

Journal of Health Monitoring · 2017 2(3)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-058
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorin und Autoren:

Julia Bretschneider, Ronny Kuhnert,
Ulfert Hapke

[Hier gelangen Sie zum
Journal of Health Monitoring 2017/3:
»Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland«
-kapitelweise](#)

Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Eine depressive Symptomatik ist mit Beeinträchtigungen von Lebensqualität, erhöhter Morbidität und Mortalität sowie vermehrter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems assoziiert. Informationen zur Häufigkeit und Verteilung von depressiver Symptomatik in der Bevölkerung sind bedeutsam für die Planung von Prävention und Gesundheitsversorgung. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde eine aktuelle depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erhoben. Die Gesamtprävalenz von insgesamt 10,1 % belegt die weite Verbreitung von depressiver Symptomatik – auch jenseits des Vorliegens einer klinischen Depressionsdiagnose. Bei Frauen besteht eine depressive Symptomatik mit 11,6 % häufiger als bei Männern mit 8,6 %. Es zeigen sich weitere Unterschiede nach Alter und Bildungsstatus sowie regionale Unterschiede. Die Ergebnisse werden im Kontext der bisherigen Datenlage diskutiert.

📌 PRÄVALENZ · DEPRESSIVE SYMPTOMATIK · DEPRESSION · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und sind mit einer hohen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast verbunden [1–3]. In Deutschland dokumentieren Sozialversicherungsträger in den letzten Jahren zudem einen deutlichen Anstieg der Bedeutung von Depressionen im Versorgungsgeschehen, begleitet von wachsender öffentlicher Aufmerksamkeit [4–6].

Depressionen umfassen ein heterogenes Spektrum an depressiven Störungen, welche sich unter anderem nach Schwere und Verlauf depressiver Symptome unterscheiden [7]. Für eine Diagnosestellung müssen über das Vorliegen depressiver Symptome hinaus spezifische diagnostische Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt sein – so ist etwa das Vorliegen bestimmter Leitsymp-

tome erforderlich. Depressive Symptome, wie zum Beispiel Niedergeschlagenheit und Energieverlust, können jedoch auch jenseits des Vorliegens einer klinischen Depressionsdiagnose auftreten – etwa als unterschwellige Form einer Depression, wenn die Kriterien einer Diagnose nicht voll erfüllt sind sowie im Rahmen anderer psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen. Hierbei sind auch depressive Symptome infolge belastender Lebensereignisse sowie im Verlauf von substanzbedingten Störungen (etwa durch Alkohol und Drogen), bei chronischen körperlichen Erkrankungen oder als Nebenwirkung von medikamentöser Behandlung inbegriffen. Eine depressive Symptomatik führt ungeachtet ihrer diagnostischen Einordnung zu subjektiven Beeinträchtigungen der allgemeinen Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [8, 9] und

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

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

Teilnehmende: 24.016 Personen
(13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

ist mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert [10, 11]. Darüber hinaus lassen sich bei bestehender depressiver Symptomatik vermehrt ambulante Arztkontakte und Krankschreibungen verzeichnen [12]. Eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen zeigt sich insbesondere in höherem Alter [13].

Epidemiologische Schätzungen zur Häufigkeit und Verteilung von depressiver Symptomatik in der Bevölkerung sind demnach Informationen mit hoher Public-Health-Relevanz und stellen eine wichtige Grundlage für die Planung von Prävention und Gesundheitsversorgung dar. Aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts liegen Prävalenzangaben für die Erwachsenenbevölkerung in Deutschland bereits aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) vor [14] und werden nun für die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) berichtet.

Indikator

Eine aktuell bestehende depressive Symptomatik wurde in GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Mit der deutschen Version des 8-Item-Depressionsmoduls des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) wurden die Symptome einer Major Depression (ohne Berücksichtigung des Symptoms Suizidgedanken) gemäß DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage) hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten zwei Wochen beurteilt [9, 15]: Depressive Verstimmung,

vermindertes Interesse, Gewichts- oder Appetitverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle sowie Konzentrationsprobleme. Für jedes dieser acht Items liegen die Werte 0 „Überhaupt nicht“, 1 „An einzelnen Tagen“, 2 „An mehr als der Hälfte der Tage“ oder 3 „Beinahe jeden Tag“ vor. Eine depressive Symptomatik besteht bei einem Skalensummenwert von mindestens 10 von maximal 24 Punkten [9]. Im Folgenden werden Prävalenzen in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Bildungsstatus sowie nach Bundesländern angegeben. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.602 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.900 Frauen, 10.702 Männer) mit gültigen Angaben im PHQ-8. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [16]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [17] sowie im Beitrag im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – Neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Tabelle 1

Prävalenz von depressiver Symptomatik in den letzten 2 Wochen (PHQ-8 ≥ 10 Punkte) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=12.900 Frauen, n=10.702 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Bei jedem zehnten Erwachsenen in Deutschland besteht eine aktuelle depressive Symptomatik.

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	11,6	(10,8–12,4)
18–29 Jahre	16,4	(14,5–18,6)
Untere Bildungsgruppe	22,4	(17,4–28,3)
Mittlere Bildungsgruppe	15,7	(13,4–18,4)
Obere Bildungsgruppe	9,9	(7,5–13,0)
30–44 Jahre	10,9	(9,5–12,4)
Untere Bildungsgruppe	16,1	(11,5–22,1)
Mittlere Bildungsgruppe	11,4	(9,6–13,4)
Obere Bildungsgruppe	6,4	(4,8–8,6)
45–64 Jahre	11,9	(10,8–13,1)
Untere Bildungsgruppe	17,5	(14,1–21,4)
Mittlere Bildungsgruppe	11,8	(10,5–13,3)
Obere Bildungsgruppe	7,3	(6,0–8,9)
≥ 65 Jahre	8,7	(7,4–10,1)
Untere Bildungsgruppe	11,7	(9,4–14,4)
Mittlere Bildungsgruppe	7,1	(5,4–9,3)
Obere Bildungsgruppe	3,6	(2,2–5,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	10,1	(9,6–10,7)

KI = Konfidenzintervall

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	8,6	(7,9–9,4)
18–29 Jahre	9,5	(7,7–11,7)
Untere Bildungsgruppe	13,9	(9,8–19,3)
Mittlere Bildungsgruppe	8,3	(6,4–10,6)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(4,1–11,9)
30–44 Jahre	9,4	(7,9–11,2)
Untere Bildungsgruppe	17,8	(12,2–25,2)
Mittlere Bildungsgruppe	10,1	(8,0–12,7)
Obere Bildungsgruppe	4,9	(3,5–6,8)
45–64 Jahre	9,6	(8,5–10,7)
Untere Bildungsgruppe	15,3	(11,7–19,7)
Mittlere Bildungsgruppe	10,5	(9,0–12,3)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(4,7–7,4)
≥ 65 Jahre	5,4	(4,5–6,5)
Untere Bildungsgruppe	7,1	(4,8–10,5)
Mittlere Bildungsgruppe	5,7	(4,4–7,5)
Obere Bildungsgruppe	4,2	(3,0–5,9)
Gesamt (Frauen und Männer)	10,1	(9,6–10,7)

Ergebnisse und Einordnung

Die Häufigkeit (Prävalenz) einer aktuellen depressiven Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland beträgt insgesamt 10,1 % (Tabelle 1). Frauen weisen mit 11,6 % eine signifikant höhere Prävalenz auf als Männer mit 8,6 %. Häufigkeitsunterschiede nach Geschlecht bestehen in allen Altersgruppen. Weitere bedeutsame Unterschiede zeigen sich im Altersgang: So weisen 18- bis 29-jährige Frauen mit 16,4 % eine höhere Prävalenz für eine depressive Symptomatik auf als ältere. Die niedrigsten Raten finden sich bei Frauen und Männern ab 65 Jahren (Frauen 8,7%; Männer 5,4%).

Bei Betrachtung nach Bildungsstatus zeigt sich in der oberen Bildungsgruppe eine niedrigere Prävalenz als in der mittleren oder unteren Bildungsgruppe. In der Gesamtbevölkerung steigt die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik dabei um das 2,5-fache an (obere Bildungsgruppe 5,9 % vs. untere Bildungsgruppe 14,8 %, Daten nicht gezeigt). Häufigkeitsunterschiede nach Bildungsstatus bestehen in allen Altersgruppen. Bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter, Geschlecht und Bildung weist mehr als jede fünfte Frau aus der unteren Bildungsgruppe im Alter von 18 bis 29 Jahren eine depressive Symptomatik auf (22,4 %). Bei Männern der unteren

**18- bis 29-jährige Frauen
weisen mit 16,4 % besonders
häufig eine depressive
Symptomatik auf.**

Bildungsgruppe findet sich die höchste Prävalenz im Alter von 30 bis 44 Jahren (17,8%). Die niedrigsten Prävalenzen zeigen sich ab einem Alter von 65 Jahren in der oberen Bildungsgruppe (Frauen 3,6%; Männer 4,2%).

Die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik variiert zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 1).

Bei Frauen in Berlin und Brandenburg besteht eine depressive Symptomatik mit 14,6% fast doppelt so häufig wie in Thüringen mit 7,4%. Bei Männern zeigen sich bedeutende Unterschiede zwischen der niedrigsten Prävalenz in Bayern (5,7%) und den Prävalenzen im Saarland (11,4%) sowie in Nordrhein-Westfalen (10,9%). Prävalenz-

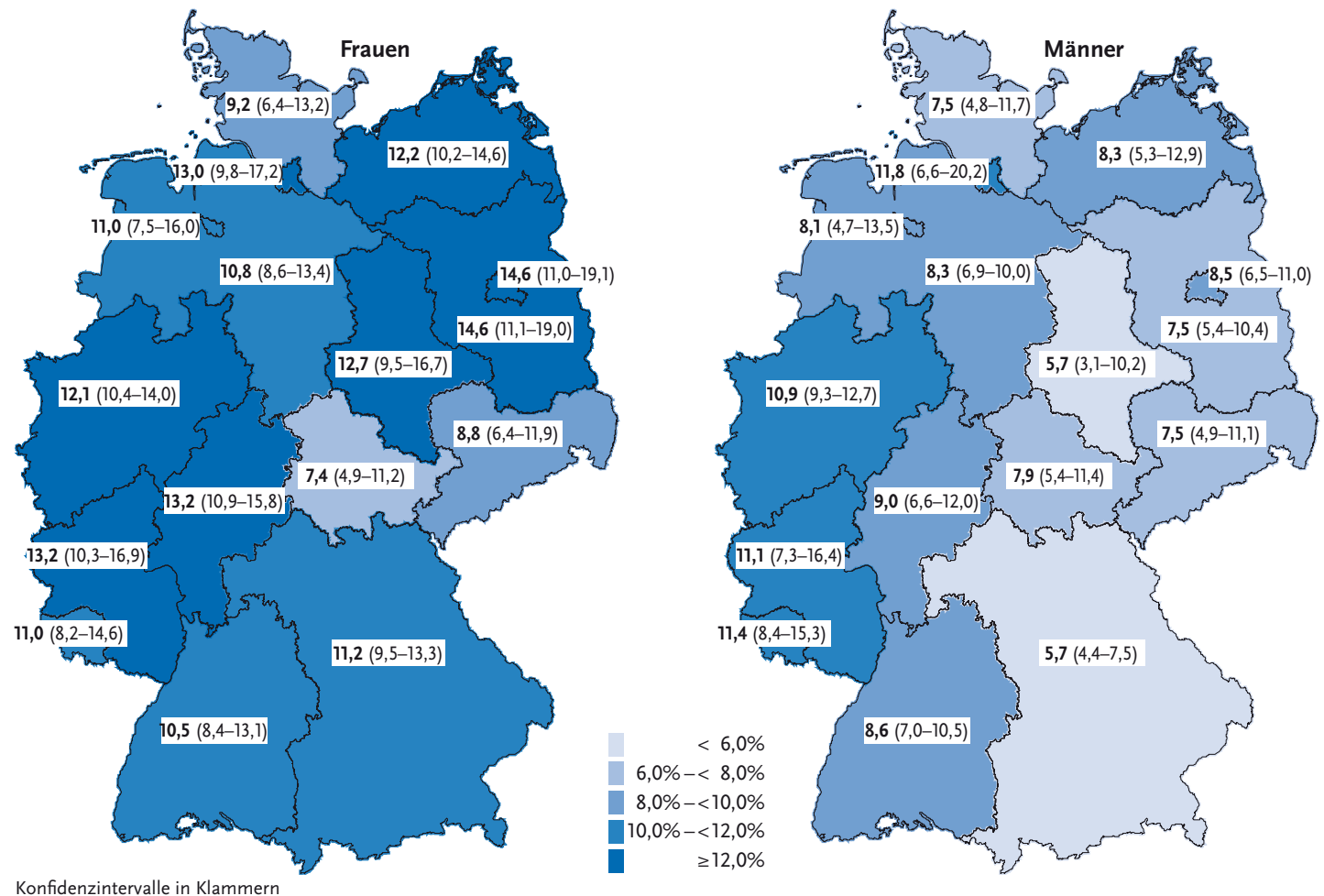


Abbildung 1

Prävalenz von depressiver Symptomatik in den letzten 2 Wochen (PHQ-8 ≥ 10 Punkte) bei Frauen und Männern nach Bundesland (n=12.900 Frauen, n=10.702 Männer)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Je höher der Bildungsstatus, desto geringer ist die Prävalenz einer depressiven Symptomatik.

unterschiede zwischen Frauen und Männern sind besonders ausgeprägt in Bayern (11,2 % vs. 5,7 %) und Brandenburg (14,6 % vs. 7,5 %) und eher geringfügig im Saarland (11,0 % vs. 11,4 %) und in Thüringen (7,4 % vs. 7,9 %).

Die vorgestellte Gesamtprävalenz von 10,1 % ist mit den aktuellen Befunden der amerikanischen Gesundheits-survey National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) und Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) vergleichbar [18, 19]. Hingegen bestehen Abweichungen bezüglich der Vergleichsdaten aus Deutschland: So war eine depressive Symptomatik in DEGS1 (2008–2011) insgesamt mit 8,1 % sowie bei Männern mit 6,1 % deutlich weniger häufig als den aktuellen Ergebnissen zufolge [14]. In einer älteren bevölkerungs-bezogenen Studie lag die Gesamtprävalenz mit 7,2 % wiederum niedriger als in DEGS1 ermittelt [20]. Inwieweit diese Differenzen einen zeitlichen Trend bezüglich der Häufigkeit depressiver Symptomatik bei Erwachsenen beziehungsweise bei Männern in Deutschland widerspiegeln, lässt sich unter anderem aufgrund von Abweichungen in der verwendeten PHQ-Version und den betrachteten Altersbereichen derzeit jedoch nicht sicher bewerten und bedarf weiterer Vergleichsdaten. Für die amerikanische Bevölkerung ist hingegen eine Zunahme der depressiven Symptomatik seit 2005 dokumentiert [18].

Prävalenzunterschiede zwischen Frauen und Männern haben sich auch in bisherigen Untersuchungen als bedeutsam erwiesen [8, 14, 19]. Auch die altersabhängigen Ergebnisse entsprechen der Datenlage, wonach eine depressive Symptomatik bei Erwachsenen insbesondere mit jüngerem Lebensalter assoziiert ist [12, 14, 19]. Ebenso sind Zusammenhänge zwischen

dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik und dem Bildungshintergrund [8, 18] sowie dem sozioökonomischen Status [12, 14, 21] bereits bekannt. Zu Bundesländerunterschieden in Deutschland liegen bisher keine Vergleichsdaten vor. Regionale Unterschiede stehen in Zusammenhang mit der Alters- und Sozialstruktur einer Region, denkbar ist auch eine unterschiedliche räumliche Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren. Im Stadt-Land-Vergleich zeigen sich Prävalenzunterschiede, wonach die Rate einer depressiven Symptomatik in mittelgroßen oder großen Städten höher ist als in kleinstädtischen Wohnorten [12, 14].

Die berichteten Ergebnisse lassen sich auch im Kontext vorliegender epidemiologischer Befunde zur Häufigkeit von Depressionsdiagnosen einordnen. So ist in GEDA 2014/2015-EHIS die **12-Monats-Prävalenz einer selbstberichteten ärztlichen Depressionsdiagnose** mit 8,1 % niedriger als die berichtete Gesamtprävalenz einer depressiven Symptomatik. Auch die Daten aus DEGS1 (Zusatzmodul Psychische Gesundheit) zeigen für Depressionsdiagnosen, welche mittels standardisiertem klinischen Interview erfasst wurden, geringere Prävalenzen [12, 22, 23]; wobei auch methodische Unterschiede der Surveys zu berücksichtigen sind. Werden bei der Definition einer depressiven Symptomatik mittels PHQ auch die Ein- und Ausschlusskriterien einer Depressionsdiagnose berücksichtigt, so zeigen sich auch hier geringere Prävalenzen [24]. Eine ärztliche Diagnosestellung setzt darüber hinaus die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen voraus und ist von weiteren Faktoren beeinflusst, wie zum Beispiel der Dichte des Versorgungsangebots [25].

Die Häufigkeit depressiver Symptomatik variiert zwischen den Bundesländern.

Mit dem PHQ wurde ein international etabliertes Instrument zur Erfassung einer depressiven Symptomatik eingesetzt. Die Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS ermöglichen Aussagen über die Erwachsenenbevölkerung Deutschlands. Durch die Identifikation besonders belasteter Bevölkerungsgruppen ergeben sich Hinweise auf Zielgruppen für Prävention und Versorgung. Darüber hinaus werden Forschungsfragen für künftige Untersuchungen zur Häufigkeit depressiver Symptomatik aufgezeigt, wie etwa zu zeitlichen Trends und regionalen Unterschieden. Die vorgestellten Prävalenzangaben sind dabei insgesamt als eher konservativ einzuschätzen, da davon auszugehen ist, dass Personen mit aktuell bestehender oder schwerer Depression weniger häufig am Survey teilgenommen haben [26].

Literatur

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655-679
2. World Health Organization (2016) Global Health Estimates 2015: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. WHO, Geneva
www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE2015_YLD_Global_2000_2015.xls?ua=1 (Stand: 02.06.2017)
3. 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
4. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) Depressionsatlas. Techniker Krankenkasse, Hamburg
5. Kliner K, Rennert D, Richter M (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
6. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2014) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Depressive Erkrankungen. Themenheft 51. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/re7w3qNkJP8NI/PDF/277vEuDUbrtzy.pdf (Stand: 27.07.2017)
8. Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E (2013) Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. Gen Hosp Psychiatry 35(5):551-555
9. 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
10. Jia H, Zack MM, Thompson WW et al. (2015) Impact of depression on quality-adjusted life expectancy (QALE) directly as well as indirectly through suicide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 50(6):939-949
11. Katon W, Ciechanowski P (2002) Impact of major depression on chronic medical illness. J Psychosom Res 53(4):859-863
12. 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
13. Busch MA, Neuner B, Aichberger MC et al. (2013) Depressive Symptomatik und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen bei Personen im Alter ab 50 Jahren in Deutschland. Psychiatr Prax 40(04):214-219
14. 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
15. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Kompletversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe
16. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED)
<http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index> (Stand: 13.01.2017)

17. 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
18. McGee RE, Thompson NJ (2015) Unemployment and depression among emerging adults in 12 states, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2010. Prev Chronic Dis 12:E38
19. Wittayanukorn S, Qian J, Hansen RA (2014) Prevalence of depressive symptoms and predictors of treatment among U.S. adults from 2005 to 2010. Gen Hosp Psychiatry 36(3):330-336
20. Rief W, Nanke A, Klaiberg A et al. (2004) Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. J Affect Disord 82(2):271-276
21. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5-6):814-821
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reLuDm5PVIZY/PDF/26HkqtdF-Jnlbw.pdf> (Stand: 27.07.2017)
22. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 87:88-90
23. 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). Der Nervenarzt 85:77-87
24. Maske UE, Busch MA, Jacobi F et al. (2015) Current major depressive syndrome measured with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI): results from a cross-sectional population-based study of adults in Germany. BMC Psychiatry 15(1):77
25. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
26. Schmidt CO, Watzke A-B, Schulz A et al. (2013) Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Vorpommern. Psychiatr Prax 40(04):192-199

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorin und Autoren

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

Korrespondenzadresse

Julia Bretschneider
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BretschneiderJ@RKI.de

Interessenkonflikt

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

Förderungshinweis

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

Hinweis

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3): 81–88. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-058

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