



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



edition obsan

Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine neue Institution von Bund und Kantonen, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist. Das Gesundheitsobservatorium (Obsan) analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik hat zum Ziel, die Ausrichtung und die Leitplanken einer zukünftigen, von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen schweizerischen Gesundheitspolitik zu definieren. Weitere Informationen auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheitspolitik.ch.

Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring
Peter Rüesch, Patrik Manzoni, Psychische Universitäts-
klinik Zürich, Forschungsgruppe Public Mental Health

Herausgeber edition obsan:
Katharina Meyer, Paul Camenzind, Peter C. Meyer,
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

ISBN 3-907872-02-9

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
c/o Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
2010 Neuenburg
Tel. 032 713 61 31
Fax 032 713 61 32
E-Mail obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

© 2003, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium



Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring

Peter Rüesch und Patrik Manzoni



Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Einleitung	8
1.1 Problem.....	8
1.2 Was ist psychische Gesundheit?.....	8
1.3 Konzept des Monitorings	9
2. Psychische Gesundheit	13
2.1 Psychisches Wohlbefinden.....	13
2.2 Lebensbewältigung.....	13
3. Psychische Krankheit	15
3.1 Leichte psychische Beschwerden.....	15
3.2 Körperliche Beschwerden mit möglichem psychischem Hintergrund.....	16
3.3 Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung	17
3.4 Behandelte psychische Probleme.....	17
3.5 Behandlungen in psychiatrischen Kliniken	18
4. Voraussetzungen psychischer Gesundheit	22
4.1 Soziale Unterstützung.....	22
4.2 Soziale Belastung: Arbeitsstress	24
4.3 Kritische Lebensereignisse	26
4.4 Gewalt- und Opfererfahrungen	27
5. Krankheitsfolgen	28
5.1 Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	28
5.2 Berentungen.....	30
5.3 Selbsttötungen.....	34
6. Inanspruchnahme von Behandlungen	37
6.1 Psychische Gesundheit und Inanspruchnahme.....	37
6.2 Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken.....	38
7. Vorschläge für weiterführende Analysen und Projekte	43
Literatur	45



Zusammenfassung

Die psychische Gesundheit und Lebensqualität der Schweizer Bevölkerung wird durch den beschleunigten sozialen Wandel moderner Gesellschaften zunehmend beeinträchtigt. Dies führt seit einigen Jahren zu einer erheblichen Zunahme der psychiatrischen Behandlungen. Aus diesem Grund wurde die psychische Gesundheit als prioritäres Teilprojekt des Projektes Nationale Gesundheitspolitik definiert.

Die vorliegende Publikation bietet eine aktuelle Übersicht bestehender Untersuchungen in der Schweiz. Dabei wird deutlich, dass die Zahl psychiatrischer Hospitalisationen und ambulanter psychiatrisch oder psychotherapeutischer Behandlungen in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich zunimmt. Rund 33% der Männer und 37% der Frauen berichten gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 über psychische Beschwerden in den vergangenen vier Wochen. Psychische Probleme, die das Alltagsleben beeinträchtigen und schon länger als ein Jahr andauern, betreffen 2,4% der Frauen und 1,7% der Männer. Etwa 3% der Männer und 5% der Frauen sind wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung.

Unterschiedliche Belastung von Männern und Frauen

Die psychischen Belastungen werden von Männern und Frauen unterschiedlich wahrgenommen. Im Vergleich zu Männern schätzen Frauen ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ein und zeigen eine höhere psychische Unzufriedenheit. Männer berichten über mehr Belastungen am Arbeitsplatz als Frauen. Diese Belastungen stehen bei den Männern, jedoch nicht bei den Frauen, in Zusammenhang mit psychischen Problemen. Eine Risikogruppe sind Männer über 50: Eine überdurchschnittliche Zahl von Männern dieses Alters ist aufgrund psychischer Probleme eingeschränkt bzw. nicht mehr arbeitsfähig. Ein Teil dieser Männer bezieht daher eine IV-Rente. Andererseits suchen Männer bei psychischen Problemen seltener als Frauen professionelle Hilfe.

Risikogruppe junge Menschen

Als eigentliche Risikogruppe können junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren bezeichnet werden. Sie berichten besonders häufig über psychische Beschwerden. Suizide sind die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen: Ein Fünftel bis ein Viertel aller Todesfälle bei den 15- bis 25-Jährigen geht zulasten des Suizides.

Starke Zunahme der IV-Renten aufgrund psychischer Gebrechen

Psychische Probleme haben Behinderungen zur Folge: Personen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, schätzen ihre Lebensqualität negativer ein als andere. Menschen, die wegen eines psychischen Problems behandelt wurden oder gegenwärtig an einem chronischen psychischen Problem leiden, berichten rund doppelt so häufig über eine Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit als andere Personen. Die Zahl der IV-Rentenbezüger und -bezügerinnen hat sich zwischen 1986 und 1998 um über 50% erhöht. Überproportional, nämlich um über 100% zugenommen haben Verrentungen aufgrund von psychischen Gebrechen.

Unterversorgung von Menschen mit psychischen Problemen

Menschen, die an einem psychischen Problem leiden, scheinen unterversorgt zu sein: Von den Betroffenen suchen beinahe zwei Drittel keine Hilfe bei einer Fachperson. Rund 30% der Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose werden nicht in einer psychiatrischen Klinik, sondern in anderen stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens behandelt.

Regionale Unterschiede

In der Schweiz zeigen sich deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Häufigkeit psychischer Beschwerden: Die Regionen Zürich und Genfersee weisen die höchsten psychiatrischen Hospitalisierungsraten auf. Diese liegen 2,5fach höher als in den Regionen Mittelland und Nordwestschweiz, in denen die geringste Anzahl an psychiatrischen Klinikeinweisungen vorliegen. Für die Region Zürich ergibt sich mit Abstand die grösste Pflgetagesumme in psychiatrischen Kliniken. Sie liegt rund 20% höher als jene in der Region Genfersee und etwa 240% höher als jene in der Region Nordwestschweiz, welche die niedrigste Pflgetagesumme aufweist.

Ungenügende Datenlage

Mit den vorliegenden Analysen werden nicht nur Informationen über das Ausmass, sondern auch über Ursachen und Folgen dieser Entwicklung deutlich. Die Resultate können als eine Grundlage für die Evaluation von Massnahmen verwendet werden. Allerdings ist die Datenlage in der Schweiz noch ungenügend. Die Autoren fordern deshalb ein «Mental-Health-Update» der Schweizer Gesundheitsbefragung inklusive anerkannter Messinstrumente zur Erfassung psychischer Störungen. Ideal wäre aber die Durchführung einer Untersuchung zur psychischen Gesundheit analog anderen Ländern wie etwa England oder den Niederlanden. Nur aufgrund einer solchen Analyse wäre es möglich, klinisch aussagekräftige und vergleichbare Daten zur Epidemiologie psychischer Krankheiten zu erheben.

1. Einleitung

1.1 Problem

Psychische Krankheiten sind häufig: Gemäss dem neuen Weltgesundheitsbericht der WHO (*WHO, 2001*) erkranken über 25% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer schweren psychischen Störung (Lebenszeitprävalenz), und rund 10% der Bevölkerung leiden zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung (Punktprävalenz). Viele Menschen wenden sich bei Beschwerden als Erstes an ihren Hausarzt. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass psychische Erkrankungen vom behandelnden Arzt oft nicht erkannt werden: So leidet rund ein Drittel der Patienten und Patientinnen in Allgemeinpraxen an einer oder mehreren behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, aber nur etwa bei einem Viertel aller Patienten und Patientinnen (24%) werden diese vom Arzt auch als solche diagnostiziert (*Üstün & Sartorius, 1995*).

Psychische Störungen sind keineswegs <harmloser> als körperliche Erkrankungen, sie haben erhebliche behindernde Konsequenzen für die davon betroffene Person und ökonomische Folgen für die Gesellschaft, wie eine gemeinsame Studie der WHO, der Weltbank und der Harvard Universität zeigt (*Murray & Lopez, 1996*). Was die Behinderung und Beeinträchtigung der Lebensqualität betrifft, stehen psychische Störungen (inklusive Suizid), nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, an zweiter Stelle. Zählte man die Folgen von Alkohol- und Drogenmissbrauch hinzu, würden psychische Störungen sogar deutlich den Spitzenrang einnehmen.

1.2 Was ist psychische Gesundheit?

Das Verständnis von Gesundheit, das für die Gesundheitswissenschaften heute leitend ist, definiert sich besonders durch zwei zentrale Axiome:

- Gesundheit ist mehr als Abwesenheit von Krankheit,
- Gesundheit/Krankheit ist als Kontinuum zu verstehen.

Der Gedanke, dass Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist, wurde nachhaltig durch die WHO (1946) definiert, welche Gesundheit als einen Zustand des vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens definiert hat. Wesentlich an dieser Definition war auch der Einbezug psychischer und sozialer Aspekte von Gesundheit.

Der auf Antonovsky (*Antonovsky, 1979, 1997*) zurückgehende Gedanke des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums bringt die salutogenetische Perspektive in den heutigen Gesundheitswissenschaften zum Ausdruck. Hiernach geht es nicht allein um die Verhinderung von Krankheiten, sondern ebenso bzw. insbesondere um die Förderung von Gesundheit. Die Konzeption eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums impliziert, dass Menschen auch im Zustand der Krankheit über gesunde Anteile verfügen. Entsprechend der Konzeption von Gesundheit-Krankheit als Kontinuum wird in der Fachliteratur zwischen positiver und negativer psychischer Gesundheit unterschieden (*Lavikainen, Lahtinen, Lehtinen, 2000*): Positive psychische Gesundheit umfasst Aspekte wie Wohlbefinden, personale Ressourcen wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit, soziale Fertigkeiten, Bewältigungsfähigkeiten. Negative psychische Gesundheit ist definiert durch psychische Belastung (kritische Lebensereignisse, psychische Probleme), psychische Störungen im Sinne eines klinisch erkennbaren Komplexes von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten (*WHO, ICD-10, 1994*), Substanzmissbrauch und psychoorganische Erkrankungen (insbesondere Demenz).

Allerdings ist die Setzung von Gesundheit und Krankheit als Pole auf einer Dimension theoretisch nicht befriedigend. (*Tudor, 1996*) schlägt ein zweidimensionales Konzept vor mit den Bereichen <disorder> und <health/well-being>. Fruchtbar wäre aber

besonders der Einbezug einer funktionalen Perspektive bzw. die Differenzierung nach verschiedenen Funktionsbereichen. Dieser Weg wird im Rahmen der multiaxialen Diagnostik in der Psychiatrie gewählt (vgl. z.B. WHO / Janca, Kastrup, Katschnig, et al., 1997) sowie in den Bestrebungen der WHO, vermehrt die Behinderungsfolgen von Krankheiten zu erfassen (Üstün, Chatterji, Bickenbach et al., 2001).

Zusammenfassend sind folgende zentrale Aspekte von psychischer Gesundheit-Krankheit zu beachten.

Psychische Gesundheit ist gekennzeichnet durch

- persönliches Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit und Beziehungsfähigkeit,
- die Fähigkeit, den Alltag bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können, sowie zu
- gesellschaftlicher Partizipation in der Lage zu sein.

Psychische Krankheit ist gekennzeichnet durch

- klinisch erkennbare psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten,
- Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie schwere Störungen des Zentralen Nervensystems (insbesondere Demenz).

1.3 Konzept des Monitorings

Definitionen

Die Idee des Monitorings im Bereich Gesundheit ist eng verknüpft mit dem Aufkommen des Public-Health-Ansatzes im Bereich der Gesundheitswissenschaften sowie mit der Entwicklung von Formen der Gesundheitsberichterstattung. Gegenstand und zentrale Fragestellungen von Public Health betreffen folgende Problemkomplexe:

- Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund?
- In welchem Verhältnis stehen gesundheits- und krankheitsfördernde Potenziale beim einzelnen Menschen und bei ganzen Bevölkerungsgruppen?
- Welche Ausgangsbedingungen müssen beeinflusst werden, um die Häufigkeit und Schwere von Krankheiten zu verringern?
- Welche Konsequenzen sind aus dem Gesundheits-Krankheits-Geschehen für Organisation und Struktur des psychosozialen Versorgungssystems zu ziehen?
- Wie können Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems gesichert oder verbessert werden, und zwar insbesondere durch Massnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege (Hurrelmann & Laaser, 1998)?

Vor diesem Hintergrund kommt der Gesundheitsberichterstattung eine zentrale Funktion der Informationsvermittlung zu. Gesundheitsberichterstattung dient der Lagebeschreibung und Ermittlung von Handlungsbedarf im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung. Zu diesem Zweck zieht sie gesundheitsbezogene Daten und Informationen heran, bewertet sie hinsichtlich ihrer Aussagekraft, analysiert sie mit wissenschaftlichen Methoden und stellt sie verdichtet und adressatenorientiert dar. Gesundheitsberichterstattung ist auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt (Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung, 1998).

Monitoring im Bereich psychischer Gesundheit

- ist die wiederholte Messung von Aspekten der psychischen Gesundheit einer Bevölkerung;
- liefert Entscheidungsgrundlagen für die Politik und überprüft, inwieweit Zielvorgaben der lokalen oder nationalen Gesundheitspolitik erreicht sind, und inwiefern Beschwerden, Krankheiten und Behinderungen abgenommen haben;
- dient der adäquaten Zuweisung von Mitteln für Strategien, Programme und Interventionen im Gesundheitsbereich;
- erlaubt die Evaluation von Auswirkungen anderer, nicht gesundheitspolitischer Massnahmen auf die psychische Gesundheit einer Bevölkerung (*Korkeila, 2000*).

Indikatoren

Grundlage eines Monitorings sind Indikatoren, die wesentliche Aspekte von Gesundheit und Krankheit erfassen. Ein Indikator ist eine Messgrösse, die Informationen zu einem bestimmten Gegenstand, Sachverhalt oder Phänomen zusammenfasst. Ein Indikator sollte das messen, was er vorgibt zu messen (Validität); er sollte dieselben Informationen liefern, wenn er von verschiedenen Personen unter ähnlichen Bedingungen gemessen wird (Reliabilität), und er sollte Veränderungen im Zeitverlauf erfassen (Sensitivität). Ein Gesundheitsindikator spiegelt den Gesundheitszustand der Bevölkerung in einer bestimmten Region wider (*Jenkins, 1992; Korkeila, 2000*). Die oben genannten Anforderungen an Indikatoren im Bereich psychischer Gesundheit sind in ihrer Gesamtheit allerdings nur schwer zu erfüllen. Ein Indikator ist deshalb bestenfalls eine partielle oder indirekte Messgrösse eines komplexen Sachverhaltes.

Internationale Entwicklung

Monitoringsysteme im Bereich der psychischen Gesundheit sind gegenwärtig international erst in Entwicklung begriffen. Relativ weit fortgeschritten sind die Arbeiten für ein Monitoring der psychischen Gesundheit in der EU (*Korkeila, 2000; EU/STAKES, 2000*). In der Regel werden in Monitoringsystemen nicht allein Indikatoren des Gesundheitszustandes im engeren Sinne berücksichtigt, sondern auch Aspekte aus anderen, mit der Gesundheit eng verknüpften Bereichen. Grob können die folgenden Bereiche differenziert werden: Determinanten psychischer Gesundheit, Konsequenzen von psychischer Beeinträchtigung und Krankheit, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Versorgung.

Struktur und Indikatoren des vorliegenden Monitorings

Als Grundstruktur für das Monitoring der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung wurden fünf Bereiche vorgeschlagen (*Niklowitz & Meyer, 2001; Rüesch, 2002*):

- psychische Gesundheit
- psychische Krankheit
- psychosoziale Voraussetzungen der psychischen Gesundheit
- Folgen von Beeinträchtigung und Krankheit
- Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

Diesen fünf Bereichen wurden Indikatorengruppen, die sich wiederum aus mehreren Einzelindikatoren zusammensetzen, zugeordnet (Tabelle 1).

Tab. 1 Bereiche und Indikatorgruppen des Monitorings Psychische Gesundheit	
Bereiche	Indikatorgruppen
I Psychische Gesundheit	(1) Wohlbefinden (2) Lebensbewältigung (3) Lebensqualität
II Psychische Krankheit	(4) Leichte psychische Beschwerden (5) Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung (6) Psychiatrische Hospitalisationen
III Psychosoziale Voraussetzungen	(7) Soziales Netz und soziale Unterstützung (8) Soziale Belastung (Stress)
IV Folgen von Beeinträchtigung und Krankheit	(9) Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit (10) Berentungen (11) Selbsttötungen
V Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten	(12) Aufenthaltsdauer und Pflegetagevolumina

Datengrundlage des Monitorings

Aufgrund der zuvor dargelegten Ziele und Funktionen sowie aus Kostengründen sollte sich ein Monitoringsystem primär auf bereits bestehende Datenbestände abstützen. Dabei ist besonders die geforderte Periodizität der Erhebungen zu beachten, denn die Beobachtung des zeitlichen Verlaufs ausgewählter Indikatoren ist für ein Monitoring zentral.

Grundsätzlich lassen sich zwei Arten von Datenbeständen unterscheiden: Surveys (z. B. epidemiologische Studien) und amtliche Registerdaten (z.B. Behandlungsstatistiken). Beide haben ihre Vor- und Nachteile. Registerdaten liefern meist regelmäßige Erhebungen; zudem handelt es sich i.d.R. um Vollerhebungen, die auch auf lokaler Ebene zuverlässige Aussagen erlauben. Registerdaten sagen teilweise mehr über das Versorgungsangebot als über die Bedürfnisse von Personen aus (Korkeila, 2000), und die Differenzierung der Merkmale, die auf der Ebene des Individuums erfasst werden, ist begrenzt. Demgegenüber vermögen Surveys, differenzierte Angaben zu einem bestimmten Sachverhalt zu liefern, und sie erlauben oft auch komplexere Analysen kausaler Beziehungen. Von Nachteil ist, dass wiederholte Erhebungen entweder gar nicht oder nur in grösseren Abständen stattfinden; ausserdem schränkt die begrenzte Stichprobengrösse von Surveys die Reliabilität von lokalen Vergleichen ein. Daher gilt, für ein Monitoringsystem eine ausgeglichene Mischung von Spezifität und Allgemeingültigkeit der ausgewählten Indikatoren und Datenbestände zu finden.



Das vorliegende Monitoring der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung stützt sich auf fünf Datenbestände ab. In Tabelle 2 sind die ausgewählten Indikatorgruppen aus Tabelle 1 den Datenbeständen wie folgt zugeordnet:

Tab. 2 Indikatorgruppen und zugrunde liegende Datenbestände des Monitorings Psychische Gesundheit		
Indikatorgruppen	Datenbestände	Institution
(1) Wohlbefinden	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, 1997	BFS
(2) Lebensbewältigung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, 1997	BFS
(3) Lebensqualität	Schweizerisches Haushaltspanel SHP, 1999	SHP
(4) Leichte psychische Beschwerden	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, 1997	BFS
(5) Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, 1997 Schweizerisches Haushaltspanel SHP, 1999	BFS SHP
(6) Psychiatrische Hospitalisationen	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 1998 Krankenhausstatistik, 1998	BFS
(7) Soziales Netz und soziale Unterstützung	Schweizerisches Haushaltspanel SHP, 1999	SHP
(8) Soziale Belastung	Schweizerisches Haushaltspanel SHP, 1999	SHP
(9) Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, 1997	BFS
(10) Berentungen	IV-Statistik, 1997	BSV
(11) Selbsttötungen	Todesursachenstatistik, 1998	BFS
(12) Aufenthaltsdauern und Pflegetagvolumina	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 1998	BFS

BFS Bundesamt für Statistik
 SHP Schweizerisches Haushaltspanel, Trägerschaft: Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF), Universität Neuenburg, Bundesamt für Statistik
 BSV Bundesamt für Sozialversicherungen

Zeitraum

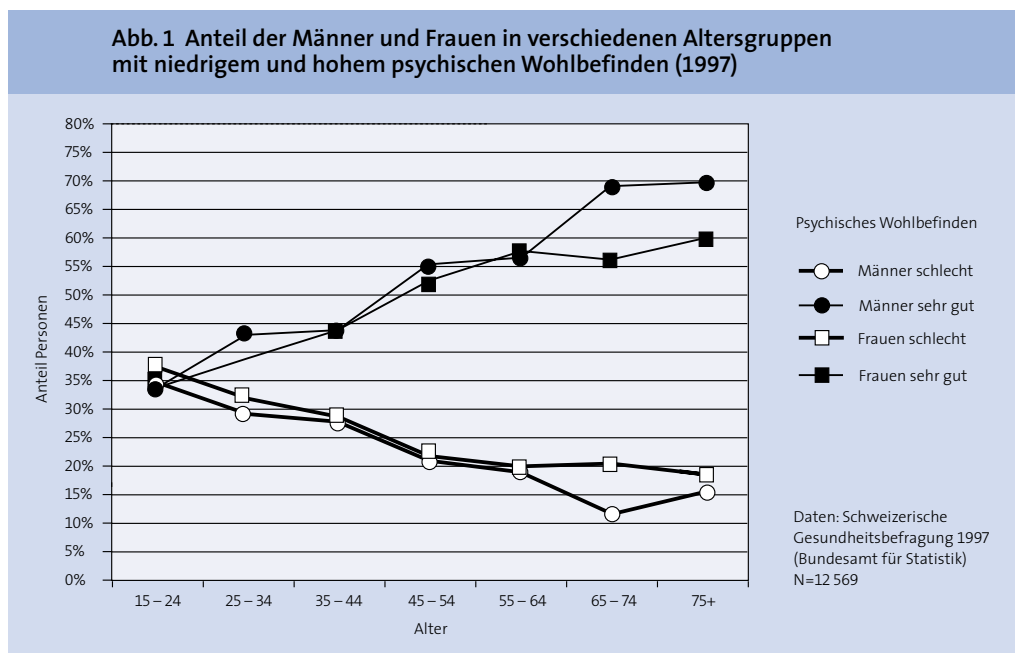
Da nicht alle der beigezogenen Datenbestände für dasselbe Jahr Angaben zur Verfügung stellen können, beziehen sich die Auswertungen dieses Monitoringberichts auf ein Zeitfenster von drei Jahren, nämlich von 1997 bis 1999.

2. Psychische Gesundheit

2.1 Psychisches Wohlbefinden

Personen mit sehr gutem Wohlbefinden geben an, dass sie praktisch jeden Tag voller Kraft und Optimismus sind, sich meistens ruhig, ausgeglichen und gelassen fühlen.¹ Zudem berichten sie selten über Niedergeschlagenheit, schlechte Laune, Anspannung, Gereiztheit oder Nervosität. Menschen mit schlechtem psychischen Befinden hingegen beschreiben sich nur selten voller Kraft und Optimismus, und fühlen sich selten ruhig und ausgeglichen. Ebenso sind sie oft oder fast täglich niedergeschlagen, schlecht gelaunt, angespannt und gereizt.

Je höher das Alter, desto besser das psychische Wohlbefinden (Abb. 1). Während junge Männer und Frauen (Alter 15–24 Jahre) etwa zu einem Drittel ein hohes psychisches Wohlbefinden zeigen, berichten rund zwei Drittel der über 65-jährigen Frauen und Männer über ein sehr gutes Befinden.

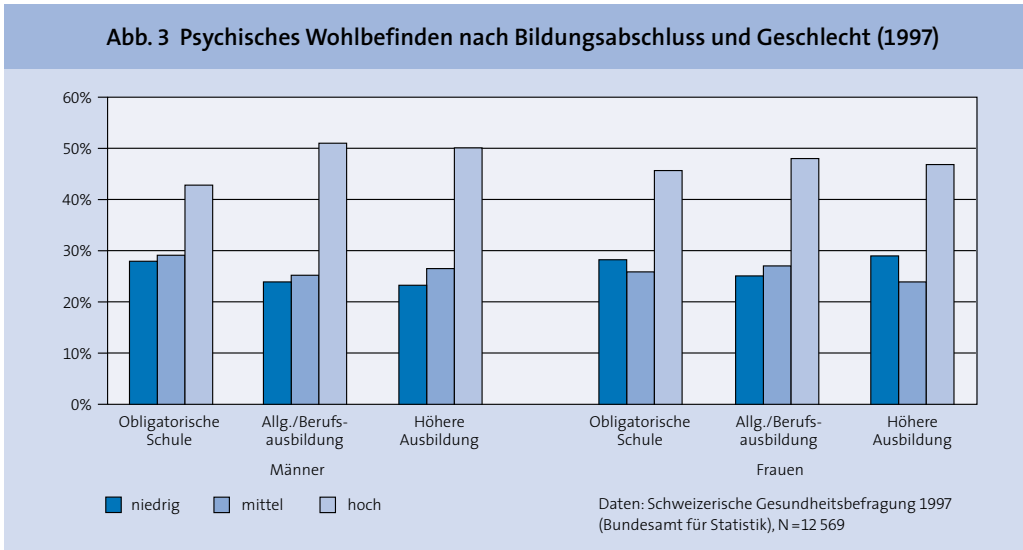


Bildungsniveau

Inwieweit unterscheidet sich das psychische Wohlbefinden nach dem Bildungsabschluss der Befragten? Männer, die höchstens über einen obligatorischen Schulabschluss verfügen, weisen ein wesentlich geringeres psychisches Wohlbefinden auf als Männer mit Berufslehre oder mit höherer Ausbildung (Abb. 3).

Dagegen steht das psychische Wohlbefinden der Frauen in keiner Beziehung zum Bildungsstand.

¹ Die so genannte SANPSY-Skala (Weiss et al.; 1990), vgl. Indikatoren Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, Doc. 3.6, 2000, S. 20.



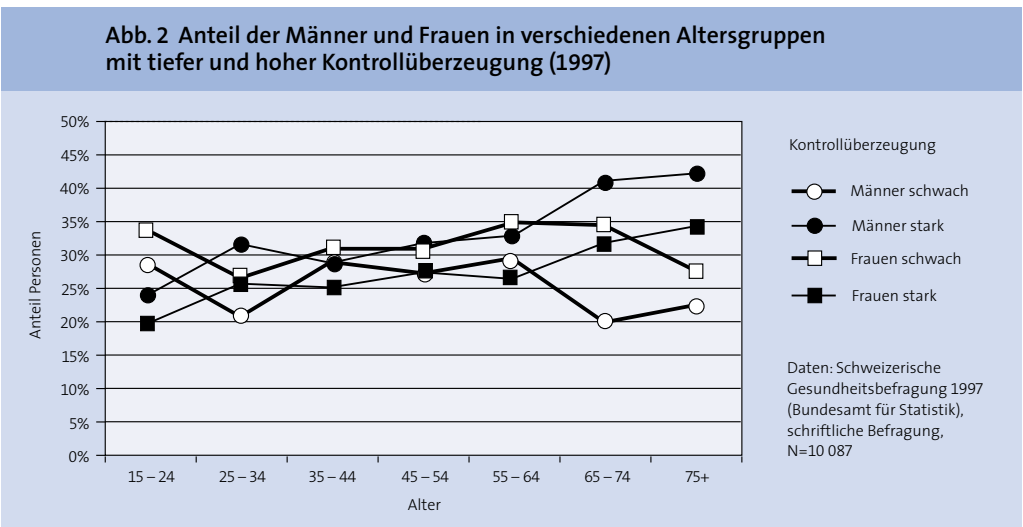
2.2 Lebensbewältigung

Die Überzeugung einer Person, das eigene Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können, wird als Kontrollüberzeugung bezeichnet. Starke Kontrollüberzeugung ist mit besserer allgemeiner Gesundheit, grösserer Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen verbunden als geringe Kontrollüberzeugung. Ferner können Menschen mit hoher Kontrollüberzeugung besser mit Belastungen und Stress umgehen als jene mit geringer Kontrollüberzeugung.

In der schweizerischen Bevölkerung geben Menschen mit ausgeprägter Fähigkeit zur Lebensbewältigung an, unlösbaren Problemen weniger ausgesetzt und im Leben weniger «hin- und hergeworfen» zu sein, die Dinge des Lebens gut kontrollieren zu können und sich weniger Problemen ausgeliefert zu fühlen.²

Bedeutung von Alter und Geschlecht

Der Grad an Kontrollüberzeugung ist sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig. Ältere Menschen sind stärker davon überzeugt, ihr Leben selbst gestalten zu können, als jüngere Menschen. Männer weisen in allen Altersgruppen eine stärkere Kontrollüberzeugung als Frauen auf (Abb. 2). Der Anteil von Personen mit mittlerer Kontrollüberzeugung nimmt im Altersverlauf von knapp 50% auf knapp 40% ab.



² Die so genannte «Mastery»-Skala (Pearlin et al.; 1981), vgl. Indikatoren Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, Doc. 3.6, 2000, gem. S. 23.

3. Psychische Krankheit

3.1 Leichte psychische Beschwerden

Zu leichten psychischen Beschwerden zählen Gefühle der Schwäche und Müdigkeit, der Unausgeglichenheit, der Nervosität, des Pessimismus und der Energielosigkeit, der Niedergeschlagenheit und Verstimmung sowie Ein- und Durchschlafstörungen.³ In der Schweizer Bevölkerung leiden innerhalb eines Monats an mindestens 3 bis 4 Tagen pro Woche (Tabelle 3):

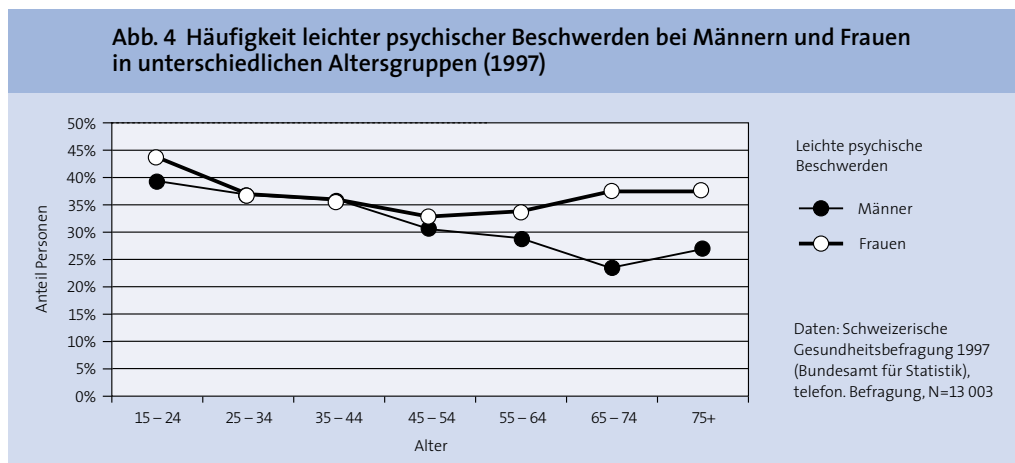
Tab. 3 Psychische Probleme nach Geschlecht (1997)

Psychisches Problem	Intensität/Häufigkeit	Männer	Frauen	N = Anzahl Personen
Pessimismus, Energielosigkeit	alle Tage/3–4 Tage	15.5 %	18.9 %	12 676
Nervosität, Spannungen	alle Tage/3–4 Tage	13.7 %	12.7 %	12 698
Unausgeglichenheit	alle Tage/3–4 Tage	11.8 %	12.5 %	12 696
Niedergeschlagenheit, Verstimmung	alle Tage /3–4 Tage	6.6 %	8.7 %	12 722
Ein- und Durchschlafstörung	stark	5.6 %	10.2 %	12 997
Schwäche, Müdigkeit	stark	4.9 %	9.0 %	12 997
Mindestens 1 Problem		32.9 %	36.6 %	13 003

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik), telefonische Befragung

Insgesamt berichten rund 33% der Männer und 37% der Frauen, von mindestens einer dieser Beschwerden betroffen zu sein.

Die Häufigkeit leichter psychischer Beschwerden ist alters- und geschlechtsabhängig (Abb. 4). Am häufigsten sind die 15- bis 24-Jährigen von psychischen Beschwerden betroffen. Bis zum 50. Lebensjahr sinkt das Vorkommen psychischer Beschwerden bei beiden Geschlechtern.



³ Vgl. Gognalons-Nicolet, et al. (2001, S. 44).



3.2 Körperliche Beschwerden mit möglichem psychischem Hintergrund

Es kann vermutet werden, dass einige körperliche Beschwerden mit psychischen Problemen in Zusammenhang stehen. Dies sind zum Beispiel Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Herzklopfen.

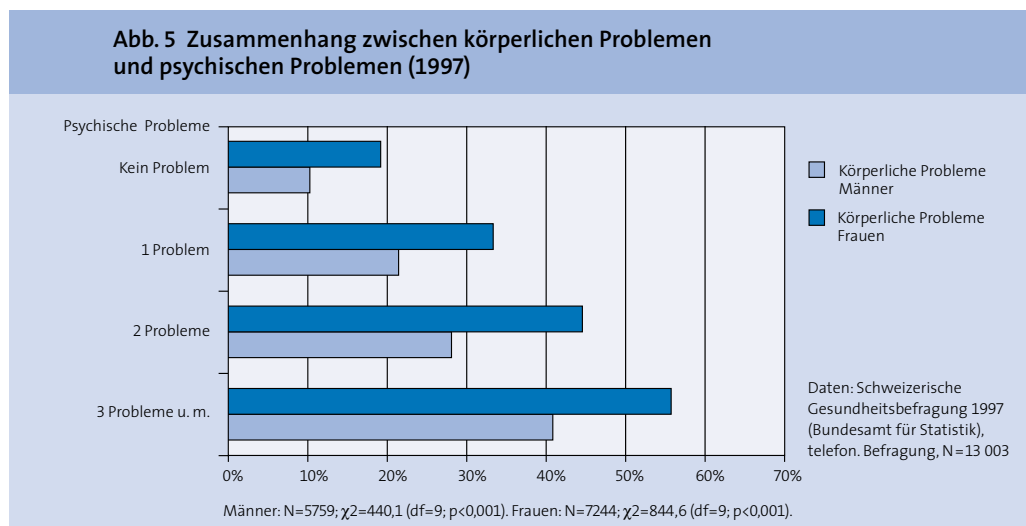
Frauen berichten fast doppelt so häufig wie Männer über körperliche Beschwerden (Tabelle 4). Bei beiden Geschlechtern sind die häufigsten Beschwerden Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Probleme.

Problem	Antwort «stark» Männer	Antwort «stark» Frauen	N = Anzahl Personen
Rücken- oder Kreuzschmerzen	7.5 %	13.4 %	12 988
Bauchschmerzen, Druckgefühl	2.2 %	4.7 %	12 995
Durchfall, Verstopfung	2.2 %	4.1 %	12 996
Kopf- oder Gesichtsschmerzen	5.8 %	11.3 %	13 000
Herzklopfen, Herzjagen	1.2 %	2.3 %	12 988
Brustschmerzen, Druck Brustbereich	1.3 %	1.9 %	12 994

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik), telefonische Befragung, Antwortkategorien: «überhaupt nicht», «ein bisschen», «stark»

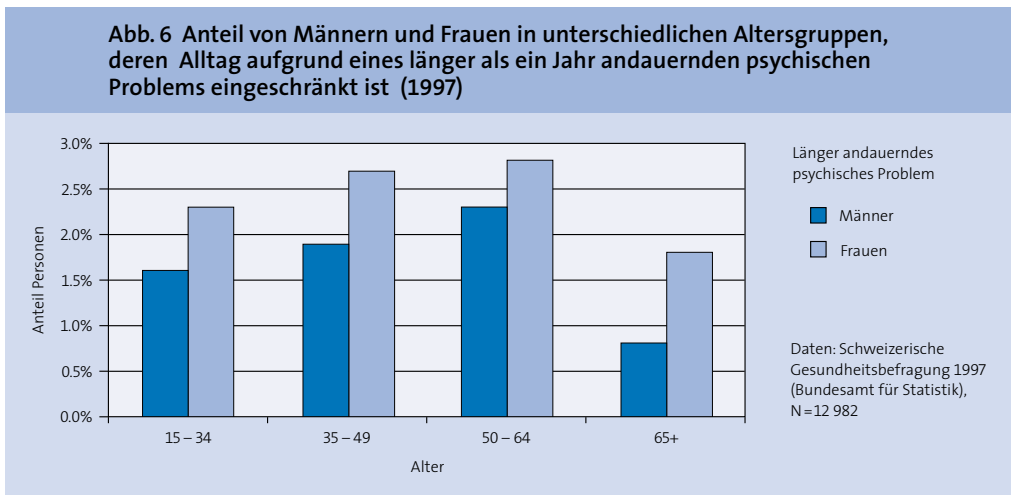
Die in Tabelle 4 aufgeführten körperlichen Beschwerden hängen mit der Häufigkeit psychischer Beschwerden zusammen (Abb. 5). Je mehr psychische Beschwerden, desto häufiger wird auch über körperliche Probleme berichtet. Der Zusammenhang zeigt sich bei beiden Geschlechtern, jedoch weisen Frauen eine höhere Rate an körperlichen Beschwerden auf als Männer.

Von den Männern, die keine psychischen Probleme haben, berichten 10% über körperliche Probleme. Männer mit mindestens drei psychischen Problemen weisen dagegen zu 41% mindestens ein körperliches Problem auf. Analog verhalten sich die Raten bei den Frauen. Lediglich 19% der Frauen ohne psychische Probleme geben körperliche Probleme an, während die Zahl der körperlichen Probleme bei den Frauen mit drei und mehr psychischen Problemen auf 56% ansteigt.



3.3 Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung

Psychische Probleme können sich nicht nur in leichterem, wenig beeinträchtigender Form manifestieren, sie können sich auch zu einem chronischen Leiden entwickeln. In der Schweiz berichten 2,4% der Frauen und 1,7% der Männer von psychischen Problemen, durch die sie sich in ihrem Alltagsleben beeinträchtigt fühlen und die schon länger als ein Jahr andauern. Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung nehmen bei Männern und Frauen bis zum 65. Lebensjahr zu, danach treten sie seltener auf (Abb. 6).



3.4 Behandelte psychische Probleme

Rund 3% der Schweizer Männer und 5% der Schweizer Frauen sind wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung.⁴ Bei den Männern ist die Altersgruppe der 15- bis 34-jährigen mit rund 4% besonders häufig in Behandlung, bei den Frauen trifft dies für die 35- bis 49-jährigen zu (Abb. 7). Bei beiden Geschlechtern sinkt der Anteil der zu Behandelnden mit zunehmendem Alter.

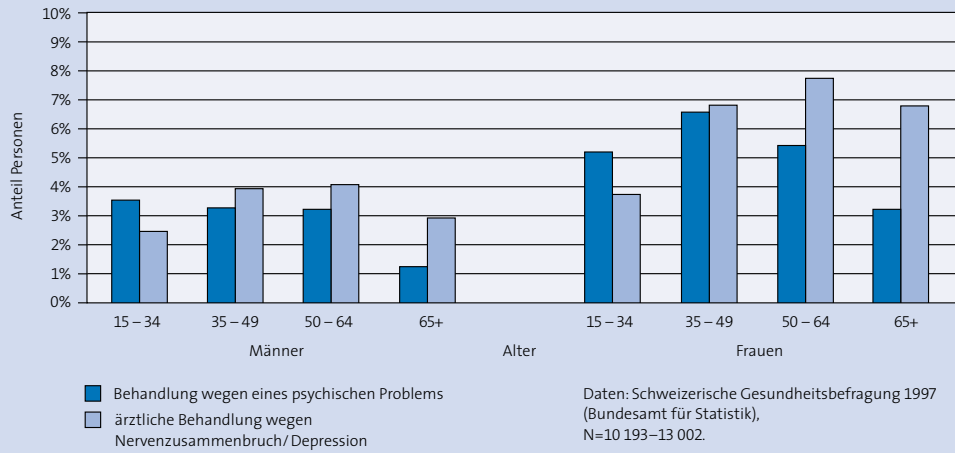
3% der Männer und 6% der Frauen geben an, wegen eines «Nervenzusammenbruchs» oder einer «Depression»⁵ in Behandlung gewesen zu sein. Frauen weisen in allen Altersgruppen die höheren Anteile in Bezug auf eine Behandlung auf als Männer. Auffallend ist der hohe Anteil von fast 7% bei den über 65-jährigen Frauen.

⁴ Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, telefonische Befragung: «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen eines psychischen Problems?», N=13 002.

⁵ Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, schriftliche Befragung: «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten, oder sind Sie zurzeit in Behandlung?» – Antwortvorgabe: «Nervenzusammenbruch, Depression», N=10 193.



Abb. 7 Anteile von Männern und Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen, die im Zeitraum eines Jahres wegen eines psychischen Problems oder eines «Nervenzusammenbruchs»/einer «Depression» bei einer Fachperson in Behandlung waren (1997)



Zusammenhang zwischen Kompetenz zur Lebensbewältigung und psychischen Problemen

Die Behandlung wegen psychischer Probleme stehen in einem Zusammenhang mit der Überzeugung, das eigene Leben bewältigen zu können (Kontrollüberzeugung). Rund 7% der Männer mit geringer Kontrollüberzeugung sind wegen eines psychischen Problems in Behandlung, aber nur knapp 1% der Männer mit hoher Kompetenz zur Lebensbewältigung (Tabelle 5). Ein ähnliches Bild zeigt sich für Frauen: Hier sind 11% mit geringer Kontrollüberzeugung, aber nur 1% mit hoher Kompetenz zur Lebensbewältigung wegen eines psychischen Problems in Behandlung.

Tab. 5 Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung und Behandlung wegen eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten bei Schweizer Männern und Frauen (1997)

	Behandlung wegen eines psychischen Problems			
	Männer		Frauen	
	ja	nein	ja	nein
Tiefes Kontrollniveau	7.3%	92.7%	11.3%	88.7%
Mittleres Kontrollniveau	1.2%	98.8%	3.1%	96.9%
Hohes Kontrollniveau	0.7%	99.3%	1.1%	98.9%
N = Anzahl Personen	129	4448	326	5182

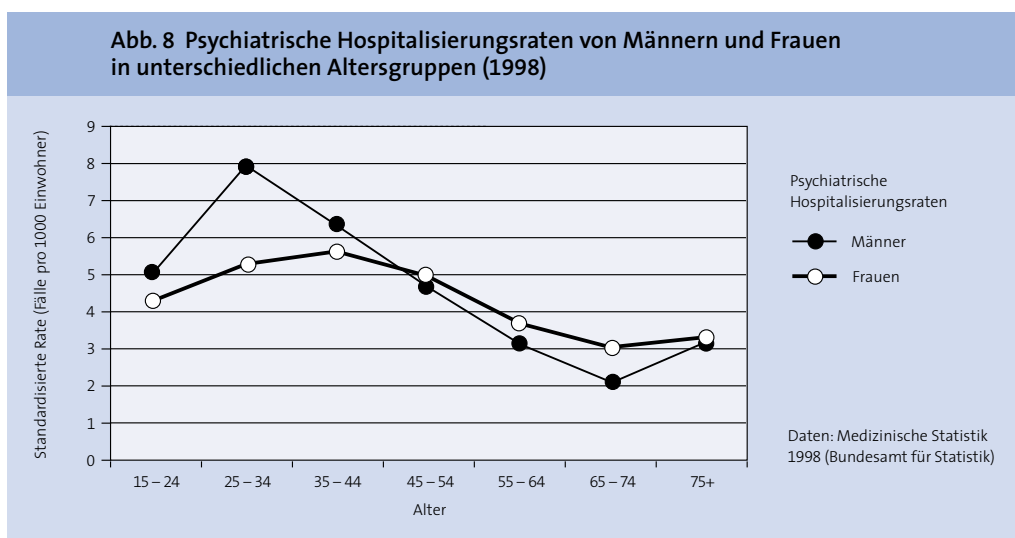
Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik), telefonische Befragung

3.5 Behandlungen in psychiatrischen Kliniken

Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen

Psychische Probleme können einen Aufenthalt in einer Klinik erfordern.⁶ Die psychiatrischen Kliniken der Schweiz verzeichneten 1998 insgesamt 28 127 neue Eintritte.⁷ Dies entspricht einer Rate von rund fünf Einweisungen pro 1000 Einwohner.⁸

In Bezug auf die Hospitalisierungen zeigen sich grosse Unterschiede sowohl zwischen den Altersgruppen als auch zwischen Männern und Frauen (Abb. 8). Die meisten Behandlungen erfolgen bei den Männern im Alter zwischen 25 und 34 Jahren (8 Fälle pro 1000 Einwohner) und bei den Frauen im Alter zwischen 35 bis 44 Jahren (5 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen). Bei beiden Geschlechtern sinkt mit zunehmendem Alter das Risiko für die Einweisung in eine psychiatrische Klinik. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen erreicht die Einweisungsrate den Tiefstwert mit rund 2 Fällen pro 1000 Einwohner und 3 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen.



Häufigkeit der Diagnosen

Männer und Frauen unterscheiden sich in Bezug auf die Diagnosen, die bei der Klinikeinweisung gestellt werden (Tabelle 6). Bei den Männern sind die vier häufigsten Diagnosen Drogenmissbrauch, Alkoholmissbrauch, Schizophrenie und schwere Depression. Bei Frauen steht die schwere Depression an erster Stelle, gefolgt von Alkoholmissbrauch, Schizophrenie und neurotischen Störungen.

Auch die verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen sind alters- und geschlechtsabhängig verteilt. Schizophrenien werden besonders häufig bei jüngeren

⁶ Angaben zu stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken sind der medizinischen Statistik 1998 zu entnehmen. Es werden nachfolgend nur Behandlungen berücksichtigt, die im Jahre 1998 neu erfolgt sind und eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose haben (gemäss ICD-10, Kapitel 5, Kategorie F).

⁷ Bei den insgesamt 32 007 Behandlungen handelt es sich um 30 388 Neueintritte (95%). Für 28 127 (93%) wird eine gültige Diagnose aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen gestellt. Auf der Basis dieser Grundgesamtheit erfolgen die weiteren Angaben. Dabei ist zu beachten, dass die tatsächliche Inzidenzrate der psychiatrischen Behandlungen um den Faktor 1.3 höher liegen dürfte.

⁸ Die dargestellten Raten wurden nach der Methode der «direkten Standardisierung» standardisiert (Frijis & Sellers, 1999). Zunächst wurden aufgrund der Bevölkerungsdaten des Jahres 1998 für die sieben Landesregionen 5-Jahres-Altersgruppen (von 15 Jahren bis 75 und mehr Jahren) ausgewählt und alters- und geschlechtsspezifische Hospitalisierungsraten berechnet. Die standardisierte Rate einer Region ergibt sich aus der Summe der gewichteten alters- und geschlechtsspezifischen Raten. Die Gewichte der Raten werden aus einer «Standardpopulation» bezogen, die über mehrere Nationen vergleichbar ist. Für die vorliegende Analyse wurde die Bevölkerung Westeuropas im Jahre 2000 verwendet, die so genannte Region «Euro A». Sie diente auch als Standardbevölkerung für den Weltgesundheitsreport 2001 der WHO (WHO, 2001). Bei der Darstellung von nach Alter und Geschlecht differenzierten Raten wurde jeweils nur innerhalb der 10-Jahres-Altersgruppen nach dem oben beschriebenen Verfahren gewichtet.



Tab. 6 Psychiatrische Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen bei unterschiedlichen Diagnosen (1998)

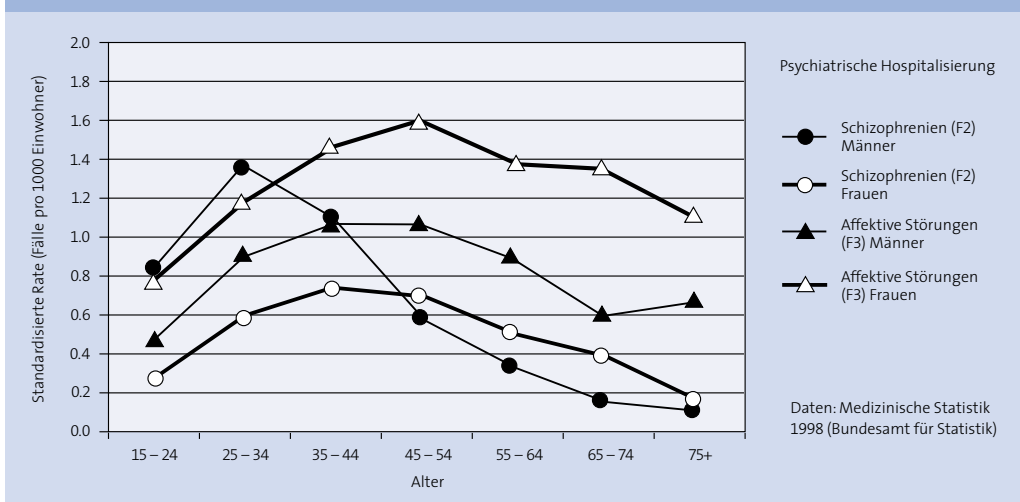
Psychiatrische Diagnosen (nach ICD-10 der WHO)	Männer	Frauen
Psychoorganische Störungen, Demenzen (ICD: F0)	0.09	0.05
Alkoholmissbrauch (ICD: F10)	0.74	0.42
Drogenmissbrauch (ICD: F11-F19)	0.85	0.37
Schizophrenie (ICD: F20)	0.59	0.41
Andere schizophrene Störungen (ICD: F21-F29)	0.32	0.39
Manisch-bipolare Störungen (ICD: F30-F31)	0.16	0.19
Major-Depression und andere (ICD: F32, F33, F34-39)	0.46	0.75
Neurotische Störungen und Belastungsstörungen (ICD: F4)	0.34	0.41
Persönlichkeitsstörungen (ICD: F6)	0.17	0.23
Andere (ICD: F5, F7-F9)	0.07	0.13

Hinweis: Die Zahlen bezeichnen standardisierte Raten, d. h. Fälle pro 1000 Einwohner.
 Daten: Medizinische Statistik 1998 (Bundesamt für Statistik)

Männern zwischen 15 und 44 Jahren diagnostiziert (Abb. 9). Mit zunehmendem Alter sinkt die Schizophrenierate der Männer und unterscheidet sich von derjenigen der Frauen nur noch geringfügig.

Affekterkrankungen (d. h. manisch-bipolare Störungen, Major-Depression und andere affektive Störungen zusammen, Tabelle 6) treten in allen Altersgruppen häufiger bei Frauen auf. Bei beiden Geschlechtern kommt es im mittleren Alter, d. h. zwischen 35 und 54 Jahren, zu den häufigsten Klinikaufenthalten aufgrund dieser Erkrankung.

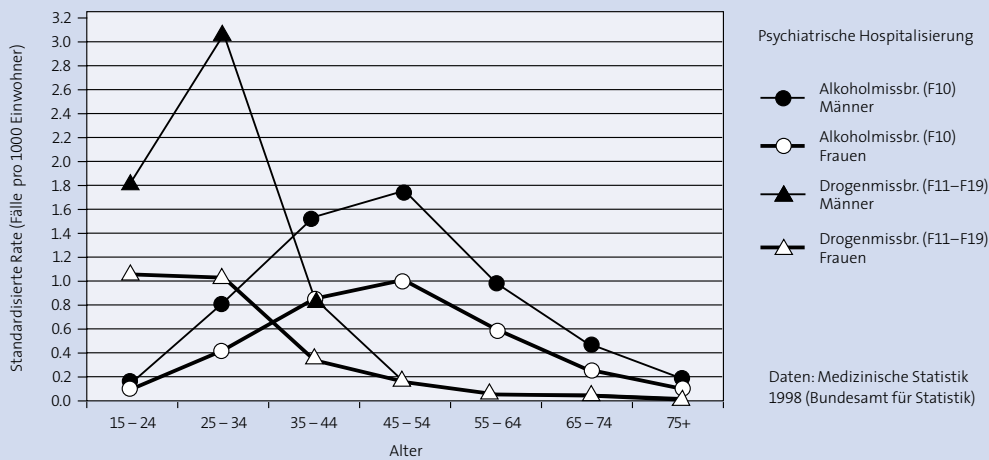
Abb. 9 Psychiatrische Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen, die aufgrund einer Schizophrenie oder einer affektiven Störung behandelt werden (1998) (F2 und F3 beziehen sich auf die Internationale Klassifikation der Krankheiten)



Die Häufung von stationären psychiatrischen Behandlungen bei den 25- bis 34-jährigen Männern lässt sich somit zum einen durch die Häufigkeit diagnostizierter Schizophrenien erklären (Abb. 9), zum anderen durch Klinikaufenthalte wegen Drogenmissbrauchs (Abb. 10).

Bei diesen jungen Männern führt Drogenmissbrauch in ca. 3 Fällen pro 1000 Einwohner zu einer stationären Einweisung, während dies bei Frauen der gleichen Altersgruppe nur in einem Fall pro 1000 Einwohnerinnen zutrifft. Männer werden

Abb. 10 Psychiatrische Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen aufgrund Drogen- oder Alkoholmissbrauchs (1998) (F10, F11 und F19 beziehen sich auf die Internationale Klassifikation der Krankheiten)

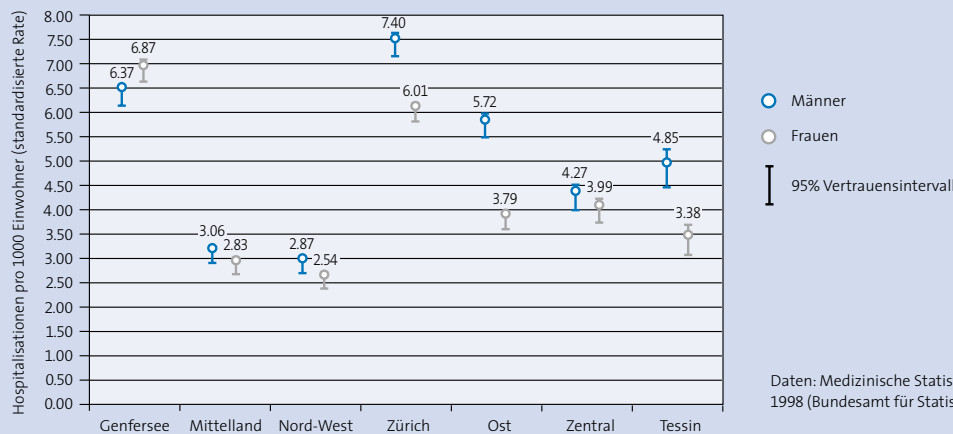


auch wegen Alkoholmissbrauchs psychiatrisch häufiger behandelt als Frauen. Für beide Geschlechter gilt jedoch, dass Alkoholmissbrauch eine Erkrankung des mittleren Alters (35-54 Jahre) ist.

Unterschiede zwischen den Landesregionen

Es bestehen deutliche regionale Unterschiede bei den psychiatrischen Hospitalisierungsraten.⁹ Die männliche Bevölkerung weist die höchsten Hospitalisierungsraten in den Landesregionen Zürich (7.4 pro 1000 Einwohner), Genfersee (6.4) und Ostschweiz (5.7) auf (Abb. 11). Bei den Frauen zeigen sich die höchsten Hospitalisierungsraten in den Regionen Genfersee (6.9) und Zürich (6.0). Die niedrigsten Hospitalisierungsraten weisen – sowohl für Männer wie für Frauen – die Nordwestschweiz und das Mittelland mit jeweils 3 Fällen pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen auf.

Abb. 11 Psychiatrische Hospitalisierungsraten nach Regionen und Geschlecht (1998)



⁹ Für den Vergleich der Hospitalisierungsraten der sieben Grossregionen der Schweiz gemäss Bundesamt für Statistik wurde das 95%-Vertrauensintervall (Hays & Winkler, 1970) der Rate einer bestimmten Region berechnet. Das Vertrauensintervall gibt an, in welchem Bereich mit 95%-Sicherheit die wahre Rate einer bestimmten Region liegt.



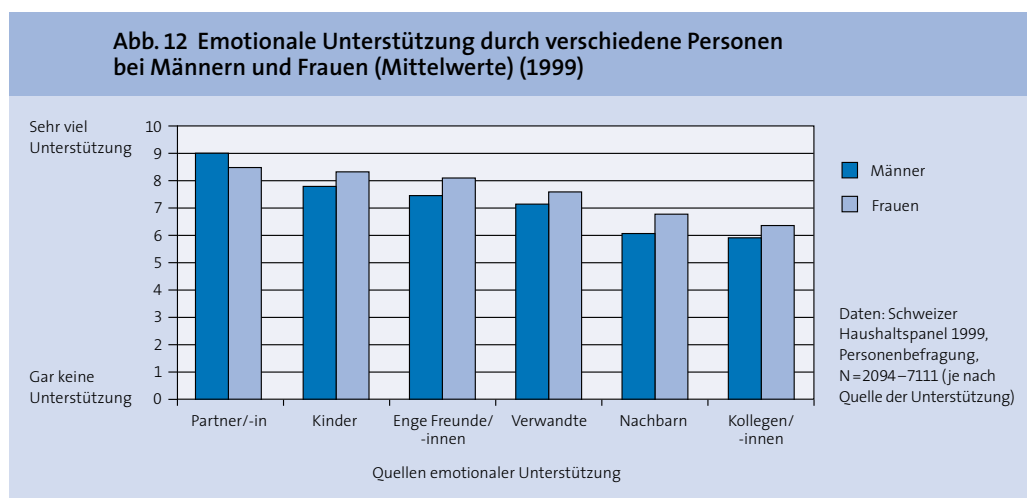
4. Voraussetzungen psychischer Gesundheit

4.1 Soziale Unterstützung

Menschen, die sich anvertrauen können und Verständnis und Mitgefühl erhalten, sind besser in der Lage Krisen, Belastungen oder Krankheiten zu bewältigen. Verschiedene Studien belegen den positiven Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit.¹⁰

Am meisten Unterstützung erhalten die Schweizerinnen und Schweizer vom Partner oder von der Partnerin, ihren älteren Kindern (Alter über 15 Jahre) sowie von engen Freunden oder Freundinnen (Abb. 12). Geringer ist die Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen sowie durch Nachbarn.

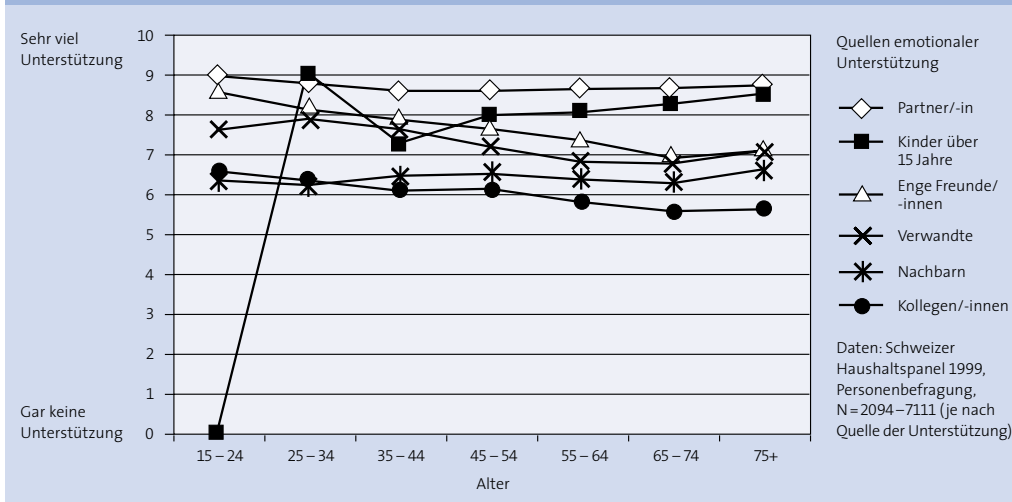
Frauen empfinden insgesamt mehr Unterstützung als Männer. Einzig in der Beziehung zur Partnerin fühlen sich Männer besser unterstützt.



Der Partner oder die Partnerin bleibt über alle Altersgruppen hinweg die wichtigste Quelle emotionaler Unterstützung (Abb. 13). Auch die eigenen Kinder haben eine wichtige unterstützende Funktion. Dagegen nimmt das Ausmass an emotionaler Unterstützung durch enge Freunde und Freundinnen sowie durch Verwandte mit zunehmendem Alter ab.

¹⁰ Soziale Unterstützung kann emotionaler oder instrumenteller Art sein. Emotionale Unterstützung bezieht sich auf die Erfahrung, umsorgt, geliebt und geschätzt zu werden. Dagegen meint instrumentelle Unterstützung das Erhalten von praktischer Hilfe, wie z. B. die Kinder einer Bekannten hüten oder Unterstützung bei der Haushaltsarbeit. Nachfolgend wird nur der Erhalt von emotionaler Unterstützung berücksichtigt, der im Schweizer Haushaltspanel des Jahres 1999 erfasst wurde. Dabei konnten die Befragten auf einer Skala von 0 = «gar keine emotionale Unterstützung» bis 10 = «sehr viel emotionale Unterstützung» angeben, wie viel emotionale Unterstützung sie von Partnerin oder Partner, Kindern, Verwandten, Freunden, Nachbarn oder Kollegen erhalten haben. ◊

Abb. 13 Emotionale Unterstützung durch Personen bei verschiedenen Altersgruppen (Mittelwerte) (1999)



Psychische Probleme und soziale Unterstützung

Frauen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, nehmen insgesamt weniger emotionale Unterstützung in ihren sozialen Beziehungen wahr (Tabelle 7). Dies ist besonders auf die geringere Unterstützung von Frauen mit psychischen Problemen durch die eigenen Kinder zurückzuführen. Bei den Männern zeigt sich insgesamt kein Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und emotionaler Unterstützung.

Tab. 7 Emotionale Unterstützung bei Männern und Frauen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, im Vergleich zu Männern und Frauen, die nicht in Behandlung sind (Mittelwerte) (1999)

	Männer in Behandlung			Frauen in Behandlung		
	ja	nein	N=Anzahl Personen	ja	nein	N=Anzahl Personen
Insgesamt	7.1	7.2	3402	7.3	7.6	4364
Partner/-in	8.4	8.9	2562	8.2	8.5	3165
Kinder über 15 Jahre	6.5	7.8	853	7.5	8.4	1241
Enge Freunde/-innen	7.7	7.5	3073	8.2	8.1	3945
Verwandte	7.0	7.1	3092	7.1	7.6	4019
Nachbarn	5.6	6.0	2178	6.8	6.7	2821
Kollegen/-innen	5.9	5.9	2276	6.4	6.3	2624

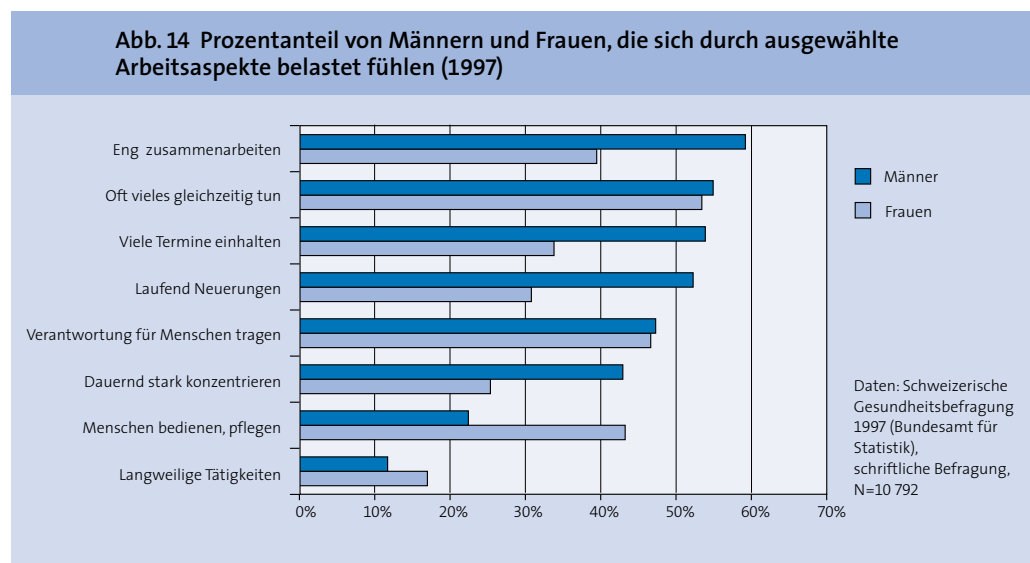
Daten: Schweizer Haushaltspanel 1999, Personenbefragung, Antwortbereich: 0 = gar keine emotionale Unterstützung; 10 = sehr viel emotionale Unterstützung



4.2 Soziale Belastung: Arbeitsstress

Geschlechtsunterschiede

Belastungen am Arbeitsplatz können zu gesundheitlichen Problemen führen. Männer sind bei vier von acht berücksichtigten Aspekten stärker belastet als Frauen (Abb. 14).¹¹ Die häufigste Belastung für Männer stellt das enge Zusammenarbeiten dar, welche etwa 59% der Männer, jedoch nur etwa 39% der Frauen nennen. Männer sind im Vergleich zu Frauen auch häufiger durch die Anforderungen belastet, viele Termine einhalten zu müssen sowie laufend Neuerungen ausgesetzt zu sein. Einzig beim Aspekt, Menschen zu bedienen oder zu pflegen, sind Frauen stärker belastet als Männer (43% gegenüber 22%).



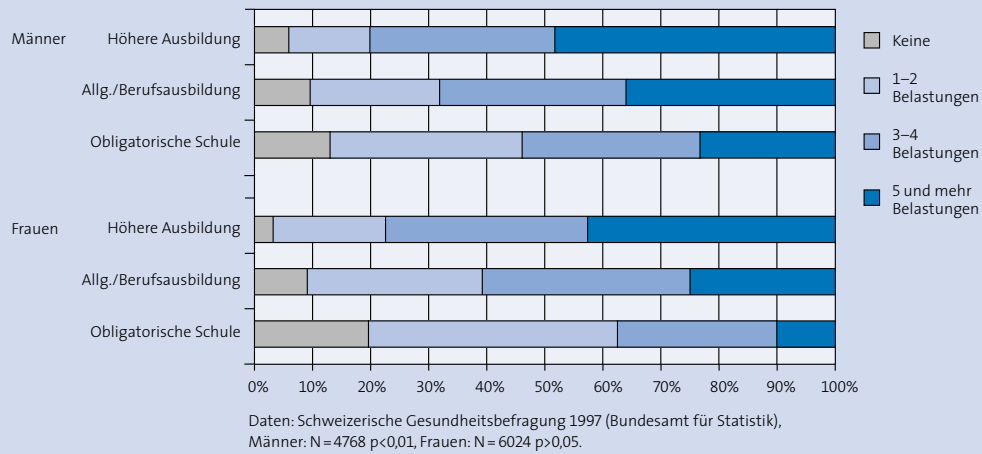
Bildungsstand und Arbeitsbelastung

Deutliche Unterschiede der Arbeitsbelastung zeigen sich auch in Bezug auf den Bildungsabschluss der Befragten. Die Anzahl Belastungen steigt mit zunehmender Bildung sowohl bei Männern wie auch bei Frauen (Abb. 15). Rund 10% der Frauen mit obligatorischem Schulabschluss berichten über fünf und mehr Formen der Arbeitsbelastung, während 43% der Frauen mit höherer Bildung einen derartigen Belastungsumfang angeben.

Während 24% der Männer mit obligatorischer Schulbildung fünf und mehr Belastungen angeben, trifft dies bei 48% der Männer mit höherem Bildungsabschluss zu.

¹¹ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 enthält acht Fragen zu verschiedenen Aspekten der Arbeitstätigkeit. Die Befragten konnten jeweils angeben, ob sie diese als belastend empfinden oder nicht («ja» oder «nein»).

Abb. 15 Summe der Arbeitsbelastungen nach Bildung und Geschlecht (1997)



Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Beschwerden

Bei Männern zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und der Häufigkeit von (leichten) psychischen Beschwerden. Bei Frauen kann dieser Zusammenhang dagegen nicht festgestellt werden (Tabelle 8).

Rund drei Viertel (76%) der Männer ohne Arbeitsbelastungen haben auch keine psychischen Beschwerden. Dagegen sind unter den Männern, die über drei oder mehr verschiedene Arbeitsbelastungen berichten, nur zwei Drittel (65%) frei von psychischen Beschwerden.

Tab. 8 Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Beschwerden nach Geschlecht (1997)

	Psychische Beschwerden	Arbeitsbelastungen			
		Keine	1	2	≥3
Männer	Keine Beschwerden	76.1%	67.4%	69.8%	65.4%
	1 Beschwerde	13.3%	21.2%	18.4%	20.1%
	2 Beschwerden	6.3%	6.1%	6.5%	7.8%
	3 Beschwerden u. m.	4.3%	5.3%	5.4%	6.8%
	Gesamt	100%	100%	100%	100%
Frauen	Keine Beschwerden	64.3%	63.5%	65.4%	63.2%
	1 Beschwerde	18.4%	19.9%	19.5%	18.7%
	2 Beschwerden	9.0%	7.8%	8.3%	8.9%
	3 Beschwerden u. m.	8.3%	8.7%	6.9%	9.2%
	Gesamt	100%	100%	100%	100%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik), telefonische und schriftliche Befragung. Männer: N = 4768 p<0,01, Frauen: N = 6024 p>0,05.



4.3 Kritische Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse können psychische Krankheiten wie etwa eine Depression auslösen. Ein kritisches Lebensereignis kann beispielsweise der Verlust einer vertrauten Person, der Verlust des Arbeitsplatzes oder ein Unfall sein. Aber auch positive Ereignisse, wie etwa die Geburt eines Kindes, werden als <kritisch> bezeichnet. Auch sie können bedeutsame Konsequenzen für die Lebensgestaltung einer Person haben.

Insgesamt 10 verschiedene solcher einschneidenden Lebensereignisse wurden im Schweizer Haushaltspanel des Jahres 2000 erfasst. Insgesamt waren rund 51% der Männer und 55% der Frauen von mindestens einem Lebensereignis in den letzten eineinhalb Jahren betroffen (Tabelle 9).

Jüngere Personen berichten über mehr einschneidende Lebensereignisse als Ältere: So nennen die 15- bis 34-jährigen Männer und Frauen zu 55% bzw. 59% mindestens ein kritisches Lebensereignis. Die über 65-Jährigen berichten noch zu rund 43% bzw. 52% von einem entsprechenden Ereignis.

Tab. 9 Belastung durch kritische Lebensereignisse in den letzten 1½ Jahren (2000)

	Männer				Frauen			
	15-34	35-49	50-64	65+	15-34	35-49	50-64	65+
Kein Ereignis	45.1%	50.4%	49.0%	56.6%	40.9%	44.4%	48.4%	47.8%
1 Ereignis	32.1%	28.5%	32.4%	29.0%	30.7%	30.8%	28.6%	32.3%
2 Ereignisse	15.0%	15.2%	13.9%	11.6%	17.4%	15.7%	14.9%	14.7%
3 u. m. Ereignisse	7.8%	6.0%	4.8%	2.8%	10.9%	9.1%	8.1%	5.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
N = Anzahl Personen	1009	1031	687	382	1165	1298	901	488

Daten: Schweizer Haushaltspanel 2000. Summenindex aus 10 Ereignissen: Krankheit oder Unfall eigene Person, Krankheit oder Unfall nahe stehende Person, Tod nahe stehende Person, Trennung enge Beziehung, Konflikte mit nahe stehender Person, Änderung Zivilstand, Wechsel Arbeitgeber, Berufswechsel, Probleme mit eigenen Kindern. Die Ereignisse beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 18 Monate (1999–2000).

Frauen erlebten am häufigsten, dass eine ihnen nahe stehende Person (schwerer) erkrankte oder einen Unfall hatte. Ein ebenfalls für beide Geschlechter relativ häufig erlebtes, kritisches Lebensereignis stellt der Tod einer nahestehenden Person dar. Weiter waren je 12% der Frauen und Männer selber von Krankheit oder Unfall betroffen. Rund 11% der Frauen und 9% der Männer wechselten überdies den Arbeitgeber. Schliesslich berichteten 11% der Frauen und 7% der Männer, dass sie Probleme mit ihren Kindern hatten (Tabelle 10).

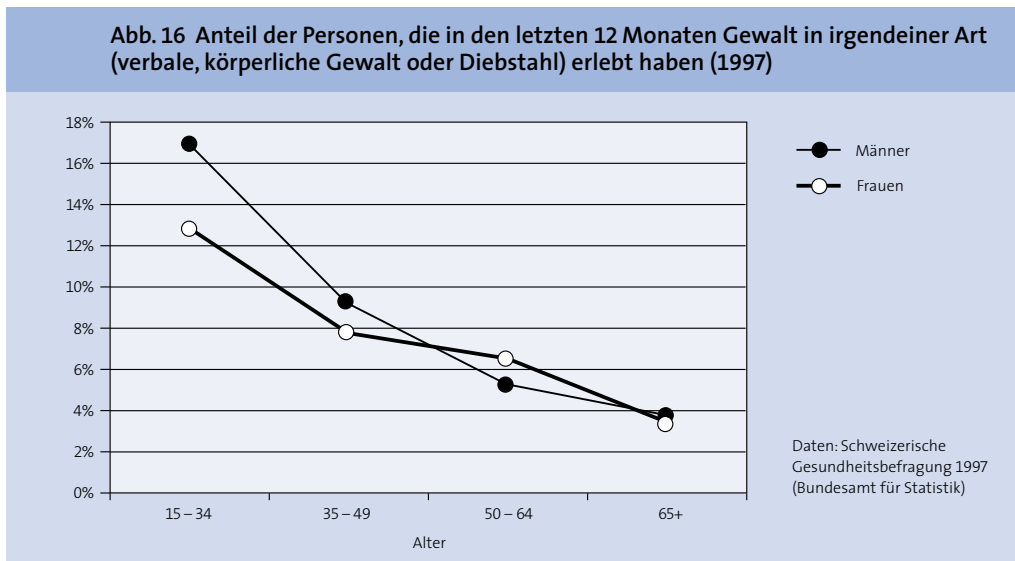
Tab. 10 Die 5 häufigsten kritischen Lebensereignisse nach Geschlecht (2000)

	Männer	Frauen	N = Anzahl Personen
Krankheit, Unfall eigene Person	11.7%	11.6%	7075
Krankheit, Unfall nahe stehende Person	16.4%	21.5%	7073
Tod nahe stehende Person	19.0%	20.3%	7072
Wechsel Arbeitgeber	9.2%	11.1%	4745
Probleme mit eigenen Kindern	6.8%	10.7%	4136

Daten: Schweizer Haushaltspanel 2000, Personenbefragung. Die Ereignisse beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 18 Monate (1999–2000).

4.4 Gewalt- und Opfererfahrungen

Ein weiterer Belastungsbereich sind Opfererfahrungen durch Gewaltdelikte. Jüngere Personen sind mit Abstand am häufigsten von Gewalt in irgendeiner Art betroffen (Abb. 16). Rund 17% der 15- bis 34-jährigen Männer sowie 13% der Frauen gleichen Alters gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten Opfer von verbaler oder physischer Gewalt wurden oder ihnen etwas gestohlen wurde.¹² Im weiteren Altersverlauf sinken die Opferraten kontinuierlich bis auf rund 4% für die über 65-jährigen Männer und Frauen. Mit zunehmendem Alter verringern sich auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.



Rund 5% der Personen wurden mit Worten bedroht, und 1,5% erlitten körperliche Gewalt (Tabelle 11). Männer sind häufiger von körperlicher Gewalt betroffen als Frauen (2% gegenüber 1%). Ausserdem wurden 1,5% der Männer und 1,4% der Frauen beraubt oder sie erlebten einen Einbruch. Insgesamt gesehen machten rund 9% der Männer und 7% der Frauen Opfererfahrungen aufgrund verbaler oder physischer Gewalt, Raub oder Einbruch.

Tab. 11 Opfer von verschiedenen Gewaltformen insgesamt und nach Geschlecht (1997)

	Gewalt nur mit Worten			Körperliche Gewalt allgemein			Raub oder Einbruch		
	Gesamt	Geschlecht		Gesamt	Geschlecht		Gesamt	Geschlecht	
		Männer	Frauen		Männer	Frauen		Männer	Frauen
ja	5.0%	5.6%	4.4%	1.5%	2.0%	1.0%	1.4%	1.5%	1.4%
nein	95.0%	94.4%	95.6%	98.5%	98.0%	99.0%	98.6%	98.5%	98.6%
N = Anzahl Personen	12 998	5 758	7 240	12 998	5 758	7 240	12 998	5 758	7 240

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik), telefonische Befragung

¹² Diese Frage schloss auch Diebstahl mit ein, was eigentlich ein Eigentumsdelikt darstellt. Für eine differenziertere Analyse und valide Aussage nach Geschlecht und Alter, die Diebstahl ausklammert, liegen zu wenig Fälle vor.

5. Krankheitsfolgen

5.1 Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit

Eine psychische Erkrankung kann die betroffene Person in verschiedenen Lebensbereichen behindern. Von besonderer Tragweite sind die Beeinträchtigung der Lebensqualität und die Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit.¹³

Bedeutung des Alters

Insgesamt berichten Frauen und Männer über eine hohe Lebenszufriedenheit in allen untersuchten Lebensbereichen. Wird die Zufriedenheit mit den verschiedenen Lebensaspekten in unterschiedlichen Altersgruppen betrachtet, so zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Zufriedenheit mit der Gesundheit abnimmt (Tabelle 12). Dagegen sind ältere Menschen deutlich zufriedener mit ihrer finanziellen Situation, dem Lebensstandard, der Wohnsituation und der Freizeit als jüngere Menschen. Unwesentlich sind die Unterschiede in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Zusammenleben.

Tab. 12 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensaspekten nach Alter (1999)

	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75+
Gesundheit	8.6	8.4	8.2	8.0	7.7	7.7	7.4
Finanzen	6.8	6.7	7.1	7.4	7.7	7.8	7.9
Zusammenleben	8.4	8.4	8.5	8.6	8.7	8.6	8.5
Freizeitaktivitäten	8.1	7.5	7.7	7.8	8.4	8.9	8.9
Lebensstandard	7.4	7.8	7.9	8.1	8.2	8.5	8.5
Wohnen	7.6	8.0	8.3	8.7	8.8	9.0	9.1

Daten: Schweizer Haushaltspanel 1999, Personenbefragung: Zufriedenheit mit Gesundheitszustand, finanzieller Situation, Zusammenleben (alleine oder mit anderen Haushaltsmitgliedern), Freizeitaktivitäten. N=7594–7665. Haushaltsbefragung: Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und mit der Wohnung/dem Haus. N=5053–5060.

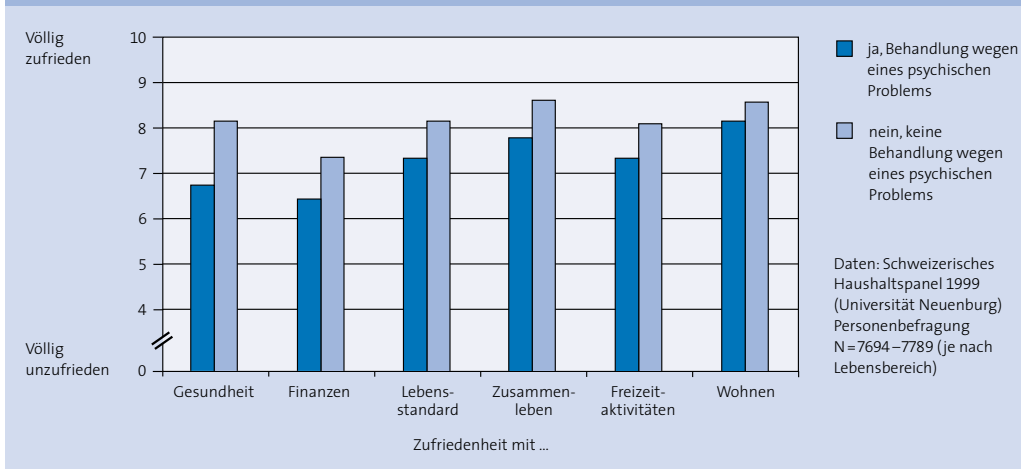
Psychische Probleme und Lebensqualität

Personen, die im letzten Jahr wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, schätzen ihre Lebensqualität etwas negativer ein als Personen ohne behandlungsbedürftiges psychisches Problem (Abb. 17).¹⁴ Menschen in Behandlung sind insbesondere mit ihrer Gesundheit weniger zufrieden (1,5 Punkte Differenz).

¹³ Unter Lebensqualität wird die Zufriedenheit einer Person mit verschiedenen Aspekten der Lebenssituation verstanden.

¹⁴ Die folgenden Befunde beziehen sich auf Daten des Schweizer Haushaltspanels 1999. In der Personenbefragung wurde die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand, der finanziellen Situation, dem Zusammenleben (alleine oder mit anderen Haushaltsmitgliedern) und Freizeitaktivitäten erfasst (N=7694–7789). Die Haushaltsbefragung enthielt Fragen zur Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und mit der Wohnung/dem Haus (N=4016–4020).

Abb. 17 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensaspekten von Personen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, verglichen mit Personen ohne ein solches Problem (Mittelwerte) (1999)



Leistungs- und Arbeitsfähigkeit

Rund ein Sechstel der Schweizer Bevölkerung berichtet über Beeinträchtigungen der eigenen Leistungsfähigkeit in einem Zeitraum von vier Wochen. Ausserdem erklären 10%, sie hätten in den letzten vier Wochen während mindestens eines Tages ihrer Arbeit nicht nachgehen können (Tabelle 13).

Bei den Personen mit schwereren psychischen Problemen (Behandlung im letzten Jahr oder chronisches Problem) ist der Anteil der in Leistung oder Arbeit Beeinträchtigten rund doppelt so hoch. Das heisst: Rund ein Drittel dieser Personen fühlt sich in der eigenen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, und rund ein Fünftel konnte in den letzten vier Wochen teilweise nicht arbeiten.

Männer und Frauen mit grossen psychischen Problemen sind auch häufiger erwerbslos und beziehen vermehrt eine Rente.

Tab. 13 Anteil Personen mit einer Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit durch psychische Probleme (1997)

	Männer			Frauen		
	Gesamt	Behandlung psychisches Problem ¹	Chronisches psychisches Problem ²	Gesamt	Behandlung psychisches Problem ¹	Chronisches psychisches Problem ²
Beeinträchtigung						
• Leistungsfähigkeit ³	15.9%	34.5%	33.1%	18.8%	34.3%	38.0%
• Arbeitsfähigkeit ⁴	10.3%	23.1%	23.0%	10.5%	21.8%	19.0%
Erwerbstätigkeit⁵	88.4%	77.1%	80.7%	65.9%	62.3%	52.9%
Berentung						
• alle Renten	8.7%	24.9%	26.7%	17.1%	32.0%	30.7%
• IV-Rente	2.8%	11.1%	16.8%	2.6%	10.0%	13.7%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik); (N=13 303); gewichtete Prozentwerte

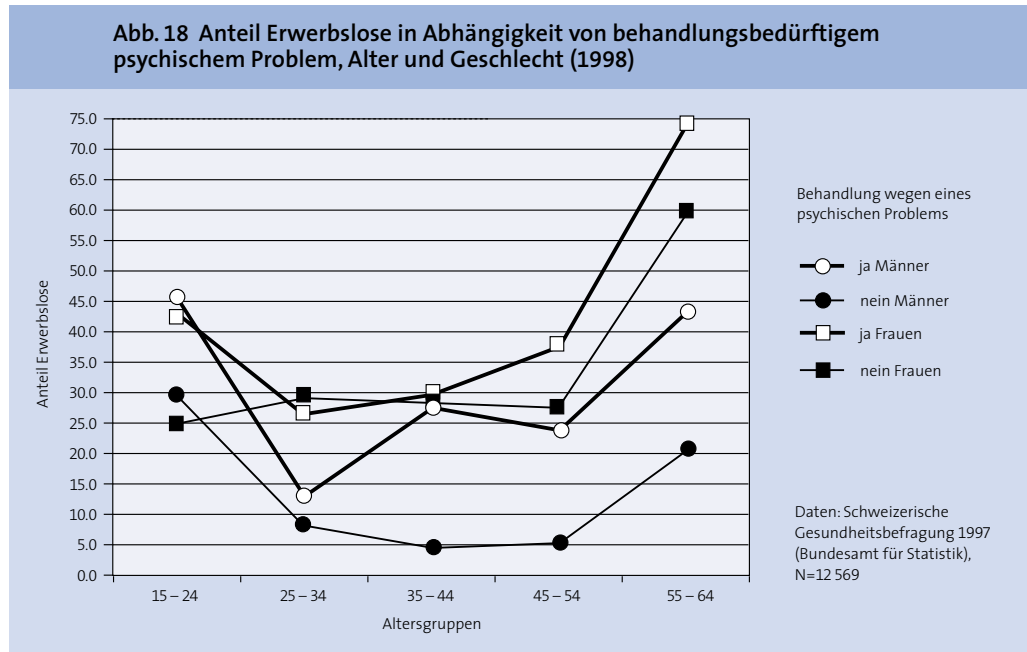
¹ Behandlung wegen eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten
² Psychisches Problem, das länger als 1 Jahr dauert und in den Alltagsaktivitäten einschränkt
³ eingeschränkt einsatz- und leistungsfähig in den letzten 4 Wochen
⁴ nicht arbeitsfähig in den letzten 4 Wochen
⁵ Bezahlte Arbeit von mindestens 1 Stunde pro Woche



Problemgruppe psychisch belastete Männer

Das Phänomen der Erwerbslosigkeit von Menschen mit psychischen Störungen zeigt sich besonders deutlich bei Männern im Alter von 35 bis 54 Jahren (Abb. 18). In dieser Altersgruppe geben rund 25 bis 30% der Männer mit einem behandlungsbedürftigen psychischen Problem an, nicht erwerbstätig zu sein, während eine solche Angabe im Allgemeinen nur für rund 5% der 35- bis 54-jährigen Männer zutrifft.

Bei den Frauen ist die Erwerbslosigkeitsquote bei den 35- bis 54-jährigen im Allgemeinen wesentlich höher (rund 30%). Frauen mit einem behandlungsbedürftigen Problem sind kaum häufiger erwerbslos.

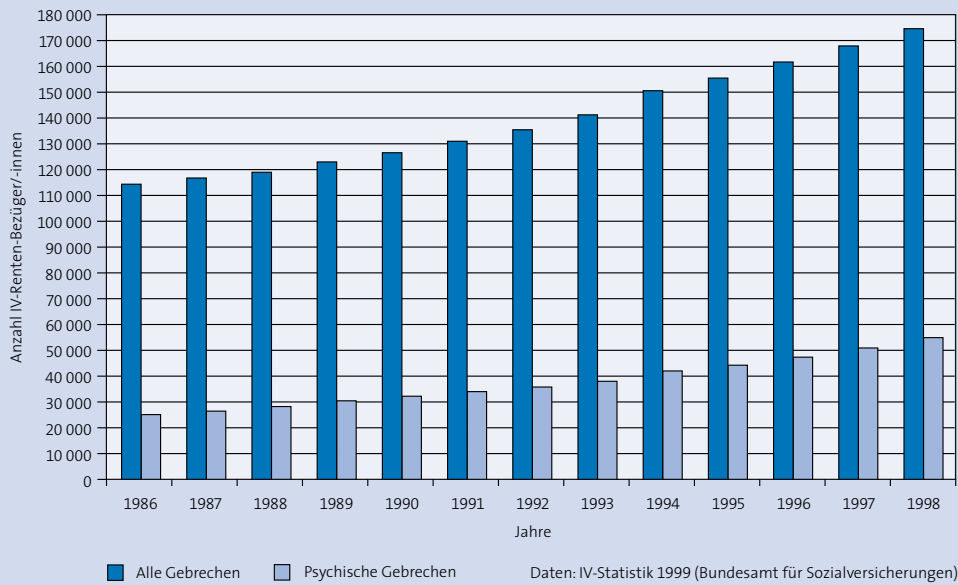


5.2 Berentungen

Im Zeitraum von 1986 bis 1998 hat sich die Gesamtzahl der Bezüger und Bezügerinnen einer Invalidenrente von rund 117 000 auf 180 000 erhöht¹⁵, was einer Zunahme um 35% entspricht (Abb. 19). Der Zuwachs bei den Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen mit einem psychischen Gebrechen war in diesem Zeitraum noch stärker. Er stieg von 25 701 auf 55 749 Personen und damit auf 31% der Gesamtzahl der Rentner und Rentnerinnen.

¹⁵ Gemäss IV-Statistik 1999, Bundesamt für Sozialversicherungen

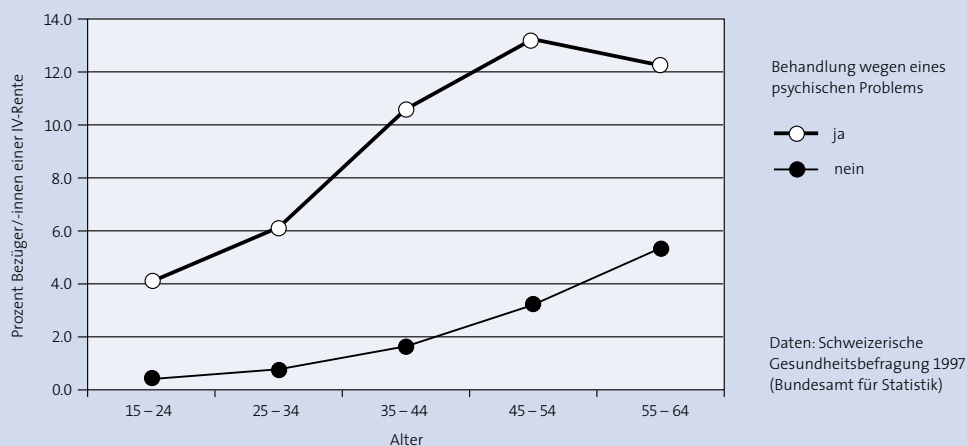
Abb. 19 Zahl der IV-Rentner/-innen in der Schweiz 1986–1998: Alle Renten und Renten aufgrund psychischer Gebrechen (1999)



Psychische Probleme und Berentung

Personen, die im letzten Jahr wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, beziehen wesentlich häufiger eine IV-Rente als Personen ohne ein behandlungsbedürftiges psychisches Problem. Zum Beispiel beziehen jüngere Menschen (15 bis 34 Jahre), die in Behandlung wegen eines psychischen Problems sind, rund acht- bis zehnmals häufiger eine IV-Rente (Abb. 20).

Abb. 20 Anteil der Personen mit IV-Renten-Bezug in verschiedenen Altersgruppen, dargestellt für die Gruppe ohne und mit Behandlung wegen eines psychischen Problems (1997)



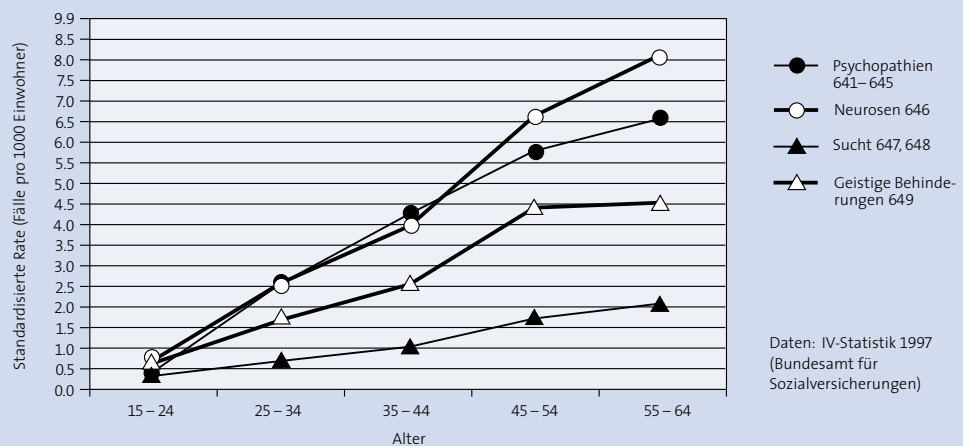
Häufigkeit von IV-Renten aufgrund psychischer Gebrechen

Das Kapitel XXVI ‹Psychosen, Neurosen- und Persönlichkeitsstörungen› der IV-Statistik differenziert zwischen verschiedenen psychischen Störungen. Diese wurden wie folgt in vier Gruppen zusammengefasst¹⁶.

- schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen (IV-Codizes 641–645)
- neurotische Störungen und andere als ‹psychogen› oder ‹milieureaktiv› bezeichnete Leiden (IV-Code 646)
- Abhängigkeitsstörungen (Alkoholismus und andere Süchte, IV-Codizes 647, 648)
- geistige Behinderungen und andere kognitive Beeinträchtigungen (IV-Code 649).

Im Jahre 1997 erhielten insgesamt 18 606 Personen eine IV-Rente aufgrund einer schweren psychischen Krankheit, 20 630 aufgrund einer neurotischen Störung, 4 409 Personen aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung und 4 825 Personen wegen einer psychoorganischen Störung. Zusammen sind dies 28% aller IV-Renter/-innen des Jahres 1997 (N=1 73 229).

Abb. 21 Rate der IV-Rentner und -Rentnerinnen mit psychischen Gebrechen in verschiedenen Altersgruppen. (1997) (Die Zahlen hinter den psychischen Gebrechen beziehen sich auf Codizes der Invalidenversicherung.)



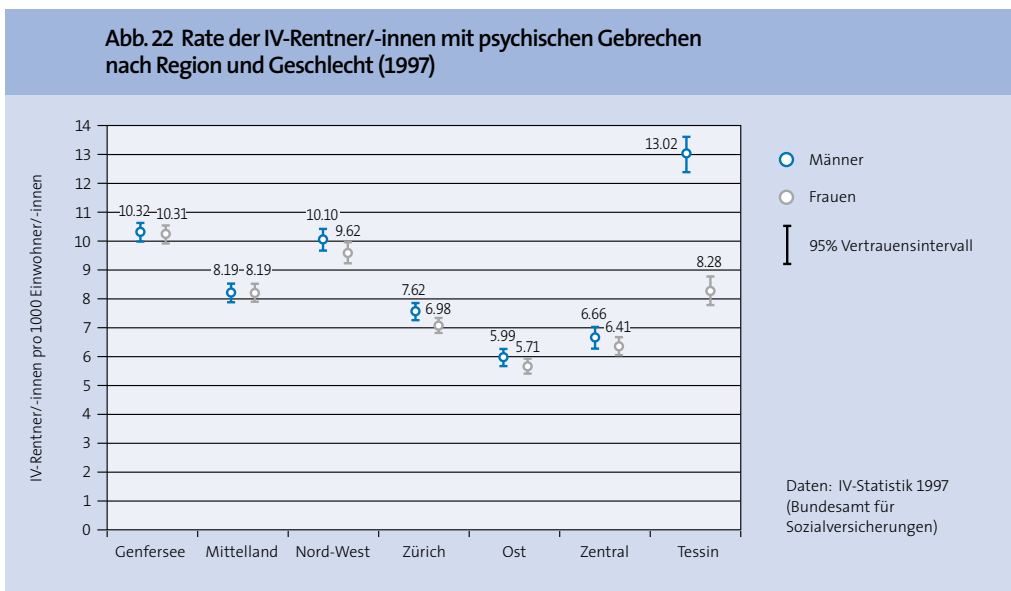
Bezogen auf die Gesamtbevölkerung besagen diese Zahlen, dass 4.3 Personen auf 1000 Einwohner und Einwohnerinnen wegen neurotischer Störungen eine IV-Rente erhalten haben. Weiter sind 3.8 Personen pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen wegen einer schweren psychischen Erkrankung berentet worden, 2.8/1000 Personen aufgrund einer psychoorganischen Störung und rund 1 Person pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen wegen einer Abhängigkeitserkrankung. Die Rate der Personen, die aus psychischen Gründen eine IV-Rente beziehen, ist stark altersabhängig (Abb. 21): Zum Beispiel steigt sie bei den neurotischen Störungen von weniger als 1 Person pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen bei den 15- bis 24-jährigen auf über 8 von 1000 Personen bei den 55- bis 64-jährigen.

¹⁶ Die von der IV verwendete Klassifikation ist nicht vergleichbar mit den Kategorien anerkannter psychiatrischer Diagnostik wie des ICD-10 (Kapitel V) (WHO/Dilling, Mombour, Schmidt, 1994) oder des DSM-IV (Sass et al., 1998).

Werden schwere psychische Krankheiten und neurotische Störungen als psychische Ursachen von Invalidität zusammen betrachtet, so zeigt sich, dass rund 8 von 1000 Personen eine IV-Rente aufgrund psychischer Probleme beziehen. In den meisten Altersgruppen werden Männer und Frauen nahezu gleich häufig berentet (durchschnittlich 8.3 berentete Männer pro 1000 Einwohner und 7.9 Frauen pro 1000 Einwohner). Eine Ausnahme ist der auffällig starke Anstieg der Rate bei den Männern im Alter von 55 bis 64 Jahren (16.9), während die Rate der Renten bei den Frauen gleichen Alters erstmals sinkt (12.7). Die besonders ausgeprägte altersabhängige Rentenzunahme bei den Männern zeigt sich allerdings nicht nur bei den psychischen Invaliditätsursachen, sondern auch bei der Gesamtzahl aller IV-Renten (BSV, 2001).

Unterschiede der IV-Renten-Rate zwischen den Landesregionen

Es zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede in der Rate der Personen, die eine IV-Rente aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung oder einer neurotischen Störung beziehen (Abb. 22).



Die höchste Rate findet sich im Tessin (10.6/1000 Einwohner und Einwohnerinnen), in der Region Genfersee (10.3) und in der Nordwestschweiz (9.9/1000). Tiefe Raten weisen die Ost- (5.8/1000) und Zentralschweiz (6.5/1000) auf. Auffällig ist die sehr hohe IV-Renten-Rate bei den Tessiner Männern (13.0/1000); das Tessin ist die einzige Landesregion, in der Männer gesamthaft wesentlich häufiger als Frauen berentet sind.



5.3 Selbsttötungen

Männer begehen wesentlich häufiger Suizid als Frauen. Im Jahre 1998 haben sich in der Schweiz 1009 Männer und 362 Frauen das Leben genommen, was 36 Selbsttötungen auf 100 000 Männer und 12 Selbsttötungen auf 100 000 Frauen entspricht. Die Zahl der Suizidversuche muss als wesentlich höher veranschlagt werden. Geschätzt werden 8000 bis 15 000 Suizidversuche pro Jahr.

Im internationalen Vergleich rangiert die Schweiz mit ihrer Suizidrate an vorderer Stelle, nämlich auf Platz 14 von über 100 untersuchten Ländern (Tabelle 14).

**Tab. 14 Suizide pro 100 000 Einwohner:
Rangreihe ausgewählter Länder (1994–1999)**

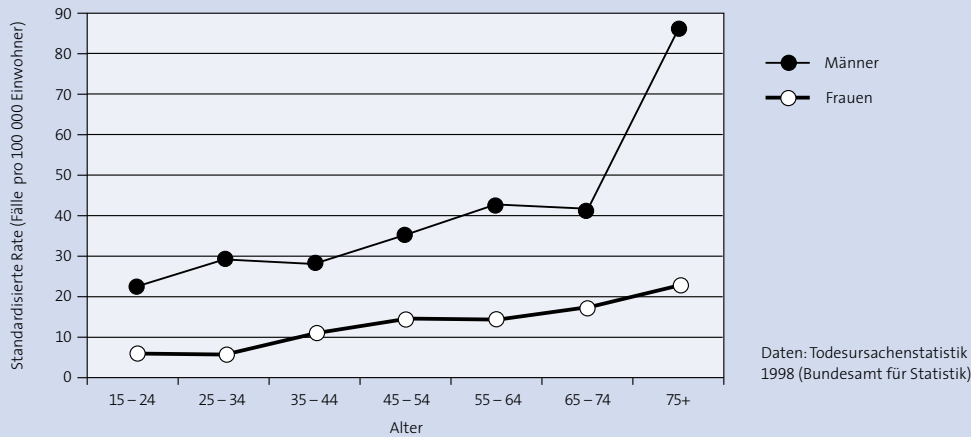
Land	Männer	Frauen
Litauen	75.6	16.1
Russland	62.6	11.6
Österreich	29.3	10.4
Schweiz	29.2	11.6
Frankreich	27.1	9.2
Deutschland	20.2	7.3
Schweden	20.1	7.8
USA	18.6	4.4
China (ohne Taiwan)	13.4	14.8
Niederlande	13.0	6.3
Spanien	13.0	3.7
Italien	12.3	3.6
Grossbritannien	11.8	3.3
Portugal	8.5	2.0
Albanien	6.3	3.6

Daten: WHO 2002 (http://www.who.int/health_topics/suicide/en/)

Die Suizidrate ist vom Alter abhängig (Abb. 23). Bei jungen Frauen (15- bis 34-jährige) kommt es zu 6 Selbsttötungen auf 100 000 Einwohnerinnen. Bei den Frauen im höheren Alter (75 Jahre und mehr) werden dagegen rund 22 Suizide auf 100 000 registriert.

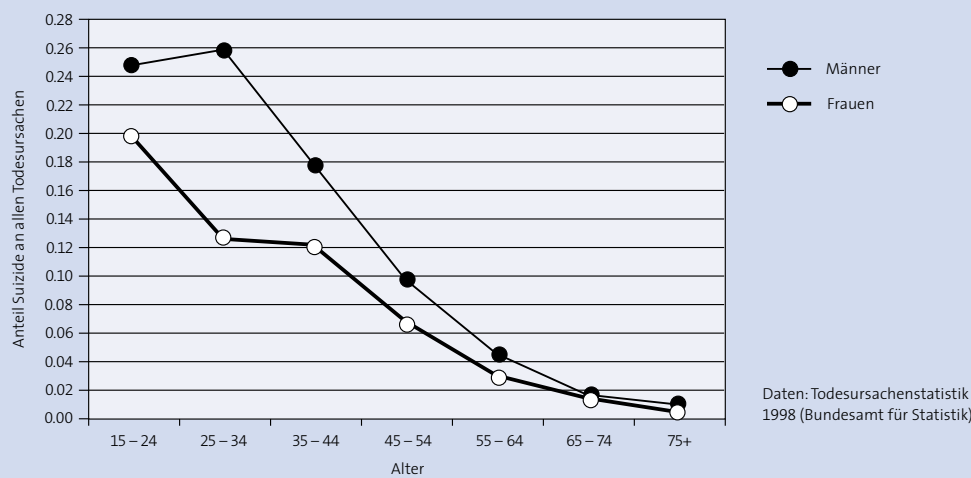
Bei den Männern lässt sich ebenfalls mit zunehmendem Alter ein stetiger Anstieg der Suizide beobachten. Auffällig ist besonders die markante Zunahme der Selbsttötungen bei den über 75-Jährigen; hier beträgt die Rate 86 Suizide pro 100 000 Einwohner.

Abb. 23 Suizide von Schweizer Männern und Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen (1998)



Bei jüngeren Menschen ist nach Unfällen der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Bei Männern im Alter zwischen 15 und 34 Jahren machen Suizide rund ein Viertel aller Todesursachen aus (Abb. 24). Auch bei jungen Frauen (15- bis 24-jährige) geht rund ein Fünftel aller Todesfälle zulasten der Selbsttötung.

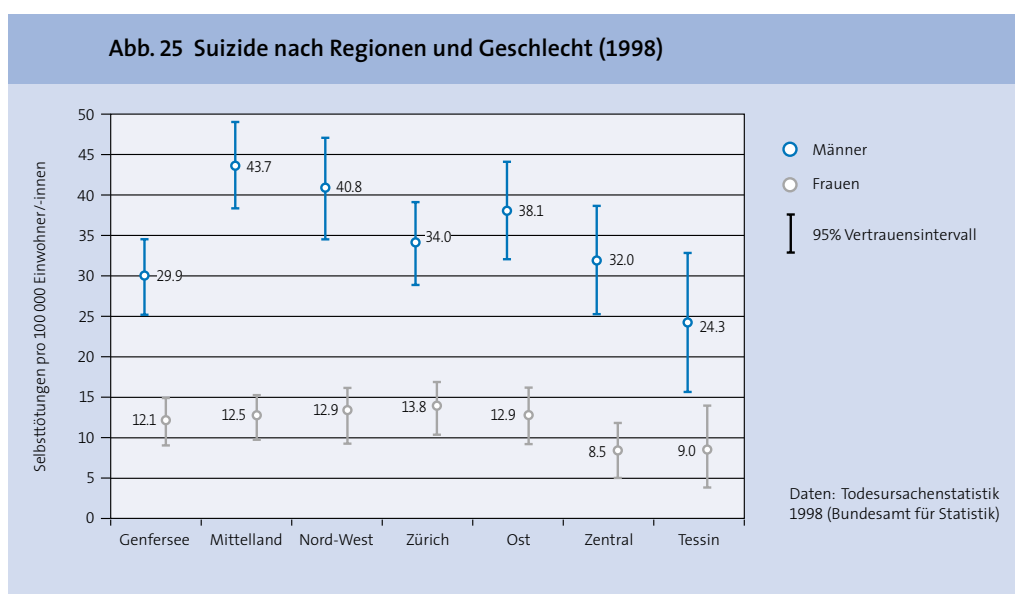
Abb. 24 Anteil Suizide an der Gesamtzahl der Todesfälle bei Schweizer Männern und Frauen (1998)



Unterschiede nach Landesregionen

Der Vergleich der Landesregionen zeigt, dass Frauen in allen Regionen nahezu gleich häufig Suizid begehen (Abb. 25). Bei den Männern sind dagegen deutliche regionale Unterschiede der Suizidraten zu beobachten: Die höchsten Raten weisen die Regionen Mittelland (44 Suizide pro 100 000 Einwohner) und Nordwestschweiz (41 Suizide pro 100 000 Einwohner) auf. Am geringsten ist die Suizidrate bei Männern im Tessin (24 Suizide pro 100 000 Einwohner).

In Regionen mit einer hohen Suizidrate zeigt das Suizidrisiko bei Männern und Frauen deutliche Unterschiede (Abb. 25). Zum Beispiel ist in der Region Mittelland die Suizidrate der Männer mit 44 Selbsttötungen pro 100 000 Einwohner mehr als dreimal (3.4 fach) höher als die Suizidrate bei Frauen (13 pro 100 000 Einwohnerinnen). In der Region Genfersee dagegen sind die Suizide der Männer mit 30 pro 100 000 Einwohner etwa 2.5-mal häufiger als jene bei den Frauen (12 pro 100 000 Einwohnerinnen).



6. Inanspruchnahme von Behandlungen

6.1 Psychische Gesundheit und Inanspruchnahme

Die meisten Schweizer und Schweizerinnen suchen mindestens einmal pro Jahr einen Arzt oder eine Ärztin auf. Explizit wegen eines psychischen Problems lassen sich jedoch nur wenige Personen, nämlich 5% der Frauen und 3% der Männer, behandeln. Dabei sind auch Besuche bei nichtärztlichen Fachpersonen, zum Beispiel beim Psychologen/bei der Psychologin, berücksichtigt (Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997).

Die Inanspruchnahme von Behandlungen ist von der psychischen Gesundheit abhängig (Tabelle 15). Personen mit chronischen psychischen Problemen gehen noch häufiger zum Arzt als Personen ohne chronische psychische Probleme. Mit zunehmendem Schweregrad der psychischen Beschwerden wird auch häufiger wegen dieser Beschwerden eine Behandlung aufgesucht. Unter den Frauen mit chronischen psychischen Problemen lassen sich knapp die Hälfte (41%) und unter den betroffenen Männern etwa ein Drittel (35%) behandeln.

Anders betrachtet bedeuten diese Zahlen: Eine Mehrheit der betroffenen Personen sucht selbst bei chronischen psychischen Problemen keine Behandlung auf.

Tab. 15 Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufgesucht haben oder sich wegen eines psychischen Problems behandeln liessen (1997)

	Arztbesuch		Behandlung wegen eines psychischen Problems	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alle Befragten	73.6%	84.2%	3.0%	5.2%
Personen mit:				
• geringem psychischem Wohlbefinden	75.3%	87.5%	6.3%	10.7%
• psychischem Problem seit mehr als 12 Monaten	88.8%	91.6%	35.3%	40.7%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik), N=13 003; Arztbesuch und Behandlung im Zeitraum der letzten 12 Monate

Wo lassen sich Menschen mit psychischen Problemen behandeln?

Wenn Menschen wegen eines psychischen Problems professionelle Hilfe suchen, so wenden sich rund zwei Drittel der Fälle an Fachpersonen in Privatpraxen, und zwar besonders an Psychiater/-innen oder Psychologen/-innen. Ein weiteres Drittel sucht Behandlungsangebote auf, die an eine Klinik gebunden sind. Dabei handelt es sich überwiegend um ambulante Angebote (Tabelle 16).

Im Einzelnen zeigt sich, dass Männer und jüngere Personen sich am häufigsten an Spezialisten – d.h. an Psychiater/-innen oder Psychologen/-innen – wenden. Dagegen suchen Frauen und ältere Personen häufiger Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Fachbereichs Psychiatrie auf.



Tab. 16 Art der Behandlung aufgrund psychischer Probleme (1997)

Leistungserbringer	Männer	Frauen	15–34	35–49	50–64	65+
Nicht an Spital gebunden:						
• Psychiater / Psychologe	47.9%	34.9%	45.3%	44.7%	31.5%	20.5%
• anderer Arzt	17.0%	33.3%	19.0%	25.4%	36.2%	45.6%
• andere Fachperson	(2.8%)	3.5%	(3.6%)	(3.4%)	(3.3%)	(2.1%)
An Spital gebunden:						
• ambulantes Angebot	21.0%	16.7%	20.5%	14.1%	17.7%	23.3%
• stationäres Angebot	11.3%	11.6%	11.7%	12.4%	11.4%	(8.6%)
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik); N= 618.
Behandlungen wegen eines psychischen Problems; mehrere Behandlungen pro Person möglich.
Werte in Klammern bei N<10

6.2 Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken

Stationäre Behandlung von Menschen mit psychischer Krankheit

Im Jahr 1998 erfolgten in den Schweizer Spitälern insgesamt 56 684 Behandlungen von Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung¹⁷; das sind rund vier Prozent aller Spitalbehandlungen (N=1 290 903). Zudem wurden weitere 2174 Behandlungen¹⁸ von so genannten «Psychiatriepatienten und -patientinnen» in sozialmedizinischen Institutionen – wie etwa Heimen für Behinderte und Betagte – registriert.

Die genauere Aufschlüsselung dieser Zahlen macht deutlich, dass nicht alle stationären Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit schweren psychischen Erkrankungen in psychiatrischen Kliniken stattfinden (Tabelle 17).

Tab. 17 Personen mit psychischer Krankheit^(a) in stationärer Behandlung (1998)

Stationäre Behandlung von Personen mit schwerer psychischer Erkrankung ^(a)	N ^(b)	%
Gesamt	58 858	100.0
• in Psychiatrie	42 258	71.8
• in anderen Spitälern	14 426	24.5
• in sozialmedizinischen Institutionen	2174	3.7

^(a) Psychische Krankheit: Hauptdiagnose aus der Kategorie F nach ICD-10

^(b) Geschätzte Zahlen aufgrund medizinischer Statistik und Krankenhausstatistik 1998 (Bundesamt für Statistik)

Die psychiatrischen Kliniken versorgen lediglich 72% dieser Personengruppe. Ein Viertel der Personen mit schwerer psychischer Erkrankung wird in anderen Spitälern behandelt, und rund vier Prozent waren im Jahre 1998 in Heimen untergebracht.

¹⁷ Bei diesen Erkrankungen sowie bei den Zahlen in Tabelle 17 handelt es sich um Schätzungen. Die Zahl der stationär behandelten Fälle mit psychischer Erkrankung (a) wurde wie folgt berechnet (b=alle F-Diagnosen «gemäss ICD-Klassifizierung» nach medizinischer Statistik, c=alle F-Diagnosen in psychiatrischen Kliniken nach medizinischer Statistik; d=alle F-Diagnosen in psychiatrischen Kliniken nach Krankenhausstatistik):

$$a = \left(\frac{b}{c} \right) \times d$$

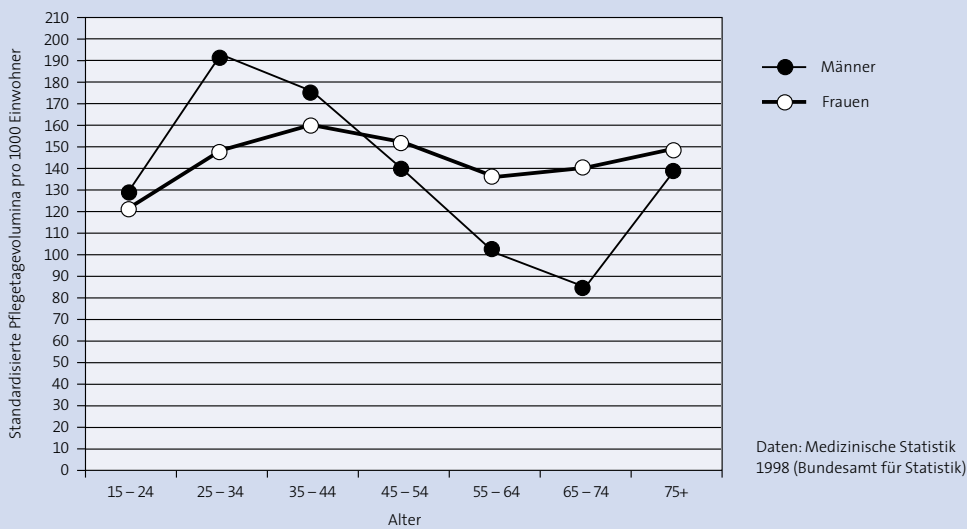
Behandlungsaufwand nach Geschlecht und Alter

Der in medizinischen Institutionen erbrachte Behandlungsaufwand lässt sich durch die Summe der geleisteten Pflēgetage, d. h. das Pflēgetagevolumen, innerhalb eines Jahres ausdrücken. Das Pflēgetagevolumen setzt sich aus zwei Grössen zusammen: Die Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungen (Hospitalisierungen) und die Dauer der Behandlung pro Hospitalisierung (Aufenthaltsdauer). Im Folgenden werden die Pflēgetagevolumina als standardisierte Raten, d. h. als Pflēgetagesummen pro 1000 Einwohner, dargestellt.

Im Jahre 1998 wurden in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz 28 127 Neueintritte mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose verzeichnet. Diese beanspruchten insgesamt eine Summe von 852 059 Pflēgetagen bzw. rund 30 Pflēgetage pro Behandlung. Umgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung bedeutet diese Zahl, dass auf 1000 Einwohner rund 144 Pflēgetage in psychiatrischen Kliniken zu verzeichnen waren.

Dabei besteht insgesamt kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Aber bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass Männer in der Altersgruppe der 25-34-Jährigen und Frauen zwischen 55 und 74 Jahren jeweils deutlich höhere Pflēgetagesummen als das andere Geschlecht erzielen (Abb. 26).

Abb. 26 Pflēgetage in psychiatrischen Kliniken, die von Männern und Frauen in verschiedenen Altersgruppen beansprucht wurden (1998)

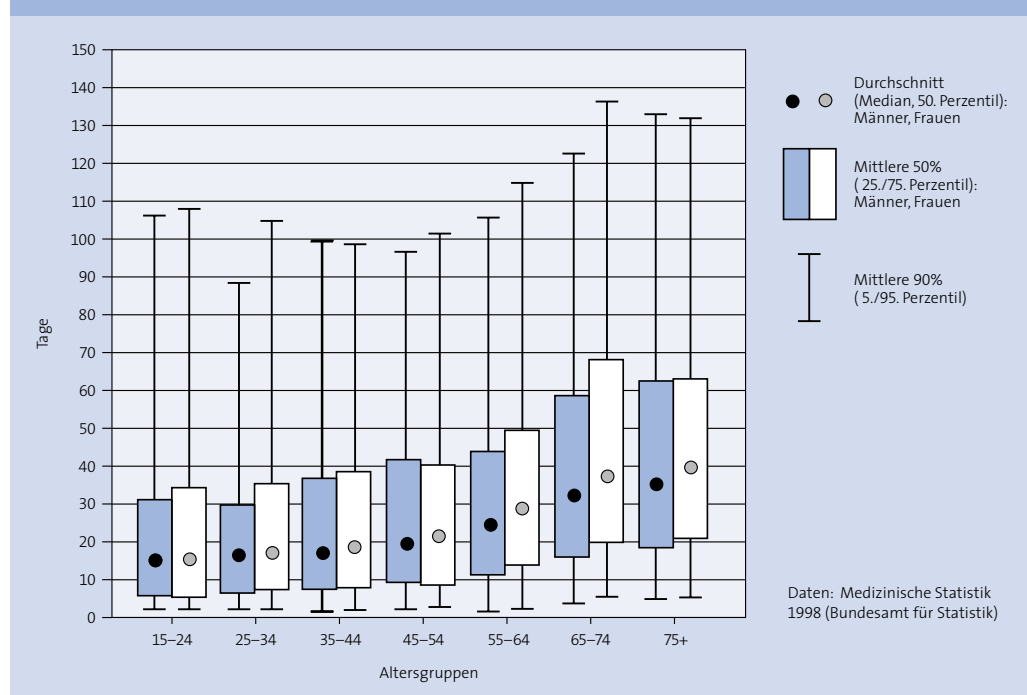


Grund für diese Schätzung: Stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken werden in der medizinischen Statistik und in der administrativen Statistik oder Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik erfasst. Die Fallzahlen der administrativen Statistik können als «wahrer» Wert der Behandlungen in der Psychiatrie angesehen werden, da sich die psychiatrischen Kliniken zu 100% beteiligt haben. Die Daten der medizinischen Statistik des Jahres 1998 unterschätzen das tatsächliche Vorkommen stationärer Behandlungen relativ stark, da sich in diesem Jahr nur 66% der auskunftspflichtigen Spitäler beteiligt haben und deshalb nur 62% der erwarteten Fallmeldungen vorliegen (BfS, 2001). Bei der Krankenhausstatistik liegt die Teilnahmequote mit 95% dagegen wesentlich höher.

¹⁸ Die tatsächliche Zahl von 1913 Behandlungen von Psychatriepatienten/-innen in sozialmedizinischen Institutionen wurde um den Faktor 1.14 multipliziert, da die Beteiligungsquote an der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen im Jahre 1998 bei 88% lag.



Abb. 27 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Alter und Geschlecht (1998)



Aufenthaltsdauer spielt eine Rolle

Die Bedeutung der beiden Faktoren Anzahl Hospitalisierungen und Aufenthaltsdauer für das Pflegetagevolumen wird besonders beim Altersverlauf der Frauen ersichtlich: Sowohl für die Pflegetagevolumina wie auch für die Häufigkeit der Hospitalisierungen zeigt sich ein Spitzenwert bei den Frauen im Alter von 35 bis 44 Jahren. Dann aber sinkt das Pflegetagevolumen weniger stark ab als die Zahl der Hospitalisierungen.

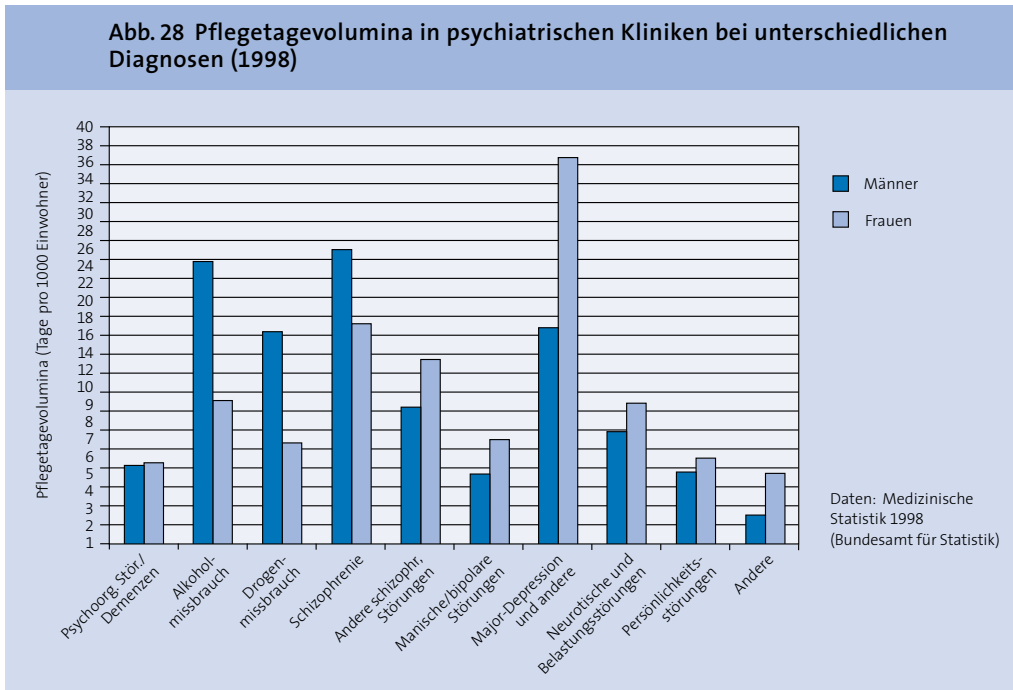
Hieraus lässt sich schliessen, dass die Rate der weiblichen Psychatriepatientinnen mit steigendem Alter zwar abnimmt, jedoch die Aufenthaltsdauer in der Klinik zunimmt. Die steigenden Aufenthaltsdauern vermögen bei den Frauen den Effekt der sinkenden psychiatrischen Hospitalisierungen sogar beinahe auszugleichen. Bei den Männern zeigt sich dieser Sachverhalt dagegen weniger deutlich.

Die Analyse der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bestätigt diese Vermutung (Abb. 27). Während bis zur Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen die Aufenthaltsdauer von Frauen und Männern in psychiatrischen Kliniken nur relativ gering voneinander abweichen (rund 1 bis 2 Tage), öffnet sich ab dem 55. Lebensjahr eine Schere: Ältere Frauen werden durchschnittlich rund 4 bis 6 Tage länger behandelt als Männer.

Deutlich wird auch, dass die Aufenthaltsdauer stark streut: Zum Beispiel wird die Hälfte der 15- bis 24-jährigen Männer und Frauen zwischen einer Woche (im Durchschnitt je 6 Tage) und einem Monat behandelt (Männer 31 Tage, Frauen 35 Tage). Je 25% der Männer und Frauen sind jedoch länger oder aber weniger lang in einer Klinik.

Behandlungsaufwand nach psychiatrischer Diagnose

Es sind einige wenige Krankheitsbilder, die den grössten Teil der Pfl egetage in der Psychiatrie verursachen. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abb. 28).



Bei den Männern sind die vier pflegeintensivsten Diagnosen die Schizophrenie (28 Pfl egetage pro 1000 Einwohner), Alkoholmissbrauch (27 Pfl egetage), die schwere Depression (21 Pfl egetage) und Drogenmissbrauch (20 Pfl egetage). Diese vier Diagnosen verursachen bei den Männern zwei Drittel aller Pfl egetage (67%).

Bei den Frauen verursachen die folgenden vier Diagnosegruppen die meisten Pfl egetage pro 1000 Einwohnerinnen: die schwere Depression (37 Pfl egetage), die Schizophrenie (21 Pfl egetage), andere Formen schizophrener Störungen (18 Pfl egetage), Alkoholmissbrauch (14 Pfl egetage). Dicht darauf folgen als fünfte Gruppe neurotische und belastungsbedingte Störungen (13 Pfl egetage pro 1000 Einwohnerinnen). Die vier pflegeintensivsten Diagnosen verursachen auch bei den Frauen beinahe zwei Drittel aller Pfl egetage in der Psychiatrie (62%).

Behandlungsaufwand nach Landesregionen

In der Schweiz ist die mit Abstand höchste psychiatrische Pfl egetagesumme in der Region Zürich zu verzeichnen (rund 211 Pfl egetage pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen). Dieser Wert ist rund 2.5-mal höher als die Pfl egetagesumme in der Region Nordwestschweiz (Tabelle 18).

Tab. 18 Pfl egetagesummen, Hospitalisationen und Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken unterschiedlicher Landesregionen (1998)

Landesregion	Pflegetagesumme ^(a)	Hospitalisationen ^(a)	DAD ^(b)
Zürich	211.32	6.83	22
Genfersee	172.67	6.69	15
Zentral	160.93	4.19	23
Ost	147.30	4.74	20
Tessin	136.35	4.12	21
Mittelland	95.34	2.93	23
Nordwest	87.40	2.71	18

^(a) standardisierte Rate pro 1000 Einwohner/-innen

^(b) Median der Aufenthaltsdauer in Tagen (DAD = durchschnittliche Aufenthaltsdauer)

Daten: Medizinische Statistik 1998 (Bundesamt für Statistik)

Der Spitzenrang von Zürich ist neben der hohen Hospitalisationsrate auch auf die relativ lange Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken von durchschnittlich 22 Tagen zurückzuführen. Die Region Genfersee liegt bei der Pfl egetagesumme deutlich hinter Zürich, obwohl die Hospitalisationsrate nur unwesentlich geringer ist. Ein Grund ist die vergleichsweise kurze durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Genfer Psychiatrie.

7. Vorschläge für weiterführende Analysen und Projekte

Psychische Gesundheit aus der Geschlechterperspektive

In Bezug auf die psychische Gesundheit bzw. Krankheit zeigen sich deutliche Unterschiede bei Männern und Frauen. Frauen schätzen ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ein und berichten über höhere psychische Belastungen als Männer. Hingegen bilden Männer im Alter von über 50 Jahren eine besondere Risikogruppe, die besondere Aufmerksamkeit fordert.

Adäquate Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen

Zwei Drittel der Personen, die an einem psychischen Problem leiden, das sie selber als behindernd im Alltagsleben empfinden, suchen keine professionelle Hilfe bei einer Fachperson. Es wäre zu untersuchen,

- von welchen Faktoren die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen abhängt;
- ob es bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt, welche besonders wenig professionelle Behandlung beanspruchen;
- welche alternativen Hilfesysteme anstelle Hilfe aus dem professionellen Bereich genutzt werden.

Rund 30% der Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose werden nicht in einer psychiatrischen Klinik, sondern in anderen stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens behandelt. Es stellt sich die Frage,

- um welche Einrichtungen es sich handelt und
- welche Diagnosen aus dem psychischen Bereich besonders häufig ausserhalb der Psychiatrie behandelt werden.

Konsequenzen von psychischen Problemen für die Lebensqualität, Behinderung und Arbeitsfähigkeit

Psychische Krankheiten haben erhebliche Folgen der Behinderung und der eingeschränkten Lebensqualität. Auch im Rahmen des vorliegenden Monitoringberichtes zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen psychischen Problemen und eingeschränkter Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie Lebensqualität.

Diese Zusammenhänge sollten auf der Basis bestehender Daten der Gesundheitsbefragung genauer untersucht werden. Anzuregen wäre die Integration von anerkannten Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität in etablierte Surveys wie das Schweizer Haushaltspanel oder die Schweizerische Gesundheitsbefragung.

Zuverlässigere Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen nötig

Es liegen keine epidemiologisch validen Daten zur psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung vor.

Bei den Indikatoren zur psychischen Gesundheit in der Schweizer Gesundheitsbefragung handelt es sich um selbst berichtete Angaben. Ferner waren die Fragen alltagssprachlich formuliert, zum Beispiel zum Vorkommen eines «Nervenzusammenbruchs oder einer Depression». Die Angaben liefern somit nur ein ungefähres Bild der subjektiven psychischen Belastung der Schweizer Bevölkerung. Klinisch valide Informationen zur psychischen Gesundheit bzw. zu psychischen Störungen in der Bevölkerung fehlen. Ferner existieren kaum Angaben zum Schweregrad von psychischen Beschwerden und Störungen und zum Behinderungsgrad als deren Folge.

Diese Situation fordert ein «Mental-Health-Update» der Schweizer Gesundheitsbefragung oder des Schweizer Haushaltspanels. Dieses Update sollte im mindesten die

Integration der Items/Skalen aus einem anerkannten Messinstrument zur Erfassung psychischer Störungen enthalten. Zu denken ist etwa an den «General Health Questionnaire (GHQ)» (*Goldberg & Hillier, 1979*), dessen Kurzversion lediglich 28 Fragen umfasst. Für dieses Instrument sind auch «Cut-Off-Scores» für psychiatrische Auffälligkeit definiert, und es liegen für die Schweiz Anwendungserfahrungen aus der SOMIPOPS-Studie vor (*Hobi, Gerhard, Gutzwiller, 1989*).

Als Maximalvariante ist jedoch die Durchführung eines Surveys zur psychischen Gesundheit zu empfehlen, wie dies in mehreren europäischen Ländern, z.B. Grossbritannien, Niederlande und Finnland unternommen worden ist. Erst ein solcher Survey würde es erlauben, klinisch valide und international vergleichbare Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen in der Schweizer Bevölkerung vorzulegen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental health and well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Verlag.
- Bundesamt für Sozialversicherung/ Donini, F. (2001). *Statistiken zur sozialen Sicherheit: IV-Statistik 2001*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (2001). *StatSanté 1/2001: Informationen über das Projekt «Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens»*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- EU/STAKES (2000). *Minimum data set of European mental health indicators*. Helsinki: STAKES.
- Frijs, R. H. & Sellers, T. A. (1999). *Epidemiology for public health practice*. Aspen: Gaithersburg MD (2nd ed.).
- Gognalons-Nicolet, M.; Zbinden, E.; Bardet Blochet, A.; Blanchard M.-P.; Fontaine, P.; Runolfsson, A. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. *Psychological Medicine*, 9, 139–145.
- Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung. (Hrsg.) (1998). *Praxis-handbuch Gesundheitsberichterstattung*. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.
- Hays W. L. & Winkler, R. L. (1970). *Statistics, Vol. I & II*. New York: Rinehart & Winston.
- Hobi, V.; Gerhard, U; Gutzwiller, F. (1989). *Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ (General Health Questionnaire) von D. G. Goldberg*. *Schweizerische Rundschau für Medizin und Praxis*, 78(9), 219–225.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (1998) (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Jenkins, R. (1992). *Health targets*. In: *Thornicroft, G.; Brewin, Ch. R. & Wing, J. (eds.). Measuring mental health needs (pp. 18–41)*. London: Gaskell.
- Korkeila, J. (2001). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: STAKES.
- Lavikainen, J.; Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (Eds.) (2000). *Public Health Approach on Mental Health in Europe*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES; and Ministry of Social Affairs and Health.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- Niklowitz, M. & Meyer, P. C. (2001, März). *Monitoring der psychischen Gesundheit: Datenquellen, Indikatoren und Folgerungen für ein Monitoring-Konzept im Rahmen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik (Unveröffentl. Manuskript).
- Pearlin, L. I.; Lieberman, M. A.; Menaghan, E. G.; Mullan, J. T. (1981). *The stress process*. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.
- Rüesch, P. (2002). *Detalliertes Modulkonzept*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik (Unveröffentl. Manuskript).
- Sass, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*. London: Routledge.
- Üstün, T. B. & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care – An international study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Üstün, T. B.; Chatterji, S.; Bickenbach, J. E.; Trotter, R. T.; Room, R.; Rehm, J.; & Saxena, S. (Eds.) (2001). *Disability and Culture: Universalism and Diversity*. Bern: Hogrefe & Huber.

- Weiss, Walter; Spuhler, T.; Gruet, F.; Guidani, D.; Noack, H. (1990): *Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé»*. Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI, Lausanne.
- WHO (2001). World health report 2001. *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva.
- WHO / Dilling, H.; Mombour, W; Schmidt, M. H.; Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- WHO / Janca, A.; Kastrup, M.; Katschnig, H.; Lopez-Ibor, J. J.; Mezzich J. E.; Sartorius, N. (1997). *Multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.





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



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Politique nationale suisse de la santé
Politica nazionale svizzera della sanità
Politica naziunala svizra de la sanidad

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine Institution im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik