

Additional material online

An English full-text version of this article is available at SpringerLink under supplementary material:
dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3

Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland

Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Depressionen zählen zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Störungen. Nach Schätzungen der Global Burden of Disease Study der WHO sind sie weltweit eine Hauptursache für krankheitsbedingte Behinderung [1] und haben einen großen Anteil an der globalen Krankheitslast [2]. Aufgrund ihrer weit verbreiteten und ihrer weitreichenden Krankheitsfolgen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene haben Depressionen und die Versorgung betroffener Personen eine hohe Public Health Relevanz [1, 3]. Mit dem allgemeinen Begriff Depression wird ein klinisches Spektrum beschrieben, das von einzelnen depressiven Symptomen über leichte oder unterschwellige Formen depressiver Störungen bis zu schweren depressiven Erkrankungen reicht [3]. Auch unterschwellige depressive Symptome sind dabei von hoher Relevanz. Selbst wenn diese noch nicht die Kriterien einer klinischen Störung erfüllen, führen sie oftmals zu Beeinträchtigungen und gehen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer schweren depressiven Erkrankung einher.

Zur Abschätzung der Krankheitslast und des Versorgungsbedarfs durch Depression in Deutschland werden verlässliche Informationen auf Bevölkerungsebene benötigt. Mit DEGS1, der ersten Welle der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS),

stehen aktuelle repräsentative Daten zur Verbreitung von Depression in der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren zur Verfügung [4]. Hierzu werden in unterschiedlichen Studienteilen von DEGS1 mehrere inhaltlich voneinander abzugrenzenden Teilaspekte von Depression berücksichtigt (■ **Tab. 1**, [5]). Aktuell bestehende depressive Symptome werden im schriftlichen Fragebogen anhand eines Selbstbeurteilungsinstrumentes erfasst, welches zum Screening für Depression in der klinischen Praxis [6] und zur Erfassung von depressiven Symptomen in Gesundheitssurveys etabliert ist [7]. Bereits diagnostizierte Depressionen werden im Rahmen des standardisierten ärztlichen Interviews erfragt [5], wodurch die Diagnoseprävalenz innerhalb des Versorgungssystems abgeschätzt und mit anderen Ländern verglichen werden kann [7]. Zusätzlich werden im Rahmen des Moduls Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) depressive Störungen nach den etablierten klinischen Kriterien der Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 durch ein standardisiertes diagnostisches Interview erfasst [5, 8].

In dem vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse von DEGS1 zur Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland dargestellt.

Methoden

Studiendesign und Stichprobe

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Konzept und Design von DEGS sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [5, 9, 10, 11, 12]. Die erste Erhebungswelle (DEGS1) wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt und umfasste Befragungen, Untersuchungen und Tests [4, 13]. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. DEGS1 hat ein Mischdesign, das sowohl quer- als auch längsschnittliche Analysen ermöglicht. Hierbei wurde eine Einwohnermeldeamtsstichprobe gezogen, die die ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) ergänzt. Insgesamt nahmen 8152 Personen teil, darunter 4193 Ersteingeladene (Response 42%) und 3959 ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des BGS98 (Response 62%). 7238 Personen besuchten eines der 180 Untersuchungszentren, 914 wurden ausschließlich befragt. Die Nettostichprobe [11] ermöglicht für den Altersbereich von 18 bis 79 Jahren (n=7988, davon 7116 in Untersuchungszentren) repräsentative Querschnittanalysen und Trendaussagen im Vergleich mit dem BGS98 [11]. Die hier vorgestellte Querschnittanalyse bezieht

Tab. 1 Erfassung verschiedener Aspekte von Depression in DEGS1

Aspekt von Depression	Studienteil	Instrument	Kommentar
Depressive Symptome	Schriftlicher, selbstausfüllbarer Fragebogen	PHQ-9	Dimensionale Erfassung der Häufigkeit von 9 depressiven Symptomen in den letzten 2 Wochen; Quantifizierung durch einen Summenwert mit 0 bis 27 Punkten
Depressive Symptomatik	Schriftlicher, selbstausfüllbarer Fragebogen	PHQ-9	Kategoriale Erfassung einer depressiven Symptomatik mit mehreren depressiven Symptomen in den letzten 2 Wochen; abgeleitet vom PHQ-9-Summenwert durch Dichotomisierung am Schwellenwert ≥ 10 Punkte
Diagnostizierte Depression	Ärztliches Interview	Geschlossene Frage: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“	Selbstangaben der Teilnehmenden zu jemals und in den letzten 12 Monaten diagnostizierten Depressionen
Depressive Störung	Modul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)	CIDI-Interview	Diagnosestellung einer depressiven Störung nach Kriterien der klinischen Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10

