

ROBERT KOCH INSTITUT



<http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=3531>

Originally published as:

**Maske, U., Busch, M., Jacobi, F., Riedel-Heller, S., Scheidt-Nave, C., Hapke, U.**  
**Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010 (2013) Psychiatrische Praxis, 40 (4), pp. 207-213.**

**DOI: 10.1055/s-0033-1343103.**

This is an author manuscript.

The definitive version is available at: <https://www.thieme-connect.com/>

**Chronische somatische Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen  
Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland.**

**Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Querschnittstudie Gesundheit in  
Deutschland aktuell (GEDA) 2010.**

Ulrike E. Maske<sup>1</sup>

Markus A. Busch<sup>1</sup>

Frank Jacobi<sup>2</sup>

Steffi G. Riedel-Heller<sup>3</sup>

Christa Scheidt-Nave<sup>1</sup>

Ulfert Hapke<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut, Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

<sup>2</sup> Psychologische Hochschule Berlin

<sup>3</sup> Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig

Korrespondenzadresse:

Ulrike Maske

Robert Koch-Institut

Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Straße 64, 12101 Berlin

Mail: maskeu@rki.de

Tel: +49-30-18754 3453

Fax: +49-30-18754 3211

## **Zusammenfassung**

**Anliegen:** Untersuchung des Zusammenhangs von chronischen somatischen Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit.

**Methode:** In einer repräsentativen Stichprobe Erwachsener in Deutschland (n=22050) wurden 19 somatische Erkrankungen, diagnostizierte Depression und aktuelle psychische Belastung erfasst.

**Ergebnisse:** Ein Zusammenhang von somatischer Erkrankung und psychischer Gesundheit liegt vor. Dieser ist je nach Lebensalter unterschiedlich stark.

**Schlussfolgerungen:** Besonders bei somatisch multimorbiden Patienten sollte eine komorbide psychische Störung in Betracht gezogen werden.

Schlüsselwörter: Chronische Erkrankung, Psychische Störung, Komorbidität, Depression, MHI-5

## **Chronic somatic conditions and mental health problems in the general population in Germany. Results of the National Telephone Health Interview Survey “German Health Update (GEDA)” 2010**

**Objective:** To assess the association of chronic somatic diseases and mental health problems in the general population in Germany.

**Methods:** The data (n=22050) derived from the representative cross-sectional telephone survey “Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010”. It included self-reported information on diagnosis of 19 chronic physical conditions for at least 18 year old people. Mental health problems encompass self-reported diagnosis of depression and recent mental distress according to the Mental Health Inventory (MHI-5). Age-specific adjusted logistic regressions were calculated.

**Results:** There was an association of chronic physical illness and mental health problems in all age groups. In 18-44 and 45-64 year olds the association got stronger with each additional chronic disease. In all age groups mental health problems were most common in multimorbid subjects.

**Conclusion:** Comorbid mental health problems should be accounted for particularly in multimorbid subjects of all ages. In younger patients mental health problems should be considered even if only one chronic disease is present.

**Key words:** chronic disease, psychological impairment, comorbidity, depression, MHI-

## **I. Einleitung**

Eine erhöhte Komorbidität von psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen ist in vielen Studien belegt [1-4]. Dies geht oftmals mit geringerer Lebensqualität, Arbeitsausfällen, erhöhter Mortalität und höheren Krankheitskosten einher, als wenn nur die psychische Störung oder nur die somatische Erkrankung vorliegt [5-9].

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Aktuelle Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) auf Basis des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) zeigen, dass 7,9% der Bevölkerung in Deutschland zwischen 18 und 79 Jahren innerhalb eines Jahres eine unipolare Depression haben [10]. Mit Depressionen sind ebenfalls Arbeitsausfälle, erhöhte Mortalität und hohe Krankenkosten verbunden, nicht zuletzt auf Grund von Komorbidität mit somatischen Erkrankungen [8,11-14].

Auf Grund der erhöhten Lebenserwartung spielen vor allem chronische somatische Erkrankungen und deren komorbides Auftreten eine große Rolle für die Versorgung und Krankheitskosten [15]. Studien zum Zusammenhang von Depression und chronischen somatischen Erkrankungen haben einen engen Zusammenhang gezeigt [16,17]. Nationale und internationale Studien haben außerdem ergeben, dass der Zusammenhang von Depression und der Anzahl komorbider somatischer Erkrankungen mit jeder zusätzlichen somatischen Erkrankung stärker wird [11,18]. Es zeigte sich außerdem, dass die Assoziation von Depression und körperlichen Erkrankungen in unterschiedlichen Altersgruppen unterschiedlich stark ist [17,18].

In Deutschland sind Studien zum Zusammenhang von chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bislang auf den Altersbereich 18-65 Jahre beschränkt und liegen mit dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98)

bereits 15 Jahre zurück [19] oder decken nur stark selektierte Stichproben ab [4,11].  
Ergebnisse des DEGS liegen hierzu noch nicht vor [20].

Anhand einer aktuellen, großen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe soll für Erwachsene im jüngeren (18-44 Jahre), mittleren (45-64 Jahre) und höheren Alter (65 Jahre und älter) untersucht werden, ob mit somatischen Erkrankungen eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht, und ob es mit erhöhter somatischer Krankheitslast häufiger Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit gibt.

## **II. Methode**

### *II.1 Studiendesign und Stichprobenziehung*

Datengrundlage bildete die für über 18-Jährige bevölkerungsrepräsentative telefonische Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010“ (Sept. 2009 bis Juli 2010) des Robert Koch-Instituts (RKI) [21], die als Querschnittsstudie bei Erwachsenen durchgeführt wird. Grundgesamtheit der Stichprobe waren alle Haushalte mit Festnetzanschluss oder virtueller Festnetznummer. Zunächst wurden nach dem Gabler-Häder-Design [22] zufällig Telefonnummern von Privathaushalten generiert, angewählt und dann die Zielperson aus den Haushaltsmitgliedern über 18 Jahre durch die Last-Birthday-Methode ermittelt [21]. In den meisten Fällen waren Terminvereinbarungen zur Erreichung der Zielperson und zur Interviewdurchführung notwendig. Die Befragung wurde standardisiert und computergestützt von geschulten Interviewern werktags durchgeführt, die durchschnittliche Interviewdauer betrug 31 Minuten. Die Qualität der Interviewführung wurde von Supervisoren anhand einer an internationalen Standards orientierten Checkliste sichergestellt [21,23].

### *II.2 Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit*

Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit wurde anhand zweier Indikatoren erfasst [21]. Diagnostizierte Depression wurde wie folgt erfragt: „Hat ein Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen jemals eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt?“. Bei Bejahung wurde weiter gefragt: „Auch in den letzten 12 Monaten?“.

Aktuelles psychisches Wohlbefinden wurde mit dem Mental Health Inventory (MHI-5) gemessen [21,24]. Der MHI-5 wird für bevölkerungsbezogene Untersuchungen

empfohlen [25] und zeigte als Screeninginstrument für psychische Störungen gute Validität u.a. für das Erkennen von affektiven Störungen [26]. Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den letzten 4 Wochen „sehr nervös“, „so niedergeschlagen, dass sie nichts mehr aufheitern konnte“, „ruhig und gelassen“, „entmutigt und traurig“ und „glücklich“ waren (Antwortmöglichkeiten: immer, meistens, manchmal, selten, nie). Nach Datentransformation lagen Werte zwischen 0 (minimale psychische Gesundheit) und 100 (maximale psychische Gesundheit) vor. Entsprechend internationaler Studien wurden Personen mit einem Summenscore von 50 und weniger als aktuell psychisch belastet gewertet, wobei es in diesem Wertebereich als sehr wahrscheinlich gilt, dass eine psychische Störung vorliegt [26,27].

### *II.3 Chronische somatische Erkrankungen*

Ärztlich diagnostizierte chronische somatische Erkrankungen wurden anhand einer Krankheitsliste von 19 chronischen somatischen Erkrankungen standardisiert und nach demselben Schema abgefragt. Z.B. lautete die Frage für chronische Lebererkrankungen „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine chronische Lebererkrankung festgestellt?“. Bei Bejahung wurde weiter gefragt „Bestand diese Lebererkrankung auch in den letzten 12 Monaten?“. Entsprechend anderen GEDA-Publikationen wurden folgende Erkrankungen und Gesundheitsprobleme berücksichtigt, wenn sie in den letzten 12 Monaten bestanden hatten [28,29]: Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörung (behandelt, unbehandelt), Diabetes, Adipositas (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> [30] basierend auf Selbstangabe von Größe und Gewicht), Herzinsuffizienz, Asthma, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Niereninsuffizienz, Arthrose, Arthritis, Osteoporose (bei Personen  $\geq 50$  Jahren gefragt), chronische

Rückenschmerzen ( $\geq 3$  Monate), schwere Hör- und schwere Sehbeeinträchtigung. Ferner wurden folgende Erkrankungen berücksichtigt, auch wenn sie schon vor den letzten 12 Monaten aufgetreten waren [28,29]: Schlaganfall, Herzinfarkt, andere koronare Herzerkrankung und Krebserkrankungen. Daraus wurde die „Anzahl chronischer somatischer Erkrankungen“ mit den Ausprägungen 0, 1, 2, 3 und 4 oder mehr berechnet. Dies soll das Krankheitsgeschehen in den Altersgruppen möglichst differenziert abbilden, was bei der gebräuchlichen Einteilung in 0, 1 und 2 oder mehr Erkrankungen nicht möglich ist.

#### *II.4 Soziodemographie*

Die drei Altersgruppen 18-44 Jahre, 45-64 Jahre und 65 Jahre und älter wurden gebildet. Geschlecht und Familienstand (verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend; verheiratet, getrennt lebend; ledig; geschieden; verwitwet) wurden direkt erfragt. Der Bildungsstand wurde auf Basis des höchsten Schul- und Berufsabschlusses nach der Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations (CASMIN) in einfache, mittlere und höhere Bildung erhoben [31]. Soziale Unterstützung wurde mit der Oslo 3-items Social-Support-Scale mit den Ausprägungen geringe (Score 3-8), mittlere (Score 9-11) und starke Unterstützung (Score 12-14) erfasst [32].

#### *II.5 Statistische Methoden*

Um unterschiedliche Auswahlwahrscheinlichkeiten und Teilnahmebereitschaften zu berücksichtigen wurden die deskriptiven Analysen sowie die logistischen Regressionsanalysen mit gewichteten Daten und dem SPSS Modul Complex Samples durchgeführt.

Für die Berechnung der Gewichte wurden zunächst die Designgewichte umgekehrt proportional zur Auswahlwahrscheinlichkeit der Befragten berechnet. Anschließend wurden die Daten an die Bevölkerung ab 18 Jahren in Deutschland (Jahr 2008) angepasst, unter Berücksichtigung von Bundesland des Wohnorts, Altersklasse, Geschlecht (Datengrundlage: Daten des Statistischen Bundesamtes zum Bevölkerungstand zum 31.12.2008) und ISCED-Bildungsgruppe (Datengrundlage: Mikrozensus 2008) [21].

Prävalenzen wurden als gewichtete Anteilswerte berechnet und mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Unterschiede gelten als statistisch signifikant, wenn sich die jeweiligen 95%-KI nicht überschneiden. Die Zusammenhänge von diagnostizierter Depression bzw. psychischer Belastung mit chronischen somatischen Erkrankungen wurden mit gewichteten Daten und unter Nutzung der Complex Samples-Prozeduren mittels logistischer Regressionsanalysen untersucht, in denen für Geschlecht, Bildung, Familienstand und soziale Unterstützung adjustiert wurde, da eine Assoziation dieser Variablen mit der psychischen und somatischen Gesundheit anzunehmen ist [15,19,33]. Referenzkategorie für die Regressionsanalysen war bei den 18-44- und 45-64-Jährigen „0 chronische somatische Erkrankung“, bei den über 64-Jährigen „0 oder 1 chronische somatische Erkrankung“. Bei diesen lagen N=10 Fälle vor, die keine Erkrankung, aber eine Depressionsdiagnose hatten, sodass die Referenzkategorie „0 chronische somatische Erkrankung“ dem Krankheitsgeschehen in dieser Altersgruppe unangemessen schien.

Alle Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics 20 durchgeführt.

### III. Ergebnisse

Die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe sind gewichtet und ungewichtet in **Tabelle 1** dargestellt. **Tabelle 2** zeigt die Prävalenz von selbstberichteter diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten bzw. aktueller psychischer Belastung in den letzten 4 Wochen laut MHI-5. Eine aktuelle psychische Belastung kam in allen Altersgruppen häufiger vor als diagnostizierte Depression. Die Prävalenz von diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten war bei den 18-44-Jährigen am höchsten (9,7%), die Prävalenz einer aktuellen psychischen Belastung bei den über 64-Jährigen (11,9%). Frauen hatten durchweg häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als Männer. In den Altersgruppen der 18-44- und 45-64-Jährigen gaben Personen mit mindestens einer chronischen somatischen Erkrankung mehr als doppelt so häufig eine Depressionsdiagnose an und erfüllten 2,5- bis 3-mal so häufig die Kriterien einer psychischen Belastung wie somatisch Gesunde (**Tabelle 3**). Bei den über 64-Jährigen berichteten Personen mit mindestens 2 somatischen Erkrankungen 3,3-mal so häufig eine Depressionsdiagnose wie Personen mit keiner oder einer Erkrankung, eine aktuelle psychische Belastung kam fast doppelt so häufig vor wie bei Gesunden.

Die adjustierte logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang unterschiedlicher Anzahlen chronischer Erkrankungen und Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ergab, dass bei den 18-44-Jährigen mit zunehmender Anzahl chronischer Erkrankungen eine Depressionsdiagnose und eine aktuelle psychische Belastung häufiger vorkommen (**Abbildung 1**). Bei den 45-64-Jährigen gab es einen signifikanten Anstieg der Depressionsdiagnosen erst bei 2 somatischen Erkrankungen. Bei den über 64-Jährigen wurde eine Depression bei

Vorliegen von 2 chronischen somatischen Erkrankungen 2,2-mal so häufig berichtet wie bei Personen mit keiner oder einer somatischen Erkrankung. Eine aktuelle psychische Belastung kam in dieser Altersgruppe bei Vorliegen von 4 oder mehr somatischen Erkrankungen signifikant häufiger vor.

#### **IV. Diskussion**

Die Ergebnisse zeigen, dass in allen Lebensaltern mit chronischen somatischen Erkrankungen eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.

Die Prävalenz der selbstberichteten diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten beträgt insgesamt 7,1%, sie liegt somit etwa 1 Prozentpunkt niedriger als die im DEGS mit dem CIDI-Interview erfasste Prävalenz einer unipolaren Depression (7,9%) [10]. Diese eher geringe Differenz erstaunt, da psychische Störungen erstens nicht immer erkannt und behandelt werden und zweitens auch nicht jede vermutete oder erkannte Depression unmittelbar als Diagnose „fixiert“ wird [34-36]. Zugleich ist allerdings denkbar, dass möglicherweise insbesondere im hausärztlichen Bereich eine Depressionsdiagnose auch bei Patienten vergeben wird, die die diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, aber eine andere psychische Störung haben [37].

Eine aktuelle psychische Belastung wurde bei 10,5% der Stichprobe festgestellt. Die Prävalenz aktueller psychischer Belastung fällt bei den über 64-Jährigen nicht ab, wie es bei den Depressionsdiagnosen der Fall ist. Dies könnte dafür sprechen, dass Depressionen wegen stärkerer körperlicher Symptomatik bei älteren Personen seltener diagnostiziert werden oder dass im höheren Lebensalter depressive Störungen öfter im subklinischen Bereich auftreten [38].

Die vorgestellten Ergebnisse replizieren den starken altersspezifischen Zusammenhang von psychischen und somatischen Erkrankungen [17,18]. Bei Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters ist eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei mindestens einer chronischen somatischen Erkrankung signifikant häufiger. Bei Älteren liegt eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit bei 2 oder mehr chronischen somatischen Erkrankungen signifikant häufiger vor, als wenn keine oder eine somatische Erkrankung vorhanden ist. Folglich sprechen die Ergebnisse ebenfalls für einen Zusammenhang von somatischer Erkrankung und psychischer Gesundheit bei über 64-Jährigen. Mit zunehmender Anzahl somatischer Erkrankungen steigt die Stärke des Zusammenhangs bei jüngeren und mittelalten Erwachsenen, was die Ergebnisse von Kessler et al. stützt [17]. Studien ohne Altersstratifizierung ergeben jeweils höhere Odds Ratios für Depression je zusätzlicher somatischer Erkrankung, während andere Arbeiten diese Tendenz bei jüngeren Erwachsenen, nicht aber bei Personen im höheren Lebensalter zeigen [17]. In allen Altersgruppen haben besonders multimorbide Personen mit 4 oder mehr chronischen Erkrankungen deutlich häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als Gesunde.

Der Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen zeigt sich bei den 45-64- und über 64-Jährigen für diagnostizierte Depression insgesamt deutlicher, als für aktuelle psychische Belastung, wobei mögliche Gründe hier nur angedacht werden können. Ein Grund könnte sein, dass die verwendeten Indikatoren einen unterschiedlichen Zeitbezug haben, wobei die diagnostizierte Depression - wie erhobenen chronischen somatischen Erkrankungen mindestens auch - sich auf die letzten 12 Monate bezieht, der MHI-5 nur auf die letzten 4 Wochen. Beide Indikatoren erheben außerdem unterschiedliche Aspekte psychischer Beeinträchtigung, die psychische

Belastung laut MHI-5 ist mit einer guten Sensitivität für depressive und Angststörungen breiter und somit unspezifischer.

#### *IV.5 Stärken und Limitationen*

GEDA ist eine aktuelle standardisierte bevölkerungsrepräsentative Studie zu Erwachsenen in Deutschland, die auch Personen im höheren Lebensalter enthält. Die erzielte Ausschöpfung entsprach der Erwartung für Telefonumfragen in Deutschland oder den USA in den letzten Jahren [21]. Bzgl. der Repräsentativität ist zu bedenken, dass im Jahr 2008 etwa 10% aller Haushalte in Deutschland kein Festnetztelefon hatten, besonders häufig kam dies bei jüngeren Personen vor [39]. Die vorgenommene Anpassungsgewichtung gewährleistet jedoch einen Ausgleich möglicher Über- oder Unterrepräsentation durch die Art der Stichprobenziehung oder unterschiedliche Teilnahmebereitschaften. Insgesamt kann folglich von einer guten Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf die deutschsprachige Bevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren ausgegangen werden. Nicht in der Grundgesamtheit enthalten sind institutionalisierte Personen. Eine Folge davon könnte eine Unterschätzung der Häufigkeiten und der Stärke der Zusammenhänge sein.

Das querschnittliche Design lässt keine kausalen Aussagen über somato-psychische Zusammenhänge zu, dennoch können die Befunde sinnvoll interpretiert werden. Die einbezogenen „Volkskrankheiten“ wie koronare Herzkrankheit oder Diabetes lassen zumindest auch auf Verhaltensstörungen hinsichtlich ihrer Risikofaktoren (z.B. Überernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkoholkonsum) schließen, weshalb es nicht verwundert, dass eingeschränkte psychische Gesundheit und körperliche Erkrankungen miteinander einhergehen [40,41].

#### *IV.4 Fazit*

Auf Grundlage der vorgestellten Ergebnisse scheint es bei Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters schon bei einer vorhandenen chronischen Erkrankung wichtig, auf eine mögliche komorbide psychische Belastung oder Störung zu achten und ggf. in die Behandlung einzuschließen. Ob dies auch bei älteren Patienten ratsam wäre und inwiefern auch die jeweilige Art der Erkrankung(en) zu berücksichtigen ist, lässt sich auf Grund der vorgestellten Ergebnisse nicht beurteilen. Es wird jedoch deutlich, dass in jedem Lebensalter besonders bei somatisch stark multimorbiden Patienten eine komorbide psychische Störung in Betracht gezogen werden sollte. Und auch umgekehrt könnte es sinnvoll sein, in psychiatrischen Behandlungssettings wie psychiatrischen Kliniken die körperliche Gesundheit verstärkt in den Blick zu nehmen. So könnte die Krankheitslast direkt verringert und das Gesundheitsverhalten gefördert werden.

Um kausale Zusammenhänge zu untersuchen sind Längsschnittstudien nötig, was mit dem BGS98, DEGS und dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit möglich sein wird [20]. Außerdem wären Wirksamkeitsstudien sinnvoll, um evidenzbasierte Empfehlungen zur integrierten Behandlung von psychischen Störungen bei multimorbiden Patienten zu entwickeln [42].

## **Konsequenzen für Klinik und Praxis**

- Die Ergebnisse zeigen, dass in der Bevölkerung in Deutschland Personen mit chronischer somatischer Erkrankung häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit haben als somatisch Gesunde.
- Besonders bei multimorbiden Patienten sollte ungeachtet des Alters eine mögliche komorbide psychische Störung in Betracht gezogen werden.
- Bei jüngeren und mittelalten Erwachsenen sollte eine mögliche psychische Störung schon bei einer vorhandenen chronischen Erkrankung bedacht werden.

## **Interessenkonflikte**

Der Autor gibt an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## Literatur

1. Lin WC, Zhang J, Leung GY et al. Chronic physical conditions in older adults with mental illness and/ or substance use disorders. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 1913-1921
2. Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 417-421
3. Baune BT, Adrian I, Jacobi F. Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *J Psychosom Res* 2007; 62: 109-118
4. Harter M, Baumeister H, Reuter K et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 354-360
5. Baumeister H, Balke K, Harter M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 1090-1100
6. Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 175-189
7. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA et al. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 436-443
8. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004; 66: 814-822

9. Scott KM, Von Korff M, Alonso J et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2009; 39: 33-43
10. Wittchen HU, Jacobi F, al e. Zur Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung 2012. Vortrag auf dem DGPPN Kongress; 21.-24.11.12.2012; Berlin
11. Pieper L, Schulz H, Klotsche J et al. [Depression as a comorbid disorder in primary care]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2008; 51: 411-421
12. Luppä M, Heinrich S, Angermeyer MC et al. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007; 98: 29-43
13. Lehnert T, Konnopka A, Riedel-Heller S et al. Diabetes und komorbide Depression: Systematische Literaturübersicht gesundheitsökonomischer Studien. *Psychiat Prax* 2011; 38: 369-375
14. Wedegärtner F, Arnhold-Kerri S, Sittaro N-A et al. Invalidität und Tod bei Erwerbsfähigen mit Depressionen. *Psychiat Prax* 2011; 38: 135-141
15. Marengoni A, Angleman S, Melis R et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10: 430-439
16. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 7-23
17. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E et al. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med* 2010; 40: 225-237
18. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the

- WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety* 2010; 27: 351-364
19. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597-611
  20. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Goesswald A et al. German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 2012; 12: 730
  21. Robert Koch-Institut (RKI). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie » Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Berlin: RKI; 2012
  22. Gabler S, Häder S, Hrsg. Generierung von Telefonstichproben mit TeLSuSaAufl. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA); 1999
  23. CDC. Behavioral Risk Factor Surveillance System 2009. Summary Data Quality Report. In. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2010:
  24. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA et al. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care* 1991; 29: 169-176
  25. Cuijpers P, Smits N, Donker T et al. Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res* 2009; 168: 250-255

26. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U et al. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Res* 2001; 105: 243-253
27. Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K et al. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 10
28. Schienkiewitz A, Mensink GB, Scheidt-Nave C. Comorbidity of overweight and obesity in a nationally representative sample of German adults aged 18-79 years. *BMC Public Health* 2012; 12: 658
29. Fuchs J, Busch M, Lange C et al. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2012; 55: 576-586
30. World Health Organisation (WHO). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2000
31. Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN educational classification in international comparative research. A European working book for demographic and socio-economic variables. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, Hrsg. *Advances in Cross-National Comparison*. New York: Kluwer; 2003: 221–244
32. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V et al. Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 444-451

33. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 249-265
34. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. [Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004; 47: 736-744
35. Höfler M, Wittchen H-U. Why do primary care doctors diagnose depression when diagnostic criteria are not met? *Int J Methods Psychiatr Res* 2000; 9: 110-120
36. Pilars de Pilar M, Abholz H-H, Becker N et al. Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? *Psychiat Prax* 2012; 39: 71-78
37. Wittchen HU, Winter S, Höfler M et al. Häufigkeit und Erkennensrate von Depression in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin* 2000; 118: 22-30
38. Weyerer S, Bickel H. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007
39. Behrends S, Kott K. Zuhause in Deutschland. Ausstattung und Wohnsituation privater Haushalte. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009
40. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH et al. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 407-413
41. Lim SS, Vos T, Flaxman AD et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 380: 2224-2260

42. Katon WJ, Lin EH, Von Korff M et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med 2010; 363: 2611-2620

**Tab. 1** Beschreibung der Stichprobe.

	<b>Gesamt</b>		
	N <sup>1)</sup>	% ungewichtet (95%-KI)	% gewichtet (95%-KI)
Gesamt	22050		
<b>Geschlecht</b>			
Frauen	12483	56,6	51,5 (50,6-52,3)
Männer	9567	43,4	48,5 (47,7-49,4)
<b>Alter</b>			
18-29 J.	3831	17,4	16,9 (16,3-17,5)
30-39 J.	3564	16,2	15,5 (14,9-16,1)
40-49 J.	4992	22,6	20,4 (19,8-21,1)
50-59 J.	3931	17,8	16,5 (15,9-17,1)
60-69 J.	3207	14,5	13,7 (13,1-14,3)
70-79 J.	1956	8,9	13,1 (12,4-13,8)
80+	569	2,6	3,9 (3,5-4,3)
<b>Familienstand</b>			
Verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend	11652	52,9	58,5 (57,6-59,3)
Verheiratet, getrennt lebend	558	2,5	1,7 (1,5-1,9)
Ledig	6087	27,7	24,3 (23,6-25)
Geschieden	2052	9,3	6,9 (6,5-7,3)
Verwitwet	1660	7,5	8,6 (8-9,2)
<b>Bildung<sup>2)</sup></b>			
Einfache Bildung	5081	23,1	35,6 (34,8-36,5)
Mittlere Bildung	10968	49,9	49,6 (48,8-50,5)
Höhere Bildung	5924	27,0	14,7 (14,3-15,2)
<b>Soziale Unterstützung<sup>3)</sup></b>			
Geringe Unterstützung	2802	13,1	15,6 (14,9-16,3)
Mittlere Unterstützung	10482	48,9	49,0 (48,1-49,8)
Starke Unterstützung	8136	38,0	35,4 (34,6-36,3)

<sup>1)</sup> ungewichte Anzahl

<sup>2)</sup> CASMIN: Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations

<sup>3)</sup> Oslo 3-items Social-Support-Scale

**Tab. 2** Prävalenz selbstberichteter Depressionsdiagnose in den letzten 12 Monaten und aktueller psychischer Belastung für Gesamt und Geschlecht, stratifiziert nach Altersgruppen.

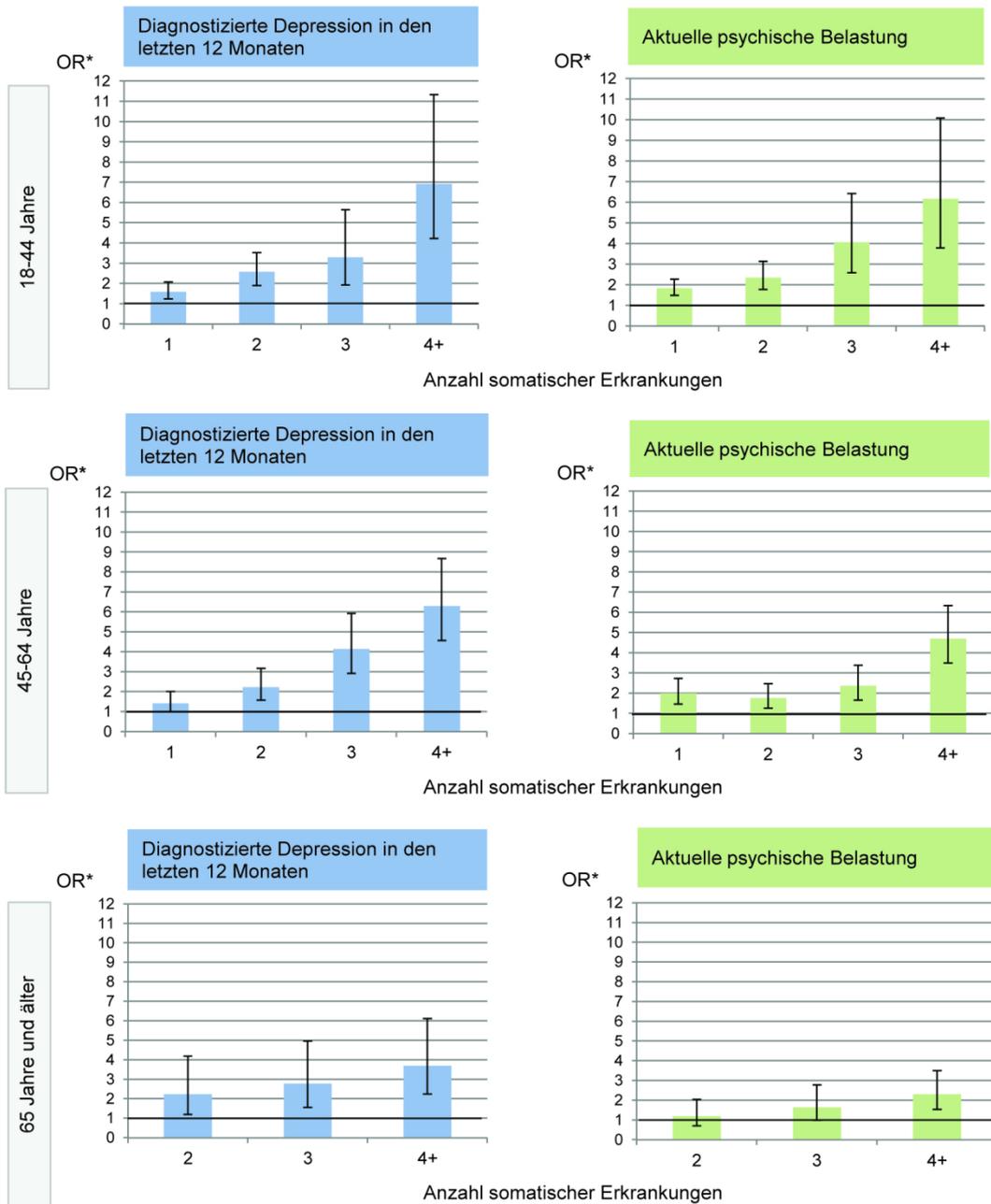
	Diagnostizierte Depression (12-Monats-Prävalenz)		Psychische Belastung (MHI-5)	
	N <sup>1)</sup>	% gewichtet (95%-KI)	N <sup>1)</sup>	% gewichtet (95%-KI)
<b>Gesamt</b>				
Frauen	1128	9,0 (8,4-9,7)	1457	13,5 (12,7-14,4)
Männer	490	5,1 (4,6-5,7)	625	7,3 (6,6-8,1)
Gesamt	1618	7,1 (6,7-7,6)	2086	10,5 (10,0-11,1)
<b>18-44 Jahre</b>				
Frauen	422	7,5 (6,7-8,4)	597	11,5 (10,5-12,6)
Männer	179	4,3 (3,5-5,1)	275	6,6 (5,7-7,6)
Gesamt	601	5,8 (5,3-6,4)	872	9,0 (8,3-9,7)
<b>45-64 Jahre</b>				
Frauen	531	11,8 (10,7-13,1)	583	14,6 (13,3-16,1)
Männer	248	7,6 (6,5-8,8)	240	8,4 (7,2-9,9)
Gesamt	779	9,7 (8,9-10,6)	823	11,5 (10,6-12,5)
<b>65 Jahre und älter</b>				
Frauen	175	7,9 (6,6-9,5)	277	15,4 (13,3-17,7)
Männer	63	3,0 (2,1-4,1)	110	7,1 (5,6-9,1)
Gesamt	238	5,8 (4,9-6,9)	387	11,9 (10,5-13,4)

<sup>1)</sup> ungewichtete Anzahl

**Tab. 3** Zusammenhang zwischen chronischer somatischer Erkrankung und diagnostizierter Depression bzw. aktueller psychischer Belastung, stratifiziert nach Altersgruppen.

	<b>18-44 Jahre</b>	<b>45-64 Jahre</b>		<b>65 Jahre und älter</b>
	OR <sup>1)</sup> (95%-KI)	OR <sup>1)</sup> (95%-KI)		OR <sup>1)</sup> (95%-KI)
<b>Diagnostizierte Depression in den letzten 12 Monaten</b>				
0 chronische somatische Erkrankung	Ref.	Ref.	0 oder 1 chronische somatische Erkrankung	Ref.
1 oder mehr chronische somatische Erkrankung	2,2 (1,7-2,7)	3,0 (2,3-3,9)	2 oder mehr chronische somatische Erkrankungen	3,3 (2,0-5,3)
<b>Aktuelle psychische Belastung</b>				
0 chronische somatische Erkrankung	Ref.	Ref.	0 oder 1 chronische somatische Erkrankung	Ref.
1 oder mehr chronische somatische Erkrankung	2,3 (1,9-2,8)	2,5 (2-3,3)	2 oder mehr chronische somatische Erkrankungen	1,8 (1,2-2,7)

<sup>1)</sup> adjustiert für Geschlecht, Alter Familienstand, Bildung, soziale Unterstützung  
 Ref.=Referenzkategorie



Referenzkategorie: 18-44 Jahre, 45-64 Jahre: 0 somatische Erkrankung

65 Jahre und älter: 0 oder 1 somatische Erkrankung

\* adj. für Geschlecht, Familienstand, Bildung, soziale Unterstützung