



Kernaussagen

- ▶ In der GEDA-Studie 2009 geben 8% der Frauen und 5% der Männer eine in den letzten 12 Monaten diagnostizierte Depression an.
- ▶ Eine aktuelle seelische Belastung besteht bei 13% der Frauen und 8% der Männer.
- ▶ Personen im Alter von 50 bis 60 Jahren sind häufiger in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt als Personen in anderen Altersgruppen.
- ▶ Höherer sozialer Status geht mit einer besseren psychischen Gesundheit und mit einer gesünderen Lebensweise einher.
- ▶ Eine gesündere Lebensweise ist mit geringeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit verbunden.

Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise

Psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für individuelle Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Hierdurch trägt sie entscheidend zum menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Erfolg einer Gesellschaft bei (Beddington et al. 2008). Entsprechend ist die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung eine wichtige gesundheitspolitische Priorität (Wahlbeck et al. 2010, WHO Europe 2008).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sind weit verbreitet und haben erhebliche individuelle und gesellschaftliche Folgen (WHO 2001). Depressionen gehören dabei zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen (RKI 2010). Sie sind weltweit eine Hauptursache für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen im Alltag und haben in westlichen Ländern den drittgrößten Anteil an der gesamten Krankheitslast (Lopez et al. 2006).

Psychische und körperliche Gesundheit sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig (Prince et al. 2007). So ist zum Beispiel der wechselseitige Zusammenhang zwischen Depression und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Charlson et al. 2011, Pan et al. 2011) sowie kardiometabolischen Risikofaktoren wie Diabetes und Adipositas gut belegt (Luppino et al. 2010, Pan et al. 2010). Dieser Zusammenhang kann wahrscheinlich zum Teil durch das Gesundheitsverhalten erklärt werden. Eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität sind wichtige Schutzfaktoren nicht nur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren, sondern auch für die psychische Gesundheit (Teychenne et al. 2008, Jacka et al. 2010). Umgekehrt gehen psychische Erkrankungen häufig mit Rauchen, körperlicher Inaktivität und ungesunder Ernährung einher (Prince et al. 2007).

In Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensweise und Gesundheit wird zunehmend der kombinierte Einfluss mehrerer Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Rauchen, körperliche Aktivität und Übergewicht untersucht. Dabei zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Anzahl individueller Lebensstilfaktoren und einer Vielzahl chronischer Erkrankungen (Ford et al. 2009). Der Zusammenhang zwischen einer gesunden Lebensweise mit einer Kombination von gesunden Lebensstilfaktoren und psychischer Gesundheit ist hingegen bislang nur wenig untersucht worden (Harrington et al. 2010).

Im Folgenden werden Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) 2009 zum Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und gesunder Lebensweise bei Erwachsenen in Deutschland vorgestellt (RKI 2011).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei Frauen häufiger

In der GEDA-Studie 2009 geben 6 % befragten Personen an, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde. Eine aktuelle seelische Belastung in den letzten vier Wochen berichten insgesamt 11 % der Befragten. Dabei sind Frauen deutlich häufiger in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt als Männer. Eine diagnostizierte Depression wird von 8 % der Frauen und von 5 % der Männer angegeben, eine aktuelle seelische Belastung von 13 % der Frauen und 8 % der Männer.

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

Datenhalter:	Robert Koch-Institut
Ziele:	Bereitstellung aktueller Daten zu gesundheitsbezogenen Themen, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends
Erhebungsmethode:	Computerunterstützte telefonische Befragung (CATI)
Grundgesamtheit:	18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands
Stichprobe:	21.262 Frauen und Männer
Kooperationsrate:	51,2 %
Untersuchungszeitraum:	Juli 2008 bis Juni 2009

Personen im Alter von 50 bis 60 Jahren besonders oft betroffen

Die Prävalenz der beiden erfassten psychischen Beeinträchtigungen variiert deutlich zwischen den Altersgruppen (Abbildung 1 und 2). Die höchste 12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression ist bei Frauen und Männern jeweils im Alter zwischen 50 und 60 Jahren (11 % und 9 %) zu finden. Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz am niedrigsten im

Abbildung 1
Anteil der Personen mit diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: GEDA 2009

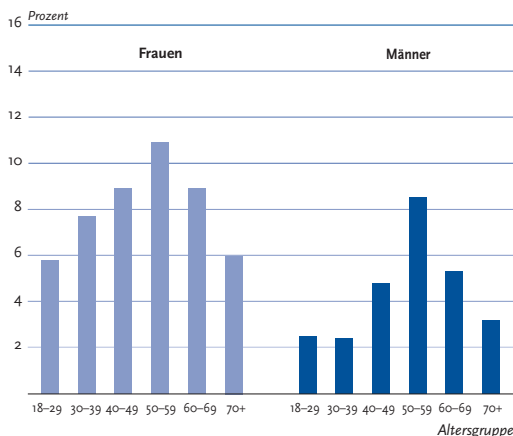
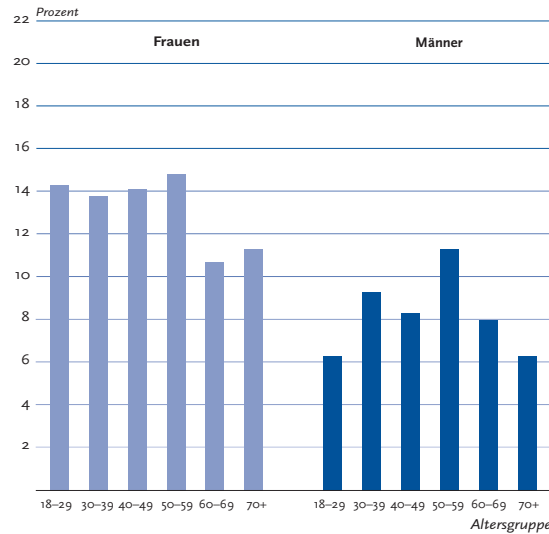


Abbildung 2
Anteil der Personen mit aktueller seelischer Belastung in den letzten vier Wochen, nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: GEDA 2009



jungen Erwachsenenalter, nimmt im Altersgang kontinuierlich zu und fällt nach dem 60. Lebensjahr wieder ab.

Hinsichtlich aktueller seelischer Belastung sind Frauen und Männer zwischen 50 und 60 Jahren ebenfalls am stärksten betroffen (15 % und 11 %). Bei Männern finden sich ähnliche Änderungen der Prävalenz im Altersgang wie bei Depressionen. Frauen geben hingegen in der Altersspanne von 18 bis 59 Jahren einen etwa gleich hohen Anteil an seelischer Belastung an. Ab dem 60. Lebensjahr fällt die Prävalenz ab, jedoch in geringerem Maße als bei den Männern.

Erfassung der psychischen Gesundheit

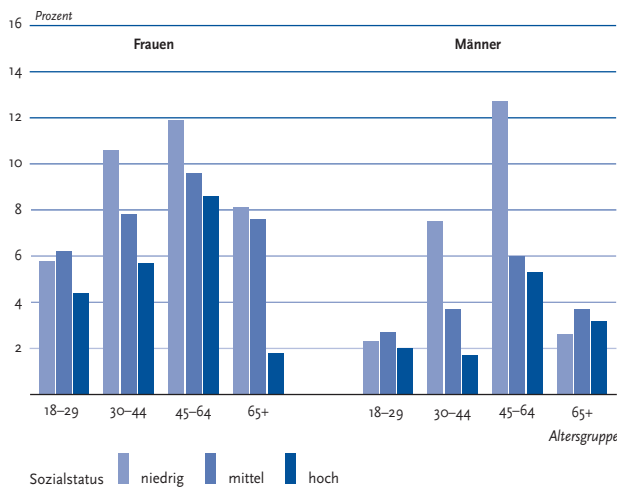
Die psychische Gesundheit der Befragten wurde in der GEDA-Studie 2009 anhand von zwei Indikatoren abgebildet.

