

Journal of Health Monitoring · 2022 7(4)
DOI 10.25646/10663
Robert Koch-Institut, Berlin

Ulfert Hapke, Christina Kersjes,
Jens Hoebel, Ronny Kuhnert,
Sophie Eicher, Stefan Damerow

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 12.08.2022
Akzeptiert: 05.10.2022
Veröffentlicht: 20.12.2022

Depressive Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung vor und im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der GEDA-Studie 2019/2020

Abstract

Hintergrund: Studienergebnisse zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit im ersten Jahr der Pandemie sind widersprüchlich. Die Studie GEDA 2019/2020 ermöglicht, Veränderungen hinsichtlich der depressiven Symptomatik in der Bevölkerung zu untersuchen.

Methode: Mit einem standardisierten telefonischen Interview wurde eine Zufallsstichprobe der Bevölkerung in Deutschland ab 15 Jahren befragt. Um saisonale Effekte auszuschließen, wurden 10.220 Interviewte des Zeitraums April 2019 bis Januar 2020 mit 11.900 des Zeitraums April 2020 bis Januar 2021 verglichen. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wurde mit dem international etablierten 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erfasst.

Ergebnisse: Die Prävalenz der depressiven Symptomatik reduzierte sich im hier betrachteten ersten Jahr der Pandemie von vorher 9,2 % auf 7,6 %. Veränderungen fallen bei Frauen und Männer sowie Alters- und Bildungsgruppen unterschiedlich aus. Die Analyse von Einzelsymptomen legt nahe, dass es sich nicht um eine Verringerung von psychischen Störungen des depressiven Formenkreises im engeren Sinne handelt, sondern um einen Rückgang stressassoziierter Einzelsymptome.

Schlussfolgerungen: Der Rückgang von stressassozierten depressiven Symptomen in Teilen der Bevölkerung lässt sich als Hinweis darauf werten, dass pandemiebedingte Veränderungen in Alltag und Arbeitswelt sich in bestimmten Gruppen positiv auf einzelne Bereiche psychischer Gesundheit ausgewirkt haben könnten, zumindest temporär im ersten Jahr der Pandemie. Die weiterhin stark ausgeprägte soziale Ungleichheit in der depressiven Symptomatik zuungunsten unterer Bildungsgruppen bekräftigt, dass der Bedarf an soziallagenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention mit Blick auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen sozial benachteiligter Menschen in Pandemiezeiten nicht aus dem Blickfeld geraten darf. Für Gruppen in der Bevölkerung, die in dieser Phase der Pandemie teilweise eine Verschlechterung der Symptomlage zeigten, z. B. die geminderte Konzentrationsfähigkeit hochaltriger Männer, sollten zukünftig gezielte Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen werden.

COVID-19-PANDEMIE · DEPRESSION · PSYCHISCHE GESUNDHEIT · RESILIENZ · LEBENSALTER · PHQ-8

GEDA 2019/2020

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 26.507 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis Januar 2021 (GEDA-EHIS bis September 2020)

GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

1. Einleitung

Als bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragung bei Erwachsenen in Deutschland bildet die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ein wesentliches Standbein des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) [1]. Seit GEDA 2014/2015-EHIS ist der Fragebogen des europäischen Gesundheitssurveys (European Health Interview Survey, EHIS), der alle fünf Jahre zur Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt wird, in GEDA integriert [2]. Die jetzige Arbeit ergänzt bisherige Arbeiten zur depressiven Symptomatik, die auf der Basis von GEDA-EHIS erstellt wurden. Hierbei wurden unter anderem die depressive Symptomatik zusammen mit anderen ausgewählten Indikatoren zur gesundheitlichen Lage in Deutschland beschrieben [3], Ergebnisse für Deutschland mit anderen europäischen Ländern verglichen [4] sowie erste Beobachtungen seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie veröffentlicht [5–7].

Eine depressive Symptomatik tritt nicht nur bei einer manifesten Depression im Sinne einer psychischen Störung auf. Sie kann auch als Begleit- oder Folgesymptomatik anderer psychischer Störungen, Traumatisierungen, bei chronischem Stress sowie anderen psychischen Belastungen auftreten. Die Folgen von Depressionen für das Individuum, die Gesellschaft und das Gesundheitssystem sind gravierend [8]. Aus diesem Grunde ist es von besonderer Bedeutung, etwaige durch Krisen ausgelöste Veränderungen in der Bevölkerung zu ermitteln. Der in GEDA 2019/2020-EHIS verwendete Fragebogen, der Patient Health Questionnaire (PHQ-8), ist mit annähernd allen

Bereichen der psychischen Gesundheit korreliert und deckt insgesamt acht Symptombereiche ab. Dieses Instrument ermöglicht, spezifische Symptombereiche zu analysieren und etwaige Veränderungen hinsichtlich der depressiven Symptomatik auf einzelne Symptombereiche zurückzuführen. Grundlegende Ergebnisse zur depressiven Symptomatik im Zusammenhang mit anderen Gesundheitsaspekten, methodische Besonderheiten des PHQ und seine Aussagekraft im Vergleich zu anderen bevölkerungsbezogenen Indikatoren der psychischen Gesundheit im Allgemeinen sowie der Depression im Besonderen, sind in einem aktuellen Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit in Deutschland veröffentlicht worden [8]. Die aktuelle GEDA-Erhebung ermöglicht eine Analyse der depressiven Symptomatik während, sowie einen Vergleich mit Zeiten vor der Pandemie.

Im Vorfeld der vorliegenden Analysen wurde vom RKI ein Rapid Review (Stand 30.7.2021) zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland in der Zeit der COVID-19-Pandemie erstellt [9]. Zu diesem Zeitpunkt bezog sich die Mehrheit der Studien auf die erste Phase der Pandemie, die maßgeblich durch Eindämmungsmaßnahmen und damit einhergehende Veränderungen in der Versorgung gekennzeichnet waren. Größtenteils zeigte sich in den Studien sowohl eine insgesamt resiliente Bevölkerung als auch eine weitgehend anpassungsfähige Versorgung [10]. Es gab jedoch Hinweise auf vulnerable Subgruppen. Hierzu muss erwähnt werden, dass in dem Review und weiteren danach veröffentlichten Arbeiten auch Studien zu weiteren Indikatoren der psychischen Gesundheit untersucht wurden, wie subjektiv erlebte Belastungen, Einsamkeit, Lebensqualität und Angstsymptome. Zwar sind

diese Erkenntnisse nicht ohne Weiteres auf depressive Symptome übertragbar, aufgrund von Überlappungen und Ergänzungen jedoch sehr hilfreich bei der Analyse von depressiven Symptomen im Zusammenhang mit der Pandemie.

Zusammenfassend zeigten sich folgende Beobachtungen: Bei Frauen waren in der Tendenz Auffälligkeiten bezüglich Einsamkeit [11–13], Angst [14, 15], depressiver Symptomatik [13], depressiver und Angst-Symptomatik [11] sowie niedrigeres affektives Wohlbefinden [11, 13] und Lebenszufriedenheit [11] zu beobachten. Frauen schätzen ihre Resilienz als geringer ein [16]. Auch berufliche Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen nahmen im Jahr 2020 insbesondere bei Frauen zu, was sich jedoch in einen generellen Trend der Jahre zuvor einbettet [17]. Personen unter 30 Jahren scheinen, den bisherigen Veröffentlichungen zufolge, häufiger oder stärker von den Auswirkungen der Pandemie betroffen zu sein. Sie sind stärker von Einsamkeit [11, 12, 18], depressiver Symptomatik [19] sowie depressiver und Angst-Symptomatik betroffen [11]. Sie schätzen sich zudem im Vergleich zu den für Deutschland vorliegenden Normwerten als weniger resilient ein [20, 21]. In Bezug auf Angstsymptome scheinen die Altersunterschiede zu Beginn der Pandemie weniger ausgeprägt zu sein [15], in späteren Phasen sind jüngere Personen stärker betroffen [19, 22]. Diese kurzfristigen Folgen wurden bei jüngeren Menschen eher als Reaktion auf Belastungen interpretiert und weniger als psychische Störungen im engeren Sinne [16]. Ein Scoping Review zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie gibt Hinweise darauf, dass hochaltrige Menschen in besonderem Maße von den mit der Pandemie verbundenen Kontaktbeschrän-

kungen betroffen waren [23]. Für Deutschland liegen hierzu jedoch, insbesondere für im Privathaushalt lebende Menschen, kaum belastbare Daten vor.

