

**Psychische Störungen und
soziale Ungleichheit im
Geburtskohortenvergleich**

Mauz E, Müters S

Jacobi F

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (2)

6-13

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich

E. Mauz¹, S. Müters¹, F. Jacobi²

Kurzfassung: Die von psychischen Störungen verursachte Krankheitslast nimmt weltweit zu. Stärker betroffen sind Menschen in schlechterer sozialer Lage. Geschlechtervergleichende Studien zeigen auf, dass Frauen mehr psychische Störungen aufweisen als Männer. In der vorliegenden Studie wird mittels geschlechtsgetrenntem Geburtskohortenvergleich für Männer und Frauen geprüft, wie sich der Zusammenhang sozialer Ungleichheit in verschiedenen Generationen gestaltet und inwiefern psychische Störungen bei Jüngeren häufiger auftreten als bei Älteren. Mit den für Deutschland repräsentativen Daten des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys (Altersgruppe: 18–65 Jahre; n = 4181) wurden projizierte Lebenszeitriskiken mit Überlebensanalysen geschätzt und mit logistischen Regressionen schichtspezifische Analysen anhand des Winkler-Sozialschichtindex sowie Bildung und Einkommen vorgenommen. Die Studie zeigt auf, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen stärker von psychischen Störungen betroffen sind und ein höheres Lebenszeitrisiko aufweisen. Dieser Befund ist bei Männern stärker und nimmt in jüngeren Kohorten zu. Dabei zeigt sich niedrige Bildung als wesentlicher Risikofaktor. Auf Grundlage der retrospektiven Angaben beginnen psychische Störungen in

jüngeren Kohorten deutlich früher. Darauf aufbauende Schätzungen zum Lebenszeitrisiko deuten auf eine Zunahme psychischer Störungen in jüngeren Kohorten vor allem bei den Männern hin. Ob psychische Störungen tatsächlich zunehmen, kann aber letztendlich nur mit wiederholten Untersuchungen in derselben Population mit denselben Methoden entschieden werden, da insbesondere Erinnerungseffekte in dieser querschnittlichen retrospektiven Studie eine bedeutende Rolle spielen.

Abstract: The incidence of mental disorders is increasing worldwide and people in lower social group positions are at a higher risk. Gender-related studies show that women suffer more often from mental disorders than men.

The objective of this study is to test (gender-specifically) if mental disorders are more prevalent and start earlier in younger cohorts, as well as to investigate changes of the association between mental disorders and social class. By means of the representative data collected in the German Health Survey (Mental Health Supplement, GHS-MHS; age: 18–65; n = 4181) this study compares three birth cohorts (with regard to substance use, depressive, anxiety and somatoform disorders). Projected lifetime risk is

estimated with survival analysis. To examine class-specific characteristics the Winkler-Social-Index and Educational Level were applied (logistic regression).

This study shows that socially disadvantaged groups of the population are more strongly affected by psychological disorders (or more often) and seem to exhibit a higher lifetime risk. Health inequalities seem to have the strongest effect on mental disorders among the youngest birth cohort. A social status gradient is found in all three male cohorts, but is strongest in the young cohort. In this regard, low education is a major risk factor. For women, this effect was found only in the youngest cohort.

Based on the retrospective data mental disorders seem to start significantly earlier in the younger cohorts. Estimations concerning lifetime risk show an increase in mental disorders among the younger cohorts and specifically for men.

Due to the retrospective design increased lifetime risk might be over-estimated. Repeated surveys in the same population are needed to determine whether the prevalence of mental disorders has been increasing in recent years. The association between social status and mental health will be of growing importance in the future. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (2): 6–13.**

■ Einleitung

Psychische Störungen verursachen weltweit mehr als 10 % der verlorenen gesunden und über 30 % der in Behinderung verbrachten Lebensjahre [1]. Etwa jeder vierte Erwachsene erfüllt in epidemiologischen Studien die Kriterien für eine oder mehrere psychische Störungen im 12-Monats-Zeitraum [2, 3]; am häufigsten sind Depressionen und verschiedene Formen der Angststörungen. In Deutschland berichteten die Krankenkassen in ihren Gesundheitsreports der vergangenen Jahre eine deutliche Zunahme von Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen [4–6]. Schätzungen der WHO gehen davon aus, dass im Jahr 2020 die Major Depression in den Industrieländern die führende Ursache der gesamten Krankheitslast sein wird [7, 8].

In Industrieländern sind Menschen mit niedrigerer sozialer Schicht häufiger von psychischen Störungen betroffen. Internationale Studien zeigen Zusammenhänge zwischen dem Armutsindex, niedriger Bildung oder Sozialstatus und der Neuerkrankung sowie der Chronifizierung psychischer Störungen,

insbesondere von Depressionen, Angst- und Suchtstörungen [9–18].

Auch in Deutschland zeigt sich, dass insbesondere bei Männer Angehörige der unteren Sozialschicht häufiger von psychischen Störungen betroffen sind und eine höhere psychische Komorbidität aufweisen [13, 19].

Bei genderspezifischer Betrachtung zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Prävalenz: Die Suizidrate ist bei Männern etwa 4–5-mal so hoch wie bei Frauen und sie haben deutlich mehr Probleme mit Suchtmitteln (Alkohol, Drogen). Frauen wiederum weisen ein etwa doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für Depressionen, Angststörungen und psychosomatische Erkrankungen auf und haben mehr Probleme mit den eher autoaggressiven „stillen“ Suchterkrankungen (Medikamente, Essstörungen) als Männer [20]. Daneben erweisen sich bei geschlechtsspezifischer Betrachtung eine feste Partnerschaft und Kinder nur für Männer als protektive Faktoren [21].

Bisher existieren für Deutschland nur wenige Untersuchungen, die die Beziehung sozialer Ungleichheit und psychischer Gesundheit beleuchten. In der vorliegenden Studie wird mittels eines Geburtskohortenvergleichs in einer existierenden Querschnittsstudie einer für Deutschland repräsentativen erwachsenen Bevölkerungsstichprobe untersucht, wie sich der

Aus der ¹Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Fachgebiet 25 – Gesundheitsmonitoring, Robert-Koch-Institut, Berlin, und der ²Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden.

Korrespondenzadresse: Dipl. Psych. MPH Elvira Mauz, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Fachgebiet 25 – Gesundheitsmonitoring, Robert-Koch-Institut, D-12001 Berlin, General-Pape-Straße 62; E-Mail: e.mauz@rki.de

Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und psychischen Störungen für Männer und Frauen in verschiedenen Geburtskohorten gestaltet und ob sich ein sozialer Gradient im Auftreten psychischer Störungen über die Kohorten hinweg zeigt bzw. verändert hat. Weiterhin wird in der Studie der Frage nach einer möglichen Zunahme psychischer Störungen indirekt über die Prüfung nachgegangen, inwiefern psychische Störungen bei den Jüngeren häufiger oder früher auftreten als bei den Älteren. Über den Vergleich von Geburtskohorten bietet sich implizit die Möglichkeit, ungleiche Sozialisations- und Lebensbedingungen sowie den Wandel von Lebensstilen verschiedener Generationen einzubeziehen, zudem den Anstieg des Bildungsniveaus als Zugangsvoraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben als auch die sich verändernden Familien- und Geschlechterbilder, die verschieden in den Geburtskohorten sind [22] und Rückwirkung auf die psychische Gesundheit haben.

■ Methoden

Die Untersuchung erfolgt mit den Daten des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“, der im Rahmen des Bundesgesundheits surveys (BGS) 1998 durchgeführt wurde und mit dem erstmals repräsentative Daten zu psychischen Störungen (gemäß DSM-IV bzw. ICD-10) der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland vorgelegt werden konnten. $n = 4181$ Teilnehmer im Alter von 18–65 Jahren wurden als Teilstichprobe des gesamten BGS ($n = 7124$) im Zusatzsurvey mit einem computer-gestützten standardisierten Interview für psychische Störungen [23] von klinisch-psychologisch geschulten Interviewern befragt. Das Interview erlaubt die Erfassung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen sowie die retrospektive Beurteilung von Beginn, Dauer und Verlauf des klinischen und psychosozialen Schweregrades und resultierender Komplikationen der Erkrankung mit zufriedenstellenden psychometrischen Kennwerten [24, 25].

Für die generations- und geschlechtsspezifische Betrachtungsweise wurde die Stichprobe in drei Geburtskohorten (1933–1947, 1948–1967, 1968–1980) eingeteilt. Es werden die Lebenszeitprävalenz und das retrospektive Ersterkrankungsalter von fünf Obergruppen psychischer Störungen als abhängige Variablen analog zu bisherigen Analysen einbezogen [3, 21, 26, 27], und zwar Substanzstörungen, unipolare depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen sowie die Kategorie „irgendeine psychische Störung“ (mindestens eine der mit dem M-CIDI erfassten psychischen Störungen). Die Operationalisierung sozialer Ungleichheit als für diese Analyse wichtigste unabhängige Variable erfolgt über soziale Schicht, Bildung und Einkommen. Die Schichtzugehörigkeit nach Winkler mit den drei Ausprägungen Unter-, Mittel- und Oberschicht wird aus einem Index bestehend aus Informationen zur Bildung (höchste Schul- und Berufsbildung), berufliche Stellung (des Hauptverdieners in der Familie) sowie Einkommen (Haushaltsnettoeinkommen) berechnet [28]. Das Bildungsniveau als vierstufige ordinale Variable setzt sich aus Angaben zur höchsten Schul- und Berufsbildung zusammen¹. Das Netto-Äquivalenzeinkommen mit fünf Ausprägungen² ist das gewichtete Haushaltsnettoeinkommen, das unterschiedliche Bedarfe in Abhängigkeit der Haushaltsgröße und der Zusammensetzung einbezieht

[29]. Es werden die Ost- oder Westzugehörigkeit der Probanden (1989), das Alter, eine feste Partnerschaft sowie die subjektive Zufriedenheit (7-fach gestuft) mit Familie, Freundeskreis, Arbeit und der finanziellen Situation als mögliche Confounder psychischer Störungen einbezogen.

Zum Vergleich von Prävalenzen und dem Ersterkrankungsalter werden entsprechende Varianzanalysen (ANOVA und Kruskal & Wallis) eingesetzt. Die Analysen zu sozialer Ungleichheit erfolgen mittels multivariater logistischer Regressionsmodelle. Für die indirekte Annäherung an die Zunahmehypothese werden mittels multivariater Überlebensanalysen projizierte Schätzungen zum Lebenszeitrisko bis zum Alter von 65 Jahren berechnet (d. h. die Wahrscheinlichkeit, bis zu einem bestimmten, in der Zukunft liegenden Alter – hier 65 Jahre – eine psychische Störung entwickelt zu haben). Für die Schätzung des Lebenszeitriskos werden über die Einbeziehung von Lebensalter und Ersterkrankungsalter Inzidenzverläufe der Geburtskohorten gebildet, wobei der Inzidenzverlauf der ältesten Geburtskohorte als Basis zur Schätzung der Verläufe der beiden anderen Geburtskohorten genommen wird. Die vereinbarte Irrtumswahrscheinlichkeit liegt bei $\alpha = 5\%$. Über die Aufteilung der Stichprobe in sechs Untergruppen anhand Geburtskohorte und Geschlecht reduzieren sich allerdings die jeweiligen Gruppengrößen, was zu einer Verminderung der statistischen Power führt; deshalb werden auch Tendenzen ($p < 0,10$) gesondert gekennzeichnet.

■ Ergebnisse

Zwischen den Geburtskohorten und den Geschlechtern gestalten sich Zusammenhänge von der sozialen Schicht nach Winkler und dem Vorkommen psychischer Störungen verschieden.

Bei den Männern weisen in allen drei Geburtskohorten die Angehörigen der unteren sozialen Schichten höhere Prävalenzen auf, der Zusammenhang sozialer Ungleichheit und psychischer Störungen zeigt sich in der Tendenz bei der jüngsten Geburtskohorte stärker als in den beiden anderen Geburtskohorten (Interaktionseffekt: $p < 0,10$); ein sozialer Gradient ist dort am deutlichsten erkennbar (Abb. 1). Dieser gründet bei störungsspezifischer Betrachtung der Lebenszeitprävalenz (Tab. 1) in erster Linie auf den Angststörungen, bei denen die ab 1968–1980 geborenen Männer aus unteren sozialen Schichten ein über 19-fach höheres Risiko aufweisen als die gleichaltrigen Männer der oberen sozialen Schicht.

Bei Frauen zeigen sich weniger schichtspezifische Befunde als bei Männern, es zeigen sich ebenfalls kohortenspezifische Unterschiede (Abb. 1), die jedoch von denen der Männer differieren. Störungsspezifisch sind in der jüngsten Geburtskohorte die deutlichsten Schichteffekte bei den depressiven

¹ Ausprägungen der Bildung: sehr niedrige Bildung (kein Schulabschluss oder Hauptschulabschluss ohne Lehre); niedrige Bildung (Hauptschulabschluss und zusätzliche Lehre oder Fachschule, teilweise noch in Berufsausbildung); mittlere Bildung (Mittlere Reife oder Abitur ohne Hoch-/ Fachhochschulabschluss, teilweise noch in Berufsausbildung); hohe Bildung (Hochschul- oder Fachhochschulabschluss).

² Stufen des Äquivalenzeinkommens: 1. Quintil (< 1150 DM); 2. Quintil ($1150–1480$ DM); 3. Quintil ($1480–1880$ DM); 4. Quintil ($1880–2580$ DM); 5. Quintil (> 2580 DM)

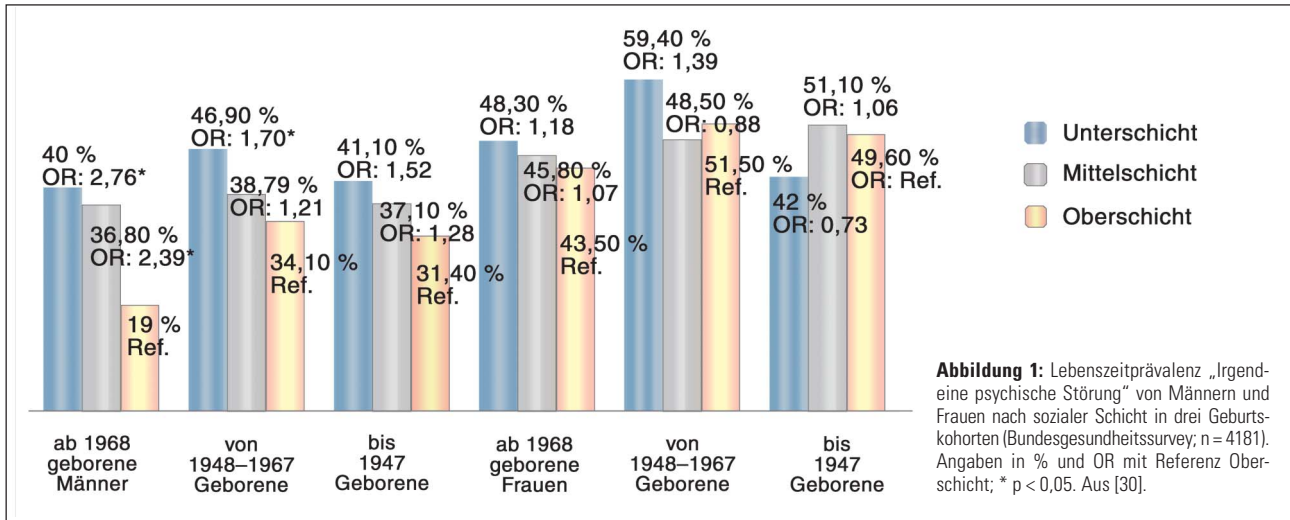


Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz „Irgendeine psychische Störung“ von Männern und Frauen nach sozialer Schicht in drei Geburtskohorten (Bundesgesundheitsurvey; n = 4181). Angaben in % und OR mit Referenz Oberschicht; * p < 0,05. Aus [30].

und Angststörungen festzustellen; in der mittleren Kohorte sind darüber hinaus die Prävalenzen in der unteren im Vergleich zur oberen sozialen Schicht auch bei Substanz- und somatoformen Störungen erhöht. Tendenziell ist bei den Frauen der Unterschicht nach Sozialschicht bei den von 1948–1967 Geborenen stärker als bei den beiden anderen Geburtskohorten (Interaktionseffekt: p < 0,10). In dieser Geburtskohorte sind die Frauen der unteren sozialen Schichten in allen Diagnosegruppen häufiger betroffen als die anderen sozialen Schichten. In der Geburtskohorte der von 1933–1947 Geborenen finden sich keinerlei Unterschiede nach Sozialschicht, als Tendenz bei den Substanz- und somatoformen Störungen kann ein erhöhtes Risiko für Frauen höherer sozialer Schichten festgestellt werden.

In der multivariaten Analyse einzelner Indikatoren sozialer Ungleichheit (Bildung und Einkommen) unter Einbeziehung

aller Confounder bei der Diagnosegruppe „Irgendeine psychische Störung“ (Lebenszeitprävalenz) zeigen sich erneute Unterschiede nach Geburtskohorte und Geschlecht (Tab. 2).

Der in allen drei Geburtskohorten vorhandene Schichtgradient bei den Männern lässt sich in dieser Analyse in den Geburtskohorten auf verschiedene Faktoren zurückführen. Die ab 1968 geborenen Männer weisen einen deutlichen Bildungsgradienten auf, der unter Kontrolle von Confoundern noch stärker wird. Je niedriger die Bildung der Männer dieses Alters, desto höher deren Risiko für irgendeine psychische Störung. Männer dieser Geburtskohorte mit sehr niedriger Bildung weisen ein 10,5-fach erhöhtes Risiko für irgendeine psychische Störung im Vergleich zu den Männern mit hoher Bildung auf. Neben niedriger Bildung als Risikofaktor tritt die subjektive Zufriedenheit mit den Finanzen protektiv in Erscheinung. Bei den von 1948–1967 geborenen Männer zeigt

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und psychischen Störungen (Lebenszeitprävalenz) bei Männern und Frauen in drei Geburtskohorten (Bundesgesundheitsurvey; n = 4181).