Der erste Indikator erfasst die 12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression, basierend auf Selbstangaben zu den Fragen: »Hat ein Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen jemals eine Depression oder eine depressive Verstimmung festgestellt? Auch in den letzten 12 Monaten?«.

Es erfolgte keine weitergehende Befragung zu depressiven Symptomen, so dass nicht-diagnostizierte Depressionen nicht erfasst wurden und eine genauere Einschätzung von Art und Schwere der Depression nicht möglich war.

Der zweite Indikator der psychischen Gesundheit erfasst die 4-Wochen-Prävalenz von seelischen Belastungen. Hierzu wurde ein Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt (Moriarty et al. 2003). Darin wurden die teilnehmenden Personen auch nach der Anzahl der Tage in den letzten vier Wochen gefragt, an denen ihr seelisches Befinden beeinträchtigt war. Eine aktuelle seelische Belastung war definiert als eine Beeinträchtigung des seelischen Befindens an mindestens 14 Tagen innerhalb der letzten vier Wochen.

Abbildung 3
Anteil der Frauen und Männer mit diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Sozialstatus
 Datenbasis: GEDA 2009

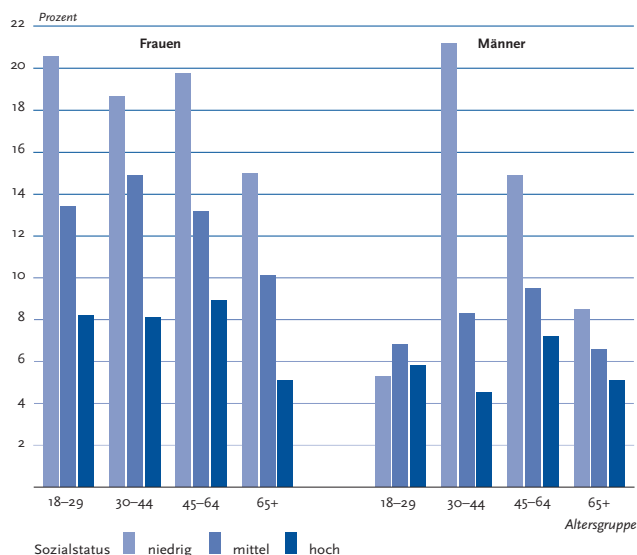


Insgesamt sind Frauen in allen Altersgruppen durch beide untersuchte Formen der psychischen Beeinträchtigung stärker betroffen als Männer. Am deutlichsten zeigt sich dieser Geschlechtereffekt im jungen und mittleren Erwachsenenalter bis 49 Jahre.

Psychische Gesundheit unterscheidet sich nach dem sozialen Status

Zahlreiche internationale Studien weisen darauf hin, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders vulnerabel für psychische Störungen sind (WHO 2000, Lorant et al. 2003). Für Deutschland hatte der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gezeigt, dass Personen mit niedrigem

Abbildung 4
Anteil der Frauen und Männer mit seelischer Belastung in den letzten vier Wochen, nach Alter und Sozialstatus
 Datenbasis: GEDA 2009



Sozialstatus häufiger an psychischen Störungen wie depressiven Erkrankungen, Angsterkrankungen und substanzbezogenen Störungen litten, als Personen mit höherem Status (RKI 2005, Jacobi et al. 2004).

In der GEDA-Studie 2009 zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und sozialem Status, der anhand von Angaben der Befragten zu Bildungsstand, Einkommen und beruflicher Position ermittelt wurde.

