

**Kernaussagen**

- ▶ Studien weisen auf Geschlechterunterschiede in der Wahrnehmung und Äußerung depressiver Symptome, im Hilfesuchverhalten, in der Depressionsdiagnostik sowie in den Auswirkungen der sozialen Lage auf die psychische Gesundheit hin.
- ▶ Die GEDA-Ergebnisse zeigen, dass bei Männern im Erwerbsalter ein stärkerer Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und der Diagnose Depression zu beobachten ist als bei Frauen.
- ▶ Geringe soziale Unterstützung ist mit einer Depressionsdiagnose assoziiert; bei Frauen deutlicher als bei Männern.
- ▶ Alleinerziehende und allein lebende Frauen und Männer sind besonders häufig von einer Depression betroffen.

Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern

Depressionen gehören zu den bedeutsamsten psychischen Erkrankungen. Aufgrund ihrer Häufigkeit, Komplikationen und Folgen haben sie eine herausragende gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung (RKI 2010). Weltweit stehen Depressionen in Ländern mit mittlerem oder hohem Einkommen an erster Stelle der Krankheitslast (WHO 2008; Murray et al. 2012; Vos et al. 2012).

Über die Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung wird in den letzten Jahren zunehmend berichtet. Auch für die Versorgung und die sozialen Sicherungssysteme gewinnen diese an Bedeutung. Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund affektiver Störungen (siehe Kasten) haben sich zwischen den Jahren 2000 und 2011 mehr als verdoppelt, mit einem etwas höheren Anstieg bei Frauen als bei Männern (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013).

Auch die Krankenkassen in Deutschland berichten in ihren Gesundheitsreports der letzten Jahre von einer deutlichen Zunahme von Krankschreibungen aufgrund psychischer und insbesondere depressiver Störungen. Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage je Pflichtmitglied aufgrund psychischer Störungen ist seit 2007 sprunghaft angestiegen (BKK 2010). Dabei bleibt unklar, inwieweit hinter diesen Anstiegen eine reale Zunahme psychischer Störungen in der Bevölkerung steht oder ob diese mit zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz häufiger wahrgenommen, berichtet und damit auch diagnostiziert und behandelt werden können.

Für die Europäische Union (EU-27) wird eine 12-Monats-Prävalenz der Depression (majore Depression nach DSM-IV) von 6,9 % in der Altersgruppe von 14 bis 65 Jahren geschätzt (Wittchen et al. 2011). Die letzten epidemiologischen Daten für Deutschland, die auf der Basis eines standardisierten diagnostischen Interviews erhoben wurden, stammen aus den Jahren 1998/1999. Sie ergaben in der Gruppe der 18- bis 65-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz der majoren Depression von 8,3 %, die mit 11,2 % für Frauen höher lag als für Männer mit 5,5 % (Jacobi et al. 2004).

Selbstangaben zu einer diagnostizierten Depression oder depressiven Verstimmung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung wurden in der Studie zur »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) des Robert Koch-Instituts erhoben. Die Daten der GEDA-Studie 2010 zeigen vergleichbare Prävalenzen für Männer mit 5,1 %, aber niedrigere für Frauen mit 9,0 % (RKI 2012). Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) aus den Jahren 2008 bis 2011 des Robert Koch-Instituts liegt die 12-Monats-Prävalenz diagnostizierter Depressionen für Frauen bei 8,1 % und für Männer bei 3,8 % (Busch et al. 2013). Ein stabiles Ergebnis aller Studien und Daten ist

Affektive Störungen

Affektive Störungen sind ein Sammelbegriff für verschiedene Formen depressiver und sogenannter manisch bzw. manisch-depressiver Erkrankungen (auch bipolare Erkrankungen genannt).

Die Gruppe der affektiven Störungen wird nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) wie folgt klassifiziert:

- F30 Manische Episode
- F31 Bipolare affektive Störung
- F32 Depressive Episode
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F38 Andere affektive Störungen
- F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Weitere Informationen zu den Untergruppen der einzelnen Kategorien finden sich unter www.dimdi.de.

der Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Depressionsprävalenz. Frauen sind ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer. Dieser Unterschied ist auch international zu beobachten (Culbertson 1997; Jacobi et al.; Klose, Jacobi 2004; RKI 2010; Busch et al. 2011; Kurth 2012; RKI 2012).

Ursachen der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Depression

Die Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen bei Frauen und Männern beruhen auf einer Vielzahl komplexer Faktoren. Im Folgenden werden die wesentlichen Ursachen für die Unterschiede, so wie sie in der Forschung diskutiert werden, vorgestellt. Als besonders relevant in diesem Zusammenhang werden biologische Ursachen, die Artefakttheorie sowie die Auswirkungen der sozioökonomischen und psychosozialen Lage auf die psychische Gesundheit angesehen.

Biologische Ursachen

Unterschiede zwischen Frauen und Männern in biologischen Funktionen, zum Beispiel im Hormonstatus, können sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Hormonschwankungen im Zusammenhang mit reproduktiven körperlichen Vorgängen oder Reaktionen auf bestimmte Hormonspiegel können bei Frauen zu depressiver Verstimmtheit im Rahmen des prämenstruellen Syndroms, postpartaler Depressionen oder Depressionen in der Menopause führen.

Diese biologischen Unterschiede sind aber nicht allein für die unterschiedlichen Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Frauen und Männern ausschlaggebend (vgl. Bebbington 1998; Klose, Jacobi 2004). Es ist davon aus-

zugehen, dass diesen Geschlechterunterschieden weitere Mechanismen zugrunde liegen.

Artefakttheorie

Im Rahmen der sogenannten Artefakttheorie wird der Unterschied in der Depressionsprävalenz als eine »künstliche« Differenz aufgrund verschiedener Ursachen interpretiert. Dazu gehören die unterschiedliche Beurteilung von Frauen und Männer im Rahmen eines diagnostischen Prozesses aufgrund vorhandener unterschiedlicher stereotyper Rollenzuschreibungen, was zu einer Verzerrung in der Depressionsdiagnostik führen könnte (Piccinelli, Wilkinson 2000; Möller-Leimkühler 2005).

Weiterhin können über Sozialisationsprozesse vermittelte Geschlechterbilder zu Unterschieden in der Wahrnehmung und Äußerung von Symptomen zwischen Männern und Frauen führen, was ebenfalls andere Diagnosen zur Folge haben kann (Gijsbers van Wijk, Kolk 1997; Hünefeld 2012). Dies zeigte sich beispielsweise in einer experimentellen Studie aus dem Jahr 2009: Bei Frauen wurden körperliche Beschwerden häufiger auf psychische Störungen zurückgeführt als bei Männern (Maserejian et al. 2009).

Schließlich wird diskutiert, ob sich eine Depression bei Männern und Frauen grundsätzlich mit anderer Symptomatik äußert. In einer Studie an stationär behandelten depressiven Patienten ließen sich bei Männern häufiger die Symptommuster »Irritabilität«, »Aggressivität« und »antisoziales Verhalten« aufdecken, bei Frauen dagegen »Unruhe«, »depressive Verstimmung« und »Klagsamkeit« (Möller-Leimkühler et al. 2004).

Daraus resultieren Überlegungen, ob die Depression bei Männern mit den meisten eingesetzten Instrumenten zur Diagnostik untererfasst wird. Die üblicherweise bei Frauen und Männern verwendeten Skalen zur Erfassung von Depressionen sind stärker auf frauenspezifische als auf männerspezifische Symptome ausgelegt (Piccinelli, Wilkinson 2000). Dies kann zu einer systematischen Unterschätzung der Depression bei Männern führen. Die »Gotland Scale of Male Depression« wurde entwickelt, um »männliche Depression« zu erfassen. Sie enthält zusätzlich die Dimensionen Substanzmissbrauch, Reizbarkeit, Aggressivität, Selbstmitleid und Stressgefühle (Rutz et al. 1997).

Aber auch eine unterschiedliche Bereitschaft bei Frauen und Männern, die mit Depression in Zusammenhang stehenden Symptomatiken und ihren Schweregrad zu berichten, kann zu einer verzerrten Einschätzung der Betroffenheit führen (Woltersdorf et al. 2006). Unterschiede im Hilfesuchverhalten, der Symptomwahrnehmung, der Erinnerung (Frauen erinnern häufiger depressive Episoden) und von Falldefinitionen in epidemiologischen Studien sind allein aber auch nicht hinreichend, um die Unterschiede in der psychischen Gesundheit zwischen Frauen und Männern vollständig aufzuklären (Klose, Jacobi 2004).

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

Datenhalter:	Robert Koch-Institut
Ziele:	Bereitstellung aktueller Daten zu gesundheitsbezogenen Themen, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends
Erhebungsmethode:	Computerunterstützte telefonische Befragung (CATI)
Grundgesamtheit:	18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands
Stichprobe:	GEDA 2009: 21.262 Personen GEDA 2010: 22.050 Personen
Kooperationsrate:	GEDA 2009: 51,2 % GEDA 2010: 55,8 %
Untersuchungszeitraum:	GEDA 2009: Juli 2008 bis Juni 2009 GEDA 2010: September 2009 bis Juli 2010
Studienpopulation:	Befragte zwischen 18 und 64 Jahren aus GEDA 2009 und 2010 (n=35.133)

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Sozioökonomische und psychosoziale Lage

Weitere Erklärungsansätze beziehen sich auf Geschlechterunterschiede in den sozialen Lebensbedingungen und deren Wirkungen auf die psychische Gesundheit. Bedeutende Faktoren sind in diesem Zusammenhang die soziale Statusposition, Familie und Partnerschaft, soziale Netzwerke sowie Einflussfaktoren im Zusammenhang mit dem Erwerbsleben.

Der Anteil von Menschen mit Depressionen ist in unteren Sozialstatusgruppen größer als in oberen Statusgruppen (Klose, Jacobi 2004; Lampert 2005; Mauz, Jacobi 2008; Busch et al. 2013). Dabei ist die Studienlage zu geschlechtsspezifischen Unterschieden uneinheitlich.

Belastungen und Ressourcen aus dem Familienleben und der Hausarbeit sind weiterhin nicht gleichmäßig zwischen Frauen und Männern verteilt. Frauen leisten häufiger und in höherem Ausmaß als Männer unbezahlte Arbeit im Haushalt und bei der Erziehung der Kinder; die Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Kindern ist niedriger als die von Männern mit Kindern (Deutsches Jugendinstitut, Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2012). Sie erleben häufiger Brüche im Lebensverlauf und in der Erwerbsbiografie, eine geringere Anerkennung der Familienaufgaben im Vergleich zur Erwerbsarbeit (Piccinelli, Wilkinson 2000; Hünefeld 2012) und müssen bei einem Wiedereinstieg ins Berufsleben mit geringeren Einkommen rechnen (Ziefle 2004).

Auf der anderen Seite kann eine gelebte Rollenvielfalt auch eine Ressource im Hinblick auf die psychische Gesundheit darstellen (Möller-Leimkühler 2005). Alleinerziehende erhalten im Vergleich zu Kinderlosen häufiger eine Depressionsdiagnose, selbst bei vergleichbarer sozioökonomischer Situation (RKI 2003; Klose, Jacobi

2004; Lange, Saß 2006; von der Lippe, Rattay 2013). Das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin wird als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit angesehen. Getrennt lebende, geschiedene und verwitwete Männer haben doppelt so häufig eine depressive Störung im Vergleich zu verheirateten Männern. Ein Zusammenhang zwischen Partnerschaft und psychischer Gesundheit zeigt sich deutlicher bei Männern als bei Frauen (Klose, Jacobi 2004). Hohe soziale Unterstützung ist bei Frauen wie bei Männern mit einer guten psychischen Gesundheit assoziiert (Hapke et al. 2012; RKI 2012).

Anforderungen aus dem Erwerbsleben wie zeitliche, körperliche und Umgebungsbelastungen, Stress, Unsicherheit des Arbeitsplatzes, Beeinträchtigung des Arbeitsklimas oder Arbeiten unter strengen Vorgaben können gesundheitliche und psychische Belastungen zur Folge haben. Insbesondere kann das Gefühl, sich im Erwerbsleben zu verausgaben, ohne dafür eine entsprechende Belohnung und Wertschätzung zu bekommen (berufliche Gratifikationskrise), zu einer depressiven Symptomatik führen (Siegrist 2013). Erwerbstätigkeit ermöglicht nicht nur ein regelmäßiges Einkommen, sondern wirkt auch sinnstiftend und geht mit sozialem Ansehen und sozialer Einbindung einher (Kroll et al. 2011).

Arbeitslosigkeit dagegen begünstigt psychischen Stress und ist bei Frauen wie bei Männern mit dem Risiko für eine depressive Störung verbunden. Diesbezüglich weist eine Reihe von Studien darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depression bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (Artazcoz et al. 2004; Klose, Jacobi 2004; Lange, Lampert 2005; Kroll, Lampert 2012).

Erfassung der Depression in GEDA

Die Erfassung von Depression erfolgte über die Fragen »Hat ein Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen jemals eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt? Auch in den letzten 12 Monaten?«.

Es wurde kein Screening-Instrument eingesetzt, mit dessen Hilfe Personen mit Verdacht auf Depression identifiziert werden können.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Selbstangaben nur Rückschlüsse auf die Häufigkeit diagnostizierter Depressionen zulassen. Nicht erkannte bzw. noch nicht diagnostizierte Depressionen werden nicht erfasst.

Ergebnisse der GEDA-Studie

Während biologische Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit oder geschlechtsspezifische Verzerrungen in Diagnostik und Inanspruchnahme anhand der vom RKI erhobenen Daten nicht untersucht werden können, eignen sich die gepoolten Daten von GEDA 2009 und 2010 sehr gut, um detailliert Zusammenhänge zwischen sozia-

len Merkmalen und einer diagnostizierten Depression zu untersuchen.

Um das Merkmal Erwerbstätigkeit in die Analysen einbeziehen zu können, werden nur die Daten für die 18- bis 64-jährige Bevölkerung verwendet. Wesentliche Fragestellung ist, inwieweit sich der Zusammenhang von sozialen Merkmalen und einer diagnostizierten Depression zwischen Frauen und Männern unterscheidet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das von den Befragten selbst berichtete Vorliegen einer diagnostizierten Depression aufgrund geschlechtsspezifischer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, geschlechtsspezifischer Symptomschilderung sowie der verwendeten diagnostischen Instrumente bereits verzerrt sein kann (siehe Abschnitt zu den Artefakttheorien).

Frauen erhalten häufiger die Diagnose Depression als Männer

Die gepoolten Daten der GEDA-Studie bestätigen den Befund, dass bei Frauen in Deutschland signifikant häufiger die Diagnose Depression gestellt wird als bei Männern. Insgesamt geben 8,9 % der Frauen und 5,2 % der Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Depression oder depressive Verstimmung ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostiziert wurde. Die Abweichung zu den eingangs aufgeführten GEDA-Daten ergibt sich hier durch die Poolung der Daten der GEDA-Studie 2009 und 2010.

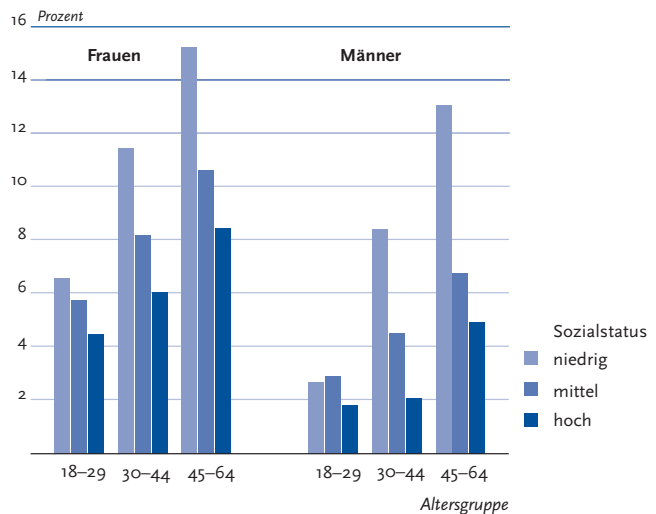
Die Daten zeigen darüber hinaus einen deutlichen Altersverlauf (Tabelle 1). Während nur knapp 6 % der Frauen und knapp 3 % der Männer zwischen 18 und 29 Jahren eine Depression oder depressive Verstimmung innerhalb der letzten 12 Monate berichten, sind es bei den 45- bis 64-Jährigen 11,0 % bzw. 7,2 %. Dabei ist eine leichte Verringerung der Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit zunehmendem Lebensalter zu beobachten.

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Wohnregion (Ost, West inkl. Berlin)
Datenquelle: GEDA 2009, 2010

	Alter			Wohnregion	
	18–29 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	Ost	West
Frauen	5,8 %	8,1 %	11,0 %	8,0 %	9,0 %
Männer	2,7 %	4,4 %	7,2 %	3,3 %	5,6 %

Zudem zeichnen sich bei Männern Prävalenzunterschiede zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern ab (Tabelle 1). Während 3,3 % der Männer in den östlichen Bundesländern eine diagnostizierte Depression berichten, sind es in den westlichen Bundesländern (inklusive Berlin) 5,6 %. Bei Frauen sind diesbezüglich dagegen mit 8,0 % in

Abbildung 1
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Sozialstatus
Datenquelle: GEDA 2009, 2010



den östlichen und 9,0 % in den westlichen Ländern keine wesentlichen Prävalenzunterschiede festzustellen.

Diagnose Depression hängt mit dem sozialen Status zusammen

Bei Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus (mehrdimensionaler Index aus Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen; vgl. Lampert et al. 2013) wird häufiger eine Depression diagnostiziert als bei denjenigen mit hohem Status (Abbildung 1).

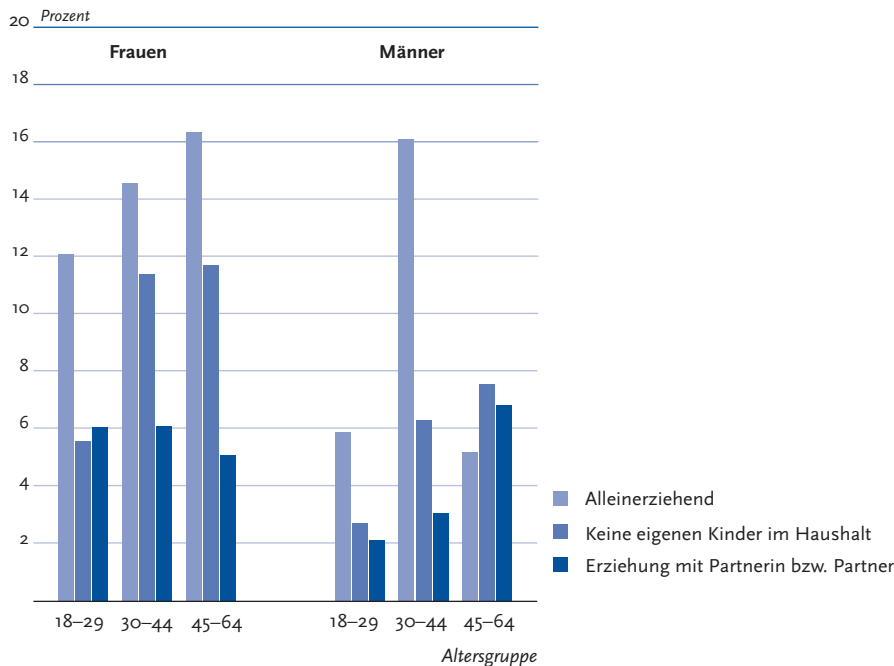
Die Prävalenz beträgt für Frauen mit niedrigem Sozialstatus 11,7 % und Frauen mit hohem Status 6,9 %, bei Männern liegen die vergleichbaren Prävalenzen bei 8,7 % und 3,4 %. Diese Unterschiede zeichnen sich bei Frauen und Männern vorrangig ab dem mittleren Erwachsenenalter (30 Jahre und älter) ab.

Tabelle 2
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Erwerbsstatus
Datenquelle: GEDA 2009, 2010

	Erwerbsstatus		
	Arbeitslos / nicht erwerbstätig	Teilzeit / gelegentlich	Vollzeit
Frauen			
18–29 Jahre	7,1 %	5,7 %	4,5 %
30–44 Jahre	10,1 %	7,6 %	6,9 %
45–64 Jahre	15,8 %	8,6 %	8,6 %
Männer			
18–29 Jahre	3,1 %	3,3 %	2,4 %
30–44 Jahre	15,1 %	10,2 %	3,0 %
45–64 Jahre	15,4 %	9,2 %	4,6 %

Abbildung 2**12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Kindererziehung**

Datenquelle: GEDA 2009, 2010



Bei Vollzeiterwerbstätigen wird seltener die Diagnose Depression gestellt

Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigt sich, dass die Depressionsprävalenzen für arbeitslose oder nicht erwerbstätige Frauen und Männer höher sind als für Erwerbstätige (Tabelle 2). Insgesamt liegt bei 11,0 % der arbeitslosen oder nicht erwerbstätigen Männer eine diagnostizierte Depression vor, während dies nur für 3,6 % der Vollzeiterwerbstätigen der Fall ist.

Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen Arbeitslosen mit 12,0 % und Vollzeiterwerbstätigen mit 6,9 % ebenfalls zu beobachten. Bei Männern zeigt sich darüber hinaus auch ein deutlicher Unterschied zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen. Für Erstere liegt die Prävalenz diagnostizierter Depressionen insgesamt bei 3,6 %, für Letztere bei 6,9 %. Bei Frauen sind diesbezüglich kaum Unterschiede festzustellen.

Alleinerziehende erhalten häufiger die Diagnose Depression

Bei alleinerziehenden Frauen ist die Diagnose einer Depression deutlich häufiger zu verzeichnen als bei Frauen, die ihr Kind oder ihre Kinder zusammen mit einem Partner bzw. einer Partnerin erziehen (Abbildung 2). 14,7 % der alleinerziehenden Frauen berichten in der GEDA-Studie von einer Depression innerhalb der letzten 12 Monate. Bei Müttern, die mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben, sind es dagegen nur 5,9 %. In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen lässt

sich für alleinerziehende Männer (n=177) eine ähnlich hohe Depressionsprävalenz beobachten wie bei gleichaltrigen, alleinerziehenden Frauen (n=1.480). Auch in der jüngsten Altersgruppe zwischen 18 und 29 Jahren ist diese Prävalenz für alleinerziehende Männer im Vergleich zu Männern ohne Kinder oder Männern, die Kinder mit einer Partnerin oder einem Partner erziehen, höher. Bei Männern ab 45 Jahren lässt sich dieses Verteilungsmuster nicht erkennen. Deutliche Unterschiede in der diagnostizierten Depression zeigen sich bei beiden Geschlechtern

Abbildung 3**12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Haushaltsgröße**

Datenquelle: GEDA 2009, 2010

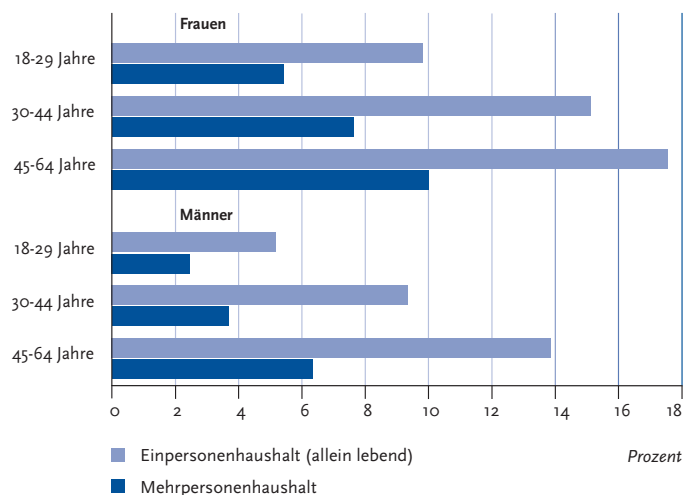


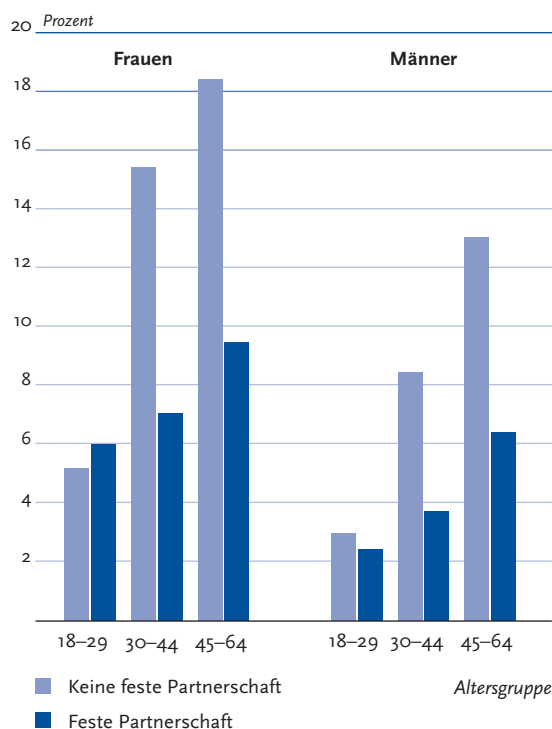
Tabelle 3
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und sozialer Unterstützung
 Datenquelle: GEDA 2009, 2010

	Soziale Unterstützung		
	Gering	Mittel	Hoch
Frauen			
18–29 Jahre	15,6%	6,2%	3,3%
30–44 Jahre	15,3%	8,1%	4,9%
45–64 Jahre	20,0%	10,7%	7,5%
Männer			
18–29 Jahre	7,9%	2,7%	1,9%
30–44 Jahre	8,4%	4,2%	3,1%
45–64 Jahre	12,4%	6,8%	5,0%

aller Altersgruppen zwischen Alleinlebenden und nicht allein lebenden Personen (Abbildung 3). Während bei allein lebenden Frauen die Depressionsprävalenz insgesamt bei 15,6 % und in Mehrpersonenhaushalten bei 8,1 % liegt, sind es bei Männern 10,6 % bzw. 4,5 %.

Damit sind im Verhältnis zu Erwachsenen, die mit mehreren Personen in einem Haushalt wohnen, etwa doppelt so viele der allein lebenden Frauen und Männer von einer diagnostizierten Depression betroffen.

Abbildung 4
12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Partnerschaft
 Datenquelle: GEDA 2009, 2010



Soziale Unterstützung als wichtige Ressource

Zur Erfassung der sozialen Unterstützung wurde in GEDA erfragt, auf wie viele Menschen man sich bei ernststen persönlichen Problemen verlassen kann, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Menschen an dem zeigen, was man tut, und wie leicht es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten (Oslo-3-Skala, vgl. Dalgard et al. 1995).

17,7 % der Frauen mit niedrigem, 8,8 % der Frauen mit mittlerem und 5,6 % der Frauen mit hohem Ausmaß sozialer Unterstützung weisen eine entsprechende Diagnose auf. Bei den Männern liegen die Vergleichswerte bei 10,4 %, 5,0 % sowie 3,5 %. Wie die Tabelle 3 zeigt, geht eine geringe soziale Unterstützung bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen mit einer deutlichen Erhöhung der Prävalenz diagnostizierter Depression einher.

Korrespondierend hierzu lässt sich ein Unterschied in der diagnostizierten Depression nach dem Partnerschaftsstatus feststellen (Abbildung 4). In den Altersgruppen zwischen 30 und 64 Jahren sind die Prävalenzen bei Frauen und Männern in fester Partnerschaft deutlich niedriger im Vergleich zu denjenigen, die nicht in einer festen Partnerschaft leben. In der Altersgruppe zwischen 18 und 29 Jahren lassen sich diese Unterschiede nicht feststellen.

Die Diagnose Depression hängt mit sozialen Faktoren zusammen

Zur Beantwortung der Frage, ob die oben aufgeführten sozialen Merkmale und eine Depressionsdiagnose miteinander assoziiert sind, wurden binär logistische Regressionsmodelle jeweils für Frauen und Männer berechnet. In diesen Regressionsmodellen ist die Diagnose Depression jeweils die abhängige Variable, die oben diskutierten sozioökonomischen und psychosozialen Merkmale gehen als unabhängige Variablen gleichzeitig in die beiden Modelle für Frauen und Männer mit ein (Abbildung 5).

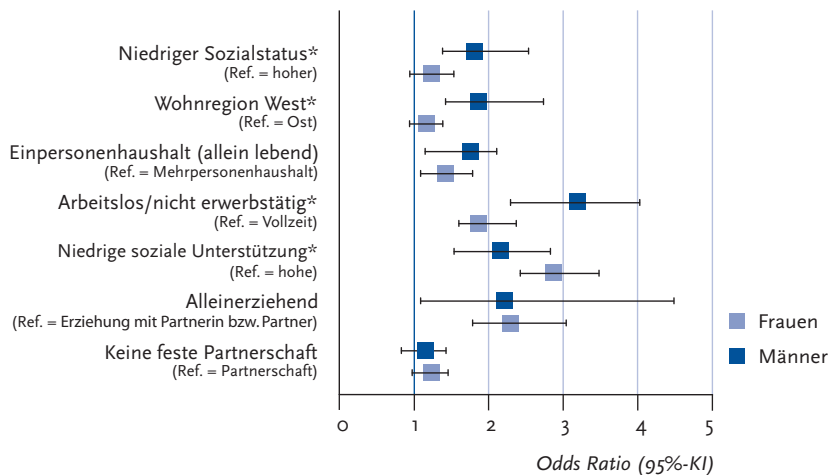
Berichtet werden Odds Ratios, die angeben, um welchen Faktor die statistische Chance für das Vorliegen einer Depressionsdiagnose in einer bestimmten Gruppe gegenüber einer Vergleichsgruppe erhöht ist. Im Hinblick auf die Frage, ob die einbezogenen Merkmale bei Frauen und Männern unterschiedlich stark mit der Depressionsdiagnose assoziiert sind, wurden Wechselbeziehungen (Interaktionen) zwischen den sozialen Merkmalen und dem Geschlecht statistisch geprüft.

Bezüglich des Sozialstatus zeigen sich unterschiedliche Assoziationen zu einer diagnostizierten Depression bei Frauen und Männern. Männer der niedrigen Sozialstatusgruppe haben im Vergleich zu denen der hohen Statusgruppe ein 1,9-fach erhöhte statistische Chance für eine Depressionsdiagnose. Bei Frauen dagegen ist der Unterschied zwischen der niedrigen und hohen Sozialstatusgruppe in der Depressionsprävalenz deutlich niedriger und liegt knapp unter der statistischen Signifikanzgrenze. Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Sozialstatus und der

Abbildung 5

Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und diagnostizierter Depression bzw. depressiver Verstimmung in den letzten 12 Monaten für Personen zwischen 18 und 64 Jahren (Ergebnisse binär logistischer Regressionen bei Kontrolle für Alter)

Datenquelle: GEDA 2009, 2010



* Der Unterschied zwischen Frauen und Männern ist statistisch signifikant (Interaktion mit $p < 0,05$).

diagnostizierten Depression ist statistisch signifikant. Die Wohnregion spielt in Bezug auf die Depressionsprävalenz nur bei Männern eine Rolle. Männer aus den westlichen Ländern (einschließlich Berlin) haben im Vergleich zu Männern aus den östlichen Ländern eine doppelt so hohe statistische Chance, dass eine Depression diagnostiziert wird. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Bei Frauen dagegen ist zwischen den westlichen und östlichen Bundesländern kein Unterschied festzustellen.

Auch der Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Chance einer Depressionsdiagnose ist bei Frauen und Männern unterschiedlich stark. Während die statistische Chance für eine Depressionsdiagnose bei arbeitslosen bzw. nicht erwerbstätigen Frauen gegenüber Vollzeit erwerbstätigen Frauen doppelt so hoch liegt, ist diese Chance bei Männern dreifach erhöht.

Soziale Unterstützung hängt bei Frauen stärker mit Depression zusammen als bei Männern. Frauen, die nur auf geringe soziale Unterstützungsleistungen zurückgreifen können, haben eine 3-fach erhöhte statistische Chance einer diagnostizierten Depression im Vergleich zu Frauen mit hoher sozialer Unterstützung. Bei Männern ist die entsprechende Chance etwa doppelt so hoch.

Für Alleinlebende ist die statistische Chance einer diagnostizierten Depression im Vergleich zu entsprechenden Mehrpersonenhaushalten 1,5- bzw. 1,6-fach erhöht. Bei Berücksichtigung aller Merkmale ist weder bei Frauen noch bei Männern ein eigenständiger Zusammenhang zwischen einer festen Partnerschaft und einer Depression erkennbar.

In Bezug auf die Kindererziehung und die Haushaltsgröße zeichnet sich kein wesentlicher Unterschied zwischen Frauen und Männern ab. Für Alleinerziehende im Vergleich zu Müttern und Vätern, die ihr Kind bzw. ihre

Kinder in einer Partnerschaft erziehen, ist die statistische Chance 2,3- bzw. 2,2-fach erhöht.

Auch nach Berücksichtigung der in den vorliegenden Analysen überprüften sozioökonomischen und psychosozialen Merkmale bleibt eine 1,5-fach erhöhte statistische Chance für eine Depressionsdiagnose von Frauen im Vergleich zu Männern bestehen. Die hier betrachteten Merkmale können demnach den Unterschied in der Depressionsprävalenz zwischen Frauen und Männern nicht vollständig aufklären.

Diskussion und Fazit

Die GEDA-Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Männern im Erwerbsalter im Vergleich zu Frauen im Erwerbsalter eine Depressionsdiagnose stärker mit einem niedrigen Sozialstatus und dem Erwerbsstatus (arbeitslos / nicht erwerbstätig) assoziiert ist. Bei Frauen spielt die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung eine größere Rolle als bei Männern. Alleinerziehend für ein oder mehrere Kinder verantwortlich zu sein oder alleine zu wohnen, stellen sowohl für Frauen als auch für Männer besondere Lebenslagen dar, die häufig mit psychischen Belastungen verbunden sind.

Im Unterschied zu den DEGS1-Studienergebnissen (Busch et al. 2013) zeigt sich anhand der GEDA-Daten ein eindeutiger sozialer Gradient bei Männern. Die Unterschiede zu den DEGS1-Ergebnissen können durch den anderen Alterszuschnitt und die unterschiedliche Stichprobengröße bedingt sein, wobei auch die DEGS1-Daten einen sozialen Gradienten bei den 40- bis 59-jährigen Männern aufweisen.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass möglicherweise auch methodische Unterschiede zwischen den Studien zu den unterschiedlichen Ergebnissen beitragen.

So wurde eine etwas andere Frageformulierung (»Depression oder depressive Verstimmung« in GEDA, »Depression« in DEGS1) und ein anderer Befragungsmodus (Telefoninterview in GEDA, persönliches Interview in DEGS1) benutzt. Zudem liegt eine unterschiedliche Teilnahmebereitschaft an den beiden Studien aufgrund des unterschiedlichen Studiensettings (häusliches Telefoninterview in GEDA, Besuch eines Studienzentrums in DEGS1) vor.

Des Weiteren bleibt offen, ob die in GEDA beobachteten Ost-West-Unterschiede bei Männern durch regionalspezifische Versorgungsunterschiede oder Unterschiede in der (Selbst-) Wahrnehmung der psychischen Gesundheit und dem Hilfesuchverhalten bedingt sind.

Die hier dargestellten Datenanalysen beruhen auf Querschnittserhebungen und ermöglichen damit keine Aussagen über die Richtung bzw. Kausalität der Zusammenhänge. So kann bspw. eine Assoziation zwischen der Depressionsdiagnose und Arbeitslosigkeit sowohl auf eine Wirkung der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit (Kausalitätshypothese) oder auf eine Wirkung der Depression auf das Erwerbsleben (Selektionshypothese) zurückgehen. Die unterschiedlich starken Assoziationen der untersuchten sozialen Merkmale mit der Diagnose Depression spiegeln traditionelle Geschlechtsrollenzuweisungen wider, wie z. B. eine starke Identifikation und Einbindung in die Arbeitswelt bei Männern und eine stärkere Einbindung über informelle Netzwerke bei Frauen. Kritisch zu hinterfragen ist allerdings, ob die Ergebnisse, die ausschließlich den Zusammenhang der untersuchten sozialen Faktoren mit einer erfolgten Depressionsdiagnose beleuchten, nicht lediglich traditionelle Muster im Hilfesuchverhalten, der Symptomdarstellung, der Diagnostik und der Behandlung reflektieren.