Sowohl für Geschlecht als auch für Alter sind die Befunde zur psychischen Gesundheit im Pandemieverlauf in vielen Punkten konsistent. Es mangelt jedoch noch an methodisch hochwertigen Daten aus repräsentativen Stichproben für spätere Pandemiephasen sowie aussagekräftige Längsschnitt- und Trendstudien, die einen Verlauf abbilden und als Vergleich die Zeit vor der Pandemie umfassen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Studien- und Datenlage gibt es wenig Aufschluss, ob und wie sich die Häufigkeiten depressiver Symptome bei Frauen und Männern, sowie in verschiedenen Altersgruppen verändert haben. Auch ist wenig darüber bekannt, ob sich Bildung als Ressource von Resilienz in der Pandemie erweist.

Bisherige Ergebnisse beziehen sich vor allem auf die erste Phase der Pandemie. Eine weitere Betrachtung über den Zeitraum des Beginns der Pandemie hinaus, erscheint vor dem Hintergrund einer dynamischen Veränderung der pandemischen Lage und der etwaigen Folgen jedoch geboten. Da erste Auswertungen zu Prävalenzen der depressiven Symptomatik Schwankungen im Jahresverlauf aufweisen [6, 7], sollen bei der vorliegenden Auswertung zwei kalendarisch weitestgehend identische Zeiträume vor und während der Pandemie miteinander verglichen werden.

In bisherigen Studien, bei denen der PHQ-8 oder PHQ-9 eingesetzt wurde, wurde das Gesamtergebnis zur depressiven Symptomatik berichtet. In der vorliegenden Arbeit werden ergänzend die einzelnen Symptombereiche untersucht. Hierdurch soll ermittelt werden, ob etwaige Effekte bei der depressiven Symptomatik möglicherweise

auf einzelne Symptombereiche zurückzuführen sind. Die Analysen werden stratifiziert nach Geschlecht und verschiedenen Alters- und Bildungsgruppen durchgeführt, um Aufschluss darüber zu bekommen, ob Unterschiede zwischen Teilen der Bevölkerung identifiziert werden können.

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Die GEDA-Studie ist eine Querschnittbefragung, die auf einer bundesweiten Zufallsstichprobe der in Deutschland lebenden erwachsenen Wohnbevölkerung beruht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wird die GEDA-Studie seit 2008 vom RKI in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings [24, 25]. Die aktuelle GEDA-Erhebung ist eine telefonische Befragung der deutschsprachigen Bevölkerung ab 15 Jahren mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens (Computer Assisted Telephone Interview) (Infobox). Details zum Themenspektrum, Fragebogen sowie zum Stichprobendesign, zur Stichprobenziehung und zur Datengewichtung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [26, 27].

Nachdem die ursprünglich geplante Erhebung im September 2020 abgeschlossen wurde, konnte ab Oktober 2020 eine Fortführung der Datenerhebung bis Januar 2021 realisiert werden, um die Auswirkungen der Pandemie im weiteren Verlauf zu beobachten. Das Studiendesign wurde mit einem leicht gekürzten Fragebogen beibehalten. Der Erhebungszeitraum von April 2019 bis Januar 2021 wird als GEDA 2019/2020 bezeichnet, wohingegen unter GEDA

2019/2020-EHIS der ausführliche Fragebogen bis zum Studienzeitpunkt September 2020 zu verstehen ist.

Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Die Fortführung der Befragungen zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 umfasst 3.506 Teilnehmende. Somit haben insgesamt 26.507 Personen (13.955 weiblich, 12.552 männlich) an GEDA 2019/2020 zwischen April 2019 und Januar 2021 teilgenommen.

2.2 Indikator und Auswertungsgruppen

Depressive Symptomatik

Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen wurde durch Selbstangaben der Teilnehmenden mit dem international etablierten 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erfasst [28].

Durch dieses Instrument werden acht Symptombereiche einer Major Depression in Anlehnung an das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 4. Auflage) [29] erhoben. Die Eingangsfrage lautet: „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“ Es folgen die acht Symptombereiche: 1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten; 2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit; 3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf; 4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben; 5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen; 6. Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben; 7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen;

8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? Bei jedem Item wird die Häufigkeit mit den Kategorien „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ abgefragt. Die Häufigkeiten erhalten den Wert 0 bis 3 und das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens 10 der maximal 24 Punkte angenommen. Bei der Auswertung der Einzelfragen wurde dichotomisiert: „überhaupt nicht“ oder „an einzelnen Tagen“ wurde als unauffällig gewertet und „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ wurde als beeinträchtigt gewertet.

Bildung

Der Bildungsstatus wurde anhand von Angaben der Befragten zu ihrem höchsten Schulabschluss und ihrer höchsten beruflichen Qualifikation bestimmt. Mithilfe der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) wurde zwischen einer unteren (CASMIN 1: primäre oder niedrige sekundäre Bildung), mittleren (CASMIN 2: mittlere oder hohe sekundäre Bildung) und oberen (CASMIN 3: tertiäre Bildung) Bildungsgruppe unterschieden [30].

Geschlecht

Bei den Auswertungen für Frauen und Männer wurden die Angaben der Befragten zugrunde gelegt und nicht das biologische Geschlecht [31].

Altersgruppen

Bei der Bildung der Altersgruppen wurde zugunsten der statistischen Aussagekraft eine grobe Unterteilung gewählt.

2.3 Statistische Auswertungen

In einem ersten Schritt wurde die Stichprobe in zwei Vergleichszeiträume unterteilt, die Zeit vor (April 2019 bis Januar 2020) und ab Beginn der Pandemie (April 2020 bis Januar 2021). Es wurden ausschließlich identische Interviewwochen verwendet, welche zu beiden Zeiträumen vorhanden sind, um etwaige saisonale Effekte auf die Indikatoren auszuschließen. Da im Januar in den Jahren 2020 und 2021 jeweils nur in den ersten Tagen Daten erhoben worden sind, wird zur besseren Lesbarkeit im Text auf den Jahressprung in der Bezeichnung der Zeiträume verzichtet. Es handelte sich um Teilnehmende, die aufgrund der Feiertage im Dezember in der ersten Januarwoche interviewt wurden. Außerdem werden alle äquivalenten Interviewwochen der Monate September und Oktober 2019 ausgeschlossen, da die Datenerhebung im Jahr 2020 in diesen Monaten für sechs Wochen unterbrochen war.

Die Analysen basieren somit auf Daten von 22.120 Teilnehmenden im Alter von 15 bis 101 Jahren. Unter den Befragten waren 11.670 Frauen, 10.386 Männer und 64 Befragte, die eine andere oder keine Geschlechtsidentität angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden letztere nicht gesondert ausgewiesen, weil die Fallzahlen zu gering sind. Sie sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten [31].

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem

Die Prävalenz der depressiven Symptomatik reduzierte sich in der ersten Zeit der Pandemie von vorher 9,2 % auf 7,6 %.

Tabelle 1

Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik gemäß PHQ-8 im Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie, April 2019 bis Januar 2020 (Gesamt N=10.220, Frauen n=5.332, Männer n=4.863) im Vergleich zum Zeitraum während der COVID-19-Pandemie, April 2020 bis Januar 2021 (Gesamt N=11.900, Frauen n=6.338, Männer n=5.523)*

Quelle: GEDA 2019/2020

Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wurde die Stichprobe an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation angepasst [32]. Das Gewichtungsverfahren ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben [26].

Darüber hinaus könnte die Teilnahmewahrscheinlichkeit bestimmter Bevölkerungsgruppen aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen beeinflusst sein (z. B. Homeoffice, Kontaktbeschränkungen) [7, 33]. Aus diesem Grund wurde wie in [7] beschrieben, eine zusätzliche Anpassungsgewichtung separat für die Stichprobenzeiträume vor und ab dem Stichtag 16.03.2020 (Verabschiedung der Bund-Länder-Vereinbarung zu Leitlinien gegen die Ausbreitung des Coronavirus [34]) durchgeführt. Für die nach Bildungsgruppen stratifizierten Analysen wurde eine Altersstandardisierung auf die Europäische Standardbevölkerung 2013 vorgenommen, um Kohorteneffekte hinsichtlich Bildungsabschlüssen und entsprechende Altersunterschiede zwischen den Bildungsgruppen auszugleichen.

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen/Zeiträumen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert im t-Test kleiner als 0,05 ist.

3. Ergebnisse

3.1 Depressive Symptomatik

Eine depressive Symptomatik gemäß PHQ-8 lag vor der Pandemie bei 9,2 % der Befragten vor (Tabelle 1). Während der Pandemie war die Prävalenz in der Gesamtstichprobe mit 7,6 % niedriger. Die Prävalenz ging jedoch nur bei Frauen statistisch signifikant von 9,8 % auf 7,6 % zurück. Bei Männern betrug die Prävalenz vor der Pandemie 8,5 % und war während der Pandemie mit 7,4 % vergleichbar hoch wie bei den Frauen. Die stärksten Rückgänge ergaben sich bei Frauen in den Altersgruppen von 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahren. Insgesamt zeigt sich in den Altersgruppen bis zum 65. Lebensjahr ein gleichlaufender Trend. In den Altersgruppen ab 65 Jahren wird dieser Trend nicht bestätigt.

