

C. Meyer¹ · H.-J. Rumpf² · U. Hapke¹ · H. Dilling² · U. John¹

¹ Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität zu Lübeck

Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

Ergebnisse der TACOS-Studie

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der 18- bis 64-jährigen Allgemeinbevölkerung einer norddeutschen Region berichtet. 4.075 Personen einer zu 70,2% ausgeschöpften repräsentativen Einwohnermeldeamtsstichprobe wurden mit dem vollstandardisierten und computerisierten „Münchener Composite International Diagnostic Interview“ (M-CIDI) in persönlichen Interviews untersucht. Die hier berichtete Klassifikation erfolgte auf Grundlage des DSM-IV. Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen stellten mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,8% die häufigste Diagnosengruppe dar, gefolgt von Angststörungen (15,1%), somatoformen Störungen (12,9%), affektiven Störungen (12,3%) und Essstörungen (0,7%). Frauen waren dabei häufiger von nicht-substanzbezogenen psychischen Störungen betroffen und Männer häufiger von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Es zeigt sich ein Trend zu geringerer psychiatrischer Morbidität bei Individuen mit höherer Schulbildung, höherem Einkommen, verheirateten Personen und Personen mit ländlichem Wohnsitz. 42% der Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose erfüllten die Kriterien mindestens einer weiteren Störung. Die Ergebnisse werden im Kontext ausgewählter bisheriger Studien diskutiert.

Schlüsselwörter

Psychische Störungen · Epidemiologie · Erwachsene Allgemeinbevölkerung · Prävalenz · Standardisierte Diagnostik

Im Zuge der Fortentwicklung der Klassifikationssysteme DSM und ICD hin zu weitgehend operationalen Definitionen psychischer Störungen wurden mit dem „Epidemiological Catchment Area Programm“ (ECA) Anfang der 80er und der „National Comorbidity Study“ (NCS) Anfang der 90er Jahre epidemiologische Daten für die US-amerikanische Bevölkerung auf Grundlage standardisierter psychiatrischer Interviews vorgelegt [6, 15, 23, 26]. Der Einsatz solcher Erhebungsinstrumente ermöglichte zum einen den ökonomischen Einsatz von psychiatrischen Laien als Interviewer und somit die Realisierung hinreichend großer Stichproben in der Allgemeinbevölkerung, und zum anderen wurden Reliabilitätsprobleme von weniger strukturierten und standardisierten Verfahren überwunden [34]. Schätzungen der Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Deutschlands hingegen beruhen derzeit weitgehend auf Studien, de-

ren Erhebungen Jahrzehnte zurückliegen und deren methodisches Vorgehen nicht aktuell ist. So erfolgte die Fallidentifikation und Klassifikation in den wenigen bisher im Nachkriegsdeutschland durchgeführten psychiatrisch-epidemiologischen Feldstudien durch das Urteil von Ärzten oder Psychologen nach weitgehend unstandardisierten klinischen Interviews und mittlerweile überholten Klassifikationssystemen [7, 9, 27]. Im Rahmen der bundesweiten „Münchener Follow-up-Studie“ (MFS) wurde 1981 erstmalig für eine deutsche Feldstudie ein voll standardisiertes psychiatrisches Interview (Diagnostic Interview Schedule, DIS) eingesetzt und eine Klassifikation nach DSM-III-Kriterien vorgenommen [22, 35]. Die jüngst in den Niederlanden durchgeführte „Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study“ (NEMESIS) ist ein weiteres Beispiel für eine forschungsmethodisch vergleichbare europäische Studie, in der eine Weiterentwicklung der DIS, das „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) eingesetzt wurde [4, 5]. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Design und Ergebnisse der genannten Studien.

C. Meyer
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin,
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,
Walther-Rathenau-Str. 48, 17487 Greifswald,
E-Mail: chmeyer@mail.uni-greifswald.de

C. Meyer · H.-J. Rumpf · U. Hapke · H. Dilling
U. John

Lifetime prevalence of mental disorders in the adult general population: findings from the TACOS study

Summary

The present paper reports lifetime prevalence rates of mental disorders in the 18- to 64-year-old general population of a northern German region. A representative random sample from registration office files of 4,075 individuals was examined in personal interviews using the fully standardized and computerised "Munich Composite International Diagnostic Interview" (M-CIDI). The response rate was 70.2%. Individuals were classified according to the DSM-IV. Substance use disorders were most frequent with 25.8% followed by anxiety (15.1%), somatoform (12.9%), affective (12.3%), and eating disorders (0.7%). Disorders other than substance use were more frequent in women and less frequent in men. A trend toward less psychiatric morbidity exists in individuals with higher educational level, higher income, and those who are married or reside in rural communities. Of all individuals affected by mental disorders, 42% fulfilled the criteria for at least one additional disorder. The results are discussed against the background of selected previous studies.

Key words

Psychiatric disorders · Epidemiology ·
Adult general population · Prevalence ·
Standardized diagnostic

Originalien

Für nationale und internationale Vergleiche sind die Nutzung internationaler diagnostischer Standards sowie hinreichend großer Stichproben notwendig. Zusätzlich erschwerten bislang unterschiedlichste Zeitfenster und die Berücksichtigung verschiedener Altersbereiche für die Prävalenzschätzung eine Einordnung der Daten.

