



Epidemiologisches Bulletin

6. April 2017 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde

Einleitung

Nach Angaben der *Global Burden of Disease Study* zählen psychische Störungen mittlerweile zu den häufigsten Ursachen von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und tragen entscheidend zur globalen Krankheitslast bei, wobei Depressionen im Erwachsenenalter an vorderer Stelle stehen.¹ Die Prävention und Versorgung von Depression sowie die Entstigmatisierung von Betroffenen ist in den Zielen der WHO, der OECD, der Europäischen Kommission und den Nationalen Gesundheitszielen verankert. Psychische Gesundheit ist nicht mehr nur zentrales Anliegen der Gesundheitsversorgung, sondern auch als Querschnittsthema in die Gestaltung der Arbeitswelt einbezogen und in die Maßnahmen zum Arbeitsschutz mit aufgenommen (§ 5 ArbSchG (1) 6.).

Eine unabdingbare Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen ist eine gute Datenlage. Auf der Basis der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und dem zusätzlichen Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) aus den Jahren 2008–2011 liegen für Deutschland aussagekräftige Daten zur Depression vor.^{2–6} Während Kostenträger in Deutschland von einem erheblichen Anstieg an Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung aufgrund depressiver Störungen seit über 15 Jahren berichten, wird in den epidemiologischen Daten jedoch kein entsprechender Anstieg der Prävalenz von Depression in der Bevölkerung resümiert.⁷ Dennoch wurde wiederholt festgestellt, dass nur ein geringer Teil der Personen mit einer psychischen Störung auch im Gesundheitssystem entsprechend diagnostiziert wird.^{8,9} Es stellt sich also die Frage, wie sich diese Diskrepanz erklären lässt. In repräsentativen Stichproben wurde bisher nicht untersucht, welche psychischen Störungen Menschen haben, die in der Versorgung unter der Diagnose „Depression“ erfasst werden.

Unser Forschungsziel war es zu untersuchen, inwiefern Personen, die von einer Depressionsdiagnose in ärztlicher oder psychotherapeutischer Versorgung berichten, auch gemäß standardisierter Diagnostik eine Depression oder aber eine andere bzw. gar keine psychische Störung aufweisen.

Methode

Datengrundlage der durchgeführten Analysen sind die Daten aus DEGS1 und DEGS1-MH. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18–79 Jahren. Detaillierte Informationen zum Konzept, dem Design und

Diese Woche 14/2017

Depression in der Bevölkerung:
Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde

Monatsstatistik nichtnamentlicher
Meldungen ausgewählter
Infektionen Januar 2017

Aktuelle Statistik meldepflichtiger
Infektionskrankheiten
11. Woche 2017

Zur Situation von Influenza-
Erkrankungen für die
13. Kalenderwoche 2017

Anlässlich des Gründungsdatums der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1948 findet jährlich am 7. April der **Weltgesundheitstag** statt. Das **Thema für 2017** lautet „**Depression – Let's talk**“ und unterstreicht damit die hohe Wichtigkeit von psychischer Gesundheit als wesentliche Voraussetzung für das individuelle Wohlbefinden, eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Der Zusatz „Let's talk“ weist darauf hin, dass Depressionen immer noch mit Stigmatisierung behaftet sind. Ein wichtiger Schritt ist, darüber zu reden und Depressionen als Bestandteil des Lebens vieler Menschen zu verstehen. Zum Weltgesundheitstag haben die RKI-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler Daten und Fakten zu Depressionen zusammengestellt:

- ▶ www.rki.de/weltgesundheitstag2017
- ▶ www.rki.de/depression
- ▶ www.weltgesundheitstag.de



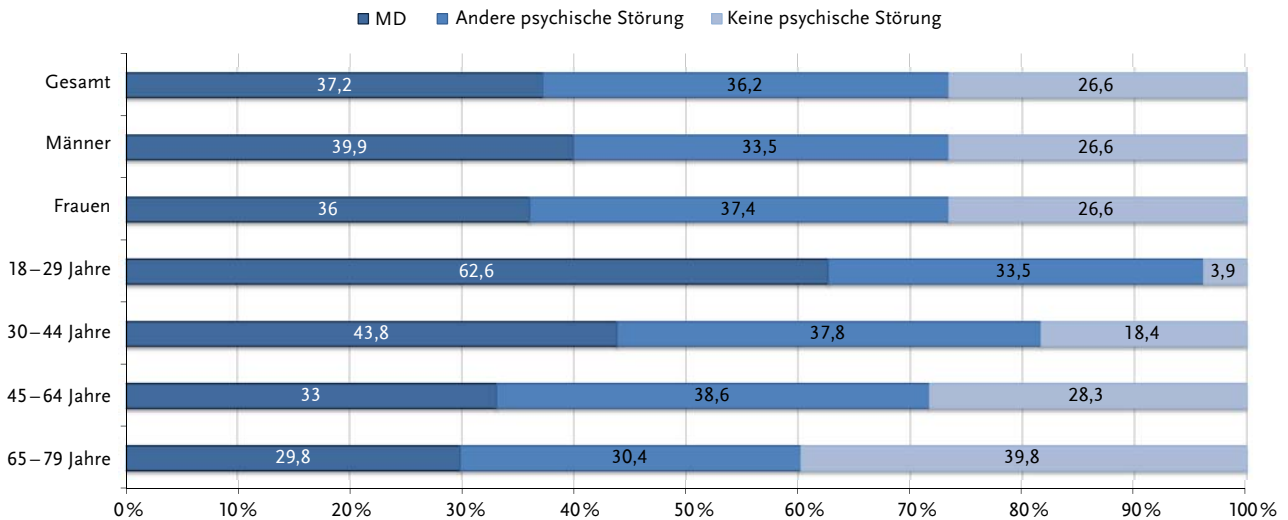


Abb. 1: Anteil der Personen mit einer selbst berichteten diagnostizierten Depression ($n = 249$), die innerhalb der letzten 12 Monate eine Major Depression (MD), eine andere psychische Störung oder keine psychische Störung gemäß DSM-IV-TR hatten

den Methoden, sowie Details der repräsentativen Stichprobe sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben.^{10–12} Der Interviewabstand von DEGS1 zu DEGS1-MH lag im Median bei sechs Wochen.

Im Rahmen von DEGS1-MH wurde bei insgesamt 4.483 Teilnehmenden ein umfassendes klinisches Interview mit standardisierter Diagnostik durchgeführt. Dabei wurden mit dem *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) psychische Störungen und ergänzende Spezifikationen entsprechend der Kriterien des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*, Textrevision (DSM-IV-TR) für den Zeitraum der letzten 12 Monate computergestützt erfasst.¹² Die Diagnostik der Depression gemäß DSM-IV-TR entspricht weitestgehend der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Die Diagnose „Nikotinabhängigkeit“ wurde bei den Auswertungen nicht als Vorliegen einer psychischen Störung gewertet.

Im Versorgungssystem gestellte Depressionsdiagnosen wurden als Selbstangabe in einem persönlichen Interview durch eine Studienärztin oder einen Studienarzt mit der Frage erfasst: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“ Falls diese Frage bejaht wurde, folgte eine zusätzliche Frage zum Auftreten einer diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten: „Ist die Depression auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten?“

Ergebnisse

In der Studie erfüllten 6,8% der Studienteilnehmenden innerhalb der letzten 12 Monate die Kriterien für eine Major Depression gemäß DSM-IV-TR, 9,5% der Frauen und 4% der Männer. Eine ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depression (12-Monats-Diagnosen) wurde von 6% der Befragten berichtet, von 8,1% der Frauen und von 3,8% der Männer.

In einem nächsten Analyseschritt wurde untersucht, welche psychischen Störungen sich im klinischen Interview bei denjenigen Studienteilnehmenden feststellen lassen, die von einer ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depression im Versorgungskontext berichten.

Abbildung 1 zeigt für die Personen mit einer selbstberichteten diagnostizierten Depression in den vergangenen 12 Monaten, welcher Anteil dieser Gruppe (1) die Kriterien für eine Major Depression (MD) oder (2) eine andere psychische Störung gemäß DSM-IV-TR erfüllt haben bzw. (3) gemäß der standardisierten Diagnostik keine psychische Störung hatten. Von jenen, die im ärztlichen Interview eine diagnostizierte Depression berichteten, hatten 37,2% eine Major Depression, 36,2% irgendeine andere psychische Störung und 26,6% hatten keine psychische Störung gemäß CIDI-Interview. Hierbei zeigte sich zwischen Männern und Frauen kein Unterschied. Im Vergleich nach Altersgruppen fällt auf, dass nahezu alle jüngeren Personen, die eine diagnostizierte Depression berichten, auch gemäß DSM-IV-TR mit einer Major Depression oder anderen psychischen Störung diagnostiziert werden (96,1%). Im Altersgang nimmt dann der Anteil von Personen zu, die eine im ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgungskontext diagnostizierte Depression angeben, welche durch die Diagnostik gemäß CIDI jedoch nicht bestätigt wird.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Auswertung bestätigen eine hohe Prävalenz von Depression in der Bevölkerung. In der Höhe der Diagnoseraten zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den Daten aus dem Versorgungskontext und jenen, die mittels standardisierter, klinischer Diagnostik geschätzt wurden.

Die gemeinsame Analyse beider Depressionsmaße weist jedoch darauf hin, dass die Übereinstimmung der Diagnoseraten mit zunehmendem Alter der Befragten abnimmt. In Zusammenschau mit Daten aus Krankenkassenstatistiken deutet dies darauf hin, dass im Survey gegenüber dem Versorgungssystem unterschiedliche Personen eine Depressionsdiagnose erhalten. Bei der Interpretation der Differenzen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse auf Selbstangaben der Studienteilnehmenden beruhen und u. a. durch mangelnde Erinnerung oder Unkenntnis bzw. Fehlinterpretation der ärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnose verzerrt sein können.

Auch der hohe Anteil von Diagnosen anderer psychischer Störungen bei Studienteilnehmenden, die eine ärztliche oder psychotherapeutische Depressionsdiagnose berichten, ist erklärungsbedürftig. Hierbei ist denkbar, dass einer depressiven Begleitsymptomatik in der ärztlichen Diagnostik ein zentraler Stellenwert zukommt, sodass sich eine Überbetonung der Depression gegenüber anderen psychischen Störungen zeigt. Andererseits werden Depressionsdiagnosen möglicherweise insgesamt häufiger im Versorgungssystem kodiert, als es die epidemiologische Prävalenz erwarten lassen würde. Die Anwendung von Kodierrichtlinien in der ambulanten Versorgung psychischer Störungen könnte diesbezüglich Aufklärung bringen.

Literatur

1. WHO: Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva WHO 2017; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Maske UE, BATTERY AK, Beesdo-Baum K et al.: Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders* 2016;190,167–177
3. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al.: Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23:304–319
4. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al.: Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015;24:305–313
5. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014;85:77–87
6. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al.: Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2016;87:88–90
7. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S: Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. *Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde*. In K. Kliner, D. Rennert & M. Richter (Hrsg.), *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*. BKK Gesundheitsatlas 2015:63–71. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
8. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23:289–303
9. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In S. Pawils & U. Koch (Eds.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin* 2006:3–20. Stuttgart: Schattauer
10. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al.: Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt* 2013;56:620–630
11. 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
12. Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al.: The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research* 2013;22:83–99

■ Dr. Ulfert Hapke, Julia Bretschneider, Julia Thom
Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring | FG 26 – Psychische Gesundheit
Korrespondenz: HapkeU@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Hapke U, Bretschneider J, Thom J: Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde. *Epid Bull* 2017;14:121–123 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-018