

DEGS

Studie zur Gesundheit Erwachsener
in Deutschland



Zusatzuntersuchung
psychische Gesundheit

DEGS

Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?

Hans-Ulrich Wittchen & Frank Jacobi

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie und
Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS)

Technische Universität Dresden

ROBERT KOCH INSTITUT



 TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN



DEGS wird im Auftrag des BMG vom Robert Koch-Institut, Berlin durchgeführt. Die Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ wird zusammen mit dem RKI (Dr. Ulfert Hapke) durch das BMG und die Stiftung der DGPPN gefördert. Studienleiter: H.-U. Wittchen & F. Jacobi, zusammen mit der Prof. Dr. W. Gaebel (Düsseldorf), und Prof. Dr. W. Maier (Bonn)

Robert Koch-Institut Berlin

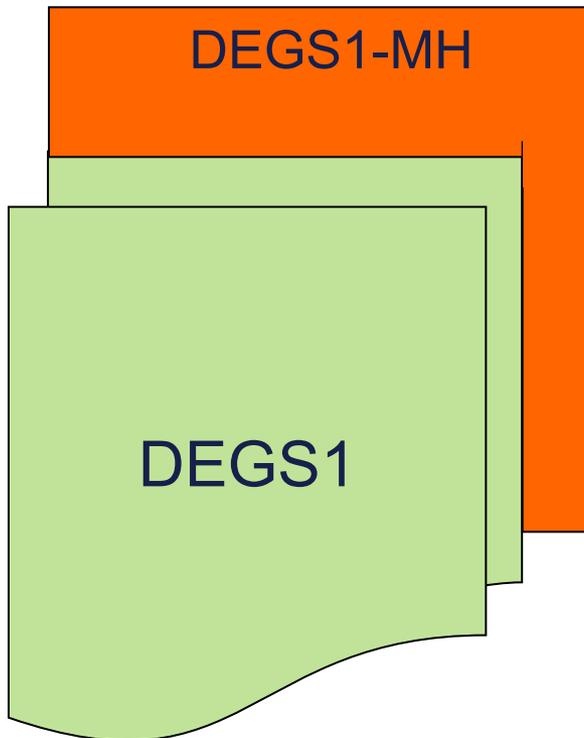
DEGS-Symposium

14.06.2012

Wittchen & Jacobi

DEGS1 und DEGS1-MH (Mental Health)

„There is no health without mental health“ EU-Greenbook 2005



DEGS1 enthält zwar eine Reihe von –
allgemeinen – Indikatoren mit Relevanz für
psychische Gesundheit

... aber

ermöglicht keine differenzierte klinische
Charakteristik von psychischen Störungen nach
den Kriterien etablierter Diagnosesysteme aus
dem Gesamtspektrum psychischer Störungen

**Dies ist eine vorrangige Aufgabe des
DEGS1-MH Moduls „Psychische Gesundheit“**

Ziele von DEGS1-MH

- (1) Umfassende, klinisch-diagnostisch differenzierte Erfassung psychischer Störungen** (einschließlich psychotischer Syndrome und kognitiver Einschränkungen)
- (2) Diagnosespezifische Beschreibung von assoziierten Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen psychischer Störungen**
- (3) Aktualisierte Versorgungs- und Bedarfsabschätzung** (vor dem Hintergrund des Wandels in Versorgungslandschaft und Inanspruchnahmeverhalten)
- (4) Berücksichtigung psychischer Morbiditätsstrukturen bei Älteren (65+)**
- (5) Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen** (Krankheitsdynamik, Lebensqualität, „Krankheitslast“)
- (6) Prüfung der Frage, ob psychische Störungen zugenommen haben/ Veränderungen im Morbiditätsspektrum** (DEGS vs. BGS98-MHS, z.B. Inzidenz und Remission, Behandlungskarrieren, Prädiktoren)

Weitere Aufgaben von DEGS1-MH

- **Berücksichtigung eines weiteren Spektrums psychischer Störungen als in früheren Studien** (z.B. PTBS, kognitive Leistungsfähigkeit)
- **Berücksichtigung dimensionaler Aspekte der Diagnose sowie möglicher diagnostischer Revisionsaspekte** (DSM-5, ICD-11)
- **Neuropsychologische Beurteilung aller Teilnehmer** (alle Altersgruppen)
- **Berücksichtigung der Teilnehmer des BGS98** (Teilkohorte zur Prüfung von personenbezogenen Veränderungen)
- **Psychische Störungen im höheren Alter** (bis 79, Symptomatik, Beziehung zu somatischer Morbidität, Versorgung)
- **Etablierung geeigneter Instrumente für zukünftige Surveys und Paneluntersuchungen** (RKI Kompetenzplattform „Gesundheitsberichterstattung“)

Methodik von DEGS1-MH

- **90-120 min. dauernde persönliche Zusatz-Untersuchung** aller DEGS-Teilnehmer möglichst zeitnah nach dem Kernsurvey (14 - 42 Tage)
- **Standardisiertes computerisiertes diagnostisches Interview** (15 Sektionen, einschließlich neuropsychologischer Status) **durch klinische Untersucher**
 - **Diagnostische Zusatzmodule** z.B. Psychosen, kognitive Beeinträchtigungen
 - **Nicht-diagnostische Module**, z.B. Inanspruchnahme, Persönlichkeit, Arbeitswelt, Lebensqualität
 - **Verlaufsmodul** (Modul für ehemalige BGS98 –Teilnehmer: Veränderung und Prädiktoren)

Ziel: umfassende Beschreibung psychopathologischer Symptome, Syndrome und Diagnosen psychischer Störungen sowie assoziierter Einschränkungen im Querschnitt und Verlauf

- Welcher Anteil der Bevölkerung ist oder war in den letzten 12 Monaten von einer oder mehreren psychischen Störungen betroffen (=12 Monatsprävalenz)

Diagnosen (DSM-IVTR Kriterien mit ICD-10 F Nr.)

- **Körperlich-/substanzbedingte psychische Störungen (F06.x)**
- **Mißbrauch und Abhängigkeit von Substanzen**
 - Nikotin (F17.2x)
 - Alkohol (F10.1/2)
 - Medikamente (F11/13/15.1/2)
- **Psychotische Störungen** (differentialdiagnostisch nicht differenziert, F2x.x)
- **Angststörungen**
 - Panikstörung (F41.0, F40.01)
 - Agoraphobie (F40.00)
 - Generalisierte Angststörung (F41.1)
 - Soziale Angststörung (F40.1)
 - Spezifische Phobien (F40.2x)
- **Zwangsstörungen (F42.x)**
- **Posttraumatische Belastungsstörung F43.1)**
- **Affektive Störungen**
 - **Unipolare depressive Störungen**
 - Major Depression
 - Einzelne Episode (F32.x)
 - Wiederkehrende Episoden (F33.x)
 - Dysthymie (F34.1)
 - **Bipolare Störungen I und II**
 - Hypomanie (F30/31.0)
 - Manie (F30.1/2, F31.1-9)
- **Essstörungen**
 - Anorexia nervosa (F50.0)
- **Somatoforme Störungen**
 - Somatisierung (F45.0)
 - Schmerzstörung (F45.4)

Alle Diagnosen erfordern Vorliegen aller Dauer-, Intensitäts-, Merkmals-, Schwere- und differentialdiagnostische Kriterien sowie Leiden/Einschränkung/Behinderung in sozialen Rollen (Krankheitswert)



Ausschöpfung und Response DEGS1-MH

Ausfälle

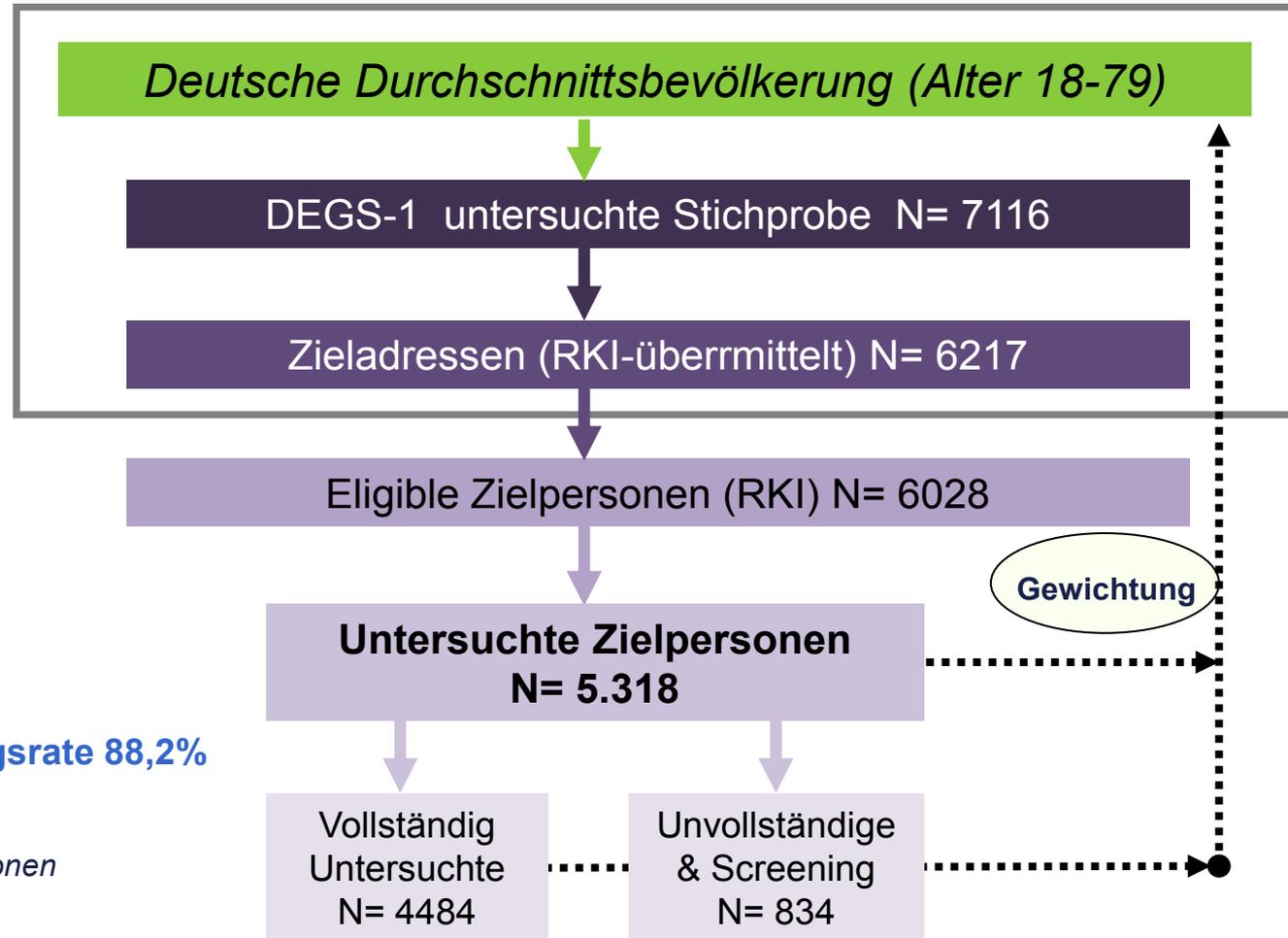
Kein Einverständnis	899
Sprachkompetenz	37
Dauerhaft hospitalisiert	14
Verstorben	6
Falsche Kontaktdaten	45
Alter 80+	87

Nicht-Teilnahme (n=710)

Nicht teilnahmebereit	513
Nie erreicht	72
Keine Untersuchung	125

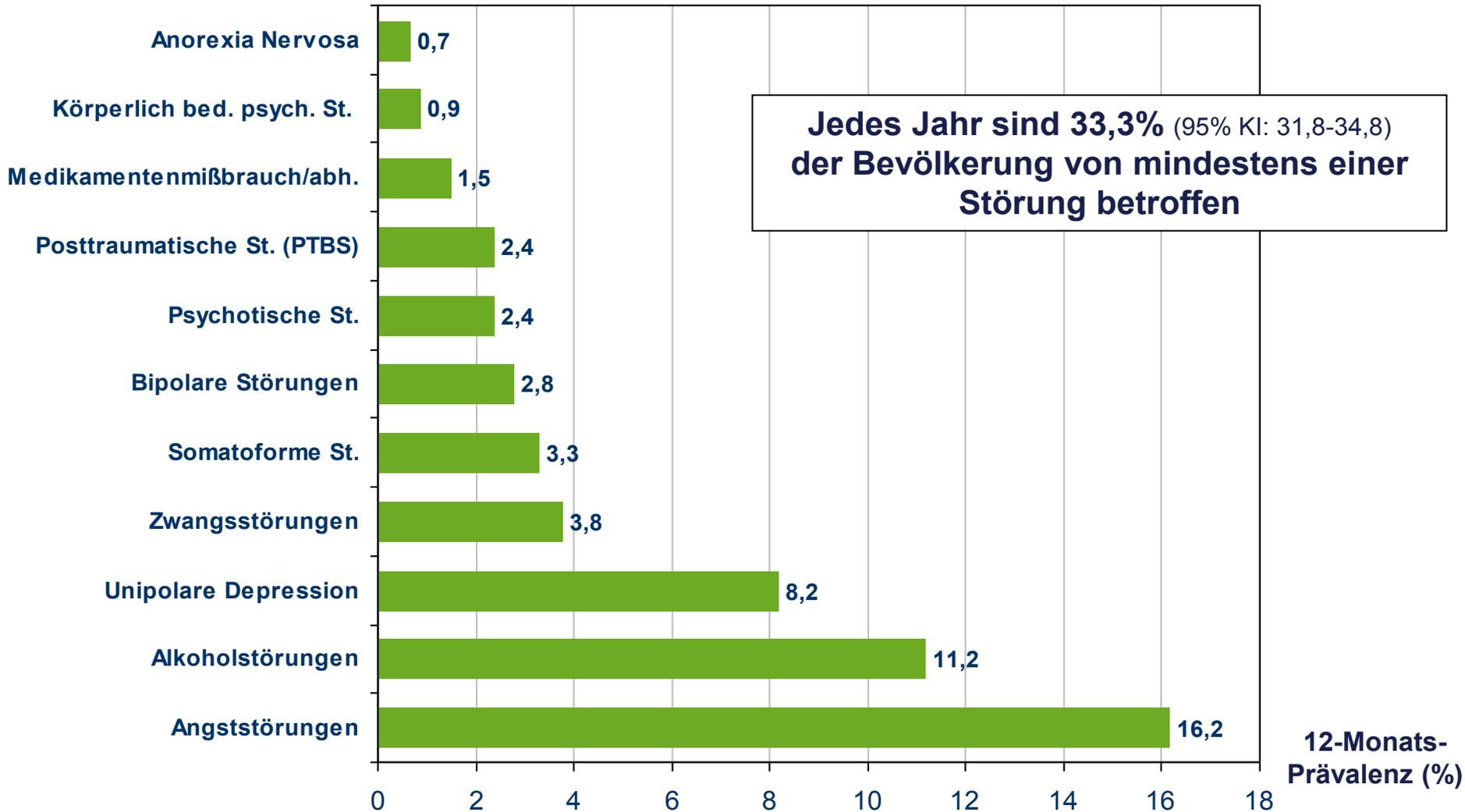
Konditionale Ausschöpfungsrate 88,2%

Datenverluste bei einzelnen Sektionen
(missing values)



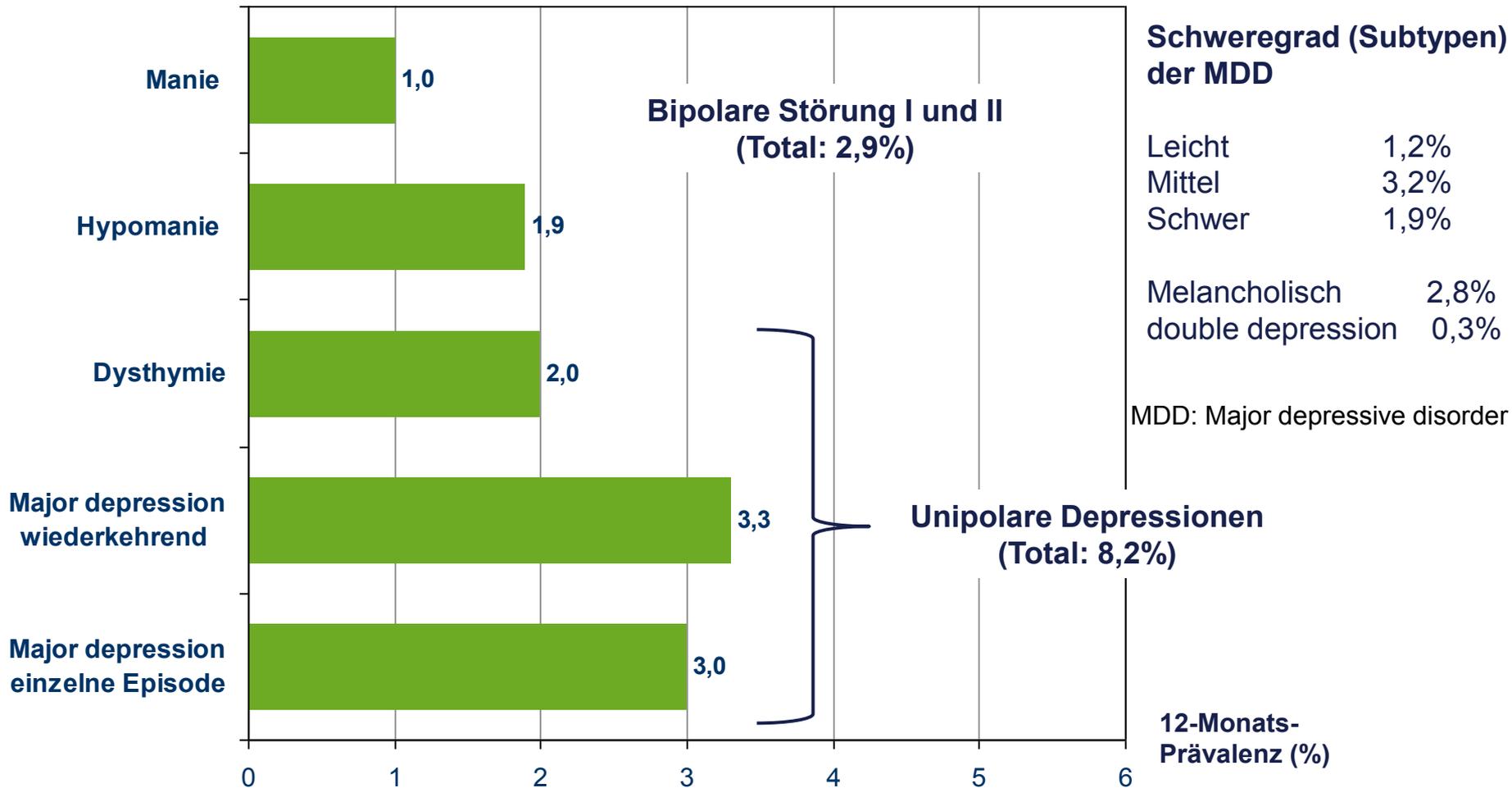


Was sind die häufigsten psychischen Störungen? (12-Monatsprävalenz)



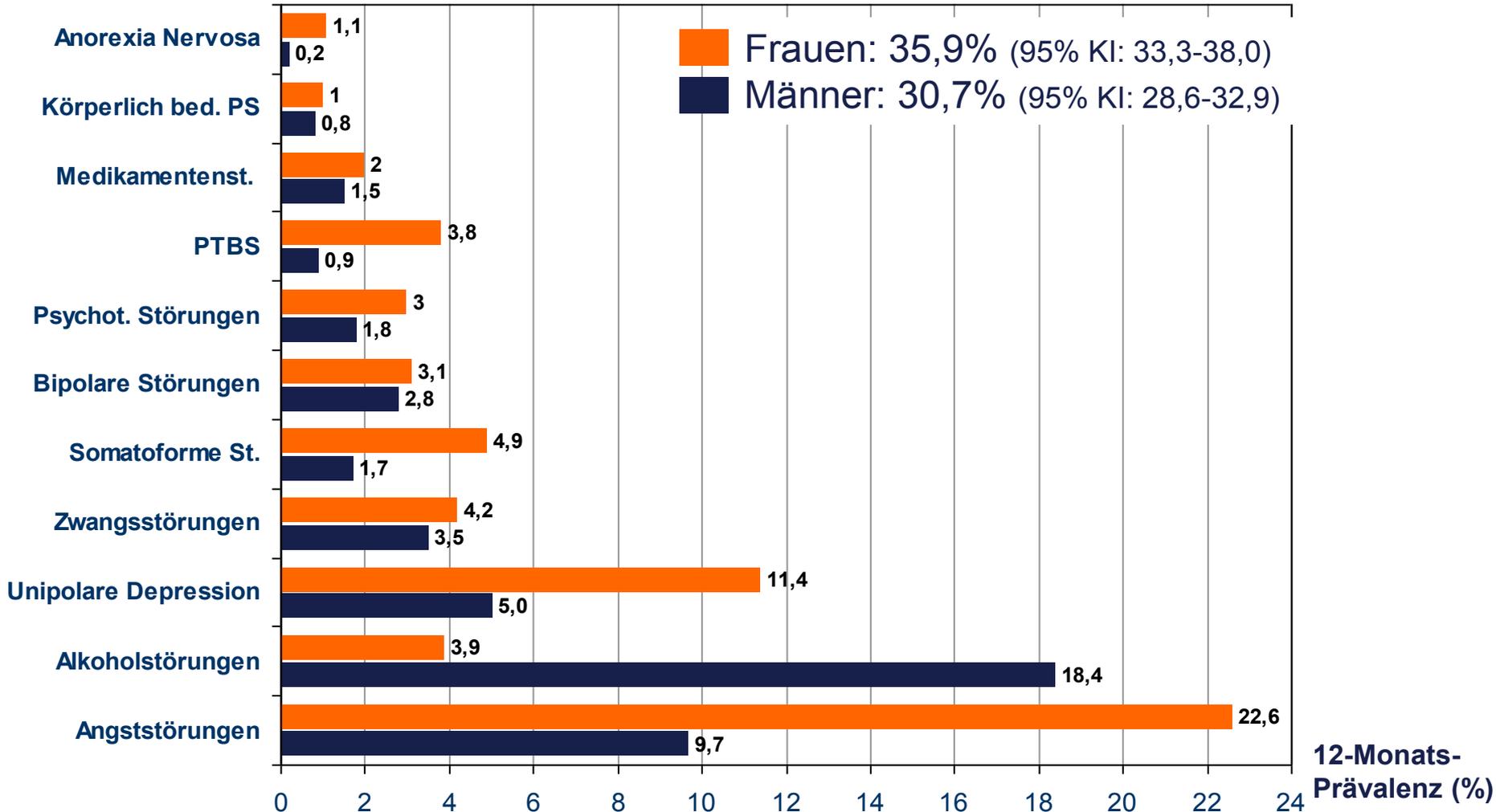


Beispiel: 12-Monatsprävalenz affektiver Störungen in Deutschland 2011



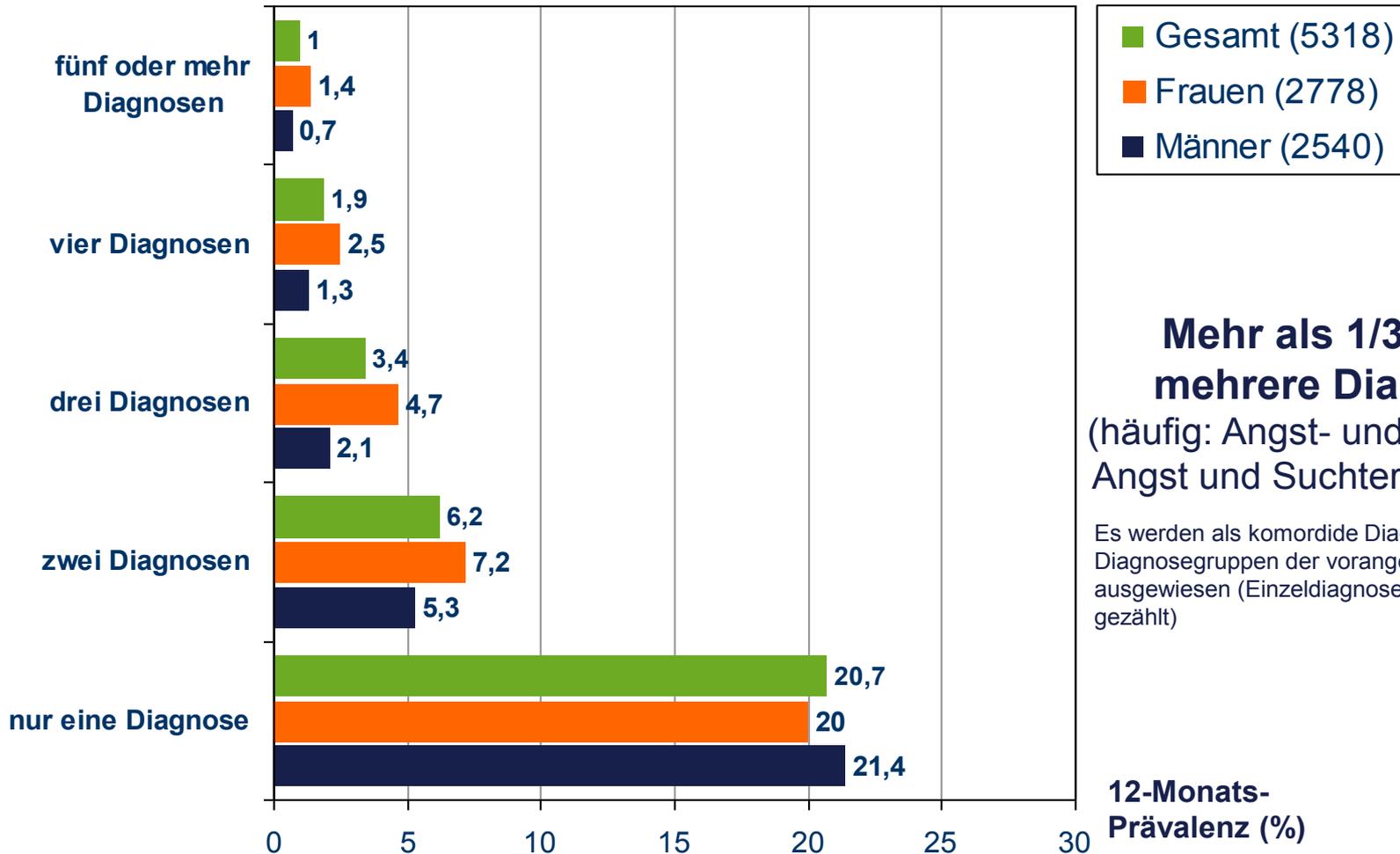


Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen





Komorbidität: Psychische Störungen treten häufig zusammen auf



Mehr als 1/3 haben mehrere Diagnosen
(häufig: Angst- und Depression, Angst und Suchterkrankungen)

Es werden als komordide Diagnosen, nur die elf Diagnosegruppen der vorangehenden Abbildungen ausgewiesen (Einzeldiagnosen werden nicht gezählt)

12-Monats-Prävalenz (%)

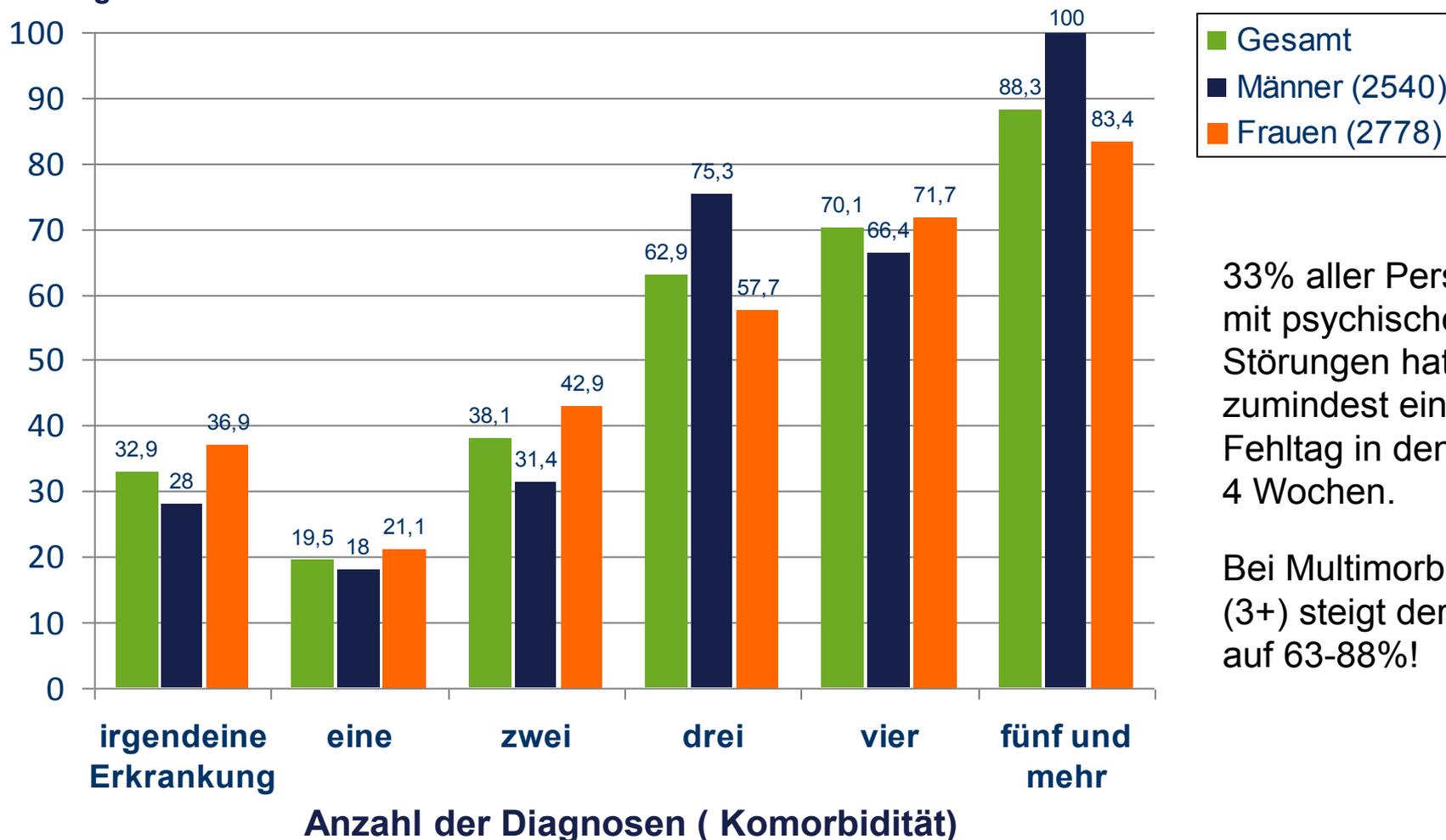
Was bedeuten diese Zahlen?

- **33,3% hatten im 12-Monatszeitraum klinische bedeutsame psychische Störungen nach den Kriterien von DSM-IVTR**
 - = Interventionsbedarf (präventiver, diagnostischer, therapeutischer oder rehabilitativer Art)
 - Aussagen über die Art und den Umfang der angezeigten Interventionen, bzw Adäquatheit der Therapie sind derzeit noch nicht möglich
- **Die Zahlen sagen noch wenig über den Verlauf, aktuellen Schweregrad und Komplikationsreichtum aus**
 - **1/3 treten episodisch/zeitlich begrenzt auf** (z.B. depressive Störungen im Mittel 3 Monate): ca 1/3
 - **1/3 persistieren, aber fluktuieren in ihrem Schweregrad** (z.B. phobische Störungen)
 - **1/3 sind dauerhaft/ chronisch über Jahre hinweg dauerhaft betroffen** (z.B. GAD, double Depression, Multimorbiditätsmuster)
- **Zahlen sind konservativ** (= nur voll ausgeprägte Fälle werden berücksichtigt, z.B. behandelte Fälle mit einer partiell remittierten Störung sind nicht gezählt)



Psychische Störungen und Fehltage (letzte 4 Wochen) nach Komorbidität

**% Fälle mit mind. 1
Fehltag/4 Wochen**



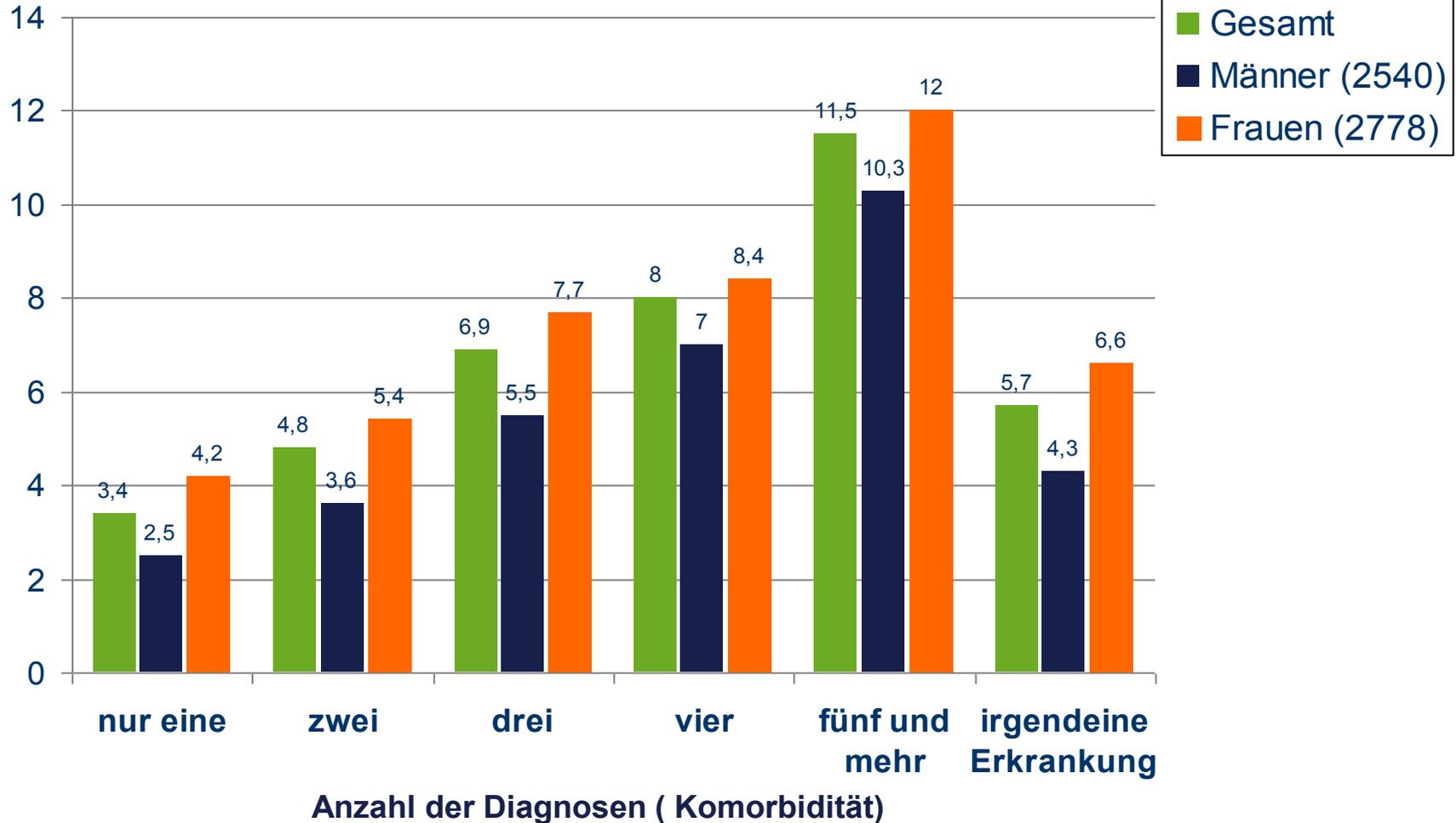
33% aller Personen mit psychischen Störungen hatten zumindest einen Fehltag in den letzten 4 Wochen.

Bei Multimorbidität (3+) steigt der Anteil auf 63-88%!



Durchschnittliche Anzahl der Fehltage (letzte 4 Wochen) nach Komorbidität

Mittlere Anzahl der
Fehltage

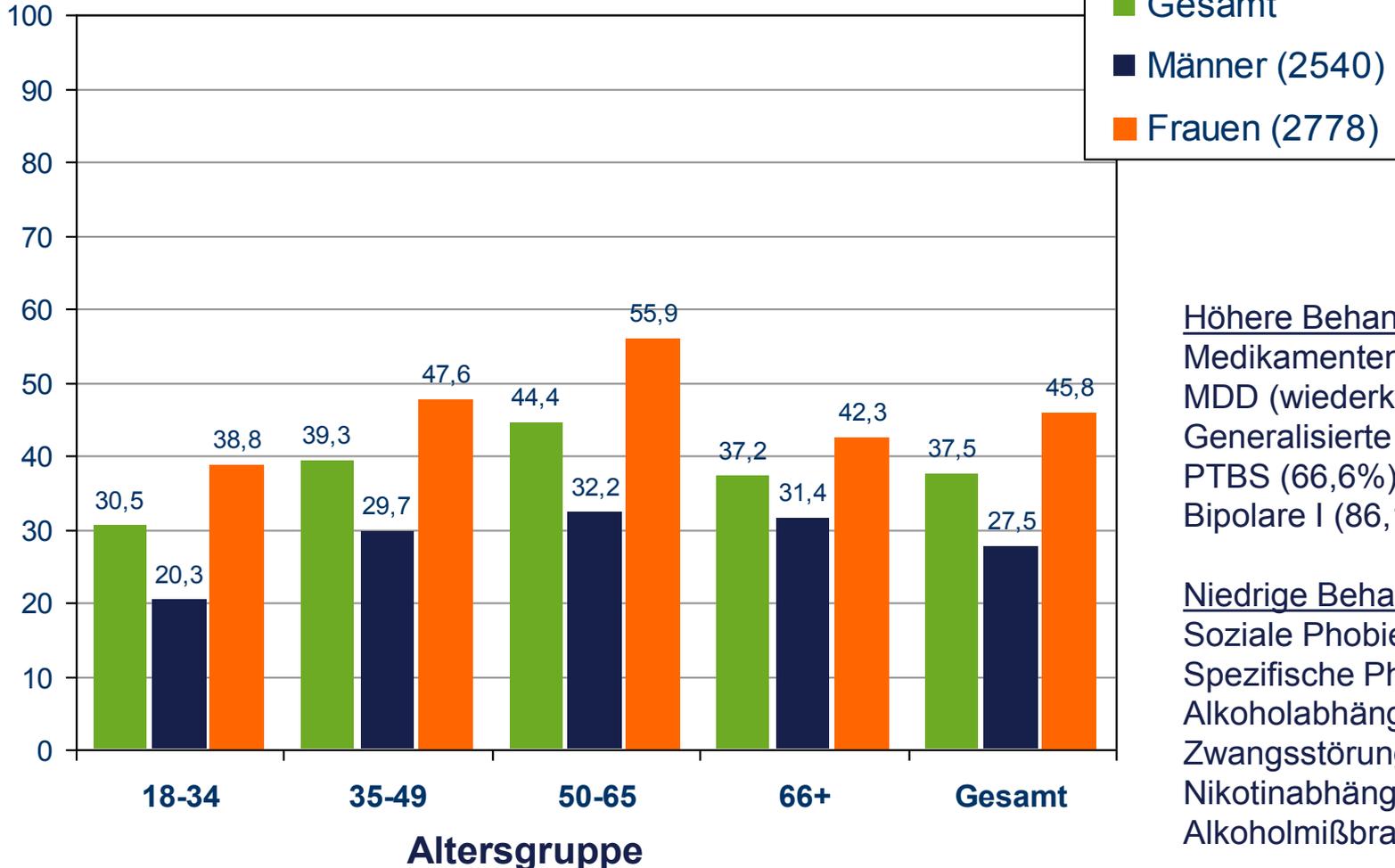




„Behandlungs“rate:

Wieviel % der 12-Monatsfälle standen wegen
ihrer Beschwerden im Kontakt zum Gesundheitssystem?

% aller Betroffenen mit einer
12-Monats Diagnose



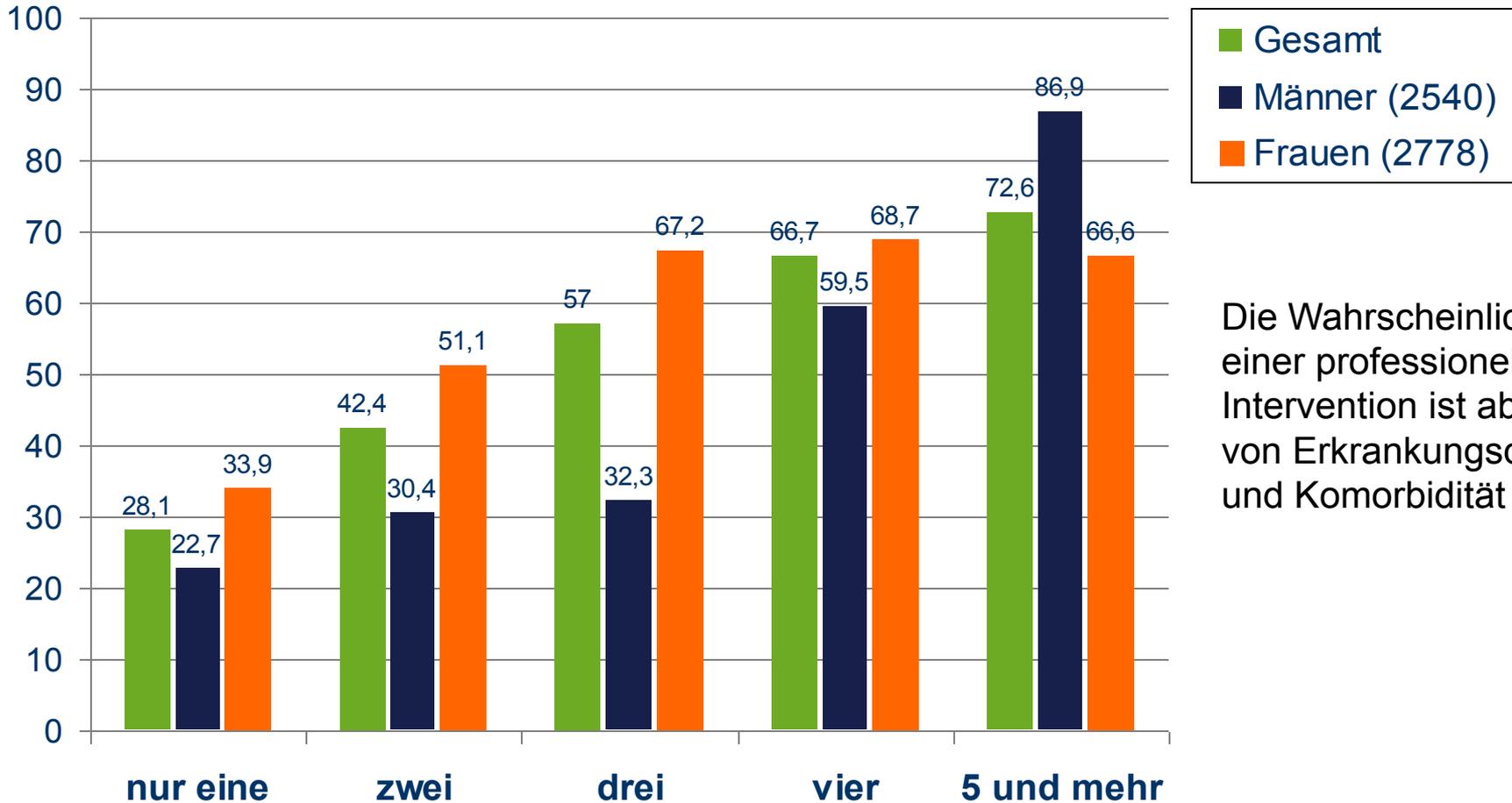
Höhere Behandlungsraten
 Medikamentenabh. (59,3%)
 MDD (wiederkehrend: 61,2%)
 Generalisierte Angst (64,0%)
 PTBS (66,6%)
 Bipolare I (86,1%)

Niedrige Behandlungsraten
 Soziale Phobie (53,5%)
 Spezifische Phobien (45,6%)
 Alkoholabhängigkeit (46,6%)
 Zwangsstörung (42,5%)
 Nikotinabhängigkeit (35,6%)
 Alkoholmißbrauch (25,8)



Die „Behandlungsrate“ ist von Dauer der Erkrankung und Komorbidität abhängig

Behandlungsrate (%)



Die Wahrscheinlichkeit einer professionellen Intervention ist abhängig von Erkrankungsdauer und Komorbidität

Zusammenfassung DEGS1-MH I

- DEGS1-MH erlaubt eine erheblich verbesserte aktuelle und umfassende, klinisch differenzierte Beschreibung der Häufigkeit, Folgen und Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland
- Im 12-Monatszeitraum vor der Untersuchung litten 33,3% der Bevölkerung unter einer oder mehreren psychischen Störungen
- Kein gravierender Geschlechtsunterschied (Männer 30,7%, Frauen 35,9%, aber unterschiedliche Diagnosespektren
 - Häufigste Störungen Männer: Substanzstörungen, Angststörungen Depression; Frauen Angststörungen, Depression, Somatoforme
- Höchste Prävalenzraten in der Altersgruppe 18-34 (45%), ausgeprägte mit dem Alter ansteigende Komorbidität (mehr als 1/3 mit Mehrfachdiagnosen)
- Ähnliche Gesamtprävalenz wie in der EU (EU: 38,2%) und den USA, etwas höhere Werte als im Bundesgesundheitssurvey 1998



Zusammenfassung DEGS1 MH II: Vordringliche Themen für vertiefende Analysen

- Vertiefte Analysen zu Verlaufs-, Schweregrads-, Risiko- und Komplikationsmerkmalen der einzelnen Störungen
 - Z.B. Beginn, Einschränkungen/Behinderung, Ausfalltage und Krankschreibung
- Warum haben 18-35 Jährige die höchsten Prävalenzen?
 - Zunahmeeffekte, defizitäre Früherkennung und Behandlung?
- Versorgung: Hat sich die „Behandlungsrate“ verbessert?
 - Nur 1/3 aller Betroffenen haben Kontakt zu Behandlungseinrichtungen
 - Wichtigste Anlaufstellen (Psychiater, Psychotherapeuten, Hausärzte)?
 - Hinweise auf verbesserte „Behandlungsquoten“ und ihr Effekt auf Prävalenz? (z.B. verbessert: Depression, unverändert niedrig: Angststörungen, Sucht?)
- Wird schneller und adäquater „behandelt“ oder wird erst interveniert, wenn chronisch und komorbid?
- Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen: Risikofaktoren, Determinanten, Folgen