

ROBERT KOCH INSTITUT



ERKENNEN – BEWERTEN – HANDELN
SCHWERPUNKTBERICHT TEIL 1 – ERWACHSENE

PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND





ERKENNEN – BEWERTEN – HANDELN
SCHWERPUNKTBERICHT TEIL 1 – ERWACHSENE

PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

Fokus: Depression und kognitive Leistungsfähigkeit

Vorwort

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann. Psychische Störungen stellen Störungen der psychischen Gesundheit dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind. Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen. Psychische Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht nur durch individuelle Merkmale beeinflusst, sondern auch durch die sozialen Umstände, in denen sich Menschen befinden und die Umgebung, in der sie leben.“

(WHO 2019)

Ein rascher gesellschaftlicher Wandel verlangt vom Einzelnen eine hohe Anpassungsleistung an die sich stetig ändernden, gesellschaftlichen, sozialen Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen. Darum spielt eine stabile psychische Gesundheit in der heutigen Zeit eine immer größere Rolle, erfährt mehr mediale Aufmerksamkeit und steht zunehmend im Fokus wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Debatten. Psychische Belastungen haben nicht nur in der Wahrnehmung der Bevölkerung in den vergangenen Jahren stetig zugenommen, sie spiegeln sich auch in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und in arbeitsbezogenen Produktivitätsverlusten wider. Allerdings ist die Datenlage zu den tatsächlich vorhandenen psychischen Belastungen mit Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zurzeit noch recht lückenhaft. Das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut (RKI) hat die Aufgabe, kontinuierlich Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland zu beobachten. Darüber hinaus sollen Trends und Veränderungen der gesundheitlichen Lage identifiziert werden und diese im Verhältnis zu bisherigen oder zukünftigen Präventionsmaßnahmen analysiert werden. Die Gesundheitsstudien

des RKI im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings liefern bevölkerungsrepräsentative Informationen zu psychischen Störungen und einhergehenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, sowie Aussagen über Schutzfaktoren zum Erhalt psychischer Gesundheit. Im vorliegenden Schwerpunktbericht über die psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland wurden vorrangig Ergebnisse der bevölkerungsbezogenen Surveys des RKI genutzt.

Der vorgelegte Bericht vereint die Expertise von zwei mit der Bevölkerungsgesundheit beschäftigten Bundesinstituten, dem RKI und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Ziel des vorliegenden Schwerpunktberichts zu Depression und kognitiver Leistungsfähigkeit ist die Zusammenführung zentraler Einzelergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen für Prävention und Gesundheitspolitik. Dazu bringt die BZgA ihre umfassende Kenntnis der vorhandenen Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland sowie ihre Expertise bezüglich Wirkvoraussetzungen und Implementierung von Public Health Maßnahmen ein. Für die Ableitung von Handlungsempfehlungen bezog die BZgA zudem den breiteren wissenschaftlichen Sachstand bezüglich Determinanten und Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit ein.

Im Rahmen eines Experten-Workshops wurden die Datenlage und Auswertungsergebnisse fachlich fundiert diskutiert. Die Anregungen der Expertinnen und Experten wurden im weiteren Arbeitsprozess, wo sinnvoll und notwendig, berücksichtigt. Der Bericht wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt und finanziell gefördert. Eine Anschlussfinanzierung erlaubt die gemeinsame Erarbeitung eines zweiten Berichtes zur psychischen Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen durch RKI und BZgA.

Mit dem 2019 begonnenen Aufbau einer Mental Health Surveillance am RKI, unter dem Schirm einer nationalen Surveillance für nichtübertragbare Erkrankungen, wird sich die Berichterstattung zur psychischen Gesundheit und damit auch die Grundlage für die Ableitung gesundheitspolitisch relevanter Handlungsempfehlungen künftig weiter verbessern. Dies wird u. a. auch eine bessere Zusammenführung und Auswertung von Daten des RKI-Gesundheitsmonitorings mit Daten der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherer sowie Ergebnissen von Einzelstudien ermöglichen.



Prof. Dr. Lothar Wieler



Dr. Heidrun Thaiss

Inhaltsverzeichnis

1 ZUSAMMENFASSUNG	10	
2 ZIELSETZUNG DIESES BERICHTS	12	
3 BEVÖLKERUNGSBEZOGENE ASPEKTE DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT	14	
3.1 Psychische Störungen in der Bevölkerung	16	
3.2 Risiko- und Schutzfaktoren	18	
3.2.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Entwicklung psychischer Störungen	18	
3.2.2 Resilienz	19	
3.2.3 Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit	20	
3.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren in den Erwachsenen-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts	21	
3.2.5 Beschreibung und Erfassung der Risiko- und Schutzfaktoren	22	
3.2.6 Interpretierbarkeit der Ergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren	24	
3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	26	
3.3.1 Begriffsklärung	26	
3.3.2 Die Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL)	28	
3.3.3 Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) in den Erwachsenen-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts	29	
3.4 Datengrundlage: Bevölkerungsbezogene Surveys des Robert Koch-Instituts	32	
3.5 Daten für Taten: Entwicklung der Handlungsempfehlungen (BZgA)	35	
4 DEPRESSION	40	
4.1 Datenbasis und Definitionen	42	
4.2 Häufigkeiten von Depression	45	
4.3 Risiko- und Schutzfaktoren	50	
4.4 Individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen	58	
4.5 Handlungsempfehlungen zur Prävention depressiver Symptomatik und depressiver Störungen	73	
4.5.1 Auswertungen des RKI als Ausgangslage für die Ableitung von Handlungsempfehlungen	73	
4.5.2 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention von Depression	74	

4.5.3 Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der Allgemeinbevölkerung	76
4.5.4 Handlungsempfehlungen und Beispiel guter Praxis für Präventionsmaßnahmen in Settings für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Depressionsrisiko	79
4.5.5 Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen zur Prävention depressiver Symptomatik und depressiver Störungen	83
5 KOGNITIVE LEISTUNGSFÄHIGKEIT	86
5.1 Datenbasis und Definitionen	88
5.2 Kognitive Leistungsfähigkeit im Altersverlauf	90
5.3 Unterschiede nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	93
5.4 Subjektive Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundene Sorgen	95
5.5 Objektive kognitive Leistungsfähigkeit und subjektive Gedächtnisverschlechterungen	97
5.6 Risiko- und Schutzfaktoren	98
5.7 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	118
5.8 Handlungsempfehlungen zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen	125

5.8.1 Auswertungen des RKI als Ausgangslage für die Ableitung von Handlungsempfehlungen.....	125
5.8.2 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen	126
5.8.3 Handlungsempfehlung und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der Allgemeinbevölkerung	127
5.8.4 Handlungsempfehlung und Beispiele guter Praxis für Präventionsmaßnahmen in Settings für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko.....	128
5.8.5 Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen	130

ANHANG

Verzeichnis der Abkürzungen	132
Abbildungsverzeichnis	133
Tabellenverzeichnis	135

1

Zusammenfassung

Dieser Schwerpunktbericht zu Depression und kognitiver Leistungsfähigkeit basiert auf der Zusammenführung zentraler Einzelergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI). Hierbei werden Daten und Ergebnisse aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 2008–2011) und die Daten der telefonischen Gesundheitssurveys Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) einbezogen.

Es wird aufgezeigt, dass mehr als jeder siebte Erwachsene mindestens einmal im Laufe seines bis-

herigen Lebens die diagnostischen Kriterien für eine Depression erfüllt hat, innerhalb eines Jahres sind es 7,1 % der Bevölkerung. Hierbei variieren die depressiven Symptome und Störungen nach Häufigkeit, Art, Schwere und Verlauf in unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen. Risiko- und Schutzfaktoren wie körperliche Gesundheit, Bildung, Erwerbsstatus, Stresserleben sowie soziale Unterstützung und auch die damit assoziierte Häufigkeit und Schwere, die Folgen und Chronizität der Depression sind in der Bevölkerung nicht gleich verteilt. Für die Prävention und Versorgung von Depres-

sionen ist daher die Beeinflussbarkeit dieser Faktoren von besonderer Bedeutung.

Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Depressionen haben seit Beginn der 2000er Jahre erheblich zugenommen und Krankenkassenstatistiken zeigen einen markanten Anstieg an Depressionsdiagnosen in der Versorgung auf. In epidemiologischen Studien ist dem gegenüber kein entsprechender Anstieg von Depressionen in der Bevölkerung festzustellen. Die vertiefenden Analysen in diesem Bericht legen nahe, dass dieser vermeintliche Widerspruch einerseits die positive Entwicklung einer verbesserten und nachhaltigeren Versorgung reflektiert, sich andererseits aber auch neue Risiken und Anforderungen entwickelt haben, die die Teilhabe von Menschen mit Depressionen, insbesondere am Erwerbsleben, erschweren. Dieses zeigt sich auch in der Zunahme der Häufigkeit erlebter Funktionseinschränkungen bei Menschen mit Depression in dem Zeitraum von 1998 bis 2010. Eine prägnante Veränderung der Häufigkeit von Depressionen zeigt sich bei Frauen in bestimmten Altersgruppen. So hat sich die Häufigkeit im Altersbereich der 50–65 Jährigen innerhalb von zehn Jahren fast halbiert, bei Jüngeren im Alter von 18–39 Jahren jedoch annähernd verdoppelt.

Der zweite Berichtsschwerpunkt befasst sich mit den objektiv messbaren kognitiven Fähigkeiten, die der sogenannten kognitiven Mechanik zugeordnet sind. Hierbei handelt es sich um basale Prozesse der Informationsverarbeitung, die biologischen Alterungsprozessen unterworfen sind, welche sich durch präventive Maßnahmen potentiell beeinflussen lassen. Bei regelmäßiger sportlicher Aktivität, gesunder Ernährung, hoher sozialer Unterstützung und wenig chronischem Stress zeigt sich eine bessere kognitive Leistungsfähigkeit, unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Sozioökonomischen Status (SES). Personen ab einem Alter von 60 Jahren können in besonderem Maße von einer hohen sozialen Unterstützung und gesunder Ernährung profitieren.

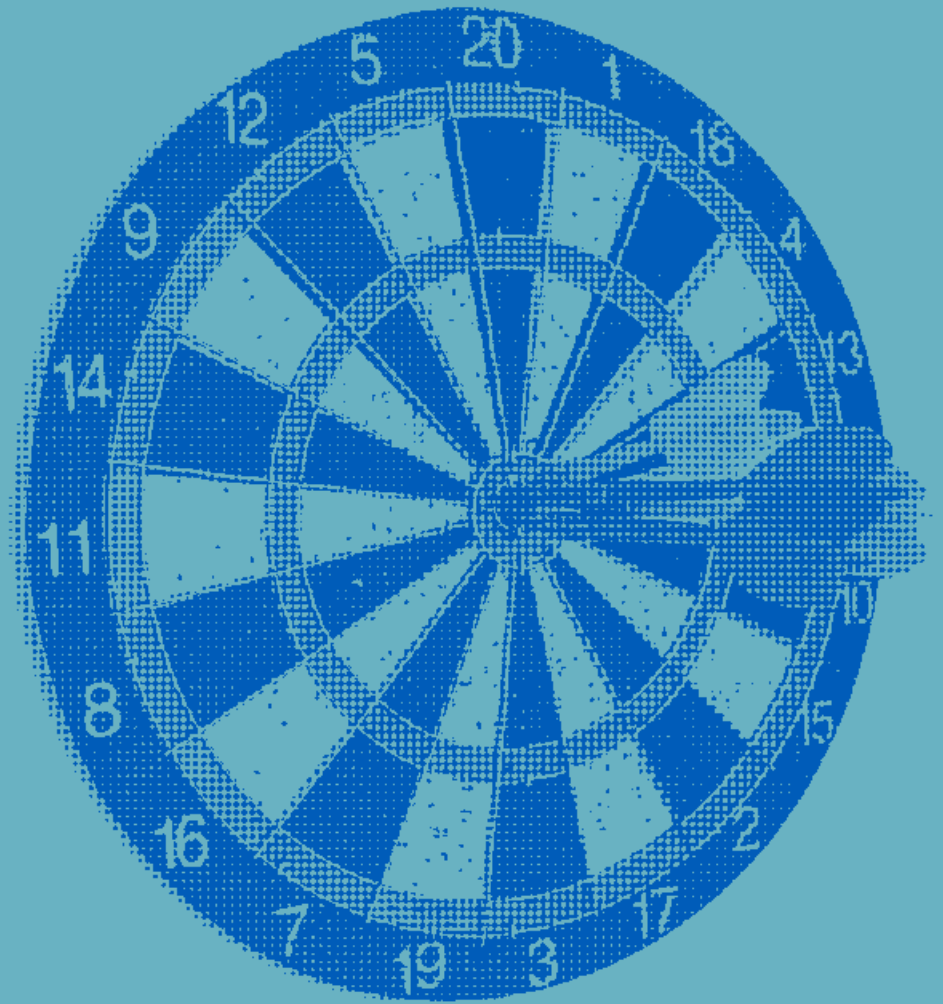
Erwachsene zwischen 40 und 59 Jahren mit einem niedrigen Einkommen und einem hohen Maß an Stressbelastungen stellen eine Risikogruppe für sich frühzeitig manifestierende Einbußen in der kognitiven Leistung dar. Subjektive Gedächtnisverschlechterungen steigen über die Altersspanne an, diesbezügliche Sorgen über die schlechter werdende Leistung nehmen im Altersverlauf jedoch ab. Frauen und Personen mit niedrigem SES berichten häufiger Sorgen um wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen als Männer und Personen mit höherem SES. Hohe soziale Unterstützung sowie geringe chronische Stressbelastung sind mit weniger subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und den damit verbundenen Sorgen assoziiert.

Am Beispiel von Diabetes mellitus wird gezeigt, dass auch chronische körperliche Erkrankungen die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können. Kognitive Fähigkeiten von Personen mit Depression sind nur in geringem Umfang und auch nur für kurze Zeit beeinträchtigt. Allerdings bleiben ein erhöhtes Maß an wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundenen Sorgen über längere Zeit bestehen. Bei niedriger kognitiver Leistungsfähigkeit und wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität reduziert. Dieser negative Zusammenhang zeigt sich besonders ausgeprägt für Personen ab 60 Jahren mit wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen.

Ausgehend von den dargestellten Ergebnissen werden in beiden Schwerpunktbereichen Handlungsempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet. Hierbei werden sowohl potentiell beeinflussbares Gesundheitsverhalten als auch Schutz- und Risikofaktoren berücksichtigt. Zusammenfassend wird in den Handlungsempfehlungen dieses Berichts die Evaluation bestehender und Entwicklung ergänzender Informations- und Präventionsmaßnahmen empfohlen.

Der Bericht macht einmal mehr deutlich, dass psychische Gesundheit zunehmend als Querschnittsthema in den meisten Bereichen und Settings des gesellschaftlichen Lebens betrachtet werden sollte. Durch die Einbeziehung der psychischen Gesundheit in die Gestaltung und Weiterentwicklung der Lebenswelt kann das präventive Potenzial zum Erhalt psychischer Gesundheit und Leistungsfähigkeit nachhaltig ausgeschöpft werden. Für die weitere Verbesserung der gesundheitspolitischen Planungsgrundlagen wurde am RKI im Jahr 2019 damit begonnen, eine kontinuierliche Mental Health Surveillance mit Blick auf relevante Krankheiten und Störungen, Schutz- und Risikofaktoren, besonders betroffene Bevölkerungsgruppen sowie regionale Unterschiede im Krankheitsgeschehen und in der Versorgung aufzubauen.

2



Zielsetzung dieses Berichts

Ziel des vorliegenden Schwerpunktberichts zu Depression und kognitiver Leistungsfähigkeit ist die Zusammenführung zentraler Einzelergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen für Prävention und Gesundheitspolitik.

Die im Kapitel zu Depression zusammengefassten Ergebnisse sollen dazu beitragen, ein besseres Verständnis für unterschiedliche Datenquellen und Indikatoren zu fördern. Voneinander abweichende Ergebnisse zur Häufigkeit von Depressionen, zum Beispiel aus verschiedenen Bevölkerungsbefragungen, mithilfe unterschiedlicher Messinstrumente oder aus Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenversicherungen, sollen gegenübergestellt und – soweit möglich – aufgeklärt werden. Aussagekraft und Limitationen einzelner Datenquellen werden aufgezeigt und diskutiert. Die zu Depression durchgeführten Trendanalysen haben das Ziel, eine Differenzierung und Versachlichung der Diskussion um eine etwaige Zunahme von Depressionen herbeizuführen. Hierbei wurde insbesondere auch untersucht, inwieweit der markante Anstieg an Depressionsdiagnosen in der Versorgung durch einen generellen Anstieg der Depressionsprävalenz erklärt werden kann, oder ob hierfür weitere Faktoren in Betracht gezogen werden müssen.

Der Bericht fokussiert neben Prävalenzen insbesondere auch auf Risiko- und Schutzfaktoren mit dem Ziel, den Zusammenhang spezifischer Faktoren mit der Entstehung, dem Verlauf und der Schwere von Depressionen darzustellen. Hierbei stehen insbesondere solche Determinanten im Vordergrund, die durch Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung beeinflussbar sind, um auf dieser Basis fundierte Handlungsempfehlungen für die Prävention ableiten zu können.

Hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit wird im Bericht das Ziel verfolgt, Veränderungen der Leistung im Altersgang darzustellen. Subjektive Gedächtnisveränderungen sollen vor dem Hintergrund objektiver kognitiver Leistungen bewertet werden.

Risiko- und Schutzfaktoren werden im Hinblick auf altersbedingte Veränderungen sowie in ihrer Relevanz für die gesamte Altersspanne näher beschrieben und analysiert sowie Personen mit einem erhöhten Risiko für kognitive Leistungseinbußen identifiziert. Hierdurch sollen Ansatzpunkte für Prävention herausgearbeitet werden, die der kognitiven Leistung im Sinne eines gesunden Alterns zuträglich sind. Insbesondere für den Bereich der kognitiven Mechanik werden Potentiale aufgezeigt, altersbedingten Leistungseinbußen entgegenzuwirken.

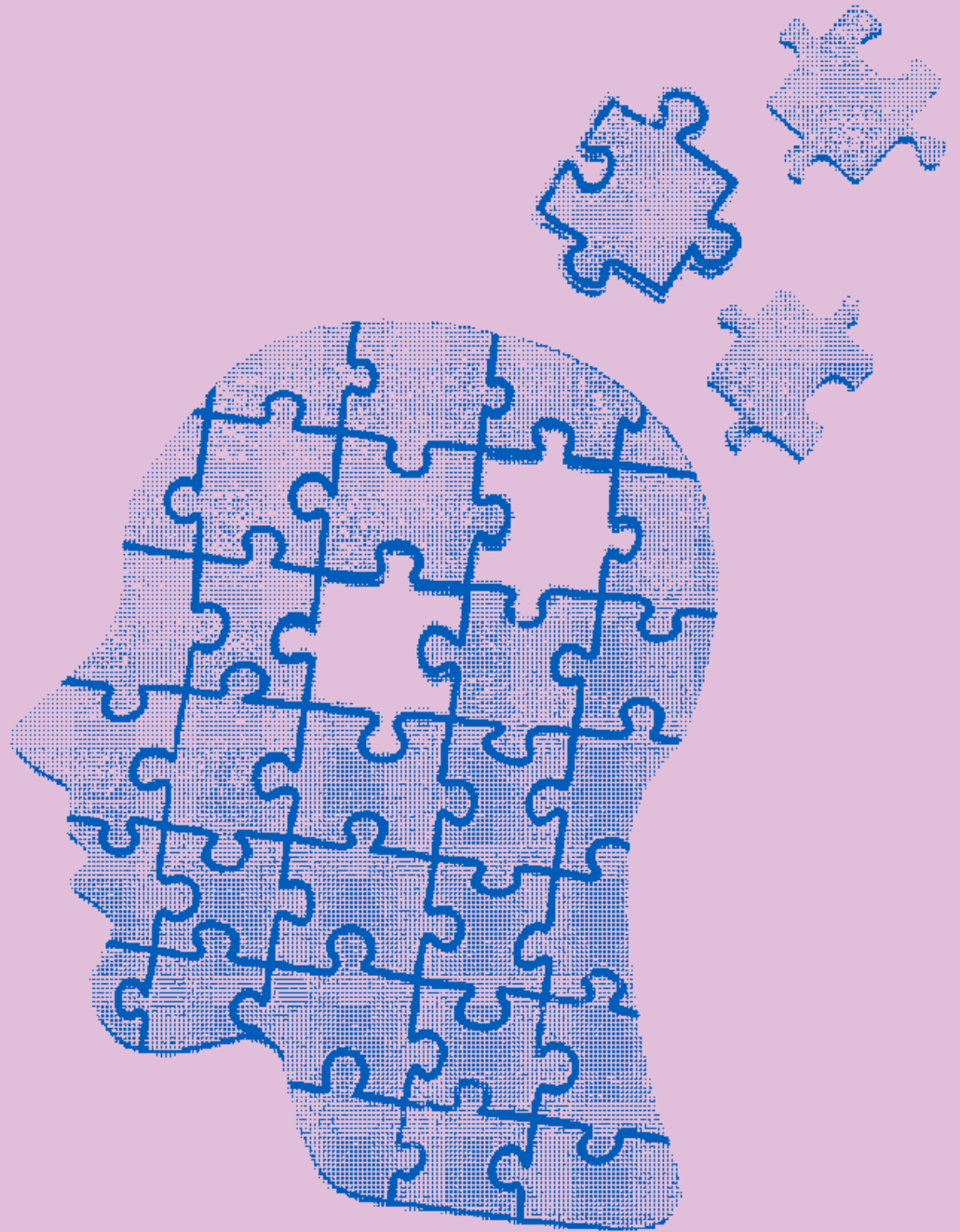
Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird im vorliegenden Bericht als Querschnittsthema betrachtet und

im Zusammenhang mit Depressionen und kognitiver Leistungsfähigkeit dargestellt. Es sollen Ansatzpunkte aufgezeigt werden, wie über die Prävention und Versorgung von Depressionen und Einschränkungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit hinaus die Lebensqualität und das Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung verbessert werden können.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts wurden konsekutiv mit einem Gremium von Expertinnen und Experten diskutiert und auf einschlägigen Fachkongressen vorgestellt. Ergänzend wurde ein eintägiger Workshop durchgeführt, an dem auch die Fachvertreter des Bundesministerium für Gesundheit teilgenommen haben. Darüber hinaus wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Fachwissenschaftlerin im Bereich der Depression und kognitiven Leistungsfähigkeit mit einer vertiefenden Expertise beauftragt. Mit diesen begleitenden Aktivitäten wurde das Ziel verfolgt, tragfähige Handlungsempfehlungen für die Prävention und Gesundheitspolitik herzuleiten, die auf einer expertengestützten Diskussionsgrundlage basieren. Die Handlungsempfehlungen sollen Ansätze aufzeigen, die der Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings und Lebenswelten dienen. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die auf individuelles Gesundheitsverhalten und individuelle Gesundheitskompetenzen (Verhaltensprävention) gerichtet sind sowie solche, die auf die Veränderung von Lebensverhältnissen und -strukturen abzielen.

Der Bericht soll Politik, Fachwelt und die interessierte Öffentlichkeit informieren. Die berichteten Sachverhalte und Ergebnisse sind zum Teil sehr komplex und basieren auf komplizierten statistischen Auswertungsmethoden. Ziel ist es einerseits, die Ergebnisse möglichst allgemeinverständlich darzustellen, andererseits lassen sich wissenschaftliche Fachbegriffe und statistische Kennwerte nicht vollständig vermeiden, ohne hierbei einen gravierenden Informationsverlust zu erleiden.

3



Bevölkerungsbezogene Aspekte der psychischen Gesundheit

IM ÜBERBLICK

Die psychische Gesundheit ist von großer Bedeutsamkeit für das individuelle Wohlbefinden, die subjektive Lebensqualität, eine nachhaltige Leistungsfähigkeit und die individuellen Entwicklungspotenziale. Gesellschaftliche, soziale, Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen unterliegen einem immer schnelleren Wandel. Bei der Bewältigung dieser Veränderungsprozesse kommt der psychischen Gesundheit eine Schlüsselrolle zu [1, 2].

Im vorliegenden Bericht wird psychische Gesundheit unter unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, wie beispielsweise der Grad der Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen an Bildung und Arbeitsmarkt und die Berücksichtigung der psychischen Gesundheit bei der Gestaltung der Arbeits- und Lebenswelt inklusive dem Erhalt der Leistungsfähigkeit bei psychischen Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert. Psychische Gesundheit als Querschnittsthema bei der Entwicklung der Arbeits- und Lebenswelt einzubeziehen – Mental Health in all Policies – wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [3] gefordert, von der Europäischen Kommission gefördert [4] und als Antwort auf die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit gewertet [5]. Die Aktivitäten in Deutschland sind hierbei sehr vielfältig.

Die Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele findet durch die föderale Struktur sowohl auf Länder-, als auch auf Bundesebene statt und ist durch das Prinzip der Subsidiarität geprägt. Hierdurch gibt es einerseits eine große Vielfalt von Aktivitäten, die der Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten zuträglich ist. Andererseits ist die Gesamtheit aller Aktivitäten in diesem Bereich unübersichtlich und Entwicklungsprozesse sowie Fortschritte auf nationaler Ebene durch entsprechende Indikatoren oft nur unzureichend abzubilden.

Psychische Gesundheit wird in diesem Bericht auf Bevölkerungsebene mit Fokus auf Depressionen und die kognitive Leistungsfähigkeit untersucht. Die Auswertungen bleiben hierbei nicht bei epidemiologischen Prävalenzschätzungen stehen. Zusätzlich wird die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren mit einbezogen und die Relevanz für die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. Die beiden Schwerpunktthemen dieses Berichts sollten hierbei nicht losgelöst von den Entwicklungen des gesamten Bereichs der psychischen Gesundheit betrachtet werden. Aus diesem Grund wird in den folgenden Kapiteln 3.1 und 3.2 eine allgemeinere und weiter gefasste Perspektive eingenommen.

LITERATUR

1 OECD (2012) *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>

2 McDaid D, Hewlett E, Park A (2017) *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*. OECD Health Working Papers, 97. OECD Publishing. DOI: 10.1787/bc364fb2-en

3 WHO (2013) *Mental Health Action Plan 2013–2020*. WHO

4 Botezat I, Campion J, Garcia-Cubillana P et al. (2018) *Joint Action on Mental Health and Wellbeing*. Mental Health in all policies.

5 Carod-Artal FJ (2017) *Social Determinants of Mental Health Global Mental Health*. Springer, S. 33–46

Psychische Störungen in der Bevölkerung



Historisch betrachtet unterlagen Menschen mit psychischen Störungen einer langen Geschichte der Stigmatisierung, Ausgrenzung und Verfolgung. Mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, der Psychiatrie-Enquete [1], wurde ein Prozess der Reformierung der psychiatrischen Versorgung befördert, um die Lage von Menschen mit psychischen Störungen, unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens, nachhaltig zu verbessern. Zeitgleich wurden im Jahr 1975 erstmalig in Deutschland regional repräsentative epidemiologische Daten zur Prävalenz, Inzidenz und dem Verlauf psychischer Störungen im Rahmen der sogenannten Oberbayern-Studie ermittelt [2]. Mit dem Bundes-Gesundheitssurvey und dem dazugehörigen Modul zu psychischen Störungen wurden dann erstmals bundesweit repräsentative Daten zu psychischen Störungen in der Bevölkerung vom Robert Koch-Instituts (RKI) erhoben. Mit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und dem Modul Zusatzuntersuchung psychischer Gesundheit (DEGS1-MH) folgte in den Jahren 2009–2012 die aktuellste Studie zu psychischen Störungen in der erwachsenen Bevölkerung.

Als eine logische Konsequenz dieser Meilensteine in der Entwicklung des Umgangs mit psychischen Störungen wurden auch die Grundlagen der Diagnostik weiter entwickelt. Die wichtigsten Diagnose und Klassifikationssysteme psychischer Störungen in der gegenwärtigen Forschung zu psychischen Störungen und der Gesundheitsversorgung sind das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-IV) und die internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10). Beide Klassifikationssysteme wurden parallel weiter entwickelt

und sind weitestgehend kompatibel. Gegenwärtig wird das DSM V eingeführt. Das ICD-10 Kapitel V (F) ist seit 1998 das offizielle Diagnoseklassifikationssystem in Deutschland, dass sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich verwendet wird. ICD-11 befindet sich in Vorbereitung.

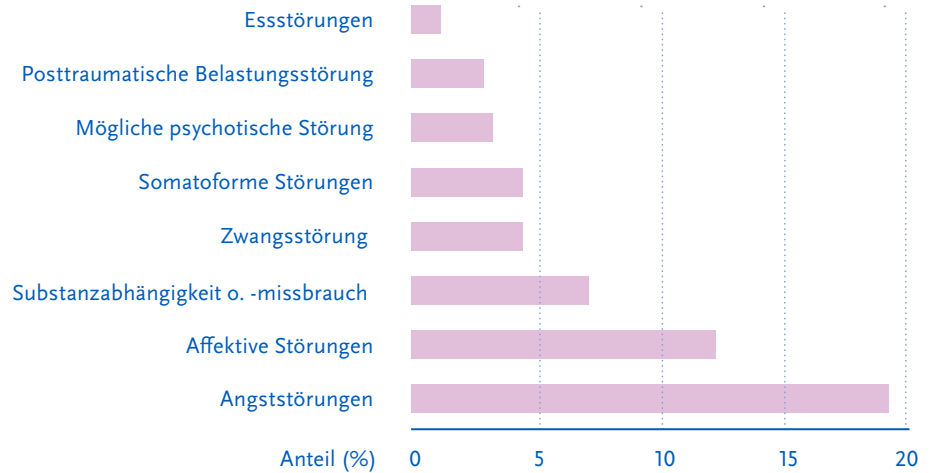
Der Begriff der psychischen Störung hat die älteren Begriffe der psychischen Krankheit oder psychischen Erkrankung weitestgehend abgelöst. Er wird als neutraler und weniger stigmatisierend angesehen, insbesondere weil er keine Annahmen über die Ursachen impliziert, die in vielen Fällen wissenschaftlich nicht hinreichend abgesichert sind [3, 4]. Die beiden Klassifikationssysteme basieren auf dem jeweils aktuellen Stand der psychiatrischen und klinisch-psychologischen Forschung. Die Definitionen und Beschreibungen im ICD und DSM sind Ergebnis eines Konsensprozesses zwischen Expertinnen und Experten. Dies bedeutet, dass die Störungskategorien im Laufe der Zeit auf der Basis neueren Wissens geändert, differenziert oder erweitert wurden. Insofern sind berichtete Diagnoseprävalenzen in der Bevölkerung immer auch vor dem Hintergrund der jeweils verwendeten Diagnosekriterien zu verstehen.

In den Studien des RKI werden psychische Störungen im Sinne der genannten Klassifikationssysteme erhoben und berichtet. Da beide Diagnosesysteme über zehn Störungskategorien mit weiteren Unterkategorien enthalten, ist es in epidemiologischen Studien notwendig, diese Kategorien zusammenzufassen oder prominente Einzelstörungen auszuwählen.

In DEGS1-MH wurden die psychischen Störungen mit einer deutschen Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) erhoben. Hierbei handelt es sich um ein wissenschaftlich anerkanntes und standardisiertes Verfahren der Psychodiagnostik.

Häufige psychische Störungen gemäß DSM-IV (12-Monatsdiagnosen)

Anmerkungen Datenbasis: CIDI-Depressionsdiagnosen erhoben in DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18–79 Jahre [5]



Die Abbildung 3.1 zeigt Daten aus DEGS1-MH zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung. Wichtig ist, dass es sich hierbei um sogenannte 12-Monatsdiagnosen handelt. Das bedeutet, dass die Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate die Kriterien für die jeweilige Diagnose erfüllt hatten. Der Zeitraum, den eine Person die Kriterien für eine Diagnose mindestens erfüllt haben muss, unterscheidet sich zwischen einzelnen Diagnosen. Es sind also sowohl Personen enthalten, die einen relativ kurzen Zeitraum betroffen waren, als auch solche, die durchgängig in den gesamten zwölf Monaten betroffen waren. Die in der Abbildung gezeigten affektiven Störungen enthalten neben der unipolaren Depression mit einer Prävalenz von 8,2 % auch die bipolare Störung mit einer Prävalenz von 1,5 %. Deutlich höher fallen Prävalenzschätzungen zu Lebenszeitdiagnosen aus, die alle im Lebensverlauf aufgetretenen Störungen erfassen. In diesem Bericht spielen Lebenszeitdiagnosen nur eine untergeordnete Rolle, weil sie aus methodischen Gründen nur schwer und ungenau zu erheben sind, insbesondere dann, wenn die gesamte Altersspanne der Erwachse-

nen betrachtet wird. Die Daten in der Abbildung 3.1 zeigen, dass Angststörungen, affektive Störungen und substanzbezogene Störungen besonders häufig auftreten. Die hohe Prävalenz und die im Vergleich zu anderen psychischen Störungen besonders hohe Krankheitslast durch Depression begründen, dass diese Störung Gegenstand dieses Schwerpunktberichts wurde. Die vertiefenden Analysen auf Bevölkerungsebene sollen es ermöglichen Handlungsempfehlungen für Prävention empirisch zu begründen.

Die Weiterentwicklung der Prävention ist eine wesentliche Zielsetzung der Gesundheitspolitik. Darüber hinaus werden auch übergreifende Risiko- und Schutzfaktoren behandelt, die in diesem Zusammenhang bedeutsam sein können. Somit versteht sich dieser Bericht auch als ergänzende Grundlage der gesundheitspolitischen Gestaltungsprozesse, die beginnend mit der Psychiatrie-Enquete in den 1970er Jahren das Ziel verfolgen, psychische Störungen und deren Chronifizierung zu verhindern, Ausgrenzung und Stigmatisierung zu reduzieren und statt dessen die Teilhabe und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern.

LITERATUR

1 Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200, Bonn

2 Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984) *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Enke, Stuttgart

3 Heinz A (2015) *Krankheit vs. Störung*. Der Nervenarzt 86(1):36–41

4 Wittchen H-U (2011) *Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer, S. 27–55

5 Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2015) *Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction*. Int J Methods Psychiatr Res 24(4):305–313

Risiko- und Schutzfaktoren



Um Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit identifizieren und ihre Wirkung besser verstehen zu können, sind die Entstehung und der Verlauf psychischer Störungen von wesentlicher Bedeutung. Da die Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Depressionen und kognitiver Leistungsfähigkeit zu einem großen Teil nicht spezifisch sind, kann hierbei auf allgemeinere Konzepte für die psychische Gesundheit zurückgegriffen werden. Erkenntnisse über die Beeinflussbarkeit des Verlaufs psychischer Störungen liefern die Grundlage für Maßnahmen, die das Risiko der Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Störungen reduzieren und zur Gesundheitsförderung beitragen können. Im Folgenden werden die Konzepte der Vulnerabilität (Anfälligkeit) und der Resilienz (Widerstandsfähigkeit) vorgestellt. Beide spielen eine wesentliche Rolle bei der Förderung psychischer Gesundheit und der Entwicklung oder Vermeidung psychischer Störungen.

3.2.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Entwicklung psychischer Störungen

Bei der Entwicklung psychischer Störungen geht man davon aus, dass sowohl biologische als auch psychologische und soziale Komponenten interagieren. Die meisten Personen mit psychischen Störungen sind durch eine genetisch bedingte oder sozial erlernte

Belastungsdisposition, eine sogenannte Vulnerabilität, vorgeprägt. Der Begriff bezeichnet eine Anfälligkeit oder Verletzlichkeit, die beim Hinzutreten von Belastungen das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung erhöht – auch wenn deren Ausprägung nicht zwingend erfolgen muss [1]. Eine Vulnerabilität kann sich beispielsweise in der Tendenz eines Kindes zeigen, in herausfordernden Situationen mit Angst oder Rückzug zu reagieren, wenn es mit einem mit Angst- oder depressiver Störung belasteten Elternteil aufwächst. Ob die Vulnerabilität eher genetisch bedingt oder sozial erlernt oder beides ist, lässt sich nicht mit Genauigkeit bestimmen. Entscheidend ist jedoch, dass Belastungsdispositionen in den meisten Fällen erst in dynamischer Wechselwirkung mit dem Eintreten anderer Risiko erhöhender Faktoren (z. B. Stress oder kritische Lebensereignisse) sowie bei gleichzeitiger Abwesenheit Risiko senkender Schutzfaktoren (z. B. Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung) zur Entwicklung einer psychischen Störung führen [2, 3]. Diese Wechselwirkung aus biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten wird im Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen zusammengefasst (Abbildung 3.2.1 in Anlehnung an [1]).

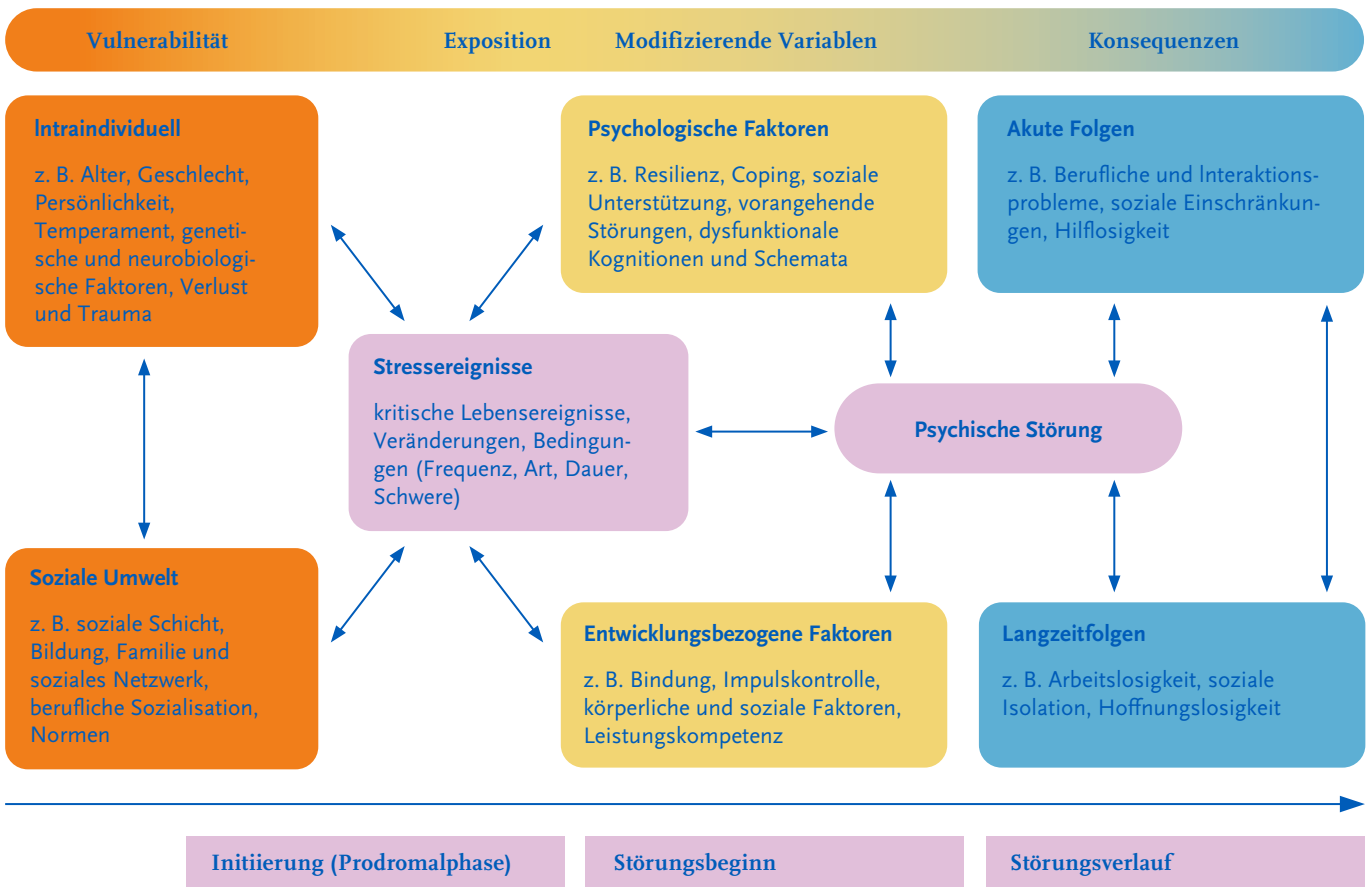
Ob psychische Belastungen tatsächlich zu Störungen führen, hängt dementsprechend nicht nur von der Vulnerabilität und dem Vorliegen einer aktuellen Belastungssituation ab, sondern auch von den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren einer Person.

Individuelle Faktoren (z. B. Persönlichkeitsmerkmale, Bewältigungsstrategien) und Faktoren der sozialen Umwelt (z. B. Einkommen, Bildung, Netzwerke) können die Bewältigung von belastenden Situationen begünstigen und das Risiko der Entwicklung

psychischer Störungen reduzieren [4, 5]. Der Verlauf und die Folgen einer psychischen Störung sind ebenfalls abhängig von den jeweiligen psychologischen Schutzfaktoren (Abbildung 3.2.1).

ABBILDUNG 3.2.1 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Quelle: Wittchen, 2011 [1]



3.2.2 Resilienz

Bei der Betrachtung von psychologischen Risiko- und Schutzfaktoren nimmt der Begriff bzw. das Konstrukt der Resilienz einen besonderen Stellenwert ein. Resilienz beschreibt die Fähigkeit, bei gleichzeitigem Vorliegen von Vulnerabilitäten und Risikofaktoren, eine erfolgreiche Bewältigung zu erreichen [6]. Es handelt sich dabei weniger um eine Persönlichkeitseigenschaft als um eine Person-Situation-Relation, die dadurch gekennzeichnet ist, dass trotz vorliegender Risiken eine störungsfreie Entwicklung erfolgen kann [6]. Sie ist somit nicht mit der Abwesenheit von Risikofaktoren gleichzusetzen, sondern äußert sich als Widerstandsfähigkeit basierend auf einem Bündel an risikohemmenden Schutzfaktoren [7]. Resilienz steigernde Faktoren sind insbesondere vertrauensvolle

Beziehungen, eine hohe soziale Unterstützung sowie ein breites Spektrum an Bewältigungsmechanismen und positiven Erwartungshaltungen [1, 7]. Im Erwachsenenalter besteht Resilienz zunehmend in der Fähigkeit zur Rekonfiguration, das heißt in einem erfolgreichen Umgang mit Verlusten, und in der Anpassung an altersbedingte Einschränkungen [6, 8]. Andere Facetten von Resilienz werden als Stress-Resistenz oder (schnelle) Regeneration zusammengefasst, je nachdem ob die schützenden Mechanismen bereits vor oder erst nach der Exposition mit einem Stressor wirksam werden [7]. Möchte man eine ressourcenorientierte Förderung von Resilienz betreiben, sollte neben der Symptomreduktion und Konfliktbewältigung ebenfalls auf die Entwicklung risikomildernder und antizipatorischer Kompetenzen im Rahmen von Interventionen fokussiert werden [9].

Aktivitäten zur Stärkung von Resilienz nehmen seit einigen Jahren einen hohen Stellenwert innerhalb von Public Mental Health ein und wurden als prioritäres Ziel im gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der WHO im Jahr 2012 formuliert [10]. Dabei wurde der Begriff der Resilienz nicht nur auf die individuelle Ebene beschränkt, sondern berücksichtigte ebenfalls die Stärkung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden auf gemeinschaftlicher oder gesellschaftlicher Ebene (vgl. „community resilience“ [10]). Das bedeutet, dass neben dem Ziel der individuellen Stärkung von Widerstandskraft durch Schutzfaktoren auch eine widerstandsfähige Gesellschaft angestrebt wird, um „aktiv auf neue und ungünstige Umstände [zu] reagieren, sich auf ökonomische, soziale und ökologische Veränderungen ein[zu]stellen und Krisen sowie Härtesituationen besser bewältigen [zu] können“ ([10] zitiert nach [8]).

3.2.3 Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit

Unter Risikofaktoren (z. B. kritische Lebensereignisse, mangelnde soziale Unterstützung) versteht man solche Einflussfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln, erhöhen. Nach Rutter [11] können Risikofaktoren aus der Kindheit und Jugend zu psychischen Störungen im Erwachsenenalter führen, indem sie zum Beispiel zu körperlichen Veränderungen (z. B. im neuroendokrinen System), zu Veränderungen von Verhaltensmustern, dem Selbstkonzept oder dem sozialen Umfeld führen und damit die Anfälligkeit langfristig erhöhen. Dieses Risiko kann mithilfe von Schutzfaktoren reduziert werden, indem zum Beispiel individuelle Ressourcen (z. B. Selbstkonzept und –wirksamkeit) gestärkt oder günstige Rahmenbedingungen (z. B. soziales Umfeld, Lernumgebungen) geschaffen werden [11]. Studienergebnisse zeigen, wie sich das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung zum Beispiel bei Kindern mit Bindungsproblemen oder psychischen Problemen der Eltern sowie einer hohen Anzahl an Konflikten oder Gewalterfahrungen im Fall von geringer sozio-emotionaler Unterstützung signifikant erhöht [12, 13]. Negative Effekte risikobehafteter Expositionen oder Erlebnisse in der Kindheit können sich auch erst Jahre später zeigen [14, 15]. Es wird angenommen, dass sich bei Personen mit vermehrter Exposition von Risikofaktoren die Vulnerabilität kumuliert und sich somit das Risiko erhöht, in Belastungssituationen psychopathologische Symptome hervorzurufen [16]. Mit Eintritt in das Erwachsenenalter kommen andere

altersspezifische Risiko- und Schutzfaktoren hinzu, wie zum Beispiel die Bedingungen am Arbeitsplatz. Aus diesem Grund wurde im Arbeitsschutzgesetz die Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen hinsichtlich psychischer Belastungen mit aufgenommen [17, 18]. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat im Jahr 2014 Empfehlungen zur Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastung herausgegeben [17, 18].

Als Schutzfaktoren werden Einflussfaktoren bezeichnet, die bei Vorliegen von individuellen und/oder situativen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln, mindern können [12, 14, 19]. Schutzfaktoren können protektive individuelle Eigenschaften sein, aber auch aus dem sozialen und familiären Umfeld stammen und insbesondere dann zum Tragen kommen, wenn Personen mit potentiellen Stressoren konfrontiert sind [19]. Eine Reihe individueller und sozialer Risiko- und Schutzfaktoren wurde insbesondere im Kindes- und Jugendalter in Quer- und Längsschnittstudien untersucht, ihre langfristigen Folgen gelten als relativ gut erforscht und gesichert (siehe im Überblick in [12, 14, 19]).

In Anlehnung an die WHO [20] lassen sich die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit drei übergeordneten Determinanten zuordnen: (a) individuelle Eigenschaften und Verhalten, (b) sozio-ökonomische Bedingungen und (c) gesellschaftlich-ökologische Faktoren (Abbildung 3.2.2). Diesem theoretischen Modell liegt die Annahme zugrunde, dass psychische Gesundheit nicht allein durch individuelle Dispositionen beeinflusst wird, sondern auch durch Lebensbedingungen und Umwelten, in denen eine Person aufwächst oder lebt [21]. Die erste Determinante (a) umfasst, neben einem gewissen Anteil an biogenetisch determinierten Faktoren, emotionale und soziale Kompetenzen und Verhaltensweisen, die es ermöglichen sollen, mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und Zielen konstruktiv umzugehen, aber auch mit sozialen Anforderungen oder gesellschaftlichen Normen. Die sozioökonomischen Bedingungen (Determinante b) beschreiben die Möglichkeiten einer Person, ein für die psychische Gesundheit angemessenes Maß an unterstützenden Potentialen, wie Bildung, Einkommen und soziale Unterstützung durch die Familie oder Freunde, zu erhalten. Die psychische Gesundheit hängt darüber hinaus mit gesellschaftlichen Gegebenheiten und Veränderungen zusammen, wie sozio-kulturellen Normen (z. B. Geschlechterrollen, Diskriminierung) und Lebensbedingungen (z. B. Situation des Arbeitsmarkts, der Gesundheitsversorgung) (Determinante c). Die unter den drei Deter-

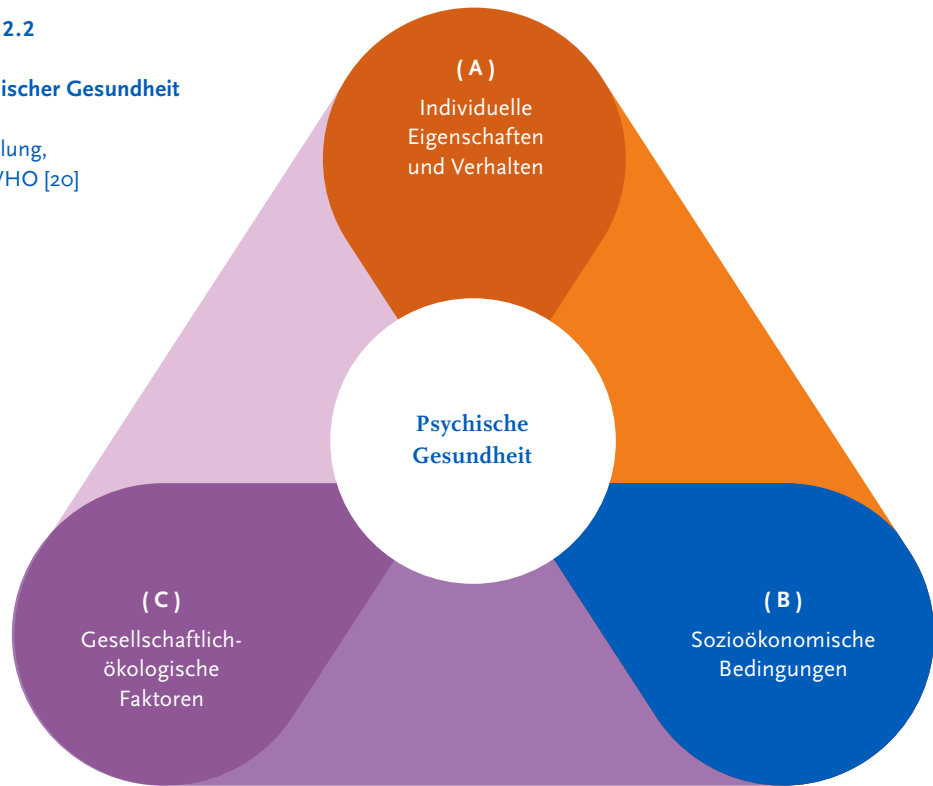
minanten zusammengefassten Faktoren beinhalten sowohl gefährdende als auch protektive Wirkmechanismen, da derselbe Faktor je nach Ausprägung einen positiven oder negativen Einfluss haben kann.

So kann beispielsweise soziale Unterstützung bei geringer Ausprägung als Risikofaktor und bei hoher Ausprägung als Schutzfaktor wirken.

ABBILDUNG 3.2.2

Determinanten psychischer Gesundheit

Quelle: Eigene Darstellung,
in Anlehnung an die WHO [20]



3.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren in den Erwachsenen-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts

Aus einer Lebensspannenperspektive heraus können sich Risiko- und Schutzfaktoren in jeder Lebensphase manifestieren [20]. Hinsichtlich bestimmter Risikofaktoren scheint es jedoch besonders vulnerable Phasen zu geben [15]. Im Erwachsenenalter gewinnen beispielsweise Aspekte der „work-life-balance“, der sozialen Integration und Partizipation sowie der körperlichen Gesundheit als Einfluss nehmende Faktoren an Bedeutung [22–24]. Im Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts werden daher für die erwachsene Bevölkerung Daten zur Erwerbstätigkeit, zu den sozioökonomischen Bedingungen und dem alltäglichen Stresserleben erhoben, sowie zur Partnerschaft und zum Familienstand, zur soziale

Unterstützung sowie zum Vorliegen akuter oder chronischer Erkrankungen [11]. Zusätzlich werden diese Risiko- und Schutzfaktoren um ausgewählte Aspekte der Lebensführung (z. B. Ernährung, sportliche Aktivität) ergänzt (Tabelle 3.2.1).

DETERMINANTEN	RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN
(A) Individuelle Eigenschaften und Verhalten	Alter und Geschlecht Chronischer Stress Sportliche Aktivität Gesunde Ernährung Körperliche Gesundheit/(Ko-)Morbidität
(B) Sozio-ökonomische Bedingungen	Bildung, Einkommen, Beruf (SES*) Familienstand, Partnerschaft Erwerbsstatus Soziale Unterstützung
(C) Gesellschaftlich-ökologische Faktoren	Region Gemeindegröße

 TABELLE 3.2.1

Berücksichtigte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit im Überblick

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an die WHO [20]



SES: Der sozioökonomische Status (Socio-Economic Status, SES) wird aus Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen abgeleitet. Dieser Indikator ist in Kapitel 3.2.5 näher beschrieben.

3.2.5 Beschreibung und Erfassung der Risiko- und Schutzfaktoren

Alter und Geschlecht

Alter (in Jahren) und Geschlecht (männlich, weiblich) der DEGS1-Studienteilnehmenden wurde im Selbstbericht erfasst. Die Darstellung von Altersunterschieden erfolgt in den drei Gruppen 18 bis 39 Jahre, 40 bis 59 Jahre, 60 bis 79 Jahre.

Chronischer Stress

Zur Ermittlung von chronischem Stress wurden die DEGS1-Teilnehmenden im Alter von 18 bis 64 Jahren mithilfe von zwölf Fragen aus dem Trierer Inventar zur Messung von chronischem Stress (TICS-SSCS) [25] befragt. Mithilfe des TICS-SSCS wird die Häufigkeit von Erfahrungen/Situationen mit hoher Stressbelastung in den letzten drei Monaten auf einer 5-stufigen Bewertungsskala von „nie“ (0) bis „sehr häufig“ (4) in Bezug auf die folgenden fünf Bereiche angegeben: Chronische Besorgnis (z. B. „Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann“), arbeitsbezogene und soziale Überlastung (z. B. „Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe“), Überforderung (z. B.

„Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können“) und Mangel an sozialer Anerkennung (z. B. „Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten“). Werden die Antworten aller zwölf Fragen summiert, so ergibt sich ein Wertebereich von 0 (niemals Stress) bis 48 (sehr häufig Stress). Basierend auf der Verteilung der Summenwerte in der Gesamtstichprobe, wurden folgende Kategorien von Stressbelastung gebildet: 0 bis 22 Punkte „unterdurchschnittlicher chronischer Stress“ (Median) und 23 bis 48 Punkte „überdurchschnittlicher chronischer Stress“ (> Median).

Sportliche Aktivität

Alle an DEGS1 teilnehmenden Personen haben mehrere Fragen zur Regelmäßigkeit und Art der körperlichen sowie sportlichen Aktivität beantwortet. Für den vorliegenden Bericht wurden die Angaben zur sportlichen Aktivitäten innerhalb der letzten drei Monate berücksichtigt und als kategoriale Variable mit den folgenden drei Kategorien zusammengefasst: keine regelmäßige sportliche Aktivität, bis zu zwei Stunden sportliche Aktivität pro Woche, mehr als zwei Stunden sportliche Aktivität pro Woche. Diese Einteilung der Kategorien erfolgte in Anlehnung an bereits publizierte Ergebnisse [26].

Gesunde Ernährung

Gesunde Ernährung wurde in DEGS1 über einen Fragebogen erfasst, der die Verzehrsmenge und Häufigkeit von Nahrungsmitteln aus insgesamt 15 Nahrungsmittelgruppen (z. B. Gemüse, Getreideprodukte) inklusive Getränken (z. B. Saft, Alkohol) innerhalb der letzten vier Wochen abfragt [27]. Gesunde Ernährung wurde in Anlehnung an die sogenannte Mittelmeer-Kost mithilfe der Nahrungsmittelgruppen, Fleisch, Fisch, Gemüse, Nüsse und Süßspeisen abgebildet. Es werden die durchschnittliche Verzehrsmenge pro Tag in Gramm berichtet und in Relation zu Angaben zur empfohlenen Verzehrsmenge der Deutschen Gesellschaft für Ernährung im Jahr 2017 gesetzt.

Körperliche Gesundheit / (Ko-)Morbidity

Die RKI-Gesundheitssurveys enthalten vielfältige Informationen zur körperlichen Gesundheit. Die Studienteilnehmenden wurden u. a. gefragt, ob bei ihnen eine Reihe chronischer somatischer Erkrankung jemals ärztlich diagnostiziert wurden und inwiefern diese in den vergangenen zwölf Monaten vorlagen. Eingeschlossen wurden alle selbstberichteten jemals gestellten ärztlichen Diagnosen von Schlaganfall, Herzinfarkt, anderen koronaren Herzkrankungen und Krebserkrankungen. Sofern sie auch in den letzten 12 Monaten vorlagen, wurden darüber hinaus folgende berücksichtigt: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus, Adipositas, Herzinsuffizienz, Asthma, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Niereninsuffizienz, Arthrose, Arthritis, Osteoporose (bei Personen über 50 Jahren gefragt), chronische Rückenschmerzen (Dauer drei Monate). Die Anzahl der Erkrankungen wurden gruppiert in „keine“, „eine“ und „zwei oder mehr“. Vertiefende Auswertungen wurden für Personen mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes mellitus vorgenommen.

Sozioökonomischer Status (SES)

Der Sozioökonomische Status (SES) wird in den Surveys des RKI durch einen eigens entwickelten Index [28] errechnet. Kernelemente bei der Konstruktion des Index sind detaillierte Angaben zur Schulbildung, zur beruflichen Stellung und zum Einkommen. Die Dimension Bildung wird als Individualmerkmal auf Basis der schulischen und beruflichen Qualifikation der Befragten operationalisiert,

während die Dimensionen Beruf und Einkommen als Haushaltsmerkmale berücksichtigt werden. Sie gehen gleichbedeutend in den resultierenden Summenwert ein, der Werte zwischen 3 und 21 annehmen kann. Der SES-Index geht in den vorliegenden Analysen als kategoriale Variable mit drei Abstufungen ein. Für diese Kategorisierung wurde eine verteilungsbasierte Abgrenzung in fünf gleich stark besetzte Gruppen vorgenommen, wobei die drei mittleren Gruppen (2. bis 4. Quintil) zusammengefasst wurden. Diese dreistufige Skala (niedriger, mittlerer und hoher SES) ermöglicht einen Vergleich zwischen den – gemessen an der Kumulation von Bildungsabschlüssen, Berufsstatus und Einkommen – unteren und oberen 20 % der Bevölkerung mit einer breit definierten Mitte, die 60 % der Bevölkerung umfasst.

Zusätzlich wurde der subjektive sozioökonomische Status (SSS) erhoben. In einer deutschsprachigen Version der MacArthur Scale wurden Studienteilnehmende gefragt, wie sie sich auf einer sozialen Stufenleiter von 1 bis 10 selbst platzieren [29]. Die Leiter wurde als Bild in Form einer visuellen Analog-Skala präsentiert und die entsprechende Stufe angekreuzt. Es wurden analog zum objektiven SES fünf gleich stark besetzte Gruppen gebildet und in drei Gruppen zusammengefasst: niedriger SSS (1. Quintil), mittlerer SSS (2. bis 4. Quintil) und hoher SSS (5. Quintil).

Familienstand und Partnerschaft

Angaben zu sozialen Beziehungen gehen in unterschiedlicher Form in die Datenauswertungen ein. Berücksichtigt werden Informationen zum Familienstand (verheiratet, in Trennung lebend, geschieden, verwitwet, Single), zum Leben in einer Partnerschaft, zur Anzahl erwachsener Personen im Haushalt und zu Ein-Eltern-Familien. Der betrachtete Indikator wird jeweils genannt.

Erwerbsstatus

Der Erwerbsstatus wird in differenzierter Form erhoben. Studienteilnehmende werden befragt zu ihrer derzeitigen Erwerbssituation (u. a. Altersteilzeit, Rente/Pension, Arbeitslosigkeit, Umschulung, Hausmann/-frau, Praktikum), dem Umfang der aktuellen Erwerbstätigkeit (u. a. in Vollzeit, Teilzeit, geringfügig erwerbstätig) sowie Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren (Häufigkeit, Dauer).

Soziale Unterstützung

In DEGS1 wurde soziale Unterstützung über eine drei Fragen umfassende Skala zur sozialen Unterstützung erfasst (Oslo Social Support Scale [30]). Erfragt wurden die Anzahl nahestehender Personen (von 1 = keine bis 4 = sechs oder mehr), das wahrgenommene Ausmaß an Interesse anderer Personen (von 1 = kein Interesse bis 5 = viel Interesse) sowie die wahrgenommene Schwierigkeit, Hilfe von Nachbarn zu erhalten (von 1 = sehr schwierig bis 5 = sehr leicht). Die Antworten wurden zu einem Gesamtwert aufsummiert und in die Kategorien niedrige (3 bis 8 Punkte), mittlere (9 bis 11 Punkte) und hohe (12 bis 14 Punkte) soziale Unterstützung unterteilt.

Regionalisierung

Zu den untersuchten regionalen Unterschieden gehören Vergleiche zwischen Bundesländern, darunter auch zwischen den sogenannten alten und neuen Bundesländern. Unterschiede zwischen Stadt und Land werden anhand der Einwohnerzahl einer Gemeinde beschrieben. Die Gemeinden werden unterteilt in ländlich (< 5.000 Einwohner), kleinstädtisch (5000 – < 20.000 Einwohner), mittelstädtisch (20.000 – < 100.000 Einwohner) sowie großstädtisch (100.000 Einwohner und mehr). Für Analysen zu den am stärksten urbanisierten Räumen werden jene mit

500.000 Einwohnern und mehr gesondert betrachtet. Im Zusammenhang mit Depressionen wird zusätzlich die soziale Lage einer Region im Form des sozio-ökonomischen Deprivationsindex [31] untersucht, in dem Merkmale einer Region aus den Bereichen Bildung, Einkommen und Berufstätigkeit zusammengefasst sind.

3.2.6 Interpretierbarkeit der Ergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren

Die im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnisse basieren auf Querschnittsdaten zu einem Messzeitpunkt. Bei der Interpretation können daher keine Aussagen über Kausalität und Wirkrichtung der gefundenen Zusammenhänge gemacht werden. Es bleibt beispielsweise offen, ob ein gemeinsam mit einer Depression oder im Zusammenhang mit der kognitiven Leistung auftretender Risiko- oder Schutzfaktor als Ursache oder Folge zu interpretieren ist. Häufig liegen Belege für beide Wirkrichtungen vor, weshalb einige der Faktoren sowohl als mögliches Risiko als auch als Folge berücksichtigt werden. Wenn im Folgenden also von Risiko- und Schutzfaktoren gesprochen wird, geschieht dies vor dem Hintergrund theoretischer Annahmen oder bisheriger empirischer Ergebnisse zur Wirkrichtung der betrachteten Faktoren, mit dem Ziel einer konzisen Darstellung der mit Depressionen und kognitiver Leistung assoziierten Faktoren.

- 1 Wittchen H-U, Hoyer J (2011) *Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle*. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg, S. 3–25
- 2 Beck AT (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press
- 3 Lazarus RS (1966) *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New York
- 4 Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York
- 5 Cohen S, Wills TA (1985) *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychol Bull 98(2):310–357
- 6 Staudinger UM, Greve W (2001) *Resilienz im Alter. Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter: Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung — Band I*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 95–144
- 7 Bengel J, Lyssenko L (2012) *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 43. BZgA, Köln
- 8 Wadenpohl S (2016) *Resilienz – An der Schnittstelle von Public Health und Gerontologie*. In: Wink R (Hrsg) *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 73–99
- 9 Petermann F, Schmidt MH (2006) *Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie?* Kindh Entwickl 15(2):118–127
- 10 World Health Organization (2013) *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. WHO
- 11 Rutter M (1987) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. Am J Orthopsychiatry 57(3):316–331
- 12 Hölling H, Schlack R (2008) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Gesundheitswesen 70(03):154–163
- 13 Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al. (2011) *Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development*. Lancet 378(9799):1325–1338
- 14 Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M (1997) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter Gegenwärtiger Stand der Forschung*. Nervenarzt 68(9):683–695
- 15 Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey*. Psychol Med 27(5):1101–1119
- 16 Berking M (2012) *Ursachen psychischer Störungen*. In: Berking M, Rief W (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 19–28
- 17 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014) *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen*. Erich Schmidt Verlag Berlin
- 18 Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015) *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG)*.
- 19 Häfner S, Franz M, Lieberz K et al. (2001) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung*. Psychotherapeut 46(6):403–408
- 20 World Health Organization (2012) *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. WHO Discussion Paper. Geneva
- 21 Herrman H, Saxena S, Moodie R (2005) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization, Geneva
- 22 Organisation for Economic Cooperation Development (2012) *Sick on the job?: myths and realities about mental health and work*. OECD, Paris
- 23 Lund C, De Silva M, Plagerson S et al. (2011) *Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries*. Lancet 378(9801):1502–1514
- 24 Prince M, Patel V, Saxena S et al. (2007) *No health without mental health*. Lancet 370(9590):859–877
- 25 Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004) *Trierer Inventar zum Chronischen Stress (TICS) [Trier Inventory for Chronic Stress (TICS)]*. Hogrefe, Göttingen
- 26 Gaertner B, BATTERY AK, Finger JD et al. (2017) *Physical exercise and cognitive function across the life span: Results of a nationwide population-based study*. J Sci Med Sport advanced online publication
- 27 Mensink G, Truthmann J, Rabenberg M et al. (2013) *Fruit and vegetable intake in Germany – Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6):779–785
- 28 Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) *Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5):631–636
- 29 Hoebel J, Müters S, Kuntz B et al. (2015) *Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale*. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2103>
- 30 Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V et al. (2006) *Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41(6):444–451
- 31 Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al. (2017) *Regional health differences – developing a socioeconomic deprivation index for Germany*. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2657.2>

Gesundheitsbezogene Lebensqualität



Der Begriff *Lebensqualität* begegnet uns in verschiedenen Alltagssituationen. Beispielsweise werden Informationen zur Höhe von Lebensqualität für verschiedene Bevölkerungsgruppen veröffentlicht oder Empfehlungen gegeben, wie Lebensqualität gesteigert werden kann. Oftmals ist jedoch unklar, was genau mit dem Begriff Lebensqualität gemeint ist, welche Aspekte des Lebens berücksichtigt werden und wie die Qualität dessen gemessen wird. Hinzu kommt erschwerend, dass neben dem Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität teilweise Begriffe wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit oder Gesundheit verwendet, aber nicht immer klar definiert werden. Tatsächlich beschreiben die verschiedenen Begriffe aber Teilbereiche von Lebensqualität und setzen hierbei unterschiedliche Schwerpunkte. Im Folgenden wird das für diesen Bericht zentrale Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität näher definiert und von anderen Konzepten abgegrenzt. Anschließend wird das im Rahmen des Erwachsenen-Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut verwendete Instrument zur Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität beschrieben und bisherige Befunde zusammengefasst. An diese einleitende Darstellung schließen sich jeweils vertiefende Untersuchungen in den Kapiteln zur Depression (Kapitel 4) und zur kognitiven Leistungsfähigkeit (Kapitel 5) im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Erwachsenenalter an.

