

Lieberz  
Franz  
Schepank



# Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie

Ein 25-Jahres-  
Follow-up

 Springer

Klaus Lieberz  
Matthias Franz  
Heinz Schepank

**Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer  
Kohortenstudie**

Ein 25-Jahres-Follow-up

Klaus Lieberz  
Matthias Franz  
Heinz Schepank

# **Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie**

Ein 25-Jahres-Follow-up

Herrn Prof. Dr. med. Heinz Schepank zum 80. Geburtstag

Unter Mitarbeit von:

Lucie Adamek, Patricia Bielmeier, Ariane Herrmann, Marina  
Hiltl, Susanne Koudela, Bertram Krumm, Jürgen Reulecke,  
Melanie Riesenbeck, Maria Sauter, Christina Wieland



Springer

**Prof. Dr. med. Klaus Lieberz**  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Quadrat J5  
68159 Mannheim  
info@praxis-prof-lieberz.de

**Prof. em. Dr. Heinz Schepank**  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Quadrat J5  
68159 Mannheim

**Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz**  
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Heinrich-Heine-Universität  
Moorenstr. 5  
40225 Düsseldorf

ISBN-13 978-3-642-13056-4 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**SpringerMedizin**  
Springer-Verlag GmbH  
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg  
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg  
Lektorat: Volker Drüke Münster  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Einbandabbildung: © Dolo280/wikipedia.org  
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 12786497

## Geleitwort

---

Feldstudien stehen vor der Aufgabe, repräsentative Aussagen über die angestrebte Untersuchungsgruppe zu ermöglichen. Um mögliche Wirk- bzw. Einflussfaktoren überhaupt und dazu möglichst statistisch relevant definieren zu können, müssen detailliert zahlreiche Variablen zur Längsschnittentwicklung wie auch zur Querschnittssituation erfasst werden. Die Auswahl möglicher Wirk- und Einflussvariablen erfolgt zum einen theoriegeleitet und muss zum anderen möglichst weitgehend das gesamte Spektrum vorstellbarer Einflussfaktoren abdecken. Die eingesetzten Untersuchungsinstrumente müssen dementsprechend jahrzehntelang gültige Aussagen ermöglichen, um im Bedarfsfall bei sich aktuell ergebenden weiteren Fragestellungen durch zusätzliche ergänzt werden zu können. Kohortenbezogene Längsschnittstudien bedürfen darüber hinaus der systematischen Einbeziehung z. B. der Geburtsjahrgänge. Mögliche Aussagen werden sonst von vornherein entwertet, zumindest relativiert, wenn z. B. ein Geburtsjahrgang unter der Annahme entfällt, »dieser habe bekanntlich bezüglich möglicher Ereignisse nichts erlebt«.

Ab Mitte der 90er Jahre wurden erstmals systematisch Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges und der direkten Nachkriegszeit auf die weitere Entwicklung davon betroffener Kinder und Jugendlicher beschrieben. Zentrale Bedeutung kam dabei der Untersuchung der Bedeutung der Abwesenheit des Vaters während der kindlichen Entwicklungsjahre zu. Diese Untersuchung konnte aufgrund retrospektiv erhobener Daten der Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen für die im späteren Leben bestehende klinische Beeinträchtigung durchgeführt werden (Franz et al. 1999). Sowohl im Gruppenvergleich besonders günstiger und ungünstiger Langzeitverläufe als auch innerhalb eines Regressionsmodells des Langzeitverlaufes (mittleres Untersuchungsintervall: elf Jahre zwischen 1979 und 1994 bei N=301) bestand ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Abwesenheit des Vaters während der ersten sechs Lebensjahre und der psychogenen Beeinträchtigung im späteren Leben. Beim Jahrgang 1935 war der Vater in 58,4% der Fälle über sechs Monate abwesend, beim Jahrgang 1945 in 41,2% und beim Jahrgang 1955 nur in 11,8% der Fälle.

Meine parallel vorgelegte qualitative Untersuchung »Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen« (Radebold 2000) verdeutlichte die bis in das mittlere Erwachsenenalter anhaltenden Auswirkungen einer durch den Zweiten Weltkrieg und die direkte Nachkriegszeit beschädigten bis traumatisierten Kindheit bezüglich Entwicklungschancen, Bindungs- und Beziehungsfähigkeit sowie Identitätsbildung.

Damit erwies und erweist sich die Mannheimer Kohortenstudie aufgrund ihres Untersuchungsdesigns als besonders geeignet – aus interdisziplinärer Sicht wirklich ein einmaliger Glücksfall –, bedeutsamen zeitgeschichtlichen Fragestellungen nachzugehen.

Eine spätere Untersuchung anhand einer repräsentativen Stichprobe von 883 Personen im Alter von durchschnittlich 68 Jahren zeigte, dass vaterlos aufgewachsene Personen als Erwachsene durchweg über mehr psychische Probleme berichteten als Personen, die mit dem Vater aufwuchsen. Auf drei der sechs Subskalen des SCL-27 zeigten sich hochsignifikante Effekte, und zwar bei depressiven Symptomen, Symptomen der sozialen Phobie und Symptomen von Misstrauen. Auch vegetative Beschwerden wurden häufiger genannt. Diese

Effekte erwiesen sich auch dann noch als signifikant, wenn verschiedene konfundierende Variablen (z. B. Flucht, Ausbombung) berücksichtigt wurden. Gleichzeitig wurde die relativierende Aussage getroffen, dass ein kriegsbedingt fehlender Vater für sich allein sicherlich keine hinreichende Erklärung für die erhöhte psychische/psychosomatische Beeinträchtigung der ehemaligen Kriegskinder darstellt (Franz 2006; Franz et al. 2007).

Die jetzt mit dieser Publikation vorgelegten Ergebnisse der E-Studie ermöglichen Aussagen über den Langzeitverlauf über 25 Jahre hinweg zu treffen. Erneut lässt sich für eine Teilgruppe durch zeitgeschichtliche beschädigende bis traumatisierende Einflüsse Betroffener eine lebenslange Beeinträchtigung bezüglich physischer und körperlicher Symptomatik, Beziehungen, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität belegen. Die vorgelegten umfangreichen Untersuchungsergebnisse, ihre Interpretationen und die darauf bezogenen Schlussfolgerungen verdeutlichen mehrere wichtige Fragestellungen:

Wie mehrfach betont, handelt es sich bei der untersuchten Stichprobe noch erreichter Probanden offensichtlich um eine Positivselektion. Nicht klärbar war, ob insbesondere jene erreichbar waren, die sich auf eine befriedigende, stabile Entwicklung und aktuelle Lebenssituation stützen konnten, andere dagegen aufgrund ihres Zustandes und aus Scham über eine ungenügende Lebensbewältigung sich der Teilnahme verweigerten. Möglicherweise sind zahlreiche belastete, d. h. stark beschädigte bis traumatisierte Probanden bereits verstorben. Die derzeitige Lebenserwartung 60-jähriger Männer liegt in Deutschland bei 20,7 Jahren, d. h., zu diesem Zeitpunkt sind genau 50 % der Menschen eines Jahrganges verstorben. Aufgrund dieser Bedrohung müssen alle weiteren Untersuchungen zu beschädigenden bis traumatisierenden Einflüssen durch diesbezügliche zeitgeschichtliche Erfahrungen möglichst bald erfolgen, da sonst keine Aussagen über gerade diese Risikogruppen noch möglich sind.

Aussagen zur alleinigen Variable »lang anhaltende/dauerhafte kriegsbedingte väterliche Abwesenheit« sind nicht möglich, da Betroffene in der Regel weiteren beschädigenden bis traumatisierenden zeitgeschichtlichen Einflüssen ausgesetzt waren, so Bombenangriffen/Ausbombungen, Flucht/Vertreibung, Verlust weiterer Angehöriger – meist kombiniert und langfristig einwirkend.

Selbst bei bestehenden derartigen zeitgeschichtlichen Einflüssen erweist sich eine (relativ große) Teilgruppe Betroffener als im Langzeitverlauf wie auch aktuell psychisch stabil bei bisheriger weitgehender Symptomfreiheit. Die sich damit ergebenden und für zukünftige Forschungen zentralen Fragen lauten:

- Worauf gründet die bisher bestehende Resilienz?
- Wird die bestehende Resilienz bis zum Lebensende stabil bleiben?

Die erste Frage bezieht sich auf vorhandene protektive Einflüsse und ebenso auf eine mögliche spezifische Abwehrstruktur und/oder spezifische Coping-Mechanismen. Zu den bekanntesten protektiven Einflüssen (Fookan u. Zinnecker 2007) zählen bekanntlich eine verlässliche, Sicherheit gebende Mutter-Kind-Beziehung, eine Stabilität vermittelnde Großfamilien-Situation, geeignete »Ersatzväter« (Großväter, Onkel, ältere Brüder, Stiefväter) wie auch aktive Coping-Mechanismen. Weitere Bedeutung kommt offensichtlich dem eigenen Entwicklungsalter bei den entsprechenden zeitgeschichtlichen Einflüssen zu. Kaum unter-

sucht wurde bisher die Frage, in welchem Umfang eine spezifische Abwehrstruktur (z. B. eine Kombination von Verdrängung, Relativierung, Generalisierung und Verkehrung ins Gegenteil bei gleichzeitiger Spaltung von Inhalt und Affekt) Resilienz-stabilisierend wirkt. Vermutbar (Radebold 2005, 2010) ist, dass eine größere Teilgruppe sich bisher als resilient erweisender Betroffener lediglich über eine eingeschränkte Resilienz verfügt. Anlässlich von Traumareaktivierungen bzw. Retraumatisierungen (Heuft 1999) sowie insbesondere im Zusammenhang mit erneuten Verlusten (an wichtigen Bezugspersonen, an physischen und/oder psychischen wie auch sozialen Funktionen und erneutem Erleben des Ausgeliefertseins an eine nichtbeeinflussbare Situation) sind dann doch noch entsprechende Symptome und Verhaltensweisen erwartbar – wie zahlreiche Einzelbeobachtungen bereits belegen.

Ich bin dem Autorenteam der E-Studie sowie ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sehr dankbar, dass sie diese erneute Befragung Betroffener im Rahmen der Mannheimer Kohortenstudie durchgeführt haben, um damit gleichzeitig die Untersuchung eines über 25-jährigen Langzeitverlaufes zu ermöglichen. Aus der Perspektive derzeitiger diesbezüglicher interdisziplinärer und damit auch transdisziplinärer zeitgeschichtlicher Forschung über die durch den Zweiten Weltkrieg und die direkte Nachkriegszeit betroffenen Kinder und Jugendlichen verdeutlicht sie parallel zu den vorgelegten Untersuchungsergebnissen zentrale Fragestellungen zukünftiger Forschung.

**Harmut Radebold**

Im Frühjahr 2010

## Vorwort

---

Das Leben ist Veränderung. Wohl wahr. Als Zeitzeuge mit einem nunmehr längeren Überblick über einige Jahrzehnte ist freilich der (subjektive) Eindruck entstanden, dass unter dem Einfluss politischer, wirtschaftlicher und technologischer Veränderungen der Grad an Beschleunigung in der Umwälzung der Lebensverhältnisse auf unserem Planeten erheblich zugenommen hat. Dies stellt die Menschen vor große Herausforderungen. Die Schnelligkeit der Veränderungsprozesse scheint dabei nicht immer in einem gesunden Verhältnis zur Reflexion der Mittel und der Zielrichtung dieser Veränderung zu stehen. Die Gefahr, in dieser kurzlebigen Zeit kurzfristige und eigennützige Zielsetzungen überzubewerten und langfristige, insbesondere auf das soziale Zusammenleben der Menschen ausgerichtete Ziele aus dem Auge zu verlieren, scheint mir jedenfalls groß zu sein.

Im Bereich der Medizin im Allgemeinen, der Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin im Besonderen, ist das Spannungsverhältnis zwischen der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit als Wert an sich und der Kommerzialisierung der Medizin auf dem Hintergrund einer immer stärker werdenden Industrialisierung nicht kleiner geworden. Es steht außer Frage, dass der große Fortschritt der Medizin in den letzten 150 Jahren mit eben dieser Industrialisierung und der damit verbundenen naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung verbunden ist. Konsequenterweise ist schon der Zugang zum Medizinstudium deshalb an ein Mindestmaß naturwissenschaftlicher Qualifikation gebunden. Freilich ist es nicht immer leicht gewesen, in den letzten Jahrzehnten das notwendige Gleichgewicht zwischen diesem für die Forschung und Versorgung in der Medizin unverzichtbaren naturwissenschaftlichen Standbein und dem für die Praxis unentbehrlichen sozialwissenschaftlichen Standbein herzustellen. In dem Bemühen, auch die wissenschaftlichen Leistungen »messbar« zu machen, sind in den letzten Jahren verstärkt Kriterien herangezogen worden (Drittmittelwerbungen, Impact-Punkte), die eine einseitige naturwissenschaftliche Ausrichtung des medizinischen Ausbildungsganges und der damit verbundenen Lehr- und Forschungsbemühungen jedenfalls stark begünstigt haben. Die »Ideologie des Wettbewerbs« zwischen den Fakultäten liefert hierbei weitere Schubkraft. Obwohl mittlerweile in diesem Lande mehr junge Frauen als junge Männer ein Medizinstudium beginnen, sind die Fakultäten nach wie vor ein Hort männlicher Dominanz. Und nicht selten entsteht der Eindruck, dass dementsprechend die »männliche«, technologische Ausrichtung in Lehre und Forschung die »weibliche«, soziale und beziehungsorientierte Seite der Medizin mit Hilfe industrieller und wirtschaftlicher Interessen verdrängt. Das Ergebnis zeigt eine zunehmend technisierte und »entseelte« Medizin, die sich der »Angst vor dem Tod« verschrieben hat und dabei die »Ängste vor dem Leben« aus dem Blick verliert.

Angesichts dieses »Zeitgeistes« scheint es einigermaßen verwegen, eine Langzeitstudie in Angriff zu nehmen und über Jahrzehnte zu verfolgen. Aber gerade dieses »Unpassende« wirkt auf uns heute reizvoll. Angesichts der auch in unserem Fach nicht zu übersehenden Moderscheinungen war es uns besonders wichtig, einen Blick auf das zu werfen, was als Kernbestand genug Substanz hat, um auch den Stürmen des »Zeitgeistes« und der »Moden« Stand zu halten. Nun sind epidemiologische Langzeituntersuchungen allerdings nicht leicht zu realisieren. Zunächst einmal bedarf es auf der Leitungsebene solcher Projekte einer personellen Konstanz, die aus leicht nachvollziehbaren Gründen nicht immer zu realisieren ist. So rücken z. B. tragende Mitarbeiter eines solchen Projektes mit seinem erfolgreichen

Fortschreiten in leitende Funktionen anderen Ortes auf und stehen vor Ort nicht mehr unmittelbar zur Verfügung. Andere beenden ihre Tätigkeit in der Forschung und wenden sich im ambulanten oder klinischen Bereich der unmittelbaren Krankenversorgung zu. Um ein solches Projekt dauerhaft am Leben zu erhalten, bedarf es zudem einer erheblichen Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele, der Methoden und der Grundüberzeugungen, die das Projekt tragen. Das Ausscheiden von Mitarbeitern auf der einen Seite macht auf der anderen Seite die Einarbeitung neuer Mitarbeiter notwendig, was stets mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Kurz, es ist wohl nur in ganz seltenen und glücklichen Konstellationen mit einer hinreichenden Konstanz des beteiligten Personals zu rechnen.

Neben der personellen und menschlichen Komponente ist die Realisierung solcher Untersuchungen natürlich immer auch an eine entsprechende finanzielle Ausstattung gebunden. Diese war durch die lang andauernde und großzügige Unterstützung seitens der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Rahmen zweier Sonderforschungsbereiche über weite Strecken gewährleistet. Hinzu kam die Einbettung des Projektes in den epidemiologischen Forschungsschwerpunkt des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim, was erhebliche Synergieeffekte mit sich brachte. Aber nachdem wesentliche Ergebnisse der Studie erbracht schienen, war auch die weiterführende finanzielle Unterstützung nicht in dem Umfang aufrechtzuerhalten, wie es wünschenswert gewesen wäre. Schon die De-Studie musste so weitgehend »mit Bordmitteln« und unter Einsatz aller klinisch tätigen, also nicht eigens für Forschungszwecke eingestellten Mitarbeiter realisiert werden. Nur die hohe Identifikation und Begeisterung dieser Mitarbeiter mit dem Fach und den Zielen der Studie machte über damit verbundenes hohes persönliches Engagement seinerzeit die (wie sich nun zeigt: vorläufige) Beendigung des Unterfangens möglich.

Eingreifende Veränderungen in den äußeren Strukturen des Zentralinstituts und nachhaltige personelle Inkonstanz ließ es im Weiteren über viele Jahre nicht möglich erscheinen, die Studie wieder aufzunehmen und fortzusetzen. Nachdem sich eine Stabilisierung der äußeren Umstände wieder eingestellt hatte, kam auch bald der Gedanke an eine Fortführung des Projektes im Sinne eines 25-Jahre-Follow-up auf. Mit Hilfe der Werner-Müller-Stiftung Mannheim gelang es, eine erste finanzielle Grundlage dafür zu legen. Neue Mitarbeiter konnten in der Folge angeworben und eingearbeitet werden. Wir waren uns bei alledem durchaus bewusst, dass es schwierig sein würde, eine ausreichende Anzahl an Probanden nochmals zur Teilnahme zu motivieren und damit auch eine Repräsentativität der Daten zu erreichen. Da die wissenschaftlichen Ergebnisse des Projektes in der Vergangenheit in zahlreichen Publikationen und Vorträgen ausführlich vorgestellt wurden, sahen wir in Verbindung mit den nunmehr zu erwartenden Einschränkungen aber auch die Möglichkeit, neben der Ergebnisdarstellung Anstöße für weiterführende Fragestellungen zu geben und auch die Umsetzung der epidemiologischen Erkenntnisse in die Versorgungsforschung mit einzubeziehen.

Letztlich ist es der Ermunterung von Prof. H. Radebold zu verdanken, dass wir uns, trotz aller Probleme, nach langer Zwischenpause, nochmals auf den Weg machten. Im Rahmen des von ihm erfolgreich angestoßenen W2K-Projektes (W2 K = Weltkrieg 2 Kinder) regte er uns dazu an, unsere umfangreichen Daten zu nutzen, um über den Gesundheitszustand der mittlerweile ja auch ins Alter gekommenen Probanden Auskunft zu erlangen und dabei den Überblick über die biografische Entwicklung der Probanden zu nutzen.

Mein besonderer Dank gilt sodann den Mitarbeitern des Projektes, allen voran, dem Initiator der Studie und Motor der früheren Untersuchungsabschnitte, Herrn Prof. emer. H. Schepank. Er hat es sich auch jetzt nicht nehmen lassen, in der Arbeitsgruppe aktiv tätig zu werden und somit auch die methodische Konstanz zu stützen. Er ist auch mit ins Feld gegangen und hat dabei die jüngeren Mitarbeiter angeleitet.

Ohne den Schwung und die anhaltende Begeisterung dieser jungen Mitarbeiterinnen, Frau Dr. M. Hiltl und Frau P. Bielmeier, wäre die Durchführung der Studie ohnehin schwierig geworden. Ihnen gilt deshalb meine besondere Anerkennung. Nicht zuletzt bedanke ich mich bei Frau Renate Scheddin vom Springer-Verlag, die sich ohne Vorbehalte bereit erklärte, auch diesen Abschnitt der Studie in der jetzt vorliegenden Buchform der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Für die finanzielle Unterstützung dieser für einen wissenschaftlichen Verlag ja nicht unbedingt gewinnversprechenden Publikation sei Herrn Prof. Esser von der Heinrich-Vetter-Stiftung Mannheim gedankt. Aber dies alles wäre natürlich nicht möglich gewesen ohne die Bereitschaft unserer Probanden, die uns über lange Wegstrecken unterstützt haben, wobei erwartungsgemäß nun doch einigen »die Luft ausgegangen« ist. In diesem Sinne möchte ich diese Untersuchung auch unseren Probanden widmen.

**Klaus Lieberz**

Mannheim, im Oktober 2010

# Inhaltsverzeichnis

---

I	<b>Einleitung</b> .....	1
1	<b>Fragestellung</b> .....	3
	<i>K. Lieberz</i>	
2	<b>Die Alterskohorten</b> .....	13
	<i>J. Reulecke</i>	
2.1	Jahrgang 1935 – Nachwuchs für das NS-Regime .....	14
2.2	Jahrgang 1945 – Kriegsende: geboren im totalen Chaos .....	17
2.3	Jahrgang 1955 – Aufwachsen im »Wirtschaftswunder« und im »Kalten Krieg« .....	22
3	<b>Bisheriger Studienablauf und Ergebnisse</b> .....	27
	<i>K. Lieberz und M. Franz</i>	
3.1	A-Studie .....	28
3.2	B-Studie .....	30
3.3	D-Studie .....	30
4	<b>Die E-Studie</b> .....	35
	<i>K. Lieberz und M. Hiltl</i>	
4.1	Einleitung und Methodik .....	36
4.2	Durchführung der Interviews .....	37
4.2.1	Das standardisierte, halbstrukturierte Interview .....	38
4.2.2	Quantitative Forschungsinstrumente .....	39
4.3	Nachbereitung der Interviews und wöchentliche Forschungskonferenzen .....	40
II	<b>Ergebnisse</b> .....	41
5	<b>Studienabbrecher</b> .....	43
	<i>C. Wieland und K. Lieberz</i>	
5.1	Einleitung .....	44
5.2	Methodik (und Verweigerungsrate im jeweiligen Querschnitt von A bis E) .....	46
5.2.1	Längsschnitt (von A bis E) .....	46
5.2.2	A-Studie: Aktive Verweigerer .....	48
5.2.3	Passive Abbrecher .....	50
5.2.4	Regressionsanalyse .....	51
5.2.5	Querschnitt (von D nach E) .....	52
5.2.6	E-Verweigerer zur Dm-Studie (Mittelgruppe) .....	53
5.2.7	E-Verweigerer zur De-Studie (Extremgruppen) .....	53
5.2.8	Verstorbene .....	54
5.3	Zusammenfassung .....	55
6	<b>E-Studie – »Das Zentralmassiv« (n = 86) im Querschnitt</b> .....	57
	<i>K. Lieberz, P. Bielmeier, M. Hiltl, H. Schepank, M. Riesenbeck, L. Adamek, C. Wieland und B. Krumm</i>	
6.1	Repräsentativität .....	58

6.2	<b>Gesundheitliches Befinden</b> .....	58
6.2.1	Die Fallidentifikation .....	58
6.2.2	Psychische ICD-10-F-Diagnosen .....	60
6.2.3	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) .....	62
6.2.4	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) .....	62
6.2.5	Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) .....	64
6.2.6	Die somatischen ICD-10-Diagnosen .....	66
6.2.7	Der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12) .....	68
6.2.8	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SoZu) .....	70
6.2.9	»Life events«: Lebensveränderungen im Intervall (D-E) .....	73
7	<b>Vergleich der Teilkollektive TK-E1 (n = 86) und TK-E2 (n = 41)</b> .....	77
	<i>K. Lieberz, P. Bielmeier, M. Hiltl, H. Schepank, M. Riesenbeck, L. Adamek, C. Wieland und B. Krumm</i>	
7.1	<b>Repräsentativität</b> .....	78
7.2	<b>Klinische Parameter</b> .....	78
7.2.1	Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version (HADS-D) .....	78
7.2.2	Gießener-Beschwerdebogen (GBB): TK-E1/TK-E2 .....	78
7.2.3	Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12) .....	82
7.2.4	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SoZu) .....	82
7.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den psychometrischen Instrumenten der beiden Teilkollektive TK-E1 und TK-E2 .....	85
8	<b>Das Gesamtkollektiv der E-Studie (TK-E3)</b> .....	87
	<i>K. Lieberz</i>	
9	<b>Das gesundheitliche Befinden im Langzeitverlauf (TK-E1, n = 86)</b> .....	91
	<i>P. Bielmeier und L. Adamek</i>	
9.1	ICD-Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörungen im Studienverlauf .....	92
9.2	Die psychogene Beeinträchtigung (BSS) im Langzeitverlauf .....	92
9.3	BSS-Werte im Studienverlauf .....	94
10	<b>Das Geheimnis seelischer Gesundheit</b> .....	97
	<i>L. Adamek, M. Hiltl und K. Lieberz</i>	
10.1	<b>Stabile seelische Gesundheit: Ein Fallbeispiel</b> .....	98
10.1.1	Proband 407, männlich, Jahrgang 1935 .....	98
10.2	<b>Chronische seelische Krankheit – Ein Fallbeispiel</b> .....	100
10.2.1	Proband 028, männlich, Jahrgang 1945 .....	100
10.3	<b>Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – ein Extremgruppenvergleich</b> .....	105
10.4	<b>Zusammenfassung</b> .....	106
11	<b>Jenseits individueller Gesundheit – Das Familiensystem</b> .....	109
	<i>K. Lieberz, P. Bielmeier, M. Hiltl und H. Schepank</i>	
11.1	<b>Stabilisierung in Fürsorge – Ein Fallbeispiel</b> .....	110
11.1.1	Probandin 107, Jahrgang 1955 .....	110
11.1.2	Genese .....	113
11.1.3	Fazit .....	118
11.2	<b>»Familienbande« – Versuch einer quantitativen Erfassung</b> .....	118

11.2.1	Die Partner .....	118
11.2.2	Kinder der Probanden .....	119
III	<b>Die Kriegskinder</b> .....	121
12	<b>Heimat – Flucht – Vertreibung – neue Heimat: Bericht einer Probandin</b> .....	123
	<i>M. Sauter</i>	
13	<b>Der Kriegs-Belastungs-Fragebogen (KBF)</b> .....	131
	<i>M. Hiltl</i>	
13.1	KBF .....	132
13.2	Auswertung .....	133
14	<b>Die seelische Gesundheit ehemaliger Kriegskinder</b> .....	135
	<i>M. Hiltl, P. Bielmeier, B. Krumm, M. Franz, H. Schepank und K. Lieberz</i>	
14.1	Stichprobe .....	136
14.2	Vorgehen .....	137
14.3	Messinstrumente .....	137
14.4	Datenauswertung .....	138
14.5	Ergebnisse .....	139
14.5.1	Frühkindliche Gesamtbelastung und spätere seelische Gesundheit .....	139
14.5.2	Kindliche Gesamtbelastung und spätere seelische Gesundheit .....	139
14.5.3	Auswirkungen von Kriegserlebnissen auf die spätere seelische Gesundheit .....	139
14.5.4	Logistische Regression .....	141
14.6	Diskussion .....	141
15	<b>Kriegskinder – »Traumatisierung« und Gesundheit</b> .....	145
	<i>K. Lieberz, M. Hiltl, S. Koudela, P. Bielmeier und B. Krumm</i>	
15.1	Einführung und Fragestellung .....	146
15.2	Methodik und Ergebnisse .....	147
15.3	Zusammenfassung .....	149
16	<b>Die Kriegskinder – Körperliche Erkrankungen heute</b> .....	151
	<i>P. Bielmeier, L. Adamek, B. Krumm und K. Lieberz</i>	
16.1	Einführung .....	152
16.2	Methodik .....	154
16.3	Ergebnisse .....	155
16.4	Diskussion .....	157
IV	<b>Erweiterungen und Fortführungen</b> .....	161
17	<b>Die Folgen kriegsbedingter und heutiger Vaterlosigkeit für die Kinder und Familien – Das PALME-Programm</b> .....	163
	<i>M. Franz</i>	
17.1	Die entwicklungspsychologische Bedeutung des Vaters aus psychoanalytischer Sicht .....	166
17.2	Die heutige Vaterlosigkeit .....	168
17.3	Die Situation alleinerziehender Mütter .....	171

17.3.1	Armut .....	171
17.3.2	Gesundheitliche Risiken .....	172
17.3.3	Depressivität .....	173
17.3.4	Suchterkrankungen .....	173
17.3.5	Mögliche Einflussfaktoren auf die Bewältigung der Trennung .....	174
17.3.6	Folgen für die Kinder .....	174
17.3.7	Interventionsmöglichkeiten .....	179
17.4	<b>PALME – ein präventives bindungsorientiertes Elternttraining für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder</b> .....	181
17.4.1	Rückblick .....	184
18	<b>Biografie – nur noch für Dichter?</b> .....	185
	<i>K. Lieberz, A. Herrmann und B. Krumm</i>	
18.1	<b>Einleitung</b> .....	186
18.2	<b>Methodik</b> .....	187
18.3	<b>Ergebnisse</b> .....	189
18.4	<b>Diskussion</b> .....	192
V	<b>Zusammenfassung</b> .....	197
19	<b>Rückblick und Ausblick</b> .....	199
	<i>K. Lieberz und M. Franz</i>	
VI	<b>Anhang</b> .....	207
	<b>Instrumente</b> .....	209
	<b>Literatur</b> .....	233
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	247

## Autoren-Kurzporträts

---

**Adamek**, Lucie, geb. 1987, Sozialpädagogik (Hochschule Mannheim)- und Kunststudentin (Kunstakademie Mannheim), Schwerpunkt Klinische Sozialarbeit & Kunsttherapie, Kunstdozentin für Jugendliche (Kunstverein Ludwigshafen), Studentische Hilfskraft am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Projekt: Mannheimer Kohortenstudie

**Bielmeier**, Patricia, geb. 1983, Assistenzärztin für Psychiatrie an der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit Mannheim; Wissenschaftliche Arbeitsgebiete: Epidemiologie

**Franz**, Matthias, geb. 1955, Univ.-Prof. Dr. med., Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalytiker; Lehranalytiker, Gruppenlehranalytiker (DPG, DGPT, DAGG), stellvertretender Direktor des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf; Vorsitzender des Instituts für Seelische Gesundheit und Prävention Düsseldorf; Delegierter der DGPT bei der AWMF. Heigl-Preisträger 2010. Hauptarbeitsgebiete und Veröffentlichungen zu: Häufigkeit, Verlauf, Ursachen und Prävention psychischer/psychosomatischer Erkrankungen, Entwicklung bindungsorientierter präventiver Interventionsprogramme für alleinerziehende Mütter ([www.palme-elternttraining.de](http://www.palme-elternttraining.de)), entwicklungspsychologische Bedeutung des Vaters, Kriegsfolgenforschung, Affekt-/Emotionsforschung, Gesichtserkennung, Alexithymie

**Herrmann**, Ariane, geb. 1981, Abitur 2000, anschließend Praktisches Jahr in der Krankenpflege, 2002 Vorsemeester für Medizin am Rheinischen Bildungszentrum in Köln, seit Herbst 2002 Studium Humanmedizin an der Universität Heidelberg/Mannheim, seit August 2009 Medizinstudentin im Praktischen Jahr

**Hittl**, Marina, geb. 1983, Ärztin. Dr. med. Promotion in der Psychosomatischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, über die Beziehung von Kindheitserfahrungen, unter besonderer Berücksichtigung von Weltkriegs-II-Erlebnissen, zur seelischen Gesundheit im Erwachsenenalter. Zu diesem Thema mehrere Fachvorträge und wissenschaftliche Publikationen

**Krumm**, Bertram, geb. 1948, Studium der Mathematik und Physik, 1975 Diplom in Mathematik an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz, 1977 Promotion in Mathematik über stochastische Differentialgleichungen. Seit 1976 Statistiker und Datenanalytiker in der Abteilung Biostatistik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim. Zahlreiche Zeitschriftenveröffentlichungen und Mitwirkung an Büchern über Themen aus der Erwachsenenpsychiatrie (insbesondere der Schizophrenieforschung), der Psychosomatischen Medizin, der Kinderpsychiatrie und der Neuroradiologie.

**Lieberz**, Klaus, geb. 1946, Univ.-Prof. Dr. med., Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalytiker; seit 1990 Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Psychosomatischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Weiterbildungsmächtiger des Kompetenzzentrums für Psychoso-

matische Medizin Mannheim e.V.. Gutachter und Obergutachter für die KBV im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Biografieforschung, klinische Psychosomatik und Psychotherapieforschung

**Reulecke**, Jürgen, geb. 1940, Prof. Dr. (em.), bis 2003 Professur für Neuere und Neueste Geschichte an der Universität Siegen, anschließend bis 2007 Professur für Zeitgeschichte an der Universität Gießen, dort auch bis Ende 2008 Sprecher des Sonderforschungsbereichs »Erinnerungskulturen«; 2000/2001 Fellow am Historischen Kolleg in München, Forschungsschwerpunkte: Stadt- und Urbanisierungsgeschichte seit dem 18. Jahrhundert, Geschichte von sozialen Bewegungen (bes. Arbeiterbewegung und Jugendbewegung), von Sozialpolitik und Sozialreform sowie von Generationengeschichte vom 19. zum 20. Jahrhundert

**Riesenbeck**, Melanie, geb. 1984, USA-Aufenthalt in der 11. Klasse, Abitur 2004. Wintersemester 2004/ 2005 Vorsemester an der IFBM Köln, zum Wintersemester 2005/ 2006 Medizinstudium an der Semmelweis Universität in Budapest, Ungarn. Physikum 2007. Seit Wintersemester 2007/ 2008 Studium an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Praktika in den Fachbereichen Psychiatrie, Dermatologie, Gynäkologie und Orthopädie.

**Sauter**, Maria, geb. 1935, Probandin und Zeitzeugin im Rahmen der Mannheimer Kohortenstudie

**Schepank**, Heinz, geb. 1930, em. O. Univ.-Prof. Dr. med., Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, 1975-1998 Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse an der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg sowie Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim; Leiter der DFG-geförderten Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen, Psychotherapieforschung, Zwillingsforschung

**Wieland**, Christina, geb. 1982, Studentin der Medizin im 6. klinischen Semester an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Fakultät Mannheim.

# Einleitung

- Kapitel 1**      **Fragestellung – 3**  
*K. Lieberz*
- Kapitel 2**      **Die Alterskohorten – 13**  
*J. Reulecke*
- Kapitel 3**      **Bisheriger Studienablauf und Ergebnisse – 27**  
*K. Lieberz und M. Franz*
- Kapitel 4**      **Die E-Studie – 33**  
*K. Lieberz und M. Hiltl*

# Fragestellung

*K. Lieberz*

Dieses Buch soll über den Fortgang eines Projektes berichten, welches bereits Gegenstand zahlreicher Monografien und Veröffentlichungen gewesen ist. Für den mit der Studie nicht so vertrauten Leser wird ein Überblick über Konzeption und Verlauf der Untersuchung gegeben, zur Vertiefung sei insbesondere auf die früheren Monografien von Schepank (1987a, 1987b, 1990) sowie Franz, Lieberz und Schepank (2000) verwiesen.

Mit der Planung dieser epidemiologischen Studie wurde 1975 unter der Leitung von H. Schepank begonnen. Worum ging es? Angesichts der spärlichen und außerordentlich widersprüchlichen Datenlage zur **Häufigkeit und zum Verlauf psychogener Erkrankungen** (Häfner u. Franz 2000) erschien es notwendig, diesen Fragen im Rahmen eines anspruchsvollen, methodisch gut konzipierten Projektes nachzugehen und damit eine genauere Vorstellung vom Umfang des gesundheitlichen Problems der **seelischen Störungen** zu gewinnen. Erst auf dieser Basis würde es möglich sein, angemessene Planungen für die weitere gesundheitliche Versorgung der betroffenen Personengruppen zu entwickeln.

Die Fragen, die mit dieser Studie beantwortet werden sollten, lassen sich auf folgenden einfachen Nenner bringen:

- Wie häufig sind – heute und hier – die psychogenen Erkrankungen in der Erwachsenenbevölkerung?
- Wie verlaufen sie spontan, d. h. ohne Behandlung?
- Was beeinflusst überhaupt die Entstehung dieser Erkrankungen und ihren weiteren Verlauf?

Die **psychogenen Erkrankungen** wurden rein deskriptiv erfasst als die große Gruppe der **Belastungsreaktionen** (Trauer, Schreck), **Psychoneurosen** (Ängste, Depressionen, Zwänge), die Gruppe der somatoformen oder funktionellen **psychosomatischen Störungen** (Beschwerden an verschiedenen Organen ohne nachweisbare somatische Ursache, auch Sexualstörungen und Essstörungen), die ebenfalls umfangreichen Gruppen der **Suchterkrankungen** (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) und der **Persönlichkeitsstörungen**. Auch wenn das Projekt aufgrund der Ausbildung und Denkrichtung der Untersucher auf tiefenpsycholo-

gisch-psychoanalytischer Grundlage ruhte, wurde Wert darauf gelegt, dass der theoretische Hintergrund der Planer und Untersucher – so weit wie möglich – nicht in die deskriptive Erfassung der Krankheitsbilder und ihrer klassifikatorischen Zuordnung einfluss.

In diesem Projekt sollte es also um die Häufigkeit und den Verlauf psychogener Erkrankungen gehen. Bei der epidemiologischen Erfassung der Häufigkeit von Erkrankungen ist dabei zu unterscheiden zwischen der Neuerkrankungsrate – der **Inzidenz** (in einem bestimmten Zeitraum) – und der Bestandsrate, der **Prävalenz** (in diesem Zeitraum). Es ist also zu unterscheiden zwischen der Anzahl an Personen, die im vorgegebenen Zeitraum überhaupt an der definitorisch vorgegebenen Erkrankung leiden, unabhängig vom Grad und Ausmaß der Erkrankung, und der Anzahl der Personen, die in dem vorgegebenen Zeitraum diese Erkrankung neu entwickeln. Inzidenzrate und Prävalenzrate sind aufeinander bezogen. Die Dauer einer Erkrankung ist dabei maßgebend. Sich schnell entwickelnde und kurz dauernde Erkrankungen wie z. B. eine akute Infektionskrankheit (Typhus) können dann eine hohe Inzidenzrate aufweisen, wegen des schnellen Abklingens aber ist die Prävalenzrate über einen Zeitraum von z. B. einem Jahr eher gering. Anders bei einer eher chronisch verlaufenden Erkrankung wie z. B. dem Diabetes mellitus: Dieser wird eine eher geringe Anzahl an Neuerkrankungen im Jahr aufweisen, wegen der geringen Abklingquote aber wird der Bestand über die Zeit weiter aufgebaut und in eine höhere Prävalenzrate münden.

Um die Neuerkrankungs- oder Bestandsrate in einer Population zu erfassen, sind Felduntersuchungen notwendig. Dafür müssen die Untersucher die ausgewählten Probanden aufsuchen und an einer möglichst repräsentativen Auswahl die **wahre Inzidenz bzw. Prävalenz** bestimmen. Werden nur die Fälle erfasst, die im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in Arztpraxen, Kliniken etc. vorstellig werden, dann spricht man von **administrativer Inzidenz/Prävalenz**. Es ist zu erwarten, dass Erkrankungen, die in kurzer Zeit zu einem schweren, ggf. lebensbedrohlichen Verlauf Anlass geben, fast vollständig im Rahmen eines gut ausgebauten Versorgungssystems erfasst werden

können (z. B. bei meldepflichtigen Erkrankungen). Administrative und wahre Inzidenz nähern sich dabei weitgehend an. Anders ist es bei Erkrankungen, die sich langsam entwickeln, nicht zu einem unmittelbar lebensbedrohlichen Zustand führen, häufig gar unerkant bleiben oder verkannt werden. In einem solchen Fall gehen administrative und wahre Inzidenz/Prävalenz weit auseinander.

Psychogene Erkrankungen gehören nun nach aller klinischen Erfahrung eher zu den sich langsam, über längere Zeiträume entwickelnden Störungsbildern, die zudem erst nach Überschreitung einer Belastungsgrenze als krankheitswertig angesehen werden können. Es durfte deshalb schon zu Beginn der Studie erwartet werden, dass mit einer höheren Prävalenzrate zu rechnen sein würde, während die Rate an Neuerkrankungen vergleichsweise niedriger ausfallen dürfte.

Die Durchführung von Felduntersuchungen ist aufwändig, teuer und bedarf eines großen organisatorischen Aufwandes. Mit der Einbeziehung der Studie in den sich zu dieser Zeit am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim etablierenden Sonderforschungsbereich (SFB 116 und später der SFB 256) der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) waren schließlich die notwendigen Voraussetzungen gegeben, um mit der Studie zu beginnen. Im Rahmen der Pilotstudie konnte die Machbarkeit überprüft werden. Von 114 nach Zufall ausgewählten Probanden konnten seinerzeit 75 erreicht werden, 22 Personen (19,3 %) waren nicht zu erreichen, und 17 Probanden (18,5 %) verweigerten die Teilnahme an der Untersuchung. Die im Rahmen dieser Voruntersuchung gewonnenen Erfahrungen flossen in die weitere Planung ein und ließen erkennen, dass das Vorhaben realisierbar sein würde.

Dabei wurde von vornherein eine Begrenzung auf eine mittlere Altersgruppe der deutschen Stadtbevölkerung von Mannheim vorgenommen. Ausgewählt wurden die Jahrgänge 1935, 1945 und 1955. Die Probanden waren zu Beginn der Untersuchung 1980 also 45, 35 und 25 Jahre alt. Warum gerade diese Festlegungen?

Die Beschränkung auf die Stadtbevölkerung war deshalb ratsam, weil damit der organisatorische und finanzielle Aufwand der Studie begrenzt werden konnte. Mannheim konnte zudem als repräsentativ für eine deutsche Großstadt angesehen

werden, so dass sich die Ergebnisse generalisieren lassen würden. Hinzu kam, dass etwa zeitgleich eine epidemiologische Untersuchung von Dilling et al. (1984) im ländlichen oberbayrischen Raum durchgeführt wurde, so dass angenommen werden konnte, dass die Ergebnisse dieser beiden Untersuchungen ein hinreichend verlässliches Bild über die Versorgungsbedürftigkeit in der deutschen Bevölkerung abgeben würde.

Warum aber die Eingrenzung auf die 25- bis 45-Jährigen? Nach den seinerzeit vorliegenden Erfahrungen konnte davon ausgegangen werden, dass sich psychogene Erkrankungen ganz bevorzugt in diesem Lebensabschnitt zeigen würden. Die nunmehr jungen Erwachsenen hätten nach der zuvor durchlaufenen Pubertät ihre Kräfte in den sich nun entwickelnden »Stürmen des Lebens« zu zeigen und sich dabei zu bewähren. Unter den »Stürmen« sind allerdings keineswegs ganz besondere und außergewöhnliche Ereignisse zu verstehen. Es handelt sich dabei vielmehr um die ganz normalen und üblichen Aufgaben eines Menschen in diesen Altersabschnitten. Es geht also um die Integration in den sozialen Verband, die Erprobung und Entwicklung der Leistungstüchtigkeit im beruflichen Feld, den Aufbau einer existenziellen Grundlage auch zur Bildung eines eigenen Familienverbandes und der sich daraus ergebenden Aufgabe des Schutzes, der Ernährung und der Erziehung der weiter nachfolgenden Generation. Da die Aufgaben annähernd zeitgleich gemeistert werden müssen, kann der hier gewählte Lebensabschnitt als besonders belastend und risikoträchtig angesehen werden. Personen, die – jedenfalls nach psychoanalytischer Auffassung – nicht ausreichend ausgestattet in diese Alltagsbewährung gehen würden, wären daher besonders gefährdet, an diesen Aufgaben entweder gänzlich zu scheitern oder – vermutlich öfter – nur mit Blessuren und Verletzungen diesen Kampf zu durchstehen. Nach Abebben der Stürme könnte, jedenfalls unter den heutigen Lebensbedingungen, erwartet werden, dass die psychosozialen, belastungsabhängigen Störungen zurückgehen würden.

Für die Auswahl der drei Jahrgangskohorten gab es aber noch einen weiteren Grund. Wie leicht ersichtlich, handelt es sich um eine Vorkriegs-, eine Kriegs- und eine Nachkriegskohorte. Die drei Jahrgänge waren mithin unterschiedlichen kollektiven

Umständen ausgesetzt. Damit ergäbe sich die Möglichkeit zu prüfen, welchen Einfluss solche kollektiven Umstände auf die individuelle seelische und gesundheitliche Entwicklung der Menschen haben würden. Gerade diese Frage hat in letzter Zeit in der Diskussion um die »Kriegskinder« wieder starke Beachtung gefunden.

Vor Beginn der Untersuchung war neben der Festlegung auf die weiteren Umstände (deutsche Stadtbevölkerung, Jahrgangskohorten) noch genauer zu bestimmen, wann ein untersuchter Proband als »krank« (im Sinne dieser Untersuchung) angesehen werden sollte. Für diese sog. **Fallidentifikation** mussten die Kriterien festgelegt werden. Dafür gibt es, wie oben schon angedeutet, für die psychogenen Erkrankungen kein einfaches und unbestrittenes Vorgehen. Folgende drei Kriterien wurden schließlich festgelegt und in der gesamten weiteren Studie über den Verlauf von nunmehr 25 Jahren beibehalten:

Ein **Fall von psychogener Erkrankung** liegt dann vor, wenn der Proband

- in den 7 Tagen vor der Untersuchung (zeitliches Kriterium)
- Beschwerden zeigte, die nach der jeweils gültigen ICD-Version (International Classification of Diseases) eine klassifikatorische Zuordnung zu einer der aufgeführten Krankheitsgruppen zuließ (qualitatives Kriterium) und
- dabei im Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) eine Beeinträchtigungsschwere von  $\geq 5$  Punkten (cut off point) oder mehr erreichte (quantitatives Kriterium).

Diese rein deskriptive Erfassung von Beschwerden, Störungs- oder Krankheitsbildern sollte einen theoriefreien Zugang zu den Ergebnissen der Studie ermöglichen. Der Bezug zur ICD erfolgte anfangs auf die 8. Version, hat sich dann über den Gebrauch der 9. Version zur aktuellen 10. Version weiterentwickelt. Eine »Übersetzung« früherer in aktuelle Klassifikationen ist ohne größere Schwierigkeiten möglich, auch wenn mit dem Übergang zur 10. Version nicht unumstrittene Änderungen in der Grundauffassung des Systems verbunden waren (► Übersicht).

### Vergleichsmöglichkeiten für ICD-Diagnosen psychogener Erkrankungen (ICD-8 → ICD-10)

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nicht psychotische psychische Störungen (300-309) → relevant für die Fallkriterien: 300-307

300 Neurosen → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48)

- .0 Angstneurose → F41 Andere Angststörungen
- .1 Hysterische Neurose → F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörung)
- .2 Phobie → F40 Phobische Störungen
- .3 Zwangsneurose → F42 Zwangsstörung
- .4 Depressive Neurose → F30-39 Affektive Störungen, außer bei Vorliegen psychotische Symptome
- .5 Neurasthenie → F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung, F48.0 Neurasthenie
- .6 Neurotisches Depersonalisationssyndrom → F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörung), F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
- .7 Hypochondrische Neurose → F45.2 Hypochondrische Störung
- .8 Andere Neurosen → F48.8 Sonstige neurotische Störungen
- .9 Nicht näher bezeichnete Neurosen → F48.9 Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet

301 Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)

- .0 Paranoide Persönlichkeit → F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung
- .1 Cyclothyme (thymopathische) Persönlichkeit → F34.0 Zyklothymia
- .2 Schizoide Persönlichkeit → F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung
- .3 Erregbare Persönlichkeit → F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsst.
- .4 Anankastische Persönlichkeit → F60.5 Anankastische Persönlichkeitsst.
- .5 Hysterische Persönlichkeit → F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung

- .6 Asthenische Persönlichkeit → F60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung
- .7 Antisoziale Persönlichkeit → F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- .8 Andere Persönlichkeitsstörungen → F60.6 Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung, F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen, F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen, F68 Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- .9 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen → F60.9 Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet, F69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

### 302 Sexuelle Verhaltensabweichungen

(»sexuelle Perversionen«)

→ F52 Sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit, F66 Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung

- .0 Homosexualität (keine Entsprechung in ICD-10)
- .1 Fetischismus → F65.0 Fetischismus, F65.1 Fetischistischer Transvestitismus
- .2 Pädophilie → F65.4 Pädophilie
- .3 Transvestitismus → F64 Störung der Geschlechtsidentität
- .4 Exhibitionismus → F 65.2 Exhibitionismus
- .8 Andere sexuelle Verhaltensabweichungen → F65.3 Voyeurismus, F65.5 Sadomasochismus, F65.6 Multiple Störungen der Sexualpräferenz, F65.8 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz
- .9 Nicht näher bezeichnete sexuelle Verhaltensabweichungen → F65.9 Störung der Sexualpräferenz, nicht näher bezeichnet

### 303 Alkoholismus (Ausnahmen: Alkoholpsychose, akuter Alkoholrausch)

→ F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ohne F10.0 akuter Rausch und F10.5 psychotische Störung)

- .0 Episodischer Alkoholmissbrauch
- .1 Gewohnheitsmäßiger Alkoholmissbrauch
- .2 Chronischer Alkoholmissbrauch (Trunksucht)
- .9 Andere und nicht näher bezeichnete Formen des Alkoholismus

### 304 Medikamentenabhängigkeit (Sucht und Missbrauch)

→ F55 Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen  
→ F11-F19 jeweils ohne FX.0 akuter Rausch und FX.5 psychotische Störung

- .0 Opium, Opium-Alkaloide und deren Derivate → F11 Psychische und Verhaltensstörung durch Opioide
- .1 Synthetische Analgetika mit morphinähnlicher Wirkung
- .2 Barbiturate (keine Entsprechungen in ICD-10)
- .3 Andere Schlafmittel und Sedativa oder Tranquilizer → F13 Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika
- .4 Cocain → F14 Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain
- .5 Haschisch, Marihuana (Cannabis sativa) → F12 Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide
- .6 Andere Stimulantien → F15 Psychische und Verhaltensstörung durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- .7 Halluzinogene → F16 Psychische und Verhaltensstörung durch Halluzinogene
- .8 Andere Medikamente (und kombinierte) → F17 Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, F18 Psychische und Verhaltensstörung durch flüchtige Lösungsmittel, F19 Psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
- .9 Nicht näher bezeichnete Medikamente (keine Entsprechung in ICD-10)

### 305 Psychosomatische Störungen → F45.3

Somatoforme autonome Funktionsstörung, F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstö-

306 F59 Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren

- .0 Haut
- .1 Muskulatur und Skelettsystem
- .2 Atmungsorgane
- .3 Herz- und Kreislaufsystem
- .4 Blut- und Lymphsystem
- .5 Magen-Darm-Trakt
- .6 Urogenitalsystem
- .7 Endokrines System
- .8 Sinnesorgane
- .9 Andere psychosomatische Störungen

306 Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können

→ F45.4 Anhaltende somatoforme

Schmerzstörung

F45.8 Sonstige somatoforme Störungen

F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

- .0 Stammeln und Stottern → F98.5 Stottern (Stammeln)
- .1 spezielle Lernstörungen → F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- .2 Tick → F95 Ticstörungen
- .3 Andere psychomotorische Störungen → F98.4 Stereotype Bewegungsstörungen
- .4 Schlafstörungen → F51 Nichtorganische Schlafstörungen
- .5 Essstörungen → F50 Essstörungen
- .6 Enuresis → F98.0 Nichtorganische Enuresis
- .7 Enkopresis → F98.1 Nichtorganische Enkopresis
- .8 Kopfschmerzen → F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- .9 Andere Symptome (keine Entsprechung in ICD-10)

307 Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen → F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

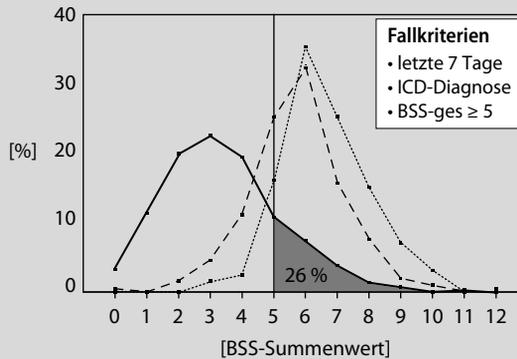
Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS, Schepank 1995) bildet das zentrale quantitative Instrument zur **Einschätzung der Krankheitsschwere** in der gesamten Studie. Es wurde in den verschiedenen Abschnitten der Studie ergänzt durch andere Instrumente wie z. B. das Goldberg-Cooper-Interview und auch verschiedene und wechselnde psychometrische Instrumente. Entscheidend ist, dass es sich bei diesem Instrument um eine Einschätzung des (möglichst erfahrenen Untersuchers/Experten) auf der Grundlage eines ausführlichen klinischen Interviews handelt. Es ist also ein **Expertenrating, eine Fremdeinschätzung**. Diese kann ergänzt werden durch Fragebögen, die der Proband selbst ausfüllt und seine subjektive Einschätzung wiedergibt. Beide Zugänge sind heute für hochwertige Studien unerlässlich. Die Ergebnisse der beiden Blickwinkel divergieren erfahrungsgemäß erheblich. Während der jeweilige Proband/Patient ganz von seiner individuellen, subjektiven Erfahrung und Wertung ausgeht und dabei in aller Regel zu einer gewissen Überbetonung seiner Beschwerden neigt, nimmt der Experte immer eine relative Einschätzung (dieser Patient/Proband im Vergleich zu anderen) vor und ebnet dabei in der Regel subjektive Überbetonungen ein. Dies ist allerdings auch mit der Gefahr verbunden, dass Beschwerden vom Untersucher entweder gar nicht erfragt oder in ihrem Ausprägungsgrad unterschätzt werden (Kunz 2005). Fremdeinschätzungen mögen deshalb auch im Rahmen des BSS und auf der Grundlage eines ausführlichen klinischen Interviews manchmal zu einer Unterschätzung des Beschwerdeausmaßes führen. Dieser Gefahr wurde im Rahmen dieses Projektes von Anfang an dadurch begegnet, dass die Untersucher einem ausführlichen und andauernden Training im Gebrauch des BSS ausgesetzt wurden und im Rahmen gemeinsamer Ratings immer wieder die Abstimmungsprozesse justiert werden konnten.

Wie die Erfahrung und der Umgang mit dem BSS gezeigt haben, handelt es sich bei diesem Instrument um ein einfaches, leicht handhabbares und außerordentlich robustes klinisches Rating, welches schnell angewandt werden kann und zu sehr hohen Gütekennwerten führt (Schepank 1995). Voraussetzung ist eine möglichst gute klinische Erfahrung, eine Einführung in den Gebrauch und

### Experteneinschätzung der psychogenen Beeinträchtigung auf 3 Subskalen

• körperlich (BSS-k)	0	1	2	3	4
• psychisch (BSS-p)	0	1	2	3	4
• Verhalten (BSS-s)	0	1	2	3	4
• Gesamtwert (BSS-ges)	0 - 12				

hohe Interraterreliabilität (ICC .85 - .92), variable Bezugsintervalle (7 T, 1 J)



■ **Abb. 1.1** Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

eine regelmäßige Anwendung und Abstimmung im Rahmen der jeweiligen Arbeitsgruppe (■ Abb. 1.1).

Grundsätzlich ist die Anwendung des Instrumentes aufgrund seiner deskriptiven Anlage nicht an eine bestimmte theoretische Vororientierung eines Untersuchers gebunden. In der Mannheimer Kohortenstudie handelte es sich bei den Untersuchern um tiefenpsychologisch/psychoanalytisch ausgebildete Ärzte und Psychologen mit breitem klinischen Erfahrungshintergrund (also keine Studenten oder Anfänger). Auf dieser Basis wurden die Probanden bis zur D-Studie, d. h. dem Untersuchungszeitpunkt ca. 11 Jahre nach Beginn der Studie (Franz et al. 2000) von 4 verschiedenen, erfahrenen Untersuchern gesehen und beurteilt, teils in Unkenntnis der Bewertungen des Voruntersuchers. Mit dem jetzigen Untersuchungszeitpunkt nach 25 Jahren haben also fünf verschiedene Untersucher die Probanden interviewt und ihre Eindrücke qualitativ wie auch quantitativ niedergelegt, nicht zuletzt in der BSS- Beurteilung.

Im **Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)** werden die berichteten und erfragten Beschwerden des Probanden auf drei verschiedenen Skalen

festgehalten. Dabei werden immer nur die ganz überwiegend psychosozialer Verursachung zuzuschreibenden Symptome erfasst. Eine Skala hält dabei die psychogen verursachten körperlichen Symptome fest, also z. B. Spannungskopfschmerzen. Kopfschmerzen infolge eines Hirntumors würden hier nicht erfasst und kodiert (sondern mittels der ICD-Kodierung). Eine weitere Skala nimmt die psychische Symptomatik (also z. B. Ängste, Depressionen, Zwänge) auf, und in einer dritten Skala werden die sog. Charaktersymptome wie Kontaktstörungen, Arbeitsstörungen, Süchte, Promiskuität etc. festgehalten. Jede Skala erlaubt eine Einstufung des Schweregrades zwischen 0 (keine Symptomatik) und 4 (extrem ausgeprägt). Symptome werden nicht einzeln, sondern in zusammenfassender Form bewertet, also bei Vorliegen einer ängstlich-depressiven Symptomatik werden nicht Angst und Depressionsgrad gesondert geschätzt, sondern beide in einem gemeinsamen Ausprägungsgrad zusammengeführt. Dies gilt in ähnlicher Form auch für Körpersymptome. Kopfschmerzen, Obstipation und Untergewicht werden ebenso in einer einzigen Benotung zusammengefasst. Insgesamt ergibt

sich auf diese Weise ein Beurteilungsspektrum zwischen 0 bis 12 Punkten, wobei »0 Punkte« heißt, dass der Proband in jeder Hinsicht beschwerdefrei ist (was selten vorkommt) und »12 Punkte« heißt, dass es sich um eine sehr schwere Erkrankung mit hoher Behandlungsbedürftigkeit bei eher ungünstiger Prognose handelt (► Anhang).

Dieses Vorgehen bedarf einiger ergänzender Bemerkungen. Es hebt auf zwei Grundannahmen ab, die zweifellos der Diskussion bedürfen. Zum einen wird bei diesem Vorgehen davon ausgegangen, dass es sich bei psychogenen Erkrankungen um Störungsbilder handelt, die auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank anzusiedeln sind. Es geht also in aller Regel um ein »Mehr oder Weniger« und nicht um ein »Ja oder Nein«. Seelische Störungen unterscheiden sich darin von zahlreichen primär somatischen Erkrankungen, z. B. einer Infektionserkrankung wie Typhus oder Malaria, deren Vorhandensein mit den heutigen diagnostischen Mitteln zweifelsfrei geklärt werden kann. Der Versuch, seelische Störungen z. B. im Rahmen der aktuellen klassifikatorischen Bemühungen den primär somatischen Krankheiten nahe zu bringen, ist fragwürdig, da es eben in aller Regel nicht um eine kategoriale Entscheidung gehen kann, sondern vielmehr um eine **dimensionale Einschätzung** (mehr oder weniger).

Schon damit steht unser Vorgehen in einem gewissen Spannungszustand zum aktuell gebräuchlichen klassifikatorischen Bemühen, wie es sich in den letzten Jahren unter dem starken Einfluss der amerikanischen Psychiatrie entwickelt hat. Dazu gehört auch, dass wir in unserem Vorgehen mit dem BSS nicht dem »Komorbiditätskonzept« folgen, welches, wie z. B. im Kapitel F (Psychische Erkrankungen) in der aktuellen Version der ICD-10, einzelne Symptome wie z. B. Angst, Depression, Kopfschmerz etc. gesondert erfasst und als »Komorbiditäten« scheinbar vorurteilsfrei behandelt. Wissenschaftlich gesehen scheint dieses Vorgehen durchaus angemessen, wenn man sich im Zustand des »Botanisierens« befindet und einzelne Phänomene eines Gegenstandes zunächst rein deskriptiv beschreiben will, ohne vorschnell Zusammenhänge herzustellen. Im Falle der seelischen Störungsbilder beinhaltet dieses Vorgehen allerdings eine »radikale« Löschung jahrzehntelanger klinischer Er-

fahrung und den Versuch, praktisch von vorne anfangen zu wollen. Dieses aggressive Vorgehen lässt bereits darauf schließen, dass nicht ausschließlich vernünftigen Argumenten gefolgt worden ist, sondern dass hier auch andere Interessen bedient wurden. (Es ist kein Zufall, dass zahlreiche Erstautoren des amerikanischen DSM-III/IV zwischenzeitlich wegen ihrer engen Verbindung zur pharmazeutischen Industrie in den Verdacht geraten sind, mit ihrem Vorgehen absichtlich oder unabsichtlich den Interessen dieser Industrie zu dienen.)

Das von uns gewählte Vorgehen greift eher auf die langen Erfahrungen im Umgang mit primär seelisch Kranken zurück und lässt in der zusammenfassenden Beurteilung im Rahmen des BSS erkennen, dass

- psychische/psychosomatische Symptome selten auf einer Ebene verankert sind (eine Depression ist immer ein psychisches und körperliches Geschehen),
- es immer um ein mehr oder weniger an Ausprägung geht und
- in nicht geringem Maße mit einem Symptomenwechsel im Laufe der Zeit gerechnet werden muss.

So kann eine Störung, die primär von einer ängstlichen Symptomatik mit Herz-Kreislauf-Korrelaten geprägt war, im Laufe der Zeit in einen Medikamentenabusus münden und aktuell mit einem Entzugsdelir imponieren. Aus unserer Sicht hat also sehr viel dafür gesprochen, das Vorgehen im Laufe der Jahre nicht zu verändern und trotz zwischenzeitlich auftretender Spannungen und Auseinandersetzungen um das methodische Vorgehen, welches einigen Autoren dann zwangsläufig als »nicht mehr zeitgemäß« oder altmodisch erscheint, beizubehalten.

Eine andere Frage aber gilt es noch zu diskutieren, nämlich die Abgrenzung zu den somatischen Erkrankungen. Ist die Gegenüberstellung von psychogenen Erkrankungen und somatischen/somatogenen Erkrankungen wirklich sinnvoll und zeitgemäß? Es ist doch immer der Körper, der die Basis sowohl für psychische als auch körperliche Phänomene abgibt! Diese Frage ist besonders bedeutsam, weil gerade im Rahmen der jetzigen Untersuchung die Probanden der Studie ein Alter von 70, 60 und