

Journal of Health Monitoring · 2017 2(3)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-057  
Robert Koch-Institut, Berlin

**Autorinnen und Autoren:**

Julia Thom, Ronny Kuhnert, Sabine Born,  
Ulfert Hapke

# 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland

**Abstract**

Depressionen sind häufige psychische Störungen, deren Bedeutung im Versorgungsgeschehen zunimmt. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS berichten 9,7% der Frauen und 6,3% der Männer in den letzten 12 Monaten von einer Ärztin oder einem Arzt die Diagnose einer Depression erhalten zu haben. Im Alter von 45 bis 64 Jahren sind diese aus dem Versorgungsgeschehen berichteten Depressionsdiagnosen bei beiden Geschlechtern am häufigsten. Deutliche Unterschiede bestehen nach Bildungsstatus: Bei Frauen liegen die Prävalenzen in der unteren Bildungsgruppe etwa doppelt so hoch wie in der oberen (12,2% vs. 6,5%). Bei Männern zeigt sich ein geringerer Bildungsgradient (7,5% vs. 5,1%). Auch zwischen den Bundesländern schwanken die Prävalenzen stark (Frauen 5,4%–13,4%; Männer 3,3%–9,4%). Die Ergebnisse werden im Kontext der bisherigen Datenlage diskutiert.

DEPRESSION · ÄRZTLICHE DIAGNOSE · ERWACHSENE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

**Einleitung**

Depressionen sind psychische Störungen, die geprägt sind von Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, starker Ermüdbarkeit und dem Verlust von Interesse an Aktivitäten, die einem sonst Freude bereiteten [1]. Weitere Symptome wie beispielsweise Konzentrationsprobleme, vermindertes Selbstvertrauen und in schweren Fällen auch Suizidalität können hinzukommen. Für den Einzelnen sind Depressionen mit erheblichen Einschränkungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit verbunden [2]. Unter allen chronischen Erkrankungen verursachen sie weltweit die größte Zahl der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre [3] und werden im Zusammenhang mit mindestens der Hälfte aller vollendeten Suizide gesehen [4]. Sozialversicherungen dokumentieren eine zuneh-

mende Bedeutung von Depressionen im Versorgungsgeschehen und als Ursache von Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen und Berentung [5–8]. Mit Blick auf epidemiologische Daten bestehen allerdings Kontroversen zur Frage der Häufigkeit von Depressionen in der Bevölkerung [9–11]. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts wird neben anderen Indikatoren zur Messung der Häufigkeit (Prävalenz) von Depression auch die selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression erhoben.

**Indikator**

Die selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression wurde in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS) durch die

## GEDA 2014/2015-EHIS

**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

**Erhebungsmethode:** Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

**Grundgesamtheit:** Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

**Teilnehmende:** 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

**Response rate:** 26,9 %

**Untersuchungszeitraum:** November 2014 – Juli 2015

**Datenschutz:** Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. 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 schriftliche Einwilligung (informed consent).

**Mehr Informationen unter**  
[www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

Selbstangabe der Teilnehmenden in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“, gefolgt von einer Liste von Erkrankungen, die auch Depression enthielt. Zur besseren Interpretierbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten mit Surveys der Vorjahre werden im Folgenden nur die Personen betrachtet, die neben dieser 12-Monats-Angabe ankreuzten, dass eine Depression „jemals ärztlich diagnostiziert“ wurde. Von allen Personen mit 12-Monats-Angabe wurden so 26,4 % (n = 657) ausgeschlossen, die keine ärztliche Lebenszeitdiagnose berichteten.

Die Schätzung der Depressionsprävalenz mithilfe dieses Items ist effizient und in Gesundheitsstudien auch international verbreitet [12, 13], aber voraussetzungsreich und daher mit Limitationen behaftet: Eine Person muss 1) eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen und 2) dort eine Depressionsdiagnose erhalten, die 3) den diagnostischen Kriterien entspricht sowie 4) durch die Ärztin oder den Arzt mitgeteilt wird. Bei der Teilnahme am Survey muss sich die Person 5) an die Diagnosestellung erinnern und 6) bereit sein, sie zu berichten. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die einen Teil der fachärztlichen Versorgung anbieten und Diagnosen vergeben, hier ebenfalls als Arztgruppe aufgefasst werden.

