

DEGS

Studie zur Gesundheit Erwachsener
in Deutschland



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

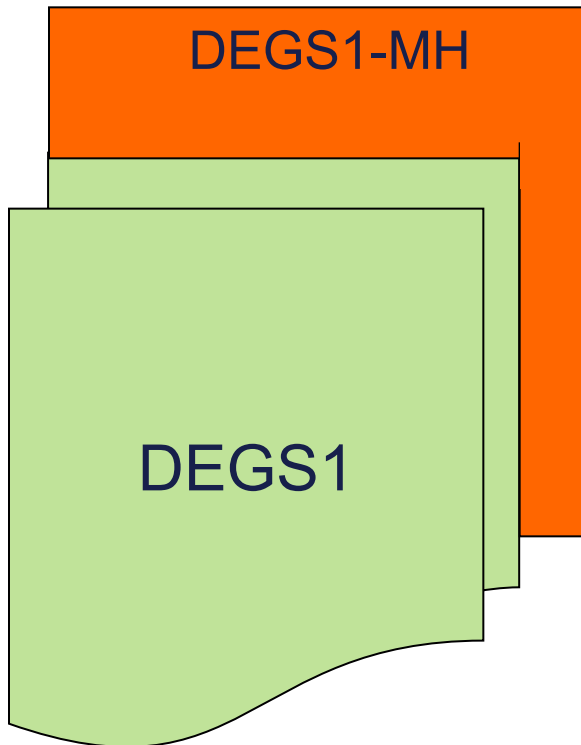
DEGS-Symposium

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

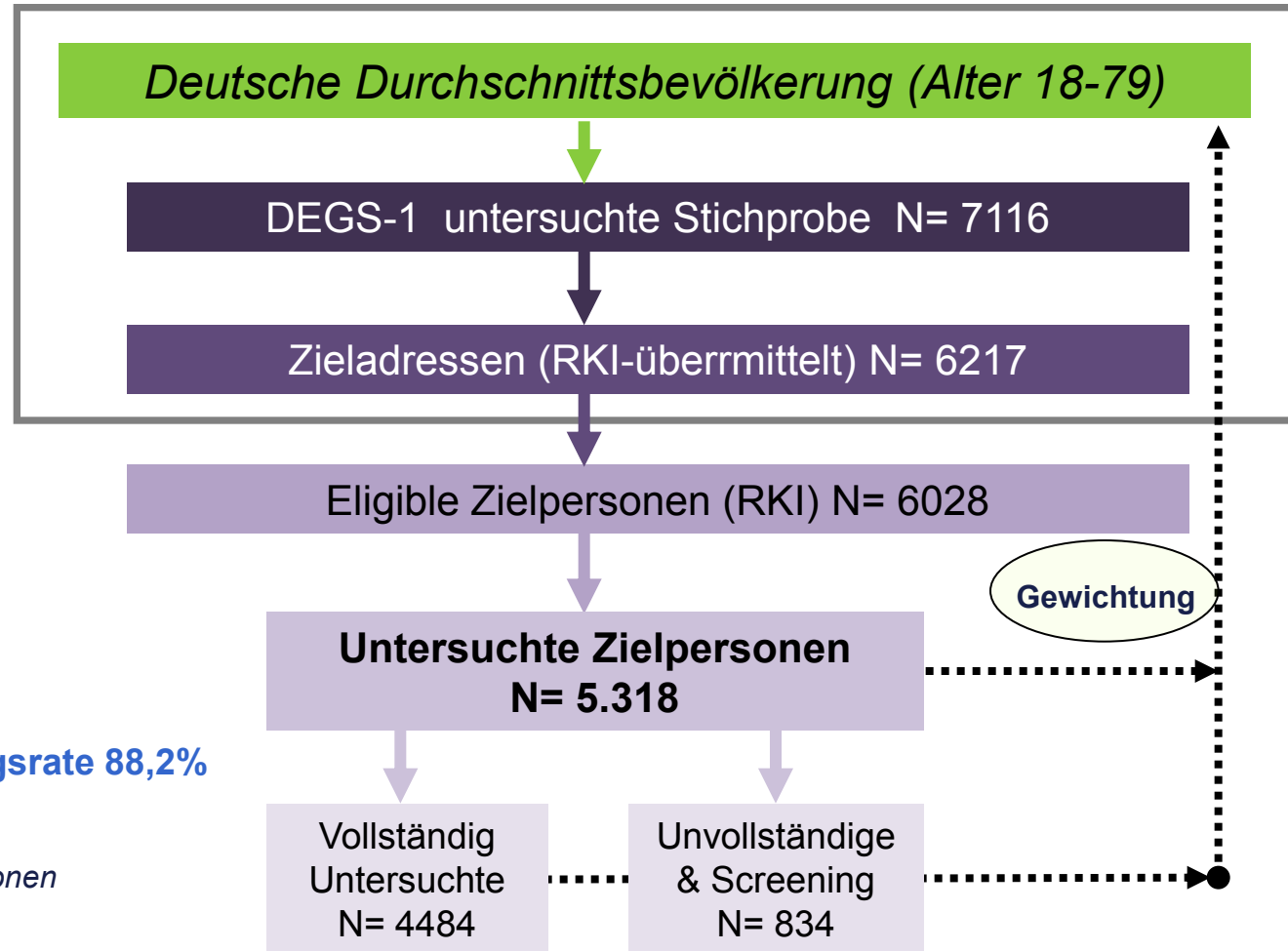
Kein Einverständnis	899
Sprachkompetenz	37
Dauerhaft hospitalisiert	14
Verstorben	6
Falsche Kontaktdaten	45
Alter 80+	87

Nicht-Teilnahme (n=710)

Nicht teilnahmebereit	513
Nie erreicht	72
Keine Untersuchung	125

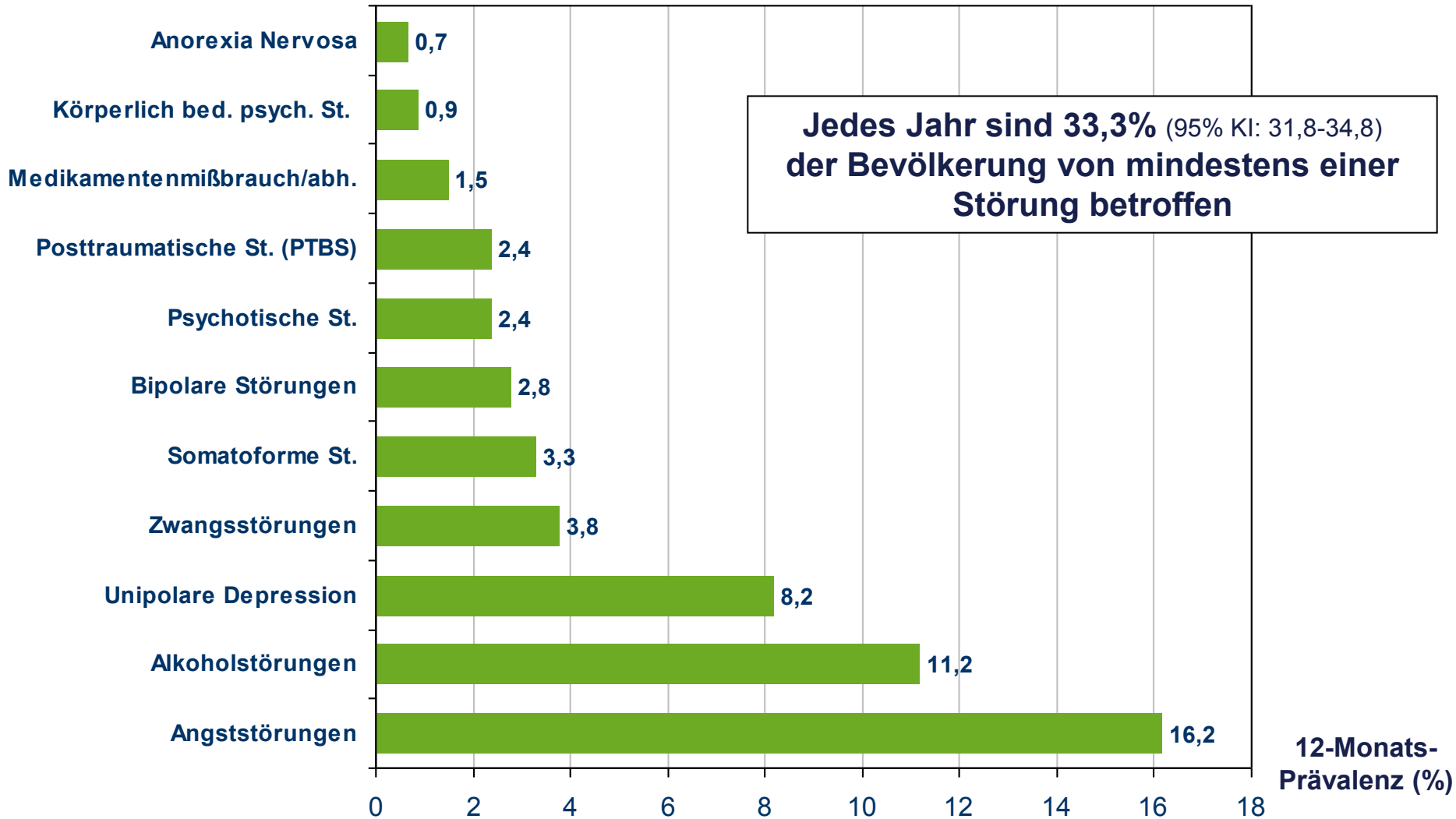
Konditionale Ausschöpfungsrate 88,2%

Datenverluste bei einzelnen Sektionen
(missing values)



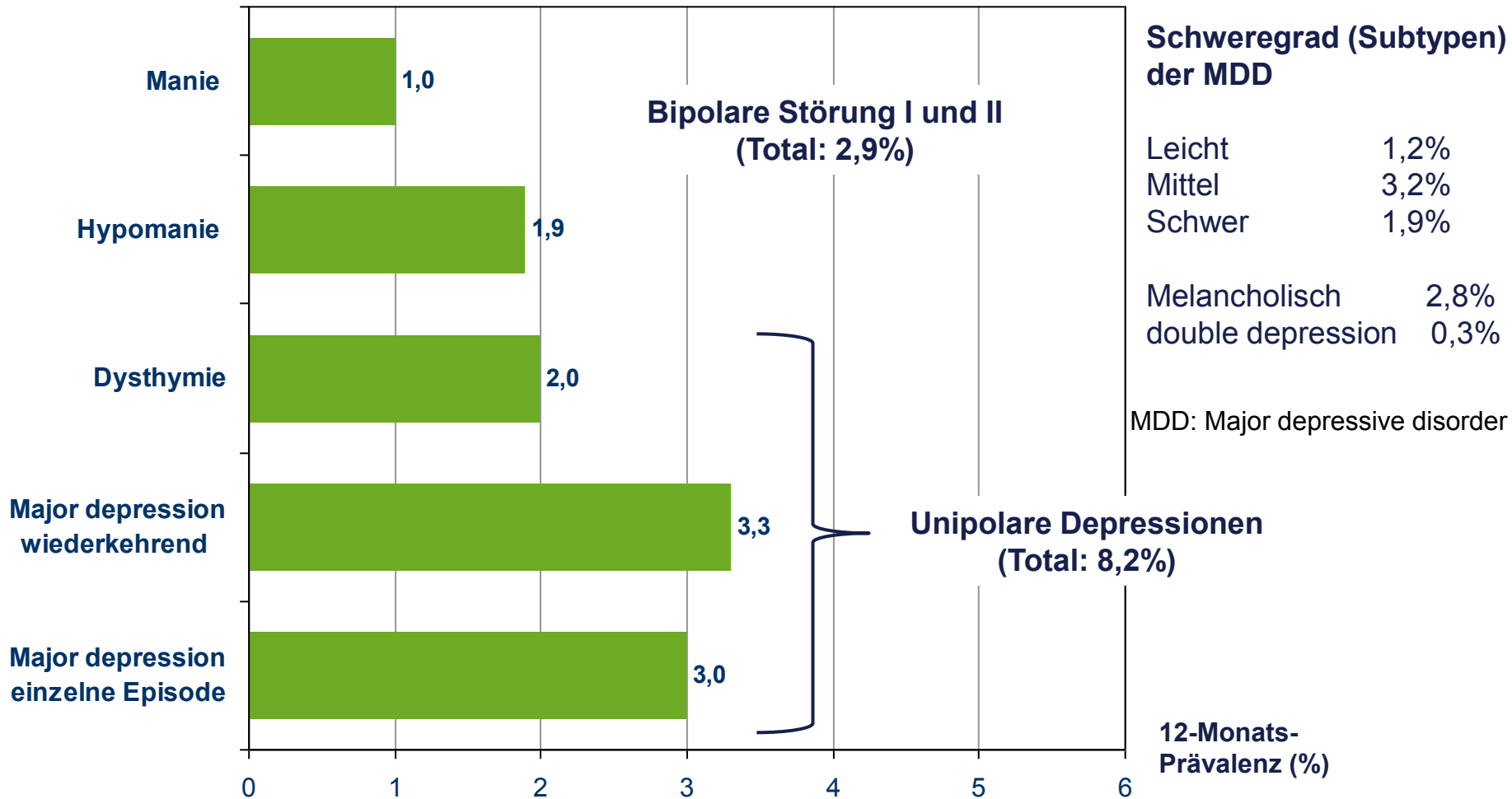


Was sind die häufigsten psychischen Störungen? (12-Monatsprävalenz)



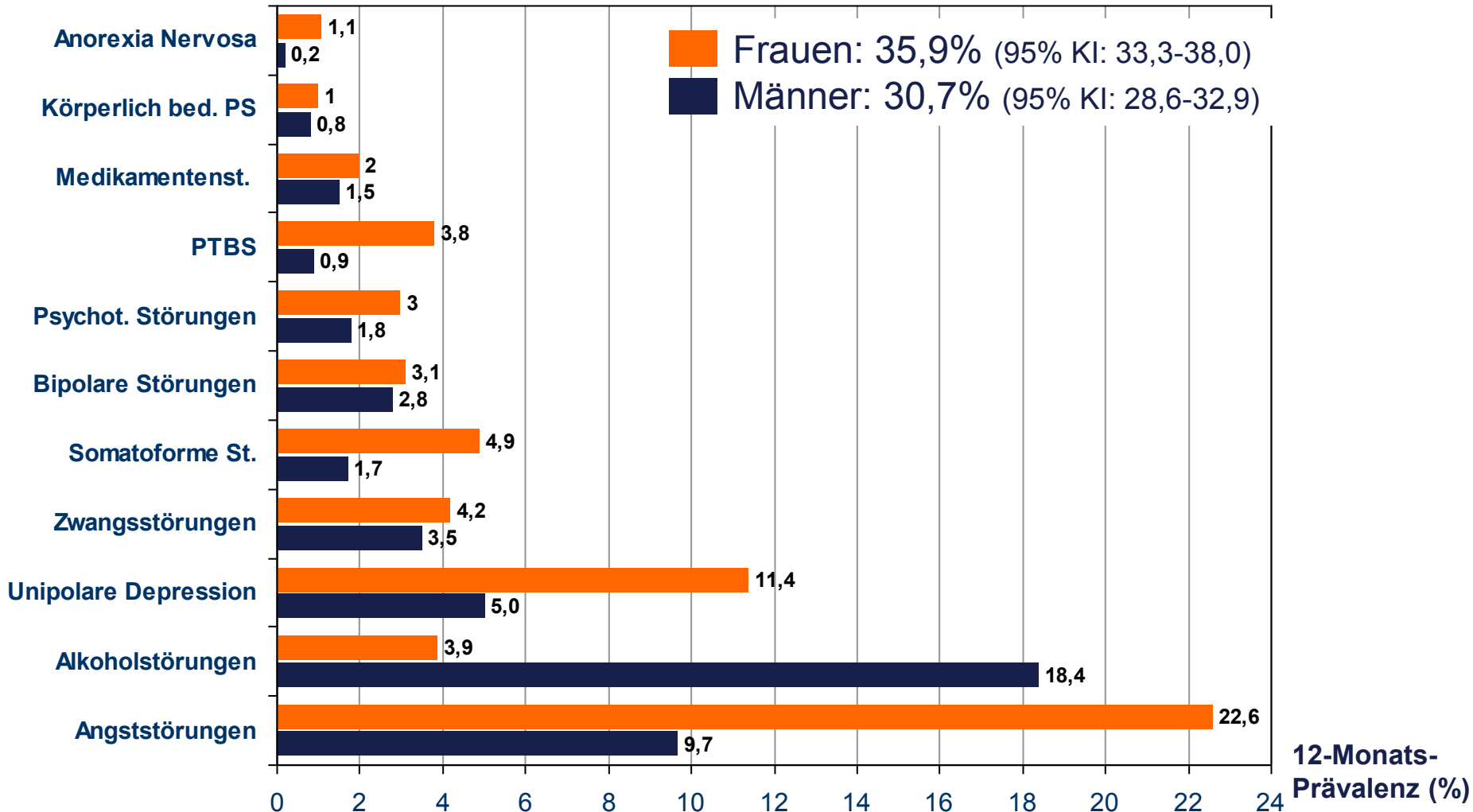


Beispiel: 12-Monatsprävalenz affektiver Störungen in Deutschland 2011



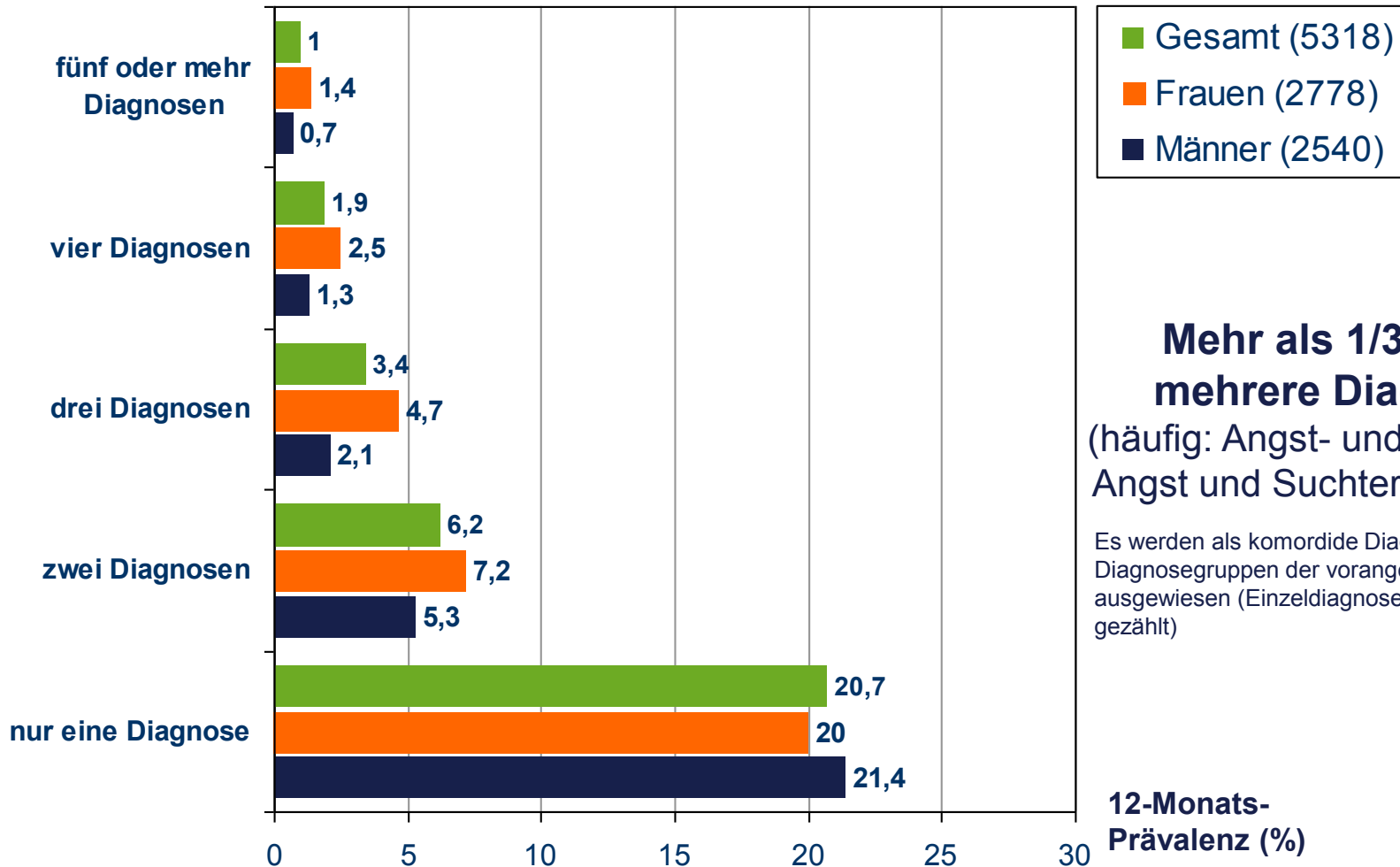


Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen





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 (%)

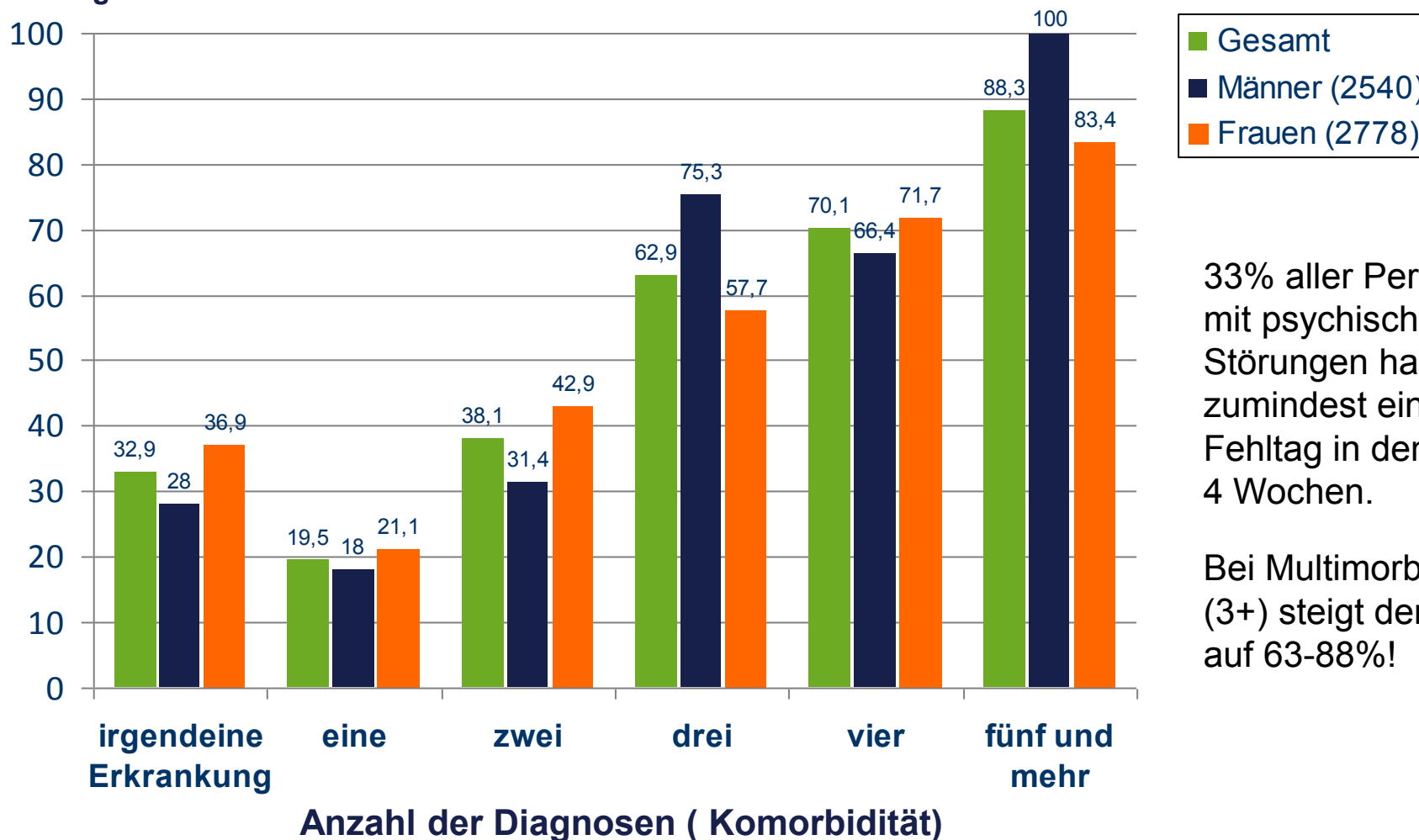
Was bedeuten diese Zahlen?

- **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**



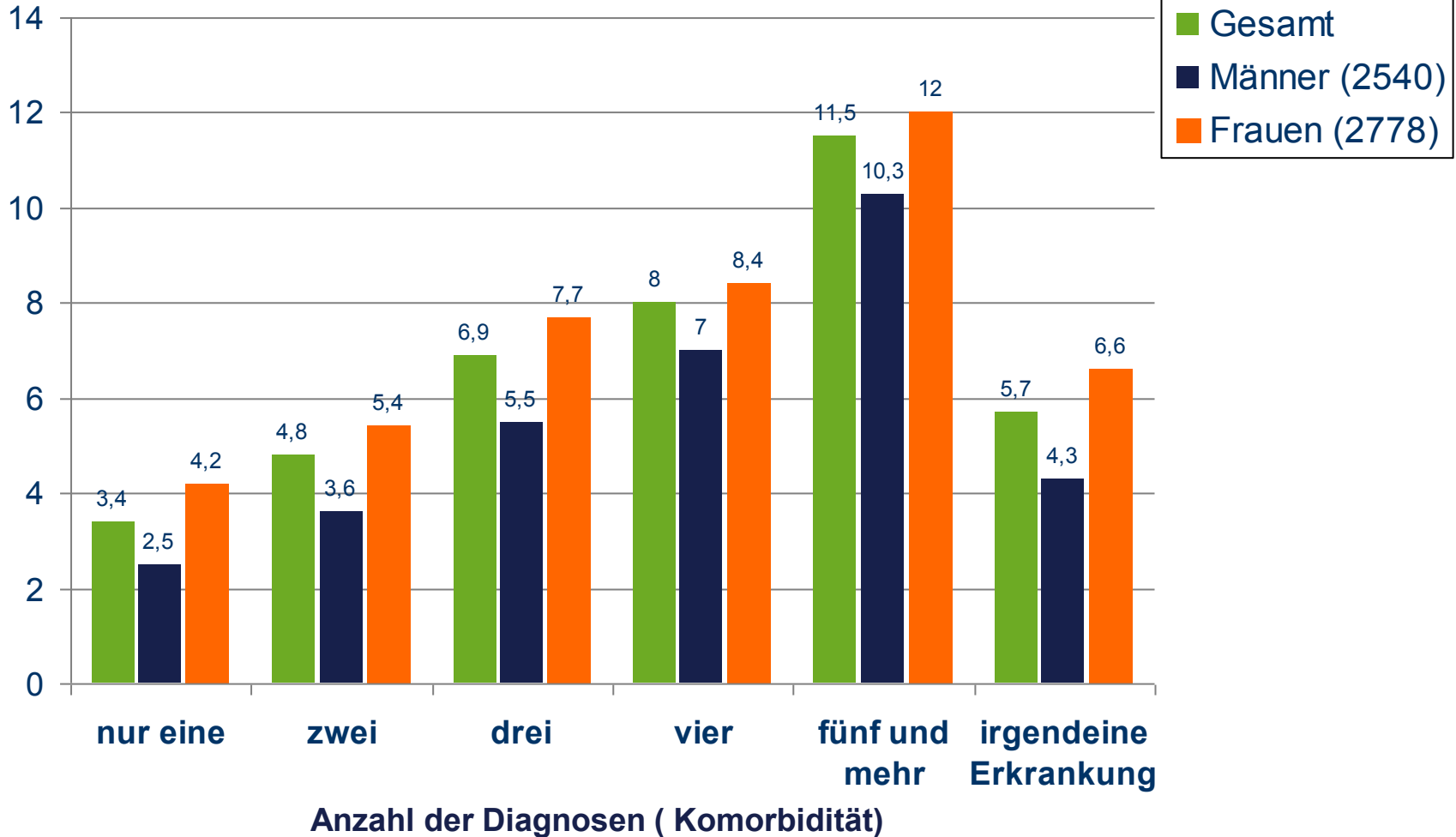
33% aller Personen mit psychischen Störungen hatten zumindest einen Fehltag in den letzten 4 Wochen.

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



Durchschnittliche Anzahl der Fehltage (letzte 4 Wochen) nach Komorbidität

Mittlere Anzahl der
Fehltage

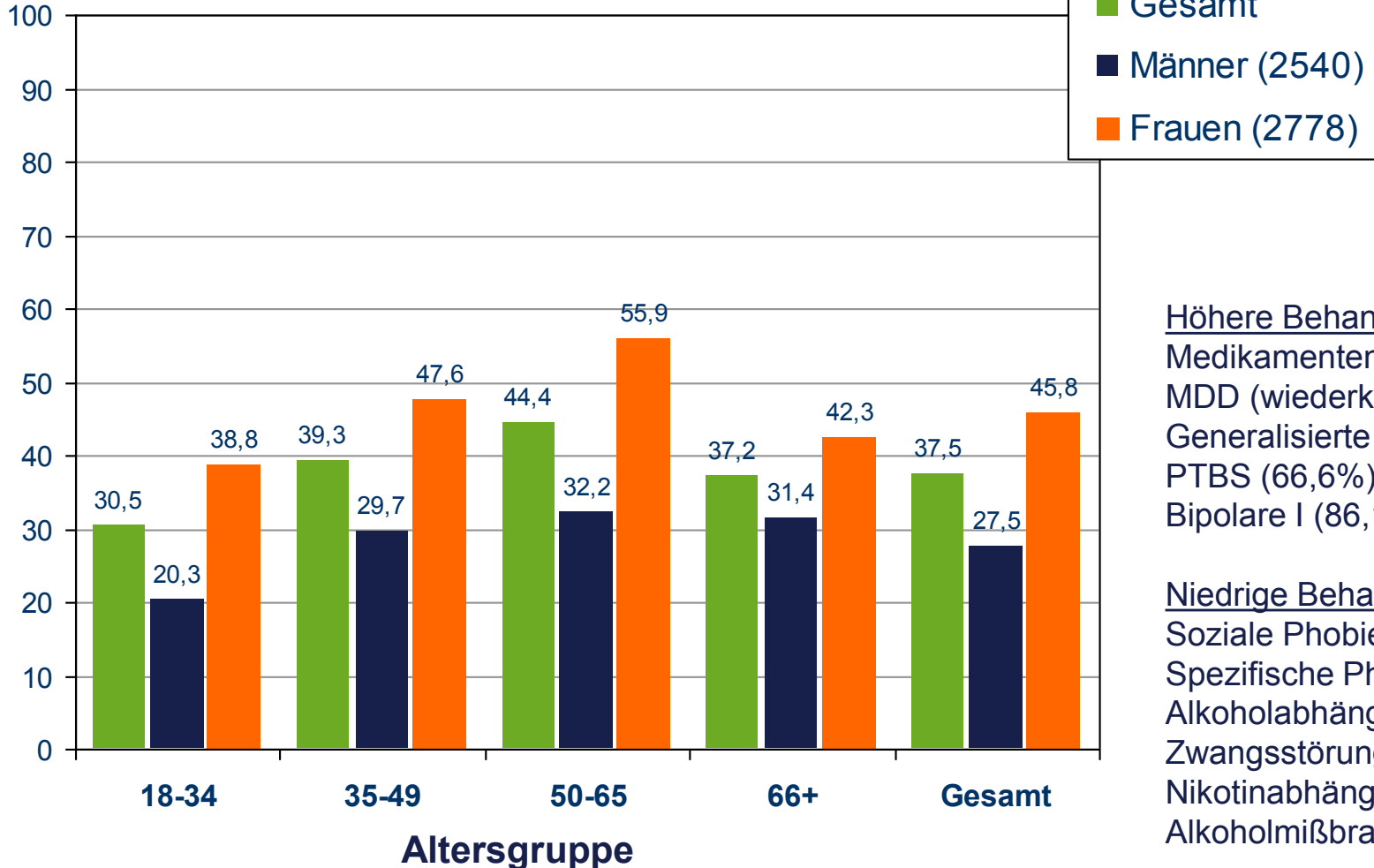




„Behandlungs“rate:

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

% aller Betroffenen mit einer
12-Monats Diagnose



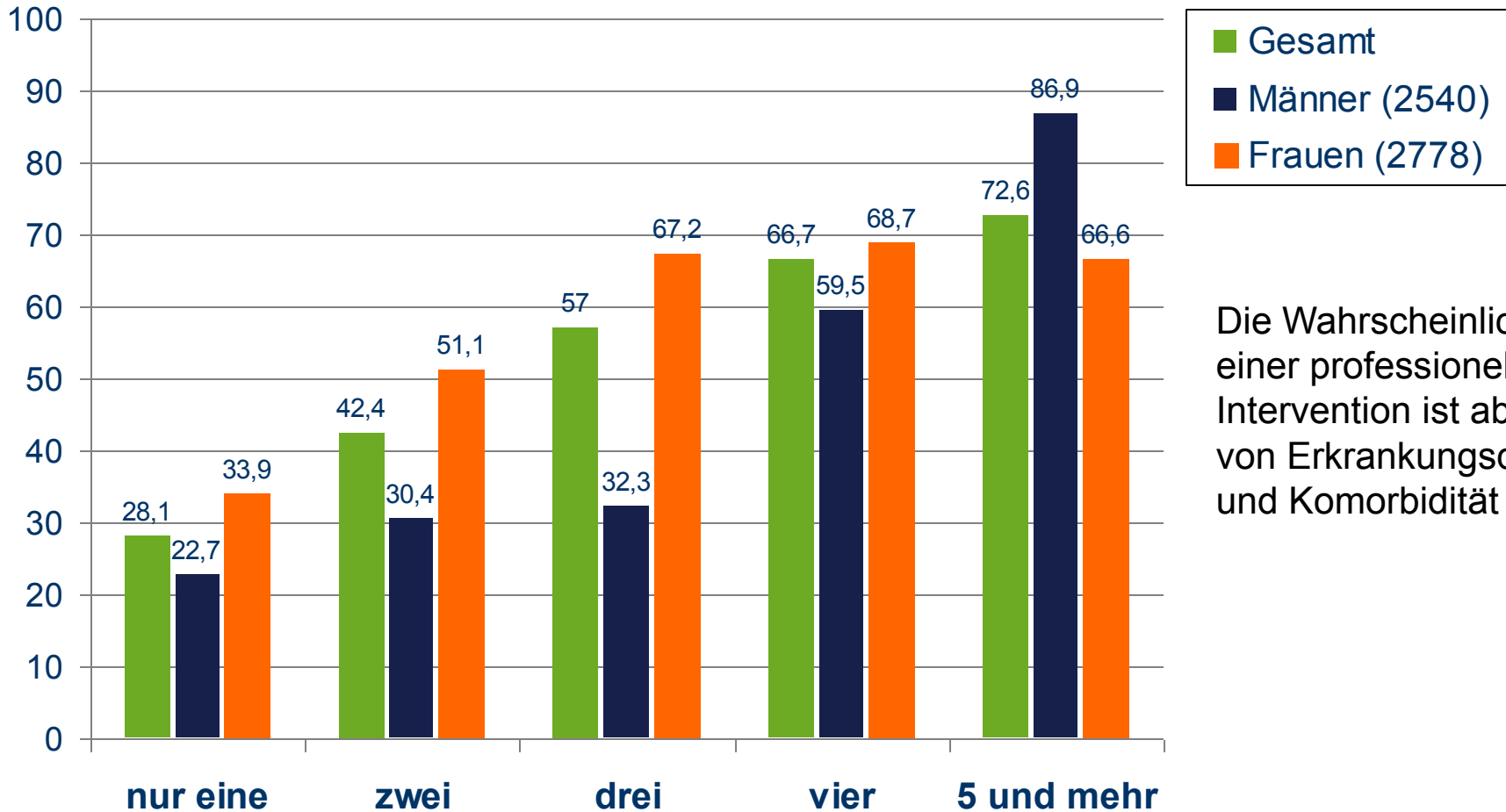
Höhere Behandlungsraten
 Medikamentenabh. (59,3%)
 MDD (wiederkehrend: 61,2%)
 Generalisierte Angst (64,0%)
 PTBS (66,6%)
 Bipolare I (86,1%)

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 Bundesgesundheitsurvey 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