Sowohl diagnostizierte Depressionen als auch aktuelle seelische Belastungen werden am häufigsten von Personen mit niedrigem Sozialstatus angegeben (Abbildung 3 und 4). Dieser Zusammenhang ist insgesamt deutlicher ausgeprägt für seelische Belastungen als für Depression und variiert zusätzlich nach Alter und Geschlecht. Dabei zeichnen sich die Unterschiede bei Frauen sowie bei Personen im mittleren Erwachsenenalter am deutlichsten ab.

Bei statistischer Kontrolle der Effekte von Alter und Geschlecht ergibt sich, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus eine fast doppelt so hohe Chance einer diagnostizierten Depression haben, wie Personen mit hohem Sozialstatus (OR=1,88; 95 %-KI=1,51–2,35). Die Chance einer aktuellen seelischen Belastung ist bei niedrigem Sozialstatus etwa 2,6-mal höher als bei hohem Sozialstatus (OR=2,63; 95 %-KI=2,17–3,18).

Lebensweise der Frauen gesünder

Um den Zusammenhang zwischen Lebensweise und psychischer Gesundheit zu beleuchten, wurden Daten aus der GEDA-Studie 2009 zu fünf wichtigen Lebensstilfaktoren herangezogen. Am seltensten wird der Verzehr von fünf

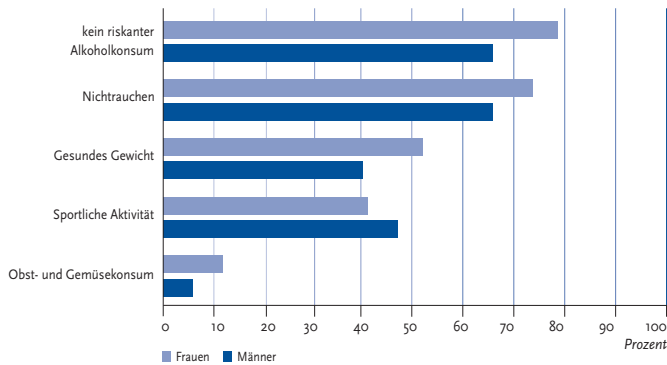
Erfassung einer gesunden Lebensweise

Zur Erfassung werden Selbstangaben der Befragten zu den folgenden fünf Lebensstilfaktoren herangezogen:

- Obst- und Gemüsekonsum:** Konsum von mind. fünf Portionen Obst und Gemüse (inkl. bis zu einem Glas Saft) pro Tag
- Sportliche Aktivität:** Mehr als zwei Stunden sportliche Aktivität pro Woche, berechnet aus Häufigkeit und Dauer
- Gesundes Gewicht:** Body-Mass-Index (BMI) zwischen 18,5 und 25 kg/m², berechnet aus Größe und Gewicht
- Nichtrauchen:** Aktuell kein tägliches oder gelegentliches Rauchen
- Kein riskanter Alkoholkonsum:** Basierend auf dem Punktwert eines standardisierten Fragebogens (AUDIT-C) (Bush et al. 1998) mit weniger als 5 von 12 Punkten bei Männern und weniger als 4 Punkten bei Frauen.

Abbildung 5
Anteil der Frauen und Männer, bei denen gesunde Lebensstilfaktoren vorliegen

Datenbasis: GEDA 2009



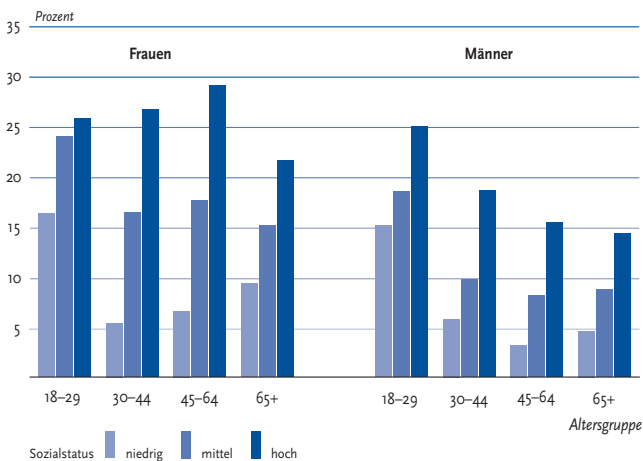
Portionen Obst und Gemüse pro Tag angegeben; insgesamt 9 % der Befragten berichten davon (Abbildung 5).

Hingegen liegt der Anteil der Personen, die regelmäßig mindestens zwei Stunden Sport pro Woche betreiben, bei insgesamt 44 %. Ein gesundes Gewicht mit einem Body-Mass-Index (BMI) zwischen 18,5 und 25 kg/m² weisen 46 % der Befragten auf. Der größte Anteil der teilnehmenden Personen (70 %) gibt an, derzeit nicht zu rauchen, auch nicht gelegentlich. Mit 73 % berichtet ebenfalls die Mehrheit der Befragten einen maßvollen, nicht-riskanten Alkoholkonsum.

Nur hinsichtlich der Sportbeteiligung zeigt sich ein gesünderes Verhalten bei den Männern, alle anderen Lebensstilfaktoren liegen häufiger bei Frauen vor (Abbildung 5). Der Geschlechterunterschied ist dabei am deutlichsten für Obst- und Gemüsekonsum sowie für gesundes Gewicht zu erkennen.

Abbildung 6
Anteil der Frauen und Männer mit mindestens 4 Lebensstilfaktoren nach Alter und Sozialstatus

Datenbasis: GEDA 2009



Gesunde Lebensweise variiert nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

Für die Darstellung einer gesunden Lebensweise werden die oben genannten Lebensstilfaktoren kombiniert betrachtet. Es zeigt sich, dass nur 17 % der Frauen und 11 % der Männer mindestens vier der fünf erfragten Lebensstilfaktoren aufweisen. Bei den meisten Personen liegen zwei oder drei Faktoren vor (69 % der Frauen und 63 % der Männer). Alle fünf Faktoren werden etwa ebenso selten angegeben, wie keiner (2 % und 3 %).

Eine gesunde Lebensweise hängt auch mit dem Alter und dem sozialen Status zusammen (Abbildung 6). Im Altersgang nimmt der Anteil der Befragten mit mindestens vier gesunden Lebensstilfaktoren ab: von 21 % im Alter von 18 bis 29 Jahren auf nur noch 10 % im Alter ab 70 Jahren. Die Abnahme einer gesunden Lebensweise im Altersgang ist bei Frauen (von 22 % auf 14 %) etwas geringer ausgeprägt, als bei Männern (von 19 % auf 9 %).

Dass ein niedriger Sozialstatus mit einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten einhergeht, ist durch zahlreiche internationale Studien gut belegt. Für Deutschland ist anhand der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts und anderer Datenquellen zum Beispiel eine höhere Raucherquote, eine geringere Sportbeteiligung und ein geringerer Obst- und Gemüsekonsum bei Personen mit niedrigem Sozialstatus beschrieben worden (RKI 2005, Rabenberg, Mensink 2011).

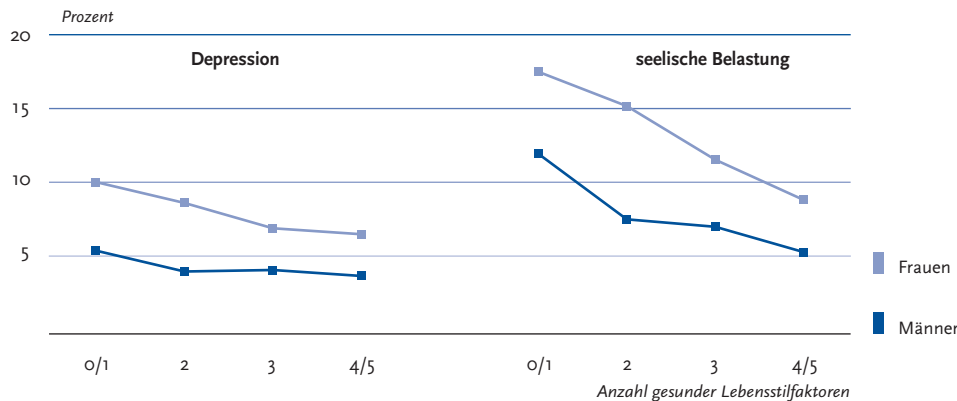
Die Daten aus der GEDA-Studie 2009 weisen darauf hin, dass auch eine Lebensweise mit einer Kombination aus mindestens vier gesunden Lebensstilfaktoren bei Personen mit niedrigem Sozialstatus weniger häufig ist (8 %), als bei Personen mit mittlerem (14 %) oder hohem Sozialstatus (21 %). Dieser Zusammenhang besteht für beide Geschlechter und in allen Altersgruppen (Abbildung 6). Bei Frauen ist die Prävalenz einer gesunden Lebensweise deutlicher vom Sozialstatus abhängig (Sozialstatus hoch: 27 %; niedrig: 9 %) als bei Männern (Sozialstatus hoch: 17 %; niedrig: 7 %). Außerdem zeigt sich, dass der Alterseffekt bei Frauen mit hohem Sozialstatus schwächer ausgeprägt ist, als bei Personen in anderen Untergruppen.

Gesündere Lebensweise ist mit besserer psychischer Gesundheit verbunden

Mit den Daten der GEDA-Studie 2009 zu den genannten fünf Lebensstilfaktoren lässt sich der Zusammenhang zwischen einer gesunden Lebensweise und der psychischen Gesundheit untersuchen. Hierbei wird deutlich, dass eine höhere Anzahl gesunder Lebensstilfaktoren mit niedrigeren Prävalenzen von diagnostizierter Depression und seelischer Belastung einhergehen.

Dieser Zusammenhang ist für Männer und Frauen ähnlich stark (Abbildung 7). Im Vergleich zu Frauen mit ungesunder Lebensweise (0 bis 1 Lebensstilfaktoren) nimmt bei Frauen mit gesunder Lebensweise (4 bis 5 Lebensstilfaktoren) die Prävalenz einer Depression von 10 % auf 7 % ab. Bei

Abbildung 7
Anteil der Frauen und Männer mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (diagnostizierte Depression, aktuelle seelische Belastung), nach Anzahl gesunder Lebensstilfaktoren und Geschlecht
 Datenbasis: GEDA 2009



Männern mit mindestens vier Lebensstilfaktoren reduziert sich der Anteil mit Depression von 7 % auf 4 %. Entsprechend fällt die Prävalenz seelischer Belastungen von 18 % auf 9 % bei Frauen und von 12 % auf 5 % bei Männern mit gesunder Lebensweise.

Diskussion

Aktuelle Informationen zur Verbreitung psychischer Beeinträchtigungen in der Bevölkerung sind eine wichtige Grundlage für die Planung von effektiven Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen. Die Auswertung von Daten der GEDA-Studie 2009 liefert hierzu wichtige Anhaltspunkte. Es zeigt sich, dass ein vergleichsweise großer Anteil der Erwachsenen in Deutschland eine der zwei untersuchten Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit aufweist. Dabei können Frauen, Personen im mittleren Lebensalter und Personen mit niedrigem Sozialstatus als besonders betroffene Bevölkerungsgruppen identifiziert werden. Außerdem wird deutlich, dass eine gesündere Lebensweise mit geringeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit verbunden ist.

Ein Vergleich mit anderen Studien zur Verbreitung von Depressionen in Deutschland wird durch den Einsatz unterschiedlicher Erhebungsinstrumente erschwert. Im Modul Psychische Störungen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 betrug die mit einem diagnostischen Interview erfasste 12-Monats-Prävalenz einer Depression 11 % bei Frauen und 6 % bei Männern im Alter von 18 bis 65 Jahren (Jacobi et al. 2004). Die leicht niedrigere Prävalenz in der GEDA-Studie 2009 kann dadurch bedingt sein, dass nicht-diagnostizierte Depressionen nicht erfasst wurden und dass Personen mit einer Depression diese nicht angegeben haben. Somit sind Schätzungen zur Verbreitung von Depressionen anhand der GEDA-Studie 2009 als konservativ anzusehen.

Hinsichtlich seelischer Belastung ist bedingt ein Vergleich mit dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003

des Robert Koch-Instituts möglich. Anhand eines anderen Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität gaben 11 % der Frauen und 6 % der Männer eine seelische Belastung in den letzten 4 Wochen an (Ellert et al. 2005).

Trotz unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und leichter Prävalenzunterschiede zeigen die genannten Studien ähnliche Geschlechtereffekte, eine vergleichbare Abnahme von Depression und seelischer Belastung im höheren Lebensalter sowie einen deutlichen Zusammenhang mit dem Sozialstatus.

Die niedrige Prävalenz einer gesunden Lebensweise mit mindestens vier der fünf erfragten Lebensstilfaktoren in der GEDA-Studie 2009 bestätigt die Ergebnisse anderer Studien. In repräsentativen Gesundheitssurveys aus den USA (Reeves, Rafferty 2005) und Irland (Harrington et al. 2010) wurden vergleichbar niedrige Prävalenzen für eine jeweils ähnlich definierte gesunde Lebensweise gefunden (17 % und 21 %). In der »European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition« (EPIC)-Studie-Potsdam (Ford et al. 2009), die allerdings nicht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung war, pflegten sogar nur 9 % der teilnehmenden Personen eine gesunde Lebensweise definiert durch Nichtrauchen, BMI unter 30 kg/m², regelmäßiger körperlicher Aktivität und obst- und gemüsereicher Ernährung.

Dass eine gesunde Lebensweise mit geringeren psychischen Beeinträchtigungen einhergeht, lässt sich anhand anderer Datenquellen belegen. So wurde in der irischen Gesundheitsstudie »Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition« (SLAN) eine gesunde Lebensweise ebenfalls durch die Kombination aus vier gesunden Lebensstilfaktoren erfasst (Harrington et al. 2010). Im Vergleich zu Personen mit allen vier Faktoren hatten Personen mit keinem der vier Faktoren eine 2,7-fach erhöhte Prävalenz depressiver Symptome. Umgekehrt fand sich in einer Analyse des US-amerikanischen Gesundheitssurveys »Behavioral Risk Factor Surveillance System« (BRFSS) eine um etwa ein Drittel geringere Prävalenz einer Lebensweise mit allen

vier gesunden Lebensstilfaktoren bei Personen mit aktueller seelischer Belastung (McGuire et al. 2007). Darüber hinaus sind wechselseitige Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und einer Vielzahl einzelner gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen beschrieben worden (Prince et al. 2007, Luppino et al. 2010, Teychenne et al. 2008, Jacka et al. 2010).

Der hier dargestellte Zusammenhang zwischen einer gesünderen Lebensweise und einer besseren psychischen Gesundheit zeigt wichtige Ansätze für Maßnahmen sowohl zur Förderung der psychischen Gesundheit, als auch zur Steigerung der Verbreitung einer gesunden Lebensweise auf. Da aufgrund des Querschnittcharakters der Erhebung keine Aussage zur Richtung des Zusammenhangs möglich ist, bleibt unklar, ob eine ungesündere Lebensweise Ursache oder Folge von psychischer Beeinträchtigung ist. Vor dem Hintergrund der verfügbaren Literatur kann jedoch ein wechselseitiger Zusammenhang angenommen werden. Unabhängig davon ergibt sich jedoch schon aus dem gemeinsamen Vorliegen von ungesunder Lebensweise und erhöhter psychischer Beeinträchtigung, dass beide Bereiche in der Beratung jeweils betroffener Personen gleichermaßen berücksichtigt werden sollten.

Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass Aspekte des Gesundheitsverhaltens in die Prävention und Nachsorge psychischer Störungen integriert werden und dass umgekehrt Aspekte der psychischen Gesundheit bei der Propagierung einer gesunden Lebensweise berücksichtigt werden sollten. So wird im Rahmen des seit 2008 in Deutschland umgesetzten Nationalen Aktionsplans IN FORM bereits auf die positiven Auswirkungen einer gesunden Lebensweise für die psychische Gesundheit hingewiesen, um zur Verhaltensänderung zu motivieren (IN FORM 2011).

*Dr. Markus Busch, Dr. Ulfert Hapke,
Dr. Gert B. M. Mensink*
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung

Literatur

- Beddington J, Cooper CL, Field J et al. (2008) The mental wealth of nations. *Nature* 455: 1057–1060
- Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB et al. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 158(16): 1789–1795
- Charlson F, Stapelberg N, Baxter A et al. (2011) Should global burden of disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease? *BMC Medicine* 9: 47
- Ellert U, Lampert T, Ravens-Sieberer U (2005) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48: 1330–1337
- Ford ES, Bergmann MM, Kroger J et al. (2009) Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Arch Intern Med* 169: 1355–1362
- Harrington J, Perry IJ, Lutomski J et al. (2010) Living longer and feeling better: healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. *Eur J Public Health* 20: 91–95
- IN FORM (2011) IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. <http://www.in-form.de> (Stand: 30.09.2011)
- Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A et al. (2010) Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *Am J Psychiatry* 167: 305–311
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34: 597–611
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M et al. (2006) Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 367: 1747–1757
- Lorant V, Deliège D, Eaton W et al. (2003) Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol* 157(2): 98–112
- Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF et al. (2010) Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *ArchGenPsychiatry* 67: 220–229
- McGuire LC, Strine TW, Okoro CA et al. (2007) Modifiable characteristics of a healthy lifestyle in U.S. older adults with or without frequent mental distress: 2003 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am J Geriatr Psychiatry* 15: 754–761
- Moriarty D, Zack M, Kobau R (2003) The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures - Population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health Qual Life Outcomes* 1: 37
- Pan A, Lucas M, Sun Q et al. (2010) Bidirectional association between depression and type 2 diabetes Mellitus in Women. *Arch Intern Med* 170: 1884–1891
- Pan A, Sun Q, Okereke OI et al. (2011) Depression and risk of stroke morbidity and mortality. a meta-analysis and systematic review. *JAMA* 306: 1241–1249
- Prince M, Patel V, Saxena S et al. (2007) No health without mental health. *Lancet* 370: 859–877

- Rabenberg M, Mensink GBM (2011) Obst- und Gemüsekonsum heute. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2(6)
<http://www.rki.de/gbe-kompakt> (Stand: 30.09.2011)
- Reeves MJ, Rafferty AP (2005) Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. Arch Intern Med 165: 854–857
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI, Berlin
<http://www.rki.de/gbe> (Stand: 30.09.2011)
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. RKI, Berlin
<http://www.rki.de/gbe> (Stand: 30.09.2011)
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
<http://www.rki.de/gbe> (Stand: 30.09.2011)
- Teychenne M, Ball K, Salmon J (2008) Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. Prev Med 46: 397–411
- Wahlbeck K, Braddick F, Gabilondo A et al. (2010) Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Collating forces to put mental health on the EU political agenda. Die Psychiatrie 7: 74–80
- WHO – World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organ 78: 413–426
- WHO – World Health Organization (Hrsg) (2001) The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva
- WHO Europe – World Health Organization Europe (eds) (2008) Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Impressum

GBE kompakt

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Martina Rabenberg, Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Zitierweise

Busch M, Hapke U, Mensink GBM (2011)
Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise.
Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin,
GBE kompakt 2(7)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.11.2011)

ISSN 2191-4974

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit