

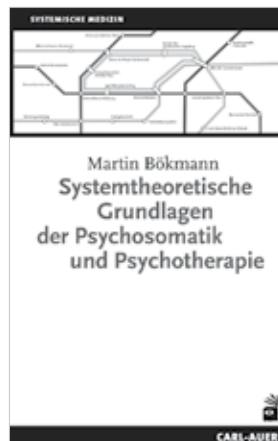


## So hab ich das noch nie gesehen!



398 Seiten, Kt, 2., erw. Aufl. 2010  
 € (D) 34,-/€ (A) 35,-  
 ISBN 978-3-89670-753-6

„Dieses wichtige Buch ist äußerst hilfreich für alle Helfer, die im Kontakt mit traumatisierten Personen stehen.“  
 Kontext



230 Seiten, Kt, 2008  
 € (D) 24,95/€ (A) 25,70  
 ISBN 978-3-89670-647-8

„Mit einer Fülle von interessanten Ideen überwindet Martin Bökmann traditionelles Denken und entwirft eine Theorie der biopsychosozialen Medizin der Zukunft.“  
 Paul Watzlawick



205 Seiten, 34 Abb., Kt, 2. Aufl. 2001  
 € (D) 21,90/€ (A) 22,60  
 ISBN 978-3-89670-194-7

„Simons Theorien sind stringent und luzide, seine Art, Systemtheorie zu betreiben, ist zugleich erhellend, kundig, witzig und auf einfühlsame Weise undogmatisch.“  
 Soziale Systeme



270 Seiten, Kt, 2009  
 € (D) 29,95/€ (A) 30,80  
 ISBN 978-3-89670-701-7

„Sehr zu empfehlen! Ich kenne zurzeit kein Buch, das so verständlich am Denken von Praktikern andockt und sich mit den Unterschieden im Hintergrund zwischen den Therapien auseinandersetzt. Kompliment!“  
 Anne Lang,  
 Milton-Erickson-Institut Bonn



262 Seiten, Kt, 2011  
 € (D) 27,95/€ (A) 28,80  
 ISBN 978-3-89670-771-0

„Ein ‚rundes‘ Ding und für jeden Praktiker in diesem Bereich sicherlich eine Bereicherung für seine eigene tägliche Arbeit.“  
 sandammer.at



271 Seiten, Kt, 2011  
 € (D) 34,95/€ (A) 36,-  
 ISBN 978-3-89670-772-7

„Eve Lipchik leistet einen bahnbrechenden Beitrag zur klinischen Praxis: die Wiedereinführung der menschlichen Emotion in die Kurztherapie.“  
 Wendel A. Ray,  
 Mental Research Institute,  
 Palo Alto, CA

Johannes Kornacher, Andrea Orbach, Angela Rischer, Eva Schaller, Manfred Wolfersdorf

## Depressionsstationen – Modell für eine störungsspezifische integrierte stationäre Behandlung schwer Depressiver. Konzept, Struktur, versorgungspolitische Relevanz und künftige Perspektiven

Depression treatment units – model for an integrated and specific treatment of severe depressed inpatients. Concept, structure, public health relevance and future perspectives

### Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über den aktuellen Stand spezialisierter stationärer Depressionsbehandlung in Deutschland. Auf über 100 Depressionsstationen und gerontopsychiatrischen Depressionsstationen werden zumeist schwer und sehr schwer depressiv Erkrankte mit häufig komplexem Störungsbild störungsspezifisch mit einem biopsychosozial ausgerichteten multimodalen Therapieangebot behandelt. Indikationsstellung, Behandlungsgrundsätze (störungsspezifisches „psychotherapeutisches Basisverhalten“) und Stellenwert von Depressionsstationen in der Behandlungskette sowie Entwicklungsperspektiven werden vorgestellt. Vorliegende Untersuchungsergebnisse belegen sehr hohe Effektstärken dieser Therapieform und eine sehr hohe Patientenzufriedenheit.

### Schlüsselwörter

Depressionsstationen – stationäre depressive Patienten – integratives Therapiekonzept – störungsspezifische Behandlung – stationäre Psychotherapie

### Summary

This article summarizes the present state of specialized inpatient depression treatment in Germany. In more than 100 depression treatment units (including those established especially for elderly patients) it is mostly the severely depressed patients with high psychiatric and somatic co-morbidity who are treated with a multimodal therapeutic program including biological and psychological methods.

Treatment indication, principles of treatment (e.g. basic psychotherapeutic behavior) and the importance of depression treatment units in the therapeutic chain as well as developing perspectives are introduced below. Present investigations show high effect sizes for this way of treatment as well as high patient satisfaction.

### Keywords

depression treatment units – depressive inpatients – integrative therapeutic concept – inpatient psychotherapy

### ■ Einleitung

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 8% bei Männern und 15% bei Frauen (Wittchen, 1999) zählt die Depression zu den häufigsten psychischen Störungen; sie ist mit dem größten Verlust an gesunden Lebensjahren durch psychische Störungen verbunden (WHO, 2004) und mit jährlichen Gesamtkosten von 4,6 Mrd. € im deutschen Gesundheitswesen von großer gesundheitsökonomischer Relevanz (Statistisches Bundesamt, 2006). In psychiatrischen Kliniken stellen sie 15-25%, in psychosomatischen Kliniken ca. 50% der Fälle (Tritt et al., 2003); erstere weisen eine höhere notfallpsychiatrische Akuität auf (Adler & Wolfersdorf, 2004).

Schwer depressiv Erkrankte in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zeigen folgendes Profil: wiederholt Erkrankte 70%; weiblich 50-65%; Altersschwerpunkt

40-65 Jahre; soziale Anpassung nach GAF ca. 30-40 Punkte (d.h. schlecht bis sehr schlecht); somatische Komorbidität 20-40%; psychiatrische Komorbidität 20-35%; Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme 20-30%; Suizidideen und Todeswünsche bei Aufnahme 40-60%; Vorliegen psychotischer Symptome ca. 20%; anhaltende, „chronische“ Depression, d. h. bereits länger als 2 Jahre depressiv 20-30% (Wolfersdorf, 1997; Sitta et al., 2005).

Zumindest für die unipolare Depression scheinen biologisch-biographisch begründete, psychodynamisch maßgebliche Faktoren im Vor- und Umfeld depressiver Erkrankungen wie „orale Fixierung“ mit dem Resultat überhöhter Bedürftigkeit nach Zuwendung und labiles Selbstwertgefühl sowie ausgeprägte Ambivalenz in entsprechenden Situationen einen angemessenen Umgang mit Trauer, Verlust, Versagung oder

Krönkung zu verhindern. Sie führen durch Vermeidung solcher Situationen zu (Fehl-)Anpassungen (Elhardt, 1981). Solche von chronischem Verzicht und anhaltender Selbstüberforderung gezeichnete Kompensationsstrategien letztlich depressiv strukturierter Persönlichkeiten versagen in typischen Auslösesituationen oder aufgrund der zwangsläufig immer mehr zunehmenden psychophysischen Erschöpfung. Es kommt zur Dekompensation in Gestalt des depressiven Syndroms (Tellenbach, 1976; Benedetti, 1991; Wolfersdorf, 1995, 2008) als ätiologisch unspezifischer, einförmiger biopsychologischer „final common pathway“ (Akiskal & Kinney, 1975) bzw. psychosomatische Reaktion des Gehirns (Mentzos, 1995).

Ähnlich wie bei anderen Formen stationärer psychiatrischer Behandlung steht die Reduktion einer erheblichen Symptomlast mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln im Vordergrund stationärer Depressionsbehandlung. Die Psychotherapie ist hier ein maßgebliches Mittel zum Zweck. Anders ist dies bei einer als solche intendierten und indizierten stationären Psychotherapie. Hier ist die Durchführung dieser Behandlungsform, also die Methode selbst mit ihren Möglichkeiten, der Zweck des Behandlungssettings und steht an erster Stelle der Gesamtbehandlungskonzeption. Andere Therapieverfahren (z.B. Pharmakotherapie) sind dabei nur Hilfsmittel. Entsprechend unterschiedlich gestaltet sich die Prioritätensetzung und damit auch die Abfolge, Zielsetzung, Struktur und der Umfang der eingesetzten Psychotherapie.

Während bei der primär psychotherapeutischen stationären Behandlung die Psychotherapie zumindest bezüglich eines Teilziels zum Abschluss gekommen sein sollte, ist bei der Depressionsbehandlung oft ein erreichtes Maß an Symptombesserung allein oder zu einem wesentlichen Teil ausreichend für die gemeinsam mit dem Patienten getroffene Entscheidung, die stationäre Behandlung zu beenden. Was nicht heißt, dass die durchgeführten psychotherapeutischen Interventionen wichtige Impulse für die Motivation zu psychotherapeutischer Weiterbehandlung setzen oder bereits erste Veränderungen bewirkt haben.

Der Patient muss bei stationärer Depressionsbehandlung also nicht „psychotherapiefähig“, d. h. für das Setting z. B. einer Psychotherapiestation „geeignet“ sein, vielmehr zielt die Behandlung auf Depressionsstationen auf alle Schweregrade depressiver Störungen, gerade auf die schweren. Ausgeprägte Antriebsstörungen oder formale Denkstörungen, ferner psychotische Symptomatik sind in der klinischen Praxis jedoch oft – inhaltlich nachvollziehbar – Ausschlusskriterien für die Behandlung auf Psychotherapiestationen im engeren Sinn. Umgekehrt würde eine Behandlung derart schwerer expressiver Syndrome auf Psychotherapiestationen den Patienten Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten und möglicherweise durch Überstimulation oder Überforderung Verschlechterung provozieren.

Eine umfassende, im tiefsten Sinn des Wortes „psychosomatische“ Behandlung umfasst jedoch gleichrangig neben psychotherapeutischen auch die biologisch-somatischen und die sozio- und milieutherapeutischen Behandlungsverfahren (Tab. 1). Diese haben bei schwer depressiven Zustandsbildern anteilig einen höheren Stellenwert. Eine am einzelnen Pati-

enten und seinem individuellen Krankheitsverlauf orientierte Behandlung fokussiert bei der überwiegend unterschiedliche Schweregrade durchlaufenden depressiven Erkrankung stadienabhängig auf die jeweils im Vordergrund stehenden Erfordernisse.

Dies wird unterstützt durch eine Betrachtungsweise, die subjektzentriert der individuellen biographischen Gewordenheit der Person, ihrer Erkrankung und der Bedeutung wie dem Ausdruckscharakter der Symptomatik einen breiteren Raum in Diagnostik und Therapie einräumt, jenseits rein nomologisch-deskriptiver Erfassung nach der ICD-10 (vgl. auch Tellenbach, 1976; Janzarik, 1988). Eine hierarchisch-strukturelle, biographisch-psychodynamische und lerngeschichtliche Aspekte berücksichtigende Diagnostik, welche die diagnostischen Vorgaben der ICD-10 ergänzt, verhindert die Vernachlässigung therapeutisch relevanter Dimensionen schwerer psychischer Störungen in Diagnostik wie Therapieplanung. Ohne die Integration der heute in der Psychiatrie und Psychotherapie hoch entwickelten einzelnen Behandlungsverfahren in ein mehrschichtiges und anthropologisch vertieftes Menschen- und Erkrankungsbild und einen daraus entwickelten Gesamtbehandlungsplan durch alle an der Behandlung Beteiligten wird die Therapie jedoch zu einem mechanischen Abarbeiten von störungsspezifischen Psychotherapiemanualen und psychopharmakologischen Behandlungsalgorithmen. Deren Bedeutung und Vorteile sind belegt (Schramm, 2006; Schramm et al., 2007; Wiethoff et al., 2009) und ihre Verwendung gerade im Kontext integrativer störungsspezifischer stationärer Behandlungsansätze unverzichtbar. Ohne ihre Einbettung in ein mehrdimensional-vielschichtiges Behandlungskonzept allerdings, das die jeweilige individuelle Entwicklung und Ausgestaltung der aktuellen depressiven Zielsymptomatik, ihren Bedeutungsgehalt in der momentanen biographischen Situation des Patienten diagnostisch wie therapeutisch berücksichtigt, wirken diese nicht zwangsläufig wie gewünscht synergistisch und verlieren damit an Effizienz und Nachhaltigkeit mit negativer Auswirkung auf Rezidivrate und therapieresistente wie chronifizierte Verläufe. Umgekehrt ist von der Integration individualisiert-anthropologischer Behandlungsansätze in die Struktur- und Prozessqualität spezialisierter Behandlungseinheiten ein Mehrwert in Bezug auf die Ergebnisqualität zu erwarten. Dass ein unspezifischer, aber maßgeblicher Wirkfaktor hier allein sorgfältiges Beobachten und engmaschiges Monitoring des Patienten wie der Therapieplanung sind, kann aus Untersuchungen zur Qualitätssicherung in der stationären Depressionsbehandlung (Sitta et al., 2005) oder allgemeinen Plausibilitätserwägungen (Wiethoff et al., 2009; Ringelstein et al., 2010) abgeleitet werden. Die hohe Relevanz und der Wert einer – wie vorab hervorgehoben – sorgfältigen mehrdimensionalen Differentialdiagnostik für eine ergebnisrelevante differentielle Indikationsstellung innerhalb des verfügbaren Repertoires an Therapieformen ist mittlerweile durch erste Studien zur Differentialindikation Psychotherapie versus Psychopharmakotherapie belegt (Nemeroff, Heim & Thase, 2003).

Die vergleichende Ergebnisforschung in Bezug auf die verschiedenen Psychotherapieformen führte bisher wegen grundsätzlicher methodischer Probleme, wie der Fokus-

sierung auf leicht und kurzfristig messbare Parameter in den gängigen Studiendesigns bei den zu Rezidiven und Chronifizierung neigenden depressiven Störungen, nicht zu richtungsweisenden Resultaten (Fonagy & Roth, 2004; Margraf, 2009). Effektmessungen der Psychopharmakotherapie der Depression beschränken sich bislang fast ausschließlich auf Antidepressiva und konnten hier lediglich für höhere Schweregrade überzeugende Ergebnisse liefern; im Vergleich mit Psychotherapie werden Antidepressiva nicht als überlegen angesehen (DGPPN et al., 2009; Pigott, Leventhal, Alter & Boren, 2010). Trotz einer Untersuchung zur generellen Effizienz stationärer Depressionsbehandlung in Deutschland (Härter et al., 2004) liegen bislang aussagekräftige vergleichende Untersuchungen verschiedener Formen komplexer Behandlung (ambulant, teil-, vollstationär oder auch innovative Modelle), ferner verschiedener Typen (meist voll-)stationärer Behandlung Depressiver (Tab. 1) wegen erheblicher methodischer und anderweitiger Limitationen noch nicht vor. Eine noch nicht vollständig abgeschlossene Studie über die Effektivität Liegedauer verkürzender nachstationärer Behandlung (Hölzel, Bermejo, Kriston, von Wolff & Härter, 2010) erbrachte noch keine richtungsweisenden Resultate.

Der vielschichtige Aspekt relevanter Faktoren eines depressiven Syndroms begründet den heute auch in den S3-Leitlinien (DGPPN et al., 2009) geforderten mehrdimensionalen Behandlungsansatz im Sinne einer Integration psychotherapeutischer und biologischer Verfahren unter Einbeziehung psychosozialer Aspekte.

Eigene Erfahrungen in der Einzelpsychotherapie schwer depressiver stationärer Patienten im stationären Rahmen haben zu einem Zweiphasenmodell geführt:

Wahn, formale Denkstörungen, kognitive Störungen sowie schwere psychomotorische Alteration behindern bei schwerer Depression in der ersten Phase eine aktive Rolle des Patienten im Therapieprozess. Im Vordergrund der Einzeltherapie stehen deshalb hier psychopathologische und Persönlichkeitsdiagnostik, Klärung von lebensgeschichtlicher Bedeutung und psychosozialer Auswirkung der Erkrankung, darüber hinaus Beziehungsaufbau und Versicherung existenziellen Gehaltenseins sowie verhaltensmedizinisch-psychoedukative Unterstützung beim Umgang des Patienten mit quälender Symptomatik.

Die Psychopharmakotherapie, die anfänglich vor allem auf Milderung schweren Symptomdrucks (schwere Unruhe, Angst und Schlafstörungen, suizidaler Handlungsdruck und psychotische Symptome) zielt, später auf die depressive Kernsymptomatik (Affektivität, Antrieb, Interesse), hat sich an den geltenden S3-Leitlinien und wissenschaftlich fundierten Behandlungsalgorithmen zu orientieren (Adli, Wiethoff, Baghai & Bauer, 2005; DGPPN et al., 2009). Hierbei ist aus psychoedukativen wie auch psychotherapeutisch-interaktionellen Gründen auf ein reflektiertes, sorgfältig aufeinander abgestimmtes Vorgehen im Kontext eines mehrdimensional-multiprofessionellen pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Behandlungsplans zu achten, um den zu erwartenden Interaktionen zwischen Psycho- und Pharmakotherapie begegnen zu können (Kapfhammer, 2007).

Nach Symptomstabilisierung und Beziehungsaufbau zu Behandlern wie Mitpatienten können in der zweiten Phase depressionsauslösende wie -aufrechterhaltende Psychodynamik, maladaptive Beziehungsgestaltungsmuster und dysfunktionale Kognitionen anhand der neuen Beziehungserfahrungen einer Bearbeitung im Rahmen des reflektierten, strukturierten und geplanten multiprofessionellen Therapieprozesses zugänglich gemacht werden. Ermöglicht wird dies durch die Entlastungsfunktion und das empathische Milieu des stationären Settings, was über Regressionsförderung zu erhöhter Übertragungsneigung führt (vgl. Huber & Will, 2007). Hohe Beziehungsdichte durch alle Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft wirkt nicht nur unmittelbar nach stationärer Aufnahme akut symptomentlastend, im weiteren psychotherapeutischen Behandlungsverlauf verdichtend und damit fördernd auf den Therapieprozess, sondern aufgrund des erhöhten Zuwendungsbedarfs bzw. des Selbstwertdefizits Depressiver *spezifisch* wirksam für deren Behandlungserfordernisse. Dieses spezielle störungsspezifische psychotherapeutische Basisverhalten auf dem Boden eines aktiv generierten und aufrechterhaltenen Milieus auf Depressionsstationen ist der wesentliche Wirkfaktor eines spezifischen Therapiekonzepts für stationär behandelte schwer depressive Patienten (Hole et al., 1982). Hoher Organisationsaufwand mit häufigen Kurzkontakten und flexiblem Reagieren auf Beziehungsangebote Depressiver, oft in Zusammenhang mit therapieinduzierten Krisen, ermöglicht Entlastung bei Zunahme der Suizidalität ohne Verlegung auf beschützende Stationen. Dies ermöglicht dem Patienten korrigierende Beziehungserfahrungen mit allen an der Therapie Beteiligten einschließlich der Mitpatienten und darüber hinaus beginnendes Erleben von Selbstwirksamkeit über das erstmals erlebte Selbsthilfeprinzip.

Die Einzelpsychotherapie ist je nach Orientierung des ärztlichen oder psychologischen Therapeuten entweder tiefenpsychologisch-psychoanalytisch, kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder auch interpersonell ausgerichtet und in diesen Prozess eingebettet. Wegen der begrenzten Zeit ist sie zwangsläufig fokal angelegt und dient zusätzlich der Motivierung für eine weiterführende ambulante Psychotherapie.

Selbstwertgefühl und autonomes Handeln fördernde Erfahrungen einschließlich der Selbsthilfe ermöglichen, in Kombination mit der Symptomremission, einen stufenweisen Belastungsaufbau zunächst im geschützten klinischen Bereich, dann über Belastungserprobungen im Rahmen von Beurlaubungen ins unmittelbare soziale Umfeld und zuletzt – oft über stufenweise Wiedereingliederung oder rehabilitative Maßnahmen – in das Arbeitsumfeld. Tages-, Nacht- oder nachstationäre Behandlung durch die Klinik sichern einen gestuften Übergang.

Bei einer Lebenszeitsuizidmortalität von 4-5% bei Depressiven aller Schweregrade zusammengenommen und von ca. 15% bei der Subgruppe der schwer Depressiven (Wolfersdorf, 2005), ferner einem geschätzten Anteil Depressiver an allen Suiziden von ca. 60% ist die Depression nach heutigen Erkenntnissen die Hauptursache für schwere Suizidhandlungen überhaupt. Neben antidepressiver ist die antisuizidale Akutbehandlung wie Langzeitprophylaxe eine der therapeu-



tischen Hauptaufgaben von Depressionsstationen. Außer der unmittelbaren fürsorglichen Sicherung, die bei umgehender, adäquater und differenzierter Diagnostik der Suizidalität und anschließender komplexer antisuizidaler Akutbehandlung in der Regel keine geschlossene Tür benötigt, sind zeitnahe und effektive Linderung suizidfördernden Symptomdrucks durch entlastenden Beziehungsaufbau sowie zielgerichtete Psychopharmakotherapie vorrangig. Von Beginn an offener und vertrauensvoller Umgang aller mit dem Thema Suizidalität macht diese für den Patienten oft erstmals kommunizierbar, macht sie für ihn als Krankheitssymptom prinzipiell einer Therapie zugänglich, entzieht sich durch einen verstehenden anthropologisch-orientierten Zugang (Schmidt-Degenhardt, 2003) tabuisierend-ängstigender Bewertung durch die Behandler und wirkt damit als Therapeutikum gegen zugrunde liegende Hoffnungslosigkeit. Bei Wahrung des Respekts vor der Autonomie des Patienten wird dieser von Anfang an, abhängig vom Ausmaß an möglicher Eigenverantwortung und ohne Aufbau von Erwartungsdruck im Sinne einer „forcierten Normalisierung“, mit einbezogen und damit die Entwicklung eigenverantwortlicher antisuizidaler Strategien gefördert (vgl. auch Lehle et al., 2005; Wolfersdorf, 2005).

Stationäre Behandlungsindikation bei depressiven Störungen ist bei hoher Akuität und Schwere der Erkrankung gegeben im Fall von (DGPPN et al., 2009):

- akuter suizidaler Gefährdung oder Fremdgefährdung mit fehlender/eingeschränkter Absprachefähigkeit (Notfall!)
- psychotischen Symptomen (Notfall!)
- Vereinsamung oder drohender Verwahrlosung
- psychomotorischer Erregung oder schwerer psychomotorischer Hemmung
- Notwendigkeit der Entlastung/Abstand von erheblicher psychosozialer Belastungssituation
- ambulanter Therapieresistenz, Gefahr von oder (trotz ambulanter Therapie) bereits eingetretener Chronifizierung
- Multimorbidität/erheblicher psychiatrischer oder somatischer Komorbidität
- 

**Tabelle 1:** Übersicht über die aktuellen Modelle stationärer Depressionsbehandlung in Deutschland.

Behandlung auf diagnostisch gemischten allgemeinen Akutstationen bzw. Psychotherapiestationen von Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (psychiatrisches Fachkrankenhaus; psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses)
Spezielle Depressionsgruppen, oft stationsübergreifend (z. B. in kleineren psychiatrischen Abteilungen)
Behandlung in (Akut- und Reha-)Psychosomatischen Kliniken (störungsspezifische oder gemischte Behandlungseinheiten)
Störungsspezifische Behandlungseinheiten: Spezialisierte Depressionsstationen (derzeit ca. 100 DST in Deutschland, meist am Fachkrankenhaus)

## ■ Was sind Depressionsstationen

Depressionsstationen stellen im breiten Spektrum stationärer psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischer Behandlung störungsspezifische Behandlungseinheiten dar. Bedingt durch den häufig phasenhaften Verlauf der Erkrankung, die im Akutstadium und im stationären Setting fast durchgehend mit schwerer und mit hohem Symptomdruck behafteter Symptomatik verbunden ist, ist die Symptombesserung erstes Ziel vor der Bearbeitung zugrunde liegender Psychodynamik (Wolfersdorf, 1997). Den Menschen als Person angemessen beschreiben zu können erfordert unverzichtbar eine nicht auf die testpsychologische Erfassung beschränkte mehrschichtige Persönlichkeitsdiagnostik unter Einbeziehung biographisch-lerngeschichtlicher, psychodynamischer und anthropologischer Aspekte mit dem Ziel einer darauf aufgebauten Therapieplanung und -durchführung (Tab. 2).

**Tabelle 2:** Spezifisches Profil von Depressionsstationen

Herausnahme und Zusammenfassung schwer depressiv Kranker in einer räumlich definierten Behandlungseinheit mit einem multiprofessionellen Team und einem depressions-spezifischen Konzept
Herstellung eines „beziehungsorientierten“, Selbstwertgefühl sowie Aktivität fördernden Milieus mit hoher Beziehungsdichte zu allen therapeutisch-pflegerischen Mitarbeitern wie auch Mitpatienten
Akzeptanz depressiven Erlebens, Wahrnehmens und Verhaltens als Krankheitssymptom
Fokussierung der Wertschätzung eines gesamten Teams auf einen Patienten (narzisstischer Input)
Vorgabe verlässlich-ordnender Tagesstruktur
Aktivierung zu Eigenaktivität und Selbstverantwortung Symptombesserung durch biologische Behandlungsmaßnahmen
Einzel- und Gruppenpsychotherapie von Anfang der stationären Behandlung an
Förderung jeder Form von Selbsthilfe

## ■ Aufgabe von Depressionsstationen als lokalen Kompetenzzentren für spezialisierte stationäre Depressionsbehandlung

Die scheinbare Fragmentierung von Krankheitszuständen in isoliert diagnostizierte Störungen auf der Basis von ICD-10 oder DSM-IV kann als ein Gewinn gesehen werden, wenn durch Ergänzung um tiefenpsychologisch-lerngeschichtliche und anthropologische Aspekte (Schmidt-Degenhardt, 2003) ein umfassendes Bild des erkrankten Subjekts entsteht. Die Aufgabe von Depressionsstationen im Sinne ganzheitlicher psychosomatischer Behandlung ist vor dem Hintergrund eines derartigen Konzepts dimensionaler Strukturierung

psychischen und physischen Leidens zu sehen, das aktuelle Erkenntnisse über psychische wie somatische Komorbidität integriert (Wolfersdorf, 1995; Gastpar, 2006; Lederbogen, 2006). Wie bereits erwähnt unterscheiden sie sich dabei durch einen **erkrankungsspezifischen** Ansatz von den **methodenspezifisch** arbeitenden Psychotherapiestationen.

Sozio- und milieutherapeutische Behandlung, wesentlich begründet durch ein strukturiertes, individuelles (Bezugspflegesystem) und fachlich differenziertes Angebot des Pflegedienstes, stellt vermutlich den relativ größten Anteil der einzelnen Interventionsformen. **Mutter-Kind-Behandlungen** für die nicht seltene postpartale Depression, unterstützend für die Behandlung der Mutter und primärpräventiv für das Kind, sind bei begrenztem Umfang (z. B. 1 Behandlungsplatz pro Station) auch mit vertretbarem Aufwand durchführbar (Rupprecht & Seidel, 2007). Gute Erfahrungen bestehen mit **Selbsthilfegruppen**, auch durch individuellen Kontaktaufbau bereits aus dem stationären Setting heraus (Rupprecht & Heindl, 2003). Therapiefördernd und entlastend für die Betroffenen sind die heute meist psychoedukativ ausgerichteten, expertengeleiteten **Angehörigengruppen** mit den Zielen Information, entlastender Erfahrungsaustausch, verbesserter Umgang mit dem Erkrankten (Mahnkopf & Rahn, 1997). Ein in den letzten 50 Jahren erheblich ausgeweiteter Depressionsbegriff (Ehrenberg, 2004) wirft für konzeptuell-methodisch klar definierte Behandlung auf Depressionsstationen die Frage der Passung von Patient und Behandlungsverfahren auf. Unklare Vorstellung hierüber im ambulanten Bereich sowie hoher Symptomdruck führen zu unselektiver Einweisung. Dies erfordert nach Aufnahme rasche diagnostische Zuordnung und Klärung.

Eine umfassende psychiatrisch-psychotherapeutisch-psycho-somatische **Diagnostik** auf Depressionsstationen erfasst und differenziert dabei:

- **Unerkannte nichtpsychiatrische Erkrankungen als Ursache einer somatogenen Depression; Folge:**
  - Verlegung in somatische Weiterbehandlung und/oder
  - Mitbehandlung der Grunderkrankung (Beispiel: Hypo- oder Hyperthyreose mit depressiver Symptomatik als Haupterkrankung)
- **Behandlungsrelevante somatische Komorbidität; Ziel:**
  - somatische Mitbehandlung unter rein somatischer Zielsetzung (Beispiel: Hypertonie)
  - psychosomatische Mitbehandlung mit somatischer und psychischer Zielsetzung (Beispiel: Diabetes mellitus)
  - somatische Mitbehandlung mit dem Ziel einer Besserung psychischer Zielsymptome (Beispiel: Hypo- oder Hyperthyreose als Nebendiagnose)
- **Psychiatrische Komorbidität; Resultat:**
  - kein primär depressives Syndrom, andere psychiatrische Störung im Vordergrund, Behandlungssetting nicht geeignet: *Verlegung, wenn möglich*
  - depressives Syndrom vorrangig, psychiatrische Komorbidität mitbehandelbar: *Mitbehandlung* der Begleiterkrankung
  - primär depressive Störung nicht vorhanden oder nicht

(mehr) im Vordergrund, Behandlungssetting jedoch geeignet (z. B. Angststörung): *Behandlung möglich*

- **Nosologische und psychodynamisch-lerngeschichtliche Differenzialdiagnostik des depressiven Syndroms; Ziel:**
  - *Differenzialindikation* der verfügbaren psychotherapeutischen, biologischen und sozio-/milieutherapeutischen Therapieverfahren mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, abhängig von biologischen Faktoren, Symptomatik, Psychodynamik und dem Behandlungsstadium im Rahmen eines kontinuierlich interdisziplinär reflektierten *Gesamtbehandlungsplans*

Die **Zielgruppe** für Depressionsstationen sind primär depressiv Erkrankte (uni- oder bipolar), Dysthymie sowie andere primär depressive Störungen wie depressive Anpassungs- und Belastungsstörungen. Vorrangiges Ziel ist dabei die Behandlung der depressiven **Symptomatik** und, soweit möglich, Klärung und Bearbeitung der **Psychodynamik** zur Durchführung von:

- **Krisenintervention** bei vorherrschend depressiver Symptomatik
- **Kurz- und Fokalthherapie**, vor allem bei depressiven Episoden
- Behandlung **chronischer und schwer therapieresistenter** Patienten
- Behandlung **depressiver Dekompensation ängstlich-abhängiger** Persönlichkeitsstörungen oder **Angststörungen** (wegen der breiten psychodynamischen wie symptomatischen Überlappung im Sinne eines dimensional Koninuums sinnvoll)

**Ausschlusskriterien** (Patienten ohne Benefit durch das Therapieangebot oder dadurch benachteiligt; Patienten, deren Verhalten/Störung milieuschädigend ist) sind **Komorbidität** mit schweren Ess- oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, unbehandelten Suchterkrankungen, demenziellen Erkrankungen/deutlicher Intelligenzminderung, ferner Schizophrenen und akuten Manien.

#### „Psychotherapeutisches Basisverhalten“

In Tabelle 3 sind die Grundregeln des Umgangs mit depressiven Patienten „**Psychotherapeutisches Basisverhalten**“ definiert (Wolfersdorf, 1982).

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über das Spektrum derzeit angewandter **Behandlungsverfahren** im Rahmen stationärer Depressionsbehandlung.

Vorrangige **Behandlungsziele** sind dabei: Symptombesserung, Entwicklung und Förderung eines tragfähig-nachhaltigen Krankheitskonzepts, kurz- und langfristige Suizidprophylaxe, Wiederherstellung von Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit sowie antidepressiv wirksame Persönlichkeitsentwicklung.

**Tabelle 3:** Psychotherapeutische Grundprinzipien beim Umgang mit stationär behandelten depressiven Patienten („Psychotherapeutisches Basisverhalten“) (nach Hole et al., 1982)

- Ernstnehmende Akzeptanz depressiven und suizidalen Erlebens; Fürsorge; Empathie
- Tagesstruktur mit adäquater Aktivierung und Anforderung
- Vermittlung stellvertretender Hoffnung vor allem zu Beginn
- Ausreichende Kommunikationsdichte und Zuverlässigkeit in der Kommunikation, Regelmäßigkeit der Gesprächstermine
- Positive Verstärkung nichtdepressiven, antisuizidalen Verhaltens im Kontext positiver Erfahrungen trotz Insuffizienz- und Wertlosigkeitserlebens
- Vermittlung eines Krankheitskonzepts, das – für den Betroffenen evtl. noch nicht erkennbare – Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten beinhaltet

**■ Entwicklung und Relevanz von Depressionsstationen**

Neben aktuell wenig publizierten Entwicklungen im amerikanischen Bereich (Rydman, 1992) entstand aufgrund der sog. inneren Differenzierung der psychiatrischen Krankenhäuser im Gefolge der Psychiatrieenquête 1976 die erste deutsche „Depressionsstation“. 1984 wurde der Arbeitskreis der Depressionsstationen von damals 6 Stationen gegründet. Mitt-

lerweile umfasst der „Arbeitskreis der Depressionsstationen Deutschlands und der Schweiz“ über 90 Mitglieder, und ein eigener Arbeitskreis der gerontopsychiatrischen Depressionsstationen (ca. 20 Mitglieder) ist entstanden. Es handelt sich vermutlich um die verbreitetsten störungsspezifischen stationär-psychiatrischen Behandlungseinheiten neben denen zur suchtspezifischen Behandlung.

Depressionsstationen integrieren gemeindenaher akutmedizinische und rehabilitative Behandlung in eine Behandlungskette als „Kompetenzzentrum“ mit der Möglichkeit der vor-, teil- und nachstationären, ferner befristeten sowie langfristigen ambulanten Behandlung („Depressionsambulanz für chronisch Depressive; Heindl, 2003). Ferner ist das Angebot von Behandlungsmodulen im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle möglich (Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der DGPPN, 2005). Durch den Vorteil der Wohnortnähe ist soziale Integration durch Gemeindenähe (direkte Kontakte zu Haus- und Fachärzten, komplementären Diensten und Selbsthilfe) direkt aus dem stationären Setting heraus möglich („Therapeutische Belastungserprobungen“), ferner direkte berufliche Wiedereingliederung durch unmittelbare Zusammenarbeit mit örtlichen Integrationsfachdiensten, „zweitem Arbeitsmarkt“ und Betriebsärzten.

**Vorteile strukturiert-spezialisierter, wohnortnaher Behandlung sind:**

- Mehrwert einer vielschichtigen multiprofessionellen Diagnostik durch die hohe Beziehungs- und Kommunikationsdichte
- Notwendige diagnostisch/therapeutische, die Prognose verbessernde Maßnahmen erfolgen zeitnah und gebündelt

**Tabelle 4:** Spektrum aktuell verfügbarer Therapieelemente komplexer stationärer Depressionsbehandlung

Psychotherapie	Biologische Therapien	Soziotherapie	Selbsthilfe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelgespräche/ Einzelpsychotherapie</li> <li>• Gruppenpsychotherapie/ Gruppenarbeit</li> <li>• Selbstsicherheitstraining/ Soziales Kompetenztraining</li> <li>• Entspannungsverfahren (PME, AT, Hypnose u.a.)</li> <li>• Gestaltungs-/ Kunsttherapie</li> <li>• Psychotherapeutisch ausgerichtete Indikativgruppen</li> <li>• Psychoedukation für Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika etc.)</li> <li>• Schlafentzug (Wachtherapie)</li> <li>• Lichttherapie</li> <li>• Psychiatrische Sport- und Bewegungstherapie, Gymnastik</li> <li>• Stimulationsverfahren (Elektrokrampftherapie, Transkranielle Magnetstimulation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialarbeit</li> <li>• Ergotherapie (Gestaltung, Kunst-, Musik- u. andere kreative Therapien)</li> <li>• Ergotherapeutische Leistungserprobung und -diagnostik</li> <li>• Gestufte Wiedereingliederung</li> <li>• Begleitung von „place und train“</li> <li>• Rehabilitative Behandlungsmaßnahmen</li> <li>• Soziotherapeutisch ausgerichtete Gruppen des Pflegedienstes</li> <li>• Belastungserprobungen</li> <li>• ambulante psychiatrische Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation für Angehörige</li> <li>• Selbsthilfegruppen für Depressive</li> <li>• Selbsthilfe für Angehörige</li> </ul>
<p>Basis: empathisch-fürsorgliche therapeutisch-pflegerische Beziehung, Aktivierung und Strukturierung</p>			

- Depressive werden nicht zugunsten „raumgreifender“ Störungsbilder vernachlässigt
- Spezialisierung ermöglicht höhere Erfahrung und technische Behandlungsqualität
- Konsequenterer Umsetzung von Behandlungsstandards
- Effizienzsteigerung (indirekt auch Kostensenkung) durch Vereinfachung von Qualitätssicherung und Benchmarking, mögliche klinische Behandlungspfade und sektorenübergreifende Vernetzung
- Qualitätssteigerung durch Mengeneffekte wissenschaftlich umstritten, aber möglich (Ringelstein, Busse & Ritter, 2011)
- Patientenpräferenz (Wolfersdorf, 2007)

Betrachtet man die verfügbare Evidenz zur Effektivität stationärer antidepressiver Behandlung, so findet man folgende Hinweise:

Diagnoseabhängig reichen die mit der Hamilton-Depressionssskala gemessenen Effektstärken stationärer Depressionsbehandlung von 1,9 bis 2,4 mit niedrigsten Werten bei Anpassungsstörungen (mit 48,5 Tagen allerdings auch die niedrigste Aufenthaltsdauer) und höchsten bei (einfachen/rezidivierenden) depressiven Episoden (68,8 Behandlungstage). Bipolare Depressionen zeigen leicht schlechtere Werte. Eine vergleichende Untersuchung erstmals, rezidivierend und chronisch Depressiver zeigte, dass bei signifikant schlechteren Eingangs- und Ausgangswerten sowie längerer Behandlungsdauer in der letztgenannten Gruppe alle drei eine vergleichbare Ansprechrate auf eine identische Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie aufwiesen (Wolfersdorf, Ruppe, Heindl, Keller & Stieglitz, 1997). Ein differenzielles Therapieangebot, z.B. für die Subgruppe chronisch Erkrankter, erscheint somit nicht erforderlich. Behandlungsabhängig liegt die Effektstärke für kombinierte Einzel-/Gruppentherapie bei 2,0, für kombinierte Pharmako-/Gruppen- sowie Pharmako-/Gruppen-/Einzeltherapie bei 2,3 und kombinierte Pharmako-/Einzeltherapie bei 2,4. Konkordant wird in Selbst- und Fremdbeurteilung (CGI-Kriterien) die Besserung zu einem Viertel als sehr gut, zur Hälfte als gut eingeschätzt. 27% der Patienten schätzen die Therapie als ausgezeichnet, 68% als gut ein, 95% würden die Klinik weiterempfehlen. Auch nach Selbsteinschätzung (BDI) ist die durchschnittliche Effektstärke mit 1,5 immer noch hoch (Härter et al., 2004; Leuzinger-Bohleber & Wolfersdorf, 2006). Vergleichende Ergebnisse zwischen diagnosespezifischen und -gemischten Behandlungseinheiten liegen wie oben erwähnt bisher nicht vor.

## ■ Abschlussbemerkungen

Der Verlust an gesunden Lebensjahren durch die Depression steht mittlerweile demjenigen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht nach (WHO, 2004). Rational ist nicht nachvollziehbar, warum Benchmarking und Zertifizierung auf der Basis definierter Qualitätsindikatoren und deren kontinuierlicher zentraler Auswertung, in jenem Sektor (Schlaganfallbehandlung durch Stroke Units) seit langem nationaler Standard (Ringelstein et al., 2010), sich im Bereich spezia-

lisierter Depressionsbehandlung nicht längst auf gleichem Forschungs- und Praxisniveau befinden. Dort durch systematisierte und flächendeckende Qualitätsbemühungen über die Summe positiver Einzelresultate hinaus erzielte Erfolge stehen in der Depressionsbehandlung noch aus. Ob unter dem Druck des entstehenden pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie hier vergleichbare Entwicklungen angestoßen werden, bleibt abzuwarten.

Ein weiterer Zukunftsaspekt ist die Beschränkung klassisch vollstationärer Behandlung auf zwingende Indikationen bei gleichzeitiger Weiterentwicklung und Angebot von bislang fehlenden quantitativ abgestuften Formen vor- und nachstationärer komplex-spezialisierter Depressionsbehandlung. Die Rolle der Depressionsstationen als Kompetenz- und Organisationszentrum für das Fallmanagement innerhalb einer Versorgungskette wird damit ausgebaut.

## ■ Literatur

- Adler, L. & Wolfersdorf, M. (2004). Zur Entwicklung der Inanspruchnahme von stationären psychotherapeutischen Leistungen: Psychiatrische Praxis, 31(Suppl. 1), 79-81.
- Adli, M., Wiethoff, K., Baghai, T.C. & Bauer, M. (2005). Algorithmusgestützte Behandlung stationärer Patienten: das Berliner Algorithmusprojekt. In M. Bauer, A. Berghöfer & M. Adli (Hrsg.), Akute und therapieresistente Depressionen (2. Aufl., S. 478-488). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Akiskal, H.S. & Mc Kinney, W.D. (1975). Overview of depression: Integration of ten conceptual models into comprehensive clinical frame. Archives of General Psychiatry, 31, 285-305.
- Benedetti, G. (1991). Zur Psychodynamik der Depression. Nervenarzt 52, 621-628.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression (1. Aufl.). DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf. Internet: [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de), [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de), [www.awmf-leitlinien.de](http://www.awmf-leitlinien.de). [abgerufen am 21.01.2011]
- Ehrenberg, A. (2004). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Campus Verlag Frankfurt New York.
- Elhardt, S. (1981). Neurotische Depression. Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 31, 10-14.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Psychotherapeutenjournal, 3, 204-218.
- Gastpar, M. (2006). Depression und Komorbidität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. 277-286). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Stieglitz, R.-D., Wolfersdorf, M., Felsenstein, M. & Berger, M. (2004). Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. Deutsches Ärzteblatt, 101, A1970-1974 (Heft 27)
- Heindl, A. (2003). Die Depressionsambulanz am Bezirkskrankenhaus Bayreuth. In M. Wolfersdorf, J. Kornacher & U. Rupprecht (Hrsg.), Stationäre Depressionsbehandlung heute (S. 141-147). Regensburg: Roderer.



- Hölzel, L., Bermejo, I., Kriston, L., von Wolff, A. & Härter M. (2010). Evaluation eines gestuften Behandlungsmodells zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung depressiver Patienten. Präsentation am 26.11.2010 im Rahmen des DGPPN-Jahreskongresses 2010.
- Hole, G., Wolfersdorf, M., Straub, R., Kopittke, W., Metzger, R. & Schinkel, A. (1982). Psychotherapeutisches Basisverhalten als wesentlicher Bestandteil eines Therapiekonzeptes für stationäre depressive Patienten. In H. Helmchen, M. Linden & U. Rüger (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin, New York: Springer.
- Huber, D. & Will, H. (2007). Psychoanalyse. In N. Hoffmann & H. Schauenburg (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (S.65-76). Stuttgart: Thieme.
- Janzarik, W. (1988). *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke. Zit. aus: Schmidt-Degenhardt, M. (2002, 2003). Anthropologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (269-280). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kapfhammer, H.-P. (2007). Zur Kombination und Interaktion von Psycho- und Pharmakotherapie bei Depression. In H. Schauenburg & B. Hofmann (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (S. 140-153). Stuttgart: Thieme.
- Lederbogen, F. (2006). Körperliche Komorbidität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 257-276). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lehle, B., Grebner, M., Neef, I., Schonauer, R. Vogel, M. & Wolfersdorf, M. (2005). Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“: Empfehlungen zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Krankenhauspsychiatrie*, 16 (Sonderheft), 51-54.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Wolfersdorf, M. (2006). Wie werden Depressionen behandelt? GVG-Konferenz 23.November 2005 in Berlin: Depressionen – verhindern, erkennen, behandeln. GVG Informationsdienst, Köln
- Mahnkopf, A. & Rahn, E. (1997). Angehörigenarbeit in der Depressionsbehandlung. In M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Depressionsstationen. Stationäre Depressionsbehandlung* (S. 35-46). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Margraf, J (2009): *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturobwertung*. Springer Verlag Heidelberg
- Mentzos, S. (1995). *Depression und Manie. Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., Klein, D.N., Rush, A.J., Schatzberg, A.F., Ninan, P.T., McCullough, Jr., J.P., Weiss, P.M., Dunner, D.L., Rothbaum, B.O., Kornstein, S., Keitner, G. & Keller, M. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 100, 14293-14296
- Pigott, H.E., Leventhal, A.M., Alter, G.S. & Boren, J.J. (2010). Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 267-279.
- Rahmenkonzept Integrierte Versorgung der Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2005): Abrufbar unter: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-depression-nervenarxtx.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-depression-nervenarxtx.pdf)
- Ringelstein, E.B., Busse, O. & Ritter, M.A. (2010). Das Stroke-Unit-Konzept in Deutschland und Europa. *Nervenheilkunde*, 29, 836-842.
- Rupprecht, U. & Heindl, A. (2003). Die Selbsthilfegruppe für depressiv kranke Menschen am Bezirkskrankenhaus Bayreuth. In M. Wolfersdorf, J. Kornacher & U. Rupprecht (Hrsg.), *Stationäre Depressionsbehandlung heute* (S. 148-157). Regensburg: Roderer.
- Rupprecht, U. & Seidel, D. (2007). Mutter-Kind-Konzept. In M. Wolfersdorf, J. Kornacher & U. Rupprecht (Hrsg.), *Stationäre Depressionsbehandlung heute*. Regensburg: Roderer.
- Rydman, L. (1992). The affective disorder clinic. A specialized setting. In E.R. Vahl, F.M. Garviria & J.A. Flakerty (Eds.), *Affective disorders* (pp. 345-359). Chicago, London: Year Book Medical Publ.
- Schmidt-Degenhardt, M. (2003). Anthropologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (269-280). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schramm, E. (2006). Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ zur Behandlung der chronischen Depression. In H. Schauenburg & B. Hofmann (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (98-107). Stuttgart: Thieme.
- Schramm, E., van Calker, D., Dykiere, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., Leonhart, R. & Berger, M. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 768-77.
- Sitta, P., Brand, S., Schneider, F., Gaebel, W., Berger, M., Wolfersdorf, M. & Härter, M. (2005). Qualitätsindikatoren in der Praxis. Ergebnisse aus einem Qualitätssicherungsprojekt des Kompetenznetzes Depression. *Nervenheilkunde*, 24, 388-396.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Gesundheitsbericht für Deutschland; Gesundheitsberichterstattung des Bundes*.
- Tellenbach, H. (1976). *Melancholie* (3.Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Tritt, K., Haymann von, F., Loew, T.H., Benker B., Bleichner F., Buchmiller R., Findeisen P., Galuska J., Kalleder W., Leitner F., Michelitsch B., Pfitzner F., Stadtmüller G. & Zaudig M. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der PSY-BADO-BTM. *Psychotherapie*, 8, 244-251.
- Wiethoff, K., Ricken, R., Keck, M.E., Baghai, T., Bauer, M., Möller, H.J. & Adli, M. (2009). Das Berliner Algorithmusprojekt. Vergleich systematischer Therapiealgorithmen mit der Standardbehandlung bei Patienten mit unipolarer Depression. *Nervenheilkunde*, 28, 179-185.
- Wittchen, H.U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, 216-222.
- Wolfersdorf, M. (1995). *Depressive Störungen. Phänomenologie, Aspekte der Psychodynamik und -therapie*. Psychotherapeut, 40, 330-347.
- Wolfersdorf, M. (Hrsg.). (1997). *Depressionsstationen. Stationäre Depressionsbehandlung. Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Wolfersdorf, M. (2005). Suizidalität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (287-301). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Wolfersdorf, M. (2007). Depressionsstationen in Deutschland 1996 bis 2007. Rückblick und aktueller Stand. Vortrag anlässlich 20 Jahre Depressionsstation der Rheinischen Landeslinik Bedburg-Hau, Klewe, Jahrestreffen des AKD am Freitag, 14. September 2007 (unveröffentlichtes Manuskript).
- Wolfersdorf, M. (2008). Zur tiefenpsychologischen Psychodynamik bei der Depression: Plädoyer für eine Wiederentdeckung psychogenetischer Aspekte für die Behandlung depressiv kranker Menschen. *Psychotherapie* 13. Jhrg., Bd. 13, 1, 87-98.
- Wolfersdorf, M., Ruppe, A., Heindl, A., Keller, F. & Stieglitz, R.D. (1997). Chronisch, rezidivierend und erstmals erkrankte Depressive. Zur Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlung bei drei depressiven Subgruppen. *Nervenheilkunde*, 16, 451-457.
- World Health Organization (WHO) (2004). The global burden of Disease: update. 2008 [abgerufen am 22.5.2010]. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)

## ■ Korrespondenzadressen

Dr. med. Johannes Kornacher  
Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Bezirkskrankenhaus Bayreuth  
Nordring 2 | 95445 Bayreuth  
Tel.: 0049-(0)921-283-3016; 0049-(0)921-283-5105  
Fax: 0049-(0)921-283-3002  
[johannes.kornacher@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de](mailto:johannes.kornacher@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de)

Dr. Andrea Orbach  
Dr. Angela Rischer  
Eva Schaller  
Bezirkskrankenhaus Bayreuth  
Nordring 2 | 95445 Bayreuth

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf  
Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Tel.: 0049-(0)921-283-3000; 0049-(0)921-283-3001  
Fax: 0049-(0)921-283-3002