3.3.1 Begriffsklärung

Die Basis: Lebensqualität und Gesundheit

Ausgangspunkt für eine allgemeine Definition von Gesundheit lieferte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1947, welche Gesundheit nicht als reine Abwesenheit von Krankheit, sondern als einen Zustand umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens beschrieben hat [1]. Seither wird Gesundheit als ein mehrere Dimensionen umfassender gesundheitlicher Zustand aufgefasst [2]. Aufbauend auf dieser Gesundheitsdefinition entstand in den 1960er Jahren der Begriff der Lebensqualität [3]. Entsprechend der WHO wird Lebensqualität definiert als „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Es ist ein umfassendes Konzept, das in komplexer Weise durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, das Unabhängigkeitsniveau, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihrer Stellung zu den hervorstechenden Merkmalen ihrer Umgebung beeinflusst wird“ [3]. Folglich wird mit dem Konzept der Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit und Wohlbefinden stärker fokussiert. Darüber hinaus wird berücksichtigt, dass subjektive Wahrnehmungen von Gesundheit und Wohlbefinden in Wechselwirkung



zwischen einer Person, ihrem sozialen Umfeld und ihrem kulturellen Wertesystem entstehen [4]. Beide Konzepte wenden sich ab von einer auf Krankheit ausgerichteten objektiven Operationalisierung und wenden sich einer auf die subjektive Gesundheit ausgerichteten Perspektive zu. Diese veränderte Perspektive spiegelt sich unter anderem in der sogenannten Positiven Psychologie wieder, die sich zeitgleich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts etablierte. Innerhalb der Positiven Psychologie rücken positive Facetten der subjektiven Wahrnehmungen und Einstellungen in den Mittelpunkt, wie Zufriedenheit, Optimismus oder das Erleben positiver Emotionen [5]. Aus der Public Health Perspektive ist dieser positiv ausgerichtete Zugang insofern relevant, da Erkenntnisse darüber gewonnen werden können, wie und unter welchen Bedingungen sich Personen gesund und wohl fühlen oder welche Maßnahmen zu einem erhöhten Wohlbefinden, einer verbesserten Gesundheit oder höheren Lebensqualität beitragen [5]. Darüber hinaus stimmen die beiden Definitionen von Gesundheit und Lebensqualität hinsichtlich der drei Kernkomponenten körperliche Verfassung, psychisches Wohlbefinden und soziale Beziehungen überein. Die Lebensqualität bezieht darüber hinaus die subjektive Wahrnehmung und Funktionsfähigkeit der Personen innerhalb ihres soziokulturellen Kontextes und die Umwelt ein, die in der Gesundheitsdefinition nicht abgebildet werden.

Zusammengenommen sind die Konzepte Lebensqualität und Gesundheit zwar voneinander abgrenzbar, können jedoch kaum unabhängig voneinander betrachtet werden. Die Gesundheit bzw. der Gesundheitszustand einer Person kann sowohl Bedingung als auch Folge der Lebensqualität sein. Einschränkungen im Gesundheitszustand einer Person gehen oftmals auch mit einer verringerten Lebensqualität einher [6]. Dennoch ist eine verringerte Lebensqualität nicht allein auf Gesundheitseinschränkungen zurückzuführen sondern ist mit anderen individuellen oder sozioökonomischen Faktoren assoziiert [3, 7]. Dementsprechend repräsentiert der Begriff Lebensqualität ein Konglomerat aus verschiedenen Aspekten von Gesundheit und kann daher übergreifend verwendet werden.

Die Weiterentwicklung: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Durch eine Verbindung der Konzepte Lebensqualität und Gesundheit wurde Ende der 1980er Jahre der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeführt (Health-Related Quality of Life, HRQoL) [8]. Obwohl die Begriffe Lebensqualität und gesundheitsbezogene Lebensqualität häufig gleichbedeutend

verwendet werden, ist je nach Kontext eine Unterscheidung sinnvoll. Im Kontext der medizinischen Versorgung (z. B. im Rahmen von Hilfs- oder Therapieangeboten) war es zu diesem Zeitpunkt das Ziel, das Konzept der Lebensqualität mithilfe der HRQoL zu integrieren und dadurch eine Berücksichtigung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands einer Person für die Bewertung der Effizienz verschiedener Gesundheitsmaßnahmen zu ermöglichen [9]. Daher kann im Zusammenhang mit der vermehrten Berücksichtigung von HRQoL innerhalb der Medizin von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden, der zu veränderten Kriterien bei der Feststellung einer erfolgreichen Behandlung geführt hat. Der Erfolg von Behandlungen wurde im medizinischen Kontext in der Vergangenheit vor allem mit Bezug auf Symptomreduktion, Verbesserung der Überlebensrate oder Verringerung der Sterberate gemessen [10]. Aufgrund von Verbesserungen in der medizinischen Versorgung, dem technischen Fortschritt, der Verlängerung der Lebenszeit sowie dem vermehrten Auftreten von chronischen Erkrankungen, hat sich der Fokus zunehmend auf die Gesunderhaltung und -förderung unter Berücksichtigung subjektiver Einschätzungen von Behandlungserfolgen verlagert [10, 11]. Im Zuge dieser veränderten Perspektive hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität als wichtiges Outcome-Kriterium für die Feststellung des Gesundheitszustands und der Wirkkraft gesundheitsfördernder Maßnahmen etabliert [12–14]. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine allgemein verbindliche Definition zum jetzigen Zeitpunkt nicht existiert, gleichwohl dem Konzept der HRQoL verschiedene Definitionen aus den Bereichen Gesundheit und Lebensqualität zugrunde liegen [3]. Wissenschaftlicher Konsens besteht jedoch dahingehend, dass es sich bei HRQoL um ein multidimensionales Konstrukt handelt, welches die subjektive Wahrnehmung einer Person sowohl bezüglich ihrer aktuellen körperlichen als auch psychischen Gesundheit beinhaltet [15]. Dazu gehört unter anderem auch, wie eine Person in ihrem sozialen Umfeld zurechtkommt und ihre alltäglichen Anforderungen bewältigt [14, 16].

Für Public Mental Health ist die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wesentlich, um den Gesundheitsstatus der Bevölkerung über die Zeit beobachten und bewerten zu können. Basierend auf den Beobachtungen ist es möglich, einerseits Risikogruppen mit einer geringen HRQoL zu identifizieren und darauf aufbauend Präventions- bzw. Interventionsbedarfe aufzuzeigen. Zum Beispiel weisen die Ergebnisse epidemiologischer Studien mehrfach darauf hin, dass ein niedriger SES mit einer reduzierten HRQoL assoziiert ist [17, 18]. Aufbauend auf diesen

Ergebnissen kann der Frage nachgegangen werden, welche Nachteile sich für eine bestimmte Personengruppe im Zusammenhang mit einer reduzierten HRQoL ergeben (z. B. durch unzureichende Aufklärung oder unzureichendem Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen) und wie man ihnen begegnen bzw. sie verhindern kann [19]. Das heißt es können Schlüsse für Prävention und Versorgung gezogen werden. Einbußen in der HRQoL sind mit Einschränkungen der Produktivität und erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeiten assoziiert und somit auf gesundheitsökonomischer Ebene mit direkten und indirekten Kosten verbunden [20]. Des Weiteren erwies sich die HRQoL als zuverlässiger Prädiktor für eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Hospitalisierungen, unabhängig von der Morbidität oder dem Vorliegen spezifischer Erkrankungen [21, 22]. Daher stellen Angaben zur HRQoL eine sinnvolle Ergänzung epidemiologischer Morbiditätsschätzungen dar, um Informationen zur körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen zu erhalten.

Andererseits kann auch der Einfluss von gesundheitsförderlichen Interventionen oder Behandlungsmaßnahmen in bestimmten Bevölkerungs- bzw. Risikogruppen überprüft werden [23, 24]. So diente die HRQoL bereits in einigen klinischen Studien als Indikator für die Entwicklung der Gesundheit und des Wohlbefindens im Behandlungsverlauf von Personen mit psychischen Störungen [25, 26]. Im Gegensatz dazu steht eine hohe HRQoL in unmittelbarem Zusammenhang mit der Fähigkeit, einen unabhängigen, aktiven und zufriedenen Lebensstil zu pflegen [6]. Voraussetzungen hierfür sind der Erhalt und die Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit. Zu beachten ist hierbei, dass die HRQoL im Rahmen epidemiologischer Studien eher als Folge oder Erfolgskriterium verschiedener Einflussfaktoren oder Maßnahmen eingesetzt wird, die Wirkrichtung aber nicht immer genau bestimmt werden kann. Ein niedriger SES kann beispielsweise zu einer reduzierten HRQoL führen aber der Zusammenhang wäre auch umgekehrt denkbar. Im vorliegenden Beitrag werden unter dem genannten Vorbehalt gegenüber Kausalitätsannahmen, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren und HRQoL untersucht, indem wir die HRQoL basierend auf den Einschätzungen der Studienteilnehmenden aus verschiedenen Datenquellen als Folge interpretieren.

Insgesamt können, unter Berücksichtigung der HRQoL Trends, in der körperlichen und psychischen Gesundheit verfolgt, soziale Ungleichheiten aufgedeckt und präventive Strategien geplant und somit ein Beitrag zur Förderung von psychischer Gesund-

heit in der Allgemeinbevölkerung geleistet werden [27]. In der Vergangenheit wurde im Kontext der Public Mental Health-Forschung vermehrt der Zusammenhang von HRQoL mit psychischen Belastungen oder Störungen untersucht [28, 29]. Gegenwärtige Ziele liegen jedoch verstärkt in der Salutogenese (Erhalt und Verbesserung von Gesundheit), verbunden mit der Identifikation und Förderung von individuellen und sozialen Ressourcen [14, 30]. Aktuelle Befunde deuten darauf hin, dass die HRQoL mithilfe verschiedener alltagsintegrierbarer Maßnahmen zum Beispiel sportliche Aktivität, gesunde Ernährung oder soziale Unterstützung, gesteigert werden kann [31].

3.3.2 Die Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität

Im Rahmen der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (BGS98, DEGS1 und DEGS1-MH) wurden körperliche, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit, Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit erfasst, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bevölkerung Deutschlands umfassend beschreiben und bewerten zu können. Im Rahmen dieser Befragungen wurde der SF-36-Fragebogen (Short Form 36-Questionnaire) verwendet [32, 33]. Der SF-36 repräsentiert ein standardisiertes Instrument zur Bewertung von HRQoL, welches mithilfe bevölkerungsnormierter Werte die Untersuchung von Trends (Veränderungen) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität innerhalb der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland erfasst [34]. Über den SF-36 wird die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität innerhalb der letzten vier Wochen innerhalb der Allgemeinbevölkerung erfasst.

Das Instrument besteht aus 36 Items, die über acht Subskalen das multidimensionale Konstrukt der HRQoL abbilden [35]. Die Dimensionen „Körperliche Funktionsfähigkeit“ (z. B. Einschränkung beim Treppenabsatz steigen), „Körperliche Rollenfunktion“ (z. B. Schwierigkeiten bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit), „Körperliche Schmerzen“ (z. B. Stärke von Schmerzen), „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (z. B. Anfälligkeit für Krankheiten im Vergleich zu anderen) fließen dabei in den Gesamtwert der körperlichen Komponente ein. „Vitalität“ (z. B. Häufigkeit des Gefühls von Energie, Schwung), „Soziale Funktionsfähigkeit“ (z. B. Beeinträchtigung sozialer Kontakte durch körperliche oder seelische Probleme), „Emotionales Rollenverhalten“ (z. B. Einschränkungen im Erreichen selbst gesteckter Ziele) und „Psychisches Wohlbefinden“ (z. B. Häufigkeit des

Empfindens von Glück, Niedergeschlagenheit) bilden den Gesamtwert der psychischen Komponente. Die Gesamtwerte der körperlichen und psychischen Komponenten können Werte in einem Bereich von 0 bis 100 annehmen. Werte größer 50 indizieren eine überdurchschnittliche und Werte kleiner 50 eine unterdurchschnittliche subjektive Gesundheit in Relation zu einer im Alter und Geschlecht vergleichbaren bevölkerungsrepräsentativen Normstichprobe.

Die Interpretation der Werte für die körperliche und psychische Komponente von HRQoL erfolgt über den Vergleich jedes einzelnen Wertes mit einer alters- und geschlechtsentsprechenden Referenzgruppe aus bevölkerungsrepräsentativen Daten. Erste Normdaten des SF-36 für die deutsche Bevölkerung liegen aus dem Jahr 1998 vor [32, 36]. Ellert und Kurth veröffentlichten im Jahr 2013 Ergebnisse basierend auf den Daten der DEGS1-Befragung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität [13], welche aktualisierte bevölkerungsrepräsentative Normdaten repräsentieren und seither als Referenzdaten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Erwachsenen in Deutschland dienen können.

In DEGS1 wurde eine aktualisierte zweite Version des SF-36 eingesetzt (SF-36.v2). Er misst die gleichen Bereiche wie Version 1 (SF-36.v1), enthält aber teilweise sprachliche Änderungen und Anpassungen der Antwortkategorien, um verständlicher zu sein und eine verbesserte interkulturelle Vergleichbarkeit zu gewährleisten [13]. Mittlerweile existiert der SF-36 in mehreren Sprachen und wurde erfolgreich in Befragungen von verschiedenen Populationen, wie in Kanada, Australien, Asien oder Südamerika, eingesetzt [37–40].

3.3.3 Die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Erwachsenen-Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts

Am Robert Koch-Institut fand der SF-36 erstmalig im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) Anwendung [34, 41]. Beim Vergleich der Daten aus dem BGS98 mit Daten aus dem Jahr 1994 zeigten sich kaum Veränderungen in der selbstberichteten gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der teilnehmenden deutschen Bevölkerung [35]. In beiden Befragungen wurden jedoch Unterschiede nach Alter, Geschlecht und SES festgestellt. Mit zunehmendem Alter zeigte sich für die körperliche Komponente von HRQoL eine Abnahme der subjektiv eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für den Bereich der psychischen HRQoL wurden Skalen identifiziert, die weniger von altersbedingten Veränderungen betroffen zu sein scheinen, wie die psychische

und die soziale Funktionsfähigkeit. Tendenziell steigt die psychische HRQoL über die Altersspanne hinweg sogar an, im Durchschnitt zeigen sich jedoch keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Im Gegensatz dazu bestehen für alle acht Subskalen deutliche Unterschiede nach Geschlecht und sozioökonomischer Status (SES). Frauen im Vergleich zu Männern sowie Personen mit niedrigem im Vergleich zu hohem SES zeigen geringere Werte sowohl hinsichtlich der psychischen als auch der körperlichen Komponente von HRQoL. Weiterführende Analysen zeigen, dass Personen mit Mehrfacherkrankungen, Behinderung oder Schmerzen ebenfalls eine verringerte körperliche und psychische HRQoL berichteten.

Im Rahmen von DEGS1 wurden die Referenzdaten für die gesundheitsbezogenen Lebensqualität für Erwachsene in Deutschland aktualisiert [13]. Ein Vergleich der Skala „Allgemeine Gesundheit“ zwischen den beiden Erhebungen BGS98 und DEGS1 im Abstand von zehn Jahren zeigte einen leichten Anstieg über die Zeit. Dieser Befund weist darauf hin, dass sich die Versorgungs- und Lebenssituation für ältere Personen verbessert haben könnte, was angesichts der erhöhten Lebenserwartung von besonderem Interesse ist [13]. Wie bereits in den vorhergehenden Gesundheitssurveys festgestellt, zeigt sich auch in DEGS1 mit zunehmendem Alter eine Abnahme in der körperlichen Komponente von HRQoL, während die Werte der psychischen Komponente mit zunehmendem Alter durchschnittlich stabil bleiben. Frauen sowie Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status zeigen erneut eine geringere HRQoL. Ebenfalls kongruent zum BGS98 wurde für die Personen mit chronischen Erkrankungen in DEGS1 eine niedrigere HRQoL hinsichtlich der körperlichen als auch psychischen Komponente festgestellt [13].

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen epidemiologischen Studien, die Personen mit höherem Alter, weiblichem Geschlecht, niedrigem sozioökonomischen Status sowie mit chronischen Erkrankungen als potentielle Risikogruppen für eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität identifizieren [17, 42]. Dennoch sind zum jetzigen Zeitpunkt die Ursachen eines erhöhten Risikos sowie die Möglichkeiten, solche Risikogruppen mit Interventionsmaßnahmen zu erreichen, nicht vollends geklärt [43]. In dem vorliegenden Bericht werden anknüpfend an diese Befunde und die bestehenden Forschungslücken systematisch Risikogruppen in den Analysen zur HRQoL identifiziert und beschrieben. Im Rahmen dieser Analysen wird die HRQoL als Outcome-Kriterium, die kognitive Leistungsfähigkeit als potentielle Ressource und depressive Störungen als potentieller Risikofaktor für die HRQoL näher betrachtet und dargestellt.

- 1 World Health Organization (1948) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946*. WHO, Genf. http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- 2 World Health Organization (1997) *WHOQOL: measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- 3 Radoschewski M (2000) *Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 43(3):165–189
- 4 Esser H (1993) *Soziologie: allgemeine Grundlagen*. Campus Verlag
- 5 Seligman MEP, Csikszentmihalyi M (2014) *Positive Psychology: An Introduction Flow and the Foundations of Positive Psychology: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Springer Netherlands, Dordrecht, S. 279–298
- 6 Fagerström C, Borglin G (2010) *Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older*. Aging Clin Exp Res 22(5):387–394
- 7 Eng K, Feeny D (2007) *Comparing the health of low income and less well educated groups in the United States and Canada*. Popul Health Metr 5(1):10
- 8 Karimi M, Brazier J (2016) *Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?* Pharmacoeconomics 34(7):645–649
- 9 Mehrez A, Gafni A (1989) *Quality-adjusted life years, utility theory, and healthy-years equivalents*. Medical decision making 9(2):142–149
- 10 Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N et al. (2006) *Generic Health-Related Quality-of-Life Assessment in Children and Adolescents*. Pharmacoeconomics 24(12):1199–1220
- 11 Haas BK (1999) *A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life*. West J Nurs Res 21(6):728–742
- 12 Mar J, Larranaga I, Arrospide A et al. (2010) *Impact of disability on different domains of health-related quality of life in the noninstitutionalized general population*. ClinicoEconomics and Outcomes Research 2:97–103
- 13 Ellert U, Kurth B-M (2013) *[Health related quality of life in adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6):643–649
- 14 World Health Organization (1995) *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Soc Sci Med 41(10):1403–1409
- 15 Romero M, Vivas-Consuelo D, Alvis-Guzman N (2013) *Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation?* SpringerPlus 2(1):664
- 16 Bullinger M, Kirchberger I (1998) *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion*. Göttingen: Hogrefe
- 17 Robert SA, Cherepanov D, Palta M et al. (2009) *Socioeconomic Status and Age Variations in Health-Related Quality of Life: Results From the National Health Measurement Study*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 64B(3):378–389
- 18 Hoebel J, Kuntz B, Müters S et al. (2013) *Subjektiver Sozialstatus und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS 2010)*. Gesundheitswesen 75(10):643–651
- 19 Huguet N, Kaplan MS, Feeny D (2008) *Socioeconomic status and health-related quality of life among elderly people: Results from the Joint Canada/United States Survey of Health*. Soc Sci Med 66(4):803–810
- 20 Bouwmans CAM, Vemer P, van Straten A et al. (2014) *Health-Related Quality of Life and Productivity Losses in Patients With Depression and Anxiety Disorders*. J Occup Environ Med 56(4):420–424
- 21 Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S et al. (2003) *Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)*. Kidney Int 64(1):339–349
- 22 Lam CLK, Fong DYT, Lauder IJ et al. (2002) *The effect of health-related quality of life (HRQOL) on health service utilisation of a Chinese population*. Soc Sci Med 55(9):1635–1646
- 23 Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) *Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective*. Soz Präventiv Med 46(5):294–302
- 24 Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM et al. (1994) *Measuring health-related quality of life for public health surveillance*. Public Health Reports 109(5):665–672
- 25 Wilson IB, Cleary PD (1995) *Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes*. JAMA 273(1):59–65
- 26 Kennedy SH, Eisfeld BS, Cooke RG (2001) *Quality of life: an important dimension in assessing the treatment of depression?* J Psychiatry Neurosci 26(Suppl):S23–S28
- 27 Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L et al. (2005) *KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents*. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 5(3):353–364
- 28 Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. (2007) *Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey*. Br J Psychiatry 190:326–332
- 29 Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M et al. (1995) *Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study*. JAMA 274(19):1511–1517
- 30 Parekh AK, Goodman RA, Gordon C et al. (2011) *Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life*. Public Health Reports 126(4):460–471
- 31 Drewnowski A, Evans WJ (2001) *Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life in Older Adults: Summary*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56(Supplement 2):89–94
- 32 Bullinger M, Kirchberger I, Ware J (1995) *Der deutsche SF-36 Health Survey Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*. Z Gesundh Wiss 3(1):21
- 33 Morfeld M, Bullinger M, Nantke J et al. (2005) *Die Version 2.0 des SF-36 Health Survey – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie*. Soz Präventivmed 50(5):292–300
- 34 Ellert U, Kurth B-M (2004) *[Methodological views on the SF-36 summary scores based on the adult German population]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 47(11):1027–1032
- 35 Ware JE, Kosinski M, Gandek B et al. (1998) *The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: Results from the IQOLA Project*. Journal of Clinical Epidemiology 51(11):1159–1165
- 36 Bullinger M, Kirchberger I (1998) *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)-Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion*. Göttingen: Hogrefe
- 37 McCallum J (1995) *The SF-36 in an Australian sample: validating a new, generic health status measure*. Aust N Z J Public Health 19(2):160–166
- 38 Dai H, Jia G, Liu K (2015) *Health-related quality of life and related factors among elderly people in Jinzhou, China: a cross-sectional study*. Public Health 129(6):667–673
- 39 Laguardia J, Campos MR, Travassos CM et al. (2011) *Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensoes*

Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil, 2008.
Health Qual Life Outcomes 9(1):61

40 Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T et al. (2000) *Canadian normative data for the SF-36 health survey*. CMAJ: Canadian Medical Association Journal 163(3):265–271

41 Ellert U, Bellach BM (1999) *Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey-Beschreibung einer aktuellen Normstichprobe*. Gesundheitswesen 61 Spec No:S184–190

42 Cherepanov D, Palta M, Fryback DG et al. (2010) *Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets*. Qual Life Res 19(8):1115–1124

43 Bukman AJ, Teuscher D, Feskens EJ et al. (2014) *Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status*. BMC Public Health 14(1036)

Datengrundlage: Bevölkerungsbezogene Surveys des Robert Koch-Instituts



Die zentrale Datenbasis dieses Berichts sind die Untersuchungs- und Befragungssurveys des Gesundheitsmonitorings am RKI [1]. Die bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys liefern insbesondere Daten zu Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Krankheiten sowie Versorgung der Bevölkerung und ermöglichen, diese mit Informationen zu Lebensbedingungen zu verknüpfen. Daten aus amtlichen Statistiken, Register- und Prozessdaten werden bei Bedarf ergänzend mit herangezogen.

Die Surveys sind regelmäßig wiederkehrende, methodisch vergleichbare bevölkerungsrepräsentative Erhebungen zu subjektiver und objektiver Gesundheit, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen. Eine Kombination von mitgeführten Kernindikatoren mit variablen Untersuchungsteilen ermöglichen Trend- und Längsschnittauswertungen.

Für diesen Bericht werden die Daten für Erwachsene aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) [2], der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 2008–2011) [3], einschließlich der Daten aus dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ [4] und die Daten der telefonischen Gesundheitssurveys (Gesundheit in Deutschland aktuell, GEDA) [5] herangezogen. Der BGS98 wurde von 1997 bis 1999 durchgeführt. Da-

bei wurden Gesundheitsdaten von 7.124 Personen zwischen 18 und 79 Jahren aus 120 Städten und Gemeinden in ganz Deutschland erhoben. Die Daten wurden für alle Bundesländer nach einheitlichen Merkmalen zeitgleich und unter den gleichen Bedingungen erhoben. Der BGS98 war damit die erste repräsentative gesamtdeutsche Untersuchung zum Gesundheitszustand der Erwachsenenbevölkerung. Der BGS98 umfasste die wichtigsten Merkmale, die zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage, der Morbiditätstrends und der regionalen Differenzen notwendig sind. Zu ihnen gehörten unter anderem Angaben zu Krankheiten und Risikofaktoren, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Lebensbedingungen sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Das Erhebungsprogramm umfasste schriftliche Befragungen (Gesundheitsfragebogen zum Selbstausfüllen), ärztliches Interview zu Krankheiten, standardisierte Arzneimittel-Anamnese und computergestütztes Interview zur Ernährung (DISHES), medizinisch-physikalische Untersuchungen (zum Beispiel Körpergröße und -gewicht, Blutdruck), Bestimmung von Laborparametern aus Blut- und Urinproben. Die Kernstudie wurde durch modulare Zusatzerhebungen ergänzt, in denen – überwiegend an Unterstichproben – einzelne Themen vertiefend untersucht wurden wie die



Anwendung von Arzneimitteln, Ernährung, Folsäureversorgung, Umwelt und psychische Störungen.

Mit dem Modul „Psychische Gesundheit“ sollten Prävalenzen der psychischen Morbidität und Komorbidität in der Bevölkerung ermittelt werden. Von den 6.159 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren, die für das Zusatzmodul in Frage kamen, nahmen 6.088 Personen an validierten Screeningfragen nach spezifischen psychischen Störungen teil. Für ein vertieftes psychiatrisches Interview wurden danach alle screeningpositiven Personen sowie die Hälfte aller screeningnegativen Personen ausgewählt. Letztlich nahmen 4.181 Personen an dem Zusatzmodul teil.

Mit DEGS1 (2008–2011), der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, wurde eine Fortführung der RKI-Untersuchungssurveys bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren realisiert. Insgesamt haben 8.151 Personen aus 180 Städten und Gemeinden in Deutschland teilgenommen. Die Studie ermöglicht somit Tendaussagen zur Entwicklung der gesundheitlichen Lage. Durch die wiederholte Einbeziehung von wiederbefragungsbereiten Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus dem BGS98 in DEGS1 konnten zudem Erkenntnisse über die gesundheitliche Entwicklung verschiedener Personengruppen im Alter 28–91 Jahre gewonnen werden (Längsschnitt). Das DEGS1-Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ richtete sich an alle DEGS1-Teilnehmenden, die in einem Studienzentrum an den Untersuchungen teilgenommen und für eine weitere Befragung ihre Zustimmung gegeben hatten. Insgesamt nahmen 5.303 Personen an dem Zusatzmodul teil, wobei 820 Personen nur einen validierten Screeningfragebogen zu spezifischen psychischen Störungen beantworteten. Die verbliebenen Personen nahmen an einem international anerkannten Interview zu psychischen Störungen, Beeinträchtigungen, Belastungen und Beschwerden teil. Darüber hinaus enthielt die Untersuchung Fragen zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung und verschiedene weitere Fragebögen. Hierdurch können das Ausmaß der Krankheitslast, der Zusammenhang von körperlichen Erkrankungen und psychischen Belastungen, sowie essentielle versorgungsrelevante Aspekte untersucht werden. Erstmals für eine für Deutschland repräsentative Stichprobe wurde das Interview durch eine standardisierte neuropsychologische Untersuchung erweitert. Die Erforschung der kognitiven Leistungsfähigkeit über verschiedene Alters- und Morbiditätsgruppen hinweg wird hierdurch ermöglicht. Es ist mit den Daten des RKI erstmalig möglich, ausgewählte Parameter kogniti-

ver Leistungsfähigkeit im Entwicklungsverlauf des Erwachsenenalters auf Bevölkerungsebene zu analysieren. Hierbei können Risiko- und Schutzfaktoren untersucht werden, die die Entwicklung kognitiver Leistungsfähigkeit beeinflussen. Darüber hinaus können Zusammenhänge zwischen kognitiver Leistungsfähigkeit und Depression sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität berichtet werden.

Ergänzend zu den Untersuchungs- und Befragungssurveys führt das RKI in regelmäßigen Abständen deutschlandweit Gesundheitsbefragungen im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) durch. Durch die schnelle Datengewinnung ermöglichen die GEDA-Studien (2009, 2010, 2012, 2014/2015) ein zeitnahes und flexibles Reagieren in gesundheitspolitischen Belangen. In jeder Welle werden jeweils unabhängige Stichproben der erwachsenen Wohnbevölkerung über 18 Jahren telefonisch befragt. Die Stichprobengröße von ca. 20.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erlaubt dabei tief gegliederte Zusammenhangsanalysen von sozialer Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Eine Repräsentativität auf regionaler Ebene ist für die größeren Bundesländer gewährleistet. Diese Daten erlauben Trendanalysen sowie eine rasche Bestandsaufnahme von Änderungen des Gesundheitszustands oder des Gesundheitsverhaltens. So bilden die Ergebnisse der GEDA-Studien beispielsweise die Grundlage für die Entwicklung von Präventionsprogrammen. Durch die kontinuierliche Erfassung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung lassen sich auch Veränderungen über die Zeit darstellen. Damit kann etwas über den Erfolg von Maßnahmen ausgesagt werden. Die Ergebnisse der Studie helfen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Gesundheitspolitik zeitnah wichtige Informationen zur Identifizierung von Gesundheitstrends in der gesamten Bevölkerung oder in einzelnen Bevölkerungsgruppen zu liefern.

Bezogen auf die Erfassung psychischer Gesundheit wurde in GEDA 2012 ein Instrument zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität eingesetzt, das sich seit vielen Jahren in telefonischen Gesundheitsbefragungen bewährt hat. In diesem Instrument wird nach der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands gefragt, nach der Anzahl der Tage, an denen die körperliche oder seelische Gesundheit nicht gut war, sowie nach der Anzahl der Tage, an denen die befragte Person in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten innerhalb der zurückliegenden vier Wochen beeinträchtigt war. Für den Indikator psychische Belastungen werden diejenigen Befragten als belastet angesehen, die

mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens beeinträchtigt waren. Aufgrund der unterschiedlichen Methodik und verschiedenen Erhebungsinstrumente ist kein direkter Vergleich der Ergebnisse mit DEGS1 möglich, dennoch können Verteilungsmuster, zum Beispiel im Hinblick auf Geschlechterunterschiede bewertet werden. Hinsichtlich zeitlicher Trends sind beim Vergleich der Ergebnisse aus GEDA 2009, 2010

und 2012 Veränderungen in der Verbreitung von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens durch psychische Belastungen in der Erwachsenenbevölkerung beschreibbar.

LITERATUR

1 Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) *[Health monitoring at the Robert Koch Institute. Status and perspectives]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 52(5):557–570

2 Bellach B-M, Knopf H, Thefeld W (1998) *The German Health Survey. 1997/98*. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 60:59

3 Kurth B-M (2013) *Monitoring und kein Ende: Nach dem Survey ist vor dem Survey*. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

4 Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al. (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

5 RKI GEDA: *Gesundheit in Deutschland aktuell*. www.geda-studie.de

Daten für Taten: Entwicklung der Handlungsempfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Begriffsklärung: Prävention und Gesundheitsförderung

Für die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Prävention von Depression und kognitiven Beeinträchtigungen ist die Begriffsdefinition von Prävention und Gesundheitsförderung wichtig, da sie unterschiedliche Blickwinkel auf dasselbe Ziel, nämlich Erkrankungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, darstellt. Während Prävention dabei die Reduktion von Risikoverhalten und Risikofaktoren in Person und Umwelt betont, hebt Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Ressourcen und gesundheitsunterstützenden Umwelten ab [1].

Gemäß der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung [2] wird der Fokus gesundheitsförderlicher Aktivitäten insbesondere auf der Ebene von alltäglichen Lebenswelten der Menschen gesetzt. Als „Lebenswelten“ oder „Settings“ werden sozial-räumliche Systeme bezeichnet, in denen Menschen Alltagsaktivitäten ausüben und einen großen Teil ihres Lebens verbringen. Ziel der Interventionen ist es, die Rahmenbedingungen der Settings und Lebenswelten zu verbessern, um gesundheitsbezogene Ressourcen spezifischer Gruppen oder von Individuen zu stärken. Nach Dadaczynski et al. [3] lassen sich die Begrifflichkeiten Setting und Lebenswelten wie folgt differenzieren: Während „Settings einen Ausschnitt der umfassenden Lebenswirklichkeit einer Person darstellen, der sich entweder

auf einen klar eingrenzbaren organisationalen oder sozialen Bezugsraum bezieht, können Lebenswelten als Gesamtheit der für eine Person relevanten Einzelssettings verstanden werden, die sich erst aus der subjektiven Wahrnehmung und Deutung des Betroffenen erschließen lassen“. Der Lebensweltbegriff wird somit gegenüber dem des Settings als komplexer beschrieben und erfordert auf strategischer Ebene ein höheres Ausmaß an intersektoraler Vernetzung.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen in den Kapiteln 4.5 und 5.8 skizzieren sowohl Ansätze, die der Prävention sowie der Gesundheitsförderung in Settings und in Lebenswelten zuzuordnen sind. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, die auf individuelles Gesundheitsverhalten und individuelle Gesundheitskompetenzen (Verhaltensprävention) wirken sowie solche, die auf die Veränderung von Lebensverhältnissen und -strukturen abzielen. Es werden auch Empfehlungen formuliert, die beide Ansätze vereinen.

Neben Maßnahmen der primären Prävention werden auch solche zur Früherkennung (sekundäre Prävention) und zur Vermeidung von Krankheitsfolgen bei bestehenden psychischen Störungen (tertiäre Prävention) empfohlen.

Zielgruppen der Maßnahmen können die gesamte Bevölkerung (universelle Prävention), bestimmte Gruppen mit nach Datenlage des RKI höherem Risiko (selektive Prävention) und gegebenenfalls

auch Personen mit manifestem Risikoverhalten (indizierte Prävention) sein.

Auch wenn die psychische Gesundheit von Kindern erst Gegenstand eines weiteren Berichtes sein wird, sind Settings, die Kinder und Jugendliche betreffen, bereits hier berücksichtigt. Nicht zuletzt weil Risiko- und Schutzfaktoren bereits in der frühen Kindheit angelegt werden, sollten viele der Maßnahmen bereits im Kindes- und Jugendalter ansetzen.

Vorgehen zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bringt im vorliegenden Bericht zur Erstellung der Handlungsempfehlungen ihre umfangreichen Kompetenzen und Erfahrungen im Bereich von Interventionen und Maßnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung ein.

Zur Einholung spezifischer Expertise bei der Generierung von Handlungsempfehlung in den Themenfeldern „Depression“ und „Kognitive Leistungsfähigkeit“ im Erwachsenenalter hat die BZgA zusätzlich einen Auftrag an das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) an der Universität Leipzig (Prof. Steffi G. Riedel-Heller) vergeben. In der daraus resultierenden Übersicht wurde der wissenschaftliche Stand zu möglichen Ansatzpunkten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dargelegt.

Mit Bezugnahme auf die Ergebnisse der statistischen Analysen des RKI wurden in einem nächsten Schritt zunächst bestehende Maßnahmen, Strategien sowie Leitlinien und Handlungsempfehlungen, die bereits umgesetzt werden, zusammengestellt und unter Berücksichtigung dieser Übersicht bewertet. Weiter wurde eine Systematik zur Ableitung und Begründung von Handlungsbedarfen und -empfehlungen unter Einbeziehung von Dimensionen wie Primärprävention, Sekundärprävention, Versorgungsstrukturen, Umsetzungsebene (z. B. Bund, Länder, Kommune) entwickelt. In einem Workshop Ende 2017 wurden diese Ergebnisse mit weiteren wissenschaftlichen Expertinnen und Experten auf der Basis der Ergebnisdarstellungen des RKI diskutiert und anschließend überarbeitet.

Die Empfehlungen leiten den Handlungsbedarf hauptsächlich von den Auswertungen des RKI ab, und beruhen – soweit vorhanden – auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Effektivität von Maßnahmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es zwar belastbare Evidenz für die Stärkung einzelner Schutzfaktoren gibt, teils auch basierend auf ex-

perimentellen Interventionsstudien, es jedoch unseres Wissens keine Studien zu bevölkerungsweiten Interventionsstudien gibt, die konsequent möglichst viele der genannten Schutzfaktoren systematisch stärkten und in Folge Veränderungen in der psychischen Gesundheit erfassten.

Um zu den Handlungsempfehlungen zu gelangen, wurde auf systematische Zusammenfassungen zur Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen zurückgegriffen, das heißt auf systematische Reviews und Metaanalysen. Wenn dies nicht möglich ist und sich die Handlungsempfehlungen primär auf empirische Befunde aus Einzelstudien in einzelnen Settings bzw. Kontexten stützen, wird gesondert darauf hingewiesen, dass solche Präventionsmaßnahmen am besten unter enger wissenschaftlicher Begleitung erfolgen sollten.

Rahmenbedingungen

Im Rahmen des 2015 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)“ [4,5] wurde die Nationale Präventionskonferenz (NPK) eingerichtet. Die NPK hat die Aufgabe, eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben, um den Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Lebenswelten zu fördern. Dies soll neben der Verhinderung/Verminderung von Krankheitsrisiken und der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsfördernden Handelns der Versicherten auch die Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen nach sich ziehen. Hierbei werden insbesondere die Lebenswelten Kommunen, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen fokussiert. Stimmberechtigte Träger der NPK sind die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung sowie seit 2017 der Verband der Privaten Krankenversicherung. Bund, Länder, Kommunen, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialpartner, Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie das Präventionsforum agieren in der NPK in beratender Funktion.

Mit dem Präventionsbericht der NPK soll alle vier Jahre das Engagement zur Umsetzung des Präventionsgesetzes und insbesondere die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie transparent gemacht werden. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berichtet und bieten der NPK eine Grundlage,



um die Ziele der Präventionsstrategie und ihre Umsetzungsempfehlungen weiterzuentwickeln [4–6].

Für Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit halten die im Zuge des Präventionsgesetzes etablierten und gestärkten Strukturen eine Vielzahl an Möglichkeiten bereit, die Prävention von psychischen Belastungen und Störungen beziehungsweise die Förderung psychischer Gesundheit als Querschnittsthema in vielen Bereichen und Settings des gesellschaftlichen Lebens zu integrieren.

Angesichts der Komplexität der Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und der vielfältigen Landschaft von Akteuren auf nationaler, Länder- und kommunaler Ebene ist eine gemeinsame Priorisierung und Harmonisierung wichtig. Die Angebote der verschiedenen Akteure sollten – wenn möglich – zu einer sich sinnvoll ergänzenden, wenig redundanten und maximal wirksamen Angebotslandschaft zusammen wachsen. Die Notwendigkeit von Kooperation, Priorisierung und Harmonisierung betrifft einerseits die zielgruppen- oder bevölkerungsbezogene Kommunikation zu psychischer Gesundheit und psychischen Störungen, und damit auch deren Entstigmatisierung sowie andererseits auch die konkreten Angebote zur Prävention von psychischen Störungen und Stärkung der Resilienz.

Die durch die Kranken- und Pflegekassen sowie die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung formulierte nationale Präventionsstrategie sollte hier wegweisend sein und möglichst konkrete Hinweise zur gemeinsamen Kooperation, Priorisierung, Harmonisierung und Anschlussfähigkeit von Angeboten enthalten, welche dann wiederum die Umsetzung leiten können.

Über die Bundesrahmenempfehlungen (BRE) [7], den bundesweit einheitlichen Handlungsrahmen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie, können diese konkreten Hinweise wiederum in die Landesrahmenvereinbarungen (LRV) einfließen. Denn damit sich die nationale Präventionsstrategie wirksam und nachhaltig entfalten kann, ist ein gesamtgesellschaftliches Zusammenwirken auf allen föderalen Ebenen notwendig. Weiter erfordert dies ressort- und sozialversicherungszweigübergreifendes Handeln sowie die Implementierung und Verzahnung effektiver und aufeinander abgestimmter Maßnahmen.

Konkret bezogen auf psychische Gesundheit bedeutet dies beispielsweise, dass auf kommunaler Ebene die gemäß Subsidiaritätsprinzip bestimmte Aufgaben übernehmenden freien Träger, Wohlfahrtsverbände und privaten Akteure von der Kommune koordiniert werden und so gemeinsame priorisierte und sich ergänzende effektive Angebote zur Präven-

tion psychischer Belastungen umsetzen. Wichtig ist dabei auch, dass Institutionen, die mit Menschen mit psychischem Risikopotenzial zusammenarbeiten (z. B. Suchthilfe, Jugendhilfe, Arbeitsämter), miteinander vernetzt sind und übergreifende Angebote entwickeln. Dies gilt auch für die Landesebene: Kooperationen können auch auf dieser Ebene gestärkt werden zum Beispiel durch gemeinsame Strategien von Land und Liga der Wohlfahrtsverbände und gleichzeitig kann mehr Verbindlichkeit für Kooperationen in den Landesrahmenvereinbarungen festgehalten werden.

Verankerung psychischer Gesundheit in bestehenden Strukturen des Präventionsgesetzes

Die BRE zeigen auf, wie Lebenswelten beim Aufbau und der Umsetzung systematischer Strukturen und Prozesse zur Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung unterstützt werden sollen [7]. Bezüglich psychischer Belastungen wird konstatiert, dass diese sich in allen Lebensbereichen manifestieren können und an Bedeutung gewinnen. Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Förderung der psychischen Gesundheit sollten jedoch angesichts der in diesem Bericht präsentierten Daten sowohl in der nationalen Präventionsstrategie als auch in den BRE konkreter dargestellt werden und in Folge auch in den LRV zu klaren und verbindlichen Empfehlungen und Maßnahmen hinleiten.

Ein wesentliches Setting für die Förderung der psychischen Gesundheit in den BRE sind die Betriebe: Krankenkassen und Unfallversicherungen sollen die Betriebe bei deren gesetzlichen Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ unterstützen. Die Gefährdungsbeurteilung umfasst neben physischen auch psychische Belastungen und erfolgt entsprechend der „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) Leitlinie zur Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation“ [8].

Ein weiteres wichtiges, in den BRE festgehaltenes Ziel der gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten von gesetzlichen Krankenkassen ist es, gesundheitliche Einschränkungen von arbeitslosen Menschen zu minimieren und ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Insbesondere Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen schwierig ist und die bereits seit längerem ohne Beschäftigung sind, sind hier die Zielgruppe. Auch hochaltrige Menschen in stationären

Pflegeeinrichtungen mit kognitiven Einschränkungen wie demenziellen Erkrankungen und ihren Folgen sind eine wichtige Zielgruppe.

Die Unfallversicherungsträger unterstützen insbesondere Bildungseinrichtungen – als Lebenswelt für die Lernenden und als Betriebe für Beschäftigte im Rahmen ihrer Präventionsleistungen – und weisen in ihrem inhaltlichen Spektrum ebenfalls die Förderung von psychischer Gesundheit aus.

In den Bundesländern und Kommunen können auf Basis der Bundesrahmenempfehlungen regionale Schwerpunkte gesetzt werden. Die jeweiligen verantwortlichen Akteure haben hierzu LRV abgeschlossen, in denen regionale Bedarfe berücksichtigt und konkretisiert werden. Gemeinsam wurden Ziele und Handlungsfelder festgelegt, Zuständigkeiten geregelt und die Zusammenarbeit wie zum Beispiel mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe geregelt.

Zur Steuerung und Koordinierung werden in den Ländern dialogorientierte oder abstimmungsorientierte Strukturen genutzt sowie Steuerungsgremien mit expliziten und verbindlichen Entscheidungskompetenzen eingerichtet. In Arbeitsgruppen, Bündnissen, Netzwerken, Runden Tischen etc., wird auf einzelne Ziele der Bundesrahmenempfehlungen (z. B. Gesund aufwachsen), bestimmte Themen (z. B. Sucht, Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung) oder Lebenswelten (z. B. Stadt, Arbeitswelt) die sich mit Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung beschäftigen, fokussiert. In fast allen Formaten und Gremien zur Umsetzung auf Länderebene wurde das Gesundheitsförderungsziel der Stärkung der psychosozialen Gesundheit bereits konsentiert.

In der Lebenswelt Kommune sind wesentliche Einflussmöglichkeiten auf eine gesundheitsrelevante Infrastruktur im Allgemeinen und auf Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit im Speziellen verortet. Auch als Träger von Kindertageseinrichtungen und Schulen sind Kommunen verantwortlich für die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Lebenswelten. Die Stärkung von Kooperationen und sektorenübergreifender Zusammenarbeit ist besonders wichtig im Hinblick auf nachhaltige Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die Verbesserung der medizinischen Versorgung und die Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems. In Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen sind flächendeckend kommunale Gesundheitskonferenzen (in Bayern Gesundheitsregionen plus, in Berlin und Hamburg bezirkliche Gesundheitskonferenzen, in Hessen Regionale Gesundheitskonferenzen) ein-

gerichtet. In Sachsen gibt es Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung. In anderen Bundesländern wurden in einzelnen Kommunen kommunale Gesundheitskonferenzen oder ähnliche Strukturen gegründet. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen haben unterschiedliche Ziele und Arbeitsweisen und bieten relevanten Akteuren des Gesundheitswesens eine Plattform für Information und Verständigung, Kooperation und Partizipation.

Bei der Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit ist es sinnvoll, die vielfältigen Maßnahmen und Strukturen, die national und lokal bereits erfolgreich implementiert sind, in den Blick zu nehmen und einzubinden. Bereits bestehende Netzwerkstrukturen sind wichtige Pfeiler hierfür.

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit [9] etwa als bundesweite Initiative, die über 100 Mitgliedsorganisationen zählt, setzt sich für die Aufklärung über Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen, den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffener Menschen, die soziale und berufliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie eine positive Teilhabe der Betroffenen und ihrer Angehörigen an unserer Gesellschaft ein.

Das Deutsche Bündnis gegen Depression e. V. [10] setzt sich unter dem Dach der Stiftung der Deutschen Depressionshilfe für eine bessere Versorgung von Menschen mit depressiven Störungen ein, verfolgt die Ziele, die gesundheitliche Situation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und suizidalem Verhalten vorzubeugen. Über 85 Regionen und Städte engagieren sich in diesem Bündnis deutschlandweit auf lokaler Ebene.

Die Aktion psychisch Kranke (APK) [11] wird als gemeinnütziger und unabhängiger Verein durch das BMG institutionell gefördert und führt unterschiedliche Organisationen und Interessenvertretungen (Verbände, Leistungsträger, Fachverbände usw.) zu konkreten psychiatriepolitischen Fragestellungen zusammen.

- 1 Riedel-Heller SG (2006) *Ist die Primärprävention psychischer Störungen möglich?* Psychiat Prax 33:145–147
- 2 World Health Organization (1986) *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. In: Charta der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung
- 3 Dadaczynski K (2019) *Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten*. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 403–412
- 4 *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015. BGBl. I Nr. 31, S. 1368–1379
- 5 Nationale Präventionskonferenz (NPK). <https://www.npk-info.de/>
- 6 Gerlinger T (2016) Präventionsgesetz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA, Köln, S. 798–808
- 7 GKV Spitzenverband, et al. Bundesrahmeneempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, verabschiedet am 19.02.2016. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf
- 8 Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (2017) *Arbeitsschutz gemeinsam anpacken. Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation*. https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Gefahrungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile
- 9 Aktionsbündnis Seelische Gesundheit <https://www.seelichegesundheit.net>
- 10 Deutsches Bündnis gegen Depression e.V. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>
- 11 Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V. <https://www.apk-ev.de>

4

Depression



IM ÜBERBLICK

1 Der Begriff „Depression“ umfasst ein heterogenes Spektrum depressiver Symptome und Störungen, welche sich in ihrem Schweregrad und Verlauf unterscheiden. Wie in Kap. 3.1 näher ausgeführt, sind die Definitionen und Beschreibungen in den aktuellen Diagnose- und Klassifikationssysteme das Ergebnis von Konsensprozessen zwischen Expertinnen und Experten. Insofern sind berichtete Diagnoseprävalenzen in der Bevölkerung immer auch vor dem Hintergrund der jeweils verwendeten Diagnosekriterien zu verstehen.

2 Depressionen sind **häufig**. Die Schätzungen der Depressionshäufigkeit variieren allerdings je nach Indikator und Datenbasis, wobei verschiedene methodische Zugänge unterschiedliche Aussagekraft haben und ihre vergleichende Betrachtung unverzichtbar ist, um Versorgungslage und -bedarf von Depression abzubilden. Mehr als jeder siebte Erwachsene erfüllt mindestens einmal im Laufe seines bisherigen Lebens die diagnostischen Kriterien für eine Depression, innerhalb eines Jahres sind es 7,1 % der Bevölkerung. Krankenkassendaten zufolge erhält sogar mehr als jede/r zehnte Person eine Depressionsdiagnose pro Kalenderjahr.

3 Depressionen sind **vielfältig**, denn depressive Symptome und Störungen können je nach Art, Schwere und Verlauf erheblich variieren – ebenso wie der damit verbundene Behandlungsbedarf und die Nutzung von Versorgungsangeboten. Depressive Episoden mit mittelgradiger Schwere treten am häufigsten auf. Bei fast zwei Drittel der Personen mit Depression liegt im Laufe ihres Lebens zusätzlich mindestens eine weitere psychische Störung vor.

4 Depressionen sind in der Bevölkerung **ungleich verteilt**. Risikofaktoren wie somatische Erkrankungen, geringe Bildung, Erwerbslosigkeit und chronischer Stress weisen auf besonders betroffene Zielgruppen hin. Der Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren unterscheidet sich beispielsweise zwischen Altersgruppen sowie Frauen und Männern. Bei allen Depressionsmaßen zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wonach Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer.

5 Depressionen sind **ernstzunehmende Erkrankungen**, die prinzipiell gut behandelbar sind, aber auch mit erheblichem Leiden und mit Beeinträchtigungen alltägli-

cher Aktivitäten verbunden sein können. Sie verursachen hohe direkte und indirekte Krankheitskosten, zum Beispiel durch überdurchschnittlich lange Arbeitsunfähigkeit. Auch Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Depressionen sind seit Beginn der 2000er Jahre erheblich angestiegen.

6 Zeitliche Trends zeigen sowohl Stabilität als auch Zunahme der Häufigkeit von Depression: In den letzten 20 Jahren zeigen Krankenkassenstatistiken einen markanten Anstieg an Depressionsdiagnosen in der Versorgung. Im gleichen Zeitraum wurden Behandlungsangebote für psychische Störungen wesentlich ausgebaut. In epidemiologischen Studien ist dem gegenüber jedoch kein genereller Anstieg von Depressionen in der Bevölkerung festzustellen.

Datenbasis und Definitionen



Der Begriff „Depression“ umfasst ein heterogenes Spektrum depressiver Symptome und Störungen, welche sich in ihrem Schweregrad und Verlauf unterscheiden. Als Depressionen werden im Kapitel „Affektive Störungen“ (F3) der ICD-10 psychische Störungen beschrieben, die geprägt sind durch Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, starke Ermüdbarkeit und den Verlust von Interesse an Aktivitäten, die sonst Freude bereiten. Weitere Symptome wie beispielsweise Konzentrationsprobleme, vermindertes Selbstvertrauen und in schweren Fällen auch Suizidalität können hinzukommen. Depressionen können also individuell sehr unterschiedlich erlebt werden. Einzelne depressive Symptome können auch jenseits einer klinischen Depressionsdiagnose auftreten – etwa als unterschwellige Form, sowie im Rahmen anderer psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen.

Aus dem bundesweiten Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) liegen Daten zu verschiedenen Indikatoren von Depression vor (Tabelle 4.1). Sie entstammen unterschiedlichen Surveys und Erhebungsjahren und bilden spezifische Aspekte ab. Die bevölkerungsbasierten Studien des Gesundheitsmonitorings liefern damit Primärdaten zur Häufigkeit von Depression in der Allgemeinbevölkerung. Dem gegenüber geben Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) – auch als Sekundärdaten bezeichnet – Auskunft über die im Versorgungsgeschehen vergebenen Diagnosen [1, 2].

Zwischen den Daten des Gesundheitsmonitorings und Routinedaten der GKV bestehen einige grundsätzliche Unterschiede [2, 5]. Die Aussage-

kraft der Bevölkerungsstudien des RKI ist von der Teilnahmebereitschaft der kontaktierten Personen abhängig. Es wird davon ausgegangen, dass Personen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand seltener zur Teilnahme an Befragungs- und Untersuchungsstudien bereit sind. Darüber hinaus können zum Zeitpunkt der Untersuchung hospitalisierte Patientinnen und Patienten nicht in die Erhebung eingeschlossen werden. Ebenso werden Bevölkerungsgruppen in besonderen Lebenslagen, wie bei Obdachlosigkeit oder Inhaftierung durch das Surveyprozedere nicht erreicht. Folglich ist davon auszugehen, dass epidemiologische Prävalenzangaben insgesamt eher konservative Schätzungen darstellen [1, 6, 7]. Daten der GKV stellen hingegen kontinuierliche Vollerhebungen der gesetzlich Versicherten dar. Die Fallzahlen sind entsprechend hoch und ermöglichen so umfangreiche quer- als auch längsschnittliche Analysen. Werden aus diesen Daten Häufigkeiten von Erkrankungen geschätzt, sind diese davon abhängig, dass Versicherte aufgrund der gesundheitlichen Probleme Hilfe suchen, vor Ort Versorgungsangebote verfügbar sind und Behandelnde die Erkrankung feststellen und im Abrechnungssystem dokumentieren. Zudem unterscheiden sich die Versicherten der verschiedenen Krankenkassen in ihrem Morbiditätsprofil, ebenso sind privat Versicherte nicht enthalten. Während psychische Störungen in Surveys standardisiert erfasst werden, dienen Diagnosen in der GKV primär Abrechnungszwecken und dokumentieren somit unter anderem auch temporäre und regionale Diagnosegewohnheiten und -anreize [8–10].

 **TABELLE 4.1**

Depressionsindikatoren im Gesundheitsmonitoring des RKI und in der Versorgung

	INDIKATOR	SURVEY	ERHEBUNGSMETHODE	MERKMALE UND INTERPRETIERBARKEIT
DATEN DES GESUNDHEITSMONITORING DES RKI (PRIMÄRDATEN)	CIDI – Diagnose einer Depression	Bundes-Gesundheits-survey – Modul Psychische Gesundheit (BGS98-MH), Erhebung: 1997 bis 1999 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), Erhebung: 2009 bis 2012	Composite International Diagnostic Interview (CIDI) als standardisiertes klinisches Interview, computergestützt persönlich durchgeführt durch klinisch geschulte Interviewende, basierend auf dem CIDI der World Health Organization (WHO) Zeitbezug: letzte 12 Monate (wenn nicht anders gekennzeichnet)	„Goldstandard“ zur Erfassung von Depression in klinischen und epidemiologischen Studien Diagnosestellung gemäß Kriterien des DSM-IV-TR [3] unter Berücksichtigung diagnostischer Ein- und Ausschlusskriterien, hier betrachtet wird unipolare majore Depression, diese entspricht im ICD-10 F32.0-3 depressive Episode und F33.0-3 rezidivierende depressive Störung; nicht berücksichtigt wird Dysthymie (F34.1) Einteilung nach Schweregrad anhand der Anzahl depressiver Symptome in leichte (5 von 9 möglichen Symptomen), mittelgradige (6 oder 7 von 9 Symptomen) oder schwere (8 oder 9 von 9 Symptomen) Depression Differenzierte Analysen zum Verlauf der Depression möglich, inkl. der Ableitung von Lebenszeitdiagnosen anhand von Angaben zur gesamten Lebensspanne
	Ärztlich diagnostizierte Depression	DEGS1 Erhebung: 2008 bis 2011 Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), Erhebung: 2009, 2010, 2012, 2014	Von den Befragten berichtete Depressionsdiagnose, die im Rahmen ärztlicher oder psychotherapeutischer Versorgung gestellt wurde DEGS1: computergestütztes persönlich durchgeführtes ärztliches Interview, GEDA: computergestütztes telefonisches Interview Erhebung mit der Frage „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“, wenn ja: „Ist die Depression auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten?“ (DEGS1, in GEDA leicht abweichend) Zeitbezug: letzte 12 Monate	Ermöglicht Abbildung der selbstberichteten, im Versorgungsgeschehen diagnostizierten Depression. Ist somit abhängig u.a. von Kontaktaufnahme zum Versorgungssystem und Kommunikation zwischen Behandelndem und Patientinnen und Patienten Teilweise eingeschränkte Vergleichbarkeit zwischen den Erhebungen
	Depressive Symptomatik	DEGS1 Erhebung: 2008 bis 2011 GEDA 2014, Erhebung: 2014 bis 2015	Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ) mit Summenscore ≥ 10 Punkte [4] Fragebogen mit 9 Items (DEGS1) bzw. 8 Items (GEDA 2014) zu Einzelsymptomen von Depression Zeitbezug: letzte 2 Wochen	Screening-Instrument, erlaubt Auswertung 1) des Vorliegens depressiver Symptomatik, 2) anhand diagnostischer Kriterien, 3) nach Schweregrad Keine vollständige Diagnosestellung nach ICD möglich, da keine Berücksichtigung diagnostischer Ausschlusskriterien
DATEN GESETZLICHER KRAKENVERSICHERUNGEN	Administrative Depressionsdiagnose	Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung	Routinemäßig ambulant oder stationär in der Versorgung kodierte Depressionsdiagnose Zeitbezug: letzte 12 Monate	Kodierte Depressionsdiagnosen nach ICD-10: depressive Episode (F32.0-3) und rezidivierende depressive Störung (F33.0-3) sowie in wenigen Analysen auch Dysthymie (F34.1) Im Quer- und Längsschnitt umfassend für die gesamte Zahl gesetzlich krankenversicherter Personen in Deutschland verfügbar (jedoch bestehen systematische Selektionseffekte je nach Krankenkasse und privat Versicherte sind nicht enthalten) Abhängig u.a. von Kontaktaufnahme zum Versorgungssystem, ärztlicher Kodierqualität, temporären sowie regionalen Diagnosegewohnheiten sowie finanziellen Diagnoseanreizen

Die in Tabelle 4.1 beschriebenen Indikatoren definieren das Konstrukt Depression auf jeweils unterschiedliche Weise und können im Einzelfall voneinander abweichen. Wenn beispielsweise Studienteilnehmende eine ärztlich diagnostizierte Depression im Survey berichten, kann dieser auch eine Dysthymie oder eine manisch-depressive Störung zugrunde liegen. Da diese aber nicht in der CIDI-Diagnose einer Depression berücksichtigt werden, würde der Teilnehmende gemäß diesem Indikator keine Depression aufweisen. Auch die in der Versorgung am häufigsten kodierten Subtypen der Depressionsdiagnose (sogenannte unspezifische Diagnosen F32.9, F33.9) [11–16] werden per Definitionem nicht im CIDI-Interview abgebildet, da es sich hierbei laut ICD-10 um Fälle handelt, die nicht alle erforderlichen diagnostischen Kriterien für das Vollbild der Störung erfüllen.

Grundsätzlich wird diskutiert, wie die Kodierqualität des ärztlichen Diagnoseverhaltens einzuschätzen ist und inwiefern sich administrative Diagnosen für Morbiditätsschätzungen eignen [11, 13]. Es ist wahrscheinlich, dass Behandelnde nicht immer eine kriterienbasierte Diagnostik vornehmen und darüber hinaus auch andere Konzepte dessen, was eine Depression sei, vertreten, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung [17–20]. Zudem bestehen möglicherweise auch finanzielle Anreize für Versorger, die Diagnose zu vergeben [8–10].

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass eine Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Diagnose nicht mit dem Behandlungsbedarf einer Person gleichzusetzen ist. So kann sich eine Depression auch spontan zurückbilden [21] und der (subjektive) Bedarf je nach Schwere, Bewältigungsressourcen und Behandlungswunsch variieren [22]. Hingegen kann fachärztlicher Abklärungs- und Behandlungsbedarf auch bereits bei Vorliegen einer depressiven Symptomatik bestehen, wenn nicht das Vollbild einer Depressionsdiagnose erfüllt ist.

Die verschiedenen Zugänge und Datenkörper für Morbiditätsschätzungen für Depression haben demnach spezifische Vor- und Nachteile hinsichtlich ihres Geltungsbereichs und ihrer Aussagekraft, sind in der Zusammenschau aber unverzichtbar, um Versorgungslage und -bedarf abzubilden.

Häufigkeiten von Depression



Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestand im Jahr 2015 mit einer weltweiten Prävalenz von 4,4 % bei über 300 Millionen Menschen eine Depression [23]. Berichten von Krankenkassen zufolge erhält mehr als jeder zehnte Versicherte je Kalenderjahr eine Depressionsdiagnose (vgl. exemplarisch [24]). Die Häufigkeiten von Depression, die in den bundesweit repräsentativen Studien des RKI erhoben wurden, sind in Tabelle 4.2 dargestellt. Die Prävalenzen unterscheiden sich je nach betrachtetem Indikator (ausführliche Indikatorenbeschreibung siehe Abschnitt 4.1). Bei jedem zehnten Teilnehmenden bestand in den vergangenen zwei Wochen eine depressive Symptomatik (10,1 %) [25]. 8,1 % der befragten Personen berichteten von einer ärztlich diagnostizierten Depression in den letzten zwölf Monaten [26]. Die Kriterien für eine CIDI-Depressionsdiagnose in den vergangenen zwölf Monaten erfüllten 7,1 % [27]. Verglichen mit anderen psychischen Störungen (CIDI-Diagnosen) gehören

Depressionen neben Angststörungen (15,4 %) insgesamt zu den häufigsten psychischen Störungen [28, 29]. Darüber hinaus treten Depressionen häufig gemeinsam (komorbid) mit anderen psychischen Störungen oder körperlichen Erkrankungen auf [15, 30] (Kapitel 4.3). Bei allen Depressionsmaßen zeigen sich die bekannten Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wonach Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer.

Die Unterschiede in den Häufigkeiten liegen an den zugrundeliegenden Depressionsindikatoren (Tabelle 4.1). Depressionen werden jeweils auf unterschiedliche Weise definiert und erhoben (Kapitel 4.1). Am häufigsten ist das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, die allerdings nicht in jedem Fall alle Kriterien einer Depressionsdiagnose erfüllt. Zudem kann eine selbstberichtete ärztliche Depressionsdiagnose beispielsweise auch eine manisch-depressive oder dysthyme Störung meinen, die nicht in der hier abgebildeten CIDI-Diagnose einer Depression enthalten ist.

	GESAMT	FRAUEN	MÄNNER
Ärztlich diagnostizierte Depression	8,1 % (7,6 – 8,5)	9,7 % (9,0 – 10,3)	6,3 % (5,8 – 6,9)
Depressive Symptomatik	10,1 % (9,6 – 10,7)	11,6 % (10,8 – 12,4)	8,6 % (7,9 – 9,4)
CIDI-Depressionsdiagnose	7,1 % (6,0 – 8,3)	9,9 % (8,3 – 11,9)	4,2 % (3,3 – 5,3)

TABELLE 4.2

Häufigkeiten von Depression in der Bevölkerung
je nach Indikator (mit 95 %-KI)

Anmerkungen Datenbasis: Ärztlich diagnostizierte Depression i. d. l. 12 Monaten [26] und depressive Symptomatik i. d. l. 2 Wochen [25] erhoben in GEDA 2014/2015-EHIS, CIDI-Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in DEGS1-MH (2009–2012) [27]

Werden hingegen die CIDI-Diagnosen aller affektiven Störungen zusammengefasst, so liegt die Prävalenz mit insgesamt 9,8 % (Frauen: 13,1 %; Männer: 6,4 %) ebenfalls höher [28, 29]. Auch die unterschiedlichen Zeitbezüge (in den letzten zwei Wochen vs. in den letzten zwölf Monaten) sind von großer Relevanz für die unterschiedlichen Häufigkeiten.

Tatsächlich zeigen die in Tabelle 4.2 dargestellten Indikatoren nur wenig Übereinstimmung, sondern erfassen größtenteils abweichende Bevölkerungsgruppen als depressiv. Insgesamt erfüllten nur 37,2 % der Personen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression auch die Kriterien für eine CIDI-Depressionsdiagnose (Frauen: 36,0 %; Männer: 39,9 %), die niedrigste Überlappung zeigt sich mit 29,8 % in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen [31]. Umgekehrt berichten nur 33,0 % derjenigen mit CIDI-Depressionsdiagnose auch eine ärztliche Depressionsdiagnose erhalten zu haben (Frauen: 31,3 %; Männer: 37,1 %), die niedrigste Übereinstimmung zeigt sich hier mit 22,7 % bei den 18- bis 29-Jährigen. Die Überlappung ist höher bei Personen mit schwerer Depression oder wenn weitere psychische Störungen (CIDI-Diagnosen) bestehen.

Psychische Komorbidität von Depression

Depressionen treten sehr häufig gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf. Komorbidität liegt dann vor, wenn die Kriterien von mindestens einer weiteren psychischen Störung erfüllt sind. Psychische Beeinträchtigungen oder einzelne Symptome zählen demnach nicht als Komorbidität.

Die Untersuchung von Komorbidität bei psychischen Störungen hat eine hohe individuelle, aber auch gesundheitsökonomische Relevanz. Bei Komorbidität verschlechtert sich die Prognose aller Einzelstörungen und die Behandlung, sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch, ist weniger effizient. Darüber hinaus sind Spontanheilungen (Remissionen) bei komorbiden Störungen insgesamt seltener [32, 33] und es kommt häufiger zu Therapieresistenzen [34]. Das Risiko für Suizidgedanken, -pläne und -handlungen steigt mit der Anzahl psychischer Störungen [35]. Bei Vorliegen von psychischer Komorbidität wird eher Kontakt zu Behandelnden aufgenommen als bei Vorliegen nur einer Diagnose [36]. Die Wahrscheinlichkeit der Kontaktaufnahme steigt dabei mit der Anzahl an psychischen Störungen, wobei eine Depression mehr als andere komorbid auftretende psychische Störungen zu erhöhter Inanspruchnahme beiträgt. Tritt eine Depression gemeinsam mit einer anderen psychischen Störung auf, führt dies fast zu einer Verdopplung der jährlichen Krankheitskosten bzw. einer

wesentlichen Verlängerung der stationären Behandlungsdauer [37]. Allerdings kann es auch Synergieeffekte bei der Therapie komorbider Störungen geben: zum Beispiel kann eine auf Depression ausgerichtete Psychotherapie auch zusätzlich bestehende Angstsymptome reduzieren [38].

Die Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI zeigen, dass insgesamt 62,8 % der Personen mit Depression (CIDI-Lebenszeitdiagnose) im Laufe ihres Lebens eine oder mehrere komorbide psychische Störungen neben der Depression haben. Dabei ist Komorbidität bei Frauen (67,5 %) häufiger als bei Männern (53,2 %), zudem sind jüngere Menschen häufiger von Komorbidität betroffen (71,9 % bei 18- bis 34-Jährigen) im Vergleich mit Älteren (56,1 % bei 65- bis 79-Jährigen). Am häufigsten treten Angststörungen gemeinsam mit Depression auf: Ungefähr jede zweite Person mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung oder einer sozialen Phobie hat auch eine Depression, und zwar am ehesten eine schwere Depression. Bei schwerer Depression (Schweregradkategorisierung siehe Tabelle 4.1) kommt Komorbidität insgesamt deutlich häufiger (74,6 %) vor als bei leichter Depression (48,4 %). Bei Personen mit schwerer Depression weist zudem ca. ein Fünftel nicht nur eine, sondern mindestens vier komorbide psychische Störungen auf.

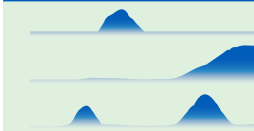
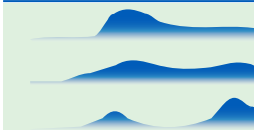
Depression im Verlauf

Der Verlauf von Depression ist interindividuell verschieden und hängt von zahlreichen Faktoren ab, wie etwa der Schwere der Störung, dem Vorliegen anderer psychischer und körperlicher Erkrankungen, individuellen Bewältigungsstrategien und der therapeutischen Versorgung [34, 39]. Depressionsverläufe werden sehr unterschiedlich beschrieben und definiert. Häufig verlaufen Depressionen in Phasen (Tabelle 5.1.3), das heißt die Betroffenen durchleben Zeiten mit Depression gefolgt von symptomfreien Zeiten. Derartige episodische Verläufe können diagnostisch unterschieden werden in eine Einzelepisode (ICD-10: F32.-) und wiederkehrende („rezidivierende“, ICD-10: F33.-) Depression. Bei Anderen ist eine Depression andauernd (unterschwellig) präsent („Dysthymie“, ICD-10: F34.1). Dabei erfüllt die Symptomatik zwar nicht das Vollbild einer Depression, dauert jedoch durchgängig mindestens zwei Jahre an, teilweise mit zwischenzeitlichen Verschlechterungen. Chronische Depressionsverläufe sind mit schwereren Folgen verbunden, wie etwa psychischer und somatischer Komorbidität und vermehrter Suizidalität [39–42].

TABELLE 4.3

**Verlaufsformen bei Personen mit
Lebenszeitdiagnose einer Depression**

Anmerkungen Datenbasis: Personen mit CIDI-Lebenszeitdiagnose einer Depression in DEGS-MH (2009–2012) wurden befragt, welcher Verlaufsform sie ihre Depression zuordnen würden (N=588); Abbildung der Verlaufsformen gemäß CIDI [43]

EPISODISCHE VERLÄUFE		
	Remittierte Einzelepisode	35,5 %
	Akute Einzelepisode	5,0 %
	Rezidivierende Depression	28,0 %
CHRONISCHE VERLÄUFE		
	Einzelepisode mit chronischem Verlauf	10,4 %
	Längerer depressiver Verlauf	6,8 %
	Chronisch unterschwellige Depression mit depressiven Episoden	11,6 %

Mit Blick auf die gesamte Lebensspanne (Lebenszeitdiagnose) sind mittelgradige Depressionen mit 7,0 % insgesamt häufiger als leichte (2,9 %) oder schwere Depressionen (4,6 %); dies gilt gleichermaßen für Frauen und Männer (Tabelle 4.4). Darüber hinaus kommen rezidivierende Depressionen mit 9,8 % in der Bevölkerung etwa doppelt so häufig vor wie ein-

zelne Episoden (4,7 %). Dysthyme Störungen sind mit 1,7 % (Männer: 1,2 % vs. Frauen: 2,1 %) deutlich seltener als das Vollbild einer Depression [28, 29].

TABELLE 4.4

**Häufigkeiten von Depression je nach Schwere
und Verlauf (mit 95 %-KI)**

Anmerkungen Datenbasis: CIDI-Depressionsdiagnose erhoben in DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18 bis 79 Jahre

			GESAMT	FRAUEN	MÄNNER
Depression (in den letzten 12 Monaten)			7,1 % (6,0 – 8,3)	9,9 % (8,3 – 11,9)	4,2 % (3,3 – 5,3)
–	Einzelepisode		3,4 % (2,7 – 4,3)	4,9 % (3,7 – 6,5)	1,9 % (1,3 – 2,7)
–	Rezidivierend		3,7 % (3,0 – 4,6)	5,1 % (3,9 – 6,6)	2,3 % (1,6 – 3,2)
Schweregrad					
–	leicht		1,4 % (1,0 – 1,9)	1,5 % (0,9 – 2,5)	1,3 % (0,8 – 2,0)
–	mittelgradig		3,3 % (2,7 – 4,1)	4,8 % (3,7 – 6,2)	1,8 % (1,3 – 2,5)
–	schwer		2,4 % (1,7 – 3,3)	3,6 % (2,6 – 5,1)	1,1 % (0,7 – 1,8)
Depression (Lebenszeitdiagnose)			14,5 % (12,9 – 16,2)	19,0 % (16,5 – 21,7)	9,9 % (8,4 – 11,6)
–	Einzelepisode		4,7 % (3,9 – 5,7)	5,7 % (4,4 – 7,2)	3,8 % (2,8 – 5,1)
–	Rezidivierend		9,8 % (8,5 – 11,2)	13,3 % (11,4 – 15,5)	6,1 % (4,9 – 7,5)
Schweregrad					
–	leicht		2,9 % (2,3 – 3,7)	3,7 % (2,6 – 5,2)	2,1 % (1,5 – 2,9)
–	mittelgradig		7,0 % (6,1 – 8,2)	7,2 % (7,0 – 10,5)	5,3 % (4,2 – 6,7)
–	schwer		4,6 % (3,6 – 5,7)	6,6 % (5,2 – 8,4)	2,4 % (1,6 – 3,6)

Werden Personen mit einer CIDI-Depressionsdiagnose nach dem Verlauf ihrer Depression befragt, so berichtet fast ein Drittel von chronischen Verlaufsformen (28,8 %, Tabelle 4.3). Werden chronische Verläufe hingegen anhand von Angaben zur tatsächlichen Dauer der längsten depressiven Episode bewertet, so zeigt sich ein etwas anderes Bild [42]: Der Großteil der Personen mit einer CIDI-Lebenszeitdiagnose einer Depression (42,0 %) gibt an, dass die längste Phase drei Monate bis ein Jahr lang andauerte, fast ein Drittel (31,2 %) berichtet eine Episodendauer zwischen zwei Wochen und drei Monaten. Bei 18,2 % lässt sich ein chronischer Verlauf von mehr als zwei Jahren feststellen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Menschen mitunter Schwierigkeiten haben, Zeitpunkt oder Dauer zurückliegender Ereignisse korrekt zu erinnern (Recall-Bias) [44].

Zeitliche Trends

Die Zahlen der WHO dokumentieren eine weltweite Zunahme von Depression seit 1990 [45]. Auch im Versorgungsgeschehen in Deutschland ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg an administrativ erfassten Depressionsdiagnosen zu verzeichnen [11, 13, 24]. Dabei zeigen die 12-Monats-Prävalenzen auch in kurzen Zeiträumen deutliche Zunahmen (vgl. exemplarisch Daten der Betriebskrankenkassen (BKK) in Abbildung 4.1). Diese Zuwächse betreffen sowohl leichte, mittelgradige als auch schwere Depressionen [13]. Die Zunahme administrativer Diagnosen über die Zeit zeigt sich auch in den Daten des

Gesundheitsmonitorings, wenn man Teilnehmende nach ärztlichen Depressionsdiagnosen befragt. So lässt sich für die ärztlich diagnostizierte Depression zwischen 2009 und 2012 eine Zunahme verzeichnen, welche mit 1,7 % jedoch geringer ausfällt als in Krankenkassenstatistiken [46]. Dieser Anstieg findet nicht allein in Risikogruppen, sondern in der Breite der Bevölkerung statt, und kann nur zu geringem Grad (13,5 %) durch gleichzeitige Veränderungen im Vorkommen von Risiko- und Schutzfaktoren erklärt werden.

Auch die Prävalenz einer depressiven Symptomatik lag in einer früheren Erhebung (DEGS1, 2008–2011, vgl. [47]) insgesamt (8,1 %) sowie bei Männern (6,1 %) signifikant niedriger als im Jahr 2014 [25] (Tabelle 4.2). Aufgrund von methodischen Unterschieden in der Erfassung kann dies jedoch vorerst nur als Hinweis auf eine Zunahme interpretiert werden. Diese fällt jedoch nicht annähernd so markant aus wie die Zunahme ärztlich diagnostizierter Depressionen in administrativen Statistiken der GKV. Für die CIDI-Depressionsdiagnose zeigen sich hingegen seit Ende der 1990er Jahre in der Gesamtbevölkerung sowie für Frauen und Männer stabile Prävalenzen (Tabelle 4.5) [48]. Wird eine Depression also standardisiert nach diagnostischen Störungskriterien erfasst, so findet sich keine Veränderung der Depressionshäufigkeit in der Bevölkerung über die Zeit. Dies gilt auch unter Berücksichtigung von potentiellen Veränderungen in der soziodemografischen Bevölkerungsstruktur. Bei Frauen bestehen jedoch Unterschiede bei altersabhängiger Betrachtung: So hat sich die Depressionsprävalenz in der Altersgruppe

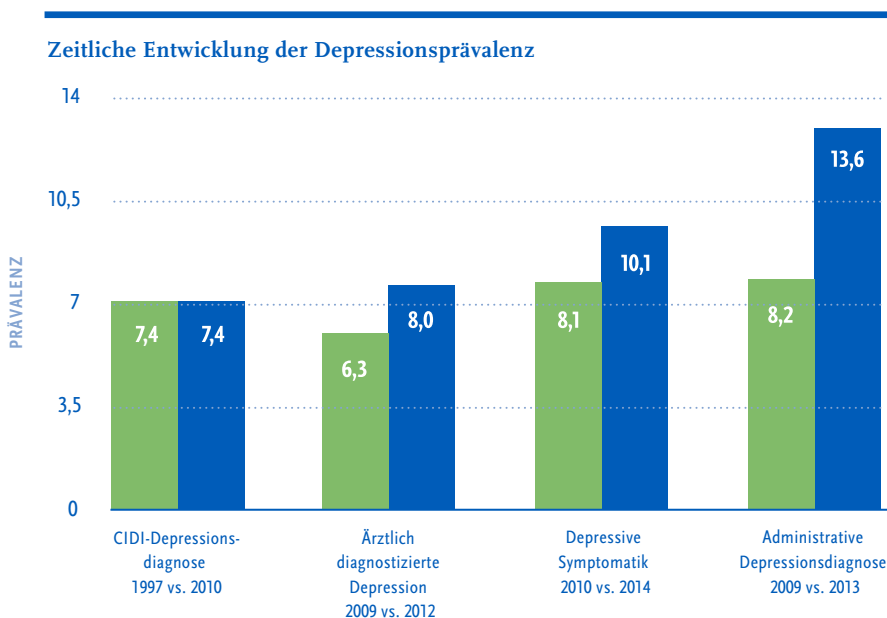


ABBILDUNG 4.1

Zeitliche Entwicklung der Depressionsprävalenz in Studien des RKI und GKV-Daten

Anmerkungen

Datenbasis: ¹ CIDI-Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in BGS98 (1997–1999) und DEGS1-MH (2009–2012) [48]; ² Ärztlich diagnostizierte Depression i. d. l. 12 Monaten, erhoben in GEDA 2009 und GEDA 2012; ³ Depressive Symptomatik i. d. l. 2 Wochen erhoben in DEGS1-MH [47] und in GEDA 2014 [25]; ⁴ Administrative Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in Routinedaten der BKK [24]

📌 TABELLE 4.5

Entwicklung der Häufigkeit von Depression über die Zeit bei Frauen und Männern (12-Monats-Prävalenz mit 95 %-KI)

	FRAUEN		MÄNNER	
	BGS98 	DEGS1 – MH	BGS98 	DEGS1 – MH
Gesamt	10,0 % (8,5–11,8)	10,5 % (8,6–12,8)	4,9 % (3,9–6,1)	4,2 % (3,3–5,4)
Altersgruppe				
18 – 34 Jahre	8,8 % (6,6–11,6)	15,6 % (11,3–21,0)	4,4 % (3,0–6,5)	4,0 % (2,4–6,7)
35 – 49 Jahre	11,5 % (9,2–14,3)	11,0 % (8,1–14,7)	5,4 % (3,9–7,5)	4,0 % (2,4–6,7)
50 – 65 Jahre	9,8 % (7,3–13,0)	5,0 % (3,5–7,1)	4,9 % (3,4–6,9)	4,6 % (3,1–6,8)

Anmerkungen Datenbasis: CIDI-Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in BGS98 (1997–1999) und DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18 bis 65 Jahre [48]



der 18- bis 34-Jährigen seit 1998 fast verdoppelt, aber bei 50- bis 65-Jährigen halbiert. Darüber hinaus lassen sich Veränderungen im Schweregrad beobachten. Während Ende der 1990er Jahre noch fast ein Viertel aller Depressionen bei Frauen als „leicht“ einzustufen waren (24,1 %), sind es 2010 nur noch 13,8 %.

Die Ergebnisse zu den zeitlichen Trends entsprechen der internationalen Befundlage. So kann in bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen seit Mitte des 20. Jahrhunderts bis heute kein Anstieg der Depressionsprävalenzen in der Gesamtbevölkerung belegt werden [49–51]. Es steigt zwar weltweit die Zahl an Personen mit Depression, altersstandardisierte Analysen zeigen jedoch, dass diese Zunahme durch Veränderungen in der Zusammensetzung der Weltbevölkerung erklärbar ist, wie etwa das Bevölkerungswachstum und die steigende Lebenserwartung [45, 52]. Prävalenzstabilität zeigt sich jedoch nicht in allen Bevölkerungsgruppen. So werden teilweise auch leichte Anstiege der Depressionsprävalenzen bei Frauen [53–55] sowie der Lebenszeitprävalenzen in jüngeren Kohorten [56–58] berichtet. Andere Studien verzeichnen zudem leichte Anstiege für das Vorliegen depressiver Symptome [59–61]. Inwieweit diese Zunahmen in Zusammenhang mit einer erhöhten Exposition gegenüber Risikofaktoren wie psychosozialen Stressoren stehen, ist fraglich [62–64]. Ebenso wird der Einfluss einer gestiegenen Aufmerksamkeit und Gesundheitskompetenz bezüglich psychischen Erlebens in der Bevölkerung („mental health literacy“ [65]) diskutiert. Sie umfasst eine stärkere Wahrnehmung von psychischen Symptomen und ist verbunden mit einer höheren

Bereitschaft dieses Erleben auch im Survey zu berichten oder Versorgungsangebote aufgrund dessen in Anspruch zu nehmen [39, 63, 66]. Dennoch bleibt der markante Anstieg der administrativ erfassten Depressionsdiagnosen im Versorgungssystem vor dem Hintergrund der stabilen Depressionsprävalenzen (CIDI-Diagnose) in der Gesamtbevölkerung insgesamt erklärungsbedürftig. Das gilt auch insbesondere deshalb, weil diesbezüglich regionale Unterschiede feststellbar sind [67] und sich der Anstieg gleichermaßen für alle Bevölkerungsgruppen zeigt [46] (Abschnitt „Regionale Unterschiede“).

Risiko- und Schutzfaktoren



Depressionen können selten auf eine bestimmte Ursache zurückgeführt werden, sondern sind vielmehr Folge eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Einflussfaktoren. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass eine Depression vor dem Hintergrund einer individuellen Veranlagung dann entsteht, wenn chronische oder akute Stressoren auftreten und in Abwesenheit adäquater Schutzfaktoren die Bewältigungsfähigkeiten einer Person (langfristig) überfordern.

Auf unterschiedlichen Ebenen des Organismus werden zahlreiche biologische, psychische und soziale Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben, die miteinander in Wechselwirkung stehen. Auf Seiten der Risikofaktoren empirisch belegt ist der Einfluss eines genetisch vermittelten Erkrankungsrisikos, die Rolle neurobiologischer Faktoren (u. a. Neurotransmitter, Stresshormone), belastender Lebensereignisse und -bedingungen (z. B. Gewalterfahrung, Verlust nahestehender Personen, berufliche Überlastung, Partnerschaftskonflikte, Diskriminierungserfahrung, Armut) sowie anderer psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen [30, 68–71]. Die psychologischen Erklärungsmodelle betonen zudem die Bedeutung biografischer Erfahrungen, der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Umwelt sowie negativer Gedanken und Erwartungen für die Entwicklung einer Depression.

Eine Vielzahl von Risiko- und Schutzfaktoren, die im Feld der Public Mental Health etabliert sind

[72–74], wurde anhand der Daten des Gesundheitsmonitoring des RKI untersucht und deren Zusammenhang mit Depression in der deutschen Allgemeinbevölkerung analysiert (Kapitel 3.2). Die zentralen Faktoren werden im Überblick (Abbildung 5.1.2) sowie im Folgenden einzeln aufgeführt und der Forschungsstand zusammenfassend berichtet.

Alter und Geschlecht

Bei den verschiedenen Indikatoren von Depression unterscheidet sich die Rolle des Alters als Risiko- oder Schutzfaktor [27, 47, 75] (Abbildung 4.3). Die Zahl administrativer Depressionsdiagnosen steigt im Altersverlauf auf mehr als ein 3-faches an. Die Häufigkeit der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression liegt deutlich und mit steigendem Alter zunehmend darunter. Nahezu gegenläufige Alterskurven zeigen Depressionsdiagnosen, die im klinischen Interview (CIDI) im Survey gestellt werden. Gemäß den diagnostischen Kriterien werden demnach mehr junge, gemäß Behandelnder mehr ältere Menschen (vor allem Frauen) als depressiv erfasst. Eine aktuelle depressive Symptomatik bleibt zwischen den Altersgruppen tendenziell am stabilsten und sinkt im höheren Alter ab.

Für jede Alterskurve (Abbildung 4.3) kommen verschiedene Erklärungen in Frage. Dass ältere Menschen seltener die Kriterien der CIDI-Depressionsdiagnose

erfüllen, wird unter anderem sowohl als Widerstandskraft gegen psychische Störungen gedeutet, die mit dem Lebensalter zunimmt, als auch als eine möglicherweise schlechtere Erinnerung depressiver Episoden in Zweifel gezogen [76]. Dagegen kann der Anstieg ärztlich diagnostizierter Depression mit dem Alter zum Teil dadurch erklärt werden, dass ältere Menschen aufgrund sich häufender somatischer

Gesundheitsprobleme öfter ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen und folglich eine größere Wahrscheinlichkeit besteht, eine vorliegende Depression auch zu entdecken als bei jüngeren Menschen.

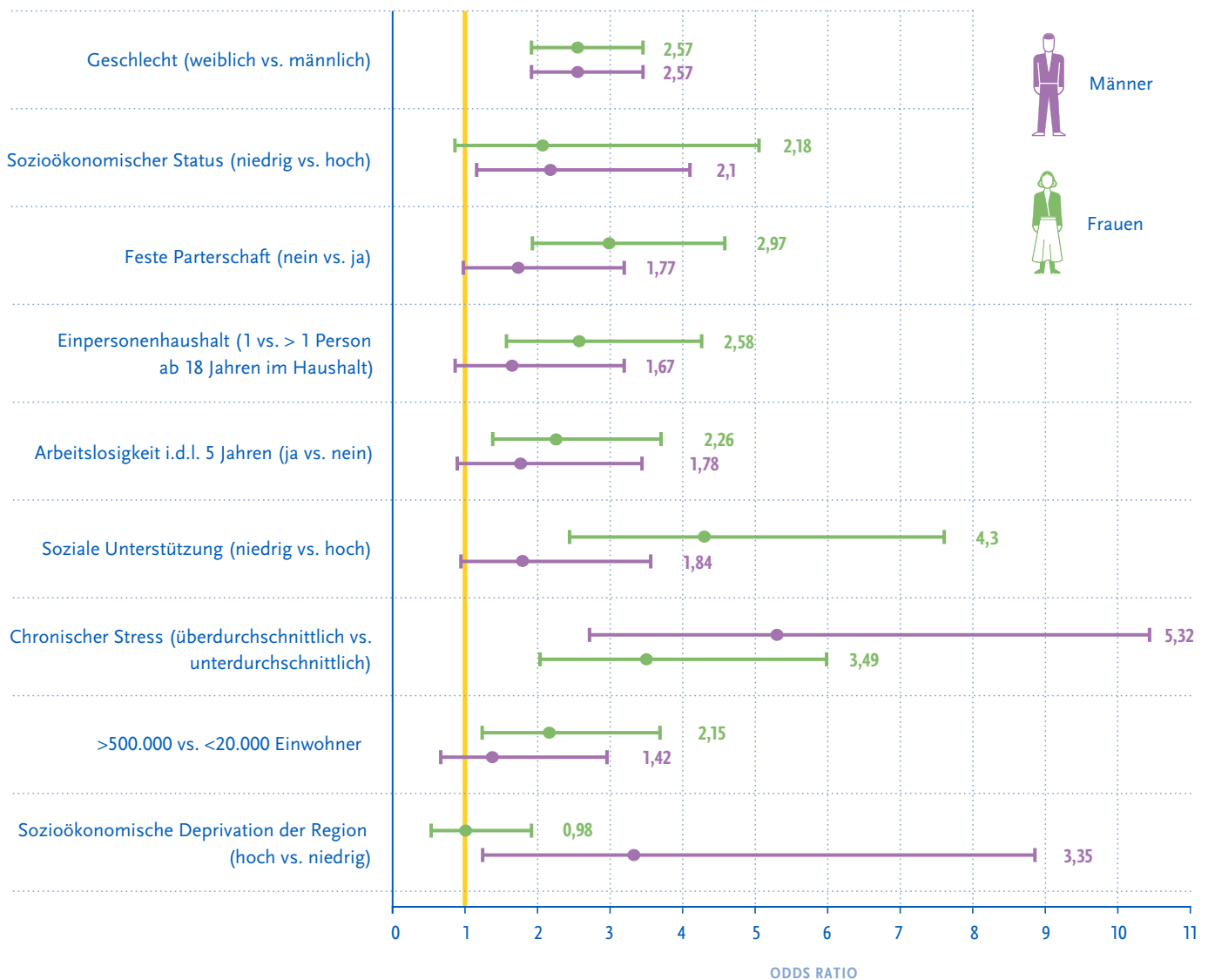


ABBILDUNG 4.2

Risiko- und Schutzfaktoren von Depression bei Frauen und Männern (Odds Ratios, mit 95 %-KI)

Anmerkungen Datenbasis: CIDI-Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in DEGS1-MH, Altersbereich 18–79 Jahre bzw. für chronischen Stress 18–64 Jahre; Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle der logistischen Regressionen der CIDI-Depressionsdiagnose (AV) auf Risiko- und Schutzfaktoren (UV), kontrolliert für Alter

Diese Abweichungen der Kurven voneinander weisen auch auf unterschiedliche Versorgungssituationen für die Altersgruppen hin [31]: Bei jüngeren Menschen bestätigt sich eine ärztlich diagnostizierte Depression häufiger im klinischen Interview (CIDI) als bei älteren. Zugleich berichten unter den Jüngeren auch mehr Personen, die im klinischen Interview die Kriterien der Störung erfüllen (CIDI), keine ärztliche Diagnose erhalten zu haben. Diese Ergebnisse können als Hinweise auf einen tendenzielle Unterversorgung von Depressionen bei jüngeren Erwachsenen und eine tendenzielle Überversorgung älterer Erwachsener interpretiert werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass sich hierin auch Differenzen der Altersgruppen im subjektiv wahrgenommenen Behandlungsbedarf und Hilfesuchverhalten abbilden können.

Im Zeitverlauf scheinen sich Zusammenhänge zwischen Depression und Alter zu verändern, da im Jahr 2010 mehr jüngere und weniger ältere Frauen die Kriterien einer CIDI-Depressionsdiagnose erfüllten als Ende der 1990er Jahre (Tabelle 4.5) [48].

Das hohe Alter jenseits der hier betrachteten 79. Lebensjahre ist in den Surveydaten des RKI nicht eingeschlossen. Spezifische Befragungsstudien in dieser Altersgruppe machen auf deren erhöhtes Depressionsrisiko aufmerksam. Eine Übersichtarbeit zeigt, dass 7,2 % der über 75-Jährigen eine Depression vergleichbar der CIDI-Depressionsdiagnose aufweisen [77]. Dieser Befund deutet einen Anstieg der Depressionshäufigkeit im letzten Lebensabschnitt an, der auch eine

Zunahme unterschwelliger Depressionen im Sinne einer depressiven Symptomatik einschließt [78].

In allen Depressionsmaßen zeigen Frauen nahezu doppelt so hohe Prävalenzen wie Männer [27, 47, 79] (Abbildung 4.3). Auch bei Berücksichtigung von Altersunterschieden ist das Risiko einer CIDI-Diagnose bei Frauen um mehr als das 2,5-fache höher als bei Männern (Abbildung 4.2). Dieser bekannte epidemiologische Befund lässt sich international, mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten sowie über die Jahre stabil replizieren [80, 81]. In der Interpretation des Geschlechterunterschiedes werden unter anderem die Bedeutung von biologischen Strukturen und Mechanismen (z. B. Hirnphysiologie, hormonelle Reaktionen), Auswirkungen unterschiedlicher soziokultureller Geschlechterrollen und eine stärkere Häufung kritischer Lebensereignisse und sozialer Stressoren bei Frauen diskutiert. Auch wenn soziodemografische und -ökonomische Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland statistisch berücksichtigt werden, liegt die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung (CIDI-Diagnose) bei Frauen 1,6-fach so hoch wie bei Männern [82]. Die unterschiedliche Zahl ärztlicher Depressionsdiagnosen wird durch ein aktiveres Hilfesuchverhalten von Frauen mitbedingt [83].

Grundsätzlich kann diskutiert werden, ob die diagnostischen Kriterien der Depression überhaupt für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen passend sind. So wird angenommen, dass in den aktuellen

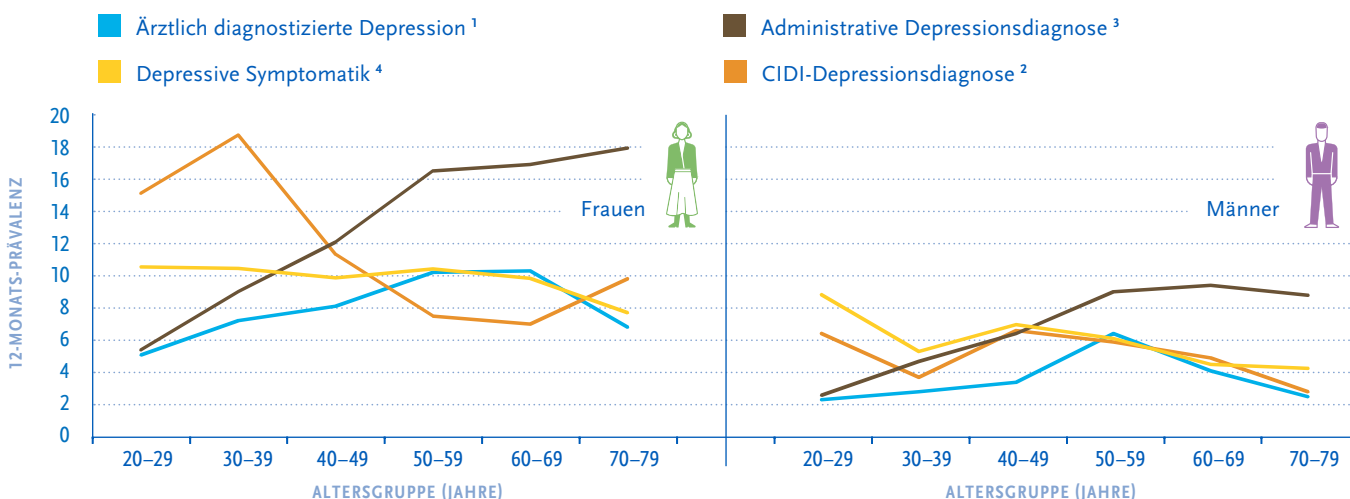
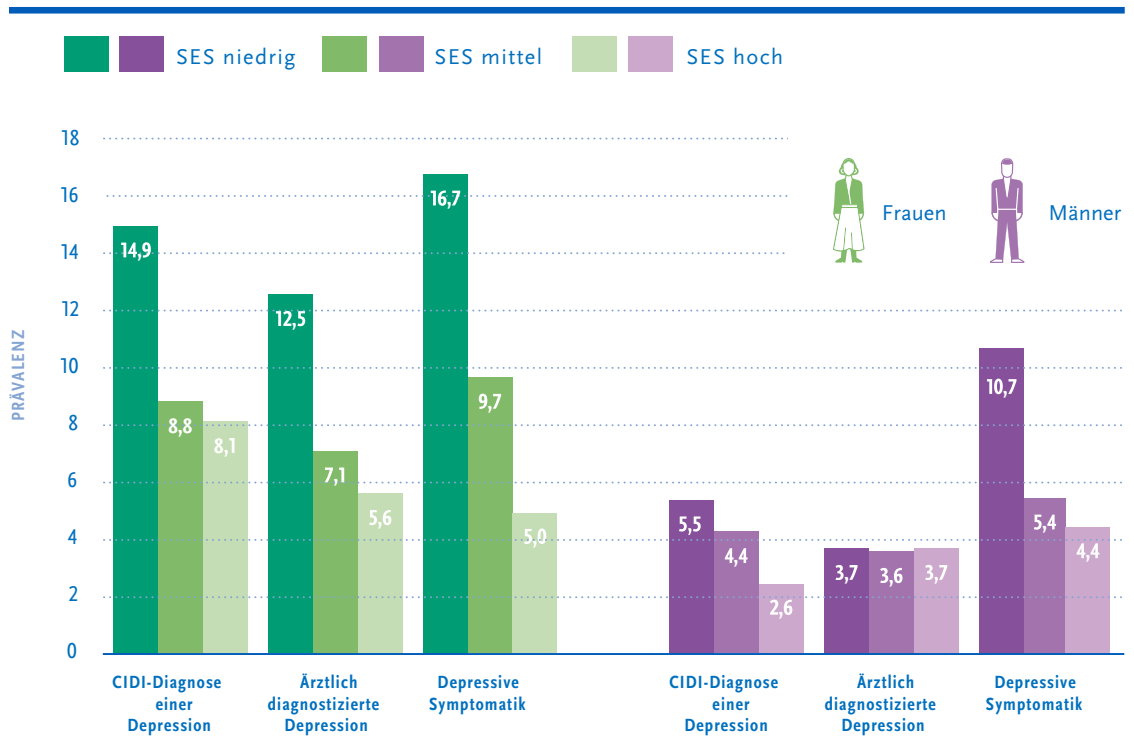


ABBILDUNG 4.3
Altersverteilung von Depression je nach Indikator bei Frauen und Männern

Anmerkungen Datenbasis: ¹ Ärztlich diagnostizierte Depression i. d. l. 12 Monaten erhoben in DEGS1 [75], ² CIDI-Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in DEGS1-MH [75], ³ administrative Depressionsdiagnose in Routinedaten der BARMER i. d. l. 12 Monaten [75]; ⁴ Depressive Symptomatik i. d. l. 2 Wochen erhoben mit PHQ-9 in DEGS1; Altersbereich 20–79 Jahre



Diagnosesystemen eher typisch weibliche Depressionssymptome beschrieben werden und dagegen bei Männern häufiger Aggression, antisoziales und Hochrisikoverhalten im Vordergrund stehen [81, 84], die in den Kriterien für die Diagnose Depression nicht enthalten sind. Auch für Depressionen im höheren Lebensalter wird angenommen, dass diese sich möglicherweise mit einer geringen Zahl psychischer Symptome vermehrt in körperlichen Beschwerden äußern [85, 86]. Demzufolge würde die Häufigkeit von Depressionen, wenn diese also in einem breiteren Sinne definiert werden als in den Diagnosesystemen (und folglich auch dem CIDI-Interview), bei Männern und älteren Menschen unterschätzt.

Sozioökonomischer Status

Der bekannte Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage besteht trotz des hohen Lebensstandards und der gut ausgebauten Gesundheitsversorgung auch in Deutschland [87, 88]. Bildung, Einkommen und Berufsstatus bzw. Erwerbsbeteiligung bestimmen nicht nur die mate-

riellen Ressourcen einer Person, sondern auch ihre gesellschaftliche Teilhabe und Zukunftschancen. Ihr Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ist ein international stabiler Befund [89, 90]. In den Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI zeigen Analysen des sozioökonomischen Status (SES, zusammengesetzter Index aus Einkommen, Bildungs- und Berufsstatus) gesundheitliche Ungleichheit auch bei von Depression Betroffenen, die sich je nach Indikator unterschiedlich darstellt (Abbildung 4.4).

Der stärkste soziale Gradient besteht in der Verteilung der aktuellen depressiven Symptomatik. Bei Frauen mit niedrigem SES zeigt sich mit 16,7 % eine mehr als dreimal so hohe Prävalenz wie bei Frauen mit hohem SES (5,0 %), bei Männern eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz (niedriger SES 10,7 % vs. hoher SES 4,4 %) [27, siehe auch 47]. Im mittleren Lebensalter ist die gesundheitliche Ungleichheit am stärksten ausgeprägt (Frauen 45–64 Jahre, Männer 30–44 Jahre). Sie verringert sich im höheren Alter, da soziale Einflüsse gegenüber körperlichen Alterungsprozessen an Bedeutung für das Erkrankungsrisiko verlieren und auch der Renteneintritt zu einer Angleichung der Lebenssituationen beiträgt [91]. Wird allein

der berufliche oder schulische Bildungsabschluss untersucht, zeigen sich Unterschiede zwischen den Statusgruppen auch unabhängig vom Einkommen und ausgeübtem Beruf mit einem 2,5-fach erhöhten Risiko für eine depressive Symptomatik in der Gruppe mit niedrigem gegenüber hohem Bildungsabschluss [25].

Neben den objektiven Lebensbedingungen spielt die individuelle Bewertung der eigenen sozialen Position eine wesentliche Rolle für die psychische Gesundheit. Werden Studienteilnehmende gefragt, an welcher Position sie sich auf einer sozialen Stufenleiter selbst platzieren, zeigt sich der so erfasste subjektive SES als Vermittler (Mediator) zwischen objektivem SES und einer aktuellen depressiven Symptomatik [92]. Wie Menschen in sozialen Vergleichsprozessen ihre gesellschaftlichen Chancen einschätzen bzw. sich als benachteiligt erleben, leistet demnach einen eigenständigen Beitrag zur gesundheitlichen Ungleichheit.

Das Vollbild einer depressiven Störung (CIDI-Diagnose) zeigt einen mit der depressiven Symptomatik vergleichbaren Zusammenhang mit der sozialen Lage [27, 79, 93], der jedoch nur bei Frauen statistisch signifikant ausfällt (**Abbildung 4.2**). In der Gruppe mit niedrigem SES erfüllt ein doppelt so großer Anteil an Personen die Kriterien der CIDI-Depressionsdiagnose gegenüber der Gruppe mit hohen SES (Frauen: 14,9 % vs. 8,1 %; Männer: 5,5 % vs. 2,6 %) [27] (**Abbildung 4.4**). Berücksichtigt man, dass bei Menschen mit niedrigem SES auch häufiger weitere Risikofaktoren auftreten, unter anderem geringere soziale Unterstützung oder eine höhere Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen, verliert bei statistischer Kontrolle dieser Faktoren der SES-Gradient an statistischer Bedeutsamkeit [27]. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit und SES erst im Kontext von vermittelnden Prozessen wie der sozialen Integration oder der körperlichen Gesundheit verstanden werden kann. Internationale Daten zeigen zudem, dass sich sozioökonomische Unterschiede sowohl auf die Häufigkeit als auch auf die Chronizität von Depressionen auswirken [94].

Klärungsbedürftig ist, ob sich soziale Benachteiligung heute möglicherweise stärker auf die Entstehung und den Verlauf einer Depression auswirkt als in der Vergangenheit. Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 legen nahe, dass psychische Störungen und darunter primär depressive Störungen (CIDI-Diagnosen inkl. Dysthymien) häufiger in der jüngsten Kohorte (Geburtsjahrgänge 1968 bis 1980) gegenüber den älteren Kohorten (Geburtsjahrgänge 1948 bis 1967 und 1933 bis 1947) und vorrangig in der Gruppe mit niedrigem SES auftritt [93].

Auch in Krankenkassendaten zeigt die Verteilung administrativer Depressionsdiagnosen sozioökonomische Unterschiede. So werden Depressionsdiagnosen bei Versicherten mit geringem Einkommen häufiger gestellt [95]. Versicherte mit niedrigerem Bildungsniveau werden häufiger aufgrund von Depression arbeitsunfähig gemeldet [96]. Im Vergleich verschiedener Berufsgruppen wird die höchste Zahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Depression im Dialogmarketing (Call-Center), in der Altenpflege, Kinderbetreuung und Gesundheits- und Krankenpflege verzeichnet und liegt am niedrigsten bei Ärztinnen und Ärzten, in der Softwareentwicklung und Hochschullehre [96]. Bei erwerbstätigen Versicherten in Führungs- oder Leitungspositionen werden weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Depression verzeichnet als bei Versicherten ohne Leitungsfunktion [96]. Die Ergebnisse im Gesundheitsmonitoring des RKI zu sozioökonomischen Unterschieden bei ärztlich diagnostizierter Depression reflektieren diesen Befund hauptsächlich bei Frauen (**Abbildung 4.4**), fallen zwischen unterschiedlichen Erhebungen jedoch abweichend aus [26, 27, 47, 97].

Erwerbslosigkeit

Obwohl der SES in engem Zusammenhang mit der Erwerbssituation einer Person steht, liegt in der Erwerbslosigkeit ein eigenständiger Risikofaktor für Depression [28, 29, 98]. Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren haben mit einer Prävalenz von 21,9 % ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Depression (CIDI-Diagnose) im Vergleich zu Frauen ohne Arbeitslosigkeitserfahrung [99] (**Abbildung 4.2**).

Auch in der Versorgung fällt die Gruppe der Erwerbslosen als besonders gefährdet auf. So ist die Prävalenz von Depression auch in Krankenkassendaten bei erwerbslosen Versicherten doppelt so hoch wie in der Gesamtgruppe aller Versicherten (20,7 % vs. 10,9 %) [100]. Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrung berichten Erwerbslose umso häufiger eine ärztlich diagnostizierte Depression [101]. Im Vergleich zu den erwerbstätigen Versicherten (Pflicht- und freiwillig Versicherte) kommen erwerbslose Versicherte auf eine vier- bis achtfache Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Depression [102]. Diese Bedeutung des Erwerbsstatus verschärfte sich in den vergangenen Jahren. So fällt der jährliche Anstieg von Fehlzeiten aufgrund von Depression unter erwerbslosen Versicherten (wobei hier vorrangig ALG-I-Bezug berücksichtigt wurde) mehr als doppelt so hoch aus wie bei erwerbstätigen



Versicherten (374 % vs. 171 % relative Veränderung zwischen den Jahren 2000 und 2013) [96].

Das Geschlechterverhältnis stellt sich in der Versorgung allerdings umgekehrt dar, wie Auswertungen von Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI zeigen: Während bei Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrung häufiger eine depressive Symptomatik und CIDI-Depressionsdiagnose vorliegt als bei Männern, schlägt sich dies im Versorgungsgeschehen nicht nieder. Dort wird bei erwerbslosen Männern häufiger eine ärztliche Depressionsdiagnose dokumentiert als bei erwerbslosen Frauen [97, 101]. In gleicher Form zeigt sich nur bei Männern, dass bereits eine reduzierte Arbeitszeit gegenüber einer Vollzeittätigkeit mit einem erhöhten Risiko für eine ärztliche Depressionsdiagnose verbunden ist [97]. Allerdings verändern sich die Zusammenhänge möglicherweise über die Zeit, denn Ende der 1990er Jahre fand sich für arbeitslos gemeldete gegenüber in Voll- oder Teilzeit arbeitende Männer sogar ein höheres Depressionsrisiko (CIDI-Diagnose) als für Frauen [98].

Familienstand und Partnerschaft

Wie in vielen westlichen Gesellschaften verändern sich auch in Deutschland die Formen menschlichen Zusammenlebens. Anstelle der traditionellen Ehe wächst die Zahl alternativer Lebensgemeinschaften mit Kindern, alleinerziehender Eltern sowie alleinstehender und lebender Menschen [103]. Gute soziale Beziehungen tragen durch positive Erfahrungen zur psychischen Gesundheit bei und stärken die Widerstandskraft bei Belastungen, in dem sie Gefühle der Zuneigung, Zugehörigkeit, Anteilnahme sowie emotionale und tatkräftige Unterstützung bieten. Für die Bevölkerungsgesundheit stellen Defizite in sozialen Beziehungen einen Risikofaktor dar, dessen Bedeutung mit dem schädlichen Einfluss von Rauchen und Übergewicht verglichen wird [104]. Der Zusammenhang zeigt sich sowohl hinsichtlich der Sterblichkeit als auch der körperlichen sowie psychischen Gesundheit [105] und ist auch für Depressionen gut untersucht [106, 107]. Die Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI bestätigen diesen Zusammenhang, der bekanntermaßen bei Frauen im Vergleich zu Männern markanter ausfällt. So tritt bei Frauen, deren soziales Netzwerk durch Ehe oder feste Partnerschaft gekennzeichnet ist, deutlich seltener eine depressive Symptomatik auf, als wenn diese getrennt, geschieden, verwitwet oder als Single leben [27]. Auch das Risiko der CIDI-Depressionsdiagnose ist bei Frauen ohne Partnerschaft um das circa 3-fache erhöht (Abbildung 4.2).

Eine ärztlich diagnostizierte Depression wird sowohl von Frauen als auch von Männern, die nicht in einer Partnerschaft oder allein im Haushalt leben, etwa doppelt so häufig berichtet [27, 97]. Insofern fallen Männer mit geringer sozialer Integration nicht durch ein häufigeres Auftreten depressiver Symptome oder Störungen an sich auf, wohl aber durch eine häufigere Diagnosestellung im Versorgungssystem. Der protektive Effekt von Partnerschaften schlägt sich allerdings nicht in der jüngsten Altersgruppe bzw. Kohorte der 18- bis 29-Jährigen nieder [97]. Die größte Bedeutung hat die Partnerschaft für Mütter und Väter, denn bei alleinerziehenden Frauen und Männern ist das Risiko einer ärztlich diagnostizierten Depression um mehr als das 2-fache erhöht [97]. Im Alter von 45 bis 64 Jahren zeigt sich dieses Muster bei Männern nicht mehr, bei Frauen dagegen umso deutlicher.

Soziale Unterstützung

Neben der Partnerschaft bietet das soziale Netzwerk aus Familie, Freunden, Nachbarn und Anderen und vor allem die darin erlebte soziale Unterstützung eine zentrale Ressource für die psychische Gesundheit. In den Surveys des RKI werden Angaben zur Anzahl nahestehender Personen, dem Interesse anderer an der eigenen Person und wie einfach es ist, Hilfe von Nachbarn zu erhalten mit der Oslo Social Support Scale erfasst [108]. Unter den ca. 12 % der Bevölkerung, die angeben, nur geringe soziale Unterstützung zu erfahren, ist die Häufigkeit von Depression deutlich erhöht [27]. 16,1 % der Männer und 27,7 % der Frauen dieser Gruppe weisen eine depressive Symptomatik auf. Das Risiko für eine CIDI-Depressionsdiagnose liegt bei Frauen mit geringer sozialer Unterstützung um mehr als ein 4-faches höher als bei Frauen, die eine starke Unterstützung erleben (Abbildung 4.2). Unterschiede zwischen mittlerer und starker sozialer Unterstützung schlagen sich dagegen nicht in der Depressionshäufigkeit nieder. Wie tiefergehende Analysen der Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI nahelegen, kann die als gering erlebte soziale Unterstützung bei Menschen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen deren Risiko für Depression im Sinne eines Mediators vermitteln, der entsprechende Erklärungsanteil liegt bei etwa 20 % [99].

Für Forschung und Behandlung bleibt die Schwierigkeit bestehen, dass depressive Personen aufgrund ihrer Symptomatik ihre soziale Umwelt in unrealistischem Maße als negativ bewerten [106] und sich ihrerseits aus Beziehungen zurückziehen. Internationale Längsschnittstudien zeigen allerdings, dass die gefundenen Zusammenhänge nicht allein durch den

sozialen Rückzug depressiver Personen begründet sind, sondern dass die Wahrnehmung eines unterstützenden Umfeldes – sogar unabhängig von der tatsächlich geleisteten Unterstützung – einen tragfähigen Schutz vor dem Entstehen von Depressionen darstellt [107].

Chronischer Stress

Wenn Belastungen durch Lebensbedingungen und -ereignisse die individuellen Bewältigungsressourcen eines Menschen langfristig übersteigen, spricht man von chronischem Stress. Mit der Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICCS-SSCS) [109] wurden chronische Besorgnis, arbeitsbezogene sowie soziale Überlastung, Überforderung und mangelnde Anerkennung erfasst. Das Risiko der CIDI-Depressionsdiagnose ist bei überdurchschnittlicher Stressbelastung bei Frauen und Männern um mehr als das 4- bis 5-fache erhöht (Abbildung 4.2). Vergleicht man verschiedene psychische Störungen untereinander, fällt auf, dass bei chronischem Stress zwar das Risiko aller Diagnosen steigt, für affektive Störungen aber mit Abstand am stärksten [110]. Betrachtet man die 10 % der Bevölkerung mit der stärksten Stressbelastung, besteht bei mehr als der Hälfte (53,7 %) eine depressive Symptomatik [109].

Diese Ergebnisse werden auch in der internationalen Literatur als Belege dafür diskutiert, dass Stress einerseits einen ursächlichen Risikofaktor für die Entstehung einer Depression darstellt [111] und andererseits auch in Folge einer Depression entstehen kann, wenn diese zu einem negativen Denkstil, Selbstunsicherheit, Einschränkungen in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und der Vermeidung von Problemen führt [112].

Regionale Unterschiede

In der Folge ökonomischer und demografischer Prozesse unterscheiden sich Regionen in Deutschland erheblich in ihrer soziodemografischen Zusammensetzung sowie ihrer Wirtschaftskraft und den Lebenschancen, die sie bieten [113]. Geht man davon aus, dass Depressionen durch ein komplexes Zusammenspiel bio-psycho-sozialer Faktoren entstehen und in ihrem Verlauf beeinflusst werden, erscheint eine entsprechende räumliche Ungleichverteilung der Häufigkeit oder auch Schwere von Depressionen plausibel. Dabei werden unter dem Begriff der regionalen Unterschiede verschiedene Aspekte betrachtet, unter anderem Abweichungen zwischen Regionen in

ihrer Einwohnerzahl, Siedlungs- oder Sozialstruktur und geographischen Lage.

Regionale Unterschiede in der Prävalenz von Depression (CIDI-Diagnose) sollten für beide Geschlechter getrennt analysiert werden (Abbildung 4.2), weil sich bemerkenswerte Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen. Wie vertiefende Analysen ergeben, erfüllen doppelt so viele Frauen in Großstädten (>500.000 Einwohner: 15,5 %) die Kriterien einer Depressionsdiagnose (CIDI) wie in ländlichen und kleinstädtischen Gemeinden (<20.000 Einwohner: 7,6 %). Bei Männern finden sich dagegen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Regionen unterschiedlicher sozialer Lage, wie sie im sozioökonomischen Deprivationsindex erfasst werden [114]. In hoch deprivierten Gemeinden (hohe Anzahl an Personen ohne Schulabschluss, hohe Arbeitslosen- und Schuldnerquote, geringe Steuereinnahmen etc.) erfüllen 5,1 % der Männer die Kriterien einer Depressionsdiagnose (CIDI), in Gemeinden mit niedriger sozioökonomischer Deprivation dagegen nur 1,7 %, bei mittlerer 4,3 %.

Auch der Anteil der Bevölkerung, der eine aktuelle depressive Symptomatik erlebt, variiert zwischen Regionen. Am wenigsten belastet zeigen sich Personen in Kleinstädten (5.000–20.000 Einwohner: 5,8 %), deutlicher größer ist die Zahl in mittel- und großstädtischen Wohnorten (20.000–<100.000 Einwohner: 9,1; >100.000 Einwohner: 9,4)[47]. Gegenüber ländlichen Gemeinden (<5.000 Einwohner, 7,4 %) zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Im Vergleich der Bundesländer liegt die Zahl von Frauen mit depressiver Symptomatik in Berlin und Brandenburg am höchsten (14,6 %) und in Thüringen nur bei knapp der Hälfte (7,4 %), unter den Männern besteht die höchste Prävalenz im Saarland (11,4 %) und die niedrigste in Bayern (5,7 %)[25].

Zur Erklärung regionaler Ungleichheit in der Gesundheit wird unter anderem diskutiert, ob lokal erhöhte Depressionsprävalenzen a) durch die räumliche Konzentration von Personen mit individuellen Risikofaktoren zustande kommen, b) durch die pathogene Wirkungen eines Raumes an sich bedingt werden (z. B. durch Lärm oder Umweltbelastung in Städten) oder c) Folge von Binnenmigration gesunder sowie gesundheitlich belasteter Personen sind, wobei es empirische Belege für alle drei Ansätze gibt [115–118]. In Deutschland lässt sich die genannte Stadt-Land-Verteilung der aktuellen depressiven Symptomatik nicht durch eine entsprechende Verteilung von Risikofaktoren (wie Geschlecht, Alter, SES etc.) erklären [27, 47].

Betrachtet man den Zeitverlauf, lag das Risiko von Depression und Dysthymie (CIDI-Diagnosen) Ende der 1990er Jahre in den alten Bundesländern



1,5-fach höher als in den neuen [119]. In der Erhebung 2010 war diese Differenz für die Gesamtgruppe psychischer Störungen nicht mehr feststellbar [79] (Depressionen nicht gesondert berichtet). Anders stellt sich die Datenlage für Depressionsdiagnosen im Versorgungsgeschehen dar. In Krankenkassenstatistiken liegt die Häufigkeit dokumentierter Depressionsdiagnosen in den Bundesländern mit der höchsten Prävalenz doppelt so hoch wie in jenen mit der geringsten, wobei sich ein Ost-West- und Nord-Süd-Gefälle abbildet [15, 102]. Allerdings zeichnet sich auch hier ein Trend zu innerdeutscher Angleichung ab. So haben sich die Unterschiede, die in den Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von Depression zwischen den Bundesländern bestehen, seit 2009 halbiert [96].

Besonders drastisch fällt die räumliche Ungleichverteilung der in der Versorgung abgerechneten Depressionsdiagnosen aus, wenn man einzelne Landkreise und kreisfreie Städte vergleicht. So weisen jene mit der höchsten Rate eine 3-fach höhere Prävalenz administrativer Depressionsdiagnosen auf als jene mit der geringsten Rate (7,2 % vs. 21,4 %) [15], selbst wenn der Einfluss regionaler Unterschiede in Alter, Geschlecht und körperlicher Morbidität berücksichtigt wird [12]. Im Stadt-Land-Vergleich zeigt sich gleichermaßen, dass die Großstadtbevölkerung am häufigsten von ärztlich diagnostizierter Depression berichtet, am seltensten Einwohner kleinstädtischer Wohnorte [12, 27, 47, 102].

Weshalb die Zahl der ambulant und stationär gestellten Depressionsdiagnosen in Deutschlands Regionen so erheblich variiert, ist auf Ebene von Patientinnen und Patienten, Behandelnden und Versorgungsstrukturen zu beantworten. Neben den oben diskutierten Ursachen für ein tatsächlich räumlich unterschiedliches Vorkommen depressiver Störungen kommen bei Betrachtung der administrativen Diagnosen darüber hinaus Unterschiede in der Ausstattung einer Region mit Versorgungsangeboten, dem lokalen Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung sowie dem Erkennen und Dokumentieren der Diagnosen durch die Behandelnden hinzu [102].

Somatische Komorbidität

Menschen erkranken oft an psychischen und körperlichen Erkrankungen gleichzeitig. Auf Bevölkerungsebene ist eine solche somatische Komorbidität mit deutlich höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten verbunden, mit wesentlich mehr Arbeitsausfällen, einer niedrigeren Lebensqualität, einer deutlich erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie erhöhten Versorgungskosten [120–125].

Die körperliche Gesundheit hat einen bedeutenden Einfluss auf die psychische Gesundheit und psychische Symptome und Störungen sind häufig Folge einer körperlichen Erkrankung. Auch im Gesundheitsmonitoring des RKI zeigt sich, dass chronische körperliche Erkrankungen mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergehen, allerdings je nach Alter in unterschiedlichem Ausmaß [126]: Bei den Erwachsenen jüngeren oder mittleren Alters zeigt schon eine einzelne chronisch-somatische Erkrankung Zusammenhänge mit einer deutlichen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, bei Älteren erst dann, wenn diese von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen betroffen sind. Vermutlich akzeptieren ältere Personen körperliche Probleme besser, was die psychische Belastung verringert [127]. Unabhängig vom Alter fühlen sich insbesondere multimorbid erkrankte Personen (mit vier oder mehr chronischen Erkrankungen) psychisch beeinträchtigt und haben auch am häufigsten eine diagnostizierte Depression. Auswertungen mit dem Fokus auf Diabetes mellitus zeigen [128], dass Personen mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes per se nicht häufiger auch eine ärztliche Depressionsdiagnose aufweisen. Bei vorliegendem Diabetes führt jedoch (vor allem bei Personen unter 50 Jahren) eine höhere Anzahl weiterer chronischer körperlicher Erkrankungen, im Sinne von Multimorbidität, zu einem erhöhten Depressionsrisiko. In einer Studie zu Personen mit angeborenem Herzfehler waren Depressionen und Dysthymie bei diesen deutlich häufiger als in der Gesamtbevölkerung. So hatten ungefähr 25 % der Patientinnen und Patienten mit Herzfehler zusätzlich eine Depression und 11 % eine Dysthymie, im Vergleich zu 7 % bzw. 4 % in der Gesamtbevölkerung [129].

Individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen



Depressionen stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Ihre hohe Relevanz in der Gesamtheit der Gesundheitsbelange lässt sich dabei nicht allein durch die Häufigkeit depressiver Störungen an sich begründen (Kapitel 4.2), sondern im Kontext der erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen und ihrer Entwicklung über die Zeit. Auf individueller Ebene lassen sich Depressionsfolgen anhand von Einbußen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) sowie Einschränkungen von körperlicher und psychischer Funktionsfähigkeit und Teilhabemöglichkeiten ermessen. Auf gesellschaftlicher und gesundheitsökonomischer Ebene bewirken Depressionen in Deutschland zudem hohe und steigende Krankheitskosten. Hierbei lassen sich direkte Kosten für das Gesundheitssystem, welche unmittelbar durch die Inanspruchnahme von Leistungen entstehen, von indirekten Kosten für die Volkswirtschaft unterscheiden, wie etwa bedingt durch Produktivitätsverlust und Arbeitsunfähigkeit.

Im Folgenden soll ein Überblick über die Befundlage in Primär- und Sekundärdaten zu diesen vielfältigen möglichen Auswirkungen von Depression gegeben werden. Anhand der vorliegenden Querschnittsdaten im Gesundheitsmonitoring kann eine kausale Verursachung der Folgen durch die Depression dabei jedoch nicht nachgewiesen werden.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und funktionelle Beeinträchtigungen

Der Einfluss von psychischen Störungen auf die Lebensqualität von Menschen wird seit ca. 20 Jahren untersucht. Auch anhand der Daten des Gesundheitsmonitorings wurden subjektive Gesundheit und HRQoL im Kontext psychischer Gesundheit erhoben (Kapitel 3.3). Darüber hinaus wurde das Ausmaß an funktionellen Beeinträchtigungen anhand weiterer Indikatoren erfasst: So wurde von den Teilnehmenden auch die Anzahl an Tagen mit Funktionseinschränkungen (in den letzten vier Wochen) erfragt, an denen sie aufgrund psychischer oder körperlicher Probleme überhaupt nicht in der Lage waren ihre normalen Alltagsaktivitäten (Arbeit, Haushalt, etc.) auszuführen. Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (in den letzten sechs Monaten) lassen sich darüber hinaus anhand des Global Activity Limitation Indicator [GALI; 130]) ermessen.

Im Folgenden sollen die verschiedenen Maße in der Zusammenschau betrachtet werden. Aufgrund der inhaltlichen Nähe depressiver Symptome (z. B. Müdigkeit/Energieverlust, Konzentrations- und Entscheidungsprobleme) zu diesen Maßen ist jedoch davon auszugehen, dass Depressionen per definitionem mit Einschränkungen von Leistungsfähigkeit und HRQoL einhergehen.



Im Vergleich zur restlichen Bevölkerung wird der allgemeine Gesundheitszustand bei Personen mit vorliegender Depression signifikant häufiger als „weniger gut“ oder „schlecht“ eingestuft, insbesondere bei aktuell bestehender depressiver Symptomatik [27]. Beeinträchtigungen der HRQoL zeigen sich auf allen Dimensionen, sind jedoch für die Subskala „Psychisches Wohlbefinden“ besonders stark ausgeprägt, ebenso wie für die psychische Komponente insgesamt (Tabelle 4.6) [48, 131]. Dabei ist die HRQoL im Bereich psychischer Gesundheit bei Frauen mit einer psychischen Störung insgesamt niedriger als bei Männern. Tage mit Funktionseinschränkungen aufgrund psychischer oder körperlicher Probleme werden insgesamt mehr als doppelt so häufig von Personen mit einer CIDI-Depression (74,5 %) oder einer CIDI-Dysthymie (77,4 %) berichtet, als von Personen ohne psychische Störung

(33,8 %). Ebenso ist auch die mittlere Anzahl an Tagen mit Funktionseinschränkungen erhöht [27]. Im Vergleich gehören Depressionen und Dysthymien demnach insgesamt zu den folgenschwersten psychischen Störungen [131].

Die Ergebnisse entsprechen der internationalen Befundlage. Bereits eine Studie aus dem Jahr 1995 zeigte, dass schon bei niedrig ausgeprägten Symptomen verschiedener psychischer Störungen (z. B. unterschwellige Depression) eine Reduktion der HRQoL festgestellt werden kann [132]. Während sich Angststörungen oder somatoforme Störungen nur auf einzelne Dimensionen der HRQoL auswirkten, ließ sich bei depressiven Störungen ein negativer Einfluss auf alle Dimensionen verzeichnen [132, 133]. Bereits eine depressive Symptomatik führt ungeachtet ihrer diagnostischen Einordnung zu Beeinträchtigungen der HRQoL [134, 135].

		HRQoL		TAGE MIT FUNKTIONSEINSCHRÄNKUNGEN		
		Psychische Komponente	Körperliche Komponente	Aufgrund psychischer Probleme	Aufgrund körperlicher Probleme	Insgesamt
	N	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
Depression	289	37,0 (12,7)	49,5 (10,7)	5,2 (7,7)	4,5 (6,9)	8,8 (9,9)
Dysthymie	73	33,4 (11,2)	48,4 (12,0)	5,7 (8,2)	5,2 (7,8)	9,6 (10,0)
Irgendeine psychische Störung	1197	43,3 (11,6)	49,7 (10,3)	2,1 (5,1)	3,6 (6,5)	5,4 (8,0)
Keine psychische Störung	2780	52,1 (7,7)	52,1 (8,4)	0,3 (1,8)	1,7 (4,3)	1,9 (4,7)

 **TABELLE 4.6**

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) und Anzahl an Tagen mit Funktionseinschränkungen in den letzten vier Wochen im Vergleich (Mittelwert, Standardabweichung)

Anmerkungen Datenbasis: CIDI-Diagnosen i. d. l. 12 Monaten erhoben in DEGS1-MH (2009–2012); irgendeine psychische Störung ohne Nikotinabhängigkeit; Tage mit Funktionseinschränkungen aufgrund psychischer Probleme inklusive Einschränkungstagen aufgrund von Substanzkonsum [131]. MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung. HRQoL-Werte: Die Gesamtwerte der körperlichen und psychischen Komponenten können Werte in einem Bereich von 0 bis 100 annehmen. Werte größer 50 indizieren eine überdurchschnittliche und Werte kleiner 50 eine unterdurchschnittliche subjektive Gesundheit in Relation zu einer im Alter und Geschlecht vergleichbaren bevölkerungsrepräsentativen Normstichprobe.

Es zeigen sich Unterschiede je nach Schwere und Verlauf einer Depression. So sinken HRQoL und Funktionsfähigkeit mit zunehmender Komorbidität psychischer Störungen, also der Anzahl der CIDI-Diagnosen, die neben einer Depression vorliegen [131]. Für psychische Störungen insgesamt zeigt sich bei Remission eine Normalisierung der Anzahl an Tagen mit Funktionseinschränkungen innerhalb der letzten vier Wochen sowie an Ausfalltagen im letzten Jahr (unabhängig von Krankschreibung) [131, 136]. Somit unterscheiden sich funktionelle Beeinträchtigungen nicht mehr zwischen Personen, die früher (vor mehr als einem Jahr) schon einmal eine psychische Störung aufwiesen und Personen, welche nie die Kriterien einer psychischen Störung erfüllten. Für die HRQoL bleiben hingegen auch nach Remission noch niedrigere Werte bestehen, insbesondere für die psychische Komponente.

Im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen sind Depressionen in besonderem Maße mit funktionellen Beeinträchtigungen assoziiert. So haben diese im Vergleich mit weiteren selbstberichteten chronischen Erkrankungen und Beschwerden eine der höchsten Auswirkungen auf gesundheitsbedingte Einschränkungen, insbesondere im jüngeren und mittleren Alter [137]. Anhand des Global Activity Limitation Indicator [130] wurden hierbei diejenigen Personen als „gesundheitlich eingeschränkt“ erfasst, die angaben, seit mehr als sechs Monaten mäßig oder stark in ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt zu sein. Darüber hinaus konnte übergreifend bereits gezeigt werden, dass sich psychische Störungen in einem mindestens

genauso hohen Maße auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken wie körperliche Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Diabetes mellitus) [133].