PHQ-9 Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire, *CIDI* Composite International Diagnostic Interview, *DSM-IV* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage, *ICD-10* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Ausgabe.

sich auf die Stichprobe der 7988 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren, die an den Befragungen teilgenommen haben [11].

Depressive Symptomatik

Aktuell bestehende depressive Symptome wurden im schriftlichen, selbstausfüllbaren Fragebogen [5, 13] mit dem Depressionsmodul des „Gesundheitsfragebogens für Patienten“ erfasst, der deutschen Version des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ) [6, 14]. Das als PHQ-9 bezeichnete Depressionsmodul ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem das Vorliegen und die Häufigkeit von 9 depressiven Symptomen innerhalb der letzten 2 Wochen gemäß der diagnostischen Kriterien einer Major Depression nach DSM-IV erfragt wird (vermindertes Interesse oder Freude, depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Müdigkeit oder Energieverlust, Appetitstörung, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Konzentrationsstörung, psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe, Suizidgedanken). Je nach angegebener Häufigkeit der Symptome werden jedem Item 0 („Überhaupt nicht“), 1 („An einzelnen Tagen“), 2 („An mehr als der Hälfte der Tage“) oder 3 („Beinahe jeden Tag“) Punkte zugewiesen. Der Skalensummenwert entspricht der Summe der Punktwerte aller 9 Items und variiert zwischen 0 und 27 Punkten. Ein Punktwert von 10 oder mehr Punkten wird als Vorliegen einer depressiven Symptomatik definiert [6, 14].

Diagnostizierte Depression

Im Rahmen des standardisierten, computergestützten, persönlichen Interviews (CAPI) durch eine Studienärztin oder einen Studienarzt [5, 13] wurde eine jemals diagnostizierte Depression durch die folgende Frage erfasst: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“ Falls diese Frage bejaht wurde, folgte eine zusätzliche Frage zur Erfassung einer diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten: „Ist die Depression auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten?“

Kovariablen

Der sozioökonomische Status (SES) wurde anhand eines Indexes bestimmt, in den Angaben aus dem schriftlichen Fragebogen zu schulischer und beruflicher Ausbildung, beruflicher Stellung sowie Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet) eingehen und der eine Einteilung in niedrige, mittlere und hohe Statusgruppe ermöglicht [15].

Die Wohnortgröße wurde auf Basis der amtlichen Gemeindekennziffer des Wohnortes als aggregierte politische Gemeindegrößenklasse mit den Ausprägungen ländlich (<5000 Einwohner), kleinstädtisch (5000–<20.000 Einwohner), mittelstädtisch (20.000–<100.000) und großstädtisch (≥ 100.000 Einwohner) definiert [11].

Statistische Analyse

Die Punktprävalenz einer depressiven Symptomatik sowie die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression wurden in Prozent mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) bezogen auf die Gesamtheit aller Personen mit gültigen Antworten berechnet. Personen mit fehlenden oder unvollständigen Antworten zum PHQ-9 und Personen mit fehlenden Angaben oder der Antwort „Weiß nicht“ auf die Fragen zu diagnostizierter Depression wurden von den jeweiligen Analysen ausgeschlossen.

Zusammenhänge zwischen den genannten Prävalenzen und Altersgruppe, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Wohnortgröße wurden mit logistischen Regressionsanalysen untersucht. Unterschiede wurden bei p-Werten <0,05 als statistisch signifikant angesehen.

Alle Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Staatsangehörigkeit sowie Gemeindetyp und Bildung korrigiert [11]. Bei der Berechnung der Gewichtung für die ehemaligen Teilnehmenden des BGS98 wurde die Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit, basierend auf einem logistischen Regressionsmodell, berücksichtigt. Eine Nonresponder-Analyse und der Vergleich einzelner erhobener Indikatoren mit Daten der amtlichen Statistik weisen auf eine hohe Repräsentativität der

Stichprobe für die Wohnbevölkerung in Deutschland im Alter von 18 bis 79 Jahren hin [11].

Um sowohl die Gewichtung als auch die Korrelation der Teilnehmenden innerhalb einer Gemeinde zu berücksichtigen, wurden Konfidenzintervalle und p-Werte mit den Survey-Prozeduren von Stata 12.1 berechnet.

Ergebnisse

Depressive Symptomatik

Die Vollversion des schriftlichen Fragebogens wurde von 7807 Personen (97,7% der 7988 Teilnehmenden) ausgefüllt. Vollständige Daten zum PHQ-9 lagen für 7524 dieser Befragten (96,4%) vor, darunter 3940 Frauen und 3584 Männer.

Eine depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10 Punkte) besteht bei 8,1% der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren (■ **Tab. 2**). Frauen zeigen mit 10,2% eine signifikant höhere Prävalenz als Männer mit 6,1% ($p < 0,0001$). Die Prävalenz ist in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren am höchsten (11,8% und 8,0%) und fällt danach ab. Diese Abnahme der Prävalenz mit zunehmendem Alter ist insgesamt ($p_{\text{Trend}}=0,01$) und bei Männern ($p_{\text{Trend}}=0,02$) statistisch signifikant, nicht aber bei Frauen ($p_{\text{Trend}}=0,09$). Die niedrigsten Prävalenzen finden sich bei Frauen und Männern im Alter von 70 bis 79 Jahren (7,7 und 4,2%). Frauen weisen in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen auf als Männer.

Insgesamt besteht ein inverser Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Prävalenz einer depressiven Symptomatik (■ **Tab. 3**). Personen in der niedrigen Statusgruppe zeigen eine fast dreifach höhere Prävalenz (13,6%) als Personen in der hohen Statusgruppe (4,6%, $p_{\text{Trend}} < 0,0001$). Dieser soziale Gradient ist bei Frauen deutlicher ausgeprägt, als bei Männern (p_{Trend} jeweils $< 0,0001$).

Hinsichtlich der Wohnortgröße findet sich die insgesamt niedrigste Prävalenz einer depressiven Symptomatik bei Personen, die in kleinstädtischen Wohnorten wohnen (5,8%, 95%-KI 4,7–7,1), verglichen mit Personen in großstädtischen (9,4%, 95%-KI 7,6–11,6, $p=0,03$),

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:733–739 DOI 10.1007/s00103-013-1688-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M.A. Busch · U.E. Maske · L. Ryl · R. Schlack · U. Hapke

Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Zusammenfassung

In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurden von 2008 bis 2011 in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 7988 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren aktuelle depressive Symptome mit dem „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-9) erfasst. Zusätzlich wurden diagnostizierte Depressionen in einem ärztlichen Interview erfragt. Eine depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10 Punkte) besteht bei 8,1% der Erwachsenen (Frauen 10,2%; Männer 6,1%). Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz bei 18- bis 29-Jährigen am höchsten und fällt danach ab. Bei Männern und Frauen mit höherem sozioökonomischem Status besteht seltener eine depressive Symptomatik. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression beträgt 11,6% (Frauen 15,4%; Män-

ner 7,8%) und ist am höchsten bei 60- bis 69-Jährigen; die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 6,0% (Frauen 8,1%; Männer 3,8%) und ist am höchsten bei 50- bis 59-Jährigen. Bei Frauen, aber nicht bei Männern sinken die Diagnoseprävalenzen mit steigendem sozioökonomischem Status. Die Ergebnisse beschreiben die weite Verbreitung von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland und bestätigen bekannte Zusammenhänge von Depression mit Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status.

Schlüsselwörter

Depressive Symptomatik · Depression · Prävalenz · Gesundheitssurvey · Bevölkerung

Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)

Abstract

In the German Health Interview and Examination Survey (DEGS1), current depressive symptoms were assessed with the „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-9) in a representative population-based sample of 7,988 adults 18–79 years old. In addition previously diagnosed depression was assessed by physician interview. The prevalence of current depressive symptoms (PHQ-9 ≥ 10 points) is 8.1% (women: 10.2%; men: 6.1%). For both sexes, the prevalence is highest among 18- to 29-year-olds and decreases with age. Persons with higher socioeconomic status (SES) are less likely to have current depressive symptoms. The lifetime prevalence of diagnosed depression is 11.6% (women: 15.4%;

men: 7.8%) and is highest among persons 60–69 years old. The 12 month prevalence is 6.0% (women: 8.1%; men: 3.8%) and is highest among 50- to 59-year-olds. In women, but not in men, prevalences decrease with increasing SES. The results describe the distribution of two important aspects of depression among the adult population in Germany and confirm previously observed associations with age, gender and SES. An English full-text version of this article is available at Springer-Link as supplemental.

Keywords

Depressive symptoms · Depression · Prevalence · Health survey · Population

mittelstädtischen (9,1%, 95%-KI 7,5–11,0, $p=0,02$) und ländlichen Wohnorten (7,4%, 95%-KI 6,0–9,1, $p=0,8$). Dieser Zusammenhang besteht in ähnlicher Weise bei Frauen und Männern und bleibt jeweils erhalten, wenn in der statistischen Analyse für die Einflüsse von Alter, Geschlecht und Sozialstatus adjustiert wird.

Diagnostizierte Depression

Daten zu jemals diagnostizierter Depression aus dem ärztlichen Interview lagen für 7912 der Befragten (99,1%) vor, darunter 4146 Frauen und 3766 Männer. Von diesen machten 7900 (99,9%) auch Angaben zum Vorliegen einer diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten.

Tab. 2 Prävalenz von depressiver Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10 Punkte) nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent (95%-Konfidenzintervall), n=7524

	18 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	Gesamt
Frauen	11,8 (9,0–15,3)	10,5 (7,3–14,7)	9,9 (7,6–12,8)	10,4 (8,1–13,3)	9,8 (7,1–13,4)	7,7 (5,1–11,4)	10,2 (8,9–11,5)
Männer	8,0 (5,5–11,5)	5,3 (2,9–9,5)	7,0 (5,0–9,7)	6,1 (4,5–8,3)	4,5 (2,9–6,9)	4,2 (2,6–7,0)	6,1 (5,2–7,2)
Gesamt	9,9 (7,8–12,3)	7,9 (5,7–10,8)	8,4 (6,7–10,5)	8,2 (6,7–10,1)	7,2 (5,6–9,2)	6,1 (4,3–8,6)	8,1 (7,3–9,1)

Tab. 3 Prävalenz von depressiver Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10 Punkte) und diagnostizierter Depression (Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz) nach Geschlecht und sozioökonomischem Status (SES) in Prozent (95%-Konfidenzintervall)

	Niedriger SES	Mittlerer SES	Hoher SES
Depressive Symptomatik (n=7876)			
Frauen	16,0 (12,7–19,9)	9,9 (8,3–11,7)	5,0 (3,5–7,0)
Männer	11,1 (8,1–15,0)	5,3 (4,3–6,5)	4,3 (2,9–6,3)
Gesamt	13,6 (11,2–16,5)	7,6 (6,6–8,8)	4,6 (3,6–6,0)
Diagnostizierte Depression: Lebenszeitprävalenz (n=7800)			
Frauen	19,8 (16,2–24,0)	14,3 (12,6–16,1)	13,9 (11,7–16,5)
Männer	8,8 (6,2–12,2)	7,6 (6,3–9,2)	6,6 (5,0–8,8)
Gesamt	14,5 (12,1–17,3)	11,0 (9,9–12,3)	9,9 (8,5–11,4)
Diagnostizierte Depression: 12-Monats-Prävalenz (n=7789)			
Frauen	12,9 (9,7–17,0)	7,0 (5,9–8,4)	5,5 (3,8–8,1)
Männer	3,7 (2,2–6,2)	3,6 (2,7–4,8)	3,7 (2,3–5,7)
Gesamt	8,5 (6,6–10,9)	5,4 (4,6–6,3)	4,5 (3,4–6,0)

Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression beträgt insgesamt 11,6% (■ **Tab. 4**). Frauen geben mit 15,4% fast doppelt so häufig eine jemals diagnostizierte Depression an wie Männer mit 7,8% ($p < 0,0001$). Die Lebenszeitprävalenz steigt mit zunehmendem Alter, ist am höchsten bei Frauen und Männern in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren (22,9 und 11,6%) und sinkt danach wieder. Am niedrigsten ist die Prävalenz im jungen Erwachsenenalter von 18 bis 29 Jahren (8,5 und 4,2%). Im Vergleich zu den 60- bis 69-Jährigen finden sich insgesamt niedrigere Prävalenzen (jeweils $p \leq 0,001$) in allen anderen Altersgruppen außer bei Personen im Alter von 50 bis 59 Jahren.

Eine diagnostizierte Depression in den letzten 12 Monaten wird von insgesamt 6,0% der Teilnehmenden berichtet, wobei auch hier die Prävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch ist (8,1%) wie bei den Männern (3,8%, $p < 0,0001$). Bei Frauen und Männern sind auch die 12-Monats-Prävalenzen am niedrigsten in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahre (5,1 und 2,1%), steigen dann bis zu den höchsten Prävalenzen bei den 50- bis 59-Jährigen (10,9 und 6,0%) kontinuierlich an und sinken danach wieder. Im Vergleich zu den 50-

bis 59-Jährigen finden sich insgesamt signifikant niedrigere Prävalenzen in allen anderen Altersgruppen außer bei 60- bis 69-Jährigen.

Bei Frauen besteht ein inverser Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Lebenszeit- sowie der 12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression (■ **Tab. 3**). Beide Prävalenzen gehen mit steigendem sozioökonomischem Status signifikant zurück ($p_{Trend} = 0,01$ und $< 0,0001$). Dabei ist der Unterschied besonders groß zwischen den Frauen mit hohem und solchen mit mittlerem oder niedrigem sozioökonomischem Status. Die 12-Monats-Prävalenz ist bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status mit 12,9% mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen mit hohem sozioökonomischem Status. Bei Männern besteht hingegen kein eindeutiger sozialer Gradient. In einer vertiefenden altersgruppenspezifischen Analyse zeigt sich lediglich ein sozialer Gradient bei Männern in den mittleren Altersgruppen (40 bis 59 Jahre), aber nicht bei Männern unter 40 oder über 59 Jahren.

Die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenzen einer diagnostizierten Depression sind insgesamt am höchsten in großstädtischen Wohnorten (13,7 und

7,6%), gefolgt von mittelstädtischen (11,4 und 5,5%) und ländlichen Wohnorten (10,5 und 5,7%), und am niedrigsten in kleinstädtischen Wohnorten (9,9 und 4,4%). Für die 12-Monats-Prävalenz besteht der signifikante Zusammenhang mit der Wohnortgröße gleichermaßen bei Männern und Frauen, für die Lebenszeitprävalenz findet er sich nur bei Frauen.

Diskussion

Die hier dargestellten Ergebnisse der ersten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) leisten einen Beitrag zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs und der gesellschaftlichen Krankheitslast durch Depression in Deutschland. Es werden aktuelle Daten zur Prävalenz und Verteilung zweier wesentlicher Teilaspekte von Depression in der deutschen Erwachsenenbevölkerung dargestellt. Bundesweit repräsentative Daten zur Prävalenz von depressiven Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren waren zuletzt im Rahmen des Moduls Psychische Störungen im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) erhoben worden [16]. Die jetzigen Daten aus DEGS1 erweitern die damaligen Befunde, indem diesmal auch ältere Personen bis 79 Jahre in die Untersuchung der psychischen Gesundheit einbezogen wurden und 2 wesentliche, in internationalen Gesundheitssurveys etablierte Indikatoren für Depression bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Hauptsurveys erhoben wurden.

Depressive Symptomatik

Vergleichsdaten zur Prävalenz einer depressiven Symptomatik in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung liegen aus Deutschland bislang nicht vor. In den US-amerikanischen Gesundheitssurveys National Health and Nutrition Examination

Tab. 4 Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von diagnostizierter Depression nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent (95%-Konfidenzintervall)

	18 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	Gesamt
Lebenszeitprävalenz (n=7912)							
Frauen	8,5 (5,8–12,2)	12,4 (9,1–16,7)	16,0 (13,0–19,4)	19,4 (16,5–22,6)	22,9 (18,8–27,5)	14,0 (10,8–17,9)	15,4 (14,0–17,0)
Männer	4,2 (2,5–7,0)	7,5 (5,2–10,9)	6,8 (4,8–9,6)	10,1 (7,7–13,1)	11,6 (8,9–14,8)	7,9 (5,2–11,9)	7,8 (6,7–9,0)
Gesamt	6,3 (4,6–8,5)	9,9 (7,9–12,5)	11,3 (9,3–13,7)	14,7 (12,7–17,0)	17,3 (14,7–20,2)	11,2 (9,0–14,0)	11,6 (10,7–12,6)
12-Monats-Prävalenz (n=7900)							
Frauen	5,1 (3,2–8,2)	7,3 (4,7–11,3)	8,5 (6,2–11,6)	10,9 (8,6–13,6)	10,7 (8,0–14,2)	5,9 (3,8–9,1)	8,1 (7,0–9,4)
Männer	2,1 (1,1–4,0)	3,4 (1,7–6,5)	3,6 (2,2–5,8)	6,0 (4,3–8,4)	5,0 (3,2–7,7)	2,7 (1,2–5,8)	3,8 (3,1–4,7)
Gesamt	3,6 (2,4–5,2)	5,3 (3,7–7,7)	6,0 (4,5–7,9)	8,4 (6,9–10,4)	7,9 (6,2–10,0)	4,5 (3,0–6,6)	6,0 (5,3–6,7)

Survey (NHANES) und Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) wird eine depressive Symptomatik anhand des PHQ-9 mit dem Cut-off von ≥ 10 Punkten jedoch seit Langem erfasst [7]. Die dort erhobenen Punktprävalenzen zwischen 6,8% (NHANES 2005–2008) und 8,7% (BRFSS 2006) sind gut mit der jetzt in DEGS1 erhobenen Prävalenz von insgesamt 8,1% vergleichbar. Auch die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bewegen sich in vergleichbaren Größenordnungen (BRFSS 10,5 und 6,8% [17], DEGS1 10,2 und 6,1%). In BRFSS haben sich die Prävalenzen über mehrere Jahre als stabil erwiesen [7].

Diagnostizierte Depression

Ein Vergleich der Diagnoseprävalenz in DEGS1 mit der Verbreitung von Depressionen im Modul Psychische Störungen des BGS98 (BGS98-MH) wird durch den Einsatz unterschiedlicher Erhebungsinstrumente erschwert. In BGS98-MH wurden depressive Störungen mit dem auf klinischen Kriterien basierenden standardisierten CIDI-Interview diagnostiziert. Demnach betrug die 12-Monats-Prävalenz einer Depression 11% bei Frauen und 6% bei Männern im Alter von 18 bis 65 Jahren [16]. Die auf Selbstangaben von diagnostizierten Depressionen beruhende leicht niedrigere Prävalenz in DEGS1 kann dadurch bedingt sein, dass hierdurch nicht diagnostizierte Depressionen nicht erfasst wurden und dass Personen mit einer Depression diese nicht angegeben haben. Somit sind Schätzungen zur Verbreitung von Depressionen anhand der DEGS1-Frage nach diagnostizierter Depression im Vergleich zu klinisch-diagnostischen Interviews als konservativ anzusehen, da sie nur

die angegebenen, bereits diagnostizierten Erkrankungen erfassen. In anderen Studien ist die 12-Monats-Prävalenz einer Major-Depression auf insgesamt 6,9% in Europa (ohne Hinweis auf Zu- oder Abnahme zwischen 2005 und 2011) [18] und 6,6% in den USA [19] geschätzt worden. Ein Vergleich von DEGS1 mit BGS98-MH und internationalen Daten wird durch das Modul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) ermöglicht, in dem depressive Störungen ebenfalls durch ein standardisiertes CIDI-Interview diagnostiziert wurden (■ Tab. 1, [8]).