	April 2019 bis Januar 2020			April 2020 bis Januar 2021		
	n**	%	(95 %-KI)	n**	%	(95 %-KI)
Gesamt	658	9,2	(8,3 – 10,3)	628	7,6	(6,8 – 8,6)
Frauen Gesamt	397	9,8	(8,5 – 11,2)	378	7,6	(6,6 – 8,8)
15–29 Jahre	39	12,2	(8,5 – 17,2)	42	10,5	(7,3 – 14,8)
30–44 Jahre	58	10,4	(7,5 – 14,2)	62	6,6	(4,7 – 9,3)
45–64 Jahre	194	11,3	(9,3 – 13,7)	166	8,2	(6,5 – 10,2)
65–79 Jahre	72	5,2	(3,8 – 7,0)	75	6,1	(4,3 – 8,4)
≥80 Jahre	34	7,2	(4,1 – 12,3)	33	6,3	(3,8 – 10,1)
Männer Gesamt	256	8,5	(7,2 – 10,0)	241	7,4	(6,1 – 8,8)
15–29 Jahre	38	7,9	(5,3 – 11,8)	31	7,6	(4,9 – 11,5)
30–44 Jahre	45	8,2	(5,8 – 11,4)	34	6,5	(4,1 – 10,1)
45–64 Jahre	113	11,0	(8,5 – 14,0)	108	8,2	(6,3 – 10,7)
65–79 Jahre	41	5,3	(3,4 – 8,4)	42	6,1	(3,6 – 10,2)
≥80 Jahre	19	5,8	(3,3 – 10,0)	26	7,8	(4,4 – 13,6)

* Aufgrund fehlender Werte im PHQ-8 wurden 182 Fälle im Jahr 2019 und 268 im Jahr 2020 nicht in die Auswertung einbezogen.

** Anzahl der Personen mit positivem PHQ-8 aus dem Wertebereich ab 10
KI = Konfidenzintervall

Fettgedruckte Werte: p-Wert im t-Test kleiner als 0,05

Der Rückgang der Prävalenz der depressiven Symptomatik lässt sich auf einzelne Symptombereiche zurückführen.

Tabelle 2

Altersstandardisierte Prävalenz einer depressiven Symptomatik gemäß PHQ-8 im Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie, April 2019 bis Januar 2020 (Gesamt N=10.220, Frauen n=5.332, Männer n=4.863) im Vergleich zum Zeitraum während der COVID-19-Pandemie, April 2020 bis Januar 2021 (Gesamt N=11.900, Frauen n=6.338, Männer n=5.523), nach Bildung*

Quelle: GEDA 2019/2020

Die nach Bildung differenzierte Betrachtung zeigt in beiden Zeiträumen beträchtliche Bildungsunterschiede in der depressiven Symptomatik mit den höchsten Prävalenzen in den unteren Bildungsgruppen (Tabelle 2). Insgesamt persistieren diese stark ausgeprägten Unterschiede zuungunsten unterer Bildungsgruppen über den Beobachtungszeitraum von vor bis in die Pandemie. In der unteren und mittleren Bildungsgruppe zeigt sich ein rückläufiger Trend der depressiven Symptomatik, der jedoch nur in der

	April 2019 bis Januar 2020			April 2020 bis Januar 2021		
	n**	% (95%-KI)		n**	% (95%-KI)	
Gesamt						
Untere Bildungsgruppe	178	13,4 (10,8–16,5)		152	10,2 (8,0–12,8)	
Mittlere Bildungsgruppe	337	9,6 (8,3–11,0)		318	7,6 (6,5–8,8)	
Obere Bildungsgruppe	141	3,9 (3,1–4,7)		158	3,8 (3,2–4,7)	
Frauen						
Untere Bildungsgruppe	101	14,1 (10,3–19,2)		87	10,8 (7,8–14,9)	
Mittlere Bildungsgruppe	206	10,2 (8,4–12,2)		198	8,2 (6,8–9,9)	
Obere Bildungsgruppe	89	5,0 (3,8–6,5)		93	4,2 (3,3–5,4)	
Männer						
Untere Bildungsgruppe	75	11,6 (8,6–15,5)		63	9,0 (6,3–12,5)	
Mittlere Bildungsgruppe	129	8,9 (7,1–11,1)		113	6,7 (5,2–8,6)	
Obere Bildungsgruppe	51	2,7 (2,0–3,7)		65	3,5 (2,6–4,8)	

* Bildungsgruppe gemäß CASMIN-Klassifikation

** Anzahl der Personen mit positivem PHQ-8 aus dem Wertebereich ab 10
KI = Konfidenzintervall

Fettgedruckte Werte: p-Wert im t-Test kleiner als 0,05

größten Gruppe mit mittlerem Bildungsstatus signifikant ist, wenn Frauen und Männer gemeinsam ausgewertet werden. Die Gruppe mit hoher Bildung hat sowohl vor als auch in der Pandemie eine gleichbleibend geringe Prävalenz einer depressiven Symptomatik im Vergleich zur mittleren und unteren Bildungsgruppe.

3.2 Einzelne Symptombereiche der depressiven Symptomatik

Die Auswertungen zu den Einzelsymptomen des PHQ-8 sind in Tabelle 3 enthalten. Bezogen auf die beiden Kernmerkmale einer depressiven Symptomatik 1. „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“ und 2. „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“, ergeben die Auswertungen keinen eindeutigen Trend in der Gesamtstichprobe bei dem Vergleich der Jahre 2019 und 2020. Unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen zeigt sich jedoch eine zum Teil gegenläufige Entwicklung. Auffällig ist die Zunahme der Häufigkeit bei Frage 1 unter den Befragten im Alter ab 80 Jahren. Bei den Frauen steigt der Prozentsatz von 8,8% auf 12,4% und bei Männern von 9,1% auf 16,0% an. Aufgrund der geringen Fallzahl der Altersgruppe ab 80 Jahren wurde hier ergänzend geprüft, inwiefern ein Alterseffekt ohne Differenzierung nach Frauen und Männern zu beobachten ist. Hierbei ergab sich ein Anstieg von 8,9% auf 13,9% ($p=0,029$), der von den Ergebnissen in jüngeren Altersgruppen abweicht, mit Ausnahme der Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren.

Während der Pandemie ergibt sich gegenüber dem Jahr vor der Pandemie ein signifikanter Rückgang der Häufigkeit bei den Symptomen 4. „Müdigkeit oder Gefühl, keine

Die Veränderungen der Prävalenz von Einzelsymptomen fallen bei Frauen und Männern sowie in Alters- und Bildungsgruppen unterschiedlich aus.

Energie zu haben“, 5. „Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen“ und 6. „Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben“.

Bei den Frauen ging die Angabe mindestens an der Hälfte der Tage unter 4. „Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben“ zu leiden von 20,3% auf 15,2% zurück. Den stärksten Rückgang von 26,2% vor der Pandemie auf 17,0% während der Pandemie verzeichneten hierbei Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren. Lediglich bei Frauen im Alter von 80 Jahren und älter wurde kein Rückgang berichtet. Bei den Männern ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, jedoch waren die Prävalenzen bei den 15- bis 29-Jährigen, den 65-Jährigen und Älteren mit einer Symptomzunahme im Trend gegenläufig zu den mittleren Altersgruppen von 30 bis 64 Jahren.

Bei der Häufigkeit von 5. „Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen“ zeigte sich bei den Frauen in der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren ein Rückgang von 13,3% auf 7,4%. Aufgrund des gegenläufigen Trends bei den Frauen in den Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den Jüngeren, wurde ergänzend eine diese Altersgruppen zusammenfassende Auswertung vorgenommen. Hierbei ergab sich eine Zunahme in der Zeit der Pandemie von 3,8% auf 6,1% ($p=0,035$). Bei den Männern zeigte sich ein Rückgang von 6,8% auf 5,2%, der anders als bei den Frauen in allen Altersgruppen ähnlich war. „Eine schlechte Meinung von sich selbst, das Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben“ (Frage 6), war bei der geschlechtsspezifischen Auswertung nur bei den Frauen in der Zeit der Pandemie signifikant seltener als vor der Pandemie (3,0% versus 4,6%).

Bei den Männern wurde eine ähnliche Entwicklung beobachtet, die jedoch geringer ausfiel (3,7% versus 4,2%). Auffällig ist, dass bei Frauen und Männern die Frage 6. „Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben“ bei jüngeren Menschen sehr viel häufiger angegeben wurde, als bei Älteren. Zudem ist ein Anstieg der Häufigkeit bei 7. „Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren“ bei Männern im Alter von 80 Jahren und älter von 3% vor der Pandemie auf 9,8% während der Pandemie ($p=0,018$) zu beobachten.