Bezüglich potentieller Veränderungen über die Zeit ergibt sich ein heterogenes Bild [48]: Für die psychische Komponente der HRQoL lässt sich zwischen 1998 und 2010 insgesamt eine leichte Abnahme verzeichnen (Abbildung 4.5), insbesondere bei Männern mit Depression. Diese Verschlechterung betrifft bei Männern vor allem das „emotionale Rollenverhalten“ und die „soziale Funktionsfähigkeit“ (Kapitel 3.3.3). Zeitgleich haben Tage mit Funktionseinschränkungen aufgrund psychischer Probleme zugenommen: Während 1998 nur 9,1 % der Männer und 5,9 % der Frauen mit Depression von Einschränkungstagen aufgrund psychischer Beschwerden berichteten, waren es im Jahr 2010 bereits mehr als ein Viertel (Männer: 25,9 %, Frauen: 29,0 %). Der Anstieg unterscheidet sich jedoch nicht von dem in der restlichen Bevölkerung, wenngleich dieser auf einem insgesamt deutlich niedrigerem Niveau stattfindet. Einschränkungstage aufgrund körperlicher Probleme wurden hingegen bereits 1998 von etwa jeder fünften Person mit Depression berichtet (Frauen: 20,0 %, Männer: 21,0 %) und blieben bis zum Jahr 2010 relativ stabil (Frauen 26,5 %; Männer: 26,7 %). Für die körperliche Komponente der HRQoL zeigt sich hingegen eine Verbesserung über die Zeit, ebenso wie für die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Während Frauen mit Depression an dieser positiven Entwicklung in der Gesamtbevölkerung teilhaben, lässt sich für Männer mit CIDI-Diagnose

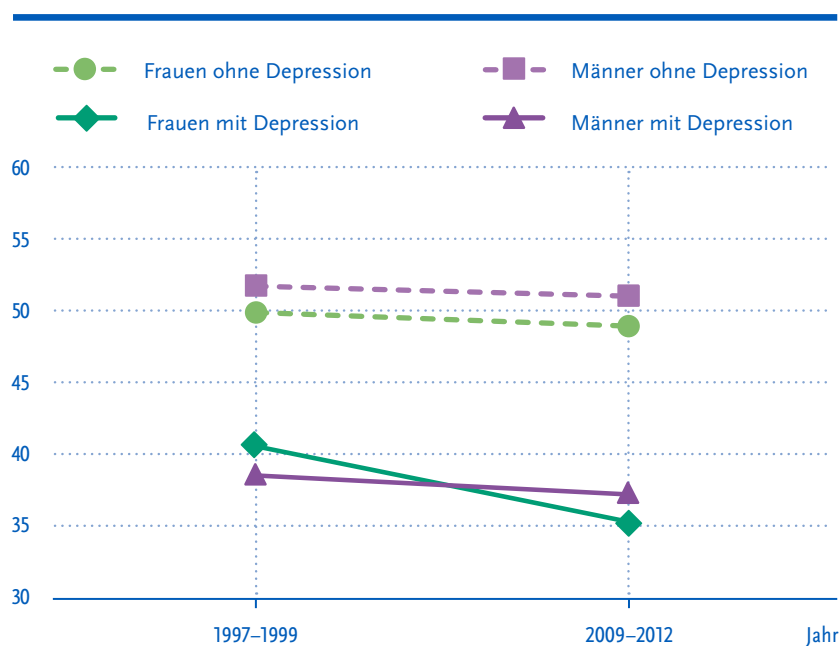


ABBILDUNG 4.5

Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL, psychische Komponente) über die Zeit bei Frauen und Männern mit und ohne Depression (Mittelwerte Summenskalen, normbasiert)

Anmerkungen Datenbasis: Personen mit CIDI-Depressionsdiagnose i. d. l. 12 Monaten erhoben in BGS98 (1997–1999) und DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18–65 Jahre [48].



keine solche Veränderung belegen – aber auch keine statistisch bedeutsame Abweichung von der Verbesserung bei Personen ohne Depression. Für Frauen mit Depression bestehen zudem Hinweise für eine Abnahme der mittleren Anzahl an selbstberichteten Ausfalltagen in den letzten zwölf Monaten seit Ende der 1990er Jahre (unabhängig von offizieller Krankschreibung, basierend auf der Frage: „An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?“) [48].

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse für eine leichte Zunahme an erlebten Funktionseinschränkungen bei Menschen mit Depression, insbesondere bei Männern. Möglicherweise sind gesellschaftliche Veränderungen, wie etwa gestiegene psychosoziale (Arbeits-) Anforderungen und Belastungen [138] mit einer höheren „Folgeschwere“ von Depressionen verbunden – und folglich auch einem gestiegenen Behandlungsbedarf. Die vorliegenden Ergebnisse dokumentieren jedoch eine allgemeine Verschlechterung in der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit sowie hinsichtlich erlebter Einschränkungen aufgrund psychischer Probleme, auch unabhängig vom Vorliegen einer Depression. Entsprechend der internationalen Befundlage zur Zunahme der „mental health literacy“ in der Bevölkerung [63, 65, 66, 139–142] ist somit auch davon auszugehen, dass (Lebens-) Probleme heute vermehrt psychologisch wahrgenommen und interpretiert werden [64].

Teilhabe am Arbeitsleben

Eine berufliche Tätigkeit stiftet Identität, gibt Selbstbewusstsein, bietet soziale und finanzielle Möglichkeiten und kann eine Schutz- und Ressourcenfunktion für die psychische Gesundheit darstellen. Für Menschen mit Depression besteht jedoch eine eingeschränkte Teilhabe am Arbeitsleben, verbunden mit hohen und steigenden indirekten Krankheitskosten.

Anhand der Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI zeigt sich, dass von Personen mit Depression unabhängig vom Krankschreibungsgrund insgesamt häufiger und mehr Fehlzeiten (Krankheitstage in den letzten 12 Monaten) berichtet werden im Vergleich zur restlichen Bevölkerung [27]. Nach Angaben der Sozialversicherungsträger zählen Depressionen zu den drei Einzeldiagnosen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen (neben Krankheiten des Muskel-Skelett-/und Atmungssystems) [143–145]. Maßgeblich hierfür sind jedoch nicht die Fallzahlen an sich, das heißt die Anzahl der krankgeschriebenen Personen,

sondern überdurchschnittlich lange Fehlzeiten je Person: So wird nur circa ein Fünftel der Versicherten mit administrativer Depressionsdiagnose auch aufgrund der Depression krankgeschrieben [vgl. exemplarisch 96], dann allerdings mit einer mittleren Dauer von 64 Tagen [exemplarisches Ergebnis der Barmer GEK; 100]. Mit zunehmendem Alter steigt die Krankschreibungsdauer aufgrund psychischer Störungen zudem deutlich an [146].

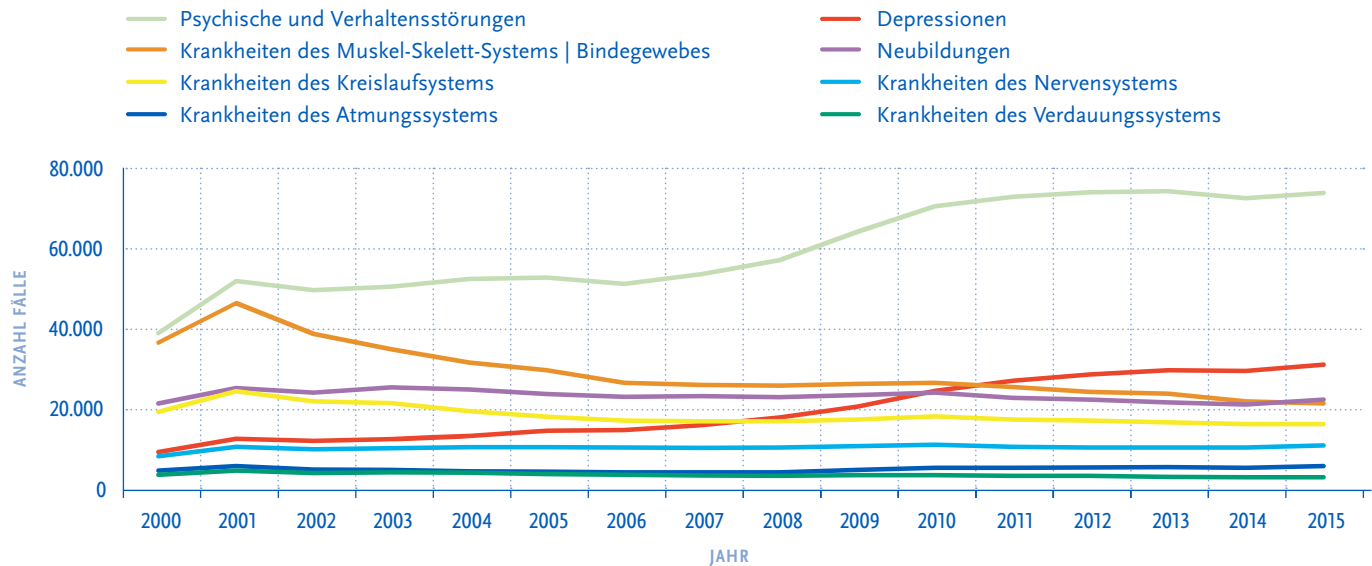
Psychische Störungen sind insgesamt der häufigste Grund für Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit [147], das mittlere Renteneintrittsalter lag dabei im Jahr 2012 mit 49 Jahren unter dem Durchschnitt [148]. Arbeitnehmer mit einer psychischen Störung gehen demnach insgesamt häufiger und früher in Rente als bei körperlichen Erkrankungen. Hierbei stellen Depressionen die häufigste Diagnose dar. Anhand der Daten des Gesundheitsmonitorings zeigt sich, dass insbesondere Menschen mit schwerer Depression (CIDI-Diagnose) häufiger arbeitslos (12,4 %) oder aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit berentet (9,0 %) sind als Menschen ohne Depression (3,9 %, bzw. 6,2 %).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verursachten Depressionen im Jahr 2008 insgesamt 210.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung) und haben demnach einen Anteil von 5 % an den indirekten Krankheitskosten. Mit 17,9 % verursachten psychische Störungen insgesamt den zweithöchsten Arbeitsausfall (nach Verletzungen und Vergiftungen), für Frauen mit 21,8 % sogar den höchsten [149]. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geht im Jahr 2014 von bundesweiten Produktionsausfallkosten aufgrund von psychischen Störungen in Höhe von 8,3 Mrd. Euro aus, sowie von 13,1 Mrd. Euro Ausfall an Bruttowertschöpfung [150]. Zudem ist es wahrscheinlich, dass Depressionsfolgen wie eine geringere Produktivität am Arbeitsplatz die indirekten Kosten noch zusätzlich erhöhen [151]. Im europäischen Kontext ist die Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit chronischer Depression in Deutschland bereits vergleichsweise hoch [152].

Über die Zeit lässt sich ein bemerkenswerter Anstieg der indirekten Krankheitskosten verzeichnen. So ist der Arbeitsausfall aufgrund von Depression im Jahr 2008 gegenüber 2002 (210.000 vs. 136.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre) um das 1,5-fache erhöht [149]. Für Fehlzeiten aufgrund von Depression werden seit der Jahrtausendwende je nach Krankenkasse und Beobachtungszeitraum Steigerungen zwischen 69 % und 275 % berichtet [67, 96, 153]. Jüngere Zahlen weisen jedoch auf ein Stagnieren dieses Trends hin [154].

Entwicklung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 2000 bis 2015 nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen

Anmerkungen Datenbasis: www.gbe-bund.de (Statistik des Rentenzugangs, Statistik der aktiv Versicherten, Deutsche Rentenversicherung Bund). Depressionen: F32 und F33 (ICD-10)



Rentenzugänge aufgrund von Depression sind seit Anfang der 2000er Jahre um mehr als das 3-fache angestiegen (Abbildung 4.6). Inwieweit diese Entwicklungen eine zunehmende Folgeschwere von Depressionen im Kontext gestiegener psychosozialer Arbeitsanforderungen und -belastungen widerspiegeln, ist jedoch fraglich. So lässt sich im gleichen Zeitraum eine konstante Abnahme von Fehlzeiten sowie Erwerbsminderungsrenten aufgrund körperlicher Erkrankungen beobachten, was auf eine Verlagerung in das Diagnosespektrum hindeutet. Darüber hinaus steigt im Zuge des demografischen Wandels der Anteil älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Bevölkerung – mit entsprechenden Folgen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung aufgrund von Depression [148]. Die beobachteten Entwicklungen können jedoch nicht allein auf solche demografischen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zurückgeführt werden, da die betrachteten Versicherungsträger für die Vergleichsjahre meist alters- und geschlechtsstandardisiert werden.

Körperliche Gesundheit und Sterblichkeit

Nach Angaben der WHO (Global Burden of Disease Study) verursachten Depressionen unter allen chronischen Erkrankungen im Jahr 2015 weltweit die größte

Zahl an gesundheitlich eingeschränkten Lebensjahren (Years Lived with Disability, YLD) [155]. Dabei beeinträchtigt das komorbide Vorliegen von Depression mit einer körperlichen Erkrankung die allgemeine Gesundheit in einem deutlich höheren Maße als die Kombination anderer körperlicher Erkrankungen untereinander [156]. Tatsächlich gehen Depressionen mit einer erhöhten körperlichen Morbidität einher und können sowohl die Entstehung als auch den Verlauf körperlicher Erkrankungen beeinflussen [157–159]. So gehen chronische körperliche Erkrankungen bei komorbider Depression mit erhöhter Symptomlast, zusätzlichen funktionellen Beeinträchtigungen, höheren Krankheitskosten und schlechterer Selbstfürsorge einher [160]. Anhand der Daten des Gesundheitsmonitorings zeigt sich bei einer schweren Depression (CIDI-Diagnose) etwa eine Verschlechterung kardiovaskulärer Risikofaktoren über die Zeit [161].

Bei Menschen mit psychischen Störungen ist zudem von einer insgesamt verringerten Lebenserwartung auszugehen [162], insbesondere bei schweren psychischen Störungen [163]. Auch bei Depression ist das Mortalitätsrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht [162, 164, 165], insbesondere im Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen [160, 163]. Dabei ist nach Auswertungen von Krankenkassendaten in Deutschland das Mortalitätsrisiko bei (schwerer) depressiver Störung 1,63-fach

erhöht [166]. Darüber hinaus fällt der Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Dekaden bei Personen mit Depression geringer aus als in der Allgemeinbevölkerung [163].

Die erhöhte Sterblichkeit bei Depression steht auch mit Suizid in Zusammenhang [164]. Insgesamt werden schätzungsweise 65 % bis 90 % aller Suizide durch psychische Störungen (mit)verursacht, am häufigsten durch Depression [167]. Etwa 3 % bis 4 % der Menschen mit Depression sterben durch Suizid [168]. Anhand der Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI zeigt sich, dass 16,6 % der Personen mit einer Lebenszeitdiagnose einer Depression (CIDI-Diagnose) schon einmal Suizidgedanken oder -pläne hatten, ca. 5 % haben bereits einen Suizidversuch unternommen (Lebenszeitprävalenz von Depression mit Suizidgedanken: 2,4 %, Depression mit Suizidversuch: 0,7 %). Es ist anzunehmen, dass dies eine konservative Schätzung ist, da es sich um ein tabuisiertes Thema handelt. Während Depressionsprävalenzen bei Frauen etwa doppelt so hoch sind wie bei Männern, sterben jedoch fast dreimal mehr Männer als Frauen durch Suizid (Abbildung 4.7). Im Jahr 2018 wurden insgesamt 9396 Sterbefälle durch Suizid erfasst. Im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre lässt sich jedoch eine leichte Abnahme beobachten, was möglicherweise den Erfolg einer ausgebauten Prävention und Versorgung von Depressionen abbildet. Einer vertiefenden Analyse zufolge hat sich die Zahl der Sterbefälle durch Suizid zwischen 1980 und 2006 insgesamt mehr als halbiert [169].

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Personen mit Depression nehmen das Gesundheitssystem durchschnittlich stärker in Anspruch als die restliche Bevölkerung, unabhängig vom Anlass der Kontaktaufnahme [27]. Die meisten Arztkontakte (in den letzten zwölf Monaten) werden bei Vorliegen einer ärztlich diagnostizierten Depression berichtet, im Vergleich zu Personen ohne Depression insgesamt zwei- bis dreimal so viele. Dabei geben Frauen 19,5 und Männer durchschnittlich 17 Arztbesuche im Jahr an. Eine depressive Symptomatik ist insbesondere in höherem Alter mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen verbunden [170]. Bei Männern mit Depression besteht außerdem ein erhöhtes Risiko für einen Krankenhausaufenthalt: Fast ein Drittel der Männer mit einer ärztlich diagnostizierten Depression waren (unabhängig vom Einweisungsgrund) innerhalb der letzten zwölf Monate auch im Krankenhaus, bei Männern ohne diagnostizierte Depression betrug der Anteil hingegen nur 11,6 % [27].

Das Hilfesuchverhalten von Personen mit psychischen Störungen unterscheidet sich je nach Schwere und Verlauf: So wird eher Kontakt zu Behandelnden aufgenommen, wenn mehrere psychische Störungen gleichzeitig bestehen (Kapitel 4.2, Komorbidität). Personen mit aktueller Diagnose geben zudem häufiger Facharztbesuche an als Personen bei denen die Krankheitssymptome nachgelassen haben bzw. dauerhaft verschwunden sind oder Personen, welche

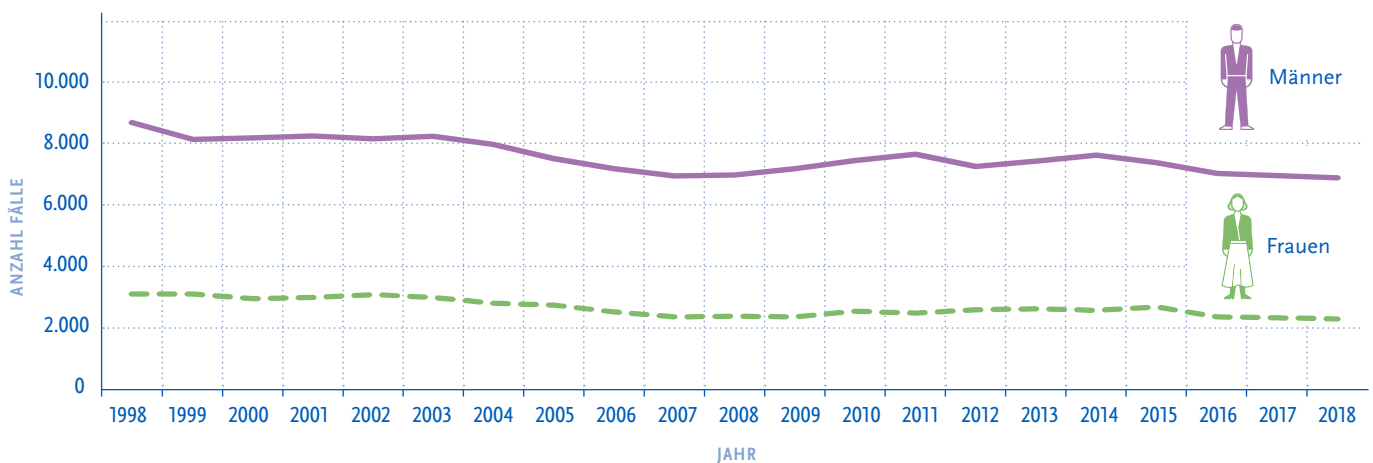


ABBILDUNG 4.7

Sterbefälle durch Suizid (ICD-10: X60-X84
Vorsätzliche Selbstbeschädigung) 1998 bis 2018
bei Frauen und Männern

Anmerkungen Datenbasis: Todesursachenstatistik (www.gbe-bund.de)

noch nie die Kriterien einer psychischen Störung erfüllt haben [136]. Neben einer Vielzahl weiterer Faktoren, wie etwa der eigenen Wahrnehmung der psychischen und körperlichen Gesundheit [vgl. z. B. 171], ist die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten auch durch die regionale Dichte der Versorgungsangebote bestimmt. So geht eine höhere Dichte an Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten auch mit einer höheren Zahl administrativer Depressionsdiagnosen einher [12, 15, 102]. Dieser Zusammenhang sollte allerdings nicht als „angebotsinduzierte Inanspruchnahme“ interpretiert werden, denn mit steigender Versorgungsdichte nimmt die Kontakthäufigkeit nur bei den Personen zu, bei denen tatsächlich eine psychische Störung [172] oder (schwere) depressive Symptomatik [173] besteht.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die direkten Krankheitskosten, welche sich unmittelbar aus der Inanspruchnahme von medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen ergeben, aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen seit Beginn der 2000er Jahre angestiegen [174]. Im Jahr 2015 waren diese mit 44,4 Mrd. Euro auf Platz zwei der Rangliste der kostenträchtigen Erkrankungen, für

Frauen sogar auf Platz eins [175]. Dabei waren fast 20 % (8,7 Mrd. Euro) der Krankheitskosten aufgrund psychischer Störungen durch Depressionen bedingt, davon entfielen wiederum mehr als die Hälfte (4,6 Mrd. Euro) auf (teil-)stationäre Einrichtungen (inklusive Rehabilitationsleistungen). Nach Angaben der BARMER stieg die Zahl der Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen zwischen 2006 und 2017 um 24 %, wobei depressive Störungen im Jahr 2017 insgesamt am häufigsten kodiert wurden [176]. Daneben sind auch die Zahl der Behandelnden in der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie die stationären Behandlungsplätze in psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken erheblich gestiegen [177–179]. Das Verordnungsvolumen von antidepressiver Medikation verdreifachte sich nahezu [96]. Dass sich die gestiegenen direkten Krankheitsausgaben und der Ausbau von Behandlungsangeboten nicht in einem Rückgang der Depressionsprävalenz niederschlagen (Kapitel 4.2), entspricht dem internationalen Diskurs [63, 64, 180]. Aktuelle Befunde legen nahe, dass Erklärungen für dieses Phänomen zwar vielfältig, aber auch im Zugang zum Versorgungssystem und der Qualität seiner Leistungen zu suchen sind [63, 64].

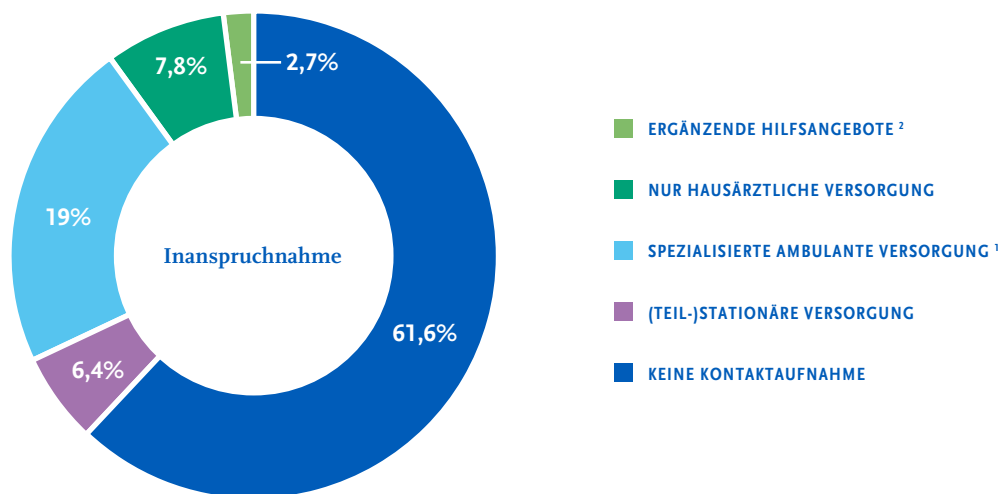


ABBILDUNG 4.8

Selbstberichtete Kontaktaufnahme zu verschiedenen Hilfs- und Versorgungsangeboten wegen psychischer Probleme bei Personen mit Depression

Anmerkungen Datenbasis: Personen mit CIDI-Depressionsdiagnose in den letzten 12 Monaten und Angaben zur Inanspruchnahme in DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18 bis 79 Jahre, N=287). Selbstberichteter Kontakt zu Hilfs- und Versorgungsangeboten wegen seelischer, psychosomatischer oder Suchtprobleme innerhalb der letzten 12 Monate. Mehrfachnennung möglich (Zählung des jeweils hierarchisch höheren). ¹ Spezialisierte ambulante Versorgung: psychiatrische / nervenärztliche Versorgung, Psychiatrische oder Psychotherapeutische Ambulanz, (Sozial)Psychiatrischer Dienst, psychotherapeutisch, andere psychologische Versorgung; ² Ergänzende Hilfsangebote: z. B. Beratungsstellen oder Telefonseelsorge.

TABELLE 4.7

Selbstberichtete Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depression (Häufigkeit in % mit 95 %-KI)

Anmerkungen Datenbasis: Selbstberichtete Angaben zur Nicht-Inanspruchnahme bei Personen mit CIDI-Depression i. d. l. 12 Monaten, die schon einmal über die Inanspruchnahme professioneller Hilfe nachgedacht haben oder denen dies angeraten wurde; erhoben in DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18 bis 79 Jahre (N=95) [181]. Mehrfachnennung möglich. Unter sonstigen Gründe z. B. „Nicht über Gefühle reden wollen“

Zugangsbarrieren	24,4% (15,7 – 35,9)
Keine Behandelnden/ Therapeutinnen bzw. Therapeuten gefunden	4,3% (1,7 – 10,2)
Keinen Termin bekommen	7,1% (2,6 – 17,7)
Zu lange Wartezeiten	11,9% (5,6 – 23,4)
Probleme mit der Krankenkasse / Versicherung	5,5% (1,6 – 17,6)
Probleme mit der Anfahrt / Zeitplanung	7,3% (2,9 – 17,0)
Gründe in Zusammenhang mit den Behandelnden	10,0% (4,5 – 20,9)
Behandelnde sehen keine Notwendigkeit / Möglichkeit	0,0%
Behandelnde nahmen sich nicht genug Zeit	5,0% (1,6 – 14,6)
Abneigung gegen Behandelnde	7,8% (3,2 – 17,9)
Individuelle Gründe	74,1% (62,0 – 83,4)
Absicht mit dem Problem allein fertig zu werden	62,3% (48,3 – 74,6)
Annahme, dass Behandlung nicht helfen würde	25,9% (16,1 – 39,0)
Angst vor Krankenhauseinlieferung gegen eigenen Willen	3,3% (1,2 – 9,3)
Sorge darüber, was andere Leute denken würden	19,0% (10,8 – 31,3)
Sonstige Gründe	14,4% (8,8 – 22,8)

► In Deutschland nimmt ein Großteil der Personen mit CIDI-Depression keine Hilfe in Anspruch (Abbildung 4.8). Nur 34,6 % der Personen mit einer bestehenden CIDI-Depressionsdiagnose berichten innerhalb des letzten Jahres auch von einer Kontaktaufnahme zu Hilfs- und Versorgungsangeboten aufgrund von psychischen, psychosomatischen oder Suchtproblemen [36]. Darüber hinaus liegt viel Zeit zwischen Beginn einer affektiven Störung und der Inanspruchnahme: Wenn nicht bereits im ersten Jahr Kontakt zum Hilfesystem stattfindet, so dauert es für die Hälfte der Fälle mindestens sieben Jahre bis zu einer Kontaktaufnahme. Seit Ende der 1990er Jahre deutet sich jedoch eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowohl für Depressionen an (55 % vs. 59 % im Jahr 2010) [181], als auch für psychische Störungen insgesamt (38 % vs. 43 % im Jahr 2010) [182].

Ein „angemessenes“ Niveau der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf Bevölke-

rungsebene ist anhand der vorliegenden Daten nicht ermittelbar. So ist eine Diagnose im Interview nicht mit dem Behandlungsbedarf einer Person gleichzusetzen. 62,3 % derjenigen mit der CIDI-Diagnose einer Depression geben an, keine Hilfe gesucht zu haben, aus dem Grund „Ich wollte allein mit dem Problem fertigwerden.“ (Tabelle 4.7) [181]. Dennoch kann von einem gewissen Maß an „Unterversorgung“ ausgegangen werden. So berichtet knapp ein Viertel derjenigen mit einer CIDI-Depressionsdiagnose von Zugangsbarrieren, wie etwa zu langen Wartezeiten. Fast ein Fünftel nimmt keine professionelle Hilfe in Anspruch aus Angst vor Stigmatisierung („Sorge darüber, was andere Leute denken würden“). Darüber hinaus erkennen Behandelnde möglicherweise nicht jede depressive Störung [78, 183] oder verzichten bewusst auf deren Kodierung [17, 18]. Zudem impliziert ein Arztbesuch allein noch keine adäquate bzw. leitliniengerechte Behandlung der Störung.

Anhand von Abrechnungsdaten der Krankenkassen ergeben sich Hinweise auf Qualitätsmängel („quality gap“; vgl. 63] in der Versorgung von Depressionen. So erhält auch bei erfolgtem Arztkontakt ein gravierender Anteil der Versicherten mit administrativ erfasster Depressionsdiagnose keine oder keine adäquate bzw. leitliniengerechte Behandlung [15, 69]. Etwa zwei Drittel erfährt keine fachärztliche Abklärung und wird ausschließlich hausärztlich versorgt [13]. Es kann davon ausgegangen werden, dass ca. 70 % der stationär behandelten Depressionen (F32, F33) durch eine rechtzeitige ambulante Behandlung vermeidbar wären [184]. Regionale Analysen verdeutlichen, dass Versicherte je nach Wohnregion unterschiedliche Chancen haben, eine angemessene Behandlung zu erhalten. Je höher die Dichte an spezialisierten Behandlern in einer Region ist, desto größer ist auch der Anteil an leitlinienorientierten Behandlungen. Hingegen sinkt der Anteil an leitlinienorientierten Behandlungen einer Region je mehr Hausärztinnen und Hausärzte es gibt [15]. Für eine potentielle Überrepräsentanz leichter Depression bei höherer Versorgerdichte ergeben sich hingegen keine Hinweise [12, 15, 172]. Allerdings kann der hohe Anteil unspezifisch vergebener Depressionsdiagnosen in der Versorgung (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9), das heißt ohne Schweregradeinschätzung, wie sie für eine leitliniengerechte Behandlung erforderlich wäre [11–15, 102], als Hinweis auf eine übermäßig häufige Kodierung von Depression interpretiert werden. So weist mindestens jeder Zweite mit selbstberichteter ärztlicher Depressionsdiagnose eine andere oder keine psychische Störung im klinischen Interview

(CIDI) auf. Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, wird dies in Validierungsstudien zur Qualität des ärztlichen Kodierverhaltens so kritisch gesehen, dass von Morbiditätsschätzungen anhand von GKV-Daten abgesehen wird [11, 13]. Behandelnde würden nicht immer eine kriterienbasierte Diagnostik vornehmen und darüber hinaus auch andere Konzepte dessen, was eine Depression sei, vertreten, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung [17–20]. Zudem würden zum Teil auch finanzielle Anreize für Versorger bestehen, die Diagnose zu vergeben [8–10].

Insofern spiegeln Krankenkassendaten zwar das Kodier- und Diagnoseverhalten im Versorgungsalltag wider, lassen aber Fragen zur Versorgungssituation von Depressionen offen, da von einer gleichzeitigen Über- und Untererfassung der Störungen auszugehen ist.

- 1 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 Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Hans Huber, Bern, S. 223–233
- 2 Hoffmann W, Bobrowski C, Fendrich K (2008) *Sekundärdatenanalyse in der Versorgungsepidemiologie*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51(10):1193–1201
- 3 American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. APA, Washington, D.C.
- 4 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med 16(9):606–613
- 5 Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. (2008) *Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51(10):1095–1105
- 6 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*. Am J Epidemiol 154(10):891–894
- 7 Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gosswald A et al. (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
- 8 Scherff D (2016) *Wir Krankenkassen schummeln ständig*. Interview des Vorsitzenden der Techniker Krankenkasse Dr. Jens Baas. <http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/versicherung-schuetzen/interview-mit-jens-baas-chef-der-techniker-krankenkasse-14472241.html> (Stand: 15.09.2017)
- 9 Hillienhof A (2017) *Diagnosekodierung: Bundesversicherungsamt appelliert an Krankenkassen*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74461/Diagnosekodierung-Bundesversicherungsamt-appelliert-an-Krankenkassen> (Stand: 15.09.2017)
- 10 Bauhoff S, Fischer L, Göppfarth D et al. (2017) *Plan responses to diagnosis-based payment: Evidence from Germany's morbidity-based risk adjustment*. J Health Econ 56:397–413
- 11 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
- 12 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
- 13 Gerste B, Roick C (2014) *Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen*. In: Klauiber J, Günster C, Gerste B et al. (Hrsg) *Versorgungs-Report 2013/2014*. Schattauer, Stuttgart, S. 21–54
- 14 Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) *Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen*. Dtsch Arztebl Int 110(47):799–808
- 15 Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) *Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- 16 Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*. BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- 17 Becker N, Streng M, Siel M et al. (2009) *Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine qualitative Interviewstudie*. Z Allg Med 85(1):31–39
- 18 Pilars de Pilar M, Abholz HH, Becker N et al. (2012) *Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben?* Psychiatr Prax 39(02):71–78
- 19 Becker N, Abholz HH (2005) *Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht*. Z Allg Med 81:474–481
- 20 Tyrer P (2009) *Are general practitioners really unable to diagnose depression?* Lancet 374(9690):589–590
- 21 Whiteford HA, Harris MG, McKeon G et al. (2013) *Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis*. Psychol Med 43(8):1569–1585
- 22 Jacobi F, Barnikol UB (2015) *Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen: Das Problem diagnostischer Schwellen*. Der Nervenarzt 86:42–50
- 23 Vos T, Allen C, Arora M et al. (2016) *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet 388(10053):1545–1602
- 24 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
- 25 Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) *Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland*. Journal of Health Monitoring 2(3):81–88 <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 23.02.2021)
- 26 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 <https://edoc.rki.de/handle/176904/2787> (Stand: 23.02.2021)
- 27 Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K et al. (2016) *Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany*. J Affect Disord 190:167–177
- 28 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
- 29 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
- 30 Wittchen HU, Jacobi F, Klose M et al. (2010) *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51*. Robert Koch-Institut, Berlin
- 31 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
- 32 Mululo SC, Menezes GB, Vigne P et al. (2012) *A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder*. Rev Bras Psiquiatr 34(1):92–100
- 33 Wiethoff K, Bauer M, Baghai TC et al. (2010) *Prevalence and treatment outcome in anxious versus nonanxious depression: results from the German Algorithm Project*. J Clin Psychiatry 71(8):1047–1054
- 34 Richards D (2011) *Prevalence and clinical course of depression: a review*. Clin Psychol Rev 31(7):1117–1125
- 35 Nock MK, Hwang I, Sampson NA et al. (2010) *Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Mol Psychiatry 15(8):868–876
- 36 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
- 37 Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE et al. (2008) Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *Br J Psychiatry* 192(3):171–177
 - 38 Weitz E, Kleiboer A, van Straten A et al. (2018) The effects of psychotherapy for depression on anxiety symptoms: a meta-analysis. *Psychol Med*:1–13
 - 39 Angst J, Gamma A, Rossler W et al. (2009) Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 115(1–2):112–121
 - 40 Mondimore FM, Zandi PP, MacKinnon DF et al. (2007) A comparison of the familiarity of chronic depression in recurrent early-onset depression pedigrees using different definitions of chronicity. *J Affect Disord* 100(1–3):171–177
 - 41 Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ et al. (2005) Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand* 112(6):425–433
 - 42 Nübel J, Guhn A, Müllender S et al. (2020) Persistent depressive disorder across the adult lifespan: results from clinical and population-based surveys in Germany. *BMC Psychiatry*
 - 43 Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U et al. (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33(11):568–578
 - 44 Simon GE, VonKorff M (1995) Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol Rev* 17(1):221–227
 - 45 GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 392(10159):1789–1858
 - 46 Thom J, Hoebel J, Bretschneider J et al. (2019) Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. *Psychiatr Prax* online ahead of print
 - 47 Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5–6):733–739
 - 48 Bretschneider J, Janitzka S, Jacobi F et al. (2018) Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 18(1):394
 - 49 Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ et al. (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(6):506–516
 - 50 Richter D, Berger K (2013) Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatr Prax* 40:176–182
 - 51 Richter D, Berger K, Reker T (2008) Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 35(07):321–330
 - 52 Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE et al. (2013) Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 10(11):e1001547
 - 53 Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO et al. (2007) Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981–2004. *Acta Psychiatr Scand* 116(3):182–188
 - 54 Compton WM, Conway KP, Stinson FS et al. (2006) Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991–1992 and 2001–2002. *Am J Psychiatry* 163(12):2141–2147
 - 55 Murphy JM, Laird NM, Monson RR et al. (2000) A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 57(3):209–215
 - 56 Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6(3):168–176
 - 57 Weismann MM, Klermann GL (1992) Depression: Current understanding and changing trends. *Annu Rev Public Health* 13:319–339
 - 58 World Health Organization (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 78(4):413–426
 - 59 Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G et al. (2010) Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 44(10):901–910
 - 60 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(10):701–709
 - 61 Andersen I, Thielen K, Bech P et al. (2011) Increasing prevalence of depression from 2000 to 2006. *Scand J Public Health* 39(8):857–863
 - 62 Hidaka BH (2012) Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *J Affect Disord* 140(3):205–214
 - 63 Jorm AF, Patten SB, Brugha TS et al. (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
 - 64 Thom J, Bretschneider J, Kraus N et al. (2019) Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. Warum sinken die Prävalenzen trotz steigender Versorgungsangebote nicht ab? Seit 2018: Bundesgesundheitsbl 62(2):128–139
 - 65 Jorm AF (2000) Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 177(05):396–401
 - 66 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(6):440–452
 - 67 BKK (Hrsg) (2015) Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. In: BKK Dachverband (Hrsg) BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
 - 68 Berger M, van Calker D, Brakemeier EL et al. (2015) Affektive Störungen. In: Berger M (Hrsg) Psychische Erkrankungen Klinik und Therapie. Elsevier, München, S. 413–498
 - 69 DGPPN, BÄK, KBV et al. (Hrsg) (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage. Version 5. 2009, www.depression-versorgungsleitlinien.de (Stand: 15.06.2017)
 - 70 Beesdo-Baum K, Wittchen HU (2011) Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer, Berlin, S. 879–914
 - 71 Berking M, Rief W (2012) Affektive Störungen und Suizidalität. In: Berking M, Rief W (Hrsg) Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web. Springer, Berlin, S. 29–67
 - 72 Berking M (2012) Ursachen psychischer Störungen. In: Berking M, Rief W (Hrsg) Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web. Springer, Berlin, S. 19–28

- 73 World Health Organization (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. World Health Organization, Geneva
- 74 Bengel J, Lyssenko L (2012) *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
- 75 Grobe TG, Kleine-Budde K, Bramesfeld A et al. (2018) *Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routedaten*. Gesundheitswesen (Online)
- 76 Fiske A, Wetherell JL, Gatz M (2009) *Depression in older adults*. *Annu Rev Clin Psychol* 5: 363–389
- 77 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(3): 212–221
- 78 Riedel-Heller SG, Luppá M (2013) *Depression im Alter – was trägt die aktuelle epidemiologische Forschung bei?* *Psychiatr Prax* 40(4):173–175
- 79 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(3): 304–319
- 80 Parker G, Brotchie H (2010) *Gender differences in depression*. *Int Rev Psychiatry* 22(5):429–436
- 81 Karger A (2014) *Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57(9):1092–1098
- 82 Klose M, Jacobi F (2004) *Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?* *Arch Womens Ment Health* 7(2):133–148
- 83 Möller-Leimkühler 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
- 84 Rodgers S, Grosse Holtforth M, Müller M et al. (2014) *Symptom-based subtypes of depression and their psychosocial correlates: a person-centered approach focusing on the influence of sex*. *J Affect Disord* 156: 92–103
- 85 Ernst C, Angst J (1995) *Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245(6):272–287
- 86 Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC et al. (2012) *Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis*. *Br J Psychiatry* 200(4):275–281
- 87 Mackenbach JP (2012) *The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox*. *Soc Sci Med* 75(4):761–769
- 88 Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2016) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt (destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg) *Datenreport 2016 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 302–314
- 89 Lampert T, Kroll LE, Hapke U et al. (2014) *Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit*. *Public Health Forum* 22(1):6.e1–6.e4
- 90 Fryers T, Melzer D, Jenkins R et al. (2005) *The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1:14
- 91 Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) *Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6): 814–821
- 92 Hoebel J, Maske UE, Zeeb H et al. (2017) *Social inequalities and depressive symptoms in adults: the role of objective and subjective socioeconomic status*. *PLoS one* 12(1): e0169764
- 93 Mauz E, Jacobi F (2008) *Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich*. *Psychiatr Prax* 35:343–352
- 94 Lorant V, Deliege D, Eaton W et al. (2003) *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*. *Am J Epidemiol* 157(2):98–112
- 95 Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (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
- 96 Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) *Depressionsatlas. Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen*. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
- 97 Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) *Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen*. GBE kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- 98 Rose U, Jacobi F (2006) *Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen: Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98*. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 41(12):556–564
- 99 Müters S, Kroll LE, Thom J et al. (2017) *Arbeitslosigkeitserfahrung, soziale Unterstützung und Depression – Ergebnisse mit Daten der DEGS1-MH-Studie*. Gesundheitswesen 79(08/09):V-88
- 100 BARMER GEK (Hrsg) (2014) *Gesundheitsreport 2014 Berlin. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30–6–1*. BARMER GEK, Wuppertal
- 101 Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) *Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59(2):228–237
- 102 BKK Dachverband (Hrsg) (2015) *Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- 103 Krack-Roberg E, Rübenach S, Sommer B et al. (2016) *Lebensformen in der Bevölkerung, Kinder und Kindertagesbetreuung*. In: Statistisches Bundesamt (destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg) *Datenreport 2016 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 43–59
- 104 Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) *Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review*. *PLoS Med* 7(7):e1000316
- 105 Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K et al. (2017) *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. *Public Health* 152:157–171
- 106 Gariépy G, Honkanen H, Quesnel-Vallee A (2016) *Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries*. *Br J Psychiatry* 209(4):284–293
- 107 Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S et al. (2015) *The association between social relationships and depression: a systematic review*. *J Affect Disord* 175:53–65
- 108 Dalgard OS, Bjork S, Tambs K (1995) *Social support, negative life events and mental health*. *Br J Psychiatry* 166(1):29–34
- 109 Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C et al. (2013) *Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56:749–754
- 110 Hapke U, Maske U (2014) *Chronischer Stress und psychische Störungen in der Bevölkerung*. Gastvortrag an der Universität Leipzig, Leipzig
- 111 Hammen C (2005) *Stress and depression*. *Annu Rev Clin Psychol* 1:293–319

- 112 Liu RT, Alloy LB (2010) *Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study*. Clin Psychol Rev 30(5):582–593
- 113 Spellerberger A (2016) *Regionale Disparitäten*. In: Statistisches Bundesamt (destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg) *Datenreport 2016 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 350–359
- 114 Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al. (2017) *Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland*. Journal of Health Monitoring 2(2):103–120. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2657.2> (Stand: 23.02.2021)
- 115 Solmi F, Dykxhoorn J, Kirkbride JB (2017) *Urban-rural differences in major mental health conditions*. In: Okkels N, Kristiansen CB, Munk-Jørgensen P (Hrsg) *Mental Health and Illness in the City*. Springer, Singapore, S. 27–132
- 116 Kovess-Masfety V, Alonso J, de Graaf R et al. (2005) *A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study*. Can J Psychiatry 50(14):926–936
- 117 Peen J, Dekker J, Schoevers RA et al. (2007) *Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization?* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42(12):984–989
- 118 Dekker J, Peen J, Koelen J et al. (2008) *Psychiatric disorders and urbanization in Germany*. BMC Public Health 8:17
- 119 Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (2004) *Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitssurveys*. Z Kl Psych Psychoth 33(4):251–260
- 120 Baumeister H, Härter M (2005) *Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen*. Z Med Psychol 14:175–189
- 121 Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. (2005) *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations*. Biol Psychiatry 58(3):175–189
- 122 Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA et al. (2005) *Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days*. Acta Psychiatr Scand 111(6):436–443
- 123 van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA et al. (2004) *Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis*. Psychosom Med 66(6):814–822
- 124 Scott KM, Von Korff M, Alonso J et al. (2009) *Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys*. Psychol Med 39(1):33–43
- 125 Thom J, Bretschneider J, Müllender S et al. (2015) *Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? Die Psychiatrie – Grundlagen und Perspektiven* 12(4):247–254
- 126 Maske UE, Busch MA, Jacobi F et al. (2013) *Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. Psychiatr Prax 40:207–213
- 127 Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E et al. (2010) *Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. Psychol Med 40(2):225–237
- 128 Maske UE, Scheidt-Nave C, Busch MA et al. (2015) *Komorbidität von Diabetes mellitus und Depression in Deutschland*. Psychiatr Prax 42(4):202–207
- 129 Westhoff-Bleck M, Briest J, Fraccarollo D et al. (2016) *Mental disorders in adults with congenital heart disease: Unmet needs and impact on quality of life*. J Affect Disord 204:180–186
- 130 Von der Lippe E, Fehr A, Lange C (2017) *Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland*. Journal of Health Monitoring 2(3):89–96 <https://edoc.rki.de/handle/176904/2789> (Stand:23.02.2021)
- 131 Mack S, Jacobi F, Beesdo-Baum K et al. (2015) *Functional disability and quality of life decrements in mental disorders: Results from the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*. Eur Psychiatry 30:793–800
- 132 Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M et al. (1995) *Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study*. JAMA 274(19):1511–1517
- 133 Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK et al. (1997) *The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder*. J Affect Disord 43(2):105–119
- 134 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
- 135 Kocalevent RD, Hinz A, Brahler E (2013) *Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population*. Gen Hosp Psychiatry 35(5):551–555
- 136 Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U (2004) *Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 47(8):736–744
- 137 Von der Lippe E, Baumert J, Scheidt-Nave C (2017) *Beitrag von spezifischen Krankheiten zu gesundheitlichen Einschränkungen – Ergebnisse des bundesweiten GEDA 2014/15-EHIS-Studie (Poster) Gemeinsam forschen – gemeinsam handeln (DGEpi; DGMS; DGSMP) Lübeck 2017*. Das Gesundheitswesen, Vol 79 (08/09)
- 138 Jacobi F, Linden M (2018) *Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit?* ASU – Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin 53:530–536
- 139 Goldney RD, Fisher LJ, Grande ED et al. (2007) *Have education and publicity about depression made a difference? Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004*. Aust N Z J Psychiatry 41(1):38–53
- 140 Mojtabai R (2007) *Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990–2003*. Psychiatr Serv 58(5):642–651
- 141 Mojtabai R, Jorm AF (2015) *Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001–2012*. J Affect Disord 174:556–561
- 142 Corrigan P (2004) *How stigma interferes with mental health care*. Am Psychol 59(7):614–625
- 143 BARMER GEK (2016) *Gesundheitsreport 2016*. BARMER GEK, Wuppertal
- 144 Knieps F, Pfaff H (Hrsg) (2016) *BKK Gesundheitsreport 2016. Gesundheit und Arbeit*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- 145 DAK (2017) *DAK-Gesundheitsreport 2017*. IGES Institut GmbH, Berlin
- 146 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011) *BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen – Keine Frage des Alters*. BPtK, Berlin
- 147 Deutsche Rentenversicherung Bund (2016) *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Ausgabe 2016. DRV-Schriften, Band 22, Berlin
- 148 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013) *BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung*. BPtK, Berlin
- 149 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019) *Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart, Geschlecht, ICD10 (2002–2008)*. Tabelle gestaltbar unter: www.gbe-bund.de (Stand: 01.02.2019)

- 150** 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
- 151** König HH, Lupp M, Riedel-Heller S (2010) *Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung*. Psychiatr Prax 37(5):213–215
- 152** OECD, European Union (2018) *Health at a Glance: Europe 2018*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en#page1 (Stand: 01.02.2019)
- 153** DAK (2013) *DAK-Gesundheitsreport 2013*. IGES Institut GmbH, Berlin
- 154** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2015) *BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement*. BPtK, Berlin
- 155** World Health Organization (2016) *Global Health Estimates 2015: Burden of disease by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015*. World Health Organization, Geneva
- 156** World Health Organization (2007) *World Health Statistics 2007*. <https://www.who.int/whosis/whostat2007/en/> (Stand: 04.02.2019)
- 157** Salaycik KJ, Kelly-Hayes M, Beiser A et al. (2007) *Depressive symptoms and risk of stroke: the Framingham Study*. Stroke 38(1):16–21
- 158** Abas M, Hotopf M, Prince M (2002) *Depression and mortality in a high-risk population. 11-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial*. Br J Psychiatry 181:123–128
- 159** Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB (1998) *The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment*. Arch Gen Psychiatry 55(7):580–592
- 160** Katon W, Ciechanowski P (2002) *Impact of major depression on chronic medical illness*. J Psychosom Res 53(4):859–863
- 161** Speerforck S, Dodoo-Schittko F, Brandstetter S et al. (2018) *12-year changes in cardiovascular risk factors in people with major depressive or bipolar disorder: a prospective cohort analysis in Germany*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci
- 162** 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
- 163** Osby U, Westman J, Hallgren J et al. (2016) *Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987–2010*. Eur J Public Health 26(5): 867–871
- 164** Chesney E, Goodwin GM, Fazel S (2014) *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review*. World Psychiatry 13(2):153–160
- 165** Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. (2014) *Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses*. Am J Psychiatry 171(4):453–462
- 166** Schneider F, Erhart M, Hewer W et al. (2019) *Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill*. Deutsches Arzteblatt international 116(23–24):405–411
- 167** Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (Hrsg) (2002) *World report on violence and health*. World Health Organization, Geneva
- 168** Wolfersdorf M (2008) *Depression und Suizid*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51(4):443–450
- 169** Rübenach SP (2007) *Todesursache Suizid*. Statistisches Bundesamt Wirtschaft und Statistik 10:960–971
- 170** Busch MA, Neuner B, Aichberger MC et al. (2013) *Depressive Symptomatik und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen bei Personen im Alter ab 50 Jahren in Deutschland*. Psychiatr Prax 40(4):214–219
- 171** Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P et al. (2005) *Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 48:296–306
- 172** 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
- 173** Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) *Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede*. Journal of Health Monitoring 2(4):3–23 https://edoc.rki.de/handle/176_904/2899.2 (Stand: 23.02.2021)
- 174** Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) *Krankheitskosten*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 48. Berlin
- 175** Statistisches Bundesamt (2017) *Gesundheit: Krankheitskosten 2015*. DESTATIS wissen nutzen Fachserie 12(Reihe 7.2.1)
- 176** Augurzyk B, Hentschker C, Pilny A et al. (2018) *Krankenhausreport 2018*. In: BARMER (Hrsg) *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*
- 177** Statistisches Bundesamt (destatis) (2019) *Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung*. <http://www.gbe-bund.de>
- 178** Statistisches Bundesamt (destatis) (2019) *Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten*. <http://www.gbe-bund.de>
- 179** Statistisches Bundesamt (destatis) (2017) *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000*. Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 04.02.2019)
- 180** Patten SB, Williams JV, Lavorato DH et al. (2016) *Why is major depression prevalence not changing?* J Affect Disord 190:93–97
- 181** Nübel J, Müllender S, Hapke U et al. (2019) *Epidemie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten*. Nervenarzt 90(11):1177–1186
- 182** Brandstetter S, Dodoo-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(8):1005–1013
- 183** Mitchell AJ, Vaze A, Rao S (2009) *Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis*. Lancet 374(9690):609–619
- 184** Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W et al. (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 119(11):1415–1423

Handlungsempfehlungen zur Prävention depressiver Symptomatik und depressiver Störungen



Die nachfolgenden Empfehlungen leiten den Handlungsbedarf von den Auswertungen des Robert Koch-Instituts (RKI) ab und beziehen – soweit vorhanden – gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Effektivität von Maßnahmen mit ein. Es handelt sich hierbei um Ansätze, die der Prävention sowie der Gesundheitsförderung in Settings und in Lebenswelten zuzuordnen sind und sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisprävention fokussieren. Weitergehende Informationen zum Vorgehen bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen enthält Kapitel 3.5.

4.5.1 Auswertungen des RKI als Ausgangslage für die Ableitung von Handlungsempfehlungen

Die in den Kapiteln 4.1 bis 4.4 dargestellten Ergebnisse des RKI integrieren Befunde auf Basis unterschiedlicher Depressionsindikatoren und Datenquellen. Die ermittelten spezifischen Prävalenzen unterscheiden sich zwar im Detail, dennoch lässt sich als ein zentrales Ergebnis des Berichts insgesamt eine hohe Prävalenz des Störungsbildes Depression in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland aufzeigen. Die 12-Monats-Prävalenz für das Vorliegen einer mit CID-I erhobenen depressiven Störung liegt bei 7,1 % bzw. bei 10,1 % für

das Vorliegen einer depressiven Symptomatik (Kap. 4.2). Sie ist damit vergleichbar mit der Prävalenz von 7,1 % für Diabetes mellitus (basierend auf den Daten des RKI aus DEGS1 und DEGS1-MH, Kap. 5.6), einer Erkrankung, die auf Grund ihrer erheblichen sozio-ökonomischen Folgen als Volkskrankheit gilt und kann damit als hoch und relevant für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung eingeordnet werden.

Ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer depressiven Symptomatik findet sich für Erwerbslose, Personen mit niedrigem SES, Personen ohne feste Partnerschaft, mit mangelnder sozialer Unterstützung und solchen mit chronischem Stress oder chronischen körperlichen Erkrankungen. Bei allen Depressionsmaßen zeigte sich, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung (CID-I Diagnose) ist bei Frauen 1,6-fach höher als bei Männern, auch nachdem soziodemografische und -ökonomische Unterschiede zwischen Männern und Frauen statistisch kontrolliert wurden. Die unterschiedliche Anzahl ärztlicher Depressionsdiagnosen können durch ein aktiveres Hilfesuchverhalten der Frauen bedingt sein. Zudem sind im Kontext der ärztlichen Kodierpraxis selbst Erklärungen zu suchen. So ist die ärztliche Sensitivität für Depressionen bei Frauen möglicherweise erhöht, weil unterschiedliche Depressionskonzepte vorliegen.

Personen in „biografischen Übergängen“, das heißt Personen im jungen sowie solche im älteren Erwachsenenalter sind besonders betroffen. Biografische Übergänge im jüngeren Erwachsenenalter sind beispielsweise das Verlassen des Elternhauses oder der Einstieg ins Erwerbsleben, im älteren Erwachsenenalter der Übergang ins Rentenalter. Inwiefern diese Veränderungen der Lebensumstände und damit verbundene Entwicklungsaufgaben sich als tatsächliche kausale Risikofaktoren darstellen, ergibt sich aus den bisherigen Daten aber nicht ohne Weiteres, sondern bedarf weiterer Datengrundlagen.

4.5.2 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention von Depression

Informationen über psychische Erkrankungen und Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen können dazu beitragen, die Inanspruchnahme von Hilfs- und präventiven Angeboten zu verbessern. Sie stellen daher ein wichtiges präventives Handlungsfeld dar. Darüber hinaus gelten die folgenden Schutzfaktoren für depressive Symptomatik und depressive Störungen in der wissenschaftlichen Literatur als gesichert: die Stärkung von Teilhabe am Arbeitsleben, Bewegung, das soziale Eingebundensein sowie ein gutes Stressmanagement. Diese für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen maßgeblichen Wissensstände zu diesen Handlungsfeldern werden nachfolgend kurz skizziert.

Maßnahmen zur Information und Entstigmatisierung

Ein niedriger Wissensstand über psychische Erkrankungen kann dazu führen, dass zum einen eigene Unterstützungsbedarfe nicht erkannt werden oder zum anderen der Umgang mit Erkrankten problematisch ist. Ein höherer Informationsstand könnte zu einer besseren Früherkennung und Behandlung von Depressionen beitragen [1].

Massenmediale Kampagnen scheinen als möglicher Ansatzpunkt zum Abbau von Stigmatisierung zu funktionieren. So kommt Cochrane Schweiz in einem Review zu dem Schluss, dass massenmediale Antistigmatisierungskampagnen zumindest Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Problemen reduzieren können. Inwiefern sich solche Kampagnen auf die tatsächliche Diskriminierung auswirken, konnte noch nicht eindeutig festgestellt werden [2]. Eine systematische Übersichtsarbeit zu

Anti-Stigma-Interventionen zeigte, dass zielgruppenspezifische Interventionen vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie edukative Elemente mit Kontakt zu Betroffenen kombinieren [3].

Prävention von Depression im Kontext Arbeit

Viele Studien fokussierten bisher auf den negativen Einfluss von Arbeit auf die psychische Gesundheit und weniger auf die grundsätzlich positiven Effekte von Arbeit. Modini et al. [4] unterstrichen in ihrem systematischen Meta-Review jüngst das Potenzial, welches gute Arbeit und insbesondere qualitativ hochwertige Supervision und Leitung für die psychische Gesundheit hat. Diese positiven Effekte von Arbeit werden besonders deutlich in den Studien, die sich mit Arbeitslosigkeit und deren Folgen befassen [5]. Hier ergibt sich für die Präventionsforschung noch ein großes Handlungsfeld um zu definieren, an welchen Standards sich „gute Arbeit“ messen lässt. Hierbei lässt sich insbesondere an den bereits bestehenden Arbeiten und Projekten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ansetzen. Die BAuA hat 2017 eine breite wissenschaftliche Standortbestimmung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt vorgelegt [6]. Dabei wurde der Stand des Wissens aufbereitet, die Übertragbarkeit der vorhandenen Erkenntnisse auf die sich verändernden Arbeitsbedingungen sowie Wissenslücken entsprechend der Dimensionen Arbeitsaufgabe, Führung und Organisation, Arbeitszeit sowie technische Faktoren identifiziert.

Die abgeleiteten Empfehlungen der BAuA erstrecken sich auf den gesamten Bereich der psychischen Gesundheit und gehen über Depression deutlich hinaus. Sie umfassen neben Empfehlungen zum technischen Arbeitsschutz, zum Beispiel tätigkeitsspezifische Gestaltungsmodelle, Arbeitszeitmodelle oder die engere Verknüpfung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Empfehlungen rücken besonders verhältnispräventive Maßnahmen ins Zentrum.

Auch international lassen sich aus weiteren OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Staaten beispielhafte Ansätze aufzeigen. Die OECD hat eine Reihe von politischen Leitlinien für einen integrierten Ansatz entwickelt, um die Auswirkungen von Problemen der psychischen Gesundheit auf Gesundheit, Bildung, Beschäftigung und Sozialleben anzugehen. Diese Leitlinien wurden im Dezember 2015 angenommen und im Januar 2016 als OECD-Empfehlung für eine integrierte Politik zu psychischer Gesundheit, Qualifikation und Arbeit veröffentlicht [7].

Bewegung und Bewegungsförderung

Für die positiven Effekte von Sport und Bewegung im Rahmen der Therapie depressiver Störungen liegt eine umfassende und hohe Evidenz vor, die Eingang in einschlägige Behandlungsleitlinien gefunden hat [8]. Allgemein stellt Bewegungsförderung einen wichtigen Ansatzpunkt in der Prävention von Depressionen dar [9, 10]. Mammen und Faulkner [11] fassten in ihrer systematischen Übersicht prospektive und longitudinale Studien zusammen, die die Beziehung zwischen körperlicher Aktivität und Depression über mindestens zwei Zeitintervalle untersuchten. Es zeigte sich in 25 der 30 eingeschlossenen Studien ein negativer Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität zur Baseline und dem Risiko im Verlauf eine Depression zu entwickeln. Wenn Sport- und Bewegungsprogramme selbstwertförderlich gestaltet werden, ist dies besonders für Teenager und junge Erwachsene günstig [12].

Soziale Einbindung und Unterstützung

Hinsichtlich des sozialen Eingebundenseins bietet ein umfangreiches Netz aus Familienangehörigen, Bekanntschaften mit Nachbarn und Freundschaften sowie soziales Engagement generell einen gewissen Schutz vor der Entwicklung depressiver Symptome [13–16].

Die bisher in Metaanalysen und Einzelstudien untersuchten Interventionen fokussieren insbesondere auf Verhaltensprävention. Masi et al. [17] untersuchten in einer Metaanalyse Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit und verwiesen dabei auf vier grundsätzliche Interventionsstrategien: (a) das Training sozialer Fertigkeiten, (b) die Erhöhung sozialer Unterstützung, (c) die Ausweitung der Möglichkeiten zur sozialen Kontaktgestaltung und (d) die Auflösung dysfunktionaler sozialer Kognitionen. Sie zeigten, dass besonders jene Interventionen sich als wirksam erweisen, die dysfunktionale soziale Kognitionen adressierten. Cohen-Mansfield und Perach [18] kamen in ihrer Übersicht zum Ergebnis, dass es möglich ist, mittels Wissensvermittlung über die Ausgestaltung des eigenen sozialen Netzwerkes, Einsamkeit zu reduzieren. Dickens et al. [19] fokussierten Interventionen für alte Menschen und zeigten, dass besonders diejenigen sich als wirksam erwiesen, die soziale Aktivitäten und/oder soziale Unterstützung in Gruppen organisieren. Mead et al. [20] zeigten in einer Metaanalyse, die sich konkret auf die Prävention von Depression bezieht, dass „Befriending“, eine Form der emotionalen Unterstützung

durch Freiwillige, zu einer signifikant höheren kurz- und langfristigen Reduktion depressiver Symptome führen kann.

Maßnahmen der Verhältnisprävention zur Förderung der sozialen Eingebundenheit und zur Stärkung der sozialen Kohäsion sowie des gesellschaftlichen Zusammenhalts sind in diesem Zusammenhang ebenfalls relevant. Drei Indikatoren sind dabei wichtig: 1. das Ausmaß sozialer Netzwerkbildung in sekundären Gruppen, das heißt in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, 2. das allgemeine Klima des Vertrauens in einer Gemeinde und 3. die Geltung von Normen und Werten gegenseitiger Hilfe oder sozialer Reziprozität [21].

Beispiele für verhältnispräventive Maßnahmen, die diese drei Bereiche stärken, sind zum Beispiel Mehrgenerationenhäuser. Sie sind Begegnungsorte, an denen das Miteinander Generationen übergreifend aktiv gelebt wird, sie bieten Raum für gemeinsame Aktivitäten und schaffen ein nachbarschaftliches Miteinander in der Kommune. Mehrgenerationenhäuser stehen allen Menschen offen – unabhängig von Alter oder Herkunft [22].

Stressmanagement

Stressmanagementprogramme basierend auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden konnten in der Arbeitswelt klare positive Effekte auf psychische Gesundheit erzielen. Zur Reduktion erster depressiver Symptome kann das Erlernen von Strategien zur Problemlösung und zum Umgang mit negativen Gedanken und Möglichkeiten zum Aufspüren typischer individueller Stressoren vermittelt werden [23–25]. Weiter zeigen Interventionen aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie gute Effekte, zum Beispiel Selbstmanagement-Interventionen auf Basis kognitiver Verhaltenstherapie und mit Stressmanagement-Elementen [26].

Eine praktische, skalierbare und kostengünstige Möglichkeit, präventive Interventionen flächendeckend und niederschwellig bereitzustellen, sind internetbasierte Selbstmanagement-Programme oder online-coaches, die inhaltlich auf psychologischen Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Grundlage beruhen. Sie liegen für zahlreiche Indikationen vor, darunter auch für die Prävention und insbesondere die Behandlung depressiver Störungen [27–29].

Stärkung von Achtsamkeit

Mendelson und Eaton [30] sehen in den achtsamkeitsbasierten Interventionen ein wichtiges und wachsendes Forschungsfeld für die Prävention. In traditionellen achtsamkeitsbasierten Praktiken wie Meditation, Yoga und Tai Chi wird die Kapazität entwickelt, nicht wertend zu beobachten und gegenwärtig zu sein, inklusive schmerzhafter Gefühle, Gedanken und körperlicher Sensationen [31]. Die Forschung zeigt, dass diese Praktiken die Emotionsregulation und die exekutiven Funktionen kultivieren und psychologische Symptome, darunter auch depressive Symptomatik, reduzieren können [32, 33]. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Verfahren entwickelt, die das Achtsamkeitsprinzip in unterschiedlichem Umfang integrieren, wie zum Beispiel die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) oder die Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP).

4.5.3 Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der Allgemeinbevölkerung

Der Bedarf an Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung ergibt sich aus der hohen Depressionsprävalenz in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Die beiden zentralen Ansätze hierfür, nämlich Informations- bzw. Entstigmatisierungsmaßnahmen, fokussieren auf die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung mit den Zielen, eine bessere Früherkennung und eine bessere Überleitung ins Versorgungssystem.

Bevölkerungsweite Informations- und Entstigmatisierungsmaßnahmen

Angesichts der hohen Prävalenzen für depressive Symptome und Störungen ist es bemerkenswert, dass die Bevölkerung nach wie vor zum Thema Depressionen nicht ausreichend informiert ist. Das zeigten die Erhebungen der Jahre 2017, 2018 und 2019 des „Deutschland-Barometer Depression“ von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und der Deutsche Bahn Stiftung [1]. Die repräsentative Befragung untersuchte Einstellungen und Wissen zur Depression in der Bevölkerung. Befragt wurden 2.000 Personen zwischen 18 und 69 Jahren aus einem repräsentativen Panel für die deutsche Bevölkerung in Privathaushalten. Das Deutschland-Barometer

Depression 2018 zeigte auf, dass 73 % der Angehörigen Schuldgefühle gegenüber ihrem erkrankten Partner entwickeln und sich für dessen Erkrankung und Genesung verantwortlich fühlen. 30 % der Angehörigen gab an, sich schlecht über Depression informiert zu fühlen. Betroffene, die Auswirkungen der Depression auf die Partnerschaft sahen, berichteten, sich unverstanden gefühlt und Vorwürfe von ihrem Partner bekommen zu haben. Nachfolgend werden ausgewählte Akteure und deren Maßnahmen dargestellt, die zur Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen.

Als bundesweiter Akteur setzt sich das Deutsche Bündnis gegen Depression e. V., unter dem Dach der Stiftung der Deutschen Depressionshilfe für eine bessere Versorgung depressiv erkrankter Menschen ein und verfolgt die Ziele, die gesundheitliche Situation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und suizidalem Verhalten vorzubeugen. Über 85 Regionen und Städte engagieren sich in diesem Bündnis deutschlandweit auf lokaler Ebene. Die Stiftung der Deutschen Depressionshilfe setzt auch Forschungsaktivitäten um und bietet Betroffenen und Angehörigen Informations- und Hilfsangebote wie ein Diskussionsforum Depression und das deutschlandweite Info-Telefon Depression (0800 33 44 533).

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (ABSG) setzt bundesweite Kampagnen und Projekte zur Aufklärung über psychische Erkrankungen zum Abbau von Stigmatisierung um. Dazu fördert es ein bundesweites Netzwerk von Antistigma-Initiativen sowie Aufklärungs- und Präventionsprojekte. Es bietet seinen Mitgliedern eine Plattform für regelmäßigen Informationsaustausch und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Das ABSG organisiert Veranstaltungen und Vorträge für Interessierte und Fachexperten zu verschiedenen Themen der seelischen Gesundheit und koordiniert auch die jährlich stattfindende Woche der seelischen Gesundheit. Es veranstaltet darüber hinaus Fortbildungen, Seminare und Workshops für Führungskräfte zum besseren Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz. Gemeinsam mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen hat das Aktionsbündnis eine Führungskräfte-schulung zum Thema Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz entwickelt.

Ein Beispiel für eine nachweislich wirksame, koordinierte Dissemination von Informationen zum Thema Depression ist das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“. Der gemeinnützige Verein verfolgt unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe das Ziel, die gesundheitliche Situation de-

pressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suiziden vorzubeugen. Zahlreiche Städte und Kommunen haben sich dem Bündnis angeschlossen und engagieren sich auf lokaler Ebene. Diese Initiative verbreitet gezielt und koordiniert Informationen über Depressionen und konnte damit gemäß einer Evaluationsstudie den Wissensstand der Bevölkerung zu Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten etc. verbessern [34]. Zwar werden im Zuge der Studie nur kleine positive Effekte berichtet. Es ist aber anzunehmen, dass im Rahmen einer nicht lokal begrenzten koordinierten Verbreitung von Informationsangeboten größere Veränderungen erreicht werden könnten. Bei der Gestaltung solcher Maßnahmen und Medien sind digitale Ansätze mit einzubeziehen. So wurden durch Online-basierte Kampagnen zur Sensibilisierung für Depression bereits positive Effekte auf Gesundheitskompetenz und Informationsverhalten gefunden [35].

Ein weiteres Beispiel ist die Kampagne „Let’s talk“ anlässlich des Mental Health Days 2017 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) [36]. Die WHO verband damit das Ziel, Hilfsangebote für Betroffene, aber auch deren Familien, Freunde und Kollegen zu kommunizieren. Die Öffentlichkeit sollte zum einen besser über die Erkrankung, ihre Ursachen und Konsequenzen, einschließlich des Suizidrisikos, aufgeklärt werden, und zum anderen über Möglichkeiten der Prävention und Behandlung informiert werden. Die Kommunikation über Depressionen spielt dabei eine entscheidende Rolle, sowohl in der Vorbeugung und Therapie als auch im Abbau gesellschaftlicher Vorurteile und Stigmatisierungen, die Betroffene daran hindern könnten, Unterstützungsangeboten aufzusuchen.

Damit solche und weitere bestehenden Maßnahmen höhere Reichweiten erzielen können, wird empfohlen, bestehende Informationsangebote zum Thema Depression bzw. zu Möglichkeiten von Prävention und Umgang mit Depression weiter zu entwickeln und unter Nutzung von Synergien zwischen unterschiedlichen Akteuren sowie über die Nutzung unterschiedlicher Kanäle systematisch und koordiniert zu disseminieren.

An dieser Stelle könnten die durch das Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen und Gremien, die in den jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen abgestimmt wurden, genutzt werden, um in die kommunale Ebene hineinzuwirken. Ein koordiniertes Vorgehen würde es erlauben, nachhaltiger und ressourceneffizienter als bisher Wissensstrukturen in der Bevölkerung auf- und auszubauen und die Kompetenz in der Bevölkerung zu stärken und früh-

zeitig Gefährdungen bei sich selbst und anderen zu erkennen. Berücksichtigt werden muss bei der Ausgestaltung der Informationen, dass eine Sensibilisierung in Bezug auf psychische Störungen mitunter auch zu einer pathologisierenden Wahrnehmung der eigenen psychischen Verfassung führen kann, wenn nicht zugleich Toleranz gegenüber Schwankungen des Erlebens und Verhaltens im Bereich des Gesunden gefördert wird [37].

Für die Entwicklung ergänzender bevölkerungsweiter Aufklärungsangebote zu Depression ist es wichtig, genaue Kenntnisse darüber zu haben, welche Informationen in der Bevölkerung fehlen, welche Informationen bisher wie und durch welche Akteure verbreitet werden und welche Informationsangebote dringend benötigt werden. Die Generierung entsprechender Daten könnte beispielsweise über das Surveillance-System realisiert werden.

Das Stigma psychischer Störungen ist ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfs- und Präventionsangeboten und bei der Etablierung von gemeindebasierten Angeboten. Stigmatisierung ist nach Link und Phelan [38] ein Prozess, in dem ein bestimmtes Merkmal, zum Beispiel eine psychische Störung, dazu führt, dass Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden. Das Stigma psychischer Störungen hat Trendstudien zufolge in den letzten Jahrzehnten trotz zahlreicher Initiativen nicht abgenommen [39, 40].

Da die Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten durch Betroffene einer depressiven Symptomatik oder Störung laut Befunden des RKI teils nur gering ausgeprägt ist (vgl. auch das zurückhaltende Inanspruchnahmeverhalten von Männern [41]), kann die adäquate Versorgung der Betroffenen häufig nicht gewährleistet werden, was wiederum eine Persistenz und Chronifizierung von Störungsverläufen begünstigt kann. Ein wichtiges Anliegen muss deshalb die Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens bzw. die Überleitung ins Versorgungssystem – auch durch den Abbau von Versorgungsbarrieren wie der Stigmatisierung psychisch kranker bzw. depressiver Menschen – sein [42].

Zum Abbau von Stigmatisierung werden Maßnahmen empfohlen, für die es Wirksamkeitshinweise gibt. So kommt Cochrane Schweiz in einem Review zu dem Schluss, dass massenmediale Antistigmatisierungskampagnen zumindest Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Problemen reduzieren können. Inwiefern sich solche Kampagnen auf die tatsächliche Diskriminierung auswirken, konnte noch nicht eindeutig festgestellt



werden [2]. Massenmediale Kampagnen scheinen jedoch als möglicher Ansatzpunkt zum Abbau von Stigmatisierung zu funktionieren. Erfahrungen mit Kampagnen zeigen aber auch, dass einmalige Aktivitäten nicht ausreichend sind, sondern kontinuierliche Bestrebungen angezeigt erscheinen (siehe Evaluation einer österreichischen Antistigmakampagne für Schizophrenie [43]). Weiter sollten auch hier Synergien unterschiedlicher Akteure und Träger genutzt werden.

Bei der Planung von Antistigmatisierungsprogrammen kann die (ergänzende) Verwendung von Social Media empfehlenswert sein. Für das „Time to Change“ – Antistigma-Programm in England konnten durch die Nutzung von Social Media beispielsweise positive Effekte auf Toleranz und Unterstützung psychisch kranker Menschen nachgewiesen werden [44]. Bislang wird durch Social Media vornehmlich die jüngere Zielgruppe erreicht, so waren die von „Time to Change“ erreichten Personen im Durchschnitt etwa 35 Jahre alt. Social Media eignet sich also nicht zur Erreichung aller Bevölkerungsgruppen, kann aber vorzugsweise eingesetzt werden, um schwer zugängliche Zielgruppen, wie die oben benannte Gruppe der unterversorgten jungen Männer oder jüngere Zielgruppen an biographischen Übergängen (z. B. Übergang Schule-Studium/-Beruf), zu erreichen.

Das Inanspruchnahmeverhalten Betroffener könnte darüber hinaus auch durch die Reduktion von Selbststigmatisierung verbessert werden. Hierfür fehlt es aber noch an Evidenzen dazu, welche Maßnahmen sich tatsächlich zum Abbau von Selbststigmatisierung eignen [45].

Maßnahmen mit Online-/App-basierten Präventionsangeboten

In den vergangenen Jahren ist die Möglichkeit Prävention digital anzubieten, verstärkt in den Fokus gerückt. Online und App-basierte Programme können als originäre wie auch unterstützende Präventionsmaßnahmen angeboten werden und eignen sich für unterschiedliche Ziel-/ Risikogruppen. Für zahlreiche Programme gibt es bereits positive Wirksamkeitsnachweise [46–49]. Computer- und Internetgestützte Therapieprogramme zeigen bei bestimmten Indikationen gute und vergleichbare Effekte, wie konventionelle „Face-to-Face“- Interventionen. Ein besonderer Vorteil ist, dass die Programme durch vergleichsweise niedrige Kosten auch gut für den mittel- bis langfristigen Einsatz geeignet sind.

Bevölkerungsweite Prävention über Settingansätze am Beispiel Arbeitswelt

Neben Maßnahmen auf nationaler Ebene kann die Ansprache der Allgemeinbevölkerung auch über Settingansätze realisiert werden. Als wichtiges Setting, das ein großes Spektrum an Bevölkerungsgruppen erreicht, eignet sich die Arbeitswelt. Hier lassen sich sowohl universelle als auch selektive Präventionsangebote realisieren.

Innerhalb des Settings Arbeitswelt sind durch das betriebliche Gesundheitsmanagement bereits häufig Prozesse und Strukturen etabliert, innerhalb derer Präventionsangebote mit universeller Zielgruppenansprache angesiedelt werden können. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollte beispielsweise durch konsequente Berücksichtigung evidenzbasierter Schutzfaktoren körperliche Aktivität und Stressmanagement-Kompetenz von allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gestärkt werden.

Für das Setting Arbeitswelt ist aber auch bekannt, dass es zahlreiche arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren für psychische Belastungen gibt, so dass auch eine selektive Zielgruppenansprache indiziert sein kann. So hat die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) [50] nach einer systematischen Analyse von Forschungsliteratur zu arbeitsplatzbezogenen Risiken eine Reihe von Faktoren identifiziert, die mit dem Auftreten von Depressionen in Zusammenhang stehen. Diese arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren sind zum Beispiel Überstunden, fehlende soziale Unterstützung und geringer Handlungsspielraum.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat 2017 eine breite wissenschaftliche Standortbestimmung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt vorgelegt [6]. Dabei wurde im Rahmen von Scoping Reviews der Stand des Wissens aufbereitet, die Übertragbarkeit der vorhandenen Erkenntnisse auf die sich verändernden Arbeitsbedingungen bewertet und Wissenslücken identifiziert. Die Arbeitsbedingungsfaktoren wurden inhaltlich in vier Themenbereiche gegliedert, nämlich Arbeitsaufgabe, Führung und Organisation, Arbeitszeit sowie technische Faktoren.

Die aus den Scoping-Reviews abgeleiteten Empfehlungen der BAuA erstrecken sich auf den gesamten Bereich der psychischen Gesundheit und gehen damit über die Depression deutlich hinaus. Sie umfassen folgende 10 Empfehlungen: (1) den technischen Arbeitsschutz weiterentwickeln und ergänzen, (2) die prospektive Gestaltung technisch-organisatorischer Arbeitssysteme intensivieren, (3) Aufgabenbezogene Schlüsselfaktoren qualita-

tiv konkretisieren und tätigkeitsspezifische Gestaltungsmodelle entwickeln, (4) Arbeitszeit begrenzen und partizipativ gestalten, (5) Arbeit und Erholung ausbalancieren, (6) Führungskräfte und Beschäftigte als primäre Gestaltungsakteure stärken, (7) Instrumente und Verfahren dialog- und gestaltungsorientiert ausrichten, (8) Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention enger verknüpfen, (9) Handlungskompetenzen der professionellen Arbeitsschutzakteure weiterentwickeln, (10) Wissen über Möglichkeiten und Grenzen des Handelns für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit systematisch ausbauen [3]. Diese Empfehlungen rücken besonders verhältnispräventive Maßnahmen ins Zentrum.

Als beispielhaftes, in Reaktion auf die BAuA Empfehlungen aufgebautes und das betriebliche Gesundheitsmanagement unterstützendes Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) bietet unter dem Motto „Kein Stress mit dem Stress“ viele kostenlose und praxisnahe Materialien zum Thema psychische Gesundheit für Unternehmen und Organisationen aller Branchen und Größen an (www.psyga.info). psyGA informiert unter Projektleitung des BKK Dachverbands darüber, wie Entscheider, Führungskräfte und die Mitarbeitenden selbst Belastungen entgegenwirken können, um langfristig psychische Fehlbelastungen zu reduzieren und psychosoziale Ressourcen in der Arbeitswelt zu stärken. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) gefördert und durch die BAuA fachlich beraten.

Im BKK Gesundheitsreport 2019 werden Daten der BKK Versicherten zu psychischen Belastungen und Erkrankungen im Arbeitskontext sowie psychisch gesunderhaltende bzw. gesundheitsförderliche Faktoren aufgezeigt. Es werden Handlungsbedarfe sowie bereits bestehender Lösungsansätze für die Gestaltung gesunder Arbeitswelten aufgezeigt [51].

Um Arbeitsschutz und Präventionsmaßnahmen an die betriebsspezifischen Problemlagen anzupassen, ist die bereits seit Ende 2013 durch das Arbeitsschutzgesetz vorgesehene Berücksichtigung psychischer Gefährdung bei der Beurteilung von Arbeitsplätzen (GB Psych) ein wichtiges Instrumentarium. Demnach müssen Unternehmen und Organisationen Gefährdungen für ihre Beschäftigten ermitteln, die sich aus der psychischen Belastung bei der Arbeit ergeben [52]. Eine solche Gefährdungsanalyse bildet die Voraussetzung dafür, bedarfsgerechte Arbeitsschutzmaßnahmen und Präventionsangebote zu etablieren. Bislang liegt keine Übersicht darüber vor, wie und in welchem Umfang die Umsetzung erfolgt.

Damit Maßnahmen geplant und durchgeführt werden können, um gegen krankmachenden Stress am Arbeitsplatz vorzugehen, ist die Analyse allerdings Voraussetzung.

4.5.4 Handlungsempfehlungen und Beispiele guter Praxis für Präventionsmaßnahmen in Settings für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Depressionsrisiko

Die Auswertungen der Daten des RKI zeigen, dass verschiedene Faktoren mit einem erhöhten Risiko für das Bestehen einer depressiven Symptomatik oder einer depressiven Störung assoziiert sind. Diese Risikofaktoren sind: niedriger SES, keine feste Partnerschaft, das Fehlen sozialer Unterstützung, Erwerbslosigkeit, chronischer Stress oder das Vorliegen von chronischen körperlichen Erkrankungen. Auch altersspezifische Herausforderungen in Entwicklungsphasen können mit einem erhöhten Risiko einhergehen. So besteht etwa ein erhöhtes Depressionsrisiko im jungen und im älteren Erwachsenenalter. Zudem gibt es in bestimmten Regionen Deutschlands ein geschlechtsspezifisch erhöhtes Erkrankungsrisiko, nämlich für Frauen in Großstädten und für Männer in hochdeprivierten Regionen.

Um bedarfsgerechte Präventionsangebote zu schaffen, ist es erforderlich, insbesondere diejenigen Personengruppen zu identifizieren, die viele dieser Risikofaktoren in sich vereinen. Die hier vorgenommene Zuordnung zu einzelnen Bevölkerungsgruppen und Settings müsste gegebenenfalls empirisch überprüft werden.

Für den Zugang zu Gruppen mit erhöhtem Risikopotenzial empfehlen sich stigmatisierungsfreie Maßnahmen in spezifischen Settings. Die Identifikation der entsprechenden Settings nimmt somit eine Schlüsselfunktion ein.

Den Ansätzen zur Erreichung von Risikopopulationen über Settings ist gemein, dass die Ansprache der Zielgruppen über vorhandene Strukturen gesteuert werden kann und dafür settingspezifische professionelle Akteure einbezogen werden. Es sollte aber nicht davon ausgegangen werden, dass eine wirksame Etablierung von Präventionsmaßnahmen durch eine schlichte Erweiterung des Aufgabenbereichs der entsprechenden Akteure realisiert werden kann. Ein wichtiger Schritt ist es hierbei, Voraussetzungen für die Einbindung der Akteure in die Präventionsmaßnahmen zu schaffen. Dies erfordert in erster Linie die Bereitstellung von Qualifikation und Gratifikation. So sollten die betroffenen Akteure für ihre zusätzlichen



Aufgaben entsprechend geschult und ausgebildet werden. Neben dem Aufbau entsprechender Kompetenzen gilt es auch, zeitliche Ressourcen zu schaffen, innerhalb derer diese neuen Aufgaben wahrgenommen werden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass der quantitative und qualitative Mehraufwand entsprechende Ressourcen benötigt.

Menschen mit einem erhöhten Risiko haben oft zwangsläufig mehr Kontakt zu professionellen Akteuren in bestimmten Settings. Diese Akteure können – eine entsprechende Sensibilisierung und Qualifizierung für diese Aufgabe vorausgesetzt – als Schnittstellen zu Präventions- beziehungsweise Versorgungsangeboten fungieren. Die im Rahmen des Präventionsgesetzes gestärkten und neu etablierten Strukturen und Gremien auf Länder- und Kommunenebene lassen sich hierbei gegebenenfalls nutzen.

Wichtig ist, dass potenziell Betroffene eine gezielte Vermittlung in passende Präventionsangebote stattfindet beziehungsweise Betroffene nötigenfalls zur weiteren diagnostischen Abklärung vermittelt werden und in entsprechende Versorgungsangebote überführt werden. Dies setzt voraus, dass entsprechende Präventions- und Versorgungsangebote verfügbar und niedrigschwellig zugänglich sind. Denkbar ist es, dass je nach Aufgabenzuschnitt im Setting selbst bereits Angebote zur Verfügung gestellt werden. Es bietet sich aber ebenso eine Weiterleitung in externe Angebote an, für die entsprechende Kooperationsstrukturen mit anderen Akteuren der Präventionslandschaft aufgebaut werden müssen.

Unter Bezugnahme auf die oben berichteten Risiko- und Schutzfaktoren werden zunächst auf einzelne Settings bezogen einige zentrale Maßnahmen empfohlen. Die Besonderheit dieser Empfehlungen ist, dass sie in leicht modifizierter Form in unterschiedlichen Settings verwendet werden können.

Maßnahmen im medizinischen Versorgungssystem

Das Setting „Medizinisches Versorgungssystem“ ermöglicht die Ansprache von Menschen, die auf Grund anderer Belastungsfaktoren einen höheren beziehungsweise regelmäßigeren Bedarf an medizinischer Versorgung haben. Das betrifft vor allem Menschen, die von einer chronischen Erkrankung betroffen sind sowie ältere Erwachsene. Unter Umständen finden sich im medizinischen System auch Menschen, die durch den Risikofaktor „chronischer Stress belastet sind“ – zumeist dann, wenn der chronische Stress sich auch in körperlichen oder psychischen Symptomen manifestiert.

Obgleich gute und praktikable Instrumentarien für die Erkennung depressiver Symptomatik vorliegen, ist ein systematisches Screening auf Depression zum Beispiel für chronisch körperlich Kranke in der hausärztlichen Praxis umstritten [53, 54].

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat aktuell im Jahr 2019 beschlossen, ein hausärztliches Screening auf Depression nicht in die Gesundheitsuntersuchung (GU) aufzunehmen. Der G-BA stützt sich hierbei auf eine Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in der aufgezeigt wird, dass die Studienlage zu einem solchen Screening keine Aussagen zu Schaden oder Nutzen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte zulasse [55, 56].

Das primärärztliche Setting kann aber einen guten Rahmen für einfache psychologische und edukative Interventionen oder die Anleitung zu Selbstmanagementinterventionen bieten.

Innerhalb des medizinischen Systems kann das Personal eine Schlüsselrolle bei der Identifikation Betroffener, deren Aufklärung und gegebenenfalls Überleitung in Präventions- beziehungsweise Versorgungsangebote einnehmen. Hierbei ist ausdrücklich nicht nur ärztlich-medizinisches Personal gemeint, sondern auch Beschäftigte in Rehabilitationszentren und in Pflegeeinrichtungen.

Gleichzeitig kann das medizinische Versorgungssystem auch dadurch entlastet werden, dass Menschen, die vor dem Hintergrund von Einsamkeit die hausärztlichen Praxen aufsuchen, ohne dass sie unter akuten gesundheitlichen Problemen leiden, an örtliche soziale Dienste und Unterstützungssysteme weitergeleitet werden [57].

Beispiel Suizidprävention: Im Rahmen der Abklärung depressiver Symptomatik ist auch Suizidalität zu berücksichtigen. Hausärztinnen und Hausärzte sind darin zu schulen und können von Vereinen mit Flyern und Broschüren ausgestattet werden. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) Deutschland stellt ein umfangreiches Portfolio an Materialien zur Suizidprävention bereit [58].

Maßnahmen im Setting Kommune

Dem Setting Kommune kann für die Etablierung von Präventionsmaßnahmen besondere Bedeutung zukommen, da es vielfältig zur Ansprache von Zielgruppen mit Risikopotenzial genutzt werden kann. Je nach Kommune können das beispielsweise Personen mit niedrigem SES und wenig sozialer Unterstützung oder ältere Erwachsene mit fehlender sozialer Unterstützung sein. Von besonderem Wert kann Präven-

tion im kommunalen Setting zudem deshalb sein, weil hier gegebenenfalls durch Kooperation mit lokalen Akteuren und Nutzung vorhandener Strukturen – niedrigschwellige Angebote etabliert werden können.

Die Effekte verschiedener Risikofaktoren könnten auch reduziert werden, wenn in den Lebenswelten strukturelle Unterstützungsangebote geschaffen würden, die Belastungen reduzieren können. Hierbei ist insbesondere an aufsuchende Präventionsangebote zu denken, gerade um Zugänge zu sonst schwer erreichbaren Zielgruppen zu finden und die Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu verbessern.

Kommunale Ansätze zur Nutzung und Entwicklung von Strukturen

Innerhalb der durch das Präventionsgesetz angelegten und gestärkten Strukturen und Gremien (z. B. kommunale Gesundheitskonferenzen oder Regionale Arbeitsgemeinschaften) kann gezielter eine Stärkung von Kooperationen und sektorenübergreifender Zusammenarbeit erfolgen. Mit dem Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit ergänzen die gesetzlichen Krankenkassen ihr kassenartenübergreifendes Unterstützungsangebot zur Weiterentwicklung und Stärkung der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung. Im Fokus steht die Unterstützung von Kommunen mit Problemlagen und besonderen sozialen bzw. gesundheitlichen Herausforderungen. Seit Januar 2019 können diese Kommunen sowohl finanziell als auch beratend Unterstützung beim Aufbau und der Weiterentwicklung kommunaler Strukturen wie etwa der Etablierung eines runden Tisches zur Gesundheitsförderung, spezifischer Arbeitsgruppen oder Gesundheitskonferenzen erhalten. Seit Juli 2019 fördert das GKV-Bündnis für Gesundheit die Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen auf kommunaler Ebene. Diese sollen sich an gesundheitlich besonders vulnerable Personengruppen richten.

Bei der Weiterentwicklung solcher Maßnahmen ist es sinnvoll, die vielfältigen Maßnahmen und Strukturen, die national und lokal bereits erfolgreich implementiert sind, in den Blick zu nehmen und einzubinden. Bereits bestehende Netzwerkstrukturen sind wichtige Pfeiler hierfür.

Beispiel „Aufbau eines Bündnisses gegen Depression Kommunale Gesundheitskonferenz Hochsauerlandkreis“: Ziel des Bündnisses gegen Depression ist es, auf mehreren Ebenen die Versorgungssituation depressiver Menschen

zu verbessern und auf diese Weise auch Suizide zu verhindern. Kooperationspartner sind die Mitglieder der Gesundheits- und Pflegekonferenz (GPK), die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, Selbsthilfe, Mitglieder Kreisausschuss, Psychiatrie, Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt sowie die Krankenkassen.

Die Aktion umfasst die intensive Begleitung der Umsetzung durch die Bundesgeschäftsstelle Bündnis gegen Depression und die Übernahme der Schirmherrschaft durch den Landrat. Die Umsetzung umfasst einvernehmliche Handlungsempfehlung der GPK zum Aufbau eines Bündnisses gegen Depression durch die Geschäftsstelle Gesundheitsamt Hochsauerlandkreis und die Einrichtung einer Arbeitsgruppe. Ebenfalls im kommunalen Setting, und auch eher strukturell und verhältnispräventiv ausgerichtet, sind die Empfehlungen der Demografiestrategie „Jedes Alter zählt – Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“ für ein selbstbestimmtes Leben im Alter, die 2017 vorgelegt wurden: Ein selbstbestimmtes Leben im Alter sollte demnach auf mehreren Wegen unterstützt werden: 1) altersgerechte Wohnformen, technische Geräten und Mobilität, 2) günstige Rahmenbedingungen (z. B. breitere Verankerung von Anlaufstellen und Mehrgenerationenhäusern) sowie 3) zukunftsweisende Modelle der Mitverantwortung von Bürgerinnen und Bürgern in den Kommunen (z. B. für Pflege und Betreuung).

Verhaltensbasierte Präventionsmaßnahmen

Neben solchen strukturellen Maßnahmen sollten Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Depressionsrisiko auch verhaltensbasierte Maßnahmen angeboten werden. Die Gestaltung entsprechender Präventionsangebote sollte jeweils inhaltlich bedarfs- und adressatengerecht erfolgen und die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme berücksichtigen. Ein Beispiel für eine auf dieser Basis entwickelte Präventionsmaßnahme ist das auf Alleinerziehende zugeschnittene Bindungstraining „wir2“ [59]. Dieses Programm wird im Rahmen eines „Social Franchise“-Konzeptes mittlerweile von verschiedenen Organisationen, zum Beispiel Jugendämtern, KiTas, aber auch Rehakliniken etc. angeboten. Ziel ist es, Alleinerziehenden mit gesundheitlichen und seelischen Belastungen Hilfestellungen für den Alltag zu geben und soziale Kompetenzen zu stärken. Durch die Nutzung affektmobilisierender Prozesse soll zudem die depressive Symptomatik gemildert werden. Ein Vorteil des Programms ist, dass es den Alleinerziehenden kostenlos und wohnortnah angeboten wird

und ein Kinderbetreuungsangebot umfasst. Die Rahmenbedingungen des Programms sind so auf die Zielgruppe abgestimmt, dass Zugangsbarrieren möglichst reduziert werden.

Aufsuchende Präventionsmaßnahmen

Im Folgenden werden zwei Beispiele für aufsuchende Präventionsmaßnahmen gegeben. Das erste Beispiel eignet sich zur Ansprache von jungen Müttern, die im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes ein verstärktes Risiko für eine depressive Symptomatik oder Störung aufweisen und auf Grund ihrer Lebenssituation zusätzlich durch weitere Risikofaktoren wie fehlende soziale Unterstützung oder Stress belastet sein können. Das zweite Angebotsbeispiel bezieht sich ebenfalls auf die Zielgruppe der älteren Erwachsenen. Innerhalb dieses Projektes werden insbesondere Personen berücksichtigt, die auf Grund des Endes ihrer Erwerbstätigkeit oder einer verlorenen Partnerschaft unter dem Verlust sozialer Unterstützung leiden. An diesem Projekt zeigt sich gut, dass neben zielgruppenspezifischen Settingansätzen auch das kommunale Setting zur Ansprache geeignet ist.

Beispiel „Hausbesuche bei jungen Müttern oder Familien“: In Großbritannien wurden im Rahmen einer universell-präventiven Maßnahme „Health Visitors“ eingesetzt, die in verschiedenen psychologischen Techniken geschult waren, zum Beispiel Elemente kognitiver Verhaltenstherapie sowie motivierende Gesprächsführung, und Frauen zur nachgeburtlichen Unterstützung zu Hause besuchten. Frauen, die so betreut wurden, hatten eine deutlich reduzierte Wahrscheinlichkeit eine postpartale Depression zu entwickeln [60]. Auch in Deutschland wird im familiären Bereich schon häufig mit aufsuchenden Maßnahmen gearbeitet. Beispielsweise werden Familienlotsen eingesetzt, um insbesondere sozial benachteiligte Familien oder Mütter mit psychischen Störungen stärker zu unterstützen. Für entsprechende Programme könnte überlegt werden, das Thema psychische Störungen in der Qualifizierung von Familienlotsen und vergleichbaren Akteuren beziehungsweise in der Ausübung ihrer Tätigkeit stärker in den Fokus zu rücken. Vielfach gibt es in Deutschland bereits Strukturen, etwa in Form der Jugendämter, an denen solche Projekte und Programme angesiedelt werden können. Auch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) der BZgA könnte hier eine tragende Rolle zum Beispiel bei der Qualifizierung und Koordinierung übernehmen. Neben diesen bereits bestehenden selektiven

bzw. indizierten Präventionsmaßnahmen bzw. Unterstützungsangeboten, könnte eine vergleichbare Maßnahme auch als universelles Präventionsangebot konzipiert werden. Dazu wäre die psychische Gesundheit im Rahmen der nachgeburtlichen Betreuung durch Hebammen stärker zu berücksichtigen.

Beispiel „Aktivierende Hausbesuche bei älteren Erwachsenen“: Im Rahmen des Projekts Aktiv 55+, das sich auf die „WHO Active Ageing Strategy“ [61] stützt, werden in einem kommunalen Setting ältere Erwachsene zu Hause besucht. Schwerpunktmäßig werden dabei Personen kontaktiert, die in den vergangenen zwei Jahren aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind bzw. in den vergangenen fünf Jahren ihren Partner/ihre Partnerin verloren haben und dadurch unter fehlender sozialer Unterstützung leiden. Ziel des Projektes ist es, Betroffene zu gesunder und aktiver Lebensführung zu beraten und individuelle Ziele für einen aktiveren Lebensstil zu vereinbaren. Hierbei geht es auch darum, bisherige Teilhabebarrieren abzubauen und Betroffenen Kontakte zu professionellen Dienstleistern zu vermitteln.

Maßnahmen für Menschen mit Sozialleistungsbezug

Das Gesundheitsmonitoring des RKI hat als Risikofaktoren für das Bestehen depressiver Symptomatik bzw. depressiver Störung u. a. niedrigen SES sowie Erwerbslosigkeit identifiziert. Es ist wahrscheinlich, dass Menschen mit diesen Risikofaktoren häufig zur Inanspruchnahme staatlicher Unterstützungsleistung berechtigt beziehungsweise auf diese angewiesen sind. Dies betrifft in erster Linie langfristig erwerbslose Menschen, aber auch solche, deren Einkommen allein den Lebensbedarf nicht decken kann und die zusätzlich staatliche Unterstützungsleistungen wie zum Beispiel Wohngeld beziehen. Neben Menschen in Teilzeitbeschäftigungen und in Niedriglohnjobs können dazu insbesondere auch Alleinerziehende mit geringem Einkommen gehören.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Sozialleistungsbezug in behördlichen Institutionen wie der Arbeitsagentur bzw. dem Jobcenter, Jugendämter, Wohngeldämtern und ähnliche Einrichtungen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden können. Beispielhaft hierfür, allerdings nur in Teilen auf die psychische Gesundheit ausgerichtet, ist die Kooperation zwischen Krankenkassen und Jobcenter, bei der seit 2016 im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit die „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“

verfolgt wird. Die Initiative soll bis 2020 auf über 200 Standorte ausgeweitet werden. In individuellen Beratungsgesprächen sensibilisieren die Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit arbeitslose Menschen, sich für die eigene Gesundheit zu engagieren. Je nach individuellem Bedarf stehen dabei unter anderem Themen wie psychische Gesundheit, gesunde Ernährung und Bewegung im Vordergrund.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung setzt das Projekt im GKV-Auftrag um: Sie übernimmt die bundesweite Koordination, unterstützt die Standorte und betreut die Evaluation. Die für 2020 zu erwartenden Evaluationsergebnisse sollen bei der flächendeckenden Umsetzung genutzt werden.

Beispiel „Psychosoziales Coaching“: In einem 2011 in Leipzig gestarteten Projekt geht es um die Etablierung einer Schnittstelle im sozialen System. Ziel dieses Projektes ist es, Langzeitarbeitslosen, die von psychischen Störungen betroffen sind, den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu erleichtern. Dazu werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter geschult, um Anzeichen einer möglichen psychischen Störung zu erkennen [62].

Betroffenen wird dann zunächst ein Diagnostikgespräch mit qualifizierten Psychologinnen und Psychologen angeboten. Wird in diesem Gespräch eine psychische Störung und Behandlungsbedarf festgestellt, werden die Betroffenen – häufig erstmals – über ihre Störung informiert, haben die Möglichkeit an verschiedenen Kurzzeitinterventionen teilzunehmen und werden bei der Überleitung in passende Behandlungsangebote unterstützt. Tatsächlich konnten in einer Modellphase bei 66 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine psychische Störung diagnostiziert werden; bei 94 % davon war zum Zeitpunkt der Diagnose keine leitliniengerechte Behandlung gegeben [62].

Dieses Modellprojekt fokussiert zwar auf die Diagnose und Behandlung manifester Störungen, kann aber in seiner Struktur und Funktionsweise auch als Vorbild für die Etablierung entsprechender Präventionsangebote dienen. So könnte Aufgabe von Schnittstellenakteuren sein, Risikofaktoren und Risikopotentiale zu erkennen und die Betroffenen in entsprechende Präventionsangebote weiterzuleiten.

Maßnahmen für Kinder aus psychisch belasteten Familien

Auch Maßnahmen, die sich nicht direkt an Betroffene wenden, sondern deren Umfeld adressieren, können als wichtige systemische Bausteine der Prävention gesehen werden. Vor allem präventive

Angebote und Programme für Kinder aus psychisch belasteten Familien, so die empirische Datenlage, können betroffene Kinder im Sinne von Resilienz stärken und so einen positiven Entwicklungsverlauf begünstigen. Insbesondere vor dem Hintergrund des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes (SGB V § 20ff.) erhalten präventive Programme – besonders in den Settings Kita, (Grund)Schulen und Kommunen – auch ökonomische Unterstützung und gewinnen somit an politischer und pädagogischer Bedeutung für präventive und gesundheitsorientierte Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund analysiert die durch das GKV Bündnis für Gesundheit vorgelegte Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern aus psychisch belasteten Familien die in einschlägigen Datenbanken gelisteten Interventionen und bewertet diese unter anderem anhand der Kriterien aus dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands. Die Rechercheergebnisse werden abschließend in zentrale Empfehlungen verdichtet.

4.5.5 Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen zur Prävention depressiver Symptomatik und depressiver Störungen

Auf Basis des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch Institut und den in der Literatur bekannten Forschungsergebnissen zur Prävention von Depression im Allgemeinen empfehlen sich für Deutschland die folgenden Maßnahmen:

- die Weiterentwicklung und Ergänzung bestehender Informations- und Entstigmatisierungsmaßnahmen auf bundesweiter Ebene, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten.
- die Weiterentwicklung von Settingmaßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten. Der Zugang zur Allgemeinbevölkerung lässt sich insbesondere über das Setting Arbeitswelt realisieren.
- die Weiterentwicklung internetbasierter Selbstmanagementangebote zur Prävention depressiver Störungen. Diesen Angeboten kommt aufgrund der skalierbaren und kostengünstigen Bereitstellung eine wachsende Bedeutung zu. Es besteht weiterer Forschungsbedarf.
- die Entwicklung von Settingmaßnahmen, die sich an Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Risiko bzw. Risikopotenzial für Depressionen richten. Zugangsmöglichkeiten bieten vor allem die Settings des medizinischen Versorgungssystems und der Kommune an. Innerhalb dieser Settings empfehlen



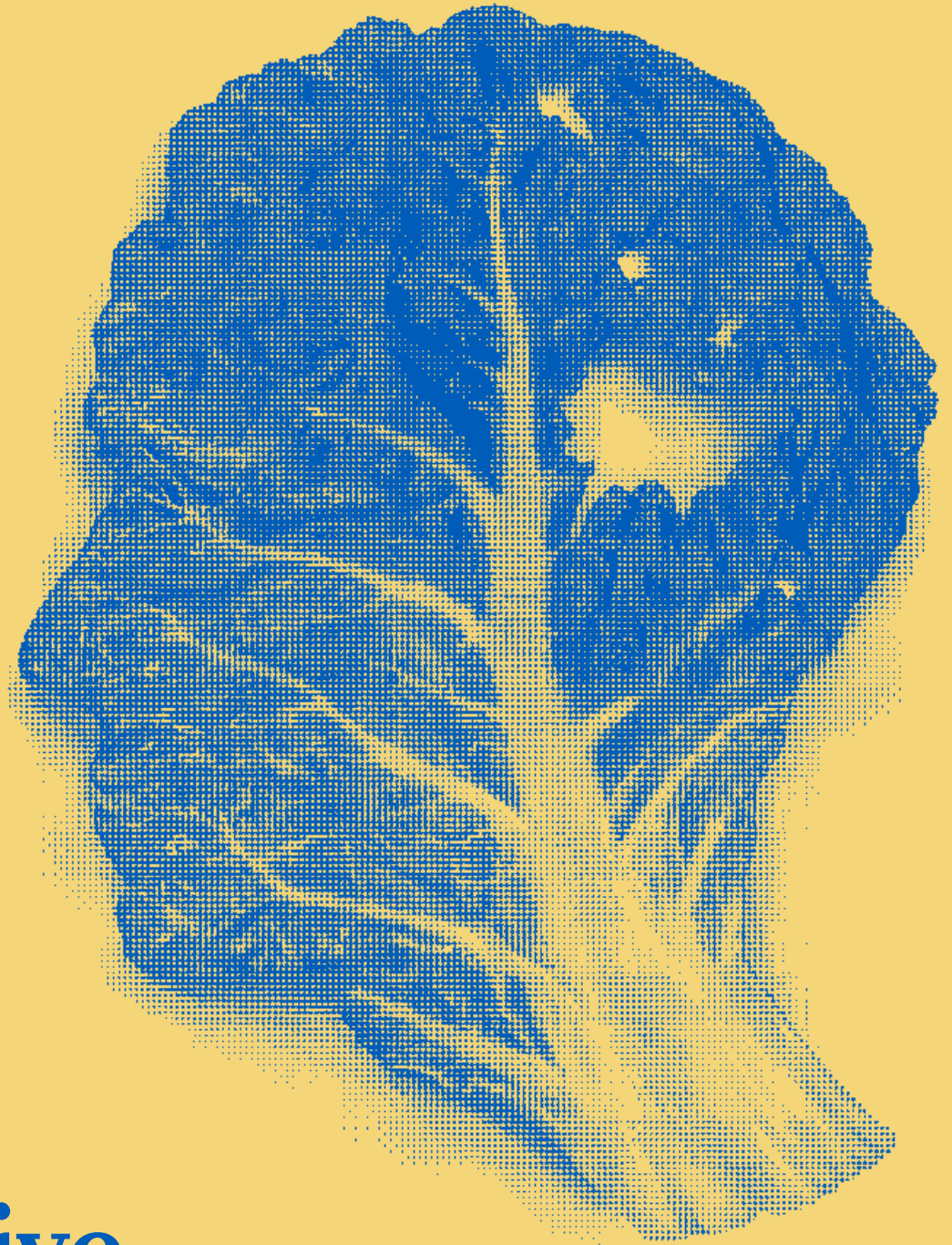
sich vor allem die Einrichtung struktureller Unterstützungsangebote und die Einrichtung lebensweltspezifischer Präventionsangebote. Um die Voraussetzung für die nachhaltige Einrichtung dieser Maßnahmen-typen zu schaffen, wird zudem empfohlen, die not-

wendige personelle und finanzielle Ausstattung der relevanten Akteure sicherzustellen.

- 1 Stiftung Deutsche Depression Hilfe (2018) *Deutschland Barometer Depression*. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/downloads>
- 2 Clement S, Lassman F, Barley E et al. (2013) *Mass media interventions for reducing mental health-related stigma*. *Cochrane Database Syst Rev* (7):CD009453
- 3 Thornicroft G, Mehta N, Clement S et al. (2016) *Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination*. *The Lancet* 387(10023):1123–1132
- 4 Modini M, Joyce S, Mykletun A et al. (2016) *The mental health benefits of employment: results of a systematic meta-review*. *Australas Psychiatry* 24(4):331–336
- 5 Zuelke AE, Luck T, Schroeter ML et al. (2018) *The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study*. *J Affect Disord* 235:399–406
- 6 Rothe I, Adolph L, Beermann B et al. (2017) *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt- Wissenschaftliche Standortbestimmung*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- 7 OECD (2016) *Mental Health and Work*. <http://www.oecd.org/employment/mental-health-and-work.htm> (Stand: 23.02.2021)
- 8 DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe *Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression-versorgungsleitlinien.de (Stand: 23.02.2021)
- 9 Gallegos-Carrillo K, Flores YN, Denova-Gutierrez E et al. (2013) *Physical activity and reduced risk of depression: results of a longitudinal study of Mexican adults*. *Health Psychol* 32(6):609–615
- 10 Takács J (2014) *Rendszerez fizikai aktivitás és mentális egészség. A tesztmozgás szerepe a depresszió megelőzésében és kezelésében*. *Psychiatr Hung* 29(4):386–397
- 11 Mammen G, Faulkner G (2013) *Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies*. *Am J Prev Med* 45(5):649–657
- 12 McPhie ML, Rawana JS (2012) *Unravelling the relation between physical activity, self-esteem and depressive symptoms among early and late adolescents: a mediation analysis*. *Ment Health Phys Act* 5(1):43–49
- 13 Hofer K, Moser-Siegmeth V (2010) *Soziale Isolation älterer Menschen: Ursachen, Folgen und technische Lösungsansätze*. <http://www.riteskreuz.at>
- 14 Luhmann M, Hawkey LC (2016) *Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age*. *Dev Psychol* 52(6):943–959
- 15 Schwarzbach M, Luppá M, Hansen H et al. (2014) *A comparison of GP and GDS diagnosis of depression in late life among multimorbid patients – results of the MultiCare study*. *J Affect Disord* 168:276–283
- 16 Stice E, Rohde P, Gau J et al. (2011) *Relation of depression to perceived social support: results from a randomized adolescent depression prevention trial*. *Behav Res Ther* 49(5):361–366
- 17 Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC et al. (2011) *A meta-analysis of interventions to reduce loneliness*. *Pers Soc Psychol Rev* 15(3):219–266
- 18 Cohen-Mansfield J, Perach R (2015) *Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review*. *Am J Health Promot* 29(3):e109–125
- 19 Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ et al. (2011) *Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review*. *BMC public health* 11:647
- 20 Mead N, Lester H, Chew-Graham C et al. (2010) *Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis*. *Br J Psychiatry* 196(2):96–101
- 21 Siegrist J (2002) *Soziales Kapital und Gesundheit*. *Das Gesundheitswesen* 64(4):189–192
- 22 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) *Mehrgenerationenhäuser*. www.mehrgenerationenhaeuser.de/ (Stand: 23.02.2021)
- 23 Joyce S, Modini M, Christensen H et al. (2016) *Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review*. *Psychol Med* 46(4):683–697
- 24 Pospos S, Young IT, Downs N et al. (2017) *Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression, and suicidality among healthcare students and professionals: a systematic review*. *Acad Psychiatry*
- 25 Tan L, Wang M-J, Modini M et al. (2014) *Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace*. *BMC medicine* 12:74
- 26 Matcham F, Rayner L, Hutton J et al. (2014) *Self-help interventions for symptoms of depression, anxiety and psychological distress in patients with physical illnesses: a systematic review and meta-analysis*. *Clin Psychol Rev* 34(2):141–157
- 27 Löbner M, Pabst A, Stein J et al. (2018) *Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: a pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv)*. *J Affect Disord* 238:317–326
- 28 Paganini S, Teigelkötter W, Buntrock C et al. (2018) *Economic evaluations of internet- and mobile-based interventions for the treatment and prevention of depression: a systematic review*. *J Affect Disord* 225:733–755
- 29 Stein J, Röhr S, Luck T et al. (2018) *Indikationen und Evidenz von international entwickelten Online-Coaches zur Intervention bei psychischen Erkrankungen – ein Meta-Review*. *Psychiatr Prax* 45(1):7–15
- 30 Mendelson T, Eaton WW (2018) *Recent advances in the prevention of mental disorders*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53(4):325–339
- 31 Brown KW, Ryan RM (2003) *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. *J Pers Soc Psychol* 84(4):822–848
- 32 Goyal M, Singh S, Sibinga EMS et al. (2014) *Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis*. *JAMA Intern Med* 174(3):357–368
- 33 Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA et al. (2010) *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review*. *J Consult Clin Psychol* 78(2):169–183
- 34 Dietrich S, Mergl R, Freudenberg P et al. (2010) *Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression*. *Health Educ Res* 25(1):135–150
- 35 Hui A, Wong PW, Fu KW (2015) *Evaluation of an online campaign for promoting help-seeking attitudes for depression using a facebook advertisement: an online randomized controlled experiment*. *JMIR Ment Health* 2(1):e5
- 36 World Health Organization (2017) *“Depression: let’s talk” says WHO, as depression tops list of causes of ill health*. *Saudi Medical Journal* 38(5):565
- 37 Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G et al. (2010) *Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008*. *Aust N Z J Psychiatry* 44(10):901–910
- 38 Link BG, Phelan JC (2006) *Stigma and its public health implications*. *The Lancet* 367(9509):528–529
- 39 Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2013) *Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades*. *Br J Psychiatry* 203(2):146–151
- 40 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(6):440–452
- 41 Wittchen HU, Müller N, Schmidt-Kunz B et al. (2000) *Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“*. *Fortschr Med* 118(Supplement 1):4–10

- 42 Sibitz I, Friedrich ME, Unger A et al. (2013) *Internalisiertes Stigma bei Schizophrenie: Validierung der deutschen Version der Internalized Stigma of Mental Illness-Skala (ISMI)*. Psychiatr Prax 40(02):83–91
- 43 Gausgruber A, Schöny W, Gausgruber-Berner R et al. (2009) „Schizophrenie hat viele Gesichter“ – Evaluierung der österreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000–2002. Psychiatr Prax 36(07):327–333
- 44 Sampogna G, Bakolis I, Evans-Lacko S et al. (2017) *The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009–2014 Time to Change programme*. Eur Psychiatry 40:116–122
- 45 Büchter RB, Messer M (2017) *Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials*. Ger Med Sci 15
- 46 Berger T, Hammerli K, Gubser N et al. (2011) *Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help*. Cogn Behav Ther 40(4):251–266
- 47 Karasek RA (1979) *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*. Adm Sci Q 24(2):285
- 48 Meyer B, Berger T, Caspar F et al. (2009) *Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial*. J Med Internet Res 11(2):e15
- 49 Moritz S, Schilling L, Hauschildt M et al. (2012) *A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression*. Behav Res Ther 50(7–8):513–521
- 50 Rau R (2015) *iga-Report 31: Risikobereiche für psychische Belastungen. Initiative Gesundheit und Arbeit, Berlin*. www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-31/
- 51 BKK Dachverband (2019) *BKK Gesundheitsreport*, Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) *BKK Gesundheitsreport 2019*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2019. www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2019/BKK_Gesundheitsreport_2019_eBook.pdf
- 52 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) *Gefährdungsbeurteilung*. www.baua.de
- 53 Lakkis NA, Mahmassani DM (2015) *Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians*. Postgrad Med 127(1):99–106
- 54 Romera I, Montejo ÁL, Aragonés E et al. (2013) *Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized trial*. BMC psychiatry 13:83
- 55 Dielmann-von Berg J (2018) *IQWiG sieht keinen Vorteil von Depressions-Screening durch Hausärzte*. Der HausarztDigital HA 08/18
- 56 Dielmann-von Berg J (2018) *Screening-Nutzen für IQWiG unklar*. Der HausarztDigital HA 17/18
- 57 Gerst-Emerson K, Jayawardhana J (2015) *Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults*. Am J Public Health 105(5):1013–1019
- 58 Nationales Suizid Präventions Programm Deutschland (NaSPro) *Suizidprävention ist möglich*. www.suizidpraevention-deutschland.de
- 59 Franz M (2014) *wir2: Bindungstraining für Alleinerziehende*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- 60 Brugha TS, Morrell CJ, Slade P et al. (2011) *Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care*. Psychol Med 41(4):739–748
- 61 World Health Organization (2002) *Active ageing: a policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- 62 Pfeil S, Holtz K, Tiefensee J et al. (2013) *Hilfe für psychisch kranke Langzeitarbeitslose*. Nervenheilkunde 32(08):592–594

5



Kognitive Leistungsfähigkeit

IM ÜBERBLICK

1 Kognitive Fähigkeiten verändern sich über die Altersspanne: Fähigkeiten der kognitiven Mechanik fallen mit höherem Alter im Durchschnitt geringer aus, Fähigkeiten der kognitiven Pragmatik nehmen hingegen zu.

2 Subjektive Gedächtnisverschlechterungen steigen über die Altersspanne an und es sinken gleichzeitig damit verbundene Sorgen. Frauen und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) berichten häufiger Sorgen um wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen als Männer und Personen mit höherem SES.

3 Die Sorge um subjektive Gedächtnisverschlechterungen erwies sich als relevanter Prädiktor für verringerte kognitive Leistungen, unabhängig von Geschlecht, SES oder Alter.

4 Kognitive Fähigkeiten sind bei **Personen mit Depression** nur in

geringem Umfang und für kurze Zeit beeinträchtigt. Hingegen bleiben ein erhöhtes Maß an wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundenen Sorgen über längere Zeit bestehen.

5 Leistungen der kognitiven Mechanik und Pragmatik fallen bei Personen mit ärztlich **diagnostiziertem** Diabetes mellitus niedriger aus als bei Personen ohne ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus.

6 Bei regelmäßiger sportlicher Aktivität, gesunder Ernährung, hoher sozialer Unterstützung und wenig chronischem Stress zeigt sich eine bessere kognitive Leistungsfähigkeit, unabhängig vom Alter, Geschlecht oder SES. Personen ab 60 Jahren können besonders von einer hohen sozialen Unterstützung und gesunder Ernährung profitieren.

7 Hohe soziale Unterstützung sowie wenig **chronischer Stress** sind mit

niedrigen subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundenen Sorgen assoziiert. Erwachsene zwischen 40 und 59 Jahren mit einem niedrigen Einkommen und einem hohen Maß an Stressbelastungen stellen eine Risikogruppe für sich frühzeitig manifestierende Einbußen in der kognitiven Leistung dar.

8 Eine gemeinsame Betrachtung von Risiko- und Schutzfaktoren verdeutlicht das Potential, gesundes kognitives Altern zum Beispiel durch sportliche Aktivität und soziale Unterstützung zu fördern.

9 Bei niedriger kognitiver Leistungsfähigkeit und wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen ist unabhängig vom Geschlecht, SES oder Alter, die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** reduziert. Dieser negative Zusammenhang zeigt sich besonders ausgeprägt für Personen ab 60 Jahren mit wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen.

Kognitive Leistungsfähigkeit repräsentiert eine grundlegende Voraussetzung für einen selbständigen und aktiv an der Gesellschaft teilhabenden Lebensstil [1–4]. Die Entwicklung und der Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit sind daher nicht nur ein individuelles Ziel, sondern haben ebenfalls einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung und der Anzahl von Personen im hohen Erwachsenenalter in der Bevölkerung Deutschlands, ist die Frage nach Förderpotentialen für den Erhalt von kognitiver Leistungsfähigkeit und Produktivität bis ins hohe Alter stärker in den Fokus gerückt [5–7]. Ein gegenwärtiges Ziel der Public Mental Health Forschung am Robert Koch-Institut (RKI) liegt folglich darin, Unterschiede in der kognitiven Leistung über die Altersspanne hinweg zu untersuchen sowie potentielle Risiko- und Schutzfaktoren in verschiedenen Lebensphasen zu identifizieren. Hierfür werden neben wesentlichen individuellen und sozialen Faktoren (z. B. Alter, sozioökonomischer Status), ausgewählte

Aspekte der Lebensführung (z. B. sportliche Aktivität, chronischer Stress) sowie Erkrankungen (Depression, Diabetes mellitus) berücksichtigt, die in der Vergangenheit bereits mit der kognitiven Leistungsfähigkeit assoziiert wurden [8–10]. Insbesondere risikohafte Aspekte der Lebensführung und Erkrankungen sind aufgrund ihrer potentiellen negativen Folgen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von hoher Bedeutung für die Allgemeinbevölkerung. Aufbauend auf den vorliegenden Erkenntnissen soll auf Förderbedarfe und -möglichkeiten im Verlauf des Erwachsenenalters hingewiesen und die Entwicklung von Förderkonzepten angeregt werden. Darüber hinaus liefern die Ergebnisse wertvolle Hinweise zur Minderung des Risikos, kognitive Beeinträchtigungen (z. B. durch Demenzerkrankungen) zu entwickeln. Personengruppen, die bereits eine neurologisch-degenerative Erkrankung aufweisen, erfordern jedoch besondere Handlungs- und Versorgungsbedarfe und werden daher in diesem Beitrag nicht berücksichtigt.

Datenbasis und Definitionen



Für die Auswertungen zur kognitiven Leistungsfähigkeit werden die Daten von $N=3.667$ Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren ($n=1.894$ Frauen, $n=1.773$ Männer) herangezogen, die sowohl an der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) sowie an dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1 2009–2012) Befragung teilgenommen haben und im Rahmen von DEGS1-MH eine neuropsychologische Testbatterie bearbeitet haben. Für Untersuchungen zum chronischen Stress wird eine Teilstichprobe von $N=2.626$ Personen ($n=1.416$ Frauen, $n=1.210$ Männer) im Alter von 18 bis 64 Jahren berücksichtigt, die zusätzlich ein standardisiertes Inventar zur differenzierten Diagnostik verschiedener Facetten von chronischem Stress beantwortet haben.

Zur Beschreibung kognitiver Leistungsfähigkeit wird im vorliegenden Beitrag zwischen den beiden Fähigkeitsbereichen der kognitiven Mechanik und Pragmatik unterschieden [11]. Diese Unterscheidung repräsentiert eine Weiterentwicklung des von Horn und Cattell (1966, 1967) entwickelten Konzepts einer fluiden (mechanische Komponente) und einer kristallinen (pragmatische Komponente) Intelligenz [12, 13]. Unter dem Begriff der kognitiven Mechanik werden biologisch vorgeprägte Fähigkeiten, wie die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, zusammengefasst. Darüber hinaus gehören zu der mechanischen Komponente kognitiver Leistung basale Fähigkeiten des Wahrnehmens und Erinnerns. Die kognitive Pragmatik beschreibt sozio-kulturell erlernte Aspekte der Intelligenz, wie den Wortschatz. Zur pragmatischen Komponente zählen des Weiteren berufliche Fertigkeiten und Strategien der Lebensbewältigung [11]. Oftmals wird eine Analogie der „Hardware“ und „Software“ des Gehirns verwendet, um die Unterschiede aber auch das Zusammenwirken der mechanischen und pragmatischen Komponente zu veranschaulichen: ohne mechanische Fähigkeiten des Speicherns und Erinnerns können beispielsweise keine kulturell erlernten Informationen abgerufen oder Strategien angewandt werden; wird die Hardware nicht gewartet und gepflegt, so nutzt sie sich ab und bietet zum Beispiel nicht mehr genügend Speicherplatz für neu erlerntes Wissen oder es geht Wissen verloren [11].

Tabelle 5.1 zeigt die im Rahmen von DEGS1-MH erhobenen und für den vorliegenden Bericht ausgewerteten Maße zur Feststellung kognitiver Leistungsfähigkeit im Überblick. Insgesamt wurden im Rahmen dieser neuropsychologischen Testbatterie Fähigkeiten beider Komponenten, der kognitiven Mechanik als auch Pragmatik, mithilfe von acht Einzeltests untersucht. Unter Berücksichtigung psychometrischer Kriterien der Reliabilität, Validität und ökonomischer Umsetzbarkeit wurden für den Bereich der kognitiven Mechanik Aufgaben zum Feststellen der Leistungen des Arbeits- und Kurzzeitgedächtnisses, der Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und Wortflüssigkeit verwendet [14, 15]. Für den Bereich der kognitiven Pragmatik wurde ein etablierter Wortschatz-Test verwendet.

Die einzelnen Aufgaben zur kognitiven Mechanik werden zu zwei sich sinnvoll voneinander abgrenzbaren Faktoren zusammengefasst: den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis (Tabelle 5.1). Diese Zusammenfassung zu zwei übergeordneten Faktoren basiert auf dem dimensionsreduzierenden Verfahren der Faktorenanalyse [21] und bestätigt die gefundene Faktorenstruktur kognitiver Leistungen aus einer vergleichbaren bevölkerungsrepräsentativen Befragung in den Niederlanden [22]. Die im Folgenden berichteten Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis

nis werden entsprechend über die Ergebnisse der jeweiligen Einzeltests gemittelt und in einem standardisierten Wert zusammengefasst. Dabei repräsentiert ein Wert von 0 den Durchschnitt aller an der Befragung teilgenommenen Personen und positive Werte (> 0) repräsentieren eine über diesem Gesamtdurchschnitt liegende Leistung sowie negative Werte (< 0) eine Leistung unter dem Gesamtdurchschnitt.

Zusätzlich zu den objektiv messbaren kognitiven Leistungen wurden subjektive Einschätzungen zu den eigenen Gedächtnisleistungen („Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?“, ja/nein) sowie die im Falle von wahrgenommenen Gedäch-

nisverschlechterungen erlebten Sorgen („Macht Ihnen das Sorgen?“, ja/nein) erfasst. Diese subjektiven Angaben stellen eine sinnvolle Ergänzung dar, da so ein Vergleich zu den objektiv messbaren Leistungen gezogen sowie Hinweise auf die Bedeutung kognitiver Leistungsfähigkeit in verschiedenen Personen- und Altersgruppen ermittelt werden kann. Die Darstellung der Häufigkeiten wahrgenommener Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundene Sorgen erfolgt in Häufigkeiten zwischen 0 % und 100 %. Die Häufigkeit von Sorgen beziehen sich lediglich auf die Anzahl derjenigen Personen, die Gedächtnisverschlechterungen wahrgenommen haben.

 TABELLE 5.1

Übersicht: Neuropsychologische Testbatterie aus DEGS1-MH

FÄHIGKEITSBEREICHE	INSTRUMENT	BESCHREIBUNG
Kognitive Mechanik		
Exekutive Funktionen	Zahlenreihen rückwärts (WAIS-III; [16])	Wiederholen von einer länger werdenden Anreihung von Zahlen in umgekehrter Reihenfolge.
	Zahlenverbindungs-Test (TMT; [17])	Auf einem Blatt Papier sollen zufällig aneinandergereihte Zahlen so schnell wie möglich in richtiger Reihenfolge miteinander verbunden werden.
	Buchstaben-Substitutions-Test (LDST; [18])	Innerhalb von 60 Sekunden sollen der Reihe nach so viele Buchstaben vorgegebenen Zahlen zugeordnet werden wie möglich.
	Wortflüssigkeits-Test (CERAD; [19])	Innerhalb von 60 Sekunden sollen zu einem genannten Oberbegriff so viele passende Unterbegriffe wie möglich aufgezählt werden.
Episodisches Gedächtnis	Wortlisten-Test (CERAD; [19])	10 Wörter sollen zunächst vorgelesen und danach aus dem Gedächtnis abgerufen werden (a) unmittelbar danach und (b) 10 Minuten später.
Kognitive Pragmatik		
Wortschatz	Mehrfachauswahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B; [20])	Aus einer Liste mit jeweils fünf ähnlichen Wörtern pro Reihe soll das eine tatsächlich existente Wort ausgewählt werden

Kognitive Leistungsfähigkeit im Altersverlauf



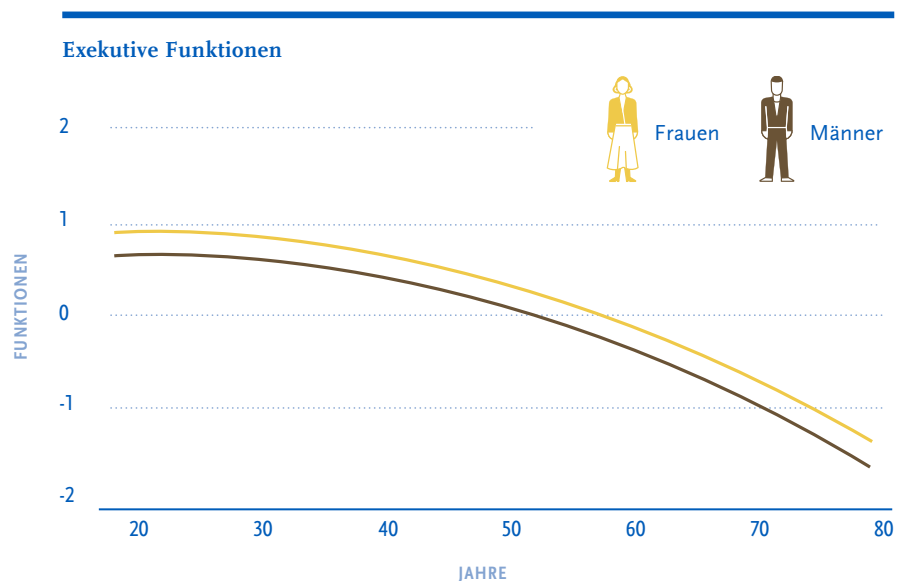
In der Gesamtschau über mehrere Studien mit verschiedenen Populationen hinweg, zeigen sich wiederholt Unterschiede in der kognitiven Leistungsfähigkeit über die Altersspanne [23–26]. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit zunehmendem Alter sowohl Verluste als auch Gewinne in verschiedenen Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit zu verzeichnen sind. Im Einklang mit diesen Befunden zeigt sich in DEGS1-MH mit zunehmendem Alter eine verringerte Leistung in der kognitiven Mechanik (exekutive Funktionen, episodisches Gedächtnis), während Leistungen der kognitiven Pragmatik im Durchschnitt (Wortschatz) ansteigen (Abbildung 5.1).

Verschiedene Fähigkeiten der kognitiven Mechanik scheinen bereits frühzeitig im Altersverlauf ein Leistungsmaximum zu erreichen. In einer umfassenden amerikanischen Studie war die Leistung des

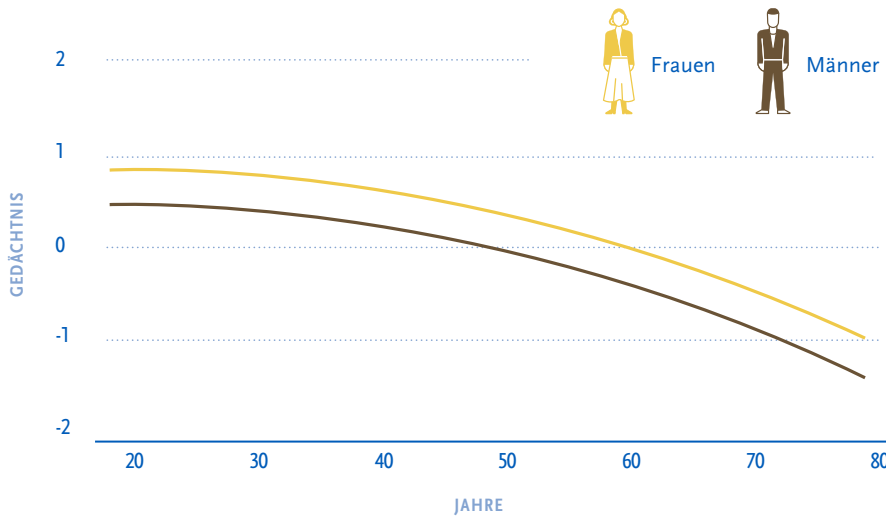
Arbeitsgedächtnisses im Alter von 25 Jahren durchschnittlich am höchsten, während die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses bereits vor dem 20. Lebensjahr ein Maximum erreichte [24]. Allerdings ist zu beachten, dass die Abnahme in den Leistungen der kognitiven Mechanik generell bis zum Alter von 60 Jahren relativ gering ausfällt und erst ab einem Alter von 60 Jahren deutlichere Veränderungen feststellbar sind [27]. Auf angereichertem Wissen beruhende Fähigkeiten der kognitiven Pragmatik, wie zum Beispiel das Allgemeinwissen oder der Wortschatz, erreichen hingegen durchschnittlich im Alter von 50 Jahren ein Leistungsmaximum und bleiben oftmals auch darüber hinaus relativ stabil [24, 26]. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen diese Befunde und zeigen für die kognitive Mechanik durchschnittliche Höchstleistungen im Altersbereich zwischen 20 und 30 Jahren sowie eine Abnahme unter den

ABBILDUNG 5.1 A, B, C

Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen, (b) dem episodischen Gedächtnis und (c) dem Wortschatz im Altersverlauf (z-standardisierte Werte), getrennt für Frauen und Männer, DEGS1-MH

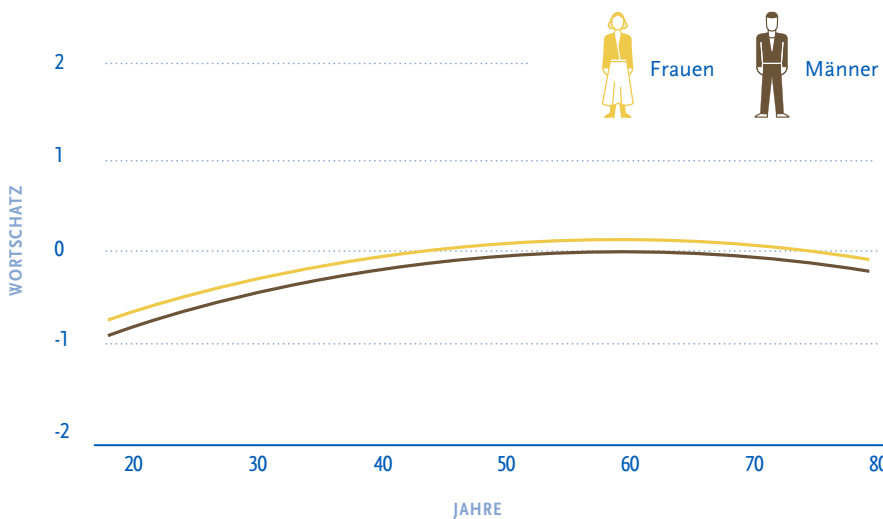


Episodisches Gedächtnis



Anmerkungen Darstellung der Regressionsgeraden. Der lineare sowie der quadrierte Altersterm waren signifikante Prädiktoren für alle Bereiche kognitiver Leistung mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von SES und Geschlecht. Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Dummy kodiert) waren für alle Bereiche kognitiver Leistung signifikant mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$.

Wortschatz im Altersverlauf



Leistungsdurchschnitt ab einem Alter von ca. 60 Jahren. Leistungen der kognitiven Pragmatik erreichen hingegen ein Leistungsmaximum im Altersbereich zwischen 50 und 60 Jahren und bleiben auch bei Personen über 60 Jahren im Durchschnitt relativ stabil (Abbildung 5.1).

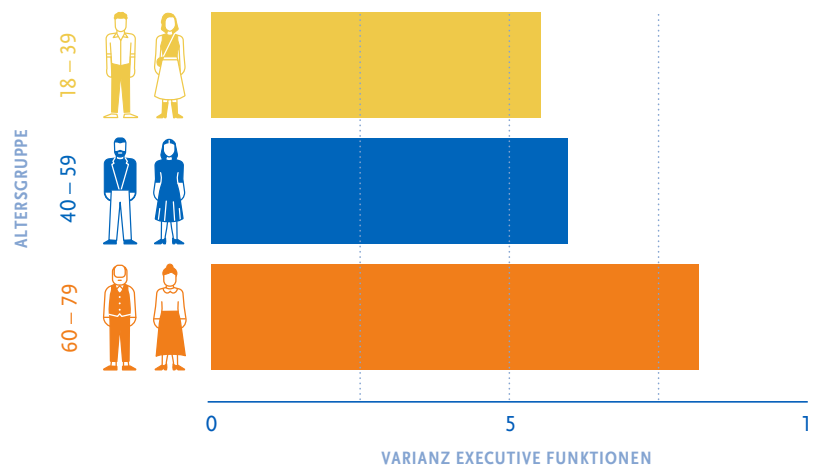
Erklärungen für altersbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten werden auf ein Zusammenwirken sowohl struktureller als auch funktionaler Aspekte zurückgeführt. Diverse Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass bestimmte Hirnareale (z. B. präfrontaler Kortex) vergleichsweise früh von altersbedingten anatomischen und chemischen Veränderungen betroffen und mit bestimmten Leistungen der kognitiven Mechanik, insbesondere mit den exekutiven Funktionen und dem strategischen episodischen Gedächtnis, assoziiert sind [28]. So gelingt beispielsweise das Wiedererkennen von be-

stimmten Personen, Orten oder Handlungen (nicht-strategisches episodisches Gedächtnis) im hohen Alter vergleichsweise gut, während sich das freie Erinnern (strategisches episodisches Gedächtnis) verschlechtert. Hierbei ist ebenfalls zu beachten, dass Leistungsverringerungen in der kognitiven Mechanik in routinierten Alltagssituationen nicht unbedingt evident werden, sondern vornehmlich in unbekannten Situationen oder in Verbindung mit hohem Zeitdruck [29]. Die vorliegenden Ergebnisse bilden dementsprechend einen exemplarischen Teilbereich grundlegender Gedächtnisfunktionen, wie die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit und -flüssigkeit sowie strategische Aspekte des episodischen Gedächtnisses ab. Ein Transfer auf Alltagssituationen ist nicht ohne weiteres möglich.

Wie andere Ergebnisse zeigen, können ältere Personen aufbauend auf ihrer Erfahrung und ihrem

Wissen Einbußen in der kognitiven Leistung kompensieren, sodass sie sich nicht zwangsläufig in ihrer Leistung von jüngeren Personen unterscheiden [30]. Eine mögliche Erklärung liefert das Modell zur Selektiven Optimierung mit Kompensation [31]. Ihm zufolge können altersabhängige Funktionsverluste zwar nicht vollständig kompensiert, jedoch minimiert werden und gleichzeitig können Leistungsgewinne in anderen, persönlich bedeutsamen Bereichen, maximiert werden. Als Resultat bleiben proaktiv gesteuerte Leistungen langfristig auf einem akzeptablen Niveau, indem auf soziale oder ökologische Ressourcen zurückgegriffen oder adaptive Verhaltensweisen entwickelt werden [32]. Oftmals werden hohe Leistungen älterer Personen durch die Anwendung von Strategien erreicht, die sich in der persönlichen Vergangenheit als effizient herausgestellt haben [33]. Die vorliegenden Daten deuten ebenfalls darauf hin, dass trotz der durchschnittlichen altersbedingten Unterschiede, die Varianz in den Leistungen der kognitiven Mechanik bei älteren Erwachsenen (60 bis 79 Jahre) höher ist als die von jüngeren (18 bis 39 Jahre) und mittelalten Erwachsenen (40 bis 59 Jahre) (Abbildung 5.2). Während die Streuung um den Mittelwert bei Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren in den exekutiven Funktionen bei $SD = 0,86$ Skalenpunkten liegt (episodisches Gedächtnis $SD = 0,93$), ist die Streuung der 18 bis 39-jährigen Personen mit $SD = 0,63$ (episodisches Gedächtnis $SD = 0,69$) und die der 40 bis 59-jährigen Personen mit $SD = 0,68$ Skalenpunkten (episodisches Gedächtnis $SD = 0,78$) geringer. Vergleicht man also die interindividuellen Unterschiede in der durchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit von Personen verschiedenen Alters im Querschnitt, so kann es teilweise zu Fehleinschätzungen altersbedingter Veränderungen kommen, da manche ältere Personen über und andere unter dem Durchschnitt liegen und die intraindividuelle Veränderung nicht berücksichtigt werden kann [26]. Gleichzeitig wird anhand dieser hohen Varianz in der kognitiven Leistungsfähigkeit das Potential für Präventions- und Interventionsmaßnahmen deutlich. Im Einklang mit diesen Befunden verzeichnen einige Interventionsstudien mit kognitiven Trainings bereits Erfolge darin, altersbedingten Einbußen in bestimmten kognitiven Fähigkeiten entgegenzuwirken [33–35]. Die langfristige Implementierung effektiver kognitiver Trainingsaspekte in den Alltag von Personen repräsentiert folglich ein mögliches Public Health Ziel.

A – Exekutive Funktionen (alterszentriert)



B – Episodisches Gedächtnis (alterszentriert)

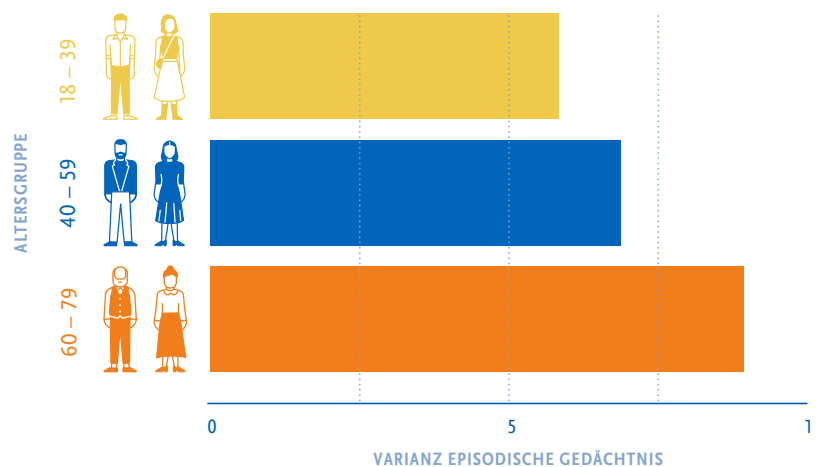


ABBILDUNG 5.2 A UND B

Varianz (Streuung um den Mittelwert, Standardabweichung) in den Leistungen (a) der exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis getrennt nach Altersgruppe

Anmerkungen Darstellung der mittleren Standardabweichung nach Altersgruppe. Ältere Erwachsene (60–79 Jahre) unterscheiden sich von mittelalten (40–59 Jahre) und jüngeren Erwachsenen (18–39 Jahre) signifikant in der Varianz der Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht und SES.

Unterschiede nach Geschlecht und sozioökonomischem Status



Zusätzlich zum Alter erweisen sich das Geschlecht sowie der sozioökonomische Status (SES) von Personen als wesentliche Faktoren für die Identifikation von kognitiven Leistungsunterschieden. Tabelle 5.2 fasst die durchschnittlichen Leistungen in der kognitiven Mechanik und Pragmatik getrennt für Personen verschiedenen Geschlechts, SES und Alters für die vorliegenden Daten zusammen.

Frauen zeigen bis ins hohe Erwachsenenalter bessere Leistungen in den Bereichen der kognitiven Mechanik im Vergleich zu Männern (Abbildung 5.1a und 5.1b). Dieser Befund kann im Zusammenhang mit der verwendeten neuropsychologischen Testbatterie gedeutet werden: Es dominieren Tests aus den Bereichen kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit und Wiedererinnern sowie insgesamt solche mit einem hohen verbalen Anteil. Aus früheren Studien ist bekannt, dass Frauen im Vergleich zu Männern durchschnittlich höhere Fähigkeiten in diesen Bereichen aufweisen [36–38]. Dies zeigt sich ebenfalls in den besseren Leistungen von Frauen im Vergleich zu Männern bei der mit dem Wortschatztest erfassten kognitiven Pragmatik (Abbildung 5.1c). Die gefundenen Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der verwendeten neuropsychologischen Testbatterie sollten folglich in zukünftigen Studien eine weitere Beobachtung und Berücksichtigung erfahren. Ergebnisse aus längsschnittlichen Studien weisen darauf hin, dass – trotz der gefundenen Leistungsunterschiede – alters-

bedingte Veränderungen bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten sind [39].

Ein höherer SES ist mit höheren Fähigkeiten in allen Bereichen kognitiver Leistung assoziiert. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studienergebnissen, die einen Zusammenhang zwischen SES und exekutiven Funktionen sowie verbaler Intelligenz aufzeigen [40]. Die Frage ob und inwiefern der SES die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten kausal beeinflusst, ist jedoch noch nicht geklärt. Bislang mangelt es an langfristigen Untersuchungen, die Veränderungen des SES im Zusammenhang mit kognitiver Leistung untersuchen [41]. Es wurde in diesem Kontext diskutiert, dass der SES als mehrere Faktoren umfassendes Maß die Untersuchung des Zusammenhangs mit der kognitiven Leistung erschweren könnte. Aus der Public Health Perspektive erscheint es daher sinnvoller zu untersuchen, welche Teilaspekte sich als relevant und gut beeinflussbar erweisen. Teilaspekte wie die Bildung scheinen besser geeignet zu sein, um differenziertere Erklärungen und Ansätze für Interventionen ableiten zu können [41]. Zusammenfassend deuten bisherige Ergebnisse darauf hin, dass Fähigkeiten der kognitiven Pragmatik im Zusammenhang mit dem im Bildungskontext erlernten Wissen stehen und daher ein gezieltes Förderpotential darstellen [42]. Die vorliegenden Befunde untermauern die besondere Bedeutung des Bildungsstatus, insbesondere für den Bereich der kognitiven Pragmatik.

Während 17,4 % der Variabilität in den Leistungen der kognitiven Pragmatik zwischen Personen auf den Bildungsstatus zurückzuführen sind, sind es im Bereich der kognitiven Mechanik 5,0 % bis 7,5 %. Im Vergleich dazu erklärte das Einkommen als weiterer Bestandteil des SES lediglich 4,1 % bis 6,7 % der Variabilität der Leistungen für die kognitive Mechanik und 8,9 % für die Pragmatik.

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)		
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–59	60–79
Exekutive Funktionen	0,21% (0,15 – 0,26)	0,01% (-0,05 – 0,07)	-0,47% (-0,59 – -0,34)	0,16% (0,11 – 0,21)	0,5% (0,45 – 0,56)	0,72% (0,66 – 0,78)	0,24% (0,19 – 0,28)	-0,76% (-0,82 – -0,69)
Episodisches Gedächtnis	0,28% (0,22 – 0,33)	-0,09% (-0,14 – -0,03)	-0,37% (-0,4 – -0,25)	0,14% (0,09 – 0,18)	0,42% (0,34 – 0,49)	0,6% (0,54 – 0,66)	0,19% (0,13 – 0,25)	-0,6% (-0,67 – -0,53)
Wortschatz	-0,12% (-0,19 – -0,05)	-0,22% (-0,30 – -0,14)	-0,87% (-1,00 – -0,74)	-0,15% (-0,20 – -0,09)	0,43% (0,37 – 0,49)	-0,45% (-0,55 – -0,36)	-0,05% (-0,13 – 0,02)	-0,01% (-0,11 – 0,08)
Subjektive Gedächtnisverschlechterungen	50,8% (47,9 – 53,8)	45,9% (42,4 – 49,4)	0,51% (45,7 – 57,1)	0,48% (44,7 – 50,5)	0,48% (43,3 – 51,9)	0,26% (22,5 – 30,4)	0,53% (49,9 – 56,8)	0,66% (63,0 – 69,6)
Sorge um Gedächtnisverschlechterungen	30,4% (26,2 – 34,9)	39,5% (35,7 – 43,3)	41,5% (33,9 – 49,5)	35,2% (32,6 – 42,2)	30,2% (27,4 – 36,3)	38,0% (29,5 – 47,2)	37,3% (32,6 – 42,39)	31,7% (27,4 – 36,3)

 **TABELLE 5.2**

Leistungen in der kognitiven Mechanik (exekutive Funktionen, episodisches Gedächtnis), der kognitiven Pragmatik (Wortschatz) (z-standardisierte Mittelwerte und 95 % - KI) sowie subjektive Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundene Sorgen (mit 95 % - KI) nach Geschlecht, SES und Altersgruppe

Anmerkungen Datenbasis: Substichprobe von N = 3.667 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen haben.

Subjektive Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundene Sorgen



Im Einklang mit den objektiv messbaren Veränderungen in der kognitiven Mechanik, nehmen in höherem Alter subjektiv wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen zu (Abbildung 5.3). Während 19,4 % der jungen Erwachsenen (mit 25 Jahren) Gedächtnisverschlechterungen wahrnehmen, sind es im mittleren Erwachsenenalter (mit 50 Jahren) bereits 48,9 % und im hohen Erwachsenenalter (mit 65 Jahren) dann 62,6 %. Diese Zunahme subjektiver Gedächtnisverschlechterungen findet sich unabhängig vom Geschlecht oder SES.

Allerdings können subjektive Einschätzungen von Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundene Sorgen auch Verzerrungen aufweisen. Derartige Verzerrungen stehen oftmals im Zusammenhang mit einer negativen Trübung der Selbstwahrnehmung, wie es zum Beispiel bei Personen mit Depression oder geringer gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL) festgestellt wurde [43]. Folglich sollten derartige Zusammenhänge möglichst aufgedeckt und bei der Analyse berücksichtigt werden. In den vorliegenden Daten finden sich ebenfalls Hinweise auf Unterschiede in den subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen und den damit verbundenen Sorgen bei Personen mit Depression sowie mit geringer HRQoL, auf die im Folgenden in den Unterkapiteln 5.6 und 5.7 eingegangen wird.

Die vorliegenden Befunde zeigen weiterhin, dass Frauen im Vergleich zu Männern sowie Personen mit niedrigem im Vergleich zu solchen mit hohem SES über die gesamte Altersspanne hinweg häufiger Sor-

gen über wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen berichten (Abbildung 5.3). Diese Ergebnisse können im Kontext anderer Studien interpretiert werden, die generell eine höhere Tendenz zur Sorge bei Frauen im Vergleich zu Männern konstatieren [44, 45]. Hintergründe bezüglich der höheren Sorge um Gedächtnisverschlechterungen bei Frauen oder Personen mit geringerem SES wurden bislang nur rudimentär untersucht. Einiges weist darauf hin, dass die Sorge um Gedächtnisverschlechterungen bei Personen mit niedrigem SES teilweise begründet zu sein scheint, wenn man die tatsächlich verringerten objektiven Leistungen sowie ein erhöhtes Risiko für Demenzerkrankungen berücksichtigt [43, 46]. Die vorliegenden Befunde können diese Tendenzen teilweise bestätigen, da Personen mit verschiedenem SES sowohl Unterschiede in den objektiv gemessenen kognitiven Leistungen zeigen als auch in der Sorge um subjektiv wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen. Worin sich die erhöhte Sorge bei Frauen oder Personen mit niedrigem SES begründet, ob beispielsweise Existenzängste eine erklärende Rolle spielen, lässt sich aufgrund der undifferenzierten Datenlage jedoch nicht beantworten.

Weitere Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen gerade bei Personen mit hoher Bildung aufschlussreich sein könnten [46, 47]. Obwohl die objektiv gemessenen kognitiven Leistungen bei diesen Personen keine Auffälligkeiten zeigten, erwies sich die wahrgenommene Verschlechterung in der Gedächtnis-

nisleistung als valides prognostisches Kriterium für eine später einsetzende Alzheimererkrankung [46, 47]. Warum sich derartige kognitive Beeinträchtigungen noch nicht frühzeitig bei Personen mit hoher Bildung zeigen, ist nicht vollends geklärt. Bisherige Befunde lassen jedoch vermuten, dass sich kognitive Leistungseinbußen bei Personen mit hoher Bildung aufgrund der überdurchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit, die als eine Art Puffer

zu wirken scheint, erst verspätet bemerkbar machen [46]. Zukünftige Forschung könnte somit von einer längsschnittlichen Betrachtung sowohl objektiver als auch subjektiver Maße kognitiver Leistungsfähigkeit und unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit Unterschieden nach Geschlecht, SES oder Bildung profitieren.

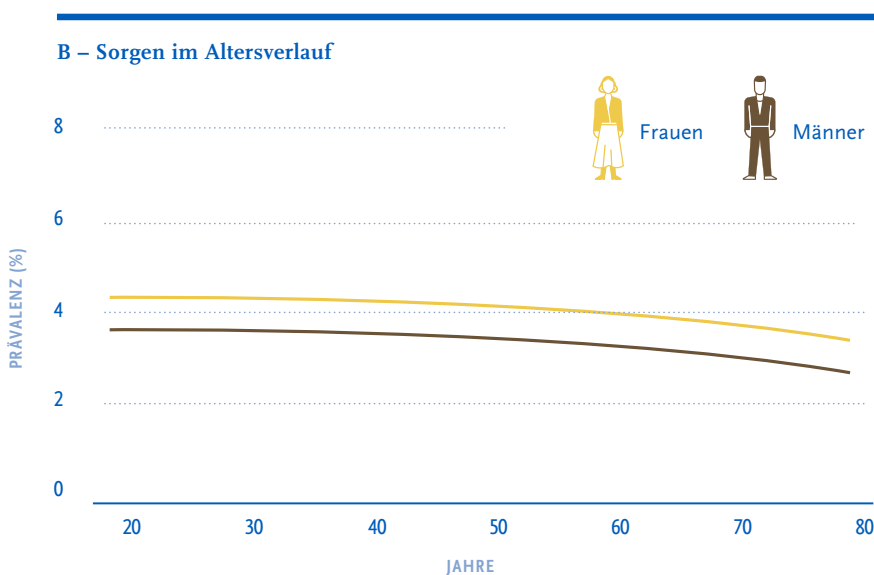
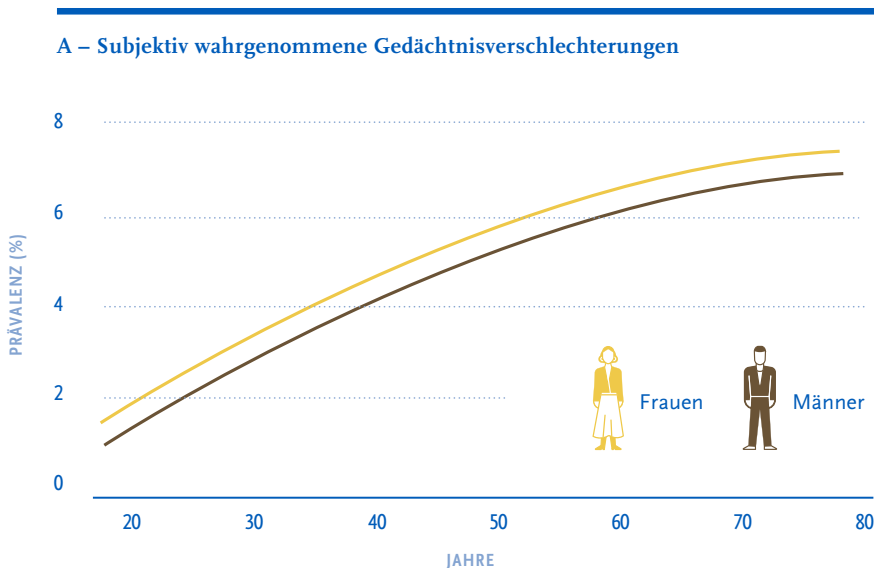


ABBILDUNG 5.3 A UND B

Subjektiv wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen (a) und damit verbundene Sorgen (b) im Altersverlauf, getrennt für Frauen und Männer

Anmerkungen: Darstellung der Regressionsgeraden. Der lineare sowie der quadrierte Altersterm waren signifikante Prädiktoren für die subjektive Wahrnehmung von Gedächtnisverschlechterungen (Dummy kodiert) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von SES und Geschlecht; mit subjektiven Gedächtnisverschlechterungen verbundene Sorgen (Dummy kodiert) unterschieden sich nicht signifikant über die Altersspanne ($p > .05$). Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Dummy kodiert) waren sowohl für subjektive Gedächtnisverschlechterungen als auch für damit verbundene Sorgen signifikant mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$.

Objektive kognitive Leistungsfähigkeit und subjektive Gedächtnisverschlechterungen



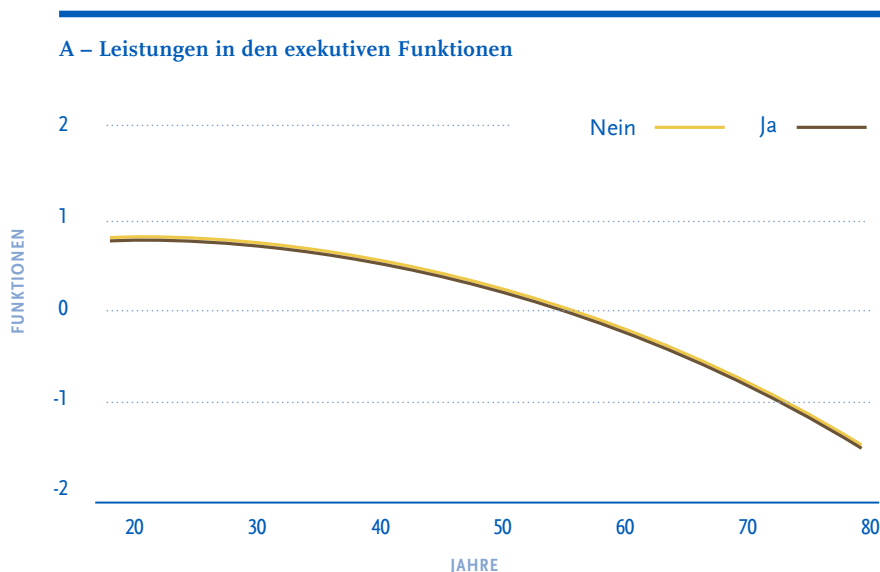
Bei der Betrachtung der objektiven kognitiven Fähigkeiten im Zusammenhang mit subjektiven Gedächtnisverschlechterungen zeigen sich in den vorliegenden Daten keine statistisch bedeutsamen Assoziationen (Abbildung 5.4). Folglich ist davon auszugehen, dass Personen, die subjektiv Gedächtnisverschlechterungen feststellen, nicht zwingend schlechtere Leistungen in der objektiv gemessenen kognitiven Mechanik und Pragmatik aufweisen.

Einzig die Sorge um subjektive Gedächtnisverschlechterungen erwies sich als Prädiktor für geringere Leistungen in den exekutiven Funktionen (Abbildung 5.4). Dieser Befund zeigt sich unabhängig vom Geschlecht, SES oder Alter. Hieraus lässt sich schließen, dass die mit subjektiven Gedächtnisverschlechterungen assoziierten Sorgen einen zusätzlichen

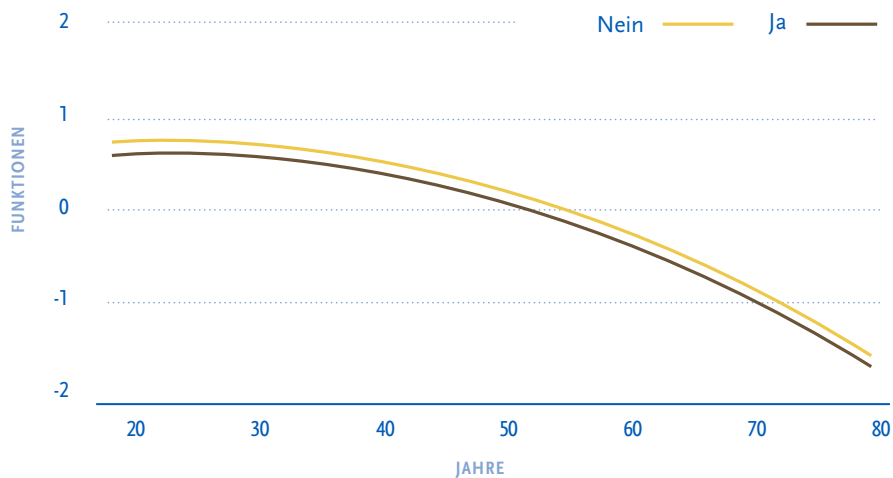
Erklärungswert hinsichtlich tatsächlicher Einbußen in der kognitiven Leistung liefern können. Dementsprechend kann die gleichzeitige Beachtung sowohl objektiver als auch subjektiver kognitiver Leistungsfähigkeit ergänzt, um damit assoziierte Sorgen, zu einer verlässlichen und umfassenden Untersuchung von (altersbedingten) Veränderungen in verschiedenen Personengruppen beitragen.

ABBILDUNG 5.4 A UND B

Leistungen in den exekutiven Funktionen bei Personen mit (a) subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen und (b) damit verbundenen Sorgen (z-standardisierte Mittelwerte)



B – Leistungen in den exekutiven Funktionen



Anmerkungen Darstellung der Regressionsgeraden. Personen mit subjektiven Gedächtnisverschlechterungen (Dummy kodiert) unterschieden sich nicht signifikant von solchen ohne wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen ($p < .05$), während damit verbundene Sorgen (Dummy kodiert) sich signifikant hinsichtlich der Leistungen in den exekutiven Funktionen unterschieden, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

5.6

Risiko- und Schutzfaktoren



Bestimmte Aspekte der Lebensführung können zur Stabilisierung und Verbesserung sowie zur Kompensation von Verlusten der kognitiven Leistungsfähigkeit über die Altersspanne beitragen [23, 26]. Für das Verstehen und Beschreiben der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten über die Spanne des Erwachsenenalters ist daher wesentlich, dass sie nicht pauschalisiert werden kann und neben sinkenden auch stabile oder steigende Verläufe in verschiedenen Fähigkeitsbereichen zu beobachten sind. Diese Varianz in der kognitiven Leistungsfähigkeit liefert Hinweise darauf, wie verschiedene selbst-regulative aber auch sozio-kulturelle oder -strukturelle Faktoren auf den Entwicklungsverlauf Einfluss nehmen können. Modifikationen wie das Erhalten, Reaktivieren oder der Zugewinn von kognitiver Leistungsfähigkeit sind folglich inner-

halb der biologisch bestimmten Weichen möglich [26]. Positive Effekte des Alterns sind unter anderem ein Zugewinn an auf Erfahrung beruhenden effektiven Strategien zur Problembewältigung bzw. -vermeidung, die gleichzeitig zu einem erhöhten Wohlbefinden und positiven emotionalen Erleben beitragen können [48, 49]. Zudem können soziale Ressourcen, wie bedeutsame soziale Beziehungen oder soziale Aktivitäten, sowohl kognitive Prozesse stimulieren als auch einen aktiven selbstbestimmten Lebensstil begünstigen [50]. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Einschränkungen der Mobilität, Aktivität und Autonomie von Personen, die wesentlichen Risiken von altersbedingten Verschlechterungen sowohl in der kognitiven Leistungsfähigkeit als auch in der subjektiven Gesundheit repräsentieren (z. B. [51]).

Vor diesem Hintergrund fokussiert der vorliegende Beitrag im Folgenden zuerst Risiken, die im Zusammenhang mit der kognitiven Leistungsfähigkeit über die Altersspanne des Erwachsenenalters stehen sowie anschließend Schutzfaktoren, die das Potential einer positiven Modifikation von kognitiver Leistungsfähigkeit aufweisen. Basierend auf den bevölkerungsrepräsentativen Daten der Gesundheitssurveys DEGS1 und DEGS1-MH wird aufgezeigt, wie ausgewählte Aspekte des Lebensstils sowie soziale Faktoren (Alter, Geschlecht, SES, chronischer Stress, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, soziale Unterstützung) und Erkrankungen (Depression, Diabetes mellitus) mit der kognitiven Leistungsfähigkeit von Personen verschiedenen Alters assoziiert sind. Die Instrumente zur Erfassung der genannten Risiko- und Schutzfaktoren sind in Kapitel 3.2 dargestellt. Weiterhin wird auf kognitive Leistungsfähigkeit in Verbindung mit der körperlichen und psychischen Komponente gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL) als übergreifendes Konzept und Indikator eines gesunden und zufriedenen Lebens und Alterns eingegangen.

Chronischer Stress

Wenn die durch Stress hervorgerufenen Anforderungen über einen längeren Zeitraum hinweg die individuellen Ressourcen von Personen übersteigen, so wird von chronischem Stress gesprochen [52]. Chronische Stressbelastungen können negative Folgen mit sich bringen, ausgelöst durch zu häufige oder zu lange andauernde physiologische Anpassungsre-

aktionen [53, 54]. Häufige Symptome, die mit chronischem Stress einhergehen, sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Atemwege sowie Burnout oder Depression [55]. Hierbei ist insbesondere die endokrine Anpassungsreaktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zu nennen, welche beispielsweise die Ausschüttung der Hormone Adrenalin und Cortisol reguliert und dessen inadäquate Ausschüttung ebenfalls in Verbindung mit strukturellen und funktionalen Veränderungen in bestimmten Hirnregionen gebracht wurde [53, 54]. Daher wurden chronische Stressbelastungen ebenfalls als Risikofaktor für ein vorzeitiges Verschlechtern kognitiver Fähigkeiten identifiziert [53, 54, 56]. Dem entsprechend liegt ein Ziel des vorliegenden Beitrags darin, Unterschiede in den kognitiven Fähigkeiten über die Altersspanne hinweg besser zu beschreiben und den Einfluss durch chronischen Stress zu ermitteln. Basierend auf diesen Ergebnissen können Risiken von chronischem Stress für die Entwicklung frühzeitig einsetzender kognitiver Einbußen sowie die Notwendigkeit von präventiven Maßnahmen für dessen Verhinderung aufgezeigt werden.

Wie in Abbildung 5.5 dargestellt, unterscheidet sich die kognitive Leistung zwischen Personen je nach ihrem selbst berichteten Stresserleben: Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis fallen niedriger aus, wenn in den letzten drei Monaten ein überdurchschnittliches Maß an chronischem Stress erlebt wurde. Bezüglich der kognitiven Pragmatik zeigen sich hingegen keine Zusammenhänge mit dem Erleben von chronischem Stress, auch unter Berücksichtigung des Geschlechts, SES und Alters.

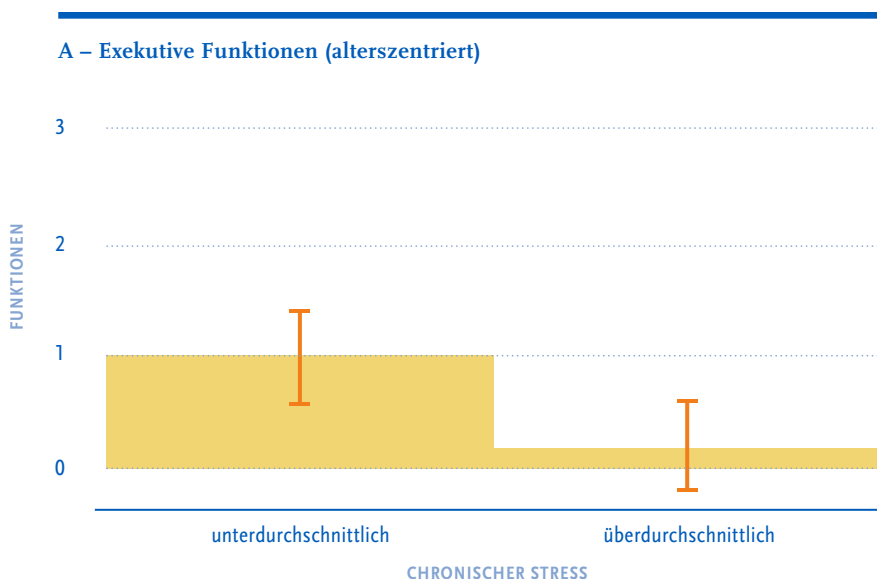
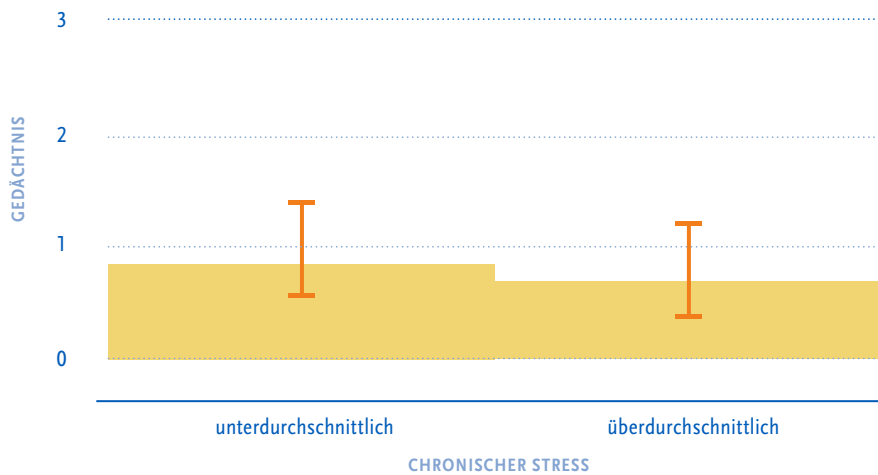


ABBILDUNG 5.5 A UND B

Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis getrennt für Personen mit selbst berichtetem unter- und überdurchschnittlichem chronischen Stress (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 % - KI)

B – Episodisches Gedächtnis (alterszentriert)



Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit überdurchschnittlichem chronischen Stress (Dummy kodiert) unterschieden sich von Personen mit unterdurchschnittlichem chronischen Stress signifikant in den Leistungen der exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

Unabhängig vom Alter berichten Frauen sowie Personen mit niedrigem SES häufiger Stress als Männer oder Personen mit hohem SES (Tabelle 5.3). Im Einklang mit den im vorhergehenden Abschnitt berichteten Unterschieden in der Sorge um Gedächtnisverschlechterungen, zeigen Frauen ebenfalls höhere Werte in solchen Bereichen des Stresserlebens, die mit einem erhöhten Maße an Sorge einhergehen, wie ein erhöhtes Erleben von Zeiten, „in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen“ oder „in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann“ [57].

Inwiefern Frauen tatsächlich eine Risikogruppe für chronischen Stress und potentielle Folgen auf

die kognitive Leistungsfähigkeit repräsentieren, ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt unklar. Trotz der erhöhten Sorge um Gedächtnisverschlechterungen sowie dem erhöhten Stresserleben, zeigen Frauen eine höhere Leistung in den objektiv gemessenen kognitiven Fähigkeiten. Hingegen erweisen sich mittelalte Erwachsene (40- bis 50-Jährige) mit niedrigem SES, die darüber hinaus ein hohes Maß an chronischem Stress berichten, als Risikogruppe für kognitive Funktionseinschränkungen: Diese Personengruppe zeigt durchschnittlich geringere Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis im Vergleich zu Personen mit mittlerem oder hohem SES. Als entscheidender Faktor des SES ist hier das

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)	
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–65
Überdurchschnittlich	54,6% (52,6 – 59,8)	43,7% (42,2 – 48,6)	64,6% (57,2 – 71,4)	47,5% (44,4 – 50,7)	42,1% (37,0 – 47,4)	48,8% (44,4 – 53,3)	53,6% (47,9 – 59,0)
Unterdurchschnittlich	45,4% (42,2 – 48,6)	56,3% (52,6 – 59,8)	35,4% (28,6 – 42,8)	52,5% (49,3 – 55,6)	57,9% (52,6 – 63,0)	51,2% (46,7 – 55,6)	46,4% (40,9 – 52,1)

TABELLE 5.3

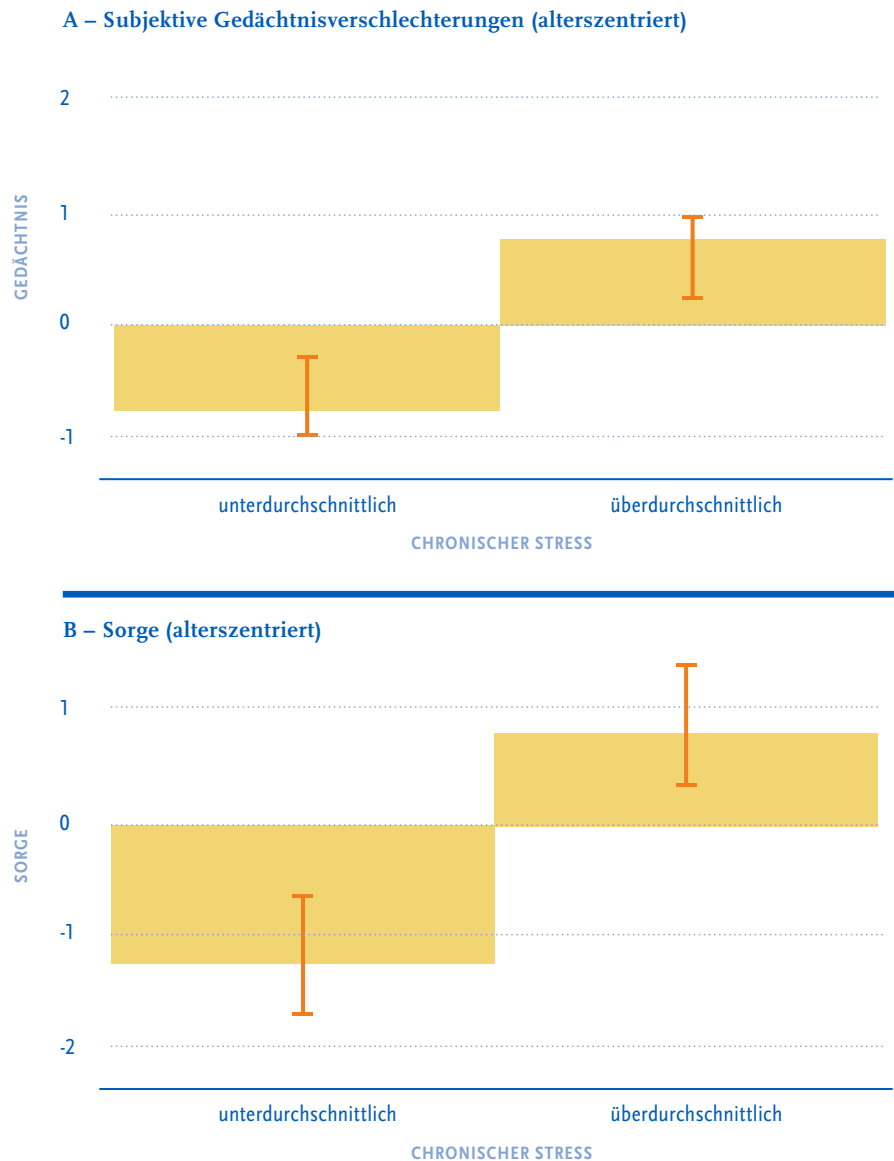
Selbst berichteter chronischer Stress (über- und unterdurchschnittlich kategorisiert nach Mediansplit) nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 %-KI)

Anmerkungen Datenbasis: Substichprobe von N = 2.626 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen und das Trierer Inventar zur Messung von chronischem Stress beantwortet haben.

■ ABBILDUNG 5.6 A UND B

Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (a) und damit verbundene Sorgen (b) getrennt für Personen mit selbst berichtetem unter- und überdurchschnittlichem chronischem Stress (altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)

Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit überdurchschnittlichem chronischen Stress (Dummy kodiert) unterschieden sich von Personen mit unterdurchschnittlichem chronischen Stress signifikant in den subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundener Sorge mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.



► Einkommen zu nennen, da der gefundene Zusammenhang besonders ausgeprägt für Personen mit niedrigem Einkommen war.

Insgesamt berichten Personen, die häufig Stress erleben, ebenfalls in einem höheren Maße subjektive Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundene Sorgen (Abbildung 5.6). Dieses Ergebnis gilt gleichermaßen für Personen verschiedenen Geschlechts, SES und Alters. Allerdings zeigt sich für die Risikogruppe der 40- bis 50-Jährigen mit überdurchschnittlichem chronischen Stress und niedrigem Einkommen, dass sie weniger Gedächtnisverschlechterungen wahrnehmen als solche mit einem vergleichbar hohen Ausmaß an chronischem Stress aber mittlerem oder hohem Einkommen. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu der gefundenen verringerten kognitiven Leistungsfähigkeit in derselben Personengruppe und impliziert Verzerrungen in der Selbstwahrnehmung von Gedächtnisleistungen. Da-

durch erscheinen Personen mittleren Alters (40 bis 50 Jahre) mit überdurchschnittlichem chronischen Stress und niedrigem Einkommen als besonders gefährdet, da sie Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit unterschätzen könnten [56]. Obwohl auch in anderen Studien Unstimmigkeiten in den objektiv messbaren und den subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisleistungen für Personen mit hohem chronischem Stress gefunden wurden [58], ist dieser Befund neu. Hieraus ergibt sich die Frage nach alltagsintegrierbaren präventiven Maßnahmen für diese häufig sowohl beruflich als auch familiär beanspruchte und mit hohen Sorgen belastete Risikogruppe.

Basierend auf diesen und anderen Forschungsergebnissen ist davon auszugehen, dass im Altersverlauf sensible Phasen (z. B. die Adoleszenz) sowie ungünstige Lebensumstände (z. B. niedriger SES oder wenig soziale Unterstützung) mit einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber chronischem Stress

zusammenhängen und die Notwendigkeit zur frühzeitigen Stärkung von Resilienz und Entwicklung von Bewältigungsstrategien für die Vermeidung langfristiger Folgen besonders verdeutlichen [54].

Depression

Mehrere Forschungsarbeiten haben eine verringerte kognitive Leistungsfähigkeit mit depressiven Störungen in Verbindung gebracht [59, 60]. Besonders für die Bereiche der exekutiven Funktionen, der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit und dem episodischen Gedächtnis zeigten sich Leistungsunterschiede zwischen Personen mit und ohne depressiver Symptomatik [61–64]. Mögliche Erklärungen für die gefundenen Zusammenhänge sind im Rahmen von depressiven Episoden auftretende Symptome, wie eine geringere Motivation, bedingt durch eine erhöhte negative Affektivität [61] oder eine verlangsamte kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, bedingt durch eine erhöhte Beanspruchung kognitiver Ressourcen [63]. In diesem Kontext wurde evident, dass sich die Zusammenhänge zwischen kognitiver Leistung und Depression stärker präzisieren und differenzieren lassen, wenn sowohl die Aktualität der letzten depressiven Episode [65] als auch ihr Schweregrad [60, 64] in Betracht gezogen werden. Zudem erwies sich die subjektive Wahrnehmung von Gedächtnisverschlechterungen als Indikator für das Vorliegen einer depressiven Störung [66, 67].

Angesichts der hohen individuellen (z. B. Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen) und sozialen Relevanz (z. B. Erwartungen und Vorstellungen am Arbeits-

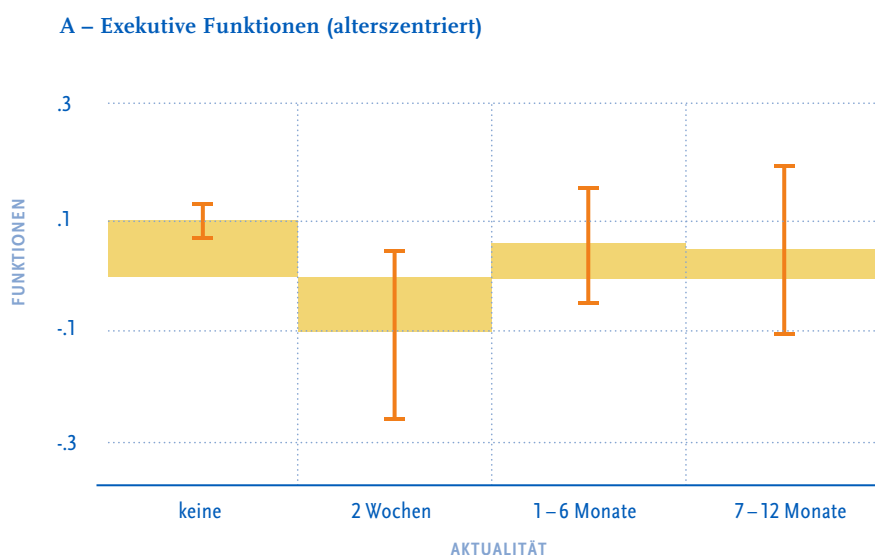
platz oder im sozialen Umfeld) von kognitiver Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit depressiven Störungen, soll im Folgenden geprüft werden, in wie fern sich in einer bevölkerungsrepräsentativen nicht-klinischen Stichprobe Zusammenhänge zwischen majorer Depression und objektiv messbaren kognitiven Leistungen sowie subjektiven Gedächtnisverschlechterungen finden lassen und wie stark diese Zusammenhänge im Krankheitsverlauf sind. Hieraus ergeben sich wesentliche Hinweise für den Bereich Public Mental Health, da die (objektive und subjektive) kognitive Leistungsfähigkeit eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Remission von Depressionen, gesellschaftliche Teilhabe und Produktivität repräsentiert.

In der Studienpopulation aus DEGS1 und DEGS-MH wurde Depression in den letzten zwölf Monaten über das CIDI-Interview sowie die Schwere aktueller depressiver Symptomatik über das PHQ-9-Selbstauskunftsinventar erfasst (Kapitel 4 Depression). Beide Maße werden zur differenzierten Betrachtung des Zusammenhangs mit der kognitiven Leistungsfähigkeit herangezogen.

Abbildung 5.7 zeigt die Leistungen in den exekutiven Funktionen (a) und dem episodischen Gedächtnis (b) getrennt nach Aktualität der letzten depressiven Episode von Personen mit CIDI-Diagnose. Es wird ersichtlich, dass die kognitive Leistung von Personen mit aktueller depressiver Episode (innerhalb der letzten zwei Wochen) tendenziell geringer ist als bei Personen ohne Depression, die Unterschiede erreichen jedoch im Gegensatz zu anderen Studien (vgl. [65]) keine statistische Signifikanz. Übereinstimmend mit anderen Studien gleichen sich jedoch mit zuneh-

ABBILDUNG 5.7 A UND B

Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis für Personen ohne und mit Depression (CIDI-Diagnose), unterteilt nach Aktualität der letzten depressiven Episode (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)

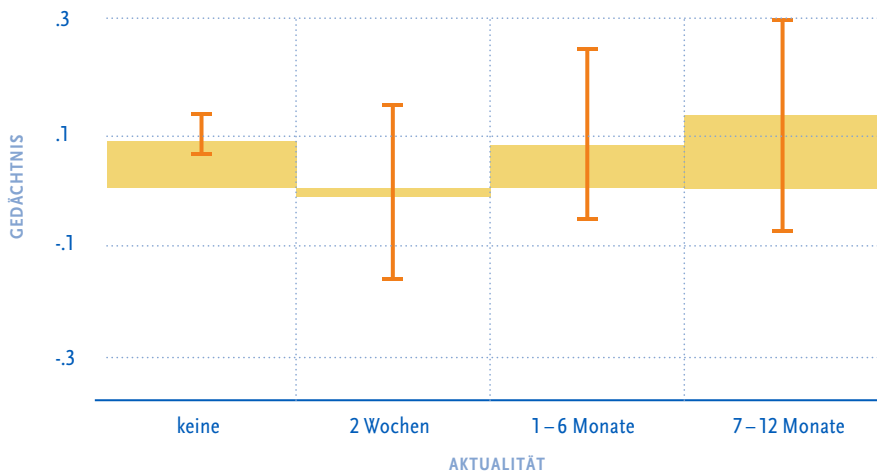


► mendem zeitlichem Anstand die durchschnittlichen Leistungen in der kognitiven Mechanik zwischen Personen mit und ohne Depression zunehmend an (vgl. hierzu ebenfalls [21]). Personen mit depressiver Episode innerhalb der letzten sieben bis zwölf Monate erreichen bereits ein vergleichbares Leistungsniveau zu nicht depressiven Personen (Abbildung 5.7). Unterschiede der vorliegenden, im Vergleich zu anderen Studienergebnissen, könnten sich in der hohen Heterogenität der bevölkerungsrepräsentativen Studienpopulation begründen, die andere Merkmale als klinische Populationen mit starken psychischen Beeinträchtigungen aufweisen [68]. Beispielsweise könnten die kognitiven Leistungseinbußen aufgrund der Schwere der Erkrankung von institutionalisier-

ten Personen mit Depression im Vergleich mit einer nicht-klinischen Stichprobe überschätzt werden.

Anders verhält es sich bei den subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und den damit assoziierten Sorgen: Hier lassen sich Unterschiede zwischen Personen ohne und mit Depression (CIDI-Diagnose) auch dann noch feststellen, wenn die letzte depressive Episode bereits ein bis sechs Monate zurückliegt (Abbildung 5.8). Ferner zeigt sich, dass bei einer aktuellen depressiven Episode (innerhalb der letzten zwei Wochen) die Sorgen um subjektive Gedächtnisverschlechterungen bei älteren Personen sowie bei Personen mit niedrigem SES höher ausfällt als bei jüngeren Personen oder solchen mit mittlerem oder hohem SES.

B – Episodisches Gedächtnis (alterszentriert)



Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen ohne Depression (Dummy kodiert) unterschieden sich nicht signifikant in ihren kognitiven Leistungen im Vergleich zu Personen mit Depression getrennt nach Aktualität der depressiven Episode, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter ($p > .05$).

A – Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (alterszentriert)

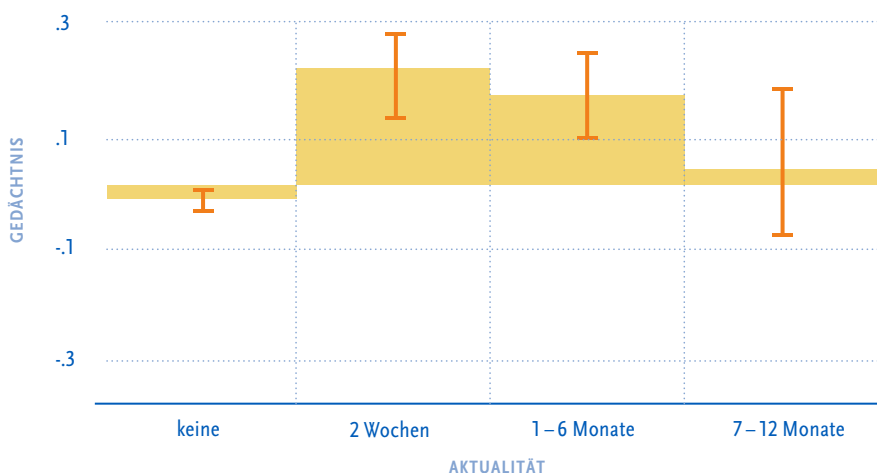


ABBILDUNG 5.8 A UND B
Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (a) und damit verbundene Sorgen (b) für Personen ohne und mit Depression (CIDI-Diagnose), unterteilt nach Aktualität der letzten depressiven Episode (altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)

Anmerkungen zu Abbildung 5.8 Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen ohne Depression (Dummy kodiert) unterschieden sich nicht signifikant in ihren kognitiven Leistungen im Vergleich zu Personen mit Depression getrennt nach Aktualität der depressiven Episode, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter ($p > .05$).

B – Episodisches Gedächtnis (alterszentriert)

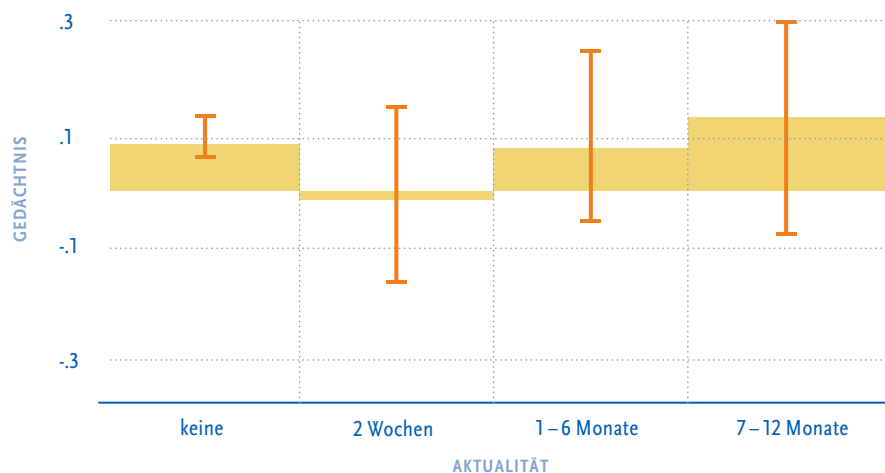
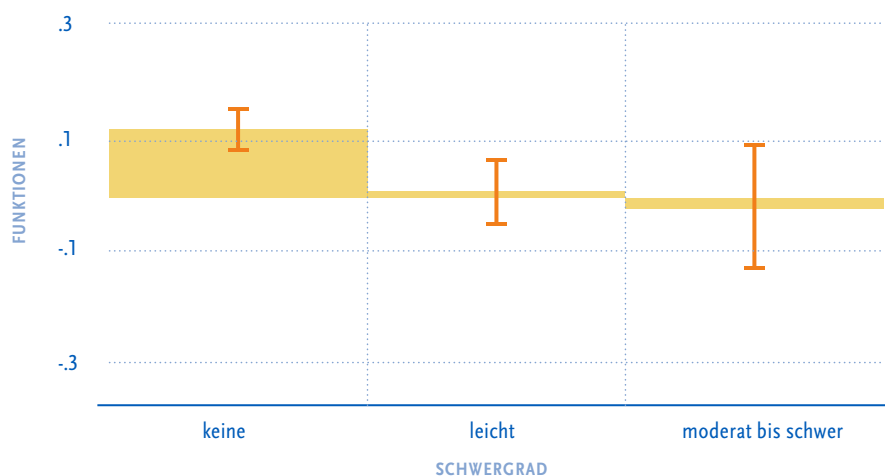


ABBILDUNG 5.9 A UND B

Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis für Personen ohne und mit aktueller depressiver Symptomatik (PHQ), unterteilt nach Schweregrad (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)

A – Exekutive Funktionen (alterszentriert)



In den Leistungen der kognitiven Pragmatik zeigen sich sowohl hinsichtlich der Aktualität der letzten depressiven Episode als auch der Schwere der Symptomatik keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Depression. Scheinbar bleiben erlernte Wissensaspekte, wie der Wortschatz, weitgehend unbeeinflusst von depressiven Störungen.

In Übereinstimmung mit anderen Forschungsergebnissen, lassen sich für den Bereich der kognitiven Mechanik jedoch Unterschiede unter Berücksichtigung des Schweregrades einer aktuellen depressiven Symptomatik feststellen [60]. Wie in Abbildung 5.9 dargestellt, zeigen Personen mit leichter sowie schwerer aktueller depressiver Symptomatik (PHQ-9) geringere Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis. Die Unterschiede zwischen Personen mit schwerer depressiver

Symptomatik und Personen ohne depressive Symptomatik wird jedoch aufgrund der hohen Varianz in den Leistungen statistisch nicht bedeutsam (vgl. Darstellung der Konfidenzintervalle in Abbildung 5.9). Diese Ergebnisse sind relevant, da sie nahelegen, dass keine Generalisierung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen schwerer Depression und kognitiver Leistung möglich ist. Der Anteil an Personen, die Bestleistungen erbringen (obere 5 % der Verteilung) verringert sich bei Personen mit schwerer depressiver Symptomatik im Vergleich zu Personen ohne depressive Symptomatik gar nicht, der Anteil an Personen mit Leistungen innerhalb der oberen 25 % verringert sich lediglich um 6,1 % (Abbildungen 5.10a und 5.10c). Darüber hinaus steigt der Anteil von Personen mit schwerer depressiver Symptomatik im Bereich der unteren 25 %-Leistungsgrenze

um 5,1 % auf 30,1 % an und lediglich ein Zuwachs von 2,7 % auf 7,7 % fällt in den kritischen Bereich der unteren 5 %-Leistungsgrenze.

Insgesamt lässt sich ein Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und kognitiver Leistungsfähigkeit feststellen, dieser klärt jedoch nicht hinreichend den hohen Anteil an Variabilität in der kognitiven Leistung von Personen mit Depression auf (vgl. hierzu ebenfalls [65]). Weiterführende Analysen deuten beispielsweise darauf hin, dass

bestimmte Aspekte der Lebensführung, wie sportliche Aktivität und soziale Unterstützung, kognitive Leistungsunterschiede bei Personen mit depressiver Symptomatik erklären können [69]. Daran lässt sich das Potential erkennen, in der Allgemeinbevölkerung Leistungseinbußen in bestimmten kognitiven Bereichen auch im Falle einer Depression mithilfe alltäglicher Verhaltensstrategien zu mindern.

Sowohl bei leichter als auch schwerer depressiver Symptomatik sind die Wahrnehmung von subjektiven

Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen ohne Depression (Dummy kodiert) unterschieden sich signifikant in ihren kognitiven Leistungen von Personen mit leichter Depression mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$ jedoch nicht von Personen mit schwerer Depression ($p > .05$), auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

B – Episodisches Gedächtnis (alterszentriert)

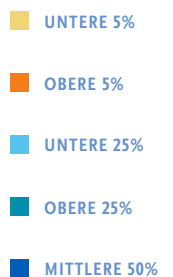
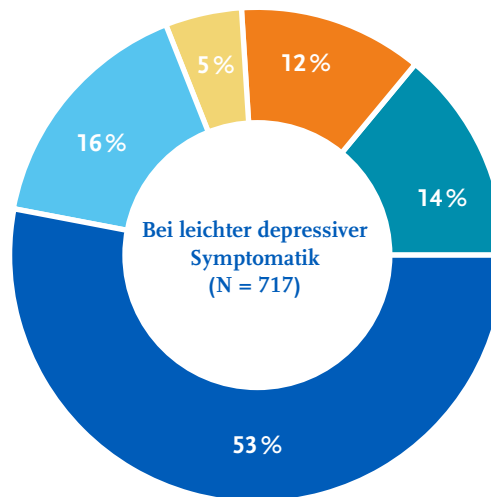
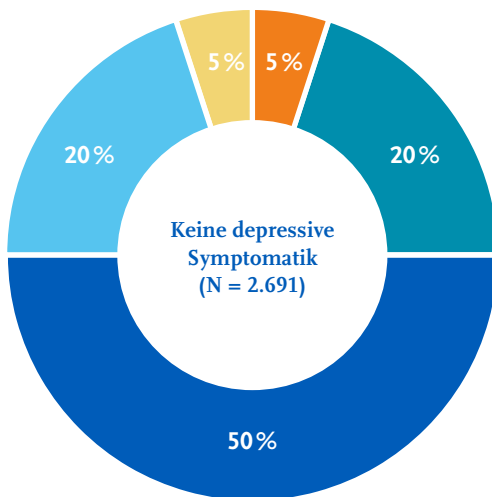
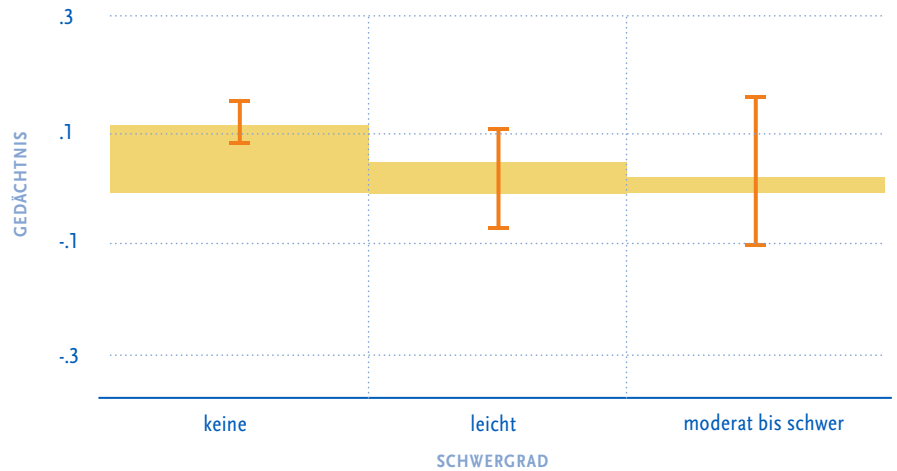


ABBILDUNG 5.10

Verteilung der Leistungen in den exekutiven Funktionen getrennt für Personen (a) ohne depressive Symptomatik (b) mit leichter depressiver Symptomatik

ABBILDUNG 5.10

Verteilung der Leistungen in den exekutiven Funktionen getrennt für Personen (c) mit schwerer depressiver Symptomatik nach PHQ-9 (Angabe der z-standardisierten Schwellenwerte für untere und obere 5 %, 25 %, sowie mittlere 50 % der Verteilung)

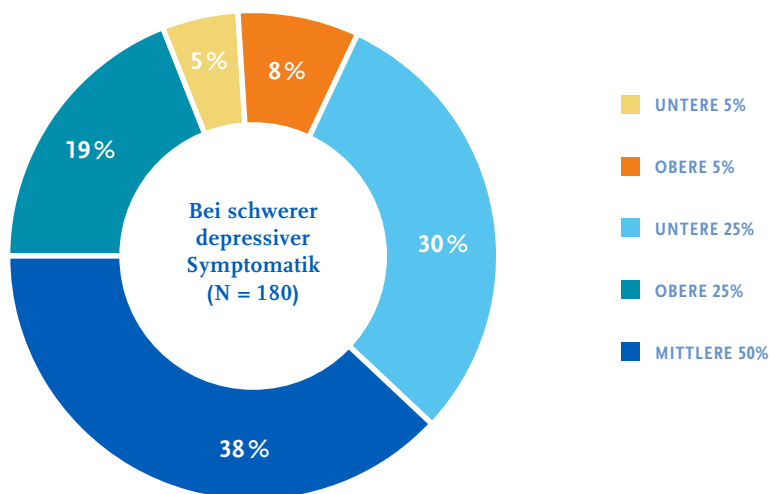
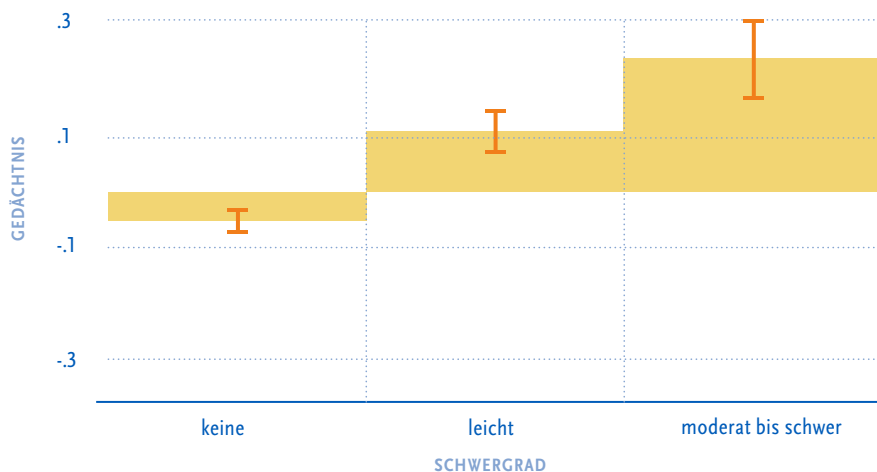


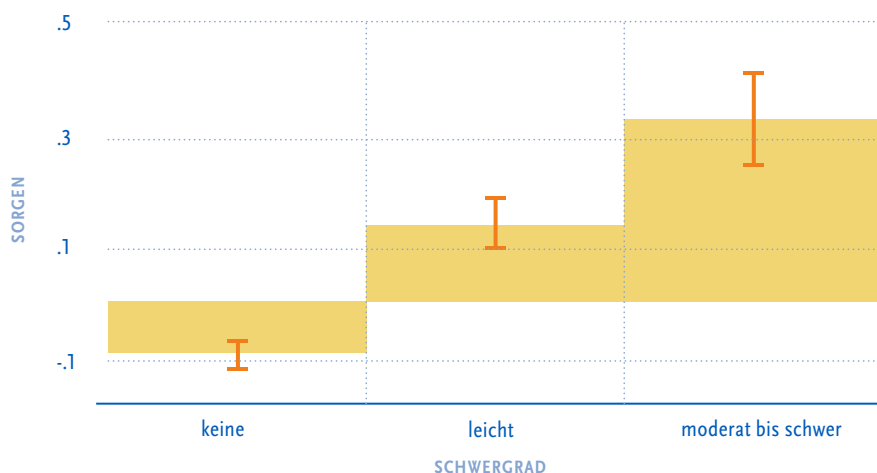
ABBILDUNG 5.11 A UND B

(a) Subjektive Gedächtnisverschlechterungen und (b) damit verbundene Sorgen für Personen ohne und mit aktueller depressiver Symptomatik (PHQ), unterteilt nach Schweregrad (altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)

A – Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (alterszentriert)



B – Sorgen (alterszentriert)



Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen ohne Depression (Dummy kodiert) berichteten signifikant weniger Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundene Sorgen als Personen mit leichter oder schwerer Depression mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.



Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundenen Sorgen erhöht (Abbildung 5.11). Folglich wird anhand dieser Befunde eine Diskrepanz zwischen objektiven kognitiven Fähigkeiten und subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundenen Sorgen deutlich: Im Anschluss an eine Depression scheinen Personen übermäßig von Sorgen um Gedächtnisverschlechterungen betroffen zu sein, obwohl die Verringerungen in den objektiven kognitiven Fähigkeiten insgesamt nur gering sind, sehr stark zwischen Personen variieren und sich bereits nach kurzer Zeit wieder verbessern. Die Ergebnisse weisen sowohl für Betroffene als auch für ihr Umfeld auf die Notwendigkeit einer besseren Aufklärung im Verlauf sowie im Anschluss an eine Depression hin. Ein professionell durchgeführtes objektives Messen kognitiver Fähigkeiten könnte für eine höhere Transparenz im individuellen Fall sorgen sowie positive Effekte für das Selbstwertgefühl haben und sich als supportives Element bei der Nachsorge oder der beruflichen Wiedereingliederung eignen.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselerkrankung, die durch einen chronisch gestörten Glukosespiegel (Blutzucker) gekennzeichnet ist [70]. Verschiedene klinische und epidemiologische Studien weisen im Falle von Diabetes mellitus auf ein erhöhtes Risiko für weitere Begleit- und Folgeerkrankungen hin [70–74]. Depressive Störungen, arterielle Hypertonien (Bluthochdruck) oder vaskuläre Erkrankungen (Gefäßkrankheiten) sind als diabetesassoziierte Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen zu nennen, die

ebenfalls zu einer Verschlechterung kognitiver Leistungen führen können [72, 75]. Entsprechend sind eine Diabeteserkrankung sowie die damit assoziierten Komorbiditäten als Risiken für kognitive Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, auch wenn aktuell die Wirkzusammenhänge noch nicht vollends aufgeklärt sind [76, 77].

Vor diesem Hintergrund wurde basierend auf den Daten aus DEGS1 und DEGS1-MH untersucht, wie häufig ein ärztlich diagnostizierter Diabetes mellitus berichtet wird und ob sich ein Zusammenhang mit der kognitiven Leistungsfähigkeit zeigt. 7,1 % (N = 317) der befragten Personen gaben an, dass bei ihnen von einer Ärztin oder einem Arzt ein Diabetes diagnostiziert wurde oder dass sie in den letzten sieben Tagen Antidiabetika eingenommen haben. Hierbei wurde nicht explizit zwischen Diabetes mellitus Typ I oder II unterschieden und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Personen mit unerkanntem Diabetes in dieser Analyse unberücksichtigt bleiben. Die geschätzte Prävalenz des Typ-1-Diabetes liegt in DEGS1 bei 0,1 % und der Schwangerschaftsdiabetes bei 1,2 % der teilnehmenden Frauen (Heidemann et al., 2013). Ein niedriger SES sowie höheres Alter sind mit einer höheren Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus assoziiert (Tabelle 5.4). Wie bereits an anderer Stelle ausführlich berichtet [78], ist die Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus seit 1998 um 38 % angestiegen, wobei ein Anstieg um 14 % der demografischen Alterung der Bevölkerung zuzuschreiben ist. Im gleichen Zeitraum hat jedoch die Prävalenz des unerkannten Diabetes in etwa derselben Größenordnung abgenommen, sodass die Gesamtprävalenz unverändert geblieben ist.

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)		
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–59	60–79
Ärztlich diagnostizierter Diabetes	7,0% (5,8 – 8,6)	7,1% (5,8 – 8,7)	10,5% (7,6 – 14,4)	6,7% (5,7 – 7,8)	5,0% (3,6 – 6,8)	1,7% (0,8 – 3,4)	4,3% (3,3 – 5,6)	17,1% (14,9 – 19,5)

TABELLE 5.4

Ärztlich diagnostizierter Diabetes mellitus getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 % - KI)

Anmerkungen Datenbasis: Substichprobe von N = 3.667 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen haben.

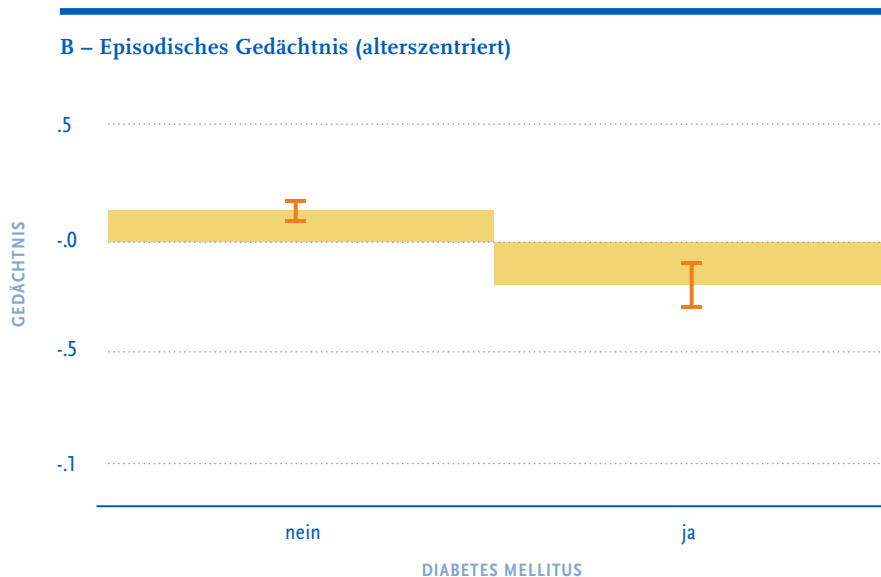
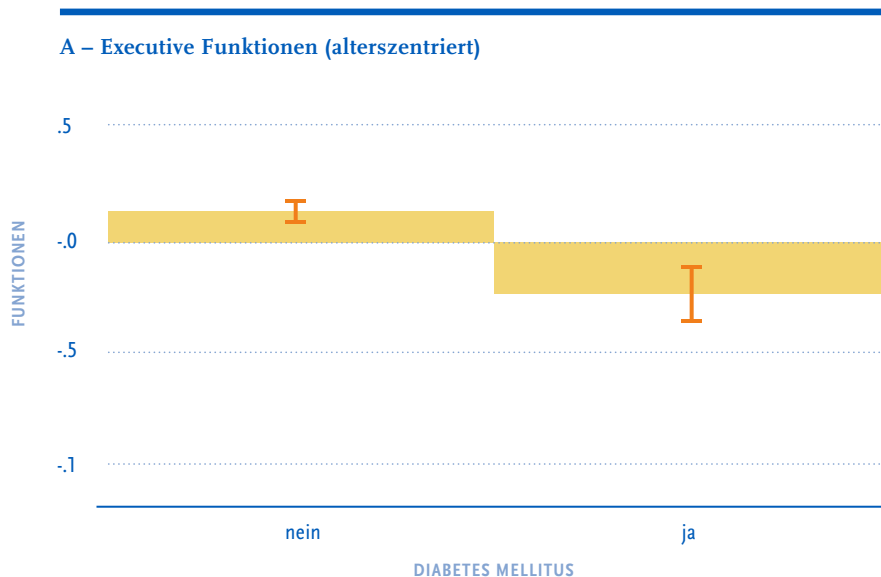
In Übereinstimmung mit anderen epidemiologischen Studien [77] zeigen sich in den vorliegenden Daten Zusammenhänge zwischen Diabetes mellitus und kognitiver Leistungsfähigkeit: Leistungen der kognitiven Mechanik und Pragmatik sind bei Personen mit Diabetes niedriger als bei Personen ohne ärztlich diagnostizierten Diabetes (Abbildung 5.12). Hierbei zeigen Personen mit diagnostizierten Diabetes und hohem SES vergleichsweise höhere Leistungen in der kognitiven Pragmatik als solche mit niedrigem SES, was auf bestimmte Vorteile hinsichtlich der Erhaltung von angereichertem Wissen (in diesem Falle Wortschatz) bei Personen mit höherer Bildung hindeuten könnte.

Im Gegensatz dazu sind die subjektiven Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundene

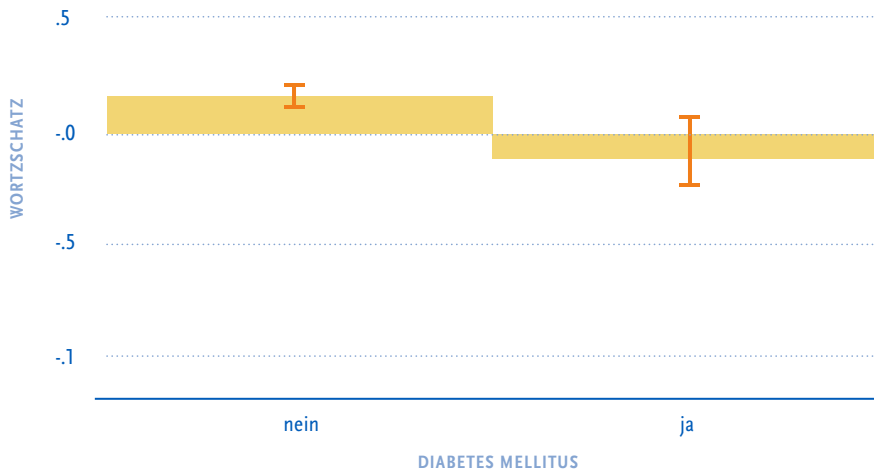
Sorgen bei Personen mit diagnostiziertem Diabetes mellitus – auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter – nicht erhöht. Von den 7,1 % der Personen mit diagnostiziertem Diabetes gaben 37,4 % an, sich Sorgen um wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen zu machen. Im Vergleich dazu lag die Prävalenz von Sorgen bei Personen ohne diagnostizierten Diabetes bei 34,9 %. Dieser Befund erscheint zunächst bedenklich, da kognitive Beeinträchtigungen von Personen mit Diabetes mellitus nicht ausreichend wahrgenommen oder mögliche Folgen unterschätzt werden könnten. Andererseits liegt eine weitere Möglichkeit diese Ergebnisse zu deuten darin, dass die gefundenen Leistungsunterschiede in den getesteten Fähigkeitsbereichen eher spezifisch sind und sich im Alltag von Personen gar nicht bemerkbar machen.

ABBILDUNG 5.12 A,B UND C

Kognitive Fähigkeiten (a) exekutive Funktionen, (b) episodisches Gedächtnis, (c) Wortschatz getrennt für Personen mit und ohne diagnostiziertem Diabetes mellitus (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)



Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit diagnostizierter Diabetes (Dummy kodiert) zeigen signifikant niedrigere Leistungen in den exekutiven Funktionen, dem episodischen Gedächtnis und dem Wortschatz mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.



Eine zukünftige Public Health relevante Fragestellung liegt entsprechend darin, Mechanismen aufzuklären, die das Risiko kognitiver Beeinträchtigungen bei Personen mit Diabetes mellitus erhöhen sowie die gefundene Diskrepanz zwischen objektiv gemessenen und subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisleistungen näher zu untersuchen und falls notwendig erforderliche Maßnahmen abzuleiten. Die kürzlich am RKI etablierte Diabetes-Surveillance [79] eröffnet, basierend auf einer indikatorengestützten Überwachung des Krankheitsgeschehens auf Bevölkerungsebene, die Perspektive, auch im Hinblick auf diese Fragestellung weitere Aufklärungsarbeit sowie evidenzbasierte Beratung für die Gesundheitspolitik zu leisten.

Sportliche Aktivität

Mehrere Studien übergreifende Analysen haben einen positiven Effekt von sportlicher Aktivität auf die kognitive Leistungsfähigkeit festgestellt sowie sportliche Aktivität als erfolgreiche präventive Maßnahme zur Vermeidung kognitiver Funktionseinschränkungen und Demenzerkrankungen identifiziert [80, 81]. Der Risiko reduzierende Effekt regelmäßiger sportlicher Aktivität für die Entwicklung kognitiver Beeinträchtigungen wird auf beachtliche 25 % geschätzt [82]. Insgesamt liegen fundierte Ergebnisse insbesondere für einen Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und dem Bereich der exekutiven Funktionen bei älteren Erwachsenen vor [82]. Ergebnisse aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters sowie unter Berücksichtigung verschiedener Fähigkeitsbereiche, wie der kognitiven Pragmatik, sind bislang jedoch

rar. Die Daten aus den Gesundheitssurveys des RKI (DEGS1 und DEGS1-MH) liefern daher ergänzende Hinweise auf die Frage, ab welchem Ausmaß sportlicher Aktivität positive Effekte auf verschiedene Bereiche kognitiver Leistungsfähigkeit über das gesamte Erwachsenenalter hinweg feststellbar sind.

Basierend auf den vorliegenden Daten liegt die durchschnittliche sportliche Betätigung von bis zu zwei Stunden pro Woche in der deutschen Bevölkerung bei 42,7 %, unabhängig vom Geschlecht, SES oder Alter. Während generell ein höherer Anteil an Frauen sportlich aktiv ist, sind Männer zu einem höheren Anteil mit mehr als zwei Stunden in der Woche sportlich aktiv (Tabelle 5.5). Ein höherer SES ist mit mehr sportlicher Aktivität pro Woche assoziiert.

Über die gesamte Altersspanne hinweg zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und kognitiver Leistungsfähigkeit, sowohl im Bereich der Mechanik als auch der Pragmatik (Abbildung 5.13). Bereits bei sportlicher Aktivität von bis zu zwei Stunden pro Woche besteht ein positiver Zusammenhang und bei einigen Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit nochmals stärker bei zwei Stunden und mehr sportlicher Aktivität in der Woche. Auch nach Kontrolle potentieller Einflussfaktoren, wie Geschlecht, SES, Rauchen, Alkoholkonsum, Obst- und Gemüsekonsum und Adipositas, bleibt dieser Befund stabil [8]. Unter Hinzunahme von Angaben aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) konnte eine längsschnittliche Analyse der Daten von N = 1.624 Personen einen prognostisch positiven Wert von sportlicher Aktivität auf die spätere kognitive Leistungsfähigkeit aufzeigen. Personen, die im BGS98 angaben, regelmäßig sportlich aktiv zu sein, zeigen in DEGS1-MH höhere Leistungen in den exe-

TABELLE 5.5

Durchschnittliche sportliche Aktivität in Stunden pro Woche, getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 %- KI)

Anmerkungen Datenbasis: Substichprobe von N = 3.667 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen haben.

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)		
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–59	60–79
Keine	29% (26,4 – 31,7)	32,5% (29,5 – 35,6)	45,6% (40,1 – 51,2)	30,4% (28,0 – 33,0)	17,7% (14,8 – 21,1)	21,8% (0,18 – 0,26)	33% (0,30 – 0,36)	37,7% (0,34 – 0,41)
< 2 Stunden	47,5% (44,6 – 50,4)	37,8% (34,7 – 41,1)	37% (32,0 – 42,4)	44,9% (42,1 – 47,8)	41,7% (37,5 – 46,0)	45,5% (41,6 – 49,5)	42,3% (39,3 – 45,5)	40% (36,7 – 43,5)
> = 2 Stunden	23,5% (21,0 – 26,3)	29,7% (26,9 – 32,7)	17,4% (0,13 – 0,22)	24,7% (22,2 – 27,2)	40,6% (36,5 – 44,9)	32,7% (28,7 – 37,0)	24,7% (22,0 – 27,4)	22,3% (19,0 – 26,0)

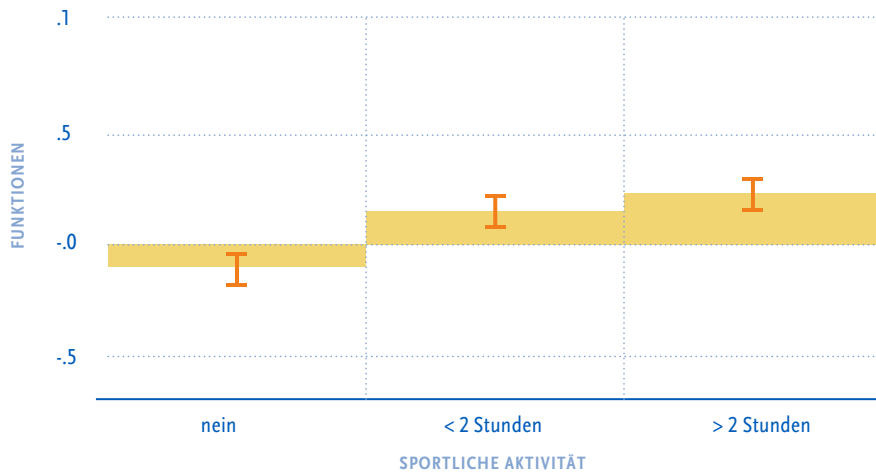
kutiven Funktionen und im episodischen Gedächtnis [8]. Zusammengenommen legen diese und andere Ergebnisse nahe, dass eine regelmäßige sportliche Aktivität sich positiv auf die Entwicklung und den Erhalt kognitiver Leistung nicht nur bei älteren Personen, sondern über das gesamte Erwachsenenalter hinweg auswirken kann. Daher repräsentiert sportliche Aktivität einen Public Health relevanten Aspekt der Lebensführung, der beeinflussbar und in den Alltag verschiedener Personengruppen integrierbar ist.

Für die Erhaltung kognitiver Fähigkeiten bieten sich somit neben kognitiven Trainings auch auf sportlichen Aktivitäten basierende Förderungen an. Einige Interventionsstudien konnten bereits zeigen, wie gezielt eingesetzte sportliche Maßnahmen einen positiven Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit älterer Personen hatten [34, 83]. Zusätzlich zeigten 62- bis 79-jährige Personen beispielsweise nach Teilnahme an einem 12-monatigen aeroben Training eine erhöhte neuronale Aktivität in den normalerweise von altersbedingten Veränderungen betroffenen Hirnarealen [84]. Angesichts dessen wird angenommen, dass der positive Effekt von sportlicher Aktivität auf kognitive Leistung teilweise durch ein Reaktivieren von zu einem früheren Zeitpunkt bereits erworbenen Gedächtnisfunktionen und damit verbundenen Hirnarealen erklärt werden

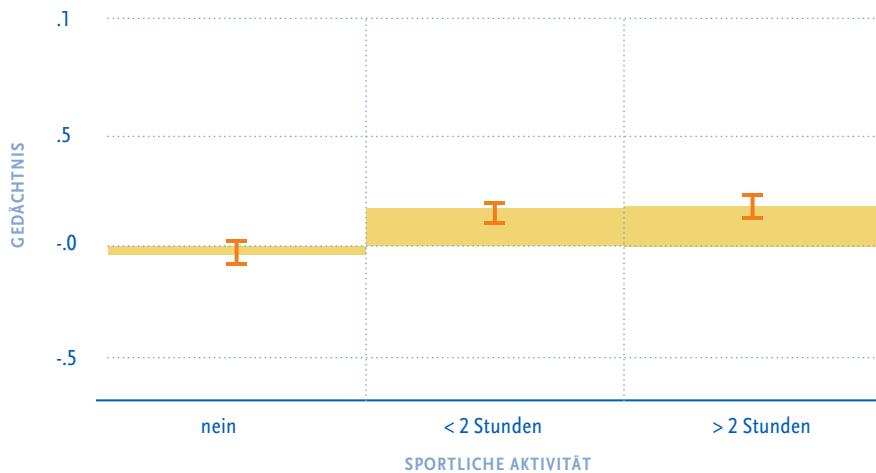
kann [29, 83, 85]. In diesem Zusammenhang spielen positive Effekte von sportlicher Aktivität auf die Sauerstoff- und Glucoseversorgung im Blut eine entscheidende Rolle, da diese wiederum protektive oder förderliche Wirkungen auf das Gehirn haben können [29, 83, 85]. Allerdings wurde ebenfalls festgestellt, dass die selbständige Fortführung der im Rahmen einer Intervention initiierten sportlichen Trainings besonders für ältere Erwachsene herausfordernd ist und diese von einer stetigen professionellen Begleitung profitieren könnten [86]. Neuere Befunde legen nahe, dass positive Effekte jedoch nicht auf sportliche Aktivitäten im engeren Sinn begrenzt sind, sondern zum Beispiel auch Tanzen den Erhalt kognitiver Leistungen fördern kann [87]. Dieser Befund ist von daher bedeutsam, weil die Affinität zu diesen Aktivitäten ab dem Alter von 50 Jahren zunimmt [88].

Hinsichtlich der Angaben zur subjektiven Gedächtnisverschlechterung und damit verbundenen Sorgen konnte in DEGS1 und DEGS1-MH kein Zusammenhang mit der sportlichen Aktivität festgestellt werden.

A – Executive Funktionen (alterszentriert)



B – Episodisches Gedächtnis (alterszentriert)



C – Wortschatz (alterszentriert)

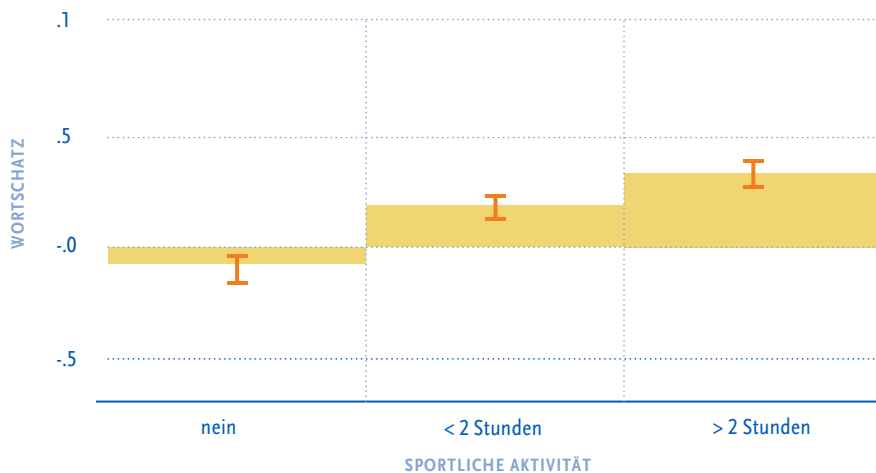


ABBILDUNG 5.13 A, B UND C

Fähigkeiten der kognitiven Mechanik und Pragmatik (a) exekutive Funktionen, (b) episodisches Gedächtnis, (c) Wortschatz getrennt nach Dauer der sportlichen Aktivität pro Woche: kein Sport, bis zu zwei Stunden, mehr als zwei Stunden (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)

Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Leistungen in den exekutiven Funktionen, dem episodischen Gedächtnis und dem Wortschatz waren signifikant höher bei < 2 Stunden und > 2 Stunden sportlicher Aktivität pro Woche im Vergleich zu keiner sportlichen Aktivität (Dummy kodiert), mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

Gesunde Ernährung

Unter gesunder Ernährung versteht man in erster Linie eine vollwertige und ausgewogene Ernährung, die den individuellen Bedarf an Nährstoffen zur Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Gesundheit deckt [89, 90]. Voraussetzung hierfür ist eine gewisse Qualität und Hygiene der Nahrungsmittel, die durch die Abwesenheit von Krankheitserregern oder Pestiziden gekennzeichnet ist. Darüber hinaus muss ein großes Angebot an vielfältigen vollwertigen Lebensmitteln zur Verfügung stehen und mit den vorhandenen ökonomischen Bedingungen zugänglich sein [89, 90].

Positive Effekte von gesunder Ernährung auf Gesundheit und Wohlbefinden sind vielfältig. Im Zusammenhang mit der kognitiven Leistung hat sich

eine ballaststoffreiche Ernährung mit ungesättigten Fettsäuren basierend auf einem hohen Anteil an Gemüse, Nüssen, Hülsenfrüchten, Fisch und Öl, als förderlich erwiesen (sogenannte Mittelmeer-Kost; [91–93]). Insbesondere ältere Erwachsene können hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit von einer gesunden Ernährung profitieren und das Risiko an Demenz zu erkranken, reduzieren [91, 94]. So zeigten beispielsweise 65- bis 90-jährige höhere kognitive Leistungen bei einer reduzierten Aufnahme von gesättigten Fetten und Cholesterolem sowie einer gleichzeitig erhöhten Aufnahme von Proteinen, Vitaminen (z. B. Vitamin C, E) und Mineralstoffen (z. B. Eisen, Zink) über die Nahrung [94]. Es wird angenommen, dass sich der positive Zusammenhang zwischen gesunder Ernährung und kognitiver Leis-

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)		
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–59	60–79
Gemüse	158,9 (151,7 – 166,1)	117,1 (111,0 – 123,3)	120,7 (109,6 – 131,7)	136,3 (129,9 – 142,7)	162,0 (153,1 – 171,0)	130,3 (120,5 – 140,2)	141,2 (133,9 – 148,5)	143,6 (136,0 – 151,2)
Nüsse	2,10 (1,76 – 2,44)	1,99 (1,7 – 2,3)	2,3 (1,5 – 3,0)	1,9 (1,7 – 2,2)	2,1 (1,7 – 2,4)	1,7 (1,3 – 2,1)	2,1 (1,7 – 2,5)	2,3 (1,9 – 2,7)
Süßspeisen	81,3 (76,0 – 86,7)	97,3 (87,9 – 106,8)	108,4 (86,7 – 130,0)	86,5 (81,8 – 91,3)	79,1 (72,0 – 86,2)	97,6 (85,6 – 109,6)	89,4 (82,7 – 96,2)	79,2 (73,5 – 85,0)
Fisch	16,2 (15,1 – 17,3)	17,6 (16,5 – 18,7)	14,7 (12,62 – 16,71)	16,8 (15,7 – 18,0)	19,2 (18,0 – 20,3)	15,1 (13,3 – 16,8)	16,6 (15,7 – 17,5)	19,3 (17,6 – 21,1)
Fleisch	83,4 (79,2 – 87,6)	133,2 (125,7 – 140,7)	112,4 (101,0 – 123,8)	108,2 (102,6 – 113,7)	102,6 (96,8 – 108,3)	126,6 (115,7 – 137,4)	109,5 (104,1 – 115,0)	84,4,3 (80,5 – 88,2)

 **TABELLE 5.6**

Gesunde Ernährung gemessen über durchschnittliche Verzehrsmengen pro Tag für ausgewählte Lebensmittelgruppen der Mittelmeer-Kost und für Süßspeisen getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (Verzehrsmengen in g pro Tag, mit 95 %-KI)

Anmerkungen: Datenbasis: Substichprobe von N = 3.667 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen haben.

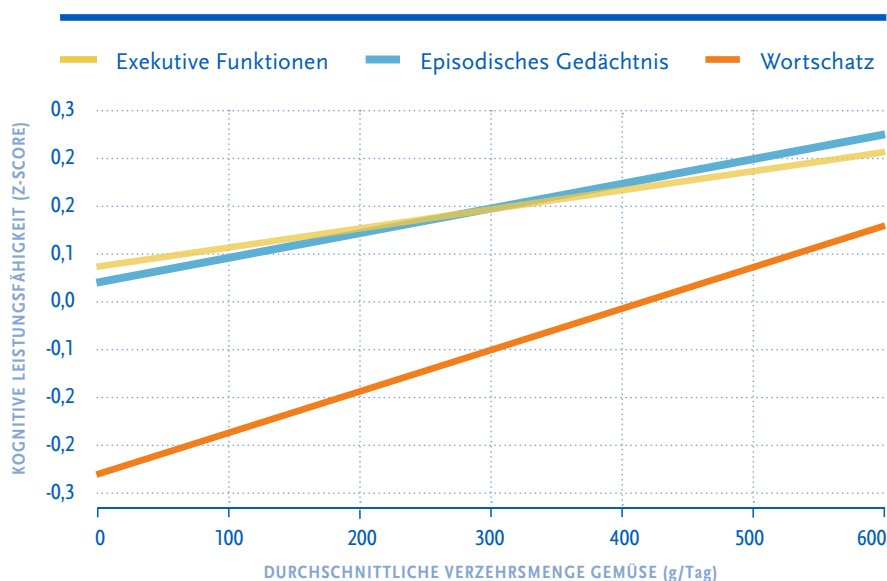


ABBILDUNG 5.14

Leistungen in den exekutiven Funktionen (gelb), dem episodischen Gedächtnis (blau) und dem Wortschatz (orange) in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Verzehrsmenge an Gemüse

Anmerkungen Darstellung der Regressionsgeraden. Die durchschnittliche Verzehrsmenge an Gemüse war ein signifikanter Prädiktor für Leistungen in den exekutiven Funktionen, dem episodischen Gedächtnis und dem Wortschatz mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Alter, SES und Geschlecht.

tungsfähigkeit über die Reduktion bestimmter Risikofaktoren für vaskuläre Erkrankungen (z. B. Demenz) erklärt. Eine gesunde Ernährung kann den Gehalt von Glukose und Insulin im Blut senken und vor freien Radikalen schützen, was sich wiederum positiv auf den Erhalt von Nervenzellen im Gehirn und die kognitive Leistung auswirkt [93, 94].

Tabelle 5.6 zeigt für ausgewählte Lebensmittelgruppen der Mittelmeer-Kost sowie für Süßwaren (z. B. Kekse, Kuchen, Honig) die durchschnittlichen Verzehrsmengen der Teilnehmenden aus dem DEGS-Survey. Insgesamt liegen die durchschnittlichen Verzehrsmengen von Gemüse (138,4 g), Fisch (16,9 g), Nüssen (2,1 g) und Fleisch unterhalb der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Mengen, während die durchschnittliche Verzehrsmenge von Süßwaren relativ hoch ausfällt (89,1 g). Männer essen im Durchschnitt weniger Gemüse und mehr Fleisch sowie Süßwaren als Frauen (Tabelle 5.6). Unterschiede nach SES zeigen sich hinsichtlich aller Nahrungsmittelgruppen mit Ausnahme von Nüssen: Personen mit hohem SES weisen im Vergleich zu solchen mit niedrigem SES einen geringeren durchschnittlichen Verzehr von Fleisch und Süßwaren auf als Personen mit niedrigem SES; bei der durchschnittlichen Verzehrsmenge von Gemüse verhält es sich umgekehrt. Über alle Nahrungsmittelgruppen hinweg liegen Personen im Alter von 60 bis 79 im Vergleich zu solchen im Alter von 18 bis 39 Jahren näher an den empfohlenen Tagesmengen. Mit zunehmendem Alter werden durchschnittlich mehr Gemüse, Fisch und Nüsse konsumiert, während der Konsum von Fleisch und Süßwaren abnimmt (Tabelle 5.6; vgl. hierzu ebenfalls [95]).

Im Einklang mit bisherigen Befunden zeigen sich in den vorliegenden Daten hinsichtlich bestimmter Nahrungsmittelgruppen positive Zusammenhänge zwischen gesunder Ernährung und kognitiver Leistungsfähigkeit. Je mehr sich der durchschnittliche Verzehr an Gemüse der empfohlenen Tagesmenge von 400 g annähert sowie darüber hinausgeht, desto höher fallen die Leistungen in der kognitiven Mechanik und Pragmatik aus (Abbildung 5.14). Dieser Befund zeigt sich unabhängig vom Geschlecht, SES und Alter der Personen. Ebenfalls zeigt sich über alle Personen-gruppen hinweg bei geringerem Fleischkonsum eine verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit. Ältere Personen scheinen besonders von einem höheren Gemüsekonsum sowie von einem niedrigeren Fleisch- und Süßspeisenkonsum zu profitieren, da der Zusammenhang mit höheren Leistungen des episodischen Gedächtnisses in diesem Fall sehr ausgeprägt ist.

Somit werden bisherige Hinweise auf ein erhöhtes Potential von gesunder Ernährung auf die Erhaltung kognitiver Fähigkeiten und die mögliche Reduktion des Risikos von vaskulären Erkrankungen für ältere Erwachsene bekräftigt [92, 94]. Neben einem erhöhten Risiko für kognitive Funktionseinschränkungen erhöht ungesunde Ernährung ebenfalls das Risiko für körperliche Funktionseinschränkungen (z. B. durch eine reduzierte Immunabwehr, Muskelschwäche), was besonders für die Lebensqualität und Produktivität älterer Personen von Bedeutung ist [96, 97]. Das Verständnis darüber, was gesunde Ernährung bedeutet und welche positiven Effekte über gesunde Ernährung erzielt werden können, repräsentiert folglich ein wichtiges Public Health Ziel. Die Aspekte der Zugänglichkeit (z. B. bei Immobili-

tät) sowie der Finanzierbarkeit (z. B. bei niedrigem Einkommen) gesunder Ernährung nehmen für die Implementierung von Public Health Maßnahmen eine zentrale Rolle ein.

Soziale Unterstützung

Personen, die einen aktiven Lebensstil pflegen und sozial partizipativ sind, zeigen durchschnittlich eine höhere psychische und körperliche Gesundheit, Lebenszufriedenheit und kognitive Leistungsfähigkeit [98–100]. Neben objektiven Maßen der sozialen Vernetzung (z. B. Anzahl sozialer Kontakte oder Aktivitäten) hat sich insbesondere die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung als relevanter Faktor in Verbindung mit der kognitiven Leistungsfähigkeit herausgestellt [101]. Es wird angenommen, dass nicht unbedingt die Anzahl sondern die Qualität sozialer Kontakte sowie das Erfahren von sozialer Unterstützung durch wenige bedeutende Personen eine positive Wirkung auf die Bewältigung von Stress und gesundheitlichen Problemen haben kann [102, 103]. Gefühle von Einsamkeit und Isolation haben sich hingegen als prädiktiv für eine niedrigere Lebenszufriedenheit und die Entwicklung depressiver Störungen herausgestellt und

wurden darüber hinaus mit ungünstigen Veränderungen der körperlichen Gesundheit, zum Beispiel hinsichtlich des Hormonhaushalts (z. B. Cortisol, Dopamin), in Verbindung gebracht [101, 104]. Bei Personen mit Einsamkeitsgefühlen besteht eine Diskrepanz zwischen dem erwünschten und dem tatsächlichen Ausmaß an menschlicher Nähe und sozialer Kontakte [104]. Hinzu kommt, dass Informationen aus der Umwelt negativ verzerrt wahrgenommen werden, was sich negativ auf kognitive Bewertungs- und Aufmerksamkeitsprozesse und soziale Interaktionen auswirken und die Erfüllung des Wunsches nach Nähe und Kontakt erschweren kann. Es wird davon ausgegangen, dass ich darin ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Demenzerkrankung, wie Alzheimer bei Einsamkeit und Isolation begründet [103, 105]. Dem Paradigma „nutz es oder verlier es“ (engl. „use it or lose it“) zufolge werden durch soziale Kontakte regelmäßig kognitive Prozesse und Ressourcen in abwechslungsreicher Weise stimuliert, sodass Fähigkeiten dadurch länger erhalten bleiben können [103].

Dementsprechend ist es für das Monitoring der Gesundheit Erwachsener in Deutschland von Interesse, Zusammenhänge zwischen der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung und kognitiver Leistungsfähigkeit zu untersuchen sowie

TABELLE 5.7
Durchschnittlich wahrgenommene soziale Unterstützung
getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomi-
chem Status und Alter (mit 95 %-KI)

Anmerkungen: Datenbasis: Substichprobe von N = 3.667 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen haben.

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)		
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–59	60–79
Wenig	10,3% (8,5 – 12,4)	11,9% (9,8 – 14,4)	21,1% (16,5 – 26,3)	9,7% (8,1 – 11,5)	6,0% (4,2 – 8,5)	8,9% (6,6 – 11,9)	9,7% (7,8 – 12,1)	15,5% (13,0 – 18,5)
Mittel	48,2% (45,1 – 51,3)	50,0% (46,7 – 53,4)	49,4% (43,7 – 55,2)	50,6% (47,6 – 53,6)	44,5% (40,4 – 48,6)	49,9% (45,3 – 54,4)	48,2% (44,6 – 51,7)	49,6% (46,3 – 52,8)
Hoch	41,5% (38,8 – 44,3)	38,1% (35,0 – 41,1)	29,5% (24,5 – 35,1)	39,7% (36,8 – 42,7)	49,5% (45,2 – 53,9)	41,2% (36,8 – 45,8)	42,1% (38,8 – 45,5)	34,9% (32,0 – 38,0)



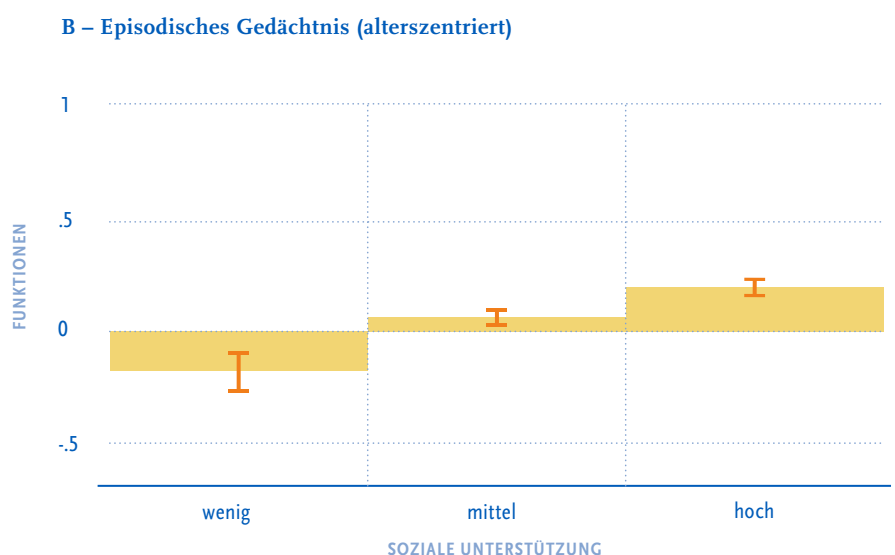
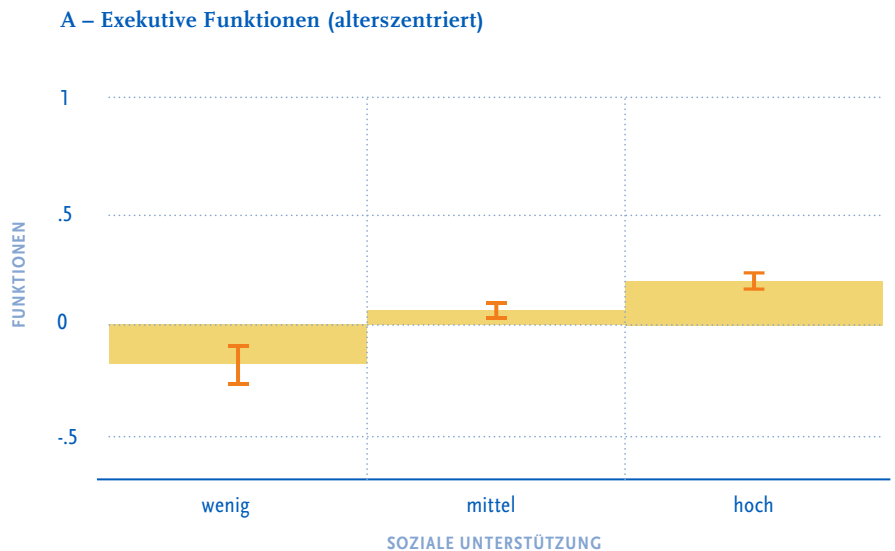
Möglichkeiten einer positiven Einflussnahme nicht nur im hohen Alter, sondern über das gesamte Erwachsenenalter hinweg, aufzuzeigen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung mit niedrigerem SES und höherem Alter abnimmt. Lediglich 29,5 % der Personen mit niedrigem SES berichten ein hohes Maß an sozialer Unterstützung, bei Personen mit hohem SES sind es 49,5 %. Während 42,1 % der Erwachsenen im Alter von 40 bis 59 Jahren eine hohe soziale Unterstützung berichten, sinkt dieser Anteil bei älteren Personen (60 bis 79 Jahre) auf 34,9 % (Tabelle 5.7). Ältere Personen, die jedoch ein hohes Maß an sozialer Unterstützung wahrnehmen, berichten weniger Gedächtnisverschlechterungen.

Jene mit wahrgenommenen Gedächtnisverschlechterungen berichten zudem bei hoher sozialer Unterstützung weniger Sorgen. Dieser Befund steht im Einklang mit der bewussten Auswahl weniger, aber dafür bedeutsamer sozialer Kontakte im hohen Alter [106, 107] und untermauert deren hohe Bedeutung auf verschiedene altersrelevante Bewältigungsprozesse [108].

Bestehende Hinweise auf den hohen Stellenwert von sozialer Unterstützung auf kognitive Leistung werden anhand der vorliegenden Befunde gestärkt: Unabhängig vom Geschlecht, SES oder Alter fallen Fähigkeiten der kognitiven Mechanik höher bei Personen mit hoher, im Vergleich zu solchen mit wenig sozialer Unterstützung aus (Abbildung 5.15). Leis-

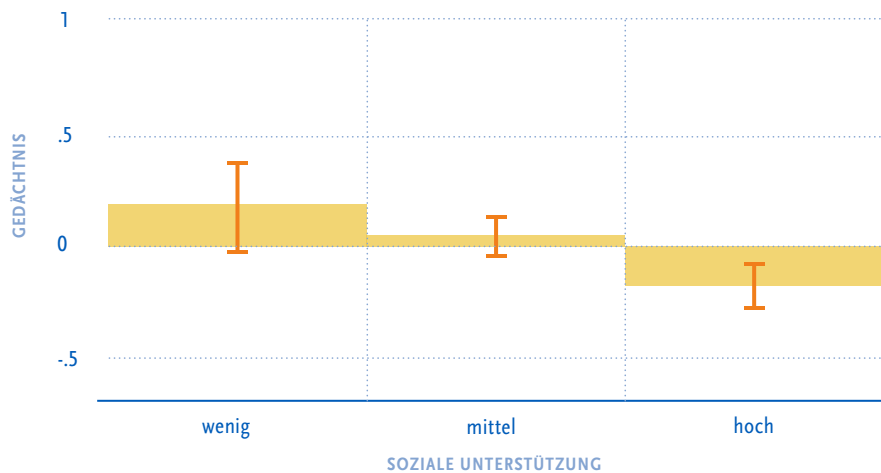
ABBILDUNG 5.15 A UND B

Fähigkeiten der kognitiven Mechanik (a) exekutive Funktionen, (b) episodisches Gedächtnis unterteilt nach wahrgenommener sozialer Unterstützung (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte in %, 95 %-KI)



Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit hoher und mittlerer sozialer Unterstützung (Dummy kodiert) unterschieden sich signifikant von Personen mit wenig sozialer Unterstützung in den Leistungen der exekutiven Funktionen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter. Hinsichtlich der Leistungen im episodischen Gedächtnis unterschieden sich Personen mit hoher und niedriger sozialer Unterstützung signifikant voneinander mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter; Unterschiede zwischen wenig und mittlerer sozialer Unterstützung für Leistungen im episodischen Gedächtnis sind nicht signifikant ($p > .05$).

A – Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (alterszentriert)



B – Sorgen (alterszentriert)

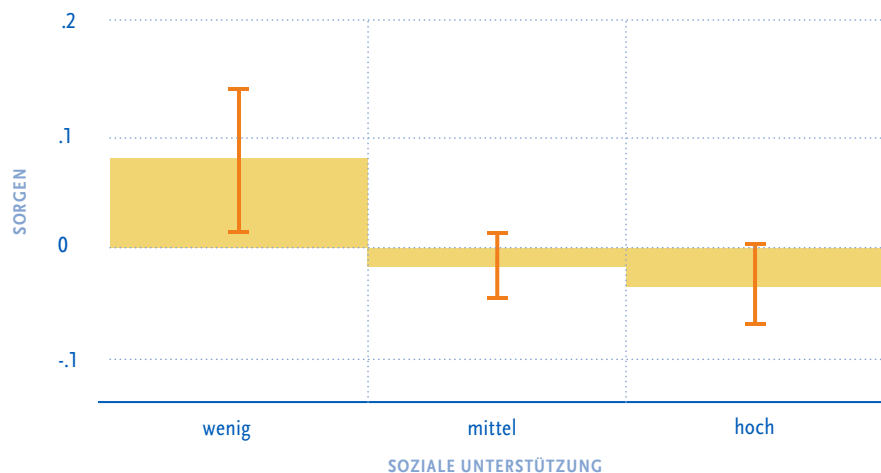


ABBILDUNG 5.16 A UND B

(a) Subjektive Gedächtnisverschlechterungen und damit (b) verbundene Sorgen unterteilt nach wahrgenommener sozialer Unterstützung (altersadjustierte Mittelwerte in %, 95 %-KI)

Anmerkungen Darstellung der altersadjustierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit hoher sozialer Unterstützung (Dummy kodiert) unterscheiden sich signifikant von Personen mit wenig sozialer Unterstützung in den subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundenen Sorgen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter; Unterschiede zwischen wenig und mittlerer sozialer Unterstützung sind nicht signifikant ($p > .05$).

tungen im Wortschatz erwiesen sich als unabhängig von der sozialen Unterstützung. Darüber hinaus werden von Personen mit hoher im Vergleich zu niedriger sozialer Unterstützung weniger subjektive Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundene Sorgen berichtet (Abbildung 5.15). Dieses Ergebnis korrespondiert ebenfalls mit bisherigen Annahmen über verbesserte Bewältigungsprozesse (z. B. bei wahrgenommenen Gedächtnisverlusten) im Falle von hoher sozialer Unterstützung (z. B. [102]).

Insbesondere ältere Erwachsene profitieren demzufolge von sozialer Unterstützung, was die Bedeutung gesellschaftlich organisierter sozial unterstützender Maßnahmen und Angebote für diese Personengruppe bekräftigt. Offen bleibt bislang die Frage, inwiefern Personen mit niedrigem SES ebenfalls von spezifischen Angeboten profitieren könnten.

Zusammenfassung: Potentielle Schutzfaktoren zur Förderung eines gesunden kognitiven Alterns

Zusammengenommen wird das Potential verschiedener Aspekte der Lebensführung (mental, körperlich, sozial) als Schutzfaktoren für kognitive Funktionseinschränkungen deutlich. In Anbetracht der vorliegenden Daten haben sich eine hohe sportliche Aktivität und soziale Unterstützung sowie ein niedriges Maß an chronischem Stress als förderlich im Hinblick auf ein gesundes kognitives Altern erwiesen. Abschließend sollen diese Aspekte nun gemeinsam betrachtet und das positive Potential ihres Zusammenwirkens für die am stärksten von altersbedingten Veränderungen betroffenen Fähigkeiten, den exekutiven Funktionen, quantifiziert werden.



Abbildung 5.17 zeigt Fähigkeiten in den exekutiven Funktionen im Altersverlauf für (a) Personen unter 65 Jahren und (b) Personen ab 65 Jahren. Bei der Darstellung wird zusätzlich zwischen zwei Personengruppen unterschieden: einerseits Personen, die sportlich aktiv sind (> 2 Stunden pro Woche), sich überdurchschnittlich gesund ernähren, unterdurchschnittlich chronischen Stress erleben sowie eine hohe soziale Unterstützung wahrnehmen („kumulierte Schutzfaktoren“) und andererseits Personen, die sportlich nicht aktiv sind, sich unterdurchschnittlich gesund ernähren, überdurchschnittlich chronischen Stress erleben sowie wenig soziale Unterstützung wahrnehmen („kumulierte Risikofaktoren“). Abbildung 5.17b zeigt separat die Verläufe für Personen ab 65 Jahren, bei denen lediglich die Faktoren sportliche Aktivität und soziale Unterstützung berücksichtigt werden konnten.

Es wird deutlich, dass Fähigkeiten der exekutiven Funktionen bis ins hohe Erwachsenenalter im Durchschnitt höher ausfallen, wenn das Ausmaß an chro-

nischem Stress niedrig und sportliche Aktivität, gesunde Ernährung sowie soziale Unterstützung hoch sind ($M = 0,45$, 95 %-KI=0,23–0,67 im Vergleich zu $M = 0,14$, 95 %-KI=–0,11–0,40 für den Altersbereich 18 bis 64 Jahre; $M = -0,69$, 95 %-KI=–1,10–0,28 im Vergleich zu $M = -1,43$, 95 %-KI=–1,82–1,04 für den Altersbereich 65 bis 79 Jahre). Der Unterschied in der kognitiven Leistung beläuft sich basierend auf regressionsanalytischen Schätzverfahren bei unter 65-Jährigen auf zwölf Jahre und bei ab 65-Jährigen auf sieben Jahre (Abbildung 5.17). Folglich könnte ein gesundes kognitives Altern bereits mithilfe der ausgewählten Schutzfaktoren (wenig chronischer Stress, hohe sportliche Aktivität, gesunde Ernährung und soziale Unterstützung) gefördert und eine Abnahme der kognitiven Mechanik deutlich verlangsamt werden. Zukünftiger Public Mental Health Forschung obliegt es auf diesen Erkenntnissen aufzubauen, die gefundenen Zusammenhänge langfristig zu untersuchen und um bislang noch nicht berücksichtigte Faktoren zu erweitern.

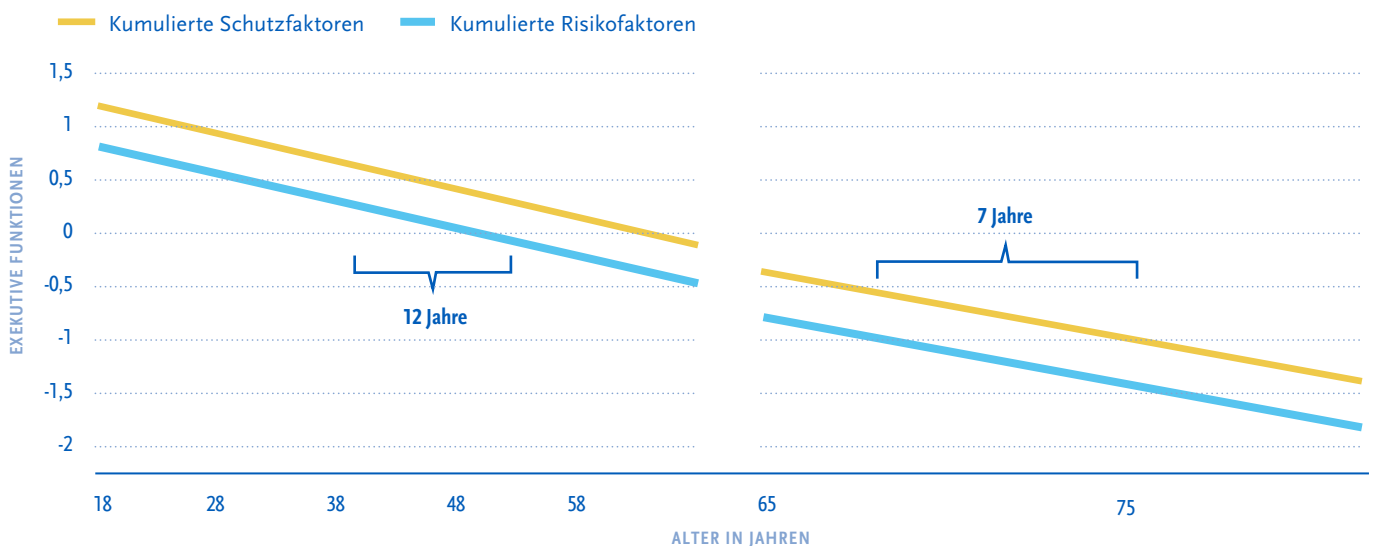


ABBILDUNG 5.17

Fähigkeiten der exekutiven Funktionen unterteilt nach kumulierten Risiko- und Schutzfaktoren für (a) unter 65-jährige und (b) über 64-jährige Personen

Anmerkungen Darstellung der Regressionsgeraden. Personen mit kumulierten Schutzfaktoren zeigten signifikant höhere Leistungen in den exekutiven Funktionen als Personen mit kumulierten Risikofaktoren mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität



Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) umfasst, wie sich eine Person körperlich und mental fühlt, wie sie sozial interagiert und ihren Alltag in verschiedenen Situationen bewältigt [109]. Daher stehen sowohl Aspekte der Lebensführung als auch der Funktionalität hinsichtlich verschiedener körperlicher aber auch psychischer Aspekte in unmittelbarem Zusammenhang mit der HRQoL [96, 110]. Mit zunehmendem Alter sind Personen vermehrt mit körperlichen Funktionseinschränkungen oder chronischen Erkrankungen konfrontiert [111]. Älteren Personen kann es jedoch trotz alters- oder krankheitsbedingter körperlicher Beeinträchtigungen gelingen, ihre Lebenszufriedenheit und HRQoL zu erhalten oder gar zu steigern [112, 113]. Entscheidende mentale Strategien sind hierbei zum Beispiel die Anpassung und Neubewertung aktueller Lebensumstände (z. B. hinsichtlich

ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und Gesundheit) oder die Konzentration auf einzelne bedeutende Lebensbereiche und soziale Kontakte [114]. Eine wichtige Voraussetzung für derartig kompensatorisch wirkende Prozesse stellt jedoch die Möglichkeit dar, auf entsprechende kognitive und soziale Ressourcen zurückgreifen zu können [113]. Bereits bei leichten kognitiven Einschränkungen konnte ein Zusammenhang mit einer reduzierten HRQoL festgestellt werden [115], die sich scheinbar mit zunehmender Schwere der kognitiven Beeinträchtigung noch weiter verringert [1]. Dementsprechend kommt der kognitiven Leistungsfähigkeit eine wesentliche Bedeutung für den Erhalt von HRQoL und damit verbunden für einen zufriedenen und selbständigen Lebensstil über die gesamte Altersspanne zu. HRQoL wurde in DEGS1 mithilfe des standardisierten Instruments

	GESCHLECHT		SOZIOÖKONOMISCHER STATUS			ALTERSGRUPPE (in Jahren)		
	Frauen	Männer	Niedrig	Mittel	Hoch	18–39	40–59	60–79
Körperliche Komponente	50,7 (50,2 – 51,3)	51,7 (51,1 – 52,3)	47,0 (45,5 – 48,5)	51,6 (51,1 – 52,0)	54,0 (53,5 – 54,6)	55,7 (55,1 – 56,2)	51,6 (51,0 – 52,1)	45,5 (44,7 – 46,2)
Psychische Komponente	48,2 (47,5 – 48,9)	50,9 (50,3 – 51,4)	47,1 (45,6 – 48,6)	49,9 (49,3 – 50,4)	50,5 (49,7 – 51,4)	48,1 (47,1 – 49,0)	49,2 (48,5 – 49,9)	51,6 (50,9 – 52,4)

TABELLE 5.8

Selbst berichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität getrennt für Frauen und Männer, nach, sozioökonomischem Status und Altersgruppe (Mittelwerte in %, 95 %-KI)

Anmerkungen Datenbasis: Substichprobe von N = 3.667 Personen aus DEGS1 und DEGS1-MH, die an der neuropsychologischen Testung teilgenommen haben.



SF-36-V2 [116, 117] im Selbstbericht erfasst (Kapitel 3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität). In DEGS1 zeigen sich im Einklang mit Ergebnissen aus anderen Populationen Unterschiede nach Geschlecht, SES und Alter [118, 119] (Tabelle 5.8). Ein niedriger SES ist mit einer geringeren körperlichen und psychischen HRQoL assoziiert, Frauen zeigen eine niedrigere psychische HRQoL im Vergleich zu Männern und mit zunehmendem Alter nimmt die körperliche HRQoL ab, während die psychische HRQoL ansteigt [109].

Darüber hinaus zeigen Personen mit höheren Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis unabhängig von ihrem Geschlecht, SES oder Alter ebenfalls eine höhere HRQoL, sowohl hinsichtlich der körperlichen als

auch der psychischen Komponente. Abbildung 5.18 zeigt die Zusammenhänge zwischen der körperlichen Komponente von HRQoL mit den Leistungen in der kognitiven Mechanik, während die Zusammenhänge mit der psychischen Komponente von HRQoL in Abbildung 5.19 dargestellt sind. In den dargestellten Punktwolken werden die Werte aller Personen inkludiert, wobei die kognitive Leistungsfähigkeit jeweils auf der Y-Achse abgetragen ist und die HRQoL auf der X-Achse (Abbildungen 5.18 und 5.19). Insgesamt ist ein positiver Trend zu verzeichnen, der mithilfe einer ansteigenden Linie (Regressionsgeraden) angezeigt wird. Das bedeutet, mit zunehmender kognitiver Leistungsfähigkeit steigt durchschnittlich ebenfalls die HRQoL.

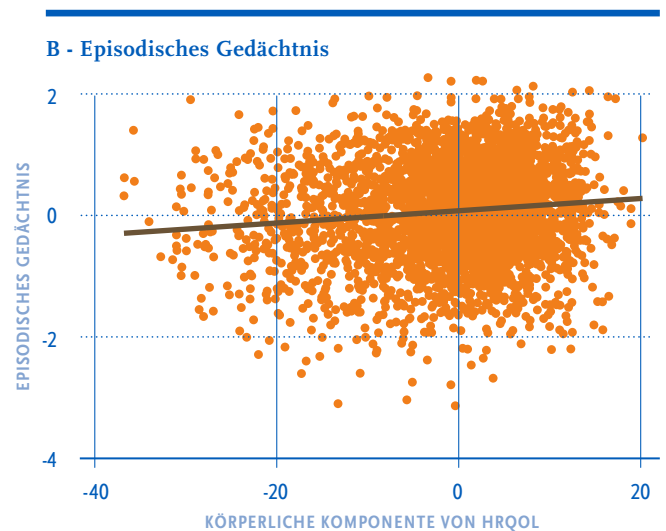
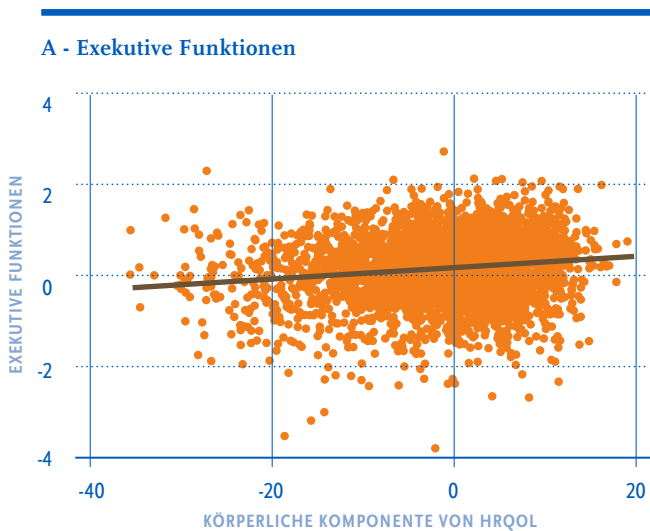


ABBILDUNG 5.18 A UND B

Zusammenhänge der Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen sowie (b) dem episodischen Gedächtnis jeweils mit der körperlichen Komponente von HRQoL (z-standardisierte altersadjustierte Werte, 95 % - KI)

Anmerkungen Darstellung des Zusammenhangs der altersadjustierten Werte pro Person sowie der Regressionsgeraden. Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis zeigen einen signifikanten positiven Zusammenhang mit der körperlichen Komponente von HRQoL, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

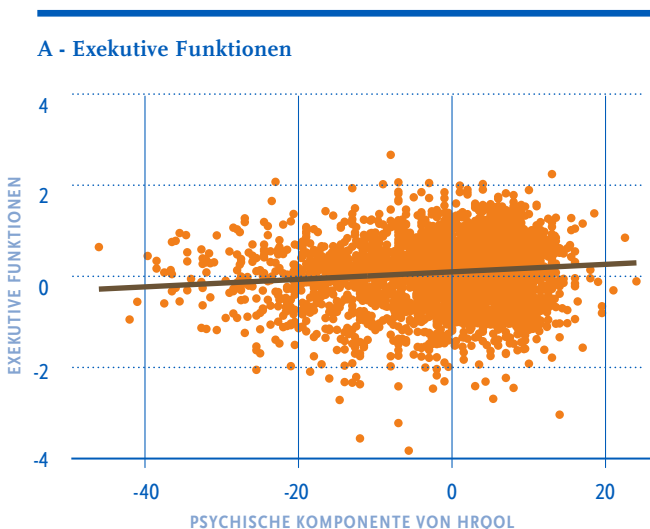
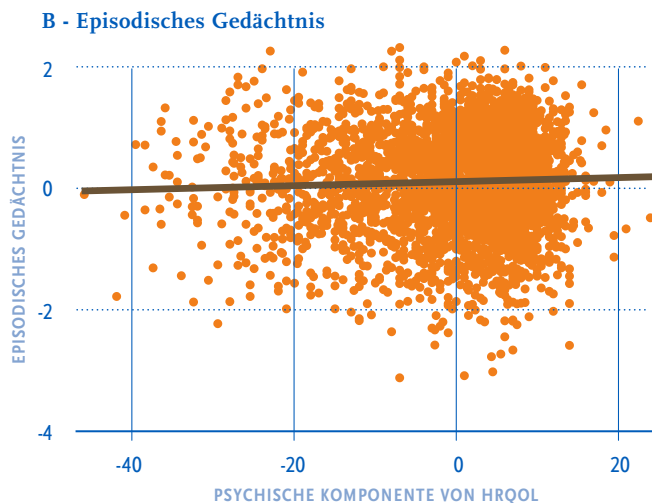


ABBILDUNG 5.19

Zusammenhänge der Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen sowie (b) dem episodischen Gedächtnis jeweils mit der psychischen Komponente von HRQoL (z-standardisierte Werte, 95 % - KI)



Anmerkungen zu Abbildung 5.19

Darstellung des Zusammenhangs der altersadjustierten Werte pro Person sowie der Regressionsgeraden. Leistungen in den exekutiven Funktionen und dem episodischen Gedächtnis zeigen einen signifikanten positiven Zusammenhang mit der körperlichen Komponente von HRQoL, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

Somit bestätigen die Befunde bisherige Annahmen über einen positiven Zusammenhang zwischen kognitiver Leistungsfähigkeit und HRQoL, auch wenn basierend auf den vorliegenden Daten keine Aussage bezüglich der Wirkrichtung des Zusammenhangs getroffen werden kann. Es ist möglich, dass eine höhere kognitive Leistungsfähigkeit die HRQoL positiv beeinflusst, es ist aber auch möglich, dass eine hohe HRQoL höhere kognitive Leistungen begünstigt. Zukünftige Studien, die intraindividuelle Entwicklungen in den kognitiven Leistungen im Zusammenhang mit der HRQoL beobachten, könnten weitere Erkenntnisse liefern. Die Leistungen im Wortschatz stehen hingegen nicht im Zusammenhang mit der HRQoL.

Des Weiteren zeigt sich erneut, dass neben den objektiven kognitiven Leistungen subjektive Einschätzungen der Gedächtnisleistung relevant für die

Gesundheit sind. Personen, die subjektive Gedächtnisverschlechterungen sowie damit verbundene Sorgen berichten, zeigen ebenfalls eine niedrigere körperliche und psychische HRQoL (Abbildungen 5.20 und 5.21). Besonders bei Personen, die in höherem Alter Gedächtnisverschlechterungen wahrnehmen, ist die psychische HRQoL niedriger im Vergleich zu solchen, die auch im hohen Alter keine Gedächtnisverschlechterungen wahrnehmen. Personen, die selbst in hohem Alter in ihrem Alltag keine kognitiven Einbußen feststellen, fühlen sich offensichtlich psychisch gesünder und erfüllen somit die besten Voraussetzungen für ein selbständiges, aktives und zufriedenes kognitives Altern. Wie aktuelle Studien zeigen, können diese Voraussetzungen in Kombination mit weiteren Aspekten des Lebensstils, wie sportlicher Aktivität und gesunder Ernährung, weiter optimiert werden [96, 110].

A – subjektiven Gedächtnisverschlechterungen

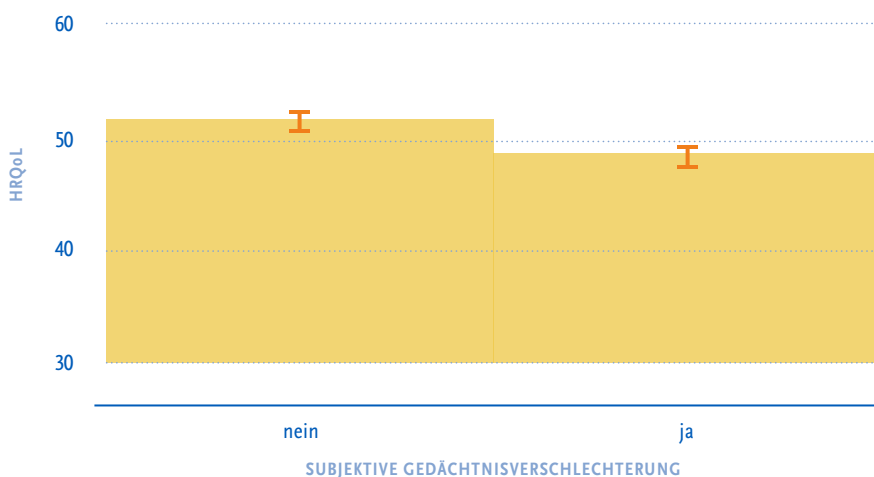


ABBILDUNG 5.20 A UND B

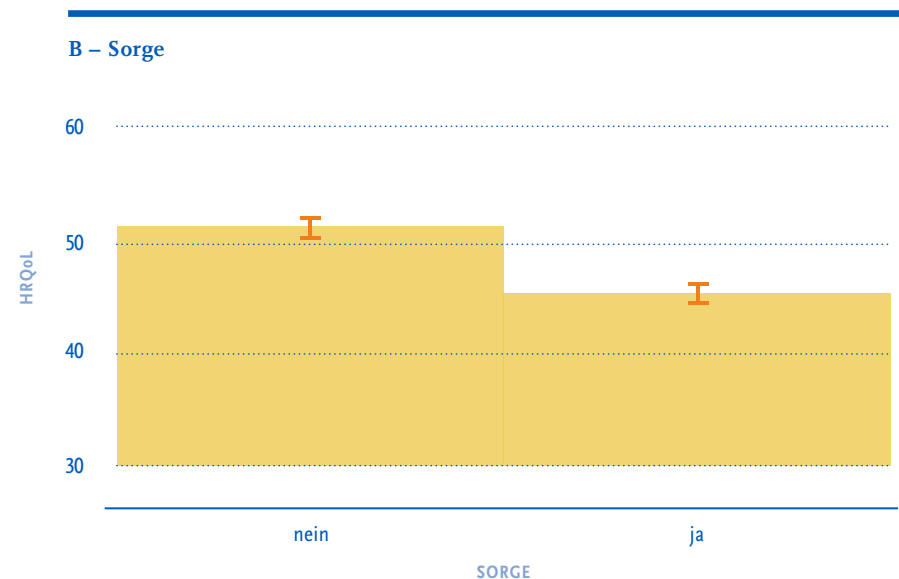
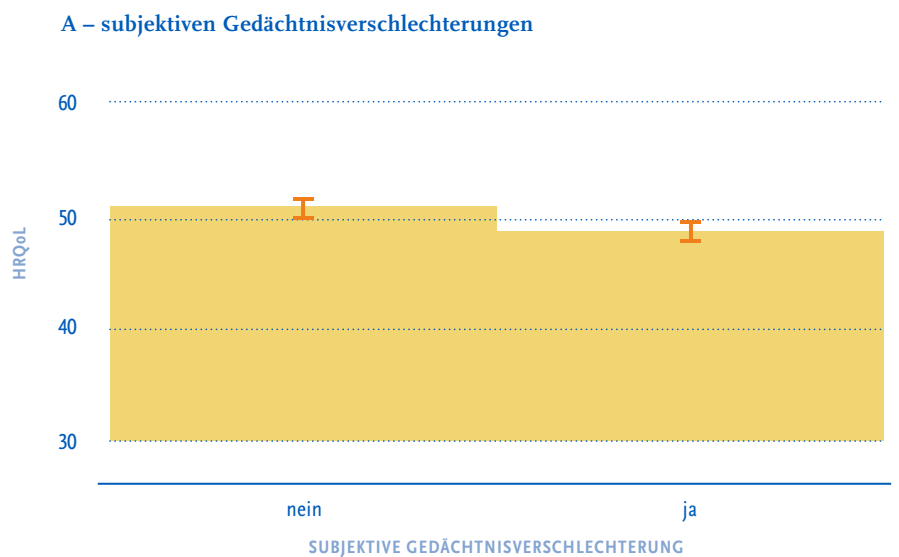
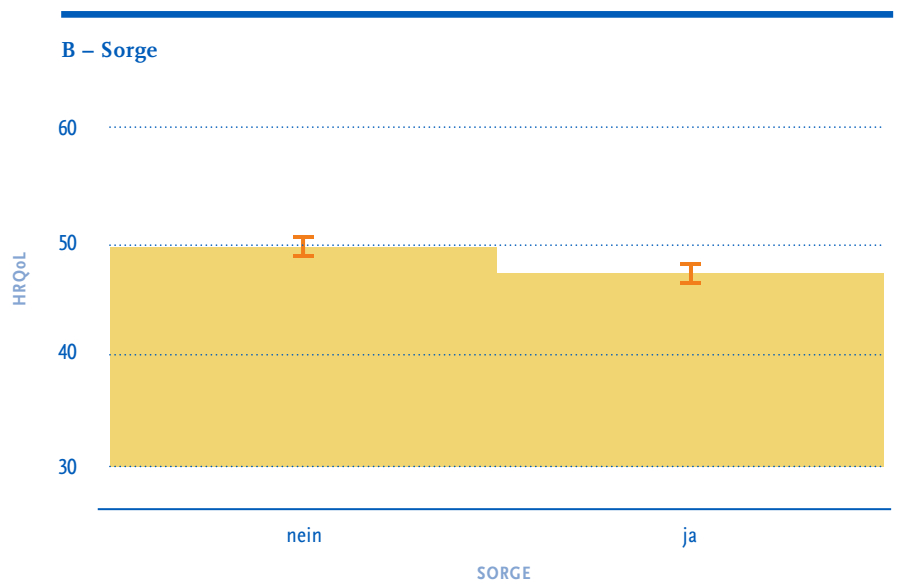
Häufigkeiten von (a) subjektiven Gedächtnisverschlechterungen sowie (b) damit verbundenen Sorgen jeweils im Zusammenhang mit der körperlichen Komponente von HRQoL (z-standardisierte Werte, 95 % - KI)

Anmerkungen zu Abbildung 5.20 Darstellung der z-standardisierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und damit assoziierten Sorgen zeigen signifikant niedrigere Werte in der körperlichen Komponente von HRQoL als Personen ohne, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.

■ ABBILDUNG 5.21 A UND B

Häufigkeiten von (a) subjektiven Gedächtnisverschlechterungen sowie (b) damit verbundenen Sorgen jeweils im Zusammenhang mit der psychischen Komponente von HRQoL (z-standardisierte Werte, 95 % - KI)

Anmerkungen Darstellung der z-standardisierten Mittelwerte und 95 % Konfidenzintervalle. Personen mit subjektiven Gedächtnisverschlechterungen und damit assoziierten Sorgen zeigen signifikant niedrigere Werte in der psychischen Komponente von HRQoL als Personen ohne, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .01$, auch nach Kontrolle von Geschlecht, SES und Alter.



- 1 Forte R, Boreham CA, De Vito G et al. (2015) *Health and quality of life perception in older adults: the joint role of cognitive efficiency and functional mobility*. Int J Environ Res Public Health 12(9):11328–11344
- 2 Martin P (2000) *Altern, Aktivität und Langlebigkeit*. Z Gerontol Geriatr 33(7):S079-S084
- 3 Oswald WD (2004) *Kognitive und körperliche Aktivität*. GeroPsych (Bern) 17(3):147–159
- 4 Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M et al. (2006) *Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults*. JAMA 296(23):2805–2814
- 5 Engeln A (2003) *Zur Bedeutung von Aktivität und Mobilität für die Entwicklung im Alter*. GeroPsych (Bern) 16(3):117–129
- 6 Saß A-C, Wurm S, Ziese T (2009) *Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung*. Böhm K, Mardorf S, Nöthen M et al. (2009) *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, S. 31–112 <https://edoc.rki.de/handle/176904/3220> (Stand: 23.02.2021)
- 7 Staudinger UM, Schindler I (2002) *Produktivität und gesellschaftliche Partizipation im Alter*. In: Schlag B, Megel K (Hrsg) *Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 64–86
- 8 Gaertner B, Buttery AK, Finger JD et al. (2017) *Physical exercise and cognitive function across the life span: Results of a nationwide population-based study*. J Sci Med Sport advanced online publication
- 9 Luck T, Rodriguez FS, Riedel-Heller SG (2018) *Umwelt- und lebensstilbezogene Risikofaktoren*. In: Jessen F (Hrsg) *Handbuch Alzheimer-Krankheit*. De Gruyter, Berlin
- 10 Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A et al. (2012) *Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective*. Alzheimers Res Ther 4(1):6
- 11 Baltes PB, Lindenberger U, & Staudinger U. M. (1998) *Life-span theory in developmental psychology*. In: Damon W, Lerner R. M. (Hrsg) *Handbook of child psychology: Vol 1 Theoretical models of human development*. Wiley, New York, S. 1029–1143
- 12 Horn JL, Cattell RB (1966) *Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences*. J Educ Psychol 57(5):253–270
- 13 Horn JL, Cattell RB (1967) *Age differences in fluid and crystallized intelligence*. Acta Psychol (Amst) 26(2):107–129
- 14 Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al. (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
- 15 Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2015) *Twelve months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults—Mental Health Module (DEGS1 MH): a methodological addendum and correction*. Int J METH PSYCH RES 24(4):305–313
- 16 Kessels RPC, van den Berg E, Ruis C et al. (2008) *The backward span of the Corsi block-tapping task and its association with the WAIS-III Digit Span*. Assessment 15(4):426–434
- 17 Reitan RM (1958) *Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage*. Percept Mot Skills 8(3):271–276
- 18 van der Elst W, van Boxtel MP, van Breukelen GJ et al. (2006) *The Letter Digit Substitution Test: normative data for 1,858 healthy participants aged 24–81 from the Maastricht Aging Study (MAAS): influence of age, education, and sex*. J Clin Exp Neuropsychol 28(6):998–1009
- 19 Luck T, Riedel-Heller SG, Wiese B et al. (2009) *CERAD-NP battery: Age-, gender- and education-specific reference values for selected subtests. Results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)*. Z Gerontol Geriatr 42(5):372–384
- 20 Lehrl S (1999) *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest: MWT-B*. Spitta, Balingen
- 21 Wagner M, Wolfsgruber S, Gaertner B et al. (2017) *Cognitive functioning in the general population: Factor structure and association with mental disorders-The neuropsychological test battery of the mental health module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*. Int J Methods Psychiatr Res 27(1):e1594
- 22 Van der Elst W, Van Boxtel MP, Van Breukelen GJ et al. (2008) *A large-scale cross-sectional and longitudinal study into the ecological validity of neuropsychological test measures in neurologically intact people*. Arch Clin Neuropsychol 23(7–8):787–800
- 23 Blazer DG, Yaffe K, Liverman CT (2015) *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*. The National Academies Press, Washington, DC
- 24 Hartshorne JK, Germine LT (2015) *When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the life span*. Psychol Sci 26(4):433–443
- 25 Salthouse TA (2004) *What and when of cognitive aging*. Curr Dir Psychol Sci 13(4):140–144
- 26 Zimprich D, Martin M, Kliegel M et al. (2008) *Cognitive abilities in old age: Results from the Zurich Longitudinal Study on Cognitive Aging*. Swiss J Psychol 67(3):177–195
- 27 Schaie KW (2005) *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle longitudinal study*. Oxford University Press
- 28 Raz N (2000) *Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings*. In: Craik FIM, Salthouse TA (Hrsg) *The handbook of aging and cognition*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, S. 1–90
- 29 Staudinger UM, Greve W (2015) *Resilience and Aging*. Encyclopedia of Geropsychology:1–9
- 30 Salthouse TA (1984) *Effects of age and skill in typing*. J Exp Psychol Gen 113(3):345–371
- 31 Baltes PB, Baltes MM, Freund AM et al. (1999) *The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self-report: Technical report 1999*. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
- 32 Lang FR, Heckhausen J (2006) *Motivation and interpersonal regulation across adulthood: Managing the challenges and constraints of social contexts*. In: Hoare C (Hrsg) *Handbook of adult development and learning*. Oxford University Press, New York, NY, S. 149–166
- 33 Hertzog C, Kramer AF, Wilson RS et al. (2008) *Enrichment effects on adult cognitive development: can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced?* Psychol Sci Public Interest 9(1):1–65
- 34 Bamidis PD, Vivas AB, Styliadis C et al. (2014) *A review of physical and cognitive interventions in aging*. Neurosci Biobehav Rev 44:206–220
- 35 Fissler P, Küster O, Schlee W et al. (2013) *Novelty interventions to enhance broad cognitive abilities and prevent dementia: synergistic approaches for the facilitation of positive plastic change*. Prog Brain Res 207:403–434
- 36 Hyde JS, Linn MC (1988) *Gender differences in verbal ability: A meta-analysis*. Psychol Bull, Vol 104, S. 53–69
- 37 Pauls F, Petermann F, Lepach AC (2013) *Gender differences in episodic memory and visual working memory including the effects of age*. Memory 21(7):857–874
- 38 Zelinski EM, Gilewski MJ, Schaie KW (1993) *Individual differences in cross-sectional and 3-year longitudinal memory performance across the adult life span*. Psychol Aging 8(2):176–186
- 39 Aartsen MJ, Martin M, Zimprich D (2004) *Gender differences in level and change in cognitive functioning*. Gerontology 50(1):35–38
- 40 Hackman DA, Farah MJ (2009) *Socioeconomic status and the developing brain*. Trends Cogn Sci 13(2):65–73

- 41 Duncan GJ, Magnuson K (2012) *Socioeconomic status and cognitive functioning: moving from correlation to causation*. Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci 3(3):377–386
- 42 Kray J, Lindenberger U (2007) *Fluide Intelligenz*. In: Brandstädter J, Lindenberger U (Hrsg) *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Kohlhammer, Stuttgart
- 43 Ponds RWHM, van Boxtel MPJ, Jolles J (2000) *Age-related changes in subjective cognitive functioning*. Educ Gerontol 26(1):67–81
- 44 McCann SJ, Stewin LL, Short RH (1991) *Sex differences, social desirability, masculinity, and the tendency to worry*. J Genet Psychol 152(3):295–301
- 45 Stavosky JM, Borkovec TD (1987) *The phenomenon of worry: theory, research, treatment and its implications for women*. Women Ther 6(3):77–95
- 46 van Oijen M, de Jong FJ, Hofman A et al. (2007) *Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease*. Alzheimers Dement 3(2):92–97
- 47 Busse A, Bischof J, Riedel-Heller SG et al. (2003) *Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+)*. Br J Psychiatry 182(5):449–454
- 48 Birditt KS, Fingerman KL, Almeida DM (2005) *Age differences in exposure and reactions to interpersonal tensions: a daily diary study*. Psychol Aging 20(2):330–340
- 49 Phillips LH, Henry JD, Hosie JA et al. (2008) *Effective regulation of the experience and expression of negative affect in old age*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 63(3):P138–145
- 50 Aida J, Kawachi I, Subramanian SV et al. (2013) *Disaster, social capital, and health*. In: Kawachi I, Takao S, Subramanian SV (Hrsg) *Global perspectives on social capital and health*. Springer, New York, NY, S. 167–187
- 51 Enkvist A, Ekstrom H, Elmstahl S (2012) *What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?* Arch Gerontol Geriatr 54(1):140–145
- 52 Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C et al. (2013) *Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6):749–754
- 53 Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ (2010) *Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition*. Neurosci Biobehav Rev 35(1):2–16
- 54 Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR et al. (2009) *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition*. Nat Rev Neurosci 10(6):434–445
- 55 Fries E, Kirschbaum C (2009) *Chronischer Stress und stressbezogene Erkrankungen*. In: Wippert P, Beckmann J (Hrsg) *Stress- und Schmerzursachen verstehen Gesundheitspsychologie und-soziologie in Prävention und Rehabilitation*. Thieme, Stuttgart, S. 113–125
- 56 Klipker K, Hapke U, Wagner M et al. (in Begutachtung) *The role of chronic stress in subjective memory impairment and objective cognitive performance across adulthood*. Stress and Health
- 57 Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004) *Trierer Inventar zum Chronischen Stress (TICS)*[Trier Inventory for Chronic Stress (TICS)]. Hogrefe, Göttingen
- 58 Ronnlund M, Sundstrom A, Sorman DE et al. (2013) *Effects of perceived long-term stress on subjective and objective aspects of memory and cognitive functioning in a middle-aged population-based sample*. J Genet Psychol 174(1):25–41
- 59 McIntyre RS, Cha DS (2016) *Cognitive impairment in major depressive disorder: Clinical relevance, biological substrates, and treatment opportunities*. Cambridge University Press, Cambridge
- 60 Zaninotto L, Solmi M, Veronese N et al. (2016) *A meta-analysis of cognitive performance in melancholic versus non-melancholic unipolar depression*. J Affect Disord 201:15–24
- 61 Austin MP, Mitchell P, Goodwin GM (2001) *Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology*. Br J Psychiatry 178(3):200–206
- 62 Boone KB, Lesser IM, Miller BL et al. (1995) *Cognitive-functioning in older depressed outpatients - relationship of presence and severity of depression to neuropsychological test-scores*. Neuropsychology 9(3):390–398
- 63 Den Hartog HM, Derix MM, Van Bommel AL et al. (2003) *Cognitive functioning in young and middle-aged unmedicated out-patients with major depression: testing the effort and cognitive speed hypotheses*. Psychol Med 33(8):1443–1451
- 64 McDermott LM, Ebmeier KP (2009) *A meta-analysis of depression severity and cognitive function*. J Affect Disord 119(1–3):1–8
- 65 Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ et al. (2014) *Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis*. Psychol Med 44(10):2029–2040
- 66 Kim JM, Stewart R, Shin IS et al. (2003) *Subjective memory impairment, cognitive function and depression – a community study in older Koreans*. Dement Geriatr Cogn Disord 15(4):218–225
- 67 Stewart R, Russ C, Richards M et al. (2001) *Depression, APOE genotype and subjective memory impairment: a cross-sectional study in an African-Caribbean population*. Psychol Med 31(3):431–440
- 68 Cullen B, Nicholl B, Mackay D et al. (2015) *Cognitive function and lifetime features of depression and bipolar disorder in a large population sample: Cross-sectional study of 143,828 UK Biobank participants*. European Psychiatry 30(8):950–958
- 69 Cohrdes C, Bretschneider J (2018) *Can social support and physical activity buffer cognitive impairment in individuals with depressive symptoms? Results from a representative sample of young to older adults*. J Affect Disord 239:102–106
- 70 Heidemann C, Scheidt-Nave C (2017) *Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland – Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance*. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2781> (Stand: 21.02.2018)
- 71 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al. (2001) *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis*. Diabetes care 24(6):1069–1078
- 72 Bahrmann A, Bahrmann P, Kubiak T et al. (2012) *Diabetes und Demenz*. Z Gerontol Geriatr 45(1):17–22
- 73 Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E et al. (2006) *Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review*. Lancet Neurol 5(1):64–74
- 74 Kruse J, Petrak F, Herpertz S et al. (2006) *Diabetes mellitus und Depression-eine lebensbedrohliche Interaktion/Diabetes and depression-a life-endangering interaction*. Z Psychosom Med Psychother 52(3):289–309
- 75 Maske UE, Scheidt-Nave C, Busch MA et al. (2015) *Komorbidität von Diabetes mellitus und Depression in Deutschland*. Psychiatr Prax 42(04):202–207
- 76 Cheng G, Huang C, Deng H et al. (2012) *Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies*. Intern Med J 42(5):484–491
- 77 MacKnight C, Rockwood K, Awalt E et al. (2002) *Diabetes mellitus and the risk of dementia, Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment in the Canadian Study of Health and Aging*. Dement Geriatr Cogn Disord 14(2):77–83
- 78 Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013) *Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6):668–677
- 79 Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C et al. (2017) *Diabetes-Surveillance in Deutschland – Hin-*

tergrund, Konzept, Ausblick. *Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung*. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2586> (Stand: 21.02.2018)

80 Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL (2014) Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health* 14(1):510

81 Sofi F, Valecchi D, Bacci D et al. (2011) Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med* 269(1):107–117

82 Reimers C, Knapp G, Tettenborn B (2012) Einfluss körperliche Aktivität auf die Kognition. Ist körperliche Aktivität Demenz-präventiv? *Aktuel Neurol* 39(06):276–291

83 Carvalho A, Rea IM, Parimon T et al. (2014) Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clin Interv Aging* 9: 661–682

84 Voelcker-Rehage C, Godde B, Staudinger UM (2011) Cardiovascular and coordination training differentially improve cognitive performance and neural processing in older adults. *Front Hum Neurosci* 5:26

85 Forte R, Boreham CA, Leite JC et al. (2013) Enhancing cognitive functioning in the elderly: multicomponent vs resistance training. *Clin Interv Aging* 8:19–27

86 Henderson RM, Miller ME, Fielding RA et al. (2018) Maintenance of Physical Function 1 Year After Exercise Intervention in At-Risk Older Adults: Follow-up From the LIFE Study. *J Gerontol A:glx231-glx231*

87 Rehfeld K, Müller P, Aye N et al. (2017) Dancing or fitness sport? The effects of two training programs on hippocampal plasticity and balance abilities in healthy seniors. *Front Hum Neurosci* 11(305)

88 Klein T, Gruhler J, Rapp I (2017) Sportaktivität – Verbreitung und soziale Unterschiede. In: (Destatis) SB (Hrsg) *Wie die Zeit vergeht – Analysen zur Zeitverwendung in Deutschland*, S. 149–169

89 Elmadfa I, Meyer AL (2012) Diet quality, a term subject to change over time. *Int J Vitam Nutr Res* 82(3):144–147

90 Mensink G, Burger M, Beitz R et al. (2002) Was essen wir heute? Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3201> (Stand: 28.01.2021)

91 Lourida I, Soni M, Thompson-Coon J et al. (2013) Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review. *Epidemiology* 24(4):479–489

92 Panza F, Solfrizzi V, Colacicco AM et al. (2007) Mediterranean diet and cognitive decline. *Public Health Nutr* 7(7):959–963

93 Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB et al. (2013) Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta analysis. *Ann Neurol* 74(4):580–591

94 Ortega RM, Requejo AM, Andrés P et al. (1997) Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. *Am J Clin Nutr* 66(4):803–809

95 Mensink G, Truthmann J, Rabenberg M et al. (2013) Fruit and vegetable intake in Germany – Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5–6):779–785

96 Drewnowski A, Evans WJ (2001) Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life in Older Adults: Summary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56(Supplement 2):89–94

97 Cohrdes C, Mensink G, Hölling H (2018) How you live is how you feel? Positive associations between different lifestyle factors, cognitive functioning and health-related quality of life across adulthood. *Qual Life Res* 27(12):3281–3292

98 Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF (1999) Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 131(3):165–173

99 Gow AJ, Pattie A, Whiteman MC et al. (2007) Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *J Individ Differ* 28(3):103

100 Pillemer SC, Holtzer R (2016) The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. *Aging Ment Health* 20(7):727–735

101 Cacioppo JT, Hawkey LC (2009) Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci* 13(10):447–454

102 Cohen S, Wills TA (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 98(2):310–357

103 Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B (2004) An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 3(6):343–353

104 Cacioppo JT, Cacioppo S (2014) Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass* 8(2):58–72

105 Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE et al. (2007) Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 64(2):234–240

106 Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST (1999) Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol* 54(3):165–181

107 Lang FR (2004) Social motivation across the life span. In: Lang FR, Fingerman KL (Hrsg) *Growing together: Personal relationships across the lifespan*. Cambridge University Press, Cambridge, England, S. 341–367

108 Brenowitz WD, Kukull WA, Beresford SA et al. (2014) Social relationships and risk of incident mild cognitive impairment in U. S. Alzheimer's disease centers. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 28(3):253–260

109 Ellert U, Kurth BM (2013) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5–6):643–649

110 Cohrdes C, Mensink GBM, Hölling H (in Begutachtung) How you live is how you feel? Positive associations between different lifestyle factors, cognitive functioning and health-related quality of life across adulthood. *Qual Life Res*

111 Ory MG, Cox DM (1994) Forging Ahead-Linking health and behavior to improve quality of life in older people. *Soc Indic Res* 33(1–3):89–120

112 Gana K, Bailly N, Saada Y et al. (2013) Does life satisfaction change in old age: results from an 8-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 68(4):540–552

113 Layte R, Sexton E, Savva G (2013) Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *J Am Geriatr Soc* 61 Suppl 2:S 299–305

114 Staudinger UM, Greve W (2001) Resilienz im Alter. In: Altersfragen DZf (Hrsg) *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 95–144

115 Conrad I, Uhle C, Matschinger H et al. (2015) Lebensqualität von älteren Menschen mit leichten kognitiven Störungen. *Psychiatr Prax* 42(03):152–157

116 Bullinger M, Kirchberger I (1998) *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. (SF-36)-Handbuch für die deutschsprachige Fragebogen-version. Hogrefe, Göttingen

117 Morfeld M, Bullinger M, Nantke J et al. (2005) Die Version 2.0 des SF-36 Health Survey-Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie. *Soz Präventivmed* 50(5):292–300

118 Cherepanov D, Palta M, Fryback DG et al. (2010) Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Qual Life Res* 19(8):1115–1124

119 Gunzelmann T, Albani C, Beutel M et al. (2006) Subjective health of older people in view of the SF-36: Values from a large community-based sample. *Z Gerontol Geriatr* 39(2):109–119

Handlungsempfehlungen zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen



Die nachfolgenden Empfehlungen leiten den Handlungsbedarf von den Auswertungen des Robert Koch-Instituts (RKI) ab und beziehen – soweit vorhanden – gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Effektivität von Maßnahmen mit ein. Es handelt sich hierbei um Ansätze, die der Prävention sowie der Gesundheitsförderung in Settings und in Lebenswelten zuzuordnen sind und sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisprävention fokussieren. Weitergehende Informationen zum Vorgehen bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen enthält Kapitel 3.5.

5.8.1 Auswertungen des RKI als Ausgangslage für die Ableitung von Handlungsempfehlungen

Der Begriff der kognitiven Leistungsfähigkeit umfasst Prozesse der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und des Lernens. Bei der Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit wird zwischen den beiden Komponenten der kognitiven Pragmatik und der kognitiven Mechanik unterschieden. Kognitive Pragmatik vereint Aspekte wie sprachliche und strategische Fähigkeiten, die kognitive Mechanik eher biologische determinierte Faktoren wie die Reaktionsgeschwindigkeit (mehr Details siehe Kapitel 5.1). Für die Prävention ist vor allem die kognitive Mechanik von Bedeutung, da diese altersbedingt abnimmt. Sie ist besonders vor dem

Hintergrund des demografischen Wandels ein wichtiger Faktor, wenn es darum geht, Menschen möglichst lange eine Erwerbsfähigkeit und im höheren Alter eine eigenständige Lebensführung zu ermöglichen. Aus der Perspektive der Prävention ist kognitive Leistungsfähigkeit zudem von Interesse, da eine hohe Variabilität der Fähigkeit im Alter auf Förderungspotentiale hindeutet. Es ist davon auszugehen, dass Präventionsmaßnahmen den Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter deutlich verbessern könnten.

Neben der altersbedingten Reduktion kognitiver Leistungsfähigkeit zeigen die Befunde des RKI weitere Risikofaktoren auf, die sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken können. Das ist in erster Linie chronischer Stress. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) und Frauen stärker betroffen sein können. Kurzfristig zeigt sich eine Reduktion kognitiver Leistungsfähigkeit auch bei depressiver Symptomatik. Die Daten des RKI zeigen zudem Zusammenhänge zwischen einer Diabetesdiagnose und reduzierter kognitiver Leistungsfähigkeit auf, wobei die genauen Wirkmechanismen bisher unklar sind.

Identifiziert wurden aber nicht nur Risikofaktoren, sondern auch Schutzfaktoren, die sich positiv auf den Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit auswirken können. Diese Schutzfaktoren sind Bewegung (wobei positive Effekte bereits ab zwei Stunden wöchentlicher Aktivität nachzuweisen sind), Ernährung (Mittelmeerkost) und soziale Unterstützung.

Die Daten des RKI liefern in Bezug auf kognitive Leistungsfähigkeit also Ansatzpunkte zur Identifikation von Zielgruppen und bedarfsgerechter Platzierung von Angeboten sowie Ansatzpunkte zur inhaltlichen Ausgestaltung dieser Angebote.

5.8.2 Ergebnisse der Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen

Eine Besonderheit für die Gestaltung von Maßnahmen zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit ist, dass die hierfür identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren (z. B. Bewegung, gesunde Ernährung etc.) auch für andere gesundheitliche Outcomes als relevante Faktoren bekannt sind.

Die Wirksamkeitsnachweise bestehender Maßnahmen beziehen sich häufig nicht direkt auf die kognitive Leistungsfähigkeit als Outcome, sondern auf Indikatoren, die wiederum die kognitive Leistungsfähigkeit begünstigen können.

Für die Formulierung von Handlungsempfehlungen resultiert daraus, dass präventive Maßnahmen zum Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit teilweise in bereits bestehende Präventionsmaßnahmen und -strukturen integriert werden können. Dies bietet sich vor allem im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen für andere altersbedingte Erkrankungen an. Darüber hinaus können Präventionsangebote, die der Gesundheitsförderung im Allgemeinen oder der Prävention spezifischer Erkrankungen dienen und auf die oben genannten Schutzfaktoren Bewegung, Ernährung, soziale Unterstützung abzielen, als Trägerprogramme genutzt werden.

Kognitive Leistungsfähigkeit ist somit zum einen als eigene Thematik verortet, Präventionsmaßnahmen zu ihrem Erhalt sind aber gut in andere Präventionsprogramme und -strategien zur gesunden Lebensführung integrierbar.

Um dem Schutzfaktor Bewegung Rechnung zu tragen, wurden 2016 in Deutschland mit den „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstmalig detaillierte Empfehlungen zur Bewegung und Bewegungsförderung von Bundeseite veröffentlicht. Diese wurden auf der Grundlage einer transparenten Methode mittels einer systematischen Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz entwickelt [1]. Sie richten sich an professionelle Akteure und Organisationen im Feld der Bewegungsförderung. Dies sind Fachleute und Organisationen, die im Kontext von Bewegung und Gesundheit im Sport (z. B. Sportvereine), im Bildungsbereich (z. B. Kinder-

tagesstätten oder Schulen), im Gesundheitssystem (z. B. bei den Krankenkassen), in Kommunen (z. B. in der Stadtentwicklung und Raumplanung), in der Politik (z. B. in der Gesundheits- und Bildungspolitik) oder in anderen relevanten gesellschaftlichen Feldern direkt oder indirekt Einfluss auf die Entwicklung, Implementierung und Umsetzung von Maßnahmen der Bewegungsförderung beziehungsweise der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung nehmen. Diese grundsätzlichen und indikationsübergreifenden Empfehlungen sollten als Anhaltspunkt für die Ausgestaltung der Bewegungsförderung verstanden werden, die auch dem Ziel des Erhalts der kognitiven Leistung und der Demenzprävention dient.

Soziale Einbindung und soziale Unterstützung kann auf vielfältige Weise und auf verschiedensten Ebenen gefördert werden. Die bisher in Metaanalysen und Einzelstudien untersuchten Interventionen fokussieren eher die Verhaltensprävention. Masi, Chen, Hawkey und Cacioppo [2] untersuchten in einer Metaanalyse Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit und verwiesen dabei auf vier grundsätzliche Interventionsstrategien: (a) das Training sozialer Fertigkeiten, (b) die Erhöhung sozialer Unterstützung, (c) die Ausweitung der Möglichkeiten zur sozialen Kontaktgestaltung, (d) die Auflösung dysfunktionaler sozialer Kognitionen. Sie zeigten, dass sich besonders diejenigen Interventionen als wirksam erweisen, die dysfunktionale soziale Kognitionen, also blockierende Denkmuster adressierten. Cohen-Mansfield und Perach [3] kamen in ihrer Übersicht zum Ergebnis, dass es möglich ist, mittels Wissensvermittlung über die Ausgestaltung des eigenen sozialen Netzwerkes Einsamkeit zu reduzieren. Dickens, Richards, Greaves und Campbell [4] fokussierten Interventionen für alte Menschen und zeigten, dass besonders diejenigen erfolgreich waren, die soziale Aktivitäten und/oder soziale Unterstützung in Gruppen organisierten.

Maßnahmen der Verhältnisprävention zur Förderung der sozialen Einbindung und zur Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts sind in diesem Zusammenhang ebenfalls relevant. Als theoretisches Rahmenkonzept kann dabei das Konzept des sozialen Kapitals dienen. Als soziales Kapital wird eine spezifische Qualität des Zusammenlebens von Menschen beschrieben. Es umfasst jene Elemente des sozialen Zusammenlebens, welche gemeinschaftliche Aktivitäten zu gegenseitigem Nutzen fördern. Drei Indikatoren sind dabei wichtig: 1. das Ausmaß sozialer Netzbildung in sekundären Gruppen, das heißt in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, 2. das allgemeine Klima des Vertrauens in einer Gemeinde/Kommune/Nachbarschaft und 3. die Geltung von Normen und Werten gegenseitiger Hilfe



oder sozialer Reziprozität [5]. Empirische Studien zu diesem Thema gibt es nur wenige. Murayama, Fujiwara und Kawachi [6] erstellten eine Übersicht zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Kapital und diskutieren Interventionsstrategien, die darauf abzielen, das soziale Kapital in Gesellschaften gezielt zu entwickeln. Soziales Kapital steht für Zugänge zu Ressourcen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens wie beispielsweise Unterstützung, Hilfeleistung, Anerkennung, Wissen und Verbindungen.

Die bereits in Kapitel 4.5 genannte Demografie-strategie „Jedes Alter zählt – Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“ der Bundesregierung stellt diese Ressourcen in den Vordergrund und möchte die gesellschaftliche Teilhabe der alternden Bevölkerung fördern.

5.8.3 Handlungsempfehlung und Beispiele guter Praxis zu Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der Allgemeinbevölkerung

Einbußen in der kognitiven Leistungsfähigkeit erfolgen zumeist altersbedingt, so dass Präventionsmaßnahmen sich in jedem Fall an die Allgemeinbevölkerung richten sollten. Wie auch für die Prävention von depressiver Symptomatik und Störung vorgeschlagen, können hierzu sowohl Maßnahmen der Aufklärung und Information der Allgemeinbevölkerung als auch Maßnahmen in Settings dienlich sein.

Aufklärung und Information der Allgemeinbevölkerung

Die Reduktion der kognitiven Leistungsfähigkeit ist altersassoziiert und kann bereits im mittleren Erwachsenenalter einsetzen. Sie kann zum Beispiel durch chronischen Stress weiter erhöht werden. Altersbedingte Einbußen in der kognitiven Mechanik lassen sich durch Trainings teilweise ausgleichen. Die kognitive Pragmatik hingegen erhöht sich bis über das mittlere Erwachsenenalter hinaus, zeigt aber eine große Varianz und damit bedeutsame Förderpotenziale [7]. Daher ist es wichtig, Prävention nicht nur an ältere Erwachsene zu richten, sondern schon früher anzusetzen, die Bevölkerung für dieses Thema zu sensibilisieren und auf seine Relevanz hinzuweisen.

Die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter ist unabhängig von neurodegenerativen Erkrankungen wie Alzheimer zu betrachten. Um auf den Wert von bekannten Präventionsmaßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit aufmerksam zu machen, empfiehlt sich eine Integration des Themas kognitive Leistungs-

fähigkeit in bestehende bevölkerungsweite Aufklärungs- und Informationsstrategien oder Aktionen.

Auf nationaler Ebene liegt hierfür als Steuerungselement beispielsweise der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ vor [8]. IN FORM ist eine Initiative zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhalten in der deutschen Bevölkerung. Die Initiative zielt auf die Förderung von Verhaltensweisen ab, die sich auch protektiv auf den Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit auswirken können. IN FORM bietet einen strukturell geeigneten Rahmen, um auch weitere Maßnahmen zur Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit zu integrieren. Teilweise werden im Rahmen von IN FORM bereits entsprechende Präventionsaktivitäten unterstützt. Die Aktivitäten im Rahmen von IN FORM eignen sich, um Bewegungsförderung für Menschen aller Altersgruppen in verschiedenen Lebenswelten voranzubringen.

Ein Vorteil dieser Art von Maßnahmen ist zudem, dass sie Aufklärung mit der Vermittlung von Handlungsstrategien verknüpft. Die Zielgruppen werden nicht nur informiert, sondern auf präventionsrelevante Verhaltensweisen aufmerksam gemacht, die vergleichsweise einfach realisierbar sind.

Bevölkerungsweite Prävention über Settingansätze

Neben national gesteuerten Maßnahmen sind auch für die Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit setting-spezifische Zugänge wichtig. Zur Erreichung der Allgemeinbevölkerung eignen sich vor allem die Settings Kommune, Arbeitswelt oder auch das Bildungssystem.

Kommunale Bewegungsinitiativen

Eine Vielzahl von Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung bietet Städten und Kommunen die Möglichkeit, Gesundheits- und Bewegungsförderung zu betreiben. Durch die Präventionsprojekte sollen Bürgerinnen und Bürger dazu beitragen, ihre Stadt zu einem bewegungsfreundlicheren Ort zu machen. Über alle Bevölkerungsgruppen hinweg können so gesundheitsgerechte Verhaltensweisen gefördert sowie die Strukturen in der Lebenswelt gesundheitsförderlich verändert werden.

Beispiel „10.000 Schritte für ihre Gesundheit“: Auf regionaler Ebene wurde durch die Ärztekammer Nordrhein beispielsweise vor einigen Jahren diese Kampagne initiiert. Zwar wurde in diesem im Rahmen vornehmlich die Risikogruppe bewegungsarmer

und übergewichtiger Patientinnen und Patienten angesprochen, denkbar ist aber auch, entsprechende Bewegungsinitiativen in allgemeinbevölkerungsrelevanten Settings – etwa der Kommune – zu etablieren.

Kognitive Stimulation im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Kognitive Anforderungen am Arbeitsplatz können sich positiv auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter auswirken und protektiv wirken. Entscheidend ist hierbei, dass durch die Arbeit kognitive Prozesse stimuliert werden, wie das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und Wahrnehmung bis hin zu logischem und mathematischem Denken, Informationsverarbeitung und Kreativität [9–14].

Über das Setting Arbeitswelt und die dort installierten Strukturen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements können ebenfalls große Teile der Allgemeinbevölkerung erreicht werden. Häufig sind durch das betriebliche Gesundheitsmanagement bereits Programme etabliert, die auf Schutzfaktoren setzen, von denen die kognitive Leistungsfähigkeit ebenfalls profitieren kann. Hier ist wiederum insbesondere an Bewegungsprogramme zu denken. Darüber hinaus empfehlen sich in der betrieblichen Prävention aber auch Aktivitäten, die gezielt auf den Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit hinwirken, beispielsweise Trainingsprogramme zur kognitiven Stimulation.

In einem Pilotprojekt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA) zur Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit monotoner Tätigkeit konnte beispielsweise gezeigt werden, dass entsprechende Trainings die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern können [15]. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Maßnahme im betrieblichen Umfeld unterstützt wird und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Nutzen der Präventionsmaßnahme ausreichend deutlich ist. Dies unterstreicht nochmals die Relevanz einer Präventionsmaßnahmen begleitenden, passenden Kommunikationsstrategie und die Notwendigkeit, die Bevölkerung stärker über das Thema kognitive Leistungsfähigkeit zu informieren.

Förderung von Medienkompetenz

Je nach Ausgestaltung kognitiver Trainings erfordert die Teilnahme ein Mindestmaß an digitaler Kompetenz. Zwar können Trainings auch in anderer Form angeboten werden, die Förderung digitaler Kompetenz kann aber als Weiterbildungsangebot selbst

für kognitive Stimulation sorgen. Darüber hinaus kann die Förderung digitaler Kompetenz auch dazu beitragen, zum Beispiel Menschen mit Mobilitätseinschränkungen die Kontaktpflege mit Familie und Freunden zu erleichtern und ihnen damit eine stärkere soziale Einbindung und Unterstützung zukommen zu lassen.

5.8.4 Handlungsempfehlung und Beispiele guter Praxis für Präventionsmaßnahmen in Settings für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko

Die Auswertung der Surveys aus dem RKI Gesundheitsmonitoring hat auch für den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit einige Risikofaktoren identifiziert. Diese sind unter anderem Diabetes mellitus, Depression, ein niedriger SES sowie ein hohes Alter. Im Sinne bedarfsgerechter Prävention sind Settings zu identifizieren, in denen Personengruppen, die von diesen Risikofaktoren besonders betroffen sind, erreicht werden können. Im Folgenden werden hierfür drei Settings und jeweils Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen vorgestellt. Nach Möglichkeit werden diese Maßnahmentypen mit Beispielen bereits etablierter Maßnahmen illustriert. Die vorgestellten Maßnahmen sollten wissenschaftlich eng begleitet werden, um zu identifizieren, wo und wie Risikogruppen am besten erreicht werden und wie die Präventionsmaßnahmen ausgestaltet sein müssten, um wirksam zu sein.

Maßnahmen im Setting Kommune

Im kommunalen Setting findet sich ein Querschnitt der Gesamtbevölkerung, so dass hierüber verschiedene Zielgruppen erreichbar sind. Besondere Relevanz bekommt das kommunale Setting zudem für den Zugang zu solchen Zielgruppen, die einen eingeschränkten Mobilitätsradius aufweisen. Dies können zum Beispiel ältere Erwachsene mit gesundheitlichen Einschränkungen sein oder auch Personen mit niedrigem SES, die aufgrund finanzieller Einschränkungen kostenpflichtige Präventionsangebote nicht in Anspruch nehmen können.

Beispiel Projekt Aktiv55+: Um Zielgruppen auf kommunale Angebote aufmerksam zu machen, könnten aktivierende Hausbesuche, wie sie unter Handlungsempfehlungen zur Depressionsprävention am Beispiel des Projekts Aktiv55+ vorgestellt worden sind, genutzt werden [16]. Kommunale Angebote, die für die Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit



relevant sind, können vor allem die Schutzfaktoren Bewegung, Ernährung und soziale Unterstützung aufgebaut werden. Dabei überschneiden sich Angebote zur Prävention depressiver Symptomatik mit möglichen Angeboten zur Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit, so dass hier durch eine Förderung der Inanspruchnahme Synergieeffekte erzielt werden können. Die Hausbesuche können in diesem Zusammenhang dazu genutzt werden, Betroffene erstmals auf entsprechende Angebote aufmerksam zu machen, zu deren Nutzung zu motivieren und Zugangsbarrieren zu erörtern. Eine wesentliche Zugangsbarriere kann bereits dadurch entstehen, dass der Zugang nicht kostenfrei möglich ist.

Zwar gibt es auch auf kommunaler Ebene kostenlose Präventionsangebote, wie das AlltagsTrainingsProgramm (ATP), das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen von „Älter werden in Balance“ gefördert wird, oder von Krankenkassen als Präventionsleistungen übernommene Gesundheitskurse zum Beispiel in Fitnessstudios oder auch in Vereinen. Häufig sind aber Bewegungsangebote oder auch kulturelle Angebote, die zur Prävention genutzt werden können, nicht kostenfrei zugänglich beziehungsweise wie bei Gesundheitskursen als Präventionsleistung der Krankenkassen nur zeitlich begrenzt kostenfrei nutzbar.

Niedrigschwellige Angebote sind beispielsweise Seniorentreffs, die es älteren Menschen ermöglichen, soziale Kontakte aufzubauen und zu erhalten. Die Treffs bieten viele Möglichkeiten, von Kaffeetrinken und Tanzen bis zu gemeinsamen Ausflügen. Soziales Eingebundensein und soziale Aktivitäten tragen wesentlich dazu bei, die kognitive Leistung zu erhalten. Solche Seniorentreffs werden auf kommunaler Ebene von vielen unterschiedlichen Akteuren, wie Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen, angeboten.

Präventionsangebote müssen an kommunale Voraussetzungen angepasst werden. Sinnvoll ist es, die Angebotsinhalte an den Faktoren auszurichten, die sich zum Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit als wirksam erwiesen haben. Dies sind insbesondere die Faktoren Bewegung, Ernährung und soziale Unterstützung, wie sie bereits in zahlreichen Präventionsangeboten genutzt werden. Beispiele sind etwa die Projekte „Fit ab 50“ in Stuttgart oder „fit für 100“ in Köln, die Preisträger des von der BZgA durchgeführten Wettbewerbs „Gesund altern in der Kommune“ waren. Es empfiehlt sich, in solchen Programmen verstärkt auch den Nutzen entsprechender Aktivitäten für den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit herauszustellen, um so weitere Personen zur Teilnahme motivieren zu können.

Neben den Schutzfaktoren soziale Unterstützung, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung, kann sich auch die gezielte Stimulation kognitiver Fähigkeiten positiv auswirken. Werden die Trainings gruppenbasiert durchgeführt, können sie zudem dazu beitragen, neben kognitiver auch soziale Deprivation zu verhindern. Es empfiehlt sich daher in einem Pilotprojekt zu prüfen, welche strukturellen Voraussetzungen notwendig sind, um entsprechende Angebote auf kommunaler Ebene zu verankern beziehungsweise in bereits bestehende Präventionsprogramme zum gesunden Altern zu integrieren. Zudem müsste geprüft werden, ob und durch welche Maßnahmen gerade älterer Erwachsene erreicht und zur Teilnahme motiviert werden und welche Effekte durch das Training erreicht werden können.

Maßnahmen im medizinischen Versorgungssystem

Das medizinische Versorgungssystem eignet sich zum Beispiel zur Ansprache von Menschen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind sowie von Menschen mit weiteren chronischen Erkrankungen. Da auch für Menschen mit Diabetes die genauen Ursachen der Reduktion kognitiver Leistungsfähigkeit unklar sind, ist weitere Forschung erforderlich, um zu gewährleisten, dass evidenzbasierte Präventionsangebote geschaffen werden.

Mögliche negative Effekte einer Diabeteserkrankung auf die kognitive Leistungsfähigkeit sollten immer auch im Zusammenhang mit der medikamentösen Einstellung interpretiert werden. Für die Risikogruppe an Diabetes mellitus erkrankter Menschen empfiehlt sich die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, den so genannten Disease-Management-Programmen, die Betroffene bei einem adäquaten Umgang mit der Erkrankung kontinuierlich unterstützen und helfen können, ihre Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten.

Maßnahmen im Setting des Pflegesystems

Das pflegende System eignet sich zur Ansprache vornehmlich älterer und hochaltriger Erwachsener. Für diese Zielgruppe werden häufig schon verschiedene Präventionsmaßnahmen angeboten. Die Weltgesundheitsorganisation hat im Mai 2019 Empfehlungen zur Reduktion von Risiken für eine kognitive Verschlechterung und Demenz im Alter publiziert und auf das große Potenzial der Prävention hingewiesen. Zentrale

Handlungsfelder sind hier regelmäßig Ernährung und Bewegung [17].

Um aktiv auf den Erhalt kognitiver Leistungsfähigkeit hinzuwirken, wäre auch für Pflegeeinrichtungen zu prüfen, ob und in welcher Form Trainings zur kognitiven Stimulation angeboten werden können und welche Wirkungen durch diese zu erzielen sind. Hervorgehoben werden kann hier das Verfahren „MAKS“ (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial), eine nicht-medikamentöse, multimodale Gruppentherapie für Patientinnen und Patienten mit degenerativer Demenz, die im Leuchtturmprojekt Demenz evaluiert wurde. Auch der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz ist ein Beispiel für „best practice“ mit präventivem Charakter. Der Expertenstandard stellt die Beziehungsgestaltung und -förderung von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt. Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es, Menschen mit Demenz als gleichberechtigtes Gegenüber wahrzunehmen und anzuerkennen. Sie tragen dadurch zur Aufrechterhaltung des Personseins bei und erhalten und fördern das Gefühl des Menschen mit Demenz, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein.

Ein weiteres Beispiel ist das Lübecker Modell Bewegungswelten. Für dieses Trainingsprogramm zur körperlichen und kognitiven Aktivierung mit Alltags- und Biografiebezug sowie zur Förderung der körperlichen Selbstständigkeit und der sozialen Interaktion konnte in der Evaluation auch die Stimulierung der kognitiven Aktivität aufgezeigt werden.

Neben diesen Beispielen und speziellen Trainings zur kognitiven Stimulation kann darüber hinaus auch geprüft werden, inwiefern zum Beispiel durch Kooperationen mit lokalen Akteuren des Bildungssektors, Volkshochschulen oder Universitäten, kognitive Stimulation in Pflegeeinrichtungen auch durch deren Bildungsangebote erzielt werden kann. Auch diese gilt es, zur Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten.

5.8.5 Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen

Aus den Befunden des RKI-Gesundheitsmonitorings zu Risiko- und Schutzfaktoren kognitiver Leistungsfähigkeit lässt sich – gerade auch im Zusammenhang mit den Befunden zur Depression folgern, dass bestehende Präventionsinitiativen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung mit dem zusätzlichen Ziel des Erhalts der kognitiven Leistungsfähigkeit genutzt

werden können. Für bestehende Aktivitäten sollte die gleichzeitige Schutzwirkung in Bezug auf kognitive Leistungsfähigkeit stärker kommuniziert werden. Einen Ansatzpunkt auf nationaler Ebene bietet hier beispielsweise der Nationale Aktionsplan IN FORM, niedrigschwellige Zugänge zu Angeboten auf kommunaler Ebene geschaffen und gestärkt werden sollten, Empirisch geprüft werden sollte, durch welche Zugänge bestimmte Gruppen mit Risiken am besten erreicht werden können und wie die Stärkung bekannter Schutzfaktoren wie Bewegung, Ernährung, soziale Unterstützung und ein geringes Maß an chronischem Stress kognitive Leistungsfähigkeit am effizientesten fördern kann. Geprüft werden sollte, über welche bestehenden Maßnahmen und Programme die Zielgruppen am besten erreicht werden und welche konkreten Maßnahmen am besten auf die kognitive Leistungsfähigkeit wirken. Empirisch geprüft werden sollte, inwiefern sich kognitive Stimulation als spezifische Präventionsmaßnahme zur Förderung kognitiver Leistungsfähigkeit eignet und unter welchen Voraussetzungen diese als Präventionsmaßnahme in Settings realisiert werden kann. Empirisch geprüft werden sollte, inwiefern durch eine Stärkung der digitalen Kompetenz in Zielgruppen die Schutzfaktoren soziale Unterstützung und kognitive Stimulation verstärkt nutzbar gemacht werden können.

- 1 Rütten A, Pfeifer K (Hrsg) (2016) *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen-Nürnberg
- 2 Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC et al. (2011) *A meta-analysis of interventions to reduce loneliness*. *Pers Soc Psychol Rev* 15(3):219–266
- 3 Cohen-Mansfield J, Perach R (2015) *Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review*. *Am J Health Promot* 29(3):e109–125
- 4 Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ et al. (2011) *Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review*. *BMC public health* 11:647
- 5 Siegrist J (2002) *Soziales Kapital und Gesundheit*. *Das Gesundheitswesen* 64(4):189–192
- 6 Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I (2012) *Social capital and health: a review of prospective multilevel studies*. *Am J Epidemiol* 22(3):179–187
- 7 Baltes PB, Lindenberger U, Staudinger U (1995) *Die zwei Gesichter der Intelligenz im Alter*. *Spektrum Wiss* 10:52–61
- 8 Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Gesundheit (2017) *In Form. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung*. www.in-form.de/in-form/
- 9 Brand T, Pischke CR, Steenbock B et al. (2014) *What works in community-based interventions promoting physical activity and healthy eating? A review of reviews*. *Int J Environ Res Public Health* 11(6):5866–5888
- 10 Fisher GG, Stachowski A, Infurna FJ et al. (2014) *Mental work demands, retirement, and longitudinal trajectories of cognitive functioning*. *J Occup Health Psychol* 19(2):231–242
- 11 Pool LR, Weuve J, Wilson RS et al. (2016) *Occupational cognitive requirements and late-life cognitive aging*. *Neurology* 86(15):1386–1392
- 12 Rodriguez FS, Schroeter ML, Witte AV et al. (2017) *Could high mental demands at work offset the adverse association between social isolation and cognitive functioning? Results of the population-based LIFE-Adult-Study*. *Am J Geriatr Psychiatry* 25(11):1258–1269
- 13 Then FS, Luck T, Heser K et al. (2017) *Which types of mental work demands may be associated with reduced risk of dementia? Alzheimers Dement* 13(4):431–440
- 14 Then FS, Luck T, Lupp M et al. (2014) *Association between mental demands at work and cognitive functioning in the general population – results of the health study of the Leipzig research center for civilization diseases (LIFE)*. *J Occup Med Toxicol* 9
- 15 Haas K (2016) *Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung – Untersuchung zum Teilnahme- und Teilnehmerverhalten*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund
- 16 World Health Organization (2005) *aktiv 55+ Gesundes Altern – Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen*.
- 17 GKV Spitzenverband (Hrsg) (2016) *Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 55 SGB XI*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf

Verzeichnis der Abkürzungen und statistischer Fachbegriffe

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGSg8	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BKK	Betriebskrankenkasse/n
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRE	Bundesrahmenempfehlungen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CIDI	Psychodiagnostisches Interview (Composite International Diagnostic Interview)
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Zusatzmodul Mental Health
DSM-IV	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, 4. Auflage
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GB Psych	Gefährdungsbeurteilung Psychische Belastung
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HRQoL	Health Related Quality of Life (gesundheitsbezogene Lebensqualität)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
iga	Initiative Gesundheit und Arbeit
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LRV	Landesrahmenvereinbarungen
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBRP	Mindfulness-Based Relapse Prevention
NaSPro	Nationales Suizidpräventions-Programm
NPK	Nationale Präventionskonferenz
NZFH	Nationale Zentrum Frühe Hilfen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OR	Odds Ratio beziffert das Chancenverhältnis und ist ein Maß dafür, um wie viel größer die Chance in der Gruppe mit Risikofaktor ist, zu erkranken (im Sinne einer Quote), verglichen mit der Chance in der Gruppe ohne Risikofaktor. Das Chancenverhältnis nimmt Werte zwischen 0 und ∞ an. Ein Wert von 1 bedeutet ein gleiches Chancenverhältnis.
psyGA	Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt
RKI	Robert Koch-Institut
SES	Sozioökonomischer Status (Socio-Economic Status)
Z-Standardisierung	Mathematische Transformation, so dass die resultierenden Werte im Mittelwert null sind und maximal den Wert eins annehmen können. Hierdurch wird eine Vergleichbarkeit erzielt.
95 %-KI	95 %-Konfidenzintervall

Abbildung	Titel	Seite
3.1	Häufige psychische Störungen gemäß DSM-IV (12-Monatsdiagnosen)	17
3.2.1	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	19
3.2.2	Determinanten psychischer Gesundheit	21
4.1	Zeitliche Entwicklung der Depressionsprävalenz in Studien des RKI und GKV-Daten	48
4.2	Risiko- und Schutzfaktoren von Depression bei Frauen und Männern (Odds Ratios, mit 95 %-KI)	51
4.3	Altersverteilung von Depression je nach Indikator bei Frauen und Männern	52
4.4	Depression je nach Indikator und sozioökonomischem Status bei Frauen und Männern	53
4.5	Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL, psychische Komponente) über die Zeit, bei Frauen und Männern mit und ohne Depression (Mittelwerte Summenskalen, normbasiert)	60
4.6	Entwicklung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 2000 bis 2015 nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen	62
4.7	Sterbefälle durch Suizid (ICD-10: X60–X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung) 1998 bis 2018 bei Frauen und Männern	63
4.8	Selbstberichtete Kontaktaufnahme zu verschiedenen Hilfs- und Versorgungsangeboten wegen psychischer Probleme bei Personen mit Depression	64
5.1	Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen, (b) dem episodischen Gedächtnis und (c) dem Wortschatz im Altersverlauf (z-standardisierte Werte), getrennt für Frauen und Männer	90 91
5.2	Varianz (Streuung um den Mittelwert, Standardabweichung) in den Leistungen (a) der exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis getrennt nach Altersgruppe	92
5.3	Subjektiv wahrgenommene Gedächtnisverschlechterungen (a) und damit verbundene Sorgen (b) (Prävalenzen in %) im Altersverlauf, getrennt für Frauen und Männer	96
5.4	Leistungen in den exekutiven Funktionen bei Personen mit (a) subjektiv wahrgenommen Gedächtnisverschlechterungen und (b) damit verbundenen Sorgen (z-standardisierte Mittelwerte)	97 98
5.5	Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis getrennt für Personen mit selbst berichtetem unter- und überdurchschnittlichem chronischen Stress (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	99 100
5.6	Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (a) und damit verbundene Sorgen (b) getrennt für Personen mit selbst berichtetem unter- und überdurchschnittlichem chronischem Stress (altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	101
5.7	Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis für Personen ohne und mit Depression (CIDI-Diagnose), unterteilt nach Aktualität der letzten depressiven Episode (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	102 103
5.8	Subjektive Gedächtnisverschlechterungen (a) und damit verbundene Sorgen (b) für Personen ohne und mit Depression (CIDI-Diagnose), unterteilt nach Aktualität der letzten depressiven Episode (altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	103 104

Abbildung	Titel	Seite
5.9	Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen und (b) dem episodischen Gedächtnis für Personen ohne und mit aktueller depressiver Symptomatik (PHQ), unterteilt nach Schweregrad (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	104 105
5.10	Verteilung der Leistungen in den exekutiven Funktionen getrennt für Personen (a) ohne depressive Symptomatik (b) mit leichter depressiver Symptomatik und (c) mit schwerer depressiver Symptomatik nach PHQ-9 (in % und Angabe der z-standardisierten Schwellenwerte für untere und obere 5 %, 25 %, sowie mittlere 50 % der Verteilung)	105 106
5.11	(a) Subjektive Gedächtnisverschlechterungen und (b) damit verbundene Sorgen für Personen ohne und mit aktueller depressiver Symptomatik (PHQ), unterteilt nach Schweregrad (altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	106
5.12	Kognitive Fähigkeiten (exekutive Funktionen, episodisches Gedächtnis, Wortschatz) getrennt für Personen mit und ohne diagnostiziertem Diabetes (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	108 109
5.13	Fähigkeiten der kognitiven Mechanik und Pragmatik (exekutive Funktionen, episodisches Gedächtnis, Wortschatz) getrennt nach Dauer der sportlichen Aktivität pro Woche: kein Sport, bis zu zwei Stunden, mehr als zwei Stunden (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI)	111
5.14	Leistungen in den exekutiven Funktionen (blau), dem episodischen Gedächtnis (rot) und dem Wortschatz (grün) in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Verzehrmenge an Gemüse (in g pro Tag)	113
5.15	Fähigkeiten der kognitiven Mechanik (exekutive Funktionen, episodisches Gedächtnis) unterteilt nach wahrgenommener sozialer Unterstützung (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte in %, 95 %-KI)	115
5.16	Subjektive Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundene Sorgen unterteilt nach wahrgenommener sozialer Unterstützung (altersadjustierte Mittelwerte in %, 95 %-KI)	116
5.17	Fähigkeiten der exekutiven Funktionen unterteilt nach kumulierten Risiko- und Schutzfaktoren für (a) unter 65-jährige und (b) über 64-jährige Personen	117
5.18	Zusammenhänge der Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen sowie (b) dem episodischen Gedächtnis jeweils mit der körperlichen Komponente von HRQoL (z-standardisierte altersadjustierte Werte, 95 % - KI)	119
5.19	Zusammenhänge der Leistungen in (a) den exekutiven Funktionen sowie (b) dem episodischen Gedächtnis jeweils mit der psychischen Komponente von HRQoL (z-standardisierte Werte, 95 % - KI)	119 120
5.20	Häufigkeiten von (a) subjektiven Gedächtnisverschlechterungen sowie (b) damit verbundenen Sorgen jeweils im Zusammenhang mit der körperlichen Komponente von HRQoL (z-standardisierte Werte, 95 % - KI)	120
5.21	Häufigkeiten von (a) subjektiven Gedächtnisverschlechterungen sowie (b) damit verbundenen Sorgen jeweils im Zusammenhang mit der psychischen Komponente von HRQoL (z-standardisierte Werte, 95 % - KI)	121

Tabelle	Titel	Seite
3.2.1	Berücksichtigte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit im Überblick	22
4.1	Depressionsindikatoren im Gesundheitsmonitoring des RKI und in der Versorgung	43
4.2	Häufigkeiten von Depression in der Bevölkerung je nach Indikator (Prävalenz in %, 95 %-KI)	45
4.3	Verlaufsformen bei Personen mit Lebenszeitdiagnose einer Depression (Prävalenz in %)	47
4.4	Häufigkeiten von Depression je nach Schwere und Verlauf (Prävalenz in %, 95 %-KI)	47
4.5	Entwicklung der Häufigkeit von Depression über die Zeit bei Frauen und Männern (12-Monats-Prävalenz, mit 95 %-KI)	49
4.6	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) und Anzahl an Tagen mit Funktionseinschränkungen in den letzten vier Wochen im Vergleich (Mittelwert, Standardabweichung)	59
4.7	Selbstberichtete Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depression (mit 95 %-KI)	65
5.1	Übersicht: Neuropsychologische Testbatterie aus DEGS1-MH	89
5.2	Leistungen in der kognitiven Mechanik (exekutive Funktionen, episodisches Gedächtnis), der kognitiven Pragmatik (Wortschatz) (z-standardisierte Mittelwerte und 95 %-KI) sowie subjektive Gedächtnisverschlechterungen und damit verbundene Sorgen (mit 95 %-KI) nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Alter	94
5.3	Selbst berichteter chronischer Stress (über- und unterdurchschnittlich kategorisiert nach Mediansplit) nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 %-KI)	100
5.4	Ärztlich diagnostizierter Diabetes mellitus getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (Prävalenz in %, 95 %-KI)	107
5.5	Durchschnittliche sportliche Aktivität in Stunden pro Woche getrennt für Frauen und Männer, nach, sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 %-KI)	110
5.6	Gesunde Ernährung gemessen über durchschnittliche Verzehrsmengen pro Tag für ausgewählte Lebensmittelgruppen der Mittelmeer-Kost und für Süßspeisen getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (Verzehrmengen in g pro Tag, 95 %-KI)	112
5.7	Durchschnittlich wahrgenommene soziale Unterstützung getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 %-KI)	114
5.8	Selbst berichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität getrennt für Frauen und Männer, nach sozioökonomischem Status und Alter (mit 95 %-KI)	118

Danksagung

Wir bedanken uns für die Impulse der teilnehmenden Expertinnen und Experten des Workshops „Erkennen – Bewerten – Handeln: Gesundheitsbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland“, Berlin, 01.12.2017: Peter Borusiak, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Thomas Grobe, Frank Jacobi, Tanja Legenbauer, Ann-Kathrin Meyrose, Steffi Riedel-Heller, Felix Hußenöder, Marcel Romanos und Georg Schomerus.

Förderhinweis

Dieser Bericht wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

www.rki.de/gbe
Twitter: @rki_de

Projektleitung

Ulfert Hapke
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General Pape-Str. 62–66
12101 Berlin

Autorinnen und Autor Robert Koch-Institut (in alphabetischer Reihenfolge)

Caroline Cohrdes
Ulfert Hapke
Julia Nübel
Julia Thom

Redaktion

Petra Ross
Livia Ryl

Weitere Mitwirkende (in alphabetischer Reihenfolge)

Franz Baumgarten, Christina Berger, Markus Busch, Sophie Eicher, Simone Freitag, Beate Gärtner, Kristin Göbel, Christin Heidemann, Heike Hölling, Fidan Howell, Silke Janitza, Kathrin Klipker, Ronny Kuhnert, Bärbel-Maria Kurth, Ulrike Maske, Gert Mensink, Susanne Müllender, Stephan Müters, Laura Neuperdt, Tu Pham Ngoc, Franziska Pfitzner-Eden, Petra Ross, Livia Ryl, Anke-Christine Sass, Ingeburg Seiffert, Robert Schlack, Bernhard Trill

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Handlungsempfehlungen (Kapitel 3.5, 4.5 und 5.8)

Freia De Bock
Mirja Otten
Ursula von Rügen

Weitere Mitwirkende (in alphabetischer Reihenfolge)

Bernhard Buhs
Christina Merkel

Satz / Layout

Abenteuer Design (Luca Bogoni, Oliver Kandale, Bijan Dawallu)

Bildquellen

Coverillustration Luca Bogoni, fandysain, vecteezy.com: S.12, sewcream, bigstockphoto.com: S. 14, aslysun, shutterstock.com: S.40, Lightspring, shutterstock.com: S.86

Bezugsquelle

Internet: www.rki.de/erkennenbewertenhandeln

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021)
**PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND.
Erkennen - Bewerten - Handeln
Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene**
Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
ISBN: 978-3-89606-312-0
DOI: 10.25646/8831

Bibliografische Information der deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.







Der erste Teil des Schwerpunktberichts enthält Daten, Informationen und Studienergebnisse zur psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Er hat den Fokus auf Depression und kognitiver Leistungsfähigkeit. Hierbei handelt es sich um Bereiche der psychischen Gesundheit, die in einer sich stetig wandelnden Lebens- und Arbeitswelt von besonderer Bedeutung sind. Auf der Basis von Studien des Robert Koch-Instituts wurden in den vergangenen zehn Jahren zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. In diesem Bericht werden diese Ergebnisse zusammengeführt, durch bisher nicht veröffentlichte Ergebnisse ergänzt und in der Zusammenschau mit sogenannten Sekundärdaten, wie z.B. Diagnosestatistiken der Krankenkassen, betrachtet. Der Bericht wendet sich an Gestaltende und Handelnde in der Politik, Prävention und Gesundheitsversorgung, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Journalistinnen und Journalisten sowie die thematisch interessierte Öffentlichkeit. Er zeigt die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren auf, die wichtige Stellschrauben der psychischen Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Bevölkerung sind. Die dargestellten Befunde werden mit dem gegenwärtigen Wissensstand zur Prävention verbunden und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet. Darüber hinaus unterstützt der Bericht ein vertieftes Verständnis für die Aussagekraft von unterschiedlichen Datenquellen.