

Alina Schmitz

# Geschlechterunter- schiede bei Depressionen im Alter

Risikofaktoren und  
Bewältigungsressourcen im  
europäischen Vergleich



Springer VS

---

# **Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung**

## **Reihe herausgegeben von**

Martina Brandt, Fakultät Sozialwissenschaften, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Ellen Hilf, Sozialforschungsstelle Dortmund, Landesinstitut, Dortmund, Deutschland

Hartmut Hirsch-Kreinsen, Fakultät Wirtschaftswissenschaften, TU Dortmund, Darmstadt, Deutschland

Ronald Hitzler, Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Jürgen Howaldt, Sozialwissenschaften, Technische Universität Darmstadt, Dortmund, Deutschland

Gerhard Naegele, Institut für Gerontologie, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Monika Reichert, Forschungsgesellschaft für Gerontologie, TU Dortmund, Dortmund, Deutschland

Christoph Strünck, Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Vor dem Hintergrund sich verschärfender sozialer Risiken und demografischer Herausforderungen sowie einer beschleunigten Veränderungsdynamik in Wirtschaft, Gesellschaft und Kultur wächst ganz offensichtlich das Bewusstsein eines nur eingeschränkten Problemlösungspotenzials etablierter Steuerungs- und Problemlösungsroutinen. Je weiter Gesellschaft, Wirtschaft, Kultur, die natürliche Umwelt, die Arbeits- und Lebenswelt von technischen Innovationen durchdrungen und in hohem Tempo umgestaltet werden, umso mehr gewinnen soziale Innovationen an Bedeutung und öffentlicher Aufmerksamkeit. Mit dem verstärkten Fokus auf soziale Innovationen tritt aber die mit den Sozialwissenschaften verbundene Reflexions- und Gestaltungskompetenz stärker in den Vordergrund. Zu einer der aktuell wie künftig zentralen gesellschaftlichen Gestaltungsaufgaben gehört der demografische Wandel. Seine Auswirkungen sind vielschichtig. Neben der Bevölkerungsstruktur betreffen die Veränderungen den Arbeitsmarkt, die kommunale Infrastruktur, die Gesundheitsversorgung und das soziale Zusammenleben in der Gesellschaft. Die Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung versammeln wissenschaftliche Publikationen, die sich mit den damit verbundenen Fragen auseinandersetzen. Die Herausgeber/innen repräsentieren mit der Sozialforschungsstelle Dortmund und der Dortmunder sozialen Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund zwei traditionsreiche Einrichtungen und Standorte sozialwissenschaftlicher Forschung in Deutschland. Sie bilden zugleich einen wichtigen Bestandteil der an der TU Dortmund vertretenen Sozialwissenschaften.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/12497>

---

Alina Schmitz

# Geschlechterunterschiede bei Depressionen im Alter

Risikofaktoren und  
Bewältigungsressourcen im  
europäischen Vergleich

 Springer VS

Alina Schmitz  
Technische Universität Dortmund  
Dortmund, Deutschland

Dissertationsschrift an der Fakultät 12 Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie, Technische Universität Dortmund, 2020

ISSN 2626-0344                      ISSN 2626-0360 (electronic)  
Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung  
ISBN 978-3-658-33227-3              ISBN 978-3-658-33228-0 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-33228-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung der Verlage. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Stefanie Eggert

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

---

# Danksagung

Ich möchte den folgenden Personen von Herzen danken, die mich während meiner Promotion in ganz unterschiedlicher Weise unterstützt haben.

Mein Dank gilt vor allem Prof. Dr. Martina Brandt, die diese Arbeit von Beginn an begleitet hat und mit ihrem Feedback sehr zum Gelingen meiner Dissertation beigetragen hat. Für die Ermutigungen zu Beginn der Promotion, fachliche Diskussionen und das Korrekturlesen in der Schlussphase, aber vor allem auch für die schöne gemeinsame Zeit und gute Zusammenarbeit in den letzten Jahren geht ein großer Dank an Judith Kaschowitz, Dr. Melanie Wagner, Dr. Patrick Lazarevic, Dr. Regine Köller und Ruth Perk. Auch Dr. Marc Luy und sein Team am Vienna Institute of Demography, wo ich im Rahmen eines Forschungsaufenthalts neue Ideen sammeln konnte, haben diese Arbeit durch ihr konstruktives Feedback vorangebracht. Herzlich bedanken möchte ich mich außerdem bei Laura Herold und Sara Lotfipour für die tatkräftige Hilfe beim Erstellen der Schaubilder.

Für Zuspruch und Unterstützung zu jeder Zeit, Motivationsreden und die nötige Ablenkung danke ich nicht zuletzt Petra, Günter und Frederic Schmitz, Fabian Sepcke, Ina Schmidt, Niko Komotoglou und vor allem David Hamerschmidt. Ohne euch wäre diese Arbeit nicht entstanden. Danke!

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Depressionen: Krankheitsbild und Verbreitung im Alter</b> .....	9
2.1	Begriffsbestimmung und häufige Erkrankungsformen .....	9
2.2	Altersspezifische Besonderheiten .....	15
2.3	Erkrankungshäufigkeit in der älteren Bevölkerung .....	17
2.4	Zusammenfassung .....	22
<b>3</b>	<b>Geschlecht, Alter und Depressionen: Lebenslauf im Kontext</b> .....	23
3.1	Ursachen von Depressionen: Allgemeine Erklärungsansätze .....	23
3.2	Geschlechts- und altersspezifische Erklärungsansätze .....	33
3.3	Wohlfahrtsstaatlicher Kontext und die Lebenslage im Alter .....	42
3.4	Geschlecht, Verwitwung und depressive Symptome im Kontext .....	48
3.5	Zusammenfassung .....	52
<b>4</b>	<b>Forschungslücken und Fragestellungen der Arbeit</b> .....	55
<b>5</b>	<b>Daten und Methoden</b> .....	59
5.1	SHARE .....	59
5.2	Operationalisierung von depressiven Symptomen .....	60
5.3	Analysestrategien im Überblick .....	66
5.4	Methodische Limitationen .....	72
<b>6</b>	<b>Geschlechterunterschiede in der Depressionsprävalenz in Europas älterer Bevölkerung</b> .....	75
6.1	Forschungsfragen und Hypothesen .....	75

---

6.2	Daten und Fallauswahl .....	76
6.3	Methodisches Vorgehen .....	77
6.4	Ergebnisse .....	78
6.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	82
<b>7</b>	<b>Erklärungsfaktoren für depressive Symptome im Geschlechter- und Ländervergleich .....</b>	<b>89</b>
7.1	Forschungsfragen und Hypothesen .....	89
7.2	Daten und Fallauswahl .....	90
7.3	Methodisches Vorgehen .....	91
7.4	Ergebnisse .....	96
7.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	108
<b>8</b>	<b>Depressive Symptome nach Verwitwung im Kontext .....</b>	<b>115</b>
8.1	Forschungsfragen und Hypothesen .....	115
8.2	Daten und Fallauswahl .....	117
8.3	Methodisches Vorgehen .....	118
8.4	Ergebnisse .....	121
8.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	128
<b>9</b>	<b>Verwitwung, das soziale Netzwerk und depressive Symptome .....</b>	<b>135</b>
9.1	Forschungsfragen und Hypothesen .....	135
9.2	Daten und Fallauswahl .....	137
9.3	Methodisches Vorgehen .....	140
9.4	Ergebnisse .....	146
9.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	158
<b>10</b>	<b>Fazit und Ausblick .....</b>	<b>165</b>
	<b>Literatur und Quellen .....</b>	<b>179</b>



---

# Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Revision
FEM	Fixed Effects-Modell
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems 10. Revision
ISCED	International Standard Classification of Educational Degrees
OLS	Ordinary Least Squares
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
WHO	World Health Organization

---

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Differentialdiagnose einer depressiven Episode nach ICD-10-Kriterien .....	13
Abbildung 2.2	Verlaufsformen von Depressionen .....	14
Abbildung 3.1	Der Stressprozess, beeinflussende Faktoren und Depressionen .....	29
Abbildung 3.2	Erklärungsansätze für Geschlechterunterschiede bei Depressionen .....	41
Abbildung 3.3	Wohlfahrtsstaat, individuelle Lebenslage und psychische Gesundheit .....	45
Abbildung 6.1	Überblick über die Fallauswahl .....	77
Abbildung 6.2	Prävalenz von Depressionen in Nordeuropa .....	82
Abbildung 6.3	Prävalenz von Depressionen in Osteuropa .....	83
Abbildung 6.4	Prävalenz von Depressionen in Südeuropa .....	84
Abbildung 6.5	Prävalenz von Depressionen in Westeuropa .....	85
Abbildung 7.1	Überblick über die Fallauswahl .....	91
Abbildung 7.2	Beitrag zur Erklärung von depressiven Symptomen bei Frauen .....	106
Abbildung 7.3	Beitrag zur Erklärung von depressiven Symptomen bei Männern .....	107
Abbildung 8.1	Überblick über die Fallauswahl .....	119
Abbildung 9.1	Überblick über die Fallauswahl für die Querschnittsanalysen .....	138
Abbildung 9.2	Überblick über die Fallauswahl für die Längsschnittanalysen .....	140

---

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode nach ICD-10-Kriterien .....	12
Tabelle 5.1	Items der EURO-D-Skala .....	61
Tabelle 5.2	Fragestellung und methodisches Vorgehen der vier empirischen Kapitel .....	66
Tabelle 6.1	Prävalenz depressiver Symptome in Europas Bevölkerung 50+ Jahre .....	80
Tabelle 7.1	Operationalisierung der Variablen .....	92
Tabelle 7.2	Prävalenz der Erklärungsfaktoren für depressive Symptome .....	98
Tabelle 7.3	Geschlechterunterschiede bei depressiven Symptomen (Referenz: Männer) .....	101
Tabelle 7.4	Erklärungsfaktoren für depressive Symptome im Geschlechtervergleich .....	103
Tabelle 8.1	Operationalisierung der Variablen .....	120
Tabelle 8.2	Depressive Symptome, Einsamkeit, finanzielle Probleme und Kontrollvariablen .....	123
Tabelle 8.3	Depressive Symptome nach Verwitwung im Geschlechtervergleich .....	125
Tabelle 8.4	Depressive Symptome nach Verwitwung: Der Beitrag von finanziellen Problemen und Einsamkeit .....	127
Tabelle 8.5	Depressive Symptome nach Verwitwung im europäischen Vergleich .....	128
Tabelle 9.1	Operationalisierung der Variablen .....	142
Tabelle 9.2	Stichprobencharakteristika der verwitweten Personen .....	148

---

Tabelle 9.3	Charakteristika des sozialen Netzwerks verwitweter Personen .....	151
Tabelle 9.4	Soziales Netzwerk und depressive Symptome bei verwitweten Personen .....	153
Tabelle 9.5	Stichprobencharakteristika der bei Follow-Up verwitweten Personen .....	155
Tabelle 9.6	Depressive Symptome nach Verwitwung: Der Einfluss des sozialen Netzwerks .....	157



# Einleitung

# 1

Im Jahr 2018 lebten in der Europäischen Union über 100 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren, womit die Zahl der Älteren etwa einem Fünftel der Bevölkerung entspricht. Europa ist schon heute eine der ältesten Regionen weltweit und die Bevölkerungsalterung wird auch künftig weiter fortschreiten (Eurostat 2019a, 2019b). Der demografische Wandel stellt die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Bereits im Jahr 2016 beliefen sich die öffentlichen Ausgaben für Renten, Gesundheits- und Pflegeleistungen auf etwa ein Viertel des europäischen Bruttoinlandsprodukts (European Commission 2018). Die gesundheitliche Lage der Älteren rückt daher immer stärker in das wissenschaftliche und politische Interesse. Vielfach wird auf die Notwendigkeit sozialpolitischer Maßnahmen hingewiesen, die ein aktives Altern in guter Gesundheit ermöglichen. Auf diesem Weg soll nicht nur das individuelle Wohlbefinden der älteren Menschen gefördert werden, sondern auch die Belastung der sozialen Sicherungssysteme in Europas alternden Gesellschaften so gering wie möglich gehalten werden (Rechel et al. 2009; Foster und Walker 2015; Beard und Bloom 2015).

Im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses können sich Bemühungen zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen nicht auf die körperliche Gesundheit beschränken, sondern sollten auch die psychische Gesundheit in den Blick nehmen, denn: „Mental health is an integral part of health; indeed, there is no health without mental health“ (WHO 2016). Depressionen zählen über den Lebenslauf hinweg bis ins hohe Alter zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Riedel-Heller et al. 2012; Andreas et al. 2017). Zwischen ein und zehn Prozent der über 65-Jährigen leiden an einer manifesten Depression und eine weit höhere Zahl der Älteren – je nach Studie bis zu 38 Prozent – berichtet von

depressiven Symptomen geringeren Schweregrads (Luppa et al. 2012; Fiske et al. 2009).

Depressionen wirken sich nicht nur einschneidend auf das Wohlbefinden der Betroffenen aus und können belastende Lebenslagen verschärfen, sondern erhöhen auch das Risiko für körperliche Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Demenz (Currier und Nemeroff 2014; Cuijpers et al. 2014b). Jeder zehnte Mensch mit einer schweren Depression verstirbt durch Suizid (Franklin et al. 2017), aber auch die allgemeine Mortalität ist erhöht, da Depressionen den Verlauf körperlicher Erkrankungen negativ beeinflussen (Blazer 2003).

Bereits heute verursachen Depressionen bei älteren Menschen hohe volkswirtschaftliche Kosten (Vasiliadis et al. 2013; Zivin et al. 2013) und Prognosen zufolge werden sie spätestens im Jahr 2030 für den Großteil gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag verantwortlich sein (Mathers und Loncar 2006). Das Bewusstsein für diese Problematik wächst aber nur langsam. Noch immer geht es sowohl in der politischen Debatte als auch in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zumeist um die steigende Zahl von Depressionen bei jüngeren Menschen oder um die Auswirkungen wachsender Leistungsansprüche im Arbeitsleben auf die psychische Gesundheit. Ältere Menschen geraten dabei häufig in Vergessenheit. Dies geht sogar so weit, dass Depressionen sowohl von den Betroffenen selbst als auch von vielen Ärzt\*innen und Psycholog\*innen als „normale“ Begleiterscheinung des Alter(n)s angesehen werden (Stoppe 2008). Studien zeigen allerdings, dass die Prävalenz von Depressionen im Alter sehr stark im Vergleich verschiedener Bevölkerungsgruppen schwankt. Daraus lässt sich schließen, dass das Alter(n) nicht zwangsläufig eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit nach sich ziehen muss, sondern dass sozialen Ungleichheiten eine wichtige Bedeutung zukommt (Blazer und Hybels 2005; Fiske et al. 2009).

Bis in das hohe Lebensalter ist das Geschlecht eine zentrale Kategorie sozialer Ungleichheit (Backes 2010; Calasanti 2010; Brandt und Schmitz 2020). Frauen leiden über den Lebenslauf hinweg etwa doppelt so häufig unter Depressionen wie Männer (Salk et al. 2017; Kuehner 2003; Bergdahl et al. 2007). Während die medizinische Forschung dafür eine biologische Prädisposition von Frauen verantwortlich macht, betont die soziologische Forschung den Einfluss von gesellschaftlichen Geschlechterrollen und den daraus folgenden Ungleichheiten in den Lebensverhältnissen von Frauen und Männern. Demnach sind Frauen häufiger als Männer von einigen der sozialen Risikofaktoren für Depressionen betroffen, womit weniger das biologische Geschlecht, sondern vielmehr das soziale Geschlecht (Gender) ursächlich für die höhere Depressionsprävalenz bei Frauen

ist (Rieker et al. 2010; Kuehner 2017; Courtenay 2000). Es wird auch vermutet, dass einzelne Risikofaktoren für Frauen bedeutsamer sind als für Männer – und umgekehrt. Demnach könnten Frauen vermehrt mit depressiven Symptomen auf Belastungen reagieren, die mit sozialen Beziehungen einhergehen, da Frauen diesem Lebensbereich eine höhere Bedeutung beimessen als Männer. Im Gegenzug wird angenommen, dass Männer sensibler auf sozioökonomische Risikofaktoren für Depressionen reagieren (van de Velde et al. 2010; Piccinelli und Wilkinson 2000).

Bisherige soziologische Studien, die sich überwiegend mit der Lebensphase des mittleren Erwachsenenalters auseinandersetzen, haben einen niedrigeren sozioökonomischen Status, eine geringe Autonomie in der Lebensgestaltung aufgrund familiärer Verpflichtungen, Probleme in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine höhere Prävalenz von häuslicher sowie sexualisierter Gewalt als Erklärungsfaktoren für die erhöhte Depressionsprävalenz bei Frauen herausgestellt (Bird und Rieker 2008; Kuehner 2017; van de Velde et al. 2010; Platt et al. 2016; Hornberg et al. 2008). Zu der Frage, ob einzelne Risikofaktoren je nach Geschlecht unterschiedlich bedeutsam sind, liefern die vorliegenden Studien keine eindeutige Antwort (Kuehner 2017; Pinquart und Sörensen 2001; van de Velde et al. 2010).

Bezogen auf die Lebensphase Alter sind sowohl theoretische Ansätze als auch empirische Studien zur Erklärung von Geschlechterungleichheiten bei Depressionen bislang äußerst selten. Die Lebenslaufperspektive legt aber nahe, dass sich die Risikofaktoren für Depressionen mit zunehmendem Alter verändern. So verringern sich infolge des Renteneintritts die finanziellen Mittel, im Alter wird das soziale Netzwerk kleiner und die körperliche Gesundheit verschlechtert sich. Auch der Tod nahestehender Personen wird wahrscheinlicher (Blazer und Hybels 2005; Fiske et al. 2009; Wrzus et al. 2013). Insbesondere Verwitmung ist ein zentraler Risikofaktor für Depressionen, da dieses Lebensereignis nicht nur den Verlust der wichtigsten Bezugsperson bedeutet, sondern auch zu einer Verringerung der finanziellen Mittel und sozialen Kontakte führen kann (Stroebe et al. 2007). Viele dieser altersassoziierten Risikofaktoren für Depressionen betreffen Frauen und Männer in ganz unterschiedlichem Maße wie z. B. an der höheren Verbreitung von Altersarmut und Verwitmung unter den älteren Frauen abzulesen ist. Auf der anderen Seite wird vermutet, dass Frauen bis ins hohe Alter größere soziale Netzwerke haben als Männer und damit trotz widriger Lebensumstände über eine wichtige Ressource für das Altwerden in guter psychischer Gesundheit verfügen könnten (Müller und Ellwardt 2020; Kiely et al. 2019).

Die Lebenslage älterer Frauen und Männer ist aber nicht allein das Ergebnis von individuellen Entscheidungen und Erlebnissen. Vielmehr werden Geschlechterungleichheiten in der Lebenslage ganz wesentlich durch gesellschaftliche Geschlechterrollen und die wohlfahrtsstaatliche Politik eines Landes beeinflusst (Walker 2013; Backes et al. 2006; Rechel et al. 2013). Damit sind auch Geschlechterunterschiede in der Prävalenz von Depressionen bei älteren Menschen in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet (Kiely et al. 2019).

Ländervergleichende Studien stellen in diesem Zusammenhang heraus, dass in den Ländern Nordeuropas Bedingungen vorherrschen, die eine gute psychische Gesundheit für weite Teile der Bevölkerung ermöglichen – dies gilt ungeachtet des Geschlechts. In den Ländern Westeuropas, aber vor allem in Süd- und Osteuropa sind dagegen deutlich mehr Menschen von Depressionen betroffen. In den südeuropäischen Ländern, wo strikte Geschlechterrollen herrschen, sind in der Bevölkerung im mittleren Alter außerdem die Geschlechterunterschiede bei Depressionen stärker ausgeprägt als in den Ländern Nordeuropas, wo sich die Lebensbedingungen von Frauen und Männern stärker ähneln als in den anderen europäischen Regionen (van de Velde et al. 2010; van de Velde et al. 2013).

Vergleichbare Studien zu Geschlechterunterschieden bei Depressionen in der älteren Bevölkerung fehlen bislang. Allerdings mehren sich in den letzten Jahren Studien, die innerhalb Europas deutliche Unterschiede dahingehend aufzeigen, inwiefern die Älteren mit zentralen Risikofaktoren für Depressionen konfrontiert sind. Dies umfasst z. B. die Verbreitung von Armut, Einschränkungen der körperlichen Gesundheit, (zeit-)intensive Unterstützung für Angehörige bis hin zu Pflege oder eine geringe soziale Einbindung (Levecque et al. 2011; Litwin 2009; Nyqvist et al. 2019; Jürges 2010; Haberkern und Szydlik 2008; Herlofson und Brandt 2019). Damit unterscheidet sich die Verbreitung von Risikofaktoren für die psychische Gesundheit nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch je nach Länderkontext.

Erkenntnisse darüber, welche Personen im Alter ein erhöhtes Risiko für Depressionen tragen, bilden die Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit in Europas alternden Gesellschaften. Bislang gibt es allerdings kaum ländervergleichende Studien zur Prävalenz von Depressionen im Alter und in den wenigen vorliegenden Studien finden Geschlechterunterschiede mehrheitlich keine Beachtung. Der Mangel an Studien betrifft auch die Frage, ob sich in Abhängigkeit des Geschlechts und je nach Länderkontext die Einflussfaktoren auf das Depressionsrisiko der älteren Menschen unterscheiden. Darüber hinaus ist nur wenig darüber bekannt, ob soziale Ressourcen die Bewältigung von altersassoziierten Risikofaktoren für Depressionen erleichtern können. Forschungsbedarf besteht auch mit Blick auf die Frage, ob im Geschlechter- und



Ländervergleich Unterschiede in der Verfügbarkeit solcher Ressourcen bestehen, obwohl auf dieser Grundlage besondere Unterstützungsbedarfe in der älteren Bevölkerung Europas abgeleitet werden können.

Die vorliegende Arbeit setzt an dieser Stelle an. Anhand von ländervergleichenden Analysen der Daten des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) untersucht sie die Einflussfaktoren auf Geschlechterunterschiede bei depressiven Symptomen im Alter. Zunächst erfolgt eine umfassende Betrachtung verschiedener Einflussfaktoren, wobei neben der körperlichen Gesundheit auch die sozioökonomische Lage und psychosoziale Einflüsse einbezogen werden. Daraufhin liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Erleben einer Verwitwung. Dabei handelt es sich um eine Zäsur im Lebenslauf, die mit steigendem Alter immer wahrscheinlicher wird und die das Depressionsrisiko über mehrere Jahre erhöhen kann. Verwitwung bedeutet allerdings nicht nur den Verlust der oft wichtigsten Bezugsperson, sondern kann mitunter auch mit Einschränkungen der finanziellen Mittel und der sozialen Kontakte einhergehen. Aufgrund von Geschlechterungleichheiten in der Lebenslage sind dabei aber ganz unterschiedliche Folgen für die verwitweten Frauen und Männer zu erwarten.

Mit den SHARE-Daten ist es möglich, europäische Länder mit sehr verschiedenen Lebensbedingungen und unterschiedlicher wohlfahrtsstaatlicher Politik zu berücksichtigen. Die wohlfahrtsstaatlichen Unterschiede wirken sich sowohl auf die allgemeine Lebenslage der älteren Bevölkerung als auch auf die geschlechtsspezifische Verbreitung von altersassoziierten Risikofaktoren für Depressionen aus. Neben Ländern aus Nord-, Süd- und Westeuropa können mit den neueren SHARE-Erhebungswellen auch mehrere Länder Osteuropas untersucht werden, zu denen es bislang kaum Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit im Alter gibt.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Forschungslücken lauten die zentralen Fragen dieser Arbeit: Wie verbreitet sind depressive Symptome in der älteren Bevölkerung Europas? Sind Geschlechterunterschiede bei Depressionen ein universelles Phänomen über Alters- und Ländergrenzen hinweg? Inwiefern lassen sich die Geschlechterunterschiede auf die psychosoziale Lage, sozioökonomische Ungleichheiten und die ungleiche gesundheitliche Verfassung der älteren Frauen und Männer zurückführen? Sind einzelne Risikofaktoren für ältere Frauen relevanter als für Männer – und umgekehrt? Welche Rolle spielt dabei der Länderkontext? Unterscheidet sich je nach Geschlecht, wie stark depressive Symptome nach einer Verwitwung ansteigen? Inwiefern sind verwitwete Frauen und Männer in den europäischen Ländern mit Einsamkeit und finanziellen Einschränkungen konfrontiert? Wie ist es um ihre soziale Einbindung bestellt? Und können ausreichende finanzielle Mittel und die Einbindung in soziale Netzwerke den Anstieg depressiver Symptome nach einer Verwitwung abmildern?

Damit geht diese Arbeit in mehreren Aspekten über die bisherigen Studien zu Geschlechterunterschieden bei Depressionen hinaus. *Erstens* erfolgt eine umfassende Aufarbeitung des theoretischen Forschungsstands zu Geschlechterunterschieden bei Depressionen, wobei die vorliegenden Erklärungsansätze aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen gebündelt und auf die Lebensphase Alter bezogen werden. Während geschlechts- und altersspezifische Risikofaktoren zwar seit jeher im Fokus der Forschung stehen, werden die beiden Perspektiven bislang kaum aufeinander bezogen. Daher sind die bisherigen Erklärungsansätze für Geschlechterunterschiede bei Depressionen nicht ohne weiteres auf die Lebenslage älterer Menschen übertragbar. Gleichzeitig vernachlässigen die auf das Alter bezogenen Ansätze bisher die bestehenden Geschlechterungleichheiten in der Lebenslage. *Zweitens* untersuchen die empirischen Analysen von diesem theoretischen Hintergrund ausgehend, ob sich die Einflussfaktoren auf depressive Symptome im Alter in Abhängigkeit des Geschlechts unterscheiden. Dabei sind nicht nur altersassoziierte Verluste wie z. B. gesundheitliche Einschränkungen oder der Tod der Partnerin/des Partners von Interesse. Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf möglichen Ressourcen, die die Bewältigung dieser Belastungen erleichtern. So können Bedingungen sichtbar gemacht werden, die das Altern in guter psychischer Gesundheit erleichtern. *Drittens* erfolgen die Analysen, soweit es die SHARE-Daten zulassen, aus einer ländervergleichenden Perspektive. Damit stehen nicht nur individuelle Faktoren im Fokus, sondern auch der sozialpolitische Kontext, woraus sich Anknüpfungspunkte zur Förderung der psychischen Gesundheit in Europas alternden Gesellschaften ableiten lassen.

Der erste Teil der Arbeit gibt zunächst einen Überblick über die typischen Symptome und häufige Erkrankungsformen von Depressionen. Dabei wird u. a. Auskunft über geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten, die sozialen Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und Länderunterschiede in der Depressionsprävalenz gegeben (Kapitel 2). Anschließend wird der Forschungsstand zur Entstehung von Depressionen zusammengefasst. Neben allgemeinen Erklärungsansätzen für Geschlechterunterschiede stehen dabei die altersassoziierten Veränderungen in den Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit im Fokus. Anschließend wird dargelegt, in welchem Zusammenhang diese Aspekte mit dem wohlfahrtsstaatlichen Kontext stehen. Das Zusammenspiel zwischen Geschlecht, altersassoziierten Risikofaktoren für Depressionen und dem Länderkontext wird abschließend am Beispiel der psychischen Belastung infolge einer Verwitwung näher erläutert (Kapitel 3).

In Kapitel 4 werden auf dieser Grundlage die Forschungslücken herausgearbeitet und die Fragestellungen der Arbeit abgeleitet. Im Anschluss an die Beschreibung der verwendeten Daten und einem Überblick über die statistischen

Methoden (Kapitel 5) werden die empirischen Analysen präsentiert. Kapitel 6 bietet einen Überblick über die Prävalenz von depressiven Symptomen in der 50- bis über 80-jährigen Bevölkerung Europas, wobei über Länder- und Altersgrenzen hinweg deutliche Geschlechterunterschiede sichtbar werden. Davon ausgehend geht Kapitel 7 der Erklärung von Geschlechterunterschieden bei depressiven Symptomen im Ländervergleich nach. Es erfolgt eine umfassende Betrachtung verschiedener Risikofaktoren für Depressionen, wobei auch altersassoziierte Risiken wie z. B. Verwitwung, die Pflege von Angehörigen und gesundheitliche Einschränkungen Berücksichtigung finden.

Kapitel 8 richtet den Fokus auf die Folgen einer Verwitwung für die psychische Gesundheit. Hierbei ist zunächst von Interesse, ob ältere Frauen und Männer unterschiedlich stark mit depressiven Symptomen auf dieses belastende Lebensereignis reagieren und ob sich die Belastung je nach Länderkontext unterscheidet. Zudem wird untersucht, inwieweit sich die depressiven Symptome auf ein erhöhtes Einsamkeitsempfinden und reduzierte finanzielle Mittel der verwitweten Personen zurückführen lassen. Kapitel 9 vertieft die Analysen zu Verwitwung und depressiven Symptomen und nimmt dabei die Rolle des sozialen Netzwerks in den Blick. Dabei wird zunächst analysiert, ob sich die sozialen Netzwerke verwitweter Menschen je nach Geschlecht und Länderkontext unterscheiden. Daraufhin wird untersucht, ob die Einbindung in soziale Netzwerke die psychische Belastung durch eine Verwitwung abmildern kann.

Eine abschließende Diskussion der Ergebnisse dieser Arbeit erfolgt in Kapitel 10. Dabei werden Implikationen für die Sozialpolitik und die Gesundheitsversorgung sowie mögliche Anknüpfungspunkte für die zukünftige Forschung abgeleitet.



# Depressionen: Krankheitsbild und Verbreitung im Alter

# 2

## 2.1 Begriffsbestimmung und häufige Erkrankungsformen

Bei einer Depression (lat. Deprimere = niederdrücken) handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die sich durch eine gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und einen Verlust von Interesse und Freude auszeichnet. Die depressive Stimmung wird individuell recht unterschiedlich erlebt: Während einige Menschen von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung sprechen, steht für andere das Empfinden von „Gefühllosigkeit“ und einer inneren Leere im Vordergrund. Häufig leiden die Betroffenen darüber hinaus an Konzentrationsstörungen, einem verringerten Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitverlust und einer erhöhten Ermüdbarkeit (DGPPN, BÄK, KBV und AMWF 2015). Auch Suizidgedanken und suizidales Verhalten sind unter depressiven Menschen weit verbreitet (Wolfersdorf et al. 2017). Die meisten dieser Symptome sind für sich genommen nicht pathologisch, sondern können das Erleben eines jeden Menschen prägen, der mit belastenden Situationen und Erlebnissen konfrontiert wird. Von einem „normalen“ Stimmungstief oder der Trauer nach einem Verlusterebnis unterscheiden sich Depressionen allerdings durch die Dauer und die Intensität der Beschwerden (Comer 2008; Wittchen et al. 2010). Krankheitswertig ist die depressive Stimmung dann, wenn sie unverhältnismäßig lange und in ungewöhnlich hoher Intensität anhält (Wagner 2016).

„Der Erkrankte kann kaum Freude empfinden, sich für nichts begeistern und er fühlt sich energie- und wertlos. Die Zukunft wird als Bedrohung wahrgenommen und Gedanken an die Vergangenheit sind mit Schuldgefühlen behaftet. [...] Das Leben

erscheint unerträglich und die Anforderungen des Alltags werden als unerfüllbar erlebt“ (Heidenblut 2012, S. 10).

Einige Studien weisen auf geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Symptomatik hin. Demnach leiden Frauen häufiger an Appetitverlust und Gewichtsabnahme, Schlafstörungen und einem verminderten Antrieb. Sie weinen außerdem häufiger und zeigen vermehrt Schuldgefühle. Depressive Männer berichten dagegen öfter von psychomotorischer Unruhe, einer erhöhten Reizbarkeit und äußern Suizidgedanken. Auch aggressives Verhalten und ein übermäßiger Alkoholkonsum sind bei depressiven Männern weiter verbreitet als bei Frauen (Kornstein et al. 2000; Silverstein 2002; Parker und Brotchie 2010; Möller-Leimkühler et al. 2007).

### **Diagnostische Fragen und häufige Erkrankungsformen**

Zur Klassifikation von (psychischen) Erkrankungen wird im europäischen Raum in der ärztlich-psychologischen Praxis am häufigsten die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation eingesetzt (WHO 2019). In der psychologischen Forschung findet überwiegend das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) Anwendung, das von der *American Psychiatric Association* (APA 2015) entwickelt wurde. Im Hinblick auf die Diagnosekriterien für Depressionen weisen ICD-10 und DSM-V eine hohe Übereinstimmung auf. Beide benennen dieselben Symptome und beziehen auch deren Schweregrad sowie den Erkrankungsverlauf in die Beurteilung ein. Damit können verschiedene Formen von Depressionen voneinander abgegrenzt werden (Wittchen et al. 2010; Gruenberg et al. 2005). Die einzelnen Erkrankungsformen, die im Folgenden näher beschrieben werden, sind sich in ihren Symptomen sehr ähnlich, unterscheiden sich aber mit Blick auf den Schweregrad, den Verlauf, die auslösenden Faktoren und das Wissen über mögliche Therapieansätze (Heidenblut 2012, S. 11).

Im Rahmen der ärztlich-psychologischen Diagnostik wird zunächst die Krankengeschichte ermittelt. Tritt die Depression infolge einer schizophrenen Erkrankung auf, wird eine *postschizophrene Depression* diagnostiziert. Dabei sind noch Symptome der schizophrenen Episode (z. B. Wahnideen oder Halluzinationen) vorhanden, diese bestimmen das Beschwerdebild aber nicht mehr. Wurde die Depression durch ein belastendes Lebensereignis ausgelöst, wird die Diagnose einer *Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung* gestellt. Ist dagegen eine Funktionsstörung des Gehirns (z. B. durch einen Schlaganfall) oder eine körperliche Krankheit (z. B. Schilddrüsenunterfunktion) ursächlich, liegt eine *organisch bedingte depressive Störung* vor. Wenn weder körperliche Erkrankungen noch ein