Die vorliegenden Analysen basieren auf Daten von 23.179 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.777 Frauen; 10.402 Männer) mit gültigen Angaben zur selbstberichteten diagnostizierten Depression. Die Berech-

nungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [14]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [15] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – Neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

### Ergebnisse und Einordnung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen dargestellt, im Kontext weiterer Befunde des Gesundheitsmonitorings diskutiert und Auswertungen von Krankenkassendaten gegenübergestellt.

Die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten diagnostizierten Depression liegt bei 8,1 % in der Bevölkerung ([Tabelle 1](#)). Frauen berichten mit 9,7 % häufiger eine Depressionsdiagnose in den vergangenen 12 Monaten als Männer mit 6,3 %. Bei beiden Geschlechtern fallen die Prävalenzen bei Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren am höchsten aus. Diese Befunde replizieren den im Zusammenhang mit psychischen Störungen bekannten Geschlechterunterschied. So ist die

**Tabelle 1**  
**12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten**  
**ärztlich diagnostizierten Depression**  
**nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
**(n = 12.777 Frauen; n = 10.402 Männer)**  
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

**Eine ärztlich diagnostizierte Depression in den letzten 12 Monaten wird von 9,7 % der Frauen und 6,3 % der Männer berichtet.**

Frauen	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>9,7</b>	<b>(9,0–10,3)</b>
<b>18–29 Jahre</b>	8,1	(6,7–9,7)
Untere Bildungsgruppe	12,3	(8,8–16,9)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,0–9,4)
Obere Bildungsgruppe	3,6	(2,2–5,8)
<b>30–44 Jahre</b>	9,3	(8,0–10,8)
Untere Bildungsgruppe	13,4	(9,3–18,9)
Mittlere Bildungsgruppe	10,2	(8,5–12,1)
Obere Bildungsgruppe	4,8	(3,6–6,4)
<b>45–64 Jahre</b>	11,8	(10,8–12,9)
Untere Bildungsgruppe	15,1	(12,1–18,7)
Mittlere Bildungsgruppe	11,7	(10,4–13,1)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,7–11,2)
<b>≥ 65 Jahre</b>	8,0	(6,7–9,5)
Untere Bildungsgruppe	10,1	(7,9–12,8)
Mittlere Bildungsgruppe	6,9	(5,3–8,9)
Obere Bildungsgruppe	5,3	(3,4–8,1)
<b>Gesamt (Frauen und Männer)</b>	<b>8,1</b>	<b>(7,6–8,5)</b>

KI = Konfidenzintervall

höhere Prävalenz von Depressionen bei Frauen gegenüber Männern ein klassischer epidemiologischer Befund, der über verschiedene Messinstrumente, Länder sowie im zeitlichen Verlauf stabil erscheint [16]. Darüber hinaus unterscheiden sich die Geschlechter in ihrem Hilfesuchverhalten, denn bei Vorliegen einer depressiven Störung suchen mehr Frauen eine Behandlung auf als Männer [17]. In der Diskussion der Geschlechterunterschiede werden diese einerseits durch biologische Mechanismen und Effekte von Geschlechterrollen und sozialen Stressoren erklärt. Andererseits werden sie als Verzerrung interpretiert, die unter anderem durch den Einsatz diagnostischer Kriterien zustande kommt, in

Männer	%	(95 %-KI)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>6,3</b>	<b>(5,8–6,9)</b>
<b>18–29 Jahre</b>	4,3	(3,2–5,9)
Untere Bildungsgruppe	7,0	(4,2–11,2)
Mittlere Bildungsgruppe	3,4	(2,3–4,9)
Obere Bildungsgruppe	3,8	(1,5–8,9)
<b>30–44 Jahre</b>	5,7	(4,5–7,2)
Untere Bildungsgruppe	8,1	(4,5–14,1)
Mittlere Bildungsgruppe	6,6	(5,2–8,4)
Obere Bildungsgruppe	3,2	(2,1–5,0)
<b>45–64 Jahre</b>	8,5	(7,5–9,6)
Untere Bildungsgruppe	9,1	(6,5–12,6)
Mittlere Bildungsgruppe	9,3	(7,8–11,0)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(5,7–8,5)
<b>≥ 65 Jahre</b>	5,0	(4,0–6,1)
Untere Bildungsgruppe	5,6	(3,7–8,3)
Mittlere Bildungsgruppe	5,2	(3,8–7,1)
Obere Bildungsgruppe	4,2	(2,9–5,9)
<b>Gesamt (Frauen und Männer)</b>	<b>8,1</b>	<b>(7,6–8,5)</b>

denen vermehrt typisch weibliche Depressionssymptome abgebildet und Depressionen bei Männern unterschätzt werden [18, 19].

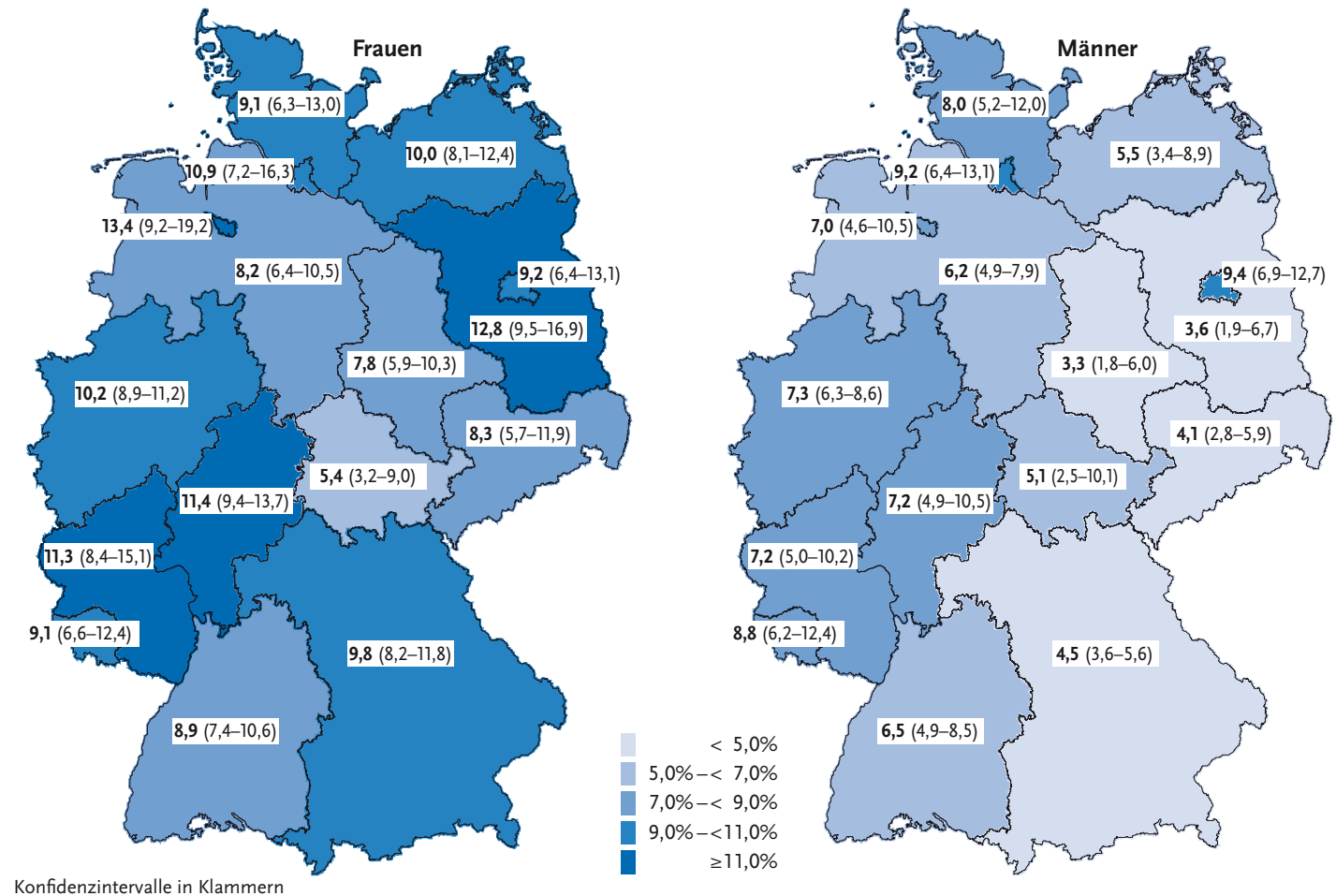
Mit steigendem Bildungsstatus sinkt die Häufigkeit einer selbstberichteten diagnostizierten Depression bei Betrachtung der Gesamtbevölkerung etwa auf die Hälfte (untere Bildungsgruppe 10,5% vs. obere Bildungsgruppe 5,6%, Daten nicht gezeigt). Bei Frauen mit Depressionsdiagnose fällt der Bildungsgradient bis zum Alter von 64 Jahren stärker und statistisch bedeutsamer aus als bei Männern. Neben Alter und Geschlecht variiert der Zusammenhang zwischen Bildung und Prävalenz einer selbstberichteten diagnostizierten Depression auch zwi-

Am häufigsten geben Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren eine ärztliche Depressionsdiagnose an.

schen unterschiedlichen Erhebungsjahren [20–22]. Gleichmaßen inkonsistente Muster zeigen sich, wenn neben Bildung auch Einkommen und Berufsstatus betrachtet werden [23–25].

Im Vergleich der Bundesländer bestehen deutliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression: Am höch-

ten liegen die Prävalenzen in Stadtstaaten, bei den Frauen mit 13,4 % in Bremen und bei den Männern mit 9,4 % in Berlin (Abbildung 1). Demgegenüber beträgt in den Bundesländern mit den geringsten Prävalenzen der Anteil der Personen mit selbstberichteter diagnostizierter Depression weniger als die Hälfte – bei den Frauen in Thüringen 5,4 %, bei den Männern in Sachsen-Anhalt



**Abbildung 1**  
12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht und Bundesland (n=12.777 Frauen, n=10.402 Männer)  
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

**Mit steigendem Bildungsstatus sinkt die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression.**

3,3%. Die Karte lässt für Männer ein Ost-West-Gefälle erkennen, mit Ausnahme von Bayern, das ebenfalls geringe Prävalenzen aufweist. Vergleichbare Variationen zwischen den Bundesländern zeigen sich sowohl in den Surveys der Vorjahre [25] als auch in Krankenkassendaten [6, 11]. Im Stadt-Land-Vergleich liegen die Prävalenzen in beiden Datenquellen übereinstimmend in Großstädten am höchsten, am niedrigsten dagegen in kleinstädtischen Wohnorten [11, 23, 24]. In den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung schwanken die Diagnosehäufigkeiten von Depressionen auf der Ebene einzelner Kreise und kreisfreier Städte sogar um den Faktor 3 von 5,3% bis 18,2% [26] bzw. 7,2% bis 21,4% [11] – auch wenn regionale Unterschiede in Alter, Geschlecht und körperlicher Morbidität kontrolliert werden. Für die Erklärung dieser ungleichen räumlichen Verteilung müssen vielschichtige Unterschiede zwischen Regionen in Betracht gezogen werden, zum Beispiel eine variierende Konzentration von Risiko- und Schutzfaktoren, das lokale Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung, die örtliche Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten sowie die Häufigkeit, mit der Behandelnde Depressionen erkennen und dokumentieren [26, 27].

Im Vergleich zu Surveys der Vorjahre setzt sich der Anstieg der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nicht fort. Während in GEDA 2009 noch 8,0% der Frauen und 4,5% der Männer eine Depressionsdiagnose angaben [20], sind die Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS vergleichbar mit den Befunden aus GEDA 2012 (Frauen 9,8%; Männer 6,1%) [22]. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Erhebungsmodus von der telefonischen Befragung in den

Vorjahren zur schriftlichen bzw. webbasierten Befragung in GEDA 2014/15-EHIS wechselte, was zu Veränderungen im Antwortverhalten der Befragten geführt haben kann.

Der zeitliche Trend steht zum Teil im Einklang mit den Entwicklungen der Depressionsdiagnosen in den Abrechnungsdaten von Krankenkassen. In diesen bildet sich ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der ärztlichen Kodierungen depressiver Störungen und damit verbundener Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen Jahren ab [6–8]. Auswertungen der Betriebskrankenkassen (BKK) zeigen, dass sich die Fehlzeiten aufgrund von Depressionen zwischen 2003 und 2013 mehr als verdoppelt haben [8]. Werden aus Krankenkassendaten 12-Monats-Prävalenzen von Depressionen ermittelt, liegen diese je nach betrachteter Kasse und Jahr zwischen 10% und 13% [11, 26, 28, 29]. Zwischen dem Selbstbericht der diagnostizierten Depression in GEDA 2014/2015-EHIS und den im Versorgungssystem erfassten Depressionsdiagnosen bestehen unter anderem Abweichungen in der Altersverteilung [6, 20–23, 26, 28]. Diese weisen auf konzeptuelle Unterschiede zwischen Survey- und Abrechnungsdaten hin [30]. So sind beispielsweise Abrechnungsdaten maßgeblich von der Qualität des ärztlichen Kodierverhaltens abhängig, dessen Validität für depressive Störungen infrage gestellt wird [29, 31]. Demgegenüber ist die Aussagekraft der hier dargestellten Surveydaten abhängig von der Bevölkerungsrepräsentativität der Studie (Response-Bias) sowie den genannten Limitationen des Indikators selbst (darunter Inanspruchnahme-, Recall- und Reporting-Bias).

Inwiefern von der Angabe einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression auf das Vorliegen einer

## Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depressionen.

Depression gemäß klinisch-diagnostischen Kriterien geschlossen werden kann, wurde mit Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und ihres Zusatzmodules Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) untersucht [32]: Berichten Studienteilnehmende von der ärztlichen Diagnose einer Depression in den letzten 12 Monaten, lässt sich die Störung im gleichen Zeitraum nur bei 37,2 % auch im standardisierten klinischen Interview gemäß geltender Klassifikationskriterien feststellen. 36,2 % erfüllen stattdessen die Kriterien einer anderen psychischen Störung und 26,6 % erhalten in der Untersuchung gar keine Diagnose einer psychischen Störung. Indes berichten von allen Personen mit Depression nach klinischem Interview nur 33,0 % auch eine Diagnose der Depression durch Behandelnde. Schätzt man die Häufigkeit von Depressionen gemäß diagnostischer Kriterien in der Bevölkerung anhand der selbstberichteten Diagnose, wird diese folglich gleichzeitig unter- und überschätzt. Differenzierte Erkenntnisse können Studien liefern, in denen bei denselben Personen epidemiologische Maße erhoben und mit Krankenkassendaten verknüpft werden (Daten-Linkage).

Betrachtet man anstelle der ärztlichen Diagnose das Vorliegen einzelner Depressionssymptome in den letzten zwei Wochen mithilfe eines Fragebogens (PHQ-8 [33, 34]), so besteht bei 10,1 % der Bevölkerung eine aktuelle depressive Symptomatik (siehe hierzu das Fact sheet in dieser Ausgabe [Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland](#)). Auch diese tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern und zeigt ebenfalls deutliche räumliche Schwankungen, jedoch abweichende Altersverläufe.

Während Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren am häufigsten eine depressive Symptomatik aufweisen, berichten diejenigen im Alter von 45 bis 64 Jahren am häufigsten von einer ärztlichen Depressionsdiagnose. Bei Männern halbiert sich die Zahl derjenigen mit depressiver Symptomatik in der Altersgruppe ab 65 Jahren nahezu, ist zuvor aber konstant. Hierin zeigt sich unter anderem, dass sich Belastungen erst über die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in dokumentierten Diagnosen niederschlagen können. So ist das Aufsuchen von Behandelnden bei Frauen gegenüber Männern sowie mit steigendem Alter häufiger [35]. Wenn Ärztinnen oder Ärzte aktuelle depressive Symptome feststellen, müssen diese nicht zwingend in einer Depressionsdiagnose kodiert werden. Sie können beispielsweise in Anzahl und Schweregrad gering ausgeprägt sein und somit nicht das Vollbild der Störung erfüllen oder bei Vorliegen weiterer Symptome auch im Rahmen anderer psychischer Störungen diagnostiziert werden.

Angaben der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression im Gesundheitssurvey ermöglichen – wenn die beschriebenen Limitationen berücksichtigt werden – eine Beschreibung der Personen, die im Versorgungssystem eine Depressionsdiagnose erhalten. In der soziodemografischen, sozioökonomischen und regionalen Ungleichverteilung von Depressionsdiagnosen spiegeln sich sowohl Morbiditäts- als auch Versorgungsunterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen. Zusammenhangsanalysen mit standardisiert erhobenen Depressionsdiagnosen im klinischen Interview weisen darauf hin, dass in Epidemiologie und Gesundheitsversorgung größtenteils unterschiedliche

Personengruppen mit der Diagnose erfasst werden. Die Aufklärung dieser Diskrepanzen kann zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen.

### Literatur

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. (Hrsg) (2016) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hogrefe, Göttingen
- Mack S, Jacobi F, Beesdo-Baum K et al. (2015) Functional disability and quality of life decrements in mental disorders: Results from the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *European Psychiatry* 30:793-800
- World Health Organization (Hrsg) (2016) Global Health Estimates 2015: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. WHO, Genf
- Hawton K, Casanas ICC, Haw C et al. (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* 147(1-3):17-28
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2014) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Deutsche Rentenversicherung, Berlin
- Klauber J, Günster C, Gerste B et al. (Hrsg) (2014) Versorgungsreport 2013/2014. Schwerpunkt: Depression. Schattauer, Stuttgart
- Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) Depressionsatlas. Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
- Kliner K, Rennert D, Richter M (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Richter D, Berger K (2013) Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis* 40:176-182
- Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S (2015) Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 63-71
- Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- 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(12):1383-1390
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011) Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville
- Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International\\_standard\\_classification\\_of\\_education\\_%28ISCED%29/de](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de) (Stand: 13.01.2017)
- Lange C, Finger JD, Allen J et al. (in press) Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS) in Germany. Further development of the German Health Update (GEDA). *Archives of Public Health*
- Parker G, Brotchie H (2010) Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry* 22(5):429-436
- Moller-Leimkuhler AM (2002) Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 71(1-3):1-9
- Karger A (2014) Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57(9):1092-1098
- Karger A (2012) Sind Männer anders depressiv? *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 7:224-229
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/reQXTR7OSGFRg/PDF/20dqmVRMM57G6.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reQXTR7OSGFRg/PDF/20dqmVRMM57G6.pdf) (Stand: 13.07.2017)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

- [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/remDCctjOxl/PDF/21TgK-ZZEOWNCY.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/remDCctjOxl/PDF/21TgK-ZZEOWNCY.pdf) (Stand: 13.07.2017)
22. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin  
[http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28Gs-WuNtFjVqY.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28Gs-WuNtFjVqY.pdf) (Stand: 13.07.2017)
  23. Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5-6):733-739  
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reTN7kZkaLF1o/PDF/2oq1kPfu-qFfQ.pdf> (Stand: 13.07.2017)
  24. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K et al. (2016) Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. J Affect Disord 190:167-177
  25. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. GBE kompakt 4(2). Robert Koch-Institut, Berlin  
<http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2013-2/PDF/2.pdf> (Stand: 13.07.2017)
  26. Erhart M, Stillfried D (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Versorgungsatlas. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
  27. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57:224-233
  28. Grobe T, Kleine-Budde K, Bramesfeld A et al. (in preparation) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten
  29. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2012) Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
  30. Geyer S, Jaunzeme J (2014) Möglichkeiten und Grenzen von Befragungsdaten und Daten gesetzlicher Krankenversicherungen. In: Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (Hrsg) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Verlag Hans Huber, Bern, S. 223-233
  31. Gerste B, Roick C (2014) Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland - Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B et al. (Hrsg) Versorgungs-Report 2013/2014. Schattauer, Stuttgart, S. 21-54
  32. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG et al. (2017) Respondents' report of a clinician-diagnosed depression in health surveys: comparison with DSM-IV mental disorders in the general adult population in Germany. BMC Psychiatry 17(1):39
  33. Kroenke K, Spitzer RL, 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
  34. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Kompletversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe
  35. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56:832-844  
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjmYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf> (Stand: 13.07.2017)



## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

#### Korrespondenzadresse

Julia Thom  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [ThomJ@rki.de](mailto:ThomJ@rki.de)

#### Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und die Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Förderungshinweis

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

#### Hinweis

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

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,  
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,  
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

### Zitierweise

Thom J, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3): 72–80. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-057

ISSN 2511-2708



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