		Männer						Frauen					
		von 1968 bis 1980 Geborene (n = 520)		von 1948 bis 1967 Geborene (n = 983)		von 1933 bis 1947 Geborene (n = 599)		von 1968 bis 1980 Geborene (n = 474)		von 1948 bis 1967 Geborene (n = 975)		von 1933 bis 1947 Geborene (n = 630)	
		P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²
Irgendeine Substanzstörung	Unterschicht	21,3	3,37*	25,2	2,79*	21,1	3,00*	6,9	1,30	7,8	2,21	1,7	0,56
	Mittelschicht	19,6	2,25	17,4	1,74*	10,6	1,35	4,2	0,89	3,5	0,96	4,0	1,16
	Oberschicht	9,5	Ref.	10,7	Ref.	7,6	Ref.	4,3	Ref.	3,8	Ref.	3,4	Ref.
Irgendeine depressive Störung	Unterschicht	11,3	1,48	14,8	1,22	10,0	1,16	20,7	1,46	38,3	1,82*	24,9	1,34
	Mittelschicht	9,3	1,06	11,7	1,00	11,8	1,32	17,0	1,28	23,9	0,94	24,4	1,33
	Oberschicht	9,5	Ref.	12,1	Ref.	9,3	Ref.	13,0	Ref.	25,7	Ref.	19,5	Ref.
Irgendeine Angststörung	Unterschicht	17,7	19,45*	16,4	2,61*	12,4	1,78	25,9	2,44*	26,6	1,40	18,3	1,06
	Mittelschicht	7,5	6,17	8,6	1,24	11,6	1,52	21,9	2,02	21,1	1,02	24,7	1,47
	Oberschicht	2,4	Ref.	6,9	Ref.	8,1	Ref.	11,6	Ref.	20,7	Ref.	18,6	Ref.
Irgendeine somatoforme Störung	Unterschicht	8,5	3,44	18,1	2,47*	11,1	1,43	19,8	1,33	31,3	1,78*	18,8	0,64
	Mittelschicht	8,1	2,79	9,5	1,45	15,6	2,14*	19,8	1,19	22,3	1,13	22,7	0,85
	Oberschicht	2,4	Ref.	8,2	Ref.	8,1	Ref.	17,4	Ref.	21,0	Ref.	25,4	Ref.

fett: p < 0,10; * p < 0,05; ¹Lebenszeitprävalenz in %; ²Odds Ratio (logistische Regression) mit oberer sozialer Schicht als Referenzkategorie, kontrolliert nach Alter und Ost-West-Zugehörigkeit

„irgendeine psychische Störung“ weder einen Zusammenhang zur Bildung noch zum Äquivalenzeinkommen. Bedeutsam protektiv sind eine feste Partnerschaft sowie die subjektive Zufriedenheit mit Freundeskreis und Familie. In dieser Geburtskohorte tragen die westdeutschen Männer ein höheres Risiko als die ostdeutschen Männer. Bei den bis 1947 geborenen Männern haben die am niedrigsten und die am höchsten Gebildeten das geringste Risiko für eine psychische Störung, während im Einkommen in der Tendenz ein sozialer Gradient vorhanden ist. Es ist aber nur das 2,1-fach erhöhte Risiko der Männer mit sehr niedrigem Einkommen im Vergleich zur höchsten Äquivalenzeinkommensgruppe statistisch vom Zufall abzugrenzen. Besonders hohe Bedeutung hat eine fehlende feste Partnerschaft, die das Risiko für irgendeine psychische Störung um 3,83 erhöht.

Bei den ab 1968 geborenen Frauen verringert geringeres Einkommen in der Tendenz das Risiko für eine psychische Störung, während geringe Bildung das Risiko auf eine psychische Störung tendenziell erhöht. Protektiv zeigen sich die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, dem Freundeskreis und der Familie. Bei den Frauen der von 1948–1967 Geborenen ist weder ein Zusammenhang zu Einkommen noch zu Bildung nachweisbar. Die subjektive Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld (Familie und Freundeskreis) sowie der finanziellen Situation verringern das Risiko auf eine psychische Störung. Wie bei den gleichaltrigen Männern sind die westdeutschen Frauen mit einem höheren Risiko behaftet als die ostdeutschen Frauen. Bei den Frauen der bis 1947 Geborenen lassen sich nur tendenzielle Zusammenhänge nachweisen: diejenigen mit hoher Bildung tragen das höchste Risiko auf eine psychische Störung. Die subjektive Zufriedenheit mit der Arbeit verringert das Risiko.

Unter Einbeziehung verschiedener Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit zeigt sich erneut, dass nur bei Männern ein deutlicher Zusammenhang zu Indikatoren sozialer Ungleichheit nachweisbar ist, während bei Frauen eher subjektive Faktoren im Bereich Freundschaften und Familie mit psychischen Störungen zusammenhängen. Zusammenfassend erweist sich niedrige Bildung für die ab 1968 geborenen Männer – im Gegensatz zu den beiden anderen Geburtskohorten –

Tabelle 2: Zusammenhänge verschiedener Einflussfaktoren auf die Lebenszeitprävalenz „irgendeine psychische Störung“ von Männern und Frauen in drei Geburtskohorten (Bundesgesundheitsurvey; n = 4181)

	Männer						Frauen																				
	von 1968–1980 Geborene (n = 520)		von 1948–1967 Geborene (n = 983)		von 1933–1947 Geborene (n = 599)		von 1968–1980 Geborene (n = 474)		von 1948–1967 Geborene (n = 975)		von 1933–1947 Geborene (n = 630)																
	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²	P (%) ¹	OR ²															
sehr niedrige Bildung	60,9	10,50*	2,45	44,99	52,3	0,74	2,29	1,90	3,13	3,13	1,00	0,32	3,13	61,5	1,79	0,47	6,85	57,5	1,09	0,51	2,31	44,5	0,51	0,18	1,44		
niedrige Bildung	36,6	3,24*	1,18	8,90	39,1	1,21	0,77	1,89	3,62	1,85	0,94	0,94	3,62	36,9	1,23	0,46	3,26	45,5	0,68	0,40	1,14	51,0	0,60	0,24	1,47		
mittlere Bildung	37,1	3,88*	1,50	10,03	38,4	1,26	0,84	1,90	4,27	2,09*	1,02	4,27	47,8	1,38	0,63	3,01	50,7	0,92	0,59	1,45	46,9	0,51	0,21	1,24			
hohe Bildung	175	Ref.			34,5	Ref.				Ref.				48,7	Ref.			54,4	Ref.			55,6	Ref.				
1. Quintil (< 1150 DM)	35,0	0,79	0,39	1,58	40,8	1,33	0,79	2,23	5,43	2,33	1,00	5,43	52,2	0,76	0,36	1,63	52,8	0,72	0,42	1,23	42	0,42	1,23	0,99	0,35	2,84	
2. Quintil (1150–1480 DM)	43,0	1,34	0,66	2,69	36,5	1,12	0,68	1,83	3,11	1,47	0,69	3,11	36,4	0,48	0,22	1,07	49,4	0,71	0,42	1,19	42	0,42	1,19	1,05	0,48	2,27	
3. Quintil (1480–1880 DM)	37,8	1,09	0,53	2,24	35,4	0,93	0,55	1,58	2,48	1,24	0,62	2,48	47,3	0,67	0,29	1,56	51,5	0,86	0,50	1,49	43,3	1,09	0,56	2,12			
4. Quintil (1880–2580 DM)	41,5	1,25	0,64	2,46	39,2	1,22	0,76	1,95	1,96	0,96	0,47	1,96	45,3	0,67	0,32	1,42	47,1	0,62	0,37	1,01	56,2	1,48	0,76	2,85			
5. Quintil (> 2580 DM)	30,3	Ref.			36,5	Ref.				Ref.			50,0	Ref.			58,9	Ref.				48,2	Ref.				
1989 in der ehemaligen BRD gelebt (ja/nein)		0,97	0,55	1,71		1,51*	1,01	2,28			1,06	0,57	1,97		0,88	0,48	1,61			1,08	2,54			1,36	0,74	2,50	
keine feste Partnerschaft (ja/nein)		1,39	0,84	2,30		1,78*	1,05	3,03			3,83*	1,77	8,31		0,75	0,42	1,32			1,37	0,80	2,34			1,53	0,88	2,66
Zufriedenheit mit Familie (7-fach)		0,92	0,76	1,11		0,88*	0,77	0,99			1,08	0,88	1,32		0,76*	0,62	0,93			0,86*	0,75	0,98			0,88	0,72	1,08
Zufriedenheit mit Freunden (7-fach)		0,97	0,77	1,21		0,83*	0,70	0,97			0,76*	0,60	0,97		0,70*	0,53	0,92			0,79*	0,67	0,93			0,85	0,68	1,08
Zufriedenheit mit Arbeit (7-fach)		0,99	0,83	1,17		0,93	0,84	1,04			0,96	0,82	1,13		1,03	0,89	1,20			0,97	0,87	1,09			0,84	0,70	1,01
Zufriedenheit mit Finanzen (7-fach)		0,80*	0,69	0,92		0,95	0,85	1,07			1,00	0,85	1,18		0,85*	0,72	0,99			0,89	0,79	1,00			0,98	0,82	1,17

fett: p < 0,10; fett*: p < 0,05; Lebenszeitprävalenz der Bildungs- und Einkommensgruppen in %; ²Odds Ratio kontrolliert um die jeweiligen anderen Einflussfaktoren der Tabelle zzgl. Alter

Tabelle 3: Erhöhung des Lebenszeitriskos (bis 65 Jahre) der jüngeren verglichen mit der ältesten Kohorte. Aus [31] mit Genehmigung des Thieme-Verlags.

Geburtskohorte	Männer				Frauen			
	Substanzstörungen	Depressive Störungen	Angststörungen	Somatoforme Störungen	Substanzstörungen	Depressive Störungen	Angststörungen	Somatoforme Störungen
	HR ¹	HR	HR	HR	HR	HR	HR	HR
von 1968–1980 Geborene	3,04*	11,97*	3,15*	1,52	4,67*	6,19*	2,22*	1,73*
von 1948–1967 Geborene	1,83*	4,38*	1,92*	1,23	2,04*	3,21*	1,51*	1,47*
von 1933–1947 Geborene	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

¹Hazard Ratio (Cox-Regression; adjustiert nach sozialer Schicht und Ost-West-Zugehörigkeit); fett: p < 0,10; * p < 0,05.

als ein wesentlicher Risikofaktor für psychische Störungen. Die Gruppen der sehr niedrig und niedrig gebildeten von 1968–1980 geborenen Männer ist stark durch ein frühes Ersterkrankungsalter und eine hohe Prävalenz belastet. Beim Generationsvergleich der Frauen zeichnet sich schwach ein Richtungswechsel des Zusammenhangs mit Bildung und psychischen Störungen ab: während bei den beiden älteren Geburtskohorten eher die hoch und mittel gebildeten Frauen mehr psychische Störungen aufweisen, dreht sich bei den ab 1968 geborenen Frauen dieser Zusammenhang um.

Die drei Geburtskohorten unterscheiden sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen kaum in der Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen³. Mit geringerem Lebensalter und damit jüngerer Geburtskohortenzugehörigkeit wird das Ersterkrankungsalter früher in der Biographie angegeben. Dies bedeutet, dass trotz unterschiedlichem Alter – und damit unterschiedlich hoher Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung über die Lebensspanne hinweg zu entwickeln – gleich viele Frauen und Männer in den Geburtskohorten jemals von verschiedenen psychischen Störungen betroffen waren. Vor diesem Hintergrund ergeben multivariate Überlebensanalysen, dass bis zum Lebensalter von 65 Jahren – unter Kontrolle der sozialen Schicht sowie Ost-West-Zugehörigkeit – die jüngeren Geburtskohorten ein stark erhöhtes Risiko für die verschiedenen psychischen Störungen haben

³ Bei den Männern zeichnen sich nur in der 12-Monats-Prävalenz höhere Raten in der jüngsten Kohorte ab, die sich ausschließlich auf den Bereich der Substanzstörungen zurückführen lassen (bei denen auch die Lebenszeitprävalenzen in den jüngeren Kohorten erhöht sind). Auch bei den Frauen weisen die ab 1968 Geborenen häufiger aktuelle Substanzstörungen auf, während sich keine Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz finden lassen. Bei der ältesten und insbesondere der mittleren Geburtskohorte der Frauen findet sich gegenüber der jüngsten Kohorte sowohl in der 12-Monats- als auch in der Lebenszeitprävalenz eine höhere Rate depressiver Störungen.

(Tab. 3). So tragen beispielsweise die ab 1968 geborenen Männer ein um das 12-Fache und die Frauen ein um das 6,2-Fache erhöhtes Risiko, bis zum Lebensalter von 65 Jahren eine depressive Störung zu entwickeln, als die bis 1947 Geborenen gleichen Geschlechts. Die von 1948–1967 geborenen Männer tragen im Vergleich zu den bis 1947 Geborenen ein um das 4,4-Fache, die Frauen ein um das 3,2-Fache erhöhtes Risiko, bis zum Lebensalter von 65 Jahren eine depressive Störung zu entwickeln.

Das erhöhte Lebenszeitrisko bis zum Alter von 65 Jahren für psychische Störungen zeigt sich bei den Männern besonders stark für Angehörige niedrigerer sozialer Schichten, insbesondere bei den Substanz- und Angststörungen. Bei den Frauen zeichnet sich nur bei den depressiven Störungen ein erhöhtes Risiko für die Frauen der unteren sozialen Schichten ab, während bei den depressiven Störungen die Sozialschichtzugehörigkeit bei den Männern keinen Zusammenhang zum erhöhten Lebenszeitrisko zeigt (Tab. 4).

■ Diskussion

Der international häufig replizierte Befund, dass sozial weniger privilegierte Bevölkerungsgruppen eine höhere Prävalenz psychischer Störungen aufweisen [9–18], lässt sich auf Deutschland übertragen. Weiterhin deuten die hier vorgenommenen Schätzungen zum Lebenszeitrisko darauf hin, dass mit einer Erhöhung der gesellschaftlichen Krankheitslast aufgrund einer allgemeinen Zunahme psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung zu rechnen ist. In Übereinstimmung mit den Prognosen der WHO [7] oder Berichten der Krankenkassen [4–6] zeigt sich dies am gravierendsten bei den depressiven Störungen. Es zeichnet sich in der Analyse ab, dass sich zukünftig die gesundheitliche Benachteiligung sozial weniger privilegierter Gruppen – insbesondere derjenigen mit geringer Bildung – im Bereich psychischer Gesund-

Tabelle 4: Erhöhung des Lebenszeitriskos (bis 65 Jahre) der Unter- und Mittelschicht verglichen mit der Oberschicht

Soziale Schicht	Männer				Frauen			
	Substanzstörungen	Depressive Störungen	Angststörungen	Somatoforme Störungen	Substanzstörungen	Depressive Störungen	Angststörungen	Somatoforme Störungen
	HR ¹	HR	HR	HR	HR	HR	HR	HR
Unterschicht	2,55*	1,29	2,43*	1,96*	1,43	1,42*	1,29	1,14
Mittelschicht	1,71*	1,09	1,33	1,58*	1,01	1,07	1,23	1,06
Oberschicht	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

¹Hazard Ratio (Cox-Regression; adjustiert nach Geburtskohorte und Ost-West-Zugehörigkeit): fett: p < 0,10; * p < 0,05

heit verstärken wird. Zum einen deutet sich eine Verschärfung des sozialen Gradienten in jüngeren Geburtskohorten an, zum anderen sind sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von einer stärkeren Zunahme psychischer Störungen bedroht. Alle Effekte sind bei den Männern stärker als bei den Frauen ausgeprägt. Der Vergleich der Geschlechter über verschiedene Geburtskohorten hinweg bestätigt andere Arbeiten, die einen Zusammenhang sozialer Ungleichheit mit psychischen Störungen für Männer, nicht aber oder in geringerem Maße für Frauen gefunden haben [13, 26].

Als methodische Einschränkungen der Untersuchung müssen hier zwei Punkte gesondert betrachtet werden: Die Reduzierung der Stichprobengröße aufgrund der Einteilung in drei Geburtskohorten sowie der geschlechtsgetrennten Betrachtung macht es aufgrund der Reduzierung der statistischen Power sehr schwierig, Unterschiede zwischen den Geburtskohorten nachzuweisen. Deshalb lassen sich – bis auf die Bildungsunterschiede bei den Männern – alle generationsvergleichenden Aussagen nur als Tendenzen feststellen. Der Ausgangspunkt für die hohen Schätzungen des Lebenszeitrisikos sind annähernd gleiche Prävalenzen mit starken Unterschieden im Ersterkrankungsalter in den Geburtskohorten.

Zwei systematische Fehlerquellen – Erinnerungsfehler und Kohortenunterschiede im Antwortverhalten – müssen zur Relativierung dieser Schätzungen und des Geburtskohortenvergleichs herangezogen werden. Das Ersterkrankungsalter ist als Selbstangabe der Probanden Recall-Bias-behaftet. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass mit größerem zeitlichem Abstand zum Onset der Störung eine falsche – zeitlich spätere – Einordnung in der eigenen Lebensgeschichte stattfindet oder dass mit zunehmendem zeitlichem Abstand frühere Symptomatiken vergessen und damit nicht berichtet werden, insbesondere dann, wenn diese remittiert sind. Kultureller Wandel wie die Veränderung von Geschlechterrollenstereotypen oder eine veränderte gesellschaftliche Akzeptanz von psychischen Beeinträchtigungen führen vermutlich dazu, dass jüngere Geburtskohorten, insbesondere die jüngeren Männer, mehr psychische Symptome an sich wahrnehmen und berichten.

Beides zusammen könnte zu einer Unterschätzung der Prävalenz und einer Überschätzung des Ersterkrankungsalters der ältesten Geburtskohorte führen, was ursächlich die Schätzer zum Lebenszeitrisiko der jüngeren Geburtskohorten in die Höhe treiben würden. Eine inhaltliche Einschränkung der Analyse ist die rein deskriptive Erfassung der Symptome ohne Einbeziehung des Schweregrades, die für eine Einschätzung der Public-Health-Relevanz aber wichtig wäre. Es lassen sich also keine Aussagen über die Krankheitslast verschiedener Bevölkerungsgruppen machen.

Trotz der dargestellten methodischen und inhaltlichen Einschränkungen kann aufgrund der Höhe der Schätzer als Fazit von einer Zunahme psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung – insbesondere bei den Männern – ausgegangen werden. Angesichts veränderter Lebensbedingungen sowie wachsender Stressoren und damit Risikofaktoren für psychische Dekompensation wie Arbeitslosigkeit [32], Arbeitsplatzunsicherheit sowie Brüchen in der Erwerbs- und Lebensbio-

graphie [33], Unsicherheit, Unkontrollierbarkeit und Instabilität vieler Lebensbereiche [34] und der steigenden sozialen Vereinzelung ist eine Zunahme psychischer Störungen – vor allem für sozial weniger privilegierte Bevölkerungsgruppen – plausibel. Allerdings bleibt unklar, ob sich eine reale Zunahme psychischer Störungen abzeichnet, oder ob – vor allem bei Männern – eine andere Wahrnehmung psychischer Symptome bei Betroffenen und Diagnostizierenden zu deren stärkerer Bedeutung führen [31].

Die gendersensitive Herangehensweise der Analyse zeigt Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf. Bisherige Studien zeigen, dass Jungen bis zur Pubertät häufiger betroffen sind, während nach der Pubertät Mädchen und Frauen deutlich höhere Prävalenzen aufweisen [19]. In der vorliegenden Untersuchung zeichnet sich insbesondere für Männer eine enorme Zunahme psychischer Störungen ab, die auf eine Angleichung der Prävalenzen zwischen den Geschlechtern in der Zukunft hinweisen könnte. Während in allen drei Geburtskohorten höher gebildete Männer weniger psychische Störungen aufweisen als die geringer gebildeten Männer, haben in den beiden älteren Geburtskohorten der Frauen die hoch gebildeten tendenziell ein höheres Risiko für irgendeine psychische Störung als die weniger gebildeten Frauen – bei den von 1968–1980 geborenen Frauen dreht sich dieser Zusammenhang um und nimmt dieselbe Richtung wie bei den Männern ein. Niedrige Schul- und Berufsbildung zeigt sich als der zentrale Risikofaktor für die Männer der jüngsten Geburtskohorte und scheint auch bei den jüngeren Frauen an Bedeutung zu gewinnen.

Der Wirkzusammenhang zwischen Bildung und psychischer Einschränkung ist vermutlich in beide Richtungen vorhanden. Es wurde mehrfach nachgewiesen, dass die Belastung durch psychische Beeinträchtigung in Kindheit und Jugend zu niedrigerer Bildung führen kann [14, 16, 17]. Die Anzahl von Schuljahren reduziert das Risiko der Chronifizierung einer depressiven Störung oder auch allgemein die gesundheitschädigende Wirkung frühkindlicher sozialer Benachteiligung [35]. Die Chronifizierung einer depressiven Störung wird wiederum als Ursache für die von ihr verursachte zunehmende gesellschaftliche Krankheitslast weltweit und v. a. in den Industrieländern diskutiert [1]. Bildung prägt die Entwicklung von personalen und sozialen Ressourcen psychischer Gesundheit, fördert Selbstreflexionsmöglichkeiten und andere Bereiche der Lebenskompetenz [36]. Diese sind wichtige Ressourcen, um Alltagsbelastungen, stressige Lebenssituationen oder andere Anforderungen angemessen bewältigen zu können und dadurch ein geringeres Risiko für psychische Dekompensation zu tragen. Mit höherer Bildung steigen die Möglichkeit zur Selbstentfaltung und die individuelle Lebensqualität. Bildung ist heute in der Dienstleistungsgesellschaft eine entscheidende Voraussetzung dafür, überhaupt einen Arbeitsplatz zu finden. Arbeitslosigkeit geht nach den Ergebnissen einer Vielzahl von Studien im Vergleich zu Erwerbstätigkeit mit einem stark erhöhten Risiko von psychischen Befindens- und Gefühlsbeeinträchtigungen einher [11, 32], die bei Wiederbeschäftigung zurückgehen [37].

Der Wechsel der Zusammenhgangsrichtung zwischen Bildung und psychischen Störungen im Kohortenvergleich der Frauen

könnte mit dem gesellschaftlichen Wandel im Zuge der Bildungsexpansion zusammenhängen, die vor allem für Frauen und Mädchen einen besseren Zugang zu höherer Bildung ermöglicht hat. Es ist davon auszugehen, dass für Frauen früher der Gang in die „Männerdomäne“ Gymnasium und Hochschule mit höherer Belastung und psychischem Stress – und möglicherweise mit einer höheren Prävalenz psychischer Störungen – verbunden war. Daneben veränderte sich die Rolle von Frauen im Erwerbsleben, neben einer zunehmenden Doppelbelastung aufgrund von Familie und Beruf für jüngere Frauen ist der Druck auf dem Arbeitsmarkt – vor allem für Frauen mit geringer Bildung – deutlich angestiegen. Allerdings sind Männer aufgrund gesellschaftlicher Rollenzuschreibungen noch immer höherem Erfolgs- und Leistungsdruck sowie einer stärkeren Erwerbsorientierung mit steigender Wichtigkeit guter Ausbildung unterworfen als Frauen. Zu prüfen wäre zudem, ob und gegebenenfalls wie sich verändernde Geschlechterstereotype sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Auftreten psychischer Störungen niederschlagen.

Vor all diesen Hintergründen sollten psychische Störungen und deren Schutz- und Risikofaktoren detailliert erforscht werden. Eine abschließende Aufklärung der Fragestellung der Zunahme psychischer Störungen können nur Längsschnittstudien oder wiederholte Querschnittstudien an derselben Stichprobe mit der gleichen Methodik erbringen. Die aus solchen Studien erworbenen Kenntnisse zur Entwicklung und Wirkung von Schutzfaktoren psychischer Gesundheit ermöglichen den Entwurf gezielter Fördermaßnahmen, die insbesondere an identifizierte Risikogruppen herangetragen werden sollten.

Interventionen sollten frühestmöglich erfolgen, um der Entstehung und v. a. Persistenz und Chronifizierung psychischer Störungen entgegenzuwirken. Fördermaßnahmen sollten im Sinne von Verhaltens- und Verhältnisprävention angelegt sein. Das Konzept der Verhaltensprävention muss im Kontext psychischer Gesundheit modifiziert werden im Sinne der Lebenskompetenzförderung. In diesem Zusammenhang kommt Bildung eine herausragende Stellung zu. Die Bildungschancen in Deutschland sind noch immer nach sozialer Schicht ungleich verteilt [38]. Dem ungleichen Zugang zu Bildung als immer wichtigerer Ressource psychischer Gesundheit für die verschiedenen sozialen Schichten sollte durch eine Veränderung des Bildungssystems Rechnung getragen werden.

Auf struktureller Ebene beinhaltet dies die Festschreibung von sechs Grundschuljahren für alle Bundesländer, die Abschaffung des dreigliedrigen Schulsystems sowie die Einführung von ganztägigen Gesamtschulen, in denen Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem individuellen Hintergrund ohne Leistungsdruck gefördert werden und ihre Potenziale entfalten können. Eine geschlechterbezogene und -gerechte Pädagogik sollte in der Schule eine herausragende Stellung einnehmen, um in geschlechtshomogenen Gruppen für Mädchen und für Jungen ein offenes Klima zur Entwicklung von Lebenskompetenzen im Sinne der WHO [39] wie beispielsweise Selbstkenntnis, Selbstwert, Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfähigkeit oder Gefühlswahrnehmung und -bewältigung als Voraussetzung psychischer Gesundheit zu schaffen.

In der erwachsenen Bevölkerung sollte ebenfalls mehr in Bildung investiert werden, um die personalen Ressourcen psychischer Gesundheit zu fördern und Bewältigungsstrategien zu stärken. Daneben gilt es, für die gesamte Bevölkerung Armut und die begleitende materielle Deprivation als wichtigen psychischen Stressor zu vermindern. Nur auf einer solchen gesamtpolitischen Ebene lässt sich der zu erwartenden Explosion der gesellschaftlichen Krankheitslast durch psychische Störungen im Sinne einer adäquaten Verhältnisprävention begegnen.

■ Relevanz für die Praxis

1. In jüngeren Kohorten beginnen psychische Störungen früher als in älteren; dies ist vor allem für Männer mit einer Erhöhung des Lebenszeitrisikos verbunden, bis zum Alter von 65 psychische Störungen zu entwickeln.
2. Sozial weniger Privilegierte sind vor allem bei den Männern häufiger von psychischen Störungen betroffen; dieser Effekt nimmt in jüngeren Geburtskohorten zu. Ebenso weisen sie ein erhöhtes Lebenszeitrisiko bis zum Alter von 65 Jahren auf.
3. Investition in die Bildung und die Lebenskompetenz der Kinder und Jugendlichen von heute reduziert die gesellschaftliche Krankheitslast durch psychische Störungen von morgen. Das Förderangebot sollte gezielt an sozial schwache und bildungsferne Familien herangetragen werden, um die Chancenungleichheit im Zugang zu psychosozialen Ressourcen psychischer Gesundheit abzumildern.
4. Auf struktureller Ebene sollten Zugangsbarrieren zu Bildung als wichtiger psychosozialer Ressource über eine Veränderung des Schulsystems abgebaut werden.

Literatur:

1. Chisholm D. Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system. World Health Organization, Geneva, 2006.
2. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357–376.
3. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Höfler M, Müller N, Pfister H, Lieb R. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597–611.
4. BKK. BKK Gesundheitsreport 2005: Krankheitsentwicklungen Blickpunkt Psychische Gesundheit. BKK, Essen, 2005.
5. DAK. DAK Gesundheitsreport 2005. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/DAK-Gesundheitsreport_2005.pdf [gesehen 03.01.2007].
6. Techniker Krankenkasse. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, in Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Techniker Krankenkasse, 2005.
7. WHO. Global Burden of Disease Estimates. 2002. <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates> [gesehen 01.03.2008].
8. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. World Health Organization, Geneva, 1996.
9. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 14.
10. Fryers T, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psych Psych Epidemiol* 2003; 38: 229–37.
11. Hudson C. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75: 3–18.
12. Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, Aromaa A. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur J Public Health* 2005; 16: 305–14.
13. Lampert T, Schneider S, Klose M, Jacobi F. Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. *Public Health Forum* 2005; 13: 7–8.
14. Miech RA, Caspi A, Wright TE, Moffitt BRE, Silva PA. Low socioeconomic status

and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during youth adulthood. *AJS* 1999; 104: 1097–129.

15. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aaro LE. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1412–8.

16. Ritsher J, Warner EB, Johnson JG, Dohrenwend BP. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: A test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 84–90.

17. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders: Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 109–17.

18. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998; 317: 115–8.

19. Jacobi F, Harfst T. Psychische Erkrankungen – Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung. *Die Krankenversicherung* 2007: 3–6.

20. WHO, Gender and Mental Health. World Health Organisation, Geneva, 2002.

21. Helbig S, Lampert T, Klose M, Jacobi F. Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 889–96.

22. Höpfinger F. Alter, Kohorte und Periode – Grundsätze und Problematik einer Kohortenanalyse. 2001. <http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhttp/fhmethod1E.html> [gesehen 06.02.2006].

23. Wittchen HU, Pfister H. DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Swets und Zeitlinger, Frankfurt, 1997.

24. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28: 57–84.

25. Reed V, Gander F, Pfister H, Steiger A, Sonntag H, Trenkwalder C, Sonntag A, Hundt W, Wittchen HU. To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *Int J Methods Psychiatr Res* 1998; 7: 142–55.

26. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by socio-demographic factors? *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 133–48.

27. Lampert T, Schneider S, Klose M, Jacobi F. Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. *Public Health Forum* 2005: 7–8.

28. Winkler J, Stolzenberg H. Der Sozialschichtindex im Bundesgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen* 1999; 61 (Spec No): S178–S183.

29. Lampert T, Kroll LE. Messung des sozio-ökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richer M (Hrsg). *Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006; 297–319.

30. Mauz E. Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohorten-

vergleich. Geschlechtstrennte Analyse des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ des BGS98. MPH-Thesis, TU Berlin, 2008.

31. Mauz E, Jacobi F. Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis* 2008; 35: 343–52.

32. Rose U, Jacobi F. Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 2006; 41: 556–564.

33. Pröll U. Arbeitsmarkt und Gesundheit. Gesundheitliche Implikationen der neuen Arbeitsmarktpolitik und Ansätze zur Prävention. *Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven*, 2004.

34. Beck U, Beck-Gernsheim E. *Riskante Freiheiten – Gesellschaftliche Individualisierungsprozesse in der Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1994.

35. Barkow K, Maier W, Ustün TB, Gänsicke M, Wittchen HU, Heun R. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Dis* 2002; 76: 157–69.

36. World Health Organization. *Prevention and promotion in mental health*. World Health Organization, Geneva, 2002.

37. Romeu-Gordo L. Unemployment and health: an analysis by means of better data and improved methodology. Technische Universität Berlin, Berlin, 2003.

38. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. *Lebenslagen in Deutschland. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, 2005.

39. Bühler A, Heppekausen K. *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2005.

Diplom-Psychologin MPH Elvira Mauz

Geboren 1968. 1987–1989 Ausbildung als Werbekauffrau. 1989–2000 Studium der Psychologie mit Abschluss als Klinische Psychologin an der TU Berlin. 1990–1998 Geschlechtsspezifische Mädchenarbeit. 2000–2004 Psychologin in der Berliner Suchthilfe. 2004–2007 Studium Public Health an der TU Berlin. Seit 2004 freiberufliche quantitative Auswertungen. Seit 2005 in verschiedenen Projekten im Fachbereich Gesundheitsmonitoring am Robert-Koch-Institut Berlin tätig.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)