

Volkskrankheit Depression

Dokumentation der Gesundheitskonferenz des Gesundheitsbeirats am 6. Dezember 2006 Alter Rathaussaal, München

Herausgegeben vom Vorstand des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München

Redaktion: Klaus Hehl

Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats

Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München

Büro der Referatsleitung: Bayerstr. 28 a, 80335 München

Telefon 0 89 / 2 33 - 47 555 Telefax 0 89 / 2 33 - 47 505

e-mail: gesundheitsbeirat.rgu@muenchen.de http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de

Gestaltung: Juli 2007



Vorwort Klaus Hehl Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats

Vorwort

Diese 15. Gesundheitskonferenz ist die erste, die sich mit einem Krankheitsbild befasst. Alle vorangegangenen Gesundheitskonferenzen hatten entweder Zielgruppen zum Thema (Frauen, Männer, Migrantinnen/ Migranten). Oder sie befassten sich mit Strukturen (Krankenhäuser, Geriatrie, Gesundheitswirtschaft). Wegen der besonderen Bedeutung der Depression als Volkskrankheit hatte der Stadtrat angeregt, eine Gesundheitskonferenz zum Thema "Depression" zu veranstalten.

Depression wird seit jeher mit dem Zustand der Gesellschaft in Verbindung gebracht. Zumindest trifft das für die Verarbeitung dieser Krankheit und ihren Stellenwert in der Gesellschaft zu. Darüber sprach im Einführungsvortrag der Direktor Prof. Dr. Rolf Haubl des renommierten Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt.

Im weiteren Verlauf der Dokumentation können Sie alle wesentlichen nicht-medizinischen Facetten der Krankheit nachlesen: Die Bedeutung des Migrationshintergrunds, die unterschiedlichen Krankheitsbilder bei Männern und Frauen, Konzepte über die Arbeit mit Angehörigen und Kampagnen zur Enttabuisierung des Themas.

Bei dieser hochaktuellen Gesundheitskonferenz wurde ein Dilemma deutlich, das uns immer wieder beschäftigt: Gesundheitskonferenzen sind Auftaktveranstaltungen, die weitere inhaltliche Arbeit muß in den Arbeitskreisen geleistet werden. Hier sind wir sehr auf die Zusammenarbeit mit unseren Partnerinnen und Partnern und Mitgliedern im Gesundheitsbeirat angewiesen. Wir begrüßen es, wenn beispielsweise die Kampagne "Deutsche Bündnis gegen Depression", die auf der Gesundheitskonferenz vorgesellt wurde oder das Thema

"Depression in der Männergesundheit" von anderen Institutionen aufgenommen wird.

Da uns die Mehrzahl der Referate als Folien-Präsentationen vorliegen ohne den begleitenden gesprochenen Text, haben wir auf eine Drucklegung verzichtet und veröffentlichen diese Dokumentation als Datei im Internet. Das ist für uns ein Novum. Wir bitten alle Leser, die eine gedruckte Ausgabe erwartet haben, um Verständnis, insbesondere aber die Referentin und den Referenten, die uns Texte gaben.

Allen Referenten, die uns ihre Präsentation und ihren Text zur Verfügung gestellt haben, gilt unser Dank, ohne ihn wäre die Dokumentation nicht zustande gekommen. Mit dieser Dokumentation gilt es auch, Frau Theresia Ernst, mit Dank zu verabschieden, deren einführende und überleitende Worte nicht aufgenommen sind und die uns als Vorsitzende der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und als Kollegin im Referat für Gesundheit und Umwelt in Kürze verlässt.

US Wel

Klaus Hehl Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Impressum
Vorwort3
Inhaltsverzeichnis6
Begrüßung Joachim Lorenz, Vorsitzender des Gesundheitsbeirats, Referent für Gesundheit und Umwelt8
Depression und Gesellschaft Prof. Dr. Rolf Haubl, Direktor des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt11
Volkskrankheit Depression PH Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Depression und Migration Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Charité – Universitätsmedizin Berlin46
Behandlungskonzept für Migranten aus Ex-Jugoslawien Dr. Mira Bero, Oberärztin, Allgemeinpsychiatrie Nord, BKH Haar
Psychoedukation Dr. Gabi Pitschel-Walz, Psychologische Psychotherapeuting Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München
Das Deutsche Bündnis gegen Depression Rita Schäfer, Klinik und Poliklinik, für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München
Anhang
Flyer Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München163
Teilnehmerverzeichnis 165





Begrüßung Joachim Lorenz Vorsitzender des Gesundheitsbeirats, Referent für Gesundheit und Umwelt

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Begriff "Depression" kommt aus dem Lateinischen und bedeutet "Niederdrückung" oder "Niedergeschlagenheit". Jeder kennt Phasen, in denen er sich leer, passiv, einsam, traurig, enttäuscht oder lustlos fühlt. Niemand wird, wenn er realistisch ist, erwarten, dass alle Menschen immer fröhlich sind. Wann aber geht so ein Gefühl der Niedergeschlagenheit über das "gesunde" Maß hinaus, wann muss vom Vorliegen einer ernsthaften Erkrankung, einer Depression, ausgegangen werden?

Eine Depression ist mehr als ein "Durchhänger" von einigen Tagen, und auch mehr als eine schlechte Phase von ein paar Wochen. Sie ist eine Krankheit mit psychischen und körperlichen Symptomen, die den gesamten Alltag der Betroffenen entscheidend verändert. Nachempfinden, was ein akut an einer depressiven Phase leidender Mensch tatsächlich durchmacht, können wir, wenn wir es nicht schon selbst erlebt haben, wohl kaum. Depressiv zu sein ist eine existentielle Bedrängnis und nur eingeschränkt kommunizierbar. Dass die Krankheit im Extremfall oftmals sogar lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann, dürfte weithin bekannt sein.

Der Titel der Gesundheitskonferenz bezeichnet Depression als Volkskrankheitt. Depressive Störungen gehören in Deutschland mittlerweile zu den häufigsten Erkrankungen, wobei Frauen doppelt so oft betroffen sind wie Männer. Man geht davon aus, dass etwa zwischen fünf und sieben Prozent der Deutschen unter einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Die Zahl derer, die zumindest einmal in ihrem Leben an einer Depression erkranken, wird jedoch drei- bis viermal so hoch eingeschätzt. Auch

weltweit zählen Depressionen laut WHO zu den am häufigsten auftretenden Leiden in der Bevölkerung. Hochrechnungen zufolge wird die Depression in gut 10 Jahren die zweithäufigste Krankheitsursache überhaupt darstellen, übertroffen nur noch von den noch weiter verbreiteten Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Depressionen können Menschen jeden Alters, in allen Lebenslagen und Lebensphasen treffen, und ziehen sich durch sämtliche gesellschaftliche und soziale Schichten.

Lange Zeit war das Thema Depression tabu. Zwar hatte schon Anfang des 20. Jahrhunderts der Psychiater und Gründer des "Max-Planck-Instituts für Psychiatrie" Emil Kraepelin in Medizinerkreisen dafür gesorgt, dass der Begriff "Depression" als Krankheitsbezeichnung anerkannt wurde. In der Öffentlichkeit wurde dies aber jahrzehntelang ignoriert. Erst in den letzten Jahren wurde die Krankheit allmählich enttabuisiert, vor allem seitdem sich auch Prominente öffentlich dazu bekannt haben. Betrachtet man nun die zunehmende Häufigkeit der Erkrankung, scheint es, als seien Depressionen wahrhaftig ein Symptom unserer Zeit geworden.

Angesichts dieser erschreckenden Tatsachen, Zahlen und Prognosen bleibt nichts anderes übrig, als die millionenfache Verbreitung der Depression in Deutschland anerkennen, so dass der Begriff der "Volkskrankheit" nicht mehr wegzureden ist.

Aus diesem Grund hat der Stadtrat auf Antrag der CSU-Fraktion beschlossen, eine Gesundheitskonferenz mit diesem Titel zu veranstalten. Die Psychiatriekoordination des Referates für Gesundheit und

Umwelt hat dies unter der Federführung des Gesundheitsbeirates umgesetzt.

Die von uns eingeladenen und hochkarätigen Referentinnen und Referenten beschäftigen sich seit Jahren eingehend mit dieser Thematik und stellen im Folgenden aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln Ursachen und Folgen der Erkrankung sowie Behandlung und Prävention vor.

Ich möchte imich ganz herzlich bei Frau Ernst, Abteilungsleiterin Psychiatrie und Sucht und ihren Mitarbeiterinnen und dem Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats Herr Hehl für die Konzeption, Organisation und Durchführung dieser Veranstaltung bedanken. Ohne ihr Engagement wäre die Gesundheitskonferenz nicht möglich gewesen.

Ich wünsche den Lesern der Dokumentation eine spannende Lektüre

Joans Correct

Joachim Lorenz.

Depression und Gesellschaft Prof. Dr. Rolf Haubl, Direktor des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt

Depression und Gesellschaft

Rolf Haubl, Frankfurt am Main

Glaubt man dem Feuilleton, dann "avanciert [die Depression] gegenwärtig zur Mutter aller Zivilisationskrankheiten". (Minkmar 2003, S. 27). Sind die 1980er und 1990er Jahre gesellschaftsdiagnostisch unter dem Titel der "Erlebnisgesellschaft" abgehandelt worden, in der "Erlebe Dein Leben!" als Leitmaxime der Lebensführung breiter Gesellschaftsschichten propagiert wurde (Schulze 1992), zeigt sich die aktuelle Gesellschaftsdiagnose schwarz eingefärbt. Und das nicht nur im Feuilleton. Auch Wissenschaftler rufen in ihren Büchern die "depressive Gesellschaft" aus. Mag damit eine aktuelle kollektive Stimmung treffend eingefangen sein, der wissenschaftliche Sachgehalt dieser Gesellschaftsdiagnose ist allerdings alles andere als klar.

Epidemiologie und Sozioökonomie

Mit einer Inzidenz von 8-20% gehören klinisch relevante Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen von Erwachsenen, wobei Männer unterrepräsentiert sind (vgl. Nolen-Hocksema 1990). Die Lebenszeitprävalenz liegt bei Einbeziehung aller Depressionsformen um die 30%, so dass etwa ein Drittel der Bevölkerung einmal im Leben depressiv erkrankt. Etwa 15% erkranken an einer Major Depressive Disorder (Lepine u.a. 1997; Wittchen u.a. 1999). Das Risiko, nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine zweite zu erleiden, liegt bei fast 90%. Im Durchschnitt sind es vier Episoden, mit

denen bei einer Major Depressive Disorder gerechnet werden muss. Dabei reichen aufgrund einer "biologischen Konditionierung" immer geringfügigere Anlässe aus, die volle depressive Reaktion hervorzurufen, bis die Depression schließlich endogen zu sein scheint.

Derzeit sind weltweit schätzungsweise 300 Millionen Menschen an Depressionen, davon um die 100 Millionen an einer Major Depressiv Disorder erkrankt. Und es mehren sich die Hinweise, dass das Ersterkrankungsalter sinkt und die Depressionsrate von Generation zu Generation steigt, was allerdings auch ein Wahrnehmungseffekt aufgrund einer zunehmenden diagnostischen Sensibilität sein könnte. Wie auch immer: Die Millionen depressiver Kranker bedeuten nicht nur massenhaftes Leid; sie verursachen auch enorme sozioökonomische Kosten (Dawson 2001; Fischer 2001).

Deren Höhe ist eine Frage der Berechnung. Denn es macht einen Unterschied, ob und inwieweit man direkte, indirekte und intangible Kosten berücksichtigt. Sind direkte Kosten etwa als Behandlungskosten noch relativ leicht zu kalkulieren und gilt das auch noch für indirekte Kosten wie Fehlzeiten aufgrund von Krankschreibungen, so wird es bei einem Faktor wie Produktivitätsverlust, den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erleiden, die ihrer Erwerbstätigkeit depressiv nachgehen, bereits enorm schwierig. Intangible Kosten wie die krankheitsbedingte Gefährdung beruflicher oder privater Lebenschancen lassen sich kaum mehr kalkulieren.

Um aber für Deutschland wenigstens einen Eindruck zu vermitteln: Nach Daten der Techniker Krankenkasse (2003) sind depressive Erkrankungen (ICD

10: F 32, depressive Episoden, und ICD 10: F 33, rezidivierende depressive Störungen) für den Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit vergleichsweise selten, führen aber zu langen Krankschreibungen; 2002 sind das im Jahresdurchschnitt 51 Tage gewesen. Rechnet man diese Fehlzeiten von den Versicherten der Techniker Krankenkasse auf die Gesamtzahl der Erwerbstätigen in Deutschland hoch, so ergibt sich eine Schätzung von 18 Millionen Fehltagen. Diese verursachen Kosten, die – je nachdem, welchen Betrag man für einen Fehltag ansetzt – in die Milliarden Euro gehen. Solche Summen sind mit ein Grund, die Depression zu einem vorrangigen Thema der Gesundheitspolitik und der Gesundheitswissenschaften zu machen.

Depressionen haben eine multifaktorielle Ätiopathogenese, in der genetische, biologische, psychische und soziale Faktoren zusammenwirken. Wie. das ist noch weitgehend unbekannt. Kurz vor dem erstmaligen Auftreten einer Depression lassen sich typische kritische Lebensereignisse ausmachen, die alle mit realen, aber auch befürchteten Verlusten, Enttäuschungen und Kränkungen zu tun haben: und das nicht nur im zwischenmenschlichen Bereich. An die Stelle wichtiger Bezugspersonen können auch nicht- bzw. transpersonale Objekte (z. B. Wertsysteme) treten. Solche Erkrankungsanlässe schlagen sich allerdings in der Regel nicht direkt als Depressionen nieder. Depressionen sind vielmehr das Resultat einer spezifischen psychischen Verarbeitung, die verhindert, dass die Verluste, Enttäuschungen und Kränkungen angemessen bewältigt werden.

Traumatische Belastungen in der Kindheit erhöhen das Risiko, als Erwachsener depressiv zu erkranken, weil die Belastungen neurophysiologisch "gespeichert" werden und dadurch eine spätere Erkrankung "anbahnen" (z.B. Scheidungen: Roy 1985; sexueller Mißbrauch: Gladstone u.a. 1999).

Die Behandlungschancen für eine Major Depressive Disorder sind befriedigend. Dazu hat die Entwicklung und Optimierung anti-depressiver Medikamente beigetragen (Healy 1997). Vor allem in Ländern der Zweiten und Dritten Welt, in denen weltweit der Großteil der Kranken lebt und in denen es überhaupt keine psychotherapeutischen Angebote gibt oder deren Psychotherapeutendichte mit der in Ländern der Ersten Welt nicht zu vergleichen ist, sind Anti-Depressiva momentan die einzigen oder jedenfalls vorrangigen Hoffnungsträger. Denn in Armutsverhältnissen können bereits wenige Tage eines depressionsbedingten Arbeitsausfalls eines Erwachsenen ausreichen, um die Existenzgrundlage einer ganzen Familie zu zerstören.

In Ländern wie Deutschland ist die Situation unvergleichlich besser. Aber auch hier sind Grenzen gesetzt: Mit den verfügbaren Medikamenten sowie den verfügbaren psychotherapeutischen Verfahren lassen sich, einzeln und kombiniert angewandt, derzeit um die 80% der an einer Major Depressiv Disorder erkrankten Personen effektiv behandeln. 20% sind Non-Responder (Crown u.a. 2002); bei ihnen bleiben diese Behandlungsmaßnahmen ohne Erfolg.

Soziale Unterstützung

Mit der Schwere einer depressiven Erkrankung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie – trotz angemessener und das heißt auch: lange dauernder Behandlung – nicht "ausheilt". 60-70% der Kranken erleiden bleibende Beeinträchtigungen (O'Reardon u. Ams-

terdam 1998). Dadurch wird es für die Kranken – und ihre Angehörigen – wichtig, mit der Krankheit leben zu lernen (Karp 1994).

Oft wird klinisch der einzelne Kranke fokussiert. Diese Perspektive greift jedoch zu kurz. Denn kein Kranker lebt für sich alleine, sondern in Gemeinschaft. Das soziale Netzwerk, in das er integriert ist, beeinflusst ihn, und er beeinflußt es. Man darf vermuten, dass die Bewältigung einer Depression, unter Umständen auch deren Entstehung, mit davon abhängt, welche Qualität dieses Netzwerk hat: über welche materiellen, kognitiven und emotionalen Ressourcen es verfügt (Lin u.a. 1986; Lakey u. Lutz 1996).

Leben mit depressiven Eltern

Von besonderer Relevanz ist die intergenerationelle Weitergabe von Depressionen. Sind Eltern oder Elternteile depressiv erkrankt, haben auch ihre Kinder zu leiden, da sie keine entwicklungsgerechte elterliche Unterstützung erhalten. So wird nahezu die Hälfte dieser Kinder psychisch auffällig; ein Teil davon erkrankt ebenfalls an Depressionen (Coyne u.a. 1992; Goldman u. Gotlib 2002).

Kinder depressiver Eltern, vor allem depressiver Mütter (vgl. Gelfand u. Tedi 1990; Beck 1999), werden von früh an emotional tief verunsichert. Kommen diese Kinder in den Kindergarten und in die Schule, wo sie sich im Rahmen einer Gruppe konkurrierender Gleichaltriger mit den steigenden kognitiven Leistungsforderungen der Erwachsenenwelt arrangieren müssen, schlägt sich ihre tiefe emotionale Verunsi-

cherung in sozialer Unangepasstheit und Leistungsversagen nieder, wobei die entwicklungstypischen Krisen der Pubertät und Adoleszenz noch das ihre dazu beitragen. Depressive Eltern sind für ihre Kinder damit nicht nur ein Gesundheitsrisiko, sondern auch ein Risiko, bestehende Bildungsangebote nicht gleich gut nutzen zu können, mithin aufgrund ihrer familiären psychischen Belastung keine gleichen sozialen Chancen zu haben.

Allgemeinärztlich Depressionsdiagnose

Die Chancen auf eine erfolgreiche professionelle Hilfe steigen für diejenigen Kranken, deren Depression richtig diagnostiziert und richtig therapiert wird. Beides aber ist in der Allgemeinarztpraxis, (Wittchen u.a. 2000), dem vergleichsweise niederschwelligen Zugang zum Medizinsystem, aus verschiedenen Gründen nicht selbstverständlich (Freeling u.a. 1985; Miller u. Goldberg 1991; Brody u.a. 1995; Docherty 1997; Goldman u.a. 1999).

- Höchstens die Hälfte der Personen, die an einer klinisch relevanten Depression erkrankt sind, suchen einen Arzt auf.
- Nur etwa die Hälfte der Personen, die an einer klinisch relevanten Depression erkrankt sind und einen Arzt aufsuchen, werden von diesem richtig diagnostiziert.
- Und von den Personen, deren klinisch relevante Depression richtig diagnostiziert worden ist, wird wiederum nur etwa die Hälfte auch richtig therapiert.

Die festgestellte Unter- und Fehldiagnostizierung von Depressionen resultiert zum einen aus mangelnden Fähigkeiten von Allgemeinärzten, mit den Patienten diagnostisch aufschlussreiche Gespräche zu führen (Morris 1992). Eine Verbesserung dieser Fähigkeiten erhöht dann auch die Rate richtiger Diagnosen (Gask 1992).

Erforderlich sind nicht nur angemessene kognitive Diagnoseschemata. Es bedarf auch einer Reflexion der emotionalen Gesprächsdynamik: Belegt ist (Dowrick u.a. 2000), dass Allgemeinärzte vor allem dann Fehldiagnosen treffen, wenn sie sich in Gegenwart eines depressiven Patienten unbehaglich fühlen. Folgende Dynamik ist dabei vorstellbar: Geht man davon aus, dass sich Depressive pessimistisch und hoffnungslos, unterschwellig gleichzeitig aber auch leicht gereizt präsentieren, zumal mit dem Gestus. dringend Zuwendung zu bedürfen, jedoch mit keiner Zuwendung zufrieden zu sein, dann erweisen sich solche Patienten als überaus anstrengend. Der Allgemeinarzt, der im Umgang mit solchen Patienten ungeübt ist, fühlt sich schnell von Kontrollverlust bedroht. Er befürchtet, dass ihm die Situation entgleitet. Um seine Kontrolle wieder zu gewinnen, versucht er, den Patienten mit einer Diagnose auf Distanz zu bringen, die ihn weniger persönlich fordert. Oder er verknappt die Gesprächszeit, die er dem Patienten einräumt, soweit, dass der gar nicht genug Zeit hat, seine psychischen Probleme darzustellen.

Weitere Gründe für die Schwierigkeit, Depressionen richtig zu diagnostizieren, sind hohe Co-Morbiditätsraten (Galbaud du Ford u.a. 1999) sowie die somatische Präsentationsform, die von den Patienten weltweit am häufigsten "gewählt" wird (Bhurga u. Mastrogianni 2004). So bereitet die Diagnose

psychischer Störungen dem Allgemeinarzt keine Schwierigkeiten, wenn sie ihm über psychische Symptome präsentiert werden (Badger u.a. 1994). Indessen ist dies nicht zwangsläufig der Fall. Viele Patienten präsentieren ihm ihre psychischen Probleme in Form physischer Symptome. Diese Somatisierung, die nicht mit den somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen psychischer Störungen verwechselt werden darf, führt zu einem Absinken richtiger Diagnosen auf 20% (Weich u.a. 1995).

Somatisierung

Warum physische Symptome weltweit die häufigste Präsentationsform für Depressionen sind (Simon u.a. 1999), ist eine komplexe Frage, da Somatisierung unterschiedliche psychische Funktionen haben kann (White 1972; Kirmayer u. Young 1998). Eine nach wie vor diskutierte These besagt, Somatisierung sei typisch für vormoderne Gesellschaften oder für die vormodernen Schichten moderner Gesellschaften, also für die Unterschichten, weil deren Angehörige soziokulturell nicht "psychological minded" (Appelbaum 1973) seien. Nicht selten impliziert diese These eine fragwürdige – ideologische – Annahme: Der psychische Modus des Fühlens. Ausdrückens und Kommunizierens von Beschwerden sei der überlegene Modus, der physische Modus infolgedessen nicht nur different, sondern defizitär.

Diese Annahme schließt jedoch in der Regel zu schnell Performanz und Kompetenz kurz. So kommunizieren auch die meisten "psychological minded" Personen primär im physischen Modus, zumal, wenn sie einen Allgemeinarzt konsultieren, da sie unterstellen dürfen, dass der primär auf physische Symptome eingestellt ist.

Unter Umständen zeigt die Somatisierung einer Depression aber auch deren soziokulturelle Stigmatisierung an. Denn Depressionen gehören (nach Schizophrenien) zu den psychischen Störungen mit dem höchsten Stigmatisierungspotential. Zumindest fürchten Patienten, die sich mit einer Depressionsdiagnose konfrontiert sehen, dass sie berufliche (67%) und private (24%) Nachteile bekommen (Roeloffs u.a. 2004). Eine solche Stigmatisierungsfurcht zieht eine Selbststigmatisierung nach sich, die darin besteht, dass sich ein Patient dafür schämt, depressiv zu sein (Wolpert 2004). Aus Scham verleugnet er seine Depression - vor anderen Menschen, seinen Allgemeinarzt inbegriffen, aber auch vor sich selbst - oder er maskiert sie, indem er sie in Form unverdächtiger physischer Symptome präsentiert.

Die soziokulturelle Stigmatisierung der Depression ist vor allem in solchen Gesellschaften wahrscheinlich, deren Ideologie sie als "perfekte Gesellschaften" darstellt. So wird berichtet, dass es während der sog. Kulturrevolution in China ein Depressionsverbot gegeben habe (Lee 1999, S. 357 ff.): Erleben und Ausdruck von Depression galt als eine politische Stellungnahme gegen das Regime und seinen Anspruch, keinerlei Anlass zu Niedergeschlagenheit zu geben, sondern die beste aller Welten eingerichtet zu haben. Unter diesen – Leib und Leben gefährdenden – Bedingungen ergaben sich hohe Raten somatisierter Depressionen. Somatisierung erweist sich dabei als eine spezifische Strategie, Leid zu kommunizieren, das nicht anders kommuniziert werden darf.

Angst vor Medikalisierung und Psychiatrisierung

Bei Depressionen wird der Arztbesuch möglichst lange hinausgeschoben (Monroe u.a. 1991; Angermever 1999): Die Kranken nutzen erst die Ressourcen des Laiensystems (Rippere 1979; Parker u. Brown 1982), inklusive Selbstmedikation z.B. mit Johanniskraut (Linde u.a. 1996), bis diese erschöpft sind. Dass sie sich nicht früher an einen Allgemeinarzt wenden, hat mit einer doppelten Skepsis zu tun: Sie erwarten, auf einen Arzt zu treffen, der sich keine Zeit für sie nimmt, um ihnen Gehör zu schenken (Cape u. McCulloch 1999), sondern ihnen zu schnell Anti-Depressiva verschreibt, obwohl sie dies aufgrund einer nicht-biologischen Laientheorie der Depression, der die meisten anhängen, als wenig hilfreich erachten (McKeaon u. Carrik 1991; Jorm u.a. 1997; Link u.a. 1999).

Vor Anti-Depressiva hat ein Großteil der Bevölkerung Angst (Angermeyer u.a. 1993). Denn er glaubt, dass die Medikamente, sollten sie überhaupt helfen. nicht an den Ursachen ansetzen, zudem abhängig machen und das Nervensystem angreifen (Priest u.a. 1996; Fisher u.a. 1999). Bedenkt man diese Skepsis, wie irrational sie auch immer sein mag, und hält dagegen, dass sich – am Beispiel Deutschlands – die Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen für Anti-Depressiva im Zeitraum von 1993 bis 2002 mehr als verdoppelt haben, so werden viele Patienten vermutlich nur widerwillig psychopharmakologisch behandelt. Es ist verständlich, wenn sie sich unter solchen Bedingungen non-compliant verhalten, zumal auch die verschriebene Dosierung der Anti-Depressiva nur in den seltensten Fällen adäguat ist.

Mit der Angst vor Anti-Depressiva geht eine Angst vor Psychiatrisierung einher, da Psychiatern oftmals noch mehr mißtraut wird als Allgemeinärzten. Die Bevölkerung verbindet mit ihnen die Gefahr, dass in der psychiatrischen Praxis aus einer Depression die Diagnose einer "Verrücktheit" wird (Rogers u.a. 2001). Allerdings: Allgemeinärzte teilen nicht selten die skeptische Einstellung der Bevölkerung. Das mag mit ein Grund sein, warum sie Patienten, bei denen sie eine Depression vermuten, aber auch solche, bei denen sie sich der Diagnose sicher sind, nur selten zum Spezialisten überweisen. In einer Untersuchung ihrer Überweisungsbereitschaft (King 1998) sind es ganze 5%. Eine somatisierte Depression bietet in diesem Zusammenhang eine gute Rationalisierung, den Patienten in der Allgemeinpraxis zu halten.

Depressive Gesellschaft?

Der Depressionsdiskurs ist in vielerlei Hinsicht ein politischer Diskurs. Das gilt nicht zuletzt für die immer lauter geäußerte Vermutung, die Depression sei die Schattenseite eines globalen neo-liberalen Gesellschaftswandels. Dabei steht nicht nur eine weltweite Zunahme von Depressionen in Frage, sondern auch ein Formenwandel der psychischen Krankheit.

So hat es den Anschein (Ebert 2000), als nähmen Schuldgefühle generell ab, vor allem solche, die mit Vergehen gegen religiöse und sexuelle Normen assoziiert sind und Strafvorstellungen nach sich ziehen. Dagegen nähmen Insuffizienzgefühle generell zu, vor allem solche, die als hypochondrische Sorge um die Funktionsfähigkeit des Körpers kreisen, sowie solche, Familienpflichten nicht genügen zu können. Dies

entspräche dem Typus der "narzißtischen Depression" (Bleichmar 1996, S. 944 f.), der sehr viel mehr durch Scham- als durch Schuldgefühle geprägt ist.

Angenommen, dieser Formenwandel verweise auf den Siegeszug des neo-liberalen Gesellschaftsmodells: Dieses Modell favorisiert Werte der Selbstverwirklichung, die auf einer weitgehenden Entmoralisierung des gesellschaftlichen Lebens beruhen. Gelungen ist eine Lebensführung dann, wenn sie dem Streben nach herausfordernden persönlichen Zielen gilt: Tue, was Du willst, aber tue es erfolgreich! Gemäß dieser Maxime dürfen sich alle Gesellschaftsmitglieder ihre beruflichen und privaten Erfolge als eigene Leistungen zuschreiben, müssen dies aber auch für alle ihre Mißerfolge tun. Wer die gesellschaftlich gebotenen Chancen nicht nutzt, darf nicht mit Verständnis rechnen.

In der Postmoderne bestehe in weiten Grenzen gesellschaftlicher Notwendigkeiten die Möglichkeit, einmal getroffene (berufliche, familiäre, weltanschauliche) Lebensentscheidungen jederzeit korrigieren zu können – wenn man psychosozial nur flexibel genug sei. Eine zweite Chance werden es für "flexible Menschen" (Sennett 1998) immer geben. Diese Reversibilität existiert zwar bis zu einem gewissen Maß. ist ansonsten aber eine narzisstische Phantasie. Faktisch gibt es keinen bedingungslosen Neubeginn. Zum einen hängt das Ausmaß der Reversibilität von den Kapitalien ab, über die ein Gesellschaftsmitglied verfügt: Geld (ökonomisches Kapital), Bildung (kulturelles Kapital), Netzwerke (soziales Kapital); zum anderen ist fraglich, ob die Gesellschaftsmitglieder tatsächlich die erforderliche psychosoziale Flexibilität aufbringen (wollen und können), und wenn ja, ob dann die psychosozialen Kosten erträglich sind.

Damit stellt sich die Frage, über welche Kompetenzen die Gesellschaftsmitglieder verfügen müssen, um die propagierte – nicht nur ermöglichte, sondern auch normativ geforderte – Flexibilität für ihre eigenen Interessen zu nutzen? Und was geschieht, wenn ihnen diese Kompetenzen fehlen?

Jede Zeit ihre dominanten Ängste. Seit der "klassischen" Moderne kommt es seiner Diagnose nach zu einer Verschiebung: Ist es vormals die "Konformität, die das Individuum in seinen Lebensanstrengungen anspornt", so ändert sich dies in der Postmoderne. Nunmehr wird von jedem Gesellschaftsmitglied die "Anstrengung" erwartet, "fit zu bleiben für seine Anstrengungen" (Baumann 1997, S. 184). Damit verändert sich auch die dominante Angst: Ängstigten sich die Gesellschaftsmitglieder früher davor, von einer konventionellen Lebensführung abzuweichen. so ist Non-Konformismus in der Postmoderne nicht mehr das Problem. Im Gegenteil: Die Postmoderne bezieht ihre Kreativität und damit ihr Innovationspotenzial aus einer Vervielfältigung von frei gewählten Lebensstilen. Diese Vervielfältigung bringt jedoch eine ihr eigene Angst hervor: die Angst, persönlich zu versagen.

Persönliches Versagen ist – klinisch gesprochen – einer der Auslöser einer narzisstischen Depression. Darüber ist bei den Propagandisten der Postmoderne aus gutem Grund nicht die Rede. Denn sie gehört zu den psychosozialen Kosten, die Gesellschaftsmitglieder ohne ausreichende Bewältigungskompetenzen zu tragen haben. Depression ist grundlegend verschieden von Trauer. Menschen mit einer narzisstischen Depression sind nicht traurig, sondern infolge von Enttäuschungen ängstlich und wütend zugleich. Dabei kehren sie die Wut aus Angst vor einem

totalen Verlust der sozialen Anerkennung gegen sich selbst und setzten auf diesem Wege die erlebte Entwertung in eine gesteigerte Selbstentwertung um. Die Enttäuschung resultiert daraus, dass das Real-Selbst dieser Menschen trotz aller Anstrengungen hinter ihrem Ideal-Selbst zurückbleibt.

Nehmen wir an, ein Gesellschaftsmitglied habe Flexibilität und Reversibilität zu seinem Ich-Ideal erhoben, dem es gerecht zu werden sucht; dann wird es jede reale Erfahrung, dass es diesem Anspruch an sich selbst nicht gerecht zu werden vermag, als beschämend erleben: nicht nur als Mangel, sondern als Makel, der sein Selbstwertgefühl erniedrigt. In der narzisstischen Depression, die es daraufhin entwickeln kann, bleibt ein "erschöpftes Selbst" (Ehrenberg 2004) unbewusst an den Anspruch gekettet, der es kränkt und krank macht. Insoweit Globalisierung die weltweite Ausbreitung einer solchen Anspruchsmentalität bedeutet, ist anzunehmen, dass auch narzißtische Depressionen – neben den Entwurzelungsdepressionen, die den weltweiten Migrationsströmen folgen – globalisiert werden.

Literatur

- * Angermeyer, M.C.; Däumer, R; Matschinger, H. (1993): Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. Pharmacopsychiatry 26, S. 114-120.
- * Angermeyer, M.C.; Matschinger, H.; Riedel-Heller, S. G. (1999): Whom to ask for help in case of mental disorder? Preference of the lay public. Social Psychiatry and PsychiatricEpidemiology 34: 202-210.
- * Appelbaum, S.A. (1973): Psychological mindedness: word, concept, and essence. International Journal of Psychoanalysis 54, S. 35-46.
- * Badger, L.W.; De Fruy, F.V.; Hartmann, J. u.a. (1994): Patients presentation, interview consent, and the detection of depression by primary care physicians. Psychosomatic Medicine 56, S. 128-135.
- * Baumann, Z. (1997): Flaneure, Spieler, Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen. Hamburg.
- * Beck, C.T. (1999): Maternal depression and child behaviour problems: A meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 29, S. 623-629.
- * Bleichmar, H.B. (1996): Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. International Journal of Psycho-Analysis 77. S. 935-961.
- * Bughra, D.; Mastrogianni, A. (2004): Globalisation and mental disorders: overview with relation to depression. The British Journal of Psychitary 184. S. 10-20.
- * Cape, J.; McCulloch, Y. (1999): Patient's reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. British Journal of General Practice 49, S. 875-879.
- * Coyne, J.C.; Downey, G.; Boergers, J. (1992): Depression in families: a systems perspective. In: Cicchetti, D.; Toth, S.L. (Hg.): Developmental Perspectives in Depression. Pochester, S. 211-249.

- * Crown, W.H.; Finkelstein, S.; Berndt, E.R. u.a. (2002): The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. Journal of Clinical Psychiatry 63, 963-971.
- * Dawson, A. (Hg.) (2001): Depression: Social and Economic Timebomb. London.
- * Docherty, J.P. (1997): Barriers to the diagnosis of depression in primary care. Journal of Clinical Psychiatry 58 (suppl.), S. 5-9.
- * Dowrick, C.; Gask, L.; Perry, R. u.a. (2000): Do general practioners attitudes towards depression predict their clinical behaviour? Psychological Medicine 30 (2), S. 413-419.
- * Ebert, D. (1999). Soziokulturelle Faktoren und die Psychopathologie der Depression. Darmstadt.
- * Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main, New York.
- * Fischer, J. (2001): Gesundheitsökonomische Aspekte des Krankheitsbildes Depression. Göttingen.
- * Fischer, W.; Georg, D.; Zbinden, E. (1999): Determining factors and the effects of attitudes toward psychotropic medication. In: Guimon, J.; Fischer, W.; Sartorius, N. (Hg.): The Image of Madness: The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment. Basel, S. 162-186.
- * Freeling, P.; Rao, B.M.; Paykel, E.S. u.a. (1985): Unrecognised depression in general practice. British Medical Journal 290, S. 1880-1883.
- * Galbaud du Fort, G; Newman, S.; Boothroyd, L. u.a. (1999): Treatment seeking for depression: role of depressive symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. Journal of Affective Disorders 52, S. 31-40.
- * Gask, L. (1992): Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. International Review of Psychiatry 4, S. 293-300.
- * Gelfand, D.; Teti, D. (1990): The effects of maternal depression on children. Clinical Psychology Review 10, S. 329-353.

- * Gladstone, G.; Parker, G.; Wilhelm, K. u.a. (1999): Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. American Journal of Psychiatry 156 (3), S. 431-437.
- * Goldman, L.S.; Nielsen, N.H.; Champion, H.C. (1999): Awareness, diagnosis, and treatment in depression. Journal of General Internal Medicine 14 (9), S. 569-580.
- * Healy, D. (1997): The anti-depressant era. Harvard.
- * Jorm, A.F.; Korten, A.E.; Jacomb, P.A. u.a. (1997): Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 82, S. 143-148.
- * Karp, D. (1994): Living with depression: illness and identity turning points. Qualitative Health Research 4, S. 6-30.
- * King, M. (1998): Mental health research in general practice: from head counts to outcomes. British Journal of General Practice 48, S. 1295-1296.
- * Kirmayer, L.J.; Young, A. (1998): Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosomatic Medicine 60, S. 420-430.
- * Lakey, B.; Lutz, C.J. (1996): Social support and preventive and therapeutic interventions. In: Pierce, G.R.; Sarason, B.R.; Sarason, I.G. (Hg.): Handbook of Social Support and the Family. New York, S. 435-465.
- * Lee, S. (1999): Diagnosing postponed: shenjing shuairuo and the transformation of psychiatry in post-mao china. Culture, Medicine and Psychiatry 23, S. 349-380.
- * Lepine, J.P.; Gastpar, M.; Mendlewitz, J. u.a. (1997): Depression in the community: the first pan European study DEPRES (Depression research in European society). International Clincial Psychopharmacology 12, S. 19-29.
- * Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W.M. (1986): Social Support, Life Events, and Depression. Orlando.

- * Linde, K.; Ramirez, G.; Mulrow, C.D. u.a. (1996): St. John's wort for depression – an overview and meta-analysis of randomised controlled trials. British Medical Journal 313, S. 253-258.
- * Link, B.G.; Phelan, J.C.; Bresnahan, M. (1999): Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health 89, S.1328-1333.
- * McKeaon, P; Carrick, S. (1991): Public attitudes of depression: a national survey. Irish Journal of Psychological Medicine 8, S. 116-121.
- * Miller, T.; Goldberg, D. (1991): Link between the ability to detect and manage emotional disorders. British Journal of General Practice 41, 357-359.
- * Minkmar, N. (2003): Weh mir, wo nehm ich, wenn es Winter ist, die Blumen? Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 48, S. 27.
- * Monroe, S.; Simons, A.; Thase, M. (1991): Onset of depression and time of treatment entry roles of life stress. Journal of Consulting and Clinical Psychology 59. S. 566-573.
- * Morris, R. (1992): Interviewing skills and the detection of psychiatric problems. International Journal of Psychiatry 4, S. 287-292.
- * Nolen-Hocksema, S. (1990): Sex differences in depression. Stanford.
- * O'Readorn, J.P.; Amsterdam, J.D. (1998): Treatment-resistant depression: progress and limitations. Psychological Annual 28, S. 633-640.
- * Parker, G.B.; Brown, L.B. (1982): Coping behaviour that mediate between life events and depression. Archives of General Psychiatry 39, S. 1386-1391.
- * Priest, R.G., Vize, C., Roberts, A. u.a. (1996): Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. Britisch Medical Journal 313, S. 858-859.
- * Rippere, V. (1979): Scaling the helpfulness of antidepressive activities. Behaviour Research and Therapy 17, S. 439-449.

- * Roeloffs, C.; Sherbourne, C.; Unutzer, J. u.a. (2004): Stigma and depression among primary care patients. General Hospital Psychiatry 25, S. 311-315.
- * Rogers, A.; May, C.; Oliver, D. (2001): Experiencing depression, experiencing the depressed: The separate world of patients and doctors. Journal of Mental Health 10 (3), S. 317-333.
- * Roy, A. (1985): Early parental separation and adult depression. Archives of General Psychiatry 37, S. 987-991.
- * Schulze, G. (1992): Die Erlebnisgesellschaft. Frankfurt am Main, New York
- * Simon, G.E.; von Knorff, M.; Piccinelli, M. u.a. (1999): An international study of the relation between somatic symptoms and depression. New English Journal of Medicin 341, S. 1329-1335.
- * Techniker Krankenkasse (2003): Gesundheitsreport 2003. Hamburg.
- * Weich, S.; Lewis, G.; Mann, A.H. u.a. (1995): The somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. British Journal of General Practice 45, S. 143-147.
- * White, G.M. (1982): The role of cultural explanations in "somatization" and "psychologization". Social Science and Medicine 16, 1519-1530.
- * Wittchen, H.U.; Höfler, M.; Meister, W. (2000): Depressionen in der Allgemeinpraxis. Die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart.
- * Wolpert, L. (2004): Stigma of depression a personal view. British Medical Bulletin 57 (1), S. 221-224.

Volkskrankheit Depression
PH Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler
Psychiatrische Klinik der
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Volkskrankheit Depression - Gesundheitskonferenz München, 5. Dezember 2006

Geschlechtsspezifische Aspekte der Depression

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München



Geschlecht als soziale Kategorie

biologisches Geschlecht assoziiert mit sozialer Geschlechtsrolle, die gesellschaftlich und kulturell determiniert ist ("Gender")

unterschiedliche Normen und Erwartungen an Männer und Frauen in Bezug auf Emotionen, Einstellungen, Verhalten und Gesundheit

zentrale Bedeutung für persönliche Identität, Selbstregulation und Bewertung anderer sozialer Rollen

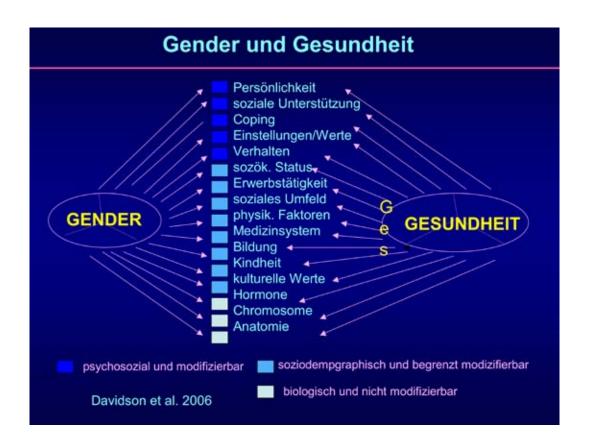
Strukturierung persönlicher, sozialer und materieller Ressourcen: unterschiedliche Risikofaktoren, Stressvulnerabilität, Symptomwahrnehmung und –bewertung

trotz Wandel der sozialen Geschlechtsrollen bleiben die klassischen Geschlechterstereotype bestehen, insbesondere für Männer

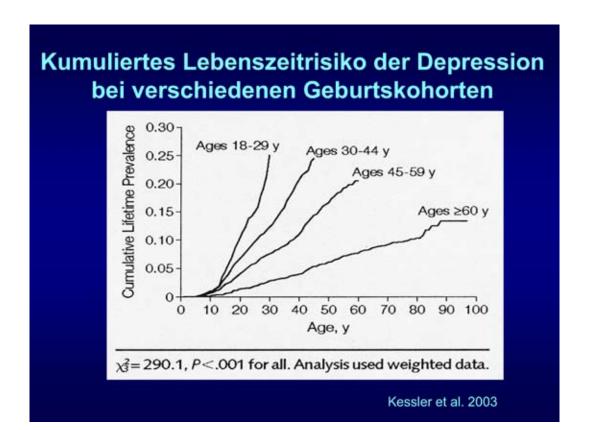
Gesundheit und Krankheit



Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren, die von Männern und Frauen unterschiedlich verarbeitet werden









Geschlechtsspezifische Prävalenz der Depression: Erklärungsansätze

Artefakt

- Hilfesuchverhalten
- Symptombericht
- diagnostischer Bias

biologisch

- reproduktive Funktion
- hormonelle Faktoren
- genetische Faktoren

psychosozial

- Sozialisierung
- sozialer Status
- · Rollenstress/life events
 - Copingstile



Geschlechts(rollen)spezifische Stressvulnerabilität und -verarbeitung

Frauen

interpersonelle Orientierung

erhöhte Vulnerabilitat gegenüber Belastungen, die das soziale Netzwerk betreffen

traditionelle Femininität: geringere Selbstwirksamkeit, internalisierende, emotionszentrierte Bewältigung "tend and befriend"

Männer

instrumentelle Orientierung

erhöhte Vulnerabilität gegenüber beruflichen Stressoren (Arbeitslosigkeit, Gratifikationskrisen)

traditionelle Maskulinität:
hohe Selbstwirksamkeit,
externalisierende,
problemzentrierte Bewältigung
"fight and flight"

Pfade der Depressionsentwicklung bei Frauen und Männern ähnlich

Internalisierung:

genetisches Risiko, Neurotizismus, geringes Selbstwertgefühl, frühe Angststörung, Depression in Vorgeschichte

Externalisierung:

genetisches Risiko, Verhaltensstörung, Substanzmissbrauch

Psychosozialer Stress:

mangelnde elterliche Zuwendung, sexueller Missbrauch in Kindheit, Tod eines Elternteils in Kindheit, geringe Bildung, geringe soziale Unterstützung, Eheprobleme und Scheidung, stressreiche Lebensereignisse, Depression in Vorgeschichte

Kendler et al. 2006, 2002

Geschlechtsspezifische Symptomatik und Komorbidität *

Symptomatik F > M

Traurigkeit
Anhedonie
Energieverlust
Müdigkeit
Schlafstörungen
Appetitstörungen
Verlangsamung
körperliche Beschwerden
Schmerzen
ängstlich, weinerlich

Komorbidität F > M

F: Angststörungen Essstörungen

M:

Alkohol-, Drogenmissbrauch Persönlichkeitsstörungen (antisozial, Störungen der Impulskontrolle)

^{*} Studien mit gängigen Depressionsinstrumenten

Sind die niedrigeren Depressionsraten von Männern ein Artefakt?

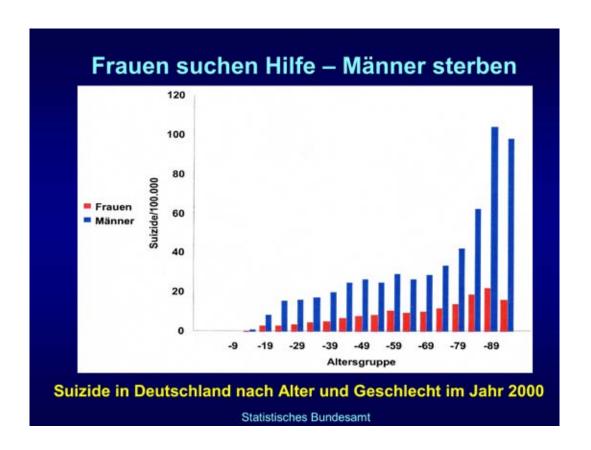
Sind Männer anders depressiv?

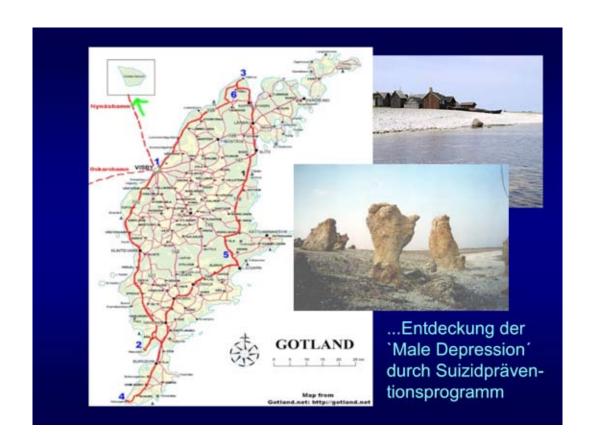
Geschlechtsspezifisches Inanspruchnahmeverhalten



2 F: 1 M

Richwood, Braithwate 1994; Wittchen et al. 1999; Lefebvre 1998; Addis, Mahalik 2003





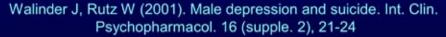
Das männliche depressive Syndrom

- geringe Stresstoleranz
- · ausagierende Verhaltensweisen
- · geringe Impulskontrolle
- Irritablität, Ruhelosigkeit, Unzufriedenheit
- Substanzmissbrauch
- · antisoziales Verhalten
- depressive Verstimmung
- erbliche Vorbelastung f
 ür Depression, Alkohol, Suizid









Diagnostische Kriterien für "männliche Depression" nach klinischen Erfahrungen

(nach Pollack 1998)

sozialer Rückzug, oft nicht zugegeben

Klagen über Burnout

Abstreiten von Traurigkeit

Bestehen auf Autonomie/ Hilfe nicht annehmen

zunehmende Ärgerattacken

Impulsivität

vermehrter Alkohol-/Nikotinkonsum (süchtig nach TV,

Sport, Sex etc.)

Selbstkritik und Versagensangst

andere für eigene Probleme verantwortlich machen

Feindseligkeit

Unruhe und Agitiertheit

Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

Bisherige Befunde zur "männlichen Depression"

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

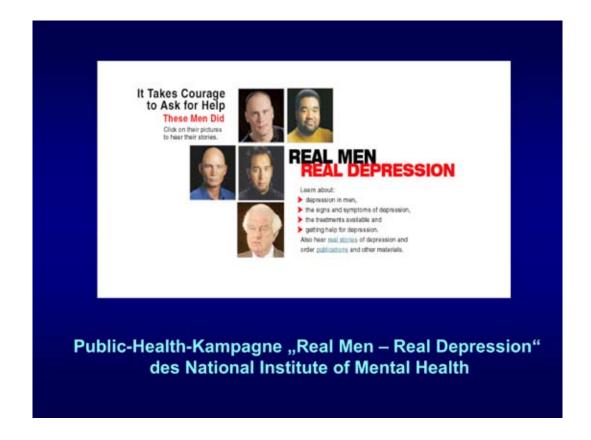
Feindseligkeit bei depressiven Männern häufiger (Fava et al. 1995)

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)

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



Zusammenfassung

Der Gender-Gap bei der unipolaren Depression ist noch nicht hinreichend erklärt. Es fehlen systematische Gender-Studien in der Depressionsforschung, die Männer mit einschließen.

Die höhere Depressionsrate der Frauen ist keine "Überdiagnostizierung", sondern lässt sich am ehesten erklären mit Faktoren sozialer Ungleichheit und mit Aspekten der Geschlechterrolle.

Die niedrigere Depressionsrate der Männer verweist dagegen auf eine "Unterdiagnostizierung". Diese ist einerseits bedingt durch die Abwehr der klassischen "weiblichen" Symptome Durch externalisierende Copingmuster und andererseits durch eine zu einseitige Depressionsdiagnostik, die hauptsächlich "weibliche" Symptome erfasst.

Schlussfolgerungen - Frauen

- Verbesserung der beruflichen Chancengleichheit (z.B. Einkommen)
- Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Entlastung bei der Versorgung pflegebedürfiger Angehöriger

Schlussfolgerungen - Männer

- bessere Diagnostizierung und Behandlung von Depressionen unter besonderer Berücksichtigung männertypischer Stresssymptome
- Identifizierung von Risikopersonen unter Alkohol- und Drogenabhängigen (auch in Allgemeinkrankenhäusern) sowie chronisch Kranken
- Entstigmatisierung von Hilfesuche

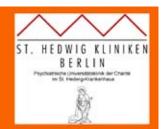
Depression und Migration

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak Charité – Universitätsmedizin Berlin



Charité – Universitätsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

www.charite.de/psychiatrie



Dr. med. Meryam Schouler-Ocak meryam.schouler-ocak@charite.de

(Kinikdirektor: Prof. Dr. med. Andreas Heinz)



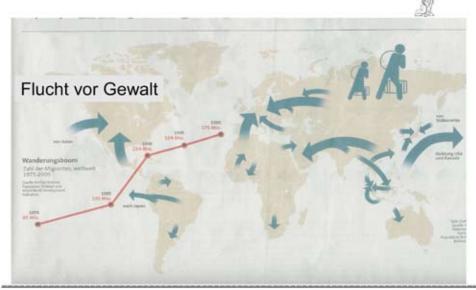
Depression und Migration

Tagung zur

Volkskrankheit Depression

München, 5.Dezember 2006













Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland Ende 2005

N

7.29 Mil. ohne deutschen Pass

⇒ 8.8% der Gesamtbevölkerung

Mil. deutscher Abstammung (mit deutschem

Pass)

Mil. bereits eingebürgerte Menschen mit

Migrationshintergrund

15,3 Mil. insgesamt

⇒ 18,6% der Gesamtpopulation

"Illegale" Migranten?

Statistisches Bundesamt Ende 2005







Unveröffentlichte Daten des Statistischen Bundesamtes

(der Tagesspiegel, 14.08.2006)

Menschen mit Migrationshintergrund:

- Zugewanderte
- deren Kinder
- Kinder derjenigen, die als Ausländer in Deutschland geboren wurden

Berlin

- o 23,45 %
- o 40,7 % unter 18 Jährige

Hamburg

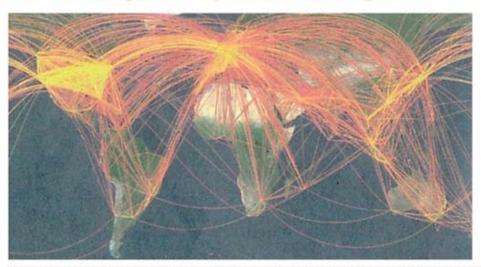
- o 26,8 %
- o 45,82 % unter 18 Jährige



CHARITÉ CAMPUS MITTE Charité – Universitätsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Moderne Migration - Projektion weltweiter Flüge











Gründe für die Migration

- ökonomische Gründe, finanzielle Gründe
- Suche nach Heim und Arbeit, jobgebunde Gründe
- · politische Gründe, Verfolgung
- individuelle Gründe, traumatische Erfahrungen, Flucht, Ausweisung
- familiäre Konstelationen und Situationen, soziales Netzwerk,
 Familienzusammenführung
- andere

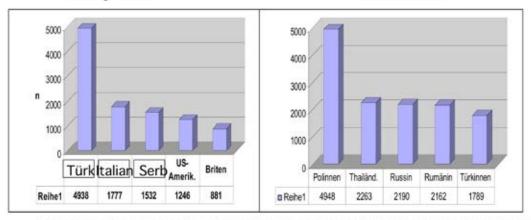


Heiratsverhalten der Deutschen 2004



Heirat Deutsche mit Migranten

Heirat Deutscher mit Migrantinnen



Statistisches Bundesamt 31.12.2005









- ➤ Bundes-Gesundheitssurvey 1998/99 (Zusatzsurvey "Psychische Störungen)
- ≽einer der größten Erhebung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen der deutschen Bevölkerung
- Migrantenbevölkerung aus Kostengründen nicht in die Untersuchungen aufgenommen









Belastende Faktoren

Einsamkeit
Heimweh
Statusverlust
Sprachliche Probleme
Aufenthaltsstatus
Arbeitslosigkeit
Ökonomische Unsicherheit
Offener und latenter Rassismus
Dissonanzen zwischen Normen und Werten
der Herkunftsgesellschaft
der Aufnahmegesellschaft









Protektive Faktoren

Orientierung an der Gruppe (Großfamilie) vs individuelle Autonomie (Kleinfamilie)

Kulturelle Identität Soziale Bindungen zur Herkunftsgesellschaft Soziale Unterstützung Religiöse Gebräuche Arbeit









Krankheitsgeschehen

Krankheit Kranksein (illness)

Störung der Wahrnehmung der Körperfunktionen des Kranken

Expertenwissen Laienwissen

Kulturelle Konstruktion







Biopsychosoziokulturelles Modell von Krankheit

Bio Genetik

Neurotransmitter

Organisches Agens (z.B. Bakterien, Druck, Hitze,

Gifte etc)

Psycho Lebensgeschichte

Persönlichkeitsstruktur

Sozio Soziale Kontakte

Beruf, Einkommen Soziale Absicherung

Kultur Wertesystem

Religion









Kultur des Patienten

Neben individuellen Faktoren wie Bildungsstand, medizinischem Wissen und Lebenserfahrung trägt Kultur zu Krankheitsverständnis, Wahrnehmung und Darstellung von Symptomen und Problemen sowie der Reaktion auf und den Umgang mit Krankheit bei. Erwartungen des Patienten an den Arzt, Behandlungsmotivation sowie die Compliance mit therapeutischen Strategien werden ebenfalls von Kultur beeinflusst.

(Tseng, 2004)









Kultur des Arztes

Überlagert von persönlichen Einstellungen und medizinischem Wissen und Lebenserfahrung prägt die Kultur des Arztes die Art der Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten und beeinflusst (direkt oder indirekt) Haltung und Verständnis dem Patienten gegenüber wie auch mögliche Behandlungsstrategien.

(Tseng 2004)









Kultur der Medizin(ischen Institutionen)

Die Gesundheitsberufe verbindet eine oft unbewusste Tradition von Einstellungen, die sich im Medizinsystem entwickelt haben. So kennzeichnen z. B. Werte wie Individualität, aktive Interventionen, aggressive Behandlungsstrategien, Therapie gegen den Willen des Patienten westliche Wertvorstellungen, die nicht notwendigerweise in anderen Kulturen Gültigkeit besitzen müssen. Das gilt auch für die Art der Arzt-Patient-Beziehung (partnerschaftlich vs. patriarchalisch), die Erwartungen an den Arzt oder den Umgang mit Regeln.

(Tseng 2004)









"Heimwehkrankheit" (Johannes Hofer 1688)

"Wenn nun solche, obgleich gut erzogene Kinder, unter andere Nationen kommen, so können sie sich an keine fremden Sitten und Lebensarten gewöhnen, noch der mütterlichen Pflege vergessen: sie sind furchtsam und ergötzen sich nur an dem süßen Gedanken vom Vaterlande, bis sie mit Widerwillen gegen das fremde Land erfüllt, oder unter mancherlei Unbequemlichkeit leidend, Tag und Nacht an die Rückkehr ins Vaterland denken und, daran gehindert, erkranken."







Kulturspezifische Aspekte der Depression

- Kraepelin 1903 (Indonesien): schwere Depressionen mit Schuldvorwürfen und Verarmungswahn fehlen
- Depressionen sind kulturell unterschiedlich ausgeformt:
- ✓ versteckte depressive Symptome (leibnahe Depression)
- europäischer Kulturkreis häufiger schwerer Verlauf, eine ausgeprägte psychische Symptomatik, mit Suizidtendenzen
- in Entwicklungsländern häufiger vegetativ-körperliche Symptomatik

(Pfeiffer 1995)



CHARITÉ CAMPUS MITTE Charité – Universitätsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Depression: Stimmung und Verhalten



	Indonesien	Deutschland
	N=53	N=53
Traurig	37	32
Dysphorisch	17	21
Ängstlich	28	27
Apathisch	11	5
Innere und äußere		
Hemmung	29	15 ++
Innere Ruhelosigkeit		
bei äußerer Hemmung	17	18
Agitiertheit	7	20 ++
Substupor	5	5
Suizidversuch	11	14
Suizidgedanken	4	16 ++

(nach Pfeiffer 1969)







Depression: Inhaltliche Ausgestaltung

	Indonesien	Deutschland
	N=53	N=53
Hypochondrie	12	11
Sorge um geistige		
Leistungsfähigkeit	7	11
Sorge um berufl.		
Leistungsfähigkeit	3	13 ++
Sex. Impotenz	2	0
Verarmungsideen	3	10 ++
Selbstbeschuldigungen	6	19 ++
(davon Schuldwahn)	1	8 ++
Sorge um Angehörige	5	12
Paranoide Verarbeitung	7	9

(Pfeiffer 1969)







WHO Internationale Depressionsstudie

(Basel, Montreal, Nagasaki, Teheran, Tokio (N=573 Pat.)

In allen Zentren häufig:

Traurigkeit
Freudlosigkeit
Angst
Spannung
Energieverlust
Interessenverlust
Konzentrationsschwierigkeiten
Minderwertigkeitsgefühl

In den Zentren unterschiedlich:

Schuldgefühle (Schweiz 68%, Iran 32%) Somatische Symptome (Iran 57%, Kanada 27%) Suizidgedanken (Kanada 70%, Japan 40%)

(Sartorius et al. 1980)







Depression und Sprache

- breite kulturelle Unterschiede:
- oft existieren keine Begriffe für Depression Behelf mit Organen für Emotionen z. B.
- Hati kecil (Indonesien): Leber klein, entspricht "verzagt"
- Hati besar (Indonesien): Leber groß, entspricht "freudig"

(Pfeiffer 1995)



CHARITÉ CAMPUS MITTE Charité – Universitätsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



"Idioms of distress" lokaltypische Symptommuster

- OHwa-Byung (Korea):
 epigastrisches Brennen und weitere K\u00f6rpersymptome verbunden mit Wut (Feuerkrankheit)
- oS_k_nt_ (Türkisch): Druck- oder Spannungsgefühl in der Brustregion, innere Unruhe, Langeweile, allgemeines Unwohlsein; verstimmt u. / o. gereizt sein
- oÜberlappung verschiedener Symptome: neben typisch depressiven Symptomen wie Interesseverlust, Schlafstörung, Vergesslichkeit Auftreten auch von hoher Reizbarkeit, geringer Kontrolle aggressiver Affekte und psychogene (Krampf)anfälle (Krisen)









Vergleich westliche und östliche Kultur

Kategorien der Symptome der Depression:

- Affekt
- Verhalten
- somatische Symptome

Hauptmerkmal einer Depression:

- in westlichen Kulturen Störung des Affektes
- in östlichen Kulturen Ausdrucksform einer Depression anders

z.B.

Leiden im Buddhismus (dukkha) eine der vier Grundwahrheiten des Lebens), kein Krankheitsmerkmal

OBEYESEKERE (1985) Depression, Buddhismus and the work of culture in Sri Lanka, In: KLEINMAN A, GOOD B (Hrsg.) Culture and Depression (pp. 134-152). Berkeley: Univ. of California Press









Diagnostische Einordnung erschwert durch

- Fehlen der Kernsyndrome (depressive Verstimmung, Selbstabwertung, Schuldgefühle, Suizidgedanken, Schlafstörungen)
- Bild einer Leib/Seele Dichotomie
- Unberücksichtigtlassen eventueller k\u00f6rperlicher Symptome

YAGDIRAN O, BOYALI A (2000) Depression, In: HAASEN C, YAGDIRAN O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus – Verlag, Freiburg im Breisgau







CHARITÉ CAMPUS MITTE Charité - Universitàtsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie









Schirmherren

- > Frau Prof. Dr. Rita Süssmuth
- Herr Generalkonsul Aydin Durusoy bzw. sein Nachfolger Herr Ahmet Nazif Alpman



CHARITÉ CAMPUS MITTE Charité - Universitätsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



"Berliner Bündnis gegen Depression"

- richtet sich in erster Linie an alle Bürger
- legt einen Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Versorgung von Migranten, im ersten Schritt mit türkischem Migrationshintergrund, später mit russischem, polnischem und arabischen werden folgen
- trägt damit den demographischen Besonderheiten der Region Rechnung









"Berliner Bündnis gegen Depression"

Ziel: Verbesserung der Situation depressiver Menschen

durch:

- Gesundheitsförderung und Suizidprävention
- Erweiterung des Wissens über die Krankheit in der Bevölkerung
- ► Beitrag zur Früh-Erkennung
- >Enttabuisierung/ Entstigmatisierung
- >Steigerung der Zahl von Betroffenen, die fachgerecht behandelt werden
- Optimierung der Versorgungsqualität
- bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe Menschen mit türkischem Migrationshintergrund
- Aufbau eines Netzwerkes





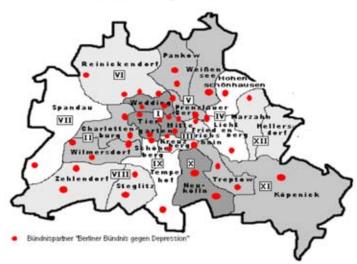




"Berliner Bündnis gegen Depression" Interventionstrategien:

- ► Medienwirksames Auftreten
 - Umfassende Verbreitung der Informationen
- Trainingsseminare bei relevanten Berufsgruppen
 - > Hausärzte, Lehrer, Berater etc.
- ➤Informationsveranstaltungen und kulturelle Veranstaltungen zum Thema Depression für die Bevölkerung
- Weitere Qualifizierung der behandelnden Berufsgruppen
 - Tagungen, Kongresse, Fortbildung, Netzwerkbildung
- Internetauftritt (Information, Kontaktadressen)
- Depressionssprechstunde und Beratung in der PIA
- >Verein "Berliner Bündnis gegen Depression" e. V.







CHARITÉ CAMPUS MITTE Charité - Universitätsmodizin Berlin Klinik für Psych Bundnispartner





- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- BIG-Hotline
 - Notfallseelsorge
- Verein f
 ür Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e. V.
 - Niedergelassene Ärzte/innen, Niedergelassene Psychotherapeuten/innen
- Paritätischer Wohlfahrtsverband
 - Katholische Hochschule für Sozialwesen
- Polizei
- Jüdisches Krankenhaus
- Berliner Gesellschaft Türkischer Mediziner e. V.
 - Türkische Gemeinde zu Berlin
- Türkischer Bund in Berlin-Brandenburg
- Arbeitskreis Türkischsprachiger Psychotherapeuten/innen in Berlin
 - Angehörige Psychisch Kranker, Landesverband Berlin e. V.
- Bündnis gegen häusliche Gewalt
 - Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, DGS
- Freunde fürs Leben e. V.
 - Dky-project e. V. Don't kill yourself
- Kammer f
 ür psychologische Psychotherapeuten und Kinderund Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
- SEKIS
- Schlosspark-Klinik
 - Vivantes Humboldt Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge



CHARITÉ CAMPUS MITTE Charità - Universitàtsmedizin Berlin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Aktivitäten des

"Berliner Bündnisses gegen Depression" u. a.:

2005

- 7. April Train-the-Trainer-Seminar
- 27. April Auftaktveranstaltung
- 18. Juni Trainingsseminar für türk. Hausärzte
- 19. August Sommerfest des Bezirkes auf dem Krankenhausgelände PUK

Charité im SHK, "Bündnis gegen Depression" Schwerpunktthema

25. Sept. Vortrag für Betroffene und Angehörige in der Werkstatt für

Kulturen mit den Bündnispartnern TGB, TBB u. BGTM

- 27. Oktober Qualifizierung von Migrantenprojektleitern mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband zusammen
- 9. November PSAG
- 24.-26. November 3. Türk. Gesundheitstage in Berlin
 - 30. November PSAG Kreuzberg-Friedrichshain
- 7. Dezember Fortbildungsveranstaltung für Brandenburgische Ärzte u. a. mediz. Fachkräfte
- 9. Dezember Vortrag und Austausch mit türk. Frauen in einem Frauentreff
- 15. Dezember Qualifizierung von Migrantenprojektleitern mit dem

Paritätischen Wohlfahrtsverband zusammen

- 22. Dezember Bündnisvorstellung Psychiatriekoordinatoren des Landes Berlin







2006 u.a.

17. Januar Interaktives Workshop f
ür F
ührungskr
äfte bei

...

Polizei

- 23. Januar Öffentlicher Vortrag über Depression und

Suizidalität

- 25. Januar Vortrag "Kulturspezifische Aspekte der Depression bei Menschen mit Migrationshintergrund"
- 9. März öffentlicher Vortrag im Rathaus Spandau
- 21. März Interaktive Workshops für Mitarbeiter der Polizei
- 27. April bis 3. Mai 2006 Filmfestival mit Kinoabenden
- 13. Mai Fachtagung zu Perspektiven und Ausblicke der Selbsthilfe
- 19. Mai Fachtagung mit verschiedenen Bündnispartnern
- Weitere öffentliche Vorträge zum Thema Depression für

Betroffene, Interessierte und Angehörigen

- 4. 10. September Aktionswoche "Freunde fürs Leben"
 - 10. September Weltsuizidpräventionstag Gedächtniskirche
- 11. Oktober Autorenlesung "Rolf Lyssy"
- 7. November interaktives Theater "Knotenpunkt":
 Mittendrin und voll im Nebel auf der Suche nach einem gesunden Umgang mit der Depression







2007

u.a.

- Veranstaltung mit AKTPT Berlin (Arbeitskreis Türkischsprachiger Psychotherapeuten)
- Hausärzteseminare
- Kinoabende
- Informations- und Aufklärungsveranstaltung für neu zugewanderte Migranten
- Zwischenbilanz: Fachtagung mit Plenum zu der Fragestellung "Was haben die Interventionen gebracht?"









Beratung zum Thema Depression und Depressionssprechstunde

✓ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) PUK Charité im SHK

Tel.: 030 / 2311 2120









Mit freundlicher Unterstützung der BKK – Initiative "Mehr Gesundheit für alle"

BKK Bundesverband BKK Landesverband Ost







Projektleiterin:





Dr. med. Meryam Schouler-Ocak

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité

im St. Hedwig-Krankenhaus

Große Hamburger Straße 5 -11

D - 10115 Berlin

Tel.: +4930 / 2311 2786

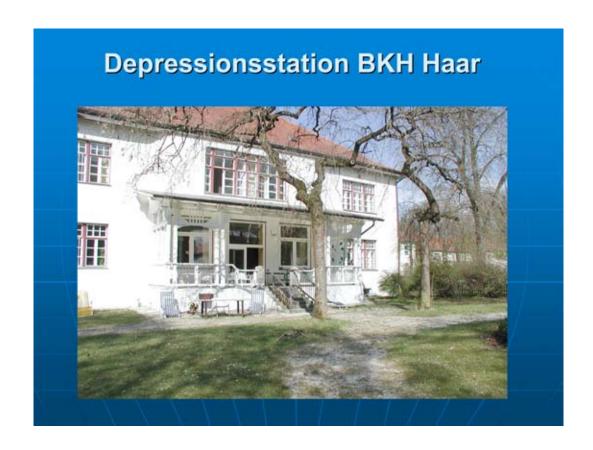
Fax: +4930 / 2311 2787

E-Mail: meryam.schouler-ocak@charite.de

www.berlinerbuendnisgegendepression.de

Behandlungskonzept für Migranten aus Ex-Jugoslawien

Dr. Mira Bero, Oberärztin Allgemeinpsychiatrie Nord, BKH Haar



Behandlungskonzept für Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien der Depressionsstation des BKH Haar

Dr. Mira Bero, Oberärztin Allgemeinpsychiatrie Nord, BKH Haar

Die Depressionsstation liegt auf dem Gelände des BKH Haar in einem Jugenstilgebäude mit Garten und umfasst 21 Betten. Es wird ein spezielles Therapieangebot für Patienten mit De-pressionen, PTSD und somatoformen Erkrankungen angeboten. Dieses umfasst medika-mentöse Einstellung, Psychotherapie, Information über die Erkrankung und soziale Hilfsan-gebote bzw. Beratung. Jährlich werden ca. 140 Patienten behandelt, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt ca. 50 Tage, 2/3 der Patienten sind weiblich.

Von den in München lebenden 150.898 Nicht-EU-Ausländern stammen 71.004 Personen aus den ehemaligen Jugoslawien und stellen somit den größten Teil der in München lebenden Migranten dar (vgl. Türken 43.599, Griechen 23.306, Italiener 21.384). Die Verteilung der Aufnahmen im Bezirkskrankenhaus Haar spiegelt diese Zahlen wider: so wurden im Jahre 2003 insgesamt 11.948, davon 1667 Nicht-Deutsche (entsprechend 14%) behandelt; 359 Patienten stammten aus dem ehemaligen Jugoslawien, die Aufnahme Patienten anderer Nationalitäten war entsprechend geringer (Türken 249, Griechen 99, Italiener 149). Berück-sichtigt wurde hierbei nur die

bestehende Nationalität, evtl. eingebürgerte Migranten wurden nicht erfasst.

Die Erfahrung der seit 12 Jahren bestehenden Depressionsstation zeigte, dass ca. 25% der dort behandelten Patienten Migranten sind, davon wiederum fast die Hälfte aus dem ehema-ligen Jugoslawien. Der Migranten-Anteil auf der Depressionsstation ist also relativ hoch.

Bzgl. einer evtl. erhöhten Inzidenz von Depressionen unter Migranten liegen keine ausrei-chenden Daten in der Literatur vor, da v.a. in Deutschland wenige Studien durchgeführt wur-den. Auch erfolgt in den Untersuchungen meist keine Unterscheidung zwischen freiwilliger Migration und Flüchtlingsstatus, wobei letzterer mehrheitlich eine deutlich erhöhte Prävalenz für Depressionen zeigt. Offen bleibt auch, ob depressiv erkrankte Migranten ggf. bei Versa-gen ambulanter Behandlungsangebote früher stationär eingewiesen werden.

Nach einer Studie im BKH Augsburg mit 6151 Patienten wurden Migranten mit geringen Sprachkenntnissen häufiger unfreiwillig eingewiesen, kürzer stationär behandelt und seltener geplant entlassen. Die stationäre Behandlung von Migranten mit schlechten Deutsch-Kenntnissen ist also insgesamt unzureichend.

Aus diesen Gründen und aufgrund der zufällig vorhandenen personellen Ressourcen der Depressionsstation (eine Ärztin mit guten serbo-kroatisch Kenntnissen und eine mut-tersprachliche Krankenschwester) wurde ab April 2006 ein spezifisches Programm für Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien entwickelt.

Dieses umfasst:

- Eine Psychoedukationsgruppe in Muttersprache,
- Übersetzung bei Visiten und Einzelgesprächen,
- Übersetzung bei Behörden, Anträgen, etc.,
- Weitervermittlung in muttersprachliche Therapieangebote

Neben der spezifischen Behandlung sind die Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in das allgemeine deutschsprachige therapeutische Programm der Depressionsstation integriert welches kognitiv orientierte Gruppenbehandlung, Ergotherapie, Musiktherapie, Sporttherapie, Arbeitstherapie, Reittherapie und Haushaltstraining umfasst.

Erfahrungen:

Seit Bekanntmachung des Projektes hat die Zuweisung von extern und krankenhausintern leicht zugenommen. Der überwiegende Teil der behandelten Patienten aus Ex-Jugoslawien sind Arbeitsmigrantinnen der 1.Generation, d.h. mittleren Lebensalters. Es finden sich häufiger körpernah erlebte (somatisierte) Depressionen, d.h. die körperlichen Depressionssymptome werden aufgrund eines anderen Krankheitskonzeptes stärker betont. Die psychischen Depressionssymptome bestehen in gleichem Masse wie bei "deutschen" Depressiven, wer-den aber von den Betroffenen mehr als durch die körperlichen Beschwerden verursacht an-gesehen. Im sehr entwertenden Begriff des "Morbus Balkan" oder "Morbus Mediterranee" drückt sich die weit verbreitete Hilflosigkeit in Anbetracht dieser für Westeuropäer ungewohnten Ausdrucksweise der Depression aus aus, hier ist nach wie vor viel Aufklärungsar-beit über das

weite Spektrum der depressiven Erkrankungen notwendig. Die Behandlung erfolgt gleichermassen wie bei den deutschen Patienten mit einer Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmakotherapie.

Die Annahme durch die Patienten ist überwiegend positiv, lediglich einzelne Migranten lehnten eine muttersprachliche Behandlung vehement ab. Die Ursache hierfür könnte in einer durch Diskriminierungserfahrung verinnerlichten Ablehnung der eigenen Migranten-Identität liegen. Die meisten Klienten profitierten insbesondere von den psychoedukativen Angeboten in Muttersprache, v.a. aber durch ein Klima in dem sie sich in ihrer Sprache und Kultur wahrgenommen und auch angenommen fühlen. Hierfür genügen oft Kleinigkeiten wie ein "Guten morgen" in Muttersprache.

Wesentlich ist festzustellen, dass kein komplettes Therapieprogramm notwendig ist um eine muttersprachliche Behandlung zu ermöglichen, sondern, dass mit wenig Mitteln und nur we-nigen Angeboten (die Mehrzahl der Therapien findet in deutscher Sprache statt) eine deutlich bessere Behandlung möglich ist.

Negative Erfahrungen – z.B. eine Ablehnung durch die überwiegend deutschen Mitpatienten haben wir nicht gemacht. Bzgl. der deutschen Mitarbeiter ist eine hohe Flexibilität und auch Toleranz notwendig - sowohl bzgl. der zeitweisen sprachlichen Ausgrenzung als auch der Notwendigkeit einer Kommunikation ohne Dolmetscher an einzelnen Tagen der Woche. Auch sind Schulungen bzgl. der häufiger körpernah erlebten Depression von Migranten notwendig.

Problematisch ist die starke Abhängigkeit solcher Konzepte von zufällig vorhandenen personellen Ressourcen: Eine gezielte Einstellung fremdsprachlich-kompetenter Mitarbeiter findet trotz der Notwendigkeit solcher Angebote in einem großen psychiatrischen Krankenhaus mit hohem Migranten-Anteil und unserer positiven Erfahrungen (noch) nicht statt.

- muenchen.de-allgemeines, Staatsangehörigkeiten, Statistik vom 31.12.03
- Künzler, N., Garcia-Brand, Eva, Schmauß, M., et al.: Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten anderer Kulturen: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behand-lung, Psychiatrische Praxis 2004, S21-23

Behandlungskonzept für Migranten aus Ex-Jugoslawien

der Depressionsstation des BKH Haar

Dr. M. Bero_, Oberärztin Allgemeinpsychiatrie Nord



Depressionsstation BKH Haar

Offene Station mit 21 Betten

Behandlung von:

- Schweren Depressionen
- Somatoformen Störungen (fast immer mit Depression kombiniert)
- Posttraumatischer Belastungsstörung

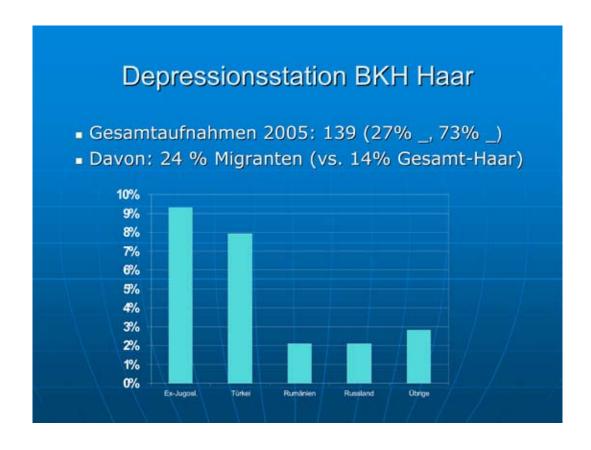
Stat. Aufnahmen BKH Haar 2003

Gesamt: 11948

Deutsche: 10281 (86%)

Nicht-Deutsche: 1667 (14%)





Migration und Depression

- Widersprüchliche Daten zur Prävalenz unter "Arbeits-Migranten" (vs. Flüchtlinge)
- Wohl Anpassung der Prävalenz mit zunehmender Aufenthaltsdauer
- Höhere Inanspruchnahme von Reha und Rente aufgrund Depression und v.a. som. Störungen bei Migrantinnen
- Fraglich häufigere stationäre Überweisung aufgrund unzureichender ambulanter Behandlungsangebote

 A. Rommel: Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen-Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten; Gesundheitswesen 2005; 67; 280-288

Bei geringen Deutschkenntnissen:

- Mehr unfreiwillige Aufnahmen
- Kürzere Behandlungsdauer
- Weniger geplante Entlassungen

(Untersuchung BKH Augsburg, 6151 Patienten)

Aus: Künzler, Garcia-Brand, Schmaus et al, Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten anderer Kulturen: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behandlung, Psychiatr. Prax 2004, S. 21-23

Behandlung von Migranten auf der Depressionsstation

- Psychoedukationsgruppe in Muttersprache
- Übersetzung bei Visiten und Einzelgesprächen
- Übersetzung bei Behörden, Anträgen, etc.
- Weitervermittlung in muttersprachliche Therapieangebote

Erfahrungen

- Überwiegend Migrantinnen mittleren Lebensalters
- Überwiegend Arbeits-Migranten der 1.Generation
- Häufiger körpernah erlebte Depression

Psychoedukation

Dr. Gabi Pitschel-Walz, Psychologische Psychotherapeuting Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

Psychoedukation für Patientinnen, Patienten und Angehörige

Volkskrankheit Depression Gesundheitskonferenz, München, 5.12.06

Dr. Gabi Pitschel-Walz

Psychologische Psychotherapeutin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München
Direktor: Prof. H. Förstl





Psychoedukation für Patientinnen, Patienten und Angehörige: Übersicht

- Was ist Psychoedukation?
- Warum Psychoedukation?
- Wie werden psychoedukative Gruppen durchgeführt?
- Was kann durch Psychoedukation erreicht werden?

