

» Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“

Zusammenfassung: Hintergrund und Fragestellungen: Bislang fehlten bundesweite epidemiologische Studien, die eine verlässliche Prävalenzabschätzung psychischer Störungen in der Bundesrepublik Deutschland ermöglichen. Im folgenden werden erste Prävalenzbefunde aus dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des bundesweiten Gesundheitssurveys vorgestellt und folgende Fragestellungen untersucht: 1) Wie ist die 4-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von affektiven, somatoformen und Angststörungen in Deutschland? 2) Wie häufig sind diese Störungen in verschiedenen Altersgruppen bei Frauen und Männern? 3) Lassen sich Prävalenzunterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern nachweisen? 4) Welche Auswirkungen haben psychische Störungen auf die Arbeitsproduktivität?

Methode: Aufbauend auf dem Datensatz des Bundes-Gesundheitssurveys wurden in einem 2-Stufen-Design zunächst alle 7124 Teilnehmer des Kernsurveys mit einem Screening-Fragebogen (CID-S) und daraufhin n=4181 Probanden (100% der Screen-Positiven und 50% der Screen-Negativen) mit dem Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-M-CIDI) untersucht. Die Ausschöpfungsrate betrug 87,6%.

Ergebnisse: Affektive (6,3%), Angst- (9%) und somatoforme Störungen (7,5%) sind in allen Altersgruppen (zwischen 18 und 65 Jahren) der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet; Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Der Vergleich der neuen mit den alten Bundesländern ergab geringere Prävalenzraten für somatoforme und affektive Erkrankungen in den neuen Bundesländern. Affektive Störungen wiesen mit im Mittel 1,3 Tagen/Monat vollständiger und 7,2 Tagen/Monat teilweise eingeschränkter Arbeitsproduktivität bedeutsam höhere Werte auf als Angst- und somatoforme Störungen.

Schlussfolgerungen: Psychische Störungen in Form von affektiven, somatoformen und Angststörungen sind mit 17,3% in Deutschland weit verbreitet. Der Befund einer geringeren Morbiditätsrate an affektiven und somatoformen Störungen in den neuen Bundesländern widerspricht einer Reihe nicht epidemiologischer Untersuchungen mit anderer Methodik. Die Befunde zur Einschränkung der Arbeitsproduktivität verdeutlichen die gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Störungen.

Schlüsselwörter: Prävalenz – Psychische Störungen – Angst – Depression – Somatoforme Störungen

H.-U. Wittchen, N. Müller, H. Pfister, S. Winter, B. Schmidtke

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie

German National Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement (GHS-MHS): Background and aims: The paper informs about methods and field survey procedures used in the German National Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement (GHS-MHS) – and provides 12-month prevalence estimates of affective, anxiety and somatoform disorders in the general population. Such data have previously not been available for Germany on a nationwide level.

Methods: Findings are based on a two-stage design: In the first stage all the 7124 participants of the German National Health Interview and Examination Survey (core survey) completed the Composite International Diagnostic Screener (CID-S) for mental disorders. In the second stage 4181 probands (all screen-positive and a random sample of 50% of the screen-negative subjects) were interviewed with the full Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-M-CIDI) by clinical interviewers. The overall response rate was 87.6%.

Results: Affective (12-months prevalence estimate: 6.3%), anxiety (9%) and somatoform disorders (7.5%) are widespread in all age groups (18 to 65 years) of the German population; women are significantly more often affected than men. The prevalence rates of somatoform and affective disorders were found to be significantly lower in the former East German Länder as compared to the former West, whereas no such difference was found with regard to anxiety disorders. All disorders resulted in considerable reduction of work productivity during the past month; affective disorders reported on average 1.3 days/month total impairment and 7.2 days/month partial impairment, indicated significantly higher reduction in work productivity than anxiety and somatoform disorders.

Conclusions: Affective, somatoform and anxiety disorders are highly prevalent mental disorders (total: 17.3%) in the German population. The result of a lower morbidity of affective and somatoform disorders in former East Germany was unexpected and requires further clarification. The findings on impairment of work productivity emphasize the economic impact of psychiatric disorders on society.

Key words: Prevalence – Mental Disorders – Depression – Somatoform Disorders

Einleitung

Psychische Störungen, insbesondere verschiedene Formen depressiver und Angsterkrankungen, gehören nach den Abschätzungen neuerer epidemiologischer Studien zu den besonders häufigen, kostenintensiven und sehr stark und oft dauerhaft die Lebensführung Betroffener einschränkenden

Formen von Erkrankungen. Neuere, methodisch besonders sorgfältig durchgeführte Untersuchungen in den USA [Kessler et al. 1994], Kanada [Lin et al. 1997] und Australien [Andrews et al. 1999] lassen erkennen, daß fast ein Drittel der Gesamtbevölkerung im Verlauf eines Jahres von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen ist – jüngere Altersgruppen ebenso wie ältere. Diese Studien konnten auch aufzeigen, daß [Andrews et al. 1999] psychiatrische Erkrankungen häufig mit erheblichen psychosozialen Einschränkungen, insbesondere hinsichtlich Arbeitsproduktivität und Lebensgestaltung, wie auch mit deutlich erhöhten Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden sind und [Lin et al. 1997] nur ungefähr ein Drittel aller Betroffenen auch eine Behandlung erhält. Auch Hochrechnungen der WHO im Rahmen der Global Burden of Disease Studie [Murray, Lopez 1996] haben darauf aufmerksam gemacht, daß psychische Störungen insgesamt und depressive Störungen im besonderen bereits jetzt zu der Spitzengruppe der kostenintensivsten und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten gehören und offensichtlich deutlich zunehmen; so wird geschätzt, daß vermutlich im Jahre 2020 allein Depressionen den zweiten Rangplatz unter den am stärksten belastenden Krankheitsformen einnehmen werden.

Während die herausragende Bedeutung psychischer Störungen international seit vielen Jahren zunehmend politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit findet und psychische Störungen in der internationalen Public-Health-, epidemiologischen und Grundlagenforschung einen hohen Stellenwert einnehmen, wurde diese Thematik in Deutschland lange Zeit vernachlässigt. Mit Ausnahme einer Reihe regionaler bevölkerungs-epidemiologischer Studien an Kindern und Jugendlichen [Döpfner et al. 1997; Schmidt et al. 1995; Wittchen et al. 1998], Erwachsenen [Fichter 1990, Wittchen et al. 1998; John] und Erwachsenen in höherem Alter [Bickel 1995; Fichter et al. 1996; Mayer, Baltes 1996; Weyerer 1995] fehlen verlässliche bundesweite Abschätzungen auf der Grundlage moderner diagnostischer Kriterien (ICD-10 [World, Health Organization 1991] oder DSM-IV [APA 1994]) völlig. Die genannten Studien liefern zwar einige wenige für die aktuelle Public-Health-Forschung relevante Informationen, aber sie erlauben aufgrund ihrer methodischen Eigenheiten und Grenzen weder eine bundesweite Abschätzung der Gesamtprävalenz psychischer Störungen noch Aussagen über einzelne Störungsformen und Prävalenzunterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern, Behandlungsraten oder das Ausmaß der mit psychiatrischen Störungen einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Diese Ausführungen machen deutlich, daß der den bundesweiten Kernsurvey [Bellach et al. 1998] ergänzende bundesweite Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ [Wittchen et al. 1998] eine signifikante klinische, deskriptiv-epidemiologische und gesundheitspolitische Aufwertung des Gesamtvorhabens bedeutet, die den aktuell diskutierten internationalen Forschungsprioritäten in besonderem Maße Rechnung trägt.

Ziele und Fragestellungen

Ziel dieses Beitrags ist es, die Methodik, das Untersuchungsvorgehen, die Ausschöpfung wie auch einige erste grob orientierende Prävalenzbefunde für drei besonders häufige Störungsgruppen zu berichten. Im einzelnen werden folgende Fragestellungen angesprochen:

1. Wie ist die 4-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von affektiven, somatoformen und Angststörungen in Deutschland?

2. Wie häufig sind diese Störungen in verschiedenen Altersgruppen bei Frauen und Männern?
3. Lassen sich Prävalenzunterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern nachweisen?
4. Welche Auswirkungen haben psychische Störungen auf die Arbeitsproduktivität?

Methodik

Design und Vorgehen

Das Studiendesign und die Untersuchungsinstrumente wurden kürzlich ausführlicher in einer gesonderten Publikation beschrieben, so daß hier nur kurz auf das Design eingegangen wird.

Der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ wurde vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie auf der Grundlage der Stichprobe des Bundes-Gesundheitssurveys (Kernsurvey) des Robert-Koch-Instituts (RKI) in einer zeitlich getrennten, persönlichen Zusatzuntersuchung durchgeführt. Dabei kam aus Effizienzüberlegungen heraus ein 2stufiges Untersuchungsdesign zum Einsatz: Es füllten zunächst alle 7124 Teilnehmer des Kernsurveys einen Screening-Fragebogen (Composite International Diagnostic Screener [CID-S]) [Wittchen et al. 1999] aus, der im Rahmen des Arztinterviews im Kernsurvey vorgegeben wurde. Alle Screen-Positiven und eine Zufallsauswahl von 50% der Screen-Negativen wurden dann zu einem gesonderten, knapp einstündigen klinisch-psychiatrischen Untersuchungsgespräch eingeladen, das mittels des computergestützten Composite International Diagnostic Interviews (DIA-X-M-CIDI) [Wittchen, Semler 1991] durchgeführt wurde.

Untersucht wurden alle Teilnehmer des Kernsurveys mit Ausnahme der Altersgruppe 66–79-jähriger, da das CIDI für diese Altersgruppe nur unzureichend validiert ist.

Diagnostische Fallfindung mit dem CIDI

Die Untersuchungsteilnehmer wurden mit einer leicht modifizierten Fassung des computerisierten DIA-X-CIDI untersucht [Wittchen, Pfister 1997]. Das *DIA-X Composite International Diagnostic Interview Schedule* ist eine modifizierte Version des World Health Organization – CIDI [World, Health Organization 1991; World Health Organization 1997], das in einer Papier- und Bleistiftversion und einer computerisierten Version verfügbar ist. Für die Studie wurde aus Gründen der Kosteneffizienz und besseren Qualität der Daten die computerisierte Version eingesetzt. Das CIDI erlaubt die standardisierte Erfassung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen gemäß den Kriterien von ICD-10 [World Health Organization 1991] und DSM-IV [APA 1994], die Beurteilung von Beginn, Dauer und Verlauf der Syndrome sowie des klinischen und psychosozialen Schweregrades und resultierender Komplikationen. Ferner werden standardisiert für alle „Schlüsselsyndrome“ das Hilfesuchverhalten bei Ärzten und anderen sowie die Medikamenteneinnahme erfragt und kodiert. Zusätzliche Standard-Prüffragen ermöglichen zudem die Beschreibung von körperlichen Faktoren und Erkrankungen, die im Zusammenhang mit den vom Probanden beschriebenen Symptomen stehen. Die Auswertung erfolgt computerisiert über das Standard-DIA-X-CIDI-Programm ge-

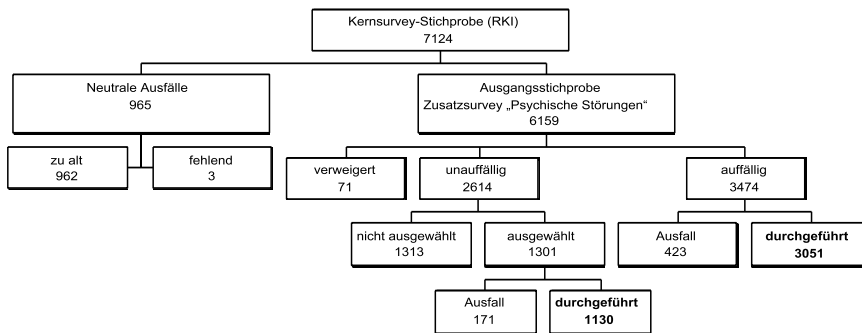


Abb. 1 Die Stichprobe des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“.

mäß den Kriterien von DSM-IV und den Forschungskriterien der ICD-10 und ist somit auswerterobjektiv.

Die Reliabilität und prozedurale Validität des CIDI-Ansatzes wurden in verschiedenen Untersuchungen überprüft [Lachner et al. 1998, Reed et al. 1998, Wittchen 1994, Wittchen et al. 1998]. Zusätzlich wurde auch die Reliabilität und prozedurale Validität des CIDI mit seinen Ergänzungen überprüft. Die mittlere Dauer der Durchführung des Interviews beträgt 45 Minuten.

Interviewer, Training und Durchführung der Feldarbeit

Insgesamt 24 klinisch erfahrende Interviewer(innen) – überwiegend klinische Psychologinnen (n=18; 75%) – führten die Untersuchungsgespräche im Feldarbeits-Zeitraum November 1997 bis April 1999 durch. Alle Interviewer – ungeachtet ihrer Vorerfahrungen mit dem Studieninstrument – nahmen an zumindest einem der insgesamt fünf zweitägigen DIA-X-CIDI-Studientrainings teil, die im Studienverlauf zur Qualitätssicherung, Nachschulung alter und Ersts Schulung neuer Interviewer stattfanden. Über den gesamten Studienverlauf hinweg nahmen alle Interviewer jeweils nach 25 Interviews an klinischen Editoren-Sitzungen mit erfahrenen Feld-Supervisoren der Arbeitsgruppe teil, welche die abgegebenen Interviews auf formale und inhaltliche Korrektheit prüften. Darüber hinaus wurden alle Interviewer durch die I+G Gesundheitsforschung über Datenschutz und Feldarbeitsbelange belehrt und trainierten in Rollenspielübungen das Kontaktverhalten, um eine möglichst hohe Ausschöpfung zu erzielen.

Die Feldarbeit und Kontaktaufnahme mit den Zielprobanden wurde in Abstimmung mit der Kernsurvey-Organisation möglichst bald nach Beendigung der Arbeiten des Kernsurveyteams begonnen. Dabei berichteten die Kernsurvey-Interviewer der Studienzentrale die untersuchten Personen und übergaben die für den Zusatzsurvey notwendigen Daten (Screening-Fragebogen und Krankheitsliste, Einverständniserklärung). Daraufhin wurden auf der Grundlage der Screening-Befunde die Zielpersonen ausgewählt und möglichst innerhalb von 3 Wochen nach der Kernsurvey-Befragung nochmals von der Einsatzzentrale und den Interviewern zur Vereinbarung eines Untersuchungstermins kontaktiert. Die Interviewer reisten dann in den jeweiligen Sample point und führten innerhalb von etwa 10 Tagen die Zielpersonen-Interviews durch.

Es wurden bis zu 15 telefonische, briefliche oder persönliche Kontaktversuche unternommen, um ein Interview zu realisie-

ren; der Zeitabstand zwischen Kernsurvey und Zusatzsurvey betrug im Mittel (Median) 24 Tage.

Ausschöpfung und untersuchte Stichprobe

Die Kernsurvey-Stichprobe bestand aus n=7124 Teilnehmern, aus welchen nach Ausschluß aller älteren Teilnehmer (neutrale Ausfälle insgesamt n=965) die für den Zusatzsurvey relevante Ausgangsstichprobe von n=6159 resultiert (Abb. 1). N=71 Probanden verweigerten bereits vor der Kontaktaufnahme grundsätzlich die Teilnahme am Zusatzsurvey und wurden nicht kontaktiert. Kontaktiert wurden alle Screen-Positiven (n=3474) und 50% der insgesamt 2614 Screen-Negativen.

Mit insgesamt 4181 Personen wurden vollständige Interviews realisiert, mit einer außerordentlich hohen Ausschöpfungsrate von 87,6%. Bezüglich der Screen-Positiven und -Negativen ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede in der Ausschöpfungsrate (87,8% vs. 86,9%). Allerdings variierten die Ausschöpfungsraten leicht zwischen den Bundesländern; die niedrigste Ausschöpfungsrate ergab sich für Mecklenburg-Vorpommern (78,5%), die höchsten Raten mit über 90% ergaben sich für das Saarland (92,2%), Thüringen (91,7%), Niedersachsen (90,6%) und Baden-Württemberg (90,3%). Unter den Ausfallgründen dominierte die Verweigerung (n=418; 70,4% der Ausfälle) und das Nicht-Antreffen irgendeiner Person im Haushalt (n=93; 15,7% der Ausfälle); alle übrigen Ausfallgründe lagen unter 7%.

Soziodemographische Charakteristik

Tab. 1 zeigt die Charakteristik der Untersuchungsstichprobe im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung vor sowie nach Gewichtung der Daten (entsprechend Screening-Status und der Demographiegewichtung des Gesamtsurveys). Obwohl sich insgesamt nur marginale Unterschiede unserer Untersuchungsstichprobe gegenüber der Ausgangsstichprobe (Kernsurvey) sowie der Gesamtbevölkerung ergeben, ist doch tendenziell die höhere Nichtteilnahmerate der Männer, insbesondere in den Altersgruppen 25–44, bemerkenswert.

Tab. 2 gibt eine grobe soziodemographische Charakteristik nach neuen und alten Bundesländern. Dabei fällt insbesondere eine Reihe von Unterschieden hinsichtlich des aktuellen Berufstätigkeitsstatus auf. In den neuen Bundesländern sind deutlich mehr Studienteilnehmer arbeitslos (12,6% vs. 4,1%) oder vorzeitig berentet (6,6 vs. 4,6), allerdings geben in den neuen Bundesländern signifikant weniger an, Hausfrau/-mann zu sein (1,8% vs. 9,7%).

Tab. 1 Soziodemographische Verteilung der Bundesdeutschen Bevölkerung, der Ausgangsstichprobe und der Probanden (ungewichtet und gewichtet)

Alter	deutsche Bevölkerung 31.12.97		Ausgangs- stichprobe		Untersuchungsstichprobe (Zusatzsurvey)										
	n	%total	(Kernsurvey) n	%total	gesamt n	%total	% aus	Screen positiv ¹ n	%total	%Pos	Screen negativ ¹ n	%total	& Neg	gesamt Nw	%w
gesamt	48623582	100,0	6159	100,0	4181	100,0	67,9	3051	100,0	87,8	1130	100,0	43,2	4181	100,0
18-19	1555877	3,2	267	4,3	181	4,3	67,8	131	4,3	88,5	50	4,4	42,7	134	3,2
20-24	3726957	7,7	454	7,4	296	7,1	65,2	215	7,0	82,1	81	7,2	43,5	320	7,7
25-29	5120766	10,5	562	9,1	374	8,9	66,5	251	8,2	86,6	123	10,9	47,1	440	10,5
30-34	6429299	13,2	755	12,3	513	12,3	67,9	369	12,1	89,1	144	12,7	43,1	553	13,2
35-39	6162182	12,7	800	13,0	555	13,3	69,4	396	13,0	90,2	159	14,1	44,9	530	12,7
40-44	5408909	11,1	668	10,8	460	11,0	68,9	347	11,4	88,5	113	10,0	42,6	465	11,1
45-49	4992542	10,3	644	10,5	454	10,9	70,5	331	10,8	88,3	123	10,9	47,5	429	10,3
50-54	4156613	8,5	561	9,1	399	9,5	71,1	296	9,7	90,0	103	9,1	45,0	357	8,5
55-59	5577400	11,5	795	12,9	525	12,6	66,0	406	13,3	85,5	119	10,5	37,9	480	11,5
60-64	4745123	9,8	601	9,8	389	9,3	64,7	284	9,3	88,5	105	9,3	38,6	408	9,8
65	747914	1,5	52	0,8	35	0,8	67,3	25	0,8	86,2	10	0,9	43,5	64	1,5
Männer	24450239	50,3	3034	49,3	1913	45,8	63,1	1255	41,1	85,9	658	58,2	42,7	2102	50,3
18-19	796858	1,6	142	2,3	94	2,2	66,2	60	2,0	88,2	34	3,0	45,9	69	1,6
20-24	1902813	3,9	242	3,9	152	3,6	62,8	100	3,3	80,0	52	4,6	46,0	164	3,9
25-29	2613438	5,4	262	4,3	165	3,9	63,0	99	3,2	86,8	66	5,8	46,2	225	5,4
30-34	3276986	6,7	372	6,0	230	5,5	61,8	152	5,0	86,4	78	6,9	40,4	282	6,7
35-39	3129616	6,4	395	6,4	254	6,1	64,3	165	5,4	86,8	89	7,9	44,1	269	6,4
40-44	2740595	5,6	320	5,2	215	5,1	67,2	146	4,8	90,7	69	6,1	45,7	236	5,6
45-49	2521729	5,2	310	5,0	199	4,8	64,2	126	4,1	86,3	73	6,5	45,3	217	5,2
50-54	2071472	4,3	288	4,7	190	4,5	66,0	128	4,2	87,1	62	5,5	44,0	178	4,3
55-59	2751744	5,7	387	6,3	234	5,6	60,5	158	5,2	81,0	76	6,7	40,2	237	5,7
60-64	2292016	4,7	290	4,7	165	3,9	56,9	109	3,6	87,2	56	5,0	34,6	197	4,7
65	352972	0,7	26	0,4	15	0,4	57,7	12	0,4	85,7	3	0,3	25,0	30	0,7
Frauen	24173343	49,7	3125	50,7	2268	54,2	72,6	1796	58,9	89,2	472	41,8	44,0	2079	49,7
18-19	759019	1,6	125	2,0	87	2,1	69,6	71	2,3	88,8	16	1,4	37,2	65	1,6
20-24	1824144	3,8	212	3,4	144	3,4	67,9	115	3,8	83,9	29	2,6	39,7	157	3,8
25-29	2507328	5,2	300	4,9	209	5,0	69,7	152	5,0	86,4	57	5,0	48,3	216	5,2
30-34	3152313	6,5	383	6,2	283	6,8	73,9	217	7,1	91,2	66	5,8	46,8	271	6,5
35-39	3032566	6,2	405	6,6	301	7,2	74,3	231	7,6	92,8	70	6,2	46,1	261	6,2
40-44	2668314	5,5	348	5,7	245	5,9	70,4	201	6,6	87,0	44	3,9	38,6	229	5,5
45-49	2470813	5,1	334	5,4	255	6,1	76,3	205	6,7	89,5	50	4,4	51,0	212	5,1
50-54	2085141	4,3	273	4,4	209	5,0	76,6	168	5,5	92,3	41	3,6	46,6	179	4,3
55-59	2825656	5,8	408	6,6	291	7,0	71,3	248	8,1	88,6	43	3,8	34,4	243	5,8
60-64	2453107	5,0	311	5,0	224	5,4	72,0	175	5,7	89,3	49	4,3	44,5	211	5,0
65	394942	0,8	26	0,4	20	0,5	76,9	13	0,4	86,7	7	0,6	63,6	34	0,8

¹ Screen positiv = mindestens eine der CID-S Fragen wurde bejaht, Screen negativ = keine der CID-S Fragen wurde bejaht

Ergebnisse

Im folgenden werden die 4-Wochen-Querschnitts-Prävalenzen für drei Hauptstörungsgruppen (affektive, Angst- und somatoforme Störungen) berichtet. Die affektiven Störungen umfassen folgende spezifische Diagnosen gemäß der ICD-10-Klassifikation: F30 Manische Episode, F31 Bipolare affektive Störung, F32 Depressive Episode, F33 Rezidivierende depressive Störung sowie F34.1 Dysthymie. Dabei werden alle Subtypen der ICD-10 (Kodierungen an 3. und 4. Stelle) berücksichtigt. Die Angststörungen umfassen F40.0 Agoraphobie, F40.1 Soziale Phobie, F40.2 Spezifische Phobie, F40.8 Sonstige phobische Störungen, F41.0 Panikstörung, F41.1 Generalisierte Angststörung sowie F42.0 Zwangsstörung. Bezüglich somatoformer Störungen werden hier F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.2 Hypochondrische Störung und F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung berücksichtigt.

Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland

Abb. 2 berichtet die Prävalenzraten zusammen mit ihren 95% Konfidenzintervallen; 9% aller 18-65jährigen erfüllten zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien einer Angsterkrankung, 7,5% einer somatoformen und 6,3% die einer affektiven Störung. Insgesamt waren 17,2% oder bevölkerungsbezogen 8,35 Millionen der deutschen Bevölkerung in dieser Altersgruppe betroffen. Dabei muß berücksichtigt werden, daß ein bedeutsamer Prozentsatz der Untersuchten die Kriterien von mehr als einer psychischen Störung erfüllte.

Frauen waren insgesamt – mit Ausnahme 18-35jähriger mit affektiven Störungen – von jeder Störungsgruppe signifikant häufiger betroffen als Männer (Tab. 3). Deutlich wird auch, daß psychische Störungen in jeder der untersuchten Alters-

Tab. 2 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe des Zusatzsurveys

	gesamt				alte Bundesländer				neue Bundesländer			
	n	Nw	%w	95% KI ¹	n	Nw	%w	95% KI ¹	n	Nw	%w	95% KI ¹
Geschlecht												
Männer	1913	2102	50,28	(48,57 – 52,00)	1301	1669	50,20	(48,17 – 52,22)	612	434	50,63	(47,68 – 53,57)
Frauen	2268	2079	49,72	(48,00 – 51,43)	1512	1656	49,80	(47,78 – 51,83)	756	423	49,37	(46,43 – 52,32)
Alter												
18–35	1466	1542	36,9	(35,20 – 38,58)	1017	1236	37,17	(35,21 – 39,18)	449	306	35,73	(32,89 – 38,67)
36–45	992	981	23,46	(22,03 – 24,94)	663	773	23,25	(21,59 – 24,99)	329	208	24,27	(21,80 – 26,92)
45–65	1723	1659	39,67	(37,99 – 41,37)	1133	1316	39,58	(37,61 – 41,59)	590	343	40,00	(37,18 – 42,89)
Familienstand												
verheiratet	2617	2625	62,79	(61,11 – 64,44)	1738	2085	62,73	(60,74 – 64,67)	879	540	63,04	(60,10 – 65,87)
getrennt	97	95	2,27	(1,83 – 2,82)	74	81	2,44	(1,92 – 3,10)	23	14	1,61	(1,03 – 2,52)
ledig	991	1021	24,41	(22,95 – 25,94)	695	815	24,53	(22,82 – 26,32)	296	205	23,96	(21,43 – 26,68)
geschieden	277	244	5,83	(5,11 – 6,64)	168	182	5,47	(4,65 – 6,42)	109	62	7,21	(5,89 – 8,81)
verwitwet	119	114	2,72	(2,21 – 3,35)	82	90	2,72	(2,13 – 3,47)	37	23	2,74	(1,90 – 3,93)
missing	80	83	1,98	(1,53 – 2,54)	56	70	2,11	(1,59 – 2,81)	24	12	1,44	(0,93 – 2,23)
Berufstätigkeit												
nein	1531	1466	35,06	(33,44 – 36,72)	988	1136	34,18	(32,28 – 36,13)	543	330	38,49	(35,66 – 41,40)
Schule	77	65	1,55	(1,21 – 1,98)	62	55	1,65	(1,26 – 2,17)	15	9,7	1,13	(0,64 – 2,01)
Hochschule	78	87	2,07	(1,62 – 2,65)	53	68	2,06	(1,54 – 2,74)	25	18	2,14	(1,34 – 3,40)
Altersh. Rente	175	187	4,48	(3,74 – 5,36)	98	140	4,20	(3,35 – 5,27)	77	48	5,55	(4,34 – 7,06)
Vorz. Rente	216	211	5,04	(4,34 – 5,85)	126	154	4,63	(3,84 – 5,58)	90	57	6,62	(5,28 – 8,27)
arbeitslos	307	244	5,85	(5,14 – 6,65)	120	136	4,09	(3,36 – 4,98)	187	108	12,64	(10,85 – 14,67)
Hausfrau/-mann	322	340	8,12	(7,25 – 9,09)	296	324	9,74	(8,66 – 10,93)	26	16	1,84	(1,19 – 2,83)
Wehr-/Zivildienst	9	9	0,21	(0,10 – 0,42)	7	8	0,23	(0,11 – 0,50)	2	1	0,13	(0,03 – 0,51)
Umschulung	34	24	0,58	(0,40 – 0,82)	16	14	0,42	(0,25 – 0,69)	18	10	1,20	(0,74 – 1,95)
nichts davon	228	214	5,11	(4,43 – 5,90)	150	165	4,97	(4,18 – 5,90)	78	49	5,69	(4,47 – 7,20)
missing	85	86	2,06	(1,61 – 2,62)	60	73	2,18	(1,66 – 2,88)	25	13	1,55	(1,02 – 2,36)
ja	2650	2715	64,94	(63,28 – 66,56)	1825	2188	65,82	(63,87 – 67,72)	825	527	61,51	(58,60 – 64,34)
<15 h	228	246	5,88	(5,11 – 6,76)	197	225	6,75	(5,82 – 7,83)	31	21	2,49	(1,67 – 3,69)
15–34 h	391	362	8,66	(7,77 – 9,65)	279	300	9,04	(7,98 – 10,22)	112	62	7,20	(5,89 – 8,78)
≥35 h	2031	2107	50,40	(48,67 – 52,12)	1349	1663	50,03	(48,00 – 52,07)	682	444	51,82	(48,86 – 54,76)

¹ (Konfidenzintervall)**Tab. 3** Prävalenz von psychischen Störungen in der Bundesrepublik in den letzten 4 Wochen nach Alter und Geschlecht

DSM-IV Störung	Alter	Männer			Frauen			Frauen vs. Männer	
		Nw	%w	95% KI ²	Nw	%w	95% KI ²	OR ¹	95% KI ²
affektive									
Gesamt		100	4,75	(3,82 – 5,89)	163	7,82	(6,71 – 9,10)	1,69*	(1,27 – 2,24)
18–35		32	4,08	(2,71 – 6,10)	43	5,57	(4,11 – 7,50)	1,39*	(0,81 – 2,36)
36–45		17	3,40	(2,01 – 5,70)	36	7,78	(5,67 – 10,58)	2,40*	(1,27 – 4,53)
46–65		51	6,24	(4,65 – 8,33)	84	9,89	(7,96 – 12,24)	1,65*	(1,11 – 2,44)
Angst									
Gesamt		110	5,25	(4,37 – 6,30)	265	12,74	(11,38 – 14,24)	2,64*	(2,09 – 3,34)
18–35		42	5,46	(3,99 – 7,41)	102	13,32	(11,10 – 15,92)	2,66*	(1,80 – 3,93)
36–45		25	4,92	(3,39 – 7,08)	59	12,64	(9,93 – 15,94)	2,79*	(1,74 – 4,49)
46–65		43	5,27	(3,92 – 7,05)	104	12,27	(10,18 – 14,71)	2,52*	(1,73 – 3,66)
somatoforme									
Gesamt		104	4,93	(4,05 – 5,99)	208	9,99	(8,68 – 11,48)	2,13*	(1,64 – 2,76)
18–35		24	3,14	(2,08 – 4,70)	68	8,87	(6,91 – 11,32)	3,01*	(1,82 – 4,95)
36–45		23	4,53	(3,04 – 6,68)	52	11,09	(8,45 – 14,43)	2,63*	(1,58 – 4,39)
46–65		56	6,90	(5,25 – 9,01)	88	10,40	(8,33 – 12,91)	1,57*	(1,07 – 2,29)
irgendeine									
Gesamt		245	11,65	(10,25 – 13,21)	473	22,75	(20,92 – 24,69)	2,23*	(1,86 – 2,67)
18–35		81	10,42	(8,25 – 13,08)	169	21,96	(19,04 – 25,19)	2,42*	(1,76 – 3,31)
36–45		51	9,94	(7,55 – 12,98)	107	23,01	(19,33 – 27,17)	2,71*	(1,86 – 3,94)
46–65		113	13,89	(11,50 – 16,68)	197	23,31	(20,40 – 26,50)	1,88*	(1,43 – 2,48)

¹ Odds Ratio kontrolliert nach Alter² (Konfidenzintervall)

gruppe ähnlich häufig auftreten und nur bei den Männern tendenziell höhere Prävalenzraten im Alter von 45–65 Jahren beobachtet werden.

Auswirkungen auf die Arbeitsproduktivität

Abb. 3 verdeutlicht, daß psychische Störungen mit deutlich verringerter Arbeitsproduktivität einhergehen. Auf die Frage, an

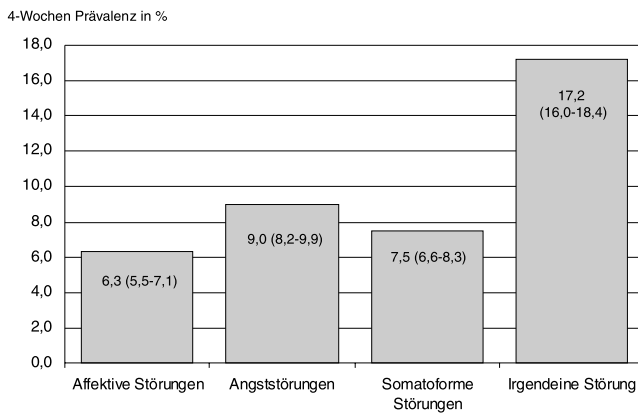


Abb. 2 4-Wochen-Prävalenz affektiver, Angst- und somatoformer Störungen.

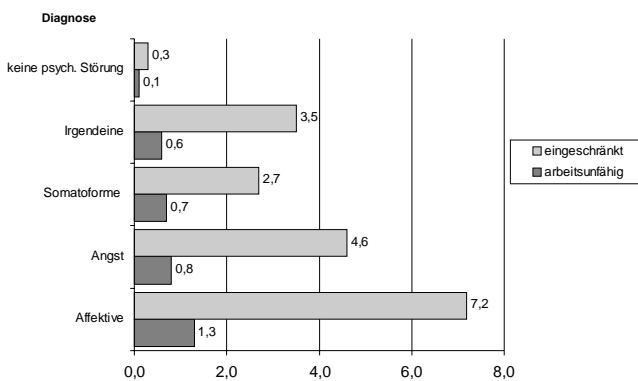


Abb. 3 Tage mit teilweise oder vollständig eingeschränkter Arbeitsproduktivität (in den letzten 4 Wochen) bei affektiven, Angst- und somatoformen Störungen.

wie vielen Tagen in den vergangenen 4 Wochen Betroffene „wegen ihrer psychischen Probleme überhaupt nicht in der Lage“ bzw. „zumindest leicht eingeschränkt“ waren, ihrer Arbeit und ihren beruflichen/Haushalts-Verantwortlichkeiten nachzugehen, gaben Personen mit affektiven Störungen im Mittel 1,3 (95% KI: 0,70–1,80) Arbeitsunfähigkeitstage und 7,2 (95% KI: 5,81–8,53) Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität an. Bei Angststörungen lagen die Werte mit 0,8 bzw. 4,6 Tagen und bei somatoformen Störungen mit 0,7 bzw. 2,7 Tagen deutlich niedriger. Alle Angaben sind jedoch gegenüber Personen ohne eine dieser Störungen (0,1 bzw. 0,3 Tage) deutlich erhöht.

Sind psychische Störungen in den neuen Bundesländern häufiger?

Somatoforme (alte 8,0% vs. neue 5,5%; Odds ratio: 1,5; 95% KI: 1,13–1,99) und affektive (alte 6,7% vs. neue 4,8%; Odds ra-

tio: 1,4; 95% KI: 1,06–1,87) Störungen sind in den alten Bundesländern signifikant häufiger als in den neuen Ländern (Tab. 4). Dieser Unterschied ist sowohl bei Männern wie auch bei Frauen nachzuweisen. Demgegenüber ergeben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von Angststörungen. Daraus ergibt sich unter ausschließlicher Berücksichtigung dieser drei Störungsgruppen, daß Personen in den neuen Bundesländern eine signifikant niedrigere Prävalenzrate aufweisen (Odds ratio: 1,2; 95% KI: 1,0–1,5).

Diskussion

Die ersten Befunde aus dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ unterstreichen zunächst, daß ungeachtet der Ausschöpfung im Kernsurvey das 2-Stufen-Vorgehen im Zusatzsurvey erfolgreich realisiert wurde. Die erzielte hohe Ausschöpfung von 87,6% macht es – auch unter Berücksichtigung unserer zusätzlichen Prüfprozeduren hinsichtlich verschiedener soziodemographischer Variablen – unwahrscheinlich, daß gegenüber dem Kernsurvey weitere systematische Ausfalleffekte aufgetreten sind. Weiter eröffnen sich mit dieser hohen Ausschöpfungsrate auch methodisch attraktive Möglichkeiten zukünftiger vertiefender Analysen gemeinsam mit den Daten des Kernsurveys.

Zugleich liefert dieses Ergebnis auch einen weiteren Nachweis der Realisierbarkeit differenzierter epidemiologischer Datenerhebungen zu einem weiten Spektrum psychischer Störungen auf der Grundlage des standardisierten Composite International Diagnostic Interviews als Fallfindungsinstrument in Allgemeinbevölkerungsstudien. Damit stehen erstmals auch für die Bundesrepublik, ähnlich wie in den angloamerikanischen Ländern, reliable und international direkt vergleichbare Bezugsdaten zur psychiatrischen Morbidität zur Verfügung.

Obwohl wir in diesem ersten Auswertungsschritt nur diagnostisch aggregierte Daten für drei Störungsgruppen berichten können, deuten auf der inhaltlichen Ebene unsere Befunde schon jetzt an, daß affektive, Angst- und somatoforme Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung in allen Altersstufen weit verbreitet sind. Nahezu jeder fünfte Bundesbürger litt zum Befragungszeitpunkt an einer der hier untersuchten psychischen Störungen. Die ermittelte Gesamtprävalenz wie auch die Häufigkeit der einzelnen Störungen decken sich weitgehend mit entsprechenden Daten aus den USA, Kanada sowie Australien und Großbritannien [Andrews et al. 1999; Kessler et al. 1994; Lin et al. 1997; Meltzer et al. 1995] und stehen auch im Einklang mit unseren regionalen Daten aus der EDSP [Wittchen et al. 1998]. Bemerkenswert ist, daß die Prävalenzbefunde mit geringen Variationen in allen Altersgruppen ähnlich ausfallen; dies unterstreicht, daß affektive, Angst- und somatoforme Störungen kein alters-

Tab. 4 Prävalenz von psychischen Störungen in der Bundesrepublik in den letzten 4 Wochen

DSM-IV Störung	alte Bundesländer			neue Bundesländer			alte vs. neue Bundesländer	
	Nw	%w	95% KI ²	Nw	%w	95% KI ²	OR ¹	95% KI ²
affektive	221	6,65	(5,76 – 7,67)	41	4,82	(3,84 – 6,04)	1,41*	(1,06 – 1,87)
Angst	298	8,97	(8,01 – 10,04)	77	8,98	(7,58 – 10,60)	1,00*	(0,79 – 1,25)
somatoforme	265	7,96	(7,00 – 9,04)	47	5,46	(4,33 – 6,86)	1,50*	(1,13 – 1,99)
irgendeine	589	17,73	(16,34 – 19,20)	128	14,99	(13,17 – 17,03)	1,22*	(1,02 – 1,47)

¹ Odds Ratio kontrolliert nach Geschlecht und Alter
² (Konfidenzintervall)

gruppenspezifisches Phänomen sind bzw. nicht auf krisenhafte entwicklungspsychologische oder -biologische Phasen begrenzt sind.

Bemerkenswert sind auch die eindrücklichen Befunde zur vollständig und teilweise eingeschränkten Arbeitsproduktivität bei allen Formen psychischer Störungen, insbesondere aber bei affektiven Störungen, unter denen die Typische Depression (Major depression) die häufigste Einzeldiagnose ist. Dies verdeutlicht die Größenordnung und die gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Störungen in unserer Gesellschaft.

Wie auch schon in früheren Untersuchungen kurz nach der Wiedervereinigung [Wittchen et al. 1994] finden wir, daß die Prävalenz psychischer Störungen in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern eher niedriger als höher ist. Signifikant niedriger fällt in unserer Untersuchung sowohl die Prävalenz affektiver als auch somatoformer Störungen aus. Dieser Befund ist bemerkenswert und steht durchaus im Gegensatz zu einer Reihe von nicht-epidemiologischen Untersuchungen mit anderer Methodik, die auf eine höhere oder gar ansteigende Prävalenz in den neuen Bundesländern hingewiesen haben. Wir können nur mutmaßen, daß diese Divergenz auf unterschiedliche Definitionen und Kriterien psychischer Störung rückführbar ist. So könnte es sein, daß zwar subjektiv geäußerte und über Fragebogen ermittelte psychische Beschwerden in den neuen Bundesländern durchaus häufiger sind; nach unseren Befunden scheint dies aber nicht für manifeste Formen psychischer Störungen zu gelten.

Literatur

- 1 Andrews G, Hall W, Teesson M, Henderson S (1999). The mental health of Australians: National Survey of Mental Health and Well-being Report 2. Commonwealth Mental Health Branch, Canberra Act
- 2 APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [4th ed] (DSM-IV) (1994). Deutsch: Saß H, Zaudig M, Wittchen HU. Hogrefe (1996)
- 3 Bellach BM, Knopf H, Thefeld W. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen* 1998; 2 [60]: 59–68
- 4 Bickel H (1995). Epidemiologie der Demenzen. *Psycho* 21: 716–722
- 5 Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert J, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25: 218–233
- 6 Fichter M (1990). Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer Verlag, Berlin
- 7 Fichter MM, Schröppel H, Meller I (1996). Incidence of dementia in a Munich community sample of the oldest old. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246: 320–328
- 8 John U. Schwerpunktheft Sucht über epidemiologische Forschung durch ANEPSA: Editorial. In Vorbereitung.
- 9 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psych* 51: 8–19
- 10 Lachner G, Wittchen HU, Perkonig A, Holly A, Schuster P, Wunderlich U, Türk D, Garczynski E, Pfister H (1998). Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Substance use sections. European Addiction Research* 4 (1–2): 28–41
- 11 Lin E, Goering PN, Lesage A, Streiner DL (1997). Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32: 355–362
- 12 Mayer HU, Baltes PB (1996). Die Berliner Altersstudie, Akademie Verlag, Berlin
- 13 Meltzer H, Baljit G, Petticrew M, Hinds (1995). The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. *PCS Reports* 1995 1–8, London HSMO
- 14 Murray CJL, Lopez AD (1996). The global burden of disease. *Global Burden of Disease and Injury Series. Harvard University Press* 1996
- 15 Reed V, Gander F, Pfister H, Steiger A, Sonntag H, Trenkwalder C, Hundt W, Wittchen HU (1998). To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 7 [3]: 142–155
- 16 Schmidt M., Esser G., Laucht M (1995). Pathogenese neuropsychiatrischer Störungen mit biologischen und psychosozialen Risiken. Bericht und Finanzierungsantrag SFB 258
- 17 Weyerer S (1995). Wie häufig sind eigentlich psychische Erkrankungen? *Praxis* 14, 4–6
- 18 Wittchen HU (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research* 28 [1]: 57–84
- 19 Wittchen HU, Pfister H (1997). Manual und Durchführungsbeschreibung des DIA-X-M-CIDI. Frankfurt: Swets, Zeitlinger
- 20 Wittchen HU, Semler G (1991). Diagnostic Interview Schedule. Beltz Test, Weinheim
- 21 Wittchen HU, Höfler M, Gander F, Pfister H, Storz S, Üstün B, Müller N, Kessler RC (1999). Screening for mental disorders: performance of the Composite International Diagnostic-Screener (CID-S). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 8: 59–70
- 22 Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 568–578
- 23 Wittchen HU, Lachner G, Perkonig A, Hoeltz J (1994). Sind psychische Störungen in den neuen Bundesländern häufiger? *Verhaltenstherapie – Praxis, Forschung, Perspektiven* 4: 96–103
- 24 Wittchen HU, Müller N, Storz S (1998). Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 1998; 2 [60]: 85–100
- 25 Wittchen HU, Nelson CB, Lachner, G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 28:109–126.
- 26 World Health Organization (1991). *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Geneva: World Health Organisation
- 27 World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Geneva: World Health Organization
- 28 World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1)*. Geneva: World Health Organization

H.-U. Wittchen

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie
Kraepelinstraße 10
D-80804 München