Dass es sich bei der Prävalenz diagnostizierter Depression dennoch um einen robusten Indikator für eine Depression handelt, zeigt die gute Vergleichbarkeit der DEGS1-Ergebnisse mit Ergebnissen der Studie GEDA 2009. In dieser Studie wurde eine diagnostizierte Depression durch eine ähnliche Frage und zu einem ähnlichen Erhebungszeitpunkt erhoben wie in DEGS1 [20]. Die 12-Monats-Prävalenzen lagen mit 8% bei Frauen und 4,5% bei Männern sehr eng an den Prävalenzen in DEGS1.

In einer Analyse von Diagnoseprävalenzen anhand von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 2007 ergab sich eine 12-Monats-Prävalenz, die mit 10,2% über der in DEGS1 gefundenen Prävalenz liegt [21]. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in diese Auswertungen Personen ohne obere Altersbegrenzung eingeschlossen wurden und die altersspezifischen Prävalenzen einen zweigipfligen Verlauf nahmen und im Alter ab 80 Jahren noch einmal deutlich anstiegen. Zudem sind in DEGS1 aufgrund des Studiendesigns Personen mit akuten schweren Depressionen wahrscheinlich unterrepräsentiert [5, 11].

Zusammenhänge mit soziodemografischen Faktoren

Die Prävalenzen von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression sind deutlich altersabhängig, zeigen im Altersgang jedoch unterschiedliche charakteristische Muster. Dass die Prävalenz einer depressiven Symptomatik im jungen Erwachsenenalter am höchsten ist und danach mit zunehmendem Alter kontinuierlich abfällt, ist eine Bestätigung der Ergebnisse des amerikanischen Gesundheitssurveys BRFSS [17]. Dass die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenzen einer diagnostizierten Depression von den 18- bis 29-Jährigen zunächst ansteigen, im Alter zwischen 50 und 69 Jahren am höchsten sind und im höheren Lebensalter wieder abfallen, ist ebenfalls aus anderen Surveys bekannt [17, 20]. Für diese Alterseffekte können altersabhängig unterschiedlich wirksame Belastungs- und Resilienzfaktoren oder auch biografische Einflüsse eine Rolle spielen [3, 22]. Darüber hinaus treten im Alter öfter untypische Depressionen (z. B. mit im Vordergrund stehenden körperlichen Symptomen) auf, die mit den hier eingesetzten Instrumenten nicht erfasst und auch seltener ärztlich diagnostiziert werden [3, 23]. Ferner kann ein altersabhängiger Methodenartefakt im Sinne eines Informationsbias durch selteneres Erinnern, Wahrnehmen oder Berichten depressiver Symptome und Erkrankungen bei älteren Personen nicht ausgeschlossen werden [3, 22].

Dass Frauen insgesamt und altersgruppenspezifisch höhere Prävalenzen für depressive Erkrankungen aufweisen und öfter durch depressive Symptome belastet sind, ist in zahlreichen deutschen und internationalen Studien ge-

zeigt worden [3, 7, 16, 19, 20, 21, 24]. Diese Befunde werden auch von DEGS1 bestätigt. Dem Geschlechterunterschied liegen wahrscheinlich eine Vielzahl verschiedener neurobiologischer, hormoneller, psychosozialer, verhaltensbezogener und anderer Ursachen sowie auch Unterschiede in der Wahrnehmung und Kommunikation depressiver Symptome zugrunde [3, 25, 26].

Ein niedriger sozioökonomischer Status ist mit einem erhöhten Risiko für depressive Erkrankungen und andere psychische Störungen assoziiert [24, 27, 28]. Dieser Zusammenhang war bereits in BGS98-MH [16] und in GEDA2009 [20] auch für Deutschland gezeigt worden und wird nun durch die Ergebnisse von DEGS1 erneut bestätigt.

Die erwähnte Analyse von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im Jahr 2007 konnte ebenfalls einen Einfluss des Wohnortes auf die Diagnoseprävalenz einer Depression zeigen, der unabhängig von Alter, Geschlecht und Sozialstatus war [21]. Ebenso wie in DEGS1 war die Prävalenz in großstädtischen Wohnorten am höchsten, es wurden jedoch ebenfalls hohe Prävalenzen in ländlichen Räumen gefunden.

Stärken und Limitationen

DEGS1 ist eine bundesweite, bevölkerungsrepräsentative Studie, die Verallgemeinerungen der Verteilung von Depression für die erwachsene Wohnbevölkerung in Deutschland erlaubt. Im Zusammenhang mit anderen gesundheitsrelevanten Informationen können in vertiefenden Analysen Rückschlüsse auf Einflussfaktoren, Krankheitsfolgen und resultierende Inanspruchnahme gezogen werden.

Einschränkend ist anzumerken, dass die hier vorgestellten Daten auf Selbstangaben der Teilnehmenden beruhen. Durch die Daten aus dem diagnostischen Interview in DEGS1-MH können die erhobenen Daten zur depressiven Symptomatik und zu diagnostizierter Depression jedoch in weiteren Analysen überprüft und ergänzt werden [8]. Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass Personen mit aktuell bestehender Depression und schweren Verläufen in

der Stichprobe unterrepräsentiert sind. Daher sind die hier angegebenen Prävalenzschätzungen insgesamt als konservativ anzusehen. Da die hier ausgewerteten Instrumente im BGS98 nicht eingesetzt worden waren, ist eine Analyse der Prävalenzen im zeitlichen Verlauf für diese Teilaspekte der Depression nicht möglich. Diese Lücke wird, wie bereits erwähnt, durch Verlaufs- und Trendanalysen mit Daten des DEGS1-MH geschlossen werden. Aufgrund der inhaltlichen Unterschiede zwischen den erfassten Teilaspekten von Depression in DEGS1 und DEGS1-MH ist mit deutlichen Unterschieden in den hierauf beruhenden Schätzungen der Prävalenz und Verteilung von Depression in der Bevölkerung zu rechnen. Obgleich diese Teilaspekte in engem Bezug zueinander stehen, können die zugehörigen Prävalenzen aufgrund der inhaltlichen Unterschiede nicht direkt miteinander verglichen werden.

Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse aus der ersten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) beschreiben die weite Verbreitung von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland und bestätigen weitgehend die bekannten Zusammenhänge der Depression mit dem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status.

Korrespondenzadresse

Dr. M.A. Busch

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut General-Pape-Str. 62-66, 12101 Berlin BuschM@rki.de

Finanzierung der Studie. Die Studie wurde finanziert mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al (2013) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2163–2196
- Murray CJL, Vos T, Lozano R et al (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2197–2223
- Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L (2010) Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Robert Koch-Institut, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al (2012) German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12:730
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen, 2. Aufl. Pfizer, Karlsruhe
- Reeves WC, Strine TW, Pratt LA et al (2011) Mental illness surveillance among adults in the United States. *MMWR Surveill Summ* 60(Suppl 3):1–29
- Jacobi F, Mack S, Gerschlager A et al (2013) The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Meth Psychiatric Res* (im Druck)
- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 52:557–570
- Kurth BM (2012) Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. *Public Health Forum* 20(76):4.e1–4.e3
- Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 56:620–630
- Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth BM (2012) DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 55:775–780
- Gößwald A, Lange M, Döller R, Hölling H (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 56:611–619
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16:606–613
- Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 56:631–636

-
16. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597–611
 17. Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS et al (2008) Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatr Serv* 59:1383–1390
 18. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:655–679
 19. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289:3095–3105
 20. Busch M, Hapke U, Mensink GBM (2011) Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. *GBE kompakt* 2(7). Robert Koch-Intitut, Berlin
 21. Erhart M, Stillfried D von (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/Bericht_Depressionen_20120529.pdf
 22. Mauz E, Jacobi F (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatr Prax* 35:343–352
 23. Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie depressiver Erkrankungen und suizidaler Handlungen. In: Weyerer S, Bickel H (Hrsg) *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Kohlhammer, Stuttgart, S 115–136
 24. Bromet E, Andrade L, Hwang I et al (2011) Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 9:90
 25. Kuehner C (2003) Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 108:163–174
 26. Noble RE (2005) Depression in women. *Metabolism* 54:49–52
 27. Lorant V, Deliège D, Eaton W et al (2003) Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 157:98–112
 28. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 78:413–426

Hier steht eine Anzeige.