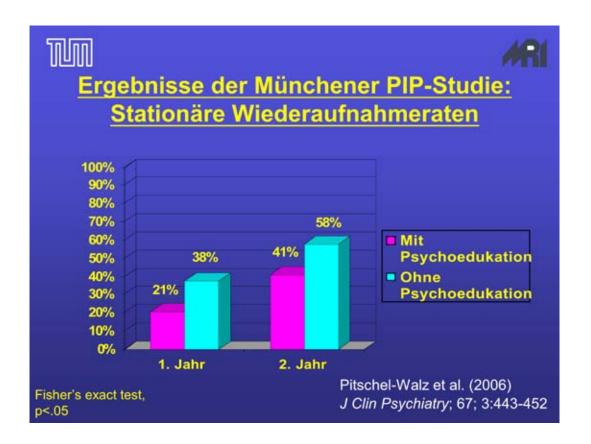


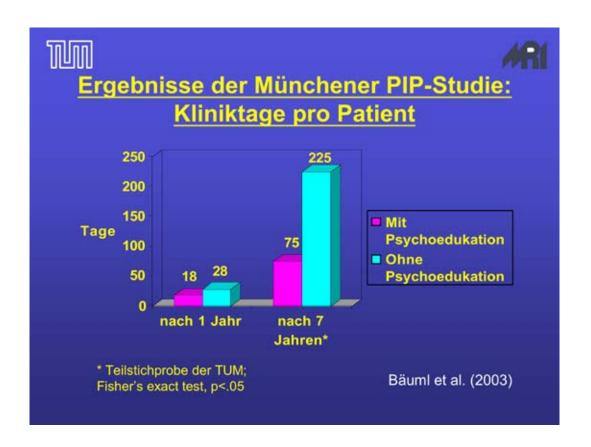


Definition

 Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Arbeitsgruppe "Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen"
Bäuml & Pitschel-Walz (2003)









Indikationsbereiche für Psychoedukation

- Schizophrene/schizoaffektive Psychosen
- · Affektive Erkrankungen
 - Depressionen
 - Bipolare Störungen
- Zwangserkrankungen
- Angst- und Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Dementielle Erkrankungen
- · etc.





- Hohes Rückfallrisiko
- · Hohes Suizidrisiko
- Schlechte Compliance
- Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen
- Belastung der Angehörigen





Rückfallrisiko bei Depressionen

Ohne medikamentöse Langzeitbehandlung:

- *kommt es nach einer <u>ersten</u> Depression bei 50-60% der Patienten zu einem <u>Rückfall</u>.
- *70% der Patienten mit zwei depressiven Episoden müssen mit einem Rückfall rechnen.
- *Nach <u>drei</u> depressiven Episoden liegt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles bei 90%.

Mit medikamentöser Langzeitbehandlung:

*erkranken ca. 20 - 30% der Patienten mit Depression (ohne manische Phasen) innerhalb von 5 Jahren erneut.





- Hohes Rückfallrisiko
- Hohes Suizidrisiko
- Schlechte Compliance
- Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen
- Belastung der Angehörigen







- Hohes Rückfallrisiko
- Hohes Suizidrisiko
- Schlechte Compliance
- Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen
- Belastung der Angehörigen

Non-Compliance bei Depressionen

- Non-Compliance Raten von 10-60% (Median: 40%; bzw. 53% bei klarer Definition); keine Verbesserung durch SSRI; (Lingam & Scott (2002) Review; Studien zwischen 1975 und 2001)
- Non-Compliance bei der medikamentösen Behandlung von Depressionen ist ein Faktor, der signifikant mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf verknüpft ist.

(Danion et al., 1987; Guscott & Taylor, 1994; Melfi et al. 1998; Demyttenaere & Haddad, 2000).





Mögliche Gründe für Non-Compliance

- · Fehlende Information
- · Fehlende Krankheitseinsicht
- · Generelle Ablehnung von Pharmaka
- · Fehlende Wirksamkeit
- Nebenwirkungen
- Persönlichkeitsfaktoren
- · Krankheitssymptome
- · Fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld
- · Alkohol-/Substanzmissbrauch
- · Schlechte Arzt-Patient-Beziehung
- Inadäquate Behandlung durch den Arzt
- Remission
- · Angst vor Nebenwirkungen, Abhängigkeit



Ansätze zur Verbesserung der Compliance

- Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation (- shared decision making)
- Patientenorientierte Aufklärung
- Abbau von Vorurteilen
- · Intensivere Betreuung, Monitoring
- Kognitive Therapie
- Verhaltenstherapeutische Strategien
- Beteiligung der Familie
- Psychoedukative Gruppen





- Hohes Rückfallrisiko
- · Hohes Suizidrisiko
- Schlechte Compliance
- Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen
- Belastung der Angehörigen

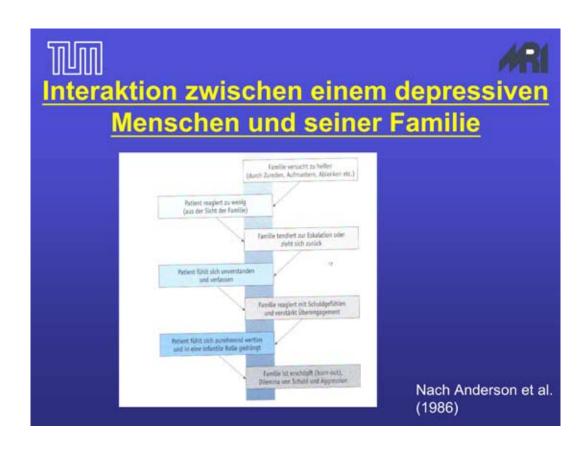
Informationswünsche von Patient ("sehr wichtig"; N=76)	kRI ten
Praktische Anleitung erhalten, was man im Krisenfall tun soll	89%
Was können Patienten selbst tun, um gesund zu werden?	87%
Informationen über <u>medikamentöse</u> Behandlungsmöglichkeiten de <u>akuten</u> Depression	r 79%
Woran kann man eine <u>Depression erkennen</u> ?	78%
Welche <u>Ursachen</u> können Depressionen haben?	78%
Informationen über <u>medikamentöse</u> Möglichkeiten zum <u>Schutz</u> vor <u>Wiedererkrankung</u>	72%
Informationen über das gesamte Behandlungsspektrum	71%
Görnitz	(2002)

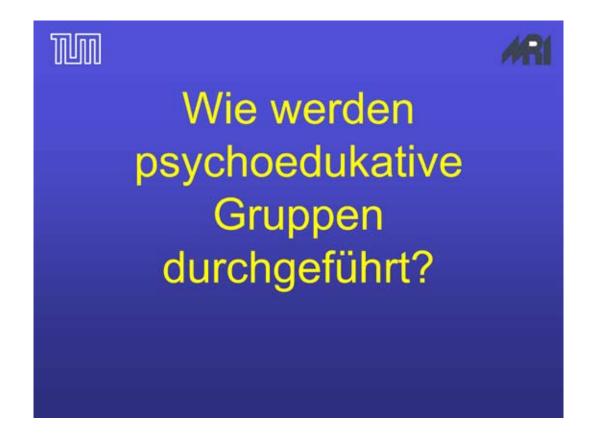




- Hohes Rückfallrisiko
- · Hohes Suizidrisiko
- Schlechte Compliance
- Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen
- Belastung der Angehörigen











Manuale zur Durchführung von psychoedukativen Gruppen

- Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W (2003).
 Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Schaub A, Roth E, Goldmann U (2006).
 Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Wilms H-U, Bull N, Wittmund B, Angermeyer MC (2005).
 Hilfen für Partner psychisch kranker Menschen. Ein Gruppenmanual für Angehörige chronisch psychisch kranker Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Praktische Durchführung der psychoedukativen Gruppen						
	Patienten	Angehörige				
Beginn	Abhängig von Akut- Symptomatik	Möglichst rasch nach Aufnahme der Patienten				
Zahl der Treffen	8 (je 60 –90 min.) + 1 Nachtreffen	8 (je 90 min.) + 1 Nachtreffen				
Gruppenfrequenz	1-2x wöchentlich	1x wö, 14-tägig				
Gruppenform	geschlossen	geschlossen				
Teilnehmer	8-15	6-15				
Gruppenleitung	Psychologen,	Ärzte				
Co-Leitung	Sozialpädagogen,	Pflegepersonal, Hospitanten				
Leitungsstil	Interaktiv, strukturiert, Basiskompetenzen,	psychotherapeutische Elemente aus (kognitiver)				
	Verhaltenstherapie,	Gesprächspsychotherapie				



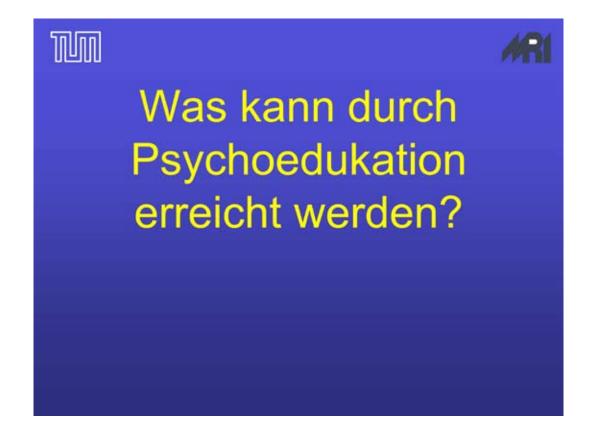
Curriculum der psychoedukativen Gruppen bei Depression

- Wie gerät man in die Depression und wie kommt man wieder raus? - Depressionsspirale
- 2. Symptome; Dreieck: Fühlen, Denken, Handeln
- 3. Ursachen (V/S-Modell); Diagnosen
- 4. Behandlung: Medikamente, Nebenwirkungen (Reizübertragung Synapsenmodell)
- Behandlung: <u>Psychotherapie</u>, weitere Behandlungsmöglichkeiten
- 6. Selbsthilfe: Steigerung angenehmer Aktivitäten
- Selbsthilfe: Negative <u>Gedanken</u> erkennen und korrigieren; Problemlösen statt Grübeln; <u>Suizidprävention</u> Hilfe durch <u>Angehörige</u>, Hilfe für Angehörige
- 8. Goldene Regeln, <u>Krisenplan</u>, Literaturempfehlungen, Selbsthilfegruppen, wichtige Adressen

Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling (2003)

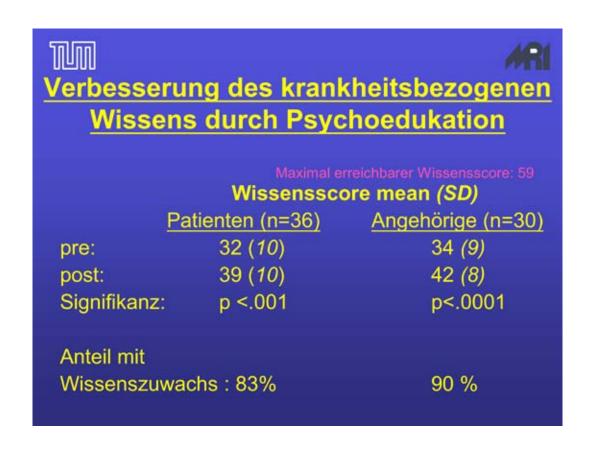






DIP-Pilotstudien: Beschreibung der Patienten					
	DIP-Pilotstudie I (n=91)	DIP-Pilotstudie II (n=98)			
Alter	Ø 55 Jahre (24-90 Jahre)	Ø 51 Jahre (23-84 Jahre)			
Geschlecht w	75 %	71%			
Schulbildung Realsch./Gymn.	48 %	48%			
Diagnose Bipolare Störung	10 %	12%			
Depressive Episode	30 %	36%			
Rez.depressive Störung	56 %	48%			
Andere Diagnosen	4%	4%			
Stationäre Aufenthalte	3 (1-18), Median: 2	3 (1-14), Median: 2			
Medikamentöe Behandlung					
Klassische Antidepressiva	49 %	9%			
SSRI	34 %	76%			

Feedback der Teilnehmer (DIP-Pilotstudie I und II)					
		tienten e I DIP-Pilotstudie II N=53	Angehörige N=32		
Als wie hilfreich haben Sie die Gruppe erlebt? Sehr hilfreich/hilfreich	87%	94%	100%		
Wie gut fühlen Sie sich informiert? Sehr gut/gut	95%	94%	100%		
Was halten Sie von der Anzahl der Treffen?	3376	3470	10070		
Zu wenig Angemessen Zuviel	92%	13% 85% 2%	13% 84% 3%		



Ergebnisse der Katamnese (Querschnittuntersuchung, Ø 2 Jahre, n=41)

- 75% sind noch in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung
- 73% sind noch in medikamentöser Behandlung (Non-Compliance Rate 17%)
- 50% haben Psychotherapie in Anspruch genommen
- Bei 12,5% war stationäre Wiederaufnahme erforderlich





Bedeutung der Psychoedukation für Behandlungsbereitschaft und Compliance

- Ausführliche u. zweiseitige Information über Behandlungsoptionen
- Förderung einer generell positiven Haltung der Behandlung gegenüber
- Hilfe annehmen als kompetentes Verhalten sehen lernen
- Vermittlung des "Prophylaxegedankens"
- · Motivierung zu Psychotherapie
- Motivierung zur Auseinandersetzung mit dem behandelnden Arzt



Fazit



- Psychoedukative Patienten- und Angehörigengruppen kommen den <u>Informationsbedürfnissen</u> der betroffenen Familien entgegen und verbessern das Wissen
- Psychoedukative Patienten- und Angehörigengruppen werden als <u>hilfreich</u> <u>für</u> die <u>Krankheitsbewältigung</u> erlebt
- Die bisherigen positiven Erfahrungen sprechen für eine weitere Verbreitung der psychoedukativen Gruppen bei Depressionen
 - → Gründung der DGPE



Das Deutsche Bündnis gegen Depression

Rita Schäfer, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München



"Das Deutsche Bündnis gegen Depression" -

Gemeindebasierte Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung depressiver Menschen

Rita Schäfer Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München



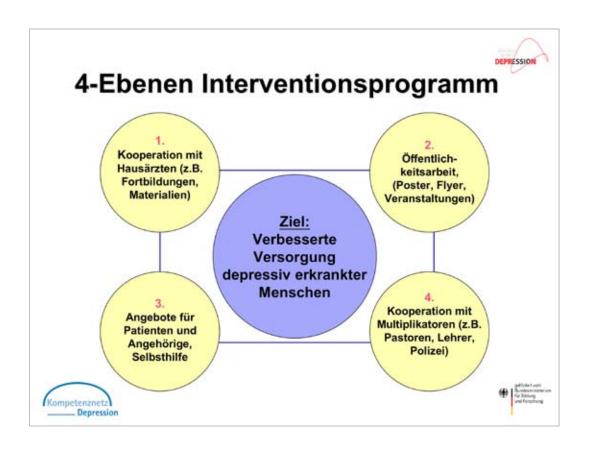


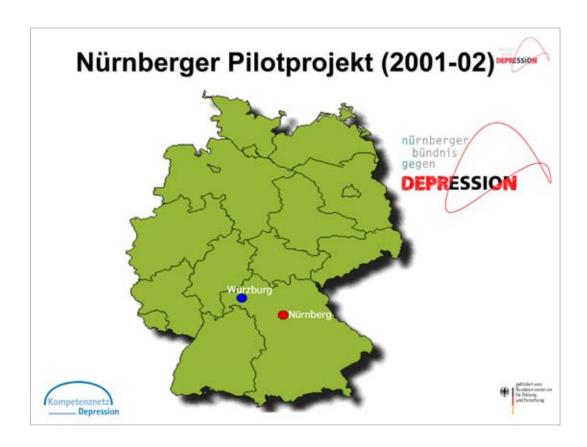
Warum ein Bündnis?

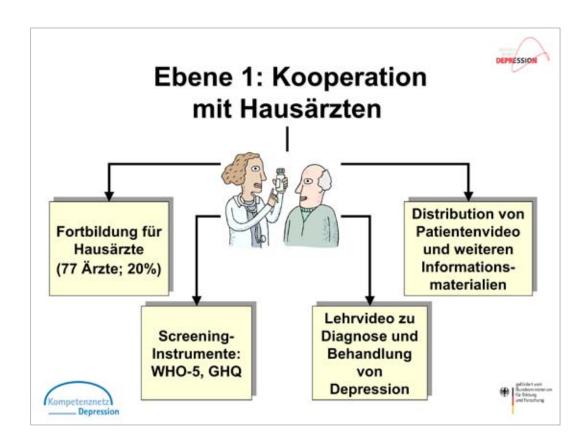
- Depressive Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen mehr als andere Krankheiten
- Depressionen sind die führende Ursache für krankheitsbedingte Behinderungen in den Industrienationen
- 40-70% der Suizide werden im Kontext affektiver Erkrankungen vollzogen
- Es gibt erhebliche Defizite bei der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen



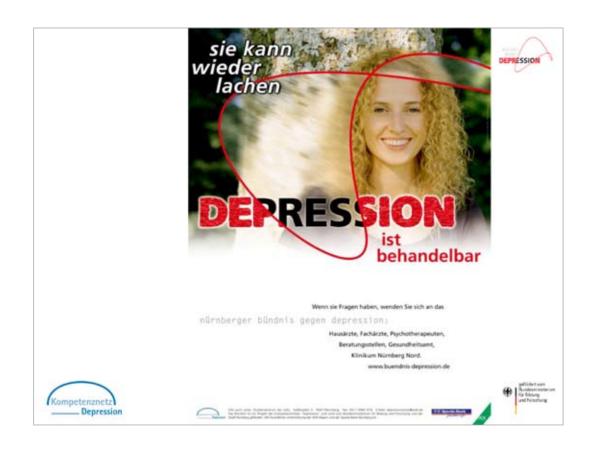






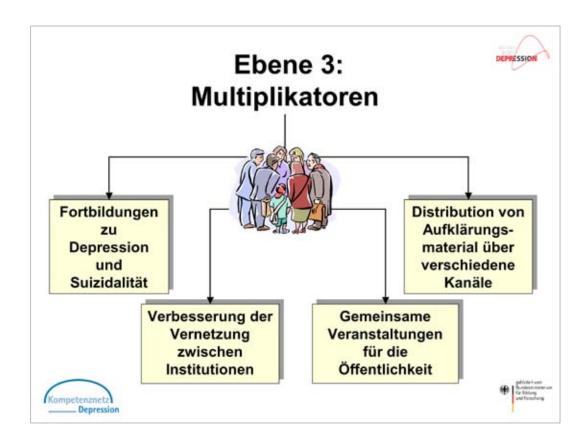




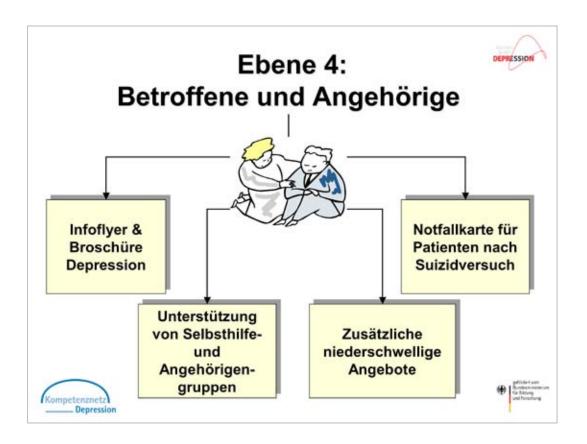




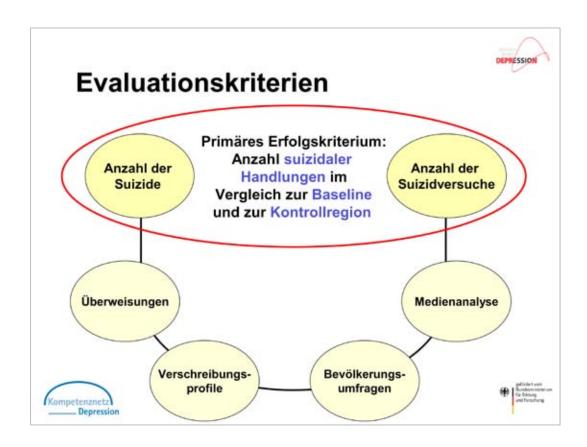


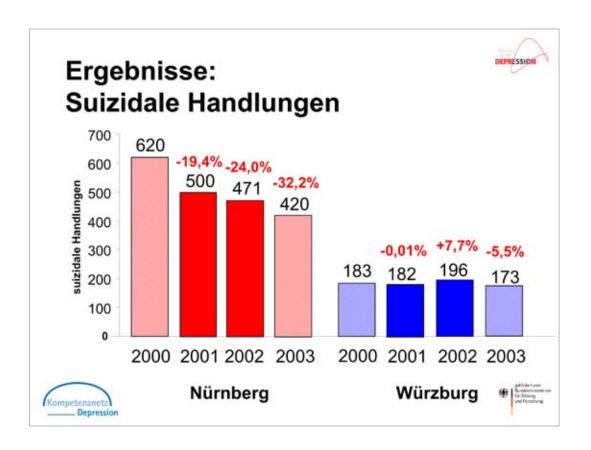
















Vorteile der bundesweiten Vernetzung

- Der Verein Deutsches Bündnis gegen Depression e.V. bietet anderen Regionen die Möglichkeit, sich anzuschließen, das Konzept zu übernehmen und so ökonomisch regionale Kampagnen durchzuführen.
- Auf bewährtes PR- und Infomaterial kann kostengünstig zurückgegriffen werden.
- Material kann regional adaptiert werden.
- Der Materialpool des Bündnisses ist ständig am wachsen, weil Regionen eigene Weiterentwicklungen den anderen Bündnispartnern zur Verfügung stellen.
- Einerseits: "Das Rad muss nicht immerzu neu erfunden werden"
- Andererseits: Jede Region ist frei bei der eigenen Schwerpunktsetzung









Zahlreiche Facetten und Aspekte



Solange der Mensch leidet, kann er es noch zu etwas bringen - Sinn und Wert der Depression

Depressionen nach der Geburt und nach der Stillzeit

Selbsthilfe Depression - "Was kann ich tun, um mir selbst zu helfen?"

- "Melancholie Trauer Depression"
- "Die dunkle Nacht der Seele"
- vom spirituellen Umgang mit Leere, Trockenheit und Depression
- "Macht unsere Gesellschaft krank? ein Streitgespräch"
- "Depression darüber spricht man nicht"
- "Mir geht's doch gut eigentlich! Depression bei Männern"
- "Strategien zum Umgang bei wiederkehrenden Depressionen"
- "Depression im Alter eine Informationsveranstaltung für Angehörige"

Filmpremiere des Films: "Leben mit Depression; Betroffene berichten"

Kompetenznetz Zeit der Jugend - Zeit der Krisen?"
Depression













Perspektiven

- Ausweitung der regionalen Aktivitäten
- Austausch mit anderen (ähnlichen) Netzwerken
- Einbeziehung neuer Partner
- Entwicklung von Leitfäden und Empfehlungen
- Aufbau eines Projekts zur Versorgungsforschung





Anhang

An das Referat für Gesundheit und Umwelt Abteilung Psychiatrie und Sucht Bayerstraße 28 a 80335 München

oder Fax: (089) 2 33 - 4 78 93 oder E-Mail: gabriele.hoermann@muenchen.de

Ich nehme mit......Personen an der Gesundheitskonferenz am 5. Dezember 2006 teil.

Name, Institution, Adresse, E-Mail

Veranstaltungsort

Alter Rathaussaal Marienplatz 15 80331 München

Termin

Dienstag, 5. Dezember 2006 13.00 bis 18.15 Uhr

Anmeldung

Bitte melden Sie sich bis spätestens

Freitag, 17. November 2006

schriftlich bei uns an. Wenn Sie keine Nachricht erhalten, gilt Ihre Anmeldung als angenommen. Weitere Auskünfte: Telefon (089) 2 33 - 4 78 92

Wegbeschreibung

Sie erreichen den Veranstaltungsort mit öffentlichen Verkehrsmitteln: U- und S-Bahn, Buslinie 52 Haltestelle Marienplatz

Herausgeberin: Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt Bayerstraße 28 a, 80335 München Gestaltung: RGU-KIKGT Druck: Stadklanzlei

GESUNDHEITS BEIRAT der Landeshauptstadt München

Volkskrankheit Depression

Dienstag, 5. Dezember 2006, Alter Rathaussaal 13.00 - 18.15 Uhr

Gesundheitskonferenz

Veranstalter: Gesundheitsbeirat und Abteilung Psychiatrie und Sucht, Referat für Gesundheit und Umwelt, Landeshauptstadt München

Volkskrankheit Depression	Programm		15.00 Uhr	Behandlungskonzept für Migrantinnen und Migranten aus
Depressionen zählen nach Angaben der	13.00 Uhr	Begrüßung		dem ehemaligen Jugoslawien
Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den		Joachim Lorenz,		Dr. Mira Beroš,
häufigsten Leiden der Bevölkerung.		Referent für Gesundheit		Bezirkskrankenhaus Haar
Einer Hochrechnung zufolge wird die Erkran-		und Umwelt der		
kung im Jahre 2020 die zweithäufigste		Landeshauptstadt München	15.15 Uhr	Diskussion
Krankheitsursache sein, die nur noch von den				
Herz-Kreislauf-Erkrankungen übertroffen wird.	13.15 Uhr	Einführung	16.15 Uhr	Kaffeepause
		Theresia Ernst,	40.45.111	
Etwa sechs Millionen Deutsche leiden derzeit		Referat für Gesundheit und	16.45 Uhr	Psychoedukation für
an einer Depression. Fachleute gehen davon		Umwelt,		Patientinnen, Patienten und
aus, dass mehr als 10 % aller deutschen		Leiterin der Abteilung		Angehörige
Bürgerinnen und Bürger mindestens einmal		Psychiatrie und Sucht		Dr. Gabriele Pitschel-Walz,
im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression erkranken, wobei sie bei Frauen	13.30 Uhr	Depression und		Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
doppelt so häufig diagnostiziert wird wie bei	13.30 0111	Gesellschaft		Technische Universität München
Männern.		Dr. Dr. Rolf Haubl,		reclinistic Oniversitat Munchen
Wallicill.		Direktor des Sigmund-	17.15 Uhr	Deutsches Bündnis gegen
Angesichts dieser erschreckenden Zahlen		Freud-Instituts.	.,,,,	Depression
und Prognosen hat der Stadtrat der		Universität Frankfurt		Prof. Dr. Ulrich Hegerl,
Landeshauptstadt München angeregt,		o involonaci i raimi arc		Psychiatrische Klinik der
eine Gesundheitskonferenz zum Thema	14.00 Uhr	Geschlechtsspezifische		Ludwig-Maximilians-Universität
"Depression" zu veranstalten. Mit Impuls-		Aspekte der Depression		München
referaten wollen wir - aus unterschiedlichen		Dr. Anna-Maria Möller-		
Blickwinkeln - über die Ursachen und Folgen		Leimkühler,		
der Erkrankung und über Unterstützungs-		Psychiatrische Klinik der	17.45 Uhr	Abschließende Diskussion
möglichkeiten informieren und mit Ihnen		Ludwig-Maximilians-Universität		
diskutieren.		München		
			18.15 Uhr	Ende der Veranstaltung
Die Gesundheitskonferenz richtet sich an:	14.30 Uhr	Depression und Migration		
 Fachpublikum 		Dr. Meryam Schouler-Ocak, Universitätsklinikum Charité.		
 Betroffene, Angehörige und deren Selbsthilfeorganisationen 		Berlin		
 Stadträtinnen und Stadträte 				

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Institution		Name	Ort
AEH Moosach		Angela Naasan	München
Aktionsgem.psychisch Kranker		Renate Baumann	München
Aktionsgem.psychisch Kranker		Ilse Schrinner	München
Ambulant Betreutes Wohnen	Diakonisches Werk Rosenhei.	Stöpel	Rosenheim
Ambulant Betreutes Wohnen		Friedrichs	Rosenheim
ANAD e.V.	Psychosoziale Bratungsstelle	Carolin Martinovic	München
ApK		Albert Baumann	München
APK Bayern		Dagmar Thies	München
ApK München		Inge Brandies	
ApK München		Christian Groß	
ApK München		Jutta Rau Konekanok	München
Arbeitskreis Frau u.Gesundheit		Dr. Ingeborg Keyser	München
Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband		Prof. Dr. Kunze	München
Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband		Dr. Hannes Rabe	München
Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband		Dr. Sybille von Bibra	München
AWO	gemeinnü.Betriebs-GmbH	Gerhard H. Lack	München
AWO	REHA Laim	Marie-Luise Kreb	München
BASTA		Dr. Joachim Hein	München
Bayer. f. psychi.Gesundheit e.V.		Birgitta Schuster	München
Bayer. f. psychi.Gesundheit e.V.	Betreutes Wohnen	Heimsoeth	München
Bayer. Gesellschaft für psychi.Gesund			
Langzeitwohngruppe		Melissa Deldru	München
Bayer. Gesellschaft für psychische	Gesundheit	Waldmann	München
Bayer. Gesellschaft für psychische	Gesundheit	Mosig	München
Bayer. Landeskammer der	Psych.Psychotherapeuthen	Ellen Bruckmayer	München
Bayer. Rotes Kreuz	Tagklinik	Dr. Ingeborg Greil	München
Bayer. Rotes Kreuz	Tagklinik	Dr. Spolear	München
Bayer.Gesellschaft f.psych.Gesundh.	Langzeitwohngruppe	Hans Melchior	München
Bayer.Landeskammer d.Psycho.ther.		Dr. Karin Tritt	München
Behindertenbeirat d. Stadt Mü.		Elisabeth Michel	München
Bez.KH Haar Gerontopsychiatr.	Depressionsstation	Barbara Jacob	Haar
Bez.KH Haar Gerontopsychiatr.	Depressionsstation	Christian Nordmeyer	Haar
Bez.KH Haar Gerontopsychiatr.	Depressionsstation	Anja Ostrowski	Haar

Bezirk Oberbayern Psychiatrie-Koordinator Hermann Kraus München Bezirk Oberbayern Bezirksrätin Petra Tuttas Bezirksauschuss 3 Irmgard Schmidt München Bezirkskrankenhaus Haar Allgemein Psychiatrie Dr. Wolfgang Eymer Haar bfz München Reinhard Haslinger München Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Buschra e.V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Michael Stefan München Caritas-Zentrum Mügrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Higrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Ferna	Bezirk Oberbayern		Markus Witzmann	München
Bezirksausschuss 3 Irmgard Schmidt München Bezirkskrankenhaus Haar Allgemein Psychiatrie Dr. Wolfgang Eymer Haar bfz München Reinhard Hasilinger München Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Bündnis Die Grünen Stadträtin Lydia Dietrich München Buschra e. V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritass Zentrum Mü Mügrationsdienst Monika Meisinger München Caritass-Zentrum Mürest u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Mürest u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Vanja Ciric München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst	Bezirk Oberbayern	Psychiatrie-Koordinator	Hermann Kraus	München
Bezirkskrankenhaus Haar Allgemein Psychiatrie Dr. Wolfgang Eymer Haar bfz München Reinhard Haslinger München Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Buschra e.V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritas-Zentrum Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Vanja Ciric München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs München Condrobs München Condrobs V. Karin Wiggehauser München Condrobs V. Karin Wiggehauser München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Eva Caim München Delegierte Sen. Beirat München Delegierte Sen. Beirat München Delutsche Multiple Sklerose Gesell. Magnelen Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Herta München Donna Mobile Reperatung München Andrea Keim-Hehl München Erziehungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Erziehungsdienst für Frauen München Ev. Beratungsdienst für Frauen München	Bezirk Oberbayern	Bezirksrätin	Petra Tuttas	
bfz München Reinhard Haslinger München Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Bündnis Die Grünen Stadträtin Lydia Dietrich München Buschra e.V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritaszentrum Mü Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Kari Wiggehauser München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin	Bezirksausschuss 3		Irmgard Schmidt	München
Bundesverband Regionalgruppe Neurofibromatose Siegrid Sommer München Bündnis Die Grünen Stadträtin Lydia Dietrich München Buschra e.V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritasverband Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü Vanja Ciric München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Condrobs Max Schubert München Condrobs Vanja Ciric München Condrobs Vanja Paula Fernandes München Condrobs Vanja Ciric München Condr	Bezirkskrankenhaus Haar	Allgemein Psychiatrie	Dr. Wolfgang Eymer	Haar
Bündnis Die Grünen Stadträtin Lydia Dietrich München Buschra e.V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritas Zentrum Mü Michael Stefan München Caritas-Zentrum Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Wiktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Winchen Wünchen Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München SU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München <td>bfz München</td> <td></td> <td>Reinhard Haslinger</td> <td>München</td>	bfz München		Reinhard Haslinger	München
Buschra e.V. Dr. Kathi Selig München Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritasverband Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Condrobs Max Schubert München Condrobs V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Ruth Weigel München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Frauentherapiezentr. Mü.e. V. Gabriele Bauer München Erziehungsdienst für Frauen Ev. Beratungsdienst	Bundesverband Regionalgruppe	Neurofibromatose	Siegrid Sommer	München
Caritas Zentrum Mü Schuldnerberatung Mira Cindric München Caritasverband Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Wigrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs Viktorija Colak München Condrobs Viktorija Paula Fernandes München Condrobs Viktorija Paula Paula Fernandes München Condrobs Viktorija Paula Paul	Bündnis Die Grünen	Stadträtin	Lydia Dietrich	München
Caritasverband Migrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Caritas-Zentrum Mü Caritas-Zentrum Mü Caritas-Zentrum Mü Caritas-Zentrum Mü Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Ruth Weigel München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst für Frauen E	Buschra e.V.		Dr. Kathi Selig	München
Caritas-Zentrum Mügrationsdienst Monika Meisinger München Caritas-Zentrum Mü Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München Donna Mobile Kimmerle-Retzer München EpilepsieBeratung Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen München	Caritas Zentrum Mü	Schuldnerberatung	Mira Cindric	München
Caritas-Zentrum Mü-West u.Würmtal Christine Lechner München Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Vanja Ciric München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Feya Palecek München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Erziehungsberatungstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marchen München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München Ev. Beratungsdienst für Frauen München München	Caritasverband		Michael Stefan	München
Caritas-Zentrum Mü Viktorija Colak München Caritas-Zentrum Mü Vanja Ciric München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen. Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München Donna Mobile Ruth Weigel München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Caritas-Zentrum	Migrationsdienst	Monika Meisinger	München
Caritas-Zentrum Mü Vanja Ciric München Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München	Caritas-Zentrum	Mü-West u.Würmtal	Christine Lechner	München
Caritas-Zentrum Mü Migrationsdienst Paula Fernandes München Condrobs Max Schubert München Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e. V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev.Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Caritas-Zentrum Mü		Viktorija Colak	München
Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Kimmerle-Retzer München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Caritas-Zentrum Mü		Vanja Ciric	München
Condrobs Lydia Posselt München Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Caritas-Zentrum Mü	Migrationsdienst	Paula Fernandes	München
Condrobs e.V. Karin Wiggehauser München CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Condrobs		Max Schubert	München
CSU-Fraktion Stadträtin Eva Caim München CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Condrobs		Lydia Posselt	München
CSU-Stadtratsfraktion Stadträtin Gisela Oberloher München Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauen München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Ev. Beratungsdienst für Frauen München	Condrobs e.V.		Karin Wiggehauser	München
Delegierte Sen.Beirat Herta München Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Magdlena Stumhofer München Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München Ev. Beratungsdienst für Frauen München Ev. Beratungsdienst für Frauen München Ev. Beratungsdienst für Frauen München	CSU-Fraktion	Stadträtin	Eva Caim	München
Deutsche Multiple Sklerose Gesell. Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München München München München München München Ev. Beratungsdienst Kimmerle-Retzer München München München München München München Ev. Beratungsdienst Kür Frauen München Wierheim München	CSU-Stadtratsfraktion	Stadträtin	Gisela Oberloher	München
Donna Mobile Gesundheitsberatung Dr. Sanja Hasandedic München Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Delegierte Sen.Beirat		Herta	München
Donna Mobile Feya Palecek München Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Deutsche Multiple Sklerose Gesell.		Magdlena Stumhofer	München
Donna Mobile Ruth Weigel München EpilepsieBeratung Kimmerle-Retzer München Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Donna Mobile	Gesundheitsberatung	Dr. Sanja Hasandedic	München
EpilepsieBeratung Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev.Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Donna Mobile		Feya Palecek	München
Erziehungsberatungsstelle Neuperlach Andrea Keim-Hehl München Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev.Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Donna Mobile		Ruth Weigel	München
Ev. Beratungsdienst Frauentherapiezentr. Mü.e.V. Gabriele Bauer München Ev. Beratungsdienst für Frauen Marta Karagiannaki München Ev. Telefonfürsorge Bettina Irschl München Ev. Beratungsdienst für Frauen Thoma München Ev. Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	EpilepsieBeratung		Kimmerle-Retzer	München
Ev. Beratungsdienst für FrauenMarta KaragiannakiMünchenEv. TelefonfürsorgeBettina IrschlMünchenEv.Beratungsdienstfür FrauenThomaMünchenEv.Beratungsdienstfür FrauenWierheimMünchen	Erziehungsberatungsstelle	Neuperlach	Andrea Keim-Hehl	München
Ev. TelefonfürsorgeBettina IrschlMünchenEv.Beratungsdienstfür FrauenThomaMünchenEv.Beratungsdienstfür FrauenWierheimMünchen	Ev. Beratungsdienst	Frauentherapiezentr. Mü.e.V.	Gabriele Bauer	München
Ev.Beratungsdienstfür FrauenThomaMünchenEv.Beratungsdienstfür FrauenWierheimMünchen	Ev. Beratungsdienst für Frauen		Marta Karagiannaki	München
Ev.Beratungsdienst für Frauen Wierheim München	Ev. Telefonfürsorge		Bettina Irschl	München
	Ev.Beratungsdienst	für Frauen	Thoma	München
Ev.Beratungsdienst für Frauen Wegele München	Ev.Beratungsdienst	für Frauen	Wierheim	München
	Ev.Beratungsdienst	für Frauen	Wegele	München

Ev.Beratungsdienst	für Frauen	Reitter	München
Ev.Beratungsdienst	für Frauen	Hanke	München
Ev.Beratungsdienst	für Frauen	Hitzler	München
Frauen beraten e.V.	Beratu. F. Schwangersch.	Brönneke-F.deC.	München
Frauentherapiezentrum	Betreuetes Einzelwohnen	Doris Schaupp	München
Frauentherapiezentrum		Yasemin Sinop	München
Frauentherapiezentrum Mü	Betreutes Einzelwohnen	Karin Kapke	München
Frauentherapiezentrum Mü.e.V.	Betreutes Einzelwohnen	Claudia Wiech	München
Frauentherapiezentrum-Suchtberat.		Dagmar Pick	München
Frauentherapiezentrum-Suchtberat.		Barbara Schneitl	München
FTZ1- Frauentherapaiezentrum	Psychosoziale Bratungsstelle	Gisela Hilbert	München
Gerontopschiatrischer Dienst	Mü-Ost	Geßlein	München
Geschäftsführung	Behindertenbeirat	Karin von Spiessen	
Gesundheitsladen	Patientenstelle	Jürgen Kretschmer	München
Gesundheitsladen	Patientenberatung	Carola Sraier	München
GpDi MüNord		Eva Micka-Lewe	München
Haus a.d.Kyreinstr.		Angelika Libisch	München
Haus a.d.Kyreinstr.		Christina Specht	München
Haus a.d.Pistorinistraße	Kath.Männerfürsorgeverein	Ganser	München
Haus a.d.Pistorinistraße	Kath.Männerfürsorgeverein	Mechthilf Kochheim-Schrepp	München
Hilfswerkfbrachmann@hilfswerk-	muenchen.de	Friederike Brachmann	
Horizonte e.V.	Bezirks-KH Haar	Eberhard Kuhn	Haar
IAF e.V. Verband	binationaler Familien	Lina Ortuno	
In Via Kofiza von	Diozesan Mü-Freising	Mathilde Ligitimus-Schleicher	
Innere Mission München		Sabine Frey	München
Interkulturelle Qualitätsentwicklung	Projektbüro	Rania Yoksulabakan	München
ISAR-WÜRM-LECH	Werkstätten f. behilderte	Christine Fischer v.Bernus	München
Kath.Männerfürsorgeverein		Mauinger-Zech	München
Kath.Männerfürsorgeverein		Heiß	München
Kath.Männerfürsorgeverein		Dill	München
Kath.Männerfürsorgeverein		Lattemann	München
Kath.Männerfürsorgeverein		Kanzelsberger	München
KH r.d.lsar	Stat. 9/2	Katharina Gloser	München
Klinikum Ingolstadt	Stat.27	Thomas Sigl	Ingolstadt

Kontakt Tee		Susan Mosler	München
Kontakte Tee		Philipp Sieberth	München
Kontaktladen Limit Condrobs e.V.		Markus Weber	München
Landeshauptstadt München		Franz Hummel	München
Landeshauptstadt München	POR	Ulrike Stern-Sträter	München
Landesverband Angehöriger psychisc	h kranker Menschen	Karl Heinz Moehrmann	München
Langzeitwohnprojekt für psychisch kra	anke Menschen	Doris Krause	München
Mobiler Psychiatrischer Krisendienst		Simone Eiche	München
Mü. Aids-Hilfe		Steffi Vogel	München
Münchner Aids-Hilfe		Mariion Biberger	München
Münchner Bildungswerk		Claudia Kajal	München
Münchner Psychiatrieerfahrene e.V.		N.N.	München
MÜPE e.V.		N.N.	München
MÜPE e.V.		N.N.	Dachau
Ordinariat München		Thomas Teuchner	München
		Petra Wittur	
Praxis Concept		Wiese München	
Praxis Concept		Dagmar Prommersberger	München
Praxis Concept		Iris Butschek	München
Praxis Concept		Dr. Scelsi	München
Praxis f.Familiendiagnostik		Mechthilf Gödde	München
ProFamilia		Gabriele Schaller	München
ProFamilia		Silke Bittner	München
Psychol.Dienst f.Ausländer	Caritas Innenstadt	Dr. Rosbund	
Psycholog.Dienst f.Ausländer	Caritas Innenstadt	Elisabeth Maier	München
Psychosomatische Beratungsstelle		Doris Litera	München
Ref.Gesundh.u.Umwelt	Umweltsschutz u.vorsorge	Dr. Gabriele Wiedenmayer	München
Referat f.Gesundheit u.Umwelt		Dr. Renee Beck	München
Referat f.Gesundheit u.Umwelt	Drogenberatung	Brigitte Burkardt	München
Referat für Gesundheit und Umwelt	PS 1	Susanne Berg	München
Referat für Gesundheit und Umwelt	PS 1	Helmut Appelt	München
Referat für Gesundheit und Umwelt	PS 1	Werner Rödig	München
Referat für Gesundheit und Umwelt	Suchthilfekoordinatorin	Birgit Gorgas	München
Referat für Gesundheit und Umwelt	Zuschusswesen	Johanna Lux	München

Referat für Gesundheit und Umwelt	GVO	Dr. Schneider	München
Refugio München		Dr. Waltraut Wirtgen	München
Regenbogen Arbeit gGmbH		Sonja Auer	Haar
Regenbogen Wohnen gGmbH	Betreuung für psychisch Kr.	Maria Thomaser	Haar
Regenbogen Wohnen gGmbH		Alexandra Krug	Unterschleißheim
REGENBOGEN Wohnen gGmbH		Sonja Auer	
Reha e.V.		Gustl Mogl	München
Rentenversicherung Knappschaft		Natalie Salak	München
RGU		Renate Binder	München
RGU		Britta Lenk-Neumann	München
RGU	Gesundheitsbeirat	Klaus Hehl	München
RGU - GVO 6		Juliane Beck	München
RGU PS 3		Christel Haberland	München
RGU-GVO 6		Dr. Maria Gavranidou	München
RGU-GVO - 6		Andrea Mager-Tschira	München
RGU-GVO 6		Rita Fehrmann-Brunskill	München
RGU-KIK		Uschi Haag	München
RGU-PS 1		Gisela Wolf	München
RGU-PS 1		Susanne Schreiner	München
RGU-UW 11	Gesundheits-u.Umweltber.	Gabriele Spies	München
SBH-Pli	Häusliche Versorgung	Rotraud Wohlwend	München
SBH-Plinganserstr.		Iglhaut	München
Schulreferat	Pädagogisches Institut	Gabi Reichhelm	
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe		Ruth Schuster	München
Selbsthilfezentrum München		Eva Kreling	München
Selbsthilfezentrum München		Frank Meinhold	München
Seniorenbeirat		Inge Hügenell	München
S-I-AB	Abt. Hilfen i.Alter u.Behind.	Susanne Tschee	München
Sozialbürgerhaus LS	Häusliche Versorgung	Angelika Krauß	München
Sozialbürgerhaus Mitte		von Heimburg	München
Soziale Dienst Psychiatrie	Geschäftsstelle		Vaterstetten
Sozialpsychiatrische Dienste	Neuhausen-Nymphenburg		München
Sozialpsychiatrischer Dienst		Pscheiden	Ottobrunn
Sozialpsychiatrischer Dienst	Stadtmitte	Dr. Veronika Trenner	München

Sozialpsychiatrischer Dienst	Erding	Karin Trommeter	Erding
Sozialpsychiatrischer Dienst		Angela Filek	München
Sozialpsychiatrischer Dienst		Carmen Standfuß	München
Sozialpsychiatrischer Dienst		Gisela Prohaska	München
Sozialpsychiatrischer Dienst		Dietmar Hayen	Planegg
Sozialpsychiatrischer Dienst	Mü-Perlach	Manfred Urban	München
Sozialpsychiatrischer Dienst	Schwabing	Ulrike Bernauer	München
Sozialpsychiatrischer Dienst Laim		Theresa Holzapfel	München
Sozialreferat,	Sozialbürgerhaus	Gertrud Kiermeier	München
SPD-Fraktion	Stadtrat	Klaus Peter Rupp	München
S-SBG -Orl/TRL TR 1		Irene Pfenninger	München
S-SBH-Orl/S-TR2-BSA-21	Teilreg.2,Bezirkssoz.arbeit	Buchert	München
S-SBH-Orl/S-TR2-L		Klaus Prösl	München
Staatl.Beratungsstelle für Schwang.	im ebz	Sabine Simon	München
Städt. Klinikum Neuperlach		Göttlicher	München
Städt. Klinikum Schwabing	Klinischer Sozialdienst	Grimm	München
Städt.Klinik GmbH	Thalkirchen	Sigrid Daus	München
Städt.Kliniken,KH Mü-Schwabing	Station 24 ab	Jutta Schmitz	München
Städt.Klinikum Neuperlach		Bunzlauer	München
Sub-Beratungsstelle		Christopher Knoll	München
Sub-Beratungsstelle		Andreas Görg	München
Sub-Beratungsstelle		Sascha Hübner	München
Tagesstätte EigenSinn	Frauentherapiezentr. Mü.e.V.	Ruth Weizel	München
Verein f. Individuelles betreutes	Wohnen	Micheal Reiter	München
Verein Horizonte e.V.		Dr. Beate Hüttl	München
Wohngruppe Hundham	Hundham	Karin Walther	Samerberg
Wohnhilfe e.V.			München
		Gustl Mogl	München
		Nicole Kessler	München
		Hasiyet Richter-Tugrul	Erding
		Dr. Hans Richter	Erding
		Rau Konekanok	
		Dalia Ferreira Bischof	
		Mihreteab Tzeggereda	

Dunja Grimmer	Giessen
Claudia Kind	Herrsching
Karin Hirt	München
Dr. Christa Lippmann	München
Ruth Ostermeier	München
Ingelore Ilwousek	München
Dr. Renate Schieketanz	München
Anne Schöning	München
Bodo Klemz	München
Christine Glatzenberger	Rosenheim
Brunhild Haiberger	Rosenheim
Erna Hackl	München