

Journal of Health Monitoring · 2019 4(4)
DOI 10.25646/6221
Robert Koch-Institut, Berlin

Ulfert Hapke, Caroline Cohrdes, Julia Nübel

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

Eingereicht: 03.05.2019
Akzeptiert: 23.07.2019
Veröffentlicht: 11.12.2019

Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2

Abstract

Depressionen sind mit einer erheblichen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast verbunden. Der European Health Interview Survey (EHIS) ermöglicht, aktuelle Daten für Deutschland im europäischen Vergleich darzustellen. Hierfür werden Befragungsdaten von 254.510 Teilnehmenden aus Deutschland und weiteren 24 EU-Mitgliedstaaten ausgewertet. Als Indikator für Depressionen wird eine depressive Symptomatik gemäß Patient Health Questionnaire (PHQ-8) herangezogen. In Deutschland ist die Prävalenz mit 9,2 % höher als im europäischen Durchschnitt (6,6 %). Bei Berücksichtigung des Schweregrads zeigt sich jedoch nur hinsichtlich der Prävalenz einer leichten depressiven Symptomatik ein Unterschied (6,3 % versus 4,1 %). Jüngere Menschen haben in Deutschland häufiger (11,5 % versus 5,2 %) und Ältere seltener eine depressive Symptomatik als der Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten (6,7 % versus 9,1 %). Die Ergebnisse können im Kontext von Unterschieden in der Alters- und Sozialstruktur diskutiert werden und weisen auf Handlungsbedarfe hinsichtlich Präventions- und Versorgungsangeboten in Deutschland hin, die insbesondere jüngere Personen einbeziehen sollten.

DEPRESSIVE SYMPTOMATIK · SCHWEREGRAD · GESCHLECHT UND ALTER · EUROPÄISCHER VERGLEICH

Einleitung

Depressionen sind mit einer erheblichen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast verbunden [1–4]. Beeinträchtigungen in der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sind nicht nur bei Personen mit manifesten Depressionen zu beobachten, sondern ebenfalls bereits bei Personen mit depressiven Symptomen [1, 5]. Gleichwohl Depressionen essenzieller Gegenstand von nationalen und europäischen Public-Health-Aktivitäten geworden sind, liegen nur wenige Auswertungen [6] zu ihrem Vorkommen für Deutschland im europäischen Vergleich vor. Um mögliche Ansatzpunkte für gezielte nationale und

europäische Public-Health-Aktivitäten zu fördern, werden in diesem Beitrag neben länderspezifischen Prävalenzen einer depressiven Symptomatik in der Bevölkerung auch Geschlechter- und Altersunterschiede sowie ihr Schweregrad berücksichtigt.

Indikator

Im Rahmen der europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) erheben alle EU-Mitgliedstaaten Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Versorgung, zu Gesundheitsdeterminanten und zur sozioökonomischen Lage ihrer Bevölkerungen

GEDA 2014/2015-EHIS (für internationale Vergleiche)

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 15 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

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

Teilnehmende: 24.824 Personen (13.568 Frauen, 11.256 Männer)

Response rate: 27,6%

Untersuchungszeitraum: November 2014–Juli 2015

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de und bei Lange et al. 2017 [11]

(Infobox). Zielgruppe sind Personen im Alter von mindestens 15 Jahren, die in privaten Haushalten leben. Um ein hohes Maß an Harmonisierung der Erhebungsergebnisse zu erreichen, wurden Empfehlungen und Leitlinien für die Methodik und die Durchführung der Erhebung in Form eines Handbuchs zur Verfügung gestellt [7]. Die Datenerhebung für die zweite EHIS-Welle (EHIS 2) erfolgte zwischen 2013 und 2015 und dauerte im Durchschnitt acht Monate. Zum Erhebungszeitraum von EHIS 2 hatte die EU 28 Mitgliedstaaten. Im EHIS-Qualitätsbericht [8] sowie im Beitrag von Hintzpeter et al. [9] in dieser Ausgabe wird die Methodik von EHIS 2 ausführlicher dargestellt. In Deutschland ist EHIS Teil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. EHIS 2 wurde in die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) integriert [10, 11]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik für GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. [11].

Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wurde durch Selbstangabe der Teilnehmenden in einer länderspezifischen Version des international etablierten 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8 [12]) erfasst. Dabei wurden die Symptome einer Major Depression gemäß Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 4. Auflage [13]) hinsichtlich ihres Vorkommens innerhalb der letzten zwei Wochen bewertet: Depressive Verstimmung, vermindertes Interesse, Gewichts- oder Appetitverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle sowie Konzentrationsprobleme. Jedes dieser acht Items erhielt einen Wert zwischen 0 „überhaupt nicht“, 1 „an einzelnen Tagen“, 2 „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder 3 „beinahe jeden Tag“. Das

Vorliegen einer depressiven Symptomatik ist definiert ab einem Skalensummenwert von mindestens 10 der maximal 24 Punkte [12]. Bei einem Skalensummenwert zwischen 10 und 14 Punkten lässt sich die depressive Symptomatik als „leicht“ einstufen, bei Werten >14 als „moderat bis schwer“.

Die Auswertungen zur depressiven Symptomatik basieren auf insgesamt 254.510 teilnehmenden Personen (139.614 Frauen, 114.896 Männer) in den Altersgruppen 15 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre und ≥ 65 Jahre. Für 25 der 28 EU-Mitgliedstaaten (ausgenommen Belgien, die Niederlande und Spanien) liegen gültige Angaben vor.

Prävalenzangaben erfolgen stratifiziert nach Geschlecht und EU-Mitgliedstaat. Dabei handelt es sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) beurteilt werden kann. Breite 95%-KI deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist. Die Prüfung der Unterschiede zwischen dem EU-Durchschnitt und den einzelnen EU-Mitgliedstaaten basiert auf Regressionsanalysen (Deutschland jeweils als Referenzkategorie). Hierbei wurde hinsichtlich der (1) Prävalenz depressiver Symptomatik sowie (2) des Schweregrades differenziert analysiert. Es wurde sowohl für die Clusterung der Daten innerhalb der EU-Mitgliedstaaten als auch für das Alter, Geschlecht und den Bildungs- und Einkommensstatus kontrolliert, da sich systematische Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedstaaten zeigten.

Um eine übersichtliche Darstellung der Indikatoren zu erreichen, wird in [Abbildung 1](#) auf die Präsentation der Einzelwerte der EU-Mitgliedstaaten verzichtet. Stattdessen

Infobox: Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS)

Die europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (European Core Health Indicators, ECHI) wurden gemeinsam von den EU-Mitgliedstaaten und internationalen Organisationen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Anforderungen entwickelt. Für die europäische Gesundheitsberichterstattung bilden die Indikatoren ein Gerüst für bevölkerungsbezogene Erhebungen und Analysen zur Gesundheit sowie zur gesundheitlichen Versorgung auf europäischer und nationaler Ebene. Ein wichtiger Baustein ist dabei die europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS). Die erste EHIS-Welle (EHIS1), die noch nicht verpflichtend war, wurde zwischen 2006 und 2009 durchgeführt. An EHIS 1 nahmen 17 Mitgliedstaaten sowie zwei weitere Nicht-EU-Staaten teil. Die Beteiligung an der zweiten EHIS-Welle (EHIS2), die zwischen 2013 und 2015 in allen Mitgliedstaaten der EU (sowie in Island, Norwegen und der Türkei) durchgeführt wurde, ist rechtsverbindlich und stützt sich auf die Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013. Sie stellt wesentliche Informationen für die ECHI-Indikatoren bereit. In Deutschland erfolgt die Durchführung des EHIS im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Zum Erhebungszeitraum von EHIS2 hatte die EU 28 Mitgliedstaaten.

Mehr Informationen unter <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

werden die niedrigsten und höchsten Werte aus den EU-Staaten, für die Daten vorliegen, dargestellt. Ergänzend wird hier sowohl der EU-Durchschnitt für die berücksichtigten Staaten als auch die Prävalenz für Deutschland angezeigt.

Die Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor erstellt, um jeden EU-Mitgliedstaat proportional zu seinem Bevölkerungsumfang zu berücksichtigen. Bei der Gewichtung für den europäischen Vergleich wird Bildung gemäß den Eurostat-Empfehlungen nicht berücksichtigt [11]. Hieraus ergeben sich für Deutschland Unterschiede im Vergleich zu den vorangegangenen Prävalenzschätzungen auf Basis von GEDA 2014/2015-EHIS [14]. Zur besseren Vergleichbarkeit der Gesundheitsindikatoren werden die Daten auf Basis der überarbeiteten europäischen Standardbevölkerung (ESP) für 2013 alters- und geschlechtsstandardisiert präsentiert. Aufgrund von möglichen Unterschieden in den Altersstrukturen der Mitgliedstaaten verbessert sich hierdurch die Vergleichbarkeit der Gesundheitsindikatoren [15]. Als Clustervariable wird für die folgenden Analysen die Haushaltsindikatorvariable verwendet.

Ergebnisse und Einordnung

Die Prävalenz einer depressiven Symptomatik ist mit 9,2% in Deutschland höher als im EU-Durchschnitt (6,6%) und höher als in den meisten anderen EU-Mitgliedstaaten, mit Ausnahme von Luxemburg, Schweden und Portugal (Tabelle 1).

Für die Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten zeigt sich, dass Frauen häufiger eine depressive Symptomatik aufweisen als Männer. In Deutschland sind 10,8% der Frauen und 7,6% der Männer betroffen (Tabelle 1). Der EU-Durch-

schnitt liegt mit einer Prävalenz von 7,9% für Frauen und 5,2% für Männer deutlich niedriger als in Deutschland. In Finnland, Irland, Kroatien, Luxemburg, Rumänien, der Slowakei, Österreich und der Tschechischen Republik zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Tabelle 1).

In Deutschland sowie in einigen anderen Ländern wie Irland, Luxemburg und Schweden ist die Prävalenz depressiver Symptomatik bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 29 Jahre) am höchsten. Mit 11,5% liegt die Prävalenz in dieser Altersgruppe in Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt von 5,2% (Abbildung 1). In anderen EU-Mitgliedstaaten wie Italien, Portugal und Rumänien fällt die Prävalenz bei Personen ab 65 Jahren mit 11,6%, 14,7% und 13,9% am höchsten aus. In dieser Altersgruppe liegt Deutschland mit einer Prävalenz von 6,7% unter dem EU-Durchschnitt von 9,1%.

Abbildung 1 zeigt, dass Deutschland hinsichtlich der Prävalenz einer leichten depressiven Symptomatik mit 6,3% über dem EU-Durchschnitt von 4,1% liegt und damit das Maximum repräsentiert. Lediglich Luxemburg erreicht eine vergleichbar hohe Prävalenz von 6,1%. Hinsichtlich der Prävalenz moderater bis schwerer depressiver Symptomatik liegt Deutschland mit 2,9% im Bereich des EU-Durchschnitts (2,5%). Eine höhere Prävalenz im Vergleich zu Deutschland zeigt sich für Bulgarien (3,5%), Luxemburg (3,8%), Portugal (3,2%), Ungarn (3,0%) und das Vereinigte Königreich (3,3%), die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Durch die europaweite Erfassung des PHQ-8 in EHIS 2 ist es erstmals möglich, Prävalenzen einer depressiven Symptomatik über die gesamte Spanne des Erwachsenen-

Tabelle 1
Altersstandardisierte Prävalenz einer depressiven Symptomatik (PHQ-8 \geq 10 Punkte) in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht und EU-Mitgliedstaaten (n=139.614 Frauen, n=114.896 Männer)
 Quelle: EHIS 2 (2013–2015)

Mitgliedstaat	Frauen		Männer		Gesamt	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Bulgarien	8,0	(7,1–9,1)	6,0	(5,1–7,1)	7,1	(6,3–7,9)
Dänemark	9,5	(8,4–10,6)	5,3	(4,4–6,3)	7,4	(6,7–8,2)
Deutschland¹	10,8	(10,2–11,4)	7,6	(7,1–8,2)	9,2	(8,8–9,6)
Estland	8,0	(7,0–9,0)	5,0	(4,1–6,0)	6,6	(5,9–7,3)
Finnland	6,4	(5,6–7,3)	5,7	(4,8–6,8)	6,0	(5,4–6,7)
Frankreich	9,0	(8,3–9,8)	5,2	(4,6–5,8)	7,2	(6,7–7,7)
Griechenland	3,8	(3,3–4,5)	2,5	(1,9–3,3)	3,2	(2,8–3,7)
Irland	8,8	(7,8–10,0)	6,6	(5,7–7,7)	7,8	(7,0–8,5)
Italien	5,6	(5,2–6,0)	3,5	(3,2–3,9)	4,6	(4,3–4,9)
Kroatien	3,4	(2,8–4,1)	3,4	(2,8–4,3)	3,4	(2,9–4,0)
Lettland	5,8	(5,0–6,6)	3,3	(2,7–4,1)	4,7	(4,2–5,3)
Litauen	4,1	(3,5–4,8)	2,3	(1,7–3,1)	3,3	(2,9–3,8)
Luxemburg	11,7	(10,3–13,2)	8,2	(7,0–9,6)	10,0	(9,0–11,0)
Malta	4,4	(3,6–5,4)	2,2	(1,6–3,0)	3,3	(2,8–3,9)
Österreich	5,1	(4,5–5,8)	3,4	(2,8–4,2)	4,3	(3,8–4,8)
Polen	5,5	(5,0–6,0)	4,0	(3,5–4,5)	4,8	(4,4–5,1)
Portugal	12,9	(11,9–13,9)	4,7	(4,1–5,4)	9,1	(8,5–9,7)
Rumänien	5,1	(4,6–5,6)	4,7	(4,2–5,4)	4,9	(4,5–5,3)
Schweden	11,2	(10,0–12,4)	6,5	(5,7–7,4)	8,8	(8,1–9,6)
Slowakei	3,4	(2,8–4,2)	2,3	(1,7–3,1)	2,9	(2,4–3,4)
Slowenien	7,3	(6,4–8,2)	4,0	(3,2–4,8)	5,6	(5,1–6,3)
Tschechische Republik	3,4	(2,8–4,1)	2,0	(1,5–2,7)	2,7	(2,3–3,2)
Ungarn	9,6	(8,7–10,7)	7,1	(6,1–8,3)	8,5	(7,7–9,3)
Vereinigtes Königreich	8,6	(7,9–9,3)	6,1	(5,5–6,8)	7,4	(6,9–7,9)
Zypern	5,2	(4,3–6,3)	3,0	(2,3–3,9)	4,1	(3,5–4,9)
EU	7,9	(7,7–8,1)	5,2	(5,1–5,4)	6,6	(6,5–6,8)

¹ Statistisch signifikante Unterschiede: Gesamtwerte Deutschland vs. EU ($p < 0,01$), Frauen Deutschland vs. EU ($p < 0,01$), Männer Deutschland vs. EU ($p < 0,01$)
 KI = Konfidenzintervall, EU = Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen (ohne Belgien, die Niederlande und Spanien)

In Deutschland ist eine depressive Symptomatik mit 9,2 % häufiger als im europäischen Durchschnitt mit 6,6 %.

alters zeitgleich miteinander zu vergleichen. Für Deutschland zeigt sich eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz der depressiven Symptomatik. Unter Berücksichtigung weiterer nationaler Ergebnisse bestehen zudem Hinweise auf eine steigende Prävalenz der depressiven Symptomatik [14] und des Depressionsrisikos bei jüngeren Frauen sowie der

