

Nervenarzt 2014 · 85:77–87
 DOI 10.1007/s00115-013-3961-y
 Online publiziert: 20. Januar 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Jacobi^{1,2} · M. Höfler¹ · J. Strehle¹ · S. Mack¹ · A. Gerschler¹ · L. Scholl¹ ·
 M.A. Busch³ · U. Maske³ · U. Hapke³ · W. Gaebel⁴ · W. Maier^{5,6} · M. Wagner^{5,6} ·
 J. Zielasek⁴ · H.-U. Wittchen¹

¹ Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden

² Psychologische Hochschule Berlin

³ Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

⁵ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bonn

⁶ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Bonn

Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung

Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)

Psychische Störungen sind weit verbreitet und führen zu vielfältigen Beeinträchtigungen und Partizipationsstörungen. Weil gerade auch die jüngeren, beruflich besonders produktiven Altersgruppen betroffen sind, sind psychische Störungen nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich mit großer Krankheitslast verbunden. Dies ist dokumentiert durch epidemiologische und gesundheitsökonomische Analysen und Reviews [6, 9, 41], Berichte von Kostenträgern (z. B. Deutsche Angestellten-Krankenkasse, 2013; Rentenversicherung Bund, 2012) und von Schätzungen zum weltweiten „disability burden“ der wichtigsten Krankheitsarten [28, 36]. Um einerseits die nationale Gesundheitsberichterstattung und das Monitoring der prospektiv angelegten „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS; Robert Koch Institut) in diesem wichtigen Bereich zu unterstützen, andererseits aber auch um gerade in dieser großen Gesundheitsstudie auch psychische Störungen, Funktionen

und Symptome umfassend mit Untersuchungen zu können, wurde noch in der ersten Erhebungswelle der Hauptuntersuchung (DEGS1) ein Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) zur Seite gestellt. Im vorliegenden Beitrag wird dieses Modul in Grundzügen beschrieben, und die wichtigsten Ergebnisse werden dargestellt.

Ausgangspunkt

In Deutschland enthielt der für die Allgemeinbevölkerung repräsentative Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98; [2]) erstmals einen Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (GHS-MHS; [13, 16]). Im BGS98 betrug die Prävalenz psychischer Störungen 31,1% für Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahren. Diese Rate ist zwar vergleichbar mit denen, die üblicherweise in internationalen Studien gefunden werden [3, 4, 20, 34, 38], dennoch wurde ihre Höhe bisweilen angezweifelt. Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund psychischer Störungen sowie entsprechende Krankschreibungen und Beratungen haben seitdem erheblich zu-

genommen ([5]; vgl. auch „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie“, <http://www.gda-portal.de>). Somit war es naheliegend, die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) um ein Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) zu ergänzen und damit erstmals seit dem 15 Jahre zurückliegenden BGS98 aktuelle Schätzungen zu Morbidität, Einschränkungprofilen und Inanspruchnahmeverhalten der deutschen Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren vornehmen zu können. Hierbei wurden mehrere Erweiterungen gegenüber dem BGS98 vorgenommen, u. a. die Ausweitung von 65 auf 79 Jahre als obere Altersgrenze, die angesichts Erkenntnislücken in diesem Bereich notwendig erschien [1, 32, 35], oder die Erweiterung um im Zusatzsurvey des BGS98 nicht enthaltene Diagnosen (z. B. posttraumatische Belastungsstörung [PTSD]) oder Untersuchungssektionen (z. B. eine ca. 25-minütige neuropsychologische Untersuchung von Wortschatz, Gedächtnis und exekutiven Funktionen sowie eine erweiterte Untersuchung auf psychotische und psychosomatische Symptome).

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Ausführliche Studienbeschreibungen sowohl der Hauptuntersuchung (DEGS1) als auch des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) sind andernorts publiziert [17, 19, 33]. Studienprotokoll, Feldprozeduren und Teilnehmerunterlagen, „informed consent“ u. a. m. wurden genehmigt von den zuständigen Ethikkommissionen (DEGS1: Charité Berlin; DEGS1-MH: Technische Universität Dresden).

Stichprobenziehung und Responserate

Zielpopulation von DEGS1 waren die im Erhebungszeitraum in Deutschland lebenden und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz gemeldeten Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren (Grundgesamtheit). Neben der deutschen Bevölkerung wurden auch Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit berücksichtigt, deren Hauptwohnsitz in Deutschland lag. In 180 hinsichtlich Gemeindetyp und regionaler Verteilung repräsentativ ausgewählten „sample points“ wurden einerseits ehemalige Teilnehmer aus der (damals repräsentativen) BGS98-Stichprobe wieder kontaktiert und andererseits die so gewonnene neue Stichprobe mit einer geschichteten Zufallsauswahl aus den Einwohnermelderegistern neu gezogener Erwachsener im Alter von 18 bis 79 Jahren ergänzt. Sehr große Gemeinden sind mit mehreren Sample-Points in der Stichprobe vertreten.

In der Hauptuntersuchung (DEGS1) betrug die Teilnehmerrate 62% bei den BGS98-Wiederteilnehmern und 42% bei den neugezogenen Teilnehmern. Ausgangsstichprobe für das Zusatzmodul (DEGS1-MH) waren 7116 DEGS1-Teilnehmer, die am dort durchgeführten Interview und den zugehörigen Untersuchungen teilgenommen hatten. Einschlusskriterien für DEGS1-MH waren:

- Alter 18 bis 79 Jahre,
- vollständige DEGS1-Untersuchung,
- in der Hauptuntersuchung erteilte Einwilligung, für die Zusatzuntersuchung nochmals kontaktiert zu werden und

- ausreichende sprachliche Fertigkeiten, um das Zusatzmodul (Interview und Fragebögen) auf Deutsch durchzuführen.

Personen, die während des Erhebungszeitraums dauerhaft institutionalisiert waren (z. B. Heimbewohner), wurden nicht eingeschlossen. Diese Einschlusskriterien erfüllten 6028 DEGS1-Teilnehmer (eligible Teilnehmer, 100%). Von diesen verweigerten 513 (8,5%) die Teilnahme am DEGS1-MH, 125 (2,1%) hatten eingewilligt, aber das Interview kam aus organisatorischen Gründen nicht zustande, und 72 (1,2%) konnten trotz erheblicher Bemühungen niemals erreicht werden. Eine Person zog nachträglich ihre Einwilligung zurück. Somit verblieben 5317 Teilnehmer im DEGS1-MH, was einer konditionalen Responserate von 88,2% entspricht.

Insgesamt 4483 dieser 5317 Teilnehmer durchliefen die vollständige Erhebung, 834 absolvierten nur eine minimale Befragung, die auf den Stammfragen des eingesetzten Interviews basierte (Composite International Diagnostic Screener, CID-S; [39]). Die hier präsentierten Prävalenzen beruhen auf den vollen diagnostischen Angaben der 4483 Teilnehmer sowie aus Imputationen (Schätzung anhand von Angaben zu CIDI [Composite International Diagnostic Interview] -Stammfragen, Alter und Geschlecht) der 834 weiteren Teilnehmer (die Prävalenzzahlen ohne die hier einbezogenen Imputationen weichen nur unwesentlich ab und werden berichtet in [18]). 1920 der DEGS1-MH-Interview-Stichprobe hatten bereits am BGS98 teilgenommen.

Um die Repräsentativität der Ergebnisse für Deutschland auch unter Berücksichtigung von Nonresponse zu gewährleisten, wurden bei den Auswertungen die Teilnehmer in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Region, Bildung, sozioökonomischem Status und Migration sowie Designfaktoren so gewichtet, dass sie der Verteilung in der amtlichen Statistik von 2010 entsprechen (zu Details siehe o. g. Methodenpublikationen).

Erhebungsinstrumente und Feldarbeit

Das zentrale Erhebungsinstrument in DEGS1-MH war das für die Studie modifizierte Composite International Diagnostic Interview (DIA-X/M-CIDI), ein computergestütztes, auf Algorithmen gemäß DSM-IV-TR basierendes klinisches Interview [31, 37, 40], eine Version des WHO-CIDI [11, 21]. Hierbei waren u. a. folgende Änderungen vorgenommen worden:

- In der Sektion für Störungen durch Substanzgebrauch wurden illegale Drogen herausgenommen (u. a. weil hierfür in Deutschland bereits regelmäßig umfangreiche Surveydaten andernorts vorgelegt werden; [22]).
- CIDI-Sprungregeln wurden nach Möglichkeit minimiert, d. h. es liegen auch viele Symptominformationen für diejenigen vor, die die Kriterien für eine psychische Diagnose nicht oder nur unterschwellig erfüllten.
- Anders als bei manchen anderen klinischen Interviews wurden die Teilnehmer zu allen Störungssektionen befragt (auch wenn sie in einem eingangs durchgeführten Screening unauffällig waren).

Die einbezogenen Diagnosen sind in

■ **Tab. 1** aufgeführt.

Ergänzt wurde das CIDI um eine neuropsychologische Sektion, um vertiefende Fragen im Bereich psychotischer Syndrome (Launay-Slade Hallucinations Scale, LSHS [24], Peters et al. Delusions Inventory, PDI [30]) sowie um eine Reihe an weiteren Fragebogenmaßen (u. a. Persönlichkeitsvariablen, Depressivität, Fatigue, Lebensqualität).

Die Interviews wurden üblicherweise 2 bis 8 Wochen nach der Hauptuntersuchung persönlich vor Ort von klinisch geschulten Interviewern geführt (bei Probanden zu Hause oder in lokalen Studienzentren; bei 12,5% wurde die Untersuchung aus organisatorischen Gründen mit einem eigens entwickelten Telefoninterview durchgeführt). Die durchschnittliche Untersuchungsdauer (ohne Neuropsychologie) lag bei 66 min (Standardabweichung [SD] =28), variierte aber beträchtlich (bis hin zu mehreren Stunden)

in Abhängigkeit von Alter und diagnostischem Status.

Auswertung

Prävalenzschätzungen werden für die Gesamtstichprobe sowie für Frauen und Männer getrennt berichtet mit gewichteten Prozenten (vgl. [17]) und zugehörigen 95%-Konfidenzintervallen; zusätzlich wird die für Deutschland hochgerechnete Anzahl Betroffener entsprechend der Bevölkerungsstatistik angegeben. Zu beachten ist, dass a) sich die Häufigkeiten in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Altersgruppen) ungleich verteilen und sich die Angaben in Millionen Einwohnern hier auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt aller Erwachsenen von 18 bis 79 Jahren beziehen und b) auch die Angaben in Millionen mit entsprechendem Vertrauensintervall interpretiert werden sollen.

Die Gegenüberstellung mit den Ergebnissen des BGS98 erfolgt unadjustiert, d. h. dieser Vergleich der Gesamtprävalenzen bedarf weiterer Korrektur (u. a. weil sich Diagnosespektrum und Definitionen sich nicht vollständig decken) und kann im vorliegenden Beitrag nur als grober Anhaltspunkt für einen möglichen Trend herangezogen werden. Da über 65-Jährige nicht im BGS98 enthalten waren und die älteste Altersgruppe im DEGS1-MH (aber auch in anderen internationalen Bevölkerungsstudien, die im höheren Lebensalter nach DSM-IV diagnostizierten) niedrigere Prävalenzen aufweist, wird der Vergleich mit BGS98 auf die unter 65-Jährigen beschränkt.

Sozioökonomischer Status wurde definiert als aggregierte Variable, zusammengesetzt aus Bildungsstand sowie beruflicher Position und Einkommenssituation des Haushalts der Person; die Verteilung der drei Schichtkategorien betrug in etwa 20% für die untere, 60% für die mittlere und 20% für die obere soziale Schicht [23]. Zwei regionale Variablen, die hier ausgewertet werden, sind „Wohnort in den alten vs. neuen (inkl. Berlin) Bundesländern“ sowie „Urbanisierungsgrad“, operationalisiert über die Gemeindegröße (<20.000 Einwohner, 20.000–100.000, 100.000–500.000, >500.000). Einschränkungen wurden ermittelt über die Fra-

Nervenarzt 2014 · 85:77–87 DOI 10.1007/s00115-013-3961-y
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Jacobi · M. Höfler · J. Strehle · S. Mack · A. Gerschler · L. Scholl · M.A. Busch · U. Maske · U. Hapke · W. Gaebel · W. Maier · M. Wagner · J. Zielasek · H.-U. Wittchen

Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung. Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) erlauben erstmals seit dem 15 Jahre zurückliegenden Bundesgesundheitsurvey (BGS98) aktuelle Abschätzungen zu Morbidität, Einschränkungsprofilen und Inanspruchnahmeverhalten der deutschen Erwachsenen. Es werden die wichtigsten Ergebnisse zu Prävalenzen psychischer Störungen, zu damit assoziierten Beeinträchtigungen sowie zu Kontaktraten mit Gesundheitsdiensten berichtet.

Methoden. Der Studie liegt eine bevölkerungsrepräsentative Erwachsenenstichprobe (18–79 Jahre, n=5317) zugrunde, die überwiegend persönlich mit ausführlichen klinischen Interviews (Composite International Diagnostic Interview; CIDI) untersucht wurde.

Ergebnisse. Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen beträgt insgesamt 27,7%, wobei große Unterschiede in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Alter, sozialer Status) zu verzeichnen sind. Psychische Störungen

stellten sich als besonders beeinträchtigend heraus (erhöhte Zahl an Einschränkungstagen). Weniger als die Hälfte der Betroffenen berichtet, aktuell wegen psychischer Probleme in Behandlung zu stehen (10–40% in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen).

Diskussion. Psychische Störungen sind häufig. Die im Vergleich zu Personen ohne aktuelle psychische Diagnose deutlich erhöhte Rate an Beeinträchtigungstagen signalisiert neben dem individuellen Leiden der Betroffenen eine große gesellschaftliche Krankheitslast – auch verglichen mit vielen körperlichen Erkrankungen. Trotz des in Deutschland vergleichsweise gut ausgebauten Versorgungssystems für psychische Störungen ist Optimierungsbedarf hinsichtlich der Behandlungsrate zu vermuten.

Schlüsselwörter

Psychische Störung · Prävalenz · Komorbidität · Behandlungsraten · Gesundheitsversorgung

Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)

Summary

Background and objectives. The German health interview and examination survey for adults (DEGS1) with the mental health module (DEGS1-MH) is the successor to the last survey of mental disorders in the general German population 15 years ago (GHS-MHS). This paper reports the basic findings on the 12-month prevalence of mental disorders, associated disabilities and self-reported health-care utilization.

Methods. A representative national cohort (age range 18–79 years, n=5,317) was selected and individuals were personally examined (87.5% face to face and 12.5% via telephone) by a comprehensive clinical interview using the composite international diagnostic interview (CIDI) questionnaire.

Results. The overall 12-month prevalence of mental disorders was 27.7% with substantial differences between subgroups (e.g. sex, age, socioeconomic status). Mental disorders were found to be particularly impairing (elevated number of disability days). Less

than 50 % of those affected reported to be in contact with health services due to mental health problems within the last 12 months (range 10–40% depending on the number of diagnoses).

Conclusions. Mental disorders were found to be commonplace with a prevalence level comparable to that found in the 1998 predecessor study but several further adjustments will have to be made for a sound methodological comparison between the studies. Apart from individual distress, elevated self-reported disability indicated a high societal disease burden of mental disorders (also in comparison with many somatic diseases). Despite a relatively comprehensive and well developed mental healthcare system in Germany there are still optimisation needs for treatment rates.

Keywords

Mental disorders · Prevalence · Comorbidity · Treatment rates · Health care utilization

Tab. 1 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung^a

Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.) ^b
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)			
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)	0,8
Störung durch Substanzgebrauch (F1)^c	13,9 (12,4–15,6)	19,4 (17,5–21,3)	16,6 (15,4–17,9)	10,6
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)	3,5 (2,8–4,5)	7,9 (6,7–9,4)	5,7 (5,0–6,6)	3,7
– Alkoholmissbrauch	0,4 (0,2–0,9)	3,1 (2,4–4,1)	1,8 (1,4–2,3)	1,2
– Alkoholabhängigkeit	1,6 (1,1–2,2)	4,4 (3,5–5,5)	3,0 (2,5–3,6)	1,9
– Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,0)	1,0
– Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,2)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)	0,3
– Nikotinabhängigkeit	11,7 (10,3–13,3)	14,6 (13,0–16,3)	13,1 (12,1–14,3)	8,4
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen)^d	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,5–2,8)	2,6 (2,1–3,2)	1,7
Affektive Störungen (F3)	12,4 (10,9–14,1)	6,1 (5,1–7,2)	9,3 (8,3–10,3)	6,0
– Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)	4,9
– Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)	3,9
– Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)	1,3
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
– Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4
Angststörung (F40, F41)	21,3 (19,4–23,2)	9,3 (8,0–10,8)	15,3 (14,2–16,6)	9,8
– Panikstörung ^e	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)	1,3
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,8)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)	2,6
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,8)	1,9 (1,4–2,5)	2,7 (2,2–3,4)	1,7
– Generalisierte Angststörung	2,9 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,2 (1,8–2,8)	1,4
– Spezifische Phobien ^f	15,4 (13,8–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,3)	6,6
Zwangsstörung	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,6–4,3)	3,6 (3,1–4,4)	2,3
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6 (2,8–4,6)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,8)	1,5
Somatoforme Störung (F45)^g	5,2 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (2,9–4,1)	2,2
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,5–1,1)	0,5
– Schmerzstörung	5,0 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)	2,1
Esstörung (F50)	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	0,9 (0,7–1,3)	0,6
– Anorexia nervosa	1,1 (0,7–1,8)	0,3 (0,2–0,8)	0,7 (0,5–1,1)	0,5
– Bulimia Nervosa	0,3 (0,2–0,5)	0,1 (0,0–0,3)	0,2 (0,1–0,3)	0,1
– Binge-eating-Störung	0,1 (0,0–0,4)	0,1 (0,0–0,2)	0,1 (0,0–0,2)	0,1
Irgendeine der genannten (ohne Nikotinabhängigkeit)	33,3 (31,2–35,5)	22,0 (20,1–24,1)	27,7 (26,3–29,2)	17,8
– Unter diesen mit einer Diagnose	50,2	64,0	55,6	9,9
– Zwei Diagnosen	22,3	21,7	22,1	3,9
– Drei Diagnosen	11,7	6,3	9,6	1,7
– Vier und mehr Diagnosen	15,8	7,1	12,8	2,3

^aDEGS1-MH, n=5317 (davon imputierte Werte von n=834 mit fehlenden Werten in diagnostischen Variablen), Daten (% und Konfidenzintervalle) gewichtet nach Alter, Geschlecht und Designfaktoren; ohne Anwendung von DSM-IV-Hierarchieeregeln; eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) ergibt aufgrund der Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und ist daher nicht zulässig.^bBezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren zum 31.12.2010. Zu beachten ist, dass a) sich die Häufigkeiten in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Altersgruppen) ungleich verteilen und sich die Angaben in Millionen hier auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt beziehen; b) auch die Angaben in Millionen sollen mit entsprechendem Vertrauensintervall interpretiert werden (vgl. Spalte „gesamt“).^cOhne Missbrauch/Abhängigkeit illegaler Drogen (nicht erhoben).^dScreening für Schizophrenie und andere psychotische Störungen ohne weitere Differenzialdiagnose; enthält psychotische Merkmale bei affektiven Störungen sowie psychotische Störungen aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor und substanzinduzierte psychische Störungen.^eMit und ohne Agoraphobie

^fTierphobien, Phobien vor Naturereignissen (z. B. Gewitter), situationale Phobien (z. B. Höhe), Blut-/Spritzen-/Verletzungspubien.^gSomatic Symptom Index 4,6 (Escobar et al. [42]), Schmerzstörung.

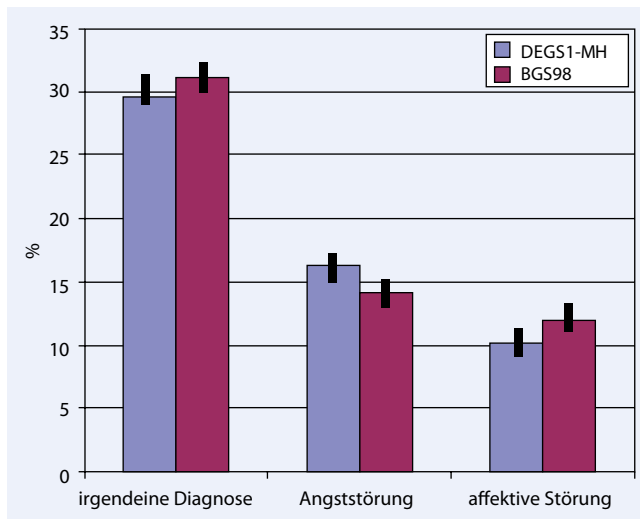


Abb. 1 ▲ 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen (mit 95%-Konfidenzintervallen): Querschnittsvergleich der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland plus Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) und des Bundesgesundheitsurvey (BGS98; BGS98 bezieht sich auf irgendeine psychische Störung [12 Monate] im Alter von 18–65 Jahren). Beachte: keine vollständige Äquivalenz der beiden Erhebungen hinsichtlich Diagnosen und diagnostischer Konventionen sowie Designeffekten

ge, an wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen man ganz oder teilweise „eingeschränkt war, normale Alltagsaktivitäten (Arbeit, Haushalt etc.) auszuführen“ (getrennt gefragt für psychische Probleme bzw. körperliche Probleme oder Erkrankungen als Grund; „zumindest leicht“ eingeschränkte Tage wurden hierbei nur hälftig gewertet).

„Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund psychischer Probleme“ wurde mit der Frage erfasst, ob man „wegen seelischer, psychosomatischer oder Suchtproblemen“ entsprechende Einrichtungen aufgesucht habe (Vorgabe einer Liste mit ambulanten und stationären Einrichtungen, einschließlich nichtärztlicher Sektor und Beratungsstellen). Weitergehende Befragungen zu Art und Umfang der diagnostischen und Behandlungsmaßnahmen (einschließlich Bewertung hinsichtlich „Adäquatheit“ der Intervention) werden andernorts weiter analysiert; d. h. im vorliegenden Beitrag werden lediglich die so ermittelten Kontaktraten berichtet, um einen Anhaltspunkt dafür zu erhalten, in welchem Maß die Betroffenen durch das Gesundheitssystem erreicht werden.

Ergebnisse

12-Monats-Prävalenz

In **Tab. 1** sind, getrennt für Frauen und Männer, die 12-Monats-Prävalenzen nach diagnostischer Gruppe (einschließlich zugehöriger 95%-Konfidenzintervalle) und die bevölkerungsbezogene Größenordnung (geschätzte Anzahl Betroffener in Millionen) aufgeführt. Detaillierte Angaben auch hinsichtlich verschiedener Altersgruppen finden sich bei Jacobi et al. [18].

In den 12 Monaten vor der Untersuchung erfüllte etwa jede dritte Frau (33,3%) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,0%) die Kriterien für mindestens eine der aufgeführten Diagnosen (ohne Nikotinabhängigkeit). Die geschätzte Gesamtprävalenz für die 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland lag bei 27,7%. Angststörungen stellten mit insgesamt 15,3% die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%). 49,8% der betroffenen Frauen und 36% der betroffenen Männer hatten mehr als eine Diagnose; die häufigsten Diagnosekombinationen waren „Angst- und affektive Störung“, „mehrere Angststörungen“

und „Angst- und affektive und somatoforme Störung“.

Vergleich mit BGS98

Beim ersten Eindruck der geschätzten Gesamtprävalenzen psychischer Störungen aus der Vorgängeruntersuchung BGS98 (nach Design- und soziodemographischen Faktoren an die damalige Bevölkerung adjustiert) und DEGS1-MH (**Abb. 1**; beschränkt auf die 18- bis 65-Jährigen) fällt auf, dass sich die Vertrauensintervalle deutlich überschneiden bzw. dass keine großen Veränderungen zu verzeichnen sind (BGS98: 31,1%, 95%-KI 29,7–32,6; DEGS1-MH: 29,9%, 95%-KI 28,3–31,7). Ähnliches gilt für die Prävalenzen für Angst- und depressive Störungen als zahlenmäßig wichtigste Störungsgruppen. Bei derartigen Vergleichen muss jedoch beachtet werden, dass in weiteren Analysen für einen solchen Vergleich noch Anpassungen vorgenommen werden müssen, da sich die einbezogenen Diagnosen, manche diagnostischen Konventionen sowie einige Designfaktoren zwischen BGS98 und DEGS1-MH (soziodemographische Zusammensetzung und Gewichtung) unterscheiden, sodass ein endgültiger und differenzierter Vergleich der beiden Studien noch aussteht.

Prävalenzunterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

Die Prävalenzraten sind je nach soziodemographischer Gruppierung sehr verschieden. Neben den allgemeinen deutlichen Geschlechtereffekten gibt es auch große alters- und störungsspezifische Unterschiede. Beispielsweise trat Alkoholabhängigkeit in der Stichprobe bei Männern unter 35 Jahren (7,3%, nicht in **Tab. 1** dargestellt; detaillierte Werte und statistische Tests sind zu finden bei [18]) über 10-mal häufiger auf als bei über 65-jährigen Frauen (0,6%). Panikstörungen kamen bei Frauen zwischen 50 und 64 Jahren mit 3,7% deutlich häufiger vor als bei Männern unter 35 Jahren (0,4%). In **Abb. 2** sind einige wichtige Korrelate psychischer Störungen aufgeführt. Psychische Störungen waren häufiger bei Jüngeren (18–34 Jahre) und seltener bei Älteren (65–79 Jahre) verglichen mit

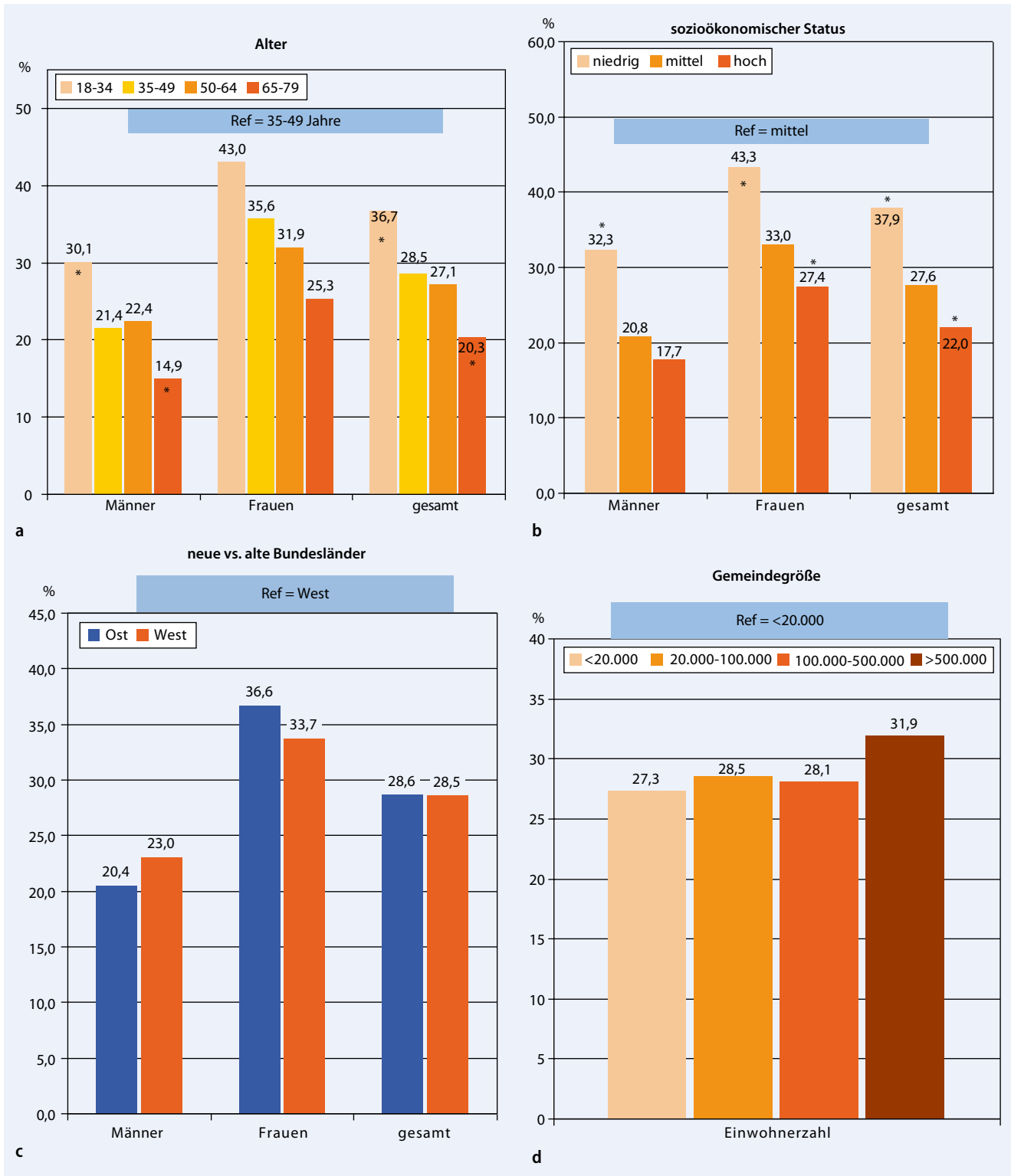


Abb. 2 ▲ 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung stratifiziert nach soziodemographischen Faktoren; % gewichtet; *Abweichung von angegebener Referenzkategorie (Ref) mit $p < 0,05$; **a** Alter, **b** sozioökonomischer Status (zusammengesetztes Maß aus Bildungsstand, beruflichem Status und Einkommen, nach [23]), **c** neue vs. alte Bundesländer (Berlin in „Ost“ enthalten). **d** Urbanisierungsgrad (operationalisiert über Gemeindegröße; signifikant erhöhte Raten in Städten >500.000 Einwohner lediglich bei den Subgruppen „mögliche psychotische Störungen“ und „affektive Störungen“; nach Jacobi et al. [18]). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland plus Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), $n=4483$ mit vollständigen diagnostischen Informationen

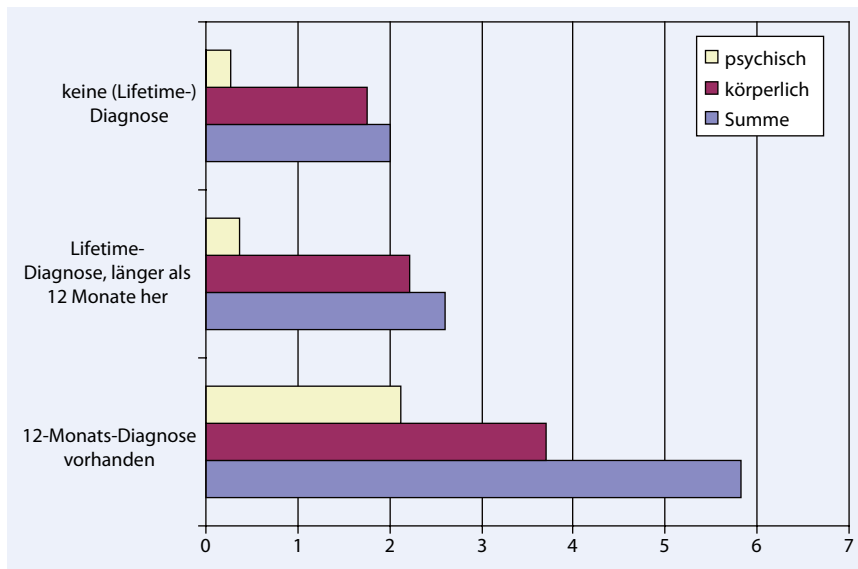


Abb. 3 ▲ Anzahl selbstberichteter Einschränkungstage (psychisch, körperlich) in den letzten 4 Wochen; „teilweise“ Einschränkungstage gehen mit dem Faktor 0,5 in die jeweilige Summe ein. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland plus Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), n=4483 mit vollständigen diagnostischen Informationen

der am stärksten besetzten Altersgruppe von 35 bis 49 Jahren sowie häufiger in der unteren verglichen mit der mittleren sozioökonomischen Schicht (und bei Frauen auch niedriger in der oberen Schicht). Keine nennenswerten Unterschiede ergab der Ost-West-Vergleich, und hinsichtlich der Urbanisierung ergab sich lediglich ein Trend zu höheren Raten in Großstädten (>500.000 Einwohner; signifikant erhöht lediglich bei möglichen psychotischen sowie affektiven Störungen, vgl. [18]).

Einschränkungstage durch psychische Störungen

Als Indikator für Partizipationsstörungen als Krankheitsfolge psychischer Störungen sind in **Abb. 3** selbstberichtete Einschränkungstage in den letzten 4 Wochen (ungeachtet des Erwerbsstatus) für die folgenden Gruppen aufgeführt:

1. Personen, die niemals die Kriterien für eine psychische Störung erfüllten (keine Lifetime-Diagnose),
2. Personen mit früheren psychischen Störungen (Lebenszeitdiagnose, mehr als 12 Monate vor der DEGS1-MH-Untersuchung),
3. Personen mit aktuellen 12-Monats-Diagnosen psychischer Störungen.

Während Teilnehmende mit früheren Störungen gegenüber denen mit keiner Lifetime-Diagnose kaum mehr Einschränkungstage berichteten, sind die Werte bei denen mit aktueller 12-Monats-Diagnose insbesondere aus psychischen, aber auch aus körperlichen Gründen insgesamt deutlich erhöht (durchschnittlich 5,8 vs. 2,1 Tage in den letzten 4 Wochen, Mean Ratio = 2,8, 95%-KI 2,3–3,4, $p < 0,000$; kontrolliert nach Alter und Geschlecht).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Kontaktraten

Als zumindest grober Indikator dafür, wie gut Personen mit psychischen Störungen durch das Gesundheitssystem erreicht werden, sind in **Abb. 4** die Kontaktraten – ungeachtet Art und Umfang der erhaltenen diagnostischen Abklärung oder Behandlung – für Betroffene in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen (Komorbidität) aufgeführt. Hierbei handelt es sich um den Selbstbericht im Rahmen der Untersuchung, aufgrund psychischer Probleme Gesundheitsdienste aufgesucht zu haben. Bei nur einer Diagnose berichtet der Großteil (68%) über gar keinen Kontakt, etwa 11% über Kontakt im letzten Jahr und etwa 21% über Kontakt vor mehr als einem Jahr. Es zeigt sich eine stetige Zunahme mit zunehmender Dia-

gnosezahl; bei denjenigen mit vier oder mehr Diagnosen (4+) berichten 40% Kontakt im letzten Jahr und weitere 34% Kontakt vor mehr als einem Jahr.

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit sind zentrale aktuelle Ergebnisse zur Größenordnung psychischer Störungen bei Erwachsenen in Deutschland zusammengefasst:

Prävalenz

Bei einer von drei Frauen und bei einem von vier bis fünf Männern im Alter von 18 bis 79 Jahren lag in den vergangenen 12 Monaten zumindest zeitweise mindestens eine psychische Störung vor (nach den Diagnosekriterien des DSM-IV-TR; erhoben mit umfangreichem klinischem Interview). Die Gesamtprävalenz beträgt 27,7%. Häufigste Störungsgruppen sind Angststörungen (15,3%), affektive Störungen (9,3%) und Störungen durch Substanzgebrauch (5,7%, ohne illegale Drogen). In etwa 40–50% der Fälle waren mehrere Diagnosen zu verzeichnen. Es finden sich beim oberflächlichen Vergleich keine deutlichen Prävalenzänderungen verglichen mit der Vorgängeruntersuchung (BGS98), wobei zu dieser Frage noch weitere Analysen nötig sind (s. unten).

Die Ergebnisse liegen im üblichen Schwankungsbereich international vergleichbarer Studien. Für die EU siehe z. B. Wittchen et al. [41]: In diesem Review wurde zwar mit 38% eine deutlich höhere Gesamtrate ermittelt; dies kann aber durch die deutlich größere Zahl an einbezogenen Störungen erklärt werden. Unter anderem waren dort auch Schlafstörungen, Autismus, geistige Behinderung, Persönlichkeitsstörungen, ADHD („attention deficit hyperactivity disorder“), Demenzen und andere erfasst worden – beschränkt man sich auf die auch in DEGS1-MH einbezogenen Diagnosen, so ist die Prävalenz der EU-Studie nahezu identisch (27%).

Korrelate

Die Prävalenzen unterscheiden sich stark hinsichtlich des Geschlechts (mit Aus-

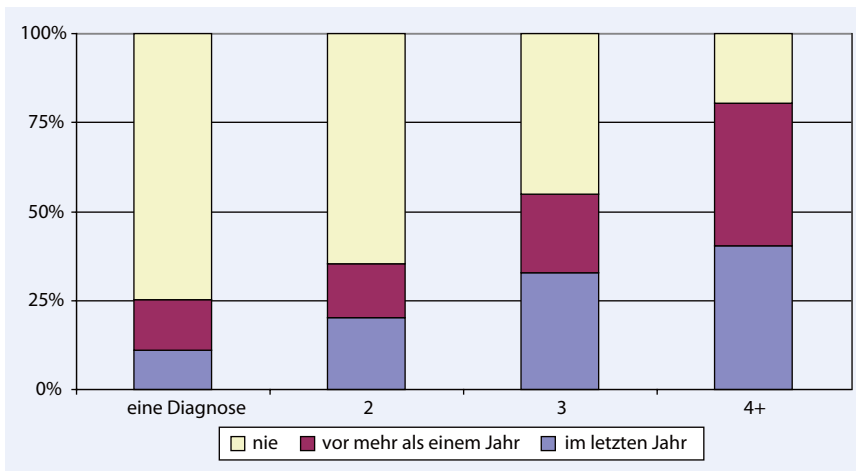


Abb. 4 ▲ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (unter den Fällen mit mindestens einer 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung) wegen psychischer Probleme in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen: selbstberichtete Kontaktraten ungeachtet Art und Umfang der Intervention. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland plus Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH); n=1194 mit mindestens einer 12-Monats-Diagnose; % gewichtet; Bezugszeitpunkt ist der Zeitpunkt des DEGS1-MH-Interviews

nahme von Substanzstörungen häufiger bei Frauen), des Alters (höhere Prävalenz bei jüngeren und niedrigere Prävalenz bei Älteren) und des sozioökonomischen Status (hohe Prävalenz bei niedriger sozialer Schicht). Diese Korrelate entsprechen weitgehend denen aus der Vorgängerstudie sowie internationalen Untersuchungen (z. B. hinsichtlich niedriger Prävalenz im höheren Lebensalter, [35]). Regional zeigen sich bei psychotischen und affektiven Störungen höhere Raten in Großstädten, jedoch keine nennenswerten Prävalenzunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern (wie dies auch beim BGS98 der Fall war; [15]).

Zukünftige Analysen von DEGS1-MH werden soziale Aspekte weiter differenzieren (z. B. getrennte Betrachtung von Bildungsfaktoren, beruflicher Situation, Berücksichtigung der familiäre Situation und sozialer Unterstützung). Bei der Suche nach potenziellen Risikofaktoren sind allerdings – neben solchen vergleichsweise „fixen“ soziodemographischen Aspekten – besonders *modifizierbare* Faktoren interessant, die möglicherweise für Präventionsmaßnahmen infrage kämen.

Beeinträchtigung durch psychische Störungen

Personen mit aktuellen psychischen Störungen (12-Monats-Diagnosen) berich-

ten annähernd 3-mal so viel Einschränkungstage in den vergangenen 4 Wochen verglichen mit Personen, die niemals eine psychische Störung hatten; hierbei war nicht nur der Anteil psychischer, sondern auch der Anteil körperlich bedingter Einschränkungstage erhöht. Dies kann als Indikator für die bekanntermaßen große Krankheitslast gewertet werden, die mit psychischen Störungen assoziiert ist – psychische Störungen zählen nicht nur aufgrund ihrer Häufigkeit, sondern auch aufgrund ihrer „teuren“ Einschränkungsprofile zu den führenden Herausforderungen des 21. Jahrhunderts im Gesundheitsbereich [12, 41]. Personen, die früher psychische Störungen hatten, aber in den vergangenen 12 Monaten die Kriterien nicht mehr erfüllten, hatten hingegen kaum mehr Einschränkungstage zu verzeichnen als diejenigen ohne Lifetime-Diagnose einer psychischen Störung; ebenfalls ein Befund, der bereits im BGS98 zu verzeichnen war [14]. Differenziertere Ergebnisse zu Einschränkungsprofilen in DEGS1-MH berichten Mack et al. [25].

Kontakt mit dem Gesundheitssystem

Nur ein geringer Anteil der Betroffenen mit einer 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung berichtet, im letzten Jahr aufgrund psychischer Probleme in

Kontakt mit dem Gesundheitssystem gestanden zu haben (11% derjenigen mit nur einer Diagnose, bis zu 40% der Betroffenen mit mindestens vier Diagnosen). Gar keinen Kontakt (auch nicht länger her als 12 Monate) berichten 26% derjenigen mit multiplen Diagnosen bis hin zu 68% derjenigen mit nur einer Diagnose. Hierbei ist zweierlei zu beachten. Erstens wurde offensichtlich in manchen Fällen kein Kontakt bzw. keine Behandlung wegen psychischer Probleme berichtet, obwohl die Betroffenen wahrscheinlich beim Hausarzt (oder in einer anderen Statistik) mit einer F-Diagnose geführt werden, denn interessanterweise ist die Prävalenz von F-Diagnosen in Krankenkassenstatistiken in etwa ebenso hoch wie in der vorliegenden epidemiologischen Studie. Zweitens wurde in DEGS1-MH jeglicher Kontaktbericht gezählt, ungeachtet der Art des Versorgers (z. B. Arztgruppe, Beratungsstelle) sowie ungeachtet der Art, des Umfangs oder der Adäquatheit der vorgenommenen Diagnostik, Beratung und Behandlung.

Diese wichtigen Aspekte zur Charakterisierung der deutschen Versorgungslandschaft müssen in Folgepublikationen näher betrachtet werden [26]. Eine bundesweite Inanspruchnahmestudie zeigte, dass etwa jeder dritte Versicherte im Laufe von 3 Jahren mindestens einmal Kontakt zum Gesundheitswesen hatte, bei der eine psychische Störung kodiert und der Krankenkasse gemeldet wurde [6].

Allgemeine Aspekte und Repräsentativität

Zu den Stärken von DEGS1 bzw. DEGS1-MH zählt die Stichprobenziehung (Zufallsauswahl aus Einwohnermelderegistern ohne Inanspruchnahmebias). Dennoch müssen auch Grenzen und Unsicherheiten hinsichtlich der Repräsentativität dieser Stichprobe genannt werden, wie etwa die verglichen mit dem BGS98 etwas niedrigere Teilnehmerate (50–60%; [19, 31]). Eine sinkende Bereitschaft in den letzten 15 Jahren, an epidemiologischen Studien teilzunehmen, ist ein international zu beobachtender Trend. Dennoch stellen Galea und Tracy [7] heraus, dass es wenig Evidenz dafür gibt, dass diese niedrigeren Teilnehmeraten automatisch

mit einem erhöhten Bias verbunden sind. Teilnahme vs. Nichtteilnahme wurde bei der Gewichtung in DEGS1-MH einbezogen, und die gewichtete Verteilung soziodemographischer Variablen entspricht sehr gut der amtlichen Statistik [17]. Allerdings ist davon auszugehen, dass angesichts der umfassenden Diagnostik in DEGS1 und DEGS1-MH kränkere Personen häufiger nicht teilgenommen haben als gesündere, was insbesondere in der ältesten Altersgruppe (Multimorbidität, Demenzen) in zukünftigen Analysen, z. B. der neuropsychologischen Auswertung von DEGS1-MH, berücksichtigt werden muss. Ebenso muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass (ebenso wie im BGS98) langfristig institutionalisierte Personen (z. B. Heimbewohner), nicht den Meldeämtern gemeldete Personen (z. B. Obdachlose) und nicht hinreichend gut deutsch sprechende Personen nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten. Für diese Gruppen bedarf es eigener (z. B. Institutionen aufsuchende oder migrantenspezifische) Studien.

Eine weitere – für derartige Studien übliche – Einschränkung ist, dass die Daten des klinischen Interviews auf einem retrospektiven Bericht der Probanden beruhen. Dies führt in der Regel zur Unterschätzung von Lebenszeitprävalenzen, was aber für die hier berichteten 12-Monats-Prävalenzen nur in geringerem Ausmaß gilt [25].

Vergleich mit früheren Untersuchungen

Angesichts der in den letzten beiden Dekaden deutlich angestiegenen Aufmerksamkeit, die psychischen Störungen insbesondere wegen der starken Anstiege von Krankheitstagen aufgrund psychischer Diagnosen bei gleichzeitigem Rückgang von Krankheitstagen durch andere Diagnosen zukommt (z. B. DAK, 2013), fällt auf, dass sich die „wahre“ Prävalenz in DEGS1-MH seit dem Bundesgesundheitsurvey 1998 [13] kaum verändert hat. Hierbei ist zunächst zu betonen, dass hier lediglich die Gesamtergebnisse beider Studien (im Altersbereich 18–65 Jahre) einander gegenübergestellt wurden und für einen adäquaten Vergleich wei-

tere Adjustierungen nötig sind. Zu den Unterschieden zwischen beiden Studien, die hierbei berücksichtigt werden müssen, zählen: diagnostische Breite (z. B. PTSD in BGS98 nicht enthalten, Abhängigkeit/Missbrauch illegaler Drogen in DEGS1-MH nicht enthalten), diagnostische Konventionen (z. B. engere Konzeptualisierung unterschwelliger somatoformer Störungen in DEGS1-MH) oder Unterschiede hinsichtlich Stichprobenzusammensetzung und Designfaktoren (z. B. in BGS98, nicht aber in DEGS1-MH vorgeschaltetes Screening und überproportionale Ziehungswahrscheinlichkeiten in den neuen Bundesländern; unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung und Gewichtungsprozeduren). Ob also die Prävalenzen wirklich annähernd gleich geblieben sind, muss noch in weiteren Auswertungen entsprechend abgesichert werden.

Dennoch ist bereits jetzt abzusehen, dass potenzielle Unterschiede ungleich niedriger ausfallen als der genannte dramatische in den Krankenkassenstatistiken vermeldete Anstieg psychischer Diagnosen oder der mittlerweile extrem hohe Anteil psychischer Diagnosen an Frühberentungsgründen (über 42% im Jahre 2012). Hier könnte eine Rolle spielen, dass sich einerseits öffentliche Aufmerksamkeit und Diagnoseverhalten der „Wahrheit“ angenähert haben, d. h. dass vorhandene psychische Störungen heute besser erkannt und auch so benannt werden als noch vor 15 Jahren. Auch ist zu erwägen, dass im Zuge des Wandels moderner Arbeitswelten heutzutage psychische Störungen in größerem Ausmaß einschränkende Folgen haben, z. B. angesichts erhöhter Anforderungen im sozial-kommunikativen Bereich oder zunehmender Durchrationalisierung der Wirtschaftsprozesse und entsprechender negativer Stigmatisierung der weniger Belastbaren [29]. Psychische Störungen scheinen also bei vergleichbarer Prävalenz häufiger aufzufallen und seltener übersehen zu werden.

Ausblick

Die eigentliche Auswertung von DEGS1-MH jenseits der üblichen Berichterstattung (wie z. B. die hier erfolgte Aufstel-

lung der Prävalenzen) hat soeben erst begonnen. Es wurde hier auf die Diskussion einzelner diagnostischer Bereiche verzichtet, da in folgenden Publikationen differenzierter auf diagnosespezifische Aspekte eingegangen werden kann. So ist etwa die genauere Betrachtung psychotischer Syndrome vielversprechend, da in DEGS1-MH (über das zu BGS98 analoge Screening für Psychosen im CIDI hinausgehend) Informationen aus zusätzlichen Instrumenten zu halluzinatorischem oder wahnhaftem Erleben gewonnen werden können, was Aufschluss über die Verteilung psychoseartiger Symptome in der Allgemeinbevölkerung auch jenseits manifester Psychosen liefern wird sowie die unter dem Aspekt der Prävention wichtige Perspektive von prospektiven Untersuchungen ermöglicht. Auch neuropsychologische Einschränkungen im Kontext psychischer Störungen oder als möglicher Risikomarker für zukünftige Morbidität sind ein viel versprechender Untersuchungsgegenstand.

Zentral für die zukünftigen Auswertungen ist die Koppelung der umfangreichen DEGS1-MH-Daten mit der noch umfangreicheren DEGS1-Hauptuntersuchung (in der nicht zuletzt auch die körperliche Gesundheit umfassend erhoben wurde; [33]; vgl. auch die Basispublikationen im Bundesgesundheitsblatt 56/2013, <http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/degs1-basispublikation.html> und damals aus dem BGS98 hervorgegangene Auswertungsprojekte, z. B. [8, 10]). Auch Längsschnittperspektiven (Vergleich mit BGS98 bei den Wiederteilnehmern in DEGS1, Folgeuntersuchungen der DEGS-Kohorte in zukünftigen Erhebungswellen) werden dabei zukünftig genutzt werden.

Fazit für die Praxis

- Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) erlauben erstmals seit dem 15 Jahre zurückliegenden Bundesgesundheitsurvey (BGS98) aktuelle Abschätzungen zu Morbidität, Einschränkungsprofilen und Inanspruchnahmeverhalten der deut-

schen Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren.

- Die hier vorgelegte Übersicht bestätigt, dass psychische Störungen häufig sind (12-Monats-Prävalenz: 27,7%), wobei große Unterschiede in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Alter, sozialer Status) zu verzeichnen sind; die Gesamtprävalenz ist grob vergleichbar mit der des BGS98.
- Zudem sind psychische Störungen besonders beeinträchtigend (erhöhte Zahl an Einschränkungstagen), was neben dem individuellen Leiden der Betroffenen eine große gesellschaftliche Krankheitslast – auch verglichen mit vielen körperlichen Erkrankungen – mit sich bringt.
- Trotz des in Deutschland vergleichsweise gut ausgebauten Versorgungssystems für psychische Störungen ist Optimierungsbedarf hinsichtlich der Behandlungsrate zu vermuten. Das DEGS-Studienprogramm wird hierzu weitere bevölkerungsrepräsentative Befunde berichten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Jacobi

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden
Chemnitz Str. 46, 01187 Dresden
jacobi@psychologie.tu-dresden.de

Förderung und Danksagung. DEGS1 und DEGS1-MH sind Projekte des Robert Koch-Instituts (RKI); Leitung der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring: Bärbel-Maria Kurth, Thomas Ziese, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Zusätzliche Mittel und Ressourcen wurden und werden bereitgestellt durch die Technische Universität Dresden (TUD; Klinische Psychologie und Psychotherapie; Leitung: Hans-Ulrich Wittchen) sowie durch die Stiftung Seelische Gesundheit, gegründet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), vertreten durch Wolfgang Maier und Wolfgang Gaebel). Wir bedanken uns für die Unterstützung der Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ durch das RKI in allen Projektphasen, insbesondere bei Heike Hölling und Michaela Lange in der Feldphase und bei Ingeborg Seiffert in der Phase der Datenaufbereitung. Ebenso bedanken wir uns bei den Studienmitarbeitern von DEGS1-MH an der TUD (insbesondere Lisa Beyer, Ariane Bürkner, Marlen Gehrke, Gerry Gwozd, Esther Lochmann, Doreen Opitz, Stephanie Preiß, Kristina Schäfer, Kathrin Spitzer, Yuliya Stankevich und Anke

Vogel), sowie vor allem bei allen Studienteilnehmern von DEGS1-MH.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Jacobi, M. Höfler, J. Strehle, S. Mack, A. Gerschler, L. Scholl, M.A. Busch, U. Maske, U. Hapke, W. Gaebel, W. Maier, M. Wagner, J. Zielasek und H.-U. Wittchen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Andreas S, Härter M, Volkert J et al (2013) The MentDis_ICF65+ study protocol: prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly and their relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation. *BMC Psychiatry* 13(62)
2. Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundesgesundheitsurvey 1997/98. *Gesundheitswesen* 60(2):59–68
3. Graaf R de, Ten Have M, Gool C van, Dorsselaer S van (2012) Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:203–213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
4. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109:21–27
5. European Commission (2005) Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. [On-line]. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf. Zugegriffen: 01. März 2013
6. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems und Versorgungsverläufe 1 bei psychischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse. *Dtsch Arztebl* 110(47):799–808
7. Galea S, Tracy M (2007) Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 17:643–653
8. Goodwin R, Jacobi F, Thefeld W (2003) Mental disorders and asthma in the community. *Arch Gen Psychiatry* 60:1125–1130
9. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F et al (2011) Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:718–779
10. Härter M, Baumeister H, Reuter K et al (2007) Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom* 76:354–360
11. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al (2006) Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO world mental health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 15:167–180
12. Jacobi F (2012) Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In: Vorstand des BDP (Hrsg) Die großen Volkskrankheiten. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin, S 16–24
13. Jacobi F, Wittchen H-U, Höfling C et al (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:1–15. doi:10.1017/S0033291703001399
14. Jacobi F, Klose K, Wittchen H-U (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47:736–744
15. Jacobi F, Hoyer J, Wittchen H-U (2004) Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitsveys. *Z Klin Psychol* 33(4):251–260
16. Jacobi F, Wittchen H-U, Müller N et al (2002) Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 11(1):1–19
17. Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al (2013) The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 22(2):83–99
18. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al (2014) 12-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* 23(3)
19. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5/6):620–630
20. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:617–627
21. Kessler RC, Üstün TB (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 13:93–121
22. Kraus L, Pabst A, Piontek D, Müller S (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. *Sucht* 56(5):337–348
23. Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56(5/6):631–636
24. Laro F, Marczewski P, Van der Linden M (2004) Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *Eur Psychiatry* 19:15–20
25. Mack S, Gerschler A, Jacobi F, Siegert J et al (submitted) Disability and quality of life impact of mental disorders in Germany: Results from the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*

26. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al (2014) 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* 23(3)
27. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al (2010) How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 40:899–909
28. Murray CJ, Vos T, Lozano R et al (2013) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2197–2223
29. Muschalla B, Linden M (2011) Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Nervenarzt* 82(7):917–931
30. Peters E (2004) Measuring delusional ideation: the 21-Item Peters et al. Delusions Inventory. *Schizophr Bull* 30(4):1005–1022
31. Reed V, Gander F, Pfister H et al (1998) To what degree the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identifies DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *Int J Methods Psychiatr Res* 7:142–155
32. Riedel-Heller S, Busse A, Angermeyer MC (2006) The state of mental health in old-age across the 'old' European Union – a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 113(5):388–401
33. Scheidt-Nave C, Kamturius P, Goesswald H et al (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12:730. doi:10.1186/1471-2458-12-730
34. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA et al (2009) 2007 national survey of mental health and wellbeing: methods and findings. *Aust N Z J Psychiatry* 43:594–605
35. Volkert J, Schulz H, Härter M et al (2013) The prevalence of mental disorders in older people in Western countries: a meta-analysis. *Aging Res Rev* 12:339–353
36. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al (2013) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2163–2196
37. Wittchen H-U (1994) Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 28:57–84
38. Wittchen H-U, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15(4):357–376
39. Wittchen HU, Höfler M, Gander F et al (1999) Screening for mental disorders: performance of the Composite International Diagnostic Screener (CID-S). *Int J Methods Psychiatr Res* 8:59–70
40. Wittchen H-U, Pfister H (1997) DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Swets & Zeitlinger, Frankfurt
41. Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:655–679
42. Escobar JJ, Rubio Stipeck M, Canino G, Karno M (1989) Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct: prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 177:140–146

Psychotherapie wirksam bei Magersucht

Magersüchtige Patientinnen, die nicht zu schwer erkrankt sind, können mit einer Psychotherapie erfolgreich ambulant behandelt werden. Dies fanden Forscher des Universitätsklinikums Tübingen und Heidelberg heraus.

Bei der klinischen Studie wurden 242 erwachsene Patientinnen in 3 Gruppen aufgeteilt und 10 Monate lang mit einer von 3 unterschiedlichen ambulanten Psychotherapien behandelt. Bei der fokalen psychodynamischen Psychotherapie arbeiteten die Therapeuten mit den Patientinnen vor allem an der Gestaltung von Beziehungen, während bei der kognitiven Verhaltenstherapie der Fokus auf der Normalisierung des Essverhaltens lag sowie auf der Bearbeitung von mit der Ess-Störung verbundenen Problemen. Die andere Gruppe erhielt eine optimierte Standard-Psychotherapie. Patientinnen aller Gruppen hatten nach der Behandlung einen um durchschnittlich 1,4 Punkte erhöhten Body-Mass-Index (BMI). Im Vergleich mit der optimierten Standardtherapie nahmen die Patientinnen bei der fokalen psychodynamischen Therapie am schnellsten zu. Allerdings konnte einem Viertel aller Patientinnen auch ein Jahr nach Ende der Therapie nicht geholfen werden. Das zeigt, dass es auch in Zukunft weitere Herausforderungen bei der Prävention und Behandlung von Magersucht zu lösen gibt.

Literatur:

Zipfel S, Wild B, Groß G et al (2013) Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* doi:10.1016/S0140-6736(13)61746-8

Quelle: Universitätsklinikum Tübingen, www.medizin.uni-tuebingen.de

Nervenarzt 2016 · 87:88–90
 DOI 10.1007/s00115-015-4458-7
 Online publiziert: 22. November 2015
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

F. Jacobi^{1,2} · M. Höfler¹ · J. Strehle¹ · S. Mack¹ · A. Gerschler¹ · L. Scholl¹ ·
 M.A. Busch³ · U. Maske¹ · U. Hapke³ · W. Gaebel⁴ · W. Maier^{5,6} · M. Wagner^{5,6} ·
 J. Zielasek⁴ · H.-U. Wittchen¹

¹ Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Dresden

² Psychologische Hochschule Berlin, Berlin

³ Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

⁵ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bonn, Bonn

⁶ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Bonn

Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH)

In diesem Beitrag wurden zentrale Prävalenzdaten zu psychischen Störungen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) vorgestellt, die z. T. auf Imputationen von Werten derjenigen Studienteilnehmer beruhten, für die lediglich Informationen zu den diagnostischen Stammfragen des eingesetzten Interviews (CIDI) vorlagen. Im Rahmen einer Überprüfung dieser Imputationen wurde von den Autoren entschieden, nachträglich 14 dieser vormals 834 Studienteilnehmer von den Analysen auszuschließen, da mehr als 20% der Stammfragen nicht beantwortet waren. Zudem zog ein Teilnehmer nachträglich seine Einwilligung zur Studienteilnahme zurück. Ferner identifizierte eine nachträgliche Qualitätskontrolle einen Kodierungsfehler im Algorithmus der Major-Depression, dessen Korrektur zu Veränderungen gegenüber der Originalpublikation führte.

Dies hat die folgenden Konsequenzen:

1. Die Stichprobengröße von DEGS1-MH reduziert sich von n=5318 auf n=5303 (vollständige CIDI-Information: nun n=4483 statt vormals n=4484).

2. Einige Prävalenzen und deren Vertrauensintervalle verändern sich geringfügig. Die Gesamtprävalenz beträgt nun 27,8% (vormals 27,7%). Deutliche Abweichungen finden sich nur bei der Major-Depression mit 6,8% (statt vormals 6,0%; Frauen: 9,5 statt 8,4%, Männer: 4,0 statt 3,4%).

Da es sich bei DEGS1-MH um Referenzdaten für Deutschland handelt und zukünftig weitere Forschergruppen hiermit arbeiten werden, haben sich die Autoren entschlossen, alle Änderungen, ergänzt um entsprechende weitere methodische Erläuterungen, in einem ergänzenden Artikel zum englischsprachigen Artikel im *International Journal of Methods in Psychiatric Research* zu publizieren [1].

Die Aussagen, die im Originalbeitrag in *Der Nervenarzt* getroffen wurden, werden durch die Änderungen an keiner Stelle wesentlich beeinflusst. Lediglich **Tab. 1** „12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung“ muss neu erstellt werden, ansonsten sei

auf Jacobi et al. [1] verwiesen. Zitiert wird nach wie vor der Originalbeitrag.

Die Autoren bedauern mögliche Irritationen, die hierdurch entstanden sein mögen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Jacobi

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden
 Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden
 frank.jacobi@tu-dresden.de

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y> finden.

Tab. 1 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung^a

Störung bzw. Störungsgruppe (mit ICD-10-Code)	12-Monats-Prävalenz: % (95%-KI)			
	Frauen	Männer	Gesamt	In Millionen ^b
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)	0,8
Störung durch Substanzgebrauch (F1)^c	14,0 (12,5–15,7)	19,4 (17,6–21,4)	16,7 (15,5–18,0)	10,7
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)	3,5 (2,8–4,5)	8,0 (6,7–9,4)	5,7 (5,0–6,6)	3,7
– Alkoholmissbrauch	0,4 (0,2–0,9)	3,1 (2,4–4,1)	1,8 (1,4–2,3)	1,2
– Alkoholabhängigkeit	1,6 (1,1–2,2)	4,4 (3,5–5,5)	3,0 (2,5–3,6)	1,9
– Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,1)	1,0
– Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,3)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)	0,3
– Nikotinabhängigkeit	11,8 (10,4–13,4)	14,6 (13,0–16,3)	13,2 (12,1–14,3)	8,5
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen)^d	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,6–2,9)	2,6 (2,1–3,2)	1,7
Affektive Störungen (F3)	13,1 (11,5–14,8)	6,4 (5,4–7,6)	9,8 (8,8–10,8)	6,3
– Unipolare Depression	11,3 (9,8–12,9)	5,1 (4,3–6,1)	8,2 (7,3–9,2)	5,3
– Major-Depression	9,5 (8,2–11,1)	4,0 (3,3–4,9)	6,8 (6,0–7,7)	4,4
– Dysthyme Störung	2,1 (1,6–2,8)	1,2 (0,8–1,8)	1,7 (1,3–2,1)	1,1
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
– Bipolar I	1,1 (0,8–1,7)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,4)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4
Angststörung (F40, F41)	21,4 (19,5–23,4)	9,3 (8,1–10,8)	15,4 (14,2–16,6)	9,9
– Panikstörung ^e	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)	1,3
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,9)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)	2,6
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,9)	1,9 (1,4–2,6)	2,8 (2,2–3,4)	1,8
– Generalisierte Angststörung	3,0 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,3 (1,8–2,9)	1,5
– Spezifische Phobien ^f	15,5 (13,9–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,4)	6,6
Zwangsstörung	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,5–4,2)	3,6 (3,0–4,3)	2,3
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6 (2,8–4,7)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,9)	1,5
Somatoforme Störung (F45)^g	5,3 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (3,0–4,2)	2,2
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,6–1,1)	0,5
– Schmerzstörung	5,1 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)	2,1
Esstörung (F50)	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	0,9 (0,7–1,3)	0,6
– Anorexia nervosa	1,2 (0,7–1,8)	0,3 (0,2–0,8)	0,8 (0,5–1,1)	0,5
– Bulimia nervosa	0,3 (0,2–0,5)	0,1 (0,0–0,3)	0,2 (0,1–0,3)	0,1
– Binge-eating-Störung	0,1 (0,0–0,4)	0,1 (0,0–0,2)	0,1 (0,0–0,2)	0,1
Irgendeine der genannten (ohne Nikotinabhängigkeit)	33,5 (31,4–35,7)	22,1 (20,2–24,1)	27,8 (26,4–29,3)	17,8
– Unter diesen mit einer Diagnose	49,8	63,2	55,0	9,8
– Zwei Diagnosen	22,2	21,8	22,0	3,9
– Drei Diagnosen	12,0	6,9	10,0	1,8
– Vier und mehr Diagnosen	16,0	8,2	13,0	2,3

^aDEGS1-MH, nach Korrektur gemäß [1]; n=5303 (davon imputierte Werte von n=820 mit fehlenden Werten in diagnostischen Variablen), Daten (% und Konfidenzintervalle) gewichtet nach Alter, Geschlecht und Designfaktoren; ohne Anwendung von DSM-IV-Hierarchieregeln; eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) ergibt aufgrund Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und ist daher nicht zulässig.

^bBezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren zum 31.12.2010. Zu beachten ist, dass sich a) die Häufigkeiten in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Altersgruppen) ungleich verteilen und sich die Angaben in Millionen hier auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt beziehen; b) auch die Angaben in Millionen sollen mit entsprechendem Vertrauensintervall interpretiert werden (vgl. Spalte „Gesamt“).^cOhne Missbrauch/Abhängigkeit illegaler Drogen (nicht erhoben).^dScreening für Schizophrenie und andere psychotische Störungen ohne weitere Differenzialdiagnose; enthält psychotische Merkmale bei affektiven Störungen sowie psychotische Störungen aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor und substanzinduzierte psychische Störungen.^eMit und ohne Agoraphobie.^fTierphobien, Phobien vor Naturereignissen (z. B. Gewitter), situational Phobien (z. B. Höhe), Blut-/Spritzen-/Verletzungspubien.^gSomatic Symptom Index 4,6 (Escobar et al. [42]), Schmerzstörung.

Literatur

1. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2015) 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.* [published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) doi:10.1002/mpr.1479]

Schlaflosigkeit macht schmerzempfindlicher

Studien der Donau-Universität Krems zeigt beachtliche Effekte

Der Zusammenhang zwischen Schlafqualität und chronischem Schmerz ist in der Forschung seit langem bekannt. Sowohl die Schlafdauer, als auch die Schlafqualität – beispielsweise Schlafunterbrechungen – beeinflussen die Schmerzintensität. Wie Studien zeigen, erhöht eine Schlafdauer unter sechs Stunden die Stärke von Schmerzen am Folgetag. Viele Studien belegen dabei eine Wechselwirkung: Chronische Schmerzen stören den Schlaf, umgekehrt erhöht geringe Schlafqualität die Wahrnehmung von Schmerzen. Unklar war bisher das Ausmaß, in dem Schlafmangel die Schmerzwahrnehmung erhöht. Die nun vorliegende Meta-Analyse, unter der Leitung von Prof. Dr. Pieh, zeigt einen Effekt von $SMD = 0.62$. Dieser Effekt ist durchaus beachtlich. Im Vergleich dazu, die Effekte von Schmerzmittel bei chronischen Schmerzen rangieren von $SMD = 0.41$ für nicht-Opiate (wie z. B. Ibuprofen) bis $SMD = 0.46$ für Opiate.

Besserer Schlaf als Beitrag zur Linderung chronischer Schmerzen

Wie die Analyse im Detail zeigt, verändert Schlaflosigkeit sowohl das Schmerzempfinden als auch die Schmerzschwelle. Das Ergebnis legt daher nahe, dass PatientInnen mit chronischen Schmerzen, die auch unter Schlaflosigkeit leiden, von therapeutischen Maßnahmen zur Verbesserung der Schlafqualität profitieren könnten. Laut der AutorInnen sollten zukünftige Studien die klinische Bedeutung des Ergebnisses klären.

Über die Studie

Für die Untersuchung wurden fünf Studien mit $N = 190$ ProbandInnen zur Analyse zwischen Untersuchungsgruppen (between-group Analyse) und zehn Studien ($N = 266$) für die Analyse innerhalb von Untersuchungsgruppen (within-group Analyse) untersucht. Die in den Studien untersuchten Gruppen wurden komplettem, teilweisen und keinem Schlafentzug ausgesetzt. Ausgangspunkt war eine systematische Literatursuche in den Datenbanken PubMed, Cochrane, Psyn dex, Psycinfo und Scopus. Die ausgewählten Studien wurden mit einem Paneldatenmodell (Random Effect Model) analysiert.

Marlene Schimpf, Gregor Liegl, Markus Boeckle, Anton Leitner, Peter Geisler, Christoph Pieh, The effect of sleep deprivation on pain perception in healthy subjects: a meta-analysis, *Sleep Medicine* (2015) doi:10.1016/j.sleep.2015.07.022 (10.12.15)

Rückfragen

Prof. Dr. Christoph Pieh
Zentrum für Psychosomatische Medizin und Supervision
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Donau-Universität Krems
Tel. +43 (0)2732 893-2530
christoph.pieh@donau-uni.ac.at
www.donau-uni.ac.at/psymed