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 Gesamtprevalenz 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), situationale Phobien (z. B. Höhe), Blut-/Spritzen-/Verletzungssphobien.^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/mp.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 Schrimpf, 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