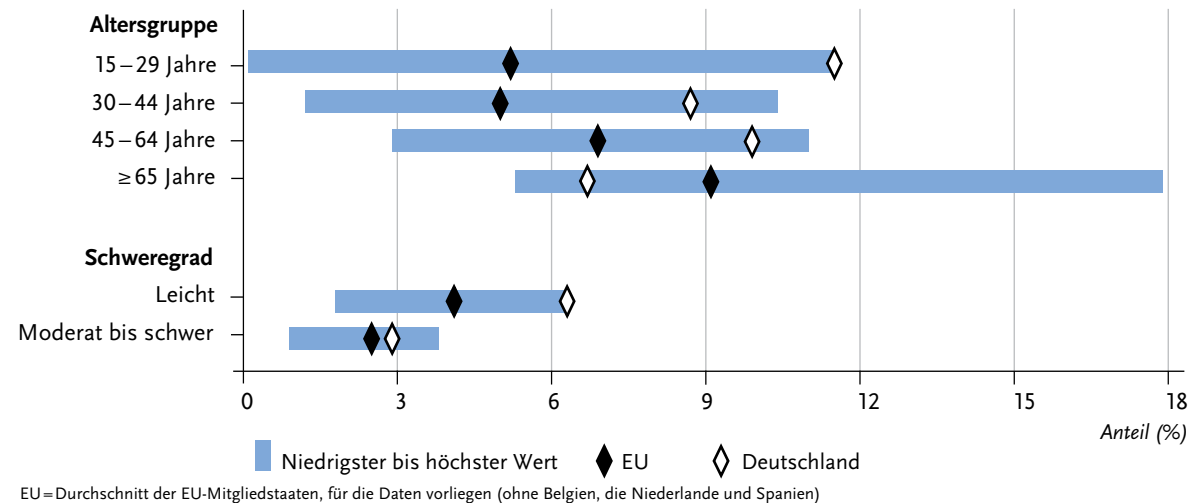
mit Depressionen assoziierten Beeinträchtigungen [16] über die Zeit. Auch im Versorgungsgeschehen lässt sich eine zunehmende Bedeutung von Depressionen beobachten [17]. Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf besondere Handlungsbedarfe für die Gesundheitspolitik hinsichtlich Präventions- und Versorgungsangeboten in Deutschland hin.

Abbildung 1

Altersstandardisierte Prävalenz einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen nach Alter und Schweregrad (leichte depressive Symptomatik: PHQ-8 10–14 Punkte, moderate bis schwere depressive Symptomatik: PHQ-8 > 14 Punkte)

(n = 139.614 Frauen, n = 114.896 Männer)

Quelle: EHIS 2 (2013–2015)



Bedeutsame Unterschiede zwischen Deutschland und dem Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten zeigen sich für die Prävalenz einer leichten depressiven Symptomatik, für die Prävalenz einer moderaten bis schweren depressiven Symptomatik hingegen nicht.

Dadurch könnte einer Entwicklung hin zu manifesten depressiven Störungen entgegengewirkt werden.

Seit 2006 ist die Stärkung von Prävention und Behandlung von Depressionen als nationales Gesundheitsziel verortet [18]. Als ein Ansatzpunkt für die Prävention (leichter) depressiver Symptome wird in Deutschland die Arbeitswelt gesehen [19]. Nach einem Beschluss des Bundesarbeitsgerichts aus dem Jahr 2008 ist die „geistig-psychische Integrität des Arbeitnehmers“ ein Ziel der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen (Urteil vom 12. August 2008, 9 AZR (Aktenzeichen für Revisionsverfahren) 1117/06). Im Jahr 2013 folgte eine Verankerung der Vermeidung von psychischen Belastungen in der Arbeitswelt mit der Einführung von § 5 Arbeitsschutzgesetz, Ziffer 6 „psychische Belastungen bei der Arbeit“ und einer forcierten Berücksichtigung der psychischen Gesundheit als Querschnittsthema in vielen gesellschaftlichen Bereichen. Auch die europäische Joint Action for Mental Health and Wellbeing hat “Mental

Health in all Policies” und “Mental Health at Workplaces” als zwei von insgesamt fünf Interventionsfeldern fokussiert.

Ergebnisse stratifiziert nach Schweregrad zeigen jedoch, dass sich die Unterschiede zwischen Deutschland und dem EU-Durchschnitt nur auf die leichte depressive Symptomatik beziehen. Eine mögliche Erklärung könnte neben potenziellen Morbiditätsunterschieden auch in einer variierenden Gesundheitskompetenz bezüglich des psychischen Erlebens liegen („mental health literacy“ [20]). Diese ist mit einer unterschiedlichen Bereitschaft, psychische Symptome im Survey zu berichten assoziiert und kann somit das Antwortverhalten eventuell länderspezifisch beeinflussen [21–23]. Dabei kann das zunehmende Wissen und die verbesserte Wahrnehmung psychischer Symptome in der Bevölkerung auch zu einer Sensibilisierung für depressive Symptome führen [22].

Darüber hinaus zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass Frauen in Deutschland sowie in den meisten anderen

In Deutschland sowie in den meisten anderen EU-Mitgliedstaaten weisen Frauen häufiger eine depressive Symptomatik auf als Männer.

Jüngere Menschen haben in Deutschland häufiger (11,5 % im Vergleich zu 5,2 %) und Ältere seltener (6,7 % im Vergleich zu 9,1 %) eine depressive Symptomatik als der Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten.

EU-Mitgliedstaaten häufiger eine depressive Symptomatik aufweisen als Männer. Dieser Geschlechterunterschied entspricht internationalen Ergebnissen [24, 25]. Als Erklärung wird neben biologischen Faktoren unter anderem eine größere Häufung psychosozialer Stressoren bei Frauen diskutiert.

Zudem besteht in Deutschland insbesondere bei jungen Erwachsenen eine höhere Prävalenz depressiver Symptomatik im Vergleich zum EU-Durchschnitt. Andererseits zeigen die Ergebnisse dieser Studie, übereinstimmend mit früheren Studien, dass die Prävalenz depressiver Symptomatik bei älteren Erwachsenen in einigen südeuropäischen Staaten wie Italien, Portugal oder Rumänien höher ausfällt als in Deutschland [26]. Mögliche Erklärungen sind regionale Unterschiede in der Sozialstruktur, z. B. Bildung, Einkommen, Arbeitslosenquote [27, 28], der Versorgungslage, z. B. eine „Überdiagnose“ älterer Personen [29] oder kulturelle Unterschiede, z. B. (Selbst-)Stigmatisierung [30]. In zukünftigen ergänzenden Studien sollte geprüft werden, inwieweit Unterschiede bei der Datenerhebung eine Rolle spielen können [8].

Auf nationaler Ebene wurden Unterschiede in der Häufigkeit der depressiven Symptomatik bereits im Kontext der Alters- und Sozialstruktur einer Region, der räumlichen Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren sowie dem Grad der Urbanisierung diskutiert [14]. Warum jedoch gerade die jungen Erwachsenen in Deutschland hohe Prävalenzen zeigen und über welche gesundheitspolitischen Maßnahmen und Kontexte sie gegebenenfalls erreicht werden können oder sollen, ist noch zu klären – insbesondere, da im Versorgungsgeschehen in Deutschland bislang eher ältere Menschen als depressiv erfasst wurden [31].

Abschließend ist anzumerken, dass die Ergebnisse des PHQ als Symptomfragebogen nur als ein Indikator für Prävalenzen depressiver Symptome dienen können. Eine (leichte) depressive Symptomatik ist zudem nicht mit der Diagnose einer depressiven Störung gleichzusetzen – folglich können auch keine Ableitungen hinsichtlich des (subjektiven) Behandlungsbedarfs getroffen werden. Für einen differenzierten Vergleich der psychischen Gesundheit ist eine umfassende Surveillance unterschiedlicher Indikatoren und Datenquellen auf nationaler und europaweiter Ebene erforderlich.

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, Cohrdes C, Nübel J (2019)
Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich –
Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2.
Journal of Health Monitoring 4(4): 62–70.
DOI 10.25646/6221

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

Datenschutz und Ethik

Die Europäische Gesundheitsbefragung EHIS wird im Rahmen nationaler Befragungen erhoben. GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und willigten informiert in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Bei Eurostat, vor allem beim ESTAT-Microdata-Access-Team, bedanken wir uns für die Bereitstellung der EHIS-Daten und die Beantwortung von Fragen zu einzelnen Variablen. Insbesondere danken wir Dr. Ronny Kuhnert vom Robert

Koch-Institut für die Unterstützung bei der Datenaufbereitung, -auswertung und für die statistische Beratung.

Literatur

1. Maske U, Buttery A, 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
2. 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). *Eur Psychiatry* 30:793–800
3. World Health Organization (2018) Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. WHO, Geneva
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21(9):655–679
5. Busch MA, Neuner B, Aichberger MC et al. (2013) Depressive Symptomatik und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen bei Personen im Alter ab 50 Jahren in Deutschland. *Psychiatr Prax* 40(4):214–219
6. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) Statistics Explained (2018) Mental well-being and social support statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_well-being_and_social_support_statistics (Stand: 19.11.2019)
7. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) – Methodological manual (2013 edition). Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-018> (Stand: 19.02.2019)
8. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2018) Quality report of the second wave of the European Health Interview survey – 2018 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-statistical-reports/-/KS-FT-18-003?inheritRedirect=true&redirect=%2Fde%2Fpublications%2Fstatistical-reports> (Stand: 17.01.2019)

9. Hintzpeter B, Finger JD, Allen J (2019) European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. *Journal of Health Monitoring* 4(4):71–86.
www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 11.12.2019)
10. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1):3–23.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2578.2> (Stand: 19.02.2019)
11. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:4
12. 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
13. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, DC
14. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):81–88.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 19.02.2019)
15. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) *Revision of the European Standard Population Report of Eurostat's task force – 2013 edition*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028> (Stand: 19.02.2019)
16. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F et al. (2018) Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012 *BMC Psychiatry* 18(1):394
17. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) *Gesundheit: Krankheitskosten 2015*. Fachserie 12 Reihe 7.2.1. Destatis, Wiesbaden
18. Bundesministerium für Gesundheit (2006) *Bericht: 6. nationales Gesundheitsziel – Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln*. BMG, Berlin
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Depressive_Erkrankungen_verhindern_fruh_erkennen_nachhaltig_behandeln.pdf (Stand: 19.02.2019)
19. Jacobi F, Linden M (2018) Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit? *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 53:530–536
20. Jorm AF (2000) Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 177(05):396–401
21. Tomczyk S, Muehlan H, Freitag S et al. (2018) Is knowledge „half the battle“? The role of depression literacy in help-seeking among a non-clinical sample of adults with currently untreated mental health problems. *J Affect Disord* 238:289–296
22. Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G et al. (2010) Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 44(10):901–910
23. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG et al. (2017) Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry* 16(1):50–61
24. Parker G, Brotchie H (2010) Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry* 22(5):429–436
25. Karger A (2014) Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl* 57(9):1092–1098
26. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R et al. (2018) Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *Br J Psychiatry* 191(5):393–401
27. Miech RA, Shanahan MJ (2000) Socioeconomic Status and Depression over the Life Course. *J Health Soc Behav* 41(2):162–176
28. Muramatsu N (2003) County-level income inequality and depression among older Americans. *Health Serv Res* 38(6 Pt 2):1863–1883
29. Prince MJ, Beekman ATF, Deeg DJH et al. (2018) Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale: Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 174(4):339–345
30. Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S et al. (2018) Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 269(4):469–479
31. Grobe TG, Kleine-Budde K, Bramesfeld A et al. (2018) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen (eFirst)*

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

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