Der Zusammenhang der betrachteten Faktoren und die aufgezeigten Unterschiede bei Frauen und Männern sagen nichts über die Zusammenhänge zwischen diesen oder weiteren Faktoren mit der psychischen Gesundheit von Frauen und Männern aus, die nicht Hilfe gesucht haben oder die keine Diagnose Depression erhalten haben.

Es ist daher erforderlich, erhöhte Aufmerksamkeit auf Konstellationen und belastende Lebenssituationen bei Frauen und Männern zu richten, die jenseits der gängigen Geschlechtsrollenvorstellungen oder -stereotypen liegen.

Stephan Müters, Jens Hoebel, Cornelia Lange
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring

Literatur

- Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 94 (1): 82–88
- Bebbington PE (1998) Sex and depression. *Psychol Med* 28(1): 1–8
- BKK (2010) Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. BKK Gesundheitsreport 2010. BKK Bundesverband, Essen
<http://www.bkk.de> (Stand: 17.09.2013)
- Busch M, Hapke U, Mensink GBM (2011) Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 2(7)
<http://www.rki.de/gbe-kompakt> (Stand: 17.09.2013)
- Busch M, Maske U, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013). Prävalenz von depressiven Symptomen und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56
<http://www.degs-studie.de> (Stand: 17.09.2013)
- Culbertson FM (1997) Depression and gender: An international review. *Am Psychol* 52(1): 25–31
- Dalgard OS, Bjork S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *B J Psych* 166: 29–34
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013) Statistik des Rentenzugangs.
<http://www.gbe-bund.de> (Stand: 17.09.2013)
- Deutsches Jugendinstitut e.V., Statistisches Bundesamt (2005) 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. Gender-Datenreport. Cornelißen W (Hrsg), im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München
<http://www.bmfsfj.de> (Stand: 17.09.2013)
- Gijbbers van Wijk CMTG, Kolk AM (1997) Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med* 45(2): 231–246
- Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C (2012) Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, S 39–50
<http://www.rki.de> (Stand: 17.09.2013)
- Hünefeld L (2012) Männer und Depression. Die männliche Geschlechtsidentität und die damit verknüpften gesellschaftlichen Erwartungen als Verzerrungsfaktor in Depressionsprävalenzraten – Psychotherapeuten berichten über Depressionspatienten aus der Praxis. In: Hoebel J, Hünefeld L, Klärs G (Hrsg) Männergesundheit - Frauengesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2010. BKK Landesverband Hessen, S 13–68
- Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47(8): 736–744
- Klose M, Jacobi F (2004) Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health* 7(2): 133–148
- Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 2(5)
<http://www.rki.de/gbe> (Stand: 17.09.2013)

- Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 3(1) <http://www.rki.de/gbe> (Stand: 17.09.2013)
- Kurth B (2012) Erste Ergebnisse der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 55(8): 980–990 <http://www.rki.de> (Stand: 17.09.2013)
- Lampert T (2005) Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Blaue Reihe des Berliner Zentrum Public Health, Berlin
- Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VE Verlag für Sozialwissenschaften, Bielefeld, S 309–334
- Lampert T, Kroll LE, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56(5/6):631–636
- Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48(11): 1256–1264
- Lange C, Saß AC (2006) Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72: S 121–126
- Maserejian NN, Link CL, Lutfey KL, Marceau LD, McKinlay JB (2009) Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patient gender: results of a video vignette factorial experiment. J Women's Health 18(10): 1661–1667
- Mauz E, Jacobi F (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. Psychiatrische Praxis 35(07): 343–352
- Möller-Leimkühler AM, Bottlender R, Strauß A, Rutz W (2004) Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? J Affect Disord 80(1): 87–93
- Möller-Leimkühler AM (2005) Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. J Neurol Neurochir Psychiatr 6(3): 29–35
- Murray CJ et. al (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380 (9859): 2197–2223
- Piccinelli M, Wilkinson G (2000) Gender differences in depression: Critical review. British J Psychiatr 177(6): 486–492
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. Berlin, Robert Koch-Institut <http://www.rki.de/gbe> (Stand: 17.09.2013)
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin, Robert Koch-Institut <http://www.rki.de/gbe> (Stand: 17.09.2013)
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut <http://www.rki.de/gbe> (Stand: 17.09.2013)
- Rutz W, Wälinder J, Von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H (1997) Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. Int J Psychiatry Clin Pract 1(1): 39–46
- Siegrist J (2013) Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Der Nervenarzt 84(1): 33–37
- Statistisches Bundesamt (2012) Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt. Deutschland und Europa. Wiesbaden <http://www.destatis.de> (Stand: 17.09.2013)
- Von der Lippe E, Rattay P (2013, in Druck) Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 91
- Vos T, Flaxman AD, Naqavi M et al. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859): 2163–2196
- WHO - World Health Organization (2008) The global burden of disease: 2004 update. WHO, Geneva
- Wittchen H, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Euro Neuropsychopharmacol 21(9): 655–679
- Woltersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema - ein therapeutisches Problem. Blickpunkt Der Mann 4(2): 6–9
- Ziefle A (2004) Die individuellen Kosten des Erziehungsurlaubes. Eine empirische Analyse der kurz- und längerfristigen Folgen für den Karriereverlauf von Frauen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 56 (2): 213–231

Impressum
GBE kompakt

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Martina Rabenberg, Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Zitierweise
Müters S, Hoebel J, Lange C (2013)
Diagnose Depression:
Unterschiede bei Frauen und Männern.
Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin.
GBE kompakt 4(2)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 30.09.2013)

ISSN 2191-4974

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