

Aus dem Institut für Public Health
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Prävalenz von Depression in Bevölkerung und Versorgung -
Triangulation verschiedener Datenquellen in Querschnitt und zeitlichem Trend

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dipl.-Psych. Julia Thom

aus Berlin

Datum der Promotion: 05.03.2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Tabellenverzeichnis	3
2.	Abbildungsverzeichnis	4
3.	Abstract.....	5
4.	Zusammenfassung.....	6
5.	Einführung	8
6.	Material und Methodik.....	12
	6.1. Stichproben.....	12
	6.2. Variablen.....	13
	6.3. Analysen	15
7.	Ergebnisse.....	17
8.	Diskussion	26
9.	Literaturverzeichnis	32
10.	Eidesstattliche Versicherung	39
11.	Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen.....	40
12.	Druckexemplare der ausgewählten Publikationen.....	43
	12.1. Publikation 1	44
	12.2. Publikation 2	53
	12.3. Publikation 3	68
	12.4. Publikation 4	84
13.	Lebenslauf	96
14.	Komplette Publikationsliste	98
	14.1. Zeitschriftenartikel und Buchbeiträge	98
	14.2. Kongressbeiträge.....	99
15.	Danksagung	102

1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht [vgl. Publikation 1, Tab.1, S. 74]	17
Tabelle 2:	12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus [vgl. Publikation 1, Tab. 1, S. 74]	18
Tabelle 3:	12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht und Bundesland [vgl. Publikation 1, Abb. 1, S. 75]	18
Tabelle 4:	Zeitliche Veränderung der 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012 nach Geschlecht [vgl. Publikation 2, Abb. 1].....	19
Tabelle 5:	Zeitliche Veränderung des Risikos einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2012 und GEDA 2009 (Referenz), stratifiziert nach soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Bevölkerungsmerkmalen [vgl. Publikation 2, Abb. 2]	19
Tabelle 6:	Zusammenhang des Prävalenzanstiegs selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen mit Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, Trendeffekt (AME) im adjustierten und nicht-adjustierten Modell [vgl. Publikation 2, Tab. 2].....	20
Tabelle 7:	12-Monats-Prävalenz von Depression nach Indikator und Geschlecht [vgl. Publikation 3, Tab. 1].....	20

2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz von Depression nach drei Indikatoren, Alter und Geschlecht [vgl. Publikation 3, Abb. 1].....	21
Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenz von administrativen Depressionsdiagnosen nach Aufgreifkriterium und Alter [vgl. Publikation 3, Abb. 3].....	22
Abbildung 3: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in repräsentativen Bevölkerungsstudien [vgl. Publikation 4, Abb. 1a, S. 129]	23
Abbildung 4: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz administrativer Diagnosen psychischer Störungen am Beispiel der Versicherten der Krankenkasse BARMER [vgl. Publikation 4, Abb. 1b, S. 129]	23
Abbildung 5: Relative Entwicklung von Indikatoren der stationären Versorgung und Arzneimittelverordnungen im ambulanten Sektor zwischen 2007 (Bezugsjahr) und 2016 [vgl. Publikation 4, Abb. 2a, S. 131].....	24
Abbildung 6: Relative Entwicklung der Anzahl fachärztlicher ambulanter Behandler für Menschen mit psychischen Störungen zwischen 2008 (Bezugsjahr) und 2017	25

3. Abstract

Background and objective: Due to their frequency and severity, mental disorders such as depression, are highly relevant to public health. Epidemiological estimates show discrepancies between results from population surveys and health care research. The present work aims to describe secular trends in morbidity and health care in order to contribute to a better understanding of the specific significance of considered indicators and data sources.

Methods: Data from five surveys of the national health monitoring of Robert Koch Institute are examined. Self-reported physician diagnosed depression as well as standardized diagnoses of mental disorders based on diagnostic interview are considered in association with sociodemographic characteristics. For comparison, administrative diagnoses of depression are analyzed in routine data of a statutory health insurance (SHI). Indicators of health care supply are reported in order to identify explanatory approaches for interactions between morbidity and developments in the health care system. Descriptive and inferential statistical methods are applied in cross sectional and trend analyses.

Results: The 12-month prevalence of self-reported physician diagnosed depression is 8.1% (2014-2015). It is associated with sex and region. Associations with educational level are inconsistent. Between two surveys conducted in 2008-2009 and 2012-2013, prevalence rose significantly from 6.3% to 8.0%. It increased throughout the general population, only slightly explicable by simultaneous changes in population structure. A direct comparison of survey data with routine SHI data for 2010 shows that the administrative 12-month prevalence of depression (9.8%) is clearly underestimated on the basis of self-reported physician diagnoses (5.9%). Standardized diagnoses of depression by diagnostic interview (8.4%) show almost opposite age distributions compared to administrative diagnoses. These differences are also present in time trends: While the prevalence of mental disorders remains stable in population studies, the number of coded diagnoses in SHI data rises over time. At the same time, a remarkable expansion of treatment capacities can be observed. This permits different interpretations of the quality of care, developments in morbidity and changes in the perception of mental experience.

Discussion: Discrepancies between prevalence estimates based on survey and routine data reflect both their specific purposes and classical bias and point to considerable conceptual differences as well as sex- and age-specific care situations. For a meaningful surveillance of public mental health, indicators should be determined using harmonized methodology and direct data linkage. In addition to prevalence, information on treatment needs, patient preferences and mortality should be taken into consideration.

4. Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Aufgrund ihrer Häufigkeit und Folgeschwere haben psychische Störungen, insbesondere Depression, eine hohe Public Health-Relevanz. Bei ihrer epidemiologischen Beschreibung zeigen sich Diskrepanzen zwischen Ergebnissen aus repräsentativen Bevölkerungsstudien und der Versorgungsforschung. Ziel der Arbeit ist es, Entwicklungen in Morbiditäts- und Versorgungsgeschehen anhand aktueller Ergebnisse aus Querschnitts- und Trendanalysen darzustellen und damit zum Verständnis der spezifischen Aussagekraft von Indikatoren und Datenquellen beizutragen.

Methode: In drei Originalarbeiten werden Daten von insgesamt fünf verschiedenen Befragungs- bzw. Untersuchungsstudien des nationalen Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts ausgewertet. Betrachtet werden sowohl Angaben zur selbstberichteten ärztlichen Diagnose von Depression als auch im klinischen Interview standardisiert ermittelte Diagnosen psychischer Störungen im Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen. Zum Vergleich werden administrative Depressionsdiagnosen in Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analysiert. In einer Überblicksarbeit werden zusätzlich Indikatoren des Versorgungsangebotes für Menschen mit psychischen Störungen berichtet, um Wechselwirkungen zwischen Morbidität und Entwicklungen im Gesundheitssystem abzubilden und Erklärungsansätze für diese zu identifizieren. Es kommen deskriptive und inferenzstatistische Methoden zur Anwendung.

Ergebnisse: Die 12-Monats-Prävalenz selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen beträgt 8,1% (erhoben 2014-2015) und zeigt sich mit Geschlecht und Bundesland assoziiert. Zusammenhänge mit dem Bildungsstand fallen sowohl querschnittlich als auch über die Zeit inkonsistent aus. Zwischen zwei Surveys der Erhebungsjahre 2008-2009 und 2012-2013 steigen selbstberichtete ärztliche Depressionsdiagnosen von 6,3% auf 8,0% signifikant an. Der Anstieg findet nicht nur in Risikogruppen, sondern bevölkerungsweit statt und kann nur geringfügig durch gleichzeitige Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur erklärt werden. Im direkten Vergleich von Survey- mit GKV-Routinedaten des Jahres 2010 wird deutlich, dass die administrative 12-Monats-Prävalenz von Depression (9,8%) anhand selbstberichteter ärztlicher Diagnosen (5,9%) deutlich unterschätzt wird. Standardisiert diagnostizierte Depression (8,4%) zeigt nahezu gegenläufige Altersverteilungen gegenüber administrativen Diagnosen. Diese Unterschiede liegen auch im zeitlichen Trend vor: Während die Prävalenz psychischer Störungen in Bevölkerungsstudien stabil bleibt, steigt die Zahl kodierter Diagnosen in GKV-Daten an. Zugleich kann ein erheblicher Ausbau von Behandlungskapazitäten beobachtet werden, was verschiedene Interpretationen zur Qualität der Versorgung, Entwicklungen der Morbidität und Veränderungen in der Wahrnehmung psychischen Erlebens zulässt.

Diskussion: Diskrepanzen zwischen Prävalenzschätzungen auf Basis von Survey- und Routinedaten reflektieren sowohl deren spezifische Erhebungszwecke als auch klassische Verzerrungseffekte (Selektions-Bias, Recall- und Reporting-Bias) und weisen auf erhebliche konzeptuelle Unterschiede sowie geschlechts- und altersspezifische Versorgungslagen hin. Zu einer aussagekräftigen Surveillance der psychischen Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Versorgungssituation sollten Indikatoren möglichst mit harmonisierter Methodik und direktem Daten-Linkage ermittelt werden. Neben Prävalenzen sollten auch Informationen zu Behandlungsbedarf, Patientenpräferenzen und Mortalität erhoben werden.

5. Einführung

Um die Bevölkerungsgesundheit zu erhalten und zu fördern sind effektive Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und Prävention auf valide epidemiologische Kennwerte angewiesen. Entsprechend bewertet die World Health Organization (WHO) die „Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung“ als prioritäre Essential Public Health Operation [1]. Diese soll auch nicht-übertragbare Erkrankungen mit hoher Krankheitslast und Kosten für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft zum Gegenstand haben. Seit 2018 werden zu dieser Gruppe mit höchster Public Health-Relevanz auch psychische Störungen gezählt [2, 3]. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Forschungsstand zur Häufigkeit und zeitlichen Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere am Beispiel von Depression, um aktuelle Ergebnisse zu erweitern und dabei durch Triangulation verschiedener Datenquellen einen Beitrag zur Aufklärung von Inkonsistenzen in der Befundlage zu leisten.

Psychische Störungen, insbesondere Depression, haben hohe Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit in Deutschland, weil sie häufig sind [4], starke Einschränkungen der Lebensqualität [5], körperlichen Gesundheit sowie Lebenserwartung [6] zur Folge haben können und hohe direkte [7] und indirekte Krankheitskosten [8, 9] verursachen. Die zunehmende wissenschaftliche und gesundheitspolitische Beachtung psychischer Störungen begründet sich u.a. in den Berichten verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV) über eine bemerkenswerte Zunahme administrativer Diagnosen und dadurch begründeter Fehlzeiten im Versorgungssystem in den letzten zwei Dekaden¹. So stieg der Anteil Versicherter mit ambulanter 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störungen bspw. bei der BARMER von 29,4% in 2008 [11] auf 36,3% in 2016 [12], bei BKK-Versicherten im Alter 20-65 Jahre von 21,4% in 2009 auf 30,5% in 2013 [13]. Dieser Trend wird wesentlich durch eine Zunahme von Diagnosen depressiver Störungen getragen, welche sich auch in vergleichsweise kurzen Zeiträumen beobachten lässt. So steigen die 12-Monats-Prävalenzen von Depression bei Versicherten der BKK (Alter: 20-65 Jahre) von 8,2% auf 12,9% zwischen 2009 und 2012 [13], bei der BARMER von 8,4% auf 11,0% zwischen 2008 und 2010 (ambulante Versorgung) [14] sowie bei der AOK von 9,3% auf 11,1% zwischen 2007 und 2010 [15].

Querschnittliche Analysen von GKV-Daten weisen darauf hin, dass Diagnosen psychischer Störungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig gestellt werden, was für Depression besonders gut belegt ist. Die Prävalenz administrativer Depressionsdiagnosen

¹ Eine versichertenbezogene Auswertung von Diagnosen und Abrechnungsziffern aus der ambulanten Versorgung ist erst seit 2004 in Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes möglich [10], weshalb sich die zeitliche Entwicklung der Häufigkeit von psychischen Störungen im Versorgungsgeschehen erst seit diesem Zeitpunkt beschreiben lässt.

liegt bei Frauen in etwa doppelt so hoch wie bei Männern und steigt bei beiden Geschlechtern im Altersverlauf kontinuierlich auf bis zu ein 3-Faches an [16, 17]. Es besteht ein sozialer Gradient mit einer höheren Diagnosehäufigkeit bei niedrigem Einkommen, Bildungs- und Berufsstatus und insbesondere bei erwerbslosen Personen [18, 19]. Auch unter Personen ohne Partnerschaft ist die Prävalenz erhöht [19]. Zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten variiert die Diagnosehäufigkeit um bis zu das 3-Fache und zeigt sich mit der Einwohnerzahl und -dichte sowie Arztdichte assoziiert [16, 20, 21].

Allerdings ist die Aussagekraft dieser Befunde für die Gesamtbevölkerung in mehrfacher Hinsicht limitiert. So sind die Ergebnisse von der spezifischen Versichertenstruktur der jeweiligen Krankenkasse abhängig [22] und beziehen nur in einigen Fällen auch Diagnosen aus dem stationären Sektor mit ein [15, 18, 19, 21], was zu verzerrten Schätzungen für die Gesamtbevölkerung bzw. die alle Sektoren umfassende Gesundheitsversorgung führen kann. Zudem wird die Validität der durch die Kassen vorgehaltenen sogenannten Stammdaten zu Bildung, Einkommen und Beruf kritisch diskutiert und liegt nur für sozialversicherungspflichtig beschäftigte Versicherte vor [23].

Vorteile bieten demgegenüber bevölkerungsrepräsentative epidemiologische Studien (Surveys), in denen die in der Versorgung dokumentierten Depressionsdiagnosen erfragt werden. Der Indikator der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in den letzten zwölf Monaten bezieht sich sowohl auf ambulante als auch stationäre Diagnosen und kann in Zusammenhang mit valide erfassten soziodemographischen Merkmalen gestellt werden. Er wurde zuletzt erhoben in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“, die 2014-2015 durchgeführt wurde und den European Health Interview Survey einschließt (GEDA 2014/2015-EHIS). Entsprechend wird Forschungsfrage 1 der vorliegenden Arbeit abgeleitet:

Forschungsfrage 1: Welche Häufigkeit und soziodemographische Verteilung zeigen ärztliche Depressionsdiagnosen aktuell in der Allgemeinbevölkerung?

Ausgehend von den so explorierten querschnittlichen Zusammenhängen ärztlicher Depressionsdiagnosen mit Bevölkerungsmerkmalen kann deren Veränderung im zeitlichen Trend untersucht werden. Bisher liegen in der Literatur nur wenige Ergebnisse dazu vor, die zudem heterogen ausfallen. Einerseits steigt das Hilfesuchverhalten bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland zwischen 1998 und 2010 in allen betrachteten Bevölkerungsgruppen gleichermaßen leicht an [24] und reflektiert damit einen bspw. auch in den Niederlanden beobachtbaren Trend [25]. Andererseits weisen aktuelle Daten der AOK Niedersachsen auf differentielle Entwicklungen mit besonders starken Prävalenzanstiegen bei Personen mit Arbeitslosengeldbezug hin [26] und auch die erwähnten soziodemographischen Verteilungen auf Basis verschiedener Bevölkerungssurveys variieren über die Zeit [27-30]. Darüber hinaus ist

fraglich, inwiefern der Prävalenzanstieg von Depressionsdiagnosen in der Versorgung mit gleichzeitigen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur einhergeht und so ggf. durch ein verändertes Risiko- und Schutzfaktoren-Gefüge erklärbar ist. Entsprechend wird Forschungsfrage 2 der vorliegenden Arbeit abgeleitet:

Forschungsfrage 2: Wie verteilt sich der Anstieg ärztlicher Depressionsdiagnosen in der Allgemeinbevölkerung und inwiefern ist er durch Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur erklärbar?

Selbst wenn ein Zusammenhang der Entwicklung ärztlicher Depressionsdiagnosen mit einem etablierten Risikofaktor wie bspw. Erwerbslosigkeit nachgewiesen werden könnte, dürfte der zeitliche Trend dennoch nicht unmittelbar als Morbiditätsanstieg interpretiert werden. Er kann zugleich Ergebnis einer veränderten Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch Patientinnen und Patienten als auch einer veränderten Diagnose- und Kodierpraxis durch Behandelnde sein [13, 14]. Bezüglich dieser Limitation unterscheiden sich administrative Diagnosen der GKV-Routinedaten (Sekundärdaten) von einer standardisierten Erfassung psychischer Störungen unabhängig vom Hilfesuchverhalten und ärztlicher Diagnostik in wissenschaftlichen Untersuchungsstudien (Primärdaten). Die konzeptuellen Unterschiede zwischen Primär- und Sekundärdaten [31] werden in auffällig diskrepanten Ergebnissen aus beiden Datenquellen reflektiert, die sowohl Querschnitts- als auch Trendanalysen betreffen. Entgegen des Anstieges in GKV-Daten zeigt sich die 12-Monats-Prävalenz von Depression zwischen 1998 (Frauen: 10,0%, Männer: 4,9%) und 2010 (Frauen: 10,5%, Männer: 4,2%) stabil, wenn diese mittels klinischem Interview in Bevölkerungsstudien erfasst werden [32]. Während administrative Diagnosen psychischer Störungen erheblichen regionalen Variationen unterliegen (s.o.), kann für standardisiert erfasste Fälle in der Allgemeinbevölkerung eine vergleichsweise homogene räumliche Verteilung angenommen werden [33]. Ein direkter Vergleich zwischen Prävalenzangaben aus Survey- und Routinedaten ist jedoch erschwert, da die jeweiligen Analysen Unterschiede aufweisen, u.a. in den je betrachteten Beobachtungszeiträumen (z.B. Kalenderjahren), Stichproben (z.B. bzgl. Ein- und Ausschlusskriterien) und Definitionen von Depression (z.B. Gesamtgruppe affektiver Störungen vs. Einschränkung auf Majore Depression, Ein- und Ausschluss ambulanter oder/und stationärer Diagnosen). Entsprechend wird Forschungsfrage 3 der vorliegenden Arbeit abgeleitet:

Forschungsfrage 3: Wie unterscheidet sich die Depressionsprävalenz in Survey- und Routinedaten bei optimierter Vergleichbarkeit?

Kenntnisse über Vergleichbarkeit und Unterschiede zwischen Diagnosen psychischer Störungen in Survey- und Routinedaten sind notwendig, um Inkonsistenzen in der aktuellen Datenlage erklären zu können. Denn die widersprüchliche Prävalenzentwicklung von Depressionsdi-

agnosen in Survey- gegenüber Routinedaten (s.o.) erscheint besonders fraglich vor dem Hintergrund des erheblichen Ausbaus von Versorgungsangeboten in demselben Zeitraum. Dieser resultiert offenbar nicht in einer Reduktion der Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung. So zeigt nicht nur die Häufigkeit von Depression keine zeitliche Veränderung zwischen 1998 und 2010 [32], sondern auch in der Gesamtprävalenz aller betrachteten psychischen Störungen sind Schwankungen unwahrscheinlich [34]. Allerdings kann in Deutschland wie auch in anderen westlichen Ländern in den vergangenen zwei Dekaden ein erheblicher Ausbau der Versorgungskapazitäten zur Behandlung von psychischen Störungen dokumentiert werden. Ausgehend davon, dass die Prävalenz durch Inzidenz, Erkrankungsdauer (bei episodischen Verläufen psychischer Störungen: Episodendauer und -häufigkeit) und Mortalität determiniert ist, wäre prinzipiell anzunehmen, dass der Ausbau von Versorgungsangeboten langfristig in einer Reduktion der Prävalenz auf Bevölkerungsebene resultieren müsste. So können frühzeitige Interventionen bei noch nicht voll ausgeprägten Krankheitsbildern zur Senkung der Inzidenz beitragen. Behandlung und Rehabilitation manifester Störungen sollten die Episodendauer, Rezidive und Komorbidität reduzieren und auf diese Weise zu geringeren Prävalenzen beitragen. Einzig eine verringerte Übersterblichkeit bei psychischen Störungen würde als gewünschtes Ergebnis eine stabile oder gar steigende Prävalenz erklären. Empirische Befunde weisen jedoch auf eine eher wachsende Exzess-Mortalität bei psychischen Störungen hin [35]. Das versorgungsepidemiologische Paradoxon wird auch international beobachtet [36]. Entsprechend wird Forschungsfrage 4 der vorliegenden Arbeit abgeleitet:

Forschungsfrage 4: Wie lässt sich erklären, dass die Prävalenzen psychischer Störungen trotz des Ausbaus ihrer Versorgung in Deutschland nicht absinken?

Mit der Beantwortung der vier Forschungsfragen soll ein Beitrag zur Diskussion der wachsenden Public Health Relevanz psychischer Störungen geleistet werden. Zu diesem Zweck wurden drei Originalarbeiten unter Anwendung von Methoden deskriptiver und analytischer Epidemiologie sowie eine Übersichtsarbeit im Stil eines narrativen Reviews zur Integration des Forschungsstandes und Ableitung von Implikationen erstellt.

6. Material und Methodik

Die Beantwortung der vier einleitend entwickelten Forschungsfragen (vgl. Abschnitt 5) erfordert die Auswahl jeweils geeigneter Datengrundlagen und Auswertungsverfahren. Daher unterscheiden sich die Stichproben und betrachteten Variablen sowie eingesetzten Methoden der Datenanalyse zwischen den empirischen Arbeiten. Im Folgenden werden wesentliche Angaben zu deren Material und Methodik dargestellt, den Vorgaben zur Gestaltung der Promotion gemäß nicht je Einzelpublikation, sondern zusammenfassend.

6.1. Stichproben

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 1 in Publikation 1 wurden Daten der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS“ (GEDA 2014/2015-EHIS) ausgewertet [37]. Deren Grundgesamtheit bildete die Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Die Ausschöpfungsquote lag bei 26,9% (Alter: 18+). Die Erhebung erfolgte im schriftlichen Modus postalisch sowie online in den Erhebungsjahren 2014-2015. Die durchgeführten Analysen basieren auf Daten von n=23.179 Teilnehmenden mit gültigen Angaben zur selbstberichten ärztlich diagnostizierten Depression.

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 2 in Publikation 2 wurden gepoolte Daten der Befragungsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ aus den Erhebungsjahren 2008-2009 (GEDA 2009) und 2012-2013 (GEDA 2012) ausgewertet [38]. Grundgesamtheit beider Surveys bildete die deutschsprachige Wohnbevölkerung im Alter ab 18 Jahren, die über einen privaten Festnetzanschluss verfügt. Die Ausschöpfungsquoten lagen bei 29,1% (GEDA 2009) bzw. 22,1% (GEDA 2012). Die Erhebung erfolgte telefonisch. Die durchgeführten Analysen basieren auf Daten von n=21.209 bzw. n= 19.253 Teilnehmenden mit gültigen Angaben zur selbstberichten ärztlich diagnostizierten Depression in GEDA 2009 bzw. GEDA 2012.

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 3 in Publikation 3 wurden drei Datenquellen vergleichend ausgewertet: 1) Die Befragungs- und Untersuchungsstudie DEGS1 „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt [39]. Die Grundgesamtheit bildeten mit Hauptwohnsitz in Deutschland lebende Erwachsene im Alter 18-79 Jahre. In einem Misch-Design wurden sowohl ehemalige Teilnehmende der Vorgänger-Studie Bundesgesundheitssurvey 1998 (BGS98) wiederbefragt (Ausschöpfungsquote: 64%) als auch neue Teilnehmende rekrutiert (Ausschöpfungsquote: 42%). Die durchgeführten Analysen basieren auf Daten von n=6898 Teilnehmenden im Alter 20-79 Jahre mit gültigen Angaben für die selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression. 2) Das Mental Health-Zusatzmodul DEGS1-MH wurde im Nachgang von DEGS1 mit einer Substichprobe durchge-

führt [40]. Es wurden Befragungs- und Untersuchungsdaten von n=4483 Teilnehmenden erhoben. Die konditionale Ausschöpfungsquote in Bezug auf DEGS1 lag bei 88,2%. Die durchgeführten Analysen basieren auf Daten von n=4394 Teilnehmenden im Alter 20-79 Jahre mit gültigen Angaben für die Diagnose einer Depression im klinischen Interview. 3) Routinedaten der BARMER GEK wurden ausgewertet für in Deutschland wohnende Versicherte im Alter 20-79 Jahre. Es konnten Angaben von n=6.472.488 Personen eingeschlossen werden, die am 01.01.2010 und damit durchschnittlich 359,4 Tage im Jahr 2010 bei der BARMER GEK versichert waren.

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 4 in Publikation 4 wurden in einer Übersichtsarbeit zur Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen diverse Datenquellen in Zeitreihen aus der Literatur bzw. öffentlich zugänglichen Statistiken im Stil eines narrativen Reviews trianguliert. Es wurden bereits anderenorts publizierte Ergebnisse in eigenen Darstellungen wiedergegeben. Die referierten Indikatoren sind unter 6.2 dargestellt.

6.2. Variablen

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 1 in Publikation 1 wurden Angaben zur selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression erfasst mit der Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“, wonach Depression neben anderen Erkrankungen aufgelistet war. Zugunsten einer eindeutigen Interpretierbarkeit wurden nur Fälle betrachtet, die zusätzlich angaben, dass die Depression „jemals ärztlich diagnostiziert“ worden war (Ausschluss von 26,4% derjenigen mit alleiniger 12-Monats-Angabe, n=657). Das Bildungsniveau wurde gemäß der internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED 2011) [41] klassifiziert und 3-stufig gruppiert.

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 2 in Publikation 2 wurden Angaben zur selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression erfasst mittels der Frage „Hat ein Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen jemals eine Depression oder depressive Verstimmung festgestellt?“ und, wenn „ja“, der sich anschließenden Fragen „Auch in den letzten 12 Monaten?“. Als weitere soziodemographische und gesundheitsbezogene Bevölkerungsmerkmale wurden untersucht: Alter, 4-stufig (18-29, 30-44, 45-65, 65+ Jahre); Zusammenleben in Partnerschaft; soziale Unterstützung, erfasst mit der Oslo 3-Item Social Support Scale [42], 3-stufig; Bildungsniveau gemäß CASMIN-Klassifikation [43], 3-stufig; Erwerbslosigkeit in den letzten fünf Jahren; Siedlungsstruktur der Wohnregion [44] und Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen (selbstberichtete ärztliche Diagnosen ausgewählter Erkrankungen).

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 3 in Publikation 3 wurde pro Stichprobe je ein Indikator der Depressionsprävalenz betrachtet: 1) In DEGS1 wurde im Rahmen des standardisierten

ärztlichen Interviews die selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression erfragt: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“. Wenn ja, wurde weitergefragt: „Ist die Depression auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten?“ (12-Monats-Prävalenz). 2) In DEGS1-MH wurde mit dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [45] ein standardisiertes klinisches Interview zur Diagnostik psychischer Störungen gemäß Diagnostic and statistical manual of mental disorders in der Version DSM-IV-TR [46] eingesetzt. Hier berücksichtigt wurden 12-Monats-Diagnosen einer Majoren Depression sowie Dysthymie. Ausgeschlossen wurden Fälle mit bipolarer Störung. 3) In den Routinedaten der BARMER GEK wurden im Versorgungsgeschehen kodierte und dokumentierte Depressionsdiagnosen gemäß International Classification of Diseases in der Version 10 (ICD-10) [47] berücksichtigt. Eingeschlossen wurden alle in 2010 kodierten stationären Haupt- und Nebendiagnosen der stationären Versorgung sowie die Diagnosen der ambulanten Versorgung, die mit dem Qualifikator „gesichert“ in mindestens zwei Behandlungsfällen im Jahr 2010 dokumentiert wurden (12-Monats-Prävalenz). Berücksichtigt wurden die ICD-10-Kodes F32 „Depressive Episode“, F33 „Rezidivierende depressive Störung“ sowie F34.1 „Dysthymia“ einschließlich aller Subdiagnosen.

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 4 in Publikation 4 wurden folgende Datenquellen und Indikatoren von Public Mental Health ausgewählt, aufbereitet und berichtet:

- Untersuchungssurveys mit standardisierter Diagnostik psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung (BGS98, DEGS1-MH) [34]
- Routinedaten der BARMER zur administrativen Prävalenz psychischer Störungen in der ambulanten Versorgung [11, 12]
- Verordnungen von Psychopharmaka zu Lasten der GKV in der ambulanten Versorgung [48]
- Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung in der stationären Versorgung [49] sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbetten [50]
- Anzahl niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und Nervenärztinnen und Nervenärzte [51]
- Krankheitsbedingte Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeitstage) aufgrund psychischer Störung bei Versicherten der DAK [52]
- Anteil der Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Störungen (Deutsche Rentenversicherung Bund) [53]

Darüber hinaus betrachtet werden:

- Direkte Krankheitskosten [7]
- Anzahl Todesfälle durch Suizid [54]

6.3. Analysen

Zur Beantwortung von Forschungsfrage 1, 2 und 3 in Publikation 1, 2 bzw. 3 wurden 12-Monats-Prävalenzen als gewichtete Anteilswerte mit 95%-Konfidenzintervallen berechnet und nach Geschlecht stratifiziert.

Die Abweichung der jeweiligen Stichprobe von der Bevölkerung wurde durch Gewichtungsfaktoren korrigiert. Die Gewichtung berücksichtigte in Publikation 1 Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung in Bezug auf die Bevölkerung zum Stand 31.12.2014. In Publikation 2 bezog sich die Gewichtung gemäß Geschlecht, Alter, Bildung und Bundesland für GEDA 2009 auf die Bevölkerung zum Stand 31.12.2007 und für GEDA 2012 auf die Bevölkerung zum Stand 31.12.2011. In Publikation 3 wurden die Ergebnisse für die Stichprobe der Versicherten der BARMER GEK in Bezug auf die Bevölkerung zum Stand 31.12.2010 hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bundesland standardisiert. Für die Stichproben aus DEGS1 und DEGS1-MH wurde in Bezug auf die Bevölkerung zum Stand 31.12.2010 hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildung gewichtet. Die abweichende Konzeption der Gewichtungsfaktoren begründet sich in der jeweils spezifischen Verfügbarkeit der Faktoren für die Design- und Anpassungsgewichtung je Survey.

Von statistisch signifikanten Unterschieden zwischen Gruppen wurden in Publikation 1 und 3 ausgegangen, sofern sich Konfidenzintervalle nicht überlappten. In Publikation 2 wurden statistische Unterschiede zwischen Gruppen durch Rao-Scott-Chi-Quadrat-Test ermittelt (Signifikanz-Niveau 5%). Trendeffekte wurden in logistischen Regressionsmodellen mit Interaktionsterm (Bevölkerungsmerkmal*Survey) untersucht und durch adjustierten Wald-Test auf Signifikanz geprüft. Zusammenhänge des Trends mit Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur wurden durch den Vergleich des nicht adjustierten mit dem für Bevölkerungsmerkmale adjustierten Regressionsmodell ermittelt anhand der jeweiligen im Modell geschätzten Prävalenzzuwächse (Average Marginal Effects) [55]. In Publikation 4 wurden keine eigenen Datenanalysen vorgenommen.

Die Analysen wurden mit dem Programmpaketen STATA Version 14.1 (Publikation 1 und 2) und SAS Version 9.4 (Publikation 3) durchgeführt. Zur Gewichtung komplexer Stichproben kamen die Prozeduren SVY (STATA) bzw. PROC SURVEYFREQ (SAS) zum Einsatz.

In Publikation 4 erfolgte die Analyse bereits vorliegender versorgungsepidemiologischer Befunde in Form eines narrativen Reviews. Die qualitative Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse diente einer evidenzbasierten Diskussion zum Zusammenhang der Entwicklung von Prävalenzen psychischer Störungen und ihrer Versorgung. Zu diesem Zweck wurde die international geführte Debatte [36] auf die Situation in Deutschland übertragen und anhand von 3

Hypothesen auf Basis theoretischer Argumente und empirischer Daten bewertet. Die Bewertung der Daten und Ableitung von Implikationen erfolgten vor dem Hintergrund (versorgungs-)epidemiologischer Grundannahmen zum Zusammenhang von Inzidenz, Prävalenz und Mortalität mit möglichen Effekten von Prävention und Kuration (einschließlich iatrogenen Effekte) sowie mit Bezug auf das Konzept des Behandlungsbedarfes.

7. Ergebnisse

Im Folgenden werden die für die Beantwortung der einleitend formulierten Forschungsfragen (vgl. Abschnitt 5) zentralen Ergebnisse aller 4 Publikationen im Überblick berichtet. Auf publizierte, aber hier nicht aufgeführte Befunde wird hingewiesen. Die Darstellung erfolgt tabellarisch bzw. graphisch einschließlich kurzer textlicher Zusammenfassungen.

Die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten diagnostizierten Depression beträgt 8,1% in der erwachsenen Bevölkerung (Tab. 1). Sie liegt mit 9,7% bei Frauen deutlich höher als bei Männern mit 6,3%.

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht [vgl. Publikation 1, Tab.1, S. 74]

	%	(95%-KI)
Gesamt	8,1	(7,6-8,5)
Frauen	9,7	(9,0-10,3)
Männer	6,3	(5,8-6,9)

Anmerkungen: gewichtete Anteilswerte; Altersbereich: ab 18 Jahre; Datenbasis: n = 23.179 gesamt, n = 12.777 Frauen, n = 10.402 Männer

Im Vergleich der Altersgruppen werden die Diagnosen am häufigsten in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen berichtet (Tab. 2). Je höher der Bildungsstatus, desto geringer fällt die Häufigkeit von diagnostizierter Depression aus. Die Stärke des Zusammenhangs variiert nach Alter und Geschlecht und findet sich nicht bei Männern im Alter 18-29 Jahre. Anhand der Konfidenzintervalle können signifikante Unterschiede bei Vergleich der unteren und oberen Bildungsgruppe bei Frauen im Alter 18-64 Jahre festgestellt werden, nicht aber bei Männern.

Zwischen den Bundesländern zeigen sich deutliche regionale Variationen der 12-Monats-Prävalenz der diagnostizierten Depression (Tab. 3). Sie liegt für beide Geschlechter am höchsten in Stadt-Staaten, bei Frauen in Bremen mit 13,4%, bei Männern in Berlin mit 9,4%. Weniger als die Hälfte dessen betragen die Prävalenzen in den Bundesländern mit dem geringsten Bevölkerungsanteil von Personen, die eine ärztliche Depressionsdiagnose berichten, bei Frauen 5,4% in Thüringen, bei Männern 3,3 % in Sachsen-Anhalt.

Tabelle 2: 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus [vgl. Publikation 1, Tab. 1, S. 74]

	Frauen		Männer	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
18 - 29 Jahre	8,1	(6,7-9,7)	4,3	(3,2-5,9)
Untere Bildungsgruppe	12,3	(8,8-16,9)	7,0	(4,2-11,2)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,0-9,4)	3,4	(2,3-4,9)
Obere Bildungsgruppe	3,6	(2,2-5,8)	3,8	(1,5-8,9)
30 - 44 Jahre	9,3	(8,0-10,8)	5,7	(4,5-7,2)
Untere Bildungsgruppe	13,4	(9,3-18,9)	8,1	(4,5-14,1)
Mittlere Bildungsgruppe	10,2	(8,5-12,1)	6,6	(5,2-8,4)
Obere Bildungsgruppe	4,8	(3,6-6,4)	3,2	(2,1-5,0)
45 - 64 Jahre	11,8	(10,8-12,9)	8,5	(7,5-9,6)
Untere Bildungsgruppe	15,1	(12,1-18,7)	9,1	(6,5-12,6)
Mittlere Bildungsgruppe	11,7	(10,4-13,1)	9,3	(7,8-11,0)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,7-11,2)	7,0	(5,7-8,5)
≥ 65 Jahre	8,0	(6,7-9,5)	5,0	(4,0-6,1)
Untere Bildungsgruppe	10,1	(7,9-12,8)	5,6	(3,7-8,3)
Mittlere Bildungsgruppe	6,9	(5,3-8,9)	5,2	(3,8-7,1)
Obere Bildungsgruppe	5,3	(3,4-8,1)	4,2	(2,9-5,9)

Anmerkung: gewichtete Anteilswerte; Altersbereich: ab 18 Jahre; Datenbasis: n = 12.777 Frauen, n = 10.402 Männer

Tabelle 3: 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht und Bundesland [vgl. Publikation 1, Abb. 1, S. 75]

Bundesland	Frauen		Männer	
	%	(95%- KI)	%	(95%- KI)
Baden-Württemberg	8,9	(7,4-10,6)	6,5	(4,9-8,5)
Bayern	9,8	(8,2-11,8)	4,5	(3,6-5,6)
Berlin	9,2	(6,4-13,1)	9,4	(6,9-12,7)
Brandenburg	12,8	(9,5-16,9)	3,6	(1,9-6,7)
Bremen	13,4	(9,2-19,2)	7,0	(4,6-10,5)
Hamburg	10,9	(7,2-16,3)	9,2	(6,4-13,1)
Hessen	11,4	(9,4-13,7)	7,2	(4,9-10,5)
Mecklenburg-Vorpommern	10	(8,1-12,4)	5,5	(3,4-8,9)
Niedersachsen	8,2	(6,4-10,5)	6,2	(4,9-7,9)
Nordrhein-Westfalen	10,2	(8,9-11,8)	7,3	(6,3-8,6)
Rheinland-Pfalz	11,3	(8,4-15,1)	7,2	(5,0-10,2)
Saarland	9,1	(6,6-12,4)	8,8	(6,2-12,4)
Sachsen	8,3	(5,7-11,9)	4,1	(2,8-5,9)
Sachsen-Anhalt	7,8	(5,9-10,3)	3,3	(1,8-6,0)
Schleswig-Holstein	9,1	(6,3-13,0)	8,0	(5,2-12,0)
Thüringen	5,4	(3,2-9,0)	5,1	(2,5-10,1)

Anmerkung: gewichtete Anteilswerte; Altersbereich: ab 18 Jahre; Datenbasis: n = 23.179 gesamt, n = 12.777 Frauen, n = 10.402 Männer

Im zeitlichen Trend von GEDA 2009 zu GEDA 2012 steigt die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in der Erwachsenenbevölkerung von 6,3% auf 8,0% signifikant an ($p < 0.001$), bei Frauen und Männern vergleichbar (Tab. 4).

Tabelle 4: Zeitliche Veränderung der 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012 nach Geschlecht [vgl. Publikation 2, Abb. 1]

	GEDA 2009 ¹		GEDA 2012 ²		p (Trend) ³
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	
Gesamt	6,3	(5,9-6,7)	8,0	(7,5-8,5)	<0.001
Frauen	8,0	(7,4-8,6)	9,8	(9,0-10,6)	<0.001
Männer	4,5	(3,9-5,0)	6,1	(5,4-6,8)	<0.001

Anmerkung: querschnittlich gewichtete Anteilswerte; Altersbereich: ab 18 Jahre; ¹ Datenbasis GEDA 2009: n = 21.209 gesamt, n = 12.079 Frauen, n = 9.130 Männer; ² Datenbasis GEDA 2012: n = 19.253 gesamt, n = 9.948 Frauen, n = 9.305 Männer; ³ Signifikanztestung mittels Rao-Scott-Chi-Quadrat-Test

Der Zunahme-Trend diagnostizierter Depression unterscheidet sich nicht zwischen den betrachteten Bevölkerungsgruppen. Die Odds Ratios (OR) variieren zwischen 1,02 und 1,71 und fallen bei beiden Geschlechtern in 10 der 21 betrachteten Gruppen signifikant aus (Tab. 5).

Tabelle 5: Zeitliche Veränderung des Risikos einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2012 und GEDA 2009 (Referenz), stratifiziert nach soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Bevölkerungsmerkmalen [vgl. Publikation 2, Abb. 2]

	Frauen			Männer		
	OR ¹	(95%-KI)	p ²	OR ¹	(95%-KI)	p ²
Alter						
18-29 Jahre	1,14	0,81-1,60	0,132	1,52	0,89-2,59	0,362
30-44 Jahre	1,12	0,88-1,43		1,71	1,20-2,43	
45-64 Jahre	1,46	1,22-1,74		1,3	1,01-1,67	
65+ Jahre	1,04	0,77-1,39		1,02	0,62-1,67	
Zusammenleben mit Partner/in						
ja	1,24	1,04-1,48	0,668	1,33	1,06-1,68	0,597
nein	1,18	0,99-1,40		1,47	1,11-1,93	
Soziale Unterstützung						
gering	1,17	0,91-1,50	0,548	1,31	0,91-1,87	0,516
mittel	1,21	1,01-1,44		1,54	1,20-1,97	
hoch	1,40	1,09-1,79		1,20	0,81-1,76	
Bildung						
einfach	1,37	1,09-1,72	0,557	1,25	0,92-1,69	0,324
mittel	1,21	1,03-1,41		1,63	1,26-2,11	
hoch	1,16	0,92-1,45		1,28	0,95-1,72	
Erwerbslosigkeit i.d.l. 5 Jahren						
ja	1,29	0,99-1,68	0,982	1,52	1,07-2,18	0,767
nein	1,29	1,11-1,49		1,43	1,15-1,78	
Siedlungsstruktur						
Kreisfreie Großstädte	1,24	1,00-1,59	0,925	1,19	0,84-1,67	0,766
Städtische Kreise	1,33	1,08-1,64		1,49	1,12-1,98	
Ländliche Kreise	1,23	0,90-1,68		1,48	0,95-2,30	
Dünn besiedelte Kreise	1,19	0,90-1,58		1,42	0,90-2,24	

Chronische somatische Erkrankung						
keine	1,38	1,08-1,76		1,21	0,82-1,78	0,854
1	1,11	0,86-1,43	0,476	1,4	0,92-2,13	
≥ 2	1,26	1,07-1,50		1,35	1,07-1,71	

Anmerkung: Datenbasis GEDA 2009: n = 12.079 Frauen, n = 9.130 Männer; Datenbasis GEDA 2012: n = 9.948 Frauen, n = 9.305 Männer; ¹OR aus logistischer Regression der selbstberichteten diagnostizierten Depression (AV) auf Bevölkerungsmerkmal (UV1) und Survey (UV2), ² Test auf Trendunterschiede in Subgruppen mittels adjustiertem Wald-Test des Interaktionsterms Bevölkerungsmerkmal*Survey

Während die Bevölkerungsstruktur zwischen 2009 und 2012 signifikante Veränderungen (Daten hier nicht gezeigt, vgl. Publikation 2, Tab. 1) erfährt, geht dies nur in geringem Maße mit dem Prävalenzanstieg diagnostizierter Depression einher. Der vorhergesagt Anstieg (Average marginal effect) sinkt bei Kontrolle soziodemographischer Veränderungen als Kovariaten von 1,8% auf 1,5%, d.h. nur um 13,5% und bleibt statistisch signifikant ($p < 0,001$) (Tab. 6).

Tabelle 6: Zusammenhang des Prävalenzanstiegs selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen mit Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, Trendeffekt (AME) im adjustierten und nicht-adjustierten Modell [vgl. Publikation 2, Tab 2]

	Nicht-adjustiertes Modell		Adjustiertes Modell ¹		Differenz
	AME ² in % (95%-KI)		AME ² in % (95%-KI)		AME ² in %
Gesamt	1.70	(1.03-2.37) ***	1.47	(0.74-2.20) ***	-13.53%
Frauen	1.80	(0.80-2.79) ***	1.48	(0.38-2.59) **	-17.78%
Männer	1.61	(0.72-2.50) ***	1.49	(0.54-2.43) **	- 7.45%

Anmerkung: ¹ adjustiert für Alter, Zusammenleben in Partnerschaft, soziale Unterstützung, Bildung, Erwerbslosigkeit i.d.l. 5 Jahren, Kreistyp, Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen; ² Average marginal effect der Prävalenz (AME), ³ AME im unadjustiertem Modell abzüglich AME im adjustierten Modell; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Vergleicht man verschiedene Indikatoren von Depression in bevölkerungsrepräsentativen Befragungs- bzw. Untersuchungsstudien und GKV-Routinedaten unterscheidet sich deren 12-Monats-Prävalenz deutlich (Tab. 7). Sie liegt mit 9,8% am höchsten in den Routinedaten der BARMER GEK und mit 5,9% am niedrigsten bei Erfragung der selbstberichteten ärztlichen Diagnose einer Depression im Survey. Bei standardisierter Erhebung mit klinischem Interview (CIDI) im Survey beträgt sie 8,4%. Diese Verteilung besteht bei beiden Geschlechtern.

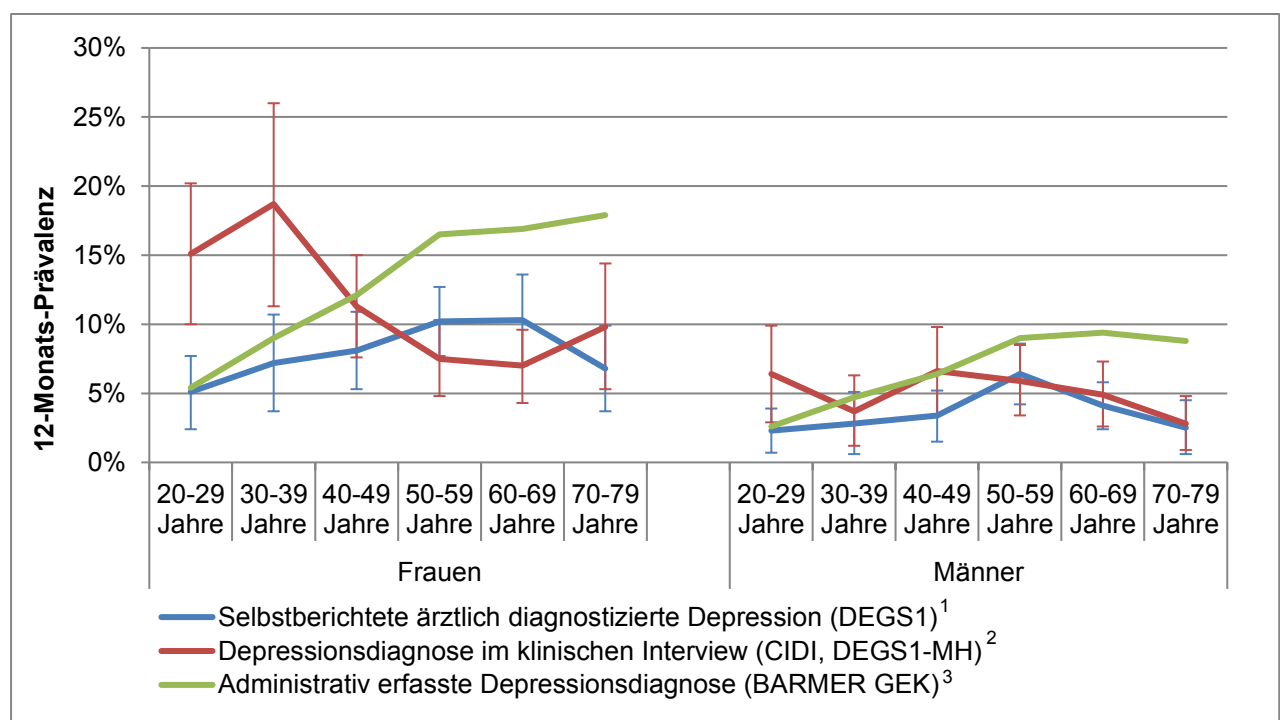
Tabelle 7: 12-Monats-Prävalenz von Depression nach Indikator und Geschlecht [vgl. Publikation 3, Tab. 1]

	Selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression DEGS1 ¹		CIDI-Depressionsdiagnose DEGS1-MH ²		Administrative Depressionsdiagnose BARMER GEK ³	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Gesamt	5,9	(5,1-6,7)	8,4	(7,2-9,6)	9,8	(9,8-9,8)
Frauen	8,0	(6,7-9,4)	11,4	(9,5-13,4)	12,9	(12,9-12,9)
Männer	3,7	(2,9-4,5)	5,2	(4,1-6,3)	6,7	(6,7-6,7)

Anmerkung: gewichtete Anteilswerte; Altersbereich 20-79 Jahre, ¹ Datenbasis DEGS1: n = 6.838 gesamt, ² Datenbasis DEGS1-MH n = 4.304 gesamt, Datenbasis ³ BARMER GEK: n = 6.472.488

Weitere Unterschiede zeigen sich zwischen den Indikatoren im Altersverlauf (Abb. 1), insbesondere bei Frauen. Während die im Bevölkerungssurvey standardisiert erfassten CIDI-Diagnosen in den beiden jüngeren Altersgruppen am höchsten liegen und danach tendenziell absinken, steigen die in der Versorgung kodierten administrativen Depressionsdiagnosen mit dem Alter stetig an. Ein mit dem Alter zunehmend geringer Teil davon wird von Surveyteilnehmenden auch als ärztliche Depressionsdiagnose berichtet. Bei Männern zeigt sich ein vergleichbares Muster, abgesehen von der Altersgruppe 30-39 Jahre, in der die Prävalenz der CIDI-Diagnosen bereits unter der der administrativen Diagnosen liegt.

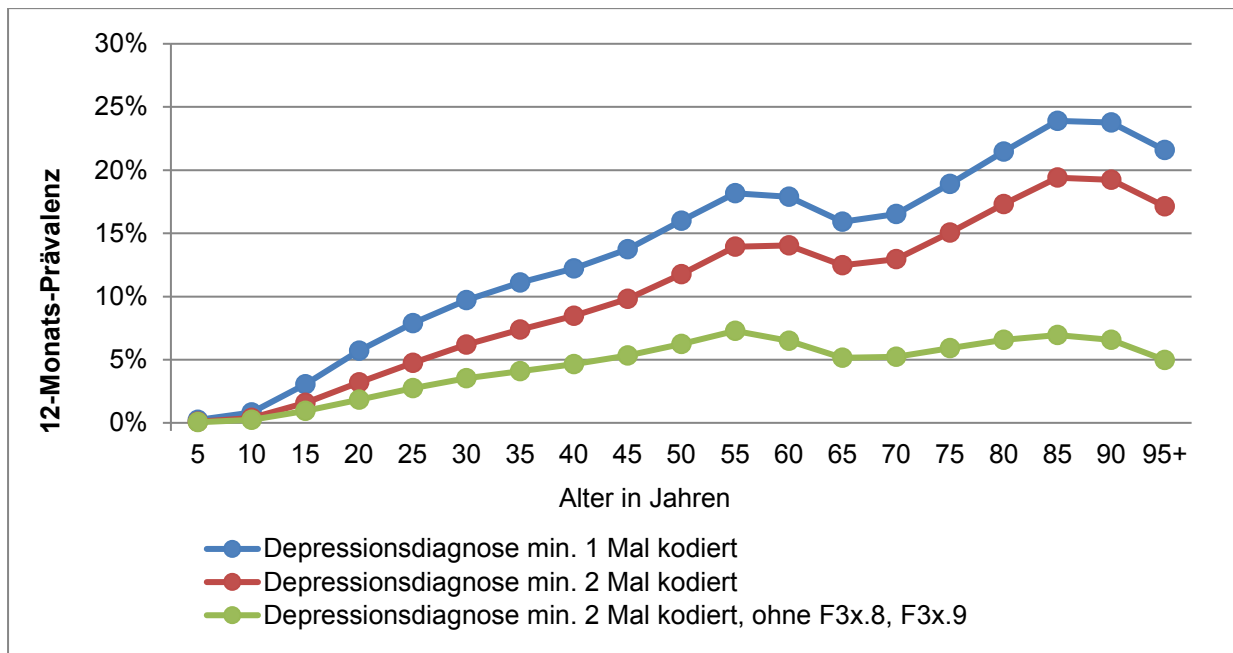
Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz von Depression nach drei Indikatoren, Alter und Geschlecht [vgl. Publikation 3, Abb. 1]



Anmerkung: gewichtete Anteilswerte; Altersbereich 20-79 Jahre, ¹ Datenbasis DEGS1: n = 6.838 gesamt, ² Datenbasis DEGS1-MH n = 4.304 gesamt, Datenbasis ³ BARMER GEK: n = 6.472.488

Die Schätzung der administrativen Prävalenz variiert je nach Aufgreifkriterium der kodierten Diagnosen (Abb. 2). Werden diejenigen Versicherten betrachtet, bei denen im Beobachtungszeitraum (Kalenderjahr 2010) bereits einmalig eine Depressionsdiagnose kodiert wurde, liegt deren Häufigkeit um mehr als ein Drittel höher als bei Beschränkung auf Versicherte, bei denen in mindestens zwei Behandlungsfällen Depressionsdiagnosen kodiert wurden (Gesamtprävalenz 13,5% vs. 9,8%, Daten hier nicht gezeigt). Knapp die Hälfte aller administrativen Depressionsdiagnosen werden ohne Schweregradeinteilung als sogenannte unspezifische Diagnosen (F3x.8 nicht näher bezeichnete und F3x.9 sonstige Diagnose) vergeben (4,9%, Daten hier nicht gezeigt).

Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenz von administrativen Depressionsdiagnosen nach Aufgreifkriterium und Alter [vgl. Publikation 3, Abb. 3]



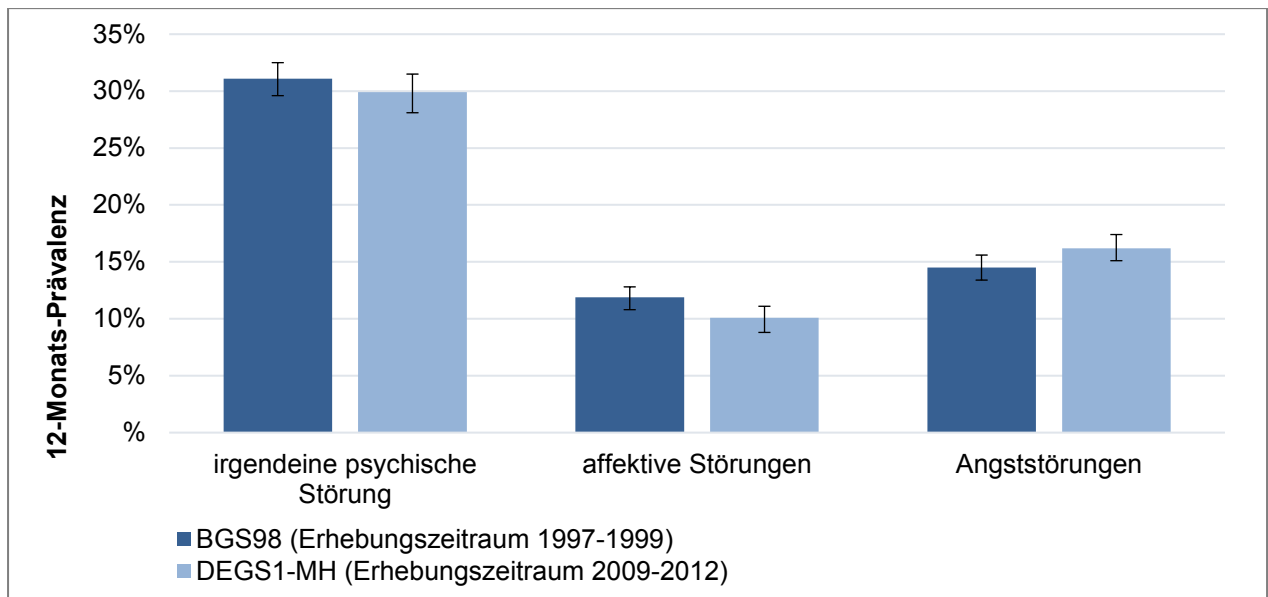
Anmerkung: Datenbasis BARMER GEK: n = 6.472.488

Die Diskrepanzen, die sich querschnittlich zwischen unterschiedlichen Indikatoren psychischer Störungen in Survey- und Routinedaten zeigen, bestehen gleichermaßen bei Betrachtung zeitlicher Trends. Um schließlich in Form einer Übersichtsarbeit trotz der heterogenen Datenlage die Ableitung von Implikationen zu ermöglichen, können folgende Befunde aus Epidemiologie und Versorgungsforschung selektiert und kontrastiert werden:

Laut repräsentativer Bevölkerungsstudien konnte in Deutschland bisher kein Absinken der Häufigkeit psychischer Störungen beobachtet werden. Werden diese standardisiert im klinischen Interview (CIDI) erfasst, liegt die geschätzte 12-Monats-Prävalenz der Bevölkerung im Alter 18-65 Jahre BGS98 (Erhebungszeitraum 1997-1999) bei 31,1% (95%-KI: 26,7-32,6) und in DEGS1-MH bei 29,9% (95%-KI: 28,3-31,7) [34] (Abb. 3a). Auch bei affektiven Störungen und Angststörungen im Speziellen finden sich keine bedeutsamen Veränderungen bei der vergleichenden Gegenüberstellung von Querschnittsbefunden.

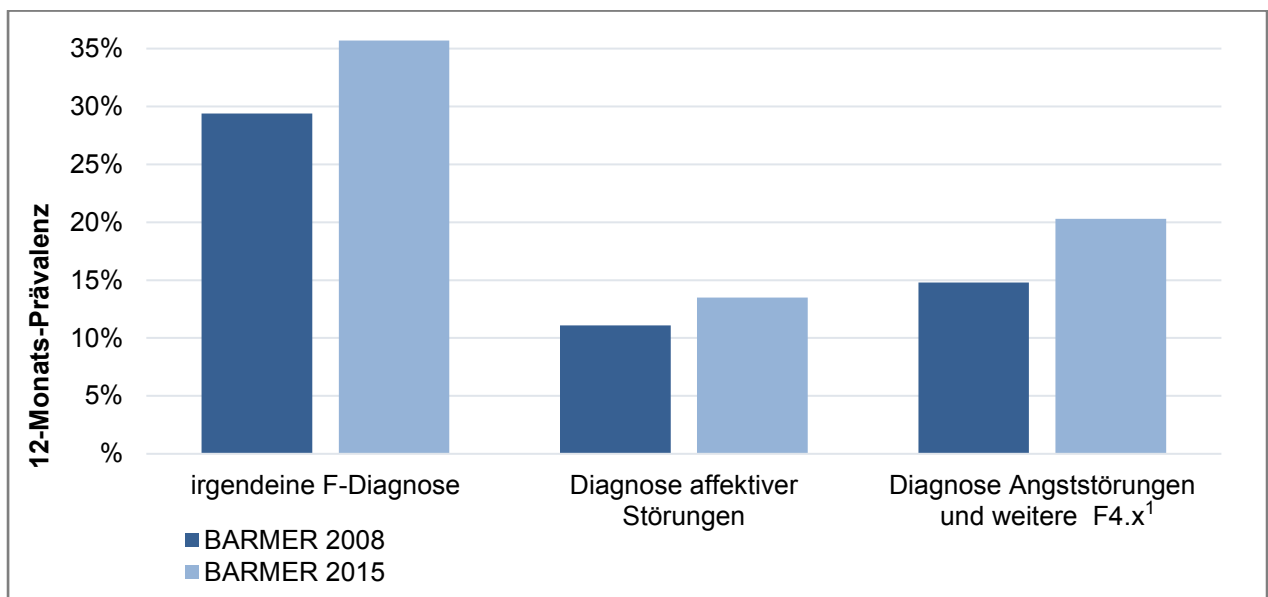
Anders verhält es sich mit der Bedeutung psychischer Störungen im Versorgungsgeschehen. Berichte der Krankenkassen BARMER zeigen eine deutliche Zunahme des Anteils von Versicherten mit administrativer Diagnose einer psychischen Störung. Die 12-Monats-Prävalenz in der ambulanten Versorgung lag im Jahr 2008 bei 29,4% [11] und stieg bis zum Jahr 2016 auf 36,3% [12] (Abb. 3b). Eine Zunahme lässt sich sowohl für affektive Störungen als auch Angststörungen und weitere Diagnosen des ICD-Kapitels F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) beobachten.

Abbildung 3: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in repräsentativen Bevölkerungsstudien [vgl. Publikation 4, Abb. 1a, S. 129]



Anmerkung: querschnittlich gewichtete Anteilswerte; Altersbereich 18-65 Jahre, eigene Abbildung basierend auf [34]

Abbildung 4: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz administrativer Diagnosen psychischer Störungen am Beispiel der Versicherten der Krankenkasse BARMER [vgl. Publikation 4, Abb. 1b, S. 129]



Anmerkung: Altersbereich: ab 18 Jahre, eigene Abbildung basierend auf [11, 12],
 ¹Diagnosen des gesamten ICD-Kapitels Abschnitts F4

Ähnliche Entwicklungen zeigt das Fehlzeitengeschehen sowie die Zahl von Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen (Daten hier nicht gezeigt, vgl. Publikation 4, Abb. 3a und 3b, S. 132). So verdoppelte sich der Anteil der psychischen Störungen an der Gesamtzahl aller Arbeitsunfähigkeitstage bei Versicherten der DAK

von 6,4% in 1997 auf 15,4% in 2015 [52]. Während die Erwerbsminderungsrenten seit den 1990er Jahren insgesamt rückläufig sind, hat sich die Zahl der Berentungen aufgrund psychischer Störungen nahezu verdoppelt, ihr Anteil ist von 15,3% im Jahr 1993 auf 42,6% im Jahr 2015 angestiegen [53].

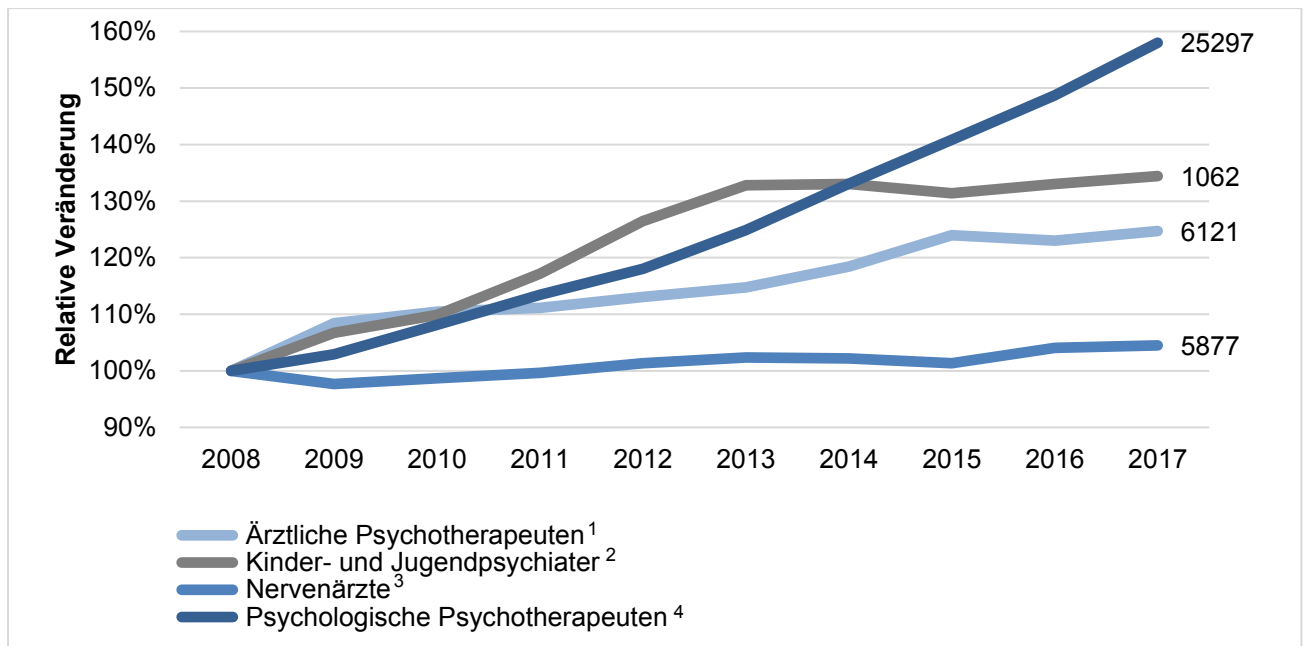
In diesem Zeitraum erlebte das Behandlungsangebot für Menschen mit psychischen Störungen einen erheblichen Kapazitätszuwachs. Dies zeigt sich sowohl für den stationären Sektor (Abb. 5) als auch ambulanten Sektor (Abb. 6) sowie für Verordnungen von Psychopharmaka in der ambulanten Versorgung (Abb. 5). Sowohl die Fallzahl vollstationär behandelter Patienten mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung als auch die Anzahl psychiatrischer und psychosomatischer Betten stieg von 2006 bis 2016 um 13% an. Gleichzeitig (2006-2015) nahm die Anzahl verordneter Tagesdosen von Neuroleptika, Tranquillantien und Antidepressiva um zusammengefasst ca. 50% zu. Zwischen 2008 und 2017 betrug der Zuwachs in den ambulant-tätigen Arztgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) 58%, bei den Ärztlichen Psychotherapeuten (einschließlich Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie) 24%, und bei Kinder- und Jugendpsychiatern 34%.

Abbildung 5: Relative Entwicklung von Indikatoren der stationären Versorgung und Arzneimittelverordnungen im ambulanten Sektor zwischen 2007 (Bezugsjahr) und 2016 [vgl. Publikation 4, Abb. 2a, S. 131]



Anmerkung: eigene Abbildung basierend auf: ¹ Verordnungen definierter Tagesdosen von Neuroleptika, Tranquillantien und Antidepressiva zusammengefasst [48], ² Fallzahl vollstationär behandelter Patienten mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung [49]; ³ Anzahl psychiatrischer und psychosomatischer Betten insgesamt (je 100.000 Einwohner) [50]

Abbildung 6: Relative Entwicklung der Anzahl fachärztlicher ambulanter Behandler für Menschen mit psychischen Störungen zwischen 2008 (Bezugsjahr) und 2017



Anmerkung: eigene Abbildung basierend auf [51], Zählung pro Kopf, Definition der Arztgruppen gemäß Bundesarztregister. ¹ Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin; ² Kinder- und Jugendpsychiater, ³ Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie; ⁴ Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

8. Diskussion

Im Folgenden wird dargestellt, wie die eingangs formulierten Forschungsfragen durch die ermittelten Ergebnisse beantwortet und welche Implikationen abgeleitet werden können.

Forschungsfrage 1: Welche Häufigkeit und soziodemographische Verteilung zeigen ärztliche Depressionsdiagnosen aktuell in der Allgemeinbevölkerung?

Im Erhebungszeitraum 2014-2015 berichten 8,1% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland eine ärztliche Depressionsdiagnose. Der Prävalenzanstieg zwischen den Vorgängerstudien GEDA 2009 [28] und GEDA 2012 [30] setzt sich damit nicht fort, wobei Abweichungen im Erhebungsmodus und Studiendesign die Vergleichbarkeit limitieren. Der bekannte Geschlechterunterschied kann repliziert werden. Der Bildungsgradient zeigt sich abhängig von Alter und Geschlecht und weicht damit von Befunden aus GEDA 2009 und GEDA 2012 (ebd.) ab. In Übereinstimmung mit Analysen, die zusätzlich Einkommen und Berufsstatus berücksichtigen [27, 56, 57], können bei valider Erfassung soziodemographischer Merkmale im Survey folglich keine eindeutigen Aussagen zu gesundheitlicher Ungleichheit bei ärztlich diagnostizierter Depression getroffen werden. Dies ist auch vor dem Hintergrund des voraussetzungsreichen Indikators plausibel, denn dieser erfordert, dass Personen, bei denen eine Depression vorliegt, 1) Kontakt zu Behandelnden aufnehmen, 2) dort korrekt klassifiziert werden, 3) die Diagnose mitgeteilt bekommen und sie 4) schließlich im Survey auch berichten. Zwischen Morbidität, Inanspruchnahme und Reporting können jedoch jeweils andere Zusammenhänge mit dem sozioökonomischen Status bestehen [vgl. 58]. Stabiler zu bewerten sind dagegen die gefundenen regionalen Unterschiede zwischen Bundesländern, die in ähnlicher Form sowohl in Surveys der Vorjahre [57] als auch in GKV-Routinedaten [15, 21] auftreten und unter anderem eine entsprechende regionale Variation in der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten reflektieren [59].

Insgesamt fällt die geschätzte 12-Monats-Prävalenz von 8,1% geringer aus als auf Basis von Routinedaten im vergleichbaren Beobachtungszeitraum (z.B. ambulante Diagnosen depressiver Episoden bei Versicherten der BARMER im Jahr 2015 bei Hochrechnung auf die Bevölkerung: 11,3 % [12]). Dies kann neben Unterschieden in der Bevölkerungsrepräsentativität beider Stichproben auch darauf hinweisen, dass die Teilnahmebereitschaft an Studien unter gesundheitlich belasteten Personen geringer ist (Selection-Bias) [60] sowie die Mitteilungsfähigkeit und -bereitschaft der Studienteilnehmenden von ihrem Gesundheitszustand abhängen kann (Recall- und Reporting-Bias) [61].

Fazit: Ergebnisse zur aktuellen Häufigkeit und soziodemographischen Verteilung der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland fallen in Bezug auf den For-

schungsstand zum Teil erwartet und zum Teil inkonsistent aus. Aufgrund methodischer Limitationen ist ein Vergleich mit GKV-Routinedaten günstig. Dieser sollte mit Übereinstimmung bei der Datenquellen in Erhebungszeitraum, Falldefinitionen und Stichprobe erfolgen.

Forschungsfrage 2: Wie verteilt sich der Anstieg ärztlicher Depressionsdiagnosen in der Allgemeinbevölkerung und inwiefern ist er durch Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur erklärbar?

Zwischen den Erhebungsjahren 2008-2009 (GEDA 2009) und 2012-2013 (GEDA 2012) kann ein signifikanter Anstieg der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression beobachtet werden, der mit entsprechenden Entwicklungen in GKV-Daten vergleichbar ist [13-15] und sich auch international, bspw. in Kanada zeigt [62]. Zwischen den betrachteten Bevölkerungsgruppen können jedoch keine Unterschiede im zeitlichen Trend nachgewiesen werden, womit sich die Zunahme als bevölkerungsweite Entwicklung darstellt, die nicht auf spezifische Risikogruppen (z.B. Frauen oder Personen in städtischen Regionen) beschränkt ist. Die Ergebnisse widersprechen damit regionalen GKV-Analysen, die auf einen besonderen Anstieg von Depressionsdiagnosen u.a. bei erwerbslosen Versicherten hinweisen [26]. Da auch unter Studienteilnehmenden mit standardisierter Diagnose einer psychischen Störung das Hilfesuchverhalten zwischen 1998 und 2010 gleichermaßen bevölkerungsweit zunimmt [24], kann der Zuwachs ärztlicher Depressionsdiagnosen als bedarfsgerecht interpretiert werden, da bis dato nicht behandelte Personen nun möglicherweise vermehrt Eingang ins Versorgungssystem finden. Allerdings werden so keine bisher bestehenden Diskrepanzen im Versorgungsgrad verschiedener Bevölkerungsgruppen korrigiert, sondern gegenwärtige Unterschiede, v.a. einer geringeren Versorgungsquote von Depression bei jüngeren Menschen [63], fortgeschrieben.

Während sich auch in dem kurzen Zeitraum bekannte soziodemographische Veränderungen in der Bevölkerung nachweisen lassen (u.a. demographischer Wandel, Bildungsexpansion, Zunahme alleinstehender Menschen), zeigen diese nur einen geringfügigen Zusammenhang mit der Zunahme selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen. Verschiebungen im Gefüge dieser bekannten Risiko- und Schutzfaktoren können den Prävalenzanstieg damit nur wenig erklären, was sich mit Ergebnissen aus England und den USA deckt [64, 65]. Würde depressive Morbidität tatsächlich steigen, wäre gemäß medizinsoziologischer Theorie zudem davon auszugehen, dass deren Zunahme in hohen Bildungsgruppen geringer ausfällt, da diese über die meisten gesundheitsbezogenen Ressourcen verfügen [66]. Das Ausbleiben dieses Effektes spricht dagegen, dass eine vermehrte Morbidität den Diagnoseanstieg begründet.

Fazit: Die Ergebnisse legen nahe, dass die Zunahme ärztlicher Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit stattfindet, aber nicht auf tatsächliche Morbiditätszuwächse zurückgeführt werden sollte, was Fragen zu alternativen Erklärungen ihres Anstiegs aufwirft.

Forschungsfrage 3: Wie unterscheidet sich die Depressionsprävalenz in Survey- und Routinedaten bei optimierter Vergleichbarkeit?

Werden Beobachtungszeitraum, Altersbereich und Falldefinition der Datenbasis so weit wie möglich harmonisiert, bleiben wesentliche Unterschiede in der Häufigkeit und Verteilung von Depression in Survey- gegenüber GKV-Routinedaten bestehen. Der Anstieg der Zahl administrativer Depressionsdiagnosen im Altersverlauf auf mehr als ein 3-Faches deckt sich mit anderen Routinedaten-Analysen [16, 17]. Er kann damit begründet werden, dass ältere Menschen aufgrund somatischer Beschwerden häufiger ärztliche Behandlung aufsuchen als jüngere, wodurch die Wahrscheinlichkeit höher liegt, dass eine vorliegende Depression auch ärztlich erkannt und dokumentiert wird. Auffällig ist, dass die Zahl der administrativen Depressionsdiagnosen bei Erfragung im Survey deutlich und mit steigendem Alter zunehmend unterschätzt wird. Dies kann neben einer höheren Teilnahmebereitschaft gesunder Personen am Survey [60] u.a. durch mangelnde Kenntnis der eigenen Arzt diagnose oder Stigmatisierungsängste begründet sein, die wiederum mit dem Alter variieren können. Damit unterscheiden sich Survey- und GKV-Daten diametral in der Wahrscheinlichkeit, gesundheitlich belastetere Personen zu erfassen (interpretierbar als Selection-Bias).

Gegenläufig zu den GKV-Routinedaten verteilen sich Depressionsdiagnosen, die im klinischen Interview (CIDI) im Survey gestellt werden. Wenn ältere Studienteilnehmende weniger häufig die Kriterien der CIDI-Depressionsdiagnose erfüllen, wird dies sowohl als salutogenetischer Alterseffekt im Sinne einer erhöhten Widerstandskraft gegenüber psychischen Störungen gedeutet, als auch methodisches Artefakt durch eine verminderte Erinnerungsfähigkeit an zurückliegende Krankheitsepisoden aufgefasst (Recall-Bias) [67]. Gemäß der diagnostischen Kriterien werden demnach mehr junge, im Versorgungsgeschehen dagegen mehr ältere Personen (vor allem Frauen) als depressiv erfasst. Auch bei übereinstimmenden Häufigkeiten (z.B. Altersgruppe 40-49 Jahre) kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um dieselben Personen handelt, da unverbundene Stichproben zugrunde liegen. Folglich ließe sich die Versorgungssituation jüngerer Menschen als ungenügend bewerten [vgl. 63], wobei auch Altersunterschiede im subjektiv erlebten Behandlungsbedarf und Hilfesuchverhalten bestehen können.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Schätzung der Depressionsprävalenz in GKV-Routinedaten maßgeblich von den Aufgreifkriterien abhängt. Werden, wie in der Versorgungsforschung üblich, nur Fälle als valide betrachtet, bei denen in zwei Behandlungsfällen im Kalenderjahr eine betreffende Diagnose kodiert wurde, reduziert sich die Prävalenz um mehr als ein Viertel. Der hohe Anteil an unspezifisch vergebenen Diagnosen findet sich auch in anderen Studien [15, 21]. Beides reflektiert eine geringe Kodierqualität, die für viele psychische Störungen und auch

international bekannt ist [14, 68] und als Reporting-Bias in GKV-Daten interpretiert werden kann. Dieser kann sowohl als mangelnde diagnostische Fähigkeit der (v.a. primärärztlichen) Praktiker [69] als auch als mangelnder praktischer Nutzen der Klassifikation psychischer Störungen für Behandelnde [70] hinterfragt werden.

Fazit: Zwischen Survey- und GKV-Routinedaten bestehen auch bei optimierter Vergleichbarkeit wesentliche Diskrepanzen in der Schätzung der Depressionsprävalenz, die die Aussagekraft der jeweiligen Datenquelle limitieren. Die gewonnenen Erkenntnisse werfen relevante Fragen zu Optimierungsbedarfen in der Versorgung psychischer Störungen auf. Durch ein direktes personenbezogenes Daten-Linkage von GKV-Routinedaten mit Befragungs- bzw. Untersuchungsdaten könnten wesentlich differenzierte Ergebnisse erzielt werden.

Forschungsfrage 4: Wie lässt sich erklären, dass die Prävalenzen psychischer Störungen trotz des Ausbaus ihrer Versorgung in Deutschland nicht absinken?

Wie für Australien, Kanada, England und die USA nachgewiesen [36] kann anhand der recherchierten Daten auch für Deutschland ein versorgungsepidemiologisches Paradox beobachtet werden: Während Kapazitätsindikatoren der ambulanten, stationären und psychopharmakologischen Versorgung Zuwächse verzeichnen und GKV-Routinedaten eine häufigere patientenseitige Inanspruchnahme und behandlerseitige Kodierung psychischer Störungen dokumentieren, lässt sich anhand von Bevölkerungsstudien mit standardisierter Diagnostik psychischer Störungen kein messbares Absinken der Prävalenz beobachten. Auch international sowie bei Betrachtung einer größeren Zeitspanne können gravierende zeitliche Veränderungen in der Häufigkeit psychischer Störungen nicht nachgewiesen werden [71, 72]. Zur Erklärung dieser zunächst widersprüchlichen Entwicklung wurden drei Hypothesen identifiziert:

Hypothese 1: Prävention und Versorgung sind ineffektiv und können die Prävalenz psychischer Störungen daher nicht messbar reduzieren. Vielfältige empirische Belege stützen folgende Argumentation: Präventionsmaßnahmen sind in Deutschland nicht ausreichend implementiert, um die Inzidenz psychischer Störungen zu senken. Viele behandlungsbedürftige Personen mit psychischen Störungen kommen nicht in Kontakt mit dem Versorgungssystem. Selbst wenn der Zugang zum Versorgungssystem gelingt, schmälern Mängel der Behandlungsqualität deren Erfolg. Gegen eine vereinfachende Annahme von Hypothese 1 spricht jedoch, dass die Prävalenz psychischer Störungen theoretisch auch aufgrund von Versorgungserfolgen stabil bleiben könnte. So lassen sich sinkende Suizidraten durchaus als Zeugnis einer verbesserten Behandlung schwerer psychischer Störungen interpretieren, die neben einer verbesserten Behandlung komorbider somatischer Erkrankungen in einem Gewinn an Lebenszeit für prävalente Fälle resultiert.

Hypothese 2: Die Prävalenz verändert sich über die Zeit nicht, weil eine wachsende psychische Morbidität Versorgungserfolge maskiert. Nimmt man an, dass das Versorgungssystem wirksam ist, könnten dessen Gesundheitsgewinne durch eine schädliche Entwicklung der Quantität und Qualität von Risiko- und Schutzfaktoren aufgewogen werden. Es fehlt gängigen kulturpessimistischen Gegenwartsdiagnosen der Kultur- und Sozialwissenschaften, die einen pathogenen gesellschaftlichen Wandel beschreiben, jedoch an methodischer Stringenz, da einzelne historische Entwicklungen (z.B. Entfremdung, Werteverfall) unbegründet selektiert werden und ihr kausaler Wirkzusammenhang mit der psychischen Gesundheit nicht fundiert erklärt wird. Betrachtet man dagegen epidemiologisch abgesicherte Risikofaktoren, wie z.B. niedriger Bildungsstatus, geringe soziale Einbindung oder somatische Erkrankungen, kann auch deren Entwicklung über die Zeit anhand widersprüchlicher Indikatoren der Soziodemographie und Krankheitslast nicht eindeutig bewertet werden. Zugleich werden aktuell sich entwickelnde oder schwer messbare Risiko- und Schutzfaktoren (noch) nicht in epidemiologischen Studien abgebildet. Schließlich ist zu überdenken, ob die reine Häufigkeit psychischer Störungen der richtige Kennwert ist, um Effekte gesellschaftlicher Veränderungen zu untersuchen. Wie die drastischen Zuwächse der Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen nahelegen, ist anzunehmen, dass Veränderungen in der Arbeitswelt höhere Anforderungen an die Funktionsfähigkeit stellen, die von Menschen mit störungsbedingter Beeinträchtigung schwerer zu erfüllen sind. Insofern wäre die gesellschaftliche Entwicklung nicht an sich als pathogen zu bezeichnen, würden aber dennoch in einer erhöhten Krankheitslast münden.

Hypothese 3: Ein psychologischer Kulturwandel bedingt sowohl die häufigere Wahrnehmung als auch Behandlung psychischer Störungen. Eine wachsende Psychologisierung menschlichen Selbstverständnisses begründet sowohl eine verstärkte Interpretation von (Lebens-) Problemen und abweichendem Erleben als psychische Probleme als auch den Ausbau des entsprechenden Versorgungssystems. Selbst wenn dieses effektiv arbeitet, fördert es zugleich die Selbstwahrnehmung psychischer Beeinträchtigung in einem iatrogenen Sinn. Da psychisches Erleben fundamental durch Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozesse determiniert ist, hat steigendes Wissen bzgl. psychischer Störungen ambivalente Folgen für die psychische Gesundheit: Es kann sowohl eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme bzw. Versorgung als auch pathologisierende Selbstdeutung und Überversorgung bedingen. Folglich würden der zeitlichen Stabilität von Prävalenzen und dem Versorgungsausbau dieselbe Ursache zugrunde liegen.

Fazit: Alle drei identifizierten Erklärungsansätze lassen sich für Deutschland empirisch belegen und tragen vermutlich gemeinsam zu dem beobachteten Phänomen bei, was folgende Implikationen begründet: Potentiale der Primärprävention psychischer Störungen und Ge-

sundheitsförderung sollten besser genutzt werden. Zur Bewertung von Entwicklungen im Versorgungssystem sollten neben bloßen Prävalenzangaben auch Parameter des Behandlungsbedarfes (z.B. Funktionsfähigkeit) und der Mortalität herangezogen werden. Bezüglich der Risikofaktoren für psychische Störungen ist Handlungsbedarf nicht erst angesichts dramatischer Entwicklungen, sondern auch auf Basis querschnittlicher Befunde geboten, insbesondere angesichts gesundheitlicher Ungleichheit. Aufklärungskampagnen im Feld der Public Mental Health sollten auch Toleranz gegenüber psychischen Symptomen vermitteln. Selbst wenn menschliches Leiden unabhängig von seiner historischen Erscheinungsform als anthropologische Konstante zu bewerten ist, sollte die Utopie einer sinkenden Häufigkeit psychischer Störungen dennoch zu einer bedarfsgerechten Gestaltung von Prävention und Versorgung motivieren.

9. Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (2019) The 10 Essential Public Health Operations. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations> [Stand: 07.07.2019]
2. United Nations, World Health Organization (2018) Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases. Verfügbar unter: <https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/brochure.pdf?ua=1> [Stand: 07.07.2019].
3. Nishtar S, Niinistö S, Sirisena M, Vázquez T, Skvortsova V, Rubinstein A, Mogae FG, Mattila P, Ghazizadeh Hashemi SH, Kariuki S, Narro Robles J, Adewole IF, Sarr AD, Gan KY, Piukala SMu, Al Owais ARBM, Hargan E, Alleyne G, Alwan A, Bernaert A, Bloomberg M, Dain K, Frieden T, Patel VH, Kennedy A, Kickbusch I (2018) Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on NCDs. *The Lancet* 392(10143):245-252
4. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23(3):304-319
5. Mack S, Jacobi F, Beesdo-Baum K, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen H-U (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
6. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007) No health without mental health. *The Lancet* 370(9590):859-877
7. Statistisches Bundesamt (2017) Krankheitskosten 2015. Fachserie 12 (Reihe 7.2.1). Verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00033175/2120721159004.pdf;jsessionid=B19129ECF3A61F8DB331D847FC4E599C [Stand: 07.07.2019].
8. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg) (2016) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund
9. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019) Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart, Geschlecht, ICD10 (2002-2008). Tabelle gestaltbar unter: www.gbe-bund.de [Stand: 07.07.2019].

10. Grobe T, Dräther H (2015) Ambulante ärztliche Versorgung. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg) Routinedaten im Gesundheitswesen Handbuch Sekundärdatenanalyse. Verlag Hans Huber, Berlin, S. 43-62
11. BARMER GEK (Hrsg.) (2010) BARMER GEK Arztreport. Asgard-Verlag, St. Augustin
12. BARMER (Hrsg.) (2017) Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
13. 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) BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 63-71
14. IGES (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
15. 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, Robra B-P, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2013/2014. Schattauer, Stuttgart, S. 21-54
16. Erhart M, Stillfried D (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/3/Depression_Bericht.pdf [Stand: 07.07.2019].
17. Frank J (2016) Comparing nationwide prevalences of hypertension and depression based on claims data and survey data: An example from Germany. Health Policy 120(9):1061-1069
18. BARMER GEK (Hrsg) (2014) Gesundheitsreport 2014. Berlin. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 - 6- 1. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/blob/45700/ae52c3757e977efe0895bed7d8031fea/data/pdf-gesundheitsreport-berlin.pdf> [Stand: 07.07.2019].
19. Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz F (2007) Who is diagnosed as suffering from depression in the German statutory health care system? An analysis of health insurance data. Eur J Epidemiol 22(6):397-403
20. BKK (Hrsg) (2015) Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. In: BKK Dachverband (Hrsg) BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
21. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

22. Hoffmann F, Icks A (2012) Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. *Gesundheitswesen* 74(5):291-297
23. Grobe T, Ihle P (2015) Stammdaten und Versichertenhistorien. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg) *Routinedaten im Gesundheitswesen Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 28-37
24. Brandstetter S, Dodoo-Schittko F, Speerforck S, Apfelbacher C, Grabe HJ, Jacobi F, Hapke U, Schomerus G, Baumeister SE (2017) Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997-1999 and 2009-2012: a repeated cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52(8):1005-1013
25. ten Have M, te Grotenhuis M, Meertens V, Scheepers P, Beekman ATF, Vollebergh W (2003) Upward trends in the use of community mental health and social work services in the Netherlands between 1979 and 1995: are particular sociodemographic groups responsible? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108(6):447
26. Stahmeyer JT, Kuhlmann K, Eberhard S (2019) Die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen nach Versichertengruppen im Zeitverlauf – eine Routinedatenanalyse der Jahre 2006–2015. *Psychother Psych Med (EFirst)*
27. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013) [Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5-6):733-739
28. Robert Koch-Institut (2011) Depression: Faktenblatt zu GEDA 2009: Ergebnisse der Studie "Gesundheit aktuell in Deutschland 2009". Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda09/Depression.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 07.07.2019]
29. Robert Koch-Institut (2012) Depression: Faktenblatt zu GEDA 2010: Ergebnisse der Studie "Gesundheit aktuell in Deutschland 2010". Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/Depression.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 07.07.2019]
30. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Depression: Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Depression.pdf;jsessionid=6AB921F466B42B0C55F5F502A15A3293.2_cid372?__blob=publicationFile [Stand: 07.07.2019].
31. Geyer S, Jaunzeme J (2014) Möglichkeiten und Grenzen von Befragungsdaten und Daten gesetzlicher Krankenversicherungen. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg) *Routinedaten im Gesundheitswesen Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 223-233

32. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F, Thom J, Hapke U, Kurth T, Maske UE (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
33. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, Müllender S, Thom J, Hapke U, Maier W (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87: 1211-1221
34. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85:77-87
35. Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 72(4):334-341
36. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R (2017) Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry* 16(1):90-99
37. Lange C, Finger JD, Allen J, Born S, Hoebel J, Kuhnert R, Muters S, Thelen J, Schmich P, Varga M, von der Lippe E, Wetzstein M, Ziese T (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40
38. Lange C, Jentsch F, Allen J, Hoebel J, Kratz AL, von der Lippe E, Muters S, Schmich P, Thelen J, Wetzstein M, Fuchs J, Ziese T (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)--the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442-450
39. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gosswald A, Hölling H, Lange M, Busch MA, Dahm S, Dolle R, Ellert U, Fuchs J, Hapke U, Heidemann C, Knopf H, Laussmann D, Mensink GB, Neuhauser H, Richter A, Sass AC, Rosario AS, Stolzenberg H, Thamm M, Kurth BM (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12:730
40. Jacobi F, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Hofler M, Siegert J, Burkner A, Preiss S, Spitzer K, Busch M, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2013) The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 22(2):83-99
41. Eurostat (2019) International Standard Classification of Education (ISCED). Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

[explained/index.php/International_Standard_Classification_of_Education_\(ISCED\)#Implementation_of_ISCED_2011_28levels_of_education.29](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/Kreistypen4/kreistypen_node.html) [Stand: 07.07.2019]

42. Kilpeläinen K, Aromaa A, the ECHIM project (Hrsg) (2008) European Health Indicators: Development and Initial Implementation. Final report of the ECHIM project. National Public Health Institute, Helsinki
43. Brauns H, Steinmann S (1999) Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. ZUMA-Nachrichten 23:7-44
44. Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2019) Laufende Raumbbeobachtung - Raumabgrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Verfügbar unter:
https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/Kreistypen4/kreistypen_node.html [Stand: 07.07.2019]
45. Kessler RC, Ustun TB (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res 13(2):93-121
46. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). APA, Washington, D.C.
47. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg) (2014) ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (11. Revision - German Modification). Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm> [Stand: 07.07.2019]
48. Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B (2017) Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D, Ludwig W-D, Klauber J (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2017. Springer, Heidelberg, S. 681-708
49. Statistisches Bundesamt (2017) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle).
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621167004.pdf?__blob=publicationFile. [Stand: 07.07.2019]
50. Statistisches Bundesamt (2018) Betten in Krankenhäusern (Anzahl und je 100.000 Einwohner). Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Krankenhausbetten, Krankenhaus → Krankenhäuser, Betten nach Fachabteilungen, u.a. nach Region → Dokumentart Tabellen). [Stand: 07.07.2019]
51. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2017) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Verfügbar unter:
http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf. [Stand: 07.07.2019]

52. DAK Forschung (2018) DAK-Gesundheitsreport 2018. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf> [Stand: 07.07.2019]
53. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2017) Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Band 22.
54. Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik 10:960-971
55. Brzoska P, Sauzet O, Breckenkamp J (2017) Unobserved heterogeneity and the comparison of coefficients across nested logistic regression models: how to avoid comparing apples and oranges. *Int J Public Health* 62(4):517-520
56. Maske U, Buttery A, Beesdo-Baum K, Riedel-Heller S, Hapke U, Busch M (2016) Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders* 190:167-177
57. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) GBE Kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
58. Körner M, Maschke BA, Janssen C (2014) Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results*. Springer, New York, S. 279-292
59. Thom J, Jacobi F (2017) Regionale Unterschiede in der Häufigkeit und Versorgung psychischer Störungen. In: Pfannstiel M, Focke A, Mehlich H (Hrsg) *Management von Gesundheitsregionen*. Springer, Berlin, S. 121-132
60. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E (2001) Prevalence of Serious Psychiatric Morbidity in Attenders and Nonattenders to a Health Survey of a General Population : The Tromsø Health Study. *American Journal of Epidemiology* 154(10):891-894
61. Althubaiti A (2016) Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *J Multidiscip Healthc* 9:211-217
62. Simpson KRS, Meadows GN, Frances AJ, Patten SB (2012) Is Mental Health in the Canadian Population Changing over Time? *The Canadian Journal of Psychiatry* 57(5):324-331
63. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG, Busch MA, Kessler RC (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
64. Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, Mezuk B, Ding Y (2007) Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatr Scand* 116(3):182-188

65. Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F (2012) Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open* 2:e001790
66. Mackenbach JP, Looman CWN, Artnik B, Bopp M, Deboosere P, Dibben C, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rychtarikova J, de Gelder R (2017) 'Fundamental causes' of inequalities in mortality: an empirical test of the theory in 20 European populations. *Sociol Health Illn* 39(7):1117-1133
67. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M (2009) Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 5:363-389
68. Davis KA, Sudlow CL, Hotopf M (2016) Can mental health diagnoses in administrative data be used for research? A systematic review of the accuracy of routinely collected diagnoses. *BMC Psychiatry* 16:263
69. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S (2009) Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 374(9690):609-619
70. Tyrer P (2009) Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet* 374(9690):589-590
71. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA (2014) Challenging the Myth of an "Epidemic" of Common Mental Disorders: Trends in the Global Prevalence of Anxiety and Depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety* 31(6):506-516
72. Richter D, Berger K (2013) Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiat Prax* 40:176-182

10. Eidesstattliche Versicherung

Ich, Julia Thom, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Prävalenz von Depression in Bevölkerung und Versorgung - Triangulation verschiedener Datenquellen in Querschnitt und zeitlichem Trend“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwarhen eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

11. Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Julia Thom hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Thom J, Kuhnert R, Born S, Hapke U (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):72-80

Beitrag im Einzelnen:

- Eigenständige Definition und Generierung der Variable „12-Monats-Prävalenz ärztlich diagnostizierter Depression“ anhand der Rohdaten unter Beachtung der Filterführung im Fragebogen und Vergleichbarkeit mit Surveys der Vorjahre
- Konzeptionelle Vorabstimmung der Datenanalyse mit Dr. Ronny Kuhnert, der dieses durchführte
- Erstellung der Ergebnisdarstellung in Tabelle 1
- Eigenständige Literaturrecherche
- Eigenständiges Entwerfen und Verfassen des gesamten Manuskriptes, Einarbeitung der Rückmeldungen von Co-Autorin und Co-Autoren
- Einreichung einschließlich eigenständiger Beantwortung von zwei Peer-Reviews und Revision des Manuskriptes
- Eigenständige Prüfung und Überarbeitung der Proofs

Publikation 2:

Thom J, Hoebel J, Nübel J, Kurth T, Hapke U (2019) Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. Psychiatrische Praxis, 46(06):310-316

Beitrag im Einzelnen:

- Eigenständige Entwicklung der wissenschaftlichen Fragestellung
- Eigenständige Konzeption und Durchführung der Datenanalyse (einschließlich Generierung von Variablen)
- Eigenständiger Entwurf der Ergebnisdarstellung (Tabelle 1, Tabelle 2, Abbildung 1, Abbildung 2)
- Eigenständige Literaturrecherche
- Eigenständiges Entwerfen und Verfassen des gesamten Manuskriptes, Einarbeitung der Rückmeldungen von Co-Autorin und Co-Autoren
- Eigenständige Beantwortung von zwei Peer-Reviews und Revision des Manuskriptes, Einarbeitung der Rückmeldungen von Co-Autorin und Co-Autoren
- Eigenständige Prüfung und Überarbeitung der Proofs

Publikation 3:

Grobe T, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Thom J, Bretschneider J, Hapke U (2019) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. Gesundheitswesen 81(12):1011-1017

Beitrag im Einzelnen:

- Mitwirkung an der Auswahl der zu präsentierenden Ergebnisse
- Literaturrecherche
- Entwurf des Manuskriptes in den folgenden Absätzen:
 - Hintergrund
 - Methoden: DEGS1: Selbstberichtete ärztliche Depressionsdiagnosen und DEGS1-MH: Diagnosen nach Composite International Diagnostic Interview (CIDI), gemeinsam mit Julia Bretschneider
 - Ergebnisse: 12-Monats-Prävalenzen von Depressionen, gemeinsam mit Julia Bretschneider
 - Diskussion: Vergleich der Depressionsindikatoren
- Abstimmung und Überarbeitung des Entwurfes gemeinsam mit Katja Kleine-Budde
- Zweimalige Überarbeitung nach Ablehnung durch zwei Journals gemeinsam mit Katja Kleine-Budde und Julia Bretschneider
- Mitwirkung an Einarbeitung von zwei Peer-Reviews
- Mitwirkung an Prüfung und Überarbeitung der Proofs

Publikation 4:

Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F (2019) Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen: Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(2):128-139

Beitrag im Einzelnen:

- Eigenständige Konzeption der Fragestellung und Argumentation der Übersichtsarbeit
- Auswahl der zu präsentierenden Daten in Abstimmung mit Co-Autorin und Co-Autoren
- Konzeption und Fertigstellung der Darstellung der Daten aller Tabellen und Abbildungen nach Recherche und Aufbereitung durch Nils Kraus und Julia Bretschneider
- Eigenständiges Entwerfen und Verfassen des gesamten Manuskriptes, Einarbeitung der Rückmeldungen von Co-Autorin und Co-Autoren
- Eigenständiger Entwurf der Beantwortung von zwei Peer-Reviews und Revision des Manuskriptes, Einarbeitung der Rückmeldungen von Co-Autorin und Co-Autoren
- Prüfung und Überarbeitung der Proofs gemeinsam mit Frank Jacobi und Josua Handerer

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

12. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

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

Autorinnen und Autoren:

Julia Thorn, 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 Datenschutzzinformatiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
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 „jemale 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		Männer	
Frauen (gesamt)	% (95 %-KI)	Männer (gesamt)	% (95 %-KI)
18–29 Jahre	9,7	6,3	(5,8–6,9)
Untere Bildungsgruppe	8,1 (6,7–9,7)	4,3 (3,2–5,9)	
Mittlere Bildungsgruppe	12,3 (8,8–16,9)	7,0 (4,2–11,2)	
Obere Bildungsgruppe	7,5 (6,0–9,4)	3,4 (2,3–4,9)	
30–44 Jahre	3,6	3,8	(1,5–8,9)
Untere Bildungsgruppe	9,3 (8,0–10,8)	5,7 (4,5–7,2)	
Mittlere Bildungsgruppe	13,4 (9,3–18,9)	8,1 (4,5–14,1)	
Obere Bildungsgruppe	10,2 (8,5–12,1)	6,6 (5,2–8,4)	
45–64 Jahre	4,8	3,2	(2,1–5,0)
Untere Bildungsgruppe	11,8 (10,8–12,9)	8,5 (7,5–9,6)	
Mittlere Bildungsgruppe	15,1 (12,1–18,7)	9,1 (6,5–12,6)	
Obere Bildungsgruppe	11,7 (10,4–13,1)	9,3 (7,8–11,0)	
≥65 Jahre	9,3	7,0	(5,7–8,5)
Untere Bildungsgruppe	8,0 (6,7–9,5)	5,0 (4,0–6,1)	
Mittlere Bildungsgruppe	10,1 (7,9–12,8)	5,6 (3,7–8,3)	
Obere Bildungsgruppe	6,9 (5,3–8,9)	5,2 (3,8–7,1)	
Gesamt (Frauen und Männer)	8,1	8,1	(7,6–8,5)

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

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 höchst-

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

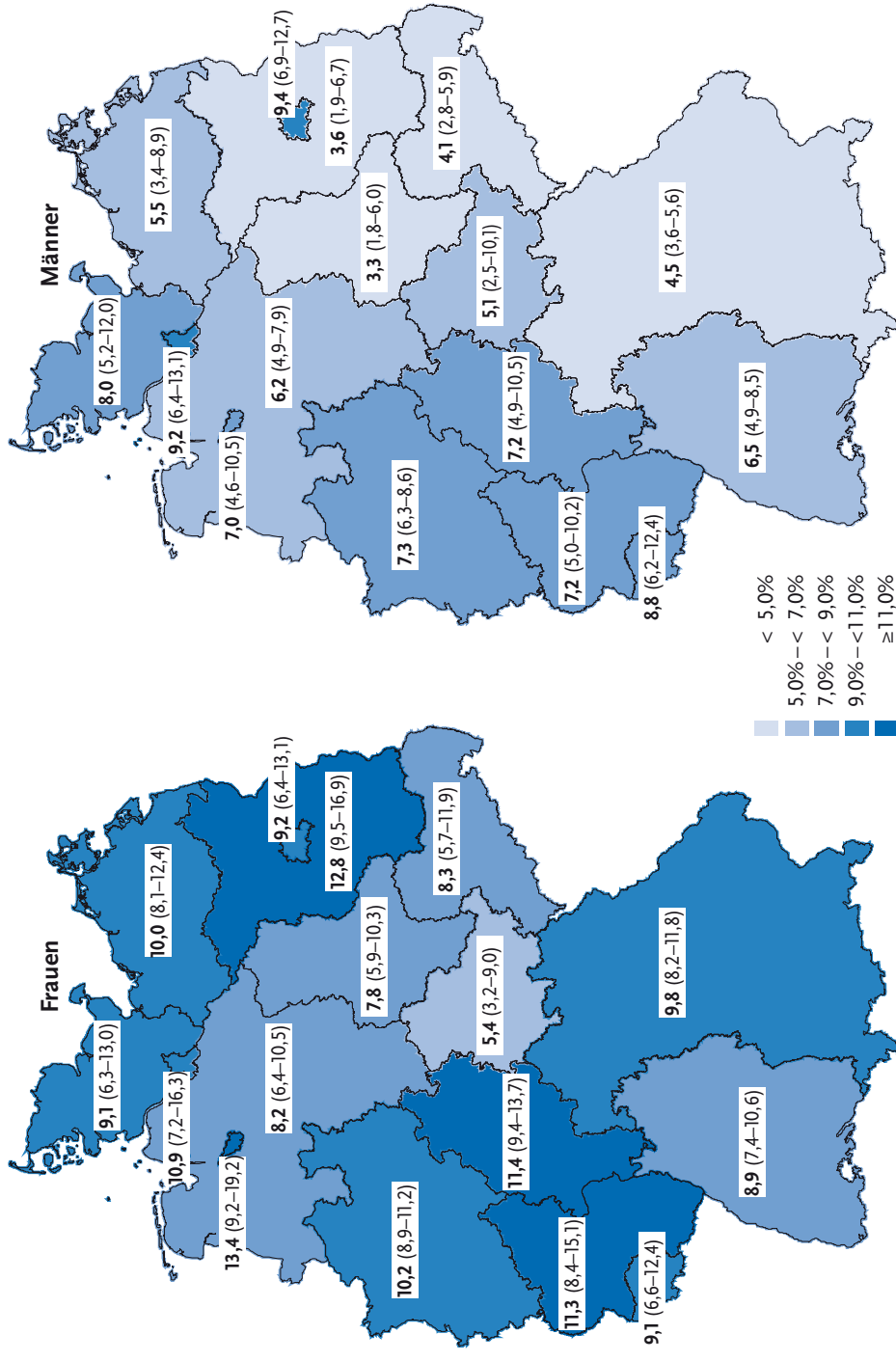


Abbildung 1
12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression nach Geschlecht und Bundesland (n=12.777 Frauen, n=10.402 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

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 Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) untersucht [32]: Berichten Studienteilnehmer 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 Arbeitsfähigkeit und Arzneverordnungen. 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
- Srinne 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 (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/rkl_fv/reQXTR7OSGFRg/PDF/20dqmVRMM57C6.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/remDCCtjOxI/PDF/21Tgk-GZEOWNCY.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-WuNfJvQy.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, Büttery 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 Routedaten
 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, 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
 34. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Kompletteversion 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/reNjmYnmVbkuJ/PDF/21x19FTPZ-x3jo.pdf> (Stand: 13.07.2017)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

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

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.

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
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

**Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu?
Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den
repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der
Jahre 2009 und 2012**

Are diagnoses of depression increasing all over the population?
Prevalence of self-reported clinician diagnosed depression in the 2009 and 2012
representative cross-sectional “German Health Update (GEDA)” surveys

Thom, J.¹, Hoebel, J.¹, Nübel, J.¹, Kurth, T.² & Hapke, U.¹

¹Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

²Institut für Public Health, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Julia Thom
 Fachgebiet 26: Psychische Gesundheit
 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
 Robert Koch-Institut
 Nordufer 20
 13353 Berlin
 thomj@rki.de

**Dies ist die peer-reviewed akzeptierte Version des Manuskriptes, die gemäß der
Lizenzvereinbarung mit Georg Thieme Verlag KG ohne Layout des Verlages
abgedruckt wird.**

Bitte zitieren Sie diesen Artikel wie folgt:

Thom, J., Hoebel, J., Nübel, J., Kurth, T. & Hapke, U. (2019). Nehmen
Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich
diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in
Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. Psychiatrische Praxis, 46(06):310-
316. <https://doi.org/10.1055/a-0895-7550>

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Untersucht wird, ob sich die Zunahme ärztlicher Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zeigt und durch Veränderungen der Bevölkerungsstruktur erklären lässt.

Methode: Stratifizierte Trendanalysen von Surveydaten aus 2009 und 2012, adjustiert für Bevölkerungsmerkmale.

Ergebnisse: Die 12-Monats-Prävalenz einer ärztlichen Depressionsdiagnose steigt von 6,3% auf 8,0%. Der Trend erfolgt in allen Bevölkerungsgruppen. Bei Adjustierung sinkt er um 13,5%.

Schlussfolgerung: Der Prävalenzanstieg beschränkt sich nicht auf Risikogruppen und ist nur geringfügig in deren Entwicklung begründet.

Stichworte: *Depression, Prävalenz psychischer Störungen, administrative Diagnosen, Trendanalyse, Bevölkerungsstudie*

Abstract

Objective: The study examines, if the increase in self-reported clinician diagnosed depression appears throughout the whole population and to what extent it can be explained by changes in the population structure over time.

Methods: Stratified trend analysis of survey data from 2009 and 2012, adjusted for population characteristics.

Results: 12-month-prevalence of self-reported clinician diagnosed depression rose from 6.3% up to 8.0%. The trend can be observed in all population sub-groups and dropped by 13.5% with adjustment.

Conclusion: The increase in prevalence is not limited to groups at risk and can only partly be explained by their development over time.

Keywords: *Depression, prevalence of mental disorders, administrative diagnoses, trend analysis, survey*

Einleitung

Depressionen sind prominenter Gegenstand aktueller gesundheitspolitischer Maßnahmen, wie z.B. der Entwicklung eines Disease Management Programmes. Anlass dazu gibt, dass Depressionen häufig sind, die Lebensqualität und -erwartung einschränken und hohe Kosten für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft erzeugen [1]. Akut erscheint der Handlungsbedarf angesichts des Anstiegs der in Krankenkassendaten dokumentierten Depressionsdiagnosen in den vergangenen zwei Dekaden, der sich auch in relativ kurzen Zeiträumen beobachten lässt. So steigt der Anteil der Versicherten mit administrativer Depressionsdiagnose (im Versorgungsgeschehen von Behandelnden zu Abrechnungszwecken kodiert) in Daten der Betriebskrankenkassen (BKK) von 8,2% auf 12,9% zwischen 2009 und 2012 [2], bei der BARMER von 8,4% auf 11,0% zwischen 2008 und 2010 [3] sowie bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) von 9,3% auf 11,1% zwischen 2007 und 2010 [4].

Diese Entwicklung korrespondiert jedoch nicht mit einem entsprechenden Anstieg von Depressionsdiagnosen, wenn diese standardisiert und unabhängig von der Inanspruchnahme des Versorgungssystems in der Bevölkerung erfasst werden [5]. Vergleichbare Befunde werden auch international berichtet [6-9] und u.a. als Veränderung im Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit psychischen Störungen sowie Diagnose- und Kodierverhalten der Behandelnden bei zeitlich stabiler Morbidität interpretiert.

Unklar ist, welche Bevölkerungsgruppen diese Entwicklungen betreffen. So zeigen Querschnittsanalysen von GKV- sowie Surveydaten übereinstimmend, dass die ärztliche Diagnose einer Depression in bestimmten Risikogruppen besonders häufig gestellt wird. Die Prävalenz steigt mit dem Alter und ist erhöht bei Frauen, bei Personen ohne Partnerschaft sowie bei niedrigem Einkommen, Bildungs- und Berufsstatus, insbesondere bei Erwerbslosigkeit, und regional zeigen sich Assoziationen mit Einwohnerzahl und Arztdichte [10-13]. Inkonsistent stellt sich im Forschungsstand jedoch dar, inwiefern auch der zeitliche Trend in diesen Gruppen verstärkt auftritt [14-17] und wie er ggf. mit Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zusammenhängt. [18-20].

Um zur Klärung dieser Fragen beizutragen, wurden Angaben zu ärztlichen Depressionsdiagnosen in bevölkerungsrepräsentativen Daten ausgewertet, da sich Krankenkassen in ihrer Versichertenstruktur unterscheiden [21] und Analysen auf Basis von GKV-Daten zu variierenden und für die Gesamtbevölkerung verzerrten Prävalenzschätzungen führen können.

Ziele der vorliegenden Studie sind zu untersuchen, inwiefern der Zuwachs an Depressionsdiagnosen im Versorgungsgeschehen 1) die querschnittliche Verteilung (s.o.) in der Bevölkerung fortschreibt, verstärkt oder relativiert und 2) durch gleichzeitige Veränderungen der Bevölkerungsstruktur in den genannten Merkmalen statistisch erklärbar ist.

Methoden

Stichprobe

Es wurden gepoolte Daten aus zwei Survey-Wellen der telefonischen Gesundheitsbefragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts analysiert, in welchen Angaben zu ärztlichen Depressionsdiagnosen in identischer Weise erfasst wurden: GEDA 2009 (Erhebung 2008-2009) und GEDA 2012 (Erhebung 2012-2013) [22]. Die Grundgesamtheit bildete die deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten mit Festnetzanschluss im Alter ab 18 Jahren. Die Ausschöpfungsquote lag in GEDA 2009 bei 29,1% (n=21.262), in GEDA 2012 bei 22,1% (n=19.294).

Selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression

Eine selbstberichtete ärztlich diagnostizierte Depression wurde erfasst mit der Frage „Hat ein Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen jemals eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt?“. Die 12-Monats-Prävalenz wurde berechnet für Teilnehmende, welche die darauffolgende Frage „Auch in den letzten 12 Monaten?“ bejahten. Im Folgenden wird die verkürzte Bezeichnung „ärztlich diagnostizierte Depression“ verwendet, wobei Diagnosen durch psychotherapeutische Behandelnde eingeschlossen sind.

Soziodemographische und gesundheitsbezogene Korrelate

Alle Analysen wurden getrennt nach Geschlecht durchgeführt. Es wurden vier Altersgruppen (18-29, 30-44, 45-65, älter als 65 Jahre) gebildet. Weitere Strata waren: 1) Zusammenleben in Partnerschaft, 2) soziale Unterstützung gemäß Oslo 3-Item Social-Support-Scale (3-stufig) [23], 3) schulische und berufliche Bildung gemäß CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations, 3-stufig) [24], 4) Erwerbslosigkeit in den letzten fünf Jahren und 5) Siedlungsstruktur der Wohnregion in vier Kreistypen, die vorrangig die Einwohnerdichte abbilden [25].

Darüber hinaus wurde die Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen berücksichtigt. Eingeschlossen wurden alle selbstberichteten jemals gestellten ärztlichen Diagnosen von Schlaganfall, Herzinfarkt, anderen koronaren Herzerkrankungen und Krebserkrankungen. Sofern sie in den letzten 12 Monaten vorlagen, wurden darüber hinaus eingeschlossen: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes, Adipositas, Herzinsuffizienz, Asthma,

chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Niereninsuffizienz, Arthrose, Arthritis, Osteoporose (bei Personen ≥ 50 Jahren gefragt), chronische Rückenschmerzen (≥ 3 Monate).

Statistische Analysen

12-Monats-Prävalenzen der ärztlich diagnostizierten Depression wurden als Anteilswerte mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berechnet. Unterschiede wurden mittels Rao-Scott-Chi-Quadrat-Test bei einem Signifikanzniveau von 5% festgestellt.

Abweichungen der realisierten Stichprobe von der Bevölkerung wurden durch Gewichtungsfaktoren korrigiert. Dabei wurde die GEDA-Stichprobe 2009 an die amtliche Bevölkerungsverteilung Deutschlands Stand 31.12.2007 angepasst, die GEDA-Stichprobe 2012 an jene vom 31.12.2011 [26].

Für jedes Bevölkerungsmerkmal wurden in logistischen Regressionsmodellen Veränderungen des Zusammenhangs zwischen ärztlicher Depressionsdiagnose (abhängige Variable, AV) und dem Merkmal (unabhängige Variable, UV1) zwischen den Surveys (UV2) analysiert. Odds Ratios (OR) geben das Verhältnis der Chance einer diagnostizierten Depression in 2012 im Vergleich zu 2009 an. Um Trendunterschiede in Subgruppen zu testen, wurden zusätzlich Interaktionsterme zwischen Korrelat und Survey (z.B. Altersgruppe*Survey) in das Modell aufgenommen und mittels adjustiertem Wald-Test geprüft.

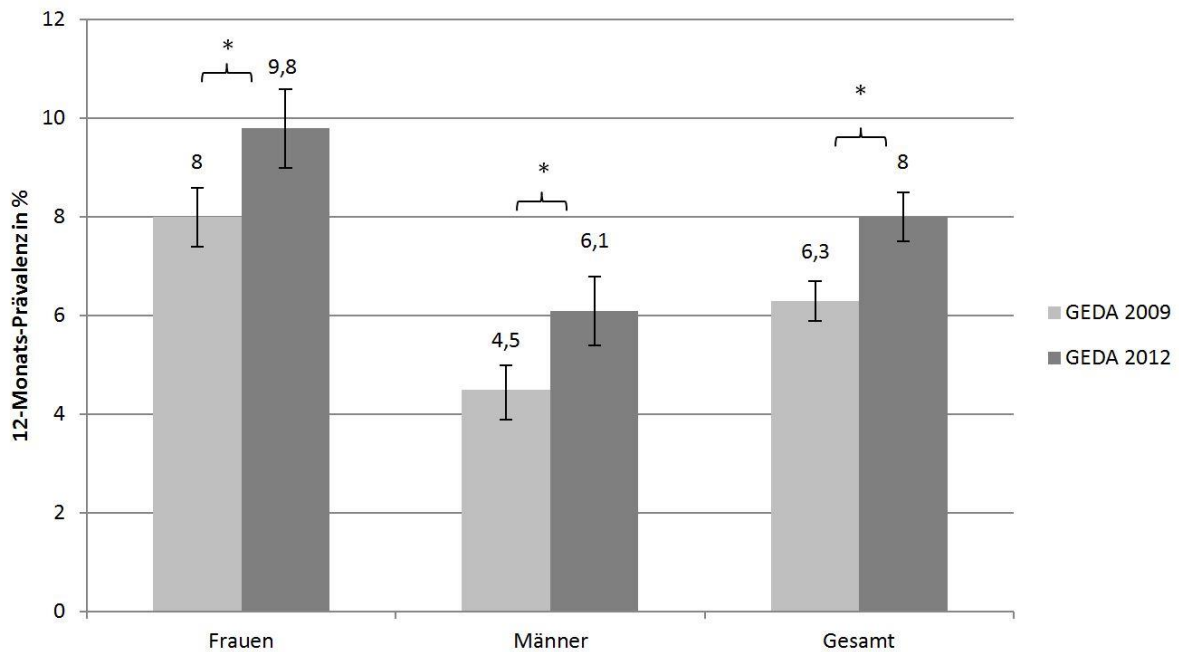
Um den Einfluss zeitlicher Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur auf die Prävalenzentwicklung zu ermitteln, wurde in einem weiteren Regressionsmodell für die betrachteten Bevölkerungsmerkmale adjustiert. Zum Vergleich mit dem unadjustierten Modell werden die jeweils vorhergesagten Trendeffekte i.S.v. Prävalenzanstiegen (Average Marginal Effects, AME) und deren p-Werte angegeben [27].

Alle Auswertungen wurden mit dem Softwarepaket STATA Version 14.1 unter Anwendung der Survey-Prozeduren („svy“) durchgeführt.

Ergebnisse

Die Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression steigt in der Erwachsenenbevölkerung von 6,3% (95%-KI: 5,9-6,7%) im Jahr 2009 auf 8,0% (95%-KI: 7,5-8,5) im Jahr 2012 signifikant an ($F[1,40461]=25,23$; $p<0.001$) (Abb. 1). Der Trend zeigt sich bei Frauen und Männern in vergleichbarer Weise.

Abbildung 1: Zeitliche Veränderungen der Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012

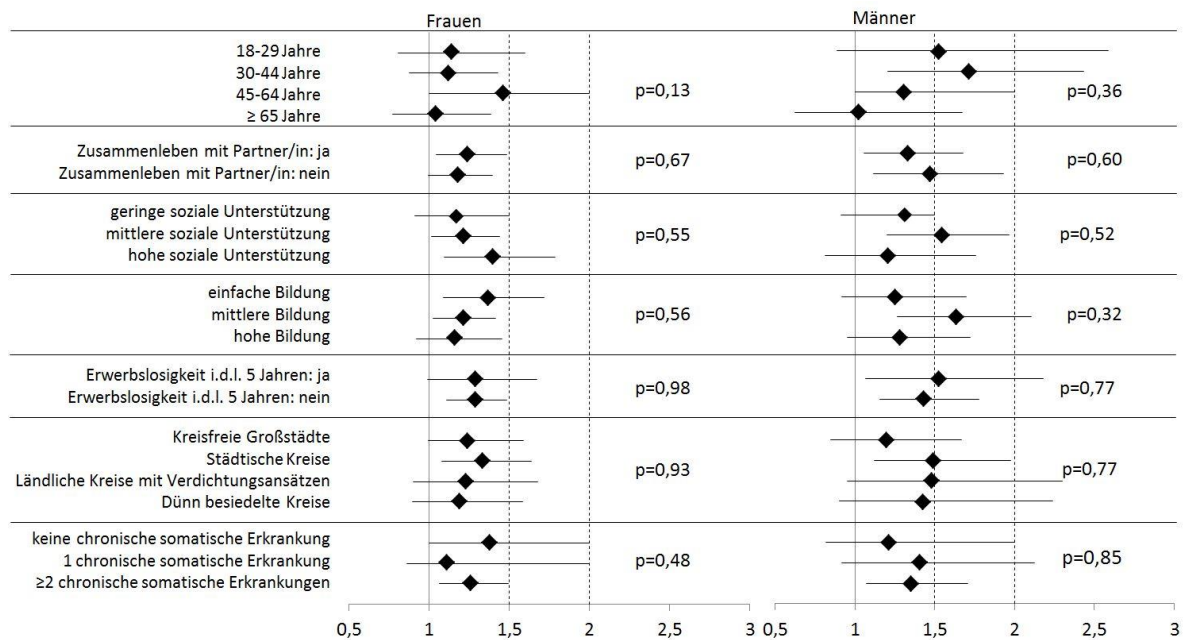


Anmerkung:

Querschnittlich gewichtete Anteilswerte mit 95%-Konfidenzintervall; Signifikanztestung mittels Rao-Scott-Chi-Quadrat-Test, * $p < 0.001$

In allen betrachteten Bevölkerungsgruppen besteht in GEDA 2012 gegenüber GEDA 2009 ein erhöhtes Risiko einer ärztlich diagnostizierten Depression. Die OR rangieren zwischen 1,02 (95%-KI: 0,6-1,7) und 1,71 (95%-KI: 1,2-2,4) und erreichen für beide Geschlechter in 10 der 21 betrachteten Gruppen statistische Signifikanz (Abb. 2). In der Höhe des Trends lassen sich keine Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen nachweisen, da kein Interaktionsterm signifikant ausfällt.

Abbildung 2: Zeitliche Veränderung des Risikos einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in GEDA 2012 gegenüber GEDA 2009 (Referenz), stratifiziert nach soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Korrelaten



Anmerkung:

p-Wert aus adjustiertem Wald-Test des Interaktionsterms Korrelat*Survey in logistischer Regression der selbstberichteten diagnostizierten Depression (AV) auf Korrelat (UV1) und Survey (UV2)

Zugleich zeigt die Bevölkerungsstruktur zwischen 2009 und 2012 signifikante Veränderungen (Tab. 1). Beispielsweise steigt bei beiden Geschlechtern der Bevölkerungsanteil von Personen ohne Partnerschaft, mit hohem Bildungsstatus sowie in städtischen Kreisen. Bei den Männern nehmen chronische somatische Erkrankungen zu, Frauen berichten weniger soziale Unterstützung.

Tabelle 1: Zeitliche Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012

	Frauen				Männer					
	GEDA 2009 ¹ (n ³ =12.079)		GEDA 2012 ² (n ³ =9.948)		GEDA 2009 ¹ (n ³ =9.130)		GEDA 2012 ² (n ³ =9.305)			
	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI		
Altersgruppe (in Jahren)										
18-29	16,2	15,4-17,0	14,5	13,6-15,4	*** ⁶	18,6	17,7-19,6	18,0	17,0-19,1	
30-44	25,2	24,2-26,1	24,2	23,1-25,4		27,3	26,1-28,5	24,2	23,0-25,2	** ⁵
45-64	31,4	30,3-32,4	33,9	32,6-35,2	** ⁵	33,3	32,1-34,6	36,1	34,7-37,4	** ⁵
65+	27,3	26,1-28,5	27,4	26,2-28,6		20,8	19,7-22,0	21,7	20,5-22,9	
Zusammenleben mit Partner/in										
ja	66,3	65,2-67,3	58,2	56,9-59,5	*** ⁶	70,8	69,7-72,0	68,1	66,8-69,4	** ⁵
nein	33,7	32,7-34,8	41,8	40,5-43,1	*** ⁶	29,2	28,0-30,3	31,9	30,6-33,2	** ⁵
Soziale Unterstützung										
gering	17,2	16,2-18,2	17,8	16,7-19,0		15,8	14,7-16,8	16,5	15,4-17,7	
mittel	50,2	49,0-51,4	51,2	49,9-52,2		51,6	50,3-53,0	49,6	48,3-50,9	
hoch	32,6	31,6-33,7	31,0	29,7-32,2	* ⁴	32,6	31,4-33,9	35,4	34,2-36,7	
Bildung										
einfach	38,0	36,7-39,2	37,3	36,5-38,0	** ⁵	37,4	36,1-38,8	33,8	32,4-35,3	*** ⁶
mittel	51,4	51,2-52,6	50,7	49,9-51,4		45,6	44,3-46,9	46,4	45,3-48,0	
hoch	10,7	10,2-11,1	14,1	13,4-14,8	*** ⁶	17,0	16,2-17,7	19,6	18,7-20,4	*** ⁶
Erwerbslosigkeit in den letzten 5 Jahren										
ja	20,8	19,8-21,8	18,0	16,8-19,2	** ⁵	19,9	18,7-21,1	18,9	17,6-20,1	
nein	79,2	78,2-80,2	82,0	80,8-83,2	** ⁵	80,1	78,9-81,3	81,1	79,9-82,4	
Kreistyp										
Kreisfreie Großstädte	30,2	29,1-31,3	28,0	26,8-29,3	** ⁵	28,1	27,0-29,3	25,7	24,5-26,9	** ⁵
Städtische Kreise	38,2	37,1-39,4	40,2	38,9-41,5	* ⁴	38,3	37,0-39,6	41,7	40,3-43,1	*** ⁶
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	16,4	15,5-17,3	17,2	16,3-18,2		17,1	16,1-18,2	17,1	16,1-18,1	
Dünn besiedelte ländliche Kreise	15,3	14,4-16,2	14,6	13,7-15,5		16,5	15,5-17,5	15,5	14,6-16,5	
Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen										
0	37,6	36,5-38,7	37,3	36,1-38,6		44,0	42,7-45,3	40,6	39,2-42,0	*** ⁶
1	22,2	21,3-23,2	22,3	21,2-23,4		22,0	21,0-23,2	21,9	20,7-23,0	
2 und mehr	40,2	39,0-41,4	40,4	39,0-41,7		34,0	32,7-35,3	37,5	36,2-38,9	*** ⁶

¹ GEDA 2009 (Erhebung 2008-2009) gewichtet für die Bevölkerungsstruktur 31.12.2007

² GEDA 2012 (Erhebung 2012-2013) gewichtet für die Bevölkerungsstruktur 31.12.2011

³ mit Angaben zur selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression; Kennzeichnung signifikanter Unterschiede zwischen GEDA 2009 und GEDA 2012 mit

⁴ p<0,05;

⁵ p<0,01;

⁶ p<0,001

Werden diese Veränderungen als Kovariaten kontrolliert, verringert sich der im Modell vorhergesagte Prävalenzanstieg der Depression (AME) von 1,7% auf 1,5% (95%-KI: 0,7-2,2), bleibt aber statistisch signifikant ($p < 0,001$) (Tab. 2). Der so erklärte Anteil des Prävalenzanstiegs beträgt 13,5% und liegt bei Frauen mit 17,8% höher als bei Männern mit 7,5%.

Tabelle 2: Zusammenhang des Prävalenzanstiegs selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen mit Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, Trendeffekt (AME) im adjustierten und unadjustierten Modell

	<u>Unadjustiertes Modell</u>		<u>Adjustiertes Modell¹</u>			<u>Modellvergleich³</u>
	AME ² in %	(95%-KI)	AME ² in %	(95%-KI)		Differenz AME ² in %
Gesamt	1.70	(1.03-2.37) ***	1.47	(0.74-2.20)	***	-13.53%
Frauen	1.80	(0.80-2.79) ***	1.48	(0.38-2.59)	**	-17.78%
Männer	1.61	(0.72-2.50) ***	1.49	(0.54-2.43)	**	- 7.45%

Anmerkung:

¹ adjustiert für Alter, Zusammenleben in Partnerschaft, soziale Unterstützung, Bildung, Erwerbslosigkeit in den letzten 5 Jahren, Kreistyp, Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen;

² Average marginal effect der Prävalenz (AME) [16], ³ AME im unadjustiertem Modell abzüglich AME im adjustierten Modell; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Diskussion

Gemäß den Zielen der Studie konnte gezeigt werden, dass der Zuwachs an ärztlichen Depressionsdiagnosen 1) ihre querschnittliche Verteilung in der Bevölkerung fortschreibt und 2) nur geringfügig durch gleichzeitige Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur erklärt werden kann.

In bundesweit repräsentativen Daten bestätigt sich der von mehreren Krankenkassen berichtete Anstieg der Depressionsprävalenz bereits in einem kurzen Beobachtungszeitraum. Der Zuwachs fällt mit 1,7 Prozentpunkten je nach Kasse vergleichbar bzw. etwas geringer aus (s.o.). Eine konservative Prävalenzschätzung auf Basis von Surveydaten ist erwartbar, da gesundheitlich stark belastete Personen mit bspw. schweren Depressionen seltener an Befragungsstudien teilnehmen [28].

Die Interpretation des zeitlichen Trends muss mehrdeutig ausfallen, da sich darin verschiedene Prozesse niederschlagen. Der Anstieg administrativer Prävalenzen kann sowohl Ausdruck von erhöhter Morbidität sein als auch Veränderungen der patientenseitigen Inanspruchnahme oder behandlerseitigen Diagnose- bzw. Kodierpraxis reflektieren. Die Angabe der Arztdiagnose in der Befragungsstudie ist darüber hinaus durch Erinnerungsvermögen und Mitteilungsbereitschaft beeinflusst, welche systematisch mit z.B.

Alter oder Gesundheitszustand der Befragten korreliert sein können [29]. Schlussfolgerungen aus dem ambigen Indikator lassen sich folglich erst im Kontext anderer Befunde ableiten.

Steigende Diagnosehäufigkeiten in allen Bevölkerungsgruppen

In Übereinstimmung mit den Befunden aus Deutschland verzeichnen auch andere Länder eine wachsende Diagnosehäufigkeit und steigende Gesundheitsausgaben für psychische Störungen [9]. Bspw. wird aus Kanada von 2003 bis 2007 ein Zuwachs der selbstberichteten ärztlichen Diagnose einer Depression oder Angststörung um 1% berichtet [7].

Für Unterschiede des zeitlichen Trends zwischen den untersuchten Bevölkerungsgruppen findet sich in der vorliegenden Analyse kein Nachweis. Übereinstimmend damit zeigen Daten der AOK Niedersachsen, dass keine Versichertengruppe von den erheblichen Zuwächsen bei Depressionsdiagnosen (2006-2015) ausgenommen ist [15]. Gleichermäßen bilanzierte eine niederländische Studie bereits für die Anfänge dieser Entwicklung (1979-1995), dass die zunehmende Nutzung von Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Störungen einen allgemeinen Wandel im Hilfesuchverhalten reflektiert, der sich nicht auf einzelne Patientenklientel beschränkt [30]. Vergleichbares zeigt sich, wenn Personen, die in epidemiologischen Feldstudien die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, nach ihrer Kontaktaufnahme zu professionellen Hilfsangeboten befragt werden. Auch in dieser Personengruppe stieg das Hilfesuchverhalten zwischen 1998 und 2010 gleichermaßen in allen betrachteten Bevölkerungsgruppen in Deutschland an [14]. Da der Zuwachs der administrativen Depressionsdiagnosen ebenfalls in der gesamten Bevölkerung erfolgt, ließe sich dieser als bedarfsgerecht deuten, indem bisher unbehandelte Personen vermehrt Zugang zum Versorgungssystem finden.

Grundsätzlich kann keine Schließung spezifischer Versorgungslücken nachgewiesen werden, die bspw. für junge Menschen (vor allem Frauen) diskutiert werden [31,32] und einen differentiellen Zuwachs in dieser Bevölkerungsgruppe als wünschenswert nahelegen würden. Im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich diese Entwicklung in GKV-Analysen administrativer Depressionsdiagnosen auf Basis eines längeren Beobachtungszeitraumes (2005-2016) [17] sowie in Befragungsdaten zur fachärztlichen Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung [16], die auf besondere Zuwächse im jungen Erwachsenenalter hinweisen.

[31][32]

Kein Zuwachs an Morbidität in der Gesamtbevölkerung

Während sich das Hilfesuchverhalten entwickelt, bleibt jedoch die Häufigkeit von Depressionen bei einer standardisierten Erfassung in der Bevölkerung in demselben Zeitraum in Deutschland [5] sowie international [8] stabil. Daher ist ein Zuwachs an

Morbidität, der den steilen Anstieg ärztlicher Depressionsdiagnosen in den GKV-Daten allein erklären könnte, unwahrscheinlich.

Nur geringe Erklärung durch veränderte Bevölkerungsstruktur

Auch in dem kurzen Zeitraum von 2009 bis 2012 lassen sich bekannte soziale Veränderungen beobachten, u.a. in Form von demographischem Wandel, Bildungsexpansion und einer wachsenden Zahl alleinstehender Menschen. Bei deren statistischer Kontrolle verringert sich der Trendeffekt der Depressionsprävalenz jedoch nur leicht.

Vergleichbare Ergebnisse liegen aus England (1991-2010) vor, wo die Zunahme schlechter psychischer Gesundheit bei Männern nicht durch Verschiebungen in deren Bildungs- und Erwerbsbeteiligung erklärt werden kann [18]. Selbst wenn in einer anderen Arbeit ein Drittel der Zunahme psychischer Gesundheitsprobleme durch Veränderungen in Arbeitslosenquote und Lohnniveau begründet werden konnte, sind demzufolge für knapp zwei Drittel des Anstiegs andere Erklärungsfaktoren zu suchen [19]. Dagegen wird in Frankreich ein Umschlagen von Risiko- in protektive Faktoren beobachtet, indem im Jahr 1991 Personen der höchsten Bildungs- sowie Altersgruppe (60+) noch ein erhöhtes Risiko für Depressionen aufwiesen, 2005 aber ein gegenüber der Referenzgruppe vermindertes [20]. Dies wird im Beobachtungszeitraum 2009-2012 in Deutschland nicht gefunden.

Auf Basis medizinsoziologischer Theorie lässt sich zudem annehmen, dass bei Zunahme eines Gesundheitsproblems in der Bevölkerung der Anstieg in hohen Bildungsgruppen geringer ausfallen müsste, weil diese über die meisten Ressourcen verfügen um sich davor zu schützen [33]. Dieser Effekt wird für den Anstieg der Depressionsdiagnosen hier jedoch nicht beobachtet, was ebenfalls gegen die Hypothese einer vermehrten Morbidität als Ursache häufigerer ärztlicher Diagnosen spricht.

Fazit

Die Ergebnisse zur zeitlichen Entwicklung der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression lassen sowohl die Schlussfolgerung zu, dass im zeitlichen Trend keine Bevölkerungsgruppe durch ein spezifisch erhöhtes Risiko gekennzeichnet ist, als auch, dass sich für keine Bevölkerungsgruppe die Versorgungslage in besonderem Maße verbessert. Da der beobachtete Trend am wahrscheinlichsten Veränderungen in der patientenseitigen Inanspruchnahme sowie ärztlichen Diagnosestellung, -dokumentation und -kommunikation abbildet, können zukünftige Arbeiten zu deren Einflussfaktoren einen Beitrag zum besseren Verständnis der steigenden Prävalenz liefern, wobei besonders für das junge Erwachsenenalter Klärungsbedarf besteht. Entwicklungen in der Bevölkerungsstruktur

scheinen hierfür von untergeordneter Bedeutung zu sein. Eine Verknüpfung von Survey- und Routinedaten auf Personen-Ebene könnte die Stärken einer validen Erfassung soziodemographischer und gesundheitsbezogener Individualmerkmale im Survey mit einer verzerrungsfreien Erhebung administrativer Diagnosen verbinden und dadurch Erkenntnisgewinne ermöglichen.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Insofern die Zunahme ärztlicher Depressionsdiagnosen einen Wandel des Hilfesuch- und Diagnoseverhaltens reflektiert, ist eine fortwährende Verständigung zum Behandlungsbedarf bei Depression unerlässlich.
- Da ärztliche Depressionsdiagnosen bevölkerungswelt zunehmen, sollten beim Zugang zu Behandlungsangeboten Bedarfsgerechtigkeit und Chancengleichheit besondere Aufmerksamkeit erfahren.

Interessenkonflikte

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

1. Wittchen HU, Jacobi F, Klose M et al. Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Robert Koch-Institut, Berlin; 2010
2. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S. Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. In: Kliner K, Rennert D, Richter M, Hrsg. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Berlin: MWV; 2015:63-71
3. IGES. Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Berlin: IGES; 2012
4. Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. In: Klauber J, Günster C, Gerste B et al, Hrsg. Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart: Schattauer; 2014:21-54
5. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F et al. Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. BMC Psychiatry 2018; 18: 394
6. Mojtabai R, Jorm AF. Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001-2012. J Affect Disord 2015; 174: 556-561
7. Simpson KRS, Meadows GN, Frances AJ et al. Is Mental Health in the Canadian Population Changing over Time? Can J Psychiatry 2012; 57: 324-331
8. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ et al. Challenging the Myth of an “Epidemic” of Common Mental Disorders: Trends in the Global Prevalence of Anxiety and Depression between 1990 and 2010. Depress Anxiety 2014; 31: 506-516
9. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS et al. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. World Psychiatry 2017; 16: 90-99
10. Erhart M, Stillfried D. Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. In, Versorgungsatlas. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; 2012
11. Maske UE, Büttery AK, Beesdo-Baum K et al. 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 2016; 190: 167-177
12. Müters S, Hoebel J, Lange C. Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. In: Robert Koch-Institut, Hrsg. GBE Kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2013

13. Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz F. Who is diagnosed as suffering from depression in the German statutory health care system? An analysis of health insurance data. *Eur J Epidemiol* 2007; 22: 397-403
14. Brandstetter S, Dodoo-Schittko F, Speerforck S et al. Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997-1999 and 2009-2012: a repeated cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 1005-1013
15. Stahmeyer JT, Kuhlmann K, Eberhard S. Die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen nach Versichertengruppen im Zeitverlauf – eine Routinedatenanalyse der Jahre 2006–2015. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; 69: 72-80
16. Groschwitz RC, Fegert JM, Plener PL. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychotherapeut* 2016; 62: 12-17
17. BARMER. BARMER Arztreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 7. Berlin: BARMER; 2018
18. Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open* 2012; 2
19. Barr B, Kinderman P, Whitehead M. Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013. *Soc Sci Med* 2015; 147: 324-331
20. Kovess-Masfety V, Briffault X, Sapinho D. Prevalence, Risk Factors, and Use of Health Care in Depression: A Survey in a Large Region of France between 1991 and 2005. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 701-709
21. Hoffmann F, Icks A. Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 291-297
22. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)--the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 2015; 44: 442-450
23. Kilpeläinen K, Aromaa A, the ECHIM project, Hrsg. European Health Indicators: Development and Initial Implementation. Final report of the ECHIM project. Helsinki: National Public Health Institute; 2008
24. Brauns H, Steinmann S. Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. *ZUMA-Nachrichten* 1999; 23: 7-44
25. Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumb Beobachtung - Raumabgrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Verfügbar unter:
http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html [Stand: 01.04.2019]; 2019

26. Robert Koch-Institut (Hrsg). Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2012
27. Brzoska P, Sauzet O, Breckenkamp J. Unobserved heterogeneity and the comparison of coefficients across nested logistic regression models: how to avoid comparing apples and oranges. *Int J Public Health* 2017; 62: 517-520
28. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and nonattenders to a health survey of a general population: the Tromso Health Study. *Am J Epidemiol* 2001; 154: 891-894
29. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *J Multidiscip Healthc* 2016; 9: 211-217
30. ten Have M, te Grotenhuis M, Meertens V et al. Upward trends in the use of community mental health and social work services in the Netherlands between 1979 and 1995: are particular sociodemographic groups responsible? *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 447
31. Grobe TG, Kleine-Budde K, Bramesfeld A et al. Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen - eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen (Online)* 2018
32. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG et al. 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* 2017; 17: 39
33. Mackenbach JP, Looman CWN, Artnik B et al. 'Fundamental causes' of inequalities in mortality: an empirical test of the theory in 20 European populations. *Sociol Health Illn* 2017; 39: 1117-1133

Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten

Grobe, T.¹, Kleine-Budde, K.¹, Bramesfeld, A.¹, Thom, J.², Bretschneider, J.² & Hapke, U.²

¹ aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

² Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

Schlüsselwörter: Depression, Primärdaten, Gesundheitssurvey, Sekundärdaten, Routinedaten, Prävalenz

Key words: depression, primary data, survey, secondary data, routine data, prevalence

Korrespondenzadresse: Katja Kleine-Budde
aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH
Gesundheitsberichterstattung und Biometrie
37073 Göttingen
katja.kleine-budde@aqua-institut.de

Dies ist die peer-reviewed akzeptierte Version des Manuskriptes, die gemäß der Lizenzvereinbarung mit Georg Thieme Verlag KG ohne Layout des Verlages abgedruckt wird.

Bitte zitieren Sie diesen Artikel wie folgt:

Grobe, T., Kleine-Budde, K., Bramesfeld, A., Thom, J., Bretschneider, J. & Hapke, U. (2019) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen* 81(12):1011-1017. <https://doi.org/10.1055/a-0652-5424>

Zusammenfassung

Ziel der Studie Prävalenzschätzungen für Depression zeigen in Primär- vs. Sekundärdaten divergente Ergebnisse. Ursachen liegen u. a. in der Betrachtung verschiedener Indikatoren zu abweichenden Zeitpunkten. In der vorliegenden Arbeit werden Depressionshäufigkeiten in Survey- und Routinedaten für einen vergleichbaren Erhebungszeitraum und Altersbereich ermittelt. Unterschiede zwischen den Datenquellen und den Depressionsmaßen werden untersucht.

Methodik Drei Indikatoren werden für das Jahr 2010 gegenübergestellt: im Bevölkerungssurvey erhobene a) selbstberichtete ärztliche Diagnosen, b) Diagnosen in standardisiertem klinischen Interview sowie c) in Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse administrativ erfasste Diagnosen. In Sensitivitätsanalysen werden privat versicherte Surveyteilnehmende sowie Versicherte mit Pflegebedarf aus den Routinedaten ausgeschlossen. Die Definition der administrativen Depressionsdiagnose wird variiert je nach Kodierhäufigkeit und Diagnosespezifität.

Ergebnisse Die höchste Prävalenzrate zeigt sich mit 9,8 % für administrativ erfasste Depressionen, die niedrigste mit 5,9 % für die selbstberichtete Depressionsdiagnose im Survey. Die Prävalenz der im klinischen Interview erhobenen Depression beträgt 8,4 %. Es zeigen sich jeweils spezifische alters- und geschlechtsabhängige Verteilungen. Bleiben unspezifische Depressionsdiagnosen (F3x.8, F3x.9) unberücksichtigt, sinkt die administrative Prävalenzrate deutlich ab.

Schlussfolgerung Je nach Definition der administrativen Depressionsdiagnose reduzieren sich Prävalenzunterschiede im Vergleich zur selbstberichteten Diagnose. Differenzen zu Prävalenzen basierend auf klinischem Interview bleiben hingegen bestehen und weisen auf die Erfassung unterschiedlicher Personengruppen hin.

Abstract

Aim There are differences in the prevalence estimates of depressive disorders based on primary and secondary data. The reasons for this are, for instance, the use of divergent indicators and varying observation periods. This study examines the prevalence of depressive disorders using survey and routine data for a comparable survey period and age range. Effects of differences between data sources and indicators are estimated.

Methods For 2010, 3 indicators are compared: in a population survey collected a) self-reported medical diagnosis of depression, b) diagnosis of depressive disorders identified by clinical interviews and c) administrative depression diagnoses collected from routine data of a statutory health insurance. In sensitivity analyses, privately insured participants of the population survey were excluded, and insured persons with care needs were excluded from routine data. The definition of administrative depression diagnosis was varied depending on the frequency of coded diagnoses and the specificity of the diagnoses.

Results The highest prevalence (9.8 %) was found for depression diagnoses from administrative data, the lowest prevalence (5.9 %) in self-reported medical diagnoses of depression in the population survey. The prevalence of depression identified by clinical interviews was 8.4 %. Differing age and gender-related courses of illness were found. The administrative prevalence dropped significantly if unspecific diagnoses (F3x.8, F3x.9) were excluded.

Discussion Depending on the definition of depression diagnoses used in administrative data, there was a reduction in differences of prevalence compared to the self-reported medical diagnoses. Differences in prevalence based on a diagnosis of a depressive disorder identified in a clinical interview remained stable, which indicates different groups of persons.

Hintergrund

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und tragen weltweit maßgeblich zur Krankheitslast in der Bevölkerung bei [1,2]. Zur effektiven Prävention und Gesundheitsversorgung sind Kenntnisse der Häufigkeit depressiver Störungen unabdingbar, aber Gegenstand von Kontroversen [3,4]. So werden Depressionen in Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) mit zunehmender Häufigkeit und hohen Prävalenzen insbesondere jenseits des 75. Lebensjahres dokumentiert, in Bevölkerungssurveys zeigen sich dagegen aber über die Jahre stabile Diagnoseraten und ein gehäuftes Auftreten im jungen und mittleren Erwachsenenalter [5-8]. Eine vergleichende Gegenüberstellung epidemiologischer und administrativer Prävalenzschätzungen ist bislang oftmals schwierig, da Studien unterschiedliche Beobachtungszeiträume und Depressionsmaße betrachten sowie Ergebnisse zu unterschiedlich abgegrenzten Subgruppen berichtet werden. Vor diesem Hintergrund sollen in der vorliegenden Studie Prävalenzschätzungen basierend auf Routinedaten einer Krankenkasse (BARMER GEK) und Daten der bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) sowie ihres Zusatzmodules Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) für einen vergleichbaren Erhebungszeitraum und in übereinstimmend definierten Altersgruppen betrachtet und Erklärungsansätze für unterschiedliche Depressionsprävalenzschätzungen eruiert werden.

Methoden

Zur Schätzung von geschlechts- und altersspezifischen bevölkerungsbezogenen Prävalenzen von Depressionen werden drei Indikatoren ermittelt, die das Ergebnis unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen hinsichtlich der Konzeption, Methodik und Datenbasis sind.

DEGS1: Selbstberichtete ärztliche Depressionsdiagnosen

In DEGS1 wurden bei Studienteilnehmenden ärztliche Diagnosen einer Depression erfragt. Der Survey mit n = 7.116 Teilnehmenden im Alter von 18-79 Jahren ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut und wurde 2008 bis 2011 durchgeführt [9,10]. Für die vorliegenden Auswertungen wurden ausschließlich n = 6.898 Personen im Alter von 20-79 Jahren berücksichtigt.

Im Rahmen eines standardisierten computergestützten persönlichen Interviews wurden die Teilnehmenden gefragt: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“. Falls dies bejaht wurde, folgte die Frage:

„Ist die Depression auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten?“, deren Antworten hier ausgewertet wurden.

DEGS1-MH: Diagnosen nach Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Im Rahmen des Zusatzmoduls DEGS1-MH wurden Depressionen und andere psychische Störungen mit Hilfe eines klinischen Interviews erhoben. Das Zusatzmodul bildet eine Substichprobe des DEGS1-Surveys [11]. Von n = 4.483 Teilnehmenden mit vollständigen Erhebungen wurden in der vorliegenden Analyse n = 4.394 Teilnehmende im Alter von 20 bis 79 Jahren berücksichtigt.

Das zentrale Untersuchungsinstrument des DEGS1-MH ist das für den Survey angepasste CIDI [12], ein in der epidemiologischen Forschung etabliertes und standardisiertes klinisches Interview zur Erfassung psychischer Störungen gemäß dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der Text-revidierten IV. Ausgabe (DSM-IV-TR). In der vorliegenden Analyse wurden als Depression die 12-Monats-Diagnosen einer Majoren Depression oder einer Dysthymie unter Ausschluss von Personen mit bipolaren Störungen berücksichtigt. Im CIDI nicht berücksichtigt werden nicht näher bezeichnete depressive Störungen (entsprechend ICD-10 F32.8, F33.8), sonstige depressive Störungen (F32.9, F33.9) sowie remittierte rezidivierende depressive Störungen (F33.4).

BARMER GEK: Administrative Depressionsdiagnosen in Routinedaten

Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung dokumentierte Depressionsdiagnosen wurden in Routinedaten zu n = 6.472.488 nachweislich am 1. Januar 2010 bei der BARMER GEK versicherten und in Deutschland wohnhaften Personen im Alter zwischen 20 und 79 Jahren analysiert. Diese waren innerhalb des Beobachtungsjahres 2010 durchschnittlich 359,4 Tage und damit überwiegend durchgängig bei der Krankenkasse versichert.

Als Depressionen wurden Diagnosen gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision (ICD-10) mit den Codes F32 „Depressive Episode“ und F33 „Rezidivierende depressive Störung“ sowie F34.1 „Dysthymia“ inklusive aller Subdiagnosen im Kalenderjahr 2010 aus Krankenhausbehandlungen (Haupt- und Nebendiagnosen) sowie aus Abrechnungsdaten von ambulant-ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen berücksichtigt, von den ambulanten Diagnosen dabei grundsätzlich nur als „gesichert“ gekennzeichnete Diagnosen [13] und diese zunächst ausschließlich bei Dokumentation der Depression in mindestens zwei Behandlungsfällen [14-16]. Ein Behandlungsfall in der ambulanten Versorgung umfasst dabei i.d.R. alle Leistungen und Diagnosen einer Arztpraxis bei einem Patienten innerhalb eines Quartals. Zwei

Behandlungsfälle setzen insofern Kontakte (zu ggf. auch nur einer Praxis) in zwei unterschiedlichen Quartalen oder Kontakte zu zwei Praxen, dann ggf. auch in nur einem Quartal, voraus. Das hier gewählte Vorgehen ließe sich als Anwendung eines „modifizierten M2Q-Kriteriums“ bezeichnen, wobei in Abgrenzung zum klassischen M2Q-Kriterium eine Dokumentation der Diagnosen nicht zwangsläufig in unterschiedlichen Quartalen stattgefunden haben muss.

Sensitivitätsanalysen

Zur Abschätzung der Einflüsse von Selektionseffekten wurden zwei Teilstichproben untersucht (siehe 1. und 2.). In zwei weiteren Analysen wurden die eingeschlossenen ICD-10-Codes zur Abgrenzung von Depressionen in Routinedaten variiert (siehe 3. und 4.).

1. Die DEGS1- und DEGS1-MH-Stichproben wurden auf die 89% der Teilnehmenden beschränkt, die zum Erhebungszeitpunkt angaben, in der GKV versichert zu sein, um Auswirkungen einer zwangsläufigen Nichtberücksichtigung von privat Krankenversicherten in GKV-Daten abzuschätzen.

2. Auswertungen von Routinedaten wurden auf diejenigen Versicherten eingegrenzt, bei denen im Kalenderjahr keine Inanspruchnahme einer Pflegeleistung dokumentiert war, da davon auszugehen ist, dass pflegebedürftige Menschen in DEGS1 und DEGS1-MH aufgrund des Ausschlusses institutionalisierter Personen bei der Erhebung und einer geringeren Teilnahmerate von multimorbiden Personen unterrepräsentiert sind [10]. Bei dieser Auswertung musste auf Daten des Jahres 2013 zurückgegriffen werden, da die benötigte Angaben für 2010 nicht vollständig verfügbar waren.

3. Die Definition einer Depression wurde in den Routinedaten auf Personen ausgedehnt, für die eine entsprechende Diagnose in nur einem Behandlungsfall im Beobachtungsjahr dokumentiert war.

4. In Anlehnung an die Definition der CIDI-Depressionsdiagnose wurden Versicherte mit ausschließlicher Dokumentation der unspezifischen ICD-10-Codes F32.8, F32.9, F33.8 und F33.9 von der Analyse der Routinedaten ausgeschlossen.

Statistische Methoden

12-Monats-Prävalenzen werden, z. T. stratifiziert nach Geschlecht und Alter, mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Prävalenzunterschiede werden dann als signifikant bezeichnet, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen. Ergebnisse auf der Basis von BARMER GEK-Daten wurden unter Rückgriff auf Angaben des Statistischen Bundesamtes

direkt gemäß der Verteilung der durchschnittlichen Bevölkerung 2010 in Deutschland nach Geschlecht, 5-Jahres-Altersgruppen und Bundesland standardisiert [17]. Surveydaten wurden unter Einbezug von Gewichtungsfaktoren ausgewertet, womit sowohl Teilnahmewahrscheinlichkeiten berücksichtigt als auch Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildung korrigiert wurden (Referenz: Stand 31.12.2010). Alle Analysen wurden mit der Statistiksoftware SAS, Version 9.4 durchgeführt [18]. Zur Berücksichtigung der geschichteten Stichprobenziehung wurden bei Auswertungen der DEGS1- und DEGS1-MH-Daten SAS-Survey-Prozeduren verwendet (PROC SURVEYFREQ).

Ergebnisse

12-Monats-Prävalenzen von Depressionen Mit 5,9% ist die Prävalenz der *selbstberichteten ärztlichen Depressionsdiagnose* altersübergreifend die niedrigste unter den drei Schätzungen (Tab. 1). Hier zeigen sich die höchsten Prävalenzen bei Frauen mit 6,4% unter den 60- bis 69-Jährigen (Abb. 1a), bei Männern mit 6,4% in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (Abb. 1b). In den meisten Altersgruppen werden ärztliche Depressionsdiagnosen von Frauen mehr als doppelt so häufig als von Männern berichtet.

Die Prävalenz der *CIDI-Depressionsdiagnosen* liegt mit 8,4% altersübergreifend signifikant höher als die der selbstberichteten ärztlichen Depressionsdiagnose. Die Prävalenz ist bei Frauen in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 18,7% am höchsten und mit zunehmendem Alter bis zu einem Wert von 7,0% im Alter von 60-69 Jahren rückläufig. Bei den Männern werden bei insgesamt geringeren Prävalenzen die meisten Diagnosen im Alter von 20 bis 29 (6,4%) sowie 40 bis 49 Jahren (6,6%) gestellt.

Die Prävalenz *administrativer Depressionsdiagnosen* in Routinedaten beträgt altersübergreifend 9,8%. Mit 13,8% liegt sie in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen am höchsten, Frauen erhalten in allen Altersgruppen signifikant häufiger eine Diagnose als Männer.

In Altersgruppen ab 50 Jahre liegen Prävalenzen von administrativen Depressionsdiagnosen bei Männern und Frauen durchgängig signifikant über entsprechenden Schätzungen aus den Survey-Erhebungen. In der jüngsten Altersgruppe zeigen sich demgegenüber annähernd identische Werte bei administrativen und selbstberichteten ärztlichen Depressionsdiagnosen, während die Prävalenz der Diagnosestellung gemäß CIDI insbesondere unter jungen Frauen deutlich höher liegt.

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenzen von Depressionsdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (95%-Konfidenzintervalle)

	DEGS1 (n = 6838 ¹): Selbstberichtete Depressionsdiagnosen			DEGS1-MH (n = 4304 ²): CIDI-Depressionsdiagnosen			BARMER GEK (n = 6 472 488): Administrativ Depressionsdiagnosen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Gesamt	3,7 (2,9-4,5)	8,0 (6,7-9,4)	5,9 (5,1-6,7)	5,2 (4,1-6,3)	11,4 (9,5-13,4)	8,4 (7,2-9,6)	6,7 (6,7-6,7)	12,9 (12,9-12,9)	9,8 (9,8-9,8)
20 bis 29 Jahre	2,3 (0,7-3,9)	5,1 (2,5-7,8)	3,8 (2,1-5,4)	6,4 (2,9-9,9)	15,1 (10,0-20,2)	10,9 (7,8-14,1)	2,6 (2,6-2,7)	5,4 (5,3-5,4)	4,0 (3,9-4,0)
30 bis 39 Jahre	2,8 (0,5-5,0)	7,2 (3,7-10,7)	5,0 (2,9-7,0)	3,7 (1,1-6,2)	18,7 (11,4-26,1)	11,0 (6,9-15,1)	4,7 (4,6-4,8)	9,0 (8,9-9,1)	6,8 (6,8-6,9)
40 bis 49 Jahre	3,4 (1,6-5,3)	8,1 (5,3-10,9)	5,7 (4,0-7,5)	6,6 (3,4-9,7)	11,3 (7,6-15,0)	9,0 (6,4-11,6)	6,4 (6,3-6,4)	12,1 (12,0-12,1)	9,2 (9,1-9,2)
50 bis 59 Jahre	6,4 (4,2-8,6)	10,2 (7,7-12,7)	8,3 (6,5-10,1)	5,9 (3,3-8,4)	7,5 (4,7-10,2)	6,7 (4,8-8,5)	9,0 (9,0-9,1)	16,5 (16,5-16,6)	12,8 (12,7-12,9)
60 bis 69 Jahre	4,1 (2,4-5,8)	10,3 (7,0-13,6)	7,3 (5,4-9,2)	4,9 (2,5-7,2)	7,0 (4,4-9,7)	5,9 (4,2-7,7)	9,4 (9,3-9,5)	16,9 (16,8-17,0)	13,2 (13,2-13,3)
70 bis 79 Jahre	2,5 (0,5-4,4)	6,8 (3,7-9,9)	4,8 (2,8-6,8)	2,8 (0,8-4,7)	9,8 (5,2-14,3)	6,6 (4,0-9,2)	8,8 (8,7-8,9)	17,9 (17,8-18,0)	13,8 (13,7-13,9)

¹ Zu n= 60 Personen liegen keine gültigen Antworten vor. ² Zu n = 10 Personen liegen keine gültigen Antworten vor.

Einfluss des Ausschlusses von privat Versicherten und Versicherten mit Pflegebedarf

Eine Beschränkung auf GKV-Versicherte in den Surveydaten führt nur zu geringfügigen Veränderungen der jeweiligen Prävalenzschätzungen (Sensitivitätsanalyse 1; Abb. 1a und b, durchbrochene Linien). So liegt die 12-Monats-Prävalenz selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen nach der Beschränkung in DEGS1 altersübergreifend bei 6,0% (95%-KI: 5,1% - 6,9%; n = 5.977) und damit nur 0,1 Prozentpunkte höher als in der Gesamtpopulation mit Berücksichtigung von privat Versicherten. Die Prävalenz im CIDI steigt in DEGS1-MH durch die Beschränkung altersübergreifend (ebenfalls nicht signifikant) um 0,6 Prozentpunkte auf 9,0% (95%-KI: 7,6% - 10,4%; n = 3.668).

Bei einer Beschränkung der Auswertung von Routinedaten auf *Versicherte ohne Inanspruchnahme von Pflegeleistungen* reduziert sich die Diagnoserate altersübergreifend nur geringfügig von 11,1% auf 10,8% (Sensitivitätsanalyse 2, hier basierend auf Daten zu 2013; Abb. 2). Lediglich in den Altersgruppen jenseits des 80. Lebensjahres, die in den Surveys nicht mehr betrachtet werden, zeigen sich relevante Unterschiede.

Operationalisierung von Depressionen in Routinedaten

Werden bereits *einmalig dokumentierte Depressionsdiagnosen* berücksichtigt, erhöht sich die altersübergreifende administrative Prävalenz um mehr als ein Drittel auf 13,5% (Sensitivitätsanalyse 3; Abb. 3). Werden die *unspezifischen Depressionsdiagnosen* F32.8, F32.9, F33.8 und F33.9 ausgeschlossen (Sensitivitätsanalyse 4; Abb. 3, untere Linie), sinkt die Prävalenz nahezu auf die Hälfte (4,9%), womit der Altersverlauf jenem der selbstberichteten ärztlichen Depressionsdiagnosen ähnlich erscheint.

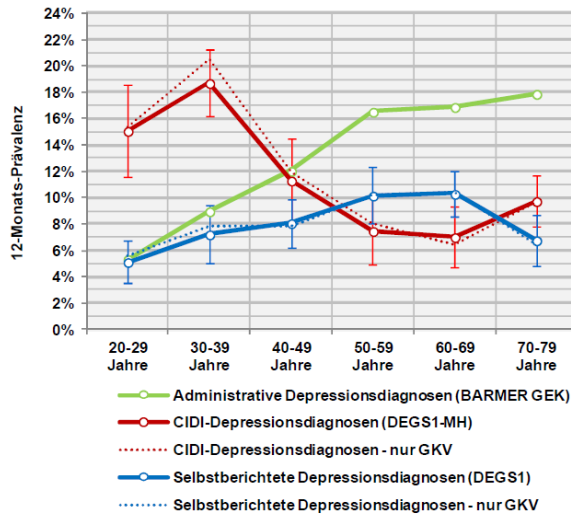


Abb. 1a) Frauen

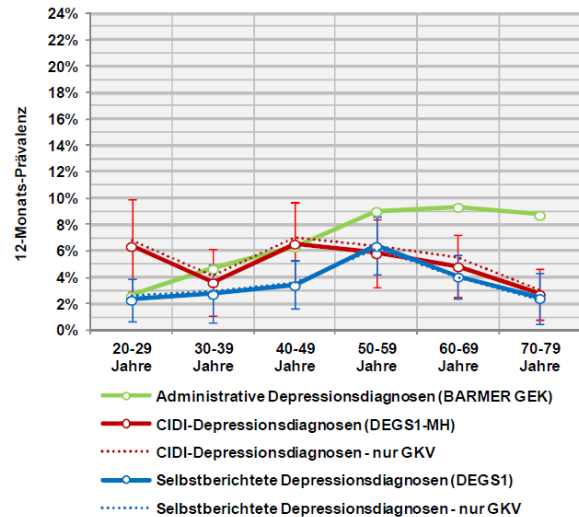


Abb. 1b) Männer

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenzen von Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Altersgruppen

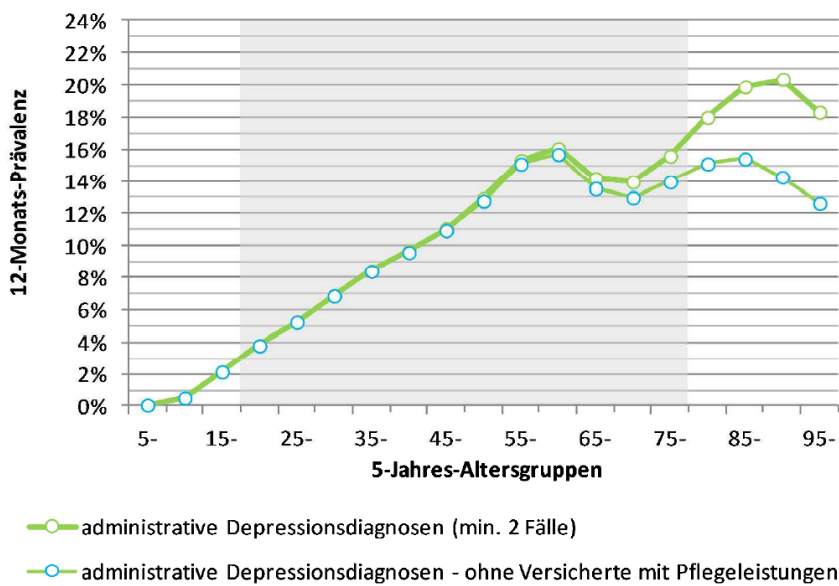


Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenz administrativer Depressionsdiagnosen in Versichertenpopulationen vor und nach Ausschluss Pflegebedürftiger in 5-Jahres-Altersgruppen 2013

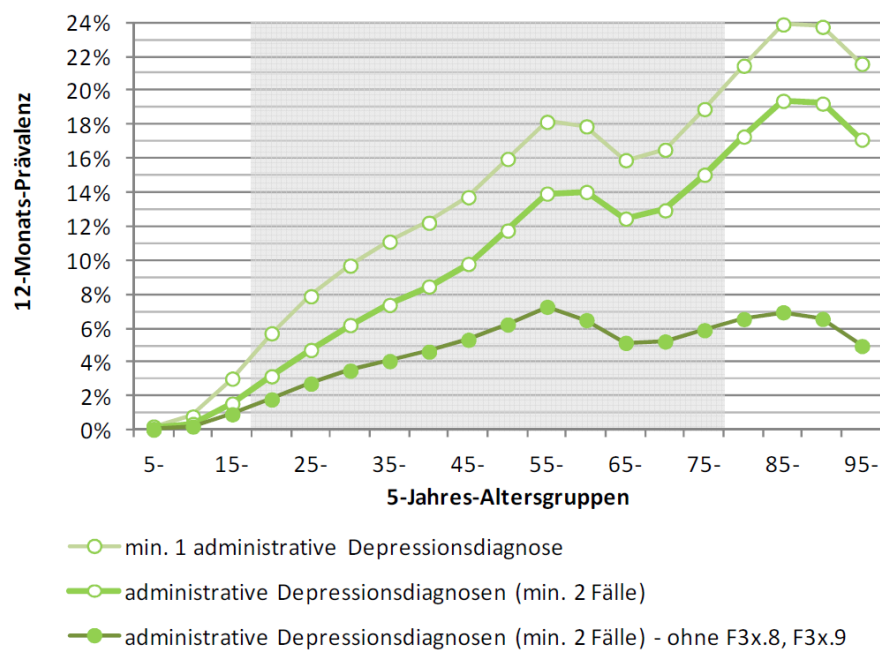


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenz administrativer Depressionsdiagnosen je nach Operationalisierung der Depression in 5-Jahres-Altersgruppen

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden Prävalenzen von Depressionen in Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse sowie anhand von zwei Depressionsmaßen einer bevölkerungsrepräsentativen Studie für übereinstimmende Erhebungszeiträume und Altersgruppen geschätzt. In Übereinstimmung mit vorausgehenden Befunden [5,19] zeigen sich Differenzen, trotz bevölkerungsbezogenen Standardisierungen bzw. Gewichtungen der Ergebnisse. Die Divergenzen reflektieren sowohl klassische Unterschiede zwischen Primär- und Sekundärdaten [20,21] als auch für die Depression spezifische Phänomene im Zusammenhang mit u.a. Schweregrad, Inanspruchnahme und Kodierqualität.

Vergleichbarkeit der Teilstichproben – Selektionseffekte

Bei Aussagen zu bevölkerungsbezogenen Depressionsprävalenzen anhand von Survey- und Routinedaten sind jeweils spezifische Selektionseffekte zu bedenken. Surveydaten führen tendenziell zu konservativen Morbiditätsschätzungen, da sich Personen mit aktuell bestehenden und insbesondere schweren Depressionen seltener als gesunde Personen an Studien beteiligen [22]. Entsprechende Effekte lassen sich in der vorliegenden Studie ohne ein Linkage von Primärerhebungs- und Routinedaten jedoch nicht quantifizieren.

Darüber hinaus ist insbesondere in höherem Alter mit einer Unterschätzung der Prävalenz zu rechnen, da Surveyteilnehmende nur unter Personen rekrutiert werden, die im eigenen

Haushalt leben [10]. Demgegenüber dürfte in Routinedaten eine mit dem Alter häufigere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu einer vergleichsweise hohen Wahrscheinlichkeit der Dokumentation vorhandener Depressionen in oberen Altersgruppen führen [7,23]. Werden Routinedaten auf Versicherte ohne eine Inanspruchnahme von Pflegeleistungen beschränkt (gleichbedeutend mit dem Ausschluss wesentlicher Anteile von institutionalisiert lebenden Versicherten), wirkt sich dies vorrangig auf die Diagnosehäufigkeiten in den Altersgruppen jenseits des 80. Lebensjahres aus. Die Prävalenzschätzungen für die im DEGS-Survey betrachteten Altersgruppen sind somit nur wenig von diesem Selektionseffekt beeinflusst.

Eine hohe Prävalenz von Depressionen in Routinedaten könnte partiell auch Folge der Beschränkung auf gesetzlich Krankenversicherte mit vergleichsweise ungünstigeren Erkrankungsrisiken sein [24]. Nach Ausschluss von privat Krankenversicherten bei Auswertungen der Surveydaten ergeben sich allerdings nur geringfügig höhere Häufigkeiten, womit auch dieser Selektionseffekt wenig zur Erklärung der Divergenzen zwischen den Primär- und Sekundärdatenanalysen beitragen kann.

Vergleichbarkeit der Depressionsindikatoren

Die Prävalenzunterschiede zwischen den betrachteten Depressionsindikatoren weisen darauf hin, dass diese unterschiedliche Public Health-relevante Aspekte abbilden.

Die auffällige Abweichung in den altersspezifischen Häufigkeiten der im CIDI erfassten gegenüber den in der Versorgung gestellten Depressionsdiagnosen zeigt, dass die Indikatoren unterschiedliche Personengruppen als depressiv identifizieren. Dies wurde bereits in Analysen zur personenbezogenen Übereinstimmung selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnosen mit CIDI-Diagnosen an anderer Stelle ausführlich diskutiert [23]. Damit bildet die Differenz der Maße auch den treatment gap v.a. im jungen Erwachsenenalter ab: Nur 18,9% der Personen mit CIDI-Diagnose einer psychischen Störung berichteten auch von einer Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten aufgrund psychischer Probleme im letzten Jahr [25]. Allerdings gilt, dass eine Depressionsdiagnose im klinischen Interview kein hinreichendes Kriterium für einen Behandlungs- bzw. Interventionsbedarf darstellt – und dieser darüber hinaus auch ohne das Vollbild der Störung bestehen kann (s.u.).

Während das CIDI zur standardisierten Erfassung psychischer Störungen konzipiert ist, dienen Diagnosen in Routinedaten der Begründung von Leistungsabrechnungen, Verordnungen und Arbeitsunfähigkeiten. Erübrigt sich ihr administrativer Zweck in einer spezifischen Altersgruppe, z.B. durch den Wegfall der Verpflichtung zur Meldung von

Arbeitsunfähigkeiten im Renteneintrittsalter, kann dies zu einem Rückgang der Dokumentationshäufigkeit in Routinedaten führen (Abb. 2).

Darüber hinaus wird die Kodierqualität von Depressionsdiagnosen kritisch diskutiert. So kann hinterfragt werden, wie berechtigt der große Anteil unspezifischer Diagnosen in den Routinedaten ist [14,26-28]. Er liegt unter älteren Versicherten am höchsten (Abb. 3) und könnte als Hinweis auf eine unzureichend differenzierte Diagnostik interpretiert werden. Umgekehrt lässt sich fragen, was Behandelnde zur Dokumentation möglichst spezifischer Diagnosen motiviert, sofern diese nicht zur Legitimation bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen erforderlich erscheinen. Zudem ist bekannt, dass depressive Symptome, die nicht das Vollbild der Diagnose erfüllen, gerade im höheren Alter häufiger vorkommen, u.a. komorbid zu somatischen Erkrankungen [29,30].

Erstaunlich groß und anders begründet erscheint der Unterschied zwischen dem Anteil von Surveyteilnehmenden, der von ärztlich gestellten Depressionsdiagnosen berichtet und dem Anteil der Versicherten, bei dem in Routinedaten entsprechende Diagnosen dokumentiert waren. So könnten Befragte eine ärztliche Diagnose dann im Survey nicht berichten, wenn die Kommunikation in der Behandlungssituation intransparent ist oder auf Patientenseite Einschränkungen im Verständnis, der Erinnerung oder der Bereitschaft zur Mitteilung der Diagnose bestehen [22]. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse legen nahe, dass möglicherweise vor allem unspezifische Depressionsdiagnosen in der Kommunikation zwischen Ärzte- und Patientenschaft nicht ausreichend thematisiert werden, da deren Ausschluss zu einer Annäherung der Häufigkeiten beider Indikatoren führt. Auch müssen bereits zuvor diskutierte Selektionseffekte als mögliche Ursachen für geringere Diagnoseraten nach Surveydaten erwogen werden.

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der beobachteten Differenzen sowie zur Überprüfung möglicher Erklärungsansätze könnte eine Untersuchung liefern, in der für ein und dieselbe Untersuchungspopulation sowohl Routinedaten als auch Befragungsergebnisse betrachtet werden. Derzeit wird in Deutschland in einer Reihe von Studien eine Verknüpfung von Primär- und Sekundärdaten angestrebt [31]. International liegen Linkage-Studien zur Untersuchung von Reporting- und Response-Effekten im Bereich der psychischen Gesundheit bereits vor [32-35]. Im Forschungsfeld Depression ließen sich mit einem Linkage-Design zum einen Erkenntnisse über die Stichprobenausschöpfung in Primärerhebungen gewinnen und folglich deren Generalisierbarkeit einschätzen sowie optimieren. Zum anderen können Informationen darüber generiert werden, inwiefern Versicherten ärztlich dokumentierte Diagnosen bekannt sind, was Implikationen für deren Messbarkeit im Selbstbericht als auch die Bewertung der Arzt-Patienten-Kommunikation hat.

Literatur

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575-1586
2. Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655-679
3. Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psych Prax* 2008; 35: 321-330
4. Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? *Psych Prax* 2013; 40: 176-182
5. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S. 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*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015:63-71
6. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K et al. 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* 2016; 190: 167-177
7. Bramesfeld A, Grobe TG, Schwartz FW. Who is diagnosed as suffering from depression in the German statutory health care system? An analysis of health insurance data. *Eur J Epidemiol* 2007; 22: 397-403
8. Kliner K, Rennert D, Richter M. *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*. BKK Gesundheitsatlas 2015. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015
9. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2013; 56: 620-630
10. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al. German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 2012; 12: 730
11. Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al. The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2013; 22: 83-99
12. Wittchen H-U, Pfister H. *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview*. Frankfurt: Swets und Zeitlinger; 1997
13. Grobe TG, Drähter H. Ambulante ärztliche Versorgung. In: Swart E, Ihle P, Gothe H et al, Hrsg. *Routinedaten im Gesundheitswesen Handbuch Sekundärdatenanalyse*:

- Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG; 2014:43-62
14. Gerste B, Roick C. 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. Versorgungsreport 2013/2014 Schwerpunkt: Depression. Germany: Schattauer GmbH; 2014:21-54
 15. Kleine-Budde K, Müller R, Kawohl W et al. The cost of depression - a cost analysis from a large database. *J Affect Disord* 2013; 147: 137-143
 16. Zeidler J, Slawik L, Fleischmann J et al. The costs of schizophrenia and predictors of hospitalisation from the statutory health insurance perspective. *Health Economics Review* 2012; 2: 9
 17. GBE-Bund. Bevölkerung im Jahresdurchschnitt. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus BRD 1987, DDR 1990). In: Bonn: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2012
 18. SAS. SAS/STAT(R) 13.2. User's Guide. In. Cary, NC, USA: SAS Institute Inc.; 2014
 19. Frank J. Comparing nationwide prevalences of hypertension and depression based on claims data and survey data: An example from Germany. *Health Policy* 2016; 120: 1061-1069
 20. Hoffmann W, Bobrowski C, Fendrich K. Sekundärdatenanalyse in der Versorgungsepidemiologie: Potenzial und Limitationen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2008; 51: 1193-1201
 21. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2008; 51: 1095-1105
 22. Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2013; 56: 733-739
 23. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG et al. 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* 2017; 17: 39
 24. Huber J, Mielck A. Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empirischer Studien. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2010; 53: 925-938
 25. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 289-303

26. Sielk M, Altiner A, Janssen B et al. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psych Prax* 2009; 36: 169-174
27. IGES. Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. In: Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH; 2012
28. Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. In: Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2014
29. Geiselmann B, Linden M, Helmchen H. Psychiatrists' diagnoses of subthreshold depression in old age: frequency and correlates. *Psychological medicine* 2001; 31: 51-63
30. Cherubini A, Nistico G, Rozzini R et al. Subthreshold depression in older subjects: An unmet therapeutic need. *J Nutrition Health Aging* 2012; 16: 909-913
31. March S, Antoni M, Kieschke J et al. Quo vadis Datenlinkage in Deutschland? Eine erste Bestandsaufnahme. *Gesundheitswesen* 2018; 80: e20-e31
32. Cornish R, Tilling K, Boyd A et al. Using linkage to electronic primary care records to evaluate recruitment and nonresponse bias in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Epidemiology* 2015; 26: e41-42
33. Keyes KM, Rutherford C, Popham F et al. How Healthy Are Survey Respondents Compared with the General Population?: Using Survey-linked Death Records to Compare Mortality Outcomes. *Epidemiology* 2018; 29: 299-307
34. Mars B, Cornish R, Heron J et al. Using Data Linkage to Investigate Inconsistent Reporting of Self-Harm and Questionnaire Non-Response. *Arch Suicide Res* 2016; 20: 113-141
35. Shortreed SM, Von Korff M, Thielke S et al. Electronic Health Records to Evaluate and Account for Non-response Bias: A Survey of Patients Using Chronic Opioid Therapy. *Observational studies* 2016; 2: 24-38

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:128–139
<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>
 Online publiziert: 11. Januar 2019
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2019



Julia Thom¹ · Julia Bretschneider¹ · Nils Kraus² · Josua Handerer² ·
 Frank Jacobi²

¹ Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

² Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen

Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab?

Hintergrund und Fragestellung

Die Versorgungsepidemiologie untersucht den Einfluss von Versorgungsleistungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie Determinanten individueller Versorgungsbedarfe und -erfolge. Nimmt diese Disziplin psychische Störungen zu ihrem Forschungsgegenstand, so steht sie vor einem Paradox. Wissenschaftler aus Australien, Kanada, England und den USA stellen die Frage: „Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders?“ [1] und betrachten die zeitliche Entwicklung der Häufigkeit psychischer Störungen und ihrer Versorgung. Sie kommen zu einem zunächst unerwarteten Befund: Während das Angebot von Behandlungsleistungen erheblich ausgebaut und auch häufiger genutzt wird, kann über die Jahre dennoch kein Absinken der Prävalenzen von psychischen Störungen und ihren Symptomen verzeichnet werden.

In Deutschland werden wissenschaftlicher und öffentlicher Diskurs bislang von der Debatte um eine mögliche Zunahme psychischer Störungen dominiert, die u. a. als „Zeitkrankheiten“

unserer Gegenwartsgesellschaft interpretiert werden. Versorgungsepidemiologische Überblicksarbeiten resümieren die bemerkenswerte Häufigkeit und hohe Krankheitslast psychischer Störungen und adressieren Probleme und Kosten einer berufsgruppen-, sektoren- und kostenträgerübergreifenden Versorgung [2–6]. In Ergänzung dessen wird im vorliegenden Beitrag gefragt, inwiefern und warum die Prävalenzen psychischer Störungen auch in Deutschland angesichts beträchtlicher Investitionen in ihre Versorgung nicht sinken. Relevante nationale Daten werden präsentiert und drei Erklärungsansätze diskutiert, die sich in ihren Prämissen und Implikationen wesentlich unterscheiden [7]. Auch wenn im Folgenden die gesundheitliche Lage bei Erwachsenen im Fokus steht, da die Datenlage für diese Altersgruppe umfangreicher ist, kann angenommen werden, dass die zugrunde liegende Argumentation im Allgemeinen auch für Kinder und Jugendliche gültig ist.

Stabile Prävalenzen trotz wachsender Versorgungsangebote

In Deutschland kann in repräsentativen epidemiologischen Feldstudien kein Absinken der Häufigkeit psychischer Störungen nachgewiesen werden. Erfasst wurden diese in Zusatzmodulen zur psychischen Gesundheit im Bundesgesundheitssurvey 1998 (BGS98, Erhebungszeitraum 1997–1999) und später in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-

MH, Erhebungszeitraum 2009–2012) mittels eines standardisierten klinischen Interviews (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). So wurden auch Personen ermittelt, die zwar die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, aber keine ärztliche Diagnose oder Behandlung dieser erhalten haben (unentdeckte bzw. unbehandelte Morbidität). Die geschätzte 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen betrug für die erwachsene Bevölkerung (18–65 Jahre) im BGS98 31,1% (95%-KI: 26,7–32,6) und in DEGS1-MH 29,9% (95%-KI: 28,3–31,7) – sie blieb also im Wesentlichen gleich. Auch auf Ebene der quantitativ versorgungsrelevantesten Störungsgruppen, die in der ICD-10 unter F3 und F4 subsumiert sind, finden sich bei einem ersten groben Vergleich der Daten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Zeiträumen (**Abb. 1a**; [8]; detaillierte Auswertungen zu Depression vgl. [9]). Dieser Befund stimmt mit internationalen Studienergebnissen überein, wie systematische Reviews auf Basis von etwa 80 Originalarbeiten bilanzieren [10, 11]. Die Datenlage ist allerdings als heterogen zu bezeichnen, wobei mehrheitlich unveränderte Prävalenzen berichtet werden. Auch eine Metaanalyse findet für Depressionen und Angststörungen weltweit stabile Häufigkeiten von 1990 bis 2010 [12].

Bemerkenswerterweise lässt sich zugleich seit den 1990er-Jahren ein erheblicher Ausbau des Versorgungssystems in Deutschland beobachten. Valide Ver-

Die hier verfolgte Argumentation wurde erstmals in folgender Arbeit entwickelt: Handerer J*, Thom J*, Jacobi F (2018) Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand. Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen. Berlin: Suhrkamp. In: Fuchs T, Iwer L, Micali S (Hrsg) Das überforderte Selbst, S. 159–209. [*Geteilte Erstautorenschaft]

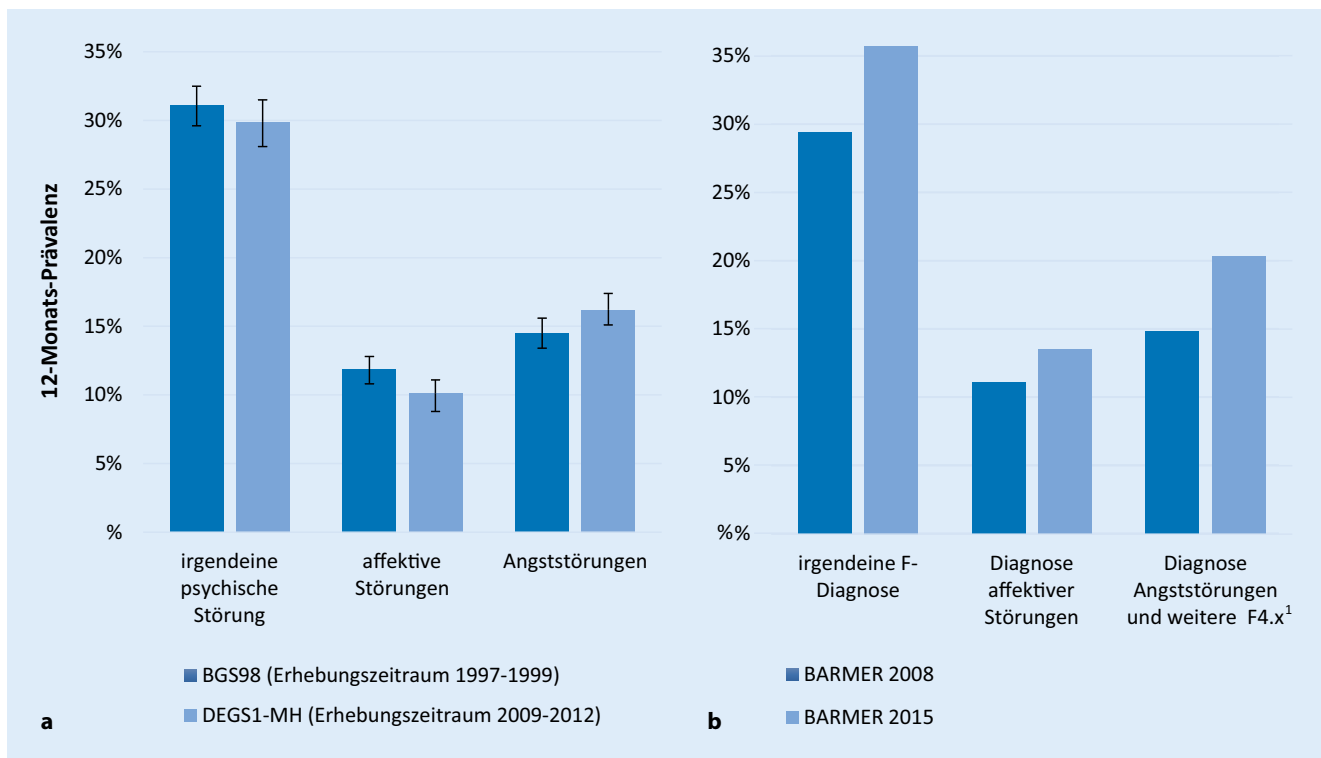


Abb. 1 ▲ Zeitliche Entwicklung der Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland. **a** Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung (BGS98 und DEGS1-MH, Altersbereich 18–65 Jahre; mit 95 %-Konfidenzintervallen; eigene Abbildung basierend auf [8]). **b** Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz der dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen am Beispiel der Versicherten der Krankenkasse BARMER (eigene Abbildung basierend auf [21, 22]).
¹Diagnosen des gesamten ICD-Abschnitts F4

gleichsdaten dokumentieren bedeutsame Zuwächse bei mehreren Indikatoren der Versorgungskapazitäten (Abb. 2a, b). Sowohl die durchschnittliche Anzahl psychiatrischer und psychosomatischer Betten [13] als auch die Fallzahl vollstationär behandelter Patienten mit Hauptdiagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen [14] ist allein in den letzten 10 Jahren um je 13 % gestiegen. Dieser Trend geht zusätzlich mit einer Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeit einher [15]. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Anzahl verordneter Tagesdosen gängiger Psychopharmaka (Neuroleptika, Tranquillantien und Antidepressiva) um ca. 50 % [16]. Unter den ambulant Behandelnden gab es zwischen 2008 und 2017 erhebliche Zunahmen der Psychologischen Psychotherapeuten (+58 %, inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Ärztlichen Psychotherapeuten (+24 %, inkl. Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie) und der Kinder- und Jugendpsychiater (+34 %), wobei die-

ser Zuwachs teilweise – wie bei allen Arztgruppen – durch einen Trend zur Teilzeittätigkeit relativiert wird [17]. Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte (inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) unterlag währenddessen nur geringen Schwankungen [17].

Neben dem Ausbau bestehender Versorgungsstrukturen sind die vergangenen zwei Jahrzehnte durch eine Vielzahl an Reformen und gesundheitspolitischen Anstrengungen geprägt. Dazu zählen z. B. das Präventionsgesetz (PrävG; 2015), die Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung nach Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG; 2015), Selektivverträge nach § 140a SGB V (Neuregelungen im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes GKV-VSG; 2015) und Modellvorhaben nach § 64b SGB V (seit 2013), die Förderung der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle im Rahmen des Innovationsfonds (seit 2016), das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische

Leistungen (PsychVVG; 2017), die Novelle der Psychotherapierichtlinie (2017), die gegenwärtige Entwicklung eines Disease-Management-Programmes für Depressionen [18], die Nutzenbewertung eines verbindlichen Screenings auf Depression im Rahmen der hausärztlichen Versorgung [19] sowie Innovationen im Bereich E-Mental-Health. Das Mitte 2018 vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [20] kommt zu dem Schluss, dass auch in Zukunft ein weiterer Ausbau nötig sein wird, da einige Ansprüche der Psychiatrie von 1975 hinsichtlich der geforderten Lebensweltorientierung und gemeindepsychiatrischen Ausrichtung nach wie vor nur unvollständig eingelöst sind, darunter z. B. die angestrebte „Ambulantisierung der Psychiatrie im Sinne eines wirklich umfassenden ambulanten Versorgungsangebots verschiedener Intensitätsstufen“ [20, S. 686].

Mit der Erweiterung der Behandlungskapazitäten geht eine wachsende

J. Thom · J. Bretschneider · N. Kraus · J. Handerer · F. Jacobi

Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab?

Zusammenfassung

In Deutschland haben der deutliche Ausbau und die häufigere Nutzung von Versorgungsangeboten in den letzten Dekaden nicht zu sinkenden Prävalenzen psychischer Störungen geführt.

Zur Deutung dieses Phänomens werden drei Erklärungsansätze diskutiert: 1) Prävention und Versorgung sind mangelhaft und ineffektiv, 2) eine durch zunehmende gesellschaftliche Risiken wachsende Morbidität wirkt Versorgungserfolgen entgegen oder 3) ein psychologischer Kulturwandel bedingt sowohl die häufigere Wahrnehmung als auch Behandlung psychischer Symptome und Störungen. Zur Bewertung dieser theoretischen Erklärungsmodelle werden Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys und Versorgungsforschung in Deutschland sowie

die international geführte Debatte präsentiert und diskutiert.

Für alle drei Erklärungsmodelle lassen sich Belege finden: 1) Probleme bei der Implementierung von Präventionsmaßnahmen, beim Zugang zu Behandlungsangeboten und bei deren Qualität sind dokumentiert, 2) Einflüsse der vielgestaltigen Entwicklung von gesellschaftlichen und kulturellen Risikofaktoren auf Häufigkeit und Folgeschwere psychischer Störungen können nicht ausgeschlossen werden und 3) die auch hierzulande steigende Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hinsichtlich psychischer Störungen legt nahe, dass (Lebens-)Probleme heute häufiger psychologisch interpretiert und behandelt werden.

Zur Bewertung von Veränderungen in der Versorgungslandschaft und ihren Auswirkungen sollten neben Prävalenzen psychischer Störungen auch Inzidenzen (und deren potenzielle Verringerung durch Präventionsmaßnahmen) sowie Indikatoren des Behandlungsbedarfes (wie z. B. Funktionseinschränkungen) und der Mortalität (wie z. B. Suizide und verkürzte Lebenserwartung) berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Prävalenz psychischer Störungen · Versorgung und Prävention psychischer Störungen · Behandlungsbedarf · Gesellschaftliche Risikofaktoren · Gesundheitskompetenz

Healthcare epidemiology of mental disorders. Why is the prevalence not declining despite growing provision of care?

Abstract

In Germany, the significant increase of healthcare provision and service use in recent decades has not resulted in a decreasing prevalence of mental disorders.

Three explanations for this phenomenon are considered: 1) prevention and the healthcare system are insufficient and ineffective, 2) the success of the healthcare service is masked by growing morbidity due to increasing societal risks, and 3) a fundamental shift towards a psychological culture accounts for an increasing perception and treatment of mental disorders and their symptoms at the same time. In order to review these three theoretical approaches, results from

population-based health surveys and healthcare research in Germany as well as the international debate are presented and discussed.

The present results provide evidence for each of the three explanations: 1) problems with implementation of preventive actions and access to healthcare services are well documented, 2) influences of the multifaceted development of risk factors on the prevalence and disease burden of mental disorders cannot be ruled out, and 3) a growing mental health literacy implies that problems (in everyday life) are currently more often interpreted and treated psychologically.

For the purpose of evaluating changes in the healthcare system, not only should the prevalence of mental disorders be considered, but also incidence (and their potential reduction by preventive measures) as well as indicators of need for treatment (i. e. functional impairment) and mortality (i. e. suicides and reduced life expectancy).

Keywords

Prevalence of mental disorders · Healthcare and prevention of mental disorders · Need for treatment · Societal risk factors · Mental health literacy

Bedeutung psychischer Störungen im Versorgungsgeschehen einher. Krankenkassen, wie z. B. die BARMER, verzeichnen einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils an Versicherten mit einer F-Diagnose. Im Jahr 2008 erreichten die 12-Monats-Prävalenzen 29,4% [21], im Jahr 2016 bereits 36,3% ([22]; **Abb. 1b**). Gleichmaßen begründen Diagnosen psychischer Störungen häufiger krankheitsbedingte Fehlzeiten. 1997 waren 6,4% aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-

Tage) der DAK-Versicherten auf Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen zurückzuführen, bis 2015 hat sich ihr Anteil mit 15,4% [23] mehr als verdoppelt (**Abb. 3a**). Während die Gesamtzahl der AU-Tage in den letzten 20 Jahren bei einigen Schwankungen weitgehend konstant geblieben ist, ist die Zunahme bei den durch F-Diagnosen begründeten AU-Tagen auf 218% als erheblich zu bewerten. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch bei den

Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit beobachten (**Abb. 3b**). Obwohl seit den 1990er-Jahren insgesamt ein Rückgang beobachtbar ist, stieg zugleich sowohl die Zahl der Berentungen aufgrund von psychischen Störungen als auch deren Anteil an der Gesamtzahl aller Erwerbsminderungsrenten, Letzterer sogar stark von 15,3% im Jahr 1993 auf 42,6% im Jahr 2015 [24]. Die Entwicklungen bei den Fehlzeiten und Berentungen implizieren somit

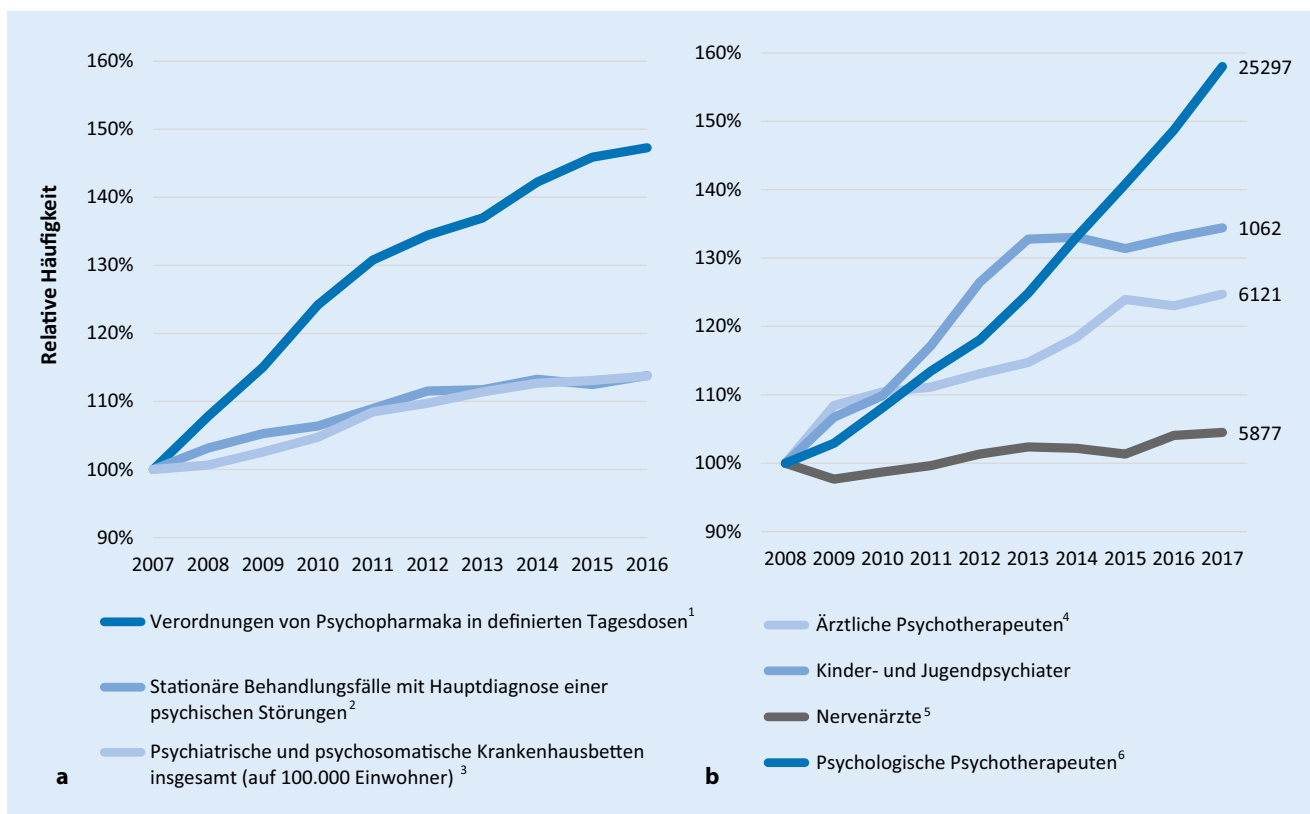


Abb. 2 ▲ Zeitliche Entwicklung der Versorgungsangebote in Deutschland für Menschen mit psychischen Störungen. **a** Relative Entwicklung verschiedener Indikatoren zwischen 2007 (Bezugsjahr = 100 %) und 2016 (eigene Abbildung). ¹Anzahl verordneter Tagesdosen von Neuroleptika, Tranquillantien und Antidepressiva zusammengefasst [16]. ²Fallzahl vollstationär behandelter Patienten mit Hauptdiagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen [14]. ³Anzahl psychiatrischer und psychosomatischer Betten insgesamt (je 100.000 Einwohner; [13]). **b** Relative Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandler zwischen 2008 (Bezugsjahr = 100 %) und 2017 (eigene Abbildung basierend auf [93]). Zählung pro Kopf. Definition der Arztgruppen gemäß Bundesarztregister. ⁴Ärztliche Psychotherapeuten inkl. Fachärzte für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. ⁵Nervenärzte inkl. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. ⁶Psychologische Psychotherapeuten inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

einen deutlichen Anstieg der indirekten Kosten psychischer Störungen für die Volkswirtschaft. Auch für deren direkte Krankheitskosten, die vorrangig durch Therapie und Rehabilitation im Gesundheitswesen anfallen, wird bereits in dem verhältnismäßig kurzen Vergleichszeitraum von 2002 bis 2008 ein Anstieg um 23,5 % auf insgesamt 30,3 Mrd. € geschätzt [25], womit diese Diagnosegruppe im Jahr 2015 bei den Frauen den Spitzenplatz der kostenträchtigsten Erkrankungen in Deutschland einnahm [26].

Theoretisch ist davon auszugehen, dass effektive Präventionsmaßnahmen und ein erfolgreiches Versorgungssystem ein Absinken von Erkrankungshäufigkeiten bedingen. Aus einer translationalen Public-Health-Perspektive beschreiben Symptomprogressionsmodelle die

Ätiologie psychischer Störungen als psychopathologische Eskalation vorübergehender initialer Symptome zu chronischen und komorbiden Manifestationen im zeitlichen Verlauf [27, 28] und finden in Längsschnittstudien auch aus Deutschland empirische Bestätigung [28]. Da der epidemiologische Kennwert der Prävalenz einer Störung (Häufigkeit zu einem gegebenen Zeitpunkt) durch die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) und Erkrankungsdauer (Episodendauer und -häufigkeit) determiniert wird, werden entlang des ätiologischen Verlaufs verschiedene Mechanismen erkennbar, die in einem Rückgang der Prävalenz auf Bevölkerungsebene einen Niederschlag finden müssten. So sollte die Primärprävention psychischer Störungen in der gesunden Bevölkerung und die Sekundär- bzw. indizierte Prävention im

Sinne frühzeitiger Interventionen bei noch nicht voll ausgeprägten Störungsbildern in einer verminderten Inzidenz resultieren und so ihrerseits zur Prävalenzreduktion beitragen. Gleichmaßen sollten die Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen im Sinne der Tertiärprävention deren Dauer sowie Rezidive und Komorbidität reduzieren und auf diesem Wege die Prävalenzen senken. Unabhängig davon tragen Spontanremissionen und (Über-)Sterblichkeit zu einer Verringerung der Zahl prävalenter Fälle bei.

In Anbetracht der stabilen Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland scheinen die prävalenzreduzierenden Mechanismen jedoch nicht (messbar) zu greifen. In der Literatur finden sich verschiedene Interpretationen dieses Phänomens, die sich zu drei Erklärungs-

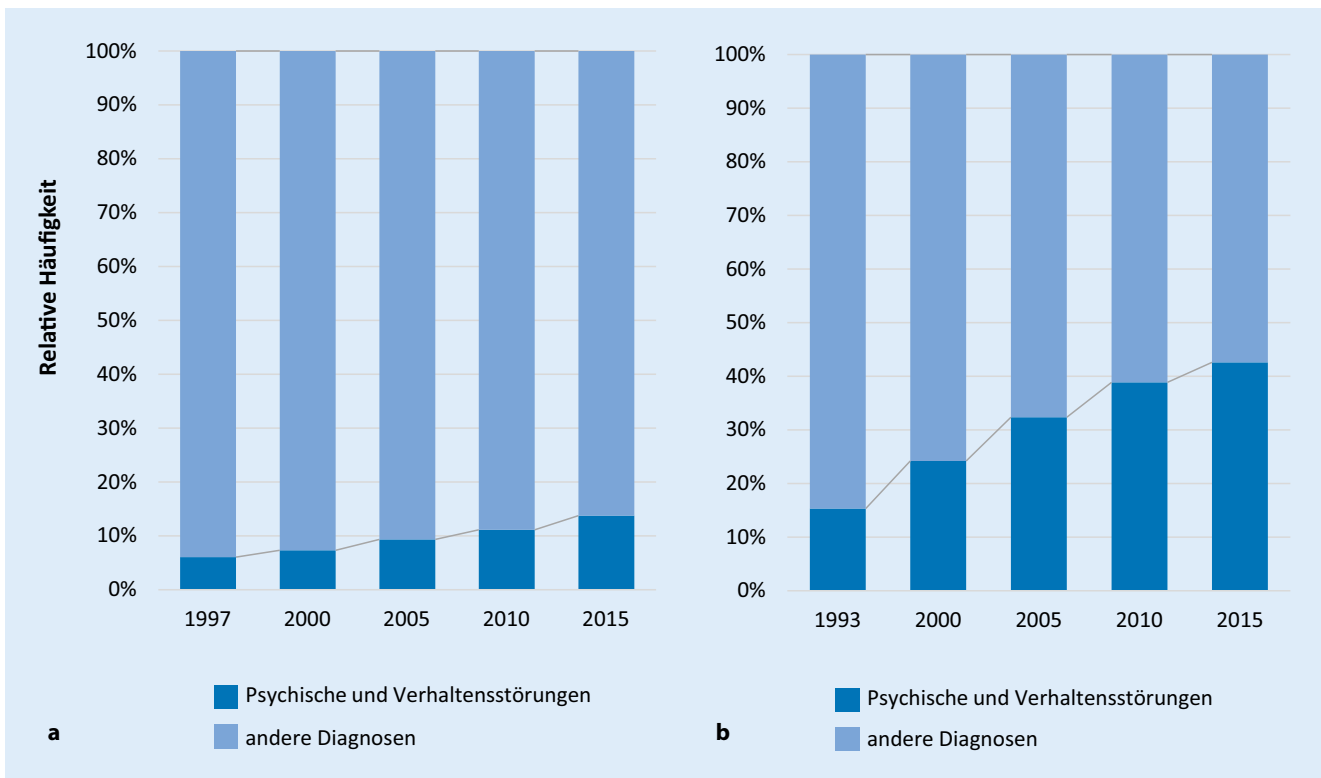


Abb. 3 ▲ Zeitliche Entwicklung von Fehlzeiten (a) und Erwerbsminderungsrenten (b) aufgrund von psychischen Störungen in Deutschland. **a** Relative Entwicklung des Anteils von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund der Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen am Beispiel der Gesamtzahl Versicherter bei der Krankenkasse DAK im Zeitraum 1997–2015 (eigene Abbildung basierend auf [23]). **b** Relative Entwicklung des Anteils der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund der Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen an der Gesamtzahl Versicherter bei der Deutschen Rentenversicherung Bund im Zeitraum 1993–2015 (eigene Abbildung basierend auf [24])

ansätzen zusammenfassen lassen [1, 7]. Diese unterscheiden sich grundlegend in ihren konzeptuellen Vorannahmen über das Wesen psychischer Störungen sowie den daraus abzuleitenden Implikationen.

Erklärung 1: Mangelhafte Prävention und Versorgung

Der erste Erklärungsansatz begründet die stagnierenden Prävalenzen psychischer Störungen trotz steigender Quantität an Maßnahmen mit einem harten Urteil über deren Steuerung und Qualität: Störungshäufigkeiten sinken in dieser Perspektive deshalb nicht, weil Prävention und Versorgung ineffektiv sind.

Präventionsmaßnahmen sind ausbaufähig

Die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zur Verhütung psychischer Störungen ist empirisch gut belegt [29]. Auch

wenn häufig nur moderate oder kurzfristige Effekte nachgewiesen werden können [30], erweisen sich Programme als kosteneffektiv [31]. Da nur mit deren Hilfe eine Senkung von Inzidenzen psychischer Störungen erzielt werden kann, wird eine Priorisierung präventiver gegenüber kurativen Maßnahmen gefordert [32]. Dennoch mangelt es sowohl in Deutschland [33] als auch international an koordinierten Präventionsstrategien [1]. So wird zwar eine Vielzahl hochwertiger Programme bspw. in der Datenbank „Grüne Liste Prävention“ [34] dokumentiert, diese sind jedoch nicht routinemäßig in den Lebenswelten implementiert. Auch in der Regelversorgung spielt Prävention eine nachgeordnete Rolle [35], selbst wenn z. B. multidisziplinäre Früherkennungs- und Frühinterventionszentren auch in Deutschland gute Erfolge aufweisen können [36]. Als Fortschritt ist dagegen die Erweiterung der kinderärztlichen U-Untersuchungen

im 7. bis 10. Lebensjahr (U10, U11) seit 2006 zu bewerten, in denen die psychische Gesundheit bei Schulkindern fokussiert wird [37]. Im internationalen Vergleich besonders wenig etabliert sind in Deutschland Angebote zur Förderung psychischer Gesundheit, die bisher nur selektiv für z. B. berufliche Hochrisikogruppen (Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr) angeboten werden [38]. Es ist zu hoffen, dass sich mithilfe des Präventionsgesetzes (2015) hier langfristig Public-Health-Gewinne erzielen lassen.

Viele behandlungsbedürftige Personen kommen nicht in Kontakt mit dem Versorgungssystem

Auf die Fragen, ob sie aufgrund von psychischen Beschwerden jemals Hilfe in der ambulanten oder stationären Versorgung oder in komplementären Einrichtungen wie Beratungsstellen gesucht hätten, antworten in DEGS1-

MH (2009–2012) 57 % der Studienteilnehmenden mit CIDI-Diagnose einer psychischen Störung in den letzten 12 Monaten mit „Nein“ [39]. 12 Jahre zuvor, im BGS98 (1997–1999) waren dies noch 62 %, was einen leichten Trend zu einer verstärkten Hilfesuche sichtbar macht. Diese variiert jedoch deutlich zwischen den Störungsbildern und liegt bei möglichen psychotischen sowie Panikstörungen ca. dreimal so hoch wie bei Alkoholmissbrauch [40]. Außerdem vergehen nach dem erstmaligen Auftreten einer Störung meist viele Jahre bis zum ersten Kontakt zu einem spezialisierten Behandler, bei Angst- oder depressiven Störungen durchschnittlich 6–7 Jahre [40]. Eine solche Versorgungslücke („treatment gap“) entspricht internationalen Befunden [41].

Einschränkend auf die Hilfesuche wirkt sich eine geringe lokale Verfügbarkeit von spezialisierten Versorgern aus, die für viele Regionen in Deutschland besteht [42]. So ist die regionale Dichte ambulanter Nervenärzte und Psychotherapeuten bei Personen mit 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung positiv mit der Kontaktaufnahme zu diesen Behandlern korreliert [43]. Werden Patienten explizit danach befragt, beschreiben sie retrospektiv vielfältige Barrieren der Hilfesuche, darunter eine späte Diagnose- und Indikationsstellung, mangelnde Information über psychische Störungen und Behandlungsmöglichkeiten sowie das Fehlen von Krankheitsbewusstsein oder -einsicht [44], darunter auch die (Selbst-)Stigmatisierung psychischer Störungen [45].

Selbst wenn Patienten entsprechenden Kontakt hatten, bleiben psychische Störungen häufig unversorgt. So wird aufseiten der Behandelnden die Sensitivität und Spezifität in der hausärztlichen Diagnostik psychischer Störungen kritisch diskutiert. Im Ergebnis einer internationalen Metaanalyse werden am Beispiel von Depressionen nur 47 % der Fälle in der allgemeinmedizinischen Praxis korrekt erkannt [46], was sich in deutschen Studien bestätigt [47, 48]. Befragte Hausärzte begründen dies u. a. mit abweichenden Konzepten dessen, was eine Depression sei [49]. Dies trägt dazu bei, dass zwischen Depressionsdiagnosen

im Versorgungsgeschehen und jenen, die mittels standardisierter klinischer Diagnostik bspw. in Bevölkerungsstudien ermittelt werden, nur eine geringe Übereinstimmung besteht [50, 51].

Im Zusammenwirken dieser Faktoren ist es wahrscheinlich, dass nach wie vor eine große Anzahl von Personen trotz Behandlungsbedarfes ohne Zugang zu Versorgungsangeboten bleibt.

Versorgungsleistungen weisen Qualitätsmängel auf

Für die Fälle, bei denen ein Zugang zu Behandlungsangeboten gelingt, müssen jene von ausreichender Qualität sein, um sich schließlich in sinkenden Prävalenzen niederschlagen. Verschiedene Befunde stellen dies in Hinblick auf Effektivität und Effizienz der Versorgung psychischer Störungen infrage.

Eine geringe Einhaltung der nationalen Versorgungsleitlinie wird am Beispiel von Depressionen nachgewiesen. In Analysen von GKV-Daten konnte für die Hälfte aller behandlungsrelevanten Depressionsfälle entweder gar keine oder keine i. S. der Leitlinie ausreichend lange Behandlung nachgewiesen werden [52]. Eine Querschnittsstudie aus der Primärversorgung bestätigt dies für 60 % der Patienten mit Indikation einer Behandlung durch Antidepressiva und/oder Psychotherapie [53]. Hieran haben auch die genannten Unschärfen in der Diagnose- und Codierpraxis einen Anteil.

Im Behandlungsverlauf addieren sich zu diesen Schwierigkeiten in der Primärversorgung weitere Qualitätsverluste, die in dem zwar gut ausgebauten, aber zu wenig vernetzten deutschen Versorgungssystem durch eine mangelnde Kooperation über Sektoren-, Arzt- und Berufsgruppengrenzen hinweg entstehen (Überblick bei [20, 54]). Die Überweisungsrate aus der Primär- in die Sekundärversorgung ist gering: Nahezu drei Viertel aller Personen mit einer im Versorgungsalltag codierten F-Diagnose (d. h. psychische oder Verhaltensstörung im ICD-10) in der ambulanten Versorgung werden ausschließlich in Praxen für Allgemein- oder somatische Medizin behandelt und erfahren so keine fachärztliche Abklärung [55]. Unter den

ambulant behandelten schweren Depressionen verbleiben 38 % in der Hausarztpraxis [56]. Unter den stationären Patienten mit Hauptentlassungsdiagnose einer psychischen Störung wird ein erheblicher Teil in somatischen Abteilungen behandelt (32 % im Jahr 2001), meist mit nicht einmal halb so langer Verweildauer wie in der Psychiatrie [57].

Als besonders problematisch gestaltet sich der Übergang zwischen den Sektoren. Bei Patienten mit Depressionen zeigt sich, dass sich die Überweisung in die stationäre Versorgung erstaunlich wenig nach dem Schweregrad richtet, da sowohl bei leichten als auch schweren Depressionen ein vergleichbarer Anteil (66 % bzw. 64 %) ausschließlich im ambulanten Sektor behandelt wird [56]. Aus Sicht der Leistungserbringer wird dagegen besonders der Übergang aus teil-/stationärer Versorgung in den ambulanten Sektor als schwierig eingeschätzt, wie eine Befragung durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ergab [20]. Die Koordination der verschiedenen Akteure im Versorgungsalltag wird von ca. der Hälfte der Befragten als „eher nicht gut“ bis „gar nicht gut“ eingeschätzt. 20–30 % der stationären Fälle werden als „ambulant-sensitiv“ bewertet, d. h. als durch eine verbesserte ambulante Versorgung vermeidbar [20]. Eine vergleichbare Studie nimmt dies sogar für 70 % der stationär versorgten Patienten mit Depressionen an [58].

Eine zentrale Ursache für diese Fälle sowie die Schnittstellenprobleme liegt in den mehrmonatigen Wartezeiten auf sowohl ambulante als auch geplante stationäre Behandlungen [20]. Auch nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie warten Patienten laut Bundespsychotherapeutenkammer im Schnitt 20 Wochen auf einen Behandlungsplatz bei psychologischen Psychotherapeuten [59].

Die Studienlage zur Evaluation sektorenübergreifender Versorgungsmodelle ist noch wenig belastbar, enthält aber bereits vielsprechende Hinweise darauf, dass eine Priorisierung der ambulanten Versorgung bessere gesundheitliche Outcomes sowie eine höhere Patientenzufriedenheit erzielen kann als die bisherige Regelversorgung [60]. Diese

Vorteile begründen sich auch in einer besseren Regelung der Kooperation der beteiligten Arzt- und Berufsgruppen. Diese wird von den Beteiligten bisher als wenig festen Routinen folgend beschrieben und vollzieht sich eher „intuitiv“, einzelfallbezogen und spontan, wobei jedoch die Patienten kaum bei der Wahl der geeigneten Hilfesysteme mitbeteiligt sind [61]. Werden Patienten nach der Ansprechbarkeit und Reagibilität (engl.: „responsiveness“) der psychiatrisch-psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung befragt, zeigt sich, dass vor allem deren legitime Erwartungen an eine unmittelbare Verfügbarkeit des Systems und an die Wahrung ihrer Autonomie enttäuscht werden, insbesondere in Bezug auf Partizipation im Behandlungsprozess [62]. In diesem Zusammenhang muss allerdings ebenso berücksichtigt werden, dass Patienten selbst nicht immer behandlungsbereit sind. Dies zeigt sich u. a. in internationalen Studien zur Compliance in der Psychopharmakotherapie [63] mit sich wandelnden Präferenzen, bspw. zugunsten psychotherapeutischer Behandlung [45].

Diese Befunde machen wesentliche Optimierungspotenziale in der Versorgung psychischer Störungen deutlich. Dennoch betreffen Über-, Unter- und Fehlversorgung keineswegs alle Patienten. Somit ist es schwer vorstellbar, dass die erhebliche Ausweitung des Versorgungsangebotes ohne jeden Effekt auf die Häufigkeit psychischer Störungen geblieben ist. Hinweise darauf finden sich, wenn anstelle der Morbidität psychischer Störungen deren Mortalität in den Blick genommen wird. So ist eine eindeutig positive Entwicklung bei den Suizidraten in Deutschland zu verzeichnen. Wie eine vertiefende Analyse der Todesursachenstatistik zeigt, hat sich die Zahl der Todesfälle durch Suizid zwischen 1980 und 2006 in einem kontinuierlichen Abwärtstrend mehr als halbiert (–55,7%; [64]). Da schwere psychische Störungen zu den zentralen Prädispositionen für vollendete Suizide zählen, könnte man aus der verminderten Sterblichkeit auf Erfolge in deren Behandlung schließen. Ein solcher Effekt einer höheren Überlebensrate könnte sich langfristig

in steigenden Prävalenzen v. a. schwerer bzw. chronischer psychischer Störungen niederschlagen, was in diesem Begründungszusammenhang auf den zweiten Blick ein günstiges Ergebnis wäre. Betrachtet man darüber hinaus die Übersterblichkeit von Menschen mit psychischen Störungen aufgrund von komorbiden somatischen Erkrankungen [65], wäre bei verbesserter somatischer Behandlung aufgrund gewonnener Lebensjahre gleichermaßen mit schließlich höheren Prävalenzen psychischer Störungen zu rechnen.

Obwohl zwar Mängel in der Versorgung psychischer Störungen evident sind, kann aus diesen weder unmittelbar noch widerspruchsfrei auf die Prävalenzentwicklungen geschlossen werden, weshalb im Folgenden zwei weitere Erklärungsansätze in Betracht gezogen werden sollen.

Erklärung 2: Wachsende Morbidität

Der zweite Erklärungsansatz geht im Gegenteil von einer wirksamen Versorgung aus. Allerdings bleiben Prävalenzraten theoretisch auch dann unverändert, wenn die Erfolge einer tatsächlich effektiven Versorgung maskiert werden durch eine gegenläufige Zunahme der Morbidität. Mit dieser ist auf Bevölkerungsebene zu rechnen, wenn sich die Quantität oder Qualität von Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit für einen bedeutsamen Teil der Population nachteilig entwickeln. Somit wäre der Ausbau von Versorgungsangeboten durch einen tatsächlich wachsenden Bedarf gerechtfertigt.

Ein solches Denkmodell ist vor allem aus kulturpessimistischen Gegenwartsdiagnosen bekannt, in denen die Grenzen zwischen Psycho- und Gesellschaftsanalyse verschwimmen. Psychische Störungen erscheinen als „Kultur- oder Zeitkrankheiten“ infolge eines pathogenen gesellschaftlichen – häufig insbesondere ökonomischen – Wandels. Dieser hindert den Menschen im Sinne der Entfremdung daran, sich gemäß seiner natürlichen Anlagen zu entfalten, und mache somit krank [65, 66]. Als solches werden Entwicklungen des Werteverfalls betrachtet, wie z. B. eine fortschreiten-

de Individualisierung, sich ausbreitende Selbstbezogenheit, das Verschwinden des öffentlichen Lebens, in jüngeren Arbeiten auch eine um sich greifende Beschleunigung [67] und Selbstausbeutung [68]. In manchen sozialwissenschaftlichen Modellen wird die gewohnte Zählweise der Epidemiologie dadurch gar auf den Kopf gestellt: „Krank“ sind die vielen, die sich an die Gesellschaft anpassen, und „gesund“ die wenigen, die an ihr leiden und in ihr als „verrückt“ gelten [69].

Doch auch die klassische epidemiologische Forschung kommt ohne vordergründiges gesellschaftskritisches Motiv zu vergleichbaren Hypothesen. In Erklärungsnot angesichts ausbleibender Auswirkungen von Investitionen in die Versorgung psychischer Störungen vermuten beispielsweise Mulder et al.: „Despite access to costly biomedical treatment, something central to recovery appears to be missing in the social fabric of developed countries. It seems likely that factors such as income inequality, discrimination, prejudice, unemployment and strongly materialistic and competitive values may contribute to increased mental stress“ [70]. Auf der Suche nach Ursachen wachsender Morbidität betrachten Jorm et al. [1] in der eingangs zitierten Arbeit dagegen auch kollektive kritische Lebensereignisse wie das Auftreten von Naturkatastrophen, Wirtschaftskrisen, terroristische Angriffe oder politische Konflikte.

Bei dem Versuch, derartige Modelle für die Prävalenzentwicklung psychischer Störungen in Deutschland zu prüfen, wird jedoch dessen wissenschaftliche Schwäche deutlich: Weder wird die Auswahl der vermeintlich pathogenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Ereignisse nachvollziehbar erläutert noch fundiert erklärt, wie genau und in welchem Umfang sich etwa Werteverfall oder politische Krisen auf psychische Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung auswirken mögen [71]. Auch wenn die Annahme einer belastenden Wirkung nicht einer Common-Sense-Logik entbehrt, ist sie jedoch nicht tragfähig genug, um damit einen mutmaßlichen Anstieg der psychischen Morbidität zu begründen.

Schlüssiger zu beantworten ist dagegen die Frage, wie sich empirisch

gut abgesicherte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit in Deutschland in den vergangenen Jahren entwickelt haben. So liegt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen mit 36,7% bei Menschen im jungen Erwachsenenalter (18–34 Jahre) deutlich höher als in der Altersgruppe 65–79 Jahre (20,3%; [72]) und auch im letzten Lebensabschnitt (75+) sind die Prävalenzen internationalen Befunden nach erhöht (z. B. [73]). Ein vergleichbares Gefälle besteht zwischen dem Fünftel der Bevölkerung mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status (37,9%) gegenüber dem Fünftel mit dem höchsten Einkommen sowie Bildungs- und Berufsstatus (22,0%; [72]). Für eine Vielzahl einzelner Störungsbilder wurden darüber hinaus erhöhte Risiken nachgewiesen für Personen ohne Partnerschaft, Bevölkerung in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern sowie somatisch erkrankte und erwerbslose Menschen [72, 74].

Sofern sich diese Risiken verbreiten, wäre auch mit einer Ausweitung psychischer Morbidität zu rechnen. Eine fundierte und umfassende Bewertung des sozialen Wandels in Deutschland übersteigt den Rahmen dieser Arbeit – anhand von Beispielen möglicher Indikatoren wird jedoch bereits deutlich, dass sich auch hier ein gemischtes Bild zeichnen lässt. So hat sich der Bildungsstand der Bevölkerung nach der Jahrtausendwende deutlich verbessert [75] und die Zahl der erwerbslosen Personen hat sich nach Schwankungen mit Höhepunkten in den Jahren 1997 und 2005 mehr als halbiert [76]. Zugleich ist die Armutsquote von 1992 bis 2014 stetig von 10,3% auf 13,9% gestiegen. Auch die Zahl alleinstehender Menschen ist von 2004 bis 2014 um 16,3% angewachsen [76].

Wenn sich aus den so beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen keine eindeutigen Anhaltspunkte für eine steigende psychische Morbidität ableiten lassen, kann dies allerdings auch an der Beschränkung auf etablierte und in Bevölkerungsstudien gut messbare Risikofaktoren liegen. Um eine Evidenzbasis zu schaffen, mit der aktuelle bzw. neue Determinanten psychischer Gesundheit abbildbar sind, müssen neue potenzielle Risiken, wie bspw. Fluchterfahrungen

oder Folgen der Digitalisierung der Lebenswelt, Eingang in die epidemiologische Forschung finden. Gleichmaßen müssen aber auch neue Schutzfaktoren psychischer Gesundheit mitgedacht werden, die angesichts möglicher wachsender Risiken als Puffer und Ressourcen von Resilienz einen erheblichen Einfluss auf resultierende Prävalenzen haben können und nicht im Zuge einer Verklärung der Vergangenheit und katastrophisierender Gegenwarts kritik außer Acht gelassen werden sollten [12, 77].

Schließlich muss hinterfragt werden, ob Prävalenzen psychischer Störungen überhaupt der richtige Indikator sind, um die Versorgungsexpansion zu evaluieren. Diese sollte sich vorrangig nach der Entwicklung des Behandlungsbedarfes der Bevölkerung richten. Auch wenn der Begriff kontrovers diskutiert wird, gilt sowohl für alle Erkrankungen im Allgemeinen [78] als auch für psychische Störungen im Speziellen [79], dass Behandlungsbedarf nicht mit dem bloßen Vorliegen von Symptom-, Ein- und Ausschlusskriterien im Sinne der ICD-Kriterien identisch ist. Ausschlaggebend sind vielmehr das Maß funktioneller Beeinträchtigung durch die Störung, d. h. Einschränkungen bei der Durchführung täglicher Aktivitäten und sozialer Teilhabe [80], sowie die Prognose eines aktuellen Querschnittsbefunds hinsichtlich Symptomprogression, Entwicklung von Komorbiditäten und Chronifizierung. Die Frage, welchen Einfluss gesellschaftlicher Wandel auf diese hat, ist eine andere als die oben gestellte. So ist denkbar, dass z. B. die heutige Arbeitswelt mehr als früher eine stabile psychische Gesundheit voraussetzt, da in der Informations- und Dienstleistungsgesellschaft anstelle von handwerklichen oder körperlichen Fähigkeiten vermehrt Soft Skills, Emotionsarbeit, Teamfähigkeit, Multitasking oder lebenslanges Lernen gefordert werden. Folglich schränken psychische Störungen die berufliche Funktionsfähigkeit in stärkerem Maße ein [81] und es bleiben weniger Nischen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Entsprechend steigen deren Risiken für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Selbst wenn der Wandel der (Arbeits-)Gesellschaft so gesehen nicht an sich pathogen wäre, wür-

de er zu einer stärkeren Krankheitslast psychischer Störungen führen. In diesem Sinne würde die Ausweitung von Behandlungsangeboten trotz stabiler Prävalenzen eine adäquate Anpassung des Systems an eine veränderte Bedarfslage darstellen.

Erklärung 3: Psychologischer Kulturwandel

Auch der dritte Erklärungsansatz geht zunächst von einer positiven Bewertung der Versorgungsqualität und -effektivität aus, sieht diese jedoch von einem anderen Prozess unterminiert, der paradoxerweise auch den Ausbau der Versorgungsangebote selbst speist. Als solcher wird im wissenssoziologischen oder auch kulturhistorischen Diskurs ein umfassender kultureller Wandel betrachtet, in dem psychologische Theorien und Praktiken zunehmend an Einfluss gewinnen und unser Welt- und Selbstverständnis entscheidend prägen (z. B. [7, 82, 83]). Von diesem Standpunkt aus sinken die Prävalenzen psychischer Störungen deshalb nicht, weil (Lebens-)Probleme heute häufiger als psychische Probleme erlebt, interpretiert und auch behandelt werden. Sowohl der Ausbau des Versorgungssystems als auch die Zunahme des Erlebens einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit wurzeln beide in zunehmender Psychologisierung menschlicher Lebenswirklichkeit. Insofern stehen die verstärkte Behandlung psychischer Störungen und deren gleichbleibende Prävalenzen nicht in einem Widerspruch zueinander, sondern bedingen sich wechselseitig.

Die Annahme, dass psychologisches oder therapeutisches Wissen seinen Gegenstand zum Teil selbst hervorruft, wird auch in der Epidemiologie und Versorgungsforschung vertreten. So interpretieren Vertreter von Leistungsträgern und -erbringern steigende Diagnosezahlen psychischer Störungen in Krankenkassendaten als Resultat einer verstärkten Aufmerksamkeit auf psychische Gesundheit in den Medien und bei Behandelnden, u. a. im Zusammenhang mit einer intensivierten ärztlichen Fortbildung [84]. So hätten sich die Sensitivität auf Behandlerseite sowie die

Sensibilität auf Patientenseite verbessert und würden heute zu einem häufigeren Erkennen psychischer Störungen im Versorgungsgeschehen führen. Empirisch wird dies vorrangig als Gesundheitskompetenz bezüglich psychischer Gesundheit und Störungen (engl.: „mental health literacy“) konzeptualisiert, welche Wissen und Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen i. S. v. Stigmatisierung sowie Kompetenzen im Hilfesuchverhalten umfasst [85]. Bereits seit den 1990er-Jahren zeichnet sich in Deutschland [86] sowie anderen Industrienationen bzw. Ländern mit hohem Bruttonationaleinkommen eine Zunahme der Mental Health Literacy ab [87], die jedoch nicht mit einer geringeren sozialen Distanz zu Betroffenen verbunden ist. Ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit scheint also ambivalent zu sein: Während sie als Gesundheitskompetenz zwar eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ermöglichen kann, steigert sie zugleich die Fähigkeit zur Introspektion und psychologischen Selbstdeutung. Diese Sensibilisierung kann zu einer negativeren Einschätzung der eigenen psychischen Gesundheit beitragen [88, 89] und auch auf Behandlerseite die Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit erschweren [90]. In der bereits genannten Metaanalyse steigt die wahrgenommene psychische Belastung weltweit zwischen 1990 und 2010 signifikant an, während die Prävalenzen psychischer Störungen aber stabil bleiben [12]. Für Depressionen erweist sich eine geringe Mental Health Literacy empirisch sogar als Schutzfaktor [91].

Folgerungen und Fazit

Die Versorgungsepidemiologie muss konstatieren, dass trotz der Ausweitung von Behandlungsangeboten für psychische Störungen deren Prävalenz in der Bevölkerung nicht sinkt. Sehr wahrscheinlich tragen Faktoren aller drei Erklärungsansätze zu den stabilen Prävalenzen bei und stehen zudem in Wechselwirkungen: Präventions- und Versorgungsmängel limitieren Gesundheitsgewinne, Risiko- und Bedarfslagen unterliegen einem ständigen his-

torischen Wandel, neue kulturelle und wissenschaftliche Konzepte prägen die Definition von Behandlungsbedarf und Gestaltung der Behandlungspraxis. In ihren Implikationen jedoch sind die drei Ansätze trennscharf und dabei kaum mehr widersprüchlich:

1. Eine gesundheitspolitische Priorisierung kurativer Angebote vor präventiven Angeboten ist zur Verringerung von Häufigkeit und Krankheitslast psychischer Störungen nicht zielführend. Bewertet man die aktuelle Versorgungssituation als unzulänglich, kann neben den diagnostischen Kompetenzen der v. a. primärärztlichen Praktiker auch die Praktikabilität der klassifikatorischen Diagnostik in Zweifel gezogen und Optimierungsbedarf angemeldet werden. Unabhängig davon kann die Fixierung auf Prävalenzen als zentrales Outcome zur Bewertung von Versorgungsmaßnahmen hinterfragt werden. Wie in Evaluationsstudien der Versorgungsforschung etabliert, sollten Parameter des Behandlungsbedarfes maßgeblicher sein, wie z. B. die Funktionsfähigkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen. Neben deren Morbidität muss auch die Mortalität berücksichtigt werden. Ferner ist in Bezug auf Verhinderung von Inzidenzen sowie die Zeit, die auf individueller wie auf gesellschaftlicher Ebene mit psychischer Erkrankung verbracht wird (einschließlich Entwicklung von Komorbiditäten, Episodenzahl und -dauern), verstärkt eine ätiologisch orientierte und entwicklungsbezogene Perspektive zu fordern, die sich in geeigneter Prävention auf verschiedenen Ebenen niederschlägt.
2. Diskutiert man die Bedeutung gesellschaftlicher Risikofaktoren, so ist Handlungsbedarf nicht erst geboten, wenn sich diese verändern bzw. zunehmen. Auch aus querschnittlichen Ergebnissen zu gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich Maßnahmen ableiten, die z. B. auf den sozialen Gradienten der psychischen Gesundheit abzielen. Besonders vorsichtig muss Kulturkritik gelesen werden, in

der vorrangig „überforderte“ Eliten porträtiert werden, denen ein pathogenes „Zuviel“ an z. B. Arbeit oder Freiheit attestiert wird – während epidemiologische Daten die Risikogruppen für psychische Störungen vielmehr durch ein „Zuwenig“ an sozialem, kulturellem oder ökonomischem Kapital kennzeichnen. Auch wenn ihr wissenschaftlicher Gehalt anzuzweifeln ist, haben gegenwarts-kritische Diskurse dennoch ihre Berechtigung, da sie als „moderne Jeremiaden“ (den gesellschaftlichen Verfall beklagende Werke; [92]) Sprachräume der Solidarisierung und gesellschaftlichen Veränderung eröffnen. Ergebnisse der Versorgungsepidemiologie sollten hier jedoch als Korrektiv wirken und daran erinnern, dass Kulturkritiken rund um die psychische Gesundheit auch die Stimmen jener Bevölkerungsgruppen enthalten sollten, die nicht über die diskursiven Mittel verfügen, das eigene Unbehagen in diesem Stil der Klage zu formulieren.

3. Betrachtet man aus kulturhistorischer Distanz, wie sich die Deutung menschlichen Leidens und der professionelle Umgang mit diesem gegenseitig bedingen, wird ein Zielkonflikt deutlich. Wenn eine steigende Mental Health Literacy tatsächlich in einer Verschlechterung der wahrgenommenen psychischen Gesundheit resultiert, sollte Aufklärung neben dem Wissen über psychische Symptome auch Toleranz gegenüber diesen als Teil „normalen“ Erlebens vermitteln [91]. Menschliches Leiden und dessen Bewältigung scheinen sich unabhängig davon, in welcher Form und Verursachung sie zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt in Erscheinung treten, als anthropologische Konstanten zu erweisen. Die Vision einer Bevölkerung mit geringer oder zumindest sinkender Häufigkeit psychischer Störungen erschiene so als Utopie – die allerdings notwendig ist, um im Sinne einer regulativen Idee zum Abbau vermeidbarer Risikofaktoren und zu einer bedarfsgerechteren Gestaltung der Versorgung zu motivieren.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Julia Thom

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin, Deutschland
thomj@rki.de

Prof. Dr. Frank Jacobi

Psychologische Hochschule Berlin
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin,
Deutschland
f.jacobi@phb.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Thom, J. Bretschneider, N. Kraus, J. Handerer und F. Jacobi geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R (2017) Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry* 16:90–99
- Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W (2014) Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 139:1249–1252
- Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Schmidt N, Sarubin J (2014) Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychother J* 4:389–397
- Jäger M, Rössler W (2012) Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Nervenarzt* 83:389–402
- Jacobi F, Kessler-Scheil S (2013) Epidemiologie psychischer Störungen: Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut* 58:191–205
- Schmacke N (2012) Häufigkeit seelischer Erkrankungen. *Gesundh Ges Wiss* 12:7–15
- Handerer J, Thom J, Jacobi F (2018) Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand. Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen. In: Fuchs T, Iwer L, Micali S (Hrsg) *Das überforderte Selbst*. Suhrkamp, Berlin, S 159–209
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77–87
- Bretschneider J, Janitz S, Jacobi F et al (2018) Is depression on the rise? Results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 18:394. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1973-7>
- Richter D, Berger K (2013) Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatr Prax* 40:176–182
- Richter D, Berger K, Reker T (2008) Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 35:321–330
- Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA (2014) Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety* 31:506–516
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2018) Betten in Krankenhäusern (Anzahl und je 100.000 Einwohner). Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de. Zugegriffen: 19. Juli 2018 (Thematische Recherche: Krankenhausbetten, Krankenhaus → Krankenhäuser, Betten nach Fachabteilungen, u. a. nach Region → Dokumentart Tabellen)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus210621167004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Bölt U (2012) 20 Jahre Krankenhausstatistik. *Statistisches Bundesamt Wirtschaft und Statistik* 2/2012, S 112–138
- Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B (2016) Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) *Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 663–690
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018) Gesundheitsdaten. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018) DMP Depressionen. <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2017/dmp-depressionen-leitlinien-decken-alle-wichtigen-versorgungsaspekte-ab.7873.html>. Zugegriffen: 13. Juli 2018
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018) Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung): Screening auf Depression. <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte-301/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s16-05-screening-auf-depression.7850.html>. Zugegriffen: 13. Juni 2018
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (S. 683–758). https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugegriffen: 13. Juli 2018
- Barmer GEK (2010) Barmer GEK Arztreport. Asgard, St. Augustin
- Barmer (2017) Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
- DAK Forschung (2018) DAK-Gesundheitsreport 2018. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf>. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2017) Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften, Bd. 22
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2010) Krankheitskosten – 2002, 2004, 2006 und 2008. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720159004.pdf?sessionid=55F734A5D2519B8C6BE710F919E020D8.InternetLive2?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 19. Juli 2018
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2017) Gesundheit: Krankheitskosten 2015. *DESTATIS wissen nutzen Fachserie* 12
- Wittchen HU, Knappe S, Andersson G et al (2014) The need for a behavioural science focus in research on mental health and mental disorders. *Int J Methods Psychiatr Res* 23(Suppl 1):28–40
- Beesdo-Baum K, Knappe S, Asselmann E et al (2015) The ‘Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) study’: a 20-year review of methods and findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:851–866
- Riedel-Heller S, Gühne U (2013) Vorbeugen ist besser als heilen – Prävention psychischer Störungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63:489–492
- Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T et al (2016) Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychol Med* 46:11–26
- Mihalopoulos C, Chatterton ML (2015) Economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 9:85–92
- Jorm AF (2014) Why hasn’t the mental health of Australians improved? The need for a national prevention strategy. *Aust N Z J Psychiatry* 48:795–801
- Klosterkötter J, Maier W (Hrsg) (2017) *Handbuch Präventive Psychiatrie*. Schattauer, Stuttgart
- Landespräventionsrat Niedersachsen (2018) Grüne Liste Prävention. <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>. Zugegriffen: 19. Sept. 2018
- Lambert M, Bock T, Naber D et al (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 81:614–627
- Leopold K, Pfeiffer S, Correll CU, Bauer M, Pfennig A (2013) Früherkennungszentren für psychische Erkrankungen – ein Komplementärangebot der psychiatrischen Regelversorgung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 40:264–270
- BVKJ (2006) Neues Gesundheits-Checkheft vom BVKJ. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/neues-gesundheits-checkheft-vom-bvkj/>. Zugegriffen: 19. Sept. 2018
- BZgA, BfG (2012) Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. BZgA, Köln
- Brandstetter S, Dodo-Schittko F, Speerforck S et al (2017) Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997–1999 and 2009–2012: a repeated cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52:1005–1013
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:289–303
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health

- Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291:2581–2590
42. Thom J, Bretschneider J, Müllender S, Becker M, Jacobi F (2015) Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? *Psychiatrie (Stuttg)* 12:247–254
 43. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J et al (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87:1211–1221
 44. Kivelitz L, Watzke B, Schulz H, Härter M, Melchior H (2015) Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatr Prax* 42:424–429
 45. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G (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* 16:50–61
 46. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S (2009) Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 374:609–619
 47. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH (2009) Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. *Psychiatr Prax* 36:169–174
 48. Becker N, Streng M, Sielk M, Pilars de Pilar M, Abholz HH (2009) Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine qualitative Interviewstudie. *Z Allg Med* 85:31–39
 49. Pilars de Pilar M, Abholz H-H, Becker N, Sielk M (2012) Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? *Psychiatr Prax* 39:71–78
 50. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG, Busch MA, Kessler RC (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* 17:39
 51. Grobe T, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Thom J, Bretschneider J, Hapke U (2018) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routedaten. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-0652-5424>
 52. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
 53. Trautmann S, Beesdo-Baum K (2017) Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. Eine epidemiologische Querschnittstudie. *Dtsch Arztebl Int* 114:721–728
 54. Jacobi F, Kunas S, Annighöfer M, Sammer S, Götz T, Gerlinger G (2018) Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf. In: Harig R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin
 55. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Dtsch Arztebl Int* 110:799–808
 56. 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, Robra B-P, Schmaack N (Hrsg) *Versorgungs-Report 2013/2014*. Schattauer, Stuttgart, S21–54
 57. Maylath E, Spanka M, Nehr R (2003) In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhausfälle der DAK im Vorfeld der DRGs. *Gesundheitswesen* 65:486–494
 58. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Namann C, Augustin U, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy (New York)* 119:1415–1423
 59. Bundespsychotherapeutenkammer (2018) Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Wartezeiten* 2018. https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf. Zugriffen: 13. Juli 2018
 60. Schmid P, Steinert T, Borbé R (2013) Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatr Prax* 40:414–424
 61. Ungewitter C, Böttger D, Choucair B et al (2010) Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer
 62. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S (2007) How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Serv Res*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-99>
 63. Sansone RA, Sansone LA (2012) Antidepressant adherence: Are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci* 9:41–46
 64. Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. Statistisches Bundesamt *Wirtschaft und Statistik* 10/2007, S960–971
 65. Heinz A (2015) Der Begriff der psychischen Krankheit. Suhrkamp, Berlin
 66. Jaeggi R (2005) Entfremdung – Zur Aktualität eines sozialphilosophischen Problems. Campus, Frankfurt am Main
 67. Rosa H (2016) Beschleunigung und Entfremdung. Entwurf einer Kritischen Theorie spätmoderner Zeitlichkeit. Suhrkamp, Berlin
 68. Han BC (2016) Müdigkeitsgesellschaft. Burnoutgesellschaft. Hoch-Zeit. Matthes & Seitz, Berlin
 69. Fromm E (2016) Die Pathologie der Normalität des heutigen Menschen. In: Funk R (Hrsg) *Die Pathologie der Normalität. Zur Wissenschaft vom Menschen*. Ullstein, Berlin, S 15–105 (Erstveröffentlichung 1953)
 70. Mulder R, Rucklidge J, Wilkinson S (2017) Why has increased provision of psychiatric treatment not reduced the prevalence of mental disorder? *Aust N Z J Psychiatry* 51:1176–1177
 71. Busfield J (2012) Challenging claims that mental illness has been increasing and mental well-being declining. *Soc Sci Med* 75:581–588
 72. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:304–319
 73. Luppá M, Sikorski C, Luck T et al (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 136:212–221
 74. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597–611
 75. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016) *Bildung in Deutschland 2016*. wbv, Bielefeld
 76. Statistisches Bundesamt (destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg) (2016) *Datenreport 2016 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
 77. Dornes M (2016) Macht der Kapitalismus depressiv? Fischer, Frankfurt am Main
 78. World Health Organisation (WHO) (2002) Towards a common language for functioning, disability and health (ICF). The international classification of functioning, disability and health. WHO, Geneva
 79. Baune BT, Arolt V (2005) Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. *Prinzipien der Versorgungsforschung*. *Nervenarzt* 76:633–644
 80. Linden M (2016) Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59:1147–1153
 81. Jacobi F, Linden M (2018) Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 53:530–536
 82. Ehrenberg A (2008) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Suhrkamp, Frankfurt am Main
 83. Illouz E (2009) Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe. Suhrkamp, Frankfurt am Main
 84. DAK (2013) *DAK-Gesundheitsreport 2013*. IGES Institut, Berlin
 85. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S (2015) Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry* 15:291
 86. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H (2009) Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 24:225–232
 87. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al (2012) Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125:440–452
 88. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Fiest KM, Bulloch AG, Wang J (2014) Changing perceptions of mental health in Canada. *Can J Psychiatry* 59:591–596
 89. Kovess-Masfety V, Briffault X, Sapinho D (2009) Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005. *Can J Psychiatry* 54:701–709
 90. Jacobi F, Linden M (2018) Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 53:530–536

-
91. Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G, Taylor AW (2010) Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 44:901–910
 92. Ehrenberg A (2011) *Das Unbehagen in der Gesellschaft*. Suhrkamp, Berlin
 93. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2017) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. http://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf. Zugriffen: 19. Juli 2018

13. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

14. Komplette Publikationsliste

Zu jeder Datenbank-gelisteten Zeitschrift wird der Impact Factor (IF) gemäß „InCites Journal Citation Reports“ von Web of Science für das Jahr 2017 (aktuellster Jahrgang zum Zeitpunkt der Einreichung der Promotion) angegeben. Für das Journal of Health Monitoring kann aufgrund seines erst kurzen Bestehens seit 2016 und folglich ausstehender Datenbank-Listung noch kein Impact Factor angegeben werden.

14.1. Zeitschriftenartikel und Buchbeiträge

1. Thom J, Hoebel J, Nübel J, Kurth T, Hapke U (2019) Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. *Psychiatrische Praxis*, 46(06):310-316 (IF: 0,991)
2. Jacobi F, Jungfer J, Schuhmann T, Thom J (2019) Ein versorgungsepidemiologisches Paradox? Warum sinkt die Häufigkeit psychischer Störungen trotz vermehrter Behandlungsangebote nicht? *Report Psychologie* 44(4):2-7
3. Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F (2019) Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen: Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(2):128-139 (IF: 0,901)
4. Grobe T, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Thom J, Bretschneider J, Hapke U (2019) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen* 81(12):1011-1017 (IF: 0,993)
5. Handerer J*, Thom J*, Jacobi F (2018) Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand. Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen. In: Fuchs T, Iwer L, Micali S (Hrsg) *Das überforderte Selbst*. Suhrkamp, Berlin, S. 159-209 [* geteilte Erstautorenschaft]
6. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F, Thom J, Hapke U, Kurth T, Maske UE (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 (IF: 2,419)
7. Thom J, Kuhnert R, Born S, Hapke U (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):72-80
8. Thom J, Jacobi F (2017) Regionale Unterschiede in der Häufigkeit und Versorgung psychischer Störungen. In: Pfannstiel M, Focke A, Mehlich H (Hrsg) *Management von Gesundheitsregionen*. Springer, Berlin, S. 121-132

9. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F, Thom J (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen - Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2(4):3-23
10. Hapke U, Bretschneider J, Thom J (2017) Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde. *Epidemiologisches Bulletin* 2017(14):121-123
11. Jacobi F, Becker M, Müllender S, Bretschneider J, Thom J, Fichter MM (2016) Epidemiologie psychischer Störungen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Springer, Berlin, S. 1-25
12. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, Müllender S, Thom J, Hapke U, Maier W (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87(11), S. 1211-1221 (IF: 0,738)
13. Thom J, Bretschneider J, Müllender S, Becker M, Jacobi F (2015) Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? *Die Psychiatrie - Grundlagen und Perspektiven* 12(4):247-254
14. Weinhold J, Thom J (2014) Studienteilnehmer und Gruppeneffekte. In: Weinhold J, Bornhäuser A, Hunger C, Schweitzer J (Hrsg) *Dreierlei Wirksamkeit. Die Heidelberger Studie zu Systemaufstellungen*. Carl Auer-Verlag, Heidelberg, S. 104-109
15. Weinhold J, Thom J (2014) Studiendesign und Studiendurchführung. In: Weinhold J, Bornhäuser A, Hunger C, Schweitzer J (Hrsg) *Dreierlei Wirksamkeit. Die Heidelberger Studie zu Systemaufstellungen*. Carl Auer-Verlag, Heidelberg, S. 81-92
16. Thom J, Jacobi F (2014) Häufigkeiten und epidemiologische Entwicklung psychischer Störungen. In: Windemuth D, Jung D, Petermann O (Hrsg) *Psychische Erkrankungen im Betrieb Eine Orientierungshilfe für die Praxis*. Universum Verlag, Wiesbaden, S. 68-96
17. Ochs M, Thom J (2014) Psychotherapie(forschung) in postpolitischen Zeiten. In: Zwack J, Nicolai E (Hrsg) *Systemische Streifzüge. Herausforderungen in Therapie und Beratung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 212-245
18. Thom J, Ochs M (2013) Der Typus des postmodernen Professionellen – ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten? *Psychotherapeutenjournal* 12(4):381-387

14.2. Kongressbeiträge

1. Thom J, Jacobi F, Nübel J, Mauz E, Hölling H (2019) Warum sinken Prävalenzen psychischer Störungen trotz des Ausbaus von Versorgungsangeboten nicht ab? Versorgungsepidemiologischer Überblick und Vorstellung des Projekts „Aufbau einer nationalen Mental Health Surveillance“ am Robert Koch-Institut Vortrag auf dem Zi-Congress Versorgungsforschung, Berlin, 05.06.-06.06.2019

2. Jacobi F, Handerer J, Kraus N, Nübel J, Thom J (2019) Vermehrte Behandlung, aber keine sinkenden Prävalenzen psychischer Störungen: Ein Paradoxon? Vortrag auf dem 11 Workshopkongress und 37 Symposium der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Erlangen, 29.05.-01.06.2019
3. Thom J, Hoebel J, Bretschneider J, Hapke U (2018) Wie verteilt sich die Zunahme von Depressionsdiagnosen in der Bevölkerung? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) der Jahre 2009 und 2012 in ausgewählten Bevölkerungsgruppen. Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 10.-12.10.2018
4. Jacobi F, Handerer J, Thom J (2018) Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand: epidemiologische Daten und ihre Implikationen. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 28.11.-01.12.2018
5. Jacobi F, Handerer J, Thom J (2018) Ist die Depression eine „Zeitkrankheit“? Überlegungen zu kulturkritischen Annahmen und empirischen Daten zur vermeintlichen Zunahme psychischer Diagnosen. Vortrag auf der Langen Nacht der Wissenschaften, Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, 09.07.2018
6. Bretschneider J, Janitzka S, Jacobi F, Thom J, Hapke U, Kurth T, Maske UE (2018) Epidemie der Depression? Zeitliche Trends in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 28.11.-01.12.2018.
7. Thom J, Jacobi F (2017) „Faktencheck Psychotherapeuten“ 2016. Zur bedarfsorientierten Planung der Psychotherapeutesitze. Vortrag auf der 21 Kammerversammlung der OPK (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer), Leipzig, 31.03.2017
8. Thom J, Bretschneider J, Hapke U, Kleine-Budde K, Grobe T (2017) Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen im Vergleich von Primär- und Sekundärdaten. Vortrag auf der Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Lübeck, 05.-08.09.2017
9. Thom J, Bretschneider J, Hapke U, Kleine-Budde K, Grobe T (2017) Depressionen in der Bevölkerung und dem Versorgungssystem. Divergenzen zwischen epidemiologischen und administrativen Prävalenzen. Posterpräsentation auf dem WPA XVII World Congress of Psychiatry, Berlin, 08.-12.10.2017
10. Müters S, Kroll L, Thom J, Lampert T (2017) Arbeitslosigkeitserfahrung, soziale Unterstützung und Depression - Ergebnisse mit Daten der DEGS1-MH-Studie. Vortrag auf der Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Lübeck, 05.-08.09.2017

11. Bretschneider J, Thom J, Hapke U (2017) Depression in der Bevölkerung: Zeitliche Trends in Morbidität und Krankheitslast bei Erwachsenen in Deutschland. Posterpräsentation auf dem WPA XVII World Congress of Psychiatry, Berlin, 08.-12.10.2017
12. Bretschneider J, Thom J, Hapke U (2017) Depression bei Erwachsenen in Deutschland 1997-1999 vs. 2009-2012: Zeitliche Trends in Häufigkeit und Krankheitslast. Vortrag auf der Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Lübeck, 05.-08.09.2017
13. Thom J, Jacobi F (2016) "In [mental] health care, geography is destiny." Regionale Variationen der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Posterpräsentation auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Leipzig, 18.-22.09.2016
14. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, Müllender S, Thom J, Hapke U, Maier W (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Posterpräsentation auf dem 34 Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bielefeld, 04.-07.05.2016
15. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, Müllender S, Thom J (2015) Regionale Unterschiede in administrativer Prävalenz und Versorgungsangebot bei psychischen Störungen. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 25.-28.11.2015
16. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, Müllender S, Thom J (2015) Wie gut entsprechen regionale Variationen der Versorgungsdichte regionalen Prävalenzunterschieden? Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 25.-28.11.2015

15. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich für die Unterstützung bedanken, die ich bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit von zahlreichen Menschen erhalten habe. Ohne deren Beitrag hätte ich meine Dissertation nicht in dieser Form realisieren können.

Mein besonderer Dank gilt an erster Stelle meinem Doktorvater Prof. Dr. Dr. Tobias Kurth (Charité – Universitätsmedizin Berlin). Seine Betreuung habe ich stets als fachliche und persönliche Ermutigung erlebt. Sie hat mir Orientierung im Arbeitsprozess geboten und war in jeder wissenschaftlichen Detailfrage von verlässlicher Expertise getragen. Meinem Zweitbetreuer Dr. Ulfert Hapke (Robert Koch-Institut, Berlin) danke ich für seine nachhaltige Förderung meines Promotionsvorhabens sowie konstruktiven fachlichen Anregungen.

Dem Robert Koch-Institut bin ich für die so vielfältige Unterstützung verbunden. Hervorheben möchte ich die Bereitschaft Heike Höllings, Leiterin des Fachgebietes 26 – Psychische Gesundheit, meine wissenschaftliche Qualifizierung zu ermöglichen. Den Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachgebiet danke ich für hilfreichen Austausch und die positive Arbeitsatmosphäre, in der die ausgewählten Publikationen entstehen konnten. Darüber hinaus gilt mein Dank den vielen Kolleginnen und Kollegen der Abteilung 2, die zur Bereitstellung der verwendeten Datensätze beigetragen haben. Schließlich möchte ich den Teilnehmenden der Studien des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut danken, auf die jede epidemiologische Forschung und so auch diese Arbeit angewiesen ist.

Ausdrücklichen Dank möchte ich auch Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin) aussprechen. Er hat mein wissenschaftliches Interesse maßgeblich geprägt. Als Projektleiter und Ko-Autor hat er mir wesentliches Handwerkszeug und Forschergeist vermittelt und ist mir auch als Scientist-Practitioner ein Vorbild.

Abschließend möchte ich meinen Freundinnen und Freunden und ganz besonders meiner Familie für ihren Rückhalt danken. Mein Mann Tobias Lippek, meine Tochter Greta Thom, meine Eltern Ute und Manfred Thom, meine Oma Edith Plewka und viele weitere haben meinen Wunsch zu promovieren tatkräftig unterstützt, indem sie mir den Rücken freigehalten und mich bestärkt haben. Die größte persönliche Anerkennung für mein Vorhaben habe ich von meinem Opa Ulrich Plewka erhalten, dem ich diese Arbeit widme.