Während in den Settings allgemeinarztliche Praxen (WHO-Studie mit den deutschen Studienzentren Mainz und Berlin [17]) und Allgemeinkrankenhaus (Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie [3]) sowie für Menschen im höheren Lebensalter in der Allgemeinbevölkerung (Berliner Altersstudie/BASE [13], Münchner Hochbetagten Studie [11]) verlässliche Schätzungen zur psychiatrischen Morbidität vorliegen, fehlen in Deutschland Daten für den Bereich der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Aktuelle Projekte, die im Rahmen des Forschungsverbundes „Analytical Epidemiology of Substance Abuse“ (ANEPSA) in Deutschland unter Berücksichtigung internationaler Standards durchgeführt wurden, können Ergebnisse zur Behebung dieses bisherigen Forschungsdefizites beitragen [2]. So wurde im Bereich der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14–24 Jahren die „Early Developmental Stages of Psychopathology“ (EDSP) Studie 1996 in der Region München mit 3.021 Probanden und einer Störungsklassifikation nach DSM-IV durchgeführt [33]. Für die erwachsene Allgemeinbevölkerung der 18- bis 64-Jährigen sollen im vorliegenden Beitrag Lebenszeitprävalenzen, soziodemographische Korrelate und Komorbidität für das Auftreten wesentlicher Störungsbilder nach DSM-IV berichtet und, soweit möglich, in den Kontext bisheriger nationaler wie internationaler Befunde eingeordnet werden.

Methode

Die hier dargestellte Erhebung stellt den ersten Querschnitt einer Längsschnittstudie dar, die Teil des Projektes „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“ (TACOS) ist. Die Feldarbeiten wurden in Kooperation mit der Firma infas Sozialforschung, Bonn organisiert. Eine weitergehende Darstellung der Erhebung, des Studiendesigns und der qualitätssichernden Maßnahmen ist bei

Hess et al. und Meyer et al. zu finden [14, 18].

Zur Grundgesamtheit gehören Erwachsene der Geburtsjahrgänge 1932–1978 (18- bis 64-Jährige zur Mitte der Erhebungsphase), die nicht in Institutionen lebten und ihren alleinigen bzw. Hauptwohnsitz in Lübeck oder einer von 46 umliegenden Gemeinden hatten. Die Gesamtbevölkerung des so definierten Erhebungsgebietes betrug zum Untersuchungszeitpunkt 325.107 Personen, wobei etwa 2/3 der Bevölkerung im Kernbereich Lübeck lebten [12, 28]. Zur Vermeidung von systematischen Verzerrungen durch Sprachprobleme wurde weiterhin die deutsche Staatsangehörigkeit als Einschlusskriterium festgelegt. Unter Zugrundelegung der Einschlusskriterien Alter und Staatsangehörigkeit verbleiben nach Einwohnermeldeamtsdaten 193.452 Personen des Erhebungsgebietes als Grundgesamtheit [12, 28]. Aus den jeweiligen Einwohnermelderegistern wurde proportional zur Gemeindeeinwohnerzahl durch eine systematische Zufallsauswahl ohne Berücksichtigung weiterer Schichtungskriterien die Personenstichprobe bestimmt, wobei die Größe dieser Stichprobe unter Einbeziehung der zu erwartenden Responseraten und Standardfehler festgelegt wurde.

Zur Datenerhebung wurden 56 psychiatrische Laieninterviewer nach einer 5-tägigen Schulung eingesetzt. Ein Protokoll jedes Interviews wurde von Diplompsychologen auf Konsistenz geprüft und als Grundlage für wöchentlich und individuell mit den Interviewern durchgeführte Supervisionstermine genutzt. Die Erhebungsphase erstreckte sich vom Juli 1996 bis zum März des nächsten Jahres. 618 Personen der unreinigten Bruttostichprobe ($N=6.447$) gehörten nicht der Grundgesamtheit an, da sie verzogen oder verstorben waren, die angegebene Adresse nicht mehr existierte oder aber eines der genannten Einschlusskriterien nicht erfüllt war. Von den verbleibenden 5.829 Individuen (bereinigte Bruttostichprobe) konnte bei 4.093 ein vollständiges Interview durchgeführt werden, was insgesamt einer Responserate von 70,2% entspricht. 18 der realisierten Interviews mussten aus nicht systematischen Gründen (Verlust von Daten z. B. aufgrund von EDV-technischen Problemen) ausgeschlossen werden, womit 4.075 Personen für die

Tabelle 1

Design und Schätzungen der Lebenszeitprävalenz ausgewählter psychiatrisch epidemiologischer Feldstudien in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung

	Studie	ECA ^a (23)	MFS (35)	NCS (15)	NEMESIS (4, 5)
Studiendesign	Jahr der Erhebung	1980–1984	1981	1990–1992	1996
	Altersbereich	>18 Jahre	25–65 Jahre	15–54 Jahre	18–64 Jahre
	Erhebungsgebiet	5 Regionen der USA	Deutschland (alte Bundesländer)	USA	Niederlande
	Stichprobengröße	19.182	483	8.098	7.076
	Ausschöpfung	68%–79%	73,5%	82,6%	69,7%
	Klassifikationssystem	DSM-III	DSM-III	DSM-III-R	DSM-III-R
	Diagnostisches Instrument	DIS	DIS	CIDI	CIDI
Lebenszeitprävalenzen in %	Alkohol-Missbrauch/Abhängigkeit	13,72	13,04	26,6 ^b	18,7 ^b
	Drogen-Missbrauch/Abhängigkeit	5,57	1,79		
	Affektive Störungen	9,86	12,90	19,3	19,0
	Angststörungen	15,09	13,87	24,9	19,3
	Somatoforme Störungen	0,09	0,84	–	–
	Essstörungen	–	–	–	0,7
	Schizophrene Störungen	1,59	0,72	0,7	0,4
	Psychiatrische Gesamtmorbidität	31,35	32,06	48,0	41,2

^aPrävalenzen nach Wittchen u. von Zerssen (35) bezogen auf weiße, 25- bis 65-jährige Probanden (n=5529); ^bSubstanzmissbrauch/Abhängigkeit exkl. Tabak; – keine Angaben oder nicht erfasst

Auswertungen berücksichtigt wurden. Bei 11,4% der bereinigten Bruttostichprobe konnte der Proband nicht erreicht werden, und bei 18,4% kam trotz Kontakt mit dem Probanden kein gültiges Interview zu Stande (16,8% aufgrund von Teilnahmeverweigerung, 1,4% wegen Krankheit, 0,1% Abbruch des Interviews).

Eine Analyse der Ausfallgründe ergab, dass ältere Personen häufiger verweigerten und jüngere Personen häufiger verzogen waren bzw. nicht erreicht werden konnten. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, sind die Abweichungsbeträge in der realisierten Stichprobe hinsichtlich der soziodemographischen Charakteristik so gering, dass eine nachträgliche Gewichtung mit entsprechenden methodischen Problemen nicht zu rechtfertigen war [13].

Das Erhebungsinstrument bestand aus einem persönlichen Interview, das in der Regel in der Wohnung des Probanden durchgeführt wurde. Die Vorgabe der Fragen wurde über einen Laptop-Computer gesteuert, und die Antworten wurden direkt erfasst. Zu ergänzenden Themenbereichen wurden z. T. selbstauszufüllende Fragebögen vorgelegt. Zur Fallidentifikation und Klassifikati-

on wurde das „Münchener Composite International Diagnostic Interview“ (M-CIDI), eine modifizierte und erweiterte Version des WHO-CIDI, in der Lebenszeitversion eingesetzt, welches eine Diagnosestellung nach DSM-IV und ICD-10 erlaubt [24, 31]. Hinsichtlich der Validität und Reliabilität des CIDI liegt eine Reihe von Studien mit zufriedenstellenden Ergebnissen vor [30]. Eine Studie zur Test-Retest-Reliabilität des M-CIDI an einer Stichprobe von 60 Personen erbrachte insgesamt gute Übereinstimmungswerte, die von befriedigend für generalisierte Angststörung ($\kappa=0,45$) und Bulimia nervosa ($\kappa=0,55$) bis ausgezeichnet ($\kappa>0,72$) für alle anderen Angststörungen und Störungen durch Alkoholgebrauch variieren [32].

Die Zuordnung der Diagnosen erfolgte aufgrund noch ausstehender programm-technischer Umsetzung der ICD-10 Diagnosealgorithmen vorerst auf Grundlage des DSM-IV mit Hilfe des diagnostischen Programmes des M-CIDI (Version 1.0 vom 03.03.1997) [29]. Störungen, die im Einzelfall aufgrund fehlender Detailinformationen nicht bestimmt werden konnten, wurden als nicht bestehend gewertet, da in diesen

Fällen meist das Vorhandensein von Symptomen für die gesamte Lebensspanne nicht erinnert werden konnte und nur selten die Beantwortung einzelner Fragen verweigert wurde. Die Rate der Probanden, für die die Diagnosen im genannten Sinne nicht zu bestimmen waren, lag für die einzelnen Diagnosen jeweils unter 0,5%, mit Ausnahme der Störungen durch den Gebrauch illegaler psychotroper Substanzen (3% der Probanden gaben an, nicht offen über den Konsum illegaler Drogen sprechen zu wollen). Sofern keine Ausnahmen erwähnt sind, wurden die Hierarchieregeln des DSM-IV bei der Prävalenzberechnung nicht berücksichtigt. Für die Berechnung der Komorbidität wurden die im diagnostischen Programm des M-CIDI integrierten Hierarchieregeln genutzt (z. B. wird für einen Probanden, der die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit und eines Alkoholmissbrauches erfüllt, nur eine Störung registriert). Weiterhin sollten bei der Interpretation der Daten folgende Besonderheiten des Auswertungsalgorithmus berücksichtigt werden: a) Die Diagnose einer Substanzabhängigkeit schließt, wie im DSM-IV vorgesehen, in der vorliegenden Auswertung die Diagnose eines Missbrau-

Tabelle 2

Soziodemographische Struktur der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit

		Erwartete Häufigkeiten aufgrund der Einwohnermeldeamtsdaten ^a	Beobachtete Häufigkeiten in der realisierten Stichprobe	Differenz von erwarteten und beobachteten Häufigkeiten
Geschlecht	Weiblich	2.038 (50,0%)	2.030 (49,8%)	-8 (0,2%)
	Männlich	2.037 (50,0%)	2.045 (50,2%)	8 (0,2%)
Alter	18–29 Jahre	937 (23,0%)	865 (21,2%)	-72 (1,8%)
	30–44 Jahre	1.415 (34,7%)	1.434 (35,2%)	19 (0,5%)
	45–64 Jahre	1.723 (42,3%)	1.776 (43,6%)	53 (1,3%)
Wohnsitz	Umlandgemeinden	1.419 (34,8%)	1.418 (34,8%)	-1 (0,0%)
	Stadt Lübeck	2.656 (65,2%)	2.657 (65,2%)	1 (0,0%)

^a Bezogen auf die realisierte Stichprobengröße von N=4.075.

ches der gleichen Substanzgruppe aus. b) Die unter den affektiven Störungen subsummierte Hypomanie beinhaltet das Auftreten einer hypomanischen Episode ohne eine weitere depressive oder manische Episode und ist in der ICD-10, nicht aber im DSM-IV kodierbar. c) Die Kriterien einer Agoraphobie gelten als erfüllt, wenn mindestens 2 der prototypischen Angstsituationen genannt wurden, bei nur einer Nennung wurde die Diagnose „Angststörung nicht näher bezeichnet“ vergeben. d) Die ausgewiesene Kategorie „Panikattacken“ stellt keine kodierbare Störung des DSM-IV dar und wird in den übergeordneten Kategorien nicht berücksichtigt, sofern nicht die vollen Kriterien einer Panikstörung erfüllt sind. e) Die Diagnose der hochprävalenten undifferenzierten somatoformen Störung wurde aufgrund ungeklärter diagnostischer Validität nicht berücksichtigt.

Die statistischen Auswertungen wurden mit dem Programmpaket SPSS Version 7.5.1 erstellt.

Ergebnisse

Die gefundenen Lebenszeitprävalenzen, definiert als Anteil an Probanden, welche zum Untersuchungszeitpunkt in Ihrem bisherigen Leben erkrankten, sind in Tabelle 3 dargestellt.

Insgesamt erfüllten 45,4% der Probanden im Laufe ihres bisherigen Lebens mindestens eine der erfassten Diagnosen nach DSM-IV. Schließt man die Einzeldiagnose mit der höchsten Prävalenz, die Tabakabhängigkeit, aus, so reduziert sich die Rate der psychiatrischen Morbidität über die Lebenszeit auf

35,6%. Einer signifikant höheren Prävalenz für Männer im Bereich der Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (32,3% Männer, 19,4% Frauen) steht eine erhöhte Erkrankungsrate für alle übrigen diagnostischen Hauptgruppen gegenüber (20,6% Männer, 40,0% Frauen). Mit einer Lebenszeitprävalenz von über 10% gehören Tabakabhängigkeit, Major Depression, spezifische Phobien und Schmerzstörung für die gesamte Stichprobe und für die Subpopulation der Frauen zu den häufigsten Einzeldiagnosen. Bei den Männern wird eine Häufigkeit von 10% lediglich für die Störungen durch Alkoholkonsum und die Tabakabhängigkeit überschritten.

Tabelle 4 stellt als Ergebnis logistischer Regressionen den Zusammenhang des Auftretens verschiedener Störungen mit soziodemographischen Variablen dar. Die dargestellten Odds Ratios (OR) geben das Chancenverhältnis für das Auftreten einer Störung im Verhältnis zur jeweils markierten Referenzkategorie an. Der größte Geschlechtsunterschied in der Lebenszeitprävalenz findet sich bei den Störungen durch Alkoholkonsum mit einer um den Faktor 0,16 geringeren Erkrankungschance für Frauen im Vergleich zu Männern, bei generell verminderter Chance für Frauen, Störungen durch Substanzkonsum zu erleiden. Um mehr als das Zweifache für Frauen erhöht ist die Erkrankungschance bei allen nicht substanzbezogenen Störungsgruppen. Betrachtet man die Erkrankungschance im Zusammenhang mit dem Alter der Probanden, ergibt sich bei den Störungen durch den Konsum illegaler Drogen und den Essstörungen eine dem Trend nach geringere Lebens-

zeitprävalenz in den älteren Kohorten. Einen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der Probanden zeigen die Lebenszeitprävalenzen der Angststörungen und der Störungen durch Alkoholkonsum, vornehmlich zurückzuführen auf niedrigere Raten bei den über 50-Jährigen. Betrachtet man Schulbildung bei statistischer Kontrolle des hiermit konfundierten Lebensalters und Geschlechts, so besteht im Trend eine durchgehend erhöhte Erkrankungschance für Personen mit einer Schulbildung, die 9 oder weniger Schuljahre umfasst (für Störungen durch Tabakkonsum und Angststörungen statistisch signifikant). Bei den geschiedenen, getrennt lebenden oder verwitweten Probanden finden sich im Vergleich zu verheirateten Personen bei statistischer Kontrolle des Lebensalters ebenfalls erhöhte Erkrankungsraten, was lediglich bei den selten vorgefundenen Essstörungen und Störungen durch den Konsum illegaler Drogen statistisch nicht signifikant ist. Bezüglich des Haushaltsnettoeinkommens zum Zeitpunkt der Befragung zeigt sich ein Trend zu abnehmenden Erkrankungshäufigkeiten mit steigendem Einkommen (Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert). Abgesehen von den Essstörungen ist bei Personen, die ihren Hauptwohnsitz in den eher ländlichen Gemeinden im Umland Lübecks hatten, zumindest dem Trend nach eine geringere Chance für das Auftreten einer Störung zu verzeichnen, verglichen mit den im Stadtgebiet lebenden Probanden, wiederum bei statistischer Kontrolle von Alter und Geschlecht.

Komorbidität, definiert als das Auftreten von 2 oder mehr Diagnosen über

Tabelle 3

Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen

Störungen nach DSM-IV	Lebenszeitprävalenz									
	Gesamt (N=4.075)			Männer (N=2.045)			Sig.	Frauen (N=2.030)		
	n	[%]	SE	n	[%]	SE		n	[%]	SE
Störungen durch Substanzkonsum insgesamt	1053	25,8	0,7	660	32,3	1,0	*	393	19,4	0,9
Störungen durch Substanzkonsum exkl. Tabak	367	9,0	0,4	302	14,8	0,8	*	65	3,2	0,4
Substanzmissbrauch ^a	210	5,2	0,3	180	8,8	0,6	*	30	1,5	0,3
Substanzabhängigkeit	920	22,6	0,7	547	26,7	1,0	*	373	18,4	0,9
Substanzabhängigkeit exkl. Tabak	166	4,1	0,3	129	6,3	0,5	*	37	1,8	0,3
Störungen durch Alkoholkonsum	338	8,3	0,4	287	14,0	0,8	*	51	2,5	0,3
Alkoholmissbrauch ^a	185	4,5	0,3	164	8,0	0,6	*	21	1,0	0,2
Alkoholabhängigkeit	153	3,8	0,3	123	6,0	0,5	*	30	1,5	0,3
Tabakabhängigkeit	853	20,9	0,6	494	24,2	0,9	*	359	17,7	0,8
Störungen durch illegale Drogen	47	1,2	0,2	29	1,4	0,3		18	0,9	0,2
Missbrauch von illegalen Drogen ^a	31	0,8	0,1	21	1,0	0,2		10	0,5	0,2
Abhängigkeit von illegalen Drogen	16	0,4	0,1	8	0,4	0,1		8	0,4	0,1
Affektive Störungen insgesamt	501	12,3	0,5	149	7,3	0,6	*	352	17,3	0,8
Depressive Störungen	469	11,5	0,5	139	6,8	0,6	*	330	16,3	0,8
Major Depression	408	10,0	0,5	117	5,7	0,5	*	291	14,3	0,8
Major Depression einzelne Episode	307	7,5	0,4	93	4,5	0,5	*	214	10,5	0,7
Major Depression rezidivierend	101	2,5	0,2	24	1,2	0,2	*	77	3,8	0,4
Dysthyme Störung	100	2,5	0,2	32	1,6	0,3	*	68	3,3	0,4
Hypomanie ^b	11	0,3	0,1	4	0,2	0,1		7	0,3	0,1
Bipolare Störungen	18	0,4	0,1	5	0,2	0,1		13	0,6	0,2
Bipolare I Störungen	15	0,4	0,1	3	0,1	0,1	*	12	0,6	0,2
Bipolare II Störungen	3	0,1	0,0	2	0,1	0,1		1	0,0	0,0
Affektive Störung aufgrund medizinischen Krankheitsfaktors	7	0,2	0,1	3	0,1	0,1		4	0,2	0,1
Angststörungen insgesamt	614	15,1	0,6	191	9,3	0,6	*	423	20,8	0,9
Panikattacke ^c	236	5,8	0,4	74	3,6	0,4	*	162	8,0	0,6
Panikstörung ohne Agoraphobie	38	0,9	0,1	14	0,7	0,2		24	1,2	0,2
Panikstörung mit Agoraphobie	54	1,3	0,2	13	0,6	0,2	*	41	2,0	0,3
Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte	43	1,1	0,2	13	0,6	0,2	*	30	1,5	0,3
Spezifische Phobie ^d	431	10,6	0,5	132	6,5	0,5	*	299	14,7	0,8
Soziale Phobie	78	1,9	0,2	27	1,3	0,3	*	51	2,5	0,3
Angststörung nicht näher bezeichnet	22	0,5	0,1	6	0,3	0,1	*	16	0,8	0,2
Generalisierte Angststörung	33	0,8	0,1	11	0,5	0,2		22	1,1	0,2
Zwangsstörungen	22	0,5	0,1	3	0,1	0,1	*	19	0,9	0,2
Posttraumatische Belastungsstörung	56	1,4	0,2	12	0,6	0,2	*	44	2,2	0,3
Angststörung aufgrund medizinischen Krankheitsfaktors	27	0,7	0,1	13	0,6	0,2		14	0,7	0,2
Somatoforme Störungen	526	12,9	0,5	179	8,8	0,6	*	347	17,1	0,8
Somatisierungsstörung	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0		1	0,0	0,0
Konversionsstörung	30	0,7	0,1	12	0,6	0,2		18	0,9	0,2
Schmerzstörung ^e	499	12,2	0,5	165	8,1	0,6	*	334	16,5	0,8
Hypochondrie	10	0,2	0,1	8	0,4	0,1		2	0,1	0,1
Essstörungen	27	0,7	0,1	6	0,3	0,1	*	21	1,0	0,2
Anorexia nervosa	4	0,1	0,0	0	0,0	0,0		4	0,2	0,1
Atypische Anorexia nervosa	19	0,5	0,1	6	0,3	0,1		13	0,6	0,2
Bulimia nervosa	2	0,0	0,0	0	0,0	0,0		2	0,1	0,1
Atypische Bulimia nervosa	3	0,1	0,0	0	0,0	0,0		3	0,1	0,1

Fortsetzung Tabelle 3

Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen

Störungen nach DSM-IV	Lebenszeitprävalenz									
	Gesamt (N=4.075)			Männer (N=2.045)			Sig.	Frauen (N=2.030)		
	n	[%]	SE	n	[%]	SE		n	[%]	SE
Psychische Störungen insgesamt	1851	45,4	0,8	888	43,4	1,1	*	963	47,4	1,1
Psychische Störungen exkl. Tabakabhängigkeit	1451	35,6	0,8	618	30,2	1,0	*	833	41,0	1,1
Psychische Störungen exkl. Störungen d. Substanzkonsum	1235	30,3	0,7	422	20,6	0,9	*	813	40,0	1,1

Aufgrund von möglichen Mehrfachdiagnosen summieren sich die Einzeldiagnosen nicht zu den übergeordneten Diagnosengruppen auf; *signifikanter Geschlechtsunterschied (χ^2 -Test, $p < ,05$); ^adie Diagnose Substanzmissbrauch wurde nicht bei Vorliegen einer Substanzabhängigkeit für die gleiche Substanzgruppe vergeben; ^bDiagnose ist nur in der ICD-10, nicht aber im DSM-IV codierbar; ^cDiagnose ist im DSM-IV nicht codierbar und wird für die Berechnung der übergeordneten Kategorien nicht berücksichtigt; ^ddarunter 3,4% Tier-, 3,6% Umwelt-, 3,9% Blut-Spritzen-Verletzungs-, 2,5% situativer und 0,3% anderer Typus bezogen auf die Gesamtstichprobe; ^efolgende Lokalisationen wurden am häufigsten genannt (bezogen auf alle Probanden mit Schmerzstörung): Kopf- (34,9%), Rücken- (30,9%), Menstruations- (25,7%), Gelenkschmerzen (19,0%).

die Lebenszeit, zeigte sich als ein häufiges Phänomen. 42,4% (37% bei Ausschluss der Tabakabhängigkeit) der Probanden mit einer Störung erfüllten die Kriterien mindestens einer weiteren Störung. Für das Auftreten von Diagnosen aus 2 oder mehr diagnostischen Obergruppen (Substanz-, affektive, Angst-, somatoforme und Essstörungen) ergibt sich eine Rate von 34,9% (31,6% bei Ausschluss der Tabakabhängigkeit), bezogen auf alle Personen mit mindestens einer Diagnose.

Diskussion

Die hier dargestellte Studie ist die bisher einzige psychiatrisch epidemiologische Feldstudie an einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland, die unter Verwendung eines vollstrukturierten und –standardisierten psychiatrischen Interviews Prävalenzschätzungen nach DSM-IV und ICD-10 für ein weites Spektrum von psychischen Störungen ermöglicht.

Der Vergleich mit bisherigen, vor allem nationalen Studien, ist, wie bereits dargestellt, mit vielfältigen methodischen Problemen behaftet (u. a. durch unterschiedliche Stichprobeneinschlusskriterien, Klassifikationssysteme, berücksichtigte Diagnosen oder Erhebungsinstrumente; vgl. auch Tabelle 1). Aufgrund des Einsatzes eines grob vergleichbaren diagnostischen Instrumen-

tes bei einer Klassifikation nach DSM-III sollen einige vorsichtige Bezüge zur MFS und zur ECA-Studie dargestellt werden [23, 35]. Die Schätzungen der Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen, Angststörungen, Abhängigkeit/Missbrauch von illegalen Drogen unterscheiden sich vor allem für die MFS nur unwesentlich von den Befunden aus der Lübecker Region. Größere Abweichungen ergeben sich für die Schätzungen von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch. Durchgängig höhere Prävalenzschätzungen (nach DSM-III-R) als die ECA-Studie erbrachte die NCS, die damit eine größere Diskrepanz zu den hier vorgelegten Daten zeigt [15, 21]. Ebenfalls höhere Prävalenzschätzungen nach DSM-III-R mit Ausnahme der Essstörungen liefert die NEMESIS Studie [4]. Im Hinblick auf die hier referierten soziodemographischen Korrelate zeigen sich dem Trend nach gleiche Resultate wie in den voranstehend genannten Studien. Trotz sehr geringer Differenzen der Lebenszeitprävalenzen im Vergleich zur bundesweiten MFS ist vor dem Hintergrund der in dieser und den genannten Studien gefundenen deutlichen Stadt-Land-Effekte zumindest eine Annäherung an die in den Niederlanden und USA gefundenen Prävalenzen denkbar, wenn ländliche Stichprobengebiete betrachtet werden. Eine endgültige Bewertung der gefundenen Abweichungen sollte zukünftigen spezialisierteren Analysen, unter Berücksichtigung von De-

signvariablen und Stichprobenfehlern der verschiedenen Vergleichsstudien, vorbehalten bleiben.

Zur Einordnung der Daten sollen noch einige Beschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Befunde erwähnt werden. Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit stellen eine bedeutsame, bei der Untersuchung aus methodischen Gründen nicht berücksichtigte Bevölkerungsgruppe dar (in der hier untersuchten Region 8,1% der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung). Unterschiedliche psychosoziale Lebenskontexte oder religiöse Orientierungen, die z. B. mit einem Verzicht auf den Konsum psychotroper Substanzen verknüpft sind, machen abweichende Prävalenzen wahrscheinlich. Institutionalisierte oder obdachlose Personen, die erheblich häufiger an psychischen Störungen insgesamt leiden und die darüber hinaus auch häufiger von schwer beeinträchtigenden, hier nicht erfassten Erkrankungen, wie etwa psychotischen Störungen oder geistiger Behinderung betroffen sind, wurden nicht berücksichtigt [10]. Trotz der für gegenwärtige Bevölkerungssurveys hohen Ausschöpfungsrate ist weiterhin ein möglicher Nonresponse-Bias zu bedenken [1, 8]. Ebenfalls nicht auszuschließen ist eine mögliche Unterschätzung bei Störungen, die mit geringer Wahrnehmung von Symptomen einhergehen (z. B. Anorexia nervosa) oder die geringe soziale Akzeptanz erwarten lassen (Konsum illegaler

Tabelle 4
Soziodemographische Korrelate psychischer Störungen^a

Prädiktoren	Merkmalsausprägung	Störungen durch Tabakkonsum	Störungen durch Alkoholkonsum	Störungen durch Konsum illegaler Drogen	Affektive Störungen	Angst-Störungen	Somatoforme Störungen	Essstörungen
		OR (95%-CI)	OR (95%-CI)	OR (95%-CI)	OR (95%-CI)	OR (95%-CI)	OR (95%-CI)	OR (95%-CI)
Geschlecht	Männer	*	*	*	*	*	*	*
	Frauen	0,67 (0,58–0,79)	0,16 (0,12–0,21)	0,62 (0,34–1,12)	2,67 (2,18–3,27)	2,56 (2,13–3,07)	2,15 (1,77–2,60)	3,55 (1,43–8,81)
Alter	18–30	*	*	*	*	*	*	*
	31–40	1,20 (0,97–1,49)	1,02 (0,75–1,39)	0,98 (0,49–1,98)	1,14 (0,88–1,48)	1,10 (0,86–1,39)	1,23 (0,94–1,61)	0,98 (0,41–2,37)
	41–50	1,12 (0,89–1,40)	1,14 (0,83–1,56)	0,49 (0,20–1,20)	0,95 (0,72–1,26)	1,00 (0,78–1,29)	1,22 (0,92–1,61)	0,45 (0,14–1,45)
	51–64	0,93 (0,75–1,15)	0,72 (0,52–0,99)	0,38 (0,16–0,90)	0,91 (0,70–1,18)	0,77 (0,60–0,98)	1,24 (0,96–1,60)	0,23 (0,06–0,84)
Schulbildung in Jahren ^b	<=9	*	*	*	*	*	*	*
	10–11	0,74 (0,62–0,89)	0,76 (0,57–1,00)	0,70 (0,34–1,43)	0,81 (0,65–1,01)	0,64 (0,52–0,78)	0,81 (0,66–1,01)	0,99 (0,41–2,37)
Familienstand ^c	>=12	0,66 (0,54–0,82)	0,74 (0,55–1,00)	0,93 (0,45–1,93)	0,87 (0,67–1,13)	0,61 (0,47–0,78)	0,79 (0,61–1,03)	0,89 (0,32–2,49)
	Verheiratet	*	*	*	*	*	*	*
	Nie verheiratet	0,80 (0,64–0,99)	1,57 (1,16–2,13)	1,85 (0,86–3,99)	1,16 (0,89–1,52)	0,90 (0,71–1,14)	1,02 (0,78–1,32)	0,81 (0,30–2,23)
Haushaltsnettoeinkommen ^b	Geschieden/getrennt lebend/ verwitwet	1,44 (1,16–1,80)	1,82 (1,32–2,50)	1,60 (0,63–4,03)	3,22 (2,52–4,11)	1,70 (1,33–2,17)	1,65 (1,28–2,13)	2,32 (0,81–6,66)
	<=2500	*	*	*	*	*	*	*
Wohnsitz ^b	2500–4499	0,84 (0,69–1,03)	0,58 (0,44–0,77)	0,54 (0,27–1,05)	0,67 (0,53–0,85)	0,89 (0,72–1,11)	0,76 (0,60–0,95)	1,01 (0,42–2,39)
	>=4500	0,87 (0,71–1,08)	0,43 (0,31–0,58)	0,42 (0,19–0,92)	0,62 (0,48–0,81)	0,74 (0,58–0,94)	0,62 (0,48–0,81)	0,45 (0,14–1,49)
Land	Stadt	*	*	*	*	*	*	*
	Land	0,73 (0,62–0,86)	0,60 (0,46–0,78)	0,89 (0,48–1,65)	0,88 (0,72–1,07)	0,81 (0,67–0,97)	0,85 (0,69–1,03)	1,12 (0,51–2,45)

^a 95%-Vertrauensintervalle, die b nicht einschließen, zeigen signifikante (p<,05) Unterschiede zur Referenzkategorie im Einzelvergleich an. Prädiktoren, die für alle Merkmalsausprägungen insgesamt einen signifikanten Beitrag (p<,05) im Regressionsmodell leisten, sind fett dargestellt; ^b Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert; *Referenzkategorie.

Drogen). Schließlich ist zu bedenken, dass die untersuchte Region insgesamt eher ländlichen Charakter aufweist, der bei einer Generalisierung der Befunde auf die gesamte Bundesrepublik zu berücksichtigen ist. Während für die meisten Störungen regionale Effekt eher zu vernachlässigen sind, müssen deutliche Abweichungen zu bundesweiten Schätzungen im Bereich der Substanzstörungen angenommen werden. In einer Sekundäranalyse des „Gesundheitsurvey Ost-West“ (N=7.466) zeigte sich, dass die mit den Störungen durch Alkoholkonsum korrelierte Prävalenz des riskanten Konsums von Alkohol eine erhebliche Variabilität zwischen den Bundesländern aufweist (z. B. Schleswig-Holstein 5,9%, Sachsen 23,0%). Ein Nord-Süd-Gefälle und ein erhöhter Konsum in den neuen Bundesländern zeigt sich auch bei statistischer Kontrolle der Gemeindegrößen, sowie weiteren Einflussgrößen und ist somit als regionale Abweichung hinsichtlich der Trinksitten zu interpretieren [19].

Fazit

Die dargestellten Daten ermöglichen eine erste Schätzung der Prävalenz psychiatrischer Morbidität in der deutschen Erwachsenenbevölkerung auf Grundlage aktueller internationaler methodischer Standards und liefern eine umfangreiche Datenbasis für die zukünftige Bearbeitung analytisch-epidemiologischer Fragestellungen, sowie weiterführende kulturvergleichende Analysen. Die gesundheitspolitische Bedeutung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung spiegelt sich in den vorgefundenen Lebenszeitprävalenzen wieder. Der bisher von der psychiatrischen Epidemiologie weitgehend vernachlässigte Tabakkonsum und die Tabakabhängigkeit ist ein für die öffentliche Gesundheit nicht zu ignorierendes Problem, welches nach Szenarien der „Global Burden of Disease Study“ auch in den nächsten Jahrzehnten den alarmierendsten Trend bezogen auf die gesundheitliche Beeinträchtigung und Mortalität in der Weltbevölkerung darstellen wird [20, 25]. Überregionale oder bundesweite Studien, die eine Generalisierbarkeit der dargestellten Befunde weiter differenzieren könnten, stellen sich als zukünftige Aufgabe in der psychiatrischen Epidemiologie.

Hinweis zu Forschungsverbund und Förderung

Die Arbeit ist Teil des Forschungsverbundes „Analytical Epidemiology of Substance Abuse (ANEPSA)“. In 5 Einzelprojekten werden Bedingungsfaktoren für den Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen im Rahmen von mehrjährigen Längsschnittstudien untersucht. Ansprechpartner sind Dr. Bühringer/Dr. Kufner (IFT Institut für Therapieforschung, München), Prof. Dr. Wittchen (Max-Planck-Institute für Psychiatrie, München), und Prof. Dr. John (Universität Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin)/Prof. Dr. Dilling (Medizinische Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie). Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms „Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit“ vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie finanziell gefördert.

Die hier vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Projektes „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“ (TACOS), Teilstudie I: Drogengebrauch in der Erwachsenenbevölkerung einer norddeutschen Stadt und umgebender Landkreise“ (Förderkennzeichen: 01EB9406; Projektleitung: Prof. Dr. U. John, Prof. Dr. H. Dilling).

Literatur

- Allgulander C (1989) Psychoactive drug use in a general population sample, sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *Am J Public Health* 79:1006–1010
- ANEPSA (1998) German Research Network „Analytical Epidemiology of Substance Abuse“ (ANEPSA). *Eur Addict Res* 4:203–204
- Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A, Neubauer H, Schürmann A, Seibert R (1995) Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten: Prävalenz und Behandlungsbedarf. *Nervenarzt* 66:670–677
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998a) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:587–595
- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A, de Rijk C, Langendoen Y (1998b) The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:581–586
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Eds) (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien. Huber, Bern
- Dilling H, Weyerer S (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen, In: Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hrsg) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart S 1–122
- Eaton WW, Anthony JC, Tepper S, Dryman A (1992) Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. *Am J Epidemiol* 135:1051–1059
- Fichter MM (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel P, Quadflieg N, Wittchen HU, Wolz J (1996) Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 246:185–196
- Fichter MM, Meller I, Schröppel H (1995) Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. *Br J Psychiatry* 166:621–629
- Hansestadt Lübeck (1997) Hansestadt Lübeck Statistisches Jahrbuch 1996, Hansestadt Lübeck – Der Bürgermeister Statistisches Amt und Wahlamt, Lübeck
- Helmchen H, Linden M, Wernicke T (1996) Psychiatrische Morbidität bei Höchstbetagten. Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 67:739–750
- Hess D, Gilbert R, Jesske B, Meyer C (1998) Lebensgewohnheiten und Gesundheit in Lübeck und Umgebung. Methodenbericht, infas Sozialforschung, Bonn
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 51:8–19
- Lee ES, Forthofer RN, Lorimor RJ (1989) analyzing complex survey data. Sage Publ, London
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H (1996) Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 67:205–215
- Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, Dilling H, John U (subm) Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS Study. University of Greifswald, department of epidemiology and social medicine
- Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, John U (1998) Regionale Unterschiede in der Prävalenz riskanten Alkoholkonsums: Sekundäranalyse des Gesundheitssurvey Ost-West. *Gesundheitswesen* 60:486–492
- Murray CJL, Lopez AD (1996) Evidence-based health policy – lessons from the global burden of disease study. *Science* 274:740–743
- Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, Norquist GS (1998) Limitation of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55:109–115
- Robins LN, Orvaschel H, Antony J, Blazer D, Burman A, Burke J (1985) The diagnostic interview schedule. In: Eaton WW, Kessler LG (eds) *Epidemiologic methods in psychiatry: the epidemiological catchment area program*. Academic Press, Orlando, S 143–171
- Robins LN, Regier DA (eds) (1991) *Psychiatric disorders in america. the epidemiologic catchment area study*. Free Press, New York
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al. (1988) The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 45:1069–1077
- Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, Dilling H, John U (1998) Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. *Gesundheitswesen* 60:592–597
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein (1997) Auszüge aus den Einwohnermelde-registern, Unveröffentlichte Datentabellen; Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein, Kiel
- Wittchen HU (1993) Computer scoring of Cidi diagnoses. *Int J Meth Psychiatr Res* 3:101–107
- Wittchen HU (1994) Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 28:57–84
- Wittchen HU, Beloch E, Garczynski E et al. (1995) Münchener Composite International Diagnostik Interview (M-CIDI), Version 2.2. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
- 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). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:568–578
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28:109–126
- Wittchen H-U, Schulte D (1988) Diagnostische Kriterien und operationalisierte Diagnosen. Grundlagen der Klassifikation psychischer Störungen. *Diagnostica* 34:3–27
- Wittchen HU, Zerssen D von (1988) Verläufe behandelter und unbehalteter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo