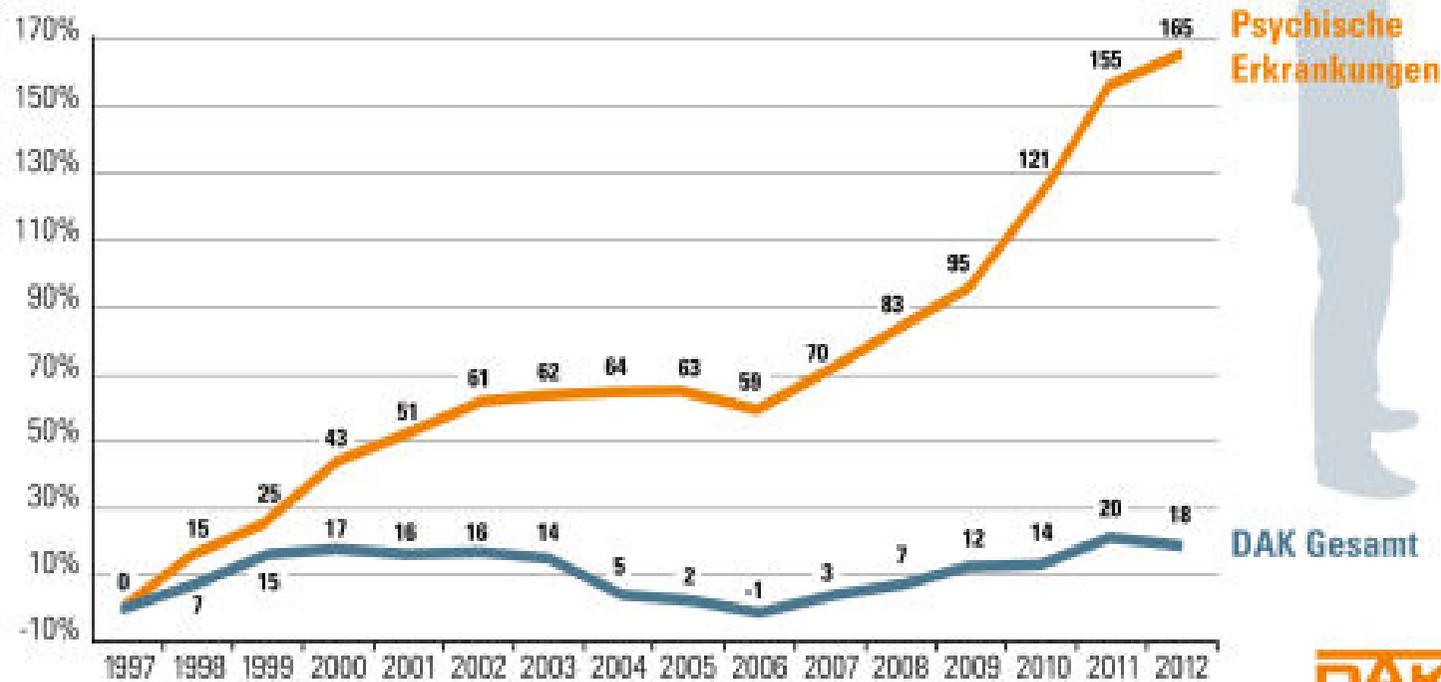




# Steigender Behandlungsbedarf

## Überproportionaler Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Zunahme um 165 Prozent seit 1997



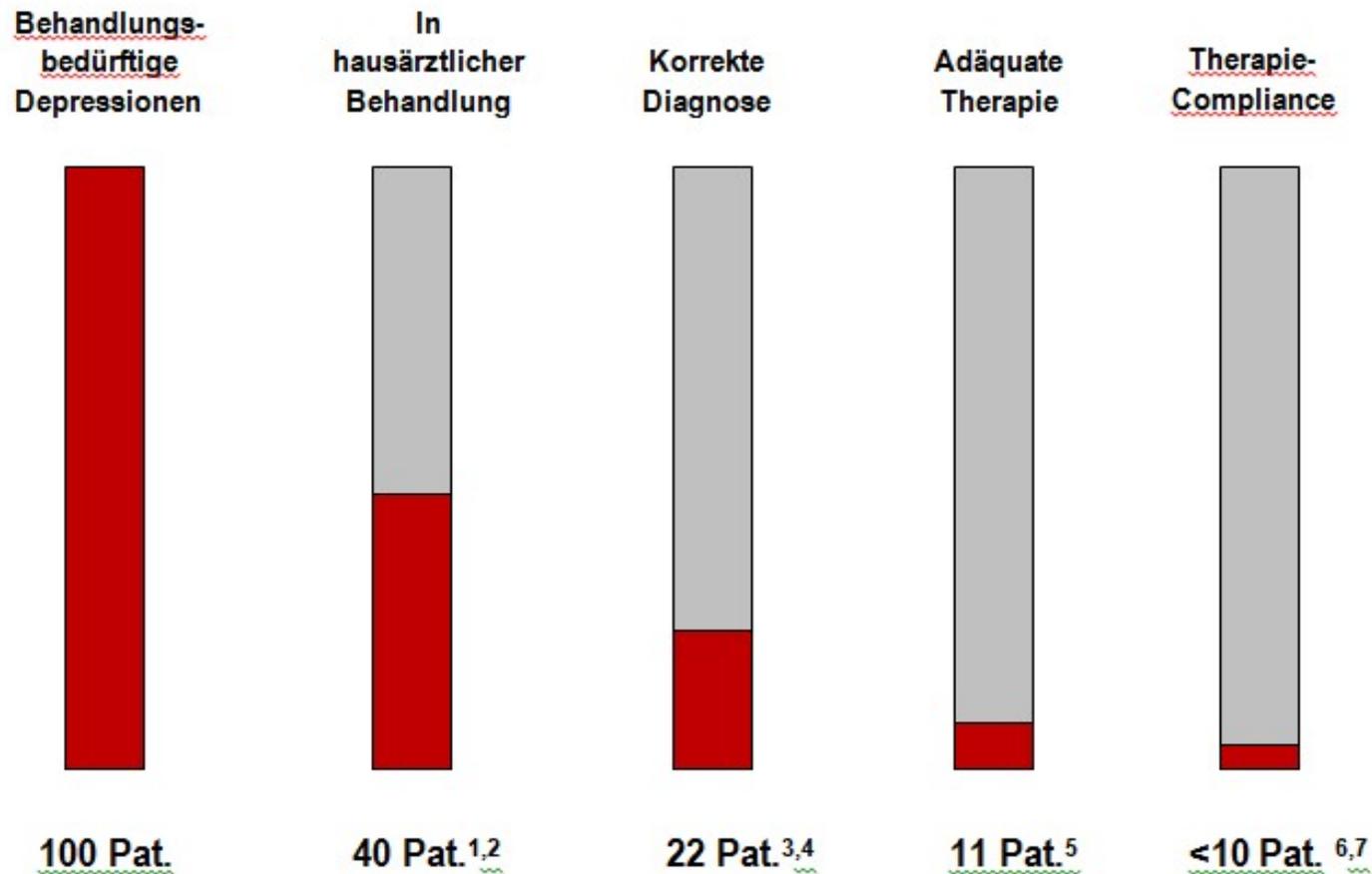
QUELLE DAK Gesundheitsreport 2013

**DAK**  
Gesundheit

# Versorgungsdefizite bei Depression

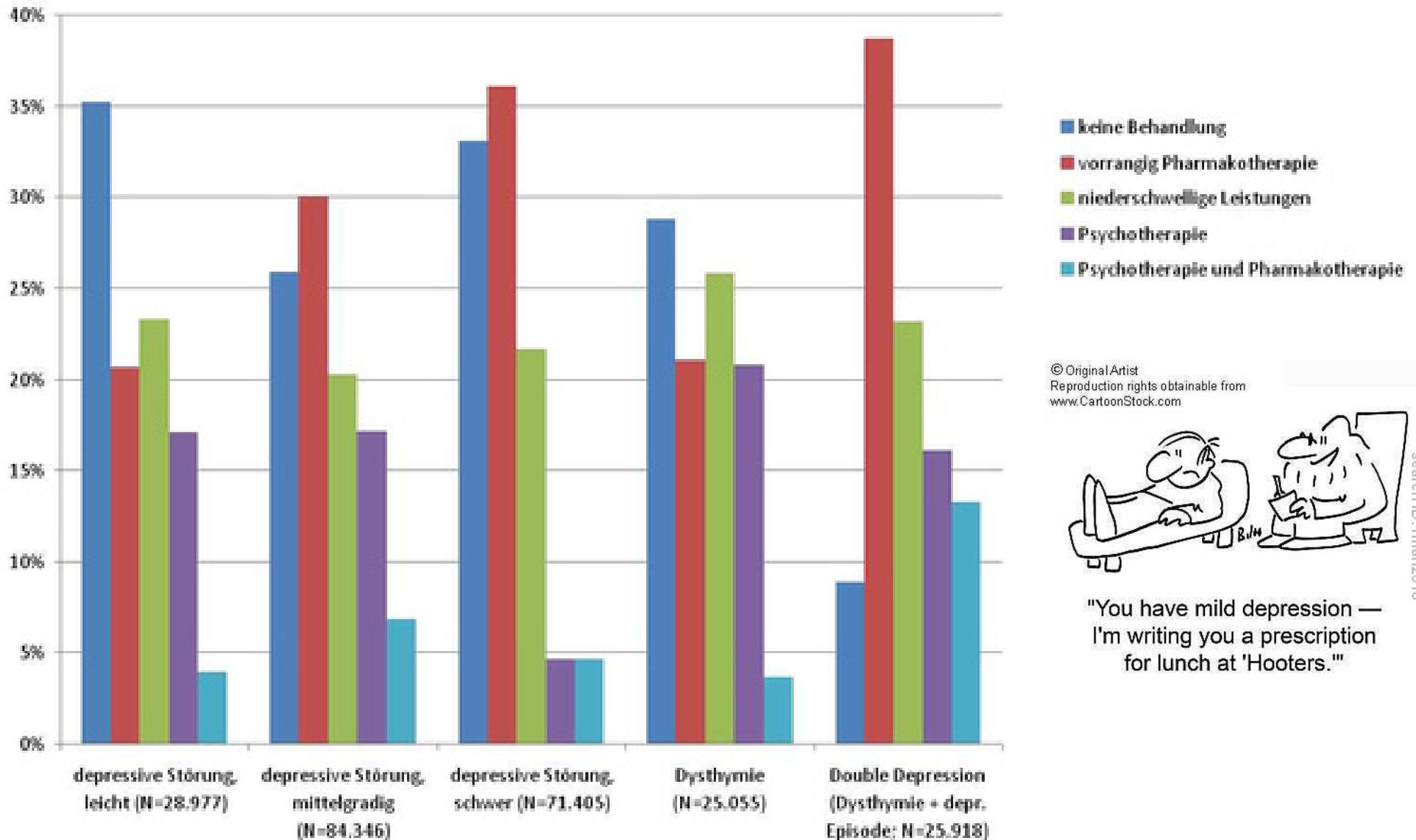


Grobe Schätzung des diagnostischen und therapeutischen Defizits in entwickelten Ländern



1 Alonso et al. 2004, 2 Wittchen & Jacobi 2012, 3 Jacobi et al. 2002, 4 Mitchel et al. 2009, 5 Boenisch et al. 2012,  
6 Pinto-Meza et al. 2011, 7 Lingam & Scott 2001

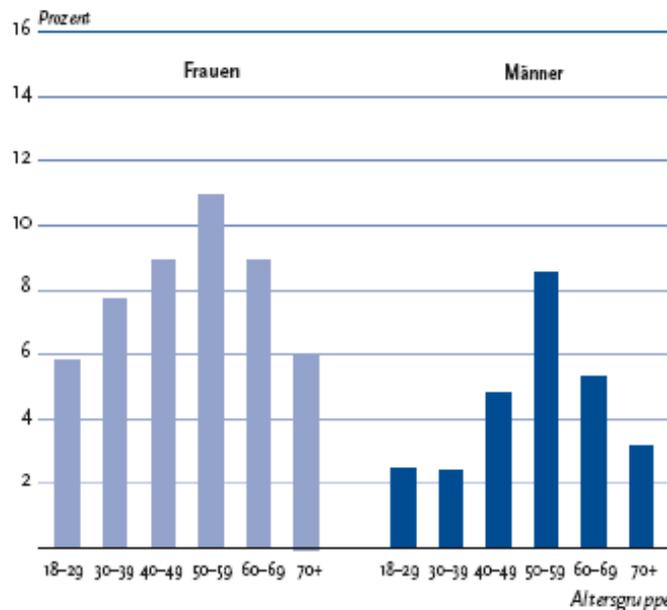
# Ambulante Behandlung der Depression – meist nicht leitliniengerecht



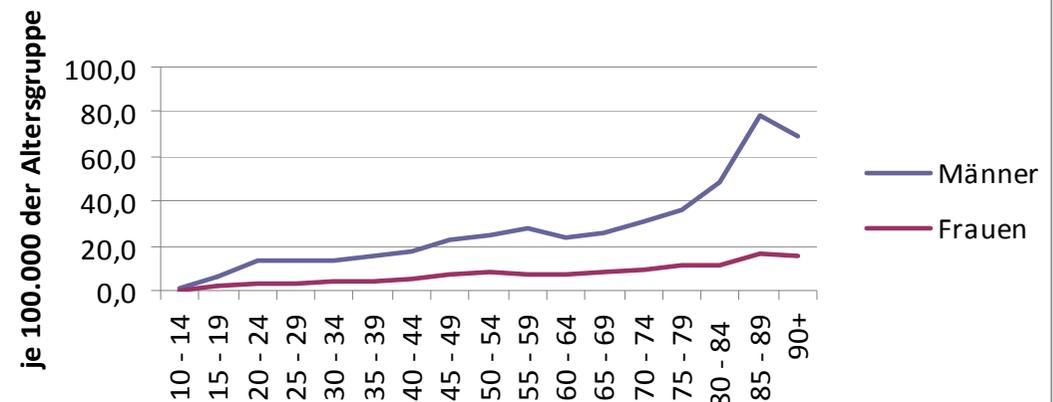
# Wo liegt die Genderrelevanz bei Depression ?



Anteil der Personen mit diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht  
Datenbasis: GEDA 2009



Suizide nach Alter und Geschlecht, Deutschland, 2011



**Genderparadox bei Depression und Suizid**

# Gründe für Unterversorgung: u.a. „Männliche“ Depression



## Das männliche depressive Syndrom

- geringe Stresstoleranz
- ausagierende Verhaltensweisen
- geringe Impulskontrolle
- Irritabilität, Ruhelosigkeit, Unzufriedenheit
- Substanzmissbrauch
- antisoziales Verhalten
- depressive Verstimmung



# Gründe für Unterversorgung: u.a. „Männliche“ Depression



<b>Depression</b> (ICD-10, DSM V)	<b>„Männliche“ Depression</b>
<b>Trauer, Antriebslosigkeit</b>	<b>Aggression, Wut, antisoziales Verhalten</b>
<b>Kräfte werden unterschätzt</b>	<b>Kräfte werden überschätzt</b>
<b>Leiden an Unabänderlichem</b>	<b>Kämpfen oder Flüchten in Sucht oder Aktivismus</b>



# Befunde zur „männlichen Depression“



**Feindseligkeit bei depressiven Männern häufiger (Fava et al. 1995)**



**Bei Alkoholpatienten Depressionsrate deutlich höher, wenn „männliche“ Symptome erfasst wurden (Zierau et al. 2002)**



**Stärkere affektive Rigidität, Irritabilität und Ärgerattacken bei depressiven Männern (Winkler et al. 2004, 2005)**



**Latentes „männliches“ Symptomcluster von Irritabilität, Aggressivität und antisozialem Verhalten bei depressiven Männern (Möller-Leimkühler et al. 2004)**



**Höhere Rate „männlicher Depression“ bei depressiven männlichen Suizidopfern als bei weiblichen (Rihmer et al. 2009)**



**Depressionsentwicklung bei Männern über Stress, Aggression und Alkoholmissbrauch (Bech et al. 2001)**



**Höheres Depressionsrisiko bei 18-jährigen Männern geht mit höher ausgeprägten „männlichen“ Symptomen einher (Möller-Leimkühler et al. 2006)**



**„Männliche Depression“ ist assoziiert mit maskuliner Normorientierung, die mit dem Alter zunimmt (Rice et al. 2012)**

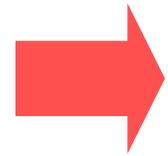
# Gründe für Unterversorgung: u.a. Gesundheitsverhalten von M



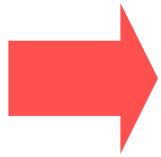
- ➔ **Maskunlinitätsnormen:  
Maschinenmodell von Gesundheit**
- ➔ **Stigmatisierende Einstellungen  
gegenüber psychischen Störungen**
- ➔ **Negative Einstellungen zu Psychopharmaka**
- ➔ **Skepsis gegenüber Psychotherapie**
- ➔ **Mangelnde Inanspruchnahme**
- ➔ **Mangelnde Compliance**



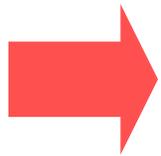
# Folgen der Nichtbehandlung



**Chronifizierung  
(vom Symptom bis zur Behandlung > 7 Jahre)**



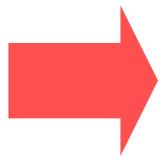
**Fehlversorgung durch stationäre  
Behandlungen in somatischen Kliniken  
(insb. Männer!)**



**hohe Kosten durch Präsentismus,  
Krankschreibung, „Doktorshopping“ und  
Komorbidität**



**psychische und somatische Komorbidität**



**Suizid**

# Konkrete Herausforderungen



- ➔ **Gendersensible Depressionsdiagnostik, leitliniengerechte Behandlung**
- ➔ **Implementation der Gender-Perspektive in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung**
- ➔ **Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Risiko- und Schutzfaktoren bei der Konzeption von Präventionsmaßnahmen**
- ➔ **Implementation „Psychische Gesundheit“ in Arbeitsmedizin**
- ➔ **Gendersensible Förderung der psychischen Gesundheit im Betrieb**
- ➔ **Gendersensitive Informationen über psychische Gesundheit bzw. Prävention psychischer Störungen**
- ➔ **Interdisziplinäre Angebote für Männer (z.B. Männergesundheitszentren)**
- ➔ **Abbau von Barrieren der Hilfesuche bei Männern (bessere Zugangswege, mehr Psychotherapie, positivere Einstellungen)**