Die in [Tabelle 4](#) dokumentierten Auswertungsergebnisse zu den mit dem PHQ-8 erhobenen Einzelsymptomen zeigten konsistente und zeitlich-persistente Unterschiede zwischen den drei Bildungsgruppen. Alle Einzelsymptome werden in der unteren Bildungsgruppe am häufigsten und in der oberen Bildungsgruppe am seltensten berichtet. Auffällig ist der Rückgang der Häufigkeit von 4. „Müdigkeit oder dem Gefühl, keine Energie zu haben“ in der unteren und mittleren Bildungsgruppe im ersten Pandemiejahr verglichen zum Vorjahr. Die getrennte Auswertung nach Geschlecht zeigt, dass dieser Rückgang vorrangig bei Frauen festzustellen ist. Eine weitere Veränderung in der Zeit der Pandemie ist die annähernde Verdoppelung der 7. „Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren“ bei Männern in der oberen Bildungsgruppe von 1,4% vor der Pandemie auf 2,7% während der Pandemie. Allerdings bleibt die Häufigkeit dieses Symptombereichs trotz Verdoppelung in dieser Bildungsgruppe immer noch deutlich unter der Häufigkeit in den anderen Bildungsgruppen.

Tabelle 3

Anteil der Personen, die „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ durch die genannten Symptome (PHQ 1 bis 4)* in der Zeit von April 2019 bis Januar 2020 beeinträchtigt waren (Gesamt N=10.220, Frauen n=5.332, Männer n=4.863), im Vergleich zum Zeitraum während der COVID-19-Pandemie, April 2020 bis Januar 2021 (Gesamt N=11.900, Frauen n=6.338, Männer n=5.523)

Quelle: GEDA 2019/2020

Die Prävalenz einzelner Symptome wird möglicherweise durch die Veränderung der Lebenswelt in Zeiten der Pandemie beeinflusst.

	1. Wenig Interesse/Freudlosigkeit				2. Niedergeschlagenheit/Schwermut/Hoffnungslosigkeit			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	9,7	(8,8–10,7)	9,8	(8,9–10,8)	7,3	(6,5–8,2)	6,6	(5,8–7,4)
Frauen Gesamt	9,0	(7,8–10,3)	10,0	(8,7–11,3)	7,3	(6,2–8,6)	6,6	(5,7–7,8)
15–29 Jahre	8,2	(5,4–12,3)	11,5	(8,3–15,7)	8,8	(5,8–13,3)	9,2	(6,2–13,3)
30–44 Jahre	8,9	(6,4–12,3)	8,7	(6,2–12,0)	7,3	(5,0–10,5)	3,9	(2,5–6,1)
45–64 Jahre	9,9	(8,0–12,1)	10,4	(8,5–12,8)	7,7	(6,0–9,8)	7,2	(5,6–9,2)
65–79 Jahre	8,2	(6,1–10,9)	8,0	(6,1–10,5)	5,1	(3,5–7,3)	6,5	(4,7–9,0)
≥80 Jahre	8,8	(5,9–12,8)	12,4	(8,4–18,1)	7,9	(4,6–13,2)	6,9	(4,1–11,5)
Männer Gesamt	10,5	(9,2–12,0)	9,3	(8,0–10,8)	7,2	(6,1–8,6)	6,3	(5,2–7,6)
15–29 Jahre	9,0	(6,4–12,5)	9,2	(6,4–13,0)	5,1	(3,1–8,3)	7,0	(4,5–10,6)
30–44 Jahre	11,6	(8,8–15,3)	7,4	(5,0–10,9)	7,8	(5,5–11,0)	5,1	(3,2–8,2)
45–64 Jahre	12,6	(10,1–15,6)	10,3	(8,3–12,8)	8,9	(6,8–11,6)	7,6	(5,7–10,0)
65–79 Jahre	6,6	(4,6–9,2)	6,9	(4,6–10,4)	5,1	(3,2–8,3)	4,1	(2,4–7,1)
≥80 Jahre	9,1	(5,7–14,3)	16,0	(10,8–23,1)	7,4	(3,8–14,0)	6,6	(3,7–11,6)

	3. Schlafstörungen				4. Müdigkeit/keine Energie			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	21,2	(20,0–22,5)	20,0	(18,9–21,3)	17,0	(15,9–18,2)	13,8	(12,7–14,8)
Frauen Gesamt	23,4	(21,7–25,2)	23,4	(21,7–25,1)	20,3	(18,6–22,1)	15,2	(13,8–16,7)
15–29 Jahre	21,0	(16,5–26,3)	18,4	(14,4–23,3)	26,2	(21,2–31,9)	17,0	(13,2–21,7)
30–44 Jahre	18,7	(15,4–22,7)	18,3	(14,9–22,2)	21,9	(18,1–26,1)	15,9	(12,8–19,6)
45–64 Jahre	25,7	(23,0–28,6)	24,4	(21,7–27,2)	20,0	(17,5–22,8)	15,6	(13,4–18,1)
65–79 Jahre	24,6	(21,2–28,2)	24,6	(21,4–28,1)	14,3	(11,6–17,5)	10,4	(8,4–12,8)
≥80 Jahre	28,8	(22,7–35,8)	37,4	(31,1–44,2)	18,5	(13,2–25,2)	18,3	(13,5–24,3)
Männer Gesamt	19,0	(17,3–20,8)	16,6	(15,0–18,3)	13,6	(12,1–15,2)	12,0	(10,5–13,6)
15–29 Jahre	18,4	(14,5–23,1)	11,2	(8,3–14,9)	10,9	(8,1–14,5)	12,0	(8,9–16,1)
30–44 Jahre	14,9	(11,8–18,5)	11,4	(8,3–15,5)	14,6	(11,6–18,3)	11,5	(8,0–16,1)
45–64 Jahre	21,3	(18,4–24,5)	20,2	(17,5–23,2)	16,0	(13,4–19,1)	11,4	(9,3–14,0)
65–79 Jahre	18,6	(15,0–22,8)	20,5	(16,9–24,6)	10,9	(8,1–14,5)	11,6	(8,6–15,6)
≥80 Jahre	24,3	(18,0–31,8)	22,3	(16,4–29,5)	11,3	(7,6–16,3)	16,9	(11,8–23,5)

* Der vollständige Wortlaut zu den abgefragten Symptomen findet sich in Abschnitt 2.2 Depressive Symptomatik

KI = Konfidenzintervall

Fettgedruckte Werte: p-Wert im t-Test kleiner als 0,05

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 3 Fortsetzung

Anteil der Personen, die „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ durch die genannten Symptome (PHQ 5 bis 8)** in der Zeit von April 2019 bis Januar 2020 beeinträchtigt waren (Gesamt N=10.220, Frauen n=5.332, Männer n=4.863), im Vergleich zum Zeitraum während der COVID-19-Pandemie, April 2020 bis Januar 2021 (Gesamt N=11.900, Frauen n=6.338, Männer n=5.523)

Quelle: GEDA 2019/2020

Die gravierenden Unterschiede zwischen Bildungsgruppen zeigen die Notwendigkeit auf, insbesondere bei Frauen mit geringerer oder mittlerer Bildung, in der Prävention mehr Aufmerksamkeit darauf zu richten, wie sie gezielt unterstützt und entlastet werden können.

	5. Appetitverlust/übermäßiges Bedürfnis zu essen				6. Schlechte Meinung, Versagen/Familie zu enttäuschen			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	7,2	(6,4–8,1)	5,8	(5,1–6,6)	4,4	(3,8–5,2)	3,4	(2,8–4,1)
Frauen Gesamt	7,3	(6,3–8,6)	6,2	(5,3–7,3)	4,6	(3,6–5,7)	3,0	(2,4–3,8)
15–29 Jahre	13,3	(9,8–17,9)	7,4	(5,0–10,8)	9,2	(6,2–13,4)	6,3	(3,9–9,8)
30–44 Jahre	7,5	(5,2–10,9)	5,0	(3,5–7,1)	7,0	(4,5–10,7)	4,2	(2,7–6,5)
45–64 Jahre	6,9	(5,5–8,7)	6,6	(5,1–8,6)	3,4	(2,3–4,9)	2,2	(1,5–3,2)
65–79 Jahre	3,6	(2,5–5,2)	5,3	(3,6–7,9)	1,3	(0,6–2,6)	1,4	(0,7–2,7)
≥80 Jahre	4,2	(2,5–7,0)	7,6	(4,4–12,9)	0,6	(0,1–2,4) ¹	0,7	(0,3–1,9) ¹
Männer Gesamt	6,8	(5,7–8,2)	5,2	(4,2–6,4)	4,2	(3,3–5,2)	3,7	(2,8–4,8)
15–29 Jahre	9,3	(6,4–13,4)	7,3	(4,9–10,8)	7,5	(5,1–10,9)	6,6	(4,2–10,2)
30–44 Jahre	7,3	(5,0–10,6)	5,9	(3,6–9,7)	5,5	(3,6–8,2)	4,3	(2,3–7,6)
45–64 Jahre	6,9	(5,1–9,4)	4,8	(3,5–6,6)	2,8	(1,8–4,1)	3,2	(2,1–4,8)
65–79 Jahre	4,1	(2,4–6,8)	3,1	(1,6–5,8)	1,5	(0,7–3,4)	1,2	(0,3–5,0)
≥80 Jahre	4,1	(2,2–7,5)	2,9	(1,5–5,3)	3,6	(1,5–8,4) ¹	0,8	(0,2–2,9) ¹

	7. Geminderte Konzentrationsfähigkeit				8. Veränderung in Bewegung oder Sprache			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	5,1	(4,4–5,9)	4,9	(4,2–5,7)	3,7	(3,1–4,4)	3,4	(2,8–4,0)
Frauen Gesamt	5,2	(4,2–6,3)	4,0	(3,3–4,9)	3,3	(2,6–4,1)	2,9	(2,3–3,7)
15–29 Jahre	7,8	(5,0–12,0)	5,4	(3,2–9,1)	3,4	(1,7–6,4)	2,1	(1,1–4,0)
30–44 Jahre	4,7	(3,0–7,5)	3,1	(1,9–4,9)	3,6	(2,1–6,2)	3,5	(2,2–5,5)
45–64 Jahre	5,8	(4,4–7,7)	4,9	(3,6–6,7)	3,8	(2,8–5,1)	4,2	(2,9–6,1)
65–79 Jahre	1,8	(1,1–3,2)	1,9	(1,2–3,0)	2,7	(1,6–4,6)	1,7	(1,1–2,8)
≥80 Jahre	5,7	(2,8–11,4)	4,7	(2,7–8,3)	1,4	(0,7–3,0)	1,0	(0,5–2,3)
Männer Gesamt	4,9	(3,9–6,1)	5,7	(4,6–7,1)	4,1	(3,3–5,2)	3,7	(2,8–4,7)
15–29 Jahre	6,1	(3,7–9,7)	6,8	(4,3–10,7)	4,9	(2,9–8,2)	3,7	(2,0–6,8)
30–44 Jahre	4,4	(2,7–7,1)	5,8	(3,5–9,4)	3,2	(1,9–5,3)	3,1	(1,6–5,7)
45–64 Jahre	5,7	(4,0–8,0)	5,2	(3,6–7,3)	5,1	(3,5–7,3)	4,1	(2,9–5,9)
65–79 Jahre	3,1	(1,9–5,2)	3,6	(1,9–6,7)	2,8	(1,5–5,0)	3,8	(2,0–6,8)
≥80 Jahre	3,0	(1,3–6,6)	9,8	(5,5–17,0)	3,3	(1,4–8,0) ¹	2,9	(1,2–6,9)

** Der vollständige Wortlaut zu den abgefragten Symptomen findet sich in Abschnitt 2.2 Depressive Symptomatik

¹ Fallzahlen n < 10

KI = Konfidenzintervall

Fettgedruckte Werte: p-Wert im t-Test kleiner als 0,05

Tabelle 4
 Altersstandardisierter Anteil der Personen, die „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ durch die genannten Symptome (PHQ 1 bis 4)* in der Zeit von April 2019 bis Januar 2020 (Gesamt N=10.220, Frauen n=5.332, Männer n=4.863) beeinträchtigt waren, im Vergleich zum Zeitraum während der COVID-19-Pandemie, April 2020 bis Januar 2021 (Gesamt N=11.900, Frauen n=6.338, Männer n=5.523) nach Bildung**
 Quelle: GEDA 2019/2020

	1. Wenig Interesse/Freudlosigkeit				2. Niedergeschlagenheit/Schwermut/Hoffnungslosigkeit			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt								
Untere Bildungsgruppe	13,8	(11,3–16,7)	13,6	(11,2–16,4)	10,2	(7,9–13,2)	8,9	(7,0–11,2)
Mittlere Bildungsgruppe	9,7	(8,4–11,1)	9,0	(7,9–10,3)	7,8	(6,6–9,1)	6,3	(5,3–7,4)
Obere Bildungsgruppe	5,1	(4,2–6,2)	5,4	(4,5–6,4)	3,5	(2,7–4,5)	3,5	(2,9–4,3)
Frauen								
Untere Bildungsgruppe	13,4	(9,9–18,0)	15,2	(11,6–19,7)	11,1	(7,5–16,2)	9,5	(6,9–13,1)
Mittlere Bildungsgruppe	8,8	(7,2–10,7)	9,0	(7,6–10,8)	7,5	(6,0–9,4)	6,3	(5,1–7,7)
Obere Bildungsgruppe	5,1	(3,9–6,5)	5,5	(4,3–6,9)	4,1	(3,1–5,6)	3,9	(3,0–5,1)
Männer								
Untere Bildungsgruppe	13,8	(10,6–17,6)	10,9	(8,1–14,5)	8,8	(6,3–12,2)	7,7	(5,4–11,0)
Mittlere Bildungsgruppe	10,6	(8,7–12,8)	8,8	(7,2–10,9)	8,0	(6,3–10,2)	6,2	(4,7–8,1)
Obere Bildungsgruppe	5,2	(3,9–6,8)	5,3	(4,1–6,9)	2,8	(1,8–4,2)	3,1	(2,3–4,3)

	3. Schlafstörungen				4. Müdigkeit/keine Energie			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt								
Untere Bildungsgruppe	25,1	(22,1–28,5)	23,4	(20,4–26,6)	21,3	(18,3–24,6)	16,6	(13,9–19,7)
Mittlere Bildungsgruppe	21,0	(19,3–22,7)	19,1	(17,6–20,8)	17,0	(15,5–18,7)	13,8	(12,4–15,3)
Obere Bildungsgruppe	14,2	(12,7–15,7)	13,8	(12,5–15,2)	10,5	(9,2–11,9)	9,2	(8,0–10,5)
Frauen								
Untere Bildungsgruppe	26,5	(21,9–31,7)	27,0	(22,8–31,7)	25,5	(20,7–31,0)	18,3	(14,4–23,0)
Mittlere Bildungsgruppe	23,3	(21,0–25,8)	22,1	(20,0–24,4)	20,4	(18,1–22,9)	15,9	(14,1–18,0)
Obere Bildungsgruppe	17,2	(15,0–19,6)	16,0	(14,1–18,2)	13,3	(11,2–15,6)	11,5	(9,6–13,7)
Männer								
Untere Bildungsgruppe	23,4	(19,6–27,7)	19,7	(15,8–24,3)	16,6	(13,4–20,4)	14,1	(10,8–18,4)
Mittlere Bildungsgruppe	18,7	(16,4–21,3)	16,0	(13,9–18,5)	13,7	(11,7–16,0)	11,6	(9,6–13,9)
Obere Bildungsgruppe	11,1	(9,3–13,3)	11,5	(9,9–13,3)	7,6	(6,1–9,5)	6,7	(5,5–8,2)

* Der vollständige Wortlaut der zu den im PHQ-8 abgefragten Symptomen findet sich in Abschnitt 2.2 Depressive Symptomatik

** Bildungsgruppen gemäß CASMIN-Klassifikation

KI = Konfidenzintervall

Fettgedruckte Werte haben einen p-Wert im t-Test kleiner als 0,05

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 4 Fortsetzung

Altersstandardisierter Anteil der Personen, die „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ durch die genannten Symptome (PHQ 5 bis 8)* in der Zeit von April 2019 bis Januar 2020 (Gesamt N=10.220, Frauen n=5.332, Männer n=4.863) beeinträchtigt waren, im Vergleich zum Zeitraum während der COVID-19-Pandemie, April 2020 bis Januar 2021 (Gesamt N=11.900, Frauen n=6.338, Männer n=5.523) nach Bildung**

Quelle: GEDA 2019/2020

	5. Appetitverlust/übermäßiges Bedürfnis zu essen				6. Schlechte Meinung, Versagen/Familie zu enttäuschen			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt								
Untere Bildungsgruppe	10,3	(8,0–13,2)	7,5	(5,7–9,8)	7,5	(5,4–10,5)	4,6	(3,2–6,7)
Mittlere Bildungsgruppe	7,6	(6,5–8,9)	6,1	(5,2–7,2)	4,9	(4,0–6,0)	3,7	(2,9–4,7)
Obere Bildungsgruppe	3,9	(3,0–5,0)	2,6	(2,1–3,2)	2,1	(1,5–3,1)	2,0	(1,4–2,9)
Frauen								
Untere Bildungsgruppe	10,5	(7,2–15,0)	9,5	(6,7–13,4)	9,7	(6,0–15,2)	4,9	(2,9–8,3)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,0–9,2)	6,4	(5,2–7,8)	4,7	(3,5–6,2)	3,6	(2,6–4,9)
Obere Bildungsgruppe	5,5	(4,0–7,6)	3,2	(2,4–4,1)	2,1	(1,3–3,6)	2,5	(1,5–4,1)
Männer								
Untere Bildungsgruppe	9,1	(6,4–12,8)	5,6	(3,6–8,6)	4,9	(3,1–7,7)	4,3	(2,5–7,2)
Mittlere Bildungsgruppe	7,7	(6,1–9,7)	5,8	(4,4–7,6)	5,0	(3,8–6,6)	3,7	(2,5–5,3)
Obere Bildungsgruppe	2,2	(1,5–3,2)	2,0	(1,4–2,9)	2,1	(1,2–3,5)	1,6	(1,0–2,6)

	7. Geminderte Konzentrationsfähigkeit				8. Veränderung in Bewegung oder Sprache			
	April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021		April 2019 bis Januar 2020		April 2020 bis Januar 2021	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt								
Untere Bildungsgruppe	7,2	(5,3–9,5)	6,2	(4,6–8,5)	5,1	(3,6–7,1)	5,2	(3,6–7,3)
Mittlere Bildungsgruppe	5,1	(4,2–6,2)	4,9	(4,0–6,0)	3,7	(2,9–4,6)	3,3	(2,6–4,1)
Obere Bildungsgruppe	2,0	(1,5–2,7)	2,5	(2,0–3,2)	1,6	(1,2–2,3)	1,8	(1,3–2,3)
Frauen								
Untere Bildungsgruppe	7,4	(4,9–11,2)	4,5	(2,7–7,4)	3,7	(2,0–6,8)	5,0	(2,9–8,4)
Mittlere Bildungsgruppe	5,2	(4,0–6,9)	4,6	(3,5–6,0)	3,5	(2,6–4,8)	2,9	(2,1–4,1)
Obere Bildungsgruppe	2,6	(1,7–4,0)	2,3	(1,6–3,2)	2,1	(1,4–3,3)	2,1	(1,5–3,1)
Männer								
Untere Bildungsgruppe	6,5	(4,3–9,6)	7,5	(5,1–11,0)	6,0	(4,0–8,9)	5,0	(3,1–7,9)
Mittlere Bildungsgruppe	4,9	(3,7–6,5)	5,1	(3,7–7,0)	3,9	(2,8–5,4)	3,5	(2,5–4,8)
Obere Bildungsgruppe	1,4	(0,9–2,1)	2,7	(1,9–3,9)	1,1	(0,7–1,9)	1,3	(0,9–2,0)

* Der vollständige Wortlaut der zu den im PHQ-8 abgefragten Symptomen findet sich in Abschnitt 2.2 Depressive Symptomatik

** Bildungsgruppe gemäß CASMIN-Klassifikation

KI = Konfidenzintervall

Fettgedruckte Werte haben einen p-Wert im t-Test kleiner als 0,05

4. Diskussion

4.1 Depressive Symptomatik

Mit den Daten der Studie GEDA 2019/2020 wird im ersten Jahr der Pandemie (2020) eine niedrigere Prävalenz der depressiven Symptomatik gemäß PHQ-8 beobachtet, als im Vergleichszeitraum ein Jahr zuvor. Der stärkste Rückgang zeigte sich bei Frauen in den Altersgruppen von 30 bis 64 Jahren. Bemerkenswert ist hierbei, dass der in früheren Studien gefundene Geschlechterunterschied bezüglich der depressiven Symptomatik [8, 35] unter den Bedingungen der Pandemie, nicht bestehen bleibt. Wobei Letzterer auch schon vor Beginn der Pandemie nur in den Altersgruppen von 15 bis 44 Jahren bestand. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist, dass sich in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen mit 11,3% und Männer mit 11,0% bereits vor der Pandemie fast keine Unterschiede mehr zeigten und nach Beginn der Pandemie ein gleichförmiger Rückgang zu beobachten ist. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wurde eine Prävalenz von 8,2% festgestellt. Dieser Rückgang in den Altersgruppen der 30- bis 64-jährigen lässt sich möglicherweise damit erklären, dass mit den Maßnahmen in der Pandemie, wie Homeoffice und Kurzarbeit, nicht nur der Infektionsschutz gefördert wurde, sondern auch eine stressreduzierende Entschleunigung in der Arbeits- und Lebenswelt eintrat [9], die sich zumindest temporär während des ersten Pandemiejahres positiv auf einzelne Bereiche der psychischen Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen ausgewirkt haben könnte. Zu den Erklärungen dieses Befunds ist jedoch weiterführende Forschung notwendig. Prinzipiell denkbar ist auch, dass begleitende Maßnahmen der Pandemie, die

psychischen Belastungen entgegenwirken sollten, eine Verringerung depressiver Symptome gefördert haben [36].

Die beträchtlichen sozialen Unterschiede in der Verbreitung der depressiven Symptomatik zuungunsten niedrigerer Bildungsgruppen bleiben unter Pandemiebedingungen bestehen. Entgegen der in der Literatur zum Teil aufgeführten und begründeten Vermutung [9], hatten Bevölkerungsgruppen mit geringerer Bildung offenbar kein zusätzlich erhöhtes Risiko, unter den Bedingungen der Pandemie eine depressive Symptomatik zu entwickeln, zumindest im hier betrachteten ersten Jahr der Pandemie. Allerdings erweist sich das sozialepidemiologische Muster einer höheren Prävalenz depressiver Symptome in unteren Bildungsgruppen sowohl vor als auch während der Pandemie als persistierend und entspricht dem Muster, wie es bereits in früheren GEDA-Wellen gefunden wurde [35].

4.2 Einzelne Symptombereiche der depressiven Symptomatik

Die Auswertung einzelner Symptombereiche zeigt, dass es zum Teil gegenläufige Entwicklungen gibt, die in dem Gesamtergebnis für den PHQ-8 nicht sichtbar werden. So zeigt sich bei den 80-jährigen und Älteren ein Anstieg im Symptombereich „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“, bei Frauen von 8,8% auf 12,4% und bei Männern von 9,1% auf 16,0%. Weiterhin berichten 9,8% der Männer in diesem Alter im ersten Jahr der Pandemie Konzentrationsschwierigkeiten, während es in dem Zeitraum vor der Pandemie mit 3,0% signifikant weniger waren. Obwohl diese Ergebnisse mit einer relativ großen statistischen Unsicherheit behaftet sind und daher mit Vorsicht

interpretiert werden müssen, scheint es Hinweise zu geben, dass auch in Privathaushalten lebende Personen dieser Altersgruppe von Isolation in der Pandemie nicht nur besonders betroffen waren, sondern im Fall der Männer, möglicherweise Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit eingetreten sind. Aus einer größeren Bevölkerungsstudie zur kognitiven Leistungsfähigkeit ist bekannt, dass soziale Unterstützung, im Sinne von einer unterstützenden Kontaktdichte, dem Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit im höheren Alter zuträglich ist [8]. Zukünftig sollte bei Menschen, die in einer pandemischen Situation stark isoliert werden, ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass unterstützende Kontaktangebote sichergestellt werden.

Der Rückgang der Häufigkeit von „Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben“, „Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen“ und „Schlechte Meinung von sich selbst und das Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben“ sind Symptombereiche, die mit chronischem Stress assoziiert sind [37, 38]. Die Ergebnisse stützen die Interpretation, dass sich der Rückgang der Häufigkeit der depressiven Symptomatik in der ersten Zeit der Pandemie eher durch einen Rückgang von spezifischen Alltagsbelastungen erklärt, als durch einen Rückgang von Personen mit einer depressiven Störung im engeren Sinne. Die OECD hat in diesem Zusammenhang den Begriff „Mental Ill-Health“ eingeführt, unter dem eher eine angeschlagene psychische Gesundheit und weniger eine chronisch verlaufende psychische Erkrankung zu verstehen ist [39]. Ebenfalls dazu passt, dass bei den beiden ersten im PHQ-8 erfragten Symptomen, 1. „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“ und 2.

„Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“, keine sehr großen Veränderungen gefunden wurden. Diese beiden Kernmerkmale müssen in stark beeinträchtigender Weise vorliegen, um zusammen mit anderen Begleitsymptomen eine Major Depression zu diagnostizieren [40]. Fullana et al. gehen davon aus, dass durch den Wegfall von arbeitsbezogenen Pflichten in der Pandemie, bei einem Teil der Bevölkerung eine Chance zur temporären Erholung gegeben war [36]. In einer Studie mit nicht probabilistischer Stichprobe konnte gezeigt werden, dass Personen, die während der Pandemie von zu Hause aus arbeiten, weniger Stress erleben, mehr positive und weniger negative Affekte und mehr Lebenszufriedenheit berichten, als diejenigen, die nicht von zu Hause arbeiten [41]. Die Autorinnen dieser Studie interpretieren in Anlehnung an die Theorie der Ressourcenerhaltung, dass Homeoffice als Ressourcengewinn angesehen werden kann und gemäß der Selbstregulationstheorie eine Möglichkeit darstellt, mit den pandemischen Herausforderungen umzugehen. In einem Rapid Review zu diesem Thema wird betont, dass die potenzielle Ressourcenschöpfung durch Homeoffice in der Pandemie und die damit erzielbaren positiven Effekte auf die psychische Gesundheit davon abhingen, wie gut die organisatorische Unterstützung von Personen war, die während der Pandemie von zu Hause gearbeitet haben [42].

Ein weiterer Hinweis zu den potenziell positiven Effekten der veränderten Arbeitsbedingungen sind die Ergebnisse zu Müdigkeit und dem Gefühl, keine Energie zu haben. Im Jahr 2019 wurde in den Altersgruppen bis 64 Jahren von 20,3% bis 26,2% der Frauen angegeben, dass sie „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ davon betroffen sind. In der Zeit der Pandemie hat

sich der Anteil auf Prozentwerte von 15,2 % bis 17,0 % reduziert. Bei den Männern waren die Anteile im Jahr 2019 deutlich geringer und nur bei den Altersgruppen von 30 bis 64 Jahren, wenn auch nicht signifikant, so doch in der Tendenz rückläufig. Das ist die Lebensphase, die durch das Erwerbsleben gekennzeichnet ist.

Diese Beobachtungen decken sich mit anderen Studienergebnissen zu Pandemiebeginn, bei denen ebenfalls der Rückgang einzelner Symptome einer depressiven Symptomatik berichtet wurden. Wie auch in der vorliegenden Studie, zeigten sich ein Rückgang in Symptomen der Müdigkeit und Energielosigkeit [5, 6] sowie Konzentrationschwierigkeiten [7].

Im Rahmen der Nationalen Kohorte (NAKO Gesundheitsstudie) [43, 44] wurde zu Beginn der COVID-19-Pandemie in der Zeit vom 30. April 2020 und 15. Mai 2020, schriftlich und online eine Sonderbefragung durchgeführt, bei der u. a. der PHQ-9 als Befragungsinstrument angewandt wurde [43]. Die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik lag im Befragungszeitraum bei 9,5 % und damit um 2,4 % höher als die durchschnittliche Prävalenz von 7,1 % in den Jahren 2014 bis 2019. Allerdings zeigt sich ein Anstieg nur in den Altersgruppen unter 60 Jahren, insbesondere bei jüngeren Frauen [44]. Andererseits berichteten auch 32 % der Befragten zu Beginn der Pandemie einen verbesserten selbst eingeschätzten Gesundheitszustand [44]. Hierbei ließ sich nicht abschließend beurteilen, ob diese Veränderungen zum Teil auch auf systematische Abweichungen in der soziodemografischen Zusammensetzung der Stichprobe zum Befragungszeitpunkt zurückzuführen waren [43]. Es lässt sich auch nicht feststellen, ob etwaige saisonale Schwankungen der depressiven

Symptomatik einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten, weil die Erhebungszeiträume nicht identisch mit jenen der Vergleichsjahre waren. Dennoch liefert die NAKO-Studie besonders wertvolle Hinweise darauf, dass eine Zunahme depressiver Symptome zum Beginn der Pandemie mit sozialen Folgen der Pandemie, wie Arbeitsplatzverlust, Reduzierung der Arbeitszeit ohne Kurzarbeitergeld, aber auch Mehrarbeit, sowie einer Zunahme der Arbeitsplatzunsicherheit und einer Verschlechterung der finanziellen Situation assoziiert war [43].

Unsere Auswertungen, bei denen nach Bildung unterschieden wurde (Tabelle 4), weisen darauf hin, dass im ersten Pandemiejahr besonders Menschen der unteren oder mittleren Bildungsgruppe von pandemiebedingten Veränderungen zumindest temporär hinsichtlich bestimmter Depressionssymptome profitiert haben könnten, wie sich in der gefundenen Verringerung eines stressassoziierten Depressionssymptoms in diesen Gruppen andeutet. Dennoch waren sowohl Frauen als auch Männer der unteren Bildungsgruppe auch von diesem Depressionssymptom während der Pandemie weiterhin mit Abstand am häufigsten betroffen. Der gefundene bildungsspezifische Rückgang in der Häufigkeit des Symptoms während der Pandemie bedarf weiterer Forschung und Erklärung.

In anderen bevölkerungsbasierten Studien zur Pandemie wurde eine Verringerung bildungsbezogener Unterschiede hinsichtlich der Einsamkeit und Lebenszufriedenheit gefunden [11, 12]. Personen mit hoher Bildung berichteten gestiegene Belastungen während der Pandemie, sodass sich die bestehenden Bildungsunterschiede im Einsamkeitserleben und in der Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie verringerten. Da bei den Berechnungen der

zitierten Arbeiten anscheinend auf eine Altersstandardisierung verzichtet wurde, müssen die Ergebnisse angesichts altersgruppenspezifischer Veränderungen während der Pandemie und unterschiedlicher Altersstrukturen der Bildungsgruppen jedoch mit Einschränkungen interpretiert werden. Liu et al. [45] fanden bei Personen mit geringerer Anzahl an Bildungsjahren demgegenüber eine höhere psychische Belastung zu Beginn der Pandemie. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Studie kein Ausgangsniveau ermittelt wurde und die Daten nicht auf einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung, sondern auf einer Onlinebefragung beruhten, an der dreimal so viele Frauen wie Männer teilnahmen sowie überproportional viele jüngere Befragte. Dennoch bekräftigen die teils inkonsistenten Befunde, dass hinsichtlich dieser Frage nach sozialen Ungleichheiten in den Pandemiefolgen für die psychische Gesundheit weiterer Forschungsbedarf besteht.

4.3 Stärken und Limitationen

Die Fallzahl von GEDA 2019/2020 ermöglicht es, die Daten zur depressiven Symptomatik und den assoziierten Einzelsymptomen nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildungsgruppen auszuwerten. Abweichend von früheren Studien konnten durch die beiden vergleichbaren Zeiträume in den Jahren 2019 und 2020 etwaige saisonale Schwankungen egalisiert werden. GEDA 2019/2020 ist ein Survey mit telefonischer Befragung auf Basis einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern. Trotz Gewichtung der jeweiligen Studienpopulation nach Alter, Geschlecht, Region und Bildungsgruppen gemäß der Bevölkerungszusammensetzung zum entsprechenden Befragungszeitpunkt,

sind Abweichungen der Studienpopulation bezüglich anderer Charakteristika nicht auszuschließen [26].

Die angestrebte Auswertung nach Geschlecht, Alter und Bildungsgruppen hat es nicht erlaubt, auf unterschiedliche Phasen während der Pandemie näher einzugehen. Etwaige Schwankungen im Verlauf der Pandemie hinsichtlich der depressiven Symptomatik wurden in einer weiteren Publikation aufgezeigt [6].

Die Zusammenfassung der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen bleibt mit Blick auf die erhebliche Dynamik von Lebensveränderungen in diesem Lebensabschnitt unbefriedigend. Hierzu wären weitaus höhere Fallzahlen notwendig gewesen. Das Gleiche gilt für bestimmte, durch die COVID-19-Pandemie möglicherweise negativ beeinflusste Lebenslagen, die mit einem höheren Risiko für eine depressive Symptomatik einhergehen könnten, wie es z. B. in der Sonderauswertung der NAKO Gesundheitsstudie aufgezeigt werden konnte [43].

Wie sich der Wegfall von Unterstützungsangeboten (wie Selbsthilfegruppen) oder andererseits die Schaffung von alternativen Unterstützungsangeboten (wie Onlineformaten für Beratung und Therapie), auf die psychische Gesundheit ausgewirkt haben, lässt sich auf der Basis der GEDA-Daten nicht bewerten [10].

4.4 Fazit

Die erwachsene Bevölkerung hat sich hinsichtlich der depressiven Symptomatik in dem untersuchten Zeitraum zu Beginn der Pandemie überwiegend als resilient erwiesen. Die Ergebnisse deuten aber auch darauf hin, dass es große Gruppen in der Bevölkerung gibt, die eine höhere

Symptomlast zu tragen haben als andere. Das betrifft in einem höheren Maße Frauen als Männer und insbesondere Menschen mit geringerer und mittlerer Bildung. Diese Ergebnisse zum ersten Jahr der Pandemie haben gezeigt, dass die Häufigkeit depressiver Symptome durch Veränderungen in der Lebenswelt beeinflusst werden können und hohe Prävalenzen nicht als wenig beeinflussbare Gegebenheiten hingenommen werden sollten. Es erscheint dringend geboten, die Datenerhebungen fortzuführen, um Entwicklungen in der Bevölkerung weiter zu beobachten und um festzustellen, ob und wie sich die mittlerweile kumulierenden Krisen, wie die Pandemie, die Inflation und die Folgen des seit Februar 2022 bestehenden Krieges in Europa, auf die psychische Gesundheit auswirken. Vor dem Hintergrund der jetzigen Ergebnisse ist dabei weiterhin zu beobachten, wie sich Chancen und Risiken für verschiedene Alters- und Bildungsgruppen, Frauen und Männer entwickeln. Weitere, bereits geplante Auswertungen zum Verlauf im Jahr 2021 und 2022 werden zeigen, ob die bisherige Resilienz auch im weiteren Fortgang der Pandemie und der hinzugekommenen Krisen gehalten und ob sich die Situation der 80-Jährigen und Älteren wieder verbessert hat. Ergänzende Erhebungen und Auswertungen, die auch Kinder mit einbeziehen, wurden bereits begonnen, werden aber erst Mitte 2023 abgeschlossen sein.

Ab dem Jahr 2022 werden sich etwaige Veränderungen nicht mehr ausschließlich in Verbindung mit der Pandemie allein interpretieren lassen, weil wirtschaftliche Pandemiefolgen und Herausforderungen, wie der Krieg im Osten Europas, sich ebenfalls auf die psychische Gesundheit auswirken könnten.

Korrespondenzadresse

Dr. Ulfert Hapke
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: HapkeU@rki.de

Zitierweise

Hapke U, Kersjes C, Hoebel J, Kuhnert R, Eicher S et al. (2022) Depressive Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung vor und im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der GEDA-Studie 2019/2020. *J Health Monit* 7(4): 3–23. DOI 10.25646/106663

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die Studie GEDA 2019/2020 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangs-

beschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis

GEDA 2019/2020 wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert. Dieser Beitrag wurde ergänzend mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert (Projektnummer 458531028).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch ihre engagierte Mitarbeit die GEDA-Studie ermöglicht haben: den Interviewerinnen und Interviewern der USUMA GmbH, den Kolleginnen und Kollegen des GEDA-Teams am RKI. Ebenfalls möchten wir uns bei allen Teilnehmenden herzlich bedanken.

Literatur

1. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *International Journal of Epidemiology* 44(2):442–450
2. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Archives of Public Health* 75(1):1–14
3. Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer AK et al. (2021) Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 6(3):3–27.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8749> (Stand: 25.11.2022)
4. Hapke U, Cohrdes C, Nübel J (2019) Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit* 4(4):62–70.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/6242> (Stand: 02.11.2022)
5. Cohrdes C, Yenikent S, Wu J et al. (2021) Indications of Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic in Germany: Comparison of National Survey and Twitter Data. *JMIR mental health* 8(6):e27140
6. Damerow S, Rommel A, Beyer AK et al. (2022) Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ein Update. *J Health Monit* 7(S3):2–21.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/9907> (Stand: 02.11.2022)
7. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA-EHIS 2019. *J Health Monit* 5(4):3–22.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 02.11.2022)
8. Cohrdes C, Hapke U, Nübel J et al. (2022) Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Teil 1 – Erwachsenenalter. Robert Koch-Institut.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/9259> (Stand: 02.11.2022)
9. Mauz E, Eicher S, Peitz D et al. (2021) Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. *J Health Monit* 6(S7):1–65.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8995.2> (Stand: 02.11.2022)
10. Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer AK et al. (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *J Health Monit* 5(S10):1–28.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7033> (Stand: 02.11.2022)

11. Entringer T, Kröger H (2021) Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 1136. DIW, Berlin
12. Entringer T, Kröger H, Schupp J et al. (2020) Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 1087. DIW, Berlin
13. Liebig S, Buchinger L, Entringer T et al. (2020) Ost- und Westdeutschland in der Corona-Krise: Nachwendegeneration im Osten erweist sich als resilient. DIW Wochenbericht. DIW, Berlin
14. Mata J, Wenz A, Rettig T et al. (2020) Health behaviors and mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal population-based survey. PsyArXiv
15. Naumann E, Mata J, Reifenscheid M et al. (2020) Die Mannheimer Corona-Studie: Schwerpunktbericht zum Angstempfinden in der Bevölkerung. Untersuchungszeitraum 20. März bis 16. April 2020. https://madoc.bib.uni-mannheim.de/55136/1/Schwerpunktbericht_Angstempfinden_Mannheimer_Corona_Studie.pdf (Stand: 25.11.2022)
16. Gilan D, Röthke N, Blessin M et al. (2020) Psychomorbidity, Resilience, and Exacerbating and Protective Factors During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Dtsch Arztebl Int* 117(38):625–630
17. Techniker Krankenkasse (2021) Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten. 2021. Techniker Krankenkasse, Hamburg
18. COSMO – COVID-19 Snapshot Monitoring (2021) Ressourcen und Belastungen. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/20-belastungen/> (Stand: 29.11.2022)
19. Hajek A, König HH (2021) The Prevalence and Correlates of Probable Major Depressive Disorder and Probable Generalized Anxiety Disorder during the COVID-19 Pandemic. Results of a Nationally Representative Survey in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 18(23)
20. COSMO – COVID-19 Snapshot Monitoring (2021) Resilienz. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-zufriedenheit-ressourcen/10-resilienz/> (Stand: 29.11.2022)
21. Kunzler AM, Chmitorz A, Bagusat C et al. (2018) Construct validity and population-based norms of the German brief resilience scale (BRS). *Eur J Health Psychol* 25(3):107
22. Bohlken J, Kostev K, Riedel-Heller S et al. (2021) Effect of the COVID-19 pandemic on stress, anxiety, and depressive disorders in German primary care: A cross-sectional study. *J Psychiatr Res* 143:43–49
23. Gaertner B, Fuchs J, Möhler R et al. (2021) Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *J Health Monit* 6(S4):2–39. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7915> (Stand: 02.11.2022)
24. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
25. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–450
26. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit* 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 02.11.2022)
27. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021) Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 6(3):88–106. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8752> (Stand: 02.11.2022)
28. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114(1/3):163–173
29. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC
30. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN educational classification in international comparative research Advances in cross-national comparison. Springer, S. 221–244
31. Pöge K, Rommel A, Starker A et al. (2022) Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS–Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit* 7(2):52–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9885> (Stand: 30.11.2022)
32. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2 017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
33. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 5(4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 30.11.2022)
34. Bundesregierung (2020) Leitlinien gegen Ausbreitung des Coronavirus (16.03.2020). <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/leitlinien-bund-laender-1731000> (Stand: 30.11.2022)

35. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(3):81–88. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 30.11.2022)

36. Fullana MA, Hidalgo-Mazzei D, Vieta E et al. (2020) Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *J Affect Disord* 275:80–81

37. Hapke U, Maske U, Scheidt-Nave C et al. (2013) Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 56(5):749–754

38. Monroe SM, Slavich GM, Georgiades K (2014) The social environment and depression: The roles of life stress. In: Gotlib IH, Hammen CL (Hrsg), *Handbook of depression* (S. 296–314). The Guilford Press.

39. OECD (2021) *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing Paris, France

40. American Psychiatric Association (2014) *Diagnostisches und statistisches manual psychischer Störungen – DSM-5®*. Hogrefe Verlag

41. Rieth M, Hagemann V (2021) The impact of telework and closure of educational and childcare facilities on working people during COVID-19. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*

42. Oakman J, Kinsman N, Stuckey R et al. (2020) A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? *BMC Public Health* 20(1):1–13

43. Dragano N RM, Peters A, Engels M et al. Zunahme psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie – die Rolle beruflicher und finanzieller Belastungen. *Dtsch Arztebl Int* 119:179–187

44. Peters A, Rospleszcz S, Greiser KH et al. (2020) The impact of the COVID-19 Pandemic on self-reported health: Early evidence From the German National Cohort. *Dtsch Arztebl Int* 117(50):861

45. Liu S, Haucke MN, Heinzel S et al. (2021) Long-Term Impact of Economic Downturn and Loneliness on Psychological Distress: Triple Crises of COVID-19 Pandemic. *J Clin Med* 10(19):4596

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Bildnachweis

Aufnahme von SARS-CoV-2 auf Titel und Marginalspalte:
© CREATIVE WONDER – stock.adobe.com

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit