

Aufbau des Referats:

- I Kurzer Überblick über wichtige Grundbegriffe der Epidemiologie und Definition sowie Vorstellung allgemeiner Risikofaktoren (Julia Mense)
- II Überblick über die Historische Entwicklung epidemiologischer Studien und Vorstellung der World Mental Health Study der WHO zum Thema internationaler Prävalenzvergleich (Anja Peters)
- III Gruppenarbeit zu klinischen Screening- und Diagnoseverfahren sowie Vorstellung der GHS-MHS und der Versorgungslage psychischer Störungen in Deutschland (Maria Mustafina)

Ein Versuch zur Beantwortung der aufgetretenen Fragen:

(1) Was ist wahre Prävalenz

In unserem Kontext ist bedeutet wahre Prävalenz die Verbreitung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung

Man unterscheidet unter

- a) wahrer Prävalenz (gemeint ist hiermit nicht, dass alle Mitglieder einer Population untersucht wurden)
- b) Prävalenz in der Primärversorgung
- c) Prävalenz in der psychotherapeutischen Behandlung

(2) Warum ist „unverheiratet sein“ ein Risikofaktor?

In vielen Studien wurde es einfach als ein Faktor erfasst (und nicht unbedingt zwischen „unverheiratet“, „ledig“ und „ohne Partner“ unterschieden). Grundkonzept scheint der Status eines Menschen ohne lebenslangen Partner zu sein. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass oft retrospektive Untersuchungen durchgeführt wurden. Somit ist nicht klar ob dieser und auch andere Risikofaktoren, Begleiterscheinungen oder die Entstehung der psychischen Erkrankung bedingende Faktoren sind.

(3) Definitionen im Kontext des Screenings:

nach dem Lehrbuchtext von Baumeister und Härter bedeutet:

- a) Sensitivität:** Anteil der kranken Personen, die durch den Test als krank erkannt werden
- b) Spezifität:** Anteil der gesunden Personen, die durch den Test als gesund erkannt werden

(4) Zu der Frage warum Personen, die eine „milde“ Diagnose aufweisen eher behandelt werden als schwer erkrankte ist anzumerken, dass alleine der Prozentsatz and leichter erkrankten Personen sehr viel höher ist und demnach auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Betroffenen klinische Hilfe in Anspruch nehmen. Zudem lässt sich vermuten, dass schwer Erkrankte sich als schwieriger behandelbar herausstellen und sich dies in der Bereitschaft der Therapeuten niederschlägt.

(5) Zu den unterschiedlichen Designs, die in epidemiologischen Studien Verwendung finden: Während retrospektive Designs oft auf erinnerte Angaben der Patienten zurückgreifen müssen, besteht ein Vorteil prospektiver Designs darin, dass kausale Schlüsse bezüglich der Reihenfolge von Risikofaktor und psychischer Störung möglich sind.