



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie

État des lieux et données concernant
l'épidémiologie psychiatrique

Vladeta Ajdacic-Gross und Martin Graf

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheit.ch.

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitenden erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Vladeta Ajdacic-Gross und Martin Graf
Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie

Arbeitsdokument 2
Dezember 2003

Bestellung:
Bundesamt für Statistik
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch
Fr. 15.- (exkl. MWST)
ISBN : 3-907872-05-3

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Herausgeber der Arbeitsdokumente des Obsan:
Peter C. Meyer, Katharina Meyer, Paul Camenzind

Anschrift der Autoren:
Psychiatrische Universitätsklinik
Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie
Militärstrasse 8
Postfach
CH-8021 Zürich



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie Informationen über die Schweiz

**État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique
Informations concernant la Suisse. Résumé**

**Arbeitsdokument Nr. 2
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium**

**Vladeta Ajdacic-Gross
Martin Graf**

**Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie**

Dezember 2003

Neuchâtel

Inhaltsverzeichnis

Management Summary.....	5
Résumé	10
1. Einleitung	15
2 Kontext der epidemiologischen Forschung in der Psychiatrie	17
2.1 Begriffsklärungen.....	17
2.2 Instabilität und Wandel der Nosologie	18
2.3 Diagnostische Klassifikationssysteme in der Psychiatrie.....	19
2.4 Epidemiologische Erhebungsinstrumente	21
2.5 Epidemiologische Ansätze und Datentypen	22
2.6 Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie.....	24
2.7 Psychiatrische Epidemiologie in der Schweiz	26
2.7.1 Die Zürich-Studie von Jules Angst	27
2.7.2 Die Basler Studie von Hans-Rudolf Wacker	28
2.7.3 Weitere Schwerpunkte in der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung in der Schweiz.....	28
2.8 Zusammenfassung.....	29
3 Ergebnisse der psychiatrischen Epidemiologie: Häufigkeiten psychischer Störungen und Beschwerden aufgrund epidemiologischer Studien.....	31
3.1 Wie häufig sind psychische Störungen?.....	32
3.2 Häufigkeiten einzelner psychischer Störungen und Störungsgruppen	34
3.3 Komorbidität psychischer Störungen	36
3.4 Weitere epidemiologisch relevante Charakteristika psychischer Störungen.....	38
3.5 Problematik der Epidemiologie psychischer Symptome	39
3.6 Epidemiologie des Suizids.....	40
3.7 Spezielle Fragestellungen: Geschlechtsverhältnis, Wandel und weitere	44
3.8 Zusammenfassung und Diskussion	46
4 Ergebnisse zu psychischen Beschwerden aufgrund weiterer Daten-quellen: Gesundheitsfragen in Populationssurveys	48
4.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung	49
4.2 Schweizerisches Haushaltspanel: Erfasste Symptome, Vergleich mit SGB-Daten.....	52
4.3 Vergleich zwischen SGB, SHP und Filterfragen / Diagnosen in der Zürich-Studie	55
4.4 Zusammenfassung und Diskussion	60

5	Daten zur Versorgungsepidemiologie	62
5.1	Beschreibung der Versorgerstruktur: Auslegeordnung	63
5.2	Beschreibung der Versorgerstruktur: politische Dimension	64
5.2.1	Gesamtschweizerische Ebene	64
5.2.2	Kantonale Ebene	65
5.2.3	Wandel der stationären Versorgung	68
5.3	Versorgung im Spiegel von Nutzungsdaten	69
5.3.1	Schweizerische Gesundheitsbefragung: Nutzung professioneller Hilfe	69
5.3.2	Schweizerischer Diagnosen Index der IHA•IMS Health Hergiswil	73
5.4	Über- versus Unterversorgung	77
5.5	Zusammenfassung	78
6	Prävention, Intervention, Postvention	81
6.1	Was ist und was soll Prävention?	81
6.2	Ätiologische Modelle und Prävention	82
6.3	Prävention bei einzelnen Störungen	84
6.4	Früherkennung	86
6.5	Wissen um psychische Störungen und Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen	88
6.6	Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten	89
6.7	Zusammenfassung und Ausblick	90
7	"Burden of disease": das Leiden und der richtige Massstab	92
7.1	Psychische Störungen und andere Krankheiten im Vergleich	92
7.2	Schlussfolgerungen	95
8	Empfehlungen für kontinuierliche Datengenerierung in der psychiatrischen Epidemiologie	97
9	Zusammenfassung	99
	Glossar und Abkürzungen	105
	Literaturverzeichnis	110
	Anhänge	118
A:	Fact-Sheets zu einzelnen psychischen Störungen	
B:	Zusammenstellung der Variablen zu psychischen Symptomen und verwandten Themen in der SGB und im SHP	

Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz

Management Summary

Psychische Störungen gehören zu den Themen, die im Gesundheitswesen, in der Forschung wie auch in der Prävention als weiss-grauer Fleck auf der Landkarte prangen. Es ist aufgrund der Bedeutung der psychischen Störungen dringlich, die Wissenslücken zu schliessen. Eine wichtige Basis dazu bieten epidemiologische Daten. Die Bestandesaufnahme im Auftrag des Gesundheitsobservatoriums Schweiz hat die wichtigsten Informationen zu diesem Thema zusammengetragen.

Woran bemisst sich die Bedeutung der psychischen Störungen?

1. Häufigkeit

Psychische Störungen sind *erstens* häufig. Etwa die Hälfte der Menschen ist ein- oder mehrmals im Verlaufe des Lebens selber von ernsthaften Störungen betroffen - also solchen Störungen, welche relativ strenge diagnostische Kriterien erfüllen und sinnvollerweise zu behandeln wären. Dazu gehören die als schwer bekannten Schizophrenien und Psychosen, daneben affektive Störungen (Depressionen, bipolare Störungen, Dysthymien) und Angststörungen (generalisierte Angststörung, Phobien, Zwangstörungen), Substanzstörungen (also Drogenabhängigkeit und -missbrauch) sowie seltener Störungen wie Essstörungen, Sexualstörungen, Hypochondrie, verschiedene Persönlichkeitsstörungen. An der Scheide zwischen psychischen und somatischen Krankheiten findet man u.a. die Schlafstörungen vor. Neben Schlaf manifestieren sich psychische Störungen in einer Vielzahl von Symptomen, die gelegentlich im Vordergrund stehen (z.B. Suizid), ohne dass die zugrundeliegende Störung klar erkennbar ist.

Die psychischen Störungen sind sehr heterogen und verteilen sich über ein breites Spektrum von Symptomen und Verlaufsformen. Die Schizophrenien sind relativ selten (Lebenszeitprävalenz 0.5–1%), sie verdienen jedoch aufgrund ihres Schweregrades besondere Beachtung. Es sind v.a. die affektiven Störungen (v.a. Depression), die Angststörungen und die Substanzstörungen, die mit einer Lebenszeitprävalenz von je 25% die häufigsten psychischen Störungen darstellen. Sie weisen ein breites Spektrum an Schweregraden auf, jedoch stellen sich Beeinträchtigungen bereits bei leichteren Formen ein. Sie treten zudem mit einem hohen Anteil von Komorbidität auf (über 50%, oft verbunden mit Substanzstörungen). In nahezu 90% der Fälle sind komorbide Störungen auch schwere Störungen, welche mit offensichtlichen bis massiven Beeinträchtigungen einhergehen.

Auf Zeiträume von 12 Monaten umgerechnet leiden gegenwärtig etwa 10% der Menschen an einer ernsthaften psychischen Störung, etwa 1% erkranken im selben Zeitraum neu. In absoluten Zahlen ausgedrückt umfasst die jährliche Prävalenz 600-800'000 Menschen, die jährliche Inzidenz 60-80'000 Menschen in der Schweiz.

2. Unterschätze Folgen

Die Folgen von psychischen Störungen sind *zweitens* einschneidend für die betroffenen Individuen wie auch für die Gesellschaft als Ganzes. Sie werden oft unterschätzt. Im Gegensatz zu den meisten somatischen Erkrankungen treten psychische Störungen zumeist im jungen und mittleren Erwachsenenalter auf. Oft bleiben die Verläufe, nicht zuletzt aufgrund inadäquater Diagnose und Behandlung chronisch. Über die Lebensspanne betrachtet, scheidet etwa jeder 100. Mensch infolge Suizid aus dem Leben, jeder zehnte begeht einen oder mehrere Suizidversuch(e). Gemessen an verlorenen Lebensjahren gehören deshalb Suizide (und mit ihnen die psychischen Krankheiten) neben Krebserkrankungen und Herz-Kreislaufkrankheiten zu den wichtigsten Todesursachen. Ähnliche Relationen stellen sich im Fall der Depression ein, wenn das Bewertungskonzept der Disability Adjusted Life Years (DALYs) der WHO angewandt wird, welches nicht nur die Mortalität, sondern auch die Lebenszeit mit Beeinträchtigungen in die Bewertung einbezieht.

Die gesellschaftlichen Konsequenzen psychischer Störungen haben u.a. auch damit zu tun, dass dieser Bereich von der Versorgungsseite her noch nicht angemessen gemeistert worden ist. Während in der stationären Versorgung eine Erneuerung historisch gewachsener Strukturen ansteht, die auch mit Verschiebungen von Aufgaben in den ambulanten Sektor einhergeht, ist im Bereich der ambulanten Versorgung vieles erst noch im Aufbau begriffen oder steht noch davor. Dies betrifft nicht nur die Funktionen, die aus der stationären Versorgung übernommen werden sollen, sondern auch die Grundversorgung. Aus epidemiologischen Untersuchungen wie der Zürich-Studie wissen wir, dass nur der kleinere Teil der Menschen mit affektiven Störungen, Angststörungen oder Substanzstörungen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Noch geringer ist der Anteil derjenigen, die dies rechtzeitig tun. Ebenso müssen wir annehmen, dass die Hilfesuchenden im Rahmen der primären Versorgung, also hauptsächlich durch praktizierende Ärzte, nur zu einem Teil adäquat diagnostiziert und behandelt werden. Die Konsequenzen sind nicht nur an den hohen Suizidraten abzulesen, sie machen sich auch durch verschiedene krankheitsspezifische Charakteristika (Chronifizierung, Komorbidität) sowie durch eine erhöhte Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen in Bezug auf somatische Beschwerden und durch erhöhte Invalidisierungsrisiken bemerkbar.

3. Schweigen und Unwissen im Alltag

Drittens bemisst sich die Bedeutung der psychischen Störungen am furchtsamen Schweigen, welches das Thema im Alltag begleitet. Dies kontrastiert mit den Häufigkeiten psychischer Störungen. Wenn die Hälfte der Menschen eine Lebenszeitprävalenz-Diagnose für psychische Störungen zu erwarten haben, so betreffen letztere letztlich fast alle Menschen, sei es in ihrer Rolle als Familienmitglieder, sei es als Arbeitskollegen usw. Die Erfahrung von schweren psychischen Störungen und gravierenden Konsequenzen wie Suizid oder Suizidversuch dürfte den meisten Menschen selbst im Rahmen der engsten persönlichen Netzwerke nicht erspart bleiben.

Den subjektiven Images entspricht ein hohes Mass an Unwissen bezüglich der realen Ausmasse psychischer Krankheiten, der Symptome und v.a. der Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten. Es gibt – bis auf die frühe Phase der AIDS-Epidemie in den 1980-er Jahren – keinen anderen Gesundheitsbereich, welcher in ähnlicher Weise durch Vorurteile und Unkenntnis geprägt wäre. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzraten erscheint es als eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe, den Menschen handlungsrelevantes Wissen zu vermitteln, um mit psychischen Erkrankungen umgehen zu können. Letzteres ist eine Grundvoraussetzung, damit Früherkennung und mit der Zeit hoffentlich auch die Prävention psychischer Störungen zum Tragen kommen.

Wissenschaftliche Grundlagen

Woher beziehen wir das Wissen zur über die Epidemiologie psychischer Erkrankungen?

Die epidemiologischen Daten, welche uns über die psychischen Erkrankungen und Symptome informieren, entstammen in erster Linie grösseren Untersuchungen, wozu in der Schweiz die sogenannte Zürich-Studie von Jules Angst und die Querschnittuntersuchung in Basel von Hans-Rudolf Wacker zu zählen sind. Berühmt und im Grunde genommen Massstab für alle weiteren Studien sind bei Querschnittsdesigns die grossen US-amerikanischen Studien mit den Abkürzungen ECA (Epidemiological Catchment Area Program) und NCS (National Comorbidity Survey). Die Zürich-Studie ist eine der wenigen Längsschnittuntersuchungen und geniesst aufgrund ihrer langen Laufdauer besondere Beachtung.

Als Standard werden in diesen Untersuchungen nicht nur krankheitsrelevante Symptome, Beschwerden, anamnestische Informationen etc. erfragt, sondern auch Informationen über die Inanspruchnahme von Hilfe. Diese kann Hilfe durch Professionelle umfassen wie auch Hilfe durch das soziale Netzwerk.

Die Versorgungslage ist im weiteren erschliessbar über institutionelle Daten sowie seit kurzem auch über Daten der Medizinischen Statistik. Informationen über die ambulante Versorgung

sind lückenhaft und in der Schweiz v.a. aus den kommerziellen Datenbeständen des Schweizerischen Diagnoseindex SDI der IHA•IMS ableitbar.

Informationen über das Wissen und die Einstellungen zu psychischen Störungen wurden in der Schweiz v.a. im Rahmen von zwei Studien – der "Stigma Study Zero" von 1994 und des Nationalfonds-Projektes "What people think about mental illness – a population survey" von 1998-2000 erhoben. Ein weiteres Nationalfonds-Projekt, welches die Einstellungen von Professionellen erfasst, ist eben angelaufen.

Probleme der psychiatrischen Epidemiologie

Die Epidemiologie psychischer Störungen begegnet einer Reihe von Problemen, welche in anderen biomedizinischen Bereichen kaum vorkommen. V.a. problematisch erscheint die relativ hohe Variation der in unterschiedlichen Studien ausgewiesenen Raten. Die Variation ist derart hoch, dass an der Validität und Zuverlässigkeit der Erfassungsinstrumente – in der Regel standardisierte Fragebogen – gezweifelt werden darf. Jüngere, aufwändigere Studien weisen in der Regel höhere Raten aus als ältere Studien. Dasselbe gilt für prospektive Studien gegenüber Querschnittstudien mit retrospektiver Erfassung der Informationen. Ein weiteres Problem bleibt die Erfassung der Schizophrenien und weiteren Psychosen, die sich einem Survey weitgehend entziehen. Es ist zu erwarten, dass die Entwicklung der Instrumente, die noch sehr jung ist, zu einer Angleichung der empirischen Ergebnisse führen wird. Die methodischen Probleme verdeutlichen, wie sehr die Entwicklung unseres Wissens in der psychiatrischen Epidemiologie noch zu wünschen übrig lässt.

Die wenigen verfügbaren Datenquellen begrenzen die entsprechenden Entwicklungsmöglichkeiten drastisch. Alternativen zu den grösseren epidemiologischen Studien böten sich an und für sich im Rahmen von grossen Bevölkerungssurveys wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung oder dem Schweizer Haushaltspanel. Die aktuell genutzten Fragebögen in diesen Surveys beziehen vereinzelte Fragen zu psychischen Beschwerden zwar ein. Allerdings lassen sich aus den Antworten nur wenige Informationen gewinnen: diese entsprechen v.a. soziokulturell geprägtem oder generationenspezifischem Antwortverhalten, sie sind hingegen wenig aufschlussreich bezüglich der psychischen Störungen, erst recht ermöglichen sie keine (epidemiologischen) Diagnosen. Dennoch sind verschiedene Varianten vorstellbar, wie sich eine Datenerhebung zur psychiatrischen Epidemiologie im Rahmen der bestehenden Surveys oder im Rahmen einer Umsetzung der Zürich-Studie verwirklichen liesse (z.B. über modulare Ergänzungen der Fragebögen und Stichprobensplitting). Die Erhebung epidemiologischer Daten zu psychischen Störungen sollte jedenfalls in einem Längsschnittdesign (also einer kontinuierlichen Datenerhebung) integriert werden, welches Diagnosen entlang der gängigen Diagnosesysteme ermöglicht.

Eine weitere Lücke bleibt im Abgleich der Daten zur stationären und zur ambulanten Versorgung zu füllen. Optimalerweise sollten ja Bedarfs-, Angebots- und Nutzungsdaten abgeglichen werden (können). Die einzelnen Bereiche sind wie festgestellt lückenhaft ausdokumentiert. Auf der Angebotsseite fehlen namentlich Informationen zur ambulanten Versorgung. Um die Veränderungen des Versorgungssystems und die entsprechenden Konsequenzen evaluieren zu können, reichen die statischen Grössen allerdings nicht aus. Es sollte nach Wegen gesucht werden, um die Funktionsweise der Versorgungsketten abzubilden. Denkbar wären Erhebungen anhand periodisch erfasster Stichproben oder anhand eines Vorher-Nachher-Designs bei der Evaluation von Interventionen oder von Veränderungen der Versorgungsstrukturen.

Folgerungen

Psychische Störungen sind häufig und dennoch schlecht ausdokumentiert und ungenügend erforscht. Der Wissenstand ist überdies quer durch alle Bevölkerungsteile gering, was Auswirkungen auf die Früherkennung und Behandlung hat. Verbesserungen auf der einen und auf der anderen Seite sollten Hand in Hand gehen. Heute, wo das Versorgungssystem vor einem grösseren Wandel steht, ist es höchste Zeit, die Aufgaben in Angriff zu nehmen.

État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse

Résumé

Les troubles psychiques font partie des thèmes qui, dans les domaines de la santé, de la recherche comme de la prévention, figurent sous la forme de taches grises sur la carte du pays. Vu leur importance, il est urgent de combler les lacunes existant dans les connaissances. Les données épidémiologiques constituent une base essentielle pour ce faire. L'état des lieux commandé par l'Observatoire suisse de la santé réunit les principales informations existant sur le sujet.

A quoi mesure-t-on l'importance des troubles psychiques?

1. Fréquence

Premièrement, les troubles psychiques sont fréquents. Environ la moitié des êtres humains sont touchés par des troubles sérieux au moins une fois dans leur vie, c'est-à-dire par des troubles qui remplissent des critères diagnostiques relativement stricts et mériteraient d'être traités. Citons les schizophrénies et les psychoses, connues pour leur gravité, ainsi que les troubles affectifs (dépressions, troubles bipolaires, dysthymie) et les troubles anxieux (anxiété généralisée, phobies, névroses obsessionnelles), les troubles associés à l'utilisation d'une substance (consommation abusive ou dépendance d'une drogue) ainsi que des troubles plus rares comme les troubles de l'alimentation, les troubles sexuels, l'hypochondrie, les différents troubles de la personnalité. A la limite entre maladies psychiques et maladies somatiques, on trouve entre autres les troubles du sommeil. Les troubles psychiques se manifestent par une multitude de symptômes, qui parfois occupent le premier plan (p. ex. suicide), sans que le trouble qui en est à l'origine ne soit clairement décelable.

Les troubles psychiques sont très hétérogènes et se répartissent sur un large éventail de symptômes et d'évolutions. Les schizophrénies sont relativement rares (prévalence au cours de l'existence de 0,5 à 1%), mais elles méritent une attention particulière en raison de leur gravité. Ce sont surtout les troubles affectifs (et notamment la dépression), les troubles anxieux et les dépendances qui représentent les troubles psychiques les plus fréquents, avec une prévalence au cours de l'existence de 25% chacun. Leur gravité varie considérablement, mais les formes les plus légères provoquent elles-mêmes des préjudices. Ils sont accompagnés d'une proportion élevée de comorbidité (plus de 50%, souvent liée à des dépendances). Dans près de 90% des cas, les troubles comorbides sont des troubles graves, qui font des dégâts évidents, sinon massifs.

Rapportés à des intervalles de temps de 12 mois, les taux de prévalence obtenus montrent que quelque 10% de la population souffre actuellement d'un trouble psychique sérieux. Dans le même laps de temps, 1% tombe malade. En chiffres absolus, la prévalence annuelle compte 600 à 800 000 personnes et l'incidence annuelle 60 à 80 000 personnes en Suisse.

2. Sous-estimation des répercussions

Deuxièmement, l'impact des troubles psychiques est profond, pour les individus concernés comme pour la société dans son ensemble. On le sous-estime souvent. Contrairement à la plupart des maladies somatiques, les troubles psychiques affectent les jeunes adultes ou les adultes d'âge moyen. Leur évolution est souvent chronique, notamment en raison de diagnostics et de traitements inadéquats. Sur la durée d'une vie, un être humain sur 100 meurt des suites d'un suicide, un sur dix commet une ou plusieurs tentatives de suicide. Mesuré à l'aune des années de vie perdues, le suicide (et avec lui les maladies psychiques) compte au nombre des principales causes de décès, avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Des relations analogues s'établissent dans le cas de la dépression lorsqu'on applique le concept de *Disability Adjusted Life Years (DALYs)* de l'OMS, qui n'inclut pas que la mortalité dans l'appréciation, mais aussi la durée de vie avec des handicaps.

Les répercussions sociales des troubles psychiques ont également à voir avec le fait que ce domaine n'est pas encore maîtrisé adéquatement côté assistance. Tandis que l'assistance fournie dans le cadre d'une hospitalisation est en train de rénover ses structures historiques, rénovation qui s'accompagne d'un transfert des tâches vers le secteur ambulatoire, l'assistance ambulatoire est encore en plein développement ou sur le point de l'être. Cette remarque ne vaut pas que pour les tâches qui doivent être reprises du secteur hospitalier, mais aussi pour l'assistance de base. Des études épidémiologiques comme celle de Zurich ont montré que seule une petite partie des gens souffrants de troubles affectifs, de troubles anxieux ou de troubles de la dépendance recourent à une aide professionnelle. Et la proportion de ceux qui le font à temps est encore plus faible. Nous devons également admettre que toutes les personnes qui cherchent de l'aide dans le cadre de l'assistance primaire, c'est-à-dire auprès de cabinets médicaux, ne reçoivent pas un diagnostic et un traitement adéquats. Les conséquences non seulement se lisent dans les taux de suicide élevés, mais aussi se font sentir par différentes caractéristiques spécifiques à la maladie (chronification, comorbidité) ainsi que par un recours accru aux prestations médicales nécessitées par les maladies somatiques et par l'accroissement des risques d'invalidité accrus.

3. Silence et ignorance dans la vie courante

Troisièmement, l'importance des troubles psychiques se mesure au silence craintif qui entoure le sujet dans la vie courante. Ce silence contraste avec la fréquence des troubles psychiques. Quand la moitié de l'humanité doit s'attendre à souffrir d'un diagnostic de trouble psychique au cours de son existence, cela signifie finalement que ces troubles touchent presque tout le monde, que ce soit dans son rôle de membre de la famille, de collègue de travail, etc. L'expérience de troubles psychiques graves et leurs conséquences plus graves encore – suicide ou tentative de suicide – n'épargnent quasiment personne, y compris dans le cadre du réseau le plus étroit.

Aux images subjectives répond un degré d'ignorance élevé face à l'étendue réelle des maladies psychiques, des symptômes et surtout des nécessités et des possibilités de traitement. Il n'existe aucun autre domaine de la santé – jusqu'à la première phase de l'épidémie du sida dans les années 1980 – qui soit autant marqué par des préjugés et de l'ignorance. Compte tenu du niveau élevé des taux de prévalence, une mission importante de la politique sanitaire semble être de transmettre des connaissances utiles aux gens pour leur permettre d'agir face aux maladies psychiques. C'est la condition sine qua non pour que le dépistage précoce et, avec le temps, espérons-le, la prévention des troubles psychiques portent leurs fruits.

Bases scientifiques

D'où tirons-nous les connaissances que nous avons de l'épidémiologie des maladies psychiques ?

Les données épidémiologiques qui nous informent sur les maladies et les symptômes psychiques proviennent en première ligne de grandes études, parmi lesquelles on compte, en Suisse, l'étude dite de Zurich, réalisée par Jules Angst, et l'étude transversale de Bâle, réalisée par Hans-Rudolf Wacker. Célèbres et en principe utilisées comme échelle par toutes les études suivantes, dans les concepts transversaux, il y a les grandes études américaines abrégées ECA (Epidemiological Catchment Area Program) et NCS (National Comorbidity Survey). L'étude de Zurich est une des rares études longitudinales existante et elle suscite beaucoup d'attention en raison de la longue durée de son suivi.

Dans toutes ces études, les questions standards portent sur les symptômes, douleurs, informations anamnestiques, etc., et pas seulement ceux qui sont liés à la maladie, mais aussi sur le recours à une aide. L'aide peut être fournie par des professionnels mais aussi par le réseau social.

Les conditions d'assistance peuvent être étudiées par ailleurs au moyen des données institutionnelles et, depuis peu, par la statistique médicale. Les informations concernant

l'assistance ambulatoire sont lacunaires et, en Suisse, dérivées principalement des banques de données commerciales de l'IHA•IMS Health.

Les informations sur les connaissances et les idées concernant les troubles psychiques ont été essentiellement réunies en Suisse dans le cadre de deux études : la «Stigma Study Zero» de 1994 et le projet du Fonds national suisse «What people think about mental illness – a population survey» de 1998-2000. Le Fonds national vient de lancer un nouveau projet sur les idées des professionnels.

Problèmes de l'épidémiologie psychiatrique

L'épidémiologie des troubles psychiques rencontre une série de problèmes qui sont quasiment absents des autres domaines biomédicaux. Est notamment problématique, notamment, la variation relativement élevée des taux indiqués dans les différentes études : elle est si élevée qu'on peut douter de la validité et de la fiabilité des instruments d'enquête, en général des questionnaires standardisés. Les études plus récentes, plus approfondies, indiquent généralement des taux plus élevés que les études plus anciennes. Il en va de même des études prospectives par rapport aux études transversales faisant une saisie rétrospective des informations. Autre problème : la saisie des schizophrénies et autres psychoses, qui se dérobe largement à une enquête. On peut escompter que le développement, encore très récent, des instruments conduira à une harmonisation des résultats empiriques. Les problèmes méthodologiques signalent combien l'évolution de nos connaissances laisse encore à désirer dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique.

Les rares sources de données disponibles limitent dramatiquement le progrès dans cette domaine. Les grandes enquêtes sur la population comme l'enquête suisse sur la santé ou le Panel suisse des ménages pourraient offrir des alternatives aux grandes études épidémiologiques. Les questionnaires utilisés actuellement dans ces enquêtes incluent certes quelques questions sur l'état psychique. Mais les réponses ne permettent de déduire que peu d'informations : elle correspondent essentiellement au comportement socio-culturel ou générationnel, sont peu instructives sur les troubles psychiques quand elles n'interdisent pas tout diagnostic (épidémiologique). Cependant, diverses variantes sont imaginables sur la manière dont une collecte de données sur l'épidémiologie psychiatrique pourrait être réalisée dans le cadre des enquêtes existantes ou d'une mise en œuvre de l'étude de Zurich (p. ex. via des compléments modulaires apportés aux questionnaires et un splitting des échantillons). La collecte de données épidémiologiques sur les troubles psychiques devrait, dans tous les cas, s'inscrire dans un concept longitudinal (c'est-à-dire une enquête continue) permettant d'utiliser les diagnostics en tenant compte des systèmes en usage.

Il reste une lacune à combler dans l'équilibrage des données sur l'assistance hospitalière et ambulatoire. Optimalement, il faudrait (pouvoir) équilibrer les données concernant les besoins,

l'offre et l'utilisation. Les différents secteurs sont, on l'a constaté, documentés de manière lacunaire. Côté offre, on manque d'informations sur l'assistance ambulatoire. Pour pouvoir évaluer les évolutions du système d'assistance et leurs conséquences, les mesures statistiques ne suffisent pas. Il faudrait chercher des moyens d'illustrer le mode de fonctionnement des chaînes d'assistance. On pourrait envisager des enquêtes à l'aide d'échantillons saisis périodiquement ou d'un concept avant-après dans l'évaluation des interventions ou des changements des structures d'assistance.

Conclusions

Les troubles psychiques sont fréquents et pourtant mal documentés et insuffisamment étudiés par la recherche. L'état des connaissances est en outre mauvais dans tous les groupes de la population, ce qui a des répercussions sur le dépistage précoce et le traitement. Les améliorations apportées de part et d'autre devraient l'être simultanément. A l'heure où le système d'assistance s'apprête à vivre une profonde mutation, il est grand temps de s'attaquer à ces tâches.¹

¹ Malheureusement, nos ressources ne nous permettent pas de fournir une version française du texte intégral.

1. Einleitung

In den letzten Jahren hat sich in der Schweiz ein vermehrtes Interesse an schwierigen medizinischen und sozialen Themen entwickelt. Die Erfolge in der AIDS-Prävention haben Hoffnungen geweckt, dass Ähnliches auch in anderen Bereichen wie der Suizidprävention oder der Prävention psychischer Erkrankungen möglich sein würde – in Bereichen also, die bis anhin als schwierig bis unbewältigbar gegolten hatten. Allerdings sind dies zugleich Bereiche, über welche wenig fundiertes Wissen in der Öffentlichkeit wie auch bei den meisten Entscheidungsträgern vorhanden ist, während Vorurteile und negative Images vorherrschen. Die Aufgabe dieses Berichtes ist es, die Wissenslücken in Bezug auf die Epidemiologie psychischer Störungen ein Stück weit zu schliessen.

Der Bericht verfolgt zwei Ziele. Erstens bietet er eine Auslegeordnung der Themen und Diskussionen, welche in der psychiatrischen Epidemiologie aktuell sind. Der Leser wird zunächst in die Grundlagen der psychiatrischen Krankheitsklassifikationen eingeführt (zweites Kapitel); dort wird auch die Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie nachgezeichnet, soweit dies zum Verständnis des heutigen Status Quo notwendig ist. Eine Übersicht über die Häufigkeiten psychischer Störungen sowie wichtige psychiatrische Problemkreise (Komorbidität, Abgrenzung Störungen vs. Symptome wie Suizid) bildet den zentralen Teil des Berichtes (Kapitel 3). Die entsprechenden Ergebnisse entstammen konventionellen epidemiologischen Studien, welche eher in kleiner Zahl vorhanden und oft sehr spezifisch sind. Deshalb werden auch Daten, welche in Bevölkerungssurveys wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung oder dem Schweizerischen Haushaltspanel erfasst worden sind, zusammengestellt und auf ihren Informationsgehalt bezüglich psychischer Störungen diskutiert (Kapitel 4). Das Versorgungssystem ist aus zweierlei Perspektiven interessant. Einerseits ist es natürlich eine Quelle für epidemiologische Daten, die es zu nutzen gilt. Andererseits gehört die Versorgungsepidemiologie zur Zeit zu den wichtigsten Themen in der Psychiatrie, nachdem das Versorgungssystem einem zunehmenden Veränderungsdruck von verschiedenen Seiten ausgesetzt ist (Kapitel 5). Komplementär zur Versorgung steht die Prävention, deren Voraussetzungen (Wissensstand in der Bevölkerung, Stigmatisierung etc.) und Chancen diskutiert werden (Kapitel 6). Erst seit kurzem wird in der Epidemiologie auch explizit nach der gesellschaftlichen Bedeutung einzelner Krankheiten gefragt. Dies erscheint angesichts der Entwicklungsunterschiede der Psychiatrie gegenüber der somatischen Medizin wie auch angesichts knapper Ressourcen durchaus sinnvoll. Die Diskussion wird zusätzlich durch das von der WHO protegierte Konzept der "burden of disease" getragen, welche ein Gegengewicht zu den üblichen Mortalitätszahlen bildet (Kapitel 7).

Das zweite übergeordnete Ziel dieses Berichtes besteht in der Wiedergabe des Status Quo der psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Deshalb wird in den einzelnen Kapiteln stets auch die Situation in der Schweiz dargestellt, auch wenn gelegentlich die Datenlage dürftig ist. Ein abschliessendes Kapitel (Kapitel 8) formuliert deshalb Vorschläge und Optionen, wie die Datenlage verbessert werden könnte.

Die Vielfalt der psychischen Störungen² ist gross, aber sie kommt natürlich nicht an jene der somatischen Störungen heran. Dennoch kann keine umfassende Vollständigkeit von diesem Bericht erwartet werden. Zum vornherein ausgeschlossen wurden die Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch die Gerontopsychiatrie; der Bericht deckt also v.a. Störungen des Erwachsenenalters ab. Im weiteren beschränkt sich der Bericht weitgehend auf die typischen psychischen Störungen. Jene Bereiche wurden ausgelassen, welche die Komplexität des Gegenstands nochmals um Dimensionen vergrössert hätten. Substanzstörungen sind deshalb grösstenteils unberücksichtigt geblieben, ebenso die Persönlichkeitsstörungen, die oft umstritten und sehr schlecht erfasst sind. In thematischer Hinsicht werden manche Leser den Einbezug der gesundheitsökonomischen Literatur vermissen.

Grundsätzlich beschränkt sich der Bericht darauf, die wichtigsten Themen und die wichtigsten Studien in der psychiatrischen Epidemiologie darzustellen. Im Gegensatz zu anderen vergleichbaren Berichten prägen nicht einzelne Störungsgruppen sondern übergeordnete Themen die Gliederung dieser Arbeit. Die Quadratur des Kreises – eine umfassende Auslegeordnung mit hinreichender Liebe zum Detail zu verbinden – ist uns natürlich nicht gelungen. Mehrere Reviewer haben uns darauf aufmerksam gemacht, wo der Text zu ausführlich und wann zu knapp geraten war. Ihnen sei an dieser Stelle gedankt. Der Bericht entstand in der Forschungsgruppe "Psychiatrische Epidemiologie" an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Sektor West, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler). Den Kolleginnen und Kollegen, die uns unterstützt haben und dem epischen Unterfangen einer epidemiologischen Gesamtschau wohlwollend und geduldig gegenübergestanden sind, gebührt unser bester Dank.

² Zur Einführung vgl. zum Beispiel Schöpf (1996).

2 Kontext der epidemiologischen Forschung in der Psychiatrie

2.1 Begriffsklärungen

Eine einfache Vorbedingung der Epidemiologie ist die allgemein nachvollziehbare Definition oder Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes, d.h. der einzelnen zu analysierenden Erkrankungen und / oder Symptome. Die Eindeutigkeit der Definitionen ist in dem Masse ungewiss als:

- psychische Erkrankungen eine beträchtliche Heterogenität bez. Symptomen, Verläufen und Schweregraden aufweisen;
- verschiedenste Formen der Komorbidität auftreten;
- uneinheitliche und unklare Vorstellungen über die Ätiologie vorherrschen;
- unterschiedliche medizinische und sozialwissenschaftliche Disziplinen sich um die Definitionsmacht über den Gegenstand streiten (vgl. auch Illes & Abel, 2002);
- der Definitionsgegenstand sich auf verschiedenen Kontinua abbilden lässt;
- normative und objektive Projektionen sich vermengen, "political correctness" und wissenschaftliche Terminologie Koexistenz üben;
- unterschiedliche Therapie-Doktrinen Erfolge für sich beanspruchen.

Ein Vergleich mit somatischen Erkrankungen verdeutlicht, dass die Definitionsprobleme im Bereich der Psychiatrie und damit auch der psychiatrischen Epidemiologie weitaus gravierender sind als in der Epidemiologie somatischer Krankheiten (hier als neuere Ausnahme z.B. Kuru bzw. Prionenkrankheiten).

Für die Psychiatrie sind darüber hinaus folgende Elemente charakteristisch:

- Abweichende Terminologie:
Nach der dritten Revision des DSM (Diagnostic and Statistical Manual der APA, American Psychiatric Association) hat der Begriff der "mental disorders" den herkömmlichen Krankheitsbegriff in der Psychiatrie abgelöst. In der deutschsprachigen Psychiatrie hat sich die wörtliche Übersetzung – psychische Störungen – etabliert und als Sprachregelung durchgesetzt.³ Als präziserer, jedoch klar unhandlicherer deutscher Begriff wurden stattdessen "psychopathologische Zustandsbilder" vorgeschlagen (Wacker, 1995, S. 24).
- Unklare Differenzierung zwischen psychischen Störungen, Syndromen, Symptomen:

³ Die Implikationen dieser Sprachregelung sind überraschend vielfältig:

- Rücksichtnahme auf Stigmatisierung psychischer Krankheiten
- Rücksichtnahme auf Kontinuitätsparadigma psychischer Krankheiten
- stärkere Gewichtung eines psycho-sozialen anstelle eines bio-medizinischen Ätiologiekonzepts und dadurch Anbahnung einer zweiten Form der Stigmatisierung: neben derjenigen Andersartigkeit nun auch solche der "psycho-soziale Verantwortlichkeiten"
- Suggestion eines vorübergehenden Charakters der Störung / Krankheit
- Infragestellung der Zielgerichtetheit der Behandlung (von Störungen vs. Behandlung von Krankheiten)
- Verwischung der Abgrenzungen zwischen Krankheiten und Symptomen

Die Psychopathologie enthält eine für Laien wie für Experten verwirrende Nosologie (Klassifikation von Erkrankungen bzw. Störungen), in welcher hirnorganische Krankheiten scheinbar gleichberechtigt erscheinen mit sozial abweichenden Verhaltensmustern oder mit somatisch geprägten Syndromen (Merkmalsmustern) wie z.B. Schlaf- oder Essstörungen. Für die Epidemiologie (und indirekt auch für Prävention) bleibt oft unklar, auf welcher Ebene erfasst (bzw. gehandelt) werden soll.⁴ Um einigermaßen präzise Aussagen z.B. für die Prävention zu gewährleisten, wären ätiologisch bzw. pathogenetisch ausdifferenzierte Begriffe und Konzepte hilfreich.

2.2 Instabilität und Wandel der Nosologie

Verglichen mit der Symptomatik bei somatischen Krankheiten bleiben psychopathologisch verwertbare Symptome in weit höherem Masse uneindeutig. Die den Symptomen zugrundeliegenden Prozesse sind lediglich in Ansätzen bekannt und verstanden. Sie geben nicht nur Anlass zu allerlei Krankheitshypothesen, Lagentheorien und Vorurteilen, sondern sie erschweren auch massgeblich die Früherkennung wie auch Behandlung der zugrundeliegenden Störungen.

Der Entwicklungsstand der Psychopathologie spiegelt sich nicht zuletzt im schnellen Wandel der Klassifikationssysteme. Die traditionelle Unterscheidung zwischen Psychosen und Neurosen ist deutlich in den Hintergrund getreten. Diagnosen wie z.B. die Essstörungen, die heute selbstverständlich erscheinen, sind erst wenige Jahrzehnte alt. Im Zuge der Entwicklung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) anfangs der 90-er Jahre wurden nicht weniger als gegen 100 neue Kategorien zur Implementierung vorgeschlagen (Frances et al., 1995), darunter viele minore oder kurz auftretende Subformen der bereits definierten Störungen. Für einige von ihnen wurde kompromisshalber im Appendix B des DSM-IV Platz geschaffen, um u.a. weitere empirische Studien anzuregen. Auch wenn die DSM-IV-Herausgeber restriktiv mit der Aufnahme neuer Diagnosen umgingen, so ist der Druck der Empirie doch offensichtlich und eine Konsolidierung noch fern.

Der Entwicklungsstand der Psychopathologie lässt vermuten, dass die Nosologie, die Diagnostik und die Prävention psychischer Erkrankungen sich in nicht allzu ferner Zukunft wesentlich anders präsentieren werden als heute. Der Vergleich mit der Neurologie ist aus bio-medizinischer Perspektive vorgegeben. Nicht nur profitiert die Psychopathologie gegenwärtig vom Aufschwung der Neurosciences, sie dürfte verzögert auch eine ähnliche weitere Entwicklung aufweisen, wie sie die übrigen Neurosciences bis anhin durchgemacht haben.

⁴ Typisch für diese Situation erscheint die Diskussion unter britischen Psychiatern, wie die Suizidprävention zu verbessern sei: über vermehrte Anstrengungen in Bezug auf Suizidalität selbst oder durch eine allgemeine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

Angesichts des Wandels und der Ungewissheit stellt sich die Frage, weshalb psychiatrische Epidemiologie trotzdem notwendig ist. Welche Informationen, welche Schlüsse lassen sich aus wenig validen und – wie sich zeigt – begrenzt reliablen Daten gewinnen? Aus methodologischer Sicht sind bessere und – paradoxerweise – mehr epidemiologische Daten erforderlich, um aus empirischen Widersprüchen und Anomalien genauere Vorstellungen generieren zu können. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es zentral, durch die Epidemiologie der psychischen Störungen die rudimentären Grössenordnungen des Auftretens psychischer Störungen zu kennen.⁵ Im Lichte der unterschiedlichen Schweregrade und Konsequenzen dieser Störungen ist es z.B. bedeutsam, ob ein Zehntel, ein Hundertstel oder ein Tausendstel der Bevölkerung zu irgendeinem beliebigen Erhebungszeitpunkt an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leidet. Es ist massgebend, ob ein, zwei oder drei Drittel der Betroffenen angemessen versorgt werden oder nicht und welche Konsequenzen aus unangemessener Versorgung allenfalls erwachsen. Das epidemiologische Nicht-Wissen hat Konsequenzen auf allen Ebenen der Versorgung: bei den Betroffenen (Krankheitseinsicht, Bereitschaft zu Abklärung und Therapie), bei der sozialen Umwelt (Einstellungen, Stigmatisierung, sozialer Support), bei den Primärversorgern (Somatisierung, Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen), bei Politikern und Gesundheitsplanern (Restrukturierung des Versorgungssystems, Versorgungsdisparitäten, Präventionsschwerpunkte).

2.3 Diagnostische Klassifikationssysteme in der Psychiatrie

Die Unterscheidung zwischen körperlichen und geistigen Erkrankungen hat bereits in früheren Jahrhunderten zu Versuchen geführt, psychische Symptome zu unterscheiden und zu klassifizieren (s. Überblick in Wacker, 1995, S. 25 ff.). Der Wandel von einer Vielzahl von hierarchischen, beschreibenden Klassifikationen hin zu einer dominierenden, empirisch umsetzbaren, auf eindeutigen Kriterien und Zuordnungen beruhenden Klassifikation geht auf die dritte Version des DSM (Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association APA) zurück, also auf den Beginn der 1980-er Jahre. Der atheoretische Ansatz ist dabei auf grosses Interesse gestossen.

Neben dem DSM in den Versionen III-R und IV ist aktuell das WHO-Klassifikations-System der psychischen Störungen nach ICD-10, Kap. V, von Bedeutung (ICD: International Classification of Diseases; WHO, 1993). Die beiden Klassifikations-Systeme weisen weitgehende Konvergenzen auf, und es ist davon auszugehen, dass sich diese in Zukunft nicht vermindern werden (Wittchen et al., in American Psychiatric Association, 1991, S. XX).

Die Klassifikationssysteme unterscheiden folgende Ebenen: Symptome (symptoms), Anzeichen (signs), Verhalten (behaviors) und spezielle zusätzliche Untersuchungen (special investi-

⁵ Man kann im Prinzip bei den meisten psychischen Störungen davon ausgehen, dass Häufigkeiten ebenso wie die Komorbidität aufgrund der gegenwärtigen Kenntnisse eher unter- als überschätzt werden.

gations), wie sie für bestimmte Diagnosen notwendig sind. Ein spezifisches Verhalten an sich unterscheidet sich wesentlich von einer Diagnose. Aus der Praxis resultieren definitorische Leistungen, respektive Setzungen, die bspw. auf der Dauer (einer Panik) beruhen, von der die Praxis aus Erfahrung weiss, dass sie einen relevanten Unterschied bedeutet. Erst ab einer bestimmten Dauer, Häufigkeit oder Intensität wird ein bestimmtes Verhalten als pathologisch beurteilt, das Verhalten an sich ist zumeist kein alleiniger Indikator.⁶ Nach wie vor beruht demnach die Klassifikation psychischer Störungen auf klinischen Beobachtungen, während die Klassifikation somatischer Erkrankungen v.a. auf ätiopathogenetischen Einsichten aufbaut. Durch ihre Ausrichtung auf die Empirie geniessen das DSM und das ICD-10 eine weitgehende Akzeptanz in der Forschung und sind daher in jeder Hinsicht grundlegend für die psychiatrische Epidemiologie. Mit dieser zentralen Position sind gewisse Probleme verbunden, u.a. eine bürokratische Definitionsmacht über zusätzliche oder obsolete Diagnosen.

Beim DSM ist das multiaxiale System mit den fünf Achsen zu beachten, welches dem Untersucher zu einem möglichst vollständigen Bild des Patienten / Probanden verhelfen soll. Neben klinischen Syndromen und Symptomen auf Achse 1 sowie Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen auf Achse 2, deckt das System ebenfalls körperliche Zustände / Störungen ab (Achse III), den Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren (Achse IV) und schliesslich auf Achse V eine Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (anhand der Global Assessment of Functioning Scale). Die Achsen I und II werden natürlich vorrangig und oft allein berücksichtigt. Auf Achse I sind namentlich folgende Störungen zu finden: Organisch bedingte psychische Störungen (Demenzen, durch psychotrope Substanzen induzierte Störungen), Substanzstörungen, Schizophrenie, paranoide Störung und andere psychotische Störungen, affektive Störungen (bipolare, depressive Störungen), Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Phobien, Zwangstörung, Posttraumatische Belastungsstörung), somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen sowie einige weitere residuale Kategorien.

Die wesentlichste Neuerung im DSM IV (APA, 1994) beinhaltet den Einbezug eines zusätzlichen diagnostischen Kriteriums im Sinne von Leiden und / oder Beeinträchtigung, um der klinischen Bedeutung von Symptomen Rechnung zu tragen. Dieses zusätzliche Kriterium wirkt sich primär dahingehend aus, dass die Fallzahlen reduziert werden (jeder zusätzliche Filter reduziert die Fallzahlen), und zwar unterschiedlich für einzelne Störungen: schwach bei Störungen mit offensichtlichem Leidensdruck (affektive Störungen, Psychosen), stark bei Störungen mit geringem oder vermeidbarem Leidensdruck (Hypomanien, einfache Phobien). Die Implementation dieses Kriteriums erfolgt in empirischen Untersuchungen nur zögerlich. Die anstehende fünfte Version des DSM ist inzwischen für einige Jahre aufs Eis gelegt worden.

⁶ Die psychiatrische Epidemiologie erhält auch eine ihrer Bedeutungen dadurch, dass die Zusammenhänge zwischen Verhalten und Ursachen wenig gesichert sind. In dem Sinne ist es nötig, das Verhalten in der Gesamtbevölkerung zu berücksichtigen, um Verzerrungen vermeiden zu können. Ein illustratives Beispiel dafür bieten die kulturellen Normen bezüglich Fettleibigkeit, ein anderes die Inhalte wahnhafter Vorstellungen.

Im ICD-10 sind die psychischen Störungen im Kapitel V, Codes F0-F9, codiert. Sie subsumieren: organische Störungen (F0); Störungen durch psychotrope Substanzen (F1); Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2); affektive Störungen (F3); neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4: diese Kategorie fasst verglichen mit der DSM-Klassifikation die Angststörungen, dissoziativen und somatoformen Störungen zusammen); Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5: beinhaltet Essstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, sexuelle Störungen u.a.); Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6); Intelligenzminderung (F7); Entwicklungsstörungen (F8); Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F9).

2.4 Epidemiologische Erhebungsinstrumente

Grundlegend ist die Unterscheidung zwischen Skalen und komplexen diagnostischen Instrumenten (Murphy, 1995). Die Skalen entsprechen strukturierten Interviews, welche im wesentlichen Symptome und Verhaltensmerkmale rückblickend auf eine Zeitspanne (Woche, Monat) erfassen. Während einzelne Skalen breit angelegt sind und mehrere Dimensionen der (psychischen, ev. somatischen) Gesundheit zu erfassen versuchen (GHQ General Health Questionnaire; SCL-90 Symptom Checklist; SF-36 Short Form Health Survey), fokussieren viele Skalen ein bestimmtes Thema (z.B. Beck Depression Inventory oder Zung Depression Scale). Die Skalen sind hauptsächlich seit den 1950-er Jahren entwickelt und zunehmend auf sekundäre Bereiche (Lebensqualität, Alltagsaktivitäten, Beeinträchtigungen) erweitert worden. Die Übersichten füllen mittlerweile Bücherbände (u.a. Bech, 1993; McDowell & Newell, 1996).

Mit dem DSM-III haben komplexe diagnostische Instrumente eine Auferstehung erlebt. Diese streben erstens (epidemiologische) Diagnosen anhand der vordefinierten Kriterien des DSM (und später des ICD-10) an, wobei neben Symptomen einige weitere Kriterien (Dauer, Wiederholung, Konsequenzen) dazukommen. Zweitens erlauben sie eine mehr oder weniger umfassende Übersicht über die verschiedenen Störungen, erleichtern dadurch Differentialdiagnosen und ermöglichen die Erfassung der Komorbidität. Schliesslich erlauben sie die Implementation einer retrospektiven Lebenslauf-Perspektive und damit die Erfassung der oftmals chronischen, rezidivierenden Verläufe sowie die Erfassung der Übergänge zwischen schwereren und milderer Formen der Störungen. Bei konkreten Forschungsvorhaben kommen neben diagnostischen Instrumenten nichtsdestotrotz ausgewählte Skalen zum Einsatz.

Einer der Pioniere im Bereich der komplexen diagnostischen Instrumente war Jules Angst, dessen erste SPIKE-Versionen⁷ Ender der 1970-er Jahre sich an ein Draft des DSM-III

⁷ Strukturiertes psychopathologisches Interview und Rating der sozialen Konsequenzen psychischer Störungen in der Epidemiologie

anlehnen. Ähnlich wie SPIKE sind auch DIS (Diagnostic Interview Schedule; Robins et al., 1981) und CIDI (Composite International Diagnostic Interview; Robins et al., 1988) für Populationsuntersuchungen mit Laieninterviewern konzipiert worden – das DIS in der ECA-Studie und das CIDI in Wittchens Adoleszentenstudie. Andere Instrumente wie SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R; Spitzer et al., 1992) eignen sich für klinische Interviews.

Man muss sich im klaren darüber sein, dass es sich bei den Diagnosen anhand der komplexen diagnostischen Instrumente um epidemiologische und nicht um klinische Diagnosen handelt. Die Autoren der Instrumente haben einige Mühe darauf verwendet, die Instrumente bzw. deren Diagnosen zu validieren und eine angemessene Reliabilität – besonders bei Laienbefragern – auszuweisen. Dennoch muss mit systematischen Anteilen an falsch positiven wie auch an falsch negativen Befunden gerechnet werden. Das implizite Kalkül hinsichtlich der Prävalenzzahlen geht dahin, dass sich die Fehler mehr oder weniger ausgleichen, was in der Tat auch realistisch sein dürfte. Mehr Probleme ergeben sich im Hinblick auf vergleichende Analysen (Assoziationen, Regressionen), indem dort die realen Effekte aufgrund der verzerrten Daten in der Regel unterschätzt werden.⁸

2.5 Epidemiologische Ansätze und Datentypen

Wie andere Epidemiologiedomänen lässt sich die psychiatrische Epidemiologie in eine deskriptive und eine analytische Epidemiologie unterteilen, wobei der Schwerpunkt noch viel stärker als andernteils bei der deskriptiven Epidemiologie liegt. Diese beschreibt die Häufigkeiten von Erkrankungen, Störungen, Syndromen und Symptomen.⁹ Mitunter sucht sie nach Häufigkeitsunterschieden zwischen Personen- und Bevölkerungsgruppen, Regionen, Unterschieden über die Zeit hinweg etc. In den letzten Jahrzehnten haben im wissenschaftlichen Umfeld die genetische Epidemiologie sowie aus gesundheitspolitischen Gründen die Versorgungsepidemiologie an Profil und Eigenständigkeit hinzugewonnen. Es handelt sich um inhaltlich definierte Teilgebiete der Epidemiologie. Sie bilden nun gewissermassen die Pole, welche die klassischen Zweige der Epidemiologie ausrichten.

Die in der Epidemiologie verwendeten quantitativen Daten können *Registerdaten* sein (z.B. Mortalitätsstatistiken, Daten der medizinischen Statistik, Daten der Versicherungsgesellschaften), daneben Stichprobendaten. Bei den letzteren handelt es sich in der Regel um *Querschnittsdaten*, also Daten aus einmaligen Untersuchungen. Seltener sind *Längsschnittsdaten* aus Längsschnittuntersuchungen an derselben Population oder Panelstudien mit derselben Stichprobe. Diese ermöglichen den Zugang zu lebensgeschichtlichen ebenso wie zu historischen gesellschaftlichen Prozessen.

⁸ Die Generierung artifizieller Effekte, die oft befürchtet und in Reviews moniert wird, erscheint tatsächlich weit weniger besorgniserregend als die Unterschätzung der Effekte.

⁹ Die Grundbegriffe der Epidemiologie – Inzidenz, Prävalenz etc. – werden im Anhang erläutert.

In der psychiatrischen Epidemiologie wiegt das Problem, eine gesamthafte Übersicht aus bruchstückhaften Studienergebnissen zu gewinnen, schwerer als in den meisten anderen epidemiologischen Domänen. Dazu tragen neben der kontroversen Diagnostik mehrere weitere Umstände bei. U.a. haben in der Vergangenheit verschiedene Voraussetzungen gegen einen systematischen Aufbau von Registern und systematischen Stichprobenuntersuchungen gesprochen: die Null-Letalität der psychischen Erkrankungen, die Charakterisierung als chronische Erkrankungen / Störungen oder die inexistente bzw. unbekannte Abhängigkeit von Infektionskrankheiten. Zusätzlich bestehen wesentliche Unterschiede zwischen der deskriptiven Epidemiologie und der Versorgungsepidemiologie.

Der deskriptive Zweig der psychiatrischen Epidemiologie wird dominiert durch Querschnittuntersuchungen, die allerdings durch ihre in der Epidemiologie beispiellos heterogenen Ergebnisse herausstechen. Sekundäre Fragestellungen wie Krankheitsbeginn, Verlauf, Chronifizierung etc. aber auch altersspezifischer und historischer Wandel sind entsprechend noch stärker beeinträchtigt. Longitudinalstudien, die hierzu wertvolle Informationen liefern würden, bilden die seltene Ausnahme, darunter auch die bekannte Zürich-Studie von Jules Angst. Longitudinale Studien würden nicht nur neue Perspektiven für die deskriptive Epidemiologie eröffnen sondern auch die Erfassung von Risikofaktoren, krankheits- bzw. relapse-auslösenden Faktoren erlauben. Longitudinal verwertbare Informationen könnten auch spezifische Registerdaten liefern, wie sie etwa bei Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall anzutreffen sind, solche Datenbanken bestehen in der deskriptiven Epidemiologie nicht. Allgemeine Registerdaten sind jedoch von beschränktem Nutzen, sei es weil – wie bei Versichererdaten – diagnostische Angaben fehlen oder – wie im Falle der Todesursachenstatistik oder bei Versorgungsdaten – die Registrierung psychischer Erkrankungen höchst unvollständig bleibt.

Die Versorgungsepidemiologie wäre grundsätzlich auf die Resultate der deskriptiven Epidemiologie angewiesen. Aufgrund der bestehenden Unwägbarkeiten bleiben die hier dominierenden Registerdaten ohne Bezug zum tatsächlichen Aufkommen der zugrundeliegenden Erkrankungen / Störungen. Neben der Bedarfs- und der Versorgungsebene bliebe auch die Nutzungsebene zu berücksichtigen, also die Frage, wie das Versorgungssystem durch Betroffene und PatientInnen wahrgenommen und genutzt wird. Für diese Frage sind nun wiederum Stichprobendaten erforderlich; diese sind zwar gelegentlich vorhanden, weisen allerdings wiederum dieselben Lücken auf, wie sie für die deskriptive Epidemiologie gelten.

2.6 Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie

Die Anfänge und die Geschichte der psychiatrischen Epidemiologie sind hauptsächlich durch Querschnittstudien geprägt, die einerseits psychiatrischer Provenienz sind (Essen-Möller et al., 1955; Leighton, 1959), erstaunlich häufig jedoch soziologische Urheberschaft (und Berühmtheit) aufweisen (Faris & Dunham, 1939; Hollingshead & Redlich, 1958; Srole et al., 1962). Diese Studien vermitteln in der Regel Momentaufnahmen verbunden beispielsweise mit ökologischen oder sozio-ökonomischen Differenzierungsmerkmalen.

Das Erscheinen des DSM-III anfangs der 1980-er Jahre hat den Start einer Forschungsoffensive bedeutet. Seither sind unzählige epidemiologische Studien erschienen, die eine gemeinsame Nomenklatur aufweisen und vergleichbare Items und Merkmale erfassen. Durch die Allgegenwärtigkeit des DSM akzentuiert sich die Vormachtstellung der amerikanischen Psychiatrie. Das Augenmerk richtet sich weg von gesellschaftlichen Bezügen hin zur psychiatrischen Diagnostik, deren verstärkten Ausdifferenzierung, Einschluss neuer Diagnosen, Fragen der Komorbidität, des Krankheitsverlaufs. Andererseits vergrößert sich der räumliche Horizont, es wird ein höherer Verallgemeinerungsgrad der Aussagen zur psychiatrischen Epidemiologie angestrebt.

Neben vielen kleineren Studien haben v.a. zwei grosse US-amerikanische Untersuchungen Beachtung gefunden: die ECA-Studie und die NCS-Studie. Die ECA-Studie ("The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Programm: Studying the prevalence and incidence of psychopathology") wurde 1978 gestartet durch das National Institute of Mental Health (NIMH) (Regier & Kaelber, 1995; Robins & Regier, 1991). Das ECA Programm umfasste mehr als 20'000 Befragte in fünf Erfassungsgebieten, jedes Gebiet mit mindestens 200'000 Einwohnern (catchment areas: New Haven, Durham, Baltimore, Los Angeles und St. Louis). Pro Gebiet wurden mindestens 3000 Interviews in Haushalten der Gemeinde und 500 Interviews in ihren Institutionen durchgeführt. Die Studie untersuchte Inzidenz (prospektiv) und Prävalenz (Querschnitt) sowohl in den Gemeinden als auch in den Institutionen. Dadurch gelang es, realistischere Zahlen über das Verhältnis behandelter und unbehandelter Störungen zu erhalten. Die Hauptaufgabe sah das Programm darin, Prävalenzraten für spezifische psychische Störungen zu erheben. Dabei stellte sich heraus, dass mehr als 20% der Bevölkerung in einem bestimmten Jahr an einer psychischen Störung litt. Die Einführung der DSM-III Instrumente verbesserte die Qualität der erzeugten Daten. Die Hoffnungen, mit dieser Studie auch den Effekt der Eröffnung von gemeindeeigenen Behandlungszentren auf eine geschlossene Plazierung überprüfen zu können, konnte aus methodologischen Gründen nicht ganz eingelöst werden: die Instrumente entwickelten sich im Verlaufe der Zeit zu sehr.

Das National Comorbidity Survey (NCS) wurde entworfen, um die Schwächen der ECA Studie zu beheben, insbesondere um das DSM-III-R, also die revidierte Fassung des DSM-III, verwenden zu können (Kessler, 1994). Von 1990 bis 1992 wurden über 8000 Personen im Alter zwischen 15 und 54 in kontinentalen Teil der USA befragt. Die Ergebnisse der NCS-

Studie ergaben höhere Lebenszeitprävalenzraten als in der ECA-Studie. 29% der Befragten zeigten mindestens einmal in ihrem Leben eine psychische Störung, schloss man den Alkohol- und Substanzmissbrauch mit ein, waren es gar 48%. 40% derjenigen, die eine psychische Störung angaben, hatten im Gesundheitswesen eine Behandlung deswegen beansprucht. Insgesamt wurde geschätzt, dass 1988 15,4 % aller über 18-jährigen Amerikaner an einem Alkohol,- Substanzmissbrauchsproblem oder einer psychischen Störung litten.

Ausgehend von diesen grossen Studien haben sich die Perspektiven der psychiatrischen Epidemiologie stark erweitert. Dazu gehören:

- Transformation von Querschnitt- hin zu Längsschnittstudien;
- Ausdifferenzierung der Diagnosen;
- Erfassung der Komorbidität;
- besseres Verständnis einzelner umstrittener Diagnosen (z.B. bipolare Störungen);
- Verlaufsuntersuchungen;
- Risikofaktoren, genetische Epidemiologie;
- Nutzung von Dienstleistungen und professioneller Hilfe (Versorgungsepidemiologie).

In der Zwischenzeit sind in mehreren Ländern nationale oder regionale Surveys nach dem Beispiel der US-amerikanischen Studien durchgeführt worden (Kessler, 2000) – darunter in Brasilien, Kanada, Mexico, den Niederlanden, Türkei, Deutschland (zusammenfassend: van Bijl et al., 2003), Australien (Commonwealth Department ..., 1998), United Kingdom (Singleton et al., 2001). Eine wichtige Rolle spielt dabei die Verbreitung des im NCS verwendeten Erhebungsinstrumentes (CIDI), welches den meisten Surveys zugrundeliegt. Die Initiative wird von der WHO unterstützt (WHO ICPE, 2000). Die wichtigsten Vergleichsmöglichkeiten zur Schweiz liefern dabei das holländische Survey NEMESIS (van Bijl et al., 1998) sowie das deutsche "Zusatzsurvey psychische Störungen" (Wittchen et al., 1999; Jacobi et al., 2002), welches dem bundesweiten Gesundheitssurvey 1997 angegliedert wurde. Es ist davon auszugehen, dass die Mental Health Surveys mit der Zeit ein selbstverständlicher Teil der Gesundheitsberichterstattung werden.

Als Implikation gewinnt die longitudinale Perspektive an Bedeutung. Dies bedeutet, dass durch wiederholte Surveys wie in England, Wales und Schottland Möglichkeiten geschaffen werden, den zeitlichen Wandel zu erfassen (Singleton et al., 2001; Health Canada, 2002).¹⁰ Eine longitudinale Perspektive kann aber auch beinhalten, dass dieselbe Stichprobe bzw. dieselbe Kohorte einmal oder mehrmals nachuntersucht wird. Dies wurde zuletzt beispielsweise im britischen Survey (18-Monate-Follow-Up; Singleton / Lewis, 2003) und in der NCS-Studie (10-Jahre-Follow-Up) unternommen worden.¹¹ Die Etablierung der diagnostischen

¹⁰ Diese Möglichkeit eröffnete sich bisher lediglich im Rahmen allgemeiner Gesundheitssurveys, dies v.a. im Hinblick auf einfach zu erhebende Sachverhalte wie Versorgungsfragen, Nutzung professioneller Hilfe, Stigmatisierung etc., dies jedoch lediglich mit Rückgriff auf einzelne Symptome. Etwas weiter gehen spezialisierte Surveys in den USA und in Canada, die einfache Screeninginstrumente verwenden.

¹¹ Zur Zeit sind noch entsprechende Publikationen ausstehend.

Manuals (DSM, ICD) in der epidemiologischen Forschung hat gewissermassen zu einem Umbruch zwischen älteren und neueren Verlaufsuntersuchungen geführt. Dies ist mithin ein Grund, weshalb im zentraleuropäischen Kontext – neben der Mannheimer Kohortenstudie (Franz et al., 1997) und der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung (Fichter et al., 1990) – die sogenannte Zürich-Studie von Jules Angst wichtig ist. Sie ragt unter den neueren longitudinalen Untersuchungen als diejenige mit der längsten Laufdauer heraus.

Neben den umfassenden Surveys bestehen natürlich viele störungs(gruppen)spezifische Erhebungen. Nicht zuletzt aufgrund der z.T. stark divergierenden Ergebnisse hat deren Abgleich sehr an Bedeutung gewonnen. Vor diesem Hintergrund sind die Initiative der WHO in Zusammenhang mit der nationalen / regionalen Surveys wie auch andere Initiativen (z.B. für Depression: die ODIN-Studie; Ayuso-Mateos et al., 2001) zu sehen. Forschungsnetzwerke wie in Deutschland ersetzen zunehmend die Integrationsleistung von Reviewarbeiten.

2.7 Psychiatrische Epidemiologie in der Schweiz

In kleineren Ländern wie der Schweiz, wo eine institutionelle Basis für die psychiatrische Epidemiologie fehlt, sind deren Bestehen und Kontinuität von der Initiative einzelner Forscher abhängig. Dies gilt besonders für die deskriptive Epidemiologie, wo die Generierung repräsentativer epidemiologischer Daten eines besonderen Zusatzefforts bedarf. In der Versorgungsepidemiologie hingegen lassen sich klinische Daten, Versorgungsdaten und eine kleinere Population leichter in einer aussagekräftigen Studie zusammenfassen. Umso eher bleiben jedoch solche Studien für das Gesamtsystem von limitierter Bedeutung.

Die Schweiz kann auf eine lange und glänzende Tradition in der Psychiatrie zurückblicken. Interessanterweise – und dies im Gegensatz zur Neurologie – ist die Epidemiologie kein Teil der Tradition. Die frühen Arbeiten orientieren sich an verfügbaren Datenbeständen, also klinischen Daten (Pfister, 1932), Daten aus Rekrutenbefragungen (Maier, 1912) und Meldungen aus Schulen und Erziehungsinstitutionen (Koller, 1926). Die Rahmenbedingungen dürften sich v.a. in den 30-er Jahren unter den Vorzeichen der Eugenik und Erbforschung in Deutschland (Brugger, 1933) in eine eher populationsepidemiologische Richtung gedreht haben. Wieweit diese in der Schweiz in epidemiologischen Arbeiten einen Niederschlag gefunden hat, bliebe weiter zu verfolgen – ebensowie die Entwicklung in der Nachkriegszeit.

Die 1970-er und 1980-er Jahre sind durch eine anwachsende epidemiologische Forschung geprägt wie auch durch zunehmende Forschungsbemühungen zu Substanzstörungen. Die gegenwärtige Situation der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung in der Schweiz bietet ein differenzierteres, allerdings auch uneinheitliches Bild.

Die mit Abstand wichtigsten Studien in der Schweiz sind die sogenannte Zürich-Studie von Jules Angst und die 1988-91 in Basel durchgeführte Studie von Hans-Rudolf Wacker. Aufgrund ihrer Bedeutung wird auf diese beiden Studien detaillierter eingegangen.

2.7.1 Die Zurich-Studie von Jules Angst

Das Sample der Zürich-Studie (Binder et al., 1982; Angst et al., 1984) geht einerseits aus einer Befragung anlässlich der militärischen Eintrittsmusterung der im Kanton Zürich wohnhaften Männer des Jahrgangs 1959 hervor sowie aus zusätzlich erhobenen Samples (im Kanton Zürich wohnhafte Schweizer Frauen des Jahrgangs 1958). Die Teilnehmenden wurden 1978 einer Screening-Befragung unterzogen, in welcher u.a. die Symptom Check List SCL-90-R nach Derogatis (1977) zum Einsatz kam. Das Panel wurde anschliessend aufgrund einer stratifizierten Stichprobe gebildet, wobei als Schichtungskriterien das Geschlecht und die SCL-Werte verwendet wurden. Dabei waren die Befragten nach dem Screening in sogenannte High- und Low-Scorer unterteilt worden in Abhängigkeit davon, ob sie SCL-Scores über dem 85% Perzentil aufwiesen oder nicht. Die Panelstichprobe umfasste schliesslich etwa zwei Drittel High-Scorer und einen Drittel Low-Scorer. Die Low-Scorer sind gegenüber der Ausgangspopulation etwa um den Faktor 11 untergewichtet. Als Motiv für die gewählte Stichprobenschichtung ist natürlich die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von psychischen und somatischen Symptomen und Störungen im Segment der High-Scorer zu nennen.

Von den 591 TeilnehmerInnen der ersten umfassenden Befragung 1979 sind über die Befragungen 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999 hinweg jeweils durchschnittlich 10 % der Befragten als Drop-Outs ausgeschieden. An der letzten Befragung 1999 beteiligten sich etwas mehr als 60% des Ausgangssamples. 47% der Befragten haben an allen sechs Befragungen teilgenommen.

Als Erhebungsinstrument wurde in der Zürich-Studie der SPIKE (Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychic Disturbances for Epidemiology) eingesetzt, welcher als eines der Pionierinstrumente innerhalb der psychiatrischen Epidemiologie von Jules Angst entwickelt worden war, mit dem Ziel, psychiatrische Diagnosen im Rahmen von epidemiologischen Erhebungen mit (halb-)standardisierten Instrumenten zu ermöglichen. Daneben wurde immer auch ein breites Spektrum von somatischen Beschwerden abgefragt, u.a. mit der Absicht, Hypothesen zum Wechselspiel zwischen psychischen und somatischen Beschwerden zu überprüfen.

Weitere Fragen- und Themenkomplexe, welche berücksichtigt worden sind, umfassen:

- Lebensumstände, Lebensereignisse und Beschwerden in der Kindheit und in der Jugend;
- Einbezug von Fragen zur Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen;

- Einbezug von verschiedenen weiteren sozialwissenschaftlichen Befragungsinstrumenten, mit welchen sich die Fragestellungen zum Gesundheits-/Krankheitsverhalten ergänzen lassen (Lebensereignisse, Coping, Persönlichkeitsinventare, soziales Netzwerk u.a.);
- Einbezug einer Vielzahl von demographischen und ökonomischen Informationen (Partnerschaft, Heirat, Elternschaft, Ausbildung, Beruf, Einkommen, Wohnsituation etc.).

2.7.2 Die Basler Studie von Hans-Rudolf Wacker

Die Basler Studie wurde 1988-91 durchgeführt (Wacker, 1995). Die Stichprobe bildeten 470 Einwohner von Basel-Stadt, 261 Frauen und 209 Männer. Auf ein Screening von Probanden und eine allfällige Schichtung der Stichprobe wurde verzichtet. Fokussiert wurden insbesondere Angst- und Depressionsstörungen.¹² Als Erhebungsinstrument wurde das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) eingesetzt. Zusatzfragen erfassten soziodemographische Merkmale, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe; im weiteren füllten die ProbandInnen das Seasonal Pattern Assessment Questionnaire aus. Schwerpunkte der Untersuchung bildeten neben Prävalenzangaben zu Angst- und Depressionsstörungen v.a. der Vergleich zwischen DSM-III-R- und ICD-10-Diagnosen sowie die Muster der Komorbidität der Angst- und Depressionsstörungen. Angesichts der Stichprobengrösse und der Stichprobenbildung sind zum letzten Schwerpunkt v.a. Aussagen im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz verwendbar.

2.7.3 Weitere Schwerpunkte in der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung in der Schweiz

Aktuelle schweizerische psychiatrisch-epidemiologische Forschung ist mit vielen verschiedenen Namen und Forschungsgruppen verbunden. Eine aufeinander abgestimmte psychiatrisch-epidemiologische Forschung existiert nicht. Für die meisten Forschenden ist zudem die Epidemiologie ein Gebiet unter anderen, in Bezug auf thematische Schwerpunkte abhängig von den individuellen Forschungsinteressen. Diese sind für die vorliegende grob zusammenfassende Übersichtsarbeit nur teilweise von Belang.

Die Vertreter der universitären Psychiatrie gruppieren sich u.a. um die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrische Epidemiologie. Hervorzuheben sind: François Ferrero von der Universität Genf mit Schwerpunkten in der klinischen Epidemiologie; Hans Dieter Brenner, Universität Bern, mit Schwerpunkten in der klinischen Epidemiologie und in der Versorgungsforschung; Martin Preisig, Universität Lausanne, mit Schwerpunkten in der Epidemiologie der

¹² Unter Angststörungen sind hier subsumiert die verschiedenen Phobien, die generalisierte Angststörung und Panik.

affektiven Störungen; Wulf Rössler, Universität Zürich, mit Schwerpunkten in der Versorgungsforschung, Stigmaforschung und Zürich-Studie.¹³

Norman Sartorius, Universität Genf, ist wie Jules Angst weltweit einer der bekanntesten Vertreter der psychiatrischen Epidemiologie bzw. Psychiatrie. Sartorius ist v.a. auch im internationalen Kontext aktiv. Die Schwerpunkte seiner neueren Arbeiten lassen sich der Versorgungs- und der Stigmaforschung zuordnen.

Die Epidemiologie der Posttraumatischen Störungen ist in der Schweiz namentlich mit Ueli Schnyder sowie Claus Buddeberg, beide Universität Zürich, verbunden. Die Suizidforschung wurde in den letzten Jahren im wesentlichen durch Konrad Michel, Universität Zürich, und François Ladame, Universität Genf, geprägt (vgl. auch Kap. 3.6).

Erwähnenswert, wenn auch in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, sind im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hans-Christoph Steinhausen, Universität Zürich, sowie Pierre-André Michaud von der Universität Lausanne. Dasselbe gilt für den Bereich der Substanzstörungen, wo abgesehen von der Forschung an den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin besonders die Forschungsarbeiten der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholfragen in Lausanne und des Instituts für Suchtforschung in Zürich hervorzuheben bleiben.

Die Übersicht lässt sich durch vereinzelte Forschungsprojekte an philosophischen Fakultäten sowie an Fachhochschulen ergänzen. Eine Zusammenschau der realisierten Arbeiten wird in einem weiteren Projekt des Gesundheitsobservatoriums erarbeitet.

2.8 Zusammenfassung

Der Rückblick auf die Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie verdeutlicht, dass es sich um eine junge Disziplin handelt. Die Terminologie befindet sich noch nicht in einem konsolidierten Zustand. Laufend werden neue Diagnosen entwickelt, die auf unterschiedlichen Konzepten von Krankheiten (Kontinuum vs. Threshold) beruhen. Die heute gültigen diagnostischen Grundlagen bestehen erst seit gut zwanzig Jahren, und sie beruhen weitgehend auf empirischen Befunden bez. Symptomatik, Dauer, Häufigkeit, Beeinträchtigungen etc.. Es erscheint daher durchaus möglich, dass die heute gültigen Klassifikationen – DSM und ICD – trotz der Angleichung untereinander ein anderes Gesicht erhalten werden, sobald die Ätiologien der einzelnen Störungen bzw. Krankheiten besser verstanden sind.

Die erst kurze Vorherrschaft der Empirie in der psychiatrischen Diagnostik erklärt, weshalb verschiedene Erhebungsinstrumente zur Anwendung gelangen. Die unterschiedlichen Instru-

¹³ Auswahl kürzlich publizierter Arbeiten: Bondolfi / Osiek / Ferrero (2000); Brenner et al. (2000); Preisig et al. (2001); Rössler et al. (1999); Sartorius (1999); Schnyder et al. (2001); Steinhausen et al. (2002); Michaud et al. (2001)

mente können zum Teil die grossen Unterschiede in den empirischen Ergebnissen, z.B. den Inzidenz- und Prävalenzraten, erklären. Es ist in diesem Zusammenhang aufschlussreich, dass die psychiatrischen Epidemiologen grossen Bemühungen unternehmen, ihre Ergebnisse international abzugleichen und auszudiskutieren.

Aus der Vielzahl der Erhebungen stechen namentlich die grossen amerikanischen Studien (die ECA- und die NCS-Studie heraus, welche nicht nur auf grossen Stichproben beruhen, sondern auch ein breites Spektrum von Forschungsthemen und -fragen abdecken. Neben den Querschnittstudien lassen sich erst wenige Längsschnittstudien identifizieren. Die wichtigste darunter ist die sogenannte Zürich-Studie von Jules Angst, die bereits seit Ende der 1970-er Jahre läuft. In der Schweiz ist im weiteren insbesondere auf die Studie von Hans-Rudolf Wacker hinzuweisen, welche anhand einer Basler Stichprobe Ergebnisse zu Depression und Angststörungen generiert hat.

Das relativ junge Alter der Disziplin, die Unwägbarkeiten der Diagnosen, der Erhebungsinstrumente und der Ergebnisse sprechen nicht gegen die psychiatrische Epidemiologie, sondern dafür, dass eine grosse Dringlichkeit besteht, die Wissensbasis entscheidend zu verstärken. Die soziale wie auch die sozio-ökonomische Bedeutung der psychischen Krankheiten ist zu gross, als dass man diesen Bereich der Medizin opportunistisch der Tagesaktualität überlassen dürfte. Die bisher vorliegenden Daten und Ergebnisse sind im Detail noch mit angemessener Vorsicht zu interpretieren, jedoch sind die Grössenordnungen der Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Beschwerden klarer als je dokumentiert und nachgewiesen.

3 Ergebnisse der psychiatrischen Epidemiologie: Häufigkeiten psychischer Störungen und Beschwerden aufgrund epidemiologischer Studien

Die Epidemiologie weist in erster Linie Häufigkeiten von Krankheiten, wie auch Syndromen und einzelnen Symptomen aus. Häufigkeiten in Bezug auf was? Von Inzidenz spricht man, wenn Neuerkrankungen gemeint sind; von Prävalenz, wenn von aktuellen, innerhalb eines Zeitraums (oder auch zu einem bestimmten Zeitpunkt – Punktprävalenz) bestehenden Krankheitsfällen die Rede ist. Mortalität bezieht sich auf die Häufigkeiten von Todesfällen.

Die epidemiologischen Parameter geben keinen eindeutigen einzelnen Wert her, der für die Charakterisierung von Krankheiten (oder hier von psychischen Störungen) geeignet wäre. Neben den einfachen Häufigkeiten von Krankheiten lassen sich auch verschiedene Dimensionen des Verlaufs und des Leidensdrucks für die Betroffenen unterscheiden (vgl. Übersicht□; Erläuterungen zu epidemiologischen Begriffen finden sich im Glossar). Es hat verschiedene Versuche gegeben, epidemiologische Parameter und die Leidensdimension (bzw. Verlaufsdimension) zu einem generellen Mass zusammenzufügen. Die WHO hat zuletzt die DALYs als Mass für den "burden of disease" entwickelt und propagiert. Dieses ermöglicht eine Vergleichbarkeit der Belastungen über die Grenzen der einzelnen Krankheiten / Störungen hinweg. Die Diskussion dieses Ansatzes wird im Kapitel 8 folgen. Das vorliegende Kapitel ist den unmittelbaren Häufigkeiten der psychischen Störungen gewidmet.

Die Zusammenfassung der Daten zu den einzelnen Störungen ist in Gestalt von Fact Sheets organisiert. Auf die Darstellung von seltenen psychischen Störungen wie Hypochondrie oder bei umstrittenen Diagnosen wie Neurasthenie wird im folgenden verzichtet. Weiterhin wird hier auf die Darstellung der Häufigkeiten von einzelnen Substanzstörungen verzichtet, die sehr heterogen sind und durch die SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen) und anderen Organisationen bereits hinlänglich ausdokumentiert werden. Ebenso unberücksichtigt bleiben – wie eingangs erwähnt – Entwicklungsstörungen und psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (dies obwohl sie natürlich bis ins Erwachsenenalter Auswirkungen haben), sowie gerontopsychiatrische Themen. Schliesslich bleibt ein weisser Fleck bezüglich der Persönlichkeitsstörungen, die eher invariable Persönlichkeitskomponenten repräsentieren, darüber hinaus ebenfalls vielfältig, umstritten und schlecht erfasst (Lyons, 1995) sind.

Übersicht 1: Epidemiologische Parameter und Parameter aus Teilgebieten¹⁴

	Krankheits- charakterisierung	epidemiologische Beschreibung	interne Ver- gleichbarkeit	externe Ver- gleichbarkeit
Auftretens- parameter	Diagnosen Syndrome Symptome Subformen Mischformen DifferentialDX	Inzidenz Prävalenz Punktprävalenz Lebenszeitprävalenz Komorbidität		
Verlaufs- parameter	Prodromalstadien Onset-Alter Schweregrad Progredienz Chronifizierung Recurrence Letalität	Beeinträchtigungs- grad Behinderungsgrad Mortalität	Lebensqualität (z.B. bei versch. Therapieformen)	QALYs YLLs YLDs DALYs
Versorgung	Versorgungs-bedarf Finanzierungs-bedarf Ressourcen- verfügbarkeit	Ressourcen Dienstleistungen Nutzung	Leistungsparameter Kosten-Nutzen (z.B. bei versch. Therapieformen)	Bedarfszahlen etc. Nutzungsmuster direkte / indirekte Kosten

3.1 Wie häufig sind psychische Störungen?

Wie viele Menschen sind während ihres Lebens von psychischen Störungen direkt betroffen? Auf diese Frage geben die Lebenszeitprävalenzen eine Antwort. Psychiatrisch-epidemiologische Untersuchungen¹⁵ zeigen, dass 40-50% der ProbandInnen – unter Einbezug von Substanzstörungen – eine Lebenszeitdiagnose für eine psychische Störung erhalten. Die in diesen Zahlen enthaltenen Diagnosen beruhen auf Thresholds, also Grenzwerten,¹⁶ während sogenannte Subthreshold-Diagnosen nicht enthalten sind. Wie weit allgemein gültige Grenzwerte sinnvoll sind, bleibt angesichts mancher umstrittener Resultate (z.B. dem Geschlechtsverhältnis bei psychischen Störungen) Gegenstand der Diskussion.

¹⁴ Für Begriffserklärungen und Abkürzungen: s. Glossar.

¹⁵ Darunter die NCS-Studie: 47% (Kessler et al., 1994), die holländische NEMESIS-Studie: 41% (Bijl et al., 1998), die Zürich-Studie: 48% (Angst et al., in press)

¹⁶ Beispiel für einen solchen Grenzwert: Vorhandensein von 5 aus 9 Symptomen zur Diagnose einer Major Depression Episode nach DSM-III-R oder DSM-IV.

Die praktischen Konsequenzen aus diesen Zahlen lassen sich leicht ableiten, aber, wie die Erfahrung zeigt, nur sehr schwer fassbar machen:

- jedeR zweite SchweizerIn wird im Laufe seines/ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erkranken;
- nahezu jedeR SchweizerIn wird in der Familie, in der Verwandtschaft, im Arbeits- wie im Freizeitumfeld mehrfach unmittelbare Erfahrungen mit psychischen Störungen machen, sei es als direkt oder als indirekt Betroffener;
- die Summe dieser Erfahrungen nimmt aufgrund des häufig chronischen Charakters psychischer Störungen mit dem Alter stetig zu.

Die Übersichten zu den Häufigkeiten einzelner Störungen fassen die Daten oft zusammen zu Störungsgruppen, wobei die oben besprochenen Klassifikationssysteme zum Zug kommen. Dazu gehören u.a.:

- Schizophrenien und psychotische Störungen;
- affektive Störungen (mood disorders): Depressionen, Dysthymie, bipolare Störungen (Störungen mit Wechsel zwischen Manie/Hypomanie und Depression), Manien und Hypomanien;
- Angststörungen (anxiety disorders; im ICD-10 auch als neurotische Störungen bezeichnet): generalisierte Angststörung, Panikstörung, Phobien (einfache, soziale, Agoraphobie); im weiteren PTSD (post traumatic stress disorder; posttraumatische Belastungsstörung) und Zwangstörungen;
- psychische Störungen mit körperlichen Faktoren: Schlafstörungen, Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen u.a.;
- Substanzstörungen.

Die Lebenszeitprävalenzen entlang der einzelnen Gruppen betragen gemäss vergleichenden Übersichtsarbeiten¹⁷ (van Bijl et al., 2003, WHO ICPE, 2000):

- ca. 25% affektive Störungen (Majore Depressionen, Dysthymien, Bipolare Störungen);
- ca. 25% Angststörungen (generalisierte Angststörung, Panik, Phobien, Zwangstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen - PTSD);
- ca. 25% Substanzstörungen.

Da die Diagnosen nicht ausschliesslich sind – Lebenszeit-Komorbidität tritt bei ca. 50% der Lebenszeitdiagnosen auf – summieren sich die Zahlen nur zum Teil auf. Ohne Substanzstörungen liegen die Zahlen im Bereich 35-40%.

Neben diesen Hauptgruppen der psychischen Störungen werden weitere Störungen aus unterschiedlichen Gründen oft unbeachtet gelassen und bilden gewissermassen eine Grauzone:

- somatoforme Störungen (Somatisierungsstörungen, Hypochondrie, Schmerzstörung), die schlecht erfassbar sind ohne begleitende klinische Untersuchung oder Ergebnisse;
- Posttraumatische Störungen, welche eher selten und nicht unumstritten sind;

¹⁷ Bei Schizophrenien und psychotische Störungen kann man von 1% ausgehen.

- Essstörungen, weil der Psychiatrie des Jugendalters zugeschrieben;
- Persönlichkeitsstörungen, die eine sehr heterogene Störungsgruppe umfassen und deren wiederum sind.¹⁸

Die Schätzungen der Häufigkeiten der *affektiven Störungen* sind in den letzten Jahren deutlich nach oben revidiert worden. Wurde um 1990 im Gefolge der ECA-Studie von einer Lebenszeitprävalenz von ca 10% ausgegangen,¹⁹ haben neuere Querschnittstudien wie die NCS oder die Basler Studie Lebenszeitprävalenzen um 20% ausgewiesen. Interessanterweise sind die höchsten Werte bei der prospektiven Zürich-Studie vorzufinden, sie erreichen 25%; dies obwohl die Zürich-Studie lediglich einen Lebensabschnitt von 20 Jahren abdecken kann. Der Löwenanteil geht dabei auf die Major Depression zurück. In einer ähnlichen Grössenordnung bewegen sich die Raten der Lebenszeitprävalenzen der *Angststörungen*: 14-27%, wobei die höchsten Werte in der Basler Studie (Wacker, 1995) ausgewiesen worden sind. Die Werte in der Zürich-Studie erreichen ebenfalls 25%. Dieselbe Grössenordnung wird in der Schweiz im übrigen bei den Substanzstörungen erreicht (24%).

Prävalenzen (12-Monatsprävalenzen) bewegen sich in der Grössenordnung von 1/2 der Lebenszeitprävalenzen, d.h. etwa 25%. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass über 1 Million Menschen in der Schweiz innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten an einer diagnostizierbaren psychischen Störung leiden.

Auch wenn die Inzidenzzahlen weit weniger gut ausdokumentiert sind als die Prävalenzzahlen, so lässt sich deren Grössenordnung anhand der Lebenszeitprävalenzen leicht schätzen (Lebenszeitprävalenz dividiert durch 50 Lebensjahre). Entsprechend ist mit 60–80'000 Neuerkrankungen pro Jahr (inkl. Substanzstörungen) zu rechnen.

3.2 Häufigkeiten einzelner psychischer Störungen und Störungsgruppen

Eine Übersicht über die Ergebnisse internationaler Studien zur psychiatrischen Epidemiologie ist in Tabelle 1 wiedergegeben.²⁰ Es wurde darauf verzichtet, Mittelwerte auszuweisen, weil die Ergebnisse sehr stark differieren. Stattdessen sind die Range's dokumentiert. Inzidenzwerte lassen sich als $1/50$ der Lebenszeit-Prävalenz-Werte schätzen.²¹ Die Tabelle 2 dokumentiert die Ergebnisse der Zürich-Studie. Die Ergebnisse zu den einzelnen Störungen sind in Gestalt von Fact Sheets organisiert (s. Anhang A).

¹⁸ Als bekannteste unter rund 10 Störungen: Borderline, antisoziale Persönlichkeit, narzisstische Störung.

¹⁹ Merikangas et al., 1996

²⁰ Die Zahlenangaben sind verschiedenen Übersichtsarbeiten entnommen: in Tsuang et al., 1995; im weiteren Eaton et al., 1991; Merikangas et al., 1996; Piccinelli & Gomez Homen, 1997; Angst et al., in press.; Wittchen, 2002; van Bijl et al., 2003; WHO ICPE, 2000

²¹ Durchschnittliche Lebenserwartung – durchschnittliches Alter bei Krankheitsbeginn = ~50 Jahre.

Tabelle 1: Übersicht über Range der Raten psychischer Störungen in internationalen epidemiologischer Studien (Raten in %; in den meisten Studien basierend auf DSM-Kriterien)

	12-Monats- Prävalenz	Lebenszeit- Prävalenz
DX Störungen insgesamt	20-30	40-50
DX Störungen exkl. Substanzst.	10-20	35-40
Schizophrenie	~0.5 (0.2-1.3)	0.3-1
affektive Störungen	2-10	10-25
Major Depression	2-7	5-20
Dysthymie		2-7
Hypomanie, bipolare Störungen		0.5-10
alle Angststörungen	7-17	13-27
generalisierte Angststörung	1.5-6.5	2.5-7
Panik	0.5-1.5	1-3.5
einfache Phobie	2-4	5-12
soziale Phobie	0.5-2	1-3.5
Agoraphobie	2.5-6	3-9
Zwangstörungen	0.5-3	0.5-4
Essstörungen		1.5
Persönlichkeitsstörungen	5	5-10
somatoforme Störungen		7-8 ²²

²² Nach Wittchen et al., 1999.

Tabelle 2: Übersicht über Ergebnisse der Zürich-Studie (Raten in %) *

	Prävalenz	Lebenszeit- Prävalenz	Lebenszeit- Behandlung
DX Störungen insgesamt (inkl. Substanzstörungen)		48	22**
affektive Störungen		24	13
Major Depression	8	23	
Dysthymie	0.2	3	
Hypomanie, bipolare Störungen	2	10 (inkl. Minor)	
alle Angststörungen		25	9
generalisierte Angststörung	0.5	6	
Panik	0.5	3.5	
einfache Phobie	4	11	
soziale Phobie	1.5	7	
Agoraphobie	2.5	8	
Zwangstörungen	1	4	
Essstörungen		1.5	
suizidale Gedanken		44.49	
Suizidversuch		8.5	

* exkl.: Neurasthenie, PTSD, Hypochondrie, Sexualstörungen, Persönlichkeitsstörungen

** darüber hinaus Behandlungen ohne Vorliegen einer Diagnose: 8%

3.3 Komorbidität psychischer Störungen

Gegenüber somatischen Erkrankungen ist bei psychischen Störungen u.a. auffällig, wie hoch der Anteil gleichzeitig auftretender weiterer Störungen ist. Die Komorbidität ist jedoch auch aus anderen Gründen von grosser Bedeutung. Sie geht mit einer schlechteren Prognose einher ebenso wie mit erhöhtem Behandlungsbedarf, höherem Beeinträchtigungsgrad etc.. Rechtzeitige und adäquate Behandlung von neu auftretenden psychischen Störungen ist deshalb zugleich auch als Prävention der Komorbidität zu verstehen.²³

²³ Der Bericht blendet die Problematik der somatischen Komorbidität bei psychischen Krankheiten aus. Die Fragestellung taucht zumeist aus der Perspektive chronischer, letaler oder schwerer Krankheiten auf und verzweigt auf die Depression. Aus der Perspektive der Public Health (Erfassung durch praktizierende Ärzte, gesundheitsökonomische Folgen) ist die Transformation von psychischen Störungen in somatische Symptome möglicherweise von grösserer Bedeutung.

Wie die einfachen Häufigkeiten lässt sich auch die Häufigkeit der Komorbidität im Sinne der Prävalenz- oder Lebenszeitprävalenzparameter beschreiben. Die Lebenszeitprävalenz der Komorbidität von psychischen Störungen liegt in der Grössenordnung von 50%; unter der Annahme, dass jeder Dritte bis jeder Zweite während seines / ihres Lebens unter einer psychischen Störung leidet, folgt, dass 15-25% der Bevölkerung an zwei oder mehreren Störungen erkranken. Gemäss Daten aus der NCS-Studie (Kessler, 1995) entfallen knapp 90% der als schwer bezeichneten Störungen auf Personen mit komorbiden Störungen.

Wenn die Hauptkategorien der psychischen Störungen (Affektstörungen, Angststörungen, Substanzstörungen) miteinander abgeglichen werden, so beträgt die Lebenszeit-Komorbidität in der ECA- und in der NCS-Studie (Kessler, 1995) 54% und 56% (für Diagnosen in mindestens zwei der Kategorien gegenüber allen diagnostizierten Fällen). In der Basler-Studie betrug die retrospektiv erfasste Lebenszeit-Komorbidität zwischen affektiven Störungen und Angststörungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung 10% (Wacker, 1995), dies also ohne Einschluss von Substanzstörungen. Werden die Angststörungen nach Phobien und Angst- und Zwangstörungen differenziert (Angst et al., 2002), so zeigt sich eine deutlich stärkere Assoziation zwischen Depression und Angst- / Zwangstörungen (OR=3.3²⁴) als zwischen Depression und Phobien (OR=2.0); auch zwischen Phobien und Angst- und Zwangstörungen bleibt die Odds Ratio vergleichsweise tief (OR=1.9).

Die Komorbidität von Störungen innerhalb der einzelnen Hauptkategorien ist in der Regel deutlich ausgeprägter als über die Grenzen der Hauptkategorien hinweg. Besonders deutlich wird dies bei Depression, Dysthymie und bipolaren Störungen, aber auch bei Phobien (namentlich Sozial- und Agoraphobie). Hohe Odds Ratios zwischen verschiedenen affektiven Störungen und der Generalisierten Angststörung weisen, wie immer wieder angenommen wird, auf eine teilweise gemeinsame Ätiologie hin (OR's > 3).

Die von Kessler (1995) für die ECA- und die NCS-Studie ausgewiesenen Odds Ratios zur Komorbidität sind wie auch jene weiterer Studien (Merikangas et al., 1996) höher als bei Angst et al. (2002). Die Werte der Odds Ratios z.B. für Komorbidität zwischen Depression und Dysthymie erreichen bewegen sich um 13 bzw. 14 herum; für die Assoziation zwischen Generalisierter Angststörung und Depression bzw. Dysthymie liegen sie um 10 herum. Möglicherweise hängt dies mit den unterschiedlichen diagnostischen Instrumenten zusammen. Unabhängig vom Niveau der Assoziationen bleiben die Relationen zwischen den einzelnen Störungen erhalten. Nahezu immer²⁵ gilt: eine psychische Störung zieht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eine zweite nach sich.

Komorbidität hat ernstzunehmende Implikationen (nach Kessler, 1995):

²⁴ Die Odds Ratio bedeutet, dass eine Person mit Depression ein 3.3-faches Risiko hat, an einer Angst-/Zwangstörung zu erkranken, gegenüber einer Person ohne Depression. Interpretation ist analog für folgende OR's.

²⁵ Genauer: "für jede psychische Störung".

- mehr Behandlungsprobleme: bekannt sind namentlich Probleme in Zusammenhang mit Komorbidität mit Substanzstörungen wegen Interferenzen mit den verordneten Medikamenten sowie wegen der schlechteren Compliance;
- Schweregrad, Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung, Suizidalität;
- häufigere / stärkere Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen; erhöhter Medikamentenkonsum;
- höhere soziale "Kosten": Verlust der sozialen Rollen und Funktionen, Produktivitätsverluste und Arbeitslosigkeit, Trennung von familiären Bindungen, soziale Isolation, Konflikthäufigkeit

Jules Angst et al. (2002) haben in ihrer Arbeit über die Lebenszeit-Komorbidität in der Zürich-Studie sowohl potentielle Determinanten (Familienanamnese, soziodemographische Merkmale, Alter bei Beginn) als auch Konsequenzen im Sinne des Schweregrades (Beeinträchtigung Arbeit, Beeinträchtigung in Freizeit, subjektiver Distress, Lebensqualität, globaler Schweregrad anhand des SCL-90-R) erhoben. Bei den Einflussgrößen hat sich v.a. das Onset-Alter als wichtig gezeigt, indem jüngeres Alter mit höherer Komorbidität einhergeht. In Bezug auf die Konsequenzen der Komorbidität weisen die Zürcher Daten darauf hin, dass sich die Zahl komorbider Störungen auf alle genannten Parameter auswirkt. Dieser Befund widerspricht der Hypothese, dass die Komorbidität mit einer bestimmten Störung wie Depression den Schweregrad besser voraussagt als die Anzahl komorbider Störungen.

3.4 Weitere klinisch-epidemiologische Charakteristika psychischer Störungen

Neben den blossen Häufigkeiten sowie der Komorbidität interessieren einige weitere Charakteristika, die sowohl für die Betroffenen als auch das Versorgungssystem unmittelbar wichtig sind: Schweregrad der Störungen, Verlaufstypen, Remissionsraten, Chronifizierung, subjektiver Leidensdruck. Im Rahmen dieses Berichtes kann nur punktuell darauf eingegangen werden. Zu berücksichtigen ist, dass hier die Rahmenbedingungen mit der Entwicklung neuer Medikamente ständig im Fluss sind. Eine fundierte Übersicht würde ein Review der Literatur voraussetzen, welches durch periodische Updates zu ergänzen wäre.

In der Psychiatrie hat sich die Ansicht durchgesetzt, dass der Schweregrad der einzelnen Störungen sich auf einem Kontinuum bewegt, also nicht ohne weiteres auseinanderhalten lässt. Kriterien, um den Schweregrad der einzelnen Störungen zu bestimmen, sind durch die Klassifikationssystem vorgegeben, allerdings werden sie in den epidemiologischen Arbeiten nicht konsistent ausgewiesen. Als Alternativkriterien kommen in Frage:

- der subjektive Leidensdruck: dieser unterscheidet sich stark unter den einzelnen Störungen; interessant ist u.a., dass bei Depression auch schon bei leichteren Formen ein hoher subjektiver Leidensdruck besteht;
- Beeinträchtigungen (Arbeit, Freizeit, Alltag); dieses Kriterium wurde mit dem DSM-IV "offiziell", ist aber aus denselben Gründen problematisch wie subjektiver Leidensdruck;
- Therapieresistenz.

Ein interessanter Ansatz wird von den Autoren der Vergleichsstudie nationaler Surveys (van Bijl et al., 2003) realisiert. Sie teilen einerseits den einzelnen (diagnostizierten) Störungen einen Wert für den Schweregrad zu: 1 für soziale Phobie und Dysthymie, 2 für Agoraphobie, soziale Phobie und Substanzstörungen, 4 für Majore Depression, generalisierte Angststörung, Panik und Manie. Andererseits bilden sie aufgrund der Komorbiditäten einen Summenscore, welchen sie folgendermassen unterteilen: leichte Störungen: 1-2 Punkte; moderate Störungen: 3-4 Punkte; schwere Störungen: 5 Punkte und mehr. Über die einbezogenen Untersuchungen gemittelt fallen etwa die Hälfte aller diagnostizierten Fälle in die Kategorie "leichte Störungen", während je ein Viertel der Fälle sich auf "moderate" und "schwere" Störungen verteilt.

Der Verlauf psychischer Störungen ist stark abhängig von der Therapie und deren Entwicklung. Die IOWA-500-Studie (Winokur / Tsuang, 1996) hat versucht, aufgrund archivierter Interviewdaten die Entwicklung behandelter und unbehandelter schwerer psychischer Störungen über eine lange Zeitspanne nachzuvollziehen. Der Anteil der Remissionen bei unbehandelten depressiven und bipolaren Störungen schreitet mit der Zeit kontinuierlich voran und erreicht nach einem Jahr einen Drittel, nach drei Jahren zwei Drittel und nach 5 Jahren 75-90% der Fälle. Die Remissionsrate lässt sich bei Behandlung auf einen Einjahreswert von 70-90% erhöhen (Hirschfeld, 2001).

Bei Schizophrenien und schizophreniformen Störungen sind in der IOWA-Studie nach 5 Jahren 15-30% der Fälle remittiert und dieser Anteil verändert sich danach nicht wesentlich. Die Grössenordnung deckt sich mit Ergebnissen aus älteren europäischen Untersuchungen (Schifferdecker, 1992). Einen Überblick über neuere Daten vermitteln Davidson & McGlashan (1997), Bromet & Fennig (1999), Robinson et al. (1999a,b)

3.5 Problematik der Epidemiologie psychischer Symptome

Die quantitative Beschreibung von psychischen Störungen könnte sich im Prinzip auf die in den Diagnose-Systemen vorgefassten Kategorien beschränken. Für den einzelnen Menschen und zugleich auch für das Versorgungssystem können jedoch einzelne Symptome unbesehen der zugrundeliegenden Störung im Vordergrund stehen, sei es angesichts des Leidensdrucks, der Therapien oder der sozialen und ökonomischen Konsequenzen. Zu den häufigsten Symptomen psychischer Störungen gehören affektive Symptome (Traurigkeit, Deprimiertheit, aber auch übertriebene Zuversicht), Ängste, Antriebsstörungen (z.B. Schwäche, Müdigkeit, Interesselosigkeit). In diese Kategorie gehören auch der Suizid (Ajdacic-Gross, 1999), und damit eng zusammenhängend Suizidversuche, suizidale Gedanken, Todesgedanken; darüber hinaus neben selbstverletzendem Verhalten (Hänsli, 1996) und selbstschädigendem Verhalten in allen Varianten ebenso somatische Symptome, welche eine Zwischenposition zwischen psychischen und somatischen Störungen einnehmen (Schlafstörungen, Sexualitätsstörungen, ev.

Hypochondrie, Essstörungen). Aus einer nochmals breiteren Perspektive sind kognitive und intellektuelle Störungen hinzuzuzählen (einfaches Beispiel: Konzentrationsprobleme, Wahrnehmungsdefizite, Verlust sozialer Kompetenzen etc.), Wahrnehmungsstörungen (z.B. Überempfindlichkeit), sowie eine Reihe von somatischen Symptomen (Magen-, Herz-, Atmungsprobleme; Ohnmacht, Schwindel; Schweissausbrüche und Kälteempfindungen; Schmerzempfindungen, Verspannungen) und spezifischer Verhaltensweisen (Rückzug, Vermeidungsverhalten, Absentismus, Nervosität und Unruhe etc.)

Zwei Dinge erscheinen auch bei einer oberflächlichen Durchsicht wesentlich:

- die Symptome, welche mit psychischen Krankheiten und Störungen einhergehen, folgen in vielen Fällen einer starken sozio-kulturell geprägten Eigendynamik; es ist daher nicht angebracht, von Symptomen allein auf die zugrundeliegenden Störungen zu schliessen; ein extremes Beispiel ist Suizid: Suizide gehen zwar in der überwiegenden Zahl der Fälle auf Depression, Schizophrenie und andere psychische Störungen zurück, aber Ausmass und Wandel der Suizidhäufigkeiten stehen überraschenderweise mit diesen Störungen in keinem Zusammenhang; zudem variieren Häufigkeiten von vergleichbaren Symptomen wie z.B. Suizid, Suizidversuch und Suizidgedanken gelegentlich in genau entgegengesetzter Weise (z.B. im Vergleich nach Geschlecht: Suizid ist häufiger bei Männern (älteren Menschen), Suizidversuch und -gedanken dagegen bei Frauen (jüngeren Menschen));
- die Aufzählung der Symptome mag eine Hierarchie suggerieren, was den angenommenen Leidensdruck auf die Individuen betrifft; die Folgen im Alltag können aber weit darüber hinausgehen (Beispiele: Unfälle wegen Schlaf- oder Konzentrationsmangel (Laube et al., 1998), soziale Isolation, Produktivitätsausfälle etc.), sie bleiben jedoch nicht ohne weiteres erfassbar.

3.6 Epidemiologie des Suizids in der Schweiz

Psychische Störungen mögen zwar einen starken Leidensdruck entwickeln, ihr Image ist jedoch durch die Feststellung geprägt, dass sie nicht letal sind. Das sichtbarste Gegenargument hat die schwere Substanzabhängigkeit mit den vielen Drogen- und AIDS-Toten in den vergangenen zwei Jahrzehnten geboten. Das gewichtigste Gegenargument bietet der Suizid.

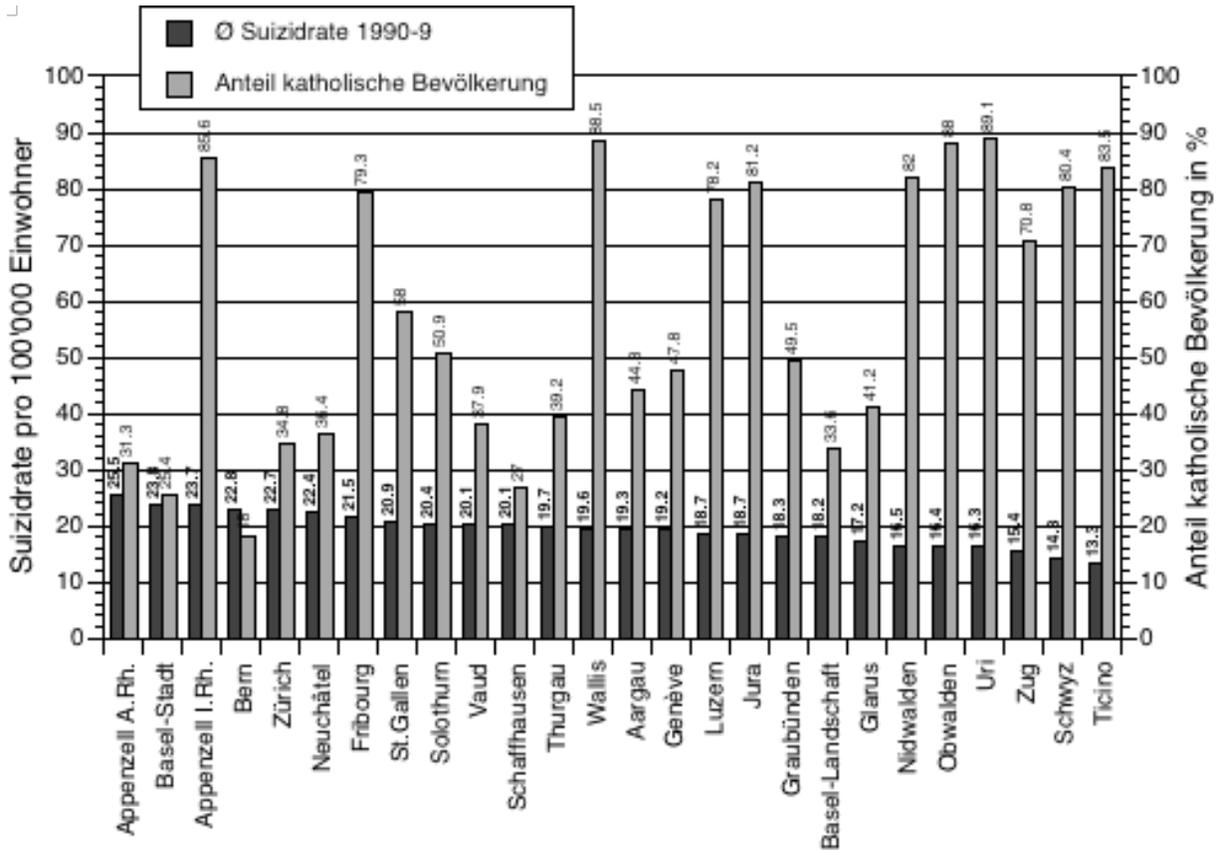


Abbildung 1:

Suizidraten pro 100'000 Einwohner (Durchschnittswert 1990-99) verglichen mit dem Anteil katholischer Bevölkerung um 1990 (in %), nach Kantonen (adaptiert nach Page, 2000; Quelle: BFS Statistik der Todesfälle und Todesursachen und Volkszählung 1990)

Jährlich begingen in den letzten Dekaden durchschnittlich ca. 1000 Männer und 400 Frauen einen Suizid. Insgesamt entspricht dies einer Rate von etwa 20 pro 100'000. Was für ein einzelnes Jahr als seltenes Ereignis erscheint, zeigt sich aus der Lebenszeitperspektive überraschend anders: vollendeter Suizid betrifft eine Person aus 100 Mitgliedern einer Generation.²⁶

²⁶ Dies wird massgeblich durch den Umstand begründet, dass v.a. junge und mittelalterliche Menschen in den Zahlen erscheinen, Suizid also mit einem tiefen Durchschnittsalter einhergeht.

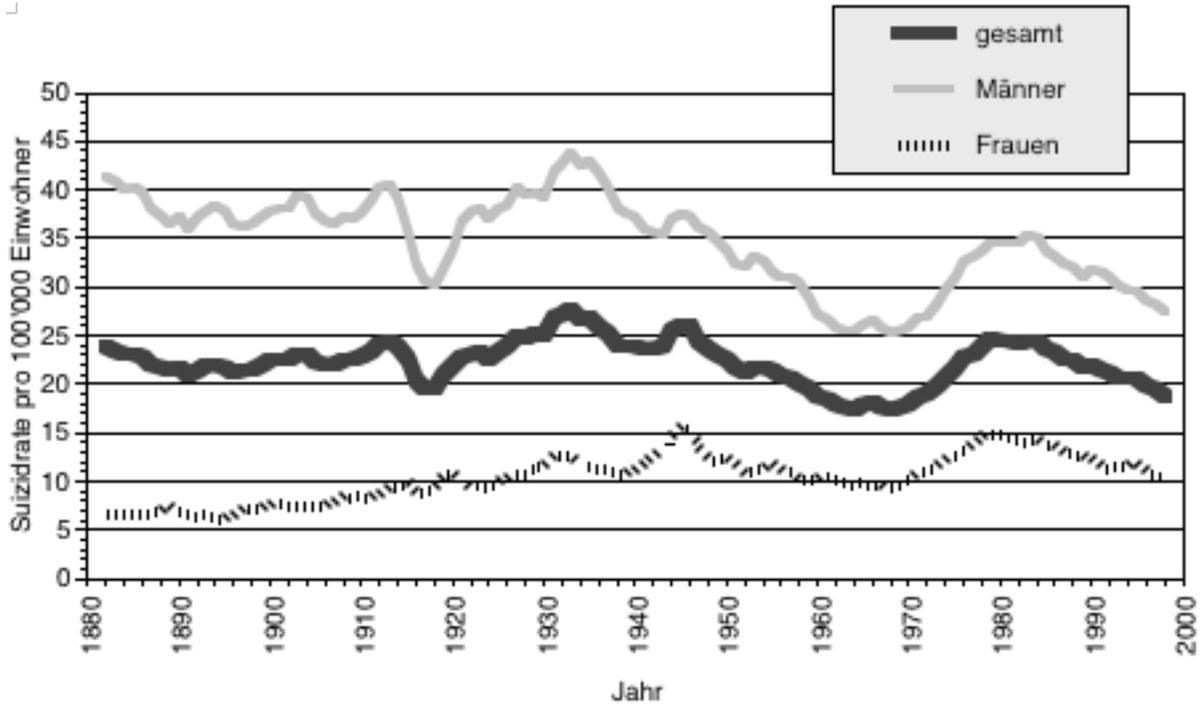


Abbildung 2:

Rohe Suizidraten nach Geschlecht, 1881-2000, gleitende Mittelwerte über 3 Jahre (Quelle: BFS Statistik der Todesfälle und Todesursachen)

Die häufigsten Suizidmethoden sind Erhängen und Erschiessen (>20%), daneben auch Vergiftungen (v.a. Tablettsuizide, >10%). Der Anteil des Erschiessens –noch deutlicher als Erhängen eine typisch männliche Suizidmethode – hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im weiteren zeichnen sich die Verteilungen nach Suizidmethoden durch typische regionale Eigenarten aus.

Innerhalb der regionalen Vergleiche haben die unerwartet hohen Raten der beiden Appenzell Bekanntheit erlangt. Suizidraten sind im weiteren höher in städtischen Umgebungen als in ländlichen; sie sind zudem höher in reformierten Gebieten als in katholischen (Abbildung 1; adaptiert nach Page, 2000).

Die Entwicklung der Suizidraten in der Zeit ist seit 1876, also seit den Anfängen der Todesursachenstatistik in der Schweiz, erfasst. Wie die Zeitreihen aufzeigen, haben die Raten entgegen einem weitverbreiteten Vorurteil nicht stetig zugenommen, sondern erreichten um die

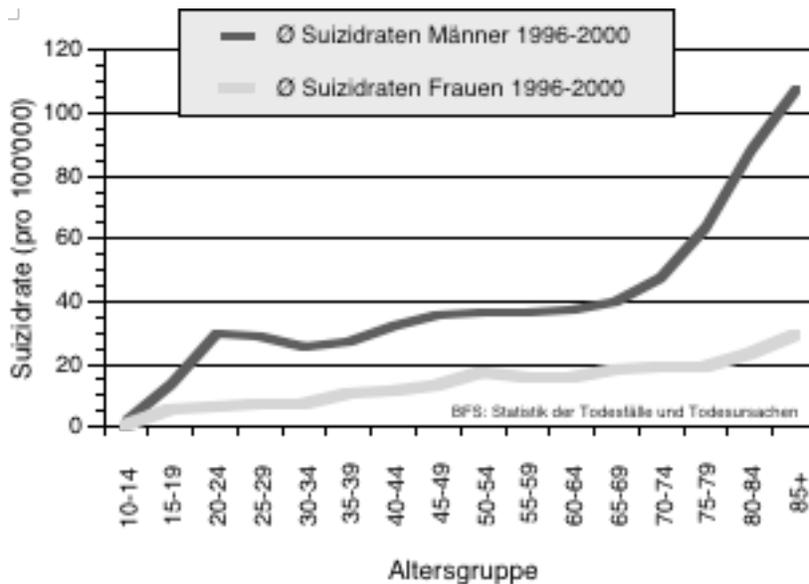


Abbildung 3:

Suizidrate nach Geschlecht und Alter, durchschnittliche Werte 1995-99 (Quelle: BFS Statistik der Todesfälle und Todesursachen)

Wende zum 20. Jahrhundert und in den Krisenjahren vorläufige Höchstwerte. Bei differenzierterer Betrachtung (Abbildung 2) wird deutlich, dass dieses Hoch v.a. auf die Suizidrate der Männer zurückgeht, und zwar der Männer in mehrheitlich reformierten Gebieten. Dagegen weisen die Raten der Frauen und auch diejenigen der Männer in mehrheitlich katholischen Kantonen einen langfristigen Aufwärtstrend auf.

Der Altersverlauf der Suizidrate (Abbildung 3) zeigt nach einem Zwischenplateau bei den 20-24-jährigen einen zunächst moderaten und im höheren Alter beschleunigten Anstieg. Dieser fällt bei den Männern deutlicher aus als bei den Frauen. Vermutlich wurde er in den letzten Jahren zusätzlich durch den Einfluss der Sterbebegleitorganisationen akzentuiert. Interessanterweise hat sich der Altersverlauf der Suizidrate der Männer während der vergangenen 100 Jahre sehr stark gewandelt, dies vermutlich unter dem Einfluss von generationenspezifischen Effekten, die sich zwar statistisch nachweisen lassen, sich jedoch noch jeglichem Erklärungsversuch entziehen (Ajdacic-Gross, 1999).

Suizidversuche und erst recht Suizidgedanken sind weitaus häufiger als vollendeter Suizid. Etwa 10% der Mitglieder einer Generation haben ein- oder mehrmals im Leben einen Suizidversuch unternommen (Angst et al., 1992; Angst et al., 1999), gegen 50% (mit einer schwer schätzbarer Dunkelziffer) geben an, Suizidgedanken gehabt zu haben (unveröffentlichte Daten aus der Zürich-Studie). Im Gegensatz zum vollendeten Suizid sind Versuche und Gedanken typischerweise bei jungen Menschen anzutreffen, und sie sind bei Frauen häufiger als bei

Männern. Gleichwohl ist der Suizidversuch nach wie vor der beste Prädiktor für vollendeten Suizid; Suizidgedanken (und Todesgedanken) figurieren als ein wichtiges Symptom für Depression, welches zudem ein Handlungssignal für den Therapeuten oder den Arzt ist. Die Zusammenhänge mit dem vollendeten Suizid sind letztlich nur ungenügend verstanden.

Die schweizerische Forschung zum Suizid ist auf alle universitären Zentren verteilt. Beiträge zum vollendeten Suizid bzw. zu Suizidraten stammen dabei v.a. von sozialwissenschaftlicher Seite (Killias, 1993; Eisner, 1997) oder von der Sozial- und Präventivmedizin (Schüler & Bopp, 1997; La Vecchia et al., 1993). Die Probleme rund um die Zuverlässigkeit der Todesursachendaten wurden von Jakob (1986) behandelt.

Suizidversuche wurden am eingehendsten durch Konrad Michel und Mitarbeiter (2000, 1994, 1991) untersucht, dies für die Agglomeration Bern im Rahmen der "WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide".²⁷ Weitere Schwerpunkte der Gruppe um Michel bildet der Einfluss der Massenmedien auf das Suizidverhalten, sowie Präventionsforschung an der Schnittstelle zur medizinischen Grundversorgung. Suizidales Verhalten in breit angelegten Untersuchungsdesigns wurde in Forschungsarbeiten u.a. von Angst (Angst & Clayton, 1998), Buddeberg und Mitarbeitern (1996), Killias und Mitarbeitern (Escard et al., 2003)

Daneben existieren eine Reihe von thematisch enger gefassten epidemiologischen Arbeiten (z.B. in Bezug auf einzelne Methoden, Substanzstörungen etc.) oder von Arbeiten klinisch-epidemiologischer Natur. Vergleichsweise gut vertreten ist aufgrund verfügbarer Surveydaten die Forschung des Jugendlichensuizids (Michaud, 1983; Rey Gex et al., 1998; Ladame, 1982; Laederach et al., 1999), weniger gut hingegen jene des Alterssuizids; darauf kann hier nicht weiter eingegangen werden. Ein Sonderthema, welches aktuell die grösste Beachtung findet, ist im übrigen der assistierte Suizid (Bosshard et al., 2003; Frei et al., 2003).

3.7 Spezielle Fragestellungen: Geschlechtsverhältnis, Wandel und weitere

Spezielle Fragestellungen zum Thema psychiatrische Epidemiologie haben sich oft nicht nur aus einer inneren Dynamik heraus entwickelt. Oft sind Fragestellungen beteiligt, die von aussen, also von der Gesellschaft, an den Forschungsgegenstand herangetragen worden sind. Exemplarisch wird hier in aller Kürze auf zwei Themen eingegangen:

- das Geschlechtsverhältnis bei psychischen Erkrankungen ist sehr gut untersucht und wird dennoch stark diskutiert; es zeigen sich bei vielen Erkrankungen höhere Raten für Frauen; entsprechend stellt sich die Frage nach verzerrten Forschungsergebnissen, umgekehrt aber auch die Frage nach den möglichen Schlussfolgerungen für ein besseres Verständnis der Ätiologie;

²⁷ Eine Fortsetzung für die Schweiz wird z.Z. in Basel durch Maritn Eichhorn vorbereitet.

- der Wandel der Häufigkeiten psychischer Störungen ist aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung ein zentrales Thema.

Umstritten und nicht definitiv beantwortet sind eine Reihe weiterer Fragen, die im Hinblick auf die Ätiologie wie auch aus sozialen Gründen relevant sind. Hier müssen ein kurzer Hinweis und eine unvollständige Liste genügen:

- Alter bei Krankheitsbeginn: weshalb beginnen psychische Störungen zumeist in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter? gehen mit dem Erkrankungsalter unterschiedliche Subformen, unterschiedliche pathogenetische Mechanismen einher?
- familiäre Prädisposition: wieweit ist die genetische Prädisposition, wieweit familiäre Sozialisationsbedingungen, wieweit Interaktionen zwischen den beiden Effekte wirksam sind?
- weitere Sozialisationsbedingungen: kann z.B. die Schule psychisch krank machen?
- Auswirkungen von Missbrauch, Gewalt: wieweit lassen sich Ergebnisse bez. der Auswirkungen sexuellen Missbrauchs auf die Entwicklung psychischer Störungen auch auf andere Formen von Gewaltanwendung übertragen?
- Stadt-/Landunterschiede: sind psychische Störungen in urbanen Gebieten häufiger als in ländlichen?
- Armut: begünstigt Armut psychische Störungen?
- MigrantInnen: wie wirkt sich Migration auf das Auftreten psychischer Störungen aus? weisen MigrantInnen zum vornherein weniger oder mehr psychische Störungen als die Bevölkerung des Immigrationslandes auf?

Geschlechtsverhältnis bei psychischen Störungen:

Bei verschiedenen psychischen Störungen wie der Depression²⁸ oder Angststörungen sind höhere Raten bei Frauen gefunden worden als bei Männern. Die Verhältnisse spiegeln sich auch in den Daten der Zürich-Studie oder der Studie von Wacker. Wenn alle psychischen Störungen einschliesslich der Substanzstörungen berücksichtigt werden, gleicht sich die Sex-Ratio allerdings aus. Eine ambivalente Konstellation findet sich auch bei den Suiziden, indem Suizidversuche bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern, dagegen vollendete Suizide bei Männern häufiger sind. Wird zwischen einzelnen Störungen differenziert, zeigen sich abermals verschiedene Konstellationen. Die Daten der Zürich-Studie (Angst et al., in press) geben z.B. für bipolare Störungen keinen Geschlechtsunterschied wieder, dies ganz im Gegensatz zu Depression. Bei den Angststörungen ist die Sex-Ratio am ausgeprägtesten bei der Panik (OR=6.3) gegenüber ORs von 2-3 bei den Phobien; Zwangstörungen sind wiederum bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

²⁸ Für die höheren Raten der Frauen bei Depression stehen grundsätzlich zwei Erklärungsansätze zur Debatte: entweder handelt es sich um einen Erfassungsbias oder der Sex-Ratio liegt eine relevante Ursache zugrunde. Eine Argumentation zugunsten der ersten These wurde u.a. von Jules Angst vertreten, der darauf hinwies, dass Männer in der Regel weniger Symptome angeben als Frauen. Neben der geschlechtsspezifischen Antwortbereitschaft sind weitere Argumente bei Piccinelli & Gomez Homen, 1997, zusammengefasst worden.

Wandel der Häufigkeiten psychischer Störungen in der Zeit:

Interessant und aufgrund der methodischen Unwägbarkeiten zugleich schwierig zu beantworten ist die Frage, wie weit sich die Häufigkeiten psychischer Störungen in der Zeit verändern, ob Sie zu- oder abnehmen – und gegebenenfalls weshalb. Zudem ist zu unterscheiden, ob Wandel mit aktuellen Einflüssen assoziiert wird oder mit latenten Einflüssen wie z.B. generationenspezifischen Effekten. Für Störungen wie Essstörungen (oder auch einzelne Substanzstörungen) ist die Antwort einfach und eindeutig: sie kommen (aber gehen zum Teil) mit bestimmten kulturellen Moden oder verfügbaren Suchtmitteln. Für schwere Störungen wie die Schizophrenie oder die Depression fehlen entsprechende Analogien. Im Falle der Depression hat die wissenschaftliche Diskussion Ende der 1980-er Jahre eingesetzt (s. auch die Zusammenfassung in Piccinelli & Gomez Homen, 1997) und hat durch die grossen US-amerikanischen Studien neue Nahrung bekommen (Kessler et al., 1994). Die Aufmerksamkeit, welche Kohorteneffekten dabei geschenkt wurde (neben Kessler et al. siehe auch Wickramaratne et al., 1989), erscheint angesichts der Resultate der Alters-Perioden-Kohorten-Analysen mit Suiziddaten (Ajdacic-Gross, 1999) durchaus berechtigt.

3.8 Zusammenfassung und Diskussion

Rund 50% der Bevölkerung leiden während ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung. Rund 25% haben zwei oder mehr psychische Störungen. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen kontrastiert mit dem völlig ungenügenden Wissen in der Bevölkerung (s. Kapitel 6), mit der Stigmatisierung der Betroffenen oder auch mit unangemessenem Bewältigungsverhalten der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes.

Für die Gesundheitspolitik ist hingegen von Bedeutung, wie hoch die *jährlichen* Prävalenzwerte oder Inzidenzwerte sind. 20-30% der Bevölkerung leiden innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten an einer psychischen Störung, 1-2% erkranken jährlich neu. Besonders häufig sind affektive Störungen und Angststörungen. Mit der Zürcher-Studie und der Studie von Wacker haben zwei grosse Studien die Grössenordnungen der internationalen Daten bestätigt. Die Zürcher-Studie ist zudem auch international eine der seltenen Längsschnittuntersuchungen, welche prospektive Daten generiert hat. Leider sind in der Schweiz keine weiteren vergleichbaren Studien durchgeführt worden.

Es ist wichtig im Auge zu behalten, dass die Charakteristika und der Schweregrad der psychischen Störungen sehr stark variieren können. Nicht alle psychischen Störungen gehen zwingend mit Beeinträchtigungen einher (Beispiel Einfache Phobien, deren "Ursache" sich umgehen lässt), viele remittieren spontan auch ohne therapeutische Eingriffe. Doch schätzungsweise die Hälfte der psychischen Störungen, und dabei zum grössten Teil komorbide Störungen, sind als schwerwiegend zu bezeichnen.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen erstaunen die hohen Lebenszeitprävalenzen von Suizidversuchen und die Raten der vollendeten Suizide nicht. Wie Suizid sind oft die Symptome psychischer Störungen sichtbarer als die Störungen selbst, sie sind jedoch nicht immer als solche fassbar.

Die von verschiedenen Studien ausgewiesenen Prävalenz- und Inzidenzraten in der psychiatrischen Epidemiologie unterliegen einer enormen Variation. Sie sind in den 1990-er Jahren gegenüber der vorangegangenen Dekade deutlich nach oben korrigiert worden. Die Variation hängt nicht nur mit den Erhebungsinstrumenten zusammen, sondern auch mit den aktuellen Diagnosekriterien sowie in geringerem Masse mit Wandel, kulturspezifischen Unterschieden in der Psychopathologie und anderen, im engeren Sinne krankheitsrelevanten Faktoren (z.B. Risiko- und protektiven Faktoren, Prävention, Früherkennung, Behandlung etc.). Die Variation der Prävalenz- und Inzidenzraten hängt schliesslich unvermeidbar damit zusammen, dass die zugrundeliegenden Symptome – wie das Beispiel Suizid zeigt – vermutlich starken Schwankungen ohne Bezug zu den diagnostizierbaren Erkrankungen unterliegen. Um die Variation in Zukunft besser in den Griff zu bekommen, werden folgende methodische Probleme gelöst werden müssen:

- a) Berücksichtigung der Antwortbereitschaft der ProbandInnen, dies angesichts der tabuisierten Themen nach verschiedenen Kriterien (Alter, Geschlecht, kultureller und sozio-ökonomischer Hintergrund);
- b) Berücksichtigung der Selbstwahrnehmung der ProbandInnen, auch hier wieder in Abhängigkeit von Kriterien wie Alter und sozio-kulturellem Hintergrund;
- c) die Wahl des retrospektiven oder des prospektiven Designs: eine prospektiv durchgeführte Panel-Studie wie die Zürich-Studie wird angesichts der Themen tendenziell höhere Häufigkeiten ausweisen können als eine retrospektive Studie; die meisten Studien gehören zur zweiten Kategorie und unterschätzen tendentiell die realen Häufigkeiten.

4 Ergebnisse zu psychischen Beschwerden aufgrund weiterer Datenquellen: Gesundheitsfragen in Populations surveys

Diejenigen Datenquellen in der Gesundheitsforschung, die in quantitativer Hinsicht am meisten beeindruckend sind, sind Populations surveys wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) oder auch das Schweizerische Haushaltspanel (SHP). Sie beruhen auf Datenangaben von Tausenden von Befragten. In diesen Surveys findet sich neben allgemeinen gesundheitlichen Fragen eine Fülle von sozio-demographischen, sozio-ökonomischen, kulturellen, Netzwerk- und Verhaltensvariablen. Unter anderem sind auch einige Angaben zu psychischen Beschwerden verfügbar. Zu klären bleibt die Frage, wie es über die Verfügbarkeit hinaus um die Verwendbarkeit bestellt ist. Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse aus den Bevölkerungssurveys in Hinblick auf das Auftreten von psychischen Beschwerden sowie die Nutzung professioneller Hilfe zusammengefasst.²⁹ In einem zweiten Schritt werden sie mit Ergebnissen aus der Zürich-Studie verglichen, wo gleichzeitig Aussagen auf Symptomebene und auf Diagnoseebene möglich sind.

Neben den Surveys bestehen im übrigen eine Reihe weiterer Datenquellen, die für die psychiatrische Epidemiologie von Nutzen sind, jedoch mit limitierenden Besonderheiten einhergehen:

- die Schweizerische Todesursachenstatistik, die über Suizide und andere gewaltsame Todesursachen hinaus allerdings höchstens für Komorbiditätsuntersuchungen in Frage kommt;
- die Medizinische Statistik der Krankenhäuser und psychiatrischer Kliniken ab 1998, welche die Hospitalisationen ausweist;³⁰
- die IV-Statistik;
- Statistiken der Krankenversicherungen;
- Schweizerischer Diagnose Index des IMS•IHA Hergiswil.

Weitere Datenquellen sind in anderen Publikationen des Gesundheitsobservatoriums (Rüesch & Manzoni, 2003) sowie früheren Arbeiten zum Monitoring "Psychische Gesundheit" (Niklovitz & Meyer, 2001) bereits diskutiert worden. Eine neue Datenquelle eröffnet sich durch Rekrutenerhebungen, die seit diesem Jahr nach einem neuen Verfahren durchgeführt werden. Dieses enthält neben physischen und psychologischen Tests auch ein breit angelegtes psychiatrisches Screening.³¹

²⁹ Der Anhang B dokumentiert diejenigen Variablen aus der SGB und dem SHP, welche zu psychischen Symptomen in den beiden Befragungen vorliegen und tendenziell vergleichbar sind.

³⁰ Erfasste Merkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnregion, Datum des Spitaleintritts- und -austritts, Aufenthalt vor Eintritt und nach Austritt, einweisende Instanz, Behandlung nach Austritt, Dauer der Intensivbehandlung, Krankheiten und andere Gesundheitsprobleme, Medizinische Eingriffe.

³¹ Verantwortlich für die Durchführung ist das Fachzentrum für Katastrophen- und Wehrpsychiatrie Zürich.

4.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik wurde bis anhin drei Mal – 1992/93, 1997 und 2002 – durchgeführt. Die Befragungen umfassen:

- ein telefonisches Interview;
- ein schriftliches Interview (Subsample);
- ein persönliches Interview (75-jährige und ältere).

1992/93 wurden 15'288 ProbandInnen, 1997 13'004 ProbandInnen befragt. Die Daten 2002 lagen beim Verfassen dieses Berichtes noch nicht vor.

Die Fragen im Bereich psychische Gesundheit sind in der Qualität sehr unterschiedlich (vgl. Anhang B). Teilweise sprechen sie eine einzelne Störung (Depression) konkret an, teilweise psychische Probleme allgemein, teilweise einzelne Symptome. Grosses Gewicht wurde auf die Erfassung von Trinkgewohnheiten und Substanzmissbrauch gelegt. Daneben wurden Items in die Befragung eingebaut, welche an Screeninginstrumenten wie dem General Health Questionnaire (GHQ) angelehnt sind oder komplexe Persönlichkeitsmerkmale wie Coping, Kontrollüberzeugungen u.a. erfassen und ebenfalls eine Reihe von Variablen enthalten, die als Indikatoren für psychische Beschwerden herangezogen werden können.

Die Daten der Gesundheitsbefragung wurden bereits ausführlich durch Maryvonne Gognalons-Nicolet u.a. ausgewertet (Gognalons-Nicolet et al., 2001). Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse in Anlehnung an ihre Arbeit wiedergegeben. Wie erwähnt, bleiben die Daten zu Substanzmissbrauch und -störungen dabei unberücksichtigt.

Die Auswertungsmatrix von Gognalons-Nicolet und Mitarbeiter/-innen umfasst auf der einen Seite psychische Beschwerden, Alkoholmissbrauch und Substanzmissbrauch; und auf der anderen Seite: deklarierte / behandelte Störungen, psychische Symptome, somatoforme Symptome (die oft im Verbund mit psychischen Störungen auftreten). Die Art und Anzahl der erfassten Symptome wie auch die Nebeninformationen (zeitliche Dauer, Häufigkeit etc.) beschränkt die Aussagekraft der Ergebnisse. Ein wesentliches Ziel der Auswertungen bestand darin, anhand der Beschwerden eine Hochrechnung über das Ausmass psychischer Störungen in der Bevölkerung anzustellen. Dennoch lässt die Qualität der Daten nur das zu, was auf der Ebene eines Screening-Instrumentes möglich ist. Aussagen über psychische Störungen im engeren Sinne, über Komorbidität (exkl. Substanzstörungen), und über die Konsequenzen – Leidensdruck, Beeinträchtigungen im Alltag oder die Nutzung professioneller Hilfe – bleiben aufgrund der vorhandenen (bzw. nicht vorhandenen) Daten ein uneinlösbares Versprechen.

Bei den erfassten psychischen Symptomen werden hauptsächlich Depression und Neurasthenie angesprochen, daneben Schlafprobleme und Essstörungen. Zu Angststörungen, Phobien etc. wurden keine Fragen einbezogen.³² In Tabelle 3 sind die Häufigkeiten für Symptome der

³² Dies mit Ausnahme der Frage TPSYG06 (Angst davor, krank zu werden).

Depression und Neurasthenie ausgewiesen, soweit die Antworten in eine oder – je nach dem – zwei extreme Kategorien festgelegt wurden (z.B. täglich oder wöchentlich).

Tabelle 3: Häufigkeiten für verschiedene Symptome der Depression und Neurasthenie, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 1992/3 & 1997, Bundesamt für Statistik (nach Gognalons-Nicolet et al. (2001))

Items der psychischen Störungen	1992/3	1997
Gefühl der allgemeinen Schwäche, Erschöpfung, Energiemangels (TKRSY02)	5.8 %	6.9 %
Deprimiertheit, schlechte Laune (alle Tage oder 3-4 mal / Woche) (TPSYG01)	8.8 %	7.8 %
Gefühl der Ruhe, der Ausgewogenheit, (nie oder nur 1-2 mal / Woche) (TPSYG02)	12.3 %	12.5 %
Gefühl der Angespanntheit und Nervosität (TPSYG03)	13.1 %	13.7 %
Gefühl, bei vollen Kräften zu sein, Energie, Optimismus (nie, oder nur 1-2 mal in der Woche) (TPSYG04)	20.7 %	17.3 %

Schlafstörungen, Einschlafschwierigkeiten (TKRSY05)³³ wurden von 5.6% (1992/3) bzw. von 7.4% (1997) der ProbandInnen angegeben. Essstörungen wurden 1997 erfasst und zwar gefiltert durch Altersbegrenzung (15-24-jährige) und den vorgängig geäußerten Wunsch abzunehmen. Unter den befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen gaben 13% an, seit einigen Monaten enorm viel zu essen und fast nicht mehr aufhören zu können (TKRSY27). In dieser Altersgruppe bringen sich 1.5% der ProbandInnen – davon vier Fünftel Frauen – selber gelegentlich oder regelmässig zum Erbrechen (TKRPSY28).

Aus der Befragung 1992/3 geht hervor, dass 8.2 % der Bevölkerung zwei, 7.3 % drei Beschwerden angegeben haben. Zusammengenommen geben 15.5 % der erwachsenen Bevölkerung an, regelmässig unter beträchtlichen psychischen Beschwerden zu leiden. 1997 ergibt sich ziemlich exakt dieselbe Zahl 15.6%. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter (Tabelle 4) zeigen die Daten, dass Frauen deutlich mehr Beschwerden angeben als Männer; dasselbe gilt für jüngere Altersgruppen gegenüber mittelalterlichen und älteren.

³³ Variablennamen sind in Grossbuchstaben wiedergegeben.

Tabelle 4: Prozentualer Anteil der Summe der angegebenen psychischen Symptome in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 1997, Bundesamt für Statistik (nach Gognalons-Nicolet et al. (2001))

	Männer	Frauen	15-24 Jahre	25-39 Jahre	40-59 Jahre	60-74 Jahre	75 Jahre und älter
Keine Probleme	66.8	63.5	58.7	63.7	67.4	68.3	66.4
1 Problem	19.8	18.8	23.6	19.1	17.7	19.3	20.5
2 Probleme	7.2	8.9	8.6	9.0	7.7	6.4	6.1
3 oder mehr Probleme	6.3	8.8	9.1	8.3	7.2	6.0	7.0
N Total	5760	7244	1212	4297	3864	2368	1063

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden auch Fragen berücksichtigt, welche das Konzept der Mastery, also der Kontrollüberzeugungen, repräsentieren – dies anhand folgender Items:

- Gefühl, mit den Problemen nicht fertig zu werden (SPSYG01);
- Gefühl, fähig zu sein, um Entscheidungen zu treffen (SPSYG02);
- Gefühl, wenig Kontrolle über das zu haben, was geschieht (SPSYG03);
- Gefühl, den Problemen ausgeliefert zu sein (SPSYG04).

Zwischen den Items zu Kontrollüberzeugungen und psychischen Beschwerden aus dem Bereich Depression / Neurasthenie bestehen, wie zu erwarten ist, solide Assoziationen. Je mehr Beschwerden angegeben werden, umso deutlicher herrscht das Gefühl vor, das eigene Leben weniger kontrollieren zu können (Tabelle 5). Analog zu psychischen Beschwerden weisen Frauen eher schwächere Kontrollüberzeugungen aus als Männer; dasselbe gilt für Jugendliche und junge Erwachsene gegenüber älteren Altersgruppen.

Zusammenfassend lässt sich sagen: auf der Ebene der einzelnen Symptome ähneln sich die Grössenordnungen 1992/93 und 1997. Interessanter sind deshalb die Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Wohnregion u.a.m.. Das geschlechtsspezifische Muster – höhere Häufigkeit von psychischen Beschwerden bei Frauen mit einer Odds-Ratio im Bereich 1.5-2.0 – zeigt sich bei allen Items ausser bei "ruhig, ausgeglichen" (TPSYG02) und "angespannt" (TPSYG03), wo sich Männer und Frauen kaum unterscheiden. Altersunterschiede sind hingegen durchgehend festzustellen. Jüngere Menschen antworten

Tabelle 5: Prozentualer Anteil der Summe der angegebenen psychischen Symptome im Vergleich mit Kontrollüberzeugungen, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 1997, Bundesamt für Statistik (nach Gognalons-Nicolet et al. (2001))

Kontrollüberzeugungen	psychische Symptome 1992/3				psychische Symptome 1997			
	0	1	2	3	0	1	2	3
schwach	15.6	21.8	25.5	45.8	21.1	29.8	43.0	51.6
mittel	42.1	44.5	45.1	37.8	45.1	46.3	41.5	35.5
stark	42.2	33.6	29.3	16.3	33.8	23.9	15.5	12.9
Total	5338	1843	755	682	6101	1720	693	591

gewissermassen skeptischer und geben v.a. mehr intermediäre Werte an, was sich abgeschwächt auch auf die Schätzung des Aufkommens psychischer Beschwerden niederschlägt. Etwas anders stellt sich die Situation beim Vergleich nach Regionen dar. Hier fällt oft der Tessin mit erhöhten Häufigkeiten der Symptome aus dem Rahmen. Es wird dabei offensichtlich, dass neben psychischen Beschwerden im engeren Sinne hier stets auch kulturell vorgeprägtes Antwortverhalten mitspielt.³⁴

4.2 Schweizerisches Haushaltspanel: Erfasste Symptome, Vergleich mit SGB-Daten

Das Schweizerische Haushaltspanel SHP befragt im Gegensatz zur SGB immer dieselbe Stichprobe von ProbandInnen, also ein Panel. Es wurde in einem ersten Schritt auf eine fünfjährige Laufzeit ausgelegt, mit jährlichen Befragungen 1999-2003. Beim Verfassen dieses Berichtes standen Daten aus den Befragungen 1999 und 2000 zur Verfügung. Die Daten des SHP decken ein breites Spektrum von Informationen auf Haushaltsebene wie auch auf individueller Ebene ab, u.a. auch Informationen zu somatischen und psychischen Beschwerden und zum Gesundheitsverhalten.

Im Hinblick auf Gesundheitsvariablen ist insbesondere das longitudinale Sample mit individuellen Daten von Bedeutung, welches nach den ersten beiden Befragungen 6335 Probanden umfasste, dies aus 7799 Probanden 1999 und 7073 Probanden 2000. Von untergeordneter Be-

³⁴ Ein interessantes Detail zu diesen Vergleichen liefern die Fragen zur subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes: während sich beim Vergleich jung-alt die Verhältnisse in die erwartete Richtung wenden (junge Probanden schätzen ihre Gesundheit deutlich besser ein als ältere), verbleibt das Tessin auch hier ähnlich gepolt wie bei den Symptomfragen.

deutung sind hier dagegen das Sample mit Proxy-Informationen und das Sample der Haushalte.

Die Befragung 1999 enthielt eine grössere Anzahl Items zu gesundheitlichen Fragen als die Befragung 2000 (und die Befragung 2001). Teilweise sind jedoch auch neue Fragen dazugekommen. Die Fragen zur psychischen Gesundheit lassen sich ähnlich wie bei der SGB unterteilen in:

- a) direkte Fragen zu psychischen Störungen / Nutzung professioneller Hilfe;
- b) Fragen zu Symptomen, die bei psychischen Beschwerden eine zentrale Rolle spielen können;
- c) allgemeine Fragen zur Gesundheit, zur Zufriedenheit mit der Gesundheit oder mit dem Leben;
- d) allgemeine Fragen zur Nutzung professioneller Hilfe.

Leider sind beim Übergang zur Befragung 2000 auch Fragen zur psychischen Gesundheit weggefallen (vgl. Anhang B). Im Gegensatz zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind ein weiteres Manko – besonders auch Variablen zur Nutzung professioneller Hilfe nur begrenzt verknüpfbar mit den zugrundeliegenden Beschwerden. Entlang der Variablen, welche nur 1999 abgefragt wurden, lassen sich ähnlich wie in der SGB die Grössenordnungen von gesundheitlichen Problemen nachvollziehen, daneben aber auch:

- a) wie die Antworten in Abhängigkeit von der Frageformulierung variieren, also Vergleiche entweder innerhalb der Panelbefragung oder mit Daten aus der SGB ermöglichen;
- b) bei bestimmten Variablen zusätzlich auch die longitudinale Dimension.

Die folgenden Resultate beziehen sich aus Gründen der Vergleichbarkeit auf die Altersspanne 15-74 Jahre; die Daten wurden im Hinblick auf die Bevölkerung der Schweiz gewichtet, was nur geringfügige Veränderungen gegenüber Analysen ungewichteter Daten zur Folge hat.

Ein länger dauerndes psychisches oder physisches Problem (P99C19)³⁵ wird 1999 von 20.6% der ProbandInnen angegeben; bei nur 1.7% scheint jedoch ein psychisches Trauma zu diesem Problem geführt zu haben (P99C19). Demgegenüber geben über 5% der Befragten an, wegen eines psychischen Problems eine Behandlung erhalten zu haben (TPSYG08).

Die Frage nach "innerer Unruhe, Sorgen, Ängste" (P99C31) wurde 1999 zweifach ausgewiesen: sie wird von 42% für die vergangenen 12 Monate bejaht, und 25% der Befragten monieren entsprechende Beschwerden mindestens einmal im Monat. "Allgemeine Schwäche, Erschöpfung, keine Energie" wurde ebenfalls zweifach abgefragt (P99C05 (min. 1x/Monat, letzte 12 Monate) und P99C25 (letzte 12 Monate)), bei der Befragung 2000 wurde dann P00C05 beibehalten. Ebenfalls ist ein Abgleich mit der entsprechenden Frage in der SGB möglich (TKRSY02 / 1997; letzte 4 Wochen). 1999 gaben unter der einfachen ja/nein-Frage 40% der Befragten dieses Symptom an, also in einer vergleichbaren Grössenordnung wie die

³⁵ Variablennamen sind in Grossbuchstaben wiedergegeben.

47% in der SGB-Befragung 1997. Unter dem strengeren Kriterium (min. einmal monatlich oder häufiger innerhalb der letzten 12 Monate) sind es 1999 noch 24% im SHP. Bei der Befragung 2000 steigt der Anteil derselben Variable klar auf 33%. Weitergehende Analysen zeigen, dass die Antworten zu diesem Symptom nicht nur von Jahr zu Jahr variieren sondern auch im Querschnittvergleich. Die Abbildung 4 weist die Verteilungen zu diesem Symptom entlang von Altersgruppen aus: Schwäche, Erschöpfung und Energielosigkeit scheinen bei jungen und mittelalterlichen Erwachsenen grössere Bedeutung zu haben als bei Älteren. Der Vergleich nach Regionen zeigt, dass das Tessin auch im SHP jeweils die höchsten Werte erreicht, während v.a. die Ost- und Zentralschweiz tiefe Werte ausweisen (Abb. 5).

Vergleichbare Resultate bez. Alter und Regionen gehen aus der Variable "Niedergeschlagenheit" im SHP hervor (Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression? – P99C17 / P00C17). Im SHP wird dieses Symptom auf einer 11-Punkte-Skala abgefragt.³⁶ Etwa 40% der Befragten geben als Antwort "nie" an; drei Viertel der Befragten verbleiben im Wertebereich 1-2, weitere 20% im Wertebereich 3-5. Im Vergleich nach Regionen zeigen sich wie auch andernorts die Extremwerte beim Tessin.

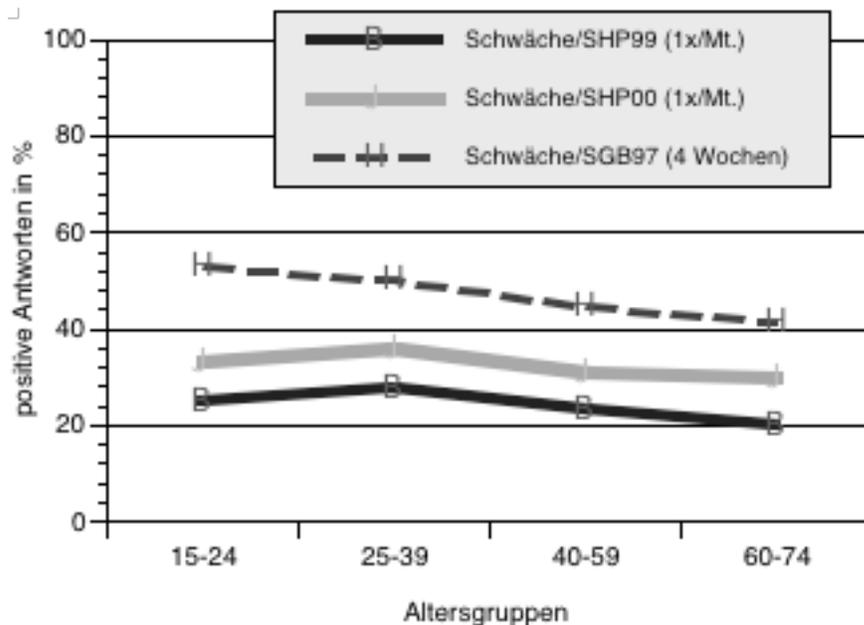


Abbildung 4:

Positive Antworten zum Symptom "Allgemeine Schwäche" im Schweizerischen Haushaltspanel SHP 1999, im SHP 2000 und in der SGB 1997; nach Altersgruppen (eigene Berechnungen)

³⁶ Zur Begründung der verwendeten 11-Punkte-Skalen s. SHP-Report von A. Scharpenzeel "Why use 11-point scales?"

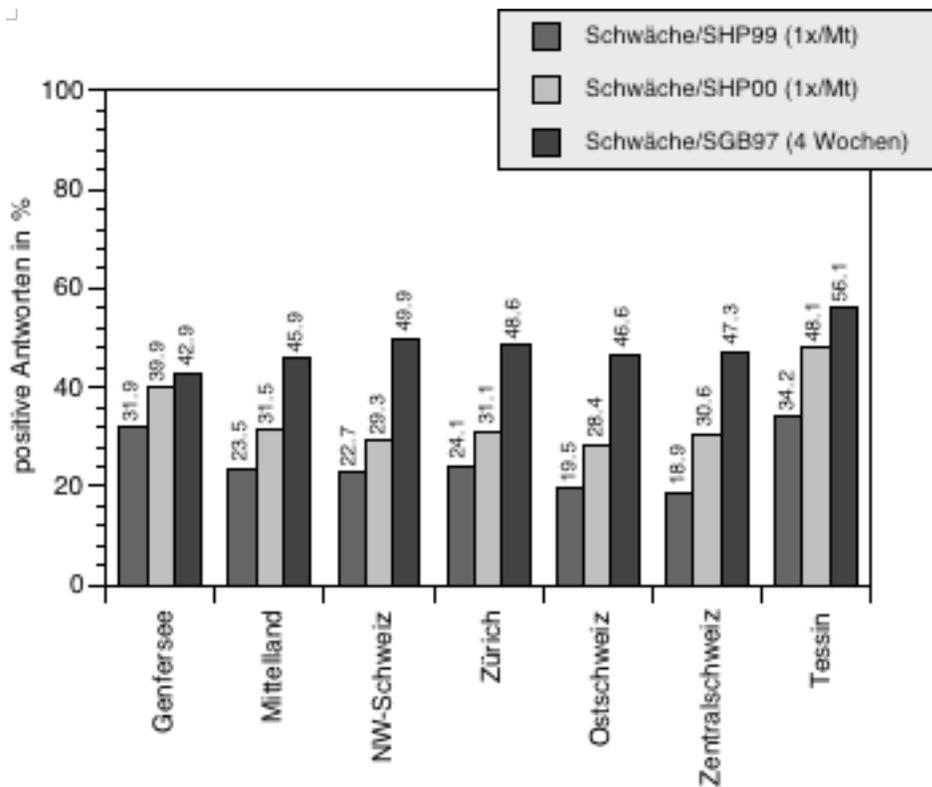


Abbildung 5:

Positive Antworten zum Symptom "Allgemeine Schwäche" im SHP 1999, im SHP 2000 und in der SGB 1997; nach Region (eigene Berechnungen)

4.3 Vergleich zwischen SGB, SHP und Filterfragen / Diagnosen in der Zürich-Studie

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen SGB, SHP und der Zürich-Studie ist nicht vorbehaltlos gegeben, aber grundsätzlich möglich und fruchtbar. Den Symptomfragen in der SGB und im SHP entsprechen in der Zürich-Studie v.a. die sogenannten Filterfragen, welche die einzelnen Kapitel (Schlaf, Depression etc.) einführen. Die Filterfragen sind so aufgesetzt (und die InterviewerInnen dementsprechend instruiert), dass möglichst viele potentiell betroffene ProbandInnen erfasst werden können. Die Bestimmung der schwereren oder diagnostisch relevanten Fälle wird den Detailfragen in jedem Kapitel überlassen. Die Häufigkeiten von positiven Antworten bei den Filterfragen der Zürich-Studie liegen deshalb über den vergleichbaren Werten in der SGB und im SHP.

Dennoch sind es dieselben Mechanismen im Zusammenspiel zwischen Symptomen und psychischen Störungen, die für die Surveys gleichermassen wie für die Zürich-Studie gelten und sich an den Daten der letzteren veranschaulichen lassen. Primär geht es um die Frage, wie aussagekräftig die Informationen zu einzelnen Symptomen im Hinblick auf die anvisierten

Beschwerden, Störungen oder Krankheiten sind. Oder anders herum: vorausgesetzt, dass wie im SHP oder in der SGB keine Diagnosen aus den Daten ableitbar sind – wie lassen sich dann die Symptome einschätzen? Bei welchen Symptomen ist man näher an ernsthaften Beschwerden oder einer Diagnose, und bei welchen Symptomen ist man näher an blossen Sorgen?

Eine erste Überlegung könnte darauf zielen, ob ein Symptom kontinuierlich angegeben wird. Von den meisten psychischen Störungen nehmen wir an, dass sie zumeist chronischer Natur sind; demnach würden wir in Paneluntersuchungen nur in begrenztem Umfang Fluktuationen zwischen Symptomträgern und Nicht-Trägern erwarten. Eine einfache Anschauung dazu liefern kumulierte Häufigkeiten über die 6 Interviews in Abbildung 6. Offensichtlich gibt es spezifischere Symptome wie Panik, Zwänge oder Suizidalität. Andererseits sind wenig spezifische Symptome auszumachen wie jene aus dem depressiven Symptombereich oder Schlafprobleme, welche von 90% der ProbandInnen ein- oder mehrmals angeführt wurden.

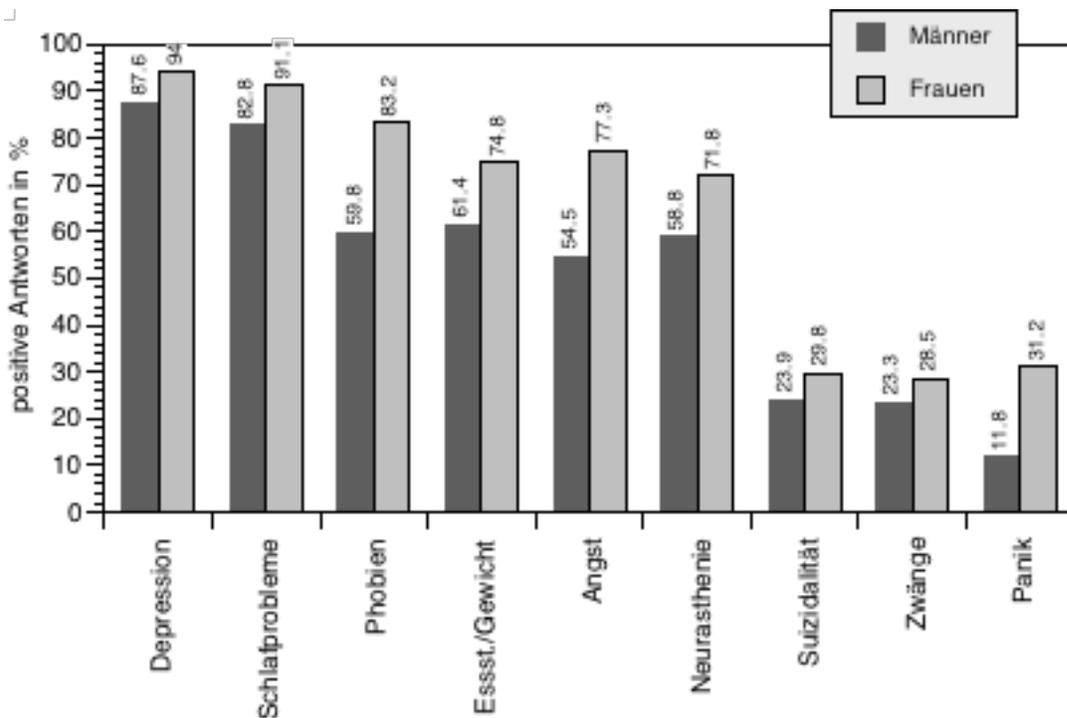


Abbildung 6:

Zürich-Studie: Kumulierte Häufigkeiten ("Lebenszeitprävalenzen") positiver Antworten auf Filterfragen, 1979-1999 (Subsample der ProbandInnen mit 5-/6-maliger Befragungsteilnahme; eigene Berechnungen)

Neben den Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den Antwortkategorien bestimmen natürlich die durchschnittlichen Häufigkeiten pro Interview, wie hoch die kumulierten Häufigkeiten werden. Die durchschnittlichen Zwölfmonatswerte sind in Abbildung 7 für ausgewählte Beschwerden wiedergegeben. Die Grössenordnungen sind nicht höher als jene in der SGB oder im SHP, obwohl die entsprechenden Fragen in der Zürich-Studie als Filterfragen gestellt wurden.³⁷ Im Übereinstimmung mit den kumulativen Werten sind die durchschnittlichen 12-Monatswerte v.a. bei Depression und Schlafproblemen hoch.

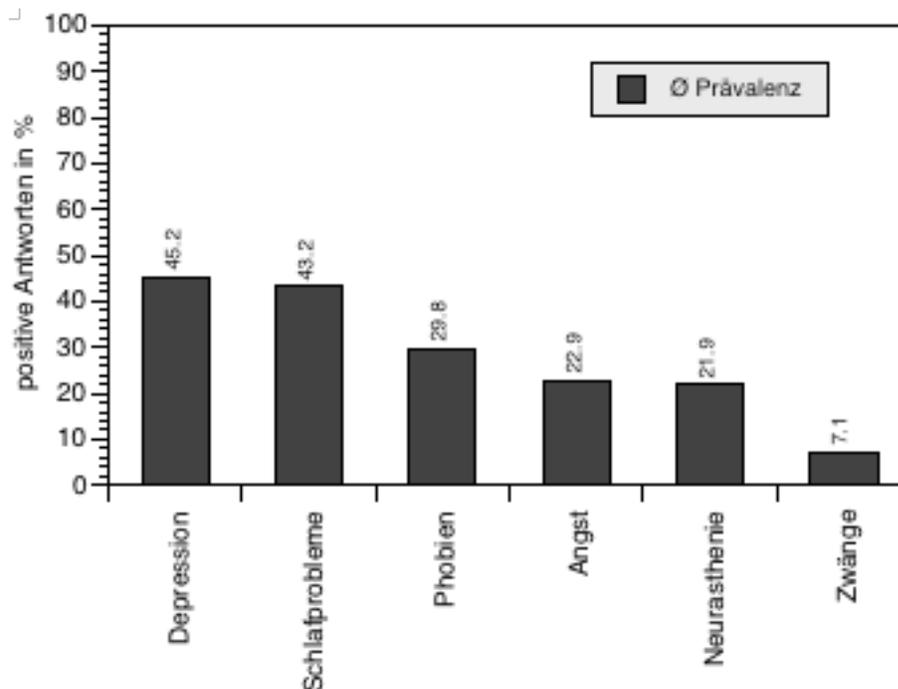


Abbildung 7:

Zürich-Studie: durchschnittlicher Anteil positiver Antworten auf Filterfragen, 1979-1999 (Subsample der ProbandInnen mit 5- oder 6-maliger Befragungsteilnahme; eigene Berechnungen)

Verschiedene Zusatzinformationen zu den einzelnen Symptomen sind in der Zürich-Studie abgefragt worden, u.a. der subjektive Leidensdruck und – damit zusammenhängend – die Nutzung professioneller Hilfe. Abbildung 8 zeigt, dass der Anteil der Betroffenen,³⁸ die auch ein erhöhtes Mass an Leidensdruck angeben, für Depressionssymptome (inkl. Neurasthenie) und Ängste sehr hoch ist. Das heisst, dass ungeachtet deren allgemeiner Verbreitung Depressionssymptome und Angstsymptome mit einem hohen subjektiven Leidensdruck (Werte 50 und höher auf einer 100-Punkte-Skala) einhergehen. Ebenso liegen die Anteile

³⁷ Als solche hatten sie zum Ziel, alle potentiellen Fälle einzuschliessen (mehrmaliges Nachfragen etc.).

³⁸ Gleich 100% für diese Berechnung, die sich nur auf die Betroffenen und nicht auf alle ProbandInnen bezieht.

derjenigen, die (in den vergangenen 12 Monaten) professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, bei diesen Beschwerden am höchsten – nämlich um die 30%.

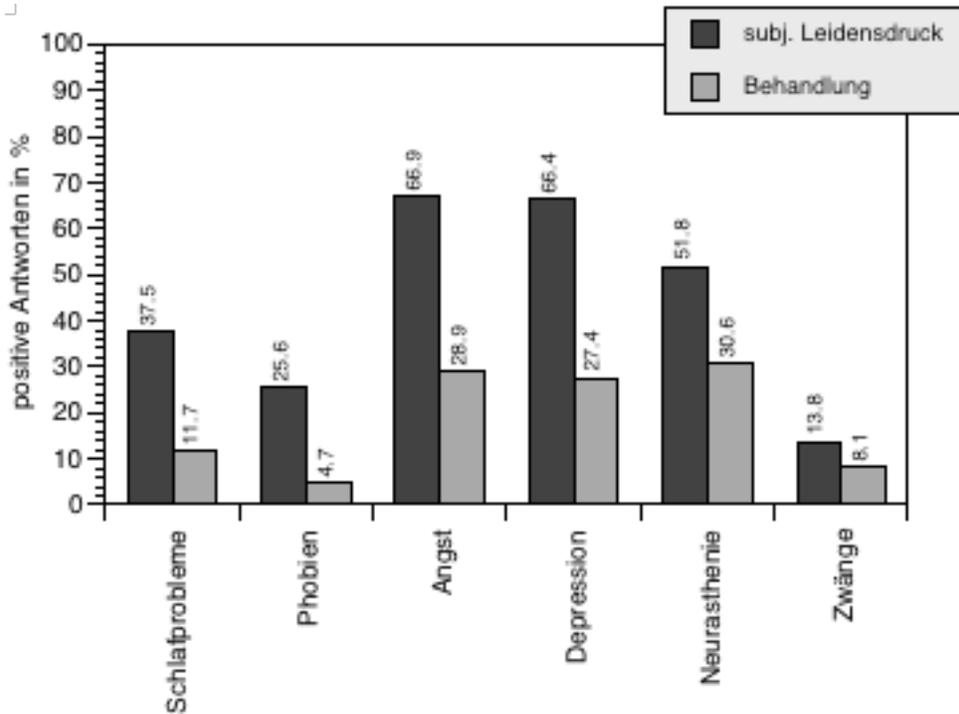


Abbildung 8:

Zürich-Studie: durchschnittlicher Anteil der Betroffenen (s. Abb. 7), die hohen subjektiven Leidensdruck bzw. Nutzung professioneller Hilfe angeben (eigene Berechnungen)

Im Rahmen der Zürich-Studie ist es im Gegensatz zur SGB und zum SHP möglich, den direkten Zusammenhang zwischen Symptomen und allfälligen Diagnosen festzustellen (zupal im Sinne epidemiologischer Diagnosen). Abbildungen 9A und 9B zeigen den Vergleich der Filterfrage Depression mit der Diagnose Major Depression über die einzelnen Interviews in der Zürich-Studie hinweg. Links (Abbildung 9A) sind die 12-Monats-Prävalenzwerte zur Filterfrage Depression zu sehen, hier nun für jedes einzelne Interview. Rechts (Abbildung 9B) sind die Anteile der Betroffenen (also neu = 100%) ausgewiesen, die aufgrund einer Reihe weiterer Antworten eine Major-Depression-Diagnose erhalten haben. Offensichtlich stehen sich am Anfang der Zürich-Studie, als die ProbandInnen um die 20 Jahre alt waren, wenige Diagnosen zu Depression und viele positive Antworten auf die entsprechende Filterfrage gegenüber. Mit den Jahren schliesst sich diese Schere zunehmend. Interessant ist darüber hinaus, wieviele Befragte mit Major-Depression-Diagnose professionelle Hilfe in Anspruch

nehmen gegenüber den ProbandInnen, die bei der Filterfrage positiv geantwortet hatten, jedoch die Kriterien für eine Diagnose nicht erfüllen konnten. Das Ausmass der Nutzung professioneller Hilfe bei der schweren Form der Beschwerden liegt im Bereich 30-38% und unterscheidet sich nur moderat von derjenigen bei leichteren Formen; dort liegt der Anteil im Bereich 22–30%.

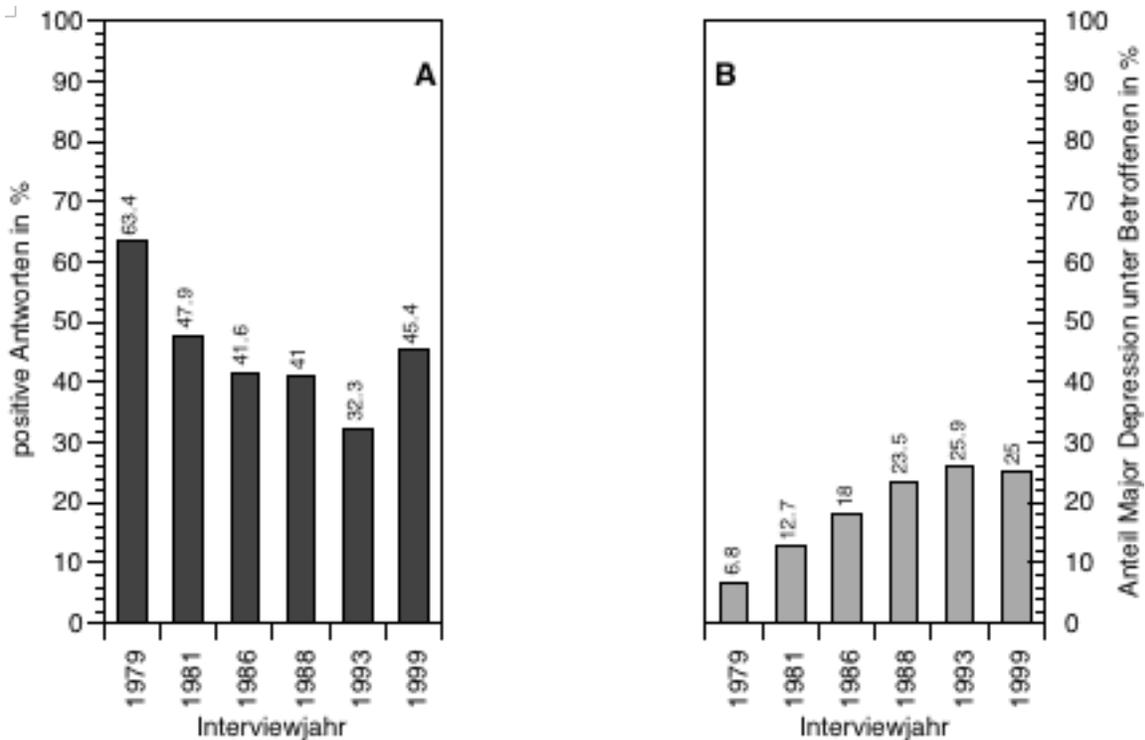


Abbildung 9A:

Zürich-Studie: Anteil positiver Antworten zu Filterfrage Depression

Abbildung 9B:

Zürich-Studie: Anteil Betroffener (s. Abb. 9A), die nachfolgend eine Diagnose für Major Depression erhalten haben (eigene Berechnungen)

Zusammenfassend lässt sich aus den Vergleichsanalysen folgern, dass zwischen einfachen Fragen zu einzelnen psychischen Symptomen und ernstzunehmenden Beschwerden bzw. Diagnosen kein einfacher Brückenschlag möglich ist. Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse aus den grossen Surveys deutlich ein. Es wäre angemessen, die Fragen zu psychischen (wie auch somatischen) Beschwerden generell auf einer mehrstufigen Skala (z.B. im SHP: 11

Punkte Skala bei der Variable Niedergeschlagenheit) abzufragen. Ebenfalls würden wenige zusätzliche Informationen zu Beeinträchtigungen oder differenziertere Informationen zu Dauer und Häufigkeit der Beschwerden die Validität der Antworten deutlich zum Besseren wenden.

4.4 Zusammenfassung und Diskussion

Die Populationssurveys stehen oft – und oft von der Thematik unabhängig – vor dem Dilemma, zwar sehr grosse Samples zu führen, jedoch mit den themenspezifischen Fragen zu wenig Details zu erfassen. Breite statt Tiefe – so könnte man dies auf einen Nenner bringen. Deshalb wurde in diesem Kapitel nicht nur dokumentiert, welche Informationen zu psychischen Störungen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wie auch im Schweizerischen Hauhaltspanel vorliegen. Zusätzlich wurde ein Vergleich mit Informationen aus der Zürich-Studie vorgenommen, was aufgrund der Limitationen der letzteren (Beschränkung auf Kanton Zürich, Schweizer Bürger, Geburtskohorten 1958/9) v.a. exemplarischen Charakter aufweist. Der Vergleich zeigt die Begrenzungen der Surveys auf ebenso wie die Notwendigkeit valider und zuverlässiger Instrumente in der psychiatrischen Epidemiologie.

Die Populationssurveys beinhalten nur wenige Fragen, die sich direkt auf einzelne psychische Störungen beziehen. Ein Schwerpunkt liegt auf Symptomen zu Depression wie Niedergeschlagenheit, Schwäche, Interesselosigkeit oder (fehlendem) Optimismus. Vereinzelt wird auch Angst angesprochen. In der SGB und vereinzelt auch im SHP sind neben Symptomen einige Verhaltensbereiche abgefragt worden, welche in einem indirekten Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen (somatische Variablen, Coping, etc.), die jedoch ebenso kein genaueres Bild über die psychischen Störungen selbst abliefern.

Die Ergebnisse haben z.B. für die regionalen Verteilungen in der Schweiz Muster ausgewiesen, welche an sich wenig plausibel sind. Schwäche, Müdigkeit wie auch Niedergeschlagenheit scheinen zudem in jüngeren Altersgruppen deutlich verbreiteter zu sein als in älteren Altersgruppen; einzig Schlafprobleme nehmen mit dem Alter an Häufigkeit zu. Vermutlich sind die Angaben zu den psychischen Beschwerden verzerrt, und zwar nicht nur durch individuelle Determinanten des Antwortverhaltens (Wahrnehmung von Symptomen, Antwortbereitschaft bei Tabu- oder emotional berührenden Themen, Gedächtnis, Verdrängungsmechanismen)³⁹, sondern auch durch altersspezifische, ev. kohortenspezifische, regionale – kurzum: kulturelle – Muster des Antwortverhaltens. Die Gegenüberstellung der Depressionssymptome und der Major-Depression-Diagnosen in der Zürich-Studie veranschaulicht, welche Diskrepanzen zwischen Symptomangaben und Diagnosen bestehen können. Entsprechend ver-

³⁹ Dabei kann man im Einzelfall nicht immer vorhersagen, ob es sich um einen positiven oder negativen Bias handelt: vermeiden es beispielsweise depressive Personen, sich zu ihren Beschwerden zu äussern, oder nutzen sie ein Interview als dankbare Aussprachegelegenheit? Empirische Evidenz zeichnet sich für beide Varianten ab.

blassen die vielfältigen Möglichkeiten, Zusammenhangsanalysen zur psychischen Gesundheit durchzuführen, welche in den grossen Surveys grundsätzlich schlummern.

Für die Erfassung psychischer Störungen bzw. der psychischen Gesundheit im Rahmen von grossen Bevölkerungssurveys ergibt sich als unmittelbare Konsequenz, dass die gegenwärtige Befragungsstrategie durch gezielte, kleinere Surveys ergänzt werden sollte. Zudem besteht ein gewisser Spielraum für flexiblere Strategien bei der Fragebogenkonzeption im Rahmen der grossen Surveys, welche auch die punktuelle Abfrage von Detailinformationen, wie sie z.B. für die Erfassung psychischer Störungen notwendig wären, ermöglichen würde. Für zuverlässigere Ergebnisse ist es entscheidend, zusätzliche Informationen zur Beeinträchtigung, zur Dauer, zur Intensität, zur Frequenz der Beschwerden zu erhalten, falls nötig auch Informationen zur Fremdwahrnehmung des Verhaltens, zur Anamnese etc.. Flexible Strategien würden im Gegenzug ein modulares Fragebogenkonzept voraussetzen. Darauf wird im Kapitel 8 nochmals eingegangen.

5 Daten zur Versorgungsepidemiologie

Psychische Störungen weisen ein breites Spektrum an Symptomen und Schweregraden auf. Heterogene Störungen verlangen angepasste und daher ihrerseits heterogene Behandlungsformen. Unterschiedliche Phasen einer Behandlung verlangen differenzierte Angebote.⁴⁰

Grundsätzlich lassen sich folgende Akteure der Versorgung unterscheiden:

- stationäre Einrichtungen: psychiatrische Kliniken, Abteilungen, Konsiliarärzte an Spitälern;
- halbstationäre und ambulante Institutionen: Ambulatorien, Tageskliniken, Nachtkliniken
- Institutionen im Bereich Wohnen-Arbeit-Freizeit;
- privat praktizierende Spezialisten (Psychiater, Psychotherapeuten);
- privat praktizierende andere Ärzte (Allgemeinpraktiker, Internisten, Neurologen);
- intermediäre Einrichtungen wie Fürsorge etc, die bis zu einem gewissen Grad die Betreuungskoordination übernehmen (könnten), bspw. Case-Management durch Sozialarbeit, Informationsstellen oder Koordinationsstellen.

Die Krux für die Epidemiologie besteht erstens in Informationslücken in einzelnen Bereichen, zweitens in der mangelhaften Verknüpfbarkeit von Informationen aus den verschiedenen Bereichen und drittens in der mangelhaften Verknüpfung mit Bedarfsdaten. Kritisch formuliert: wir verfügen über gesichertes Wissen nur darüber, wie gut einzelne Einrichtungen, die ein Versorgungsangebot für bestimmte Erkrankungen aufrechterhalten, genutzt werden. Immerhin sind in einigen Kantonen weit darüber hinausreichende Daten erhoben worden.

Zur Versorgung gehören aber nicht nur die medizinischen Angebote, sondern alle Angebote, die der Bewältigung des Alltags dienen (Rüst et al., 1998; Rüst et al., 2000). Zählt man alle Wohngruppen, geschützten Werkstätten, Organisationen von Angehörigen, Betroffenen und Freiwilligen usw. dazu, dann ergibt sich ein komplexes, entsprechend unübersichtliches Bild, welcher Bedarf wo gedeckt wird und wo noch Versorgungslücken bestehen.

Im folgenden werden einzelne wichtige Elemente der Versorgungsstruktur in der Schweiz wiedergegeben. Nach einem ersten, der stationären Versorgung gewidmeten Teil, fasst der zweite Teil des Kapitels Informationen aus dem Schweizerischen Haushaltspanel, der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und des Schweizerischen Diagnose-Index zusammen.

⁴⁰ Die Differenzierungen der Angebote folgen den normalen Regeln der Organisation, dass Spezialisierungen mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung zunehmen werden und Spezialisierungen die Komplexität der Behandlung heraufsetzen werden, dass wiederum spezialisierte Einrichtungen oder Organisationen die Koordination und Kooperation der Spezialisten steuern müssen usw. Polyvalente Organisationen haben den Vorteil, die verschiedenen, sich teilweise ergänzenden oder ablösenden Angebote intern koordinieren zu können und verfügen in der Binnenkultur über das entsprechende Wissen.

5.1 Beschreibung der Versorgerstruktur: Auslegeordnung

Stationäre Einrichtungen

Universitätskliniken

Universitätskliniken sind nicht nur Orte der Forschung und der Ausbildung, sondern sie stellen in der Schweiz auch einen Teil der Grundversorgung sicher.

Psychiatrische Kliniken

Fast alle Kantone verfügen über eigene stationäre Einrichtungen (vgl. Liste weiter unten), einige kleiner Kantone haben sich auch zu diesem Zwecke verbunden.

Kliniken mit Psychiatrie

Zur Sicherung regionaler Versorgung findet ein Teil der Grundversorgung in Kliniken statt, in denen psychiatrische Abteilungen eingerichtet sind

Kriseninterventionszentren (teilweise auch ambulant)

Stationäre Behandlungen stellen die intensivste Form von Behandlung und Betreuung durch Fachpersonal dar

Teilstationäre Einrichtungen

Tageskliniken

Die teilstationären Einrichtungen decken ein breites Spektrum von Interventionen ab und sind in der Regel regional oder lokal ausgerichtet, so dass sie für die Klienten eine Behandlungsmöglichkeit darstellen, wenn eine vorübergehende Entlastung sozialer Netzwerke notwendig wird, eine Integration in diese aber weitgehend erhalten bleibt.

Ambulante Spezialdienste

Ambulatorien

Psychiatrische Dienste

Therapiestationen / Zentren

Kriseninterventionszentren (teilweise auch stationär)

Ambulante Spezialdienste stellen ein wenig diskriminierendes, niedrighschwelliges Behandlungsangebot dar, das zudem lokal zur Verfügung steht.

Nicht-institutionelle ambulante Versorgung

Psychiater

Psychologen

Allgemein praktizierende Ärzte

Die niedrighschwelligsten Angebote bestehen auf Seiten des Hausarztes und therapeutisch tätiger Psychologen. Eine Palette differenzierter und spezialisierter Therapieange-

bote erlaubt eine differenzierte und angepasste Behandlung. Die regionale Verteilung der psychologischen Angebote richtet sich aber meist stärker nach Marktkriterien, u.a. auch aufgrund der Verrechnungsmöglichkeiten der Behandlung. Auch im Falle von Langzeitbetreuungen werden diese Angebote teilweise beansprucht

Einrichtungen im Bereich Arbeit, Wohnen, Freizeit

Geschützte Arbeitsplätze / Werkstätten

Wohngruppen, Wohnheime

Freizeitangebote

Ein Teil der stationären Einrichtungen bezieht sich weniger auf die Behandlung schwerer akuter Phasen, als auf eine begleitetes Leben in geschützter Umgebung. Dazu gehören geschützte Wohnplätze, Arbeitsplätze, Freizeitangebote. Diese Angebote entlasten sowohl die Klientel als auch die sozialen Netzwerke. Sie sichern zudem eine grundlegende soziale Integration.

Versorgung durch soziale Netzwerke

Soziale Netzwerke

Re-Integrationshilfen etc.

Die primären und sekundären sozialen Netzwerke (Familie, Nachbarschaften, Vereine, Arbeitsbeziehungen, Peergroups, Wohngemeinschaften usw.) puffern Lebenskrisen, Erkrankungen usw. ab und helfen auch in schwierigen Phasen, den Erkrankten emotionalen Rückhalt und Sicherheit zu geben. Viele Angehörige oder Betroffene haben sich in Selbsthilfegruppen und Vereinen, z.T. auch als Netzwerke organisiert. Daneben existieren Angebote, die helfen, spezifische Folge- oder Begleitprobleme zu lösen (Finanzierung, Ausbildung, Arbeitsplatzsuche, Wohnungssuche usw.)

5.2 Beschreibung der Versorgerstruktur: politische Dimension

5.2.1 Gesamtschweizerische Ebene

Gemäss der administrativen Spitalstatistik des Bundesamtes für Statistik⁴¹ stellen die Psychiatrischen Kliniken in der Schweiz im Jahre 2001 8152 Bettenplätze zur Verfügung. Trotz einer Bettenreduktion scheinen die psychiatrischen Betten im internationalen Vergleich noch immer eher grosszügig bemessen zu sein (Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie ..., 2000). Die aus historischen Gründen hohe Zahl an stationären Angeboten kann man natürlich nicht nur unter dem Aspekt des allgemeinen

⁴¹ BFS aktuell, April 2003: Krankenhausstatistik 2001; die Standardtabellen sind auch von der Web-Seite des BFS www.statistik.admin.ch zu beziehen; s. Bereich 14, Gesundheit

Reichtums des Landes thematisieren, sondern auch unter dem Aspekt föderalistischer Struktur, direktdemokratischer politischer Steuerung und damit anderer Anforderungen an die Mündigkeitsvorstellungen in unserer Gesellschaft.

Im Bezug auf die ambulante Versorgung können wir davon ausgehen, dass die Schweiz eine relativ hohe Dichte an Psychiatern ((CH: 2.3 / 10'000; bspw. vgl. mit BRD: 1.6 / 10'000) und Psychotherapeuten (CH: 6.7 / 10'000 bspw. vgl mit BRD: 1.47 / 10'000))⁴² aufweist.⁴³ Spezialärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind die drittgrösste Gruppe berufstätiger Ärzte. Im Jahre 2001 waren es 1657 Psychiater und 2863 Allgemeinmediziner (FMH Statistik 2001).

5.2.2 Kantonale Ebene

Im medizinischen Bereich variiert das Bettenangebot von Kanton zu Kanton recht deutlich. Neben den staatlichen Angeboten existiert eine Zahl privater Angebote. Fast alle Kantone verfügen über stationäre Einrichtungen.⁴⁴ Eine Besonderheit liegt darin, dass auch die universitären Kliniken in die Grundversorgung miteinbezogen sind. Kantone mit Universitätskliniken übernehmen für den gesamten medizinischen Bereich naturgemäss eine grossregionale Versorgungsaufgabe. Eine Reihe von Einrichtungen sind durch historische Entstehungszusammenhängen geprägt, u.a. durch die Umnutzung ehemaliger Klosteranlagen mit grossem Raumangebot und Zellenarchitektur, wie bspw. Rheinau, Kt. ZH, oder St. Urban, Kt. LU.

Gegenüber der stationären Versorgung ist die ambulante Versorgung nur rudimentär in den amtlichen Statistiken ausgewiesen. In Tabelle 5 sind die Vergleichszahlen der, praktizierenden Psychiater und Allgemeinpraktiker abgebildet, in Tabelle 6 jene der FSP-Psychologen und der SPV-Psychologen. Das Bild bestätigt die Konzentration von Spezialisten in städtischen Zentren und Agglomerationen. Der Schweizerische Psychotherapeutenverband (SPV) ist zudem in einigen Kantonen sehr stark präsent, in anderen hingegen nahezu überhaupt nicht.

⁴² Schweizer Zahlen vgl. Tabelle: FSP-Mitglieder und FMH Mitglieder, BRD vgl. Fritze, Schmauß 2001: Psychiatrie und Psychotherapie: Bedarfsplanung überdenken. Deutsches Ärzteblatt 98 (2001) A2630-2631. Die Autoren stellten im Namen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Zahlen (Stand 31.12.2000, resp 1999) der Deutschen Ärztekammer zur Verfügung, weil die Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten EUROSTAT Daten nicht stimmen konnten (BRD hatte gemäss EUROSTAT nur 0.036 Psychiater / 1000 Einwohner aufgewiesen. Wie auch für die Schweiz liegen keine wirklich exakten Zahlen vor.

⁴³ Bezüglich der praktizierenden Ärzte hat die Schweiz im Vergleich mit anderen europäischen Ländern niedrige werte: je 1000 Einwohner: CH. 1.8; BRD 3.4; Frankreich 3.0, Italien, 5.8, Oesterreich 2.9, GB 1.7; EU insgesamt: 3.1 (1997, gemäss Bundesamt für Statistik, Jahrbuch 2002)

⁴⁴ Regionen oder Kantone, die wie bspw. der Kt. Schwyz den Bedarf nach Plätzen in einer Psychiatrischen Klinik (Oberwil-Zug) über ein Konkordat mit Zug und Uri abdecken, verfügen an Spitälern (Schwyz, Einsiedeln, Lachen) über Kriseninterventionszentren mit Möglichkeiten der Kurzzeitbetreuung (maximal 4 Tage), der Triage, Liaison- und Konsiliarpsychiatrie.

Tabelle 5: FMH-Mitglieder (Psychiater und Allgemeinmediziner) 2001/2, nach Kantonen und Regionen ⁴⁵

Kanton / Region	Psychiater FMH 2001	Allg.med. FMH 2001	Psychiatr. / 1000 Einw.	Allg.med. / 1000 Einw.
AG	60	178	0.11	0.33
AI	0	5	0.00	0.09
AR	5	27	0.33	1.80
BE	223	450	0.24	0.48
BL	75	118	0.29	0.45
BS	136	76	0.72	0.40
FR	33	61	0.14	0.26
GE	225	99	0.55	0.24
GL	3	18	0.08	0.47
GR	20	94	0.11	0.50
JU	6	13	0.09	0.19
LU	41	156	0.12	0.45
NE	28	48	0.17	0.29
NW	2	14	0.05	0.37
OW	2	11	0.06	0.34
SG	44	183	0.10	0.41
SH	14	35	0.19	0.48
SO	24	104	0.10	0.43
SZ	3	49	0.02	0.38
TG	29	103	0.13	0.45
TI	57	104	0.18	0.34
UR	0	14	0.00	0.40
VD	185	188	0.30	0.30
VS	32	98	0.12	0.35
ZG	10	43	0.10	0.43
ZH	400	574	0.33	0.47
CH	1657	2863	0.23	0.40
Genfersee	442	385	0.34	0.29
Mittelland	314	676	0.19	0.41
NWschweiz	271	372	0.27	0.38
Zürich	400	574	0.33	0.47
Ostschweiz	115	465	0.11	0.45
Zschweiz	58	287	0.08	0.42
Ticino	57	104	0.18	0.34

⁴⁵ Legende: Ärzte Psychiatrie und Psychotherapie FMH: Zahlen für 2001, FMH Statistik (Berufstätige Ärzte nach Kanton und Facharztstitel (Mehrfachnennung möglich)); Allgemeinmedizin FMH: Zahlen für 2001, FMH Statistik (Berufstätige Ärzte nach Kanton und Facharztstitel (Mehrfachnennung möglich))

Tabelle 6: FSP-Mitglieder und SPV-Mitglieder, nach Kantonen und Regionen⁴⁶

Kanton / Region	FSP- Mitgl. 2002	SPV- Mitgl. 2003	FSP- Mitgl./ 1000 Einw.	SPV- Mitgl. / 1000 Einw.
AG	192	36	0.35	0.07
AI	2	0	0.04	0.00
AR	11	12	0.73	0.80
BE	670	38	0.71	0.04
BL	103	15	0.40	0.06
BS	230	48	1.23	0.26
FR	173	3	0.73	0.01
GE	566	61	1.38	0.15
GL	4	1	0.10	0.03
GR	52	9	0.28	0.05
JU	24	1	0.35	0.01
LU	154	53	0.44	0.15
NE	122	12	0.74	0.07
NW	8	1	0.21	0.03
OW	7	0	0.22	0.00
SG	112	55	0.25	0.12
SH	25	13	0.34	0.18
SO	95	8	0.39	0.03
SZ	28	7	0.22	0.05
TG	52	18	0.23	0.08
TI	164	14	0.53	0.05
UR	5	1	0.14	0.03
VD	523	27	0.84	0.04
VS	116	4	0.42	0.01
ZG	52	13	0.52	0.13
ZH	1248	573	1.03	0.47
CH	4738	1023	0.67	0.14
Genfersee	1205	92	0.92	0.07
Mittelland	1084	62	0.65	0.04
NWschweiz	525	99	0.53	0.10
Zürich	1248	573	1.03	0.47
Ostschweiz	258	108	0.25	0.10
Zschweiz	254	75	0.37	0.11
Ticino	164	14	0.53	0.05

⁴⁶ Die Zahlen beruhen auf Verbandsangaben. Sie sind nicht ohne weiteres aufsummierbar, weil Doppelmitgliedschaft möglich ist.

5.2.3 Wandel der stationären Versorgung

Die Versorgung, namentlich die stationäre Versorgung hat in den letzten Jahren einen offensichtlichen, sich beschleunigenden Wandel erfahren. Dieser Prozess lässt sich u.a. an folgenden zwei Merkmalen dingfest machen:

- Verkürzung der Aufenthaltszeiten in den Kliniken (zeitliche Konzentration des Betreuungsaufwandes, Zunahme des bürokratischen Aufwandes), damit einhergehend Veränderung des Verhältnisses Hospitalisationen / Betten, daneben Reduktion der Bettenzahlen;⁴⁷
- Regionalisierungsprozesse (siehe z.B. das Zürcher Psychiatriekonzept, 1999).⁴⁸

Verschiedene Einflüsse haben für die Entwicklung der Versorgung in den letzten Jahren und Jahrzehnten neue Voraussetzungen geschaffen, unter anderem:

- die verbesserte medikamentöse Behandlung;
- Rationalisierungsdruck;
- Perspektive / Lebensqualität des Patienten;
- Selbstverständnis in der stationären Versorgung (von Verwahranstalt hin zu Klinik);
- Dysfunktionalität von Mammutinstitutionen ;
- gesellschaftliche Akzeptanz (Rekurse, Streichung von Subventionen).

Die Schwerpunkte der Versorgung verlagern sich von der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung. Der Wandel in der stationären Versorgung ist konfrontiert mit einer lückenhaften teilstationären und ambulanten Versorgung. In der Schweiz in unzureichender Zahl vorhanden sind teilstationäre Angebote wie Tageskliniken, und fast völlig fehlen gemeindeintegrierte Dienste zur Krisenintervention und zur Akutbehandlung (Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie ..., 2000). Zudem besteht für eine gemeindeintegrierte Akutbehandlung ein Nachholbedarf bezüglich mobiler Equipen, Möglichkeiten für Behandlungen zu Hause, Akuttagesklinikplätze, Krisenzentren, Krisenbetten usw. Es wird auch bezüglich psychischer Störungen eine grössere Fachkompetenz der Spitex – Mitarbeiter gefordert. Bis zu einem gewissen Grad unklar ist darüber hinaus die optionale wie auch die optimale Aufgabenteilung zwischen der institutionellen Versorgung und niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

⁴⁷ Der PSYREC Bericht fürs Jahr 2000 (Meyer et al., 2001) stellt fest: "Die Aufenthaltsdauer der 2000 ausgetretenen Patienten betrug in den psychiatrischen Kliniken [des Kantons Zürich, d. Verf.] im Median 24 Tage, in den Psychotherapiestationen 130 Tage und in den Suchtinstitutionen 45 Tage. Von 1991 bis 2000 nahm die Zahl der Behandlungen mit einer Aufenthaltsdauer von maximal einem Jahr stark und kontinuierlich zu, während die Behandlung mit einer Dauer von über einem Jahr tendenziell abnahmen. Bei den Behandlungen die maximal ein Jahr dauerten, gingen der Mittelwert und der Median der Aufenthaltsdauer von 1994 bis 2000 nur leicht zurück. ... Nachdem von 1983 bis 1991 die Zahl der Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich konstant blieb, war von 1991 bis 2000 ein steter Anstieg zu verzeichnen (Zunahme der Eintritte um 73%, von 4394 auf 7601)".

⁴⁸ Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hg.): Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept – Leitbild und Rahmenkonzept. Zürich, 1999

5.3 Versorgung im Spiegel von Nutzungsdaten

5.3.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung: Nutzung professioneller Hilfe⁴⁹

In den Analysen von Gognalons-Nicolet et al. (2001) zeigt es sich, dass die Befragungen 1992/93 und 1997 zur Nutzung professioneller Hilfe insgesamt ähnliche Ergebnisse und Grössenordnungen ausweisen. Insgesamt, so schätzen die Autoren, leiden ca. 15-25% der Bevölkerung derart an psychischen Störungen, dass sie qualifizierte Hilfe benötigen würden. Die Zahlen bewegen sich im Rahmen internationaler Vorgaben (Üstün & Sartorius, 1995).

In der schriftlichen SGB-Befragung 1997 gaben 4.4% der ProbandInnen an, wegen Depression in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Trotz der vergleichbaren Grössenordnungen bleibt ein hohes Mass an Inkonsistenz bestehen, was sich anhand einer verwandten Frage aus der telefonischen Befragung veranschaulichen lässt. Dort wurde allgemein nach Behandlungen wegen psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten gefragt (TPSYG08). 3,7% der Befragten gaben 1997 hierzu eine positive Antwort. Es wäre zu erwarten, dass bei der Kreuztabellierung der beiden Fragen die ärztlich behandelten Depressionen (SKRAN12) in den Behandlungen wegen psychischen Problemen aufgehen. Tatsächlich trifft dies nur für 2,3% zu, also gut die Hälfte; die anderen 2,1% beantworten die entsprechende Frage des telefonischen Interviews negativ. Dies ist erstaunlich, wenn man bedenkt, dass Depression die bekannteste psychische Störung ist. Die Abbildung 10 zeigt die Überschneidung zwischen den beiden Behandlungsvariablen nach Alter auf. Die Diskrepanzen spiegeln sich in der mittleren Antwortkategoriewieder, die jene Fälle enthält, die wegen Depression in Behandlung gewesen sind, aber bei der Behandlung eines psychischen Symptoms mit "nein" antworten. Die Diskrepanzen nehmen mit höherem Alter zu. Der Grund dafür ist vorerst unklar. Offensichtlich liefern Antworten auf einzelne heikle Fragen wie jene nach psychischen Beschwerden und deren Behandlung keine vollständige Informationen, sofern nicht wiederholt und in anderer Form nachgefragt wird.

Trotz dieser Einwände liefert die Behandlungsfrage aus der telefonischen Befragung auch interessante versorgungsepidemiologische Einblicke: z.B., welche Fachperson wird zur Behandlung bei psychischen Problemen aufgesucht (TPSYG09a). Während keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bez. Behandlung durch Psychologen bestehen (je 26% aller Behandlungen), entscheiden sich Männer häufiger für einen Psychiater vs. Allgemeinpraktiker (38% vs. 24%) und Frauen genau umgekehrt (25% vs. 37%). Die Unterschiede nach Alter und nach Wohnregion sind in den Abbildungen 11 und 12 dargestellt. Die altersspezifischen Ergebnisse sind nicht unbedingt überraschend (vgl. auch Ergebnisse der Stigma Study Zero der Lundbeck und der GfS (Brändli, 1999)), denn sie zeigen eine

⁴⁹ Im SHP existiert nur eine einschlägige Frage 1999: insgesamt geben 5.2% der ProbandInnen an, eine Behandlung wegen psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten (P99C42) erhalten zu haben.

gegenläufige Bewegung für Behandlungen durch Psychologen (häufiger bei Jüngeren) und Hausärzte (häufiger bei Älteren) auf, während die Behandlungen durch Psychiater bei den mittleren Altersgruppen häufiger sind als bei Jungen und Älteren. Dagegen bleibt für die Unterschiede nach Regionen ein gewisser Klärungsbedarf.

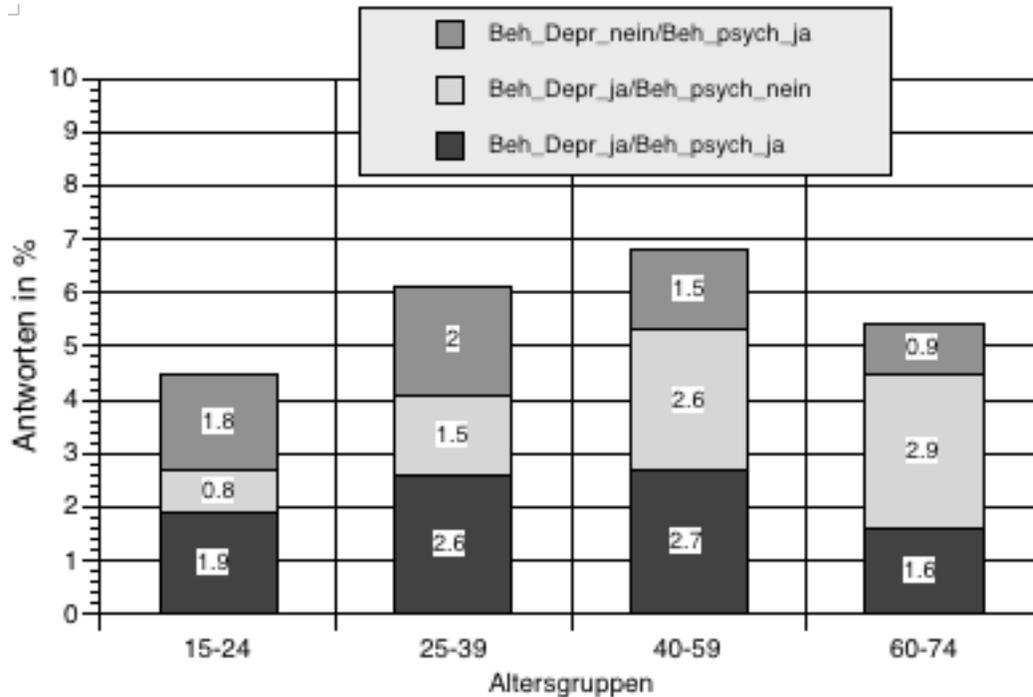


Abbildung 10:

Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 1997, Bundesamt für Statistik: Überschneidung zweier Fragen zur Behandlung psychischer Beschwerden: ärztliche Behandlung von Depression / Nervenzusammenbruch (schriftliches Interview: SKRAN12) vs. Behandlung psychisches Problem (telefonisches Interview: TPSYG08) (eigene Berechnungen): Anteil ProbandInnen mit zwei positiven Antworten oder nur mit je einer positiven Antwort

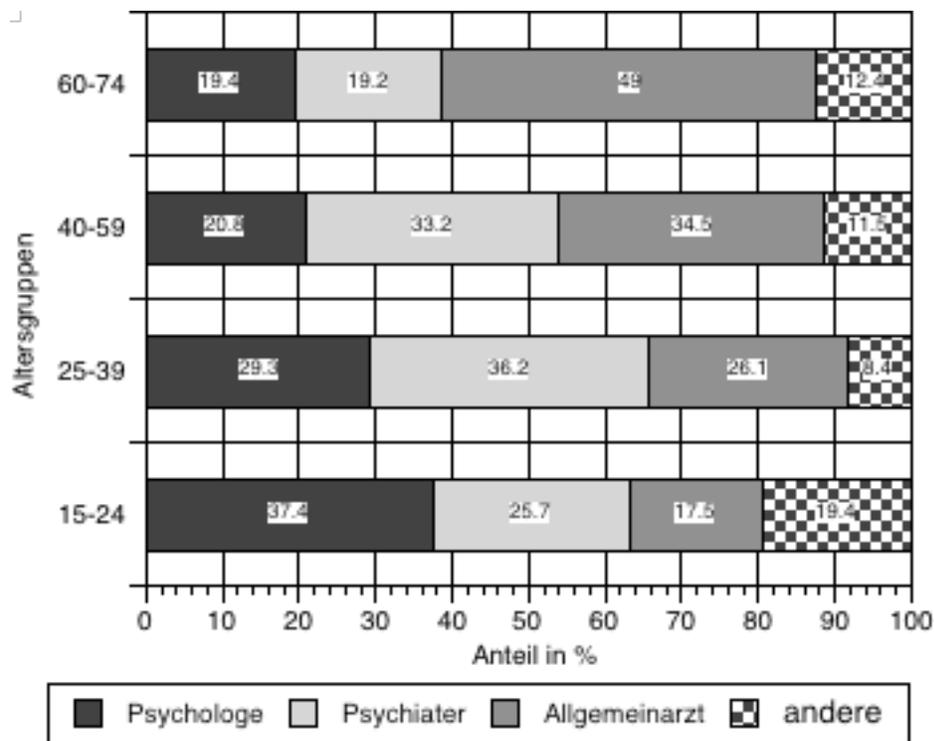


Abbildung 11:
Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 1997, Bundesamt für Statistik: behandelnde Fachperson, nach Altersgruppen (eigene Berechnungen)

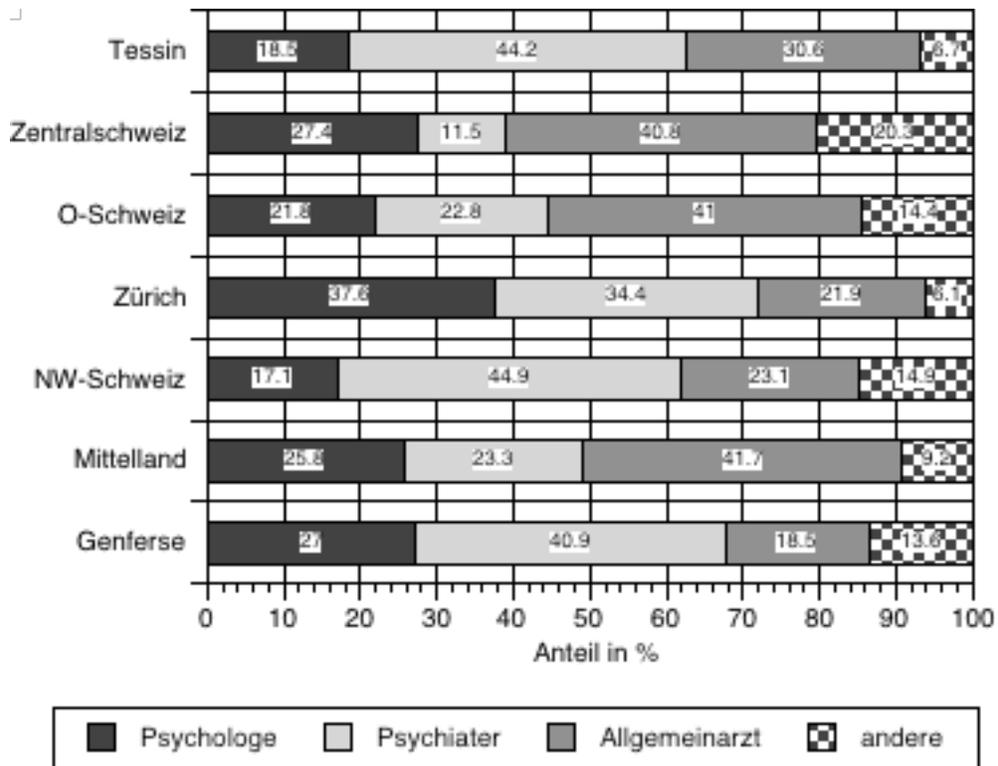


Abbildung 12:

Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 1997, Bundesamt für Statistik: behandelnde Fachperson bei psychischen Problemen, nach Region (eigene Berechnungen)

5.3.2 Schweizerischer Diagnosen Index der IHA•IMS Health Hergiswil

Der Schweizerische Diagnosen Index (SDI) ist primär als ein Instrument im Dienste des medizinischen Marketings entwickelt worden. Der Index gibt auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe die Diagnosenstellungen der ambulant praktizierende Ärzte wieder (nach ICD-10) wie auch die verordneten Therapien (dies bis auf die Ebene der einzelnen Präparate). Der Index stellt die einzige nennenswerte kontinuierliche Datensammlung in diesem Gebiet dar.⁵⁰ Ein Abgleich mit den Daten des Datenpools der Krankenversicherungen, welche allerdings keine Diagnosen enthalten, wäre im Hinblick auf gesundheitsökonomische Analysen interessant.

Die im SDI wiedergegebenen Daten sind ähnlich wie andere Versorgungsdaten nur zum Teil mit den üblichen epidemiologischen Fragestellungen kompatibel. Die Daten basieren auf den einzelnen Diagnosenstellungen. Pro Konsultation sind mehrere Diagnosenstellungen möglich; die Mitdiagnosen werden jeweils erfasst und können ausgewiesen werden. Im weiteren enthält der SDI Angaben über Verordnungen (Erst, Folge-, Wechselverordnungen; daneben Mitverordnungen in Analogie zu Mitdiagnosen), sowie natürlich über die behandelnden Ärzte. Prävalenzschätzungen sind kaum möglich, weil die Daten nicht auf die Ebene des einzelnen Patienten umgesetzt werden können. So bleiben z.B. die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen und der Medikamentenverordnungen pro Patient innerhalb eines bestimmten Zeitfensters unbekannt. Dennoch erlauben die Daten einzelne interessante Einblicke in die Versorgung durch ambulant praktizierende Ärzte.

Tabelle 7: Schweizerischer Diagnosen Index: Häufigkeit der wichtigsten psychiatrischen Diagnosestellungen durch ambulant praktizierende Ärzte 2000-2002, in 1'000 (Hochrechnung; Quelle IHA•IMS)

	2000	2001	2002
F20 Schizophrenie	377.3	392.1	430.8
F31 Bipolare Affektive Störung	147.5	161.1	164.8
F32 Depressive Episode	1220.2	1119.4	1063.3
F33 Depressive St.Rez.	1384.8	1630.2	1824.7
F40 Phobische Störung	137.1	171.7	173.3
F41 Angst-Störung / Andere	954.6	1066.1	1187.9
F42 Zwangs-Störung	88.2	86.7	127.5
F43 Belastungs/Anpassungs-Störung	445.7	397.5	481.7
F45 Somatoforme Störung	415.6	411.2	420.4

⁵⁰ Die SDI-Daten sind nicht öffentlich, sondern werden von der IHA•IMS Health Hergiswil kommerziell genutzt. Die Datenzusammenfassungen beruhen auf einem einmaligen Auftrag. Entsprechend wird auf weiterführende Analysen lediglich verwiesen.

Tabelle 7 zeigt die wichtigsten Diagnosen, die im SDI enthalten sind, sowie ihre Entwicklung in den letzten drei Jahren. Ausser bei depressiven Episoden (F32) ist tendenziell ein Anstieg der Diagnosenstellungen festzustellen, am offensichtlichsten bei Schizophrenien (F20), rezidivierenden depressiven Störungen (F33) und Angststörungen (F41). Im übrigen bleibt das Verhältnis zwischen medikamentös gegenüber nicht medikamentös behandelten Diagnosen stabil oder sinkt (so z.B. bei rezidivierenden depressiven Störungen, F33).⁵¹

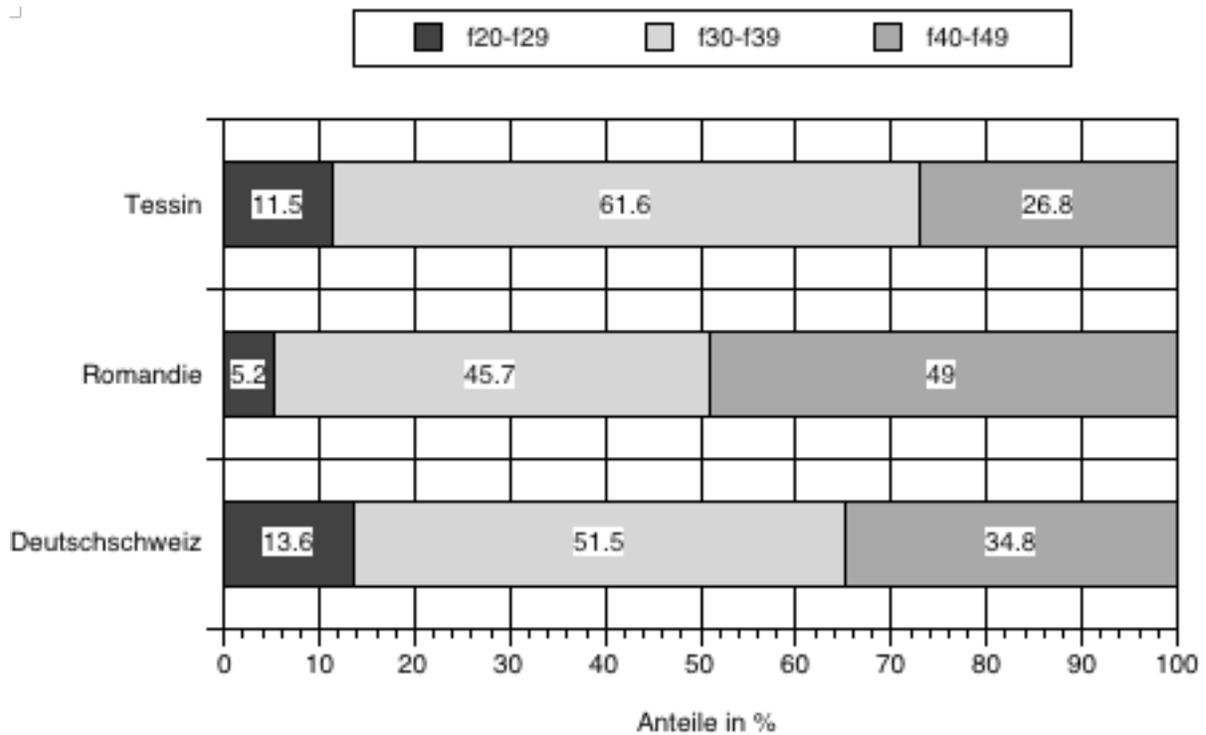


Abbildung 13:

Schweizerischer Diagnosen Index: Häufigkeiten der drei wichtigsten psychiatrischen Diagnose-Gruppen 2002, Anteile in % bezogen auf Summe der Diagnosen F2, F3, F4 (Substanzstörungen nicht berücksichtigt); Schizophrenien und wahnhafte Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39), neurotische Störungen (F40-49) (Quelle IHA•IMS)

⁵¹ Eindeutige Ausnahme bilden hierbei die Angststörungen (F41). Im übrigen ist die Ratio am höchsten bei bipolaren Störungen (F31, >2.5), gefolgt von Schizophrenien (F20, 2:1), rezidivierenden depressiven Störungen (F33, 1.8:1), depressiven Episoden (F32, 1.6:1), Angststörungen (F41, 1.5:1). Bei Phobien, Zwangstörungen, Belastungs- und somatoformen Störungen überwiegen die nichtmedikamentös behandelten Diagnosen (Ratios im Bereich 0.5:1 bis 0.8:1).

Der Vergleich der Häufigkeiten der wichtigsten psychiatrischen SDI-Diagnosen 2002 zwischen den Sprachregionen (Abbildung 13) zeigt Unterschiede besonders zwischen der französischsprachigen Schweiz, wo in freier Praxis deutlich weniger Schizophrenien und wahnhaftige Störungen (F20-F29) und mehr neurotische Störungen (F40-49) diagnostiziert werden, und den übrigen Landesteilen. Allerdings geht aus diesen Daten noch nicht klar hervor, wieweit sekundäre Versorgungsunterschiede (Anzahl Konsultationen u.ä.) ausgeschlossen werden können. Mehr Details liessen sich anhand des Diagnosenindex über die Konsultationen, über die Verteilung der behandelnden Ärzte und über die Häufigkeiten der Erstverordnungen in Erfahrung bringen.

Die Erstverordnungen im Vergleich mit Folge- und Wechselverordnungen bei medikamentös behandelten Diagnosen (Tabelle 8) vermitteln implizit Unterschiede bez. Chronizität einer Störung – vergleichbare Patientenpopulationen vorausgesetzt. Bei Schizophrenien (F20), bipolaren Störungen (F31) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) ist der Anteil der Erstverordnungen am tiefsten (<10%); vergleichbar tief ist er jedoch auch bei Zwangstörungen (F42) und Essstörungen (F50). Am höchsten ist er bei somatoformen Störungen (F45) und bei depressive Episoden (F32): ca. 30%.

Tabelle 8: Schweizerischer Diagnosen Index: Anteile der Erstverordnungen vs. Folge- und Wechselverordnung, Diagnosestellungen durch ambulant praktizierende Ärzte, 2002 (Quelle IHA•IMS)

	Anzahl Diagnosen in 2002	Anteil ErstVO-	Anteil Folge-/ WechselVO	ohne Angabe
F20 Schizophrenie	431	3.5	90.7	5.8
F31 Bipolare Affektive Störungen	165	9.4	87.2	3.4
F32 Depressive Episode	1065	29.6	62.3	8.1
F33 Depressive StörungenRez.	1825	9.7	84.8	5.5
F40 Phobische Störungen	173	18.7	72.8	8.3
F41 Angst-StörungenAndere	1188	20.0	70.1	9.8
F42 Zwangs-Störungen	128	11.0	82.3	6.6
F43 Belastungs/Anpassungs-Störungen	487	24.3	66.6	9.0
F45 Somatoforme Störungen	420	31.9	61.3	6.8
F50 Ess-Störungen	103	8.9	84.2	6.9

Aufschlussreich ist nicht zuletzt die Aufschlüsselung der SDI Diagnosen nach Arztgruppe, namentlich der Anteil der PsychiaterInnen gegenüber Allgemeinpraktikern und anderen Spe-

zialisierungen (Abbildung 14). Dieser lag 2002 unter 40% bei rezidivierenden depressiven Störungen (F33), unter 50% bei depressiven Episoden (F32) und Angststörungen (F41), unter 60% bei Schizophrenien (F20) und Essstörungen (F50). Um oder über 80% lag er bei bipolaren affektiven Störungen (F31), Belastungsstörungen (F43), Zwangstörungen (F42) und phobischen Störungen (F40). Auch diese Daten sollten nicht ohne Vorbehalte und zusätzliche Auswertungen, wie z.B. die Berücksichtigung von Erstdiagnosen oder die zeitliche Entwicklung, berücksichtigt werden. Offen ist, wieweit diese Ergebnisse auf tatsächliche Unterschiede der Patientenpopulation zurückzuführen sind und wieweit sie unterschiedliches Diagnostizieren der Psychiater im Vergleich zu den Allgemeinpraktiker ausdrücken.

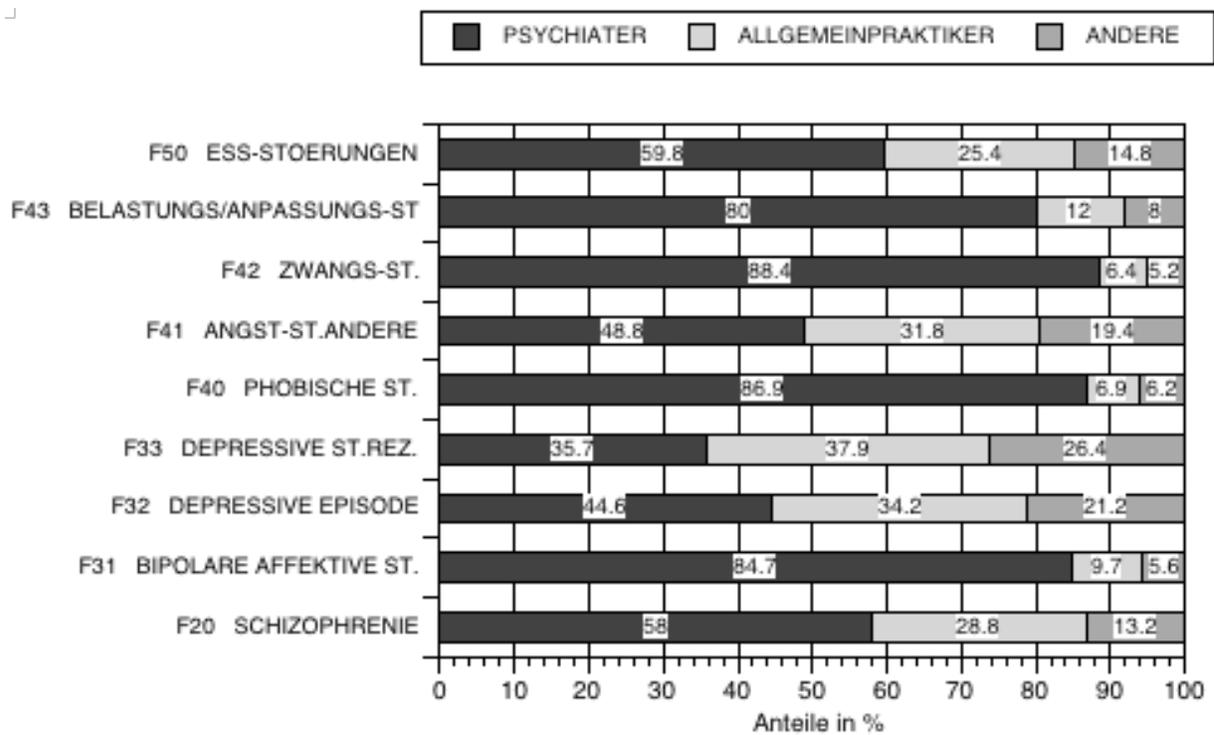


Abbildung 14:

Schweizerischer Diagnosen Index: Ausgewählte Diagnosestellungen durch ambulant praktizierende Ärzte 2002: prozentuale Anteile nach Arztgruppe (Psychiater vs. Allgemeinpraktiker) (Quelle IHA•IMS)

5.4 Über- versus Unterversorgung

Die Versorgungssituation lässt sich nicht nur aus der Perspektive der Infrastruktur betrachten, sondern äquivalent auch aus der Perspektive der Nutzung. Spätestens hier wird klar, dass die Versorgungsprobleme so unterschiedlich sind wie die psychischen Störungen selbst. Das System der stationären Versorgung ist v.a. mit schweren Störungen und zugleich Beeinträchtigungen – d.h., schizophrenen und wahnhaften Störungen, Suizidalität und weitere Formen der Selbstgefährdung, Substanzstörungen – konfrontiert und versorgt eine Minderheit der (potentiellen) psychiatrischen PatientInnen, darunter zu einem nicht unbeträchtlichen Teil sogenannte "Heavy User", also Patienten mit wiederholten Aufenthalten in psychiatrischen Institutionen. Das Profil der Klienten im halbstationären und ambulanten Bereich umfasst über die Menschen mit schweren Störungen bzw. Beeinträchtigungen hinaus auch diejenigen mit weniger auffälligen Störungen. Die Probleme des teilstationären und ambulanten Bereichs umfassen deshalb neben der Versorgung auch und v.a. die Nutzungsseite. Die Verhaltensmuster bei der Hilfeinanspruchnahme variieren sehr stark zwischen Stadt und Land, nach Geschlecht, Ausbildung etc. Das Wissen um psychische Störungen und Handlungsmöglichkeiten (vgl. Kap. 6) erhält entscheidende Bedeutung.

Während also bei Patienten mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen die Problematik der Versorgungsoptimierung oder gar der Überversorgung im Vordergrund steht, ist dies bei Menschen mit weniger auffälligen Störungen die Problematik der Unterversorgung. Während bei den ersten mit der Verlagerung zum ambulanten Bereich die Betreuung und Fürsorge in den Vordergrund rückt, liegt der Schwerpunkt der Unterversorgung bei weniger auffälligen Störungen bei der Behandlung. Letzteres ist am Beispiel der Depression wiederholt veranschaulicht worden. Besonders plakativ sind die deutschen Verhältnisse vom "Nürnberger Bündnis gegen Depression" dargestellt worden: von den etwa 5% der Bevölkerung, die an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden, ...

- sind etwa zwei Drittel in hausärztlicher Behandlung;
- werden etwa ein Drittel korrekt diagnostiziert;
- werden etwa 10% adäquat behandelt;
- weisen etwa 5% eine adäquate Compliance aus.

Übersichtsdaten zum Seutschen Survey 1998 liefern Wittchen und Jacobi (1998). Die Behandlungsquote umfasst einen Drittel der Betroffenen mit einer diagnostizierbaren psychischen Störung nach DSM oder ICD.

Die Verhältnisse in der Schweiz dürften nicht grundlegend verschieden sein. Sie sind v.a. in Zürich nachvollziehbar dank der Zürich-Studie von Jules Angst. Im Umfeld der Zürich-Studie ist auch die kürzlich verfasste MPH-Diplomarbeit von Adrian Eichenberger entstanden. Ausgehend von einem intermediären Schwellenwert der Behandlungsbedürftigkeit bei Depression

und Angststörungen⁵², äusserten 31% der Betroffenen, im vergangenen Jahr professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben (s. zum Vergleich auch Abbildung 8 und 9A). Entgegen dem Eindruck, der durch Abbildung 14 entsteht, ist der Hausarzt in rund der Hälfte der Fälle *erste* Anlaufstelle bei Problemen. Unter denjenigen Betroffenen, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nahmen, gaben über 80% an zu glauben, selbst mit den Problemen fertig zu werden. Prädiktoren für die Inanspruchnahme waren hingegen bestimmte Leitsymptome (Hoffnungslosigkeit, Selbstvorwürfe), frühere Therapieerfahrung und Leben ohne Partner.

Etwas höhere Zahlen der Inanspruchnahme ergeben sich, wenn Behandlungsraten über längere Zeiträume erfragt werden, also gewissermassen Lebenszeit-Behandlungsraten. Diese betragen in der Zürich-Studie (Angst et al., in press):

Affektive Störungen: 56% (bez. aufs Sample insgesamt 13.4%);

Angststörungen: 37% (bez. aufs Sample insgesamt 9.3%);

Substanzstörungen: 15% (bez. aufs Sample insgesamt 3.7%).

Die Konsequenzen der Unterversorgung sind auf der individuellen Ebene zu verorten ebenso wie auf der sozialen und ökonomischen. Auf der individuellen Ebene bedeutet mangelhafte Versorgung

- erhöhtes Risiko für die Chronifizierung und / oder die Zunahme des Schweregrades bzw. der Beeinträchtigungen;
- erhöhtes Risiko für Komorbidität mit Substanzstörungen und anderen psychischen Störungen, wobei es eine Reihe von Kombinationen gibt (z.B. Angststörungen und Depression, bipolare Störungen), welche deutlich häufiger auftreten als andere;
- erhöhtes Risiko für Suizidalität;
- soziale Desintegration, Isolierung, Konflikte in Familie / Netzwerk;
- erhöhtes Risiko für Verarmung und Deprivation.

Umgekehrt ist es wichtig zu wissen, dass viele psychische Störungen spontan remittieren können, d.h. sich auch ohne Eingreifen von Ärzten und Therapeuten zurückbilden. Die Mehrheit der behelfs eines Thresholds diagnostizierbaren Störungen sind komorbide Störungen oder gehören aus anderen Gründen nicht in die Kategorie derjenigen Störungen, bei welchen mit gutem Gewissen und ohne grosse Risiken zu übernehmen auf die spontane Remission gewartet werden sollte.

5.5 Zusammenfassung

Das erste Fazit zur Versorgung bei psychischen Krankheiten läuft darauf hinaus, dass grosse Disparitäten zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen bestehen und gleichzeitig ein

⁵² Die Ergebnisse bei Depression und Angststörungen glichen sich im übrigen überraschend deutlich.

starker Veränderungsdruck (struktureller Wandel, veränderte Versorgungs- und Behandlungsparadigmen, knappe ökonomische Ressourcen, Verbesserungen der Psychopharmaka) gegeben ist. Nebeneinander bestehen eine insgesamt gute, aber historisch überholte stationäre Versorgung und eine offensichtlich ungenügende ambulante Versorgung, die nebst einer grundlegend tiefen Deckung des Basisbedarfs auch mit den wachsenden Bedürfnissen □ sprich Nutzungsverschiebungen – infolge Ressourcenmangel nicht Schritt halten kann.

Aus der Perspektive der Nutzung und des Bedarfs sticht die Diskrepanz zwischen schweren Störungen wie Schizophrenie und anderen – durchschnittlich leichteren – Störungen heraus. Diese Diskrepanz hat gewisse Ähnlichkeiten mit der Gegenüberstellung von Substanzstörungen durch Opiate und sogenannte harten Drogen und andererseits Alkohlstörungen, wobei die letzteren zwar das stationäre Versorgungssystem weniger beschäftigen, jedoch weitaus mehr Menschen betreffen, mehr Menschen invalidisieren, mehr Menschen suizidal werden lassen, mehr sozio-ökonomischen Schaden für die ganze Gesellschaft verursachen als die erstgenannten schweren Substanzstörungen. Diese Diskrepanz besteht bei psychischen Störungen über die Substanzstörungen hinaus, und sie verdeutlicht, dass die Aufgabenteilung zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssystem durchaus besserbar ist.

Der Wandel des Versorgungssystems stellt erhöhte Anforderungen an die epidemiologischen Datengrundlagen. Während für die medizinisch psychiatrische Versorgung, bspw. im stationären oder teilstationären Bereich noch relativ gute Datengrundlagen vorliegen und sich mit der Durchsetzung der Medizinischen Statistik weiter verbessern, so schwindet die Datenverfügbarkeit mit zunehmender Distanz zur staatlichen Planung. Namentlich wirken sich Lücken aus im Bereich der ambulanten Versorgung durch privat praktizierende Ärzte und Therapeuten. Die Daten des Schweizerischen Diagnosen Index (SDI) bieten hierzu einen beschränkten Ausgleich, mit gewissen Einschränkungen auch jene des Schweizerischen Haushaltspanels und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Ebenso liegen ungenügende Daten vor, um das Geflecht von Versorgungsinstitutionen medizinischer Art und sozialer Art abzubilden.

Grundsätzlich bieten sich drei Strategien an, um die Datenlage zu verbessern. Da sie sich an unterschiedlichen Zieldaten – Angebotsdaten, Nutzungsdaten, Bedarfsdaten – orientieren, handelt es sich nicht um konkurrierende sondern um ergänzende Strategien:

- die natürliche bürokratische Strategie beruht auf einer Vervollständigung der *Angebotsdaten* durch die Versorgungsinstitutionen / -akteure;
- mit der Verkürzung der Aufenthaltszeiten in den psychiatrischen Kliniken (und dazu mit der über kurz oder lang zu erwartenden Dezentralisierung der stationären Versorgung) rücken *Nutzungsdaten* in den Vordergrund; Nutzungsdaten lassen sich über Behandlung- bzw. Betreuungsketten abbilden, die entweder über die Zusammenführung von

Angebotsdaten – also übers Datenlinkage auf individueller Ebene⁵³ - oder über die Erhebung dieser Daten mittels einer angemessen grossen Stichprobe von PatientInnen gewonnen werden können; die Ausgangslage würde sich allenfalls ändern, wenn die Betreuung von Patienten über interinstitutionelle Teams gewährleistet würde oder über Koordinationstellen abgestimmt würde;

- die Erfassung von *Bedarfsdaten* setzt Surveys voraus (vgl. Kap. 8).

⁵³ Wie hinlänglich bekannt ist, sind die datenschützerischen Hürden für ein solches Vorgehen zur Zeit unüberwindbar hoch. In der Epidemiologie zeigt es sich deutlicher als anderswo, dass die bürokratische Handhabung eines ursprünglich sinnvollen und absolut notwendigen politischen Instruments zu dessen Perversion führen kann, z.B. durch Verunmöglichung einer sozial orientierten Forschung oder der Evaluierbarkeit von gesundheitspolitischen Reformen.

6 Prävention, Intervention, Postvention

Die Häufigkeiten zu psychischen Störungen, wenn sie einmal zusammengefasst vorliegen, kontrastieren in eigenartiger Weise mit der Tabuisierung der Thematik in der Öffentlichkeit. Über psychische Störungen spricht man aber auch in der Privatsphäre oder unter Peers nur ungern: sie betreffen allenfalls die Mitmenschen; und wer selbst betroffen ist, redet in vielen Situationen am besten nicht darüber. Der Misskredit überträgt sich auf die Berufsgruppen, die mit den Betroffenen zu tun haben. So gehören die Psychiater innerhalb des Ärztestandes nicht nur zu den Spezialisierungen mit den tiefsten Einkommen, sie verfügen auch über das tiefste Prestige. Daran konnte selbst der jüngste Aufstieg der Neurosciences in die Spitzenklasse der wissenschaftlichen Disziplinen wenig ändern.

Die ausgewiesenen Häufigkeiten haben Implikationen, die bisher weder in der Öffentlichkeit noch in der Politik angemessen wahrgenommen worden sind. Beispielsweise werden die hohen Suizidraten in der Schweiz in abermaligen Anläufen thematisiert, doch ohne den Blick unter die Spitze des Eisberges zu richten. Oder: Konsequenzen in der Ausbildung der Allgemeinpraktiker, welche die wichtigsten Akteure in der Erkennung und Behandlung psychischer Krankheiten sind, sind weitgehend ausgeblieben. Die ausgewiesenen Häufigkeiten psychischer Störungen haben aber auch Implikationen auf individueller Ebene. Die Unkenntnis der Symptome und der Behandlungsmöglichkeiten versetzt einen grossen Teil der Bevölkerung in einen Zustand des ahnungslosen Betroffenseins.

Vor diesem Hintergrund kommt in der Prävention psychischer Störungen der Komponente des Wissens und der Einstellungen eine besonders grosse Bedeutung zu. Weitere Kapitel behandeln im folgenden den Zusammenhang zwischen ätiopathogenetischen Modellen und Prävention, die Präventionsansätze innerhalb einzelner Störungen, die Rolle der Früherkennung und die Beziehung zur Gesundheitsförderung.

6.1 Was ist und was soll Prävention?

Prävention orientiert sich traditionell in erster Linie an Krankheiten, an deren Verhütung oder Prophylaxe, wie die älteren Begriffe auch lauten. Die Begriffstrias Prävention-Intervention-Postvention ist durch neuere Formulierungen abgelöst worden: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Diese implizieren, dass angemessene Interventionen oder eine gute Nachsorge bzw. Compliance selbst wiederum präventiven Charakter für das Wiederauftreten oder Fortschreiten von Krankheit, Störungen, Symptomen beinhaltet. Der Wandel der Begrifflichkeit ist ein Indiz dafür, dass sich das Gebiet in einem permanenten Wandel befindet.

Auf welchen Ebenen bewegt sich die Prävention? Eine erste Unterscheidungsmöglichkeit ist diejenige von Price (1998). Unter Verwendung einer Darstellung von Mrazek and Haggerty 1994 unterscheidet er drei Bereiche der Prävention: universale, selektive und indizierte. Prä-

ventionen werden hier also nach dem Grad ihrer Spezifität eingeteilt. Universal meint die gesamte Bevölkerung betreffend, wobei es zu keinen negativen Nebeneffekten kommt: bspw. eine gute Geburtsversorgung und Begleitung. Selektive Interventionen setzen die Kenntnisse von Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Risiken voraus. Man erhofft sich dabei, dass die durch die Programme erzielte Nutzen die Kosten bei weitem überschreiten wird. Hierzu zählt bspw. das Aufsuchen von schwangeren Frauen in verarmten, verwahrlosten Bevölkerungssegmenten, um Schädigungen während Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Phase zu minimieren. Indizierte Interventionen bezeichnen solche, die ganz zielgerichtet Individuen betreffen, die bestimmte Hochrisikovoraussetzungen erfüllen müssen.

Eine weitere Unterscheidung ist diejenige zwischen den Prozessen der Krankheitsentstehung (also an Ätiologie und Pathogenese) und andererseits an Risikofaktoren, für welche das Krankheitsauftreten wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlich ist (neben Risikofaktoren auch Risikogruppen, Risikogebiete, Effekte sozialen und persönlichen Wandels etc.).⁵⁴ Die Risikomerkmale liefern Informationen darüber, wo und wann präventive Massnahmen sinnvoll ansetzen können. Dieses durch die Epidemiologie zur Verfügung gestellte Wissen übertrifft in aller Regel deutlich das Wissen über die Krankheitsentstehungsprozesse, was ab und an zu Fehleinschätzungen der Präventionsmöglichkeiten führt. Über alles betrachtet, so muss leider festgestellt werden, sind die Möglichkeiten erfolgreicher Prävention bei psychischen Störungen vorderhand auf Spezialsituationen begrenzt.

6.2 Ätiologische Modelle und Prävention

Wie kann Prävention ansetzen, auch wenn das Wissen über die Entstehungsprozesse bei einer Krankheit limitiert ist? Dazu gibt es grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- **Einfache Wirkungsevidenz:**
Die empirische, oftmals zufällige Einsicht in die Wirkung einer Massnahme hat den Weg zu vielen Therapien wie auch präventiven Massnahmen in der somatischen Medizin geebnet (wie z.B. Pockenimpfung), auch wenn kein entsprechendes Hintergrundwissen vorhanden war. Bei Krankheiten mit multifaktorieller Ätiologie, wie sie in der Pathopsychologie zumeist vermutet werden, sind einfache Wirkungsevidenzen nicht auszuschliessen, jedoch sind sie weniger wahrscheinlich und enthalten zugleich eine bescheidenere Reichweite (z.B. Evidenzen aufgrund einzelner genetischer Veränderungen).
- **Wissen um einzelne Prozesskomponenten:**
Die Prävention kann – auch bei einer weitgehend unbekanntem multifaktoriellen Krankheitsentstehung – einzelne bekannte Komponenten herausgreifen (z.B. Verarbeitungspro-

⁵⁴ Diese Unterscheidung wird oft nicht unternommen oder sie wird unklar gesehen. Ein Beispiel dafür liefern Ergebnisse aus der genetischen Epidemiologie: in den allermeisten Fällen ist ihr realer Stellenwert ähnlich bescheiden und marker-mässig, wie jener demographischer Risikogruppen; dies gilt solange, als die Rolle der Gene in den Krankheitsentstehungsprozessen unklar bleibt.

zesse nach Traumata, Intervention in Schulen nach Suizid) und präventive Massnahmen gezielt dort investieren.

- Krankheitsentstehungs-Modelle:

In der Regel stehen bestimmte Vorstellungen über ätiologische Zusammenhänge hinter den Präventionsbemühungen. Sie lassen sich in formalen Modellen zusammenfassen:

- Einfaches kausales Modell: ein oder mehrere Faktoren, je nach dem notwendig oder auch nicht, als Voraussetzung für das Entstehen einer Erkrankung (z.B. Depression nach Borna-Virus-Infektion, postpartale Depression);
- Mehrfaktoren-Interaktionsmodell: krankheitsauslösende Belastungen entstehen nur dann, wenn zwei oder mehrere Faktoren gleichzeitig auftreten (als Variante ein/mehrere Faktor(en) in einer bestimmten Entwicklungsphase);
- Mehrfaktoren-Interaktionsmodell mit Rückkopplung: zwei Faktoren, welche sich gegenseitig induzieren / verstärken können, treten in Wechselwirkung (z.B. Schizophrenie und Substanzstörungen);
- Langfristig kumulatives Modell: ein Faktor in Wiederholung oder mehrere Faktoren wirken sich im Sinne additiver Effekte aus;
- Threshold-Modell: ein oder mehrere Faktoren führen zu Belastungen, welche ab einem bestimmten Niveau (threshold) eine Erkrankung auslösen oder einen sich selbst verstärkenden Prozess (z.B. Prozesse suizidaler Einengung) in Gang bringen; die Prävention versucht entweder das Ausgangsniveau der Belastungen tief zu halten oder den Threshold anzuheben oder auf die Belastungen direkt einzuwirken;
- Prädispositions-Trigger-Modell: eine latent vorhandene Vulnerabilität wird durch einen Trigger oder ein triggerndes Ereignis aktiviert, was zum Onset (Beginn) einer Krankheit führt (z.B. Depression nach Verlusterlebnissen, Arbeitslosigkeit, Konfliktsituationen); die Prädisposition bzw. Vulnerabilität kann ihrerseits analog zu jedem der vorgängigen Modelle entstehen; die Prävention kann sich an den Faktoren, welche zur Vulnerabilität führen, ausrichten, oder sie kann bei bestehender Vulnerabilität die möglichen Triggerfaktoren ausschalten oder abschwächen.

Weder für eine einfache Wirkungsevidenz noch für einzelne Prozesskomponenten existieren bei psychischen Störungen bis anhin Anhaltspunkte. Dies erstaunt nicht, wenn man bedenkt, dass unterschiedliche Ätiologien an ein und der selben Störung beteiligt sein können: die Depression kann beispielsweise postinfektiös sein, postpartal wie auch durch ein Verlusterlebnis ausgelöst werden. Auf der Ebene der Krankheitsentstehungsmodelle unterscheiden sich die Implikationen für die Prävention beträchtlich. Grundsätzlich gilt: je komplexer ein Modell ist, desto mehr Ansatzpunkte für die Prävention stehen potentiell offen, zugleich ist deren Reichweite geringer.

Das Modell, das für die zumeist angenommene multifaktorelle Ätiologie charakteristisch sein dürfte, ist primär das Prädispositions-Trigger-Modell. Im Prädisposition-Trigger-Modell bieten sich Trigger (z.B. Stress, Lebensereignisse, sozio-ökonomischer Wandel) nur bedingt als Präventionsobjekt an – dies natürlich immer unter der Bedingung, dass nicht Bewältigung

von Krisen sondern Prävention von psychischen Störungen gemeint ist. Am Anfang steht dabei die Frage, wieweit die Prädisposition bzw. Vulnerabilität für das Entstehen eines Krankheitsprozesses entscheidend ist und – umgekehrt formuliert – wie gross der Anteil der Fälle ist, bei welchen aufgrund der Ausschaltung eines Triggers (z.B. dank einer nur vorübergehenden Vulnerabilität oder dank verbesserter Bewältigungsressourcen) mit keiner späteren Erkrankung zu rechnen ist. Ein Beispiel für diese Logik bietet in der Suizidprävention die Ausschaltung von bestimmten Suizidmethoden (Entgiftung des Kochgases, Schusswaffenverbote, Sicherung von Brücken), deren Verfügbarkeit als ein Trigger an sich schon gewertet wird; eine ähnliche Logik verfolgen Medienrichtlinien zur Berichterstattung über Suizid (Silverman & Maris, 2000).

Grundsätzlich wäre die Prävention entlang von Vulnerabilitätsfaktoren vielversprechender als jene, die sich an Trigger-Faktoren orientiert. Eine solide empirische Basis besteht dazu v.a. bezüglich sexuellen / körperlichen Missbrauchs, dies sowohl in Bezug auf psychische Störungen und Substanzstörungen als auch in Bezug auf Suizidalität (Ernst et al., 1993; Angst et al., 1992; Rosenberg et al., 1996; Goodman et al., 1997).

6.3 Prävention bei einzelnen Störungen und bei Suizid

Bei schweren Störungen (Schizophrenie, Depression, Angststörungen) wird davon ausgegangen, dass zur Zeit keine erfolgversprechenden Präventionsmöglichkeiten bestehen (WHO, 2001). Das Wissen um Risikomerkmale ist vor diesem Hintergrund vorerst von begrenzter Bedeutung (für Depression s. Harrington, 1998). De facto ist Prävention in engerem Sinne bei diesen Störungen auf triggernde Faktoren beschränkt, mit den obenerwähnten Einschränkungen. Als Ausweichmöglichkeiten wahrgenommen wurden verschiedenste weitere Bereiche, die mitunter mit Prävention zu tun haben: Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Früherkennung, Intervention und Postvention in der Rolle als Prävention von Komorbidität und sekundären Symptomen wie Suizid (vgl. Beiträge in Jenkins & Üstün, 1998).

Suizidprävention ist aufgrund der existenziellen Bedeutung aber auch nicht zuletzt aufgrund fehlender Alternativen der wichtigste Präventionsbereich bei psychischen Störungen und Erkrankungen. Die Suizidprävention lässt sich beispielhaft in verschiedene Teilgebiete und Themen unterteilen:

- Ausschaltung von Suizidmethoden;
- Früherkennung;
- adäquate Behandlung von zugrundeliegenden und komorbiden Störungen;
- individuenzentrierte Prävention nach traumatisierenden Erlebnissen, kritischen Lebensereignissen;
- Ausdifferenzierung und bessere Erreichbarkeit niederschwelliger Hilfsangebote;
- Beeinflussung des Hilfesuchverhaltens, z.B. durch Enttabuisierung, Information, Mental Health Literacy;

- Früherkennung spezifisch suizidaler Phantasien und Verhaltensweisen, z.B. in der Arztpraxis aber auch im Alltag durch Mitmenschen;
- Beeinflussung des Imitationsverhaltens (Werther-Effekt), z.B. über Richtlinien zur Berichterstattung in den Medien;
- adäquate, z.B. altersgerechte Krisenintervention;
- Interventionen nach Suizid oder Suizidversuch (Survivors, Schulklassen, Peers; Überlappung mit vorgängigen Items);
- Betreuung, Begleitung nach Suizidversuch.

Die Stichworte sind entsprechend der Logik der primären, sekundären und tertiären Prävention ausgerichtet. Es ist bemerkenswert, dass die meisten Efforts auf kasuistischen Erfahrungen (und Erfolgen) beruhen, dass sie sich zwar als absolut sinnvoll und notwendig erweisen, jedoch kaum imstande zu sein scheinen, die Suizidraten zu beeinflussen. Die sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Bedingungen haben die Suizidraten seit jeher in einem Mass variieren lassen, welches alle Präventionsbemühungen in den Schatten gestellt hat. Dies scheint sich seit der Gotland-Studie (Rutz, 1995) und v.a. seit der Kampagne des Nürnberger Bündnisses gegen Depression⁵⁵ grundsätzlich zu ändern. Die Gotland-Studie fokussierte – wie vordem in der Schweiz die FMH-Kampagne (Frey & Michel, 1991; Frey, 1992) – die Weiterbildung der praktizierenden Ärzte. Aufgrund der weitgehenden Mitarbeit der praktizierenden Ärzte und der räumlichen Abgrenzbarkeit (Gotland ist eine schwedische Ostseeinsel) konnten die Effekte der Kampagne gegenüber verschiedenen Rahmenbedingungen besser kontrolliert werden. Die tendenziell positiven Ergebnisse (geringe Fallzahlen!) waren wenige Jahre nach der Kampagne nicht mehr wahrnehmbar. Das Nürnberger Beispiel fokussiert die Behandlung psychischer Störungen, v.a. Depression, unter gleichzeitigem und konzertierten Einbezug von öffentlichkeitsorientierten Massnahmen zur Verbesserung der Früherkennung und des Hilfesuchverhaltens. Die präliminaren Ergebnisse sind deutlich beeindruckender als jene der Gotland-Studie, aber auch hier wird von entscheidender Bedeutung sein, wie nachhaltig die Reduktion der Suizidversuche und Suizide bleibt. Zudem wird interessieren, wie eine weniger gut alimentierte Kampagne vorzugehen hat, um zu optimalen und nachhaltigen Ergebnissen zu gelangen. Das Nürnberger Modell hat aber jetzt schon zu einem Paradigmawechsel in der Suizidprävention geführt, welcher auch aus Schweizer Sicht durchaus eine grosse Herausforderung darstellt.

Prävention in engerem Sinne ist neben Suizidalität und weiteren (auto)destruktiven Verhaltensweisen v.a. auf somatisch geprägten Störungen wie Schlaf- und Essstörungen sowie natürlich auf Substanzstörungen konzentriert. Bei altersspezifischen Störungen wie Essstörungen scheinen die Chancen präventiver Bemühungen am ehesten vielversprechend. Doch die Reviews zeichnen ein pessimistisches Bild. Die Präventionsprojekte zu Essstörungen, die zumeist in einem Schulkontext realisiert werden, führen zwar zu verbessertem Wissen über psychische Störungen. Verhaltensänderungen werden jedoch (noch) selten erzielt (s. Reviews in Bryn

⁵⁵ Vgl. "www.buendnis-depression.de".

Austin, 2000; Pearson et al., 2002). Über Erfahrungen in der Schweiz berichten Buddeberg-Fischer et al. (1998).

6.4 Früherkennung

Die uneinlösbaren Versprechen der Prävention lassen andere Ansätze in den Vordergrund rücken wie die Früherkennung. Die Früherkennung soll – wenn schon nicht die Krankheit verhindern – so doch helfen, den Verlauf und die Konsequenzen einer psychischen Erkrankung oder eines suizidalen Prozesses günstig zu beeinflussen. Sie ermöglicht demnach nicht primäre Prävention sondern eine frühe Intervention. Das Thema der Früherkennung ist typischerweise in der Schizophrenieforschung anzutreffen. In der Schweiz bestehen an mehreren Zentren Spezialsprechstunden zur Früherkennung von Psychosen (Lauber & Rössler, 2001). Die Früherkennung lässt sich jedoch auch in der Suizid- wie auch in der Depressions- und Angstforschung situieren – also dort, wo unerwünschte Outcomes oder Verläufe drohen. Medizinisch geht es insbesondere darum, eine Chronifizierung oder die Entwicklung der Komorbidität (also weiterer koinzidenter Erkrankungen) zu vermeiden, aber auch darum, früh genug einer unerwünschten Eigendynamik im Krankheitsprozess⁵⁶ und entsprechenden Konsequenzen wie etwa Suizid oder Substanzabhängigkeit entgegentreten zu können. Sozial steht im Vordergrund, die Weichen in Familie, Beruf und im Wohnbereich rechtzeitig zu stellen, damit der weitere Verlauf der Erkrankung weniger häufig zu Ausgrenzung, Konflikten, zu vermeidbaren Problemen am Arbeitsplatz und in der Familie führt.

Ein erstes unter den ungeklärten Problemen betrifft den kritischen Punkt im Krankheitsentstehungsprozess, wann nämlich die Früherkennung einsetzen soll. Ein Teil der Langzeituntersuchungen dient dazu, diesen Punkt für eine bestimmte Störung jeweils klarer umreissen zu können. Die Früherkennung versucht, möglichst dicht an diesen hypothetischen Wendepunkt anzuschliessen.⁵⁷

⁵⁶ Jüngere Untersuchungen zur Schizophrenie zeigen, dass eine Behandlung in der prodromalen Phase hilfreich sein kann, um den Verlauf der Schizophrenie zu mildern. Insbesondere scheint es sinnvoll, die beginnenden psychotische Phase so früh zu behandeln, dass der Kontakt des Patienten zur Realität nicht gänzlich verloren geht. Zur Identifikation der Gefährdeten werden drei Dimensionen eingezogen: Psychotische Symptome (attenuated psychotic symptoms); Dauer und Frequenz des Auftretens (Brief Limited Intermitted Psychotic Symptoms, BLIPS, transient psychotic symptoms), ähnliche Erkrankungen in der näheren Verwandtschaft, Funktionsverluste, psychische Veränderungen etc. (Phillips et al., 2002).

⁵⁷ Allerdings sind die Möglichkeiten der Früherkennung immanent begrenzt. Die meisten Störungen schliessen Symptome ein, die zu jedermanns Erfahrungen zählen: bspw. Angst zu haben, zu schwitzen, einen erhöhten Puls in gewissen Situationen zu haben usw. sind Symptome, die wir alle kennen, aber sie gehören auch zu einer panischen Störung. Es geht also um das zeitliche Zusammenfallen mancher solcher Symptome, die zur Diagnose notwendig sind, um das subjektive empfundene Leiden, das damit verbunden ist, die Erschwerung der Alltagsbewältigung oder die soziale Auffälligkeit, die dieses Verhalten in der sozialen Umgebung erzeugt hat. Das Fehlen eines validen Instrumentes erschwert Aussagen über den Beginn einer psychischen Erkrankung. Zudem sind Prozesse denkbar, in deren Verlauf die sukzessiven Veränderungen eine neue Qualität erreichen.

Ein zweites Problem betrifft die Akteure der Früherkennung, namentlich die praktizierenden Ärzte (vgl. auch Kap. 5). Beispielsweise ist bekannt, dass Suizidenten in den Wochen vor dem Suizid in drei Viertel der Fälle beim Hausarzt gewesen waren. Die Fragen, die sich im Hinblick auf die Früherkennung durch praktizierende Ärzte stellen, sind primär folgende:

- wieweit können praktizierende Ärzte Symptome von psychischen Störungen in eine richtige (Verdachts-)Diagnose umsetzen?
- wieweit können sie verdeckte Symptome identifizieren und die Anamnese adaptieren?
- wieweit können (und wollen) sie geeignete Massnahmen, Therapien etc. umsetzen?

Sekundär stellen sich Fragen nach der Ausbildung der Mediziner – namentlich der angehenden Hausärzte – in Psychiatrie, sowie Fragen nach der Weiterbildung, Fragen nach den finanziellen Sachzwängen des Praxisbetriebs etc. Es sind verschiedene Instrumente entwickelt worden, welche den Hausärzten die frühe Erfassung von auffälligen Symptomen erleichtern sollen⁵⁸ wie auch allgemeine diagnostische Tools.⁵⁹

Dennoch sind auch Grenzen für den praktizierenden Arzt zu berücksichtigen. Auch psychiatrisch ausgebildete Ärzte erfassen nicht alle Patienten mit psychischen Störungen, weil diese sich nicht mit entsprechenden Beschwerden bzw. Symptomen bemerkbar machen. Deshalb bleibt es eine offene Frage, wieweit die Identifikation von psychischen Störungen in der Arztpraxis überhaupt gehen kann. Wären z.B. neben körperlichen Check-Ups auch psychiatrische Check-Ups vorstellbar?

Grundsätzlich sind analog zur Prävention dieselben Akteure potentiell auch in der Früherkennung involviert, so z.B. Lehrer, Vorgesetzte etc., also Personen, welche in einem vertikalen, hierarchischen Verhältnis mit vielen Menschen zu tun haben. Oft wird dabei ausgeblendet, dass die Früherkennung unausgesprochen und häufig in horizontalen Beziehungen oder in Eltern-Kind-Beziehungen stattfindet oder ganz einfach auf Selbstwahrnehmung beruht. Deshalb bleibt nach dem Wissensstand über psychische Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten in der Allgemeinbevölkerung zu fragen.

Früherkennung muss allerdings in den Händen von Spezialisten bleiben. Ohne die nötige Vorsicht und Zurückhaltung droht eine Medikalisierung von alltäglichen, vorübergehenden Symptomen, die mit der damit verbundenen Stigmatisierung schwerwiegende psychosoziale Konsequenzen haben können.

⁵⁸ Siehe z.B. Checkliste zur "Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis" (Aston et al., 2002).

⁵⁹ Z. B. das Symptom-driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC) (Weissman et al., 1998) oder das PROQSY (Lewis, 1998).

6.5 Wissen um psychische Störungen und Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen

Die Früherkennung, die Nutzung professioneller Hilfe wie auch die gemeindepsychiatrische Versorgung hängen weitgehend davon ab, welcher Wissenstand in der Bevölkerung⁶⁰ zu psychischen Erkrankungen besteht, welche Einstellungen vorherrschen und wie sich diese über (und je nach dem: gegenüber) sozio-kulturelle(n) Normen und Verhaltensstandards realisieren. Den Konzepten – Wissen, Einstellungen und Stigmatisierung – entsprechen in der englischsprachigen Literatur die Konzepte "mental health literacy", "attitudes" und "stigma".⁶¹

Jorm (2000), der den Begriff der Mental Health Literacy geprägt hat, subsumiert darunter mehrere Komponenten, unter welchen auch Stigma. Dies sind im einzelnen:

- Fähigkeit, psychische Störungen oder verschiedene Formen von psychologischem Distress zu erkennen;
- Kenntnisse über Risikofaktoren und Ursachen;
- Kenntnisse über Selbsthilfemöglichkeiten;
- Kenntnisse über die Möglichkeiten professioneller Hilfe;
- Einstellungen, Stigma;
- Kenntnisse über den Zugang zu professioneller Hilfe.

Zu ergänzen wären dazu soziale Kompetenz im Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen und Hilfe im sozialen Netzwerk.

Die bisherigen empirischen Untersuchungen fokussieren vor allem Schizophrenie / Psychosen (Furnham & Bower, 1992) und andererseits Depression. Im deutschen Sprachraum sind insbesondere die Arbeiten von Angermeyer zu nennen (Angermeyer et al., 1994; Angermeyer et al., 1999; Angermeyer et al., 2001).

Schweizerische Daten zu diesem Themenkomplex lieferte zunächst die Lundbeck-Studie "Stigma Study Zero" anhand einer 1994 von der Gesellschaft für Sozialforschung durchgeführten, für Deutschschweiz und Romandie repräsentativen Befragung mit nahezu 700 ProbandInnen (Brändli, 1999). Besonders interessant erscheinen die Ergebnisse zur Ursachenzuschreibung, wobei die Kindheit und ein Umfeld ohne emotionale Unterstützung im Vordergrund stehen wie auch soziale Rahmenbedingungen (Gesellschaft, ökonomische Situation, Bildungsgrad). Die Selbstverantwortlichkeit für psychische Gesundheit wird nahezu gleich hoch eingeschätzt wie für somatische Gesundheit. Hingegen wird allgemein akzeptiert, dass psychische Störungen jedermann / jedefrau betreffen können (wobei etwa ein Drittel der Befragten dies für sich selbst ausschliesst und ein weiteres Drittel ohne Meinung bleibt!). Aufschlussreich ist eine ähnliche Ambivalenz in Bezug auf die Zuschreibung von

⁶⁰ Neben der Bevölkerung als ganzem sind speziell auch einzelne Gruppen hervorzuheben, z.B. Berufsgruppen mit Multiplikatoreneffekten (Lehrer, Krankenberufe u.a.) wie auch Opinion Leaders.

⁶¹ Damit verbunden der Ansatz der mental health advocacy groups in den USA.

Gewaltbereitschaft: psychisch Kranke werden eher als gewaltbereit eingestuft, zugleich jedoch auch als nicht mehr und nicht weniger gewaltbereit als andere Menschen.

Weitere schweizerische Ergebnisse zur Health Literacy lieferte das Nationalfonds-Projekt "What people think about mental illness – a population survey", welches 1998-2000 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durchgeführt wurde (Lauber et al., 2000; Lauber et al., 2001).⁶² Dabei wurden 1'737 ProbandInnen eines für die Schweiz repräsentativen Samples befragt. Die Fähigkeit, psychische Störungen zu erkennen, wurde über verschiedene Operationalisierungen wie z.B. Vignetten erfasst. Bei Vorlegen einer Depressions-Vignette⁶³ erkannten 39% der Befragten in der Fallbeschreibung eine psychische Störung (und nicht eine Lebenskrise o.ä.). Bei Vorlegen der Schizophrenie-Vignette waren es 72%. Bei einem Vergleich nach Landesteilen zeigte sich bei der Depressionsvignette ein deutliches Abfallen des Tessins (26% erkannten Fallbeschreibung als psychische Störung) gegenüber der deutschsprachigen bzw. der französischsprachigen Schweiz (42% und 46%).⁶⁴ Besseres Einschätzungsvermögen von psychischen Störungen ging einher mit einer angemesseneren Beurteilung von therapeutischen Möglichkeiten. Die Studie zeigte aber auch, dass das richtige Erkennen einer Störung nicht nur positive Konsequenzen auf die Einstellungen haben muss: im Fall der Schizophrenie ist das bessere Einschätzungsvermögen mit einer höheren sozialen Distanz korreliert. Weitere Ergebnisse des Projektes beziehen sich u.a. auf die Zuschreibung der Ursachen psychischer Störungen (bei Depression zumeist dem Stress in Familie, Beruf etc. zugeschrieben) sowie auf Behandlungsvorschläge. Auffallend bei letzteren sind gelegentlich irritierende Häufungen von Antworten, welche Unwissen und Vorurteile wiedergeben (u.a. die Nützlichkeit von Betätigung an frischer Luft, die Schädlichkeit von Antipsychotika, das negative Image psychiatrischer Kliniken).

6.6 Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten

Zu den neueren Trends in der Prävention gehört die Berücksichtigung protektiver Faktoren neben sogenannten Risikofaktoren. Davon abgeleitet und verallgemeinert ist die Forderung nach Gesundheitsförderung, wie sie etwa durch die Gesundheitsförderungsstiftung (Stiftung 19) vertreten wird. Die Stiftung unterstützt mehrere Projekte wie z.B. "jung & stark" von der Pro Juventute, die u.a. auch mit der Thematik psychischer Störungen befasst sind.

Die Gesundheitsförderung beruht, sofern sie über konventionelle Präventionsinhalte und die Wissensvermittlung – wie z.B. die mental health literacy – hinausgeht, ähnlich wie die Laientheorien auf der Vorstellung der selbstverantworteten psychischen Gesundheit und damit

⁶² Ein weiteres Nationalfonds-Projekt, welches die Einstellungen von Professionellen erfasst, ist eben angelaufen.

⁶³ Kurzbeschreibung einer Person mit einer Symptomatik und mit Verhaltensweisen, die charakteristisch sind für eine bestimmte Erkrankung.

⁶⁴ Es wurde dabei lediglich das Vorhandensein einer psychischen Störung abgefragt, während auf deren Benennung durch die ProbandInnen verzichtet wurde.

gekoppelt auch der psychischen Störungen bzw. deren Bewältigung. Operationalisiert wird sie über eine Reihe von psychologischen Konzepten wie Coping, Resilienz, Kohärenzsinn u.a..⁶⁵ Es handelt sich um psychologische Persönlichkeitsmerkmale, welche a priori als nicht oder als nur schwer veränderbar aufgefasst werden. Die Widersprüchlichkeiten des Konzepts werden ergänzt durch den Einbezug sozio-kultureller Verhaltensdeterminanten, die jenseits der Reichweite individuell ansetzender gesundheitsfördernder Massnahmen liegen.

Dem kann entgegengehalten werden, dass die Voraussetzungen für Prävention und Gesundheitsförderung im Grunde dieselben sind: der Wissenstand kompromittiert beide, die Prinzipien und Angriffspunkte sind dieselben etc. Unterschiede ergeben sich insofern, als Prävention eher punktuell ansetzen kann. Wenn man sich eine Krankheit / Störung als multifaktorielles Geschehen vorstellt, kann Prävention gezielt auf einzelne Komponenten ausgerichtet werden (z.B. Verschreibungspflicht bei gewissen Medikamenten als Mittel der Suizidprävention). Hingegen verfolgt Gesundheitsförderung in der Regel einen ganzheitlichen Ansatz, welcher sich aus der Einsicht nährt, dass einzelne untereinander verknüpfte Verhaltensweisen oder Defizite (in der somatischen Medizin z.B. Übergewicht, Rauchen) mit verschiedensten Krankheiten korrespondieren. Durch Veränderung von Verhaltensstilen /-bedingungen liesse sich ein weit grösserer Effekt erzielen als durch fokussierte einzelne Massnahmen.

Dies ist im Grundsatz für somatische Krankheiten richtig, weil dort die Ätiologie, die Pathogenese und die Präventionsmöglichkeiten in den meisten Fällen weitgehend bekannt sind. Für psychische Krankheiten ist keine dieser beiden Voraussetzungen erfüllt. Anders gesagt: die Gesundheitsförderung verspricht am ehesten dort Impulse zu vermitteln, wo die Prävention bereits ihren festen Platz hat, und dies ist in der Psychiatrie erst selten der Fall. Wann sich die Voraussetzungen ändern werden, ist nicht abzusehen. Die Gesundheitsförderung kann zudem nicht zuletzt problematisch sein, wenn sie Ressourcen dort absorbiert, wo Prävention tatsächlich dringlich und möglich wäre wie z.B. in der Suizidprävention.

6.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die Prävention in der Psychiatrie steht gleichermassen in den Kinderschuhen wie das Verständnis der Ätiologie der psychischen Störungen und Krankheiten. Einen festen Stellenwert hat die Prävention bei sekundären Störungen / Symptomen wie dem Suizid, Störungen mit einer im Vordergrund stehenden somatischen Komponente. Darüber hinaus konzentrieren sich die präventiven Bemühungen auf die Früherkennung, auf eine möglichst adäquate Behandlung und damit Prävention von komorbiden Erkrankungen und sekundären Symptomen.

⁶⁵ Coping: Bewältigungsverhalten, Problemlösungsfähigkeiten; Resilienz: psychische Widerstandsfähigkeit; Kohärenzsinn: Verstehen und Sinnzuschreibung von Ereignissen, Handlungen

Damit Früherkennung und Behandlung (und damit auch Compliance) Erfolg haben können, müssten gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört ein der Sache angemessener Wissenstand in der Bevölkerung. Die in den Befragungen hervorgetretenen Widersprüchlichkeiten und ambivalenten Phantasien verdeutlichen, dass Aufklärung not tut – in historischem wie auch in präventivem Sinne. Ein angemessener Wissenstand zu psychischen Störungen setzt Kenntnisse voraus:

- der wichtigsten Symptome, die psychische Störungen von psychischen Problemen unterscheiden;
- über die Möglichkeiten der Laienhilfe und der professionellen Hilfe;
- wie man sich in einem konkreten Fall als Betroffener oder als Beteiligter angemessen verhalten kann.

Eine zweite Voraussetzung umfasst die Versorgerseite, namentlich die praktizierenden Ärzte, welche in der Regel die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Störungen bilden. Eine verbesserte Früherkennung setzt eine verbesserte diagnostische Kompetenz sowie entsprechende Ressourcen voraus. Dies führt u.a. zur Forderung einer sachgerechten psychiatrischen Aus- und Weiterbildung der praktizierenden Ärzte.

7 "Burden of disease": das Leiden und der richtige Massstab

Ähnlich wie der Leidensdruck einzelner Krankheiten auf individueller Ebene höchst unterschiedlich ist, variiert auch der "burden of disease", also die Bedeutung der Krankheiten auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Dabei kommt besonders bei psychischen Störungen zum Vorschein, wie entscheidend der gewählte Massstab ist. In der untenstehenden Übersicht werden epidemiologische Massstäbe beschrieben, hingegen wird auf Kostenvergleiche verzichtet, weil sie den Rahmen des Berichtes sprengen. Dies gilt auch für subjektiven Leidensdruck, der stark von den einzelnen Störungen abhängt (vgl. auch Kapitel 4.3, Abb. 8).

7.1 Psychische Störungen und andere Krankheiten im Vergleich

Eine Reihe von Massstäben lässt sich anwenden, um das Mass des "gesamtgesellschaftlichen Leidensdrucks" zu quantifizieren. In der Praxis bestimmt häufig die Interessenlage, welcher Massstab opportun ist.

Die *Prävalenz (Inzidenz)* gibt an, wieviele Menschen in einem bestimmten Zeitraum (neu) von einer Erkrankung betroffen sind. Je mehr es sind, desto eher ist eine Erkrankung von Belang (und wird auch sprachlich markiert als "Volksseuche" etc.). Psychische Krankheiten weisen eine vergleichsweise hohe Prävalenz auf ("Depression als Volksseuche").

Die *Mortalität* ist ein beliebtes Mass um anzuzeigen, wie ernsthaft eine Erkrankung ist. Die Mortalität ist als epidemiologischer Begriff zu unterscheiden von der *Letalität*, also dem "Todesrisiko" bei einer Erkrankung. Formal verknüpft die Mortalität Aussagen zur Inzidenz / Prävalenz einer Erkrankung und zu ihrer Letalität. Psychische Erkrankungen an sich sind nicht letal. Allerdings sind die Suizide unmittelbar mit ihnen verknüpft ebenso wie ein Teil der Unfallmortalität (Tod nach Einnahme von Drogen, exzessives Risikoverhalten etc.). Tabelle 9 zeigt das bekannte Mortalitätspattern, wobei Herz-Kreislauf-Krankheiten an der Spitze der Mortalitätspyramide stehen, gefolgt von Krebskrankheiten und Atemwegserkrankungen.

Bei der Mortalität fallen v.a. Alterskrankheiten ins Gewicht. Eine alternatives, das Sterbensalter berücksichtigendes Mass sind die potentiell verlorenen Lebensjahre in einer bestimmten Altersspanne, z.B. zwischen 1. und 70. Lebensjahr (bzw. years of life lost – YLL). Bei diesem Mass werden Todesursachen mit einem tieferen durchschnittlichen Sterbensalter stärker gewichtet als solche mit einem höheren Sterbensalter. Die Folgen sind in Tabelle 10 ablesbar. Während Krebskrankheiten nun das stärkste Gewicht erhalten, rückt Suizid – und damit auch die psychischen Erkrankungen – in dieselbe Grössenordnung vor wie die Kreislaufkrankheiten.

Tabelle 9: Sterbeziffern wichtiger Todesursachen in der Schweiz nach Alter und Geschlecht 1996, pro 100'000 Personen (Quelle BfS; Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000, S. 365)

Alter	1-14		15-44		45-64		65-84		85+	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Inf. Krankheiten	0.5	0.9	16.1	7.7	12.1	2.7	30.0	19.7	128.6	87.3
bösartige Neoplasien	3.3	1.4	14.5	16.7	233.8	176.7	1305.7	669.4	3296.7	1447.8
Atmungsorgane	0.7	0.4	1.5	0.8	22.2	8.8	317.0	124.1	1800.7	1009.0
Kreislaufsystem	0.3	0.5	13.2	6.2	162.4	51.9	1729.7	1069.8	9389.6	8521.8
Alk. Leberzirrhose	0.0	0.0	1.8	1.6	24.9	9.8	44.1	10.0	28.0	5.4
Selbsttötung	0.7	0.0	28.0	9.4	37.6	17.6	56.1	18.8	109.1	28.0

Tabelle 10a, 10b: Potentiell verlorene Lebensjahre in der Schweiz, 1995 und 1996, Männer (a) und Frauen (b) (Quelle BfS; Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000)

Männer	1995			1996		
	PVL	%	Rate	PVL	%	Rate
Alle Todesursachen	175218	100	5524,0	161 499	100	5059,7
Infektiöse Krankheiten	15148	8,6	424,6	10535	6,5	289,9
Krebskrankheiten (bösartige)	38421	21,9	1251,6	35969	22,3	1159,5
Atmungsorgane	3137	1,8	104,0	3629	2,2	117,9
Kreislaufsystem	29057	16,6	939,7	26340	16,3	835,2
Alkoholische Leberzirrhose	4233	2,4	133,7	4090	2,5	128,6
Selbsttötung	21583	12,3	655,1	21965	13,6	669,9

Frauen	1995			1996		
	PVL	%	Rate	PVL	%	Rate
Alle Todesursachen	86405	100	2709,4	80669	100	2530,5
Infektiöse Krankheiten	6700	7,8	189,0	4916	6,1	139,5
Krebskrankheiten (bösartige)	32068	37,1	1010,8	30402	37,7	946,3
Atmungsorgane	1802	2,1	57,1	1497	1,9	47,6
Kreislaufsystem	9935	11,5	311,4	9785	12,1	297,8
Alkoholische Leberzirrhose	1750	2,0	55,2	1968	2,4	60,9
Selbsttötung	7083	8,2	218,9	7570	9,4	228,7

Eine weitere Differenzierung führt über den Einwand, dass Leiden sich nicht ausschliesslich in der Mortalität widerspiegelt sondern auch im Ausmass der Beeinträchtigung. Letzteres geben die YLDs (years of life lived with disability) wieder. WHO Studien zeigten in den frühen 90-er Jahren, dass „Major Depression“ die Hauptursache für Lebensjahre mit Beeinträchtigung (YLDs) waren. Während weltweit psychische Erkrankungen nur für 1% der Todesfälle verantwortlich sind (vermittelt über Suizid, Unfälle etc.), tragen sie 11% (12% 2000) zu den Beeinträchtigungen insgesamt bei. Unter den 10 wichtigsten Ursachen, die zu einer Beeinträchtigung von Lebensjahren führen, sind 5 psychische Erkrankungen: unipolare Depression, Alkoholabhängigkeit, Bipolare Störungen, Schizophrenie und Zwangstörungen. Noch grösser ist der Beitrag der YLDs in Europa und in Amerika, wo er auf über 40% geschätzt wurde (Murray / Lopez, 1996).

Als neueres Mass sind vor kurzem die DALY's (disability adjusted life years) eingeführt worden (Murray & Lopez, 1997). Sie kommen einer Synthese zwischen YLL's und YLD's gleich. In die Berechnung der DALY's gehen folgende Faktoren ein:

- früher Tod;
- Beschränkung der Funktionen durch Erkrankung, Invalidität usw.;
- Altersgewichtung;
- Zeitgewichtung zwischen Gegenwart und Zukunft;
- Entindividualisierung bzw. Aggregation der Effekte.

Auf einer technischen Ebene setzt die Berechnung der DALYs folgende bekannte Parameter voraus:

- a) alters- und geschlechtsspezifische Angaben zur Inzidenz einer Erkrankung resp. Beeinträchtigung;
- b) der Anteil der Inzidenz die zu einem bestimmten Grad an Beeinträchtigungen führt;
- c) das hauptsächliche oder durchschnittliche Alter, in welchem eine bestimmte Erkrankung / Beeinträchtigung gehäuft auftritt;
- d) die Verteilung der Erkrankten auf der Skala der Stärke der Beeinträchtigung.

Weil sie auch in den WHO-Reports gegenwärtig und vermutlich auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen, wird auf die DALY's besonders eingegangen. Der WHO Report 2001 "Mental Health" zeigt beispielsweise für Europa, dass 20% der DALY's auf neuropsychiatrisch bedingte Beeinträchtigungen zurückgeführt werden, und in Amerika 24%.

In der Schweiz wurde für den Kanton Genf eine Studie in Anlehnung an das Global Burden of Disease-Konzept durchgeführt (Schopper et al., 2000). Diese Studie stellt zunächst fest, dass Genf weltweit eine der Regionen mit den besten Gesundheitsindikatoren ist (geringe Kindersterblichkeit, kaum mehr Müttersterblichkeit, hohe Lebenserwartung und geringe Mortalität der Erwachsenen. Bei genauerer Betrachtung zeigt es sich, dass aber in mancher Hinsicht die Werte weniger vorteilhaft ausfallen: Spitzenwerte erreicht Genf beim Alkoholkonsum, Lungen- oder Brustkrebs, beim Suizid Jugendlicher und junger Frauen. Die Autoren

betonen, das in entwickelten Ländern der vorzeitige Tod weniger ins Gewicht falle als in unterentwickelten Ländern, oder umgekehrt formuliert, die Vermeidung eines frühzeitigen Todes hier nur noch eine geringe Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung bringe. An Bedeutung gewinnen deshalb Erkrankungen mit geringerer Mortalität, aber mit chronischen Beeinträchtigungsfolgen.

Gemäss dieser Studie verlor der Kanton Genf zwischen 1990 und 1994 235'000 DALY's (53% durch Beeinträchtigungen, 43% durch vorzeitigen Tod. Die Männer trugen 54% zu den Beeinträchtigungen, aber 60% zu den vorzeitigen Todesfällen bei. Bei den Altersgruppen trugen die 15-44 Jährigen den grössten Anteil bei (allerdings sind die Altersgruppen nicht gerade glücklich gewählt, weder in regelmässigen Abständen noch nach irgend einem inhaltlichen Merkmal). Die Ursachengruppe II trug 59% der DALY's bei, wovon auf neuropsychiatrische Störungen 30.9% zurückgingen. Für Genf liessen sich dadurch die 15 wichtigsten Gesundheitsprobleme bestimmen: Unipolare Depression war der zweitstärkste Faktor, hinter Herzerkrankungen. Neuropsychiatrische Störungen liefern 6 der 15 wichtigsten Gesundheitsprobleme (20.9% der DALYs). Suizide trugen mehr DALY's bei als Verkehrsunfälle und Stürze zusammen. Das auffälligste Resultat der Schätzung von „burden of disease“ ist die Wichtigkeit, die psychische Störungen (inkl. Substanzstörungen) haben: Major Depression 6.9%, Alkoholabhängigkeit und -missbrauch 4.7%, Suizide 3.8%, Bipolare Störungen 1.7%, Zwangstörungen 1.7% und Schizophrenie 2.1%, total 20.9% der DALYs. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 zusammengefasst.

Beim Vergleich mit anderen entwickelten westlichen Gesellschaften (Mittelwert für die rohe DALY-Rate: 123.8) erzielte Genf nahezu den selben Wert (123.7). Divergenzen entstehen v.a. in Bezug auf einzelne Krankheiten und Todesursachen: die Genfer Werte waren höher bei HIV/AIDS, bei psychischen und neurologischen Erkrankungen, Suizid, Vergiftungsunfällen (inkl. Substanzüberdosis); sie waren hingegen tiefer bei kardio-vaskulären Erkrankungen und bei Unfällen (exkl. Vergiftungen) (nach Schopper et al., 2000).

Wie andere vergleichbare Masse (Mortalität, YLLs, YLDs) sind auch die DALYs ein grobes Mass. Entsprechend sind die Genfer Daten weitgehend auch auf die gesamte Schweiz übertragbar. Innerhalb der Schweiz und ihrer Regionen dürften sich dennoch beträchtliche Unterschiede ausweisen lassen, und es muss daher gegenwärtig von einer Forschungslücke ausgegangen werden.

7.2 Schlussfolgerungen

Die Zusammenstellung macht deutlich, dass es nicht einen einzelnen, allgemeingültigen Massstab gibt, um Krankheiten in ihrer Bedeutung zu vergleichen. Frühere Schätzungen basierten stärker auf Mortalitätsraten und unterschätzten deshalb den Beitrag psychischer Erkrankungen zur Belastung der Gesamtbevölkerung. Während weltweit psychische Erkan-

kungen nur für 1% der Todesfälle verantwortlich waren, tragen sie 11% (12% 2000) zu den Beeinträchtigungen insgesamt bei. Neben einer medizinisch-epidemiologischen Perspektive besteht demnach eine sozial-funktionale und schliesslich (hier noch unberücksichtigt) eine ökonomische. Selbst die medizinisch-epidemiologische Perspektive bietet einen enormen Spielraum an Bewertungen. Die Zusammenstellung macht zweitens deutlich, dass die psychischen Krankheiten in jeder anderen Perspektive als derjenigen der reinen Mortalitätsraten einen enormen Stellenwert erhalten. Dies ist mit Blick auf deren Häufigkeit, auf den Beginn zumeist in jüngeren Altersgruppen und auf das Ausmass an Beeinträchtigungen nicht weiter erstaunlich. Drittens wird deutlich, dass die gesellschaftlichen Schwergewichte unter den psychischen Störungen durchaus nicht bei jenen liegen (Schizophrenien), welche den Grossteil der stationären Versorgung absorbieren. Damit ergibt sich eine Parallele zum Bild bei den Suiziden: auch hier bieten Psychosen nur in bescheidenem Ausmass den Hintergrund. Es ist abzusehen, dass sich bei der Zusammenstellung der Kosten ein ähnliches Bild ergeben würde.

Tabelle 11: Anteile am Gesamt der DALYs durch die 15 wichtigsten gesundheitlichen Probleme in Genf (nach Schopper et al., 2000)

Erkrankung	% von DALY insgesamt	davon spezif. für jede Kategorie:	
		% YLD ^a	% YLL ^b
1 Ischämische Herzkrankheiten	8.0	8.6	91.4
2 Unipolare Majore Depression	6.9	100.0	
3 AIDS	4.8	25.4	74.6
4 Alkoholmissbrauch	4.7	96.6	3.4
5 Suizid / selbstschädigendes Verhalten	3.8	8.6	91.4
6 Osteoarthritis	3.1	99.1	0.9
7 Lungenkrebs	2.9	7.3	92.7
8 Demenz + degenerative ZNS-Krankheiten	2.8	97.9	2.1
9 Zerebrovasculäre Krankheiten	2.6	30.1	69.9
10 Verkehrsunfälle	2.5	31.3	68.7
11 Schizophrenie	2.1	100.0	
12 Stürze	2.1	65.2	34.8
13 Brustkrebs	1.9	13.6	86.4
14 Bipolare Störungen	1.7	100.0	
15 Zwangstörungen	1.7	100.0	

a YLD: Years lived with disability - Lebensjahre mit Beeinträchtigung

b YLL: Years of life lost – durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre

8 Empfehlungen für kontinuierliche Datengenerierung in der psychiatrischen Epidemiologie

Welche Voraussetzungen sollte eine sinnvolle Datenbasis in der Public Mental Health aufweisen, um den Anforderungen aktiver Prävention und Planung zu genügen – und wie sieht die Situation in der Schweiz aus? Die Datenbasis sollte:

- sich nach den modernen Diagnosesystemen ausrichten; Screeninginstrumente oder Symptomangaben wie sie im Rahmen des Schweizerischen Gesundheitssurveys und des Haushaltspanels generiert werden, liefern unzureichende und z.T. invalide Daten;
- systematisch die gesamte Schweiz mit ihren unterschiedlichen Regionen abbilden; abgesehen von der SGB und dem SHP baut die aktuelle Datenlage auf einzelnen Studien auf; daraus ergibt sich eine Beschränkung auf regionale oder bevölkerungsgruppen-spezifische Ergebnisse sowie auf die Interessen einzelner weniger ForscherInnen;
- Veränderungen in der Zeit erfassen wie etwa die Effekte von präventiven Massnahmen, Verhaltenswandel, Änderungen von Versorgungsstrukturen; mit der Zürich-Studie verfügt die Schweiz über eine einzige – und zugleich einzigartige – Studie, die longitudinale Daten auf der Ebene psychiatrischer Diagnose generiert.

Neben den übergeordneten Anforderungen bestehen eine Reihe von Anforderungen auf einer mittleren Differenzierungsebene. Sie sind in der Übersicht 3 wiedergegeben.

Im internationalen Kontext sind im letzten Jahrzehnt in verschiedenen entwickelten wie auch Schwellenländern Surveys zur psychischen Gesundheit durchgeführt worden (vgl. Kap. 2.6). Diese Initiativen werden durch die WHO unterstützt. Die Surveys unterscheiden sich punkto Design und Instrumentarium von Land zu Land, sodass im Prinzip verschiedene Modelle vorliegen. Die neueren Follow-Up-Studien verdeutlichen, dass der Stellenwert longitudinaler Daten erkannt worden ist.

Wie im Monitoring-Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Rüesch / Manzoni, 2003) bereits angeführt wurde, sind zuverlässigere Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen in der Schweiz notwendig. Die in diesem Bericht präsentierten Zahlen und Zwischenergebnisse belegen, dass die zur Zeit verfügbaren Datenbasen ungenügend sind, dies auch wenn von deren Triangulation ausgegangen wird. Aufgrund internationaler Beispiele sind eine Reihe von Ansätzen nachvollziehbar, um die Datenlücke zu schliessen. Mit der Zürich-Studie, der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und dem Schweizerischen Haushaltspanel bestehen bereits Datenerhebungen, welche sich dank der einen oder anderen Erweiterung (z.B. über Zusatzsurveys wie in Deutschland oder modulare Erweiterungen der bestehenden Erhebungsinstrumente) grundsätzlich eignen würden, um eine kontinuierliche, gut abgestützte Datenbasis im Rahmen der psychiatrischen Epidemiologie zu generieren. Die

Zahl der möglichen Designs ist allerdings gross und die Diskussion bleibt im einzelnen noch zu leisten.

Übersicht 3: Anforderungen "mittlerer Reichweite" an Mental Health Surveys

zu erfassende Dimensionen	Inhalte, Beispiele
langfristiger Wandel	schwere psychische Störungen wie Schizophrenie, Depression, Angststörungen; Abgleich mit Versorgungsdaten
mittelfristiger, moderater Wandel	Störungen mit einer somatischen Komponente, oft verbunden mit altersspezifischen Entwicklungsphasen: Essstörungen, Sexualstörungen, Schlafstörungen, Substanzstörungen
kurzfristige und zyklische Schwankungen	Symptomebene; daneben Suizid, selbstschädigendes und Risikoverhalten, Substanzmissbrauch, aggressives Verhalten
kurz- und mittelfristige Triggerfaktoren	Auswirkungen auf genannte Syndrome / Symptome; daneben Umsetzung sozialen Wandels auf individueller Ebene über Variablen für Gesundheitsverhalten (Zufriedenheit mit Gesundheit, Zufriedenheit mit Körper, Fitness; Lebensereignisse etc.)
Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungsverhalten	Wissenshintergrund, Einstellungen, Verhaltenspräferenzen, realisiertes Bewältigungsverhalten, Wahrnehmungs- und Antwortbereitschaft ⁶⁶
Nutzung des Gesundheitssystems	Abgleich mit Versorgungsdaten ⁶⁷
Versorgungsketten	Daten-Linkage ⁶⁸

⁶⁶ Im Prinzip als Korrektive zu Symptomdaten aus Befragungen.

⁶⁷ Während die stationäre Versorgung über die medizinische Statistik und die ambulante ärztliche Versorgung über IHA-IMS-Daten erfasst werden können, fehlen u.a. Angaben zu Behandlungen durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten.

⁶⁸ Das Datenlinkage ist aus Sicht des Datenschutzes problematisch und damit zumeist unmöglich. Das heisst, dass die persönlichen Rechte von Patienten höher eingestuft werden als ihre Gesundheit bzw. der potentielle Gesundheits- bzw. Überlebensgewinn dank der Forschung.

9 Zusammenfassung

Die Ziele dieser Bestandesaufnahme bestehen darin, den Status Quo der psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz zu erfassen in Bezug auf:

- Vervollständigung der epidemiologischen Literatur in der Schweiz;
- Sichtung und Zusammenfassung der internationalen Literatur;
- Schätzung der Inzidenz- und Prävalenzzahlen für
 - a) die wichtigsten psychischen Erkrankungen bzw. Störungen;
 - b) bestimmte Krankheitssymptome (z.B. Suizid);
 - c) die Komorbidität.
- Gewichtung der Erkrankungen / Störungen / Symptome aufgrund verschiedener alternativer Kriterien.

Die Einschränkungen beinhalten:

- Fokus auf Erwachsenenbevölkerung, ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Gerontopsychiatrie;
- psychische Störungen bzw. Krankheiten im engeren Sinne, daher Verzicht auf Gesundheitsperspektive;
- aus pragmatische Gründen ohne Substanzstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Der Rückblick auf die Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie verdeutlicht, dass es sich um eine junge Disziplin handelt. Die Terminologie befindet sich noch nicht in einem konsolidierten Zustand. Laufend werden neue Diagnosen entwickelt, die auf unterschiedlichen Konzepten von Krankheiten (Kontinuum vs. Threshold) beruhen. Die heute gültigen diagnostischen Grundlagen bestehen erst seit gut zwanzig Jahren, und sie beruhen weitgehend auf empirischen Befunden bez. Symptomatik, Dauer, Häufigkeit, Beeinträchtigungen etc.. Es erscheint daher durchaus möglich, dass die heute gültigen Klassifikationen – DSM und ICD – trotz der Angleichung untereinander ein anderes Gesicht erhalten werden, sobald die Ätiologien der einzelnen Störungen bzw. Krankheiten besser verstanden sind.

Die erst kurze Vorherrschaft der Empirie in der psychiatrischen Diagnostik erklärt, weshalb verschiedene Erhebungsinstrumente zur Anwendung gelangen. Die unterschiedlichen Instrumente können zum Teil die grossen Unterschiede in den empirischen Ergebnissen, z.B. den Inzidenz- und Prävalenzraten, erklären. Es ist in diesem Zusammenhang aufschlussreich, dass die psychiatrischen Epidemiologen grossen Bemühungen unternehmen, ihre Ergebnisse international abzugleichen und ausdiskutieren.

Aus der Vielzahl der Erhebungen stechen namentlich die grossen amerikanischen Studien (die ECA- und die NCS-Studie heraus, welche nicht nur auf grossen Stichproben beruhen, sondern auch ein breites Spektrum von Forschungsthemen und -fragen abdecken. Neben den Querschnittstudien lassen sich erst wenige Längsschnittstudien identifizieren. Die wichtigste darunter ist die sogenannte Zürich-Studie von Jules Angst, die bereits seit Ende der 1970-er Jahre

läuft. In der Schweiz ist im weiteren insbesondere auf die Studie von Hans-Rudolf Wacker hinzuweisen, welche anhand einer Basler Stichprobe Ergebnisse zu Depression und Angststörungen generiert hat.

Das relativ junge Alter der Disziplin, die Unwägbarkeiten der Diagnosen, der Erhebungsinstrumente und der Ergebnisse sprechen nicht gegen die psychiatrische Epidemiologie, sondern dafür, dass eine grosse Dringlichkeit besteht, die Wissensbasis entscheidend zu verstärken. Die soziale wie auch die sozio-ökonomische Bedeutung der psychischen Krankheiten ist zu gross, als dass man diesen Bereich der Medizin opportunistisch der Tagesaktualität überlassen dürfte. Die bisher vorliegenden Daten und Ergebnisse sind im Detail noch mit angemessener Vorsicht zu interpretieren, jedoch sind die Grössenordnungen der Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Beschwerden klarer als je dokumentiert und nachgewiesen.

Psychische Störungen sind, wie die bisherigen Untersuchungen zeigen, überaus häufig. Rund 50% der Bevölkerung leiden während ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung. Rund 25% haben zwei oder mehr psychische Störungen. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen kontrastiert mit dem völlig ungenügenden Wissen in der Bevölkerung, mit der Stigmatisierung der Betroffenen oder auch mit unangemessenem Bewältigungsverhalten der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes.

Für die Gesundheitspolitik ist hingegen von Bedeutung, wie hoch die *jährlichen* Prävalenzwerte oder Inzidenzwerte sind. 10% der Bevölkerung leiden innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten an einer psychischen Störung, 1% erkranken jährlich neu. Besonders häufig sind affektive Störungen und Angststörungen mit Lebenszeitprävalenzen von ca. 25%. Mit der Zürcher-Studie und der Studie von Wacker haben zwei grosse Studien in der Schweiz die Grössenordnungen der internationalen Daten bestätigt. Die Zürcher-Studie ist zudem auch international eine der seltenen Längsschnittuntersuchungen, welche prospektive Daten generiert hat. Leider fehlen in der Schweiz weitere vergleichbare Studien.

Vor dem Hintergrund der Häufigkeiten psychischer Störungen erstaunen die hohen Lebenszeitprävalenzen von Suizidversuchen und die Raten der vollendeten Suizide nicht. Wie Suizid sind oft die Symptome psychischer Störungen sichtbarer als die Störungen selbst.

Die von verschiedenen Studien ausgewiesenen Prävalenz- und Inzidenzraten in der psychiatrischen Epidemiologie unterliegen einer enormen Variation. Sie sind in den 1990-er Jahren gegenüber der vorangegangenen Dekade deutlich nach oben korrigiert worden. Die Variation hängt nicht nur mit den Erhebungsinstrumenten zusammen, sondern auch mit den aktuellen Diagnosekriterien sowie in geringerem Masse mit Wandel, kulturspezifischen Unterschieden in der Psychopathologie und anderen, im engeren Sinne krankheitsrelevanten Faktoren (z.B. Risiko- und protektiven Faktoren, Prävention, Früherkennung, Behandlung etc.).

Alternativ zu den epidemiologischen Studien, die oft mit kleinen Samples arbeiten, böte sich an sich die Möglichkeit, epidemiologische Daten zu psychischen Störungen via Bevölkerungssurveys wie dem Schweizer Haushaltspanel oder der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zu gewinnen. Die Populationssurveys stehen oft – und oft von der Thematik unabhängig – vor dem Dilemma, zwar sehr grosse Samples zu führen, jedoch mit den themenspezifischen Fragen zu wenig Details zu erfassen. Die Populationssurveys beinhalten nur wenige Fragen, die sich direkt auf einzelne psychische Störungen beziehen. Ein Schwerpunkt liegt auf Symptomen zu Depression wie Niedergeschlagenheit, Schwäche, Interessenlosigkeit oder (fehlendem) Optimismus. Vereinzelt wird auch Angst angesprochen. Die Art der Fragen verrät die Anlehnung an Screeninginstrumente. In der SGB und vereinzelt auch im SHP sind neben Symptomen einige Verhaltensbereiche abgefragt worden, welche in einem indirekten Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen (somatische Variablen, Coping, etc.), die jedoch ebenso kein genaueres Bild über die psychischen Störungen selbst abliefern.

Die Ergebnisse aus den Symptomfragen des SHP und der SGB haben z.B. für die regionalen Verteilungen in der Schweiz Muster ausgewiesen, welche an sich wenig plausibel sind. Schwäche, Müdigkeit wie auch Niedergeschlagenheit scheinen zudem in jüngeren Altersgruppen deutlich verbreiteter zu sein als in älteren Altersgruppen; einzig Schlafprobleme nehmen mit dem Alter an Häufigkeit zu. Vermutlich sind die Angaben zu den psychischen Beschwerden verzerrt, und zwar nicht nur durch individuelle Determinanten des Antwortverhaltens (Wahrnehmung von Symptomen, Antwortbereitschaft bei Tabu- oder emotional berührenden Themen, Gedächtnis, Verdrängungsmechanismen), sondern auch durch altersspezifische, ev. kohortenspezifische, regionale – kurzum: kulturelle – Muster des Antwortverhaltens. Die Gegenüberstellung der Depressionssymptome und der Major-Depression-Diagnosen in der Zürich-Studie veranschaulicht, welche Diskrepanzen zwischen Symptomanangaben und Diagnosen bestehen können. Entsprechend verblassen die vielfältigen Möglichkeiten, Zusammenhangsanalysen zur psychischen Gesundheit durchzuführen, welche in den grossen Surveys grundsätzlich schlummern.

Für die Erfassung psychischer Störungen bzw. der psychischen Gesundheit im Rahmen von grossen Bevölkerungssurveys ergibt sich als unmittelbare Konsequenz, dass die gegenwärtige Befragungsstrategie durch gezielte, kleinere Surveys ergänzt werden sollte. Zudem besteht ein gewisser Spielraum für flexiblere Strategien bei der Fragebogenkonzeption im Rahmen der bestehenden grossen Surveys, welche auch die punktuelle Abfrage von Detailinformationen, wie sie z.B. für die Erfassung psychischer Störungen notwendig wären, ermöglichen würde. Für zuverlässigere Ergebnisse ist es entscheidend, zusätzliche Informationen zur Beeinträchtigung, zur Dauer, zur Intensität, zur Frequenz der Beschwerden zu erhalten, falls nötig auch Informationen zur Fremdwahrnehmung des Verhaltens, zur Anamnese etc.. Flexible Strategien würden im Gegenzug ein modulares Fragebogenkonzept voraussetzen. Darauf wird im Kapitel 8 nochmals eingegangen.

Das erste Fazit zur Versorgungsepidemiologie bei psychischen Krankheiten läuft darauf hinaus, dass grosse Disparitäten zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen bestehen und gleichzeitig ein starker Veränderungsdruck (struktureller Wandel, veränderte Versorgungs- und Behandlungsparadigmen, knappe ökonomische Ressourcen, Verbesserungen der Psychopharmaka) gegeben ist. Nebeneinander bestehen eine insgesamt gute, aber historisch überholte stationäre Versorgung und eine offensichtlich ungenügende ambulante Versorgung, die nebst einer grundlegend tiefen Deckung des Basisbedarfs auch mit den wachsenden Bedürfnissen – sprich Nutzungsverschiebungen – infolge Ressourcenmangel nicht Schritt halten kann. Zusammengenommen ergibt sich ein Bild einer unkoordinierten, politisch und ressourcenmässig wenig abgefederten Entwicklung, innerhalb welcher reformerische Kräfte v.a. lokalen Einfluss ausüben.

Aus der Perspektive der Nutzung und des Bedarfs sticht die Diskrepanz zwischen schweren Störungen wie Schizophrenie und anderen – durchschnittlich leichteren – Störungen heraus. Diese Diskrepanz hat gewisse Ähnlichkeiten mit der Gegenüberstellung von Substanzstörungen durch Opiate und sogenannte harten Drogen und andererseits Alkohlstörungen, wobei die letzteren weitaus mehr Menschen betreffen, mehr Menschen invalidisieren, mehr Menschen suizidal werden lassen, mehr sozio-ökonomischen Schaden für die ganze Gesellschaft verursachen als die erstgenannten schweren Substanzstörungen. Die Analogie bei schweren vs. leichteren psychischen Störungen verdeutlicht, dass die Aufgabenteilung zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssystem auch aus dieser Perspektive fraglich ist.

Der Wandel des Versorgungssystems stellt erhöhte Anforderungen an die epidemiologischen Datengrundlagen. Während für die medizinisch psychiatrische Versorgung, bspw. im stationären oder teilstationären Bereich noch relativ gute Datengrundlagen vorliegen und sich mit der Durchsetzung der Medizinischen Statistik weiter verbessern, so schwindet die Datenverfügbarkeit mit zunehmender Distanz zur staatlichen Planung. Namentlich wirken sich Lücken aus im Bereich der ambulanten Versorgung durch privat praktizierende Ärzte und Therapeuten. Die Daten des Schweizerischen Diagnosen Index (SDI) bieten hierzu einen beschränkten Ausgleich, mit gewissen Einschränkungen auch jene des Schweizerischen Haushaltspanels und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Ebenso liegen ungenügende Daten vor, um das Geflecht von Versorgungsinstitutionen medizinischer Art und sozialer Art abzubilden.

Zur Zeit noch wenig Auswirkungen hätte eine verbesserte Datenlage auf die Prävention. Die Prävention in der Psychiatrie steht gleichermassen in den Kinderschuhen wie das Verständnis der Ätiologie der psychischen Störungen und Krankheiten. Einen festen Stellenwert hat die Prävention bei sekundären Störungen / Symptomen wie dem Suizid, daneben auch bei Störungen mit einer im Vordergrund stehenden somatischen Komponente. Darüber hinaus konzentrieren sich die präventiven Bemühungen auf die Früherkennung, auf eine möglichst adäquate Behandlung und damit Prävention von komorbiden Erkrankungen und sekundären Symptomen.

Damit Früherkennung und Behandlung (und damit auch Compliance) Erfolg haben können, müssten gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört ein der Sache angemessener Wissenstand in der Bevölkerung. Der aktuelle Nicht-Wissenstand hat Konsequenzen auf allen Ebenen der Versorgung: bei den Betroffenen (Krankheitseinsicht, Bereitschaft zu Abklärung und Therapie), bei der sozialen Umwelt (Einstellungen, Stigmatisierung, sozialer Support), bei den Primärversorgern (Somatisierung, Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen), bei Politikern und Gesundheitsplanern (Restrukturierung des Versorgungssystems, Versorgungsdisparitäten, Präventionsschwerpunkte).

Die in den vorhandenen Daten ersichtlichen Widersprüchlichkeiten und ambivalenten Phantasien in der Einschätzung psychischer Krankheiten verdeutlichen, dass Aufklärung not tut – in historischem wie auch in präventivem Sinne. Ein angemessener Wissenstand zu psychischen Störungen setzt Kenntnisse voraus:

- über die wichtigsten Symptome, die psychische Störungen von psychischen Problemen unterscheiden;
- über die Möglichkeiten der Laienhilfe und der professionellen Hilfe;
- wie man sich in einem konkreten Fall als Betroffener oder als Beteiligter angemessen verhalten kann.

Eine zweite Voraussetzung umfasst die Versorgerseite, namentlich die praktizierenden Ärzte, welche in der Regel die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Störungen bilden. Eine verbesserte Früherkennung setzt eine verbesserte diagnostische Kompetenz sowie entsprechende Ressourcen voraus. Dies führt u.a. zur Forderung einer sachgerechten psychiatrischen Aus- und Weiterbildung der praktizierenden Ärzte.

Die Einschätzung psychischer Krankheiten hat auch in Fachkreisen lange gebraucht, um angemessene Konturen zu erhalten. Erst in den letzten Jahrzehnten sind Grössen entwickelt worden, die es erlauben, gleichzeitig verschiedene Merkmale zu berücksichtigen, um Krankheiten in ihrer Bedeutung zu vergleichen. Frühere Einschätzungen basierten v.a. auf Mortalitätsraten und unterschätzten den Beitrag psychischer Erkrankungen zur Belastung der Gesamtbevölkerung. Während weltweit psychische Erkrankungen nur für 1% der Todesfälle verantwortlich waren, trugen sie im Jahr 2000 gemäss WHO-Berechnungen 12% zu den Beeinträchtigungen insgesamt bei. Dies ist mit Blick auf deren Häufigkeit, auf den Beginn zumeist in jüngeren Altersgruppen und auf das Ausmass an Beeinträchtigungen nicht weiter erstaunlich. Neben einer medizinisch-epidemiologischen Perspektive besteht demnach eine soziale und schliesslich (hier noch unberücksichtigt) eine ökonomische.

Zugleich machen die neueren epidemiologischen Grössen wie die DALYs (disability adjusted life years) oder die YLDs (years of life lived with disability bzw. umgekehrt: beeinträchtigungsfreie Lebensjahre) deutlich, dass die gesellschaftlichen Schwergewichte unter den psychischen Störungen durchaus nicht bei jenen liegen, welche den Grossteil der stationären Versorgung absorbieren. Damit ergibt sich eine Parallele zum Bild bei den Suiziden: auch hier

bieten Psychosen gegenüber affektiven aber auch Angststörungen nur in bescheidenem Ausmass den Hintergrund. Es ist abzusehen, dass sich bei der Zusammenstellung der Kosten ein ähnliches Bild ergeben würde. Es bleibt offen, wie die Gesellschaft mit diesen Ungleichgewichten umgehen wird.

Glossar und Abkürzungen

analytische Epidemiologie – Teil der Epidemiologie, welcher versucht, durch Hypothesentestung Hinweise auf ursächliche Faktoren zu bekommen.

APA – American Psychiatric Association

Ätiologie – Lehre von der Gesamtheit der Faktoren, die zu einer Krankheit führen, nicht nur deren unmittelbare Ursache (s. auch Trigger)

Bias – systematischer Fehler; durch Untersuchungsdesign, Erhebungsmodalitäten etc. verursachte Verzerrung der Resultate

Compliance – Mass für die Bereitschaft, eine medizinische Empfehlung oder Anordnung zu befolgen; analog dazu: Non-Compliance

Confounding – systematische Verzerrung

DALY – Disability-adjusted life years; Mass für das Abschätzen der durch Krankheit und verfrühten Tod erzeugten Verluste an potentiellen Lebensjahren; bezieht neben Mortalität auch Beeinträchtigung ein

Design – Konstruktion einer Studie bzw. des Untersuchungsvorgehens, die der Fragestellung soweit als möglich gerecht werden sollte; umfasst alle Teilaspekte einer Untersuchung

deskriptive Epidemiologie – Teil der Epidemiologie, welcher sich der Beschreibung der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen und deren Verteilung in der Bevölkerung widmet

DSM – Diagnostic and Statistical Manual der APA; neben der ICD der WHO die wichtigste Klassifikationsbasis bei der Diagnose von psychischen Störungen; aktuell Version IV; in der Forschung wird aus Vergleichbarkeitsgründen z.T. noch die Version III-R verwendet

ECA – Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studie

Epidemiologie – Lehre von der Verteilung und Dynamik der Krankheiten, Beschwerden und Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung

Fatalität – die Fatalitätsrate (engl. fatality rate, case fatality) errechnet sich aus der Anzahl der (in einem Zeitraum) Gestorbenen geteilt durch die Anzahl der (in dem Zeitraum) Erkrankten oder (bei Längsschnittbetrachtungen) aus der Anzahl der (in einem Zeitraum) Gestorbenen geteilt durch den Anfangsbestand (zu Beginn dieses Zeitraums) von Erkrankten

Follow-Up-Studie – Nachfolge-Studie oder -Studienteil in einer longitudinalen Untersuchung, bei welcher dieselbe Stichprobe / Kohorte nachuntersucht wird

Früherkennung – Früherkennung ist eine Form der sekundären Prävention; Voraussetzung für möglichst frühzeitige Interventionen (z.B. Schizophreniefrüherkennung)

Gesundheitsförderung – komplementäres Konzept zu Prävention; setzt ausgehend von einem positiv wertenden Gesundheitskonzept auf die Förderung von Ressourcen – persönlichen wie sozialen; oft unspezifisch, zugleich mehrere Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens umfassend

ICD – International Classification of Diseases; internationale Klassifikation für Krankheiten und Todesursachen der WHO; aktuell in der 10. Version

- Intervention** – früherer Begriff für sekundäre Prävention; umfasst diagnostische und therapeutische Massnahmen
- Inzidenz** – Anzahl derjenigen Personen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums (zumeist ein Jahr) an einer Krankheit neu erkrankt sind; gibt das allgemeine Erkrankungsrisiko wieder
- Inzidenzrate** – Quotient aus den Inzidenzfällen eines Zeitraums dividiert durch die mittlere Anzahl der betrachteten Bevölkerung in diesem Zeitraum
- Kohorte** – a) Stichprobe oder Ausschnitt aus der Grundgesamtheit bei Längsschnittstudien; b) bei demographischen und bevölkerungsbezogenen Studien: Geburtsjahrgeneration, welche Personen mit gleichem Geburtsjahr(intervall) umfasst
- Komorbidität** – gleichzeitiges Auftreten verschiedener Störungen; kann sich auf psychische, physische oder psychosomatische Symptome beziehen; für manche Untersuchungen wird zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden
- Längsschnittuntersuchung** – Untersuchung mit zwei- oder mehrmaliger Befragung bzw. anderweitiger Datenerhebung; Analysen beziehen den Zeitfaktor mit ein; Gegensatz: Querschnittuntersuchung
- Lebenszeitprävalenz** – über die Lebenszeit hinweg kumulierte Prävalenz; bei Stichproben in der Regel mit eingeschränkter Zeitspanne: entweder retrospektiv erfragte Prävalenz (bei Querschnittuntersuchungen) und / oder prospektiv erfasste Prävalenz (bei länger dauernden Längsschnittuntersuchungen)
- Letalität** – ergibt sich aus der Zahl der Sterbefälle (in einem Zeitraum); die Rate ergibt sich aus der Letalität geteilt durch die mittlere Größe der Stichprobe oder der Population
- longitudinale Untersuchung** – s. Längsschnittuntersuchung
- Morbidität** – Krankheitshäufigkeit, Anzahl an Erkrankungsfällen aufgrund bestimmter Erkrankungen in einer Bevölkerung
- Mortalität** – Sterblichkeit, Anzahl an Todesfällen insgesamt oder aufgrund bestimmter Erkrankungen
- Mortalitätsrate** – Quotient aus den Todesfällen während eines Zeitraums (meistens ein Jahr) dividiert durch die mittlere Anzahl der betrachteten Bevölkerung in diesem Zeitraum
- NCS** – National Comorbidity Survey
- Nosologie** – systematische Beschreibung und Lehre von den Krankheiten.
- Odds Ratio** – OR; wörtlich: Verhältnis zwischen der Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis (z.B. Krankheit) eintritt, und der Wahrscheinlichkeit, dass das Gegenereignis eintritt; in einem retrospektiven Studiendesign ist die OR eine Proxy für relatives Risiko
- OR** – s. Odds Ratio
- Panelstudie** – Längsschnittuntersuchung mit derselben Stichprobe
- Pathogenese** – Krankheitsentstehung
- Postvention** – Synonym für tertiäre Prävention; schliesst Nachbehandlung, Rehabilitation, Nachbetreuung mit ein
- Prädisposition** – Merkmal oder Zustand, welcher einen weiteren Verlauf (z.B. Krankheit) begünstigt

Prävalenz – Anzahl derjenigen Personen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums (zumeist ein Jahr) an einer Krankheit leiden; schliesst bestehende Erkrankungen mit ein wie auch Neuerkrankungen (s. Inzidenz); Begriff wird analog für Syndrome, Symptome oder auch somatische oder psychische Beschwerden verwendet; abgeleitete Begriffe: Punktprävalenz; Lebenszeitprävalenz

Prävalenzrate – Quotient aus den Prävalenzfällen eines Zeitraums dividiert durch die mittlere Anzahl der betrachteten Bevölkerung in diesem Zeitraum

Prävention – Verhütung, Prophylaxe; Prävention soll erfolgen bevor eine Wirkung (z.B. ein Gesundheitsproblem, eine Störung, Erkrankung, Schädigung, usw.) eintritt

primäre Prävention – Prävention in konventionellem Sinne; Ausschaltung von Krankheitsursachen, Risikofaktoren etc.; andererseits Förderung von Schutzmechanismen, Kompetenzen etc.

prospektiv – im Gegensatz zu retrospektiv: vorausblickende Perspektive, Erfassung, Untersuchung

Psychopathologie – Lehre von den psychischen Erkrankungen

PTSD – Posttraumatic stress disorder; posttraumatische Belastungsstörung

Public Health – "öffentliche Gesundheit"; Begriffersatz für "Gesundheitswesen", mit einer umfassenderen Bedeutung: Schutz, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit; bezieht gesellschaftliche Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung ein

Public Mental Health – Public health mit Bezug zu psychischen Störungen (s. Public health)

Punktprävalenz – Prävalenz zu einem Zeitpunkt bzw. zu einer eng gefassten Periode; typisches Beispiel: Tagesprävalenz

QUALY – definiert als ein Jahr mit unverminderter Lebensqualität, wobei die Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen quantifiziert werden im Sinne von lebensqualitätsmindernden Äquivalenten

Querschnittuntersuchung – konventioneller Untersuchungstyp in der epidemiologischen Forschung; einmalige Erhebung mit Differenzierung der Ergebnisse im Querschnitt (z.B. entlang regionaler Einheiten, Geschlecht, Altersgruppen etc.); Gegensatz: Längsschnittuntersuchung

Relatives Risiko – Verhältnis der Inzidenz exponierter Individuen gegenüber der Inzidenz bei nichtexponierten Individuen

Reliabilität – beschreibt die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einer Untersuchung und deren Wiederholbarkeit unter gleichen Voraussetzungen

retrospektiv – im Gegensatz zu prospektiv: rückblickende Perspektive, Erfassung, Untersuchung

Risikofaktor – Merkmal, welches das Risiko bezüglich eines unerwünschten Ereignisses erhöht

Risikogruppe – Teil der Bevölkerung, für die ein Risikofaktor / Risikomerkmal zutrifft

RR – siehe Relatives Risiko

Sample – s. Stichprobe

Sekundäranalyse – Analyse von bestehenden Daten aus bereits durchgeführten und zumeist auch bereits ausgewerteten Erhebungen

sekundäre Prävention – Intervention; lässt sich ausdifferenzieren nach dem Zeitpunkt der Intervention (z.B. Früherkennung vs. Notfallmedizin)

SGB – Schweizerische Gesundheitsbefragung

SHP – Schweizerischer Haushaltspanel

Signifikanz – gibt eine bestimmte Grenze an für die Wahrscheinlichkeit, dass ein statistisches Resultat zufällig zustande gekommen ist (in klinischen Studien meistens 5% (oder gleichbedeutend: 0,05))

signifikant – wird meistens zur Aussage verwendet, dass die Ergebnisse nicht (bzw. mit einer kleinen Wahrscheinlichkeit) rein zufällig zustande gekommen sein können

Skala – mehrere Bedeutungen: Massstab; Zusammenfassung mehrerer Items eines Erhebungsinstrumentes (z.B. einer Befragung) zu einem einzelnen Mass

Standardisierung – rechnerischer Ausgleich des Einflusses von sich unterscheidenden Populationsverteilungen (z.B. Altersverteilung) auf epidemiologischer Maßzahlen (z.B. Raten)

Statistik – mehrere Bedeutungen: statistisches Quellenwerk; Datenbasis; Auswertungsverfahren

statistische Signifikanz – s. Signifikanz

Studienplan – s. Design

Survey – nicht experimentelle Erhebung/Untersuchung mit einer grösseren Anzahl von Probanden; z.B. als Interview (direkt oder telefonisch), als schriftliche Befragung, als (medizinische) Untersuchung, usw. oder auch als Kombination mehrerer Formen; z.B. Gesundheitssurvey

Stichprobe – Auswahl von Elementen aus einer Grundgesamtheit (z.B. Personen aus der Bevölkerung)

Syndrom – Symptomkonstellation, gemeinsames Auftreten mehrerer Beschwerden, ev. auch zusätzlicher Merkmale

tertiäre Prävention – Prävention durch angemessene Nachbehandlung, Rehabilitation, Nachbetreuung

Trigger – auslösender Faktor, welcher einen Krankheitsprozess in Gang bringt; nicht immer gleichzusetzen mit einem ursächlichen Faktor

Validität – "Gültigkeit" von Erhebungsinstrumenten, Daten und Datenquellen; gibt an, wie weit ein Erhebungsinstrument geeignet ist, die interessierenden Merkmale/Sachverhalte tatsächlich zu erfassen, d.h. in wie weit es Gültigkeit bezüglich der Fragestellung besitzt. Interne Validität: Sind die beobachteten Resultate in Bezug auf das untersuchte Kollektiv valide? Externe Validität: können die Studienresultate auf die Situation in Klinik und Praxis übertragen werden?

verlorene Lebensjahre – durch frühzeitigen Tod verlorene Lebensjahre geben ein alternatives Mass gegenüber Mortalitätsraten ab, indem Todesursachen mit tiefem durchschnittlichem Todesalter (AIDS, Suizid) gegenüber solchen mit hohem durchschnittlichem Todesalter (kardio-vaskuläre Krankheiten) stärker gewichtet werden

YLD – years of life lived with disability; mit einer Beeinträchtigung gelebte Jahre

YLL – years of life lost; s. verlorene Lebensjahre

Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V. (1999). Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Bern, Peter Lang.
- American Psychiatric Association (1991^{1/3}). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R. Weinheim, Beltz.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C. and Matschinger, H. (1994). "Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany." Acta Psychiatr Scand Suppl **382**: 39-45.
- Angermeyer, M. C. and Matschinger, H. (1999). "Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **34**(5): 275-81.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. and Riedel-Heller, S. G. (2001). "What to do about mental disorder--help-seeking recommendations of the lay public." Acta Psychiatr Scand **103**(3): 220-5.
- Angst, J., Angst, F. and Stassen, H. H. (1999). "Suicide risk in patients with major depressive disorder. [Review] [56 refs]." Journal of Clinical Psychiatry **2**: 57-62.
- Angst, J. and Clayton, P. J. (1998). "Personality, smoking and suicide: a prospective study." J Affect Disord **51**(1): 55-62.
- Angst, J., Degonda, M. and Ernst, C. (1992). "The Zurich Study: XV. Suicide attempts in a cohort from age 20 to 30." European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience **242**(2-3): 135-41.
- Angst, J., Dobler-Mikola, A. and Binder, J. (1984). "The Zurich study--a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. I. Problem, methodology." European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences **234**(1): 13-20.
- Angst, J. and et al. (in press). "Prevalence of the mental disorders in the Zurich Cohort Study: A twenty year prospective study." American Journal of Psychiatry.
- Angst, J., Sellaro, R. and Ries Merikangas, K. (2002). "Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **252**(4): 147-54.
- Aston, J., Gschwandtner, U. and Riecher-Rössler, A. (2002). "Screening zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen in der Hausarztpraxis." Schweiz Med Forum **41**: 971-74.
- Austin, S. B. (2000). "Prevention research in eating disorders: theory and new directions." Psychol Med **30**(6): 1249-62.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. and Wilkinson, G. (2001). "Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study." Br J Psychiatry **179**: 308-16.
- Bech, P. (1993). Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin Heidelberg, Springer.

- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., Ustun, T. B., Vicente, B., Vollebergh, W. A., Walters, E. E. and Wittchen, H. U. (2003). "The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries." Health Aff (Millwood) **22**(3): 122-33.
- Bijl, R. V., van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, C. and Langendoen, Y. (1998). "The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design." Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **33**: 581-586.
- Binder, J., Dobler-Mikola, A. and Angst, J. (1981). "An epidemiological study of minor psychiatric disturbances. A field study among 20-year-old females and males in Zürich." Social Psychiatry **16**: 31-41.
- Bondolfi, G., Osiek, C. and Ferrero, F. (2000). "Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland." Acta Psychiatr Scand **101**(6): 473-5.
- Bosshard, G., Ulrich, E. and Bar, W. (2003). "748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation." Swiss Med Wkly **133**(21-22): 310-7.
- Brändli, H. (1999). The image of mental illness in Switzerland. The image of madness: the public facing mental illness and psychiatric treatment. J. Guimon, W. Fischer and N. Sartorius. Basel, Karger: 29-37.
- Brenner, H. D., Junghan, U. and Pfammatter, M. (2000). "Gemeindeintegrierte Akutversorgung: Möglichkeiten und Grenzen." Nervenarzt **71**(9): 691-9.
- Bromet, E. J. and Fennig, S. (1999). "Epidemiology and natural history of schizophrenia." Biol Psychiatry **46**(7): 871-81.
- Brugger, C. (1933). "Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung." Z Gesamte Neurol Psychiatr **146**: 489-524.
- Buddeberg, C., Buddeberg-Fischer, B., Gnam, G., Schmid, J. and Christen, S. (1996). "Suicidal behavior in Swiss students: an 18-month follow-up survey." Crisis **17**(2): 78-86.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Gnam, G. and Buddeberg, C. (1998). "Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students." Acta Psychiatr Scand **98**(2): 146-55.
- Bundesamt für Statistik (2000). Pressemitteilung Gesundheit Nr. 14, März 2000.
- Commonwealth_Departement_of_Health_and_Aged_Care (1998). National Health Priority Areas Report: Mental Health. Canberra.
- Davidson, L. and McGlashan, T. H. (1997). "The varied outcomes of schizophrenia." Can J Psychiatry **42**(1): 34-43.
- Derogatis, L. (1977). SCL-90. Administration, Scoring and Procedures Manual-1 for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Chigaco.
- Eaton, W. W., Kramer, M., Anthony, J. C., Dryman, A., Shapiro, S. and Locke, B. Z. (1989). "The incidence of specific DIS/DSM-III disorders." Acta Psychiatrica Scandinavica **79**: 163-178.
- Eichenberger, A. (2001). Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen. Nachdiplomstudium Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich. Zürich.

- Eisner, M. (1997). Das Ende der zivilisierten Stadt? Die Auswirkungen von Modernisierung und urbaner Krise auf Gewaltdelinquenz. Frankfurt / New York, Campus.
- Ernst, C. A. J. F. M. (1993). "The Zurich Study. XVII. Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance." European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience **242**(5): 293-300.
- Escard, E., Haas, H. and Killias, M. (2003). "[Parasuicide and violence: criminological aspects from a study of 21,314 male army recruits in Switzerland]." Encephale **29**(1): 1-10.
- Essen-Moller, E., Larsson, H., Uddenberg, C. E. and White, G. (1956). "Individual traits and morbidity in a Swedish rural population." Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica **100(Supplement)**: 1-160.
- Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, d. K. u. J. u. d. p. M. (2000). Positionspapier Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz.
- Faris, R. E. L. and Dunham, H. W. (1939). Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago, University of Chicago Press.
- Fichter, M. M., Witzke, W., Weyerer, S., Meller, I., Rehm, J., Dilling, H. and Hippus, H. (1990). Ergebnisse der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung. Fortschritte in der Psychiatrischen Epidemiologie. M. H. Schmidt. Weinheim, VCH: 91-116.
- Frances, A., Mack, A. H., First, M. B., Widiger, T., Ford, S., Vetterello, N. and Ross, R. (1995). DSM-IV and psychiatric epidemiology. Textbook in Psychiatric Epidemiology. M. T. Tsuang, M. Tohen and G. E. P. Zahner. New York, John Wiley & Sons: 273-279.
- Franz, M., Tress, W. and Schepank, H. (1998). "Predicting extreme patterns of long-term course of psychogenic impairment: a ten-year follow-up." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **33**(6): 243-51.
- Frei, A., Schenker, T., Finzen, A., Dittmann, V., Kraeuchi, K. and Hoffmann-Richter, U. (2003). "The Werther effect and assisted suicide." Suicide Life Threat Behav **33**(2): 192-200.
- Frey, C. (1992). "Suizidprävention in der Arztpraxis." Schweizerische Aerztezeitung **73**(19): 713-717.
- Frey, C. and Michel, K. (1991). "Suizidverhütung: Projektunterlagen einer Aktion der Verbindung der Schweizer Aerzte und des Bundesamtes für Gesundheitswesen." Sozial- und Präventivmedizin **36**: 346-350.
- Furnham, A. and Bower, P. (1992). "A comparison of academic and lay theories of schizophrenia." Br J Psychiatry **161**: 201-10.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (1999). Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept – Leitbild und Rahmenkonzept. Zürich.
- Gognalons-Nicolet, M., Zbinden, E., Bardet Blochet, A., Blanchard, M.-P., Fontaine, P. and Runolfsson, A. (2001). Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse - Psychische Störungen in der Schweizer Wohnbevölkerung. Neuenburg, Bundesamt für Statistik.
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T. and Drake, R. E. (1997). "Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions." Schizophr Bull **23**(4): 685-96.

- Hänsli, N. (1996). Automutilation. Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis. Bern, Huber.
- Harrington, R. and Clark, A. (1998). "Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **248**(1): 32-45.
- Health_Canada_(ed.) (2002). A Report on mental illnesses in Canada. Ottawa.
- Hirschfeld, R. M. (2001). "Clinical importance of long-term antidepressant treatment." Br J Psychiatry Suppl **42**: S4-8.
- Hollingshead, A. B. and Redlich, F. C. (1958). Social class and mental illness. New York, Wiley.
- Jablensky, A. (1995). "Schizophrenia: recent epidemiologic issues." Epidemiologic Reviews **17**: 10-20.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Sommer, S., Lieb, R., Hofler, M. and Pfister, H. (2002). "Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey." Int J Methods Psychiatr Res **11**(1): 1-18.
- Jakob, O. (1986). Die Zuverlässigkeitsproblematik der Todesursachenstatistik, insbesondere der Rubrik "Selbstmord", der Veränderung in der Vergangenheit und die Auswirkungen auf die Praxis. Der Selbstmord / Le Suicide. W. T. Hasler and J. Schuh. Grösch, Verlag Rüegger: 83-104.
- Jenkins, R. and Üstün, T. B., Eds. (1998). Preventing mental illness. Mental health promotion in primary care. Chichester, John Wiley & Sons.
- Jorm, A. F. (2000). "Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders." Br J Psychiatry **177**: 396-401.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. and Kendler, K. S. (1994). "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey." Archives of General Psychiatry **51**: 8-19.
- Killias, M. (1993). "International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide." CMAJ **148**(10): 1721-5.
- Koller (1926). "Die Zählung der Schwachsinnigen, Taubstummen und Epileptischen des Kantons Appenzell a. Rh., 1922." Schweiz Z Gesdhpfl **5,6**.
- La Vecchia, C., Lucchini, F., Levi, F. and Negri, E. (1993). "Trends in suicide mortality in Europe, 1955-89." Sozial- und Präventivmedizin **38**: 379-397.
- Ladame, F. and Jeanneret, O. (1982). "Suicide in adolescence: some comments on epidemiology and prevention." J Adolesc **5**(4): 355-66.
- Laederach, J., Fischer, W., Bowen, P. and Ladame, F. (1999). "Common risk factors in adolescent suicide attempters revisited." Crisis **20**(1): 15-22.
- Laube, I., Seeger, R., Russi, E. W. and Bloch, K. E. (1998). "Accidents related to sleepiness: review of medical causes and prevention with special reference to Switzerland." Schweiz Med Wochenschr **128**: 1487-99.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. and Rossler, W. (2001). "Lay recommendations on how to treat mental disorders." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **36**(11): 553-6.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcato, L. and Rossler, W. (2000). "Public acceptance of restrictions on mentally ill people." Acta Psychiatr Scand Suppl **102**(407): 26-32.

- Lauber, C. and Rössler, W. (2001). "Früherkennung von schizophrenen Psychosen." Praxis **90**: 987-992.
- Leighton, A. H. (1959). My name is Legion. New York, Basic Books.
- Lewis, D. A. and Lieberman, J. A. (2000). "Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology." Neuron **28**(2): 325-34.
- Lewis, G. (1998). Case-finding in primary care. Preventing mental illness. Mental health promotion in primary care. R. Jenkins and T. B. Üstün. Chichester, John Wiley & Sons: 313-320.
- Lyons, M. J. (1995). Epidemiology of personality disorders. Textbook in Psychiatric Epidemiology. M. T. Tsuang, M. Tohen and G. E. P. Zahner. New York, John Wiley & Sons: 407-436.
- Maier, H. W. (1912). "Über die Häufigkeit psychischer Störungen." Z Neur **8**.
- McDowell, I. and Newell, C. (1996). Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford New York, Oxford University Press.
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H. U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H. R. L. N. and Kupfer, D. J. (1996). "Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force." British Journal of Psychiatry Supplement **30**: 58-67.
- Meyer, P. C., Neuenschwander, M., Prandini, D. and Hell, D. (2001). PSYREC Bericht 2000: stationäre Behandlungen in psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich. Zürich, Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.
- Michaud, P. A. (1983). "Violent deaths among adolescents in Switzerland. From epidemiology to prevention." Pediatrician **12**(1): 28-36.
- Michaud, P. A., Blum, R. W. and Slap, G. B. (2001). "Cross-cultural surveys of adolescent health and behavior: progress and problems." Soc Sci Med **53**(9): 1237-46.
- Michel, K., Knecht, C., Kohler, I. and Sturzenegger, M. (1991). "Suizidversuche in der Agglomeration Bern." Schweiz med Wschr **121**: 1133-1130.
- Murphy, J. M. (1995). Diagnostic schedules and rating scales in adult psychiatry. Textbook in Psychiatric Epidemiology. M. T. Tsuang, M. Tohen and G. E. P. Zahner. New York, John Wiley & Sons: 253-271.
- Murray, C. J. and Lopez, A. D. (1996). The Global Burden of Disease. Boston, Harvard University Press.
- Murray, C. J. and Lopez, A. D. (1997). "Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study." Lancet **349**(9063): 1436-42.
- Niklowitz, M. and Meyer, P. C. (2001). Monitoring der psychischen Gesundheit: Datenquellen, Indikatoren und Berichtsformen. Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Page, R. (2000). Selbstmord in der Schweiz. Eine empirische Analyse zu den Schweizer Kantonen. Bern, Institut für Soziologie, Universität Bern.
- Pearson, J., Goldklang, D. and Striegel-Moore, R. H. (2002). "Prevention of eating disorders: challenges and opportunities." Int J Eat Disord **31**(3): 233-9.
- Pfister (1932). "Zählungen über Zunahme und Altersaufbau der Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli-Zürich." Z Neur **142**.

- Phillips, L. J., Yung, A. R., Pantelis, C. and McGorry, P. D. (2002). "Prediction and Prevention of Transition to Psychosis in Young People at Incipient Risk for Schizophrenia." American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics) **114**: 929-937.
- Piccinelli, M. and Gomez homen, F. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva, WHO.
- Preisig, M., Merikangas, K. R. and Angst, J. (2001). "Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community." Acta Psychiatr Scand **104**(2): 96-103.
- Price, R. H. (1998). Theoretical frameworks for mental health risk reduction in primary care. Preventing mental illness. Mental health promotion in primary care. R. Jenkins and T. B. Üstün. Chichester, John Wiley & Sons: 19-34.
- Regier, D. A. and Kaelber, C. T. (1995). The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. Textbook in Psychiatric Epidemiology. M. T. Tsuang, M. Tohen and G. E. P. Zahner. New York, John Wiley & Sons: 135-155.
- Rey Gex, C., Narring, F., Ferron, C. and Michaud, P. A. (1998). "Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity." Acta Psychiatr Scand **98**(1): 28-33.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. and Ratcliff, K. S. (1981). "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity." Arch Gen Psychiatry **38**(4): 381-9.
- Robins, L. N. and Regier, D. A., Eds. (1991). Psychiatric disorders in America. New York, Free Press.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A. and et al. (1988). "The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures." Arch Gen Psychiatry **45**(12): 1069-77.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D. and Lieberman, J. A. (1999). "Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder." Arch Gen Psychiatry **56**(3): 241-7.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., Bilder, R., Goldman, R. and Lieberman, J. A. (1999). "Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder." Am J Psychiatry **156**(4): 544-9.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E. and Mueser, K. (1996). "New directions for treatment research on sequelae of sexual abuse in persons with severe mental illness." Community Ment Health J **32**(4): 387-400.
- Rössler, W., Salize, H. J., Cucchiaro, G., Reinhard, I. and Kernig, C. (1999). "Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?" Acta Psychiatr Scand **100**(2): 142-8.
- Rüesch, P. and Manzoni, P. (2003). Monitoring psychische Gesundheit Schweiz. Bern, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Rüst, T., Meyer, P. and Hell, D. (1998). Perspektiven sozialer und beruflicher Rehabilitation bei psychischen Behinderungen. Forschungsbericht Vol 3, Nr. 5. Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Rüst, T., Meyer, P. and Hell, D. (2000). Institutionen mit Arbeits, Beschäftigung- und Ausbildungsplätzen im Kanton Zürich für Menschen mit psychischen Behinderungen. Forschungsbericht Vol 5, Nr. 1. Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z. and Walinder, J. (1995). "Prevention of male suicides: lessons from Gotland study." Lancet **345**: 524.
- Sartorius, N. (1999). "The use of public health approaches in mental health programmes." Int Clin Psychopharmacol **14 Suppl 3**: S1-5.
- Schifferdecker, M. (1992). Gesundete Schizophrenie. Variabilität psychiatrische Krankheitsverläufe. K. Ernst and D. Schläfke. Rostock, Universität Rostock: 35-47.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R. and Buddeberg, C. (2001). "Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims." Am J Psychiatry **158**(4): 594-9.
- Schöpf, J. (1996). Psychiatrie für die Praxis. Berlin, Springer.
- Schopper, D., Pereira, J., Torrs, A., Cuende, N., Alonso, M., Baylin, A., Ammon, C. and Rougemont, A. (2000). "Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us?" International Journal of Epidemiology **29**: 871-877.
- Schüler, G. and Bopp, M. (1997). Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz, 1970-1990. Basel, Birkhäuser.
- Silverman, M. M. and Maris, R. W. (1995). Suicide prevention. Toward the year 2000. New York, Guilford Press.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. and Meltzer, H. (2001). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. London, The Stationery Office.
- Singleton, N. and Lewis, G. (2003). Better or worse: a longitudinal study of the mental health of adults living in private households in Great Britain. London, The Stationery Office.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. and First, M. B. (1992). "The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description." Arch Gen Psychiatry **49**(8): 624-9.
- Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Kirkpatrick, P. and Rennie, T. A. C. (1962). Mental health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study. New York, McGraw Hill.
- Steinhausen, H. C. (2002). "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century." Am J Psychiatry **159**(8): 1284-93.
- Tsuang, M. T., Tohen, M. and Zahner, G. E. P., Eds. (1995). Textbook in Psychiatric Epidemiology. New York, John Wiley & Sons.
- Üstun, T. B. and Sartorius, N., Eds. (1995). Mental illness in general health care. An international study. Chichester, John Wiley & Sons.
- Wacker, H. R. (1995). Angst und Depression. Eine epidemiologische Untersuchung. Bern, Huber.
- Weissman, M. M., Broadhead, W. E., Olfson, M., Leon, A. C., Hoven, C. and Pleil, A. m. (1998). A diagnostic aid for detecting multiple mental disorders - The Symptom-driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC). Preventing mental illness. Mental

- health promotion in primary care. R. Jenkins and T. B. Üstün. Chichester, John Wiley & Sons: 301-312.
- WHO (2001). World Health Report 2001: Mental Health. Geneva, WHO.
- WHO and Weltgesundheitsorganisation (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.
- Wickramaratne, P. J., Weissman, M. M., Leaf, P. J. and al., e. (1989). "Age, period and cohort effects on the risk of major depression: results from five United States communities." Journal of Clinical Epidemiology **42**: 333-343.
- Winokur, G. and Tsuang, M. T. (1996). The natural history of mania, depression, and schizophrenia. Washington, American Psychiatric Press.
- Witthen, H.-U. and Jacobi, F. (2002). "Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland." Psychotherapeutenjournal **0**: 6-15.
- Witthen, H. U. (2002). "Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society." Depress Anxiety **16**(4): 162-71.
- Witthen, H. U., Muller, N., Pfister, H., Winter, S. and Schmidtkunz, B. (1999). "Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". " Gesundheitswesen **61 Spec No**: S216-22.

Anhänge

Anhang A – Fact Sheets zu einzelnen psychischen Störungen

Fact-Sheet Schizophrenie

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

charakteristische psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen, best. Störungen des Affekts und des formalen Denkens)

tiefere Leistungsniveau und Dauer > 6 Monate (DSM)

1.2 Subformen

Schizotype Störung, andere psychotische Störungen; schizoaffektive Störungen; schizotypische Persönlichkeitsstörungen; werden z.T. als eigenständige Störungen betrachtet

1.3 natural history

unspezifische Symptome in Kindheit, Jugend häufig; Prodromalphase; floride Phase mit positiven, ev. auch negativen Symptomen; häufig ein schubförmiger Verlauf; Schubauslösung durch Triggerfaktoren wie erhöhte Stressbelastung begünstigt

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

sehr hoch, hoher Anteil stationärer Versorgung

2 Ätiologische Konzepte

genetische Komponente wichtig; verschiedene prädisponierende Faktoren in Diskussion (Geburtssaisonalitäten (indirekte Argumentation), Geburtskomplikationen etc.); Induktion durch Substanzstörungen und -missbrauch wird diskutiert

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

Range: 0.1–0.7 / 1000; Median: 0.2 / 1000⁶⁹

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

junges Erwachsenenalter; Männer etwas häufiger, ev. bedingt durch verzögerten Onset bei Frauen bis zur Menopause, danach Angleichung der Inzidenzraten

3.1.3 weitere Merkmale

–

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

Range: 0.2–1.3 / 100; Median: 0.5 / 100

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

–

⁶⁹ Bromet et al., 1995; Jablensky, 1995

3.2.3 weitere Merkmale

–

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

Range: 1–3 / 100 in einer Generation

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

–

3.4 Mortalität

erhöhte Mortalität allgemein, speziell Suizidrate (vergleichbar mit Majorer Depression: 10–15% der Betroffenen sterben an Suizid)

3.5 Komorbidität

mit affektiven Störungen und besonders Substanzstörungen

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

Personen aus Unterschicht werden häufiger diagnostiziert ; kulturelle Unterschiede in der Symptomatik

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

v.a. hoher Anteil stationärer Versorgung inkl. Versorgung im Bereich Wohnen / Arbeit / Freizeit; Anteil der Versorgung ausserhalb stationärer Versorgung bis gegen 30% geschätzt; Problematik der Compliance; Problematik der Stigmatisierung

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

J. Angst, C. Scharfetter (Epidemiologie, Diagnosedifferenzierung, Mortalität); FG P. C. Meyer, P. Rüesch (Versorgungsepidemiologie); A. Riecher-Rössler (Geschlechtsunterschiede, Früherfassung); J. Modestin (Dualdiagnosen, Kriminalität, Suizid); F. Moggi (Dualdiagnosen); W. Rössler, Ch. Lauber (Einstellungsforschung)

Fact-Sheet Depression

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit; verschieden weitere, u.a. auch somatische, Symptome; Verminderung des Antriebs, Aktivitätseinschränkung

1.2 Subformen

am wichtigsten: Major Depression; weitere Formen im Spektrum der Depression: Recurrent Brief Depression (mit kürzerer Dauer der depressiven Episode), Minor Depression (mit weniger Symptomen), Zykllothymie, Dysthymie (chronische depressive Verstimmung); weitere Differenzierungen: atypische Formen (Ess- und Schlafsymptome im Vordergrund), ohne vs. mit psychotischen Symptomen (letztere ca. 15%)

1.3 natural history

breite Variation der Verläufe; im Grundsatz in wiederkehrenden Episoden verlaufende Störung; chronifizierende Verläufe (ca. 20%) und andererseits spontane Remissionen bzw. einmaliges Auftreten der Episode sind relativ häufig

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

hoch, dies auch bei Subformen; Anteil Probanden in der Zürich-Studie mit Suizidversuch unter Lebenszeitprävalenz Major Depression: ca. 20%, unter Lebenszeitprävalenz Recurrent Brief Depression: ca. 10%⁷⁰

2 Ätiologische Konzepte

Major Depression: moderater genetischer Einfluss (Konkordanz von 27% bei eineiigen Zwillingen vs. 12% bei zweieiigen; relatives Risiko ist bei Verwandten ersten Grades um Faktor 2-3 erhöht);⁷¹ sehr heterogene Ätiologie (z.B. Borna-Virus, postinfektiöse Depression, postpartale Depression etc.), die zumeist unbekannt ist; Onset und Episoden durch Trigger begünstigt (Stress, kritische Lebensereignisse)

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

0.3 - 1.5 / 100 bei Major Depression

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

mittleres Onset-Alter zwischen 25-30 Jahren; Median nach Basler-Studie ca. 25 Jahre; erhöhte Raten im Alter bis vor kurzem noch stark diskutiert und umstritten; bei Dysthymie Altersbereich 30-65 Jahre; Major Depression und Dysthymie sind konsistent häufiger bei Frauen (Ratio 2:1); bei Subthreshold-Formen ist die Sex-Ratio wenig ausgeprägt bis ausgeglichen

⁷⁰ Pezawas et al., 2003

⁷¹ Horwath / Weissmann, 1995, S. 325

3.1.3 weitere Merkmale

Anstieg der Depressionsinzidenzen bei Geburtskohorten nach dem II Weltkrieg (USA, Schweden),⁷² ev. kompatibler Befund des Anstiegs der Kohorteneffekte bei Suizid

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

3-9% bei Major Depression

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

Zürich-Studie: Major Depression: 4-9%; inkl. Subthreshold-Formen: 14-19%

3.2.3 weitere Merkmale

—

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

neuere Studien zeigen deutlich höhere Werte als Übersichten um 1990 wie die ECA-Studie (ca. 10%): NCS-Studie 19%, NEMESIS-Studie 19% (unter Einzug bipolarer Störungen)⁷³

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

Major Depression & Dysthymie: Zürich-Studie: 25%, Basler Studie: 19%; inkl. Subthreshold-Formen: Zürich-Studie: 45%

3.4 Mortalität

erhöhtes Risiko für Suizid (ähnlich wie Schizophrenie); aufgrund der Häufigkeit der Depression geht ein grosser Teil der Suizide auf Depression zurück

3.5 Komorbidität

Komorbidität mit Manie / Hypomanie: s. bipolare Störungen; Komorbidität mit Major Depression ist nahezu bei allen weiteren psychischen Störungen um Faktor 2 (einfache Phobie) bis ca. 10 (Panik) erhöht;⁷⁴ Spezialfälle: doppelte (oder kombinierte) Depression (Major Depression und RBD; MD und Dysthymie, RBD und Dysthymie)⁷⁵

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

Ergebnisse inkonsistent; höhere Belastung in unteren Schichten vermutet, nicht gesichert; höhere Belastung bei geschiedenen und getrennt lebenden Personen

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

schwere Depressionen (z.B. mit Suizidgefahr) in stationärer Versorgung, im allgemeinen ambulante Versorgung; Inanspruchnahme von professioneller Hilfe in etwa einem von drei Fällen; Versorgung hauptsächlich durch Hausärzte

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

⁷² Horwath / Weissmann, 1995, S. 322

⁷³ Angst, J. et al., in press

⁷⁴ Übersicht vgl. Merikangas et al. 1996

⁷⁵ Pezawas et al., 2003: über Lebenszeit ist Dysthymie am seltensten einseitig diagnostiziert (<20% aller Dysthymie-Fälle), RBD in 55% der Fälle und MDD in 60% der Fälle

J. Angst, C. Scharfetter (Epidemiologie); H. R. Wacker (Epidemiologie); W. Rössler, Ch. Lauber (Einstellungsforschung, Versorgungsforschung); A. C. Berod, B. Santos-Eggimann (Depression und Spitalaufenthaltsdauer bei somatischen Patienten)

Fact-Sheet Bipolare Störungen

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

affektive Störung mit inadäquat angehobener Stimmung, ev. Erregtheit, Reizbarkeit

1.2 Subformen

Manien (als schwerere Form im Gegensatz zu Hypomanien) mit Wahn, Wahrnehmungsstörungen, Unterbrechung der normalen Aktivitäten; bipolare Störungen II mit Wechsel von (hypo)manischer Episode und depressiver Episode; gemäss Vorschlägen von Jules Angst: Brief Recurrent Hypomania, Minor Bipolar Disorder

1.3 natural history

analog wie bei Depression

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

in depressiver Episode hoch, in (hypo)manischer Episode gering; bei bipolaren Störungen II insgesamt jedoch gleich oder höher als bei unipolaren Depressionen

2 Ätiologische Konzepte

spezifische genetische Komponente mit einer Konkordanzrate von ca. 80% bei eineiigen Zwillingen; daneben werden neurobiologische und psychologische Faktoren diskutiert

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

0.1-0.2%⁷⁶

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

Sex-Ratio ca. 1

3.1.3 weitere Merkmale

-

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

0.5-1.5%

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

s. Tabelle 2

3.2.3 weitere Merkmale

-

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

0.5-3%⁷⁷

⁷⁶ zit. nach Tohen & Goodwin, 1995; erscheint um Faktor 5-10 zu tief gegenüber Prävalenzdaten

⁷⁷ Bland, 1997

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

Zürich-Studie: 7%⁷⁸

3.4 Mortalität

bei bipolaren Störungen: analog zu Depression

3.5 Komorbidität

bei bipolaren Störungen stark erhöht für Substanzstörungen (ca. 60% der Fälle)

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

-

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

hoher Anteil von Betroffenen nimmt professionelle Hilfe (psychiatrische und somatische Medizin) in Anspruch; im weiteren analog zu Depression

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

v.a. im Rahmen der Zürich-Studie (J .Angst, M. Preisig)

⁷⁸ Jules Angst vertritt eine Position in Bezug auf bipolare Störungen, dahingehend, dass sie viel häufiger auftreten als gemeinhin angenommen (bis zu 50% der Menschen mit Depression weisen auch hypomanische Symptome auf); die Unterschätzung geht auf diagnostischen Unwägbarkeiten und den fehlenden Leidensdruck der Betroffenen bei hypomanischen Episoden zurück; inadäquate Diagnosen können weitreichende Folgen für die Therapie der bipolaren Patienten haben (Angst et al., in press)

Fact-Sheet Generalisierte Angststörung

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

generalisierte und anhaltende Angst ohne Beschränkung auf Situationen oder Umstände

1.2 Subformen

–

1.3 natural history

oft begleitet von Panikattacken, ohne dass Kriterien für Panikdiagnose erreicht würden; spontane Remission in etwa einem Drittel der Fälle

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

hoch, vergleichbar der Depression

2 Ätiologische Konzepte

genetische Komponente ist moderat (Konkordanz bei eineiigen Zwillingen bei ca. 50%, bei zweieiigen ca. 5%); verschiedene weitere, u.a. psychoanalytische und lerntheoretische Erklärungsansätze

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

–

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

Onset in der Regel im Alter von 20-30 Jahren, Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer

3.1.3 weitere Merkmale

–

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

1.5-6.5%⁷⁹

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

Wacker: 0.2% (kleine Fallzahlen); Zürich-Studie: vgl. Tab. 2

3.2.3 weitere Merkmale

–

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

2.5-7%⁸⁰

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

Wacker: 2%

⁷⁹ Eaton, 1995; Horwath & Weissman, 1995

⁸⁰ Wittchen, 2002

3.4 Mortalität

–

3.5 Komorbidität

weitere Angststörungen, Depression

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

–

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

–

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

Basler Studie; Zürich-Studie; Buddeberg (in Zusammenhang mit Primärversorgung)

Fact-Sheet Panik

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

wiederholte schwere Angstattacken ohne besonderen Grund und ohne besondere Umstände

1.2 Subformen

mit / ohne Agoraphobie

1.3 natural history

-

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

Furcht vor einer neuen Attacke; mit Agoraphobie (s. unten);

2 Ätiologische Konzepte

lerntheroetisch: Angst vor der Angst; neurobiologisch: Störung des noradrenergen Systems

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

-

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

Frauen sind 2-6 mal häufiger betroffen als Männer

3.1.3 weitere Merkmale

-

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

0.5-1.5%

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

2% (Basel)

3.2.3 weitere Merkmale

-

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

1-3.5%

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

3.5% (Basel)

3.4 Mortalität

-

3.5 Komorbidität

Agoraphobie

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

-

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

-

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

Basler Studie; Zürich-Studie

Fact-Sheet Agoraphobie

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

Angst, sich nicht zurückziehen zu können (z.B. auf offenen Plätzen, in Menschenmengen, im Zug etc.)

1.2 Subformen

ohne / mit Panikstörung

1.3 natural history

chronifizierend (wenn unbehandelt), fluktuierender Verlauf

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

Vermeidungsverhalten z.T. möglich

2 Ätiologische Konzepte

–

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

–

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

durchschnittliches Onsetalter ca. 25 Jahre; Frauen sind 2-3 mal häufiger betroffen

3.1.3 weitere Merkmale

–

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

2.5-6%

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

7% (Basel);

3.2.3 weitere Merkmale

–

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

3-9%

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

11% (Basel); Zürich-Studie vgl. Tab. 2

3.4 Mortalität

–

3.5 Komorbidität

typischerweise mit Panik; ev. mit sozialen Phobien, ferner Depression und zwanghaftem Verhalten

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

-

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

-

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

Basler Studie; Zürich-Studie

Fact-Sheet einfache (spezifische) Phobien

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

Angst vor spezifischen Gegenständen, Tieren, Situationen, Zukunftsvorstellungen

1.2 Subformen

–

1.3 natural history

–

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

relativ, Vermeidungsverhalten möglich

2 Ätiologische Konzepte

–

3 Epidemiologische Parameter

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

–

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

Onset durchschnittlich <20 Jahren; Frauen sind 2-3 mal häufiger betroffen

3.1.3 weitere Merkmale

–

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

1.5-13%

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

3% (Basel); Zürich-Studie: vgl. Tab. 2

3.2.3 weitere Merkmale

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

5-12%

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

4.5% (Basel); Zürich-Studie: vgl. Tab. 2

3.4 Mortalität

–

3.5 Komorbidität

–

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

–

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

oft gut zugänglich für psychotherapeutische Behandlung

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

Basler Studie; Zürich-Studie

Fact-Sheet soziale Phobie

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

Angst vor Anwesenheit und sozialen Kontakten in Gruppen

1.2 Subformen

Abgrenzung auf bestimmten Situationstyp (Essen, Sprechen, Begegnung mit anderem Geschlecht etc.) möglich

1.3 natural history

Beginn zumeist in der Jugend

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

relativ, Vermeidungsverhalten möglich

2 Ätiologische Konzepte

3 Epidemiologische Parameter

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

–

3.1.2 nach Alter und Geschlecht

Onset durchschnittlich <20 Jahren; Frauen sind 2-3 mal häufiger betroffen

3.1.3 weitere Merkmale

–

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

1-8%

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

9% (Basel); Zürich-Studie: vgl. Tab. 2

3.2.3 weitere Merkmale

–

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

1.5-13%⁸¹

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

16% (Basel); Zürich-Studie: vgl. Tab. 2

3.4 Mortalität

–

3.5 Komorbidität

auffällig hoch: Agoraphobie

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

⁸¹ Raten sind sehr abhängig vom verwendeten Erhebungsinstrument (DIS vs. CIDI)

-

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

-

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

Basler Studie; Zürich-Studie

Fact-Sheet Zwangstörungen

1 Charakterisierung der Störung

1.1 Hauptmerkmale

wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

1.2 Subformen

OCD (obsessive-compulsive disorder), OCS (obsessive-compulsive syndrom)

1.3 natural history

Verlauf zumeist chronisch (60% in der Zürich-Studie), jedoch oft mit deutlich sich abschwächenden Symptomen und über längere Beobachtungsperiode schliesslich Symptommfreiheit

1.4 Beeinträchtigung und Leidensdruck

mittel

2 Ätiologische Konzepte

–

3 Epidemiologische Parameter

3.1 Inzidenz

3.1.1 internationale Vergleichsdaten

3.1.2 Ergebnisse Schweiz

3.1.3 nach Alter und Geschlecht

in der Regel vor 20. Lebensjahr (in der Zürich-Studie: 70% vor 20. Lebensjahr); Frauen sind um Faktor 1.5-3 häufiger betroffen als Männer bei OCD; bei OCS bleibt die Sex-Ratio nahe Wert 1

3.2 Prävalenz (Jahresprävalenz)

3.2.1 internationale Vergleichsdaten

0.5-3%

3.2.2 Ergebnisse Schweiz

OCD: 0.7%; OCS: 2.5%

3.2.3 weitere Merkmale

3.3 Lebenszeitprävalenz

3.3.1 internationale Vergleichsdaten

OCD: 0.5-4%; OCS: 4-15%

3.3.2 Ergebnisse Schweiz

OCD: 3.5% (Männer 1.7%, Frauen 5.4%); OCS: 7%⁸²;

3.4 Mortalität

⁸² Angst et al., in press

–

3.5 Komorbidität

v.a. ausgeprägt mit Hypomanie und bipolaren Störungen (nicht jedoch mit Depression!), daneben mit Angststörungen, sowie Bulimie

3.6 regionale, sozio-kulturelle, sozio-ökonomische Unterschiede

4 versorgungsepidemiologische Implikationen

5 epidemiologische Forschung in der Schweiz

Zürich-Studie

Anhang B: Zusammenstellung der Variablen zu psychischen Symptomen und verwandten Themen in der SGB und im SHP

Fragen	Gesundheitsbefragung				Haushaltspanel	
	schriftlich		telephonisch		1999	2000
	1992/3	1997	1992/3	1997		
Psychisches Problem						
Körperliches oder psychisches Problem (> 1 Jahr) mit Einschränkung alltäglicher Aktivitäten?				TKRAN01		
Psychisches oder physisches Problem, wo schon länger andauert?					P99C19	P00C19
Seit wann?					P99C20/21	P00C20/21
Ihrer Meinung nach körperlich oder psychisch?				TKRAN02		
Was für ein Problem (Liste)?				TKRAN03a TKRAN03b		
Hauptursache von diesem Problem?					P99C22	P00C22
Symptome						
niedergeschlagen und verstimmt (SGB: letzte Woche)?			TPSYG01	TPSYG01		
ruhig, ausgeglichen und gelassen (letzSGB: te Woche)?			TPSYG02	TPSYG02		
angspannt, gereizt und nervös (SGB: letzte Woche)?			TPSYG03	TPSYG03		
voll Kraft, Energie und Optimismus (SGB: letzte Woche)?			TPSYG04	TPSYG04		P00C18
innere Unruhe, Sorgen oder Ängste (SGB: letzte 12 Monate) Häufigkeit					P99C31 P99C32	
Wie häufig Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression?					P99C17	P00C17
Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit (letzte 4 Wochen)			TKRSY02	TKRSY02		
Allgemeine Schwäche, Erschöpfung, einfach keine Energie (letzte 12 Monate, min. 1x pro Monat)					P99C05	P00C05
Allgemeine Schwäche, Erschöpfung, einfach keine Energie (letzte 12 Monate) Häufigkeit					P99C25 P99C26	
Schlaf s. unten						
Wie häufig einsam?				TPSYG05		
Angst davor, krank zu werden? (Filter: TKRAN01=nein)				TPSYG06		

... enorm viel essen und fast nicht mehr aufhören können? (seit einigen Monaten) (Filter: 15-24-jährige, die abnehmen möchten)				TKRSY27		
... sich selber zum Erbrechen bringen? (seit einigen Monaten) (Filter: 15-24-jährige, die abnehmen möchten)				TKRSY28		
Professionelle Hilfe						
Sind Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen wegen ... Nervenzusammenbruch, Depression?	SKRAN12	SKRAN12				
Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Gesundheitsproblemen oder für Kontrolluntersuchungen bei einem der folgenden Spezialisten gewesen ... Psychologe?	SINAN05	SINAN05				
Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen eines psychischen Problems? Was ist die Person von Beruf gewesen, wo Sie behandelt hat?				TPSYG08 TPSYG09a TPSYG09b TPSYG09c		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen in Behandlung gewesen?					P99C42	
Sind Sie in den letzten 12 Monaten beim Arzt gewesen Was für einen Arzt haben Sie (Anm.: das letzte Mal) besucht (FMH Liste) Was war der Grund dieses Arztbesuches? Und was ist das gesundheitliche Problem gewesen von diesem letzten Arztbesuch?			TINAN01 TINAN06 TINAN07	TINAN01 TINAN22a TINAN22b	P99C12	P00C12
Wieviele Tage sind Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen (keine Kuraufenthalte) Wenn mehr als 1 Tag im Spital: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und mehr mal Was ist genau der Grund gewesen ihres letzten Spitalaufenthaltes			TINAN10 TINAN11	TINAN10 TINAN23 TINAN11a TINAN11b	P99C41	
Schlaf						
Haben Sie in der Regel genügend Schlaf? Wie häufig passiert es Ihnen dass... schlecht einschlafen? unruhig schlafen? mehrmals erwachen? morgens zu früh erwachen? Einschlaf oder Durchschlafstörungen in den letzten vier Wochen Schwierigkeiten beim Einschlafen (letzte 12 Monate, min. 1x pro Monat) Schwierigkeiten beim Einschlafen (letzte 12 Monate) Häufigkeit		SKRSY01 SKRSY02a SKRSY02b SKRSY02c SKRSY02d	TKRSY05	TKRSY05	P99C06 P99C27 P99C28	P00C06

Schlafmittel, in den letzten 7 Tagen genommen Ist dieses Medikament oder Mittel vom Arzt verordnet worden oder haben Sie es selber gekauft (Schlafmittel)			TMEKO06 TMEKO07	TMEKO06 TMEKO07		
Psychotrope Medikamente (- Schlafmittel)						
Beruhigungsmittel, in den letzten 7 Tagen Ist dieses Medikament oder Mittel vom Arzt verordnet worden oder haben Sie es selber gekauft (Beruhigungsmittel)			TMEKO12 TMEKO13	TMEKO12 TMEKO13		
Anregungsmittel, in den letzten 7 Tagen Ist dieses Medikament oder Mittel vom Arzt verordnet worden oder haben Sie es selber gekauft (Anregungsmittel)			TMEKO20 TMEKO21			
Psychotrope Medikamente? (letzte 12 Monate) Welche?						
Zufriedenheitsfragen						
Wie geht es Ihnen gesundheitlich? Was heisst das im Vergleich zu sonst? Hat sich Ihre Gesundheit verbessert oder verschlechtert? (12 Monate) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?			TSUBG01 TSUBG02	TSUBG01 TSUBG02	P99C01 P99C03 P99C02 P99C44	P00C01 P0C03 P00C02 P00C44



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OFS BFS UST

Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération suisse et des cantons.