



Daten für Taten

Ausgewählte epidemiologische Ergebnisse für die Planung von Prävention und Versorgung

Dr. Ulfert Hapke, Julia Nübel, Julia Thom,
Dr. Caroline Cohrdes, Dr. Robert Schlack
FG 26 - Psychische Gesundheit
Robert Koch-Institut (RKI)



Inhalt

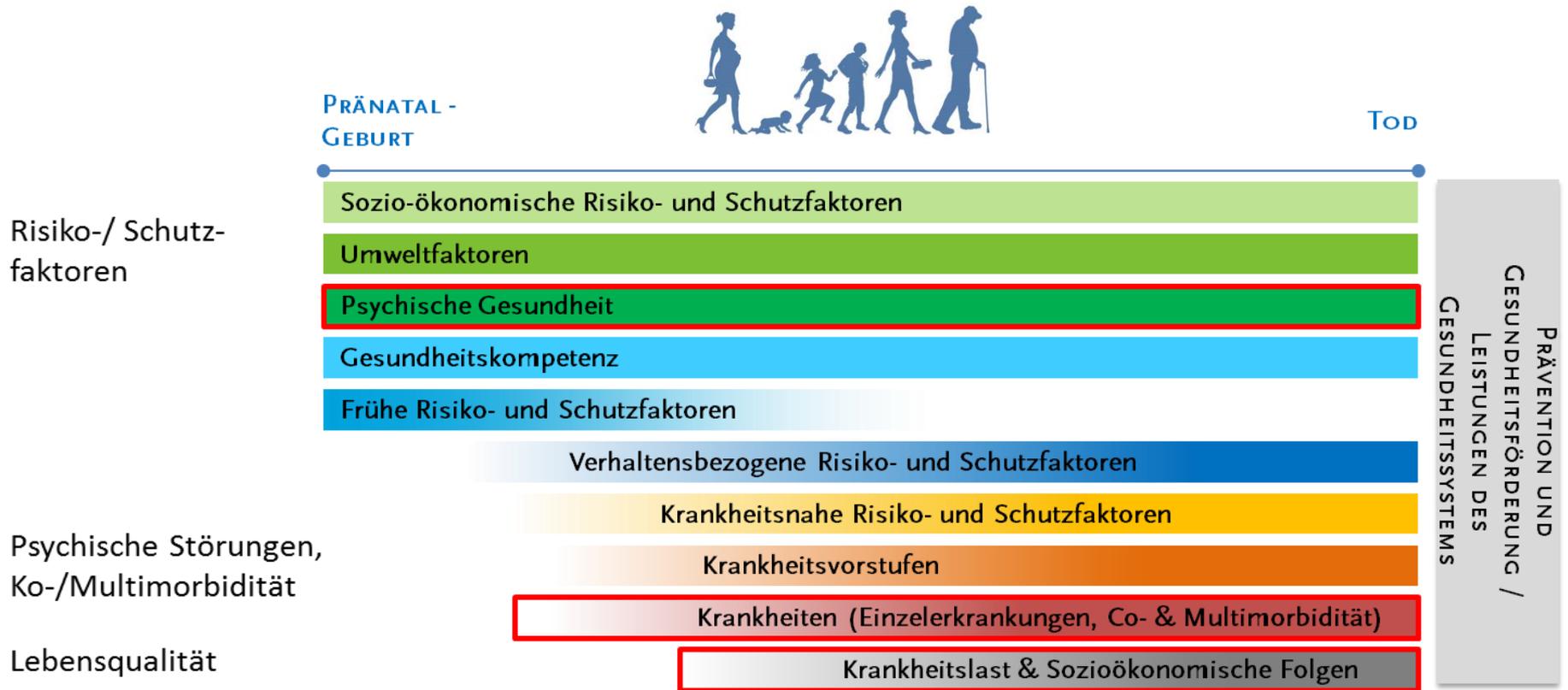


Inhalt

- **Überblick zum Gesundheitsmonitoring am RKI**
- **Ausgewählte Studienergebnisse:**
 - Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen
 - ADHS bei Kindern und Jugendlichen
 - Prävalenz und Trend psychischer Störungen bei Erwachsenen
 - Vergleich von Survey und Versorgungsdaten: Beispiel Depression
 - Zum Zusammenhang von chronischem Stress mit psychischen Störungen und Beeinträchtigungen
 - Empirische Ergebnisse zum präventiven Potenzial von Gesundheitsförderung am Beispiel kognitiver Leistungsfähigkeit



Inhalte vom Gesundheitsmonitoring am RKI





Ergebnisse zur psychischen Gesundheit

Komponente 1



Kinder und Jugendliche
Langzeitstudie (Kohorte)

Basiserhebung

KiGGS 2003 – 2006
Gesundheitsbefragung
und Untersuchung

Welle 1

KiGGS 1 (2009 – 2012)
Gesundheitsbefragung
(telefonisch)

Welle 2

KiGGS 2 (2014 – 2016)
Gesundheitsbefragung
und Untersuchung

Komponente 2



Erwachsene

Basiserhebung

BGS 1998
Gesundheitsbefragung
und Untersuchung

+ Mental Health Modul

Welle 1

DEGS 1 (2008 – 2011)
Gesundheitsbefragung
und Untersuchung

+ Mental Health Modul

Komponente 3



Erwachsene

Basiserhebung

GEDA 2009
Gesundheitsbefragung

Weitere Wellen

GEDA 2010
GEDA 2012
GEDA 2014/2015
Gesundheitsbefragung



Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen



Psychische Auffälligkeiten

Indikator: SDQ

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
(Goodman, 1997)

- ➔ Emotionale Probleme
 - ➔ Verhaltensprobleme
 - ➔ Hyperaktivitätsproblem
 - ➔ Peerprobleme
- Gesamtproblemwert
(SDQ-TDS)
-
- ➔ Einteilung in normal, grenzwertig, auffällig
 - ➔ Risikogruppe: SDQ-TDS grenzwertig oder auffällig

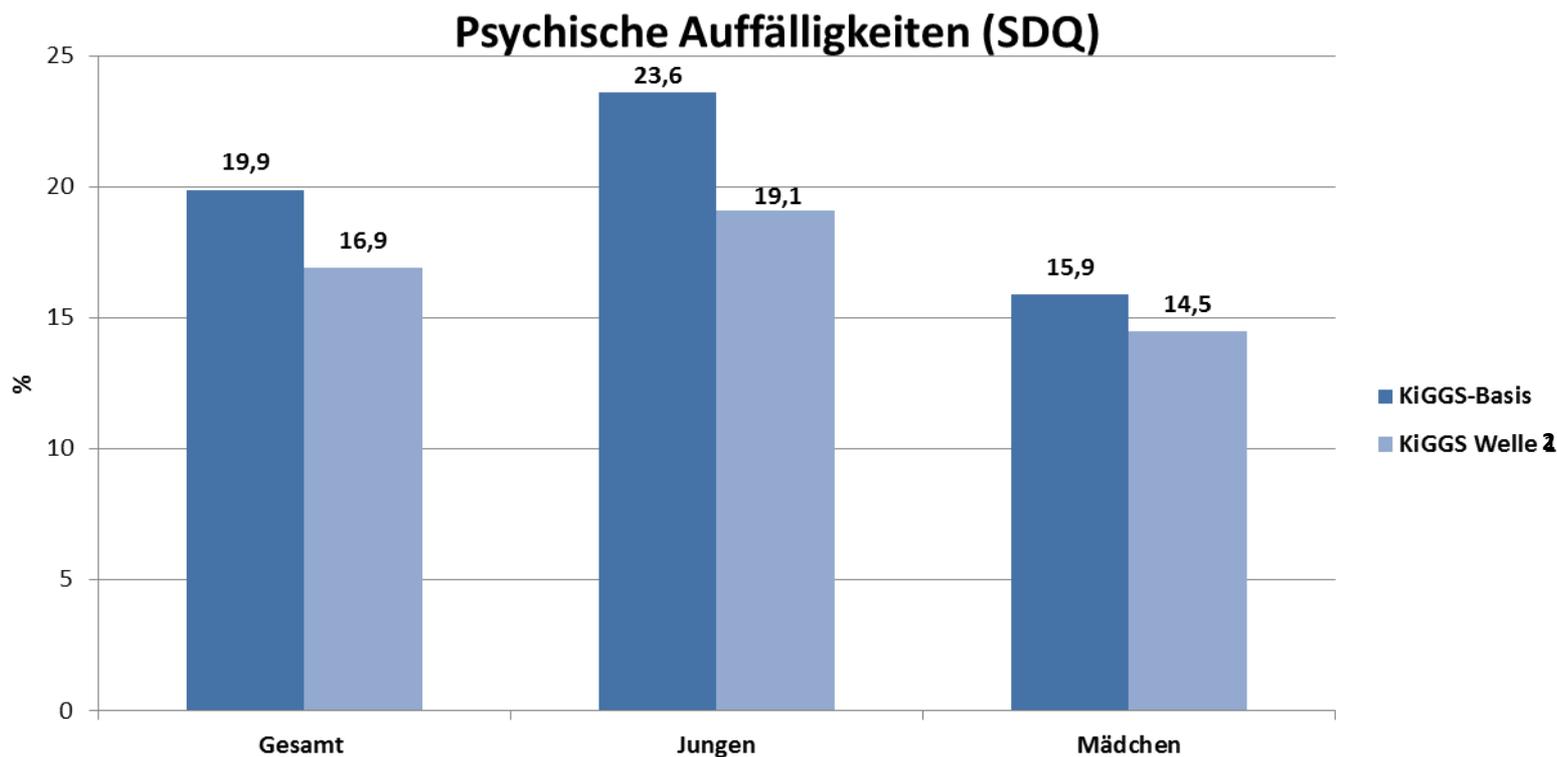


Häufigkeiten und Trends psychischer Auffälligkeiten

Altersbereich 3-17 Jahre

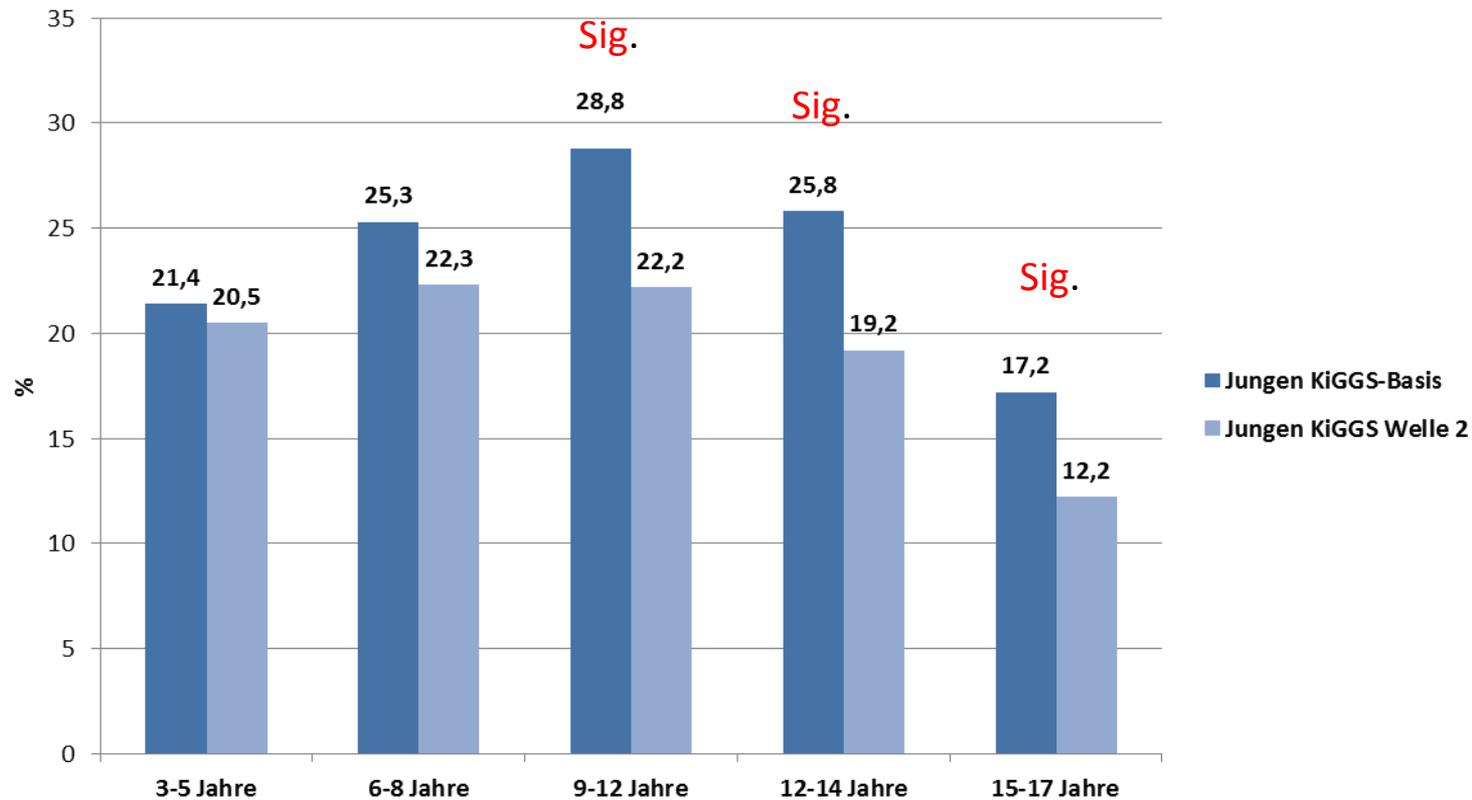
KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) bis KiGGS Welle 2 (2014-2017)

KiGGS-Basis=14.477; KiGGS Welle 2=13.205



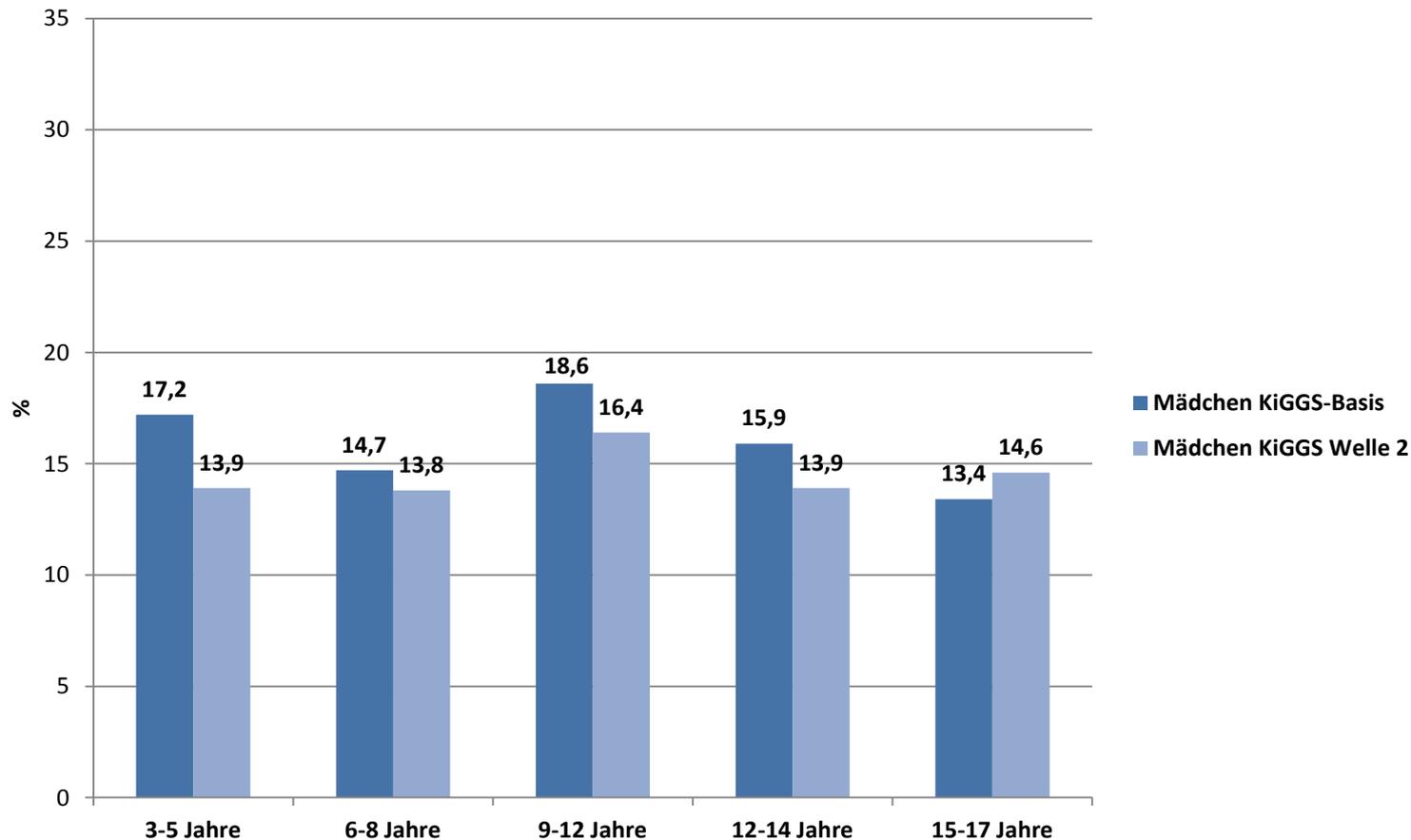


Häufigkeiten und Trends psychischer Auffälligkeiten bei Jungen, unterteilt nach Altersgruppen





Häufigkeiten und Trends psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen, unterteilt nach Altersgruppen





Anmerkung: Veränderungen in der Versorgung

- **Verdoppelung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiater/innen von 557 im Jahr 2003 auf 1.062 im Jahr 2017**
- **Seit 2006 werden in der zusätzlichen U 10-Untersuchung (7-8 Jahre) und U 11-Untersuchung (9-10 Jahre) gezielt Verhaltensauffälligkeiten überprüft und Maßnahmen eingeleitet**
- **Ein kausaler Zusammenhang lässt sich allerdings nicht behaupten**
- **Es stellt sich die Frage, warum bei Jungen ab 9 Jahren eine signifikante Verbesserung zu beobachten ist und bei Mädchen nicht?**



Psychische Auffälligkeiten im Verlauf der KiGGS-Kohorte

- betreffen 20% der Kinder und Jugendlichen
- verschwinden bei jedem zweiten Kind innerhalb eines Jahres
- bei weniger als 1/3 überdauern sie 6 Jahre



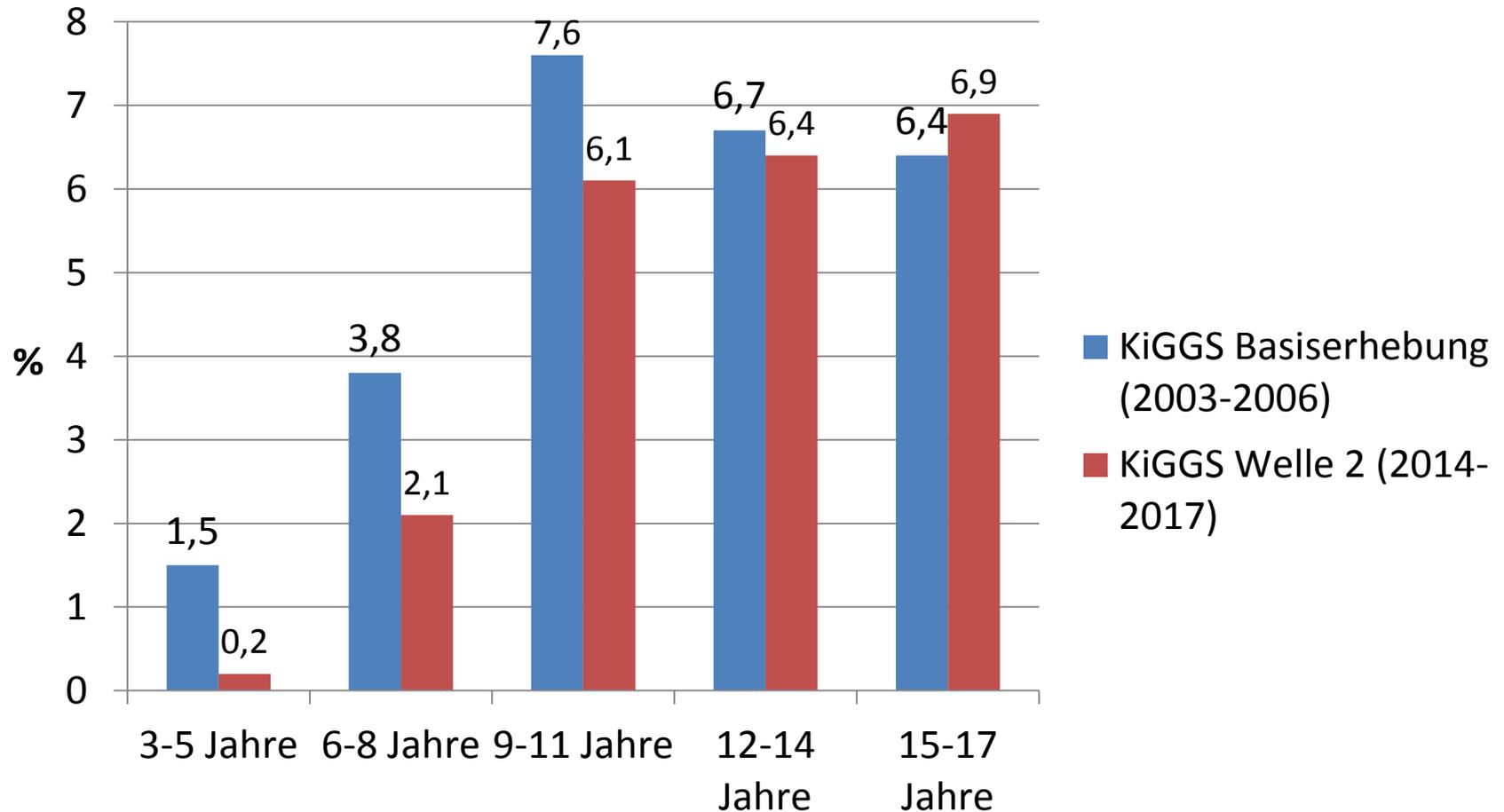


ADHS bei Kindern und Jugendlichen



ADHS Prävalenzen im Trend nach Altersgruppen

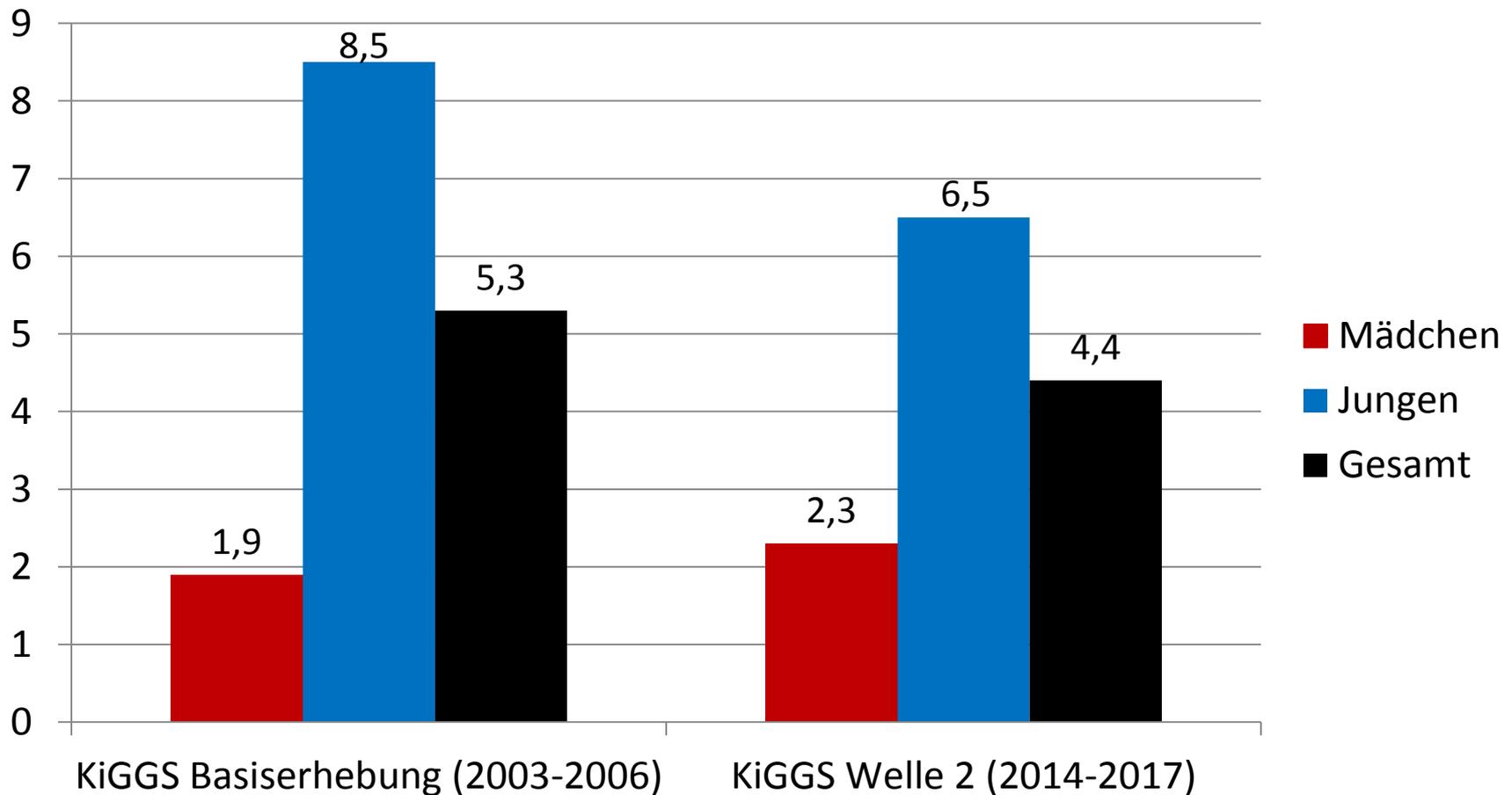
KiGGS-Basiserhebung (N = 13.487) und KiGGS Welle 2 (N = 13.270)





ADHS Prävalenzen im Trend (3-17 Jahre)

KiGGS-Basiserhebung (N = 13.487) und KiGGS Welle 2 (N = 13.270)

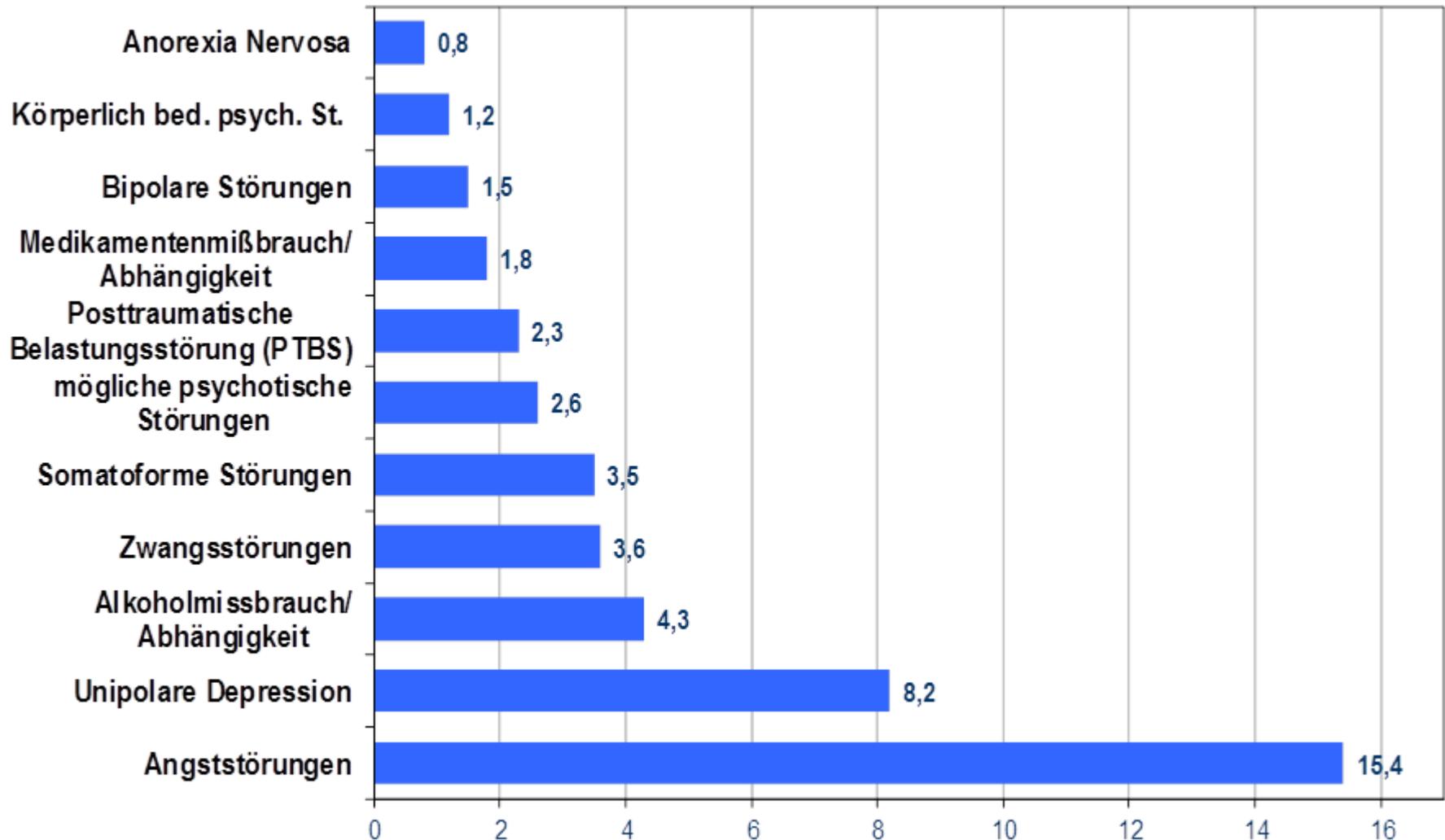




Psychische Störungen bei Erwachsenen

12- Monatsprävalenz psychischer Störungen

(Alter 18-79, N=5303)



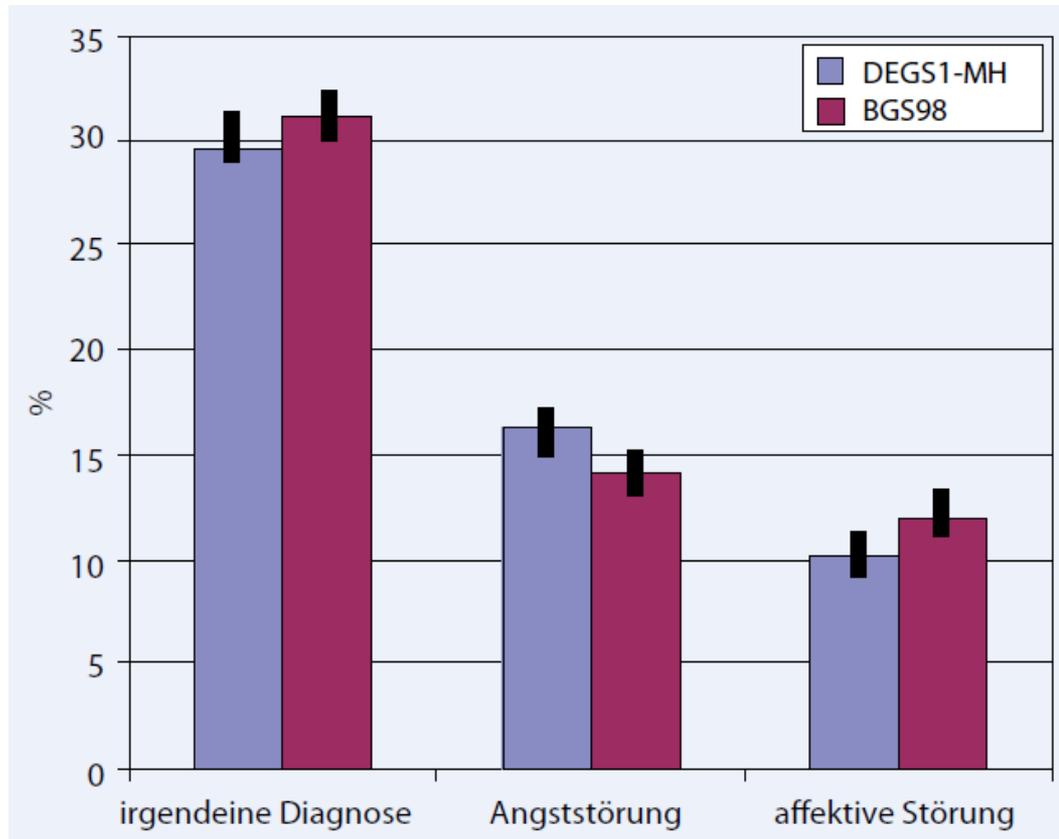


Psychische Störungen bei Erwachsenen

Trendanalysen



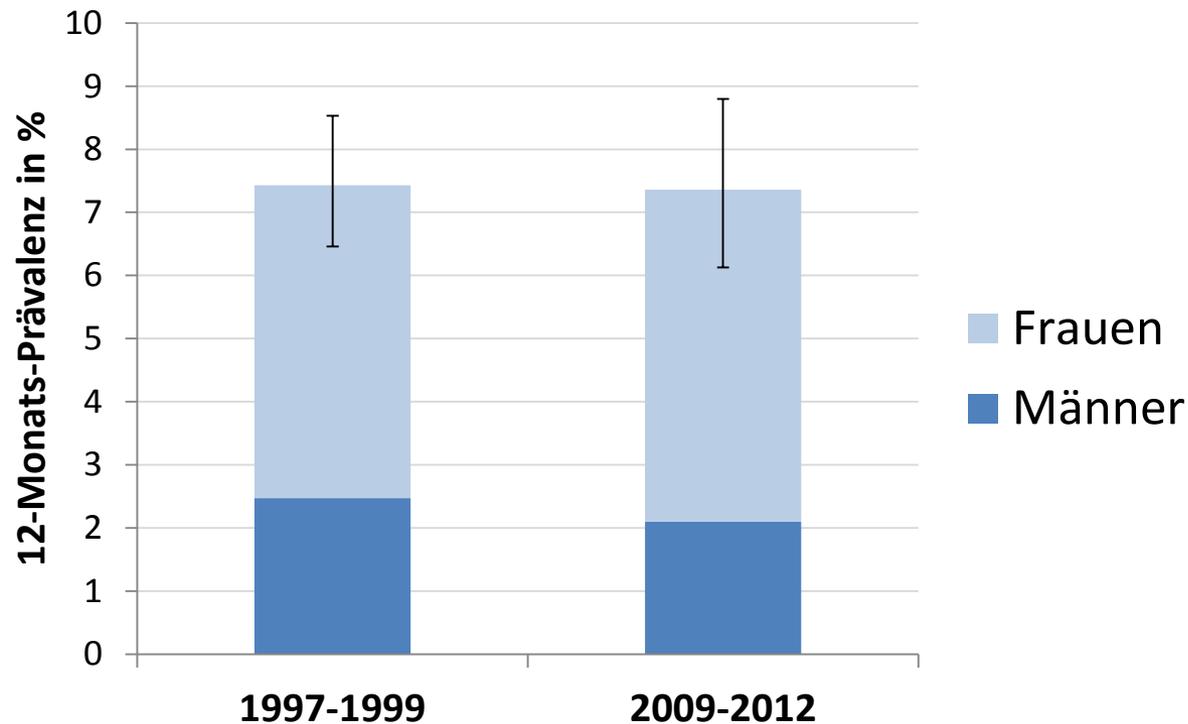
Vergleich zwischen BGS-98 und DEGS1-MH



Prävalenzschätzungen auf der Basis epidemiologischer Erhebungen scheinen in einem ersten groben Vergleich zwischen 1998 und 2012 unverändert (Jacobi et al., 2015; Jacobi et al., 2014).

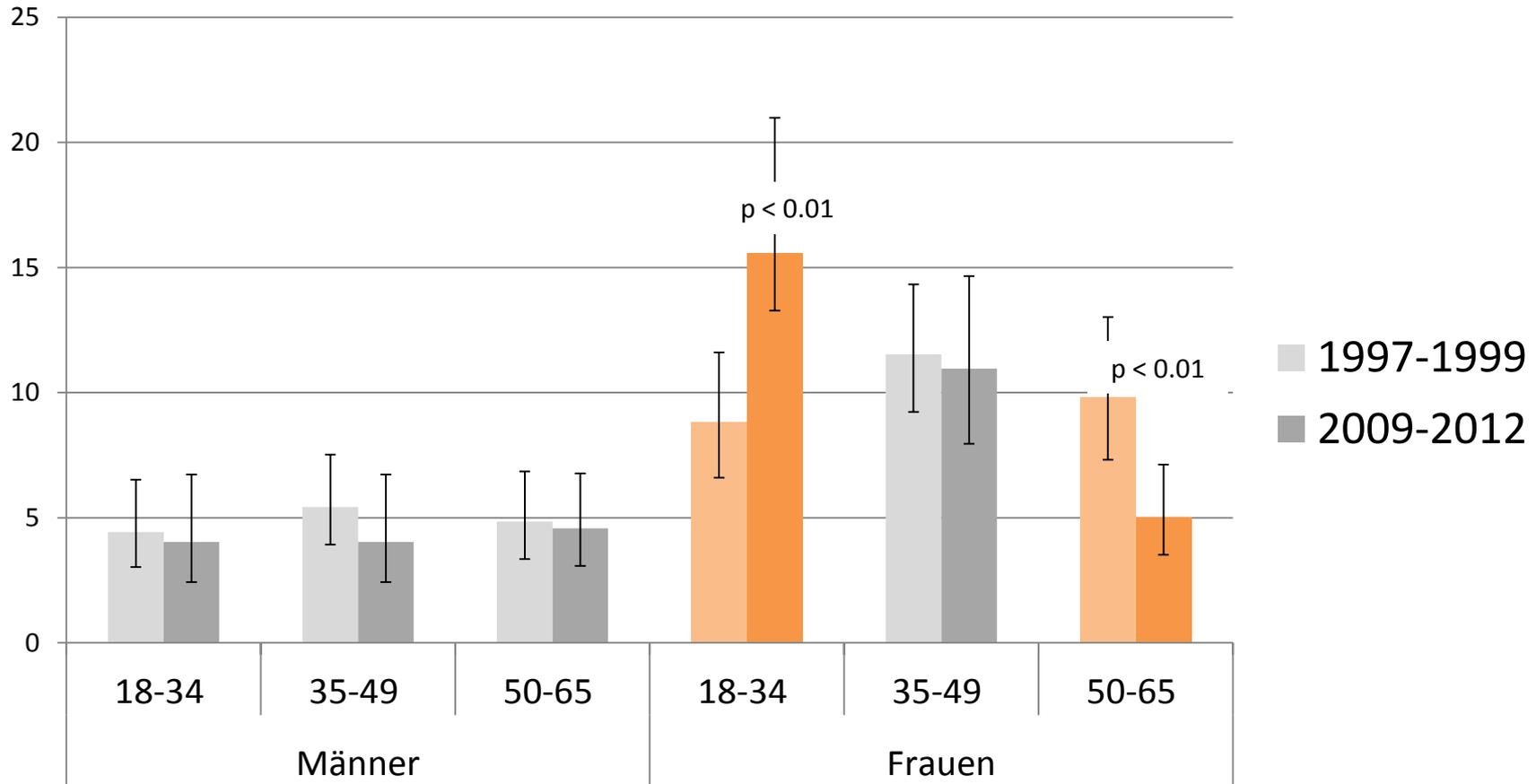


Trendanalysen zur Major Depression (MDD)



Werden Depressionen auf vergleichbare und standardisierte Weise in der Bevölkerung erfasst, bleibt ihre Häufigkeit insgesamt zeitlich stabil.

Trendanalysen zur MDD nach Altersgruppen bei Frauen und Männern



Anmerkungen: 1) Querschnittsgewichtung, 2) Altersbereich 18-65 Jahre, 3) Adjusted Wald-test 4) Rao-Scott Chi-Square Test

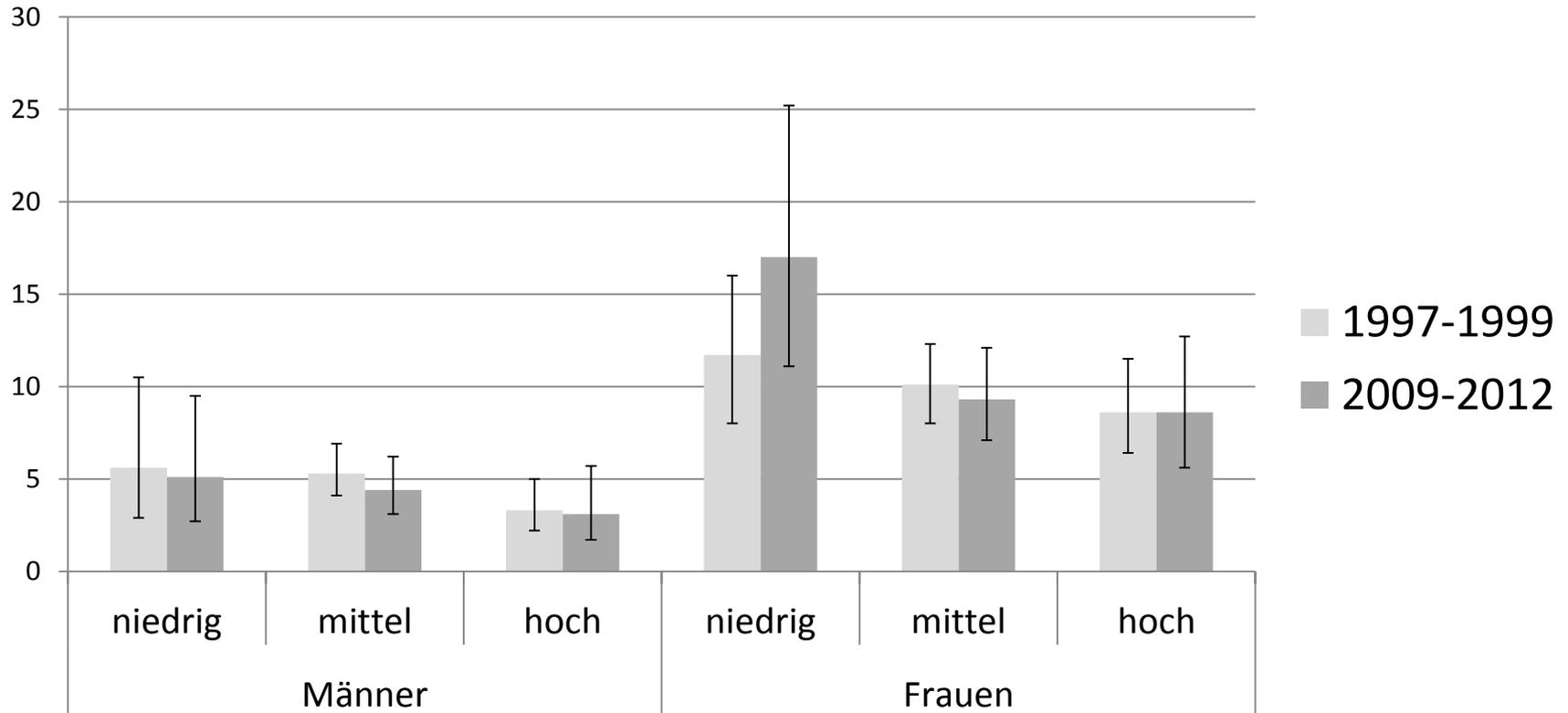
Bei 18-35-jährigen Frauen hat sich die Prävalenz fast verdoppelt

Bei 50-65-jährigen Frauen halbiert

Bei Männern zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Trendveränderungen



Trendanalysen zur MDD nach Sozialschicht bei Frauen und Männern



Die Veränderungen zwischen BGS98-MH und DEGS1-MH sind nicht signifikant

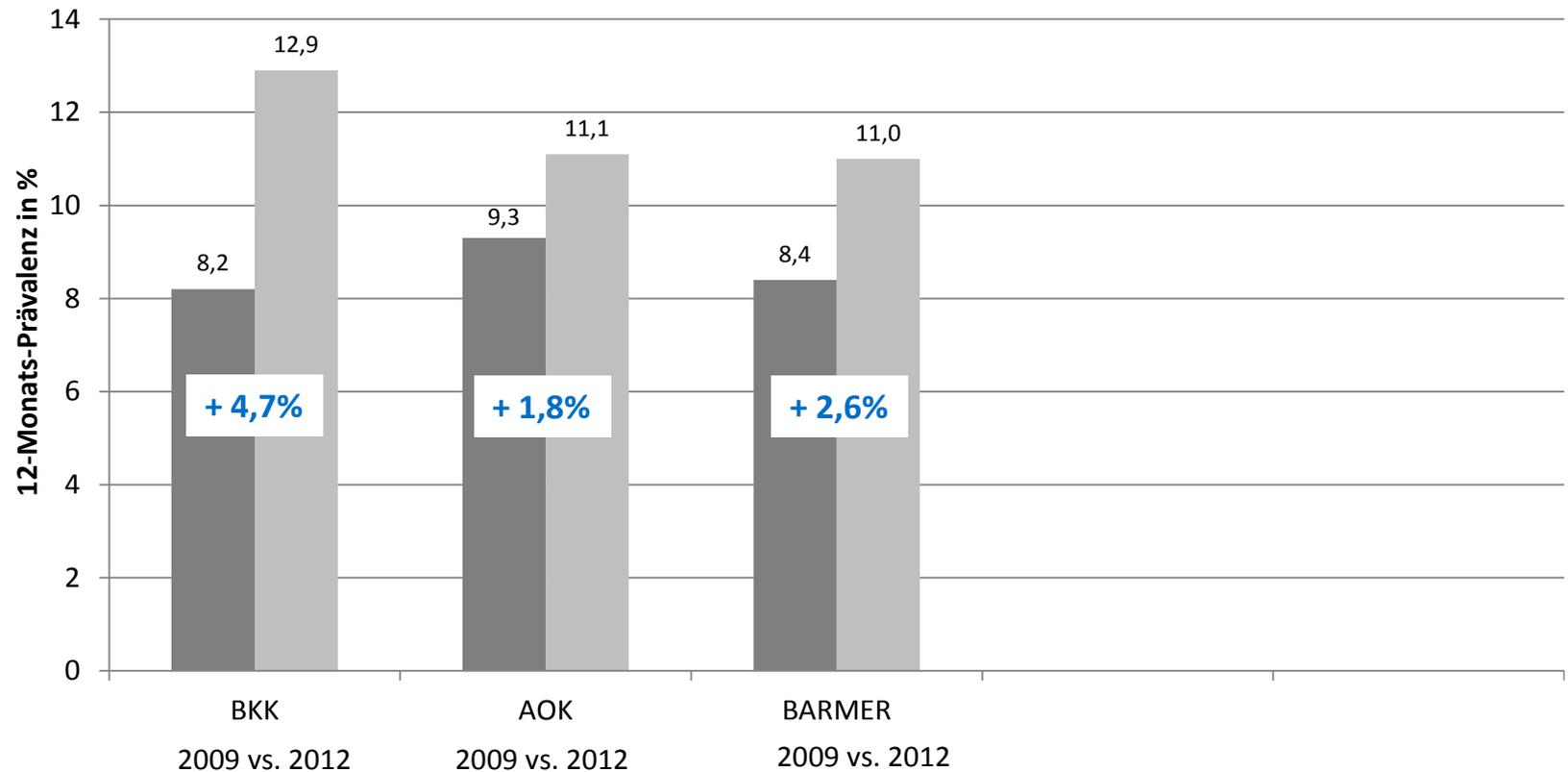


Vergleich von Survey- und Versorgungsdaten

Am Beispiel von Depressionen bei Erwachsenen



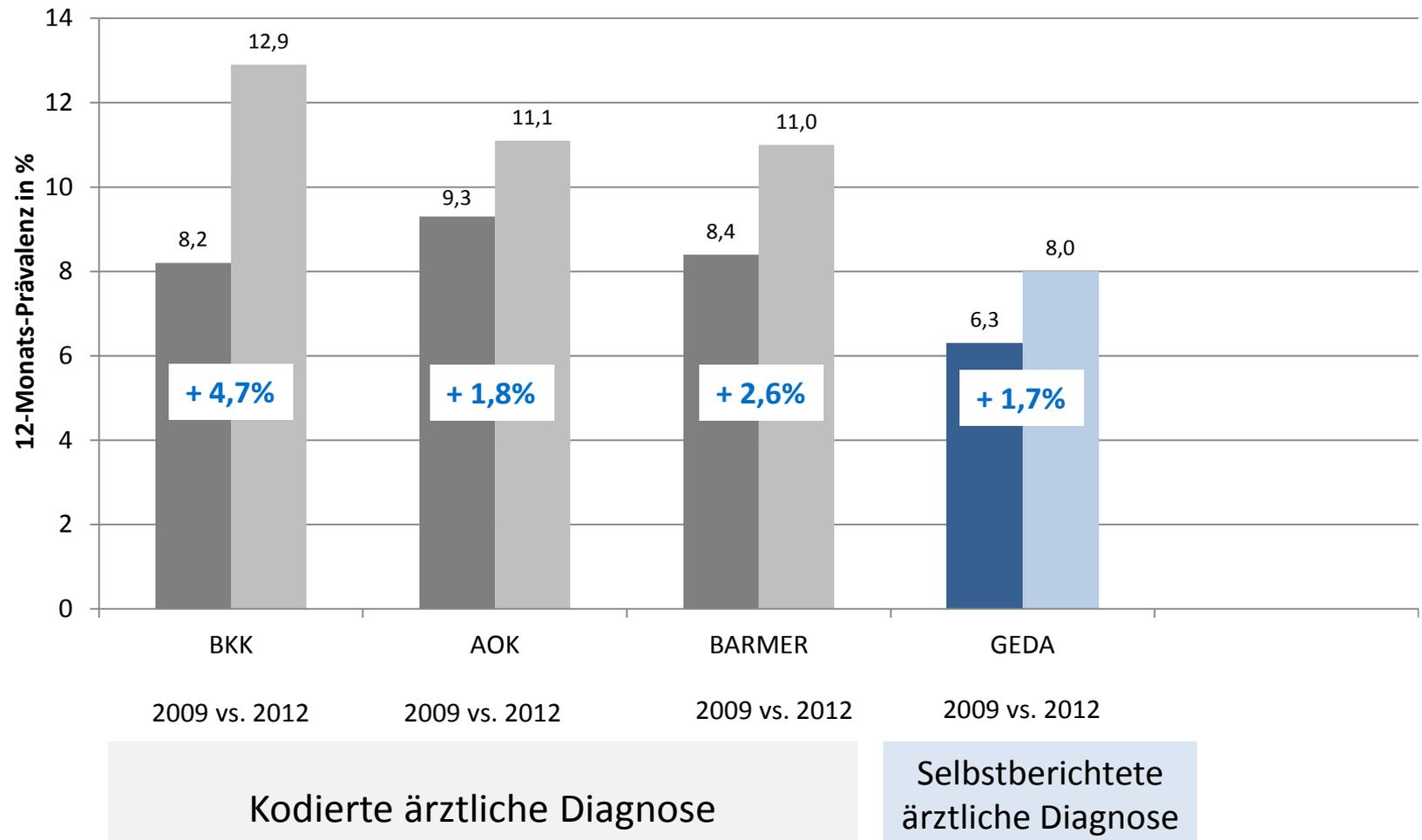
Depression im zeitlichen Trend in administrativen Daten



Kodierte ärztliche Diagnose

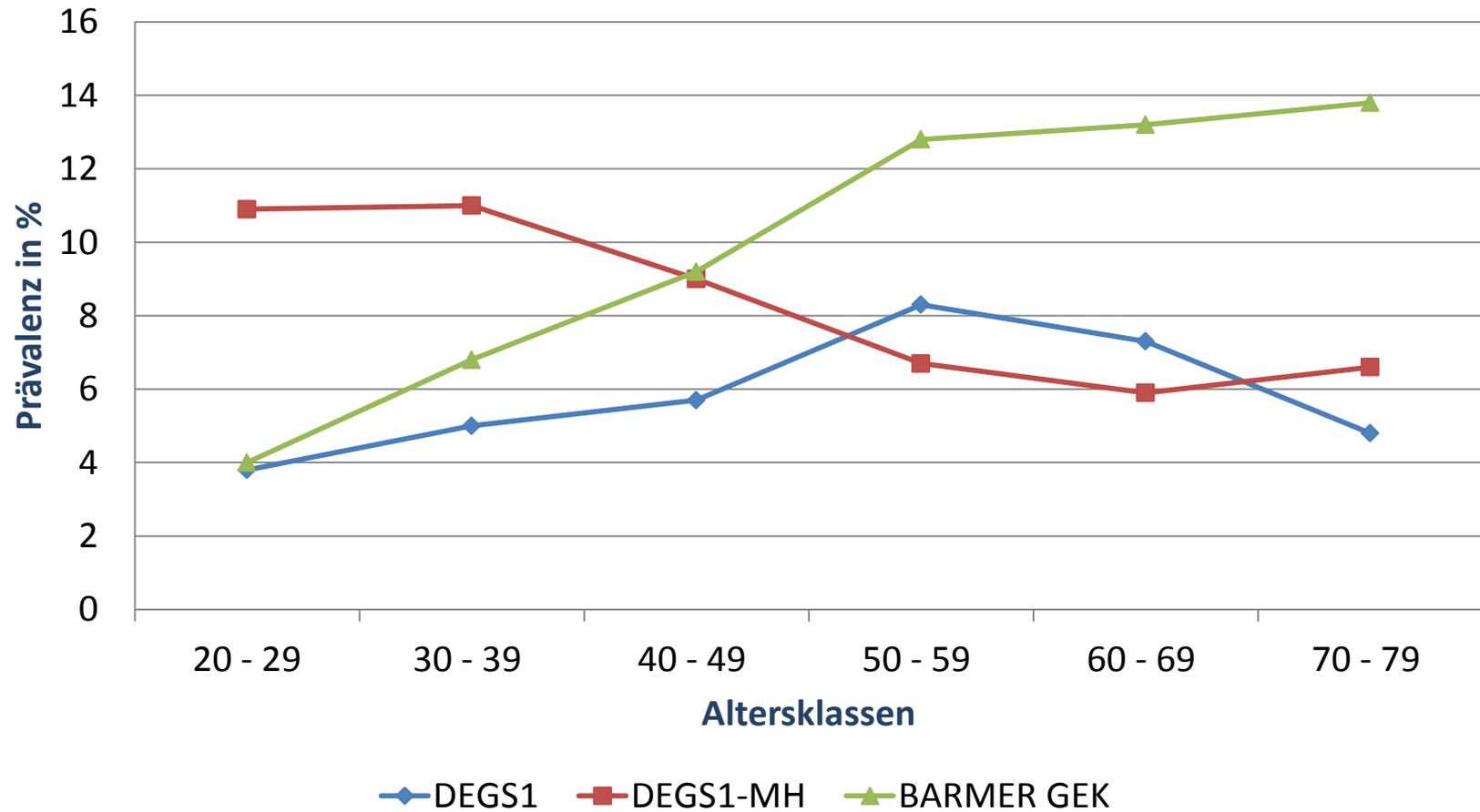


Depression im zeitlichen Trend in administrativen Daten und Befragungsdaten



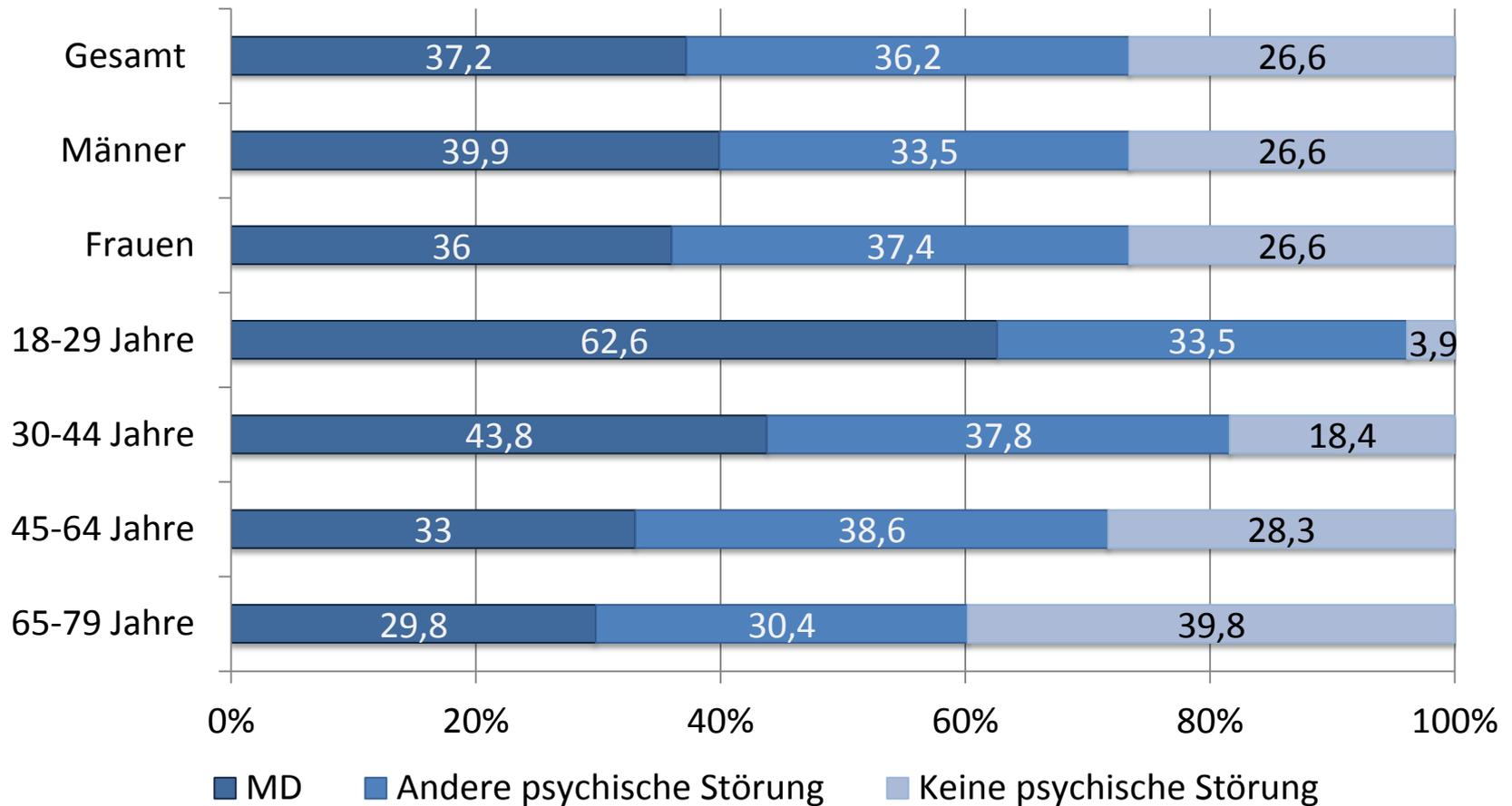


Depressionsprävalenzen nach Datenquelle und Altersgruppen





Anteil psychischer Störungen bei Personen mit einer diagnostizierten Depression





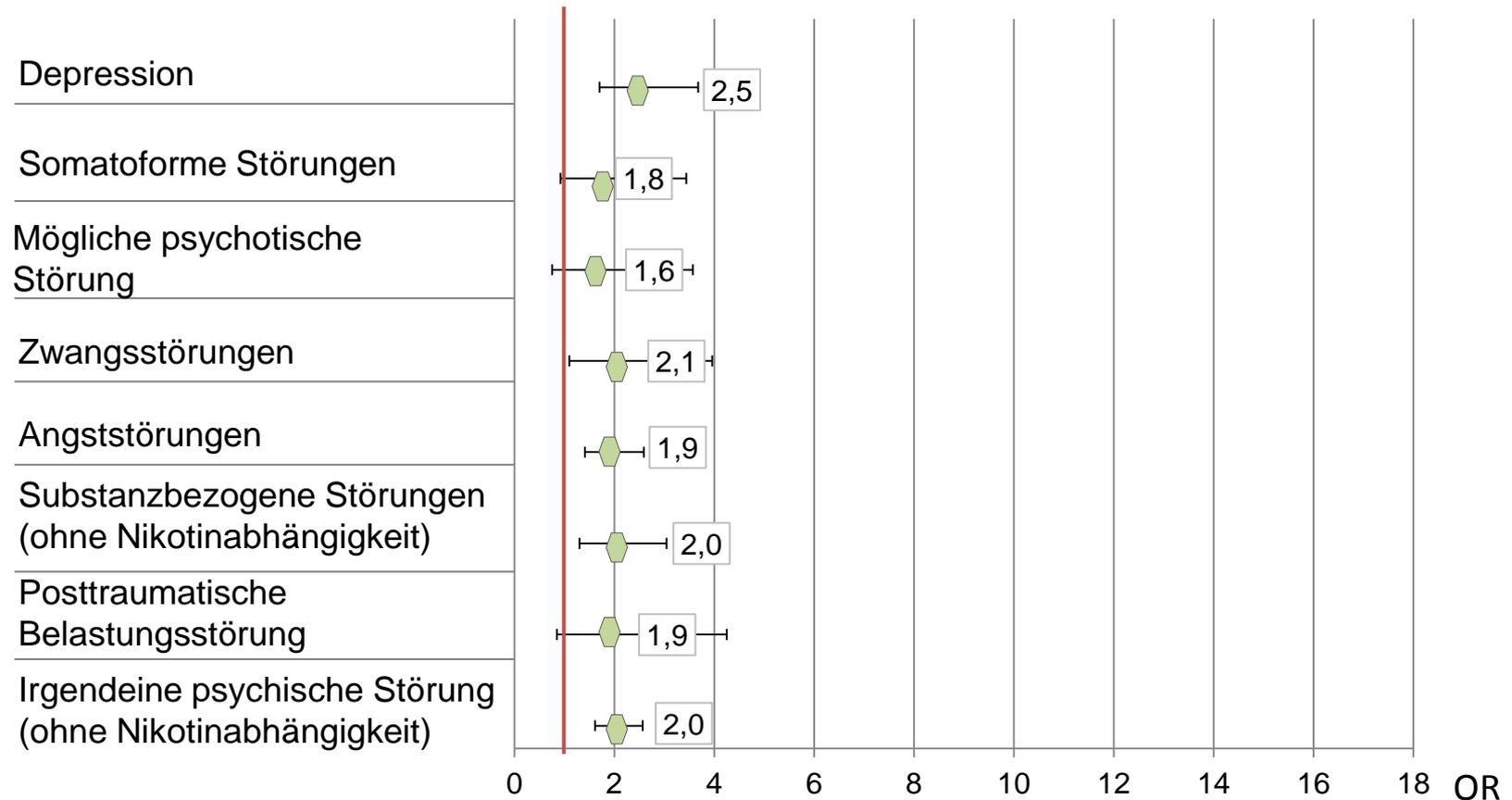
Ausgewählte Einzelergebnisse zu chronischem Stress

**(Chronische Sorgen, arbeitsbezogene und
soziale Überlastung, Überforderung,
Mangel an sozialer Anerkennung)**

und psychischen Störungen



Zusammenhang von chronischer Stressbelastung (TICS) und psychischen Störungen (CIDI)



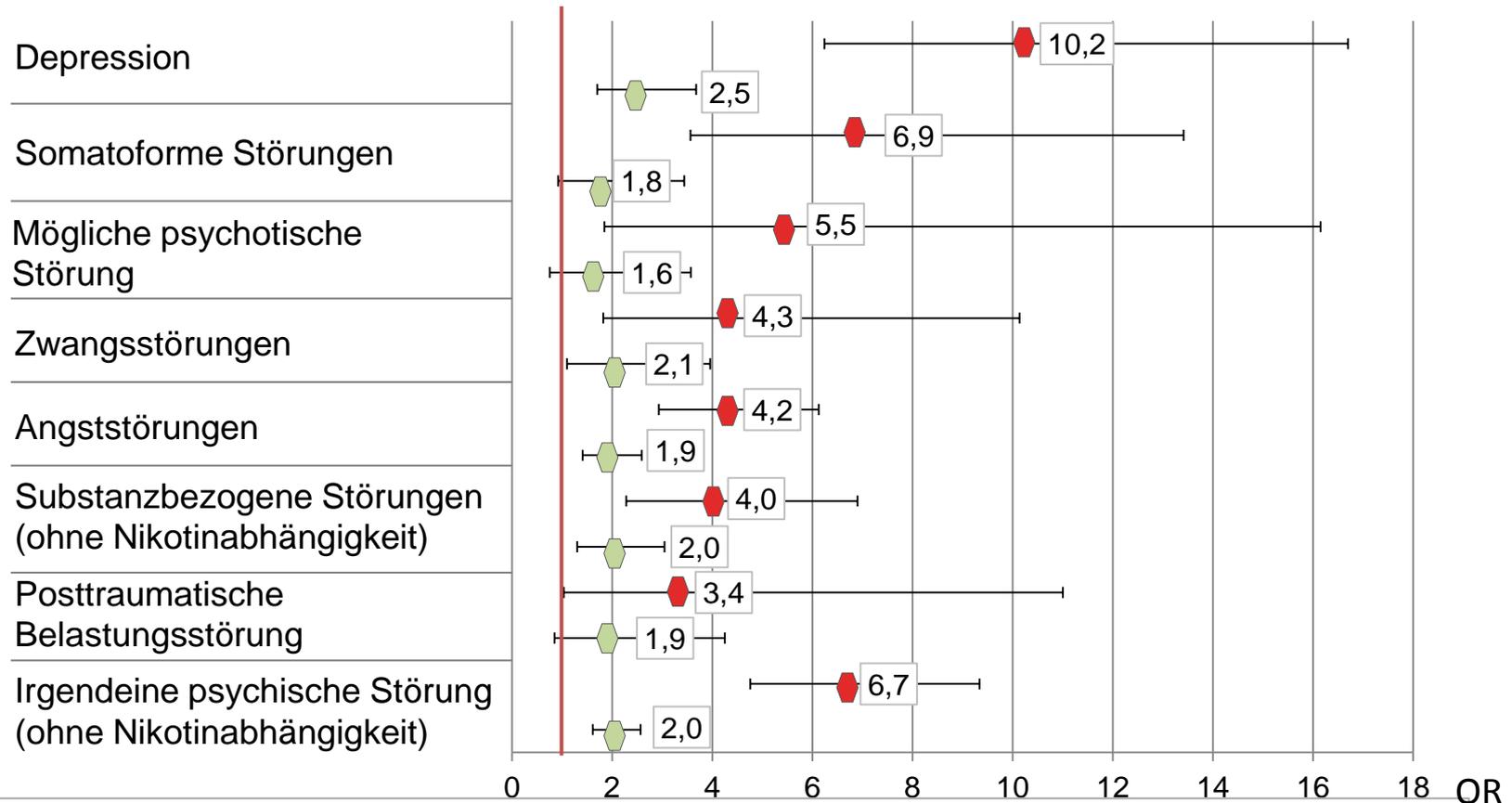
*OR adjustiert für Geschlecht, Alter, SES, Familienstand, soziale Unterstützung. Zielvariable: Psychische Störung i. d. I. 12 Monaten.

◇ überdurchschnittliche Stressbelastung i. d. I. 3 Monaten (TICS 12-22)

Referenzkategorie: unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Stressbelastung (TICS 0-11)



Zusammenhang von chronischer Stressbelastung (TICS) und psychischen Störungen (CIDI)



*OR adjustiert für Geschlecht, Alter, SES, Familienstand, soziale Unterstützung. Zielvariable: Psychische Störung i. d. I. 12 Monaten.

 überdurchschnittliche Stressbelastung i. d. I. 3 Monaten (TICS 12-22)

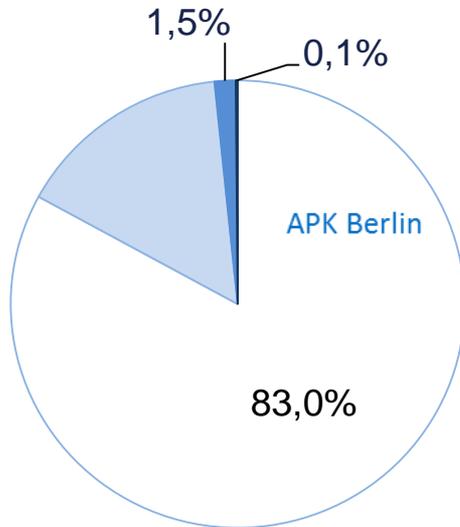
 starke Stressbelastung i. d. I. 3 Monaten (TICS 23-48)

Referenzkategorie: unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Stressbelastung (TICS 0-11)

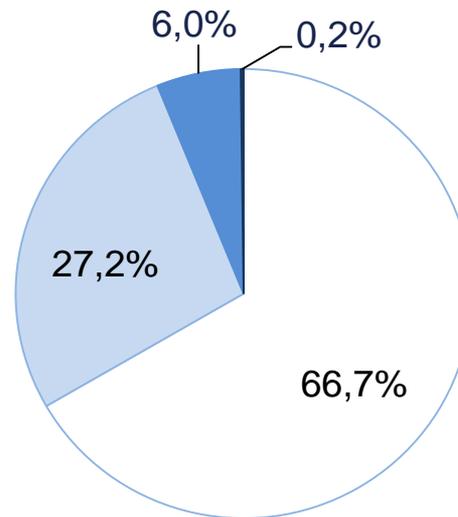


Zusammenhang von chronischem Stress und der Anzahl psychischer Beeinträchtigungen

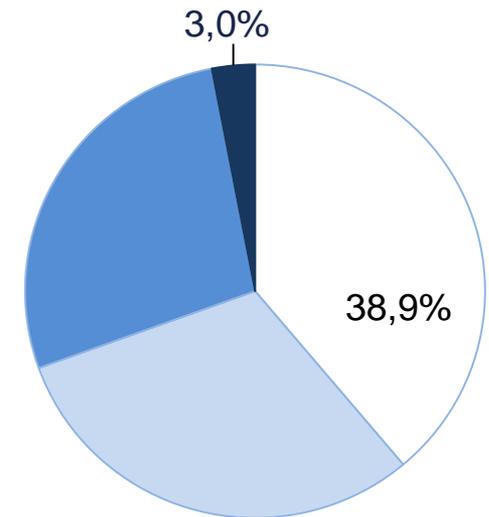
Unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Stressbelastung



Überdurchschnittliche Stressbelastung



Starke Stressbelastung



Psychische Beeinträchtigungen

Depressive Symptomatik

Burn-out Syndrom

Schlafstörungen

1

2

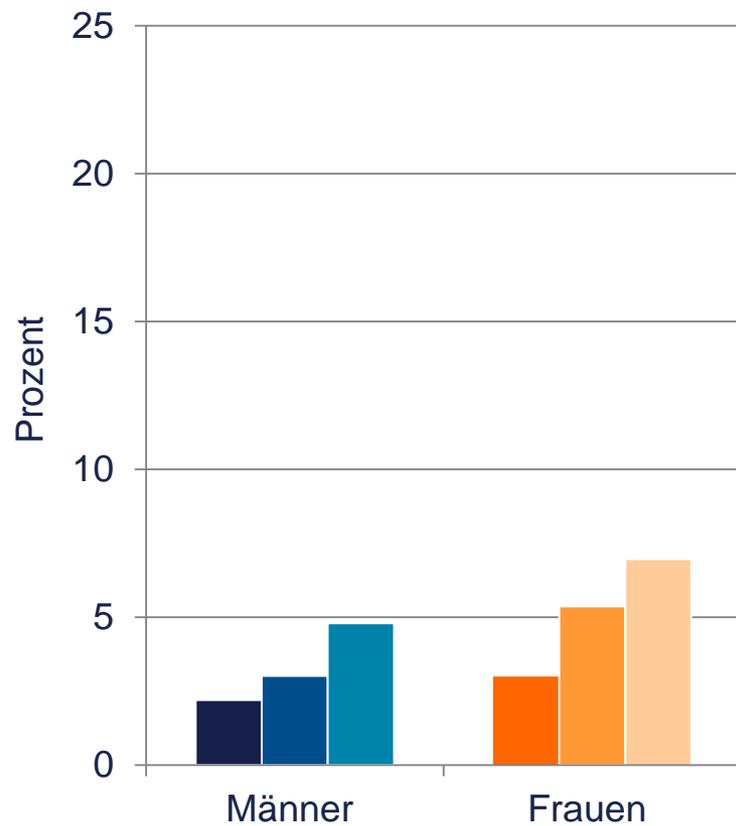
3

Keine

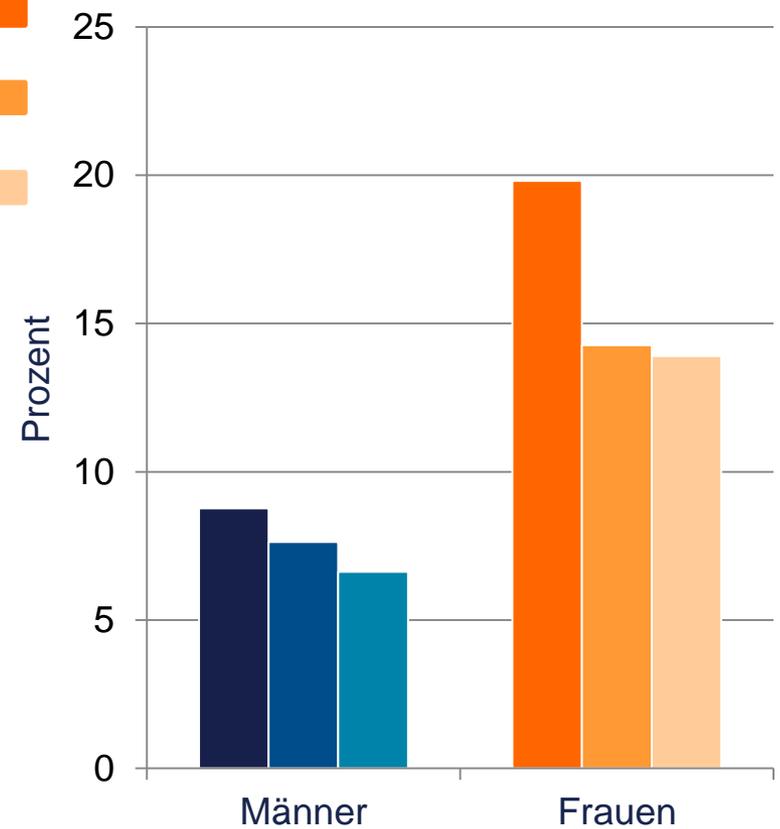


"Burn-out-Syndrom", Depression und sozioökonomischer Status

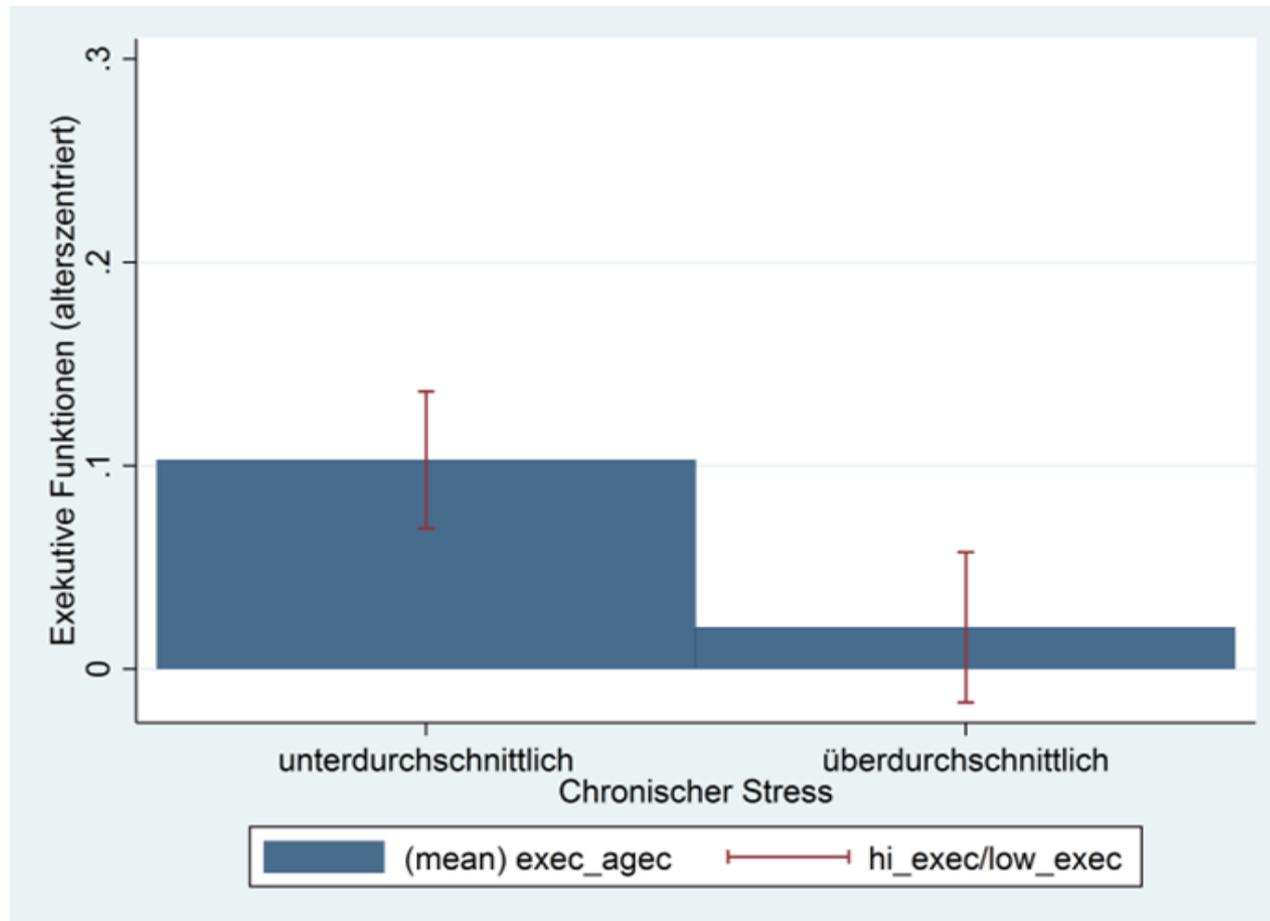
Jemals "Burn-out-Syndrom" festgestellt



Jemals Depression diagnostiziert



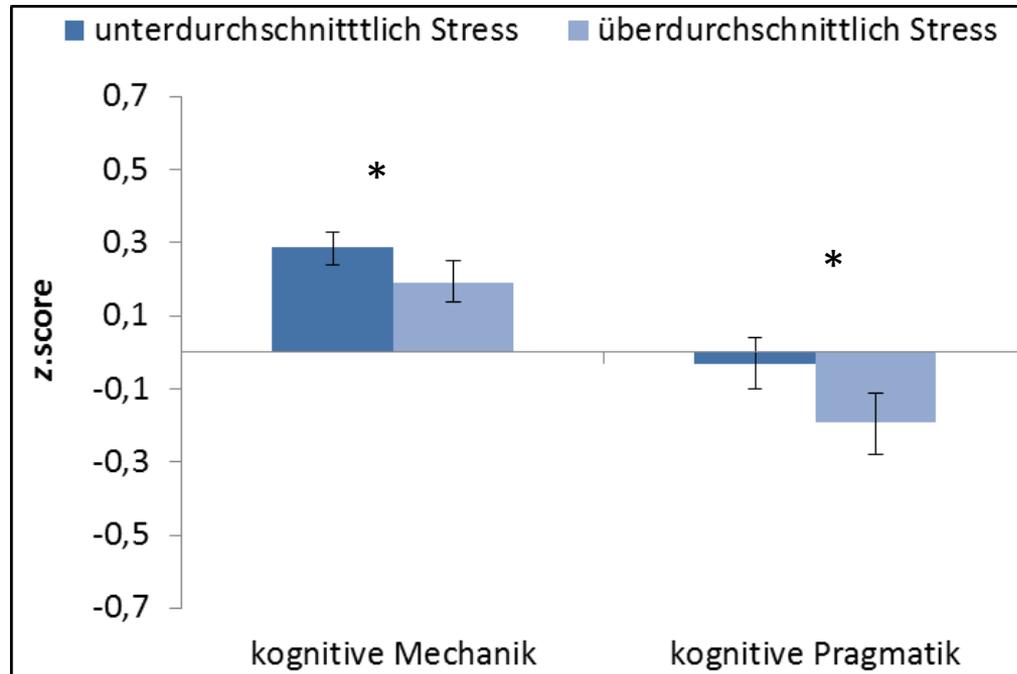
Chronischer Stress und kognitive Leistungsfähigkeit



Exekutive Funktionen für Personen mit unter- und überdurchschnittlichen chronischem Stress (z-standardisierte altersadjustierte Mittelwerte, 95 %-KI) kontrolliert für Geschlecht und SES



Chronischer Stress und kognitive Leistungsfähigkeit, nach Mechanik und Pragmatik differenziert



Fehlerbalken entsprechen 95 % - KI; z-standardisierte fürs Alter adjustierte Mittelwerte; Mediansplit; ** $p < .01$, * $p < .05$

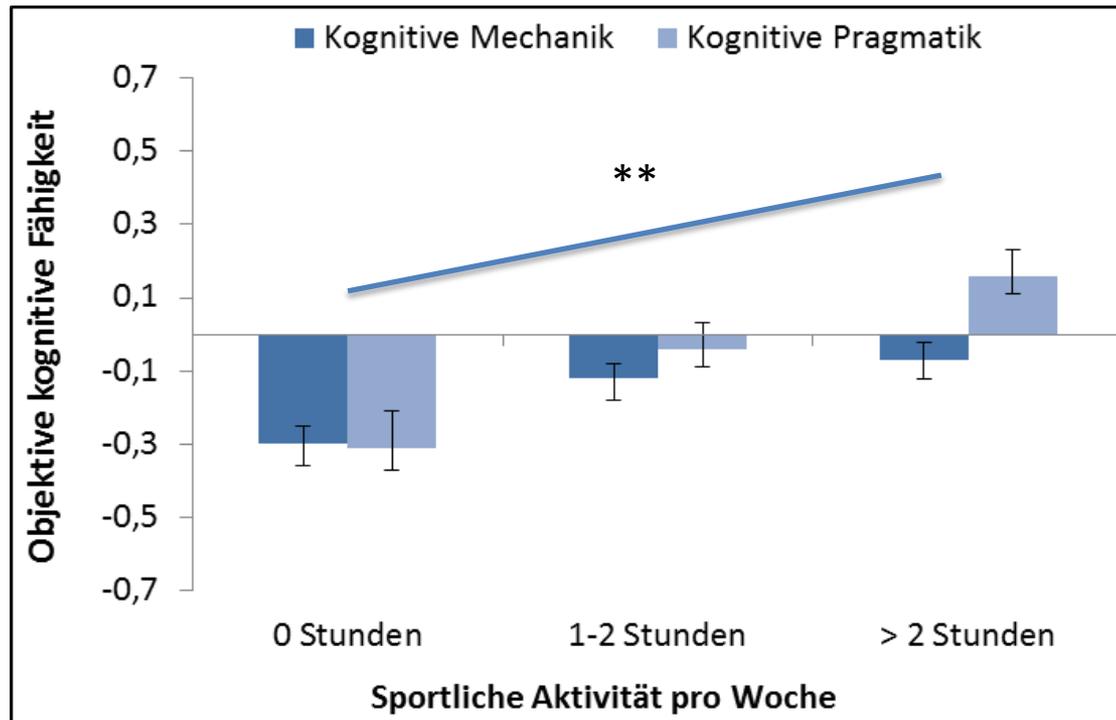
Personen mit überdurchschnittlichem chronischen Stress zeigen geringere Leistungen in der kognitiven Mechanik und Pragmatik



**Empirische Ergebnisse zum
präventiven Potenzial von
Gesundheitsförderung
am Beispiel
kognitiver Leistungsfähigkeit**



Sportliche Aktivität und kognitive Leistungsfähigkeit

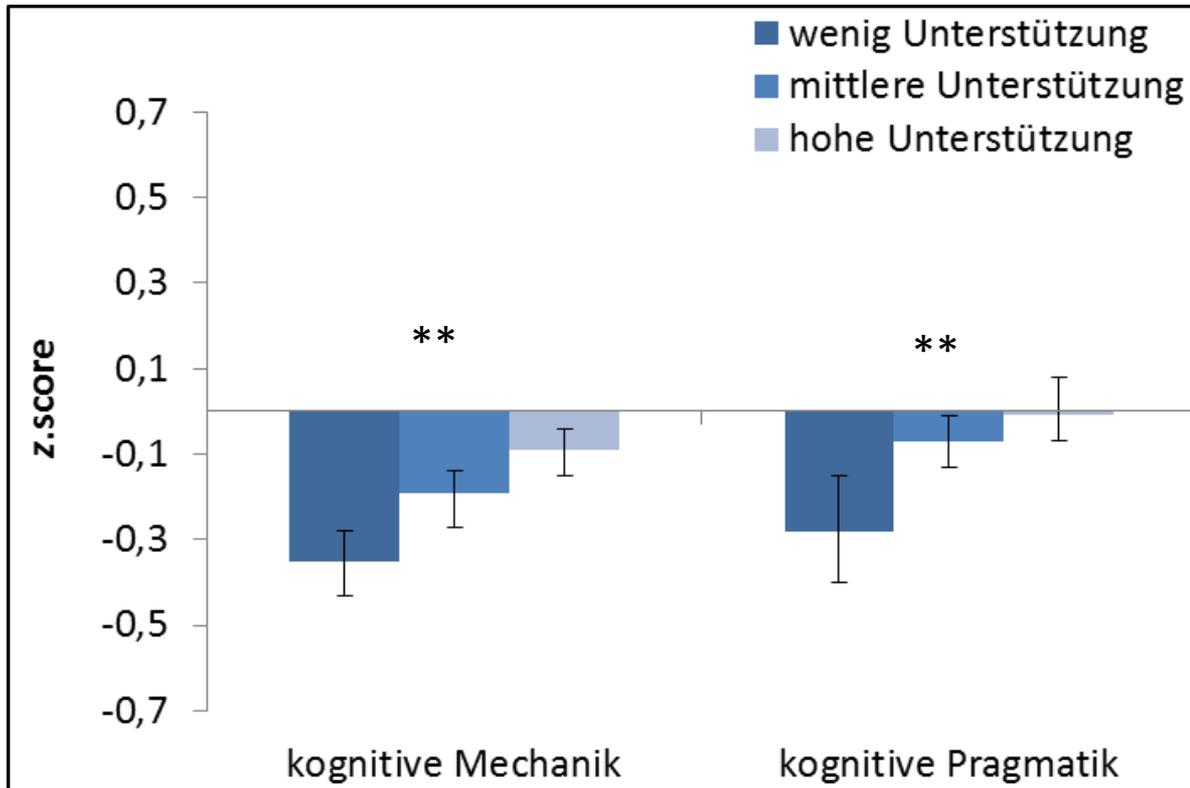


Fehlerbalken entsprechen 95 % - KI; z-standardisierte fürs Alter adjustierte Mittelwerte; Mediansplit; ** $p < .01$, * $p < .05$

Bereits 1-2 Stunden Sport in der Woche sind mit signifikant besseren Leistungen in der kognitiven Mechanik und Pragmatik assoziiert



Soziale Unterstützung und kognitive Leistungsfähigkeit



Fehlerbalken entsprechen 95 % - KI; z-standardisierte fürs Alter adjustierte Mittelwerte; Mediansplit; ** $p < .01$, * $p < .05$

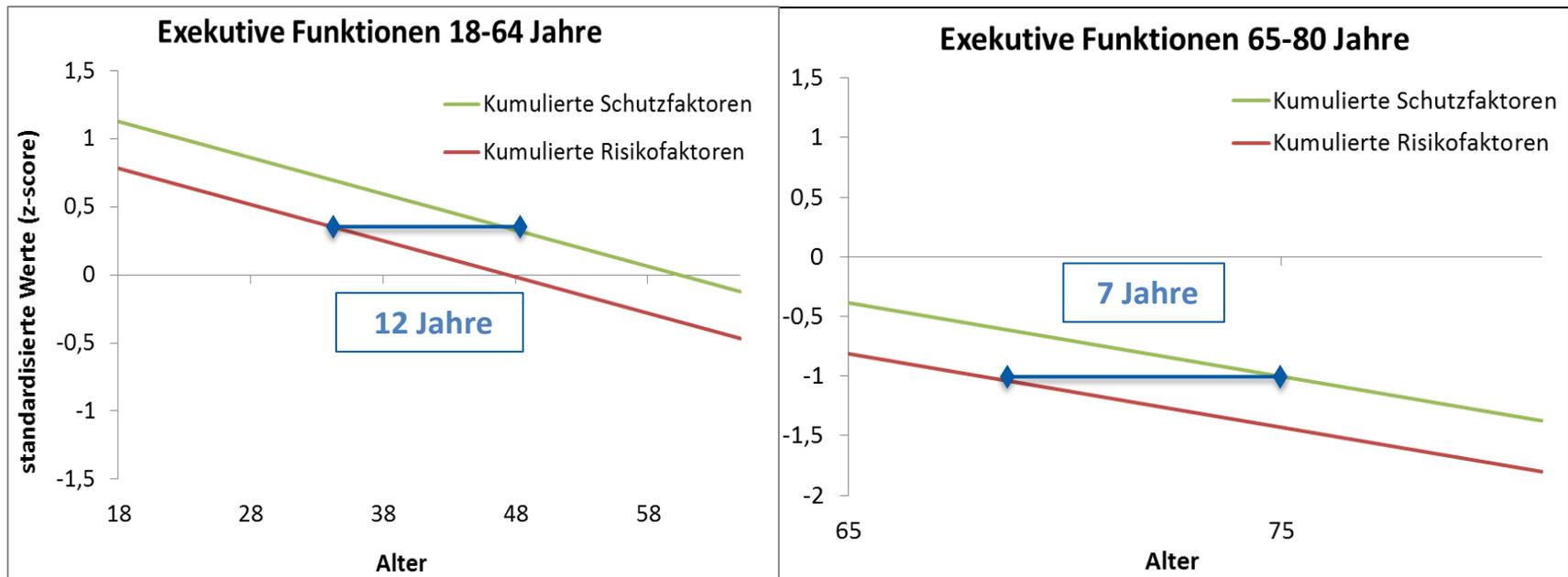
Personen mit hoher sozialer Unterstützung zeigen höhere Leistungen in der kognitiven Mechanik und Pragmatik



In welchem Ausmaß lässt sich ein gesundes kognitives Altern fördern?

Erhöhtes bzw. vermindertes Risiko für frühzeitiges kognitives Altern
um 12 Jahre (18-65 Jahre) bzw. 7 Jahre (65-80 Jahre)
kontrolliert für Geschlecht und SES

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| - | Chronischer Stress | + |
| + | Sportliche Aktivität | - |
| + | Gesunde Ernährung | - |
| + | Soziale Unterstützung | - |





**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**

Genauere Quellen zu den gezeigten Daten finden Sie auf
WWW.RKI.de