



Vergleich von Primär- und Sekundärdaten: Prävalenz von psychischen Störungen und Arzneimittelgebrauch bei jungen Frauen

Isabel Hach

Studiengruppe:

E.S. Becker: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Nijmegen, Niederlande

I. Hach, W. Kirch: Klinische Pharmakologie– Public Health, TU Dresden

J. Krappweis: BfArM Bonn

J. Margraf: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Basel

A. Rentsch: Krebszentrum, Universitätsklinikum, TU Dresden

U. Ruhl, V. Türcke: Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden

Übersicht



- Einführung
- Darstellung der Methodik von A4/C4/C7
- Ergebnisse
 - a) Vergleich von Primär- und Sekundärdaten hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen
 - b) Medikamentengebrauch
- Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Einführung

- Ärzte der Primärversorgung müssen durchschnittlich 73 Patienten pro Tag versorgen.
- Die Durchführung diagnostischer Maßnahmen kostet dabei am meisten Zeit.

Krause et al., 2003

Einführung II

- „Reden“ wird nicht bezahlt, bringt keine Punkte, die abrechenbar sind.
- Psychische Störungen sind nicht anhand von Laborwerten ablesbar.
- Die Diagnostik psychischer Störungen ist kein Schwerpunkt der primärärztlichen Ausbildung.
- Keine Zeit + unzureichende Ausbildung = richtige Diagnose und Behandlung????



Ziele dieser Studie

- Bestimmung der Prävalenz psychischer Störungen bei jungen Frauen mittels Primär- und Sekundärdaten (diagnostisches standardisiertes psychologisches Interview versus Krankenscheindiagnosen).
- Evaluation des Arzneimittelgebrauches bei jungen Frauen.



Methodik

- 2 BMBF geförderte Projekte:

A4: Prädiktoren psychischer Gesundheit bei jungen Frauen

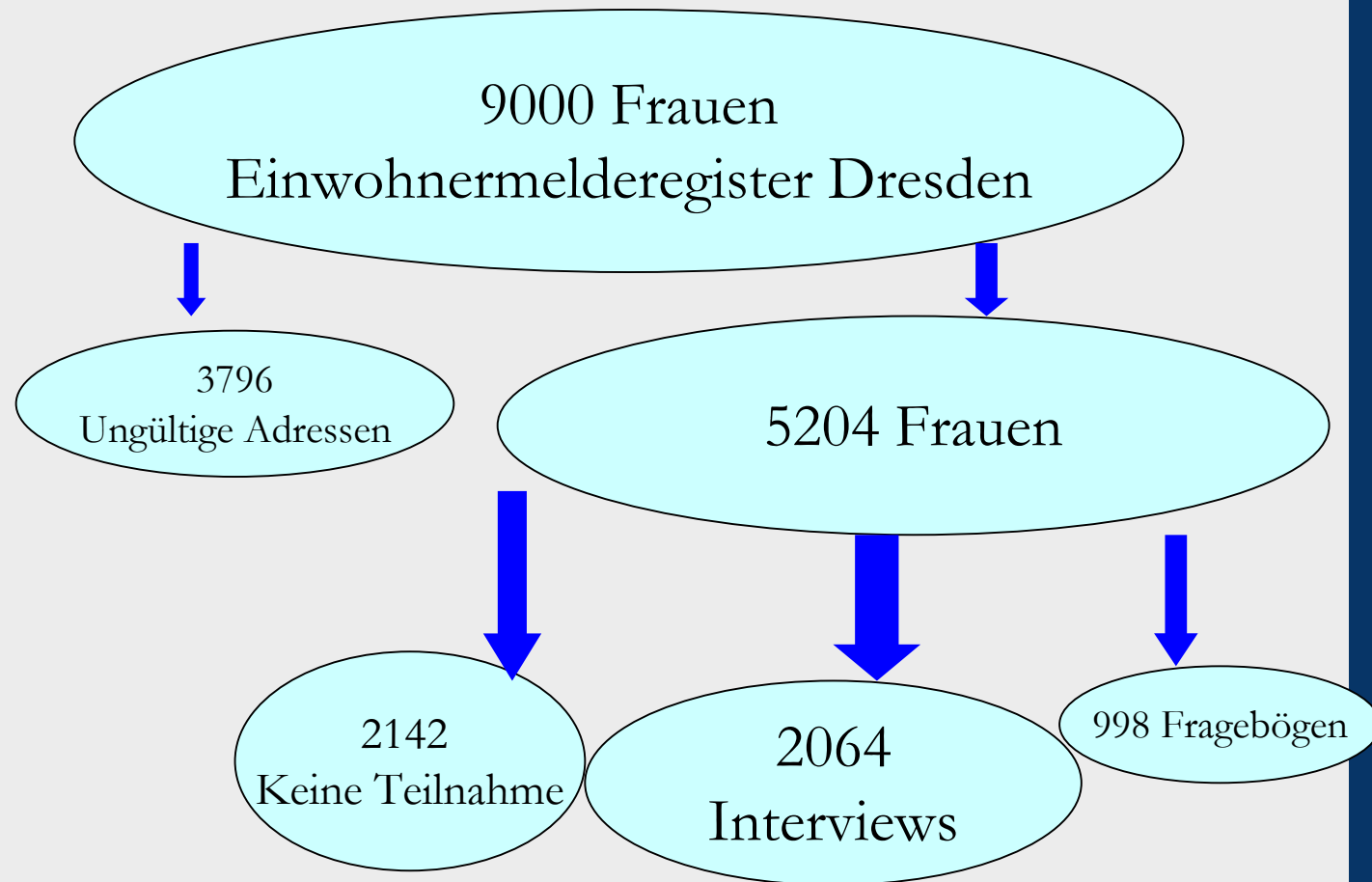
C4/C7: Arzneimittelanwendung bei jungen Frauen in Dresden

- Baseline: 1997
- Follow-up: 1998





Auswahl der Frauen





F-DIPS

- Strukturiertes psychologisches Interview zur Diagnose von Achse I Störungen des Diagnostischen Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV).
- Retest Interrater Reliabilität: 0.68 – 0.79 (Kappa Koeffizient) bzw. 0.67 – 1.0 (Yule's Y-Koeffizient).
- Interviewer: Entweder Psychologiestudenten im letzten Ausbildungsjahr oder Ärzte, die eine intensive einwöchige Schulung erfahren hatten. Zweimal pro Woche Supervisionen. „Gegenlesen“ der Interviews durch Supervisoren



Datenquellen: Primär- und Sekundär-Daten

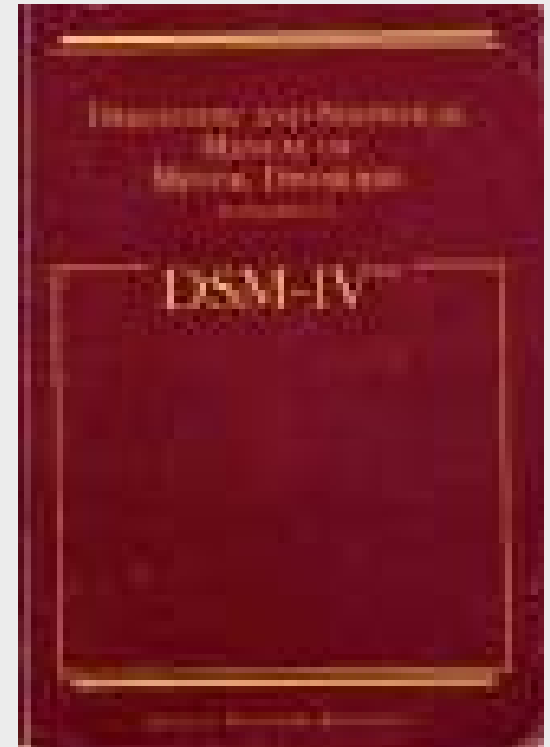
- Diagnosen des psychologischen Interviews: Lebenszeit-, 1-Jahres und Punktprävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-Diagnosen, die in ICD-10 Diagnosen überführt wurden) (N=2064).
- Rezeptdaten und Krankenscheine (01/97 – 12/98, ICD-10 Diagnosen) von 1555 Frauen, die einer Einsichtnahme zugestimmt hatten (GKV).
- Bei 342 Frauen (AOK-Versicherte) zusätzlich alle diagnostischen Maßnahmen, Überweisungen etc..
- Alle Frauen wurden hinsichtlich ihrer regelmäßig eingenommenen Medikation befragt (verordnete Arzneimittel und OTC-Präparate zu T1).



Ergebnisse



Prävalenz psychischer Störungen



Punkt- und Lebenszeit-Prävalenzen psychischer Störungen

F-DIPS Diagnoses	Punkt-Prävalenz T1	Lebenszeit-Prävalenz	Punkt-Prävalenz T2
Alle psychischen Störungen	20.4	35.9	23.4
Angststörungen	17.9	27.2	20.5
Affektive Störungen	1.9	12.9	2.2
Somatoforme Störungen	1.2	2.9	1.6
Essstörungen	1.0	4.0	1.0

Nationaler und internationaler Vergleich

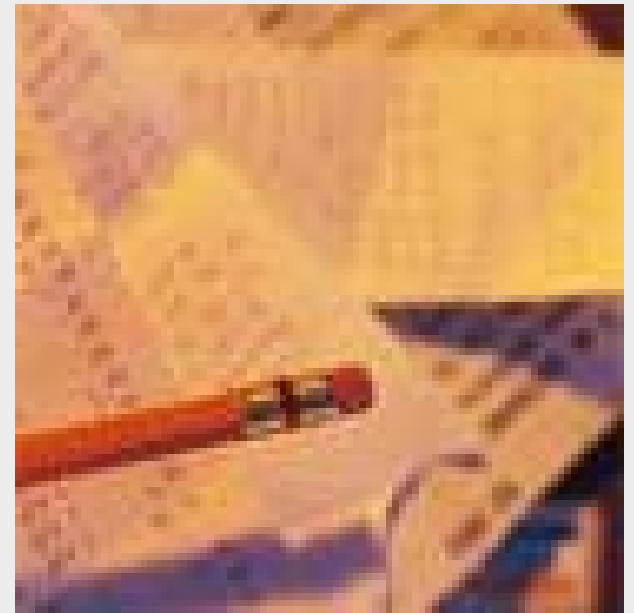


Die Prävalenzen-Raten psychischer Störungen in unserer Stichprobe stimmen in etwa überein mit denen

- Einer anderen deutschen Studie (Wittchen et al, 1998),
- Einer kanadischen Studie (Offord et al, 1998) sowie
- Einer amerikanischen Studie (Kessler et al., 1994).



Vergleich von F-Dips Diagnosen und Krankenscheindiagnosen



Vergleich von F-DIPS- und Krankenschein-Diagnosen



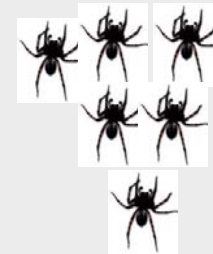
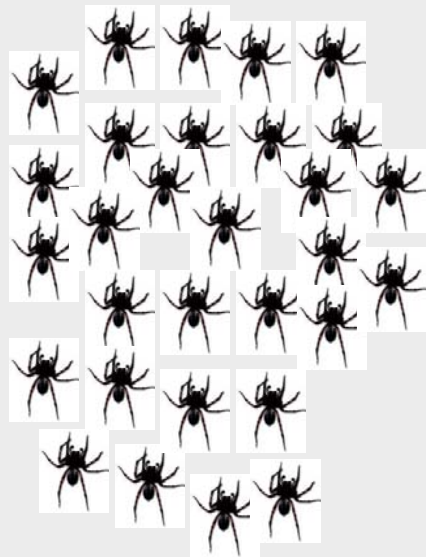
Frauen ohne psychische Störung:

59% F-DIPS versus 53% (Krankenscheine)

Vergleich von F-DIPS- und Krankenschein-Diagnosen

Angst Störungen:

- 30% (F-DIPS) versus 6% (Krankenscheine)



Zu niedrige Diagnoseraten für Angststörungen



- Nur 10% der hausärztlichen Patienten mit Angststörungen werden richtig diagnostiziert.

Kirmayer et al., Am J Psychiatry 1993, 150: 734-741.

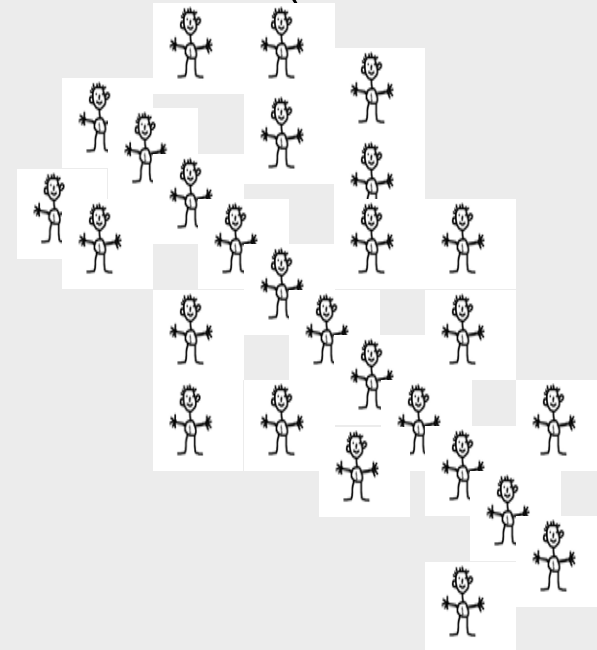
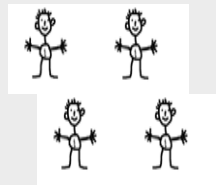
- 70% der diagnostizierten Angststörungen werden als „unspezifische Angststörung“ diagnostiziert.

Harman et al., J Gen Intern Med 2002, 17:165-72.

Vergleich von F-DIPS- und Krankenschein-Diagnosen

Somatoforme Störungen:

- 4% (F-DIPS) versus 29% (Krankenschein)



Somatoforme Störungen

- **F45.0 Somatisierungsstörung** Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden. Eine kurzdauernde (weniger als zwei Jahre) und weniger auffallende Symptomatik wird besser unter F45.1 klassifiziert (undifferenzierte Somatisierungsstörung).



Sexuelle Beziehungsstörung

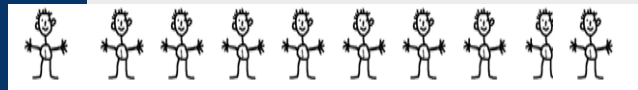
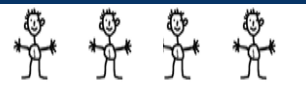
2-Jahresprävalenz: 9% (Krankenscheine)



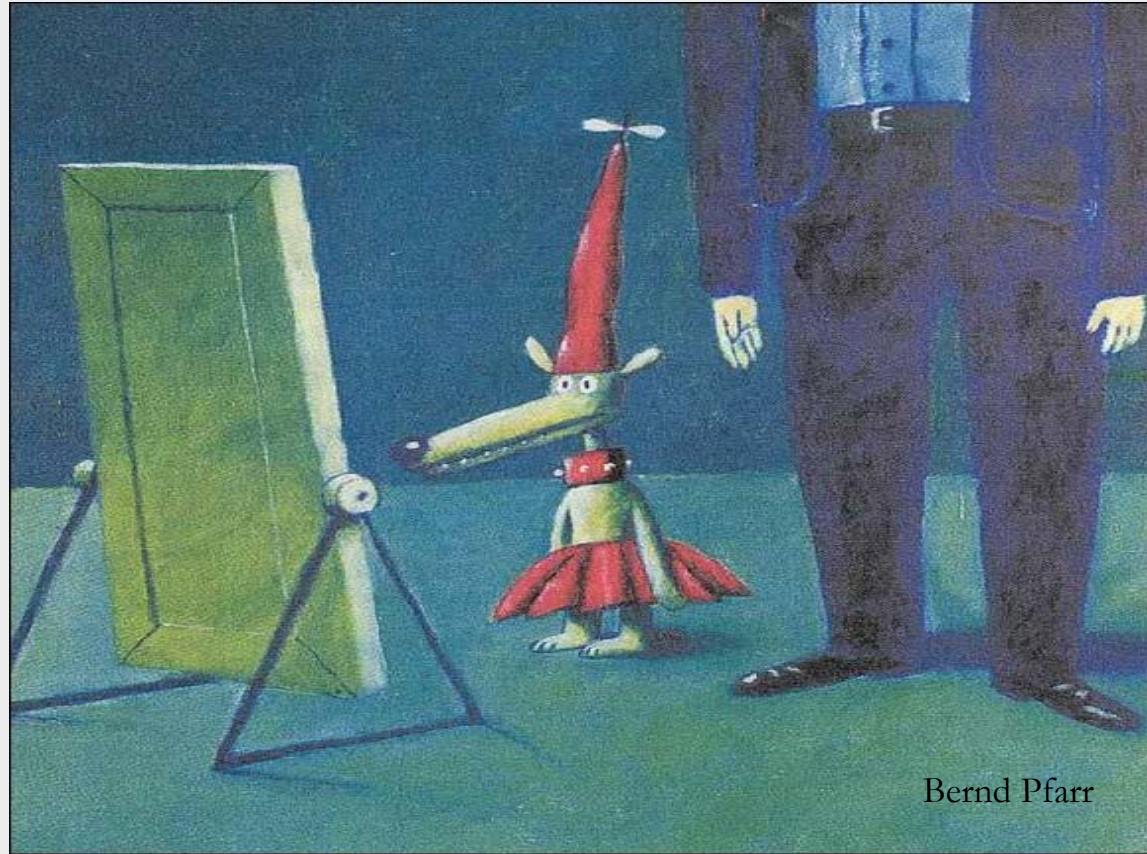
F-DIPS kann keine Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren.

Definition:

Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung (heterosexuell, homosexuell oder bisexuell) bereitet bei der Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme.



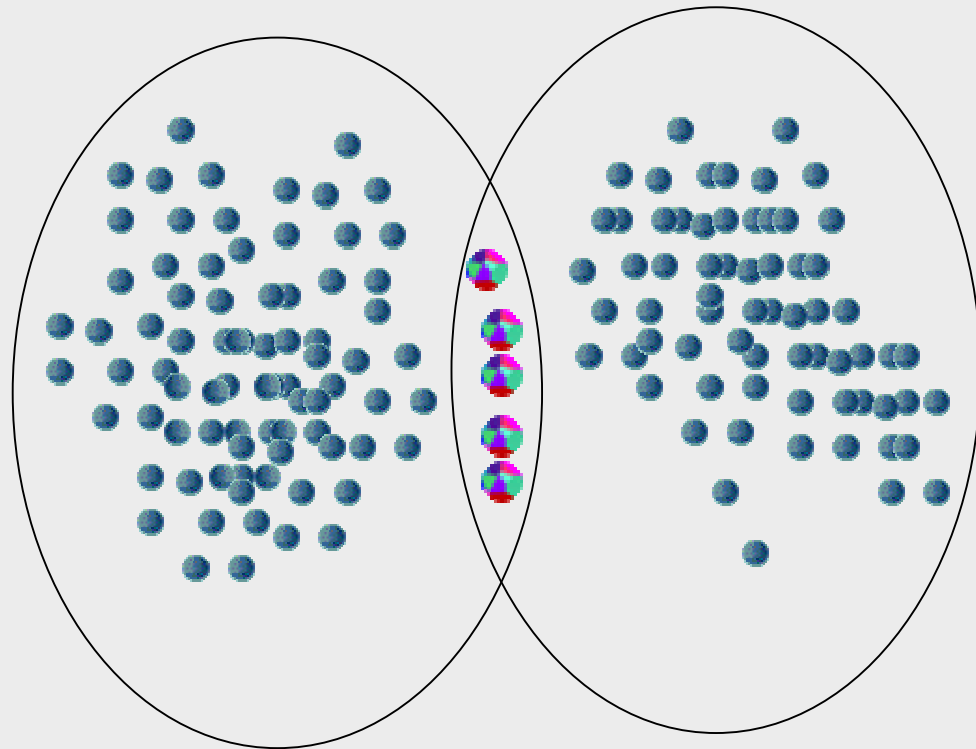
Sexuelle Beziehungsstörung



Fido versuchte praktisch alles, um die Nachbarskatze für sich einzunehmen.

Übereinstimmung

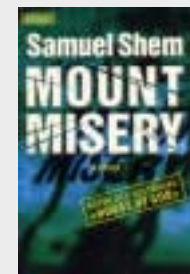
Insgesamt fand sich eine Übereinstimmung von ca. 5% zwischen Krankenscheinen und F-DIPS-Diagnosen.



Therapie

- “In Psychiatry, first comes treatment, then comes diagnosis”

(Samuel Shem, “Mount Misery” Law V)

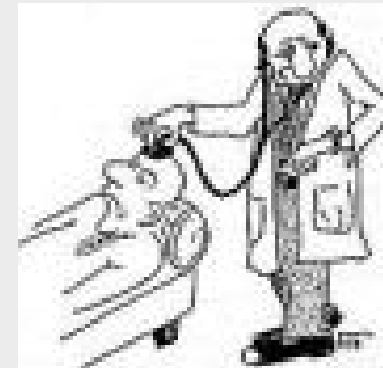


Therapie

- Nur ca. 10% der Frauen, die **laut F-DIPS** eine psychiatrische Diagnose aufwiesen, erhielten psychoaktive Medikation.



- Eine psychotherapeutische Behandlung wurde bei ca. 1% der betroffenen Frauen initiiert.



Arzneimittelgebrauch bei jungen Frauen



Arzneimittelgebrauch I



- Fast 2/3 der Frauen nehmen orale Kontrazeptiva regelmäßig ein.

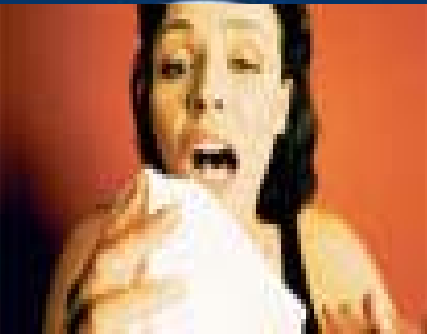
Gründe?

Junges Alter

Ost – West - Unterschiede

Arzneimittelgebrauch II

- 9,4% der Frauen wenden regelmäßig Medikamente für den „Respirationstrakt“ an, d.h. Antihistaminika, Nasentropfen, Antiasthmatika etc..



Cave:

Saisonale Einflüsse (Punktprävalenzen!)



Arzneimittelgebrauch III

- 8% nehmen zentral-nervös-wirksame Medikamente.

Davon sind:

Analgetika 58%

Antiepileptika 7%

Psychoanaleptika 11%

Psycholeptika 20%



Arzneimittelgebrauch IV

Außerdem häufige Einnahme von

- Thyroid-Therapeutika (7.8%)
- Nahrungsergänzungsmittel/Magen-/
Darmtherapeutika (4%)
- Dermatologika (3,6%)
- Anti-Hypotonika (3%)





Zusammenfassung

- Primär- und Sekundärdaten bezüglich Diagnosen psychischer Störungen stimmen nicht überein.
- Ärztliche „Maßnahme“ und Krankenschein-Diagnose (psychischer Störungen) sind stimmig. Aber: Was nützt dies dem Patienten?
- Die Versorgung von Frauen mit psychischen Störungen erscheint unzureichend, in diagnostischer und therapeutischer Sicht.
- Bei der Analyse von Krankenscheindaten psychischer Störungen und etwaigen Schlussfolgerungen daraus sollte mit größter Vorsicht vorgegangen werden.
- Es stellt sich die Frage, ob ein solcher Vergleich von Primär- und Sekundärdaten bei körperlichen Störungen ähnliche Ergebnisse zeigen würde.

FINALE

Liquor

ITALY



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**