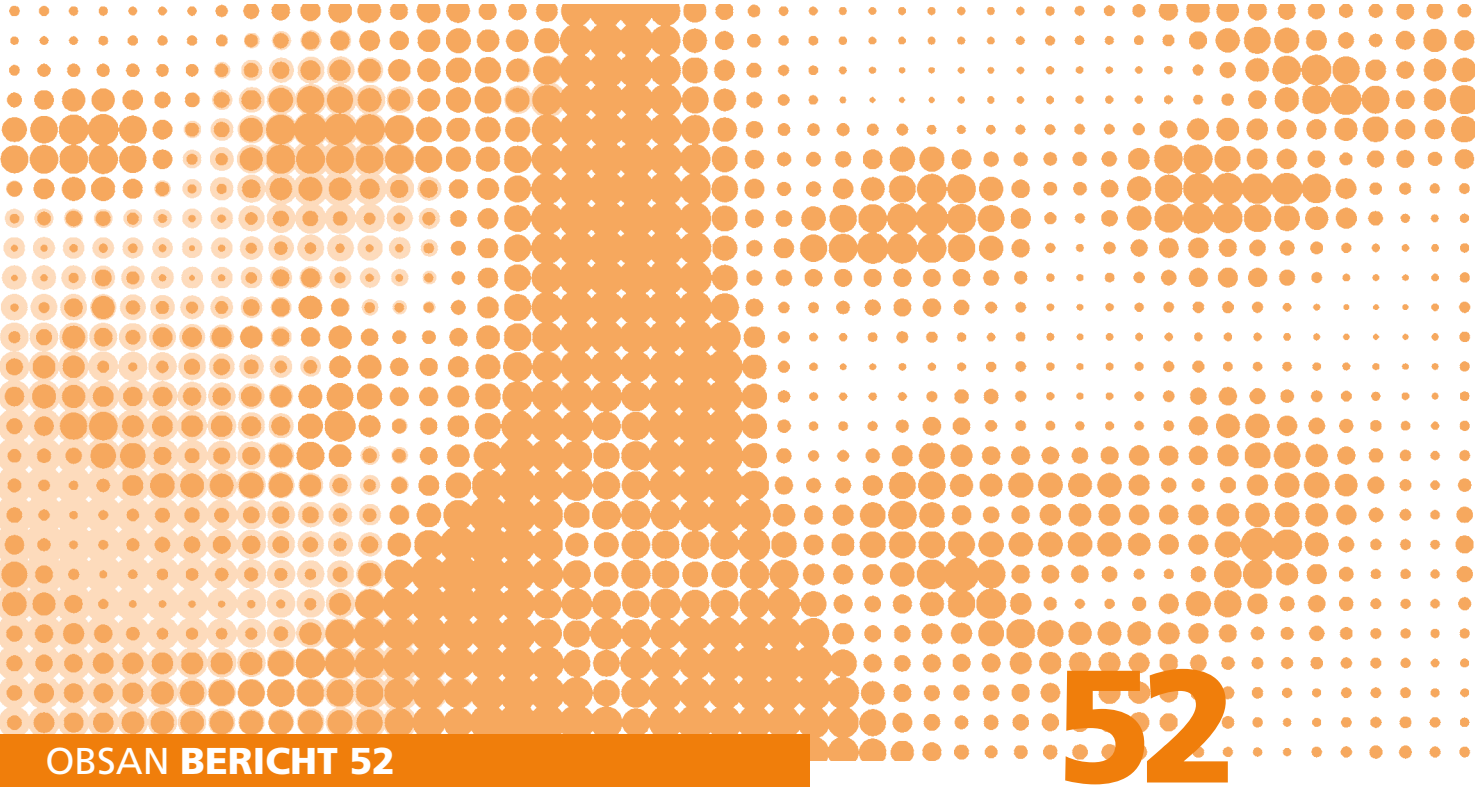
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OBSAN **BERICHT 52**

52

Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring 2012

Daniela Schuler, Laila Burla

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

Impressum

Herausgeber
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren
– Daniela Schuler, Obsan
– Laila Burla, Obsan

Unter Mitarbeit von
– Lucy Bayer-Oglesby, Obsan
– Markus Buri, BSV
– Sylvie Füglister-Dousse, Obsan
– Martine Kaeser, BFS
– Florence Moreau-Gruet, Obsan
– Maik Roth, Obsan
– Isabelle Sturny, Obsan

Reviewboard
– Niklas Baer, Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft
– Jürgen Barth, ISPM, Universität Bern
– Paul Camenzind, Obsan
– Christoph Junker, BFS
– Peter Rüesch, Fachstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW
– Isabelle Sturny, Obsan

Reihe und Nummer
Obsan Bericht 52

Zitierweise
Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 45
E-Mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Originaltext
Deutsch

Korrektorat
Christina Weiblen, Freiburg i. Br.

Grafik/Layout
DIAM, Prepress / Print, BFS

Titelgrafik
Roland Hirter, Bern

Bestellungen
Tel. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer
873-1202

Preis
Fr. 16.– (exkl. MWST)
Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 874-1201)

Download PDF
www.obsan.ch > Publikationen

ISBN
978-3-907872-96-3

© Obsan 2012

Korrigierte Version vom 3.5.2012
Berichtigungen siehe Erratum letzte Seite

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 2

Zusammenfassung 3

1 Einleitung 7

1.1 Psychische Gesundheit – psychische Krankheit 7

1.2 Die Bedeutung psychischer Störungen 8

1.3 Gesundheitspolitik 10

1.4 Dritte Auflage des Monitorings 13

1.5 Datengrundlage 15

2 Psychischer Gesundheitszustand 22

2.1 Kraft, Energie und Optimismus 22

2.2 Psychische Belastung 24

2.3 Depression und Depressivität 25

2.4 Komorbidität 27

3 Schutz- und Risikofaktoren 32

3.1 Zufriedenheit 32

3.2 Kontrollüberzeugung 35

3.3 Soziale Unterstützung 36

3.4 Kritische Lebensereignisse 38

4 Inanspruchnahme 40

4.1 Inanspruchnahme generell und Medikamenteneinnahme 41

4.2 Inanspruchnahme: Praxen 46

4.3 Inanspruchnahme: Ambulante/teilstationäre psychiatrische Einrichtungen 49

4.4 Inanspruchnahme: Sozialmedizinische Institutionen 50

4.5 Inanspruchnahme: Kliniken 51

5 Spezifische Themenfelder 58

5.1 Arbeit und psychische Gesundheit 58

5.2 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen 65

5.3 Suizid 68

5.4 Kosten psychischer Störungen 74

Exkurs:
Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit 76

6 Synthese 78

Literatur 81

Anhang 89

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DALYs	Disability Adjusted Life Years (Verlorene gesunde Lebensjahre)
DSQ	Depression Screening Questionnaire
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
EGBI	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen
EU	Europäische Union
EUROFOUND	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
EWCS	European Working Condition Survey
FORS	Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDS	Geriatric Depression Scale
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GFS	Gesellschaft für praktische Sozialforschung
HEA	Health Education Authority
HIV	Human immunodeficiency virus
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
n	Anzahl der Befragten
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SASIS AG	Die Schweizer Krankenversicherer
SDI	Schweizerischer Diagnose Index
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHP	Schweizer Haushalt-Panel
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Der vorliegende *dritte Monitoringbericht* des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan gibt einen aktualisierten Überblick über den psychischen Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung.

Psychische Gesundheit umfasst persönliches Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsfähigkeit. Sie ist kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der eine ständige aktive Anpassung des Individuums erfordert. Dagegen beeinträchtigen *psychische Störungen* das alltägliche Leben und wirken sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, körperlicher sowie auf der Verhaltensebene aus. Psychische Störungen sind weit verbreitet und zählen zu den häufigsten und einschränkendsten Krankheiten überhaupt. Sie wirken sich nicht selten auf alle Lebensbereiche aus und beeinträchtigen Lebensqualität, Alltag, Arbeitsfähigkeit, belasten Angehörige und können zu Suizid führen. Trotz allem werden psychische Erkrankungen oft nicht erkannt, heruntergespielt und in ihrer individuellen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung unterschätzt.

Der Bericht geht auf psychische Gesundheit und Krankheit, auf Schutz- und Risikofaktoren, auf die Inanspruchnahme von Behandlung sowie auf relevante spezifische Themen wie Arbeit, Invalidisierung, Suizid, Kosten und soziale Ungleichheit näher ein. Wo sinnvoll und möglich werden die Ergebnisse in ihrer zeitlichen Entwicklung präsentiert. Die Datenbasis wurde im Vergleich zu den ersten beiden Berichten erweitert. Zentrale Quelle ist wie bis anhin die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, die mit weiteren Befragungsdaten (z. B. Schweizer Haushalt-Panel SHP, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen EGBI) sowie anderen Erhebungen (z.B. Medizinische Statistik der Krankenhäuser, IV-Statistik) ergänzt wird.

Psychischer Gesundheitszustand

Rund 74% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich (sehr) häufig voller *Kraft, Energie und Optimismus*. Männer und junge Personen berichten häufiger von diesem positiven Zustand als Frauen und Ältere. Zwischen 2004 und 2009 hat der Anteil an Personen, die sich sehr häufig optimistisch, kraft- und energievoll fühlen, um ein Drittel abgenommen. In der Ostschweiz, im Espace Mittelland und im Tessin sind die Personen *über*durchschnittlich häufig und in der Genferseeregion sowie in der Region Zürich *unter*durchschnittlich häufig voller Kraft, Energie und Optimismus.

Gut 4% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich stark und rund 13% mittel *psychisch belastet,* das bedeutet, dass bei etwa jeder sechsten Person das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht (sehr) wahrscheinlich ist. Frauen und Jüngere berichten häufiger von psychischer Belastung als Männer und Ältere. Im Kanton Tessin und in der Genferseeregion fühlen sich die Befragten am häufigsten, in der Zentralschweiz am wenigsten häufig psychisch belastet.

Wird gezielt nach *Depressionssymptomen* gefragt, berichten 3% von mittleren bis starken und fast 16% der Einwohnerinnen und Einwohner von schwachen Symptomen. Bei mittleren bis starken Symptomen wird von einer behandlungsbedürftigen Depression ausgegangen. Dabei gilt es zu bedenken, dass gerade die Häufigkeit starker Depressivität aufgrund der telefonischen Befragung in Privathaushalten unterschätzt sein dürfte. Von schwachen Depressionssymptomen sind Frauen und ältere Personen häufiger betroffen; mittlere bis starke Symptome sind bei beiden Geschlechtern und über alle Altersgruppen verteilt etwa gleich häufig. Zwischen 2002 und 2007 lassen sich bezüglich Depressivität keine bedeutenden Veränderungen erkennen. Das Tessin und die Genferseeregion weisen – ähnlich wie bei der psychischen Belastung – die höchsten Anteile von Personen mit Depressivität auf, die Zentralschweiz den geringsten Anteil.

Komorbidität – das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung – ist bei psychischen Störungen häufig. Drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung und zwei Drittel derjenigen mit starken Depressionssymptomen zeigen auch starke körperliche Beschwerden. Frauen berichten häufiger von einer solchen Kombination von Beschwerden als Männer.

Schutz- und Risikofaktoren

Über 70% der Bevölkerung sind mit ihrem Leben allgemein (sehr) *zufrieden*. Fragt man spezifisch nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit, so sind es 66%; jede zehnte Person stuft sich als damit unzufrieden ein. Frauen und ältere Personen sind mit ihrem Leben allgemein häufiger zufrieden als Männer und Jüngere. Bezüglich der Gesundheit nimmt die Zufriedenheit mit zunehmendem Alter jedoch ab. Im Verlauf der beobachteten Jahre hat der Anteil der sehr Zufriedenen in allen Bereichen deutlich abgenommen, während sich der Anteil der sehr Unzufriedenen kaum verändert hat. Beim regionalen Vergleich fällt der hohe Anteil der allgemein sehr Unzufriedenen im Kanton Tessin auf. Wie erwartet, geht eine niedrigere allgemeine Zufriedenheit mit einer höheren psychischen Belastung einher.

Etwa 40% der Bevölkerung weisen eine hohe *Kontrollüberzeugung* auf, sind also der Ansicht, ihr Leben selbstbestimmt gestalten zu können. 20% haben eine tiefe Kontrollüberzeugung. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen mit hoher Kontrollüberzeugung. Männer haben in allen Altersgruppen häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als Frauen. Personen mit hoher Kontrollüberzeugung fühlen sich deutlich seltener mittel oder stark psychisch belastet als diejenigen mit tiefer Kontrollüberzeugung.

Rund 95% der Bevölkerung geben an, mindestens eine *Vertrauensperson* zu haben. Dennoch fühlt sich knapp ein Drittel gelegentlich *einsam*. Frauen haben häufiger eine oder mehrere Vertrauenspersonen als Männer, fühlen sich aber trotzdem vermehrt einsam. Mit zunehmendem Alter wächst der Anteil derjenigen Personen, die keine oder ausschliesslich eine Vertrauensperson haben. Es sind aber dennoch vor allem junge Personen, die von Einsamkeitsgefühlen berichten. Das Fehlen von Vertrauenspersonen und das Erleben von Einsamkeit gehen mit erhöhter psychischer Belastung einher.

Abrupte Veränderungen der Lebenssituation, so genannte *kritische Lebensereignisse*, und insbesondere deren Kumulation, stellen einen Risikofaktor für verschiedene psychische Erkrankungen dar. Über 60% der Schweizer Bevölkerung haben im Jahr vor der Befragung ein solches Ereignis erlebt, rund 10% waren mit mehr als drei kritischen Lebensereignissen konfrontiert. Frauen und ältere Personen sind häufiger von kritischen Ereignissen betroffen als Männer und jüngere Personen. Mit steigender Anzahl kritischer Lebensereignisse nimmt die psychische Belastung zu.

Inanspruchnahme

Studien haben gezeigt, dass eine zu späte oder qualitativ ungenügende Versorgung bei psychischen Störungen das Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung sowie Suizidalität erhöht. Gut 5% (1997: 4%) der Bevölkerung haben sich 2007 *wegen psychischer Probleme behandeln* lassen, Frauen häufiger als Männer. Die meisten dieser Patientinnen und Patienten liessen sich durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen behandeln. Behandlungen in einer ärztlichen Allgemeinpraxis haben im Verlaufe der letzten 10 Jahre deutlich abgenommen. Anteilsmässig sind es vor allem ältere Personen und Frauen, die eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt aufsuchen. Der Vergleich der Ergebnisse zur Häufigkeit und zur Inanspruchnahme bei Depressionen weist auf eine unzureichende Inanspruchnahme hin.

Rund 5% der Schweizer Bevölkerung haben in der Woche vor der Befragung mindestens ein Mal Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Antidepressiva eingenommen, wobei der Konsum mit höherer psychischer Belastung zunimmt. Der Schlafmittelkonsum ist vor allem im höheren Alter verbreitet. Behandlungen in ärztlichen Praxen erfolgen bei über der Hälfte der Patientinnen und Patienten ohne *Medikamente*. Bei Schizophrenien und Depressionen wird am häufigsten medikamentös interveniert. Die meistverschriebenen Psychopharmaka sind Antidepressiva.

Von 2006 bis 2010 hat die Zahl der in *ambulanten Praxen* behandelten Patientinnen und Patienten insgesamt um knapp 9% zugenommen. In psychiatrischen Praxen betrug der Anstieg gut 18%. Personen mit psychischen oder psychischen *und* körperlichen Beschwerden gehen besonders häufig zur Ärztin oder zum Arzt. Die psychiatrischen Diagnosen in ambulanten Arztpraxen wurden 2010 zu rund 62% durch Psychiaterinnen/Psychiater und zu 36% durch Allgemeinpraktizierende gestellt. Letztere diagnostizieren in erster Linie Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen. Bei drei Vierteln der Depressionserkrankungen in der Hausarztpraxis stellen die Ärztinnen und Ärzte komorbide Erkrankungen

fest. Allgemeinpraktizierende behandeln ihre depressiven Patientinnen und Patienten meist selber – in fast Viertel mit einer Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie.

In den 58 *ambulanten oder teilstationären psychiatrischen Institutionen* der Schweiz werden je nach Kanton zwischen 11 und 65 Fälle pro 1000 Einwohner/innen behandelt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um neurotische, Belastungs- und somatoforme sowie affektive Störungen.

In den *sozialmedizinischen Institutionen* für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen werden rund 38% der Klientinnen und Klienten wegen einer psychischen Beeinträchtigung, einer Suchterkrankung oder wegen Eingliederungsproblemen betreut. Es handelt sich dabei um deutlich mehr Männer als Frauen. Im Falle von Eingliederungsproblemen sind es vor allem junge Personen. Die Betreuungssettings variieren je nach Haupteinschränkung der Klientinnen und Klienten, generell erfolgt die Betreuung am häufigsten stationär.

2009 wurden 77'841 stationäre Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose in den Schweizer *Spitälern* gezählt. Dies entspricht etwa 12 Hospitalisationen pro 1000 Einwohner/innen. Die Hospitalisierungsrate (Fälle) hat seit 2002 um knapp 5% zugenommen, während die Patientenrate (Personen) relativ stabil geblieben ist. Die daraus resultierende Zunahme der Wiedereintritte wird in erster Linie einer stärkeren Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Angeboten zugeschrieben. Es wurden mehr Frauen stationär behandelt als Männer und am häufigsten Personen im mittleren Alter. Bei den Männern waren die häufigsten Diagnosen Störungen durch Alkohol, Depressionen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Bei den Frauen standen Depressionen an erster Stelle, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Störungen durch Alkohol. 2009 wurden in Spitälern 363 Pflegetage pro 1000 Einwohner/innen aufgewendet, das sind 30 Tage weniger als 2002. Die Rate der Pflegetage unterscheidet sich nach Art der Erkrankung, Geschlecht und Alter und variiert auch deutlich zwischen den Kantonen.

Spezifische Themenfelder

Arbeit hat für die psychische Gesundheit einen zentralen Stellenwert. Generell gilt: Erwerbstätigkeit ist zwar für die psychische Gesundheit besser als Arbeitslosigkeit, aber es gibt für Erwerbstätige günstige und weniger günstige Arbeitsbedingungen. Arbeitslose Personen berichten einerseits von deutlich höherer psychischer Belastung als Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige. Andererseits finden sich bei den psychisch stark belasteten Personen mehr Arbeitslose als bei mittel oder gering belasteten Personen.

Die Mehrheit der Erwerbstätigen (88%) ist mit ihrer Arbeitssituation zufrieden, Frauen und Männer unterscheiden sich darin nicht bedeutend. Unzufriedene Erwerbstätige sind psychisch belasteter als zufriedene Erwerbstätige und stark Belastete sind unzufriedener mit ihrer Arbeitssituation als weniger Belastete.

Während knapp die Hälfte der Erwerbstätigen kein Problem mit ihrer Life Domain Balance hat, nehmen 20% ein starkes Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben wahr. Letztere sind auch psychisch stärker belastet. Das von den Erwerbstätigen berichtete Empfinden eines starken Ungleichgewichts hat zwischen 2002 und 2009 abgenommen.

Fast 42% der Erwerbstätigen geben an, bei der Arbeit hoher psychischer Belastung ausgesetzt zu sein. Dieser Anteil ist zwischen 2002 und 2007 etwas zurückgegangen. Etwa 13% aller Erwerbstätigen sorgten sich 2007 um ihre Arbeitsstelle. Erwerbstätige mit starker psychischer Belastung fühlen sich deutlich häufiger nicht leistungsfähig und nicht arbeitsfähig als weniger Belastete.

Eine *Invalidenrente* wird dann zugesprochen, wenn eine (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben als nicht möglich beurteilt wird. Die Anzahl der Neurenten hat zwischen 2003 und 2006 abgenommen und sich danach stabilisiert. Psychische Erkrankungen sind die häufigste Invaliditätsursache. Ihr Anteil an den Neuberentungen hat von 36% im Jahr 2000 auf 43% im Jahr 2010 zugenommen. Häufigste Ursache sind psychogene Störungen – darunter fallen insbesondere Persönlichkeitsstörungen, depressive sowie somatoforme Schmerzstörungen –, Schizophrenien und andere Psychosen. Der Anteil der Frauen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine IV-Rente zugesprochen erhalten, ist höher als derjenige der Männer.

Ab dem Erhebungsjahr 2009 werden die Fälle von Sterbehilfe (assistierte Suizide) nicht mehr zu den *Suiziden*, sondern zu den Todesfällen aufgrund der jeweils vorhandenen Grunderkrankung gezählt. Dadurch ergibt sich eine (statistisch bedingte) Reduktion der Suizidzahlen um etwa 20%. 2009 haben 1105 Menschen Suizid begangen. Die Suizidrate ist bei den Männern (19,3 Fälle pro 100'000 Männer) rund 3 Mal so hoch wie bei den Frauen (6,2 Fälle pro 100'000 Frauen) und liegt im Total bei 12,5 Fällen pro 100'000 Einwohner/innen. Die

Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter an. Seit 2003 ist eine relativ konstante Suizidrate zu verzeichnen. Zwischen den Kantonen variiert die Suizidrate allerdings stark: Es zeigen sich Raten von gut 8 bis 19 Fällen pro 100'000 Einwohner/innen. Die häufigsten Suizidmethoden sind Erhängen, Sturz in die Tiefe und Erschiessen, wobei es auch hier deutliche Geschlechterunterschiede gibt.

Psychische Störungen verursachen hohe volkswirtschaftliche *Kosten*. Schätzungen der Kosten für die Schweiz liegen bei über 11 Milliarden Franken pro Jahr, wobei indirekte Kosten (z. B. durch Arbeitsabsenzen und Frühpensionierungen) von grosser Bedeutung sind. Die OKP-Kosten für Behandlungen im Psychiatriebereich haben – wie auch die gesamten OKP-Kosten – in den vergangenen Jahren zugenommen. Auffallend ist die starke Kostenzunahme in der ambulanten Spitalpsychiatrie.

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit ist für den Bereich der psychischen Gesundheit unbestritten. So wirkt sich der Gesundheitszustand einerseits auf die soziale Position einer Person aus, andererseits hat die soziale Position Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Als Indikator des sozialen Status wurde im vorliegenden Bericht *Bildung* verwendet. In allen untersuchten Bereichen zeigen sich teilweise recht deutliche Zusammenhänge zwischen der Bildung und den Indikatoren zu psychischer Gesundheit und Krankheit.

1 Einleitung

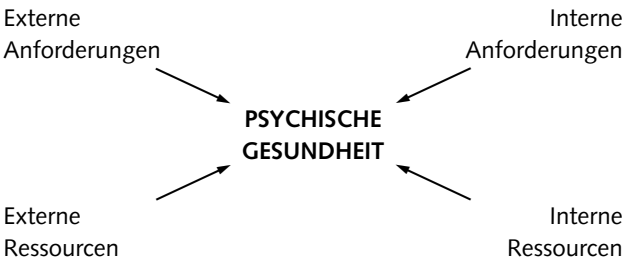
Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die psychische Gesundheit bzw. Krankheit der Schweizer Bevölkerung. Im Sinne der Gesundheitsberichterstattung ist er auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt und bezieht sich daher in weiten Teilen auf die Themen der beiden ersten Monitoringberichte zur psychischen Gesundheit in der Schweiz (Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). Der Bericht fokussiert auf nationale Ergebnisse, es erfolgt keine Einordnung in den internationalen Kontext.

1.1 Psychische Gesundheit – psychische Krankheit

Psychische Gesundheit beinhaltet Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können, wie auch die Fähigkeit zu gesellschaftlicher Partizipation. Psychisch gesund zu sein bedeutet auch, an den eigenen Wert und die eigene Würde zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen (HEA, 1999).

Psychische Gesundheit bedarf eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen und Ressourcen (vgl. Kapitel 3). Anforderungen sind von aussen und innen wirkende Stressoren, die mittels äusseren und inneren Ressourcen modifiziert und bewältigt werden können (Abb. 1.1). Die Wirkung der Stressoren wird grösser, wenn diese kumuliert und anhaltend auftreten. Ausserdem spielt der Zeitpunkt des Auftretens im Lebenszyklus eine zentrale Rolle. Psychische Gesundheit erfordert eine ständige aktive Anpassung des Individuums entsprechend den laufenden objektiven und subjektiven Veränderungen. Sie wird als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozioökonomischen, soziokulturellen und institutionellen Faktoren verstanden. Folglich ist sie kein Zustand, der sich lediglich als Konsequenz von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger, dynamischer Prozess, der neben individuellen Aspekten auch massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird (WHO, 2001).

Anforderungs-Ressourcen-Modell **Abb. 1.1**



Quelle: nach Becker et al., 1994 © *Obsan*

Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie können sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Einschränkungen äussern. Und sie gehen mit akutem Leiden oder mit einem deutlich erhöhten Risiko, Schmerz und einen tief greifenden Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden, einher (Bastine, 1998; Sass et al., 1996). Während früher von psychischer Krankheit und psychischen Erkrankungen gesprochen wurde, hat sich heute der Begriff Störung durchgesetzt. Letzterer soll deskriptiver sein und weniger wertend. Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe *Störung* und *Erkrankung/Krankheit* synonym verwendet.

Für die Relation zwischen Gesundheit und Krankheit gibt es verschiedene Modelle. Im Bereich der psychischen Gesundheit/Krankheit wird – neben dem dichotomen – mehrheitlich vom bipolaren Konzept ausgegangen. Dieses versteht Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums, auf dem man sich auf die eine oder andere Seite bewegen kann und somit nicht entweder gesund oder krank ist (dichotom), sondern mehr oder weniger gesund bzw. krank. Wo sich ein Individuum auf diesem Kontinuum befindet, hängt einerseits vom kulturellen und sozialen Kontext ab, andererseits kann sich die

Position auch je nach Perspektive unterscheiden: So ist es möglich, dass die subjektive erlebte Einschätzung nicht mit der Einschätzung aus medizinischer Sicht übereinstimmt und sich beispielsweise eine Personen als «kränker» einschätzt, als sie es aus ärztlicher Sicht ist.

In der Praxis jedoch erfordern gewisse Entscheidungen, beispielsweise zur Entrichtung von Krankenkassen- oder Sozialleistungen, dass sich Leistungserbringende dichotom auf gesund oder krank festlegen müssen. Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation[1] oder das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* DSM-IV der American Psychiatric Association (Sass et al., 1998) geben verbindliche Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert zu bezeichnen ist. Die Symptome müssen je nach lebensgeschichtlicher Lage und soziokulturellem Rahmen eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit und Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder zur Beeinträchtigung des Funktionierens führen (Scharfetter, 2002). Sind die Anzeichen und Symptome nicht ausreichend stark oder anhaltend, um den Kriterien für eine psychische Erkrankung zu entsprechen, wird eher von psychischen Problemen, Beschwerden oder Belastungen gesprochen. In der vorliegenden Publikation werden beispielsweise oft Resultate zur psychischen Belastung dargestellt (vgl. Kapitel 2.2 und Anhang). Diese Ergebnisse beruhen auf Selbsteinschätzungen der Befragten (im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB) zum psychischen Wohlbefinden. Es handelt sich dabei nicht um eine Diagnosestellung einer klinischen Fachperson. Trotzdem kann bei einem Schweregrad von mittel bis stark davon ausgegangen werden, dass das Vorliegen einer psychischen Störung wahrscheinlich ist. Anders ist es bei den Ergebnissen zu Hospitalisationen in Kliniken. Dabei handelt es sich um psychische Störungen, die von klinischen Fachpersonen diagnostiziert wurden.

1.2 Die Bedeutung psychischer Störungen

1.2.1 Verbreitung psychischer Erkrankungen

Wittchen und Jacobi (2005) stellten in ihrer Arbeit fest, dass fast jede zweite Person irgendwann einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt. Aus der aktuellen epidemiologischen Arbeit von Wittchen und Jacobi et al. (2011), in welche Studien aus allen EU-27-Staaten sowie aus der Schweiz, Island und Norwegen einbezogen wurden, geht hervor, dass pro Jahr 38,3% der erweiterten EU-Bevölkerung an einer psychischen Störung erkranken. Dies entspricht etwa 164,7 Millionen Menschen. In Tab. 1.1 findet sich eine Übersicht über einige untersuchte psychische Störungen und ihre Jahresprävalenzen[2]. Die Spaltenüberschrift «Bereich» bezieht sich auf die in den verschiedenen Studien gefundenen minimalen und maximalen Prävalenzwerte. Die «Expertenschätzung» entspricht dem Prävalenzwert, der gemäss der Einschätzung von Expertinnen und Experten am wahrscheinlichsten ist. Am häufigsten sind Angststörungen (14,0%), affektive Störungen (7,8%) – mit 6,9% hauptsächlich Depressionen – somatoforme Störungen (4,9%) und Störungen durch Alkohol (3,4%). Frauen sind, mit Ausnahme von Substanz- und psychotischen Störungen, etwa zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer. Zwischen den Ländern oder den Kulturen wurden, ausser bei den Substanzstörungen, keine substanziellen Unterschiede festgestellt (für spezifische Angaben aus der Schweiz vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Neben Prävalenzangaben wird die Bedeutung von Erkrankungen für eine Bevölkerung oft mittels Quantifizierung der so genannten Krankheitslast beschrieben. Die Krankheitslast (*Burden of Disease*) einer Bevölkerung entspricht der Abweichung des momentanen Gesundheitszustands von der idealen gesundheitlichen Situation (Murray & Lopez, 1996). Masszahl dafür sind die DALYs (*Disability Adjusted Life Years* oder *verlorene gesunde Lebensjahre*), welche die aufgrund von Behinderung oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahre berücksichtigen. Die Krankheitslast psychischer Störungen ist gross: Sie verursachen insgesamt 20,2% der DALYs der EU-27-Staaten, 17,8% bei den Männern und 22,9% bei den Frauen (Wittchen et al., 2011). An erster Stelle steht die Depression, die 7,2% der DALYs hervorruft und damit in Europa bereits heute die Erkrankung mit der höchsten Krankheitslast ist. Die

[1] www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/index.htm (Zugriff am 11.12.2011)

[2] Anteil der erkrankten Individuen in der betrachteten Population innerhalb eines Jahres.

Tab. 1.1 Übersicht über diagnosespezifische 1-Jahres-Prävalenzen in Europa

Diagnose nach DSM-IV	Bereich %	Median %	Expertenschätzung %	Geschätzte Anzahl Betroffener (Mio)	Berücksichtigte Altersgruppen	Verhältnis Frauen: Männer
Demenz	k.A.[1]		5,4	6,3	60+	1,6
Substanzstörungen						
Alkoholabhängigkeit	0,0–9,3	3,4	3,4	14,6	15+	0,3
Psychotische Störungen	0,2–2,6	1,0	1,2	5,0	18+	0,8
Affektive Störungen			7,8			
Major Depression	1,0–10,1	5,7	6,9	30,3	14+	2,3
Bipolare Störung	0,2–1,1	0,7	0,9	3,0	18–65	1,2
Angststörungen			14,0	61,5	14+	2,5
Panikstörung	0,6–3,1	1,2	1,8	7,9	14+	2,5
Agoraphobie	0,1–3,1	1,2	2,0	8,8	14+	3,1
Soziale Phobie	0,6–7,9	2,0	2,3	10,1	14+	2,0
Spezifische Phobien	3,1–11,1	4,9	6,4	22,7	14–65	2,4
Generalisierte Angststörung	0,2–4,3	2,0	1,7–3,4[2]	8,9	14+	2,1
Zwangsstörung	0,1–2,3	0,7	0,7	2,9	18+	1,6
Posttraumatische Belastungsstörung	0,6–6,7	2,3	1,1–2,9[2]	7,7	14+	3,4
Somatoforme Störungen	1,1–11,0	6,3	4,9	20,4	18–65	2,1
Essstörungen						
Anorexia Nervosa (Magersucht)	0,0–0,6	0,1	0,2–0,5[2]	0,8	14–65	4,5
Bulimia Nervosa	0,0–0,9	0,3	0,1–0,9[2]	0,7	14–65	8,0
Persönlichkeitsstörungen						
Borderline-Störung	0,7–0,7	0,7	0,7	2,3	18–65	0,5
Antisoziale Störung	0,6–0,7	0,6	0,6	2,0	18–65	0,2

Quelle: Wittchen & Jacobi et al., 2011 *© Obsan*

[1] Keine Angabe, da es grosse Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen gibt (60–65 Jahre: 0,3–1%; 85+ Jahre: 11,5–31,7%)
[2] Abhängig vom Alter

zweite Position psychischer Erkrankungen nehmen Demenzen ein (3,7%), die dritte Störungen durch Alkohol (3,4%). Für die Frauen gilt dieselbe Rangfolge, bei den Männern stehen Störungen durch Alkohol vor Depressionen und Demenz. In der Schweiz sind – von allen somatischen und psychischen Krankheiten – diejenigen mit der höchsten Krankheitslast die unipolare Depression (10,2%), ischämische Herzkrankheiten (5,7%), Alzheimer und andere Demenzerkrankungen (4,7%), Hörverlust bei Erwachsenen (4,1%), Alkoholabhängigkeit (3,4%) sowie Krebs des Atmungssystems (3,1%).[3]

1.2.2 Entwicklung der Häufigkeiten psychischer Störungen

Schon im 19. Jahrhundert wurde über die «Zunahme des Wahnsinns» diskutiert (Maudsley, 1872). Als mögliche Gründe wurden bereits damals der kommerzielle Wettbewerb und der Erfolgsdruck sowie das schnelle Fahren mit der Eisenbahn herangezogen. Wie im 19. Jahrhundert herrscht heute in der Öffentlichkeit und vor allem in den Medien die Meinung vor, psychische Störungen seien im Zunehmen begriffen. Dafür sprechen vordergründig eine in der Gesellschaft wachsende Auseinandersetzung mit dem Thema, eine Zunahme der IV-Renten aufgrund von psychischen Störungen, der Anstieg von Behandlungen in psychiatrischen Kliniken oder die hohe Anzahl Suizide. Tatsächlich gibt es aber keinen wissenschaftlichen Beleg für diese Annahme. Um die zeitliche Entwicklung zu untersuchen, braucht es Studien, die psychische Störungen wiederholt über einen längeren Zeitraum und mit denselben Messmethoden erheben. Eine der grössten entsprechenden Studien wurde in den USA 1990/1992 und 2001/2003 durchgeführt und konnte keine bedeutende Veränderung in der Häufigkeit psychischer Störungen feststellen (Kessler et al., 2005b). Auch eine Literaturübersicht über 44 Arbeiten konnte keinen eindeutigen Trend erkennen lassen, aus welchem zu schliessen wäre, dass die Prävalenz psychischer Störungen in westlichen Ländern anhaltend zunimmt (Richter et al., 2008). Und genauso wenig fanden Wittchen und Jacobi im Vergleich ihrer Arbeiten von 2005 und 2011 Unterschiede in den

[3] Quelle: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html (Zugriff am 08.12.2011)

Prävalenzraten psychischer Störungen (Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011). Die «gefühlte» Zunahme bildet damit offensichtlich etwas anderes ab, als die tatsächliche Zunahme. Es existiert die These der Psychologisierung oder Psychiatrisierung von Alltagsproblemen (Horwitz & Wakefiled, 2007). Ebenso spielt die demografische Veränderung insbesondere bei Demenzerkrankungen – durch den wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung – eine entscheidende Rolle. Andererseits kann sicher ein Wissenszuwachs in der Bevölkerung und bei Fachpersonen festgestellt werden, der mit einer besseren Erkennung der psychischen Störungen, mit einer gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz und mit einer grösseren Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen einhergeht. Trotz allem bleiben noch immer viele psychische Störungen – etwa zwei Drittel – unbehandelt (Wittchen et al., 2011).

1.2.3 Folgen psychischer Störungen für das Individuum und für die Gesellschaft

Unter Abschnitt 1.2.1 wurde schon darauf hingewiesen, dass psychische Störungen eine erhebliche Krankheitslast mit sich bringen können. Die Lebensqualität psychisch Kranker ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen deutlich geringer. Erfahrungen von Leiden und Machtlosigkeit, Perspektivlosigkeit, das Erleben von Stigmatisierung und Diskriminierung, Gefühle von Kompetenz, Autonomie und Nützlichkeit und vor allem das Ernst-Genommen-Werden durch Fachpersonen sind zentrale emotionale Faktoren für die erfahrene Lebensqualität. Objektive Lebensumstände wie Einkommen, Wohn- und Arbeitssituation hängen dagegen weniger stark mit der subjektiven Lebensqualität zusammen (Baer et al., 2003; Barry, 1997).

Psychische Störungen haben insofern häufig schwere Folgen, als dass sie sich nicht selten auf alle Lebensbereiche auswirken. Oft ist beispielsweise die Arbeitstätigkeit betroffen, was sich in einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit oder in Fehlzeiten äussern kann (OECD, 2012; vgl. Unterkapitel 5.1). Betroffene haben oft Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Zum anderen erschwert Stigmatisierung die berufliche Wiedereingliederung.

Eine Befragung von kleineren und mittleren Unternehmen im Kanton Basel-Landschaft kam zum Ergebnis, dass die meisten Unternehmen eher eine unzuverlässige gesunde Person anstellen würden als Bewerbende mit chronischen körperlichen Krankheiten und als Personen mit psychischen Störungen, die als Letzte angestellt werden würden (Baer, 2007). Psychische Störungen sind ausserdem die häufigste Ursache für Invalidität. Der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Störungen ist in den letzten zehn Jahren um etwa 20% gestiegen (vgl. Unterkapitel 5.2). Und sie sind im Weiteren die Hauptursache für Suizide, die mit etwa 1100 Fällen[4] pro Jahr alles andere als selten sind (vgl. Unterkapitel 5.3).

Neben dem Leid, das psychische Störungen für die Direktbetroffenen mit sich bringen können, führen sie auch häufig zu einer starken Belastung der Angehörigen. Eltern, Geschwister oder Kinder psychisch kranker Personen sind psychisch unausgeglichener, verfügen über eine schlechtere Gesundheit, gehen öfter zur Ärztin/zum Arzt und sind häufiger in somatischen Spitälern hospitalisiert (Baer & Cahn, 2009). Auf gesellschaftlicher Ebene sind auch die finanziellen Auswirkungen zu nennen. Neben den direkten Kosten, welche durch Behandlungen psychischer Störungen entstehen, sind insbesondere die indirekten Kosten, die z.B. durch Produktivitätseinbussen oder Arbeitsabsenzen anfallen, von grosser Bedeutung (vgl. Unterkapitel 5.4).

1.3 Gesundheitspolitik

1.3.1 Internationale Policies im Bereich psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit wurde in der Gesundheitspolitik weltweit lange Zeit vernachlässigt. Mittlerweile machen Erkenntnisse aus der Gesundheitspsychologie sowie der Psycho- und Sozialtherapie deutlich, dass die psychische Gesundheit nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gesellschaft existentiell und von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital ist. Die Feststellung der WHO «Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit» ist heute breit akzeptiert und wurde anlässlich der europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz *Psychische Gesundheit* in Helsinki 2005 auch in der *Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit* festgehalten (WHO Europa, 2005). Ausserdem stimmten die Mitgliedstaaten unter dem Leitsatz «Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen» einem Aktionsplan mit 12 Etappenzielen für die Jahre 2005 bis 2010 zu (WHO Europa, 2006). Die Herausforderungen bestehen in der Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung einer Politik und einer Gesetzgebung, die Angebote im Bereich psychischer Gesundheit hervorbringen, durch die

[4] Exkl. assistierte Suizide; inkl. assistierte Suizide: ca. 1300 (vgl. Unterkapitel 5.3)

das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung verbessert, psychische Gesundheitsprobleme verhütet und die Integration und das Wirken von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gefördert werden können. Gemäss Aktionsplan gilt es,

1. das Bewusstsein von der Bedeutung psychischen Wohlbefindens zu fördern,
2. gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichbehandlung vorzugehen,
3. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu implementieren,
4. kompetente und leistungsfähige Mitarbeitende einzusetzen und
5. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden/Angehörigen in Planung und Entwicklung einzubeziehen.

In der Folge wurden unterschiedliche Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit auf EU-Ebene initiiert, u.a. wurde anlässlich der hochrangigen EU-Konferenz *Gemeinsam für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden* 2008 in Brüssel der *Europäische Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden* (EU-Konferenz, 2008) gegründet, der als verbindlich für alle 27 EU-Staaten gilt. Darin werden Massnahmen in fünf Schlüsselbereichen gefordert:

1. Vorbeugung von Depression und Selbstmord
2. Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung
3. Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz
4. Psychische Gesundheit älterer Menschen
5. Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung

Weiterführende Information

Europäischen Kommission zu psychischer Gesundheit: http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_en.htm (Zugriff am 28.11.2011)

1.3.2 Massnahmen auf nationaler Ebene

Bereits vor der WHO-Konferenz von 2005 in Helsinki haben Bund und Kantone im Jahr 2000 die gesundheitspolitische sowie volkswirtschaftliche Bedeutung der psychischen Gesundheit erkannt und im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik einen Entwurf für eine *Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung der Schweiz* erarbeitet (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz & Lehmann, 2004). Zudem wurden die Ergebnisse einer breiten Konsultationsrunde in einem Bericht zusammengestellt (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz & Ricka, 2004). Die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verstehen den entwickelten Strategie-Entwurf und die Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse als «Referenzrahmen». Die Kantone, der Bund und private Institutionen können daraus Umsetzungsprojekte von nationaler Bedeutung ableiten und verwirklichen. 2005 wurde im gesundheitspolitischen Dialog von Bund und Kantonen entschieden, die psychische Gesundheit auf nationaler Ebene als gemeinsames Thema beizubehalten und einen regelmässigen Austausch über die aktuellen Entwicklungen zu organisieren.

Im Weiteren initiierte der Dialog Nationale Gesundheitspolitik das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), das seine Arbeit 2001 u.a. mit einem Kompetenzbereich *Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung* aufnahm. Seither beobachtet und analysiert das Obsan die wichtigsten Fakten zur Situation und Entwicklung der psychischen Gesundheit, der psychischen Erkrankungen und deren Behandlung durch das Versorgungssystem in der Schweiz. Im Vordergrund stehen dabei Analysen im Bereich der Epidemiologie und der Versorgung. In zweiter Linie werden auch die psychische Gesundheit und die Folgen psychischer Erkrankungen für das Versorgungssystem der Schweiz untersucht.

Zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depression und Suizidalität hat das BAG die von Deutschland lizenzierten Materialien *Bündnis gegen Depression* für die ganze Schweiz erworben und gibt diese kostenlos an regionale Bündnisanbieter weiter. Dies nachdem der Kanton Zug das Aktionsprogramm in den Jahren 2003–2005 erfolgreich eingeführt und gezeigt hat, dass das Modell mit leichten Anpassungen auf die Schweiz übertragen werden kann. Bisher haben die Kantone Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden, Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Luzern, Solothurn, St. Gallen, Thurgau und Zug das Programm für ihre

Bevölkerung eingeführt. Weitere Kantone zeigen sich interessiert. Aufgrund des grossen Interesses liess das BAG die Informationsmaterialien an die spezifischen kulturellen Bedürfnisse der ausländischen Bevölkerung anpassen und in verschiedene Sprachen übersetzen.

Im März 2011 hat das Parlament das Bundesgesetz über die Psychologieberufe verabschiedet. Ziel des Psychologieberufegesetzes ist es, den Schutz der psychischen Gesundheit zu verbessern und Personen, die psychologische Dienstleitungen in Anspruch nehmen, zu schützen. Das Gesetz führt zu diesem Zweck geschützte Berufsbezeichnungen ein, schafft mit eidgenössischen Weiterbildungstiteln ein Qualitätslabel und regelt die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Inkraftsetzung des Gesetzes ist auf den 1. Januar 2013 geplant.

Der Bund setzt sich mittel- und langfristig für verbesserte gesetzliche Grundlagen ein. Der Entwurf des Bundesgesetzes für Prävention und Gesundheitsförderung, welches auch für die Prävention psychischer Krankheiten und die Förderung psychischer Gesundheit gelten soll, wurde am 28. September 2009 ans Parlament überwiesen. Nachdem der Ständerat nicht auf die Vorlage eingetreten ist, geht das Geschäft zurück an den Nationalrat (Stand Dezember 2011). Das Gesetz hat zum Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz zu stärken und will insbesondere bei organisatorischen und strukturellen Schwachpunkten ansetzen.

Die Arbeitsgruppe *Spitalplanung* der GDK hat 2008 einen Leitfaden für die kantonale Psychiatrieplanung publiziert (GDK, 2008) und begleitet dessen Umsetzung mit regelmässigen Fachveranstaltungen.

Der Bund (BAG, SECO, BSV), die GDK sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz bauen gemeinsam als Trägerorganisationen ein *Netzwerk Psychische Gesundheit* auf. Das Netzwerk soll die Vernetzung, den Wissensaustausch und das Schnittstellenmanagement zwischen möglichst vielen Akteuren und Massnahmen in den Bereichen psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung verbessern. Zur Verwirklichung wird per Dezember 2011 eine bei der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz angesiedelte Koordinationsstelle geschaffen.

Weiterführende Information

Dialog Nationale Gesundheitspolitik, Psychische Gesundheit: www.nationalegesundheit.ch/de/projekte/psychische-gesundheit/index.html (Zugriff am 30.11.2011)

BAG, Psychische Gesundheit: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de (Zugriff am 30.11.2011)

BAG, Psychologieberufegesetz: www.bag.admin.ch/themen/berufe/00994/index.html?lang=de (Zugriff am 30.11.2011)

BAG, Präventionsgesetz: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de (Zugriff am 07.12.2011)

GDK, Psychiatrieplanung: www.gdk-cds.ch/index.php?id=615 (Zugriff am 30.11.2011)

Obsan, Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/02/04.html (Zugriff am 30.11.2011)

GDK, Netzwerk Psychische Gesundheit: www.gdk-cds.ch/index.php?id=877 (Zugriff am 07.12.2011)

1.3.3 Massnahmen auf kantonaler Ebene

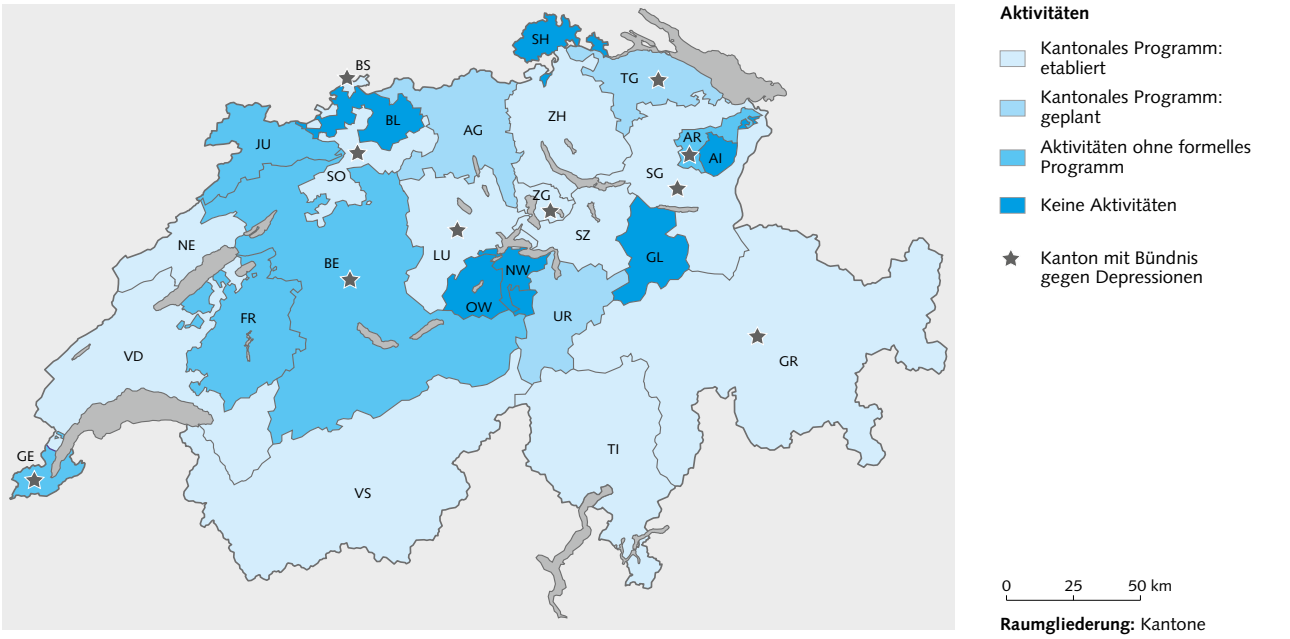
Mittlerweile haben verschiedene Kantone Programme zum Schutz und zur Förderung psychischer Gesundheit lanciert. Eine Übersicht über die aktuellen Strategien und Programme gibt die Publikation *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik.* In einem ersten Band werden die Gesundheitspolitiken von Kantonen und Bund analysiert (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz et al., 2006a). Im zweiten Band geben dann zehn Porträts Einblick in die Vielfalt der kantonalen Aktivitäten (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz et al., 2006b). Im Bereich psychische Gesundheit sind es in erster Linie Projekte zu Suchtprävention und Stressbewältigung.

In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden, Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Solothurn, St. Gallen und Thurgau laufen zurzeit *Bündnisse gegen Depression* zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depression und Suizidalität. Andere Kantone zeigen sich interessiert. Die Kantone Zug und Luzern haben im Anschluss an ihre Bündnisse je ein erweitertes Programm zur psychischen Gesundheit gestartet. Abb. 1.2 gibt einen Überblick über weitere Kantone, die kantonale Programme im Bereich psychische Gesundheit implementiert oder geplant haben, und über Kantone, die Aktivitäten ohne formelle Programme durchführen. Die Ergebnisse stammen aus einer Befragung der Kantone und es gilt zu beachten, dass die Kantone ihre Programme/Aktivitäten teilweise unterschiedlich bewerten.

Weiterführende Information

BAG, Bündnisse gegen Depression in den Kantonen: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/ 04120/index.html?lang=de (Zugriff am 30.11.2011)

Kantonale Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit, 2011 **Abb. 1.2**



Quelle: VBGF 2011

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

1.4 Dritte Auflage des Monitorings

Die vorliegende Version des Monitorings *Psychische Gesundheit in der Schweiz* lehnt sich in Struktur und Indikatorenwahl an die beiden Vorläufer von 2003 (Rüesch & Manzoni) und 2007 (Schuler et al.) an. Trotzdem gibt es – nicht zuletzt wegen nicht mehr oder neu verfügbaren Indikatoren – einige Änderungen. Der Bericht strukturiert sich wie folgt:

- Im Kapitel 2 zum *psychischen Gesundheitszustand* wird auf Kraft, Energie und Optimismus als einem der Bereiche der positiven psychischen Gesundheit wie auch auf psychische Belastung, Depressivität und Komorbidität eingegangen.
- Kapitel 3 *Schutz- und Risikofaktoren* behandelt Zufriedenheit, Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung und kritische Lebensereignisse als mit der psychischen Gesundheit zusammenhängende Faktoren, die diese positiv wie auch negativ beeinflussen können.
- Die *Inanspruchnahme* von Behandlungen unterschiedlicher Leistungserbringer (Praxen, ambulante/teilstationäre Einrichtungen, sozialmedizinische Institutionen und Kliniken) durch Personen mit psychischen Beschwerden ist Thema des Kapitels 4.
- In Kapitel 5 wird auf einige im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wichtige Themen wie *Arbeit* und *IV-Renten*, *Suizid* und *Kosten* des Psychiatriebereichs eingegangen. Ausserdem umfasst das Kapitel einen Exkurs zu *sozialer Ungleichheit* und psychischer Gesundheit

Wo möglich werden die Kapitel mit Ergebnissen zu Betagten in Institutionen ergänzt. Diese finden sich jeweils in grau hinterlegten Kästen am Ende der Kapitel. Der Anhang enthält Ausführungen zur Operationalisierung der verwendeten Indikatoren aus Erhebungen.

Die Datengrundlage wurde im Vergleich zu den Vorläuferversionen erweitert (Tab. 1.2). Das Zusammenbringen verschiedener Datenquellen erlaubt eine umfassende Sicht auf die Problematik der psychischen Gesundheit und Krankheit in der Schweiz. Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtung der Datenbanken sind diese untereinander jedoch nicht direkt vergleichbar. Vergleiche sind somit nur innerhalb der einzelnen Datenquellen möglich. Aufgrund von Veränderungen in der Datenerhebung sowie angesichts neu umgesetzter Definitionen sind Vergleiche der Ergebnisse mit denjenigen aus den Vorläuferversionen z.T. nur begrenzt möglich. In entsprechenden Fällen wird explizit darauf hingewiesen.

Für die Auswertungen wurden jeweils die neuesten verfügbaren Daten verwendet. Wo immer sinnvoll und möglich, werden die Ergebnisse auch im zeitlichen Vergleich präsentiert. Der Tab. 1.2 ist zu entnehmen, welche Erhebungsjahre der entsprechenden Datenquelle pro Indikator berücksichtigt wurden.

Tab. 1.2 Übersicht über die Indikatoren und die ihnen zugrunde liegenden Datenbanken

Indikatoren	Datenquelle	Erhebungsjahre	Institution
2 Psychischer Gesundheitszustand			
2.1 Kraft, Energie und Optimismus	Schweizer Haushalt-Panel SHP	2000, 2004, 2009	FORS
2.2 Psychische Belastung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2007	BFS
2.3 Depression und Depressivität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2002, 2007	BFS
2.4 Komorbidität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2007	BFS
Psychischer Gesundheitszustand von Betagten	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen EGBI	2008/2009	BFS
3 Schutz- und Risikofaktoren			
3.1 Zufriedenheit	Schweizer Haushalt-Panel SHP	2000, 2004, 2009	FORS
3.2 Kontrollüberzeugung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	1992, 1997, 2002, 2007	BFS
3.3 Soziale Unterstützung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	1997, 2002, 2007	BFS
3.4 Kritische Lebensereignisse	Schweizer Haushalt-Panel SHP	2009	FORS
Soziale Kontakte von Betagten	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen EGBI	2008/2009	BFS
4 Inanspruchnahme			
4.1 Inanspruchnahme generell und Medikamenteneinnahme	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB Schweizerischer Diagnose Index SDI	1997, 2002, 2007 2010	BFS IMS Health
4.2 Inanspruchnahme: Praxen	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB Schweizerischer Diagnose Index SDI Sentinella Datenpool santésuisse	2007 2010 2008/2009 2006–2010	BFS IMS Health BFS santésuisse
4.3 Inanspruchnahme: Ambulante/ teilstationäre psychiatrische Einrichtungen	Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen der Schweiz	2006	Obsan
4.4 Inanspruchnahme: Sozialmedizinische Institutionen	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED	2006–2009	BFS
4.5 Inanspruchnahme: Kliniken	Medizinische Statistik der Krankenhäuser	2002–2009	BFS
Inanspruchnahme von Betagten	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen EGBI	2008/2009	BFS
5 Spezifische Themenfelder			
5.1 Arbeit und psychische Gesundheit	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB European Working Condition Survey EWCS Schweizer Haushalt-Panel SHP	2002, 2007 2005 2002, 2004, 2009	BFS Eurofound FORS
5.2 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen	IV-Statistik	2000–2010	BSV
5.3 Suizid	Todesursachen-Statistik TUS European health for all database HFA-DB	1990–2009 2006–2009	BFS WHO
5.4 Kosten psychischer Störungen	Datenpool santésuisse	2006–2010	santésuisse
Exkurs: Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit	Schweizer Haushalt-Panel SHP Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB European Working Condition Survey EWCS	2009 2007 2005	FORS BFS Eurofound

© Obsan

1.5 Datengrundlage

Das Monitoring basiert grösstenteils auf bereits existierenden Datenbeständen, die periodisch aktualisiert werden. Die Daten stammen aus Befragungen (Stichproben) sowie aus Registern (Vollerhebungen). Die Daten von Befragungen wurden für die Berechnungen jeweils gewichtet. Jeder Bestand bildet jeweils nur Teilaspekte des Problembereichs ab und weist spezifische Einschränkungen auf. Im Anschluss folgt eine kurze Beschreibung der verwendeten Datenbanken mit Hinweisen auf besondere Beschränkungen.

1.5.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB

Kurzbeschreibung:	Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand und dessen Bestimmungsfaktoren, zu Krankheitsfolgen, zu Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu den Versicherungsverhältnissen der schweizerischen Wohnbevölkerung
Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit:	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Erhebungsart:	Stichprobenerhebung in Privathaushalten, Zufallsauswahl erfolgt anhand des elektronischen Telefonbuches der Schweiz. Die Erhebung besteht aus zwei Teilen: 1. telefonisches Interview 2. schriftlicher Fragebogen. 75-jährige und ältere Personen können zwischen telefonischer und persönlicher Befragung wählen.
Regionalisierungsgrad:	Grossregionen, z.T. Kantone (für Kantone mit aufgestockten Stichproben)
Periodizität:	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Nächste Befragung: 2012.
Website:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html (Zugriff am 01.12.2011)

Aufgrund ihres weiten Themenspektrums und der nationalen Repräsentativität stellt die SGB für die Schweiz eine bedeutende Datenquelle im Bereich Gesundheit dar. Viele Themen werden einzig durch diese Erhebung abgedeckt. Als repräsentative Bevölkerungsbefragung erlaubt die SGB Aussagen über die Gesamtbevölkerung – d.h. über mehr oder weniger gesunde Personen – und nicht nur über Patientinnen und Patienten. Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu weiteren gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen und Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- sie auf Selbstangaben beruhen, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- es sich um eine Stichprobenerhebung in Privathaushaltungen handelt. Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen werden nicht befragt. Es gibt daher einen gewissen Selektionseffekt in Richtung der gesünderen Personen.
- kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen; insbesondere auch Personen mit depressiven Symptomen oder anderen psychischen Problemen. Das hat einen weiteren Selektionseffekt in Richtung der gesunden Personen zur Folge, den es gerade bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen gilt.
- die Befragung nur in Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt wurde. Dadurch sind Personen mit Migrationshintergrund, die über ungenügende Sprachkenntnisse verfügen, unzureichend vertreten.
- die publizierten Daten nach der Grundgesamtheit der ständig in der Schweiz lebenden Personen (im Alter ab 15 Jahren) gewichtet sind. Bei Resultaten, die auf kleinen Häufigkeiten beruhen, wird der Zufallsfehler daher schnell gross.

1.5.2 Schweizer Haushalt-Panel SHP

Kurzbeschreibung:	Daten zu Lebensumständen, Lebensform, Arbeit, Freizeit, Gesundheit sowie Einstellungen und Werten. Hauptziel des SHP ist die Beobachtung des sozialen Wandels und insbesondere der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz.
Datenproduzent:	Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften FORS
Gesamtheit und Einheit:	Ständige Wohnbevölkerung ab 14 Jahren
Erhebungsart:	Telefonische Befragung in Privathaushalten in Form einer Panelbefragung (Längsschnittbefragung). Die Erhebung besteht aus einem Haushalts- und einem individuellen Fragebogen. Stellvertretend für alle Haushaltsmitglieder unter 14 Jahren und jene Personen, die nicht befragt werden können, beantwortet eine Referenzperson den «Proxy»-Fragebogen.
Regionalisierungsgrad:	Grossregionen
Periodizität:	Jährlich, seit 1999
Website:	www.swisspanel.ch/?lang=de (Zugriff am 01.12.2011)

Das SHP ist zwar keine eigentliche Gesundheitsbefragung, trotzdem enthält es einige Fragen zu Gesundheit – gerade auch zur psychischen und sozialen Gesundheit –, welche in der SGB nicht abgedeckt werden. Da ein weites Spektrum von Lebensbereichen abgefragt wird, können die verschiedenen Variablen auch zueinander in Bezug gesetzt werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- es sich um Selbstangaben handelt, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- ein gewisser Stichprobenfehler in Form einer selektiven Panelmortalität möglich ist.
- aufgrund von Änderungen oder Kürzungen des Fragebogens die Aussagekraft von zeitlichen Vergleichen eingeschränkt sein kann.
- es sich um eine Stichprobenerhebung in Privathaushaltungen handelt. Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen werden nicht befragt. Es gibt daher einen gewissen Selektionseffekt in Richtung der gesünderen Personen.
- kranke Personen eventuell nicht bereit oder fähig sind, am telefonischen Interview teilzunehmen. Für diese Personen gibt eine andere Person des Haushalts stellvertretend Auskunft zu bestimmten Fragen. Es gibt einen Selektionseffekt in Richtung der gesunden Personen, der bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen ist. Bei Panelbefragungen ist zudem zu berücksichtigen, dass Teilnehmende mit gesundheitlichen Problemen vermehrt aus der Erhebung aussteigen oder unregelmässig daran teilnehmen als gesunde Teilnehmende.
- die Befragung nur in Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt wurde. Dadurch sind Personen mit Migrationshintergrund, die über ungenügende Sprachkenntnisse verfügen, unzureichend vertreten.

1.5.3 Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Kurzbeschreibung:	Erfassung aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Es werden sowohl soziodemografische Informationen als auch administrative Daten (z.B. Versicherungsart) und medizinische Informationen der Patientinnen/Patienten erhoben.
Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit:	Krankenhäuser
Erhebungsart:	Vollerhebung
Regionalisierungsgrad:	ca. 600 MedStat Regionen
Periodizität:	Jährlich, seit 1998
Website:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html (Zugriff am 01.12.2011)

Da in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser alle Patientinnen und Patienten, die in der Schweiz in einem Spital stationär behandelt wurden, erfasst sind, ergeben die Daten auch ein genaues Bild der stationär behandelten psychischen Erkrankungen in Kliniken der Schweiz.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- die Daten die Inanspruchnahme abbilden und nicht die Nachfrage oder Morbidität.
- die Erfassung der Psychiatrie-Zusatzdaten für die Krankenhäuser fakultativ ist. Es beteiligen sich nicht alle Kantone und psychiatrischen Einrichtungen. Im Jahr 2004 lieferten etwa 80% der psychiatrischen Kliniken die Psychiatrie-Zusatzdaten.

Die Medizinische Statistik schliesst neben den stationären auch die teilstationären Behandlungen ein. Allerdings wurden letztere bislang nicht einheitlich und vollständig erfasst. Die Datenerhebung im ambulanten Spitalbereich ist nicht obligatorisch. Die Daten sind nicht zuverlässig und werden deshalb nicht verwendet.

1.5.4 Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED

Kurzbeschreibung:	Erhebung von administrativen und betrieblichen Daten: Beschreibung der Infrastruktur, erbrachte Leistungen, betreute Klientinnen/Klienten, Personal
Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit:	Alters- und Pflegeheime Institutionen für Behinderte und für Suchtkranke Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen
Erhebungsart:	Vollerhebung
Regionalisierungsgrad:	Kantone
Periodizität:	Jährlich, seit 1997
Website:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ssmi/01.html (Zugriff am 01.12.2011)

Im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit ist folgende Einschränkung zu beachten:

- Es werden keine ICD-10 Diagnosen erhoben und die psychischen Behinderungen werden nicht weiter differenziert.

1.5.5 IV-Statistik

Kurzbeschreibung:	Daten zu den Finanzen der IV und zu den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern (aufgeschlüsselt nach verschiedenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Gebrechen, Kanton)
Datenproduzent:	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1
Gesamtheit und Einheit:	Personen mit Leistungen der Invalidenversicherung
Erhebungsart:	Administrativdaten
Regionalisierungsgrad:	Kantone
Periodizität:	Jährlich, seit 1983
Website:	www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/ (Zugriff am 01.12.2011)

Für den vorliegenden Bericht ist die IV-Statistik insofern interessant, als psychisch bedingte Invaliditätsursachen differenziert werden können. Diesbezüglich muss jedoch Folgendes beachtet werden:

- Die von der IV verwendete Klassifikation der verschiedenen psychischen Störungen ist nicht vergleichbar mit den Kategorien anerkannter psychiatrischer Diagnostik wie der ICD-10 (WHO, 1994) oder des DSM-IV (Sass et al., 1998). In der IV-Statistik werden die psychischen Störungen zu den vier folgenden Gruppen zusammengefasst (und können nicht nach einzelnen Krankheitsbildern aufgeschlüsselt werden):
  1. schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen
  2. neurotische Störungen und andere als «psychogen» oder «milieureaktiv» bezeichnete Leiden
  3. Abhängigkeitsstörungen (Alkoholismus und andere Süchte)
  4. geistige Behinderungen und andere kognitive Beeinträchtigungen
- Besonders der IV-Code 646 *Neurotische Störungen und andere als «psychogen» oder «milieureaktiv» bezeichnete Leiden* scheint zu wenig klar definiert und läuft Gefahr, unterschiedliche schwer diagnostizierbare Störungen zu vereinen.
- Abhängigkeitserkrankungen werden von der Invalidenversicherung nicht als alleiniger Grund für eine IV-Berentung akzeptiert. Es ist eine sekundäre psychische oder somatische Diagnose erforderlich. Dies kann zur Folge haben, dass Abhängigkeitserkrankungen in den IV-Daten tendenziell unterschätzt werden oder dass Personen mit Abhängigkeitsstörungen im IV-Abklärungsprozess eher eine Zweitdiagnose erhalten.

1.5.6 Statistik der Todesursachen und Totgeburten

Kurzbeschreibung:	Erhebung der Todesursachen (ICD-10 Code) nach Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz) und Staatsangehörigkeit
Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit:	Verstorbene Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung
Erhebungsart:	Vollerhebung, basierend auf den Angaben der Zivilstandsämter und der die Todesfälle meldenden Ärztinnen/Ärzte
Regionalisierungsgrad:	Gemeinden
Periodizität:	Jährlich, seit 1876
Website:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/cod/02.html (Zugriff am 01.12.2011)

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- Änderungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) etwa alle 10 bis 20 Jahre erfolgen und Brüche in den Zeitreihen verursachen.
- die Todesursachen der im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz selten bekannt sind.

1.5.7 Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen EGBI

Kurzbeschreibung:	Daten zu den Themen Gesundheit, Krankheiten, medizinische Versorgung, Pflegebedarf, soziale Ressourcen und allgemeine Lebensbedingungen von Personen, die langfristig in einer sozialmedizinischen Einrichtung für Betagte leben
Datenproduzent:	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit:	Betagte Personen über 65, die seit mindestens 30 Tagen in einer sozial-medizinischen Einrichtung leben
Erhebungsart:	Stichprobenerhebung in Alters- und Pflegeheimen, bestehend aus zwei Teilen: 1) persönliches Interview Bewohner/in, 2) schriftliche Befragung des Pflegepersonals. Für die Personen, die nicht selbst interviewt werden konnten, wurde ein erweiterter Fragebogen vom Pflegepersonal ausgefüllt.
Regionalisierungsgrad:	Grossregionen
Periodizität:	Bisherige Erhebung: 2008/2009
Website:	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/esai/01.html (Zugriff am 01.12.2011)

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- es sich bei den Angaben aus den persönlichen Interviews um Selbsteinschätzungen handelt, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- die Angaben des Pflegefachpersonals für Personen, die nicht selbst interviewt werden konnten, ebenfalls mit Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergehen können.
- die Daten – aufgrund von Schwierigkeiten bei der Datenerhebung – nur eingeschränkt repräsentativ sind für die Gesamtpopulation der betagten Personen in der Schweiz, die in Alters- und Pflegeheimen leben.

1.5.8 Schweizerischer Diagnose Index SDI

Kurzbeschreibung:	Daten zu den von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gestellten Diagnosen und Verordnungen
Datenproduzent:	IMS Health GmbH
Gesamtheit und Einheit:	In der Schweiz niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
Erhebungsart:	Teilerhebung, bezogen auf die in der Schweiz niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte. Rotierende, geschichtete Stichprobe. Quotiert nach fünf Regionen und acht Facharztgruppen. Erhebungsinstrument: Standardisiertes Tagebuch
Regionalisierungsgrad:	Sprachregionen
Periodizität:	Quartalsweise, seit 1990
Website:	www.imshealth.ch (Zugriff am 01.12.2011)

Es gilt folgende Einschränkungen zu beachten:

- Es handelt sich um eine relativ kleine Stichprobenerhebung, die hochgerechnet wird.
- Es gibt gewisse Zweifel an der wissenschaftlichen Genauigkeit, da es sich in erster Linie um Daten zur Marktbeobachtung und zu Marketingzwecken handelt.

1.5.9 Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen der Schweiz

Kurzbeschreibung:	Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Institutionen der Schweiz
Datenproduzent:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan
Gesamtheit und Einheit:	Ambulante/teilstationäre psychiatrische Einrichtungen der Schweiz
Erhebungsart:	Inventar
Regionalisierungsgrad:	Kantone
Periodizität:	2006, eine Aktualisierung ist in Abklärung
Website:	www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/07/10/03.html (Zugriff am 01.12.2011)

Angesichts des Mangels an ambulanten Daten hat das Obsan 2006 ein Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Institutionen der Schweiz in Auftrag gegeben. Das Inventar definiert ambulante/teilstationäre psychiatrische Einrichtungen als Organisationen,

1. die Personen behandeln, die an psychischen Störungen leiden,
2. die als Tageseinrichtung geführt werden – ausser in Notfällen oder in Krisensituationen,
3. die keine Privatpraxen sind,
4. die – zumindest teilweise – einen öffentlichen Leistungsauftrag erfüllen,
5. deren Leistungen – oder zumindest ein Teil davon – von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und/oder der Krankenzusatzversicherung (VVG) übernommen werden (also keine Institution, die nur von privaten Beiträgen oder ausschliesslich von der IV finanziert wird),
6. die von einer Ärztin/einem Arzt geleitet werden (medizinische und keine rein sozialen, sozialmedizinischen oder medizinisch-pädagogischen Institutionen).

Für die hierarchische Organisation der Einrichtungen wurden drei Ebenen definiert: Die *Institution* als höchste Ebene entspricht der Verwaltung der Psychiatrie einer Region, der *Dienst* repräsentiert eine Zwischenebene bei komplexen Strukturen und die *Abteilung* entspricht der Ebene, auf welcher die Leistungen erbracht werden.

Zusammen mit der Erarbeitung der Bestandsaufnahme wurden auch Versorgungszahlen der Einrichtungen erhoben. Es wird zurzeit abgeklärt, ob und gegebenenfalls wann das Inventar aktualisiert werden soll.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- das Inventar nicht ganz vollständig ist (Auskunft freiwillig, keine gesetzliche Grundlage).
- die Indikatoren teilweise wenig präzise definiert wurden.

1.5.10 Datenpool santésuisse (Daten der beim Datenpool angeschlossenen Krankenversicherer)

Kurzbeschreibung:	Aggregierte Daten von rund 98% aller Versicherter; ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung
Datenproduzent:	SASIS AG
Gesamtheit und Einheit:	Krankenversicherer
Erhebungsart:	Administrativdaten (Teilerhebung anerkannter Krankenversicherer)
Regionalisierungsgrad:	Kantone
Periodizität:	Monatlich, seit 1998
Website:	www.sasis.ch/de/472 (Zugriff am 01.12.2011)

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- nur Angaben von Behandlungen erfasst werden, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

1.5.11 Sentinella – Überwachung ausgewählter Krankheiten in der Hausarztmedizin

Kurzbeschreibung:	Erhebung von Daten zu übertragbaren und anderen akuten Erkrankungen (z.B. Influenzaverdacht, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis). Ausserdem werden periodisch Daten zu weiteren Krankheiten und Meldethemen erhoben.
Datenproduzent:	Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Meldesysteme
Gesamtheit und Einheit:	Praxen der hausärztlichen Primärversorgung
Erhebungsart:	Semi-repräsentative Auswahl freiwillig teilnehmender Ärztinnen/Ärzte der hausärztlichen Primärversorgung (rund 200 Praxen). Erhebungsinstrument: schriftlicher oder Online-Fragebogen
Regionalisierungsgrad:	Grossregionen
Periodizität:	Wöchentlich, seit 1986; bei Spezialthemen beschränkt sich die Erhebungsdauer auf 1–2 Jahre
Website:	www.sentinella.ch (Zugriff am 01.12.2011)

Nebst den kontinuierlich überwachten Erkrankungen werden für eine Erhebungsdauer von jeweils 1–2 Jahren wiederholt Daten zu weiteren Themen (z.B. Adipositas und Essstörungen, häusliche Gewalt) erhoben. So wurden in den Jahren 2008/2009 einige Fragen zur Depression in den Meldebogen aufgenommen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu den Depressionen gilt es zu beachten, dass

- schwache Depressionen, bei welchen keine ärztlichen Interventionen stattfanden, nicht erhoben wurden, da deren Meldung von den Ärztinnen/Ärzten als zu aufwändig eingeschätzt wurde.
- unterschiedliche persönliche Interessen, individuelles Depressions-Bewusstsein der Ärztinnen und Ärzte sowie unterschiedliche Praxisausrichtungen die Meldequalität beeinflusst haben könnten.

1.5.12 European Working Conditions Surveys EWCS

Kurzbeschreibung:	Erhebung von Daten zu folgenden Themen: Beschäftigungsstatus, Arbeitszeit und -organisation, Aus- und Weiterbildung, physische/psychosoziale Risikofaktoren, Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Mitarbeiterbeteiligung, Verdienst und finanzielle Sicherheit sowie Arbeit und Gesundheit
Datenproduzent:	Eurofound (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen)
Gesamtheit und Einheit:	Erwerbstätige ab 15 Jahren (Arbeitnehmer/innen und Selbständige) in europäischen Ländern
Erhebungsart:	Stichprobenerhebung bei Erwerbstätigen. Erhebungsinstrument: Telefonische Befragung
Regionalisierungsgrad:	Schweiz
Periodizität:	Alle 5 Jahre, seit 1990 (Teilnahme Schweiz: 2005, 2010)
Website:	www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm (Zugriff am 01.12.2011)

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- es sich um Selbstangaben handelt, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- die Befragung nur in Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt wurde. Dadurch sind Personen mit Migrationshintergrund, die über ungenügende Sprachkenntnisse verfügen, unzureichend vertreten.

2 Psychischer Gesundheitszustand

Im einleitenden Kapitel (vgl. Kapitel 1) wurde die psychische Gesundheit auf theoretischer Ebene als Teil der allgemeinen Gesundheit mit ihren positiven sowie negativen Aspekten und aus patho- und salutogenetischer Perspektive bereits erläutert. Im vorliegenden Kapitel werden Resultate zum psychischen Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung vorgestellt. Die salutogenetische Perspektive wird mit Ergebnissen zum positiven psychischen Zustand *Kraft, Energie und Optimismus* (2.1) lediglich gestreift, anschliessend stehen die *psychische Belastung* im Allgemeinen (2.2) und *Depression und Depressivität* im Speziellen im Fokus (2.3). Das Unterkapitel 2.4 widmet sich der *Komorbidität*, also dem gleichzeitigen Vorliegen von mehr als einer Krankheit. Im Kapitel findet sich ausserdem ein grau hinterlegter Kasten zum *psychischen Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen* mit spezieller Gewichtung der Depression.

2.1 Kraft, Energie und Optimismus

Rund 74% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich (sehr) häufig voller Kraft, Energie und Optimismus. Männer und junge Personen erleben dieses Gefühl häufiger als Frauen und Ältere. Zwischen 2004 und 2009 hat der Anteil an Personen, die sich sehr häufig kraft- und energievoll fühlen, deutlich abgenommen. Es lassen sich klare regionale Unterschiede erkennen.

Psychologie und Psychotherapie werden meist mit psychischen Störungen und deren Behandlung in Verbindung gebracht. Neben dieser eher defizitorientierten Seite der Psychologie gibt es auch die ressourcenorientierte Sichtweise, die sich auf die positiven Aspekte konzentriert. In der Tradition der Humanistischen Psychologie, der ressourcenorientierten Therapie oder der Glücksforschung bzw. der Positiven Psychologie liegt die Auseinandersetzung mit Zuständen und Gefühlen von Optimismus, Kraft und Energie und ihrer Wirkung auf die Gesundheit. Studien konnten z.B. Zusammenhänge zwischen Optimismus und erfolgreicher Stressbewältigung bzw. besserer Gesundheit aufzeigen (Segerstrom, 2005).

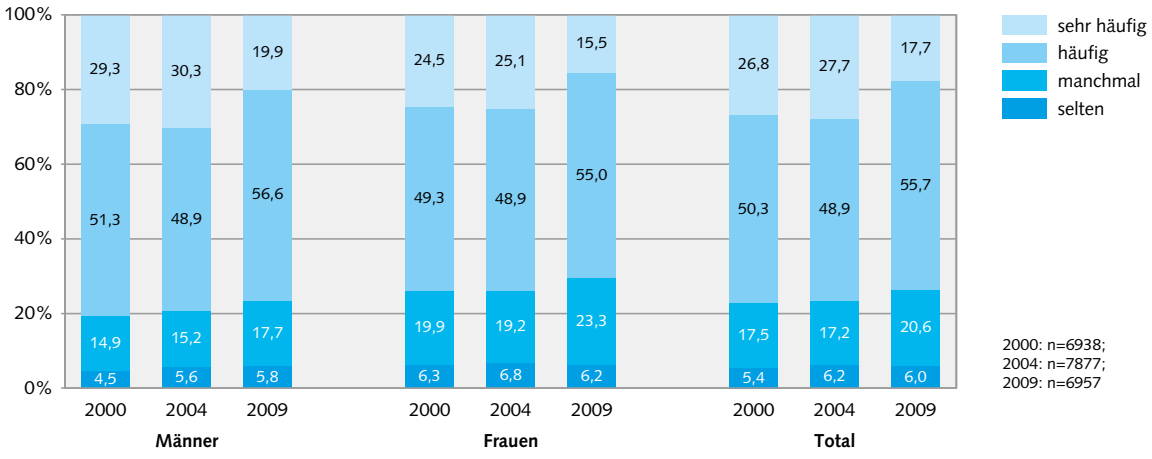
Im letzten Monitoringbericht des Obsan (Schuler et al., 2007) wurde die «positive» psychische Gesundheit mittels Ergebnissen zu psychischer Ausgeglichenheit und psychischem Wohlbefinden beschrieben. Beide Indikatoren stammten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002. In der im Jahr 2007 durchgeführten SGB wurden weder die psychische Ausgeglichenheit noch das Wohlbefinden erhoben. Um gleichwohl einen Teilaspekt der positiven psychischen Gesundheit in den vorliegenden Bericht aufzunehmen, wird auf die Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) zurückgegriffen. Die Ergebnisse in diesem Unterkapitel basieren auf der Frage «Wie häufig sind Sie voll Kraft, Energie und Optimismus?» (vgl. Anhang). Die Variable wird zum Schluss noch mit der Frage nach der Häufigkeit von negativen Gefühlen wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen in Zusammenhang gebracht.

Knapp drei Viertel (73,5%) der Schweizer Bevölkerung fühlen sich (sehr) häufig voller Kraft, Energie und Optimismus, für 6,0% ist das ein selten erlebter Zustand (Abb. 2.1). Männer berichten häufiger über den positiven Zustand als Frauen.

Beim zeitlichen Vergleich zeigt sich zwischen 2004 und 2009 ein deutlicher Rückgang beim Anteil der Personen (Frauen und Männer), die sich sehr häufig optimistisch, kraft- und energievoll fühlen (Abb. 2.1). Diese Abnahme könnte u.a. möglicherweise mit der 2008 einsetzenden globalen Wirtschaftskrise zusammenhängen, welche in der Schweiz z.B. zu Entlassungen und Einführung von Kurzarbeit führte.

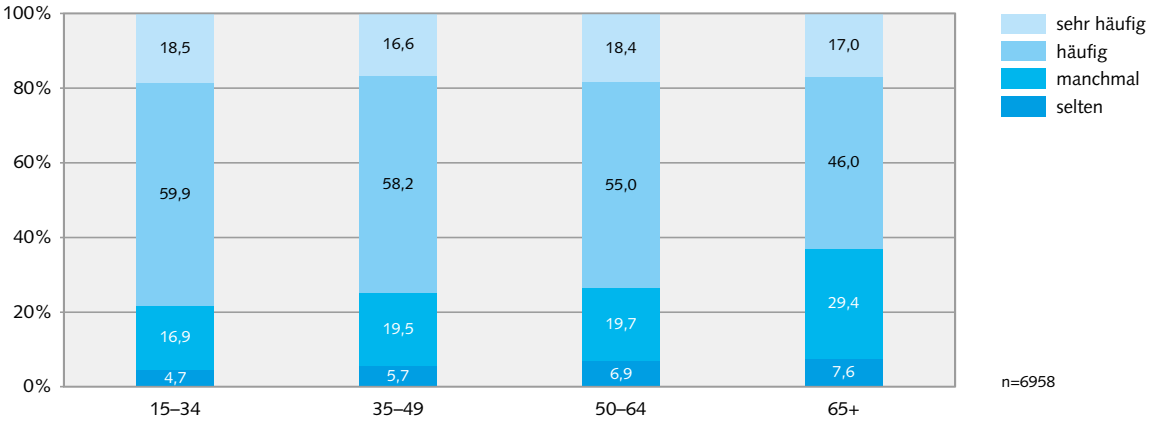
Der Anteil der Personen mit einem sehr häufigen Gefühl von Kraft, Energie und Optimismus bleibt über die Altersklassen stabil (Abb. 2.2). Dagegen steigen mit zunehmendem Alter die Anteile der Personen, die sich selten oder manchmal kraft- und energievoll fühlen, an. Bei den 15- bis 34-Jährigen liegt der Anteil bei 21,6%, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 37,0%. Diese Unterschiede zeigen sich bei beiden Geschlechtern in gleicher Art. Über alle Altersklassen hinweg fühlen sich die Frauen seltener als Männer voll Kraft, Energie und Optimismus (nicht dargestellt).

Kraft, Energie und Optimismus nach Geschlecht, 2000–2009 **Abb. 2.1**



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2000/2004/2009 © *Obsan*

Kraft, Energie und Optimismus nach Alter, 2009 **Abb. 2.2**

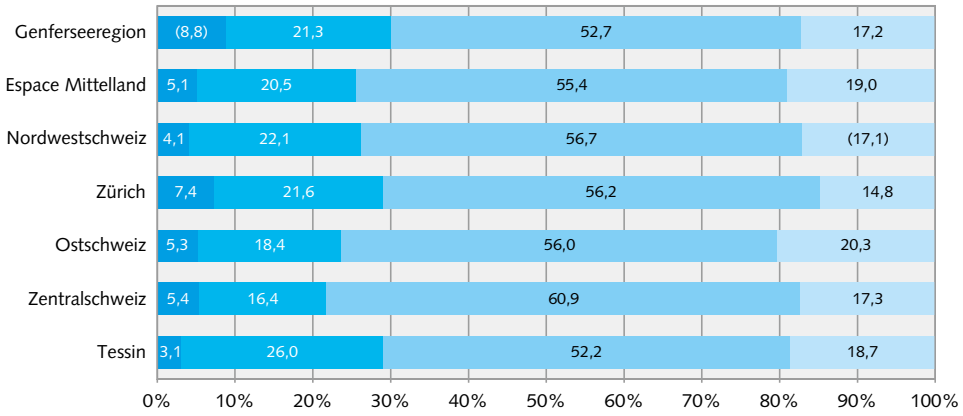


Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © *Obsan*

Aus Abb. 2.3 wird ersichtlich, dass die Häufigkeit, sich voller Kraft, Energie und Optimismus zu fühlen, regional unterschiedlich verteilt ist. Überdurchschnittlich viele Personen aus der Genferseeregion (8,8%) und aus Zürich (7,4%) haben selten ein Gefühl voller Kraft, Energie und Optimismus. Die Ostschweizer Bevölkerung, Personen aus dem Espace Mittelland und Tessinerinnen und Tessiner scheinen sich indessen überdurchschnittlich oft (sehr häufig) optimistisch, kraft- und energiegeladen zu fühlen.

Erwartungsgemäss hängen negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst und Depression negativ mit positiver psychischer Gesundheit zusammen (nicht dargestellt). Von den Personen, die selten oder nie solche negativen Gefühle haben, sind 3,1% selten optimistisch, kraft- und energievoll, bei denjenigen mit häufigen negativen Gefühlen sind es 31,4%. Umgekehrt fühlen sich 83,0% derjenigen mit seltenen und 35,7% derjenigen mit häufigen negativen Gefühlen oft oder sehr oft optimistisch, kraft- und energievoll.

Kraft, Energie und Optimismus nach Region, 2009 **Abb. 2.3**



Genferseeregion: n=1273;
Espace Mittelland: n=1608;
Nordwestschweiz: n=943;
Zürich: n=1219; Ostschweiz: n=970;
Zentralschweiz: n=684; Tessin: n=262

Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © *Obsan*

2.2 Psychische Belastung

Gut 4% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich stark und knapp 13% mittel psychisch belastet. Frauen berichten häufiger von starker/mittlerer Belastung als Männer und Jüngere häufiger als Ältere. Im Tessin und in der Genferseeregion fühlen sich die Befragten am häufigsten psychisch belastet.

Psychische Belastungen umfassen ein breites Spektrum von Beschwerden. Sie reichen von leichten emotionalen Stresszuständen bis hin zu eigentlichen psychischen Störungen, die sich durch eine bestimmte Schwere, Häufigkeit und Dauer der Symptome und den Grad an Beeinträchtigung von Ersteren abgrenzen (Scharfetter, 2002).

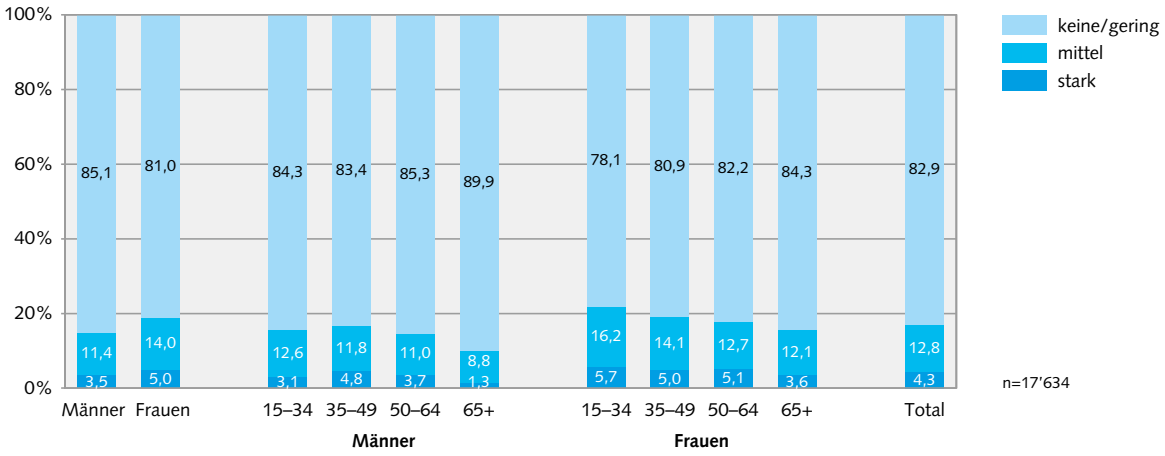
Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Psychische Belastung wird darin mittels fünf Fragen nach der Häufigkeit folgender Gemütszustände in den vergangenen vier Wochen geschätzt: Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Entmutigung oder Deprimiertheit; Glücksgefühl (*Mental Health Inventory* MHI-5; vgl. Anhang). Die Kategorisierung in keine/geringe, mittlere und starke Belastung entspricht keiner Diagnosestellung, sie erlaubt jedoch die Bestimmung von Personengruppen, die von schwerwiegenderen psychischen Problemen betroffen sind (BFS, 2010): Bei einer mittleren psychischen Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht wahrscheinlich, bei einer starken Belastung sogar sehr wahrscheinlich (BFS, 2008b). Das *Mental Health Inventory* zur Erfassung psychischer Belastung wurde zum ersten Mal in der SGB 2007 verwendet, weshalb sich keine Aussagen zur zeitlichen Entwicklung machen lassen.

4,3% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich stark, 12,8% mittel psychisch belastet (Abb. 2.4). Frauen berichten häufiger von starker wie auch mittlerer psychischer Belastung als Männer, jüngere Personen öfter als ältere. Bei den Frauen zeigt sich diese Entwicklung im Verlaufe des Alters deutlich: 21,9% der 15- bis 34-Jährigen und 15,7% der 65-Jährigen und Älteren geben an, mittel bis stark psychisch belastet zu sein. Bei den Männern sind dagegen die 35- bis 49-Jährigen am häufigsten belastet (16,7%). Frauen sind in allen Altersklassen 1,1 bis 1,5 Mal häufiger psychisch belastet als Männer. Der geringste Unterschied zwischen den Geschlechtern findet sich bei den 35- bis 49-Jährigen, der grösste bei der jüngsten Altersklasse.

Es zeigen sich deutliche regionale Unterschiede (Abb. 2.5): Im Tessin und in der Genferseeregion fühlen sich die Befragten am häufigsten psychisch belastet (je 21,8%), wobei der Anteil der stark Belasteten im Tessin mit 7,0% höher ist als in der Genferseeregion (5,3%). Am wenigsten häufig wird in der Zentralschweiz von psychischer Belastung berichtet.

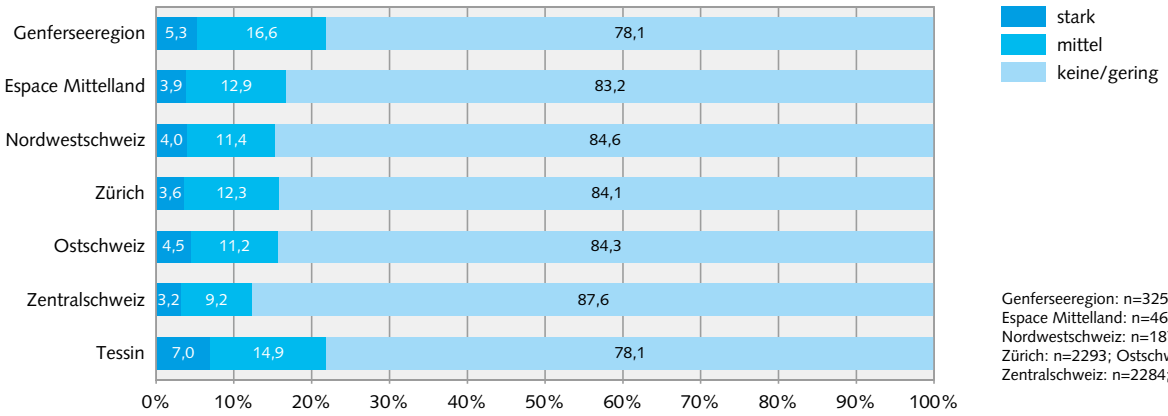
Das Ausmass der psychischen Belastung wird im vorliegenden Bericht als zentraler Indikator psychischer Gesundheit/Krankheit verwendet und in den folgenden Kapiteln jeweils mit dem behandelten Thema in Zusammenhang gesetzt.

Psychische Belastung nach Geschlecht und Alter, 2007 **Abb. 2.4**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Psychische Belastung nach Region, 2007 **Abb. 2.5**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

2.3 Depression und Depressivität

Rund 20% der Bevölkerung berichten von depressiven Symptomen. Schwache Symptome sind bei Frauen weiter verbreitet, mittlere/starke Symptome treffen beide Geschlechter etwa gleich häufig. Schwache Symptome nehmen im höheren Alter zu, die Anteile an mittleren/starken Symptomen bleiben über Altersgruppen ähnlich hoch. Befragte in der Genferseeregion und im Tessin berichten am häufigsten von depressiven Symptomen.

Depression ist eine häufige und folgenschwere psychische Erkrankung. In der Schweiz ist schätzungsweise jede vierte bis fünfte Person im Verlauf ihres Lebens von einer ernsthaften Depression betroffen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Depressionen weisen häufig einen wiederkehrenden Verlauf auf, sie zeigen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen sowie körperlichen Erkrankungen (vgl. Unterkapitel 2.4) und gelten als häufige Ursache für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und Frühberentung (Stamm & Salize, 2006; vgl. Unterkapitel 5.2). Mit 2,5 Fällen pro 1000 Einwohner/innen ist Depression – vor allem bei Frauen – die am meisten behandelte psychiatrische Diagnose in Spitälern. Zudem verursacht sie – bei Männern wie bei Frauen – die meisten Pflegetage. In der Schweiz ist die unipolare Depression von allen somatischen und psychischen Krankheiten, diejenige mit der höchsten Krankheitslast (vgl. 1.2.1).

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse stammen aus den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). In den Jahren 2002 und 2007 wurde mittels des *Depression Screening Questionnaire* (DSQ-10, auch Wittchen-Skala genannt; vgl. Anhang) gezielt nach

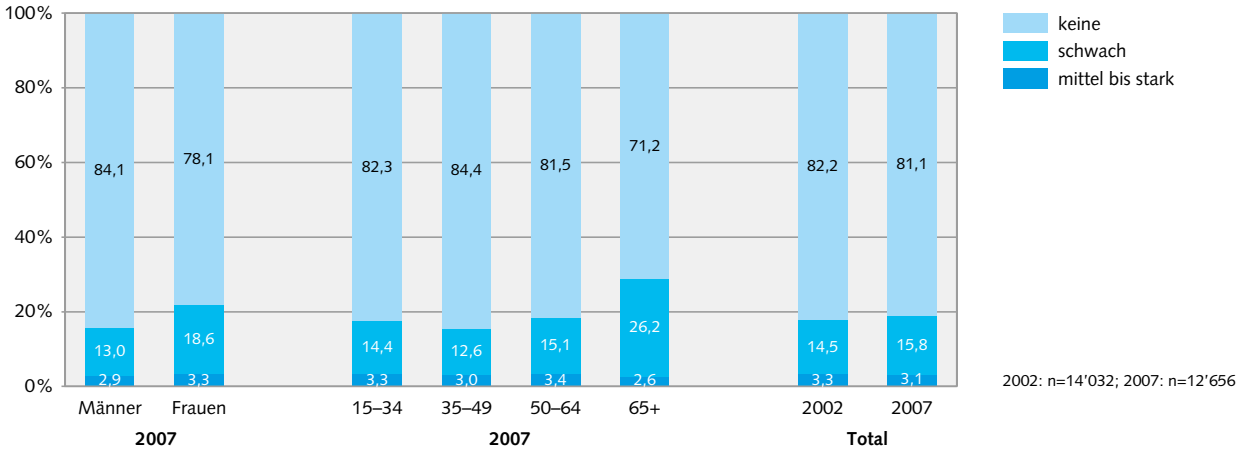
zentralen Symptomen depressiver Erkrankungen[5] im Zeitraum der letzten zwei Wochen gefragt (Wittchen, 2000; Wittchen et al., 2001; Wittchen & Perkonigg, 1997). Die berichteten Symptome sind als Anzeichen depressiver Verstimmung zu verstehen, nicht aber als klinische Diagnose. Dennoch können sie Vorboten einer späteren ausgeprägten Depression sein und gehen oft mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einher. Die depressive Stimmung wird hier in drei Schweregrade eingeteilt: keine, schwache und mittlere bis starke Symptomatik (Wittchen et al., 2000). Bei einem Schweregrad von mittel bis starken Symptomen ist von einer ernsthaften Depression auszugehen, die eine Behandlung durch eine Fachperson erfordern würde.

Die Analysen zeigen, dass rund 20% der Befragten über depressive Symptome berichten (Abb. 2.6). Dabei handelt es sich mehrheitlich um eine schwache (15,8%) und seltener um eine mittlere bis starke Symptomatik (3,1%). Es gilt hier zu beachten, dass insbesondere die stärkeren Symptome wegen der Befragung von Personen in Privathaushalten unterschätzt sein dürften (vgl. 1.5.1). Der Anteil der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen ist bei Männern und Frauen vergleichbar (2,9% vs. 3,3%). Frauen berichten allerdings öfter von schwachen depressiven Symptomen als Männer (18,6% vs. 13,0%). Über die Lebensspanne bleibt der Anteil der Personen mit mittleren bis starken Symptomen bei rund 3% relativ stabil. Die schwachen Symptome sind im mittleren Alter (35–49 Jahre) weniger vorhanden (12,6%), nehmen im höheren Alter aber deutlich zu (26,2%). Betrachtet man betagte Personen in Institutionen, so weisen 42,7% gemäss Selbstangabe eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Depression auf. Bei 25,6% der Bewohnerinnen und Bewohner wurde eine solche diagnostiziert (vgl. Kasten am Ende des Kapitels). Aufgrund der demografischen Alterung ist davon auszugehen, dass die Zahl der depressiven Personen in Alters- und Pflegeheimen zukünftig ansteigen wird (Höpflinger et al., 2011).

Zwischen den Jahren 2002 und 2007 lassen sich keine bedeutenden Unterschiede erkennen (Abb. 2.6). 2002 wurden 3,3% mittlere bis starke und 14,5% schwache Symptome ermittelt, 2007 waren es 3,1% bzw. 15,8%.

2007 wird in der Genferseeregion (22,4%) und im Tessin (21,8%) am häufigsten von depressiven Symptomen berichtet, wobei der Anteil an mittleren bis starken Symptomen im Tessin (5,6%) grösser ist als in der Genferseeregion (4,4%; Abb. 2.7). In der Zentralschweiz sind sowohl die Anteile an schwachen (13,2%) wie auch an mittleren bis starken Symptomen (1,8%) am kleinsten.

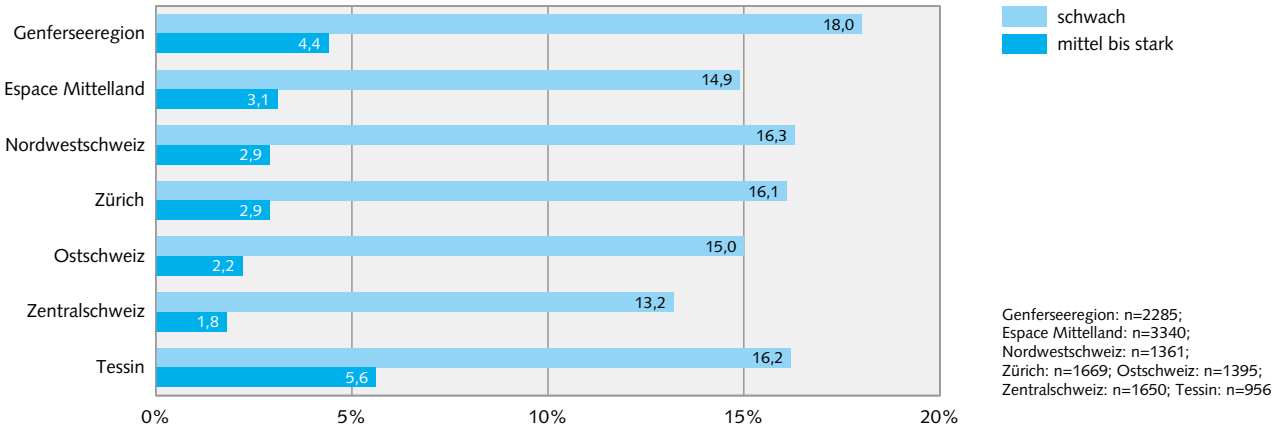
Depressivität nach Geschlecht und Alter, 2002/2007 **Abb. 2.6**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007 © *Obsan*

[5] Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Deprimiertheit; Interesselosigkeit; Müdigkeit oder Erschöpfung; Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust; Schlafstörungen; langsames Sprechen oder Bewegen; mangelndes sexuelles Verlangen; Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstvorwürfe; Konzentrations- oder Entscheidungsschwierigkeiten; Gedanken über Tod oder Selbstmord.

Depressivität nach Region, 2007 **Abb. 2.7**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Obwohl Depressionen häufig sind, werden sie in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen und oft missverstanden. Gemäss einer Umfrage hat 1% den Begriff noch nie gehört, 11% haben davon zwar schon gehört, wissen aber nicht, was unter einer Depression zu verstehen ist (GFS, 2010a). 33% der Befragten kennen in etwa die Bedeutung, 17% sind über Symptome und Verläufe informiert und 38% kennen persönlich Betroffene. Frauen und jüngere Personen wissen mehr über das Thema und sind auch offener im Gespräch mit Drittpersonen als Männer und Ältere.

Weitere Ergebnisse zu Depressivität in der Schweiz finden sich in den kantonalen Gesundheitsberichten des Obsan (z.B. Obsan, 2010) sowie im thematischen Bericht für die lateinische Schweiz (Obsan, 2011). Depression ist ausserdem Gegenstand eines in Vorbereitung stehenden Themenberichts des Obsan, der 2012 publiziert wird. Darin werden aus verschiedenen Datenbanken Informationen zu Depression in der Schweiz zusammengestellt. Thematisch konzentriert sich der Bericht hauptsächlich auf die Zusammenhänge zwischen Depression und soziodemografischen Merkmalen, körperlicher Gesundheit, Arbeit und sozialem Umfeld. Ausserdem wird auf die Behandlung depressiver Störungen und auf internationale Vergleiche eingegangen.

2.4 Komorbidität

Drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung und zwei Drittel derjenigen mit starken Depressionssymptomen sind ebenfalls von starken körperlichen Beschwerden betroffen. Frauen berichten häufiger von gleichzeitig starker Belastung und starken körperlichen Beschwerden. Die psychische Belastung ist bei chronisch Erkrankten mit starken Einschränkungen im Alltag deutlich erhöht.

Komorbidität bezeichnet das Vorliegen von mehr als einer spezifischen diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitraum (Burke et al., 1990). Gerade bei psychischen Störungen sind Doppel- und Mehrfachdiagnosen häufig. Das gilt einerseits für das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehr psychischen Erkrankungen: So fanden Kessler et al. (2005a) in ihrer Untersuchung in den USA bei 45% der psychisch Erkrankten mindestens eine komorbide psychische Störung (12-Monats-Komorbidität). Mit diesen Ergebnissen stimmen auch die Resultate des *Bundes-Gesundheitssurvey* (GHS-MHS) aus Deutschland überein, in welchem Jacobi, Wittchen et al. (2004a) je nach psychischem Störungsbild Komorbiditätsanteile von 44–94% fanden. Verschiedene andere epidemiologische Studien[6] beziffern die Lebenszeit-Komorbidität psychischer Störungen auf 42–60% (Tholen, 2006). Am häufigsten sind Kombinationen von affektiven Erkrankungen, Angst- und Substanzstörungen.

[6] National Comorbidity Survey (NCS), Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS), Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), Epidemiologic Catchment Area Study in Sao Paolo (ECA-SP).

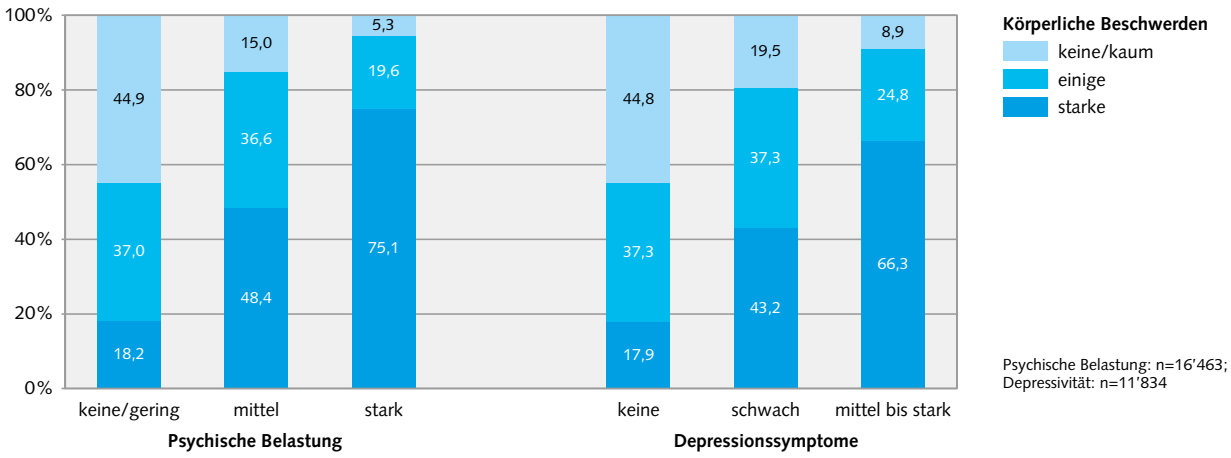
Andererseits gehen psychische Störungen auch sehr häufig mit (chronischen) körperlichen Erkrankungen einher (Härter et al., 2007; Klesse et al., 2008): Der Anteil der psychisch erkrankten Bevölkerung mit einer zusätzlichen somatischen Krankheit liegt bei rund 45% (Lobo et al., 2005; Thiel et al., 1998). Nach Knol et al. (2006) haben Erwachsene mit einer Depression z.B. ein um 37% erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken. Natürlich gibt es auch die andere Wirkungsrichtung: So haben beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Krebs, HIV/Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt bzw. Schlaganfall ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken (Anderson et al., 2001; WHO, 2003; WHO Europa, 2006). Psychische Störungen können somit dem Beginn körperlicher Symptome oder Krankheiten vorausgehen, andererseits können somatische Erkrankungen oder deren Behandlung psychische Beschwerden nach sich ziehen. Gerade für die Prävention ist es von zentraler Bedeutung zu wissen, wo Vulnerabilitäten bestehen und welche Themen nicht gesondert betrachtet werden dürfen. Zudem ist es wichtig, Komorbiditäten frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Denn im Vergleich zu «einzelnen» Diagnosen sind diese mit einer Vielfalt an negativen Folgen verbunden, bezüglich Schwere der Erkrankung, Erkrankungsdauer, Therapieerfolg, psychosozialer/beruflicher Einschränkungen, Nutzung des Gesundheitssystems und Suizidversuchen (Burcusa & Iacono, 2007).

Die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Im Fokus steht zuerst der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung bzw. Depressivität und körperlichen Beschwerden. Die körperlichen Beschwerden werden als Index gebildet aus Fragen nach Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzstörungen, Schmerzen im Brustbereich (vgl. Anhang) einbezogen. Danach wird näher auf die psychische Belastung und Komorbidität bei chronischen Erkrankungen eingegangen.

Das oben erwähnte Einhergehen von psychischen mit körperlichen Beschwerden zeigen auch die Auswertungen. Ist die psychische Belastung schwach ausgeprägt bzw. sind keine Depressionssymptome vorhanden, finden sich bei knapp einem Fünftel (18,2% bzw. 17,9%) starke körperliche Beschwerden (Abb. 2.8). Bei starker psychischer Belastung oder starken depressiven Symptomen sind drei Viertel (75,1%) bzw. zwei Drittel (66,3%) auch von starken körperlichen Beschwerden betroffen. Nur 5,3% bzw. 8,9% der psychisch stark Belasteten oder Depressiven geben an, keine oder kaum körperliche Beschwerden zu haben.

Frauen (79,8%) berichten häufiger als Männer (68,1%) von starker psychischer Belastung und gleichzeitig auftretenden starken körperlichen Beschwerden (nicht dargestellt). Mit zunehmendem Alter nehmen bei vorhandener starker psychischer Belastung die starken körperlichen Beschwerden sukzessive zu (15–34 Jahre: 70,3%; 65+ Jahre: 82,4%). Bei keinen/leichten psychischen Beschwerden bleibt der Anteil an starken körperlichen Beschwerden bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen stabil (ca. 17%) und steigt erst bei den 65-Jährigen und Älteren auf 23,0% an.

Körperliche Beschwerden nach psychischer Belastung und Depressivität, 2007 **Abb. 2.8**

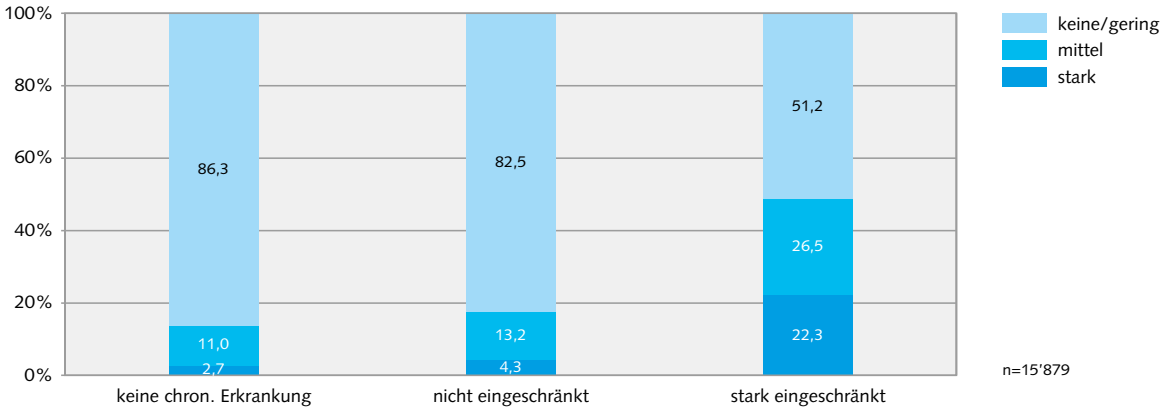


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Wie in der Einleitung beschrieben, können chronische Erkrankungen die Lebensqualität von Betroffenen massiv verringern und zu psychischen Beschwerden führen – das zeigen auch die Ergebnisse der SGB. Die psychische Belastung ist vor allem dann deutlich erhöht, wenn sich die Betroffenen durch ihre Krankheit in Tätigkeiten des Alltags eingeschränkt fühlen. Chronisch Erkrankte mit starker alltäglicher Einschränkung fühlen sich zu 22,3% stark belastet (Abb. 2.9). Im Gegensatz dazu sind 4,3% bzw. 2,7% der Personen, die sich nicht eingeschränkt fühlen bzw. die keine chronische Erkrankung haben, psychisch stark belastet.

Depressionen treten oft zusammen mit chronischen körperlichen Erkrankungen auf. Abb. 2.10 zeigt, dass Personen, die wegen Migräne, Diabetes, hohem Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall oder einer Krebserkrankung behandelt wurden, deutlich häufiger auch wegen Depression in Behandlung sind als Personen, die nicht wegen einer dieser Erkrankungen behandelt wurden.[7] Zum Vergleich: 4,5% der Gesamtbevölkerung waren wegen Depression in Behandlung.

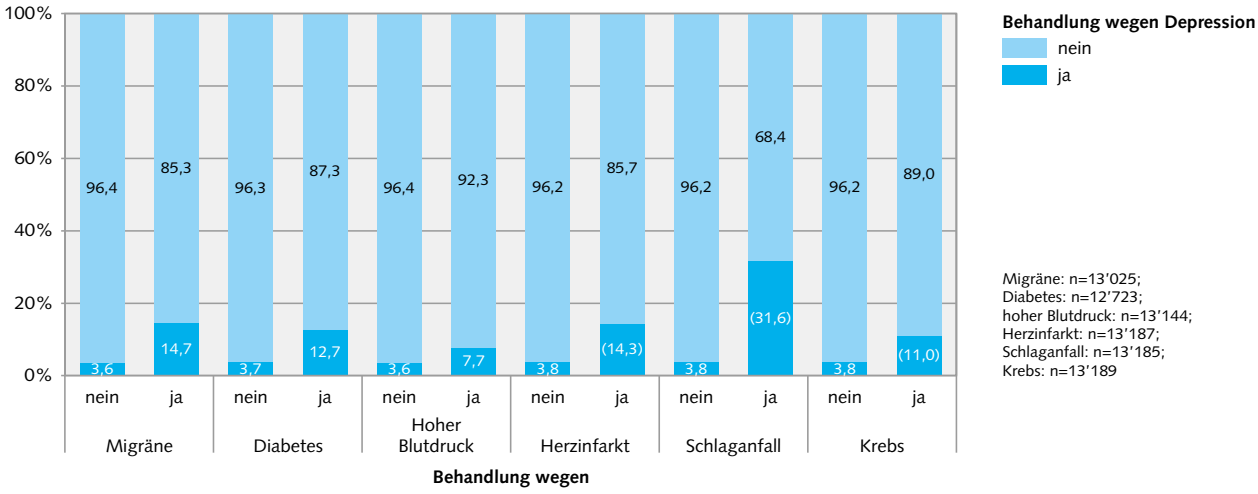
Psychische Belastung nach Einschränkung durch chronische Erkrankung, 2007 **Abb. 2.9**



Die Frage zur psychischen Belastung bezieht sich auf die 12 Monate vor der Befragung, diejenige zur Einschränkung durch chronische Erkrankung auf die zwei vorhergegangenen Wochen.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Behandlung wegen Depression und anderen chronischen Erkrankungen, 2007 **Abb. 2.10**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

[7] Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die hier dargestellten Daten keine Aussage zur Kausalität erlauben.

Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI):

Psychischer Gesundheitszustand: Spezifische Krankheitsbilder

In der EGBI werden Angaben zu verschieden Krankheitsbildern erhoben (vgl. Anhang). Die nachfolgenden Angaben zu den medizinischen Diagnosen beruhen auf Angaben des Pflegepersonals. Bei den Depressionserkrankungen ist es aber auch möglich, einen Depressions-Index auf der Basis der Antworten der Befragten zu erstellen (siehe Ausführungen weiter unten).

Abb. 2.11 zeigt den Anteil der Personen mit spezifischen psychischen Störungen zum Zeitpunkt der Erhebung. Im Folgenden wird näher auf die zwei häufigsten psychischen Erkrankungen bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern – Demenz und Depressionen – eingegangen.

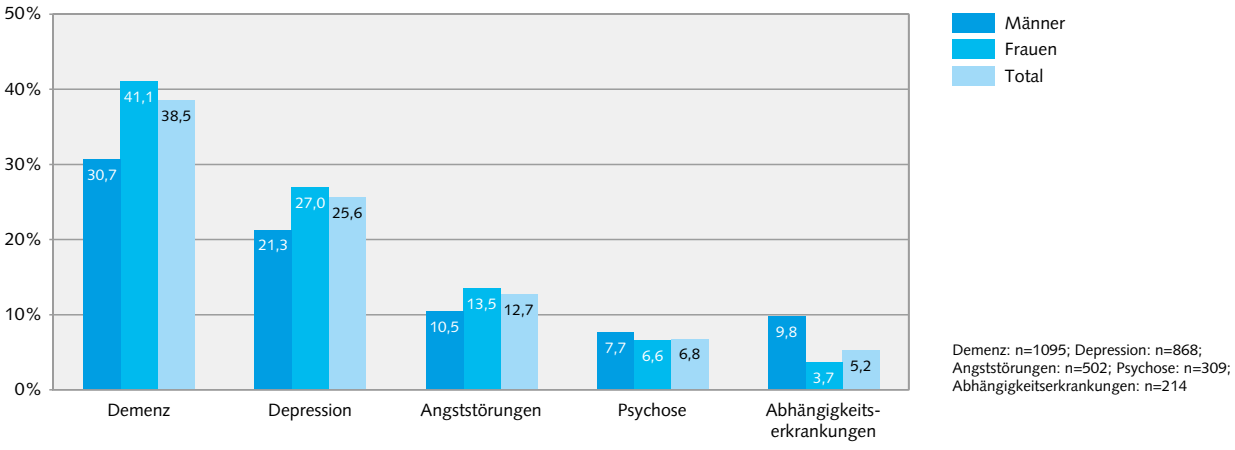
Demenzerkrankungen
Demenzielle Erkrankungen sind bei betagten Personen die Hauptursache für Pflegebedürftigkeit (vgl. auch Höpflinger et al., 2011). Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz zwischen 100'000 und 120'000 Personen mit Demenz leben (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011; Schweizerische Alzheimervereinigung, 2009).

Fast zwei Fünftel (38,5%) der in die EGBI eingeschlossenen Bewohnerinnen und Bewohner sind demenzkrank. Frauen leiden häufiger darunter als Männer. Die diagnostizierten Demenzerkrankungen nehmen mit dem Alter stark zu: Von den 65- bis 74-Jährigen sind 21,7% betroffen, bei den 85-Jährigen und Älteren sind es 40,9%.

Depressionen
Ein Viertel (25,6%) der Heimbewohnerinnen und -bewohner leidet unter Depressionen. Die Auswertungen nach Alter ergeben, dass der Anteil der Personen mit Depressionen zuerst steigt, dann aber im hohen Alter (85+ Jahre) wieder abnimmt (nicht dargestellt).

In der EGBI kann nebst der medizinischen Diagnose von Depression auch die so genannte *Geriatric Depression Scale* (GDS) ermittelt werden. Die medizinischen Diagnosen basieren auf Angaben des Pflegepersonals, die GDS wird dagegen aufgrund von Selbstangaben der Befragten zur Häufigkeit verschiedener Symptome berechnet. In Tab. 2.1 ist die Übereinstimmung der Diagnose Depression und der GDS dargestellt. Bei 56,7% der untersuchten Personen stimmen Diagnose und das Resultat der GDS überein. Bei über einem Drittel der Personen (34,6%) zeigt die GDS jedoch eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Depression an, ohne dass eine Depression diagnostiziert wurde. Weniger häufig kommt es vor, dass eine Diagnose für Depression vorliegt, die GDS aber keine Depression anzeigt (8,7%). Diese Ergebnisse könnten ein Hinweis darauf sein, dass depressive Erkrankungen in Alters- und Pflegeheimen häufig nicht diagnostiziert und somit auch nicht behandelt werden. Dies würde sich u.a. damit erklären lassen, dass die Erkennung von Depressionen gerade bei älteren Personen durch verschiedene Faktoren erschwert wird (Hell & Böker, 2005; Stoppe, 2006): So äussern ältere Menschen ihr Befinden und ihre Gefühle oft nicht bzw. psychische Beschwerden drücken sich bei ihnen vielfach in körperlichen Beschwerden aus. Nicht selten werden depressive Symptome auch einfach als normale

Diagnosen psychischer Erkrankungen von Heimbewohner/innen nach Geschlecht, 2008/2009 **Abb. 2.11**



Demenz: n=1095; Depression: n=868; Angststörungen: n=502; Psychose: n=309; Abhängigkeitserkrankungen: n=214

Datenquelle: BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/2009 © *Obsan*

Alterserscheinungen interpretiert und somit nicht als solche erkannt. Des Weiteren erschwert das Vorhandensein einer Demenzerkrankung die Diagnostizierung einer Depression.[8]

Der Anteil der Personen mit Depressionssymptomen der EGBI ist deutlich höher als derjenige der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Ein Vergleich ist jedoch nur sehr begrenzt möglich, weil verschiedene Instrumente zur Ermittlung von Depressionssymptomen (vgl. Unterkapitel 2.3) verwendet werden und der Zeitbezug[9] unterschiedlich ist.

Tab. 2.1 Depression: Übereinstimmung von medizinischer Diagnose und GDS, 2008/2009

		GDS	
		ja	nein
Medizinische Diagnose	ja	16,9	8,7
	nein	34,6	39,8

Datenquelle: BFS, EGBI 2008/2009
n=1389

© *Obsan*

Weiterführende Information

BFS, Diagnosen und Behinderungen von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/03.html (Zugriff am 01.12.2011)

Schweizerische Alzheimervereinigung: www.alz.ch (Zugriff am 01.12.2011)

BAG, Bündnis gegen Depression, Partner und Netzwerke: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/04120/index.html?lang=de (Zugriff am 01.12.2011)

Pro Mente Sana: www.promentesana.ch (Zugriff am 01.12.2011)

[8] Vgl. dazu auch www.buendnis-depression.de/depression/im-alter.php (Zugriff am 11.12.2011).

[9] Die Fragen in der SGB beziehen sich auf die letzten zwei, die in der EGBI dagegen auf die letzten vier Wochen vor der Befragung.

3 Schutz- und Risikofaktoren

Belastungen – seien diese physischer, psychischer oder sozialer Art – können Risikofaktoren für körperliche wie auch psychische Erkrankungen darstellen. So genannte Belastungs-Ressourcen-Modelle gehen davon aus, dass die Bewältigung von Belastungen abhängig ist von den Ressourcen, über welche die oder der Betroffene verfügt (Hurrelmann, 2002). Solche Ressourcen oder Schutzfaktoren können die Auswirkungen von Belastungen mildern oder verhindern, indem sie z.B. die Bewältigung von Belastungen erleichtern. Bestimmte Faktoren können aber auch einen direkten Effekt auf die Gesundheit haben und z.B. dazu führen, dass eine Person bestimmten Belastungen gar nicht erst ausgesetzt ist.

Schutz- wie Risikofaktoren können sowohl Merkmale der Person als auch ihrer Umwelt sein. Die Abgrenzung von Schutz- und Risikofaktoren ist schwierig und umstritten. Teilweise wird auch davon ausgegangen, dass abhängig von der Ausprägung und den individuellen Voraussetzungen ein Faktor bzw. die Abwesenheit desselben als Risiko- bzw. Schutzfaktor wirken kann. Daher werden im Anschluss Faktoren aufgeführt, die sich positiv und/oder negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können, es wird aber nicht strikt zwischen den Faktorengruppen unterschieden. Die Schutz- und Risikofaktoren, auf welche nachfolgend näher eingegangen wird, sind:

- *Zufriedenheit* (3.1),
- *Kontrollüberzeugung* (3.2),
- *soziale Unterstützung*, d.h. Vorhandensein von Vertrauenspersonen sowie Einsamkeit (3.3) und
- *kritische Lebensereignisse* (3.4).

Zudem findet sich im Kapitel ein grau hinterlegter Kasten zu sozialen Kontakten – Besuche und Telefonanrufe – von Betagten in Institutionen.

3.1 Zufriedenheit

70% der Befragten sind mit ihrem Leben allgemein (sehr) zufrieden; was die Gesundheit betrifft, so sind es zwei Drittel. Ältere Personen sind häufiger mit ihrem Leben allgemein zufrieden als Jüngere; bei der Gesundheit verhält es sich umgekehrt. Eine niedrigere allgemeine Zufriedenheit geht mit einer höheren psychischen Belastung einher.

Zufriedenheit allgemein mit dem Leben und mit verschiedenen Lebensbereichen ist eine wichtige gesundheitliche Ressource. Eine niedrige Lebenszufriedenheit kann sowohl Ursache als auch Folge von körperlichen und psychischen Gesundheitsstörungen sein. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Unzufriedenheit mit einem erhöhten Risiko für Depression und Suizid einhergeht (Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Koivumaa-Honkanen et al., 2004).

Im Folgenden werden – basierend auf den Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) – die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben sowie die Zufriedenheit mit der Gesundheit, der finanziellen Situation und den persönlichen Beziehungen näher beleuchtet (vgl. Anhang). Die Zufriedenheit mit der Arbeit wird im Abschnitt 5.1.2 behandelt.

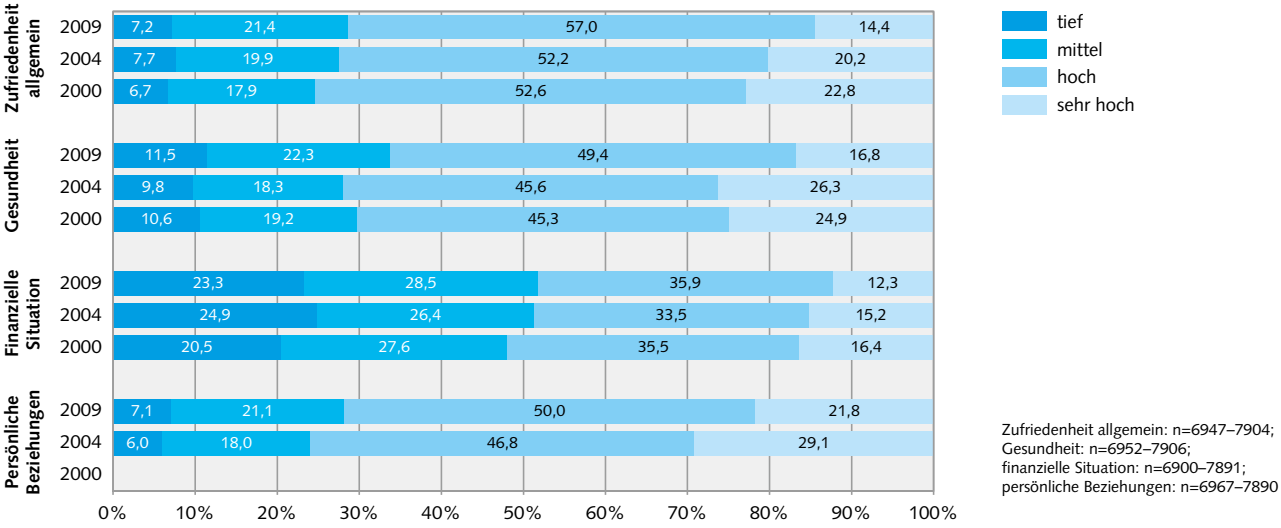
Über 70% der Befragten sind 2009 mit ihrem Leben allgemein zufrieden oder sehr zufrieden, eine niedrige allgemeine Zufriedenheit wird von 7,2% angegeben (Abb. 3.1). Auch im Hinblick auf die Gesundheit berichtet eine Mehrheit (66,2%) von einer hohen bis sehr hohen Zufriedenheit, dennoch ist mehr als jede zehnte Person (11,5%) damit unzufrieden. Den höchsten Anteil Unzufriedener (23,3%) findet sich hinsichtlich der finanziellen Situation.

Frauen sind generell etwas zufriedener als Männer: So ist der Anteil sehr Zufriedener bei den Frauen in allen Bereichen höher als bei den Männern. Der Anteil Personen mit niedriger Zufriedenheit ist jedoch vergleichbar zwischen den Geschlechtern.

Im Bezug auf Unterschiede im Alter kann festgestellt werden, dass 65-Jährige und Ältere deutlich häufiger sehr zufrieden sind mit ihrem Leben allgemein als Jüngere (Abb. 3.2). Der Anteil der sehr Unzufriedenen steigt jedoch auch mit dem Alter, wenn auch in geringerem Masse. Eine ähnliche Tendenz lässt sich bei der Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen feststellen. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit sinkt – wie zu erwarten ist – mit dem Alter, die Zufriedenheit in Bezug auf die finanzielle Situation steigt dagegen.

Der Zeitvergleich 2000–2009 ergibt ein ambivalentes Bild (Abb. 3.1): Der Anteil der sehr Unzufriedenen hat sich auf der einen Seite nicht gross verändert, der Anteil der sehr Zufriedenen hat auf der anderen Seite in allen Bereichen (teilweise deutlich) abgenommen.

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, 2000–2009 **Abb. 3.1**

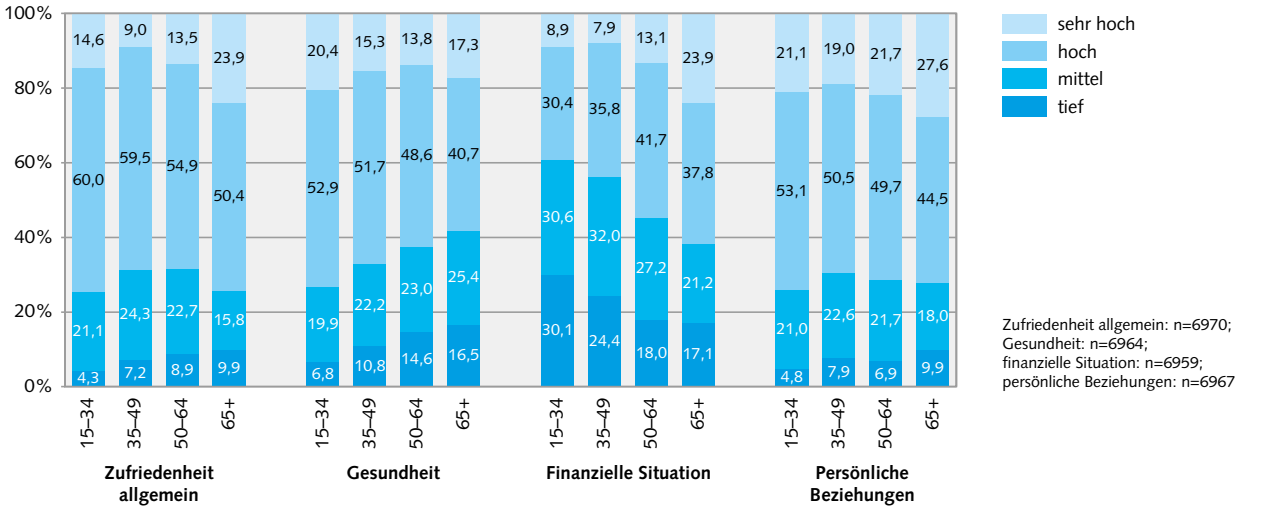


Zufriedenheit allgemein: n=6947–7904;
Gesundheit: n=6952–7906;
finanzielle Situation: n=6900–7891;
persönliche Beziehungen: n=6967–7890

Im Jahr 2000 wurde nicht nach der Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen gefragt

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2000/2004/2009 © *Obsan*

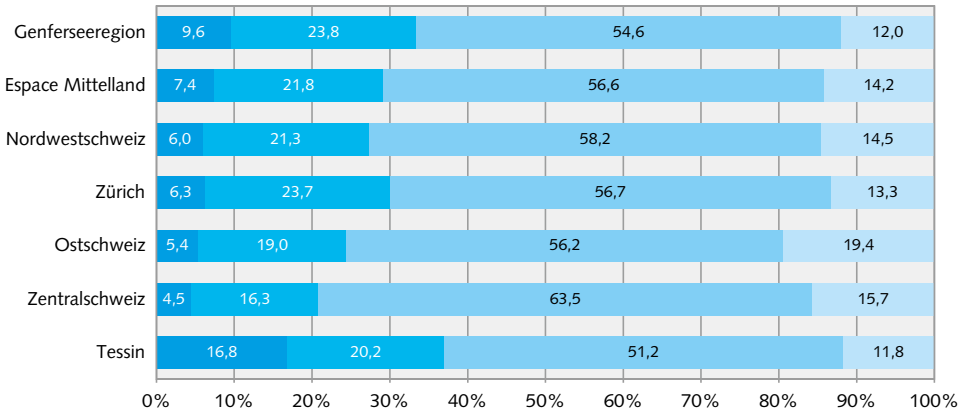
Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen nach Alter, 2009 **Abb. 3.2**



Zufriedenheit allgemein: n=6970;
Gesundheit: n=6964;
finanzielle Situation: n=6959;
persönliche Beziehungen: n=6967

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © *Obsan*

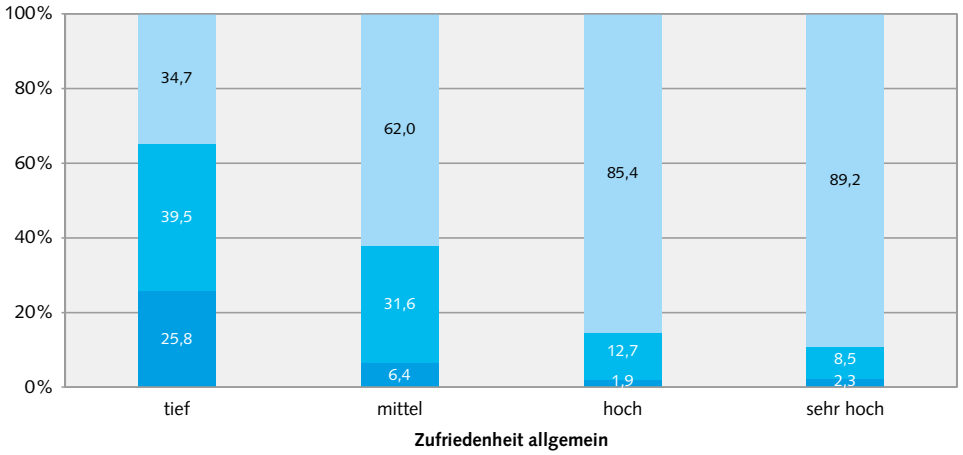
Zufriedenheit allgemein nach Region, 2009 Abb. 3.3



Genferseeregion: n=1275;
Espace Mittelland: n=1608;
Nordwestschweiz: n=945;
Zürich: n=1223; Ostschweiz: n=975;
Zentralschweiz: n=683; Tessin: n=262

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © *Obsan*

Zufriedenheit mit dem Leben allgemein nach psychischer Belastung, 2009 Abb. 3.4



n=6967

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © *Obsan*

Beim regionalen Vergleich ist der relativ hohe Anteil von Befragten im Tessin von 16,8% mit niedriger allgemeiner Zufriedenheit auffallend (Abb. 3.3).

Die Abb. 3.4 zeigt deutlich, dass Personen mit geringer Zufriedenheit deutlich häufiger auch psychisch belastet sind: 25,8% derjenigen Befragten mit niedriger allgemeiner Zufriedenheit weisen eine hohe psychische Belastung auf, bei denjenigen mit hoher oder sehr hoher Zufriedenheit sind es 2%.

Weiterführende Information

BFS, Indikator Lebenszufriedenheit: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/03/blank/key/09/01.html (Zugriff am 01.12.2011)

3.2 Kontrollüberzeugung

Rund 40% der Schweizer Bevölkerung weisen eine hohe, gut 20% eine tiefe Kontrollüberzeugung auf. Der Anteil Personen mit hoher Kontrollüberzeugung nimmt mit dem Alter zu. Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung und psychischer Belastung.

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung geht auf die soziale Lerntheorie von Rotter (1966) zurück. Er versteht darunter die subjektive Einschätzung einer Person darüber, inwieweit sie selbst das eigene Leben beeinflussen kann. Personen mit hoher Kontrollüberzeugung sind überzeugt, dass sie das eigene Leben selbstbestimmt gestalten können (internale Kontrollüberzeugung). Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung nehmen dagegen ihr Leben als von äusseren Faktoren wie Zufall, Schicksal oder anderen Menschen gesteuert wahr und sehen wenig eigenen Einfluss (externale Kontrollüberzeugung). Studien haben gezeigt, dass eine hohe Kontrollüberzeugung mit einer besseren allgemeinen Gesundheit, höheren Lebenszufriedenheit und einer besseren Stressbewältigung zusammenhängt. Indessen geht eine tiefe Kontrollüberzeugung vermehrt mit verminderter Aktivität, erlernter Hilflosigkeit, Depression und Hoffnungslosigkeit einher (Deci, 1975; Seligman, 1975).

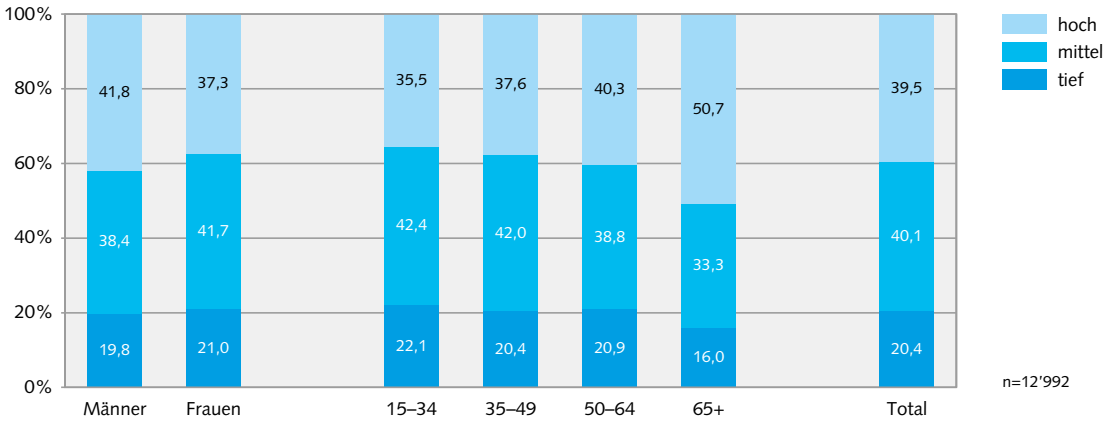
Die folgenden Ergebnisse zur Kontrollüberzeugung stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; vgl. Anhang).

Im Jahr 2007 hatten ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung eine tiefe und je zwei Fünftel eine mittlere bzw. hohe Kontrollüberzeugung (Abb. 3.5). Der Anteil der Männer mit hoher Kontrollüberzeugung ist höher als derjenige der Frauen (41,8% vs. 37,3%), die jeweiligen Anteile an tiefer Kontrollüberzeugung sind dagegen ähnlich. Mit zunehmendem Alter nimmt die Überzeugung, sein Leben selbst gestalten zu können, zu: Bei den 15- bis 34 Jährigen liegt der Anteil mit hoher Kontrollüberzeugung bei 35,5%, bei den 65-Jährigen und Älteren bei 50,7%. Der Anteil der Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung bleibt bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen relativ stabil (um 21%), ist dann aber bei den 65-Jährigen und Älteren deutlich geringer (16,0%). Auch bei hoher Kontrollüberzeugung sind die deutlichsten Unterschiede beim Übergang ins Pensionsalter zu verzeichnen.

Die altersabhängige Entwicklung der Kontrollüberzeugung zeigt sich bei Männern und Frauen in gleicher Weise, allerdings ist bei den Frauen die Abnahme der tiefen Kontrollüberzeugung in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren weniger deutlich (Frauen: 50–64: 22,2%, 65+: 18,5%; Männer: 50–64: 19,7%, 65+: 13,2%; nicht dargestellt). In allen Altersgruppen ist der Anteil an hoher Kontrollüberzeugung bei den Männern höher als bei den Frauen.

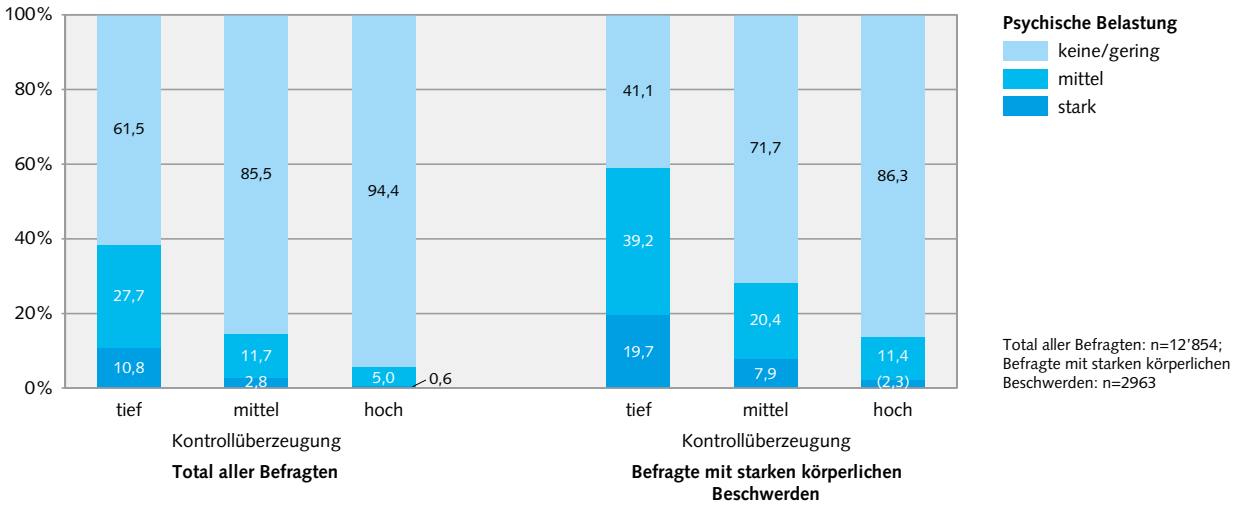
In den Jahren 2007, 2002 und 1992 waren die Anteile an hoher, mittlerer und tiefer Kontrollüberzeugung vergleichbar. 1997 wiesen dagegen mehr Befragte eine tiefe und weniger eine hohe Kontrollüberzeugung auf (nicht dargestellt).

Kontrollüberzeugung nach Geschlecht und Alter, 2007 **Abb. 3.5**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Psychische Belastung nach Kontrollüberzeugung, 2007 **Abb. 3.6**



Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

In Abb. 3.6 ist der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Kontrollüberzeugung abgebildet. Personen mit hoher Kontrollüberzeugung fühlen sich deutlich seltener mittel oder stark psychisch belastet als Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung. Im Vergleich zum Total aller Befragten ist daneben die psychische Belastung derjenigen abgebildet, die starke körperliche Beschwerden haben. Letztere sind erwartungsgemäss häufiger mittel bis stark psychisch belastet als das Total aller Befragten. Dies gilt insbesondere für diejenigen mit tiefer Kontrollüberzeugung. Im Vergleich dazu ist bei den körperlich Belasteten mit hoher Kontrollüberzeugung die psychische Belastung deutlich geringer.

3.3 Soziale Unterstützung

Rund 95% der Bevölkerung geben an, mindestens eine Vertrauensperson zu haben, fast ein Drittel fühlt sich dennoch gelegentlich einsam. Frauen haben häufiger eine oder mehrere Vertrauenspersonen, sie berichten aber dennoch häufiger von Einsamkeitsgefühlen.

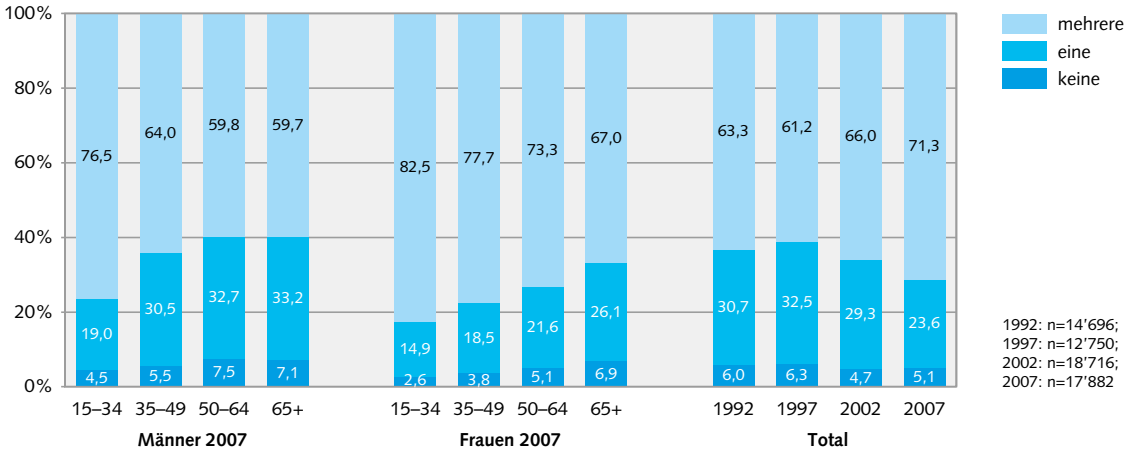
Soziale Kontakte zu haben und sich mit anderen Menschen verbunden und von ihnen unterstützt zu fühlen, ist zentral für Wohlbefinden und Gesundheit, sowohl psychisch als auch körperlich. Fehlende soziale Unterstützung gehört zu gesundheitlichen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder Mangel an Bewegung. Ein Mangel kann zu erhöhtem Stresshormonspiegel, zu geschwächter Immunabwehr, höherem Blutdruck und zu mehr Angst und Depression führen (Cacioppo & Patrick, 2008). Es wird vermutet, dass sich soziale Unterstützung einerseits direkt auf das Wohlbefinden auswirkt und andererseits indirekt als Puffer wirkt, wenn eine Person Belastungen ausgesetzt ist (Turner & Turner, 1999). In diesem Unterkapitel wird auf das Vorhandensein von Vertrauenspersonen und auf Einsamkeit als zwei Indikatoren der sozialen Unterstützung eingegangen.

Die hier präsentierten Ergebnisse zu Vertrauenspersonen und Einsamkeit basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; vgl. Anhang).

3.3.1 Vorhandensein einer Vertrauensperson

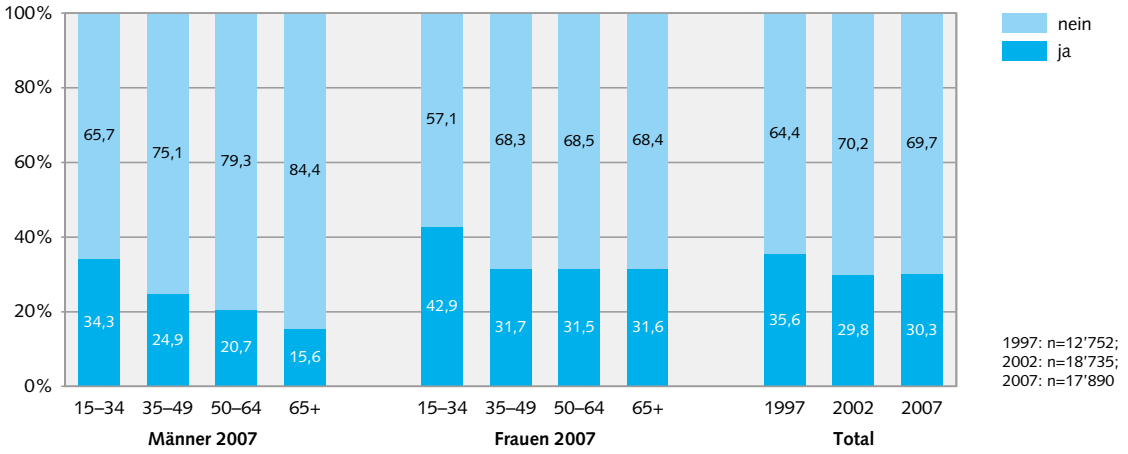
Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung gibt an, in ihrem Umfeld mindestens eine Vertrauensperson zu haben (94,9%), 71,3% haben sogar mehrere Personen, denen sie sich anvertrauen können (Abb. 3.7). 5,1% der Befragten haben allerdings keine Vertrauensperson, mit welcher sie über ganz persönliche Probleme reden können. Männer geben häufiger an, keine Vertrauensperson (5,9%) zu haben als Frauen (4,4%) und sie haben seltener mehrere Vertrauenspersonen (66,3%) als Frauen (76,0%). Mit fortschreitendem Alter nimmt der Anteil derjenigen ohne Vertrauensperson zu und der Anteil der Personen mit mehreren Vertrauenspersonen ab (Abb. 3.7). Der Anteil der Personen ohne Vertrauensperson pendelt seit 1992 zwischen 6,3% und 4,7%, der Anteil derjenigen mit mehreren Vertrauenspersonen hat seit 1997 von 61,2% auf 71,3% zugenommen.

Vorhandensein einer Vertrauensperson nach Geschlecht und Alter, 1992–2007 **Abb. 3.7**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1997/2002/2007 © *Obsan*

Einsamkeit nach Geschlecht und Alter, 1997–2007 **Abb. 3.8**



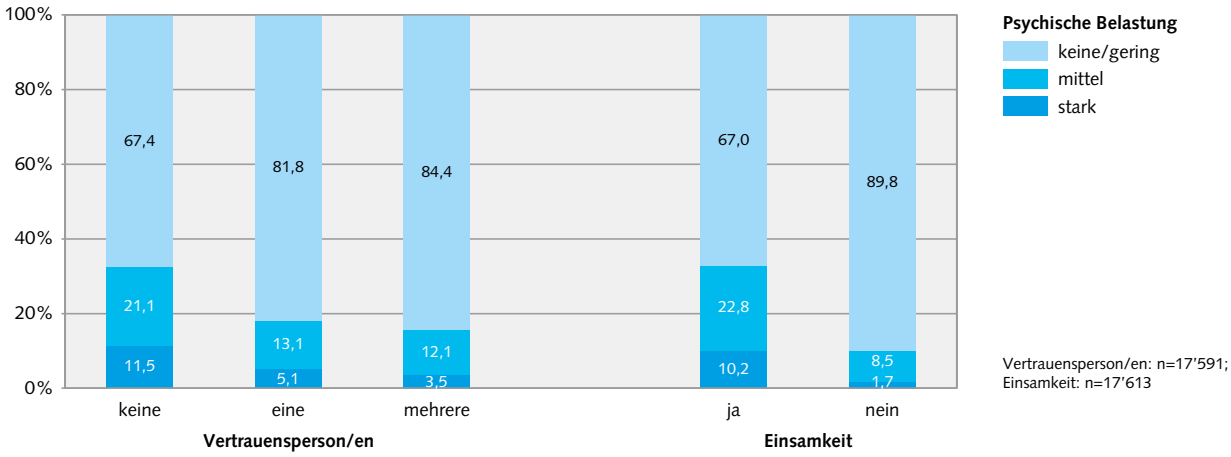
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997/2002/2007 © *Obsan*

3.3.2 Einsamkeit

Knapp ein Drittel der Schweizer Bevölkerung fühlt sich gelegentlich einsam, wobei Frauen (34,9%) deutlich häufiger davon berichten als Männer (25,4%, nicht dargestellt). Auch in der Entwicklung über das Lebensalter zeigt sich ein Unterschied zwischen den Geschlechtern (Abb. 3.8): Bei den Männern sind die Einsamkeitsgefühle in jungen Jahren am meisten verbreitet (34,3%) und nehmen mit fortschreitendem Alter ab: So berichten noch 15,6% der 65-Jährigen und Älteren von Einsamkeit. Bei den Frauen ist der grösste Anteil ebenfalls bei den 15- bis 34-Jährigen zu finden (42,9%), geht dann zurück und bleibt bis ins höhere Alter stabil bei fast 32%. Die Anteile berichteter Einsamkeit sind im Vergleich zu 2002 unverändert, im Vergleich zu 1997 jedoch zurückgegangen.

Das Fehlen einer Vertrauensperson und Einsamkeitsgefühle gehen mit Beeinträchtigung der psychischen sowie der körperlichen Gesundheit einher. Die psychische Belastung ist bei Personen, die keine Vertrauensperson haben, und bei denjenigen, die sich einsam fühlen, deutlich höher als bei Personen mit mindestens einer Vertrauensperson

Psychische Belastung nach Vorhandensein einer Vertrauensperson und Einsamkeit, 2007 **Abb. 3.9**



Vertrauensperson/en: n=17'591;
Einsamkeit: n=17'613

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

und denjenigen ohne Einsamkeitsgefühle (Abb. 3.9). Wie so oft gilt der Zusammenhang zwischen Vertrauensperson bzw. Einsamkeit und psychischer Belastung auch in die andere Richtung (nicht dargestellt). Entsprechend berichten Personen mit hoher psychischer Belastung deutlich häufiger vom Fehlen einer Vertrauensperson (13,2%) und von Einsamkeit (72,7%) als solche ohne oder mit geringer Belastung (4,0% bzw. 24,4%).

3.4 Kritische Lebensereignisse

Gut 60% der Bevölkerung berichten, ein kritisches Lebensereignis in den 12 Monaten vor der Befragung erlebt zu haben. Frauen und ältere Menschen sind häufiger davon betroffen. Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und psychischer Belastung.

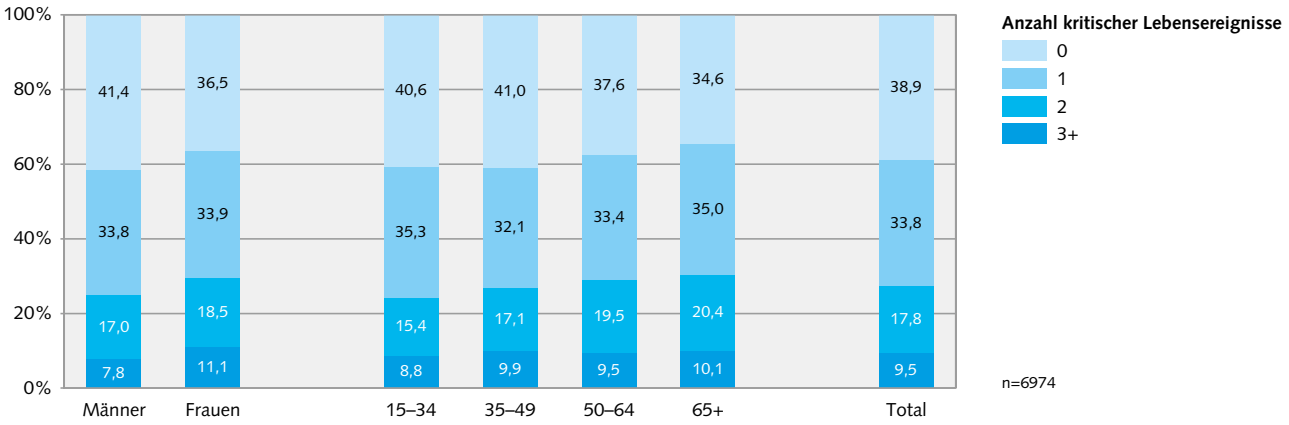
Unter einem kritischen Lebensereignis ist eine relativ abrupte Veränderung der bisherigen Lebenssituation zu verstehen, die Anpassungsleistung des Individuums erfordert (vgl. Faltermaier, 2005; Filipp & Aymanns, 2010). Solche Veränderungen können beispielsweise bisherige Aktivitäten und soziale Rollen (z.B. Beruf, Familie) wie auch das soziale Umfeld (z.B. Bezugspersonen) betreffen. Der Verlust einer nahe stehenden Person, eine Kündigung oder eine Scheidung sind typische Beispiele für kritische Lebensereignisse. Auch an sich positive Ereignisse, wie die Geburt eines Kindes oder Heirat, werden grundsätzlich zu den kritischen Lebensereignissen gezählt, diese werden aber im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht berücksichtigt. Kritische Lebensereignisse stellen einen Risikofaktor für verschiedene psychische und körperliche Erkrankungen dar (Faltermaier, 2002, 2005; Filipp & Aymanns, 2010). So haben verschiedene Studien einen Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und Depression aufgezeigt (Bifulco et al., 2000; Kessler, 1997; E. Paykel, 2003; E.S. Paykel, 2003; Vinkers et al., 2004).

Die folgenden Auswertungen basieren auf den Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) und beziehen sich auf die sieben Lebensereignisse Krankheit/Unfall, Krankheit/Unfall nahe stehender Personen, Tod nahe stehender Personen, Abbruch enger Beziehung, Konflikte mit nahe stehenden Personen, Probleme mit eigenen Kindern sowie andere Belastungen (Sammelkategorie; vgl. Anhang).

Über 60% der befragten Personen berichten, dass sie im Jahr vor der Befragung mindestens eines der oben aufgeführten Ereignisse erlebt haben, rund 10% nennen sogar drei oder mehr solcher Ereignisse (Abb. 3.10). Krankheit/Unfall sowie Tod einer nahe stehenden Person wurden mit 29,7% bzw. 22,1% am häufigsten genannt, gefolgt von eigener Erkrankung/Unfall (19,2%) und Problemen mit nahe stehenden Personen (10,4%; nicht dargestellt). 8,0% der Befragten geben an, in den 12 Monaten vor der Befragung einen Abbruch einer engen und wichtigen Beziehung erlebt zu haben.

Frauen sind häufiger von zwei oder mehr kritischen Lebensereignissen betroffen als Männer – dies gilt über alle Altersgruppen hinweg. Die Anzahl erfahrener kritischer Lebensereignisse nimmt mit dem Alter zu, wenn auch nicht sehr stark. Während 40,6% der 15- bis 34-Jährigen angeben, im Jahr vor der Befragung kein kritisches Lebensereignis erlebt zu haben, sind es bei den 65-Jährigen und Älteren noch 34,6%.

Kritische Lebensereignisse nach Geschlecht und Alter, 2009 **Abb. 3.10**



Kritische Lebensereignisse in den 12 Monaten vor der Befragung

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © *Obsan*

Weiterführende Analysen zeigen, dass die psychische Belastung mit steigender Anzahl kritischer Lebensereignisse zunimmt. So weisen 3,3% der Personen ohne kritisches Lebensereignis eine starke psychische Belastung auf, bei denjenigen, die drei oder mehr Lebensereignisse angeben, sind es 10,7% (nicht dargestellt).

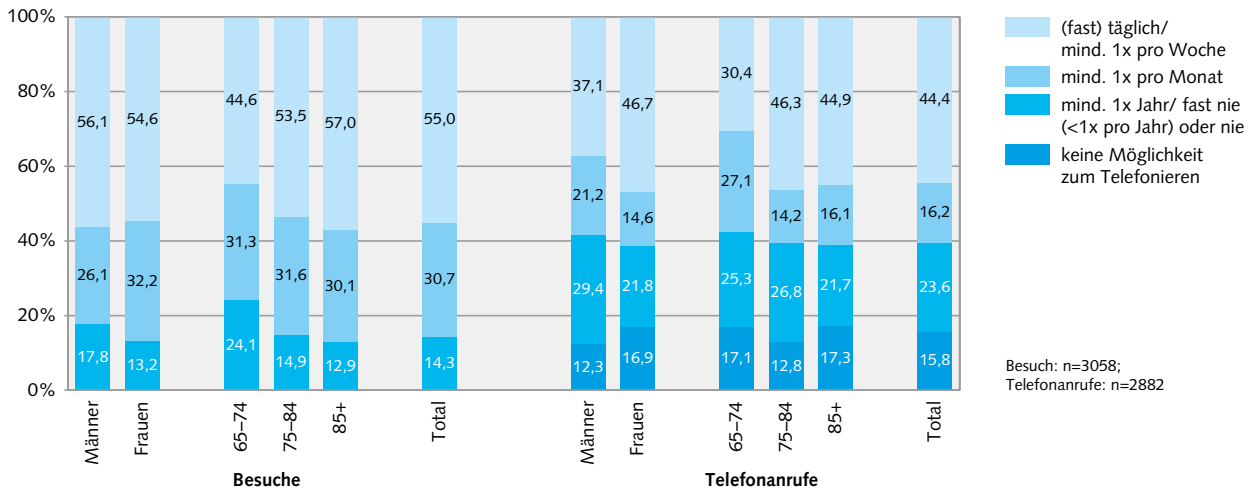
Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI):

Soziale Kontakte: Besuche und Telefonanrufe

In der EGBI werden verschiedene Angaben zu Ressourcen erhoben, z.B. zur Lebenszufriedenheit und sozialen Kontakten (vgl. Anhang). Im Folgenden werden Ergebnisse präsentiert, wie häufig die Bewohnerinnen und Bewohner Besuche oder Anrufe von Familienmitgliedern, Freundinnen und Freunden oder Bekannten erhalten oder selber machen. Die entsprechenden Daten beruhen auf den Angaben der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. des Pflegefachpersonals für diejenigen Personen, die nicht selber Auskunft geben konnten.

Über die Hälfte der Personen (55,0%) erhält täglich bis mindestens ein Mal pro Woche Besuch (Abb. 3.11). Bei den Telefonanrufen beläuft sich der entsprechende Anteil auf 44,4%. Interessant ist die Tatsache, dass die Häufigkeit von Besuchen mit dem Alter der Bewohnerinnen und Bewohner zunimmt: 44,6% der 65- bis 74-Jährigen werden mindestens ein Mal pro Woche besucht, bei den 85-Jährigen und Älteren sind es 57,0%.

Besuche und Telefonanrufe nach Geschlecht und Alter, 2008/2009 **Abb. 3.11**



Datenquelle: BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/2009 © *Obsan*

4 Inanspruchnahme

Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer wie auch somatischer Angebote (Koopmans et al., 2005). Insbesondere Depressionen, Angst- und Schmerzstörungen führen zu einer gesteigerten Nutzung allgemeinmedizinischer Dienstleistungen und – da sie in rund der Hälfte der Fälle nicht erkannt werden – zur Inanspruchnahme von (vermeidbaren) spezialisierten somatischen Angeboten (Barsky et al., 2006; Fritze et al., 2001; Savageau et al., 2006). Je schwerer und chronischer die Erkrankung ist und je mehr parallele Erkrankungen eine Person aufweist (Komorbidität), desto mehr Leistungen werden in Anspruch genommen. Einstellungen wie Stoizismus oder die Meinung, dass man mit seinen Problemen selbst zurechtkommen muss, behindern hingegen das Aufsuchen von Hilfe (Eichenberger, 2002; Sareen et al., 2007).

Für die Heilungschancen bei psychischen Erkrankungen ist es entscheidend, wann und von wem professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Bei ungenügender Versorgung besteht ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung sowie Suizidalität (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Studien zeigen, dass ein Drittel bis die Hälfte der psychisch kranken Menschen in industrialisierten Ländern unbehandelt bleibt – sei es, weil die Erkrankungen von Fachpersonen nicht erkannt werden und/oder weil die Betroffenen keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Kessler & WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Gemäss Wittchen et al. (2011) kommt in der EU nur eine von zwei Personen mit einer psychischen Störung überhaupt in Kontakt mit einer psychotherapeutischen Fachperson oder einer Ärztin bzw. einem Arzt. Bei den meisten von diesen beschränkt sich die Unterstützung auf eine allgemeinmedizinische Behandlung. Nur etwa ein Viertel der Personen mit einer psychischen Störung erhält professionelle, auf psychische Erkrankungen ausgerichtete Hilfe. Die Behandlungsrate variiert mit der Art der psychischen Störung. Affektive Störungen werden am ehesten therapiert. Gemäss der Zürcher-Kohorten-Studie junger Erwachsener waren 46% der psychisch Erkrankten in einer Behandlung, Frauen häufiger als Männer (Angst et al., 2005).

Nachfolgend wird auf die Inanspruchnahme verschiedener Angebote des Gesundheitswesens durch Personen mit psychischen Störungen eingegangen. Es werden dafür ganz unterschiedliche Datenquellen verwendet, da keine Quelle existiert, welche die ganze Versorgungslandschaft abdeckt (Abb. 4.1). Die Eigenheiten jeder Datenbank bringen es mit sich, dass keine direkten Vergleiche zwischen Ergebnissen verschiedener Datenquellen möglich sind und dass die Abgrenzungen nicht immer ganz trennscharf ausfallen. Die Resultate zur Inanspruchnahme werden durch je einen Abschnitt zur *Inanspruchnahme generell* – d.h. über unterschiedliche Angebote hinweg (4.1.1) – und zur Medikamenteneinnahme (4.1.2) eingeleitet. Danach wird auf den ambulanten und teilstationären Versorgungsbereich eingegangen. Dieser wird einerseits unterteilt in *Behandlungen in (psychiatrischen und hausärztlichen) Arztpraxen* (4.2), wofür vier verschiedene Datenquellen herangezogen werden. Andererseits werden die *Behandlungen in ambulanten/teilstationären psychiatrischen Einrichtungen* (4.3) thematisiert, wobei sich diese Ergebnisse auf eine bisher einmalige Datenerhebung von 2006 beziehen. Der Bereich der stationären Versorgung wird zum einen mit der *Inanspruchnahme sozialmedizinischer Institutionen* (4.4) beschrieben, welche auf der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und der Erhebung zum Gesundheitszustand von Betagten in Institutionen basiert. Zum anderen wird die *stationäre Versorgung in Kliniken* (4.5) auf der Grundlage der Medizinischen Statistik abgebildet.

Die grosse Zahl ambulanter Datenquellen (Abb. 4.1) ist nicht etwa Zeichen einer erschöpfenden Datenlage im ambulanten Bereich, sondern spiegelt die Schwierigkeit wider, den ambulanten Bereich umfassend abzubilden. Da für den Bereich keine Registererhebung/Vollerhebung existiert, muss die Information aus verschiedenen, sich auf Teilgebiete beschränkenden Erhebungen entnommen werden. Diese Erhebungen sind aufgrund ihrer individuellen Besonderheiten/Schwächen schwer zusammenzubringen und bilden stets nur einen Teilbereich ab. Beispielsweise beruhen viele Ergebnisse zum ambulanten Bereich auf Selbstangaben aus Befragungen (Schweizerische

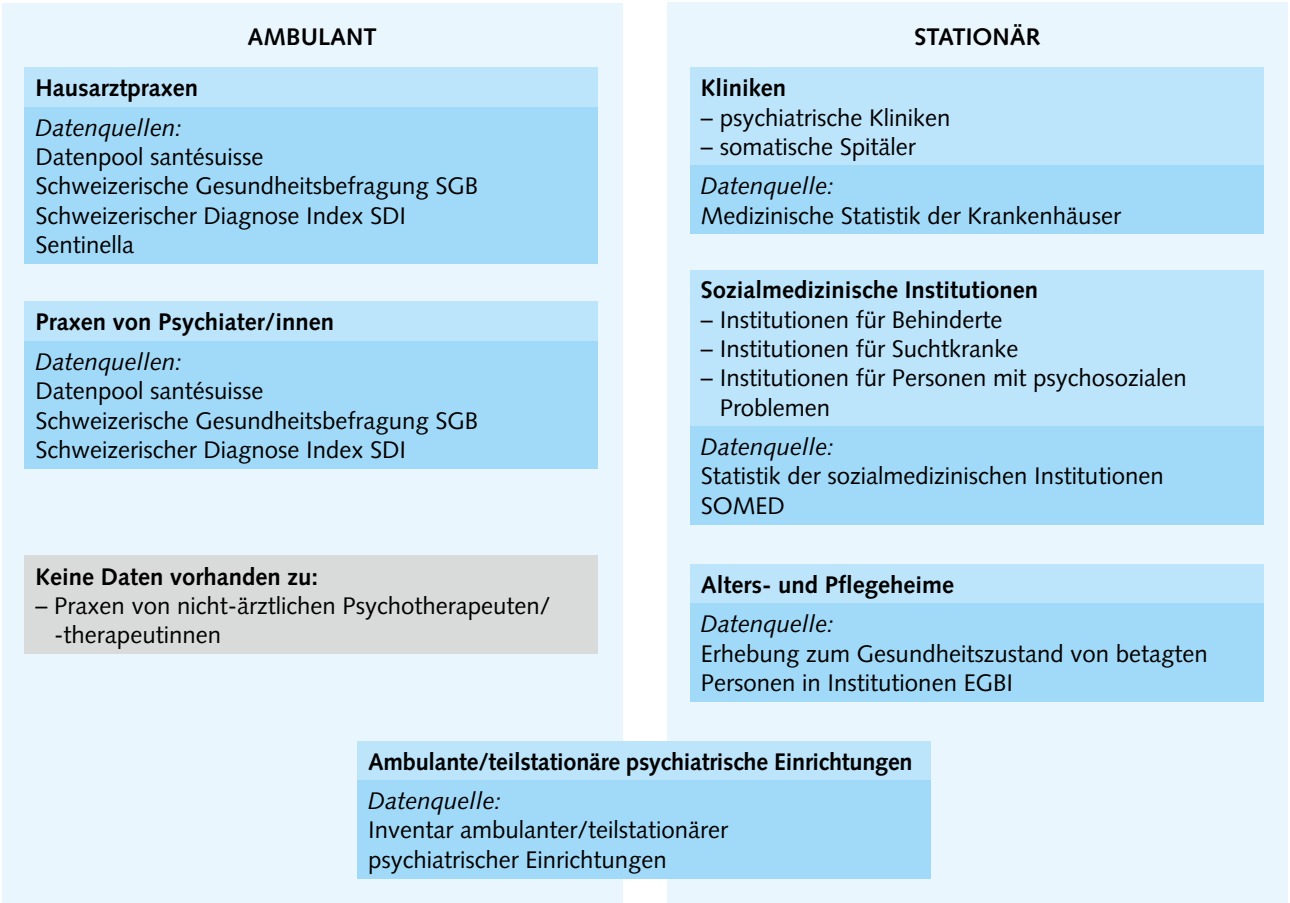
Gesundheitsbefragung, Schweizer Haushalt-Panel). Oder die Resultate entstammen beispielsweise dem Datenpool von santésuisse, dessen Angaben sich nur auf Konsultationen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Im Weiteren fehlen gesamtschweizerische Daten zu Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Trotz verschiedenen aufgeführten Datenquellen besteht also weiterhin eine erhebliche Datenlücke im ambulanten Versorgungsbereich.

4.1 Inanspruchnahme generell und Medikamenteneinnahme

Gut 5% der Bevölkerung haben sich 2007 wegen psychischer Beschwerden behandeln lassen, die meisten durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Die Ergebnisse weisen insbesondere bei Depression auf eine unzureichende Inanspruchnahme hin. Knapp 5% der Schweizer Wohnbevölkerung nehmen Schlaf-, Beruhigungsmittel oder Antidepressiva ein, wobei der Konsum mit höherer psychischer Belastung zunimmt. Behandlungen erfolgen häufig ohne Medikation. Wenn Psychopharmaka verschrieben werden, sind es am häufigsten Antidepressiva.

Bevor in den Unterkapiteln 4.2 bis 4.5 auf die Inanspruchnahme bei spezifischen Gruppen von Leistungserbringern eingegangen wird, werden hier Ergebnisse vorgestellt, die die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung generell betreffen und die nicht ausschliesslich privaten Praxen, ambulanten/teilstationären psychiatrischen Einrichtungen, sozialmedizinischen Institutionen

Überblick über die im Kapitel beschriebene Versorgungslandschaft und die verwendeten Datenbanken **Abb. 4.1**



© Obsan

oder Spitälern zugeordnet werden können. Die Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und beruhen auf den Fragen «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?» sowie «Was ist die Person von Beruf gewesen, wo Sie behandelt hat?» und «Sind Sie in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer Depression, oder sind Sie zurzeit in Behandlung?» (4.1.1). Anschliessend werden Ergebnisse zur Medikamenteneinnahme vorgestellt (4.1.2), die auf der SGB und zusätzlich auf Daten des Schweizer Diagnose Index (SDI) basieren (vgl. Anhang).

4.1.1 Behandlung wegen psychischer Probleme

Aus Abb. 4.2 ist ersichtlich, dass sich 5,3% der Schweizer Wohnbevölkerung in den 12 Monaten vor der Befragung wegen psychischer Beschwerden haben behandeln lassen, Frauen (6,3%) öfter als Männer (4,2%). Bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen nimmt der Anteil derjenigen, die sich behandeln lassen, kontinuierlich von 4,8% auf 7,0% zu. Bei den 65-Jährigen und Älteren ist der Anteil dagegen am kleinsten (2,9%). Diese Entwicklung über das Alter zeigt sich für beide Geschlechter. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen zeigt sich mit höherem Alter ebenfalls ein Rückgang der Behandlungen wegen psychischer Probleme (vgl. Kasten am Ende des Kapitels).

Zwischen 1997 und 2007 zeichnet sich eine gewisse Zunahme bei den Personen ab, die eine Behandlung aufgrund psychischer Probleme in Anspruch nehmen (von 4,1% auf 5,3%). In den ersten fünf Jahren ist der Anstieg eher auf die Frauen, danach eher auf die Männer zurückzuführen.

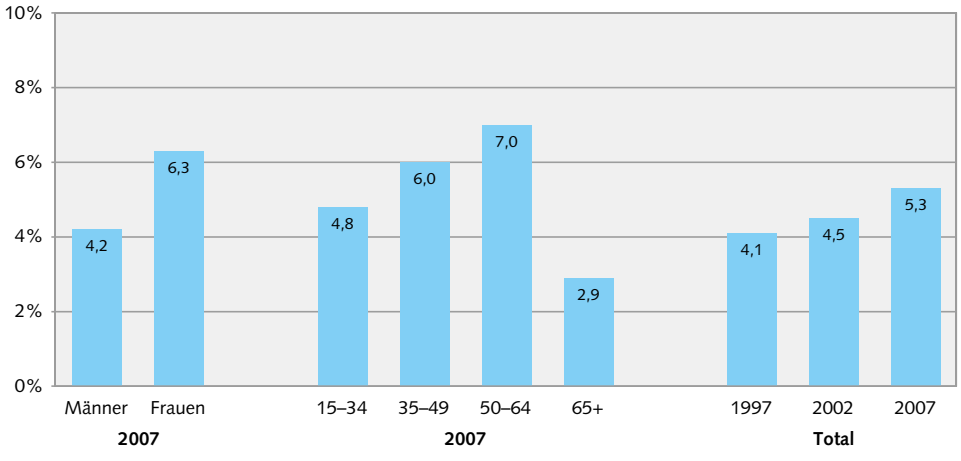
Regional liegen die Anteile derer, die eine Behandlung aufsuchen, zwischen 3,8% in der Zentralschweiz und 5,9% im Espace Mittelland. Es gibt hier keine deutlichen Unterschiede zwischen der deutschen und lateinischen Schweiz.

Die meisten Personen, die in den vergangenen 12 Monaten eine Behandlung wegen psychischer Beschwerden aufgesucht haben, liessen sich von einer Psychiaterin oder einem Psychiater behandeln (38,6%; Abb. 4.3). Darauf folgen die Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (33,6%) und die Allgemeinärztinnen bzw. -ärzte (20,7%).

Männer (79,6%) suchen anteilsmässig häufiger Spezialistinnen und Spezialisten auf als Frauen (67,5%). Frauen nehmen hingegen öfter eine Behandlung bei der Allgemeinpraktikerin bzw. dem Allgemeinpraktiker oder bei anderen Berufsgruppen in Anspruch. Dies könnte mit der deutlich höheren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen durch Frauen als durch Männer zusammenhängen: Männer suchen häufig erst später im Krankheitsverlauf und dann mit der Notwendigkeit einer spezialisierten/stationären Behandlung Hilfe (Kuhl & Herdt, 2007).

Im Vergleich der Altersgruppen fällt auf, dass die Jungen (15–34 Jahre) zur Hälfte zu Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten und relativ selten zur Allgemeinärztin bzw. zum Allgemeinarzt gehen (16,2%; Abb. 4.3). Dagegen lassen sich die 65-Jährigen und Älteren in erster Linie von der Allgemeinärztin, dem Allgemeinarzt behandeln (42,2%) oder dann von der Psychiaterin, dem Psychiater (37,2%), aber eher selten von Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten (13,7%). Über alle

Behandlung psychischer Probleme nach Geschlecht und Alter, 1997–2007 **Abb. 4.2**

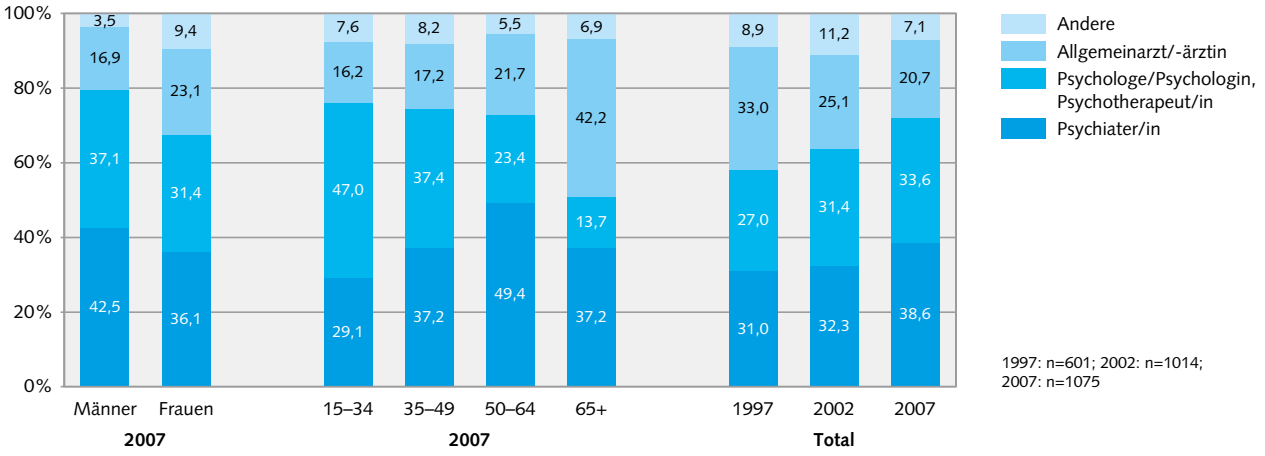


1997: n=13'002; 2002: n=19'698; 2007: n=18'745

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997/2002/2007

© Obsan

Leistungserbringende von Behandlungen psychischer Probleme nach Geschlecht und Alter von Patienten/Patientinnen, 1997–2007 **Abb. 4.3**



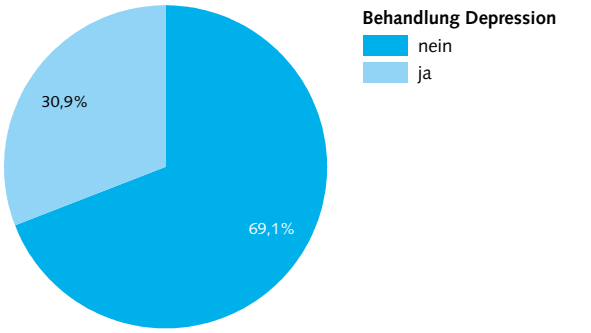
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997/2002/2007 © *Obsan*

Altersgruppen zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter vermehrt medizinische Leistungserbringer (Psychiater/innen und Allgemeinpraktiker/innen) und weniger psychologische Fachkräfte aufgesucht werden.

Aus dem zeitlichen Vergleich geht hervor, dass zunehmend psychiatrische und psychologische Fachpersonen aufgesucht werden, während die Inanspruchnahme von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten bei psychischen Beschwerden abgenommen hat (Abb. 4.3). Trotzdem zeigt sich deutlich, welch wichtige Rolle den Grundversorgerinnen und Grundversorgern beim Erkennen, Behandeln und auch bei der Prävention psychischer Störungen zukommt, v.a. bei weniger gravierenden Problemen oder bei Komorbidität mit körperlichen Beschwerden.

Für Depression besteht die Möglichkeit, das Auftreten mit der Aussage zu deren ärztlichen Behandlung zu kombinieren: Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) geht hervor, dass von den 5,2% der Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung eine Depression[10] hatten, sich 30,9% in den letzten 12 Monaten ärztlich behandeln liessen (Abb. 4.4). Die grosse Mehrheit der klar depressiven Personen, nämlich knapp 70%, hat sich dagegen nicht ärztlich behandeln lassen. Dies weist auf eine unzureichende Inanspruchnahme hin.

Anteil Personen mit Major Depression nach ärztlicher Behandlung, 2007 **Abb. 4.4**



n=688

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

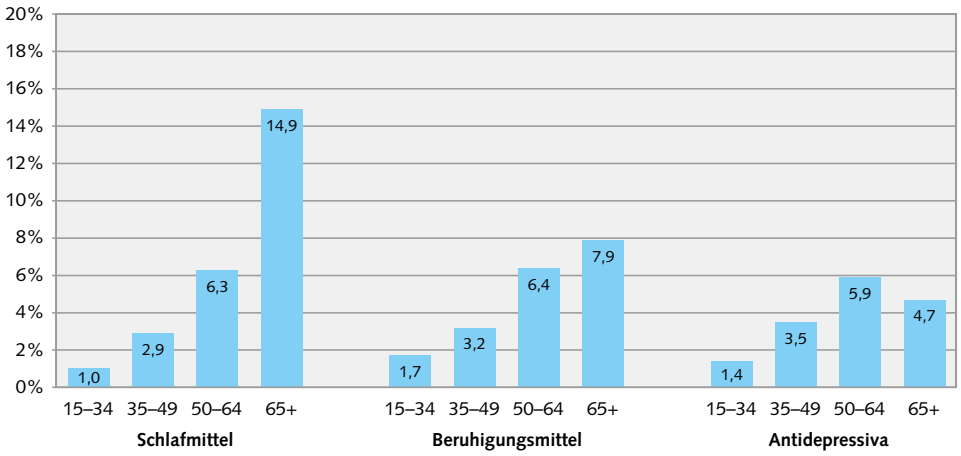
4.1.2 Medikamenteneinnahme

Die Ergebnisse in diesem Abschnitt gehen auf Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) sowie des Schweizer Diagnose Index (SDI) zurück. Erstere spiegeln die Medikamenteneinnahme aus Bevölkerungssicht wider, letztere machen Aussagen zur Medikamentenverschreibung der Ärztinnen und Ärzte aus Privatpraxen.

In den letzten sieben Tagen vor der Befragung haben 5,7% mindestens ein Mal ein Schlafmittel eingenommen. Bei Beruhigungsmitteln und Antidepressiva betragen die entsprechenden Anteile 4,3% bzw. 3,6%. Frauen nehmen öfter entsprechende Medikamente ein als Männer: Bei Schlafmitteln ist das Verhältnis 1,9:1, bei Beruhigungsmitteln und Antidepressiva 1,6 bzw. 1,7:1. Der Konsum

[10] Major Depression (nach Diagnose-Manual DSM-IV)

Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Antidepressiva nach Alter, 2007 **Abb. 4.5**



Schlafmittel: n=1278;
Beruhigungsmittel: n=1009;
Antidepressiva: n=836

Medikamenteneinnahme in den sieben Tagen vor der Befragung

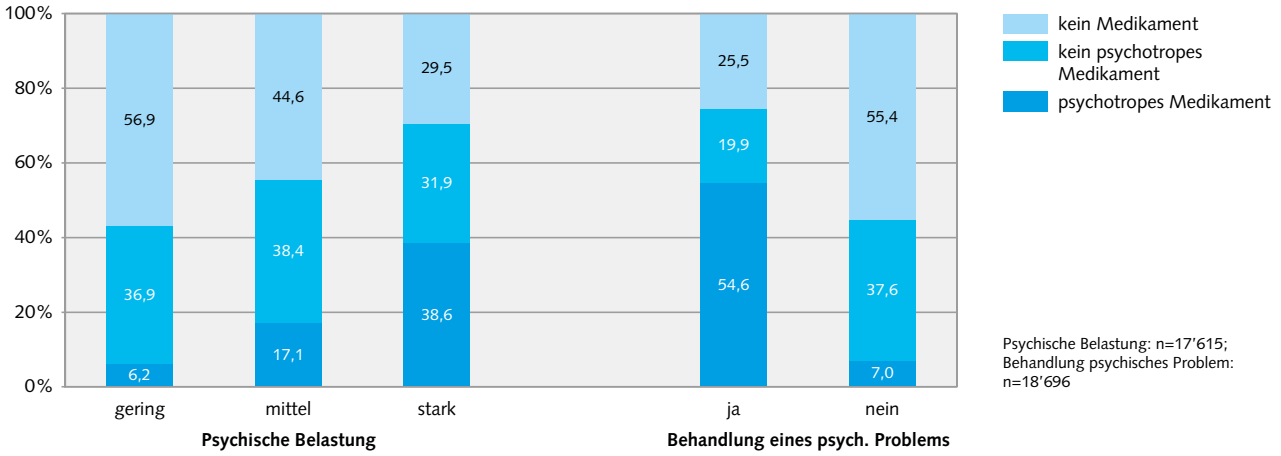
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hat sich seit 1992 nicht bedeutend verändert, für die Antidepressiva gibt es noch keine Vergleichswerte.

In Abb. 4.5 ist die Medikamenteneinnahme nach Alter abgebildet. Der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln steigt deutlich mit zunehmendem Alter. Insbesondere Schlafmittel werden im Alter von 65 Jahren und mehr häufig eingenommen. Bei den Antidepressiva steigt der Konsum bis zur Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen und nimmt danach wieder leicht ab. Eine längerfristige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln kann zu einer Abhängigkeit führen (gilt nicht für Antidepressiva).

Nachfolgend werden Schlaf-, Beruhigungsmittel und Antidepressiva zur Kategorie *psychotrope Medikamente* zusammengefasst. Psychotrop wird hier im weiteren Sinne als *auf die Psyche wirkend* verstanden. Diese Medikamente beeinflussen das zentrale Nervensystem im Bereich des Erlebens und Verhaltens des Menschen (vgl. auch Roth & Moreau-Gruet, 2011).

Medikamenteneinnahme nach psychischer Belastung und Behandlung eines psychischen Problems, 2007 **Abb. 4.6**



Psychische Belastung: n=17'615;
Behandlung psychisches Problem: n=18'696

Die Fragen zur psychischen Belastung und Behandlung beziehen sich auf die 12 Monate vor der Befragung, diejenige zur Medikamenteneinnahme auf die letzten sieben Tage.
Psychotrope Medikamente: Schlaf-, Beruhigungsmittel und Antidepressiva

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Mit zunehmender psychischer Belastung werden häufiger psychotrope Medikamente konsumiert (Abb. 4.6). Dieses Muster gilt für Männer wie für Frauen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern nimmt mit zunehmendem Belastungsgrad ab: Bei schwacher Belastung gilt das Verhältnis 1,9 (Frauen):1 (Männer), bei starker psychischer Belastung ist es noch 1,1:1.

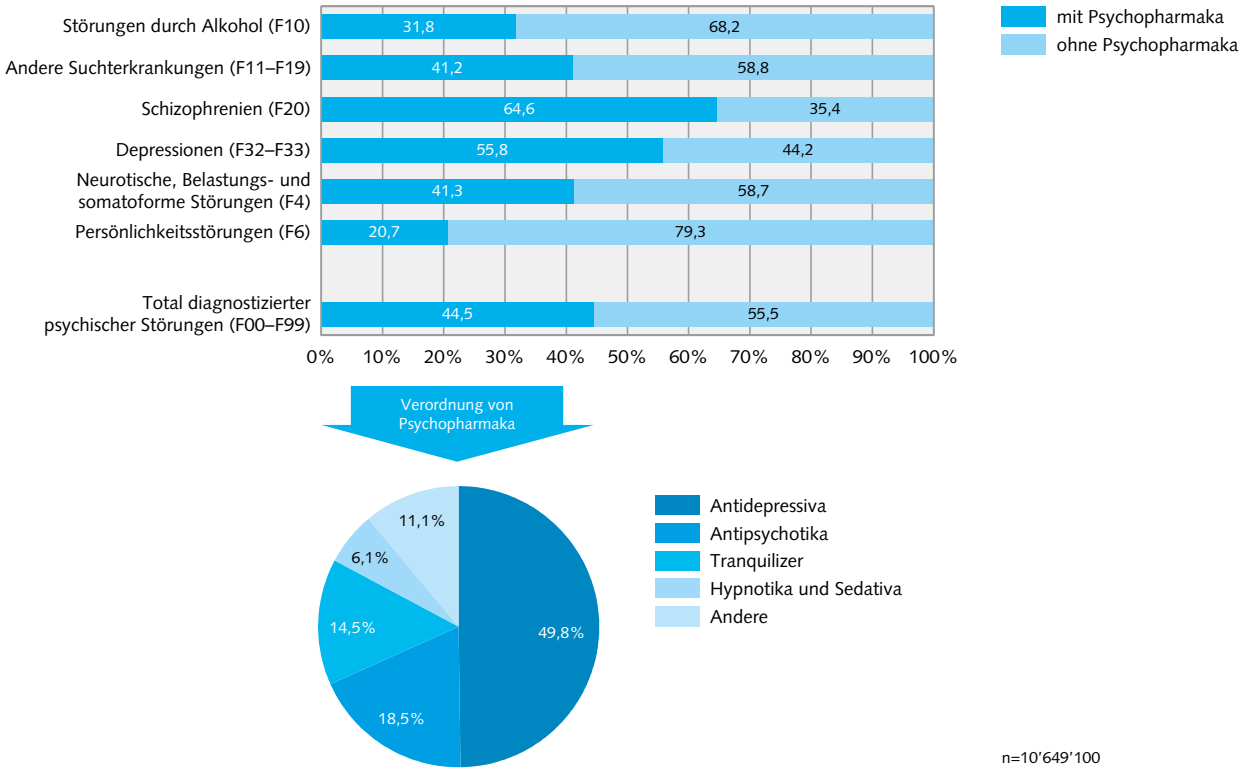
Drei Viertel (74,5%) der Personen, die im letzten Jahr wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, nahmen in der Woche vor der Befragung ein Medikament ein, bei 54,6% war mindestens ein psychotropes Medikament darunter (Abb. 4.6).

Entsprechend den Angaben der Ärztinnen und Ärzte aus Privatpraxen (SDI-Daten) erfolgen – über alle psychischen Störungen hinweg – mehr als die Hälfte (55,5%) der Behandlungen ohne Psychopharmaka[11] (Abb. 4.7).

Bei Persönlichkeitsstörungen (20,7%) oder Störungen durch Alkohol (31,8%) wird relativ selten mit Psychopharmaka interveniert. Bei Schizophrenien (64,6%) und Depressionen (55,8%) werden sie deutlich häufiger eingesetzt. Allgemein werden v.a. Antidepressiva (49,8%) verordnet, Antipsychotika (18,5%) und Tranquilizer (14,5%) stehen an zweiter und dritter Stelle (Abb. 4.7).

Allgemeinpraktizierende (48,4%) verschreiben bei psychischen Störungen etwas öfter Psychopharmaka als Psychiaterinnen und Psychiater (42,1%, nicht dargestellt). Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass sich die Patientenpopulationen unterscheiden können (z.B. hinsichtlich Art und Schweregrad der Störungen). Ausserdem werden Patientinnen und Patienten im höheren Alter überdurchschnittlich oft mit Psychopharmaka behandelt (Dreyer & Schuler, 2010; vgl. auch Kasten am Ende des Kapitels).

Behandlung psychischer Erkrankungen mit oder ohne Psychopharmaka, 2010 **Abb. 4.7**



Datenquelle: IMS Health GmbH, Schweizerischer Diagnose Index 2010 © *Obsan*

[11] Die wichtigsten Psychopharmaka: Antidepressiva, Tranquilizer, Antipsychotika, Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel)

4.2 Inanspruchnahme: Praxen

Personen mit psychischen oder psychischen *und* körperlichen Beschwerden gehen besonders häufig zur Ärztin, zum Arzt. Die psychiatrischen Diagnosen in ambulanten Arztpraxen wurden zu 61,5% durch Psychiaterinnen/Psychiater und zu 36,0% durch Allgemeinpraktizierende gestellt. Bei Letzteren sind es v.a. Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen. Bei Depressionen zeigen sich meistens komorbide Erkrankungen.

Tab. 4.1 gibt einen Überblick über die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten, die in psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Praxen sowie im Total jährlich behandelt wurden. Im Jahr 2010 waren 334'906 Patientinnen und Patienten in einer ambulanten psychiatrischen Praxis, das bedeutet 115 Patientinnen und Patienten pro Psychiaterin bzw. Psychiater. In der Allgemeinmedizin waren es absolut gesehen knapp 15 Mal mehr Patientinnen und Patienten als in den ambulanten psychiatrischen Praxen, das heisst im Durchschnitt 831 pro Ärztin bzw. Arzt. Somit wurden 2,5% aller in ambulanten Praxen gesehenen Patientinnen und Patienten in ambulanten psychiatrischen Praxen behandelt (allgemeinmedizinische Praxen: 37,2%).

Von 2006 bis 2010 hat die Zahl der in ambulanten Praxen behandelten Patientinnen und Patienten um 8,5% zugenommen. In psychiatrischen Praxen ist es ein Anstieg von 18,4%, in der Allgemeinmedizin sind es 3,3%. Ebenso wurden 2010 mehr Patientinnen und Patienten pro Ärztin/Arzt behandelt als 2006: Die Zunahme liegt für das Total bei 3,6%, für die Psychiatrie bei 9,0% und für die Allgemeinmedizin bei 1,4%.

Psychische Beschwerden gehen mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher (vgl. Einleitung Kapitel 4). Das wird im nächsten Abschnitt deutlich, in welchem die generelle Anzahl der Arztbesuche von Personen mit psychischen Beschwerden mit denjenigen von Personen ohne psychische Beschwerden verglichen werden (4.2.1). Daran anschliessend werden die Behandlungen psychischer Beschwerden in der psychiatrischen bzw. hausärztlichen Praxis (4.2.2) thematisiert. Die Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; vgl. Anhang), dem Schweizer Diagnose Index (SDI) und aus der Befragung zu Depressionen in Allgemeinarztpraxen (Sentinella).

4.2.1 Arztbesuche generell

Wie der Abb. 4.8 zu entnehmen ist, geht ein Teil der Schweizer Bevölkerung relativ häufig zur Ärztin bzw. zum Arzt: Rund ein Fünftel (18,5%) der Befragten hatte in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens sechs Arztkonsultationen bei Allgemeinpraktizierenden oder Spezialistinnen und Spezialisten (zahnärztliche Behandlungen ausgeschlossen). Ebenfalls ein Fünftel (20,4%) war dagegen gar nie in ärztlicher Behandlung. Mehr Frauen suchten mindestens sechs Mal eine Ärztin, einen Arzt auf als Männer (21,6% vs. 15,3%) und weniger gar nie (14,1% vs. 26,9%). Mit höherem Alter nehmen die Arztbesuche zu. Junge Männer (15–39 Jahre) nehmen besonders selten ärztliche Behandlung in Anspruch: Ein Drittel ist im vergangenen Jahr gar nie zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen (nicht dargestellt).

Je stärker die psychische Belastung, umso häufiger suchen die Betroffenen Ärztinnen und Ärzte auf (unabhängig von den behandelten Beschwerden): 15,3% der Personen ohne oder mit geringer psychischer Belastung sind sechs Mal oder mehr in ärztlicher Behandlung, verglichen mit 44,4% der Personen mit starker psychischer Belastung (Abb. 4.8).

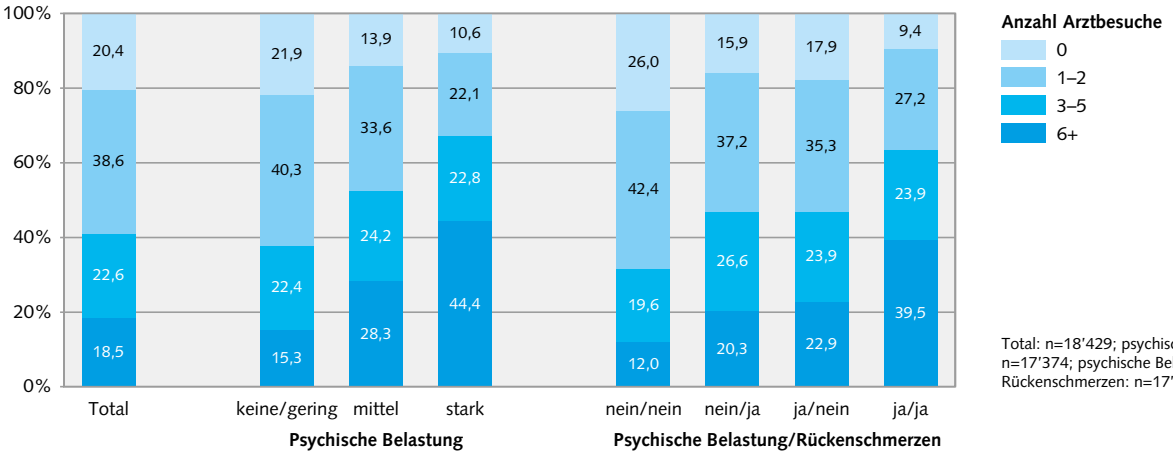
Tab. 4.1 Anzahl Patientinnen und Patienten in ambulanter Praxis, 2006–2010

		Psychiatrische Praxen	Allgemeinpraxen	Alle ambulanten Praxen
Anzahl Patientinnen/ Patienten absolut	2006	282 900	4 914 082	12 560 008
	2007	297 254	5 068 159	13 056 667
	2008	309 520	5 168 420	13 537 770
	2009	322 495	5 231 837	13 811 716
	2010	334 906	5 075 235	13 632 363
Anzahl Patientinnen/ Patienten pro Ärztin/Arzt	2006	106	819	731
	2007	108	844	754
	2008	110	862	777
	2009	114	867	782
	2010	115	831	757

Datenquelle: Datenpool santésuisse 2006–2010/Auswertung Obsan
Datenstand: 26.06.2011

© Obsan

Anzahl Arztbesuche nach psychischer Belastung und psychischer Belastung/Rückenschmerzen, 2007 **Abb. 4.8**



Total: n=18'429; psychische Belastung: n=17'374; psychische Belastung/ Rückenschmerzen: n=17'373

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

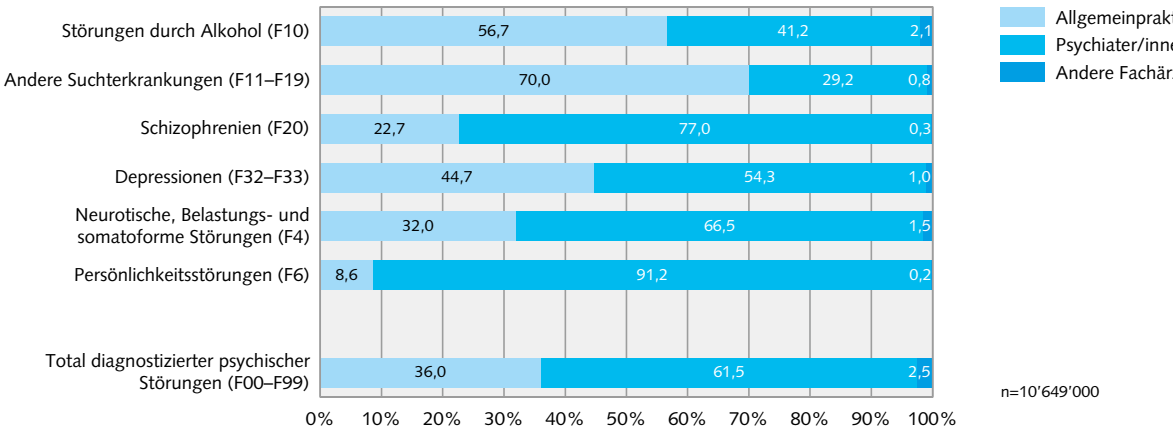
In Abb. 4.8 finden sich ebenfalls Ergebnisse zur Häufigkeit von Arztkonsultationen bei gleichzeitigem Vorhandensein von körperlichen und psychischen Beschwerden. Dies wird anhand von psychischer Belastung und Rückenschmerzen aufgezeigt. Es ist deutlich ersichtlich, dass Personen mit psychischer Belastung *und* Rückenschmerzen am häufigsten ärztliche Behandlungen in Anspruch nehmen – häufiger als Personen mit psychischer Belastung ohne Rückenschmerzen und noch häufiger als Personen mit ausschliesslich Rückenschmerzen.

Die beschriebenen Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Rückenschmerzen zeigen sich in gleicher Weise bei der Analyse der Anzahl der *Hausarztkonsultationen* (nicht dargestellt): So suchten 31,0% der stark Belasteten mindestens sechs Mal die hausärztliche Praxis auf (nicht/gering Belastete: 6,8%) und 24,8% derjenigen mit psychischer Belastung *und* Rückenschmerzen (ohne psychische Belastung/ohne Rückenschmerzen: 5,3%).

4.2.2 Behandlung psychischer Störungen in psychiatrischen bzw. hausärztlichen Praxen

Viele Personen mit psychischen Beschwerden suchen Hilfe in ärztlichen Praxen, sei es bei Psychiaterinnen und Psychiatern oder bei Hausärztinnen und Hausärzten. Gemäss den Daten des Schweizer Diagnose Index (SDI) wurden 2010 61,5% der psychiatrischen Diagnosen in ambulanten Arztpraxen von Psychiaterinnen/Psychiatern, 36,0% von Allgemeinpraktizierenden und 2,5% von anderen Ärztinnen und Ärzten gestellt (Abb. 4.9). Diagnosen können nicht mit Personen gleichgesetzt werden, da bei

Diagnosestellung nach Facharztgruppe, 2010 **Abb. 4.9**



n=10'649'000

Datenquelle: IMS Health GmbH, Schweizerischer Diagnose Index 2010 © *Obsan*

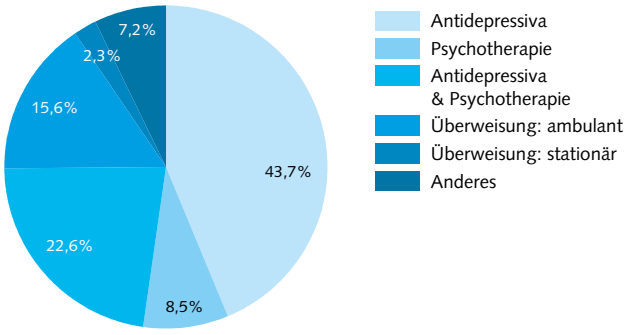
einer Patientin, einem Patienten mehrere Diagnosen gestellt werden können. Bei Allgemeinpraktizierenden findet sich ein relativ grosser Anteil der Abhängigkeitserkrankungen (Störungen durch Alkohol: 56,7%; andere Substanzen: 70,0%) und der Depressionen (44,7%), während Persönlichkeitsstörungen (91,2%), Schizophrenien (77,0%) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (66,5%) grösstenteils von Psychiaterinnen und Psychiatern diagnostiziert werden.

Entsprechend der Befragung von Allgemeinpraktizierenden zu Depressionen in ihren Praxen (Sentinella) identifizieren Hausärztinnen und Hausärzte pro 1000 Konsultationen durchschnittlich 3,2 Depressionsfälle (nicht dargestellt). Dabei sind die Fälle schwacher depressiver Stimmung – in welchen keine ärztliche Intervention stattfindet und die gemäss Schätzung der Ärztinnen und Ärzte bei einem Drittel der Patientinnen und Patienten vorkommt – ausgeschlossen. In fast der Hälfte (43,4%) der identifizierten Fälle kommen die Betroffenen vier bis elf Wochen nach Beginn der Symptome. Personen mit schweren Symptomen kommen entweder früh oder spät: Bei 8,9% bestehen die Symptome bereits seit über einem Jahr. Die Mehrheit der Depressionsfälle in der Allgemeinarztpraxis sind von leichtem (40,8%) bis mittlerem (50,1%) Schweregrad und bei drei Vierteln (74,8%) stellen die Ärztinnen und Ärzte komorbide Erkrankungen fest (vgl. Kapitel 2.4). Bei schweren Depressionsfällen ist das sogar bei 82,9% der Fall.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit depressiven Symptomen behandeln die Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte selber (Abb. 4.10). In annähernd der Hälfte der Fälle (43,7%) werden ausschliesslich Antidepressiva verschrieben. Bei knapp einem Viertel (22,6%) erfolgt eine kombinierte Therapie mit Antidepressiva und Psychotherapie. 8,5% erhalten eine reine Psychotherapie. Behandeln Allgemeinmediziner selber psychische Störungen, ist eine Weiterbildung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik unerlässlich. Gemäss den Daten der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) hatten im Jahr 2009 7% der Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen und Inneren Medizin den Fähigkeitsausweis APPM *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin* und 3,8% den Fähigkeitsausweis FMPP *Delegierte Psychotherapie* inne.

Im Rahmen der Evaluation der ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern wurde u.a. in psychiatrischen sowie in hausärztlichen Praxen eine Stichtagserhebung durchgeführt (Amsler et al., 2010). In *psychiatrischen Praxen* wurden am häufigsten affektive Störungen (37%), gefolgt von neurotischen Störungen (28%) behandelt. Persönlichkeits- (14%), schizophrene Störungen (11%) und insbesondere Suchterkrankungen (4%) waren deutlich seltener in der psychiatrischen Praxis anzutreffen. Knapp die Hälfte (47,1%) der Patientinnen und Patienten hatte in der Vergangenheit bereits eine (teil-)stationäre Behandlung und bei ebenfalls der Hälfte (51,9%) war Stabilisierung und nicht Heilung das Ziel. Dies zeigt, dass ein bedeutender Anteil der Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Praxen schwer psychisch beeinträchtigt ist. In den *Hausarztpraxen* lag der Anteil an Patientinnen und Patienten mit psychischer Symptomatik im Durchschnitt bei 35%. Dieser hohe Anteil und die breite Streuung (0,03–84,6%) könnten laut Autoren auf eine Nichtrepräsentativität der hausärztlichen Praxen hinweisen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ausschliesslich in der Hausarztpraxis psychiatrisch behandelt wurden, lag bei 28%. Davon litt die Mehrheit an neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (31%), an affektiven (22%) oder an dementiellen Störungen (16%). Laut Hausärztinnen und Hausärzten gestaltet sich eine Überweisung an eine psychiatrische Praxis teilweise schwierig, da keine Therapieplätze zu finden sind (Kläui & Hasler, 2011). Einzelne Fachgesellschaften für

Behandlung von Depression in hausärztlichen Praxen, 2008/2009 **Abb. 4.10**



n=3676

Datenquelle: BAG, Sentinella 2008/2009 © *Obsan*

Psychiatrie und Psychotherapie haben auf den Vorwurf reagiert und informieren neu auf ihren Websites über freie Therapieplätze, wie z.B. Bern, Basel, Lausanne und Zürich. Das Berner Bündnis gegen Depression organisiert ausserdem die Teilnahme psychiatrisch tätiger Medizinerinnen und Mediziner an hausärztlichen Qualitätszirkeln.

Weiterführende Information

Bern: www.bgpp.ch/freie_Behandlungsplaetze (Zugriff am 29.11.2011)

Basel: www.ppvs.ch (Zugriff am 29.11.2011)

Lausanne: www.gppv.ch/liste-des-psychiatres/psychiatres-disponibles/ (Zugriff am 29.11.2011)

Zürich: www.therapievermittlung.ch (Zugriff am 29.11.2011)

Berner Bündnis gegen Depression: www.berner-buendnis-depression.ch (Zugriff am 29.11.2011)

BAG, Diagnosen von Depressionen in Hausarztpraxen: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=de (Zugriff am 29.11.2011)

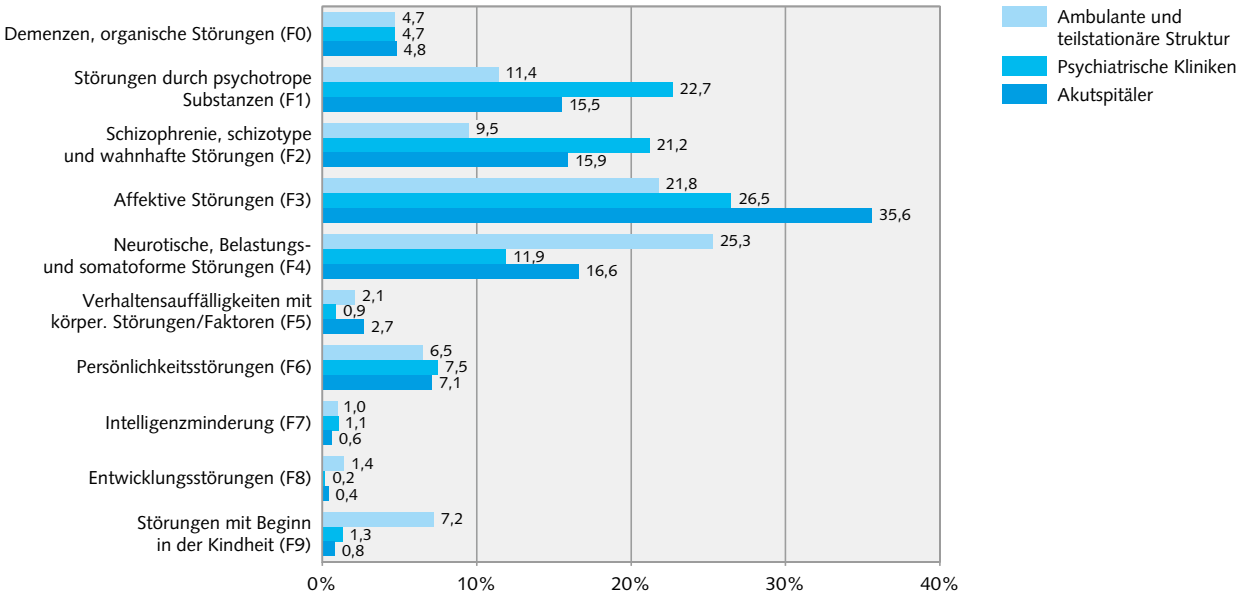
4.3 Inanspruchnahme: Ambulante/teilstationäre psychiatrische Einrichtungen

Die in ambulanten/teilstationären psychiatrischen Einrichtungen behandelten Fälle variieren abhängig von den Kantonen zwischen 11 und 65 Fällen pro 1000 Einwohner/innen. Generell werden in diesen Institutionen hauptsächlich neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie affektive Störungen behandelt.

Es gibt bisher keine Statistik zu ambulanten und teilstationären Einrichtungen in der Schweiz. Gerade für die Psychiatrie handelt es sich dabei jedoch um einen wichtigen Versorgungsbereich: Zusammen mit den privaten Praxen behandeln sie mehr Personen mit psychischen Störungen als stationäre Einrichtungen (Lavignasse & Moreau-Gruet, 2006). Angesichts dieses Mangels hat das Obsan 2006 ein Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Institutionen gemacht (vgl. 1.5.9; Lavignasse & Moreau-Gruet, 2006). Für das Jahr 2006 wurden in der Schweiz 58 Institutionen, 93 Dienste und 497 Abteilungen der ambulanten oder teilstationären psychiatrischen Versorgung mit öffentlichem Auftrag erfasst. Abhängig von den Kantonen wurden in diesen Einrichtungen 11 bis 65 Fälle pro 1000 Einwohner/innen behandelt.

In Abb. 4.11 ist für ambulante/teilstationäre Einrichtungen, für psychiatrische Kliniken und Akutspitäler ersichtlich, wie sich ihre Patientinnen und Patienten bezüglich

Institutionen und ihre Verteilung der behandelten Diagnosen, 2006 **Abb. 4.11**



Akutspitäler: M500 und psychiatrische Diagnosen; psychiatrische Kliniken: K21

Datenquelle: Obsan, Inventar ambulanter/teilstationärer psychiatrischer Einrichtungen 2006 und BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2006

© Obsan

psychiatrischer Diagnosen zusammensetzen: In ambulanten/teilstationären Strukturen waren es 2006 vorwiegend neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) sowie affektive Störungen (F3); in psychiatrischen Kliniken waren es primär ebenfalls affektive Störungen (F3) sowie Störungen aufgrund psychotroper Substanzen (F1) und Störungen des schizophrenen Formenkreises (F2). In Akutspitälern sind Behandlungen von affektiven Störungen (F3) am häufigsten.

Weiterführende Information

Obsan, Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz, inkl. Beschreibung der Studie, Inventar (Excel-Liste), Präsentation: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/07/10/03.html (Zugriff am 10.01.2012)

4.4 Inanspruchnahme: Sozialmedizinische Institutionen

Von den gut 50'000 Personen in Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen werden rund 38% wegen einer psychischen Beeinträchtigung, einer Suchterkrankung oder wegen Eingliederungsproblemen betreut. Zwischen diesen Hauptbeeinträchtigungen zeigen sich grosse Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter und Betreuungssetting (ambulant/stationär).

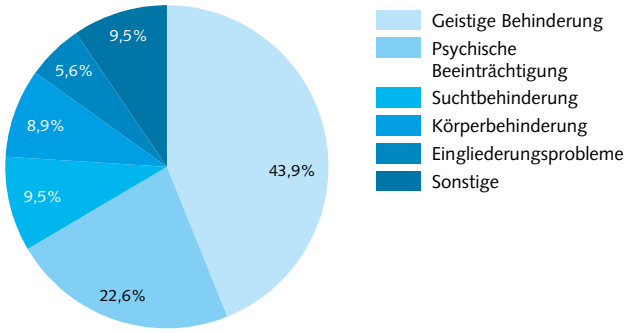
Sozialmedizinische Institutionen sind Institutionen mit einem 24-Stunden-Betrieb, die Personen mit physischen und psychischen Leiden stationär oder ambulant längerfristig betreuen (BFS, 2008a). Es lassen sich vier Kategorien von sozialmedizinischen Institutionen unterscheiden:

1. Alters- und Pflegeheime
2. Institutionen für Behinderte
3. Institutionen für Suchtkranke und
4. Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen

Die weiteren Ausführungen dieses Kapitels beschränken sich auf Einrichtungen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen.

In der Schweiz existierten 2009 554 Institutionen für behinderte Personen sowie 233 Institutionen für Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen (BFS, 2011b). Das Spektrum der angebotenen Leistungen ist sehr breit und reicht von Sonderschulen und Wohnheimen (mit und ohne integrierte Beschäftigung) über Tages- und Werkstätten bis hin zu beruflichen Massnahmen wie z.B. Umschulungen.

Klienten/Klientinnen sozialmedizinischer Institutionen nach Hauptbeeinträchtigung, 2009 **Abb. 4.12**



n=51'241

Klienten/Klientinnen sozialmedizinischer Institutionen ohne Pflege- und Altersheime

Datenquelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009 © *Obsan*

Für die folgenden Ergebnisse wurden die Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) ausgewertet.

Im Jahr 2009 wurden 51'241 Personen in Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen betreut. Die Mehrheit (43,9%) dieser Personen hat eine geistige Behinderung als Hauptbeeinträchtigung (Abb. 4.12). Bei 22,6% der Klientinnen und Klienten stellen psychische Hauptbeeinträchtigungen und bei 9,5% Suchterkrankungen die Hauptbeeinträchtigung dar. Weitere 5,6% wurden in erster Linie aufgrund von Eingliederungsproblemen in sozialmedizinischen Institutionen betreut. Die Anteile nach Hauptbeeinträchtigung haben sich zwischen 2006 und 2009 nicht verändert – das gilt für alle Hauptbeeinträchtigungen, also auch für psychische Beeinträchtigungen, Suchterkrankungen oder Eingliederungsprobleme.

Die nachfolgenden Analysen beschränken sich auf Personen mit den Hauptbeeinträchtigungen psychische Probleme, Suchterkrankungen und Eingliederungsprobleme.

In Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen werden deutlich mehr Männer als Frauen betreut (nicht dargestellt): Der Männeranteil liegt je nach Hauptbeeinträchtigung zwischen 59,3% (psychische Beeinträchtigung) und 74,8% (Suchterkrankung).

Auch in Bezug auf die Altersverteilung zeigen sich Unterschiede (Abb. 4.13): Bei denjenigen Klientinnen und Klienten, die wegen Eingliederungsproblemen betreut werden, sind junge Personen stark vertreten: Rund ein Drittel (31,8%) davon sind unter 15 Jahren. Bei den aufgrund psychischer Beeinträchtigungen oder Suchterkrankungen betreuten Personen sind über 60% 35 Jahre alt oder älter.

Je nach Haupteinschränkung erfolgt die Betreuung in unterschiedlichen Settings (Abb. 4.13): Fast 90% der Personen mit einer Suchterkrankung werden in einer stationären Einrichtung betreut. Auch bei den beiden anderen Haupteinschränkungen ist eine stationäre Betreuung am häufigsten, ambulante und – insbesondere bei Eingliederungsproblemen – kombinierte Settings (ambulant und stationär) haben dort aber eine grössere Bedeutung. Zwischen 2006 und 2009 hat sich die Verteilung nach Setting nicht gross verändert: Beim Anteil der Personen mit einer psychischen Haupteinschränkung in ambulanter Betreuung ist jedoch eine leichte, aber stetige Zunahme von 23,3% (2006) auf 27,0% (2009) zu verzeichnen.

Weiterführende Information

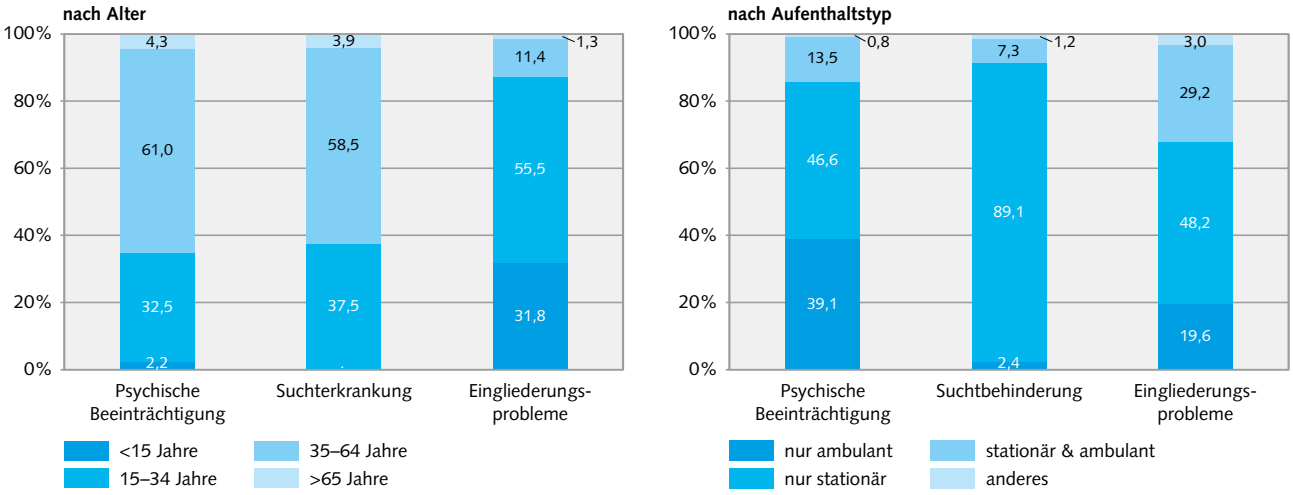
Daten, Indikatoren der SOMED: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/02.html (Zugriff am 30.11.2011)

4.5 Inanspruchnahme: Kliniken

2009 gab es 11,9 Hospitalisationen mit psychiatrischer Hauptdiagnose pro 1000 Einwohner/innen, mehr Frauen als Männer. Die in den Kliniken behandelten Störungen unterscheiden sich abhängig vom Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten. Seit 2002 hat die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte pro Patient/in um 21,1% zugenommen. Dies wird in erster Linie einer stärkeren Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Angeboten zugeschrieben. Es wurden 363 Pflegetage pro 1000 Einwohner/innen aufgewendet. Der Behandlungsaufwand ist geschlechter-, alters- sowie diagnoseabhängig und unterscheidet sich zwischen den Kantonen deutlich.

Psychische Erkrankungen können einen Aufenthalt in einer Klinik erfordern. Personen mit psychiatrischen Diagnosen werden nicht nur in psychiatrischen Kliniken, sondern auch in psychiatrischen sowie somatischen Abteilungen von somatischen Spitälern behandelt. Die in diesem Unterkapitel präsentierten Ergebnisse – welche aus den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS stammen – beziehen sich daher nicht nur auf Fälle aus psychiatrischen Kliniken, sondern auf die Gesamtheit der stationär behandelten Fälle von 15-jährigen oder älteren Personen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose[12]. Für das Jahr 2009 ist die Verteilung wie folgt: 72,3% der Fälle wurden in psychiatrischen Kliniken, 3,5% in psychiatrischen Abteilungen und 24,2%

Klienten/Klientinnen mit psychischer Hauptbeeinträchtigung nach Alter bzw. Aufenthaltstyp, 2009 **Abb. 4.13**



Psychische Beeinträchtigungen: n=11'598; Suchtbehinderungen: n=4858; Eingliederungsprobleme: n=2894

Fehlender Wert (.): Antworten von <10 Personen
Klienten/Klientinnen sozialmedizinischer Institutionen ohne Pflege- und Altersheime

Datenquelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009

© Obsan

[12] Diagnosen der Kategorie F, Kapitel 5, gemäss ICD-10 (WHO, 1994)

in somatischen Abteilungen somatischer Spitäler behandelt. Seit 2002 hat der Anteil der in psychiatrischen Kliniken behandelten Fälle mit psychiatrischer Diagnose um 6,0% zugenommen. Für Zeitreihen werden die Daten ab 2002 dargestellt, da einige psychiatrische Kliniken in den vorhergehenden Jahren keine Daten geliefert hatten und die Datenqualität fraglich war. Werden regionale Ergebnisse präsentiert, handelt es sich dabei um die Region des Wohnorts der Patientin, des Patienten (und nicht um den Standort der Klinik).

4.5.1 Hospitalisierungsraten

Im Jahr 2009 wurden 77'841 stationäre Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose verzeichnet. Dies entspricht einer Rate von 11,9 Hospitalisationen pro 1000 Einwohner/innen. In Abb. 4.14 sind die Hospitalisierungsraten für Männer und Frauen für die Jahre 2002 bis 2009 aufgeführt. Die Raten sind für Fälle und Patienten/Patientinnen angegeben: Bei den Fällen wird jeder einzelne Klinikeintritt gezählt (unabhängig von der Person), bei den Patientinnen und Patienten werden die Personen gezählt, die ihrerseits mehrere Eintritte gehabt haben können. Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass die Patientenrate seit 2002 mit einer Abnahme von 1,2% relativ stabil geblieben ist. Die Rate der Fälle ist hingegen um 4,7% gestiegen. Diese gegensätzlichen Entwicklungen lassen sich u.a. durch die Zunahme der Wiedereintritte erklären: Die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte pro Patient/in ist von 0,39 (2002) auf 0,47 (2009) gestiegen, was einer prozentualen Zunahme von 21,1% entspricht. Von Kuhl (2008) befragte Fachpersonen schreiben diese Entwicklung in erster Linie einer stärkeren Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Angeboten zu. Somit kann diese Zunahme nicht von vornherein als negativ gewertet werden.

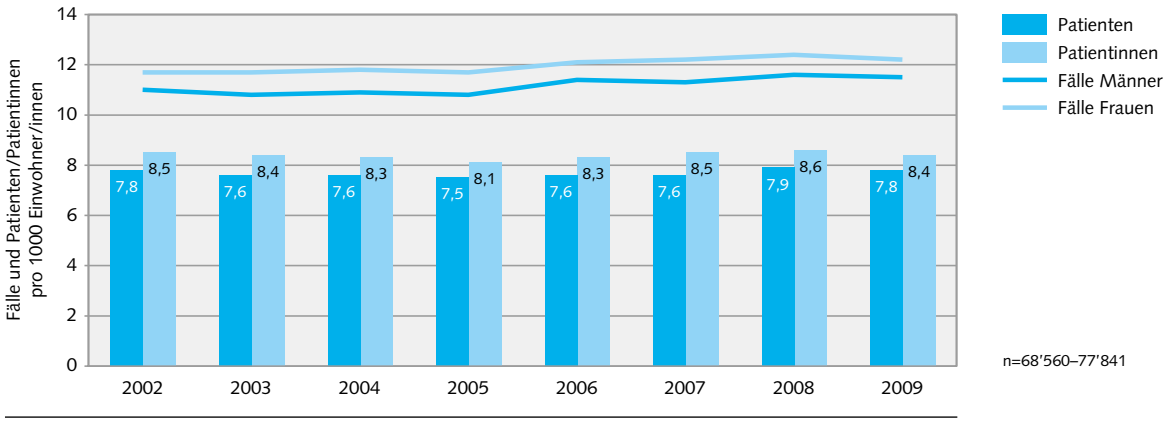
Es werden mehr Frauen mit psychiatrischen Diagnosen stationär behandelt als Männer: 2009 waren es 8,4 Patientinnen und 12,2 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen verglichen mit 7,8 Patienten und 11,5 Fällen pro 1000 Einwohner (Abb. 4.15).

Neben den Geschlechts- gibt es auch Altersunterschiede: Männer und Frauen sind am häufigsten im mittleren Alter (35–49 Jahre) wegen psychischer Erkrankungen in stationärer Behandlung (Abb. 4.15). Mit zunehmendem Alter sinkt die Rate wiederum. Bei den Männern ist die Abnahme deutlicher als bei den Frauen. Bei Letzteren bleibt die Rate für die Altersgruppen ab 50 Jahren stabil. Der Vergleich der Raten von 2002 und 2009 ergibt sowohl für die Männer als auch für die Frauen die grössten Unterschiede bei der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen: Die entsprechenden Raten waren 2002 deutlich tiefer als 2009.

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit der bei stationären Aufenthalten diagnostizierten psychischen Störungen (Abb. 4.16). Im Jahr 2009 waren die häufigsten Diagnosen bei den Männern: Störungen durch Alkohol, Depressionen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Schizophrenien. Bei den Frauen standen Depressionen deutlich an erster Stelle, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Störungen durch Alkohol.

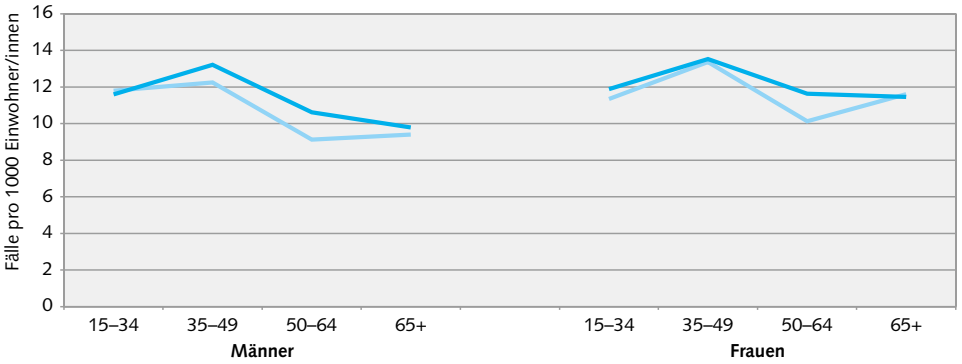
In Abb. 4.17 sind die für Männer und Frauen je häufigsten stationär behandelten psychischen Störungen nach Alter abgebildet: Störungen durch Alkohol und

Psychiatrische Diagnosen: Hospitalisierungsraten (Fälle und Patienten/Patientinnen), 2002–2009 **Abb. 4.14**



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002–2009 © Obsan

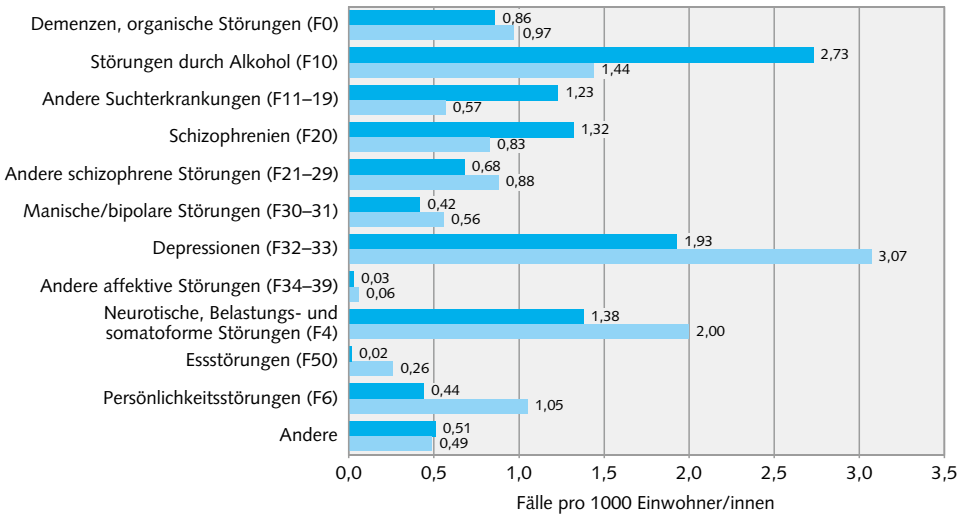
Psychiatrische Diagnosen: Hospitalisierungsraten (Fälle) nach Geschlecht und Alter, 2002/2009 — Abb. 4.15



2002: n=68'560; 2009: n=77'841

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002/2009 © *Obsan*

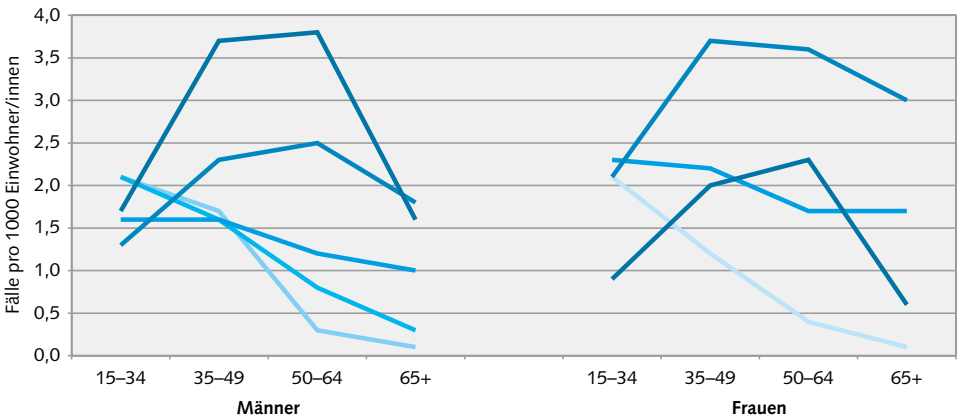
Hospitalisierungsraten nach psychiatrischen Diagnosen, 2009 — Abb. 4.16



n=77'841

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 © *Obsan*

Hospitalisierungsraten der häufigsten psychiatrischen Diagnosen nach Geschlecht und Alter, 2009 — Abb. 4.17



n=77'841

Häufigste psychiatrische Diagnosen: Hospitalisierungsraten >1,0 (vgl. Abb 4.16)

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 © *Obsan*

Depressionen sind bei beiden Geschlechtern bei den 35- bis 64-Jährigen am häufigsten. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Schizophrenien, Suchterkrankungen (ohne Alkohol) und Persönlichkeitsstörungen sind besonders in jüngeren Jahren häufig und nehmen mit dem Alter ab. In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren werden dann besonders Demenzen und andere organische Störungen (nicht dargestellt) sowie Depressionen stationär behandelt.

4.5.2 Hospitalisationsdauer und Pflegetage

Die mediane Aufenthaltsdauer[13] (pro Hospitalisierung) bei stationärer Behandlung einer psychiatrischen Diagnose hat sich von 2002 bis 2009 von 17 Tagen auf 16 verringert. Bei den Frauen (16 Tage) ist die mediane Aufenthaltsdauer einen Tag länger als bei den Männern (15 Tage). Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt bei den Männern 29,7, bei den Frauen 31,5 Tage. Sie ist seit 2002 bei beiden Geschlechtern um rund 4 Tage zurückgegangen. Aufgrund einiger weniger Fälle mit sehr langen Hospitalisationen ist die mittlere Aufenthaltsdauer um einiges höher als die mediane.

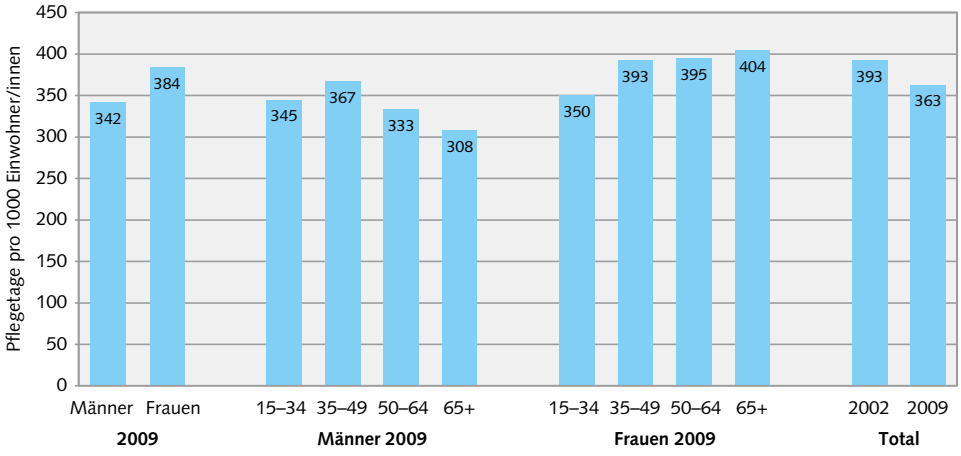
Aus der Anzahl stationärer Hospitalisierungen und deren Dauer lässt sich das Pflegetagevolumen innerhalb eines Jahres und damit ein Mass für den erbrachten Behandlungsaufwand berechnen. Im Folgenden werden die Pflegetage als standardisierte Rate, d.h. als Pflegetage pro 1000 Einwohner/innen dargestellt. Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass die Häufigkeit der Erkrankung direkt Einfluss auf den Behandlungsaufwand nimmt (über die Anzahl Hospitalisierungen).

Im Jahr 2009 wurden für stationäre Behandlungen von psychiatrischen Diagnosen 363 Pflegetage pro 1000 Einwohner/innen aufgewendet (Abb. 4.18); 2002 waren es 393 Pflegetage. Der Behandlungsaufwand zeigt Unterschiede nach Geschlecht und Alter: Männer nehmen weniger Pflegetage in Anspruch als Frauen. Bei Ersteren zeigt sich die höchste Rate in der Altersklasse der 35- bis 49-Jährigen mit 367 Pflegetagen pro 1000 Einwohner. Die Rate nimmt dann mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Bei den Frauen ergibt sich ein anderer Verlauf: Die höchste Rate findet sich bei den 65-Jährigen und Älteren mit 404 Pflegetagen pro 1000 Einwohnerinnen. Bei den 35- bis 64-Jährigen sind die Raten ähnlich hoch. Die tiefste Rate weisen die 15- bis 34-Jährigen auf mit 350 Pflegetagen pro 1000 Einwohnerinnen.

Der Behandlungsaufwand unterscheidet sich auch deutlich nach der Art der psychischen Erkrankung (Abb. 4.19): Die pflegetageintensivste Diagnose ist für Frauen wie auch für Männer die Depression. Darauf folgen für Männer Störungen durch Alkohol und Schizophrenien, für Frauen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie ebenfalls Schizophrenien.

Es bestehen deutliche Unterschiede in der Zahl der Pflegetage über die Kantone hinweg (Abb. 4.20). Die Bevölkerungen der Kantone Neuenburg und Thurgau weisen mehr als 500 Tage pro 1000 Einwohner/innen

Psychiatrische Diagnosen: Pflegetage nach Geschlecht und Alter, 2002/2009 **Abb. 4.18**

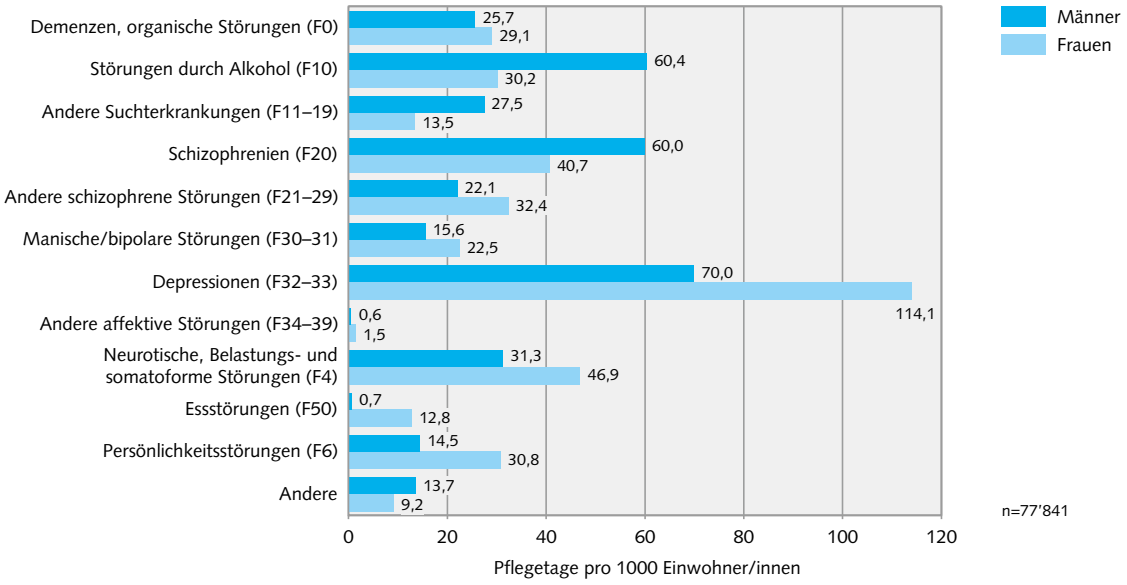


2002: n=68'560; 2009: n=77'841

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002/2009 © *Obsan*

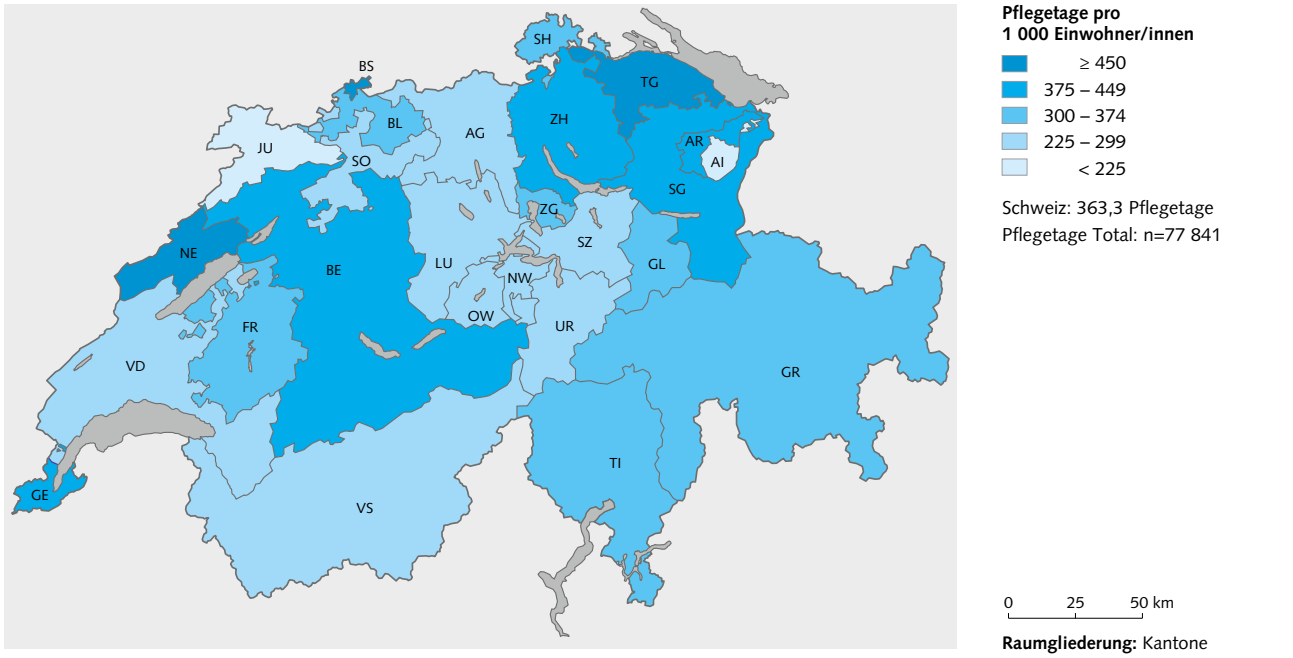
[13] Mediane Aufenthaltsdauer: Die Hälfte der Behandlungsfälle weist eine kürzere Aufenthaltsdauer auf, die andere Hälfte eine längere. Der Median ist robuster gegen stark abweichende Werte.

Pflegetage nach psychiatrischen Diagnosen, 2009 — Abb. 4.19



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 — © *Obsan*

Psychiatrische Diagnosen: Pflegetage nach Wohnkanton, 2009 — Abb. 4.20



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 — © *BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012*

auf, bei den Einwohner/innen des Kantons Basel-Stadt sind es sogar über 600. Im Gegensatz dazu weist der Kanton Jura weniger als 200 Pflegetage pro 1000 Einwohner/innen auf. Bezüglich Hospitalisationsraten und -dauer heisst das: Die urbanen Kantone Basel-Stadt und Genf weisen mit 19,8 bzw. 20,7 pro 1000 Einwohner/innen die höchsten Hospitalisationsraten auf. Die Raten der anderen Kantone sind deutlich tiefer und liegen zwischen 12,8 (Tessin) und 7,5 (Nidwalden). Dagegen weist der Kanton Genf (18,9 Tage) die niedrigste mediane Hospitalisationsdauer auf, der Kanton Thurgau die höchste (47,0 Tage). Die Dauern der übrigen Kantone variieren zwischen 19,1 (Jura) und 36,5 Tage (Zug).

Die beachtliche Variationsbreite zwischen den Kantonen bezüglich Hospitalisationsraten sowie Pflegetagen lässt sich kaum mit heterogenen regionalen Prävalenz- oder Inzidenzraten psychischer Erkrankungen begründen. Unterschiede in Behandlungsphilosophien bzw. unterschiedliche Strukturen der psychiatrischen Versorgung mit ungleicher Gewichtung der gemeindeintegrierten Angebote scheinen als Erklärung plausibler zu sein (Brenner et al., 2003). Gemäss Brenner, Rössler et al. (2003) spielt in der Schweiz auch der geographische Kontext eine wesentliche Rolle: Die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote steht in direktem Zusammenhang mit Anfahrtszeiten, wobei eine Anfahrtszeit von über einer halben Stunde die stationäre Inanspruchnahme um bis zur Hälfte reduziert. Besonders betroffen hiervon sind Kantone, die im Rahmen der Grundversorgung eine ausserkantonale psychiatrische Behandlung vorsehen. Kuhl und Herdt (2007) betonen in ihrer versorgungsepidemiologischen Studie die Relevanz der unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen (Alter, Geschlecht, Erwerbslosenquote, Ausbildungsstand, Ausländeranteil) der Kantone. Werden diese in die Berechnung der behandelten Bevölkerungsanteile einbezogen, fallen die kantonalen Differenzen deutlich geringer aus.

Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI):

Inanspruchnahme von Betagten

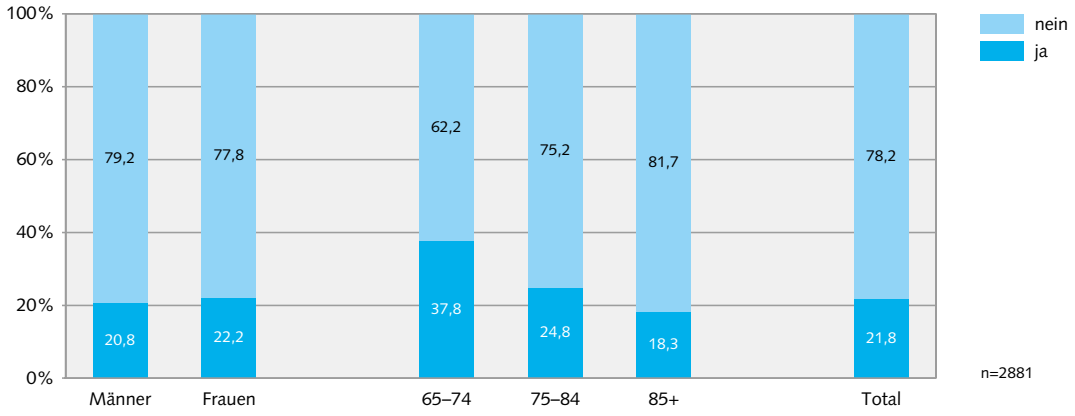
In der EGBI werden verschiedene Fragen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen gestellt (vgl. Anhang). So werden Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischen Fachpersonen (z.B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten) und ambulante sowie stationäre Spitalbehandlungen erfragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Behandlungen wegen psychischer Probleme und Medikamenteneinnahme präsentiert. Die entsprechenden Fragen wurden in der SGB sehr ähnlich gestellt, was wiederum einen Vergleich ermöglicht zwischen den zuhause lebenden Befragten und den Befragten in Alters- und Pflegeheimen.

Behandlung wegen psychischer Probleme
Von den im Rahmen der EGBI untersuchten Personen wurden in den 12 Monaten vor der Befragung 21,8% wegen einem psychischen Problem behandelt (Abb. 4.21). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist gering. Behandlungen wegen psychischen Problemen nehmen in Alters- und Pflegeheimen mit dem Alter stark ab: Während fast 38% der 65- bis 74-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner deswegen behandelt wurden, sind es bei den 85-Jährigen und Älteren noch gut 18%.

Behandlungen aufgrund psychischer Probleme erfolgen in Alters- und Pflegeheimen am häufigsten durch Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker (60,9%) sowie Psychiaterinnen und Psychiater (35,0%, nicht dargestellt). Behandlungen durch Psychologinnen und Psychologen sind mit 6,9% eher selten. Frauen werden häufiger von einer Psychiaterin/einem Psychiater behandelt, Männer und Ältere dagegen häufiger von Allgemeinpraktizierenden. Der Anteil der Behandlungen durch Psychiaterinnen und Psychiater sinkt mit dem Alter relativ stark von 47,9% (65–74 Jahre) auf 24,4% (85+ Jahre).

Der Vergleich mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zeigt, dass Behandlungen wegen psychischer Probleme bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit 21,8% deutlich häufiger sind als bei der Bevölkerung, die zuhause lebt (5,3%; vgl. 4.1.1). Interessant ist, dass der Anteil der wegen psychischer Probleme behandelten Personen – die im Rahmen der SGB befragt wurden – zuerst mit dem Alter steigt, dass dann aber die 65-Jährigen und Älteren mit 2,9% den tiefsten Wert aufweisen.

Behandlung psychischer Probleme nach Geschlecht und Alter, 2008/2009 Abb. 4.21

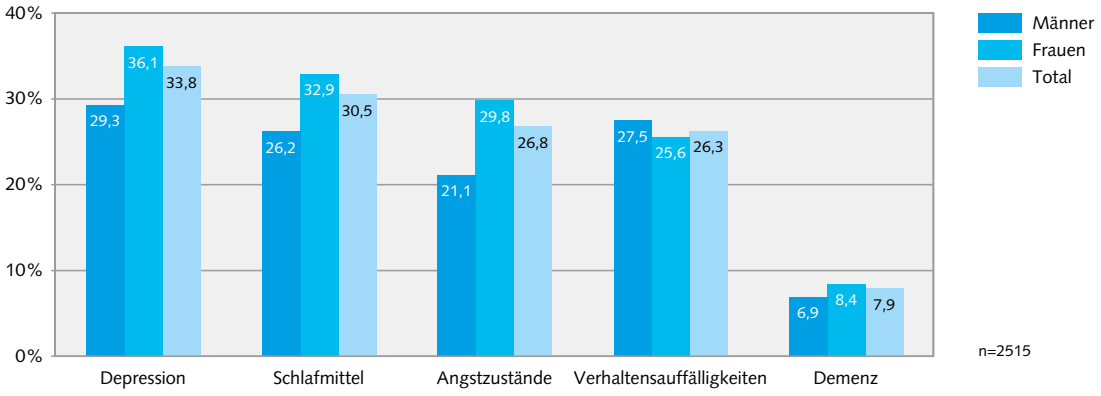


Behandlung wegen psychischen Problemen in den 12 Monate vor der Befragung

Datenquelle: BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/2009 © *Obsan*

Medikamenteneinnahme
Wie Abb. 4.22 zu entnehmen ist, hat etwa ein Drittel (33,8%) der Heimbewohnerinnen und -bewohner in den 7 Tagen vor der Befragung ein Antidepressivum erhalten. Medikamente gegen Demenz wurden am seltensten eingenommen (7,9%). Frauen nehmen, mit Ausnahme von Medikamenten gegen Verhaltensauffälligkeiten, häufiger Medikamente ein als Männer. Die Medikamenteneinnahme sinkt in Alters- und Pflegeheimen generell mit dem Alter – das gilt auch für Medikamente gegen Demenz (nicht dargestellt). Einzig der Schlafmittelkonsum bleibt über das Alter hinweg etwa stabil. Die Werte in Bezug auf Einnahme von Schlafmitteln und Antidepressiva können mit den Ergebnissen der SGB verglichen werden (vgl. 4.1.2). Wie oben beschrieben, nimmt ca. ein Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner solche Medikamente ein, bei den älteren Befragten der SGB (65+ Jahre) sind es mit 14,9% (Schlafmittel) bzw. 4,7% (Antidepressiva) deutlich weniger.

Medikamenteneinnahme nach Geschlecht, 2008/2009 **Abb. 4.22**



Medikamenteneinnahme in den sieben Tagen vor der Befragung

Datenquelle: BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/2009 © *Obsan*

5 Spezifische Themenfelder

Im folgenden Kapitel wird auf vier Themenbereiche näher eingegangen, die im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit von besonderer Relevanz sind. Das erste Unterkapitel widmet sich dem Thema *Arbeit* und seinen verschiedenen (Wechsel-)Wirkungen auf die psychische Gesundheit. Ebenfalls einen direkten Bezug zum Thema Arbeit hat das Unterkapitel 5.2, welches sich mit psychisch bedingten *IV-Berentungen* befasst. Unterkapitel 5.3 behandelt *Suizide*, eine häufige Folge von psychischen Krankheiten. In Unterkapitel 5.4 sind einige Ergebnisse zu *Kosten* psychischer Erkrankungen beschrieben.

5.1 Arbeit und psychische Gesundheit

Die Mehrheit der Erwerbstätigen ist zwar mit ihrer Arbeitssituation (sehr) zufrieden, dennoch berichten fast 42% von einer hohen arbeitsbedingten psychischen Belastung. Rund 13% geben an, Angst vor Arbeitsplatzverlust zu haben. Der Zeitvergleich zeigt – entgegen vielfach verbreiteter Meinung – keine Erhöhung der arbeitsbezogenen psychischen Belastungen. Erwerbslosigkeit, geringe Arbeitszufriedenheit, mangelnde Life-Domain-Balance und Angst vor Arbeitsplatzverlust gehen mit einer höheren psychischen Belastung einher.

Arbeit könnte eigentlich auch unter Schutz- bzw. Risikofaktoren in Kapitel 3 aufgeführt werden. So ist Erwerbsarbeit wohl einer der wichtigsten Schutzfaktoren überhaupt (Baer & Cahn, 2009). Die Erwerbsarbeit ist in unserer Gesellschaft nicht nur für die Sicherung der Existenz wichtig, sie ist zudem für die psychosoziale Entwicklung, für Identitätsbildung und Integrität von Bedeutung. Die Partizipation am Arbeitsprozess kann im günstigen Fall das Selbstwertgefühl des Individuums fördern, ihm Autonomie und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit vermitteln. Nach dem aktuellen kulturellen Selbstverständnis ist die Erwerbsarbeit die zentrale Verbindung zwischen der Gesellschaft und dem Individuum (Schneider, 2010), das heisst, Erwerbstätigkeit ist entscheidend für die Wahrnehmung gesellschaftlicher Zugehörigkeit. Gerade weil die Erwerbsarbeit einen so hohen Stellenwert hat, beeinflusst sie auch andere Lebensbereiche und somit ebenfalls die Gesundheit (BAG, 2005a).

Den Themenbereich Arbeit und psychische Gesundheit kann man aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten: Zum einen kann man untersuchen, welchen Unterschied es für das psychische Befinden macht, ob jemand arbeitet oder nicht. Hier geht man normalerweise davon aus, dass Arbeit der psychischen Gesundheit zuträglich ist. Zum anderen lassen sich bei den Erwerbstätigen die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit untersuchen. Hier wird genauer angeschaut, welche Art von Arbeitsumgebung psychischen Stress verursacht. Es ist wesentlich, diese zwei Forschungsrichtungen zu unterscheiden. Beide Perspektiven sind nützlich. Vereinfacht lässt sich sagen: Arbeit ist für die psychische Gesundheit besser als Arbeitslosigkeit, aber es gibt für die Erwerbstätigen günstige und weniger günstige Arbeitsbedingungen.

Ungünstige Arbeitsbedingungen können zu Demotivierung, Unzufriedenheit, Stress, psychischer Belastung bis hin zu psychischen Störungen führen. Besonders wichtig für das Wohlbefinden des Beschäftigten scheinen Arbeitsaufgabe und -organisation, Kontrolle, Führung, Gratifikation, Gemeinschaft, Kommunikation, Gerechtigkeit, Moral, Verstehbarkeit und Sinn zu sein (Leiter & Maslach, 2007).

Im Anschluss wird im ersten Abschnitt auf die psychische Belastung nach Erwerbsstatus der in der Schweiz wohnhaften Personen eingegangen. Darauf folgen Ergebnisse zur generellen Arbeitszufriedenheit und zur Life Domain Balance der Erwerbstätigen. Und schliesslich stehen die psychische Belastung am Arbeitsplatz, die Angst vor Arbeitsplatzverlust und Beeinträchtigungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit im Fokus. Die verwendeten Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), dem Schweizer Haushalt-Panel (SHP) und dem European Working Condition Survey (EWCS). Die Ergebnisse der SGB und des SHP beziehen sich jeweils auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung, diejenigen des EWCS auf selbstständig oder abhängig Erwerbstätige über 15 Jahren.

5.1.1 Erwerbsstatus

Der Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und psychischer Befindlichkeit ist unbestritten. In einer Metaanalyse mit 324 Studien zeigten Paul und Moser (2009), dass arbeitslose Personen häufiger unter Depression, Angst, psychosomatischen und anderen psychisch bedingten Symptomen leiden als Erwerbstätige. Die Autoren identifizierten bei 34% der Erwerbslosen psychische Beschwerden, bei den Erwerbstätigen waren es im Gegensatz 16%. Generell zeigt sich auch, dass Männer und Personen mit körperlich anstrengenden Berufen häufiger von schlechter psychischer Befindlichkeit bei Arbeitslosigkeit betroffen sind als Frauen und Personen mit Bürojobs.

Dank Langzeit-Studien konnte nicht nur der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und psychischem Wohlbefinden, sondern auch die Kausalität untersucht werden (OECD, 2012). Es konnte gezeigt werden, dass einerseits Arbeitslosigkeit psychische Beschwerden verursacht und dass andererseits ein schlechterer psychischer Gesundheitszustand zu Arbeitslosigkeit führen kann. Wobei die erste Wirkungsrichtung