

Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie

S. Mühlig, A. Neumann-Thiele, C. Teichmann, J. Paulick

- 2.1 Epidemiologische und gesundheitspolitische Perspektiven – 45**
- 2.2 Psychische Gesundheit – 45**
- 2.3 Sucht und Substanzstörungen – 47**
 - 2.3.1 Alkoholbezogene Störungen – 47
 - 2.3.2 Tabakbedingte Störungen – 49
 - 2.3.3 Medikamentenbezogene Störungen – 49
 - 2.3.4 Befundbewertung – 50
- 2.4 Affektive Störungen – 50**
 - 2.4.1 Depression – 50
 - 2.4.2 Minor Depression (Dysthymie) – 53
- 2.5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen – 53**
 - 2.5.1 Angststörungen – 53
 - 2.5.2 Somatoforme Störungen – 55
- 2.6 Andere psychische Störungen und Funktionsstörungen – 55**
 - 2.6.1 Psychotische Störung – 55
 - 2.6.2 Schlafprobleme – 56
 - 2.6.3 Suizidalität – 57
- 2.7 Demenzen und minimale kognitive Beeinträchtigungen – 58**
 - 2.7.1 Prädemenzielle Syndrome – 58
 - 2.7.2 Demenzerkrankungen – 59
- 2.8 Versorgungsepidemiologie – 61**
 - 2.8.1 Anzahl der verordneten Arzneimittel – 61
 - 2.8.2 Krankenhausfälle – 61

2.9 Psychotherapeutische Versorgung – 62

2.10 Diskussion – 63

2.11 Ausblick für Therapeuten – 66

Literatur – 66

2.1 Epidemiologische und gesundheitspolitische Perspektiven

Der klinischen Gerontopsychologie kommt künftig eine wachsende gesundheitspolitische Bedeutung zu. Nach den demografischen Prognosen wird es in den nächsten Jahrzehnten in den meisten europäischen Ländern zu einer radikalen Veränderung der »Alterspyramide« kommen (Birg 2008; Böhm et al. 2009). Die **Bevölkerungsvorausberechnung** des Statistischen Bundesamtes (Variante 2-W2) prognostiziert für die Bundesrepublik Deutschland, dass aufgrund der anhaltend niedrigen Geburtenraten und des Anstieges der Lebenserwartung der Anteil der über 64-Jährigen bis zum Jahr 2030 auf 29 % der Gesamtbevölkerung ansteigen wird (Statistisches Bundesamt 2009). Dabei fällt die Zunahme des Anteils der sehr alten Personen überproportional aus: Während die Anzahl der »jungen Alten« (65- bis 75-Jährige) bis 2050 um ca. ein Drittel steigen wird, werden die über 90-Jährigen sogar um 400 % zunehmen (Schulz et al. 2004). Der hohe Anteil älterer und v. a. hochbetagter Menschen bringt eine drastische Zunahme von unheilbaren und medizinisch nur begrenzt therapierbaren chronischen körperlichen Krankheiten sowie von Multimorbiditäten und Funktionsbeeinträchtigungen mit sich. Diese Verschiebung des **Krankheitsspektrums** wird tiefgreifende Veränderungen des Gesundheitssystems erfordern mit einem deutlich erhöhten Bedarf an psychosozialen Betreuungs- und Behandlungsangeboten (Lauterbach et al. 2010; Nowossadeck 2012).

2.2 Psychische Gesundheit

Die Frage, ob die Prävalenz psychischer Störungen bei alten Menschen zunimmt, bildet einen zentralen Gegenstand der aktuellen epidemiologischen Forschung. Dies soll am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland dargestellt werden.

In der regelmäßig wiederholten repräsentativen Befragung der deutschsprachigen, erwachsenen Wohnbevölkerung in Privathaushalten mit Festnetzanschluss im Rahmen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) wurden vom Ro-

bert Koch-Institut 2009–2010 insgesamt 22.050 erwachsene Bundesbürger zu ihrem Gesundheitszustand und ihrem Gesundheitsverhalten telefonisch befragt (Robert Koch-Institut 2010). Zur Messung der psychischen Gesundheit wurde das **Mental Health Inventory (MHI-5)** eingesetzt (Berwick et al. 1991; Morfeld et al. 2005), das im Einzelnen danach fragt, ob die Teilnehmer in den letzten vier Wochen »immer, meistens, manchmal, selten oder nie«, »sehr nervös«, »so niedergeschlagen waren, dass Sie nichts aufheitern konnte«, »ruhig und gelassen«, »entmutigt und traurig« und »glücklich« waren. Für die Gesamtstichprobe wurde bei 61,9 % der Befragten eine durchschnittliche oder überdurchschnittliche psychische Gesundheit festgestellt, bei 27,6 % eine unterdurchschnittliche und bei 10,5 % eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (Scheidt-Nave et al. 2012). Im Altersvergleich zeigten sich insgesamt kaum Unterschiede zwischen den Kohorten. Gemessen an der Verteilung durchschnittlich oder überdurchschnittlich psychisch Gesunder unterscheidet sich lediglich die Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen (58,6 %) von der Altersgruppe ab 65 Jahren (53,1 %) signifikant. Allerdings ist bei Frauen eine kontinuierliche Zunahme des Anteils der Befragten, die eine psychische Beeinträchtigung angeben, von 11 % bei den 18- bis 29-Jährigen auf 15,4 % bei den ab 65-Jährigen zu verzeichnen (vgl. ■ Tab. 2.1). Bei den Männern finden sich in der Altersgruppe 65+ Jahre die höchsten Anteile psychisch beeinträchtigter Personen bei der Subgruppe der Befragten mit niedrigem Bildungsgrad.

Die repräsentativen epidemiologischen Bevölkerungssurveys auf Basis individueller **klinisch-diagnostischer Untersuchungen** kommen demgegenüber international konsistent zu niedrigeren Prävalenzen psychischer Störungen im Alter. Die aktuelle bevölkerungsepidemiologische »**Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland**« (DEGS1), die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wurde, umfasst insgesamt 8.152 repräsentativ ausgewählte Bundesbürger im Alter von 18–91 Jahren (Kamtsiuris et al. 2013). Die Stichprobe setzt sich hälftig zusammen aus Wiederholungsbefragten des Bundesgesundheits-surveys von 1998 und Neueingeladenen. Von der

■ **Tab. 2.1** Psychische Gesundheit bei Männern und Frauen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell. (Robert Koch-Institut 2010)

		Weiblich		Männlich	
Alter Jahre	Psychische Gesundheit	Anteil (%)	(95 %-KI)*	Anteil (%)	(95 %-KI)
18–29	beeinträchtigt	11,0	(9,5–12,8)	5,8	(4,6–7,2)
	unterdurchschnittlich	33,8	(31,5–36,3)	25,3	(22,9–27,8)
	durchschnittlich oder besser	55,2	(52,6–57,7)	68,9	(66,3–71,5)
30–44	beeinträchtigt	11,8	(10,5–13,3)	7,2	(6,0–8,6)
	unterdurchschnittlich	29,6	(27,8–31,5)	24,1	(22,0–26,4)
	durchschnittlich oder besser	58,6	(56,5–60,6)	68,7	(66,3–71,0)
45–64	beeinträchtigt	14,6	(13,3–16,1)	8,4	(7,2–9,9)
	unterdurchschnittlich	28,9	(27,2–30,6)	23,7	(21,9–25,7)
	durchschnittlich oder besser	56,5	(54,6–58,4)	67,8	(65,7–69,9)
Ab 65	beeinträchtigt	15,4	(13,3–17,7)	7,1	(5,6–9,1)
	unterdurchschnittlich	31,5	(28,9–34,3)	25,6	(22,9–28,6)
	durchschnittlich oder besser	53,1	(50,2–55,9)	67,2	(64,1–70,2)

*KI=Konfidenzintervall

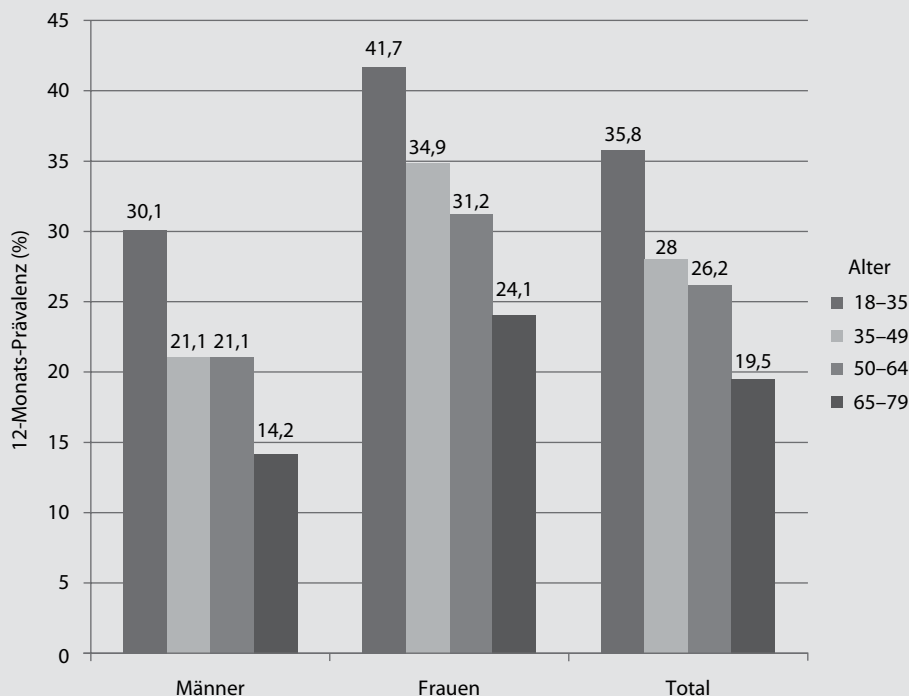
Gesamtstichprobe wurden 5.318 Teilnehmer in das **Zusatzmodul »Psychische Gesundheit« (DEGS-MH)** einbezogen, darunter 1.906 Personen im Alter von 60–79 Jahren (gewichtete Prozent: 27,3 %). Die klinisch-psychologische Diagnostik erfolgte in diesem Modul mittels einer multimodalen Befragung, die als Kernelement ein ausführliches klinisch-diagnostisches Interview auf Basis des CID-S (Wittchen et al. 1999) einschloss (Jacobi et al. 2013; ■ Abb. 2.1).

Nach den Ergebnissen des diagnostischen Interviews des Moduls »Psychische Gesundheit« erfüllen insgesamt 27,7 % der Deutschen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren innerhalb des zurückliegenden Ein-Jahres-Zeitraums die DSM-IV-/ICD-10-Diagnose »irgendeiner psychischen Störung« (ohne Nikotinabhängigkeit), davon Frauen (33,3 %) wesentlich häufiger als Männer (22,0 %). Die altersbezogene Datenauswertung erfolgte über vier Alterskategorien: 18–34, 35–49, 50–64 und 65–79 Jahre (■ Abb. 2.1). Wie sich zeigt, nimmt die **12-Monats-Prävalenz »irgendeiner psychischen**

Störung« (ohne Tabakabhängigkeit) in der bundesdeutschen Bevölkerung über die Altersstufen kontinuierlich *ab*, von 35,8 % bei den 18- bis 34-Jährigen über 28,0 % (35–49 Jahre) und 26,2 % (50–64 Jahre) auf 19,5 % (65–79 Jahre). Dieser Trend fällt bei Männern stärker aus (18–34 Jahre: 30,1 %, 65–79 Jahre: 14,2 %) als bei den Frauen (41,7 % vs. 24,1 %). Über alle Alterskohorten hinweg liegt die wahre 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen durchgängig etwa 10 % höher als bei Männern.

➤ **Die 12-Monats-Prävalenz »irgendeiner psychischen Störung« (ohne Tabakabhängigkeit) nimmt in der bundesdeutschen Bevölkerung über die Altersstufen kontinuierlich ab.**

Im internationalen Vergleich liegen diese epidemiologischen Daten zur Verbreitung psychischer Störungen in Deutschland über dem Durchschnitt. Volkert et al. (2013) ermittelten in einer Metaanalyse über 25 epidemiologische Studien zur



■ Abb. 2.1 Prävalenz psychischer Störungen (ohne Nikotinabhängigkeit) nach Altersstufen der DEGS-MH. (Jacobi et al. 2013)

aktuellen und **Lifetime-Prävalenz (LT) psychischer Störungen** bei älteren Personen (50+ Jahre) in europäischen und nordamerikanischen Ländern. Die Studie erbrachte insgesamt niedrigere durchschnittliche Prävalenzen für affektive Störungen, Angststörungen und Substanzstörungen im Alter als in der DEGS.

2.3 Sucht und Substanzstörungen

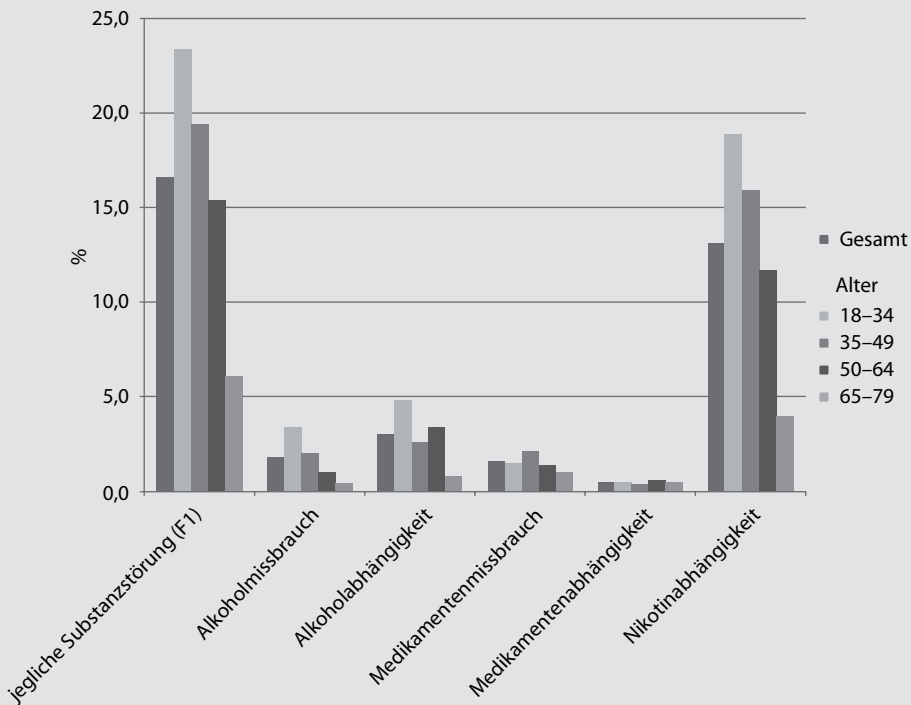
Substanzabhängigkeit und -missbrauch stellen in der Gesamtbevölkerung eine der epidemiologisch bedeutsamsten Störungsklassen dar und gehen zudem mit besonderen Einschränkungen und Einbußen an Lebensqualität einher. Wie aus früheren Erhebungen bekannt, entwickeln sich die Prävalenzraten für verschiedene Substanzstörungen mit dem Alter je nach Substanzklasse und in Abhängigkeit vom Geschlecht unterschiedlich. Während Missbrauch und Abhängigkeit beispielsweise von Alko-

hol und Nikotin mit zunehmendem Alter seltener werden, steigen die Häufigkeiten von Störungen im Zusammenhang mit Medikamenten bei älteren Personen an (Hapke et al. 2013; Knopf u. Grams 2013; Lampert et al. 2013; Jacobi et al. 2013).

In der DEGS1 wurden die Häufigkeiten von Substanzstörungen konkret bei drei Substanzklassen ermittelt: Alkohol, Medikamente und Nikotin. An **irgendeiner Substanzstörung** leiden nach den Daten des Studienzusatzmoduls »Psychische Störungen« 6,0 % (Männer) bzw. 6,2 % (Frauen) der 65- bis 79-Jährigen (ohne illegale Drogen) und damit weit weniger als in jeder anderen Altersklasse (vgl. ■ Abb. 2.2; Jacobi et al. 2013).

2.3.1 Alkoholbezogene Störungen

In der Hauptuntersuchung (DEGS1) wurden **Alkoholkonsum** und **alkoholbedingte Störungen** mit dem Selbstauskunftfragebogen AUDIT-C erfasst,



■ Abb. 2.2 Substanzstörungen (mit Nikotinabhängigkeit) nach DEGS-MH. (Jacobi et al. 2013)

welcher drei Fragen beinhaltet und im Ergebnis normalen Konsum, Risikokonsum und Rauschtrinken differenziert (Hapke et al. 2013). Zudem wurde der sozioökonomische Status untersucht, der möglicherweise einen Einfluss auf den Alkoholkonsum hat.

Risikokonsum Die Ergebnisse zeigen, dass Risikokonsum bei jüngeren Menschen (19–29 Jahre) am häufigsten auftritt, wohingegen die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen die geringste Häufigkeit (Frauen gesamt: 18,0 %; Männer gesamt: 34,4 %) aufweist. Bei Frauen steigt die Häufigkeit des Risikokonsums mit dem sozioökonomischen Status an, wobei dieser Anstieg bei den 65- bis 79-Jährigen besonders ausgeprägt ausfällt (niedriger sozioökonomischer Status: 10,8 % vs. 32,8 % bei hohem sozioökonomischen Status).

Rauschtrinken Rauschtrinken (»binge drinking«) findet sich unter Männern 3-mal so häufig wie

unter Frauen und nimmt ebenfalls mit dem Alter ab (Altersgruppe 65–79 Jahre: Frauen: 7,5 %; Männer: 22,5 %). Allerdings variieren die Prävalenzen hier kaum mit dem sozioökonomischen Status.

Prävalenz

Im Zusatzmodul »Psychische Gesundheit« der Studie wurden mit dem klinischen Interview (CIDI) zusätzlich detailliertere Daten erhoben, die eine präzisere Prävalenzschätzung von **Alkoholmissbrauch** und **Alkoholabhängigkeit** zulassen (Jacobi et al. 2013). Alkoholmissbrauch im 12-Monats-Zeitraum wurde in der Gesamtstichprobe lediglich bei 1,8 % festgestellt, wobei diese Diagnose in der Gruppe der 65- bis 79-Jährigen mit 0,8 % (Männer) bzw. 0 % (Frauen) wiederum unterdurchschnittlich ausfällt. Die Diagnosekriterien für Alkoholabhängigkeit werden insgesamt von 3,0 % der Studienteilnehmer erfüllt (Männer: 4,4 %; Frauen: 1,6 %), wobei hier ein Anstieg der Prävalenzen bei den 50- bis 64-Jährigen (3,4 %) und dann wiederum ein

drastischer Abfall in der ältesten Kohorte (0,8 %) zu verzeichnen ist. Diese Daten sind sehr konsistent zu den Befunden internationaler epidemiologischer Erhebungen. Die Metaanalyse von Volkert et al. (2013) zur *Epidemiologie psychischer Störungen älterer Menschen (ab 50 Jahren) in Europa und Nordamerika* ermittelte für alkoholbezogene Störungen eine Punktprävalenz von 0,96 % sowie eine Lebenszeitprävalenz von 11,7 %.

2.3.2 Tabakbedingte Störungen

Rauchverhalten

Das Rauchverhalten wurde in der DEGS1 mit mehreren Fragen erhoben, die auf das aktuelle bzw. frühere Rauchverhalten sowie auf die Intensität des Rauchens abzielen (Lampert et al. 2013). Anhand der Frage: »Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?« wurde zunächst zwischen »täglichen Rauchern«, »Gelegenheitsrauchern«, »Ex-Rauchern« und »Nie-Rauchern« unterschieden. Die Intensität des Rauchens wurde durch eine Selbstauskunft zur täglichen oder gelegentlichen Rauchmenge erfasst, wobei die Probanden außerdem die Konsumart angaben (Zigarette: fabrikfertig vs. selbstgedreht, Zigarre/Zigarillo, Pfeife oder Wasserpfeife). Aktuelles (d. h. tägliches oder gelegentliches) Rauchen kommt in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen im Vergleich zu allen jüngeren Altersgruppen am seltensten vor. Liegt der Anteil der Raucher bei den 18- bis 64-jährigen Frauen noch zwischen 23,2 % und 29,7 %, sind es bei den 65- bis 79-Jährigen nur noch 7,1 %. Bei Männern bewegt sich die Raucherrate der 18- bis 64-Jährigen zwischen 25,6 % und 34,2 %, für die 65- bis 79-Jährigen liegt sie lediglich bei 9,8 %.

Nikotinabhängigkeit

Im Zusatzmodul »Psychische Störungen« wurde zusätzlich zum Tabakkonsum die 12-Monats-Prävalenz für die Nikotinabhängigkeit ermittelt (Jacobi et al. 2013). Diese liegt insgesamt bei 13,1 % (Männer: 14,6 %; Frauen: 11,7 %) und nimmt über die Altersstufen kontinuierlich ab, wobei die älteste Kohorte (65–79 Jahre) eine Prävalenzrate der Nikotinabhängigkeit von lediglich 4,0 % aufweist. Für den signifikanten Abfall der Raucherprävalenzen

mit zunehmendem Alter ist sicher *nicht* allein die Übersterblichkeit von Rauchern verantwortlich zu machen, da der Anteil der Exraucher in den älteren Kohorten zugleich proportional zunimmt (Pabst et al. 2010).

2.3.3 Medikamentenbezogene Störungen

Erfassung der Medikation

Die Erfassung der Medikation erfolgte in der DEGS1 auf unterschiedliche Art (Knopf u. Grams 2013). Die aktuelle Medikamenteneinnahme wurde mittels computergestütztem persönlichen Interview (CAPI) untersucht. Außerdem wurden die Teilnehmer gebeten, zum Interview sämtliche Originalverpackungen von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln mitzubringen, die sie in den letzten sieben Tagen konsumiert hatten. Dabei wurden sowohl ärztlich verordnete Arzneimittel als auch die zur Selbstmedikation verwendeten verschreibungsfreien OTC-Präparate (»over-the-counter«) erfasst. Rund drei Viertel (74,7 %) aller Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren hatten in den letzten sieben Tagen mindestens ein Präparat oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen, Frauen signifikant häufiger (85,4 %) als Männer (63,8 %). Bei beiden Geschlechtern steigt die Arzneimittelanwendungsprävalenz mit dem Alter, wobei der Anstieg bei den Männern stärker ausfällt. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen nehmen 94,9 % der Männer und 96,3 % der Frauen Medikamente. Frauen wenden nicht nur häufiger Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel an, sie konsumieren auch mehr unterschiedliche Präparate (im Alter von 70–79 Jahren 5,5 vs. 4,7 Präparate).

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit

Die Prävalenz von **Polypharmazie** nimmt mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern zu. Fast die Hälfte der Männer (47,0 %) und 53,2 % der Frauen in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen gaben an, in den letzten sieben Tagen fünf oder mehr Präparate angewendet zu haben. Medikamente, die besonders mit **Missbrauch** und **Abhängigkeit** in

Zusammenhang stehen, sind v. a. Benzodiazepine und Opioidanalgetika. Die Anzahl der diesbezüglichen Verschreibungen steigt mit dem Alter kontinuierlich an. Frauen werden sie dabei noch deutlich häufiger verordnet als Männern. Vor allem Langzeitbehandlungen mit diesen Präparaten bergen ein höheres Suchtrisiko. Die Identifikation von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit ist vor dem Hintergrund der multiplen Verordnungen bei älteren Menschen extrem schwierig und naturgemäß mit einer hohen Dunkelziffer behaftet – zumal die Abhängigkeitsrisiken einer Reihe von Arzneimitteln mit Suchtpotenzial (z. B. Benzodiazepinen) bei Personen im Seniorenalter nach Indikationsempfehlungen in der Versorgungspraxis häufig billigend in Kauf genommen werden. Insofern ist es methodisch äußerst schwierig, zwischen Arzneimittelanwendung mit begründeter medizinischer Indikation und (ärztlich toleriertem) Medikamentenmissbrauch zu differenzieren. Die Resultate des Zusatzmoduls »Psychische Störungen« der DEGS-MH zeigen eine 12-Monats-Prävalenz des Medikamentenmissbrauches von insgesamt lediglich 1,6 % und der Medikamentenabhängigkeit von 0,5 %, die im Alter nur unwesentlich abweichen (1,0 % bzw. 0,5 %). In Anbetracht der im jährlich herausgegebenen **Arzneiverordnungsreport** dokumentierten Zahlen (Schwabe u. Pfaffrath 2013) ist von einer hohen Dunkelziffer des Medikamentenmissbrauches auszugehen. Es wird geschätzt, dass 40–50 % der Dauerkonsumenten von Benzodiazepinen abhängig werden und dass mindestens 5–10 % der über 60-Jährigen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente oder von Schmerzmitteln betreiben (Zeman 2009). Insbesondere der anhaltend eklatante Anstieg der Verschreibungsmengen von Antidepressiva ist auf einen hohen Anteil nicht sachgerechter Verordnungen zurückzuführen (Hach et al. 2004; Holzbach et al. 2010; Soumerai et al. 2003; Weyerer 2003; Wolter-Henseler 1996; Zandstra et al. 2002).

2.3.4 Befundbewertung

Bei der Bewertung der epidemiologischen Befundlage zur Verbreitung von Substanzstörungen ist zu beachten, dass die Ermittlung von Suchtprä-

valenzen im Alter in besonderem Maße mit dem Problem der **Unterdiagnostik** verbunden ist, weil diese Störungen bei alten Menschen überproportional häufig nicht erkannt, gelegnet, bagatellisiert oder fehlinterpretiert werden. Beispielsweise werden häufige Stürze, nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit und mangelnder Antrieb oder Interessenlosigkeit oft fälschlicherweise dem hohen Alter zugeschrieben oder mit Symptomen von Alterserkrankungen verwechselt, obwohl sie tatsächlich auf eine Suchterkrankung zurückzuführen sind (Zeman 2009; Drewes-Lauterbach et al. 2012). Somit muss von einer großen Dunkelziffer in der Verbreitung von Sucht und Substanzstörungen im Alter ausgegangen werden. Zudem weisen Suchstörungen im Alter einige Spezifika auf, die mit einem erhöhten Risikopotenzial verbunden sind: So ist bspw. die pharmakologische Suchtmitteltoleranz geringer, das Risiko von negativen Effekten auf organische Grunderkrankungen und für Arzneimittelinteraktionen oder (Sturz-)Unfälle erhöht. Besondere Risikofaktoren für Substanzstörungen im Alter sind frühere Suchterfahrungen, eine lange Behandlungsdauer mit Medikamenten, Dosissteigerungen, psychosoziale Belastungen, Multimorbidität, Schlaflosigkeit sowie chronische Schmerzen. Außerdem führt ein veränderter Stoffwechsel zu altersspezifischen Folgen und einer erhöhten Polytoxizität (Zeman 2009; Drewes-Lauterbach et al. 2012).

2.4 Affektive Störungen

2.4.1 Depression

Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und stellen unter allen untersuchten Krankheiten diejenige mit dem größten Verlust an Lebensqualität (»disability adjusted life years« [DALY]) dar. Obwohl immer wieder eine positive Assoziation zwischen Alter und Depression vermutet wird, spricht die Evidenzlage zu diesem Zusammenhang eher dagegen, jedenfalls was die erwachsenenbezogenen Störungsdefinitionen betrifft (Buber u. Engelhardt 2011). Zur Diskussion von auf das höhere Lebensalter bezogenen Störungsdefinitionen s. ► Kap. 1.

■ **Tab. 2.2** Prävalenz von depressiver Symptomatik (PHQ-9≥10 Punkte) nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent, 95 %-Konfidenzintervall, n=7.524. (Busch et al. 2013)

	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre
Frauen	10,4 (8,1–13,3)	9,8 (7,1–13,4)	7,7 (5,1–11,4)
Männer	6,1 (4,5–8,3)	4,5 (2,9–6,9)	4,2 (2,6–7,0)
Gesamt	8,2 (6,7–10,1)	7,2 (5,6–9,2)	6,1 (4,3–8,6)

In der DEGS1-Studie wurden affektive Störungen in unterschiedlicher Weise erfasst (Busch et al. 2013):

- die aktuelle depressive Symptomatik in Form einer Screening-Befragung mittels des Selbstbeantwortungsfragebogens **Patient Health Questionnaire** (PHQ-9;Löwe et al. 2002),
- bereits diagnostizierte Depressionen im Rahmen des **standardisierten ärztlichen Interviews** und
- eine valide Diagnose nach den etablierten klinischen Kriterien der Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 durch ein **standardisiertes diagnostisches Interview** (DEGS-MH).

Der PHQ-9 wurde von 7.524 der Befragten vollständig beantwortet (Busch et al. 2013; vgl. ■ Tab. 2.2). Insgesamt 8,1 % der Erwachsenen im Alter von 18–79 Jahren weisen danach aktuell (letzte 2 Wochen) eine depressive Symptomatik mit Verdachtsdiagnose einer affektiven Störung (PHQ-9≥10 Punkte) auf, wobei die Punktprevalenz der Frauen fast doppelt so hoch ausfällt (10,2 %) wie die der Männer (6,1 %). Die Punktprevalenz der Depressivität schwankt über die vier Altersstufen hinweg, wobei beide Geschlechter in der höchsten Altersgruppe (70–79) die niedrigsten Prävalenzen (7,7 % vs. 4,2 %) aufweisen.

Die **DEGS-MH-Studie** (Jacobi et al. 2013) mit dem klinischen CIDI-Interview an 5.318 Teilnehmern zeigt,

- dass die 12-Monats-Prävalenz **irgendeiner affektiven Störung** insgesamt bei 9,3 % liegt (vgl. ■ Abb. 2.3). In der Altersgruppe 65–79 Jahre liegt sie bei 5,4 % (gewichtet) und beträgt damit nur gut ein Drittel der Störungshäufigkeit im Vergleich zur Gruppe der Jüngeren.

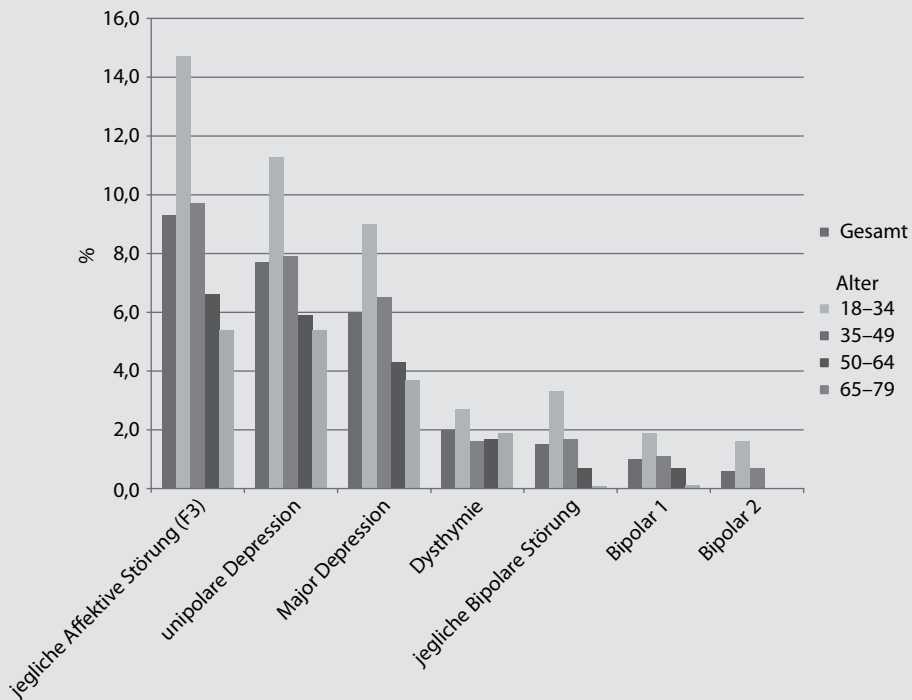
Frauen sind insgesamt doppelt so häufig (12,4 %) von einer affektiven Störung betroffen wie Männer (6,1 %).

- Der Anteil der **Major Depression** fällt auf 3,7 % bei den alten Menschen (65–79 Jahre).
- Bei der **Dysthymie** ist demgegenüber zunächst eine Abnahme auf 1,6 % bzw. 1,7 % zu verzeichnen, während die Prävalenz in der Gruppe 65+ Jahre wieder leicht ansteigt (1,9 %), bei Frauen etwas stärker (auf 2,8 % bei den 65–79-Jährigen).
- Die **bipolaren Störungen** werden in dieser Studie bei den alten Menschen nur noch in Einzelfällen detektiert (0,1 % bzw. 0,0 %).

Die **Lebenszeitprävalenz einer jemals diagnostizierten Depression** wurde im ärztlichen Interview (DEGS1) erhoben (n=7.912; vgl. ■ Tab. 2.3; Busch et al. 2013). Insgesamt liegt diese »behandelte«Prävalenz bei 11,6 % der bundesdeutschen Bevölkerung, wobei die Quote bei Frauen etwa doppelt so hoch (15,4 %) ausfällt wie bei Männern (7,8 %). Die Lebenszeitprävalenz steigt mit zunehmendem Alter an, erreicht bei Frauen und Männern in der Altersgruppe von 60–69 Jahren den Höhepunkt (22,9 % und 11,6 %) und sinkt danach wieder ab (14,0 % und 7,9 %).

➤ **Die Lebenszeitprävalenz einer jemals diagnostizierten Depression liegt bei 11,6 % der bundesdeutschen Bevölkerung.**

Eine diagnostizierte Depression in den letzten 12 Monaten liegt bei insgesamt 6,0 % der Teilnehmer vor (Frauen: 8,1 % vs. Männer: 3,8 %). Die diagnostizierte 12-Monats-Prävalenz fällt insgesamt bei den 50- bis 59-Jährigen (8,4 %) und 60- bis



■ **Abb. 2.3** 12-Monats-Prävalenz unterschiedlicher affektiver Störungen nach klinischen Kriterien (CIDI-Interview) in der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen, DEGS-MH. (Jacobi et al. 2013)

■ **Tab. 2.3** Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von diagnostizierter Depression nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent, 95 %-Konfidenzintervall. (DEGS1; Busch et al. 2013)

	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre
Lebenszeitprävalenz (n = 7.912)			
Frauen	19,4 (16,5–22,6)	22,9 (18,8–27,5)	14,0 (10,8–17,9)
Männer	10,1 (7,7–13,1)	11,6 (8,9–14,8)	7,9 (5,2–11,9)
Gesamt	14,7 (12,7–17,0)	17,3 (14,7–20,2)	11,2 (9,0–14,0)
12-Monats-Prävalenz (n = 7.900)			
Frauen	10,9 (8,6–13,6)	10,7 (8,0–14,2)	5,9 (3,8–9,1)
Männer	6,0 (4,3–8,4)	5,0 (3,2–7,7)	2,7 (1,2–5,8)
Gesamt	8,4 (6,9–10,4)	7,9 (6,2–10,0)	4,5 (3,0–6,6)

69-Jährigen (7,9 %) am höchsten aus und nimmt bei den 70–79-Jährigen wieder ab (4,5 %). Diese Altersverteilung ist bei beiden Geschlechtern analog.

Im internationalen Vergleich ermittelte die **Metaanalyse** von Volkert et al. (2013) über 13 ein-

geschlossene Epidemiologiestudien aus westlichen Ländern

- für **Major Depressionen** eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz von 16,5 % (95 % CI: 15,50–17,54 %) und eine mittlere

Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie

Maercker, A. (Hrsg.)

2015, XVI, 390 S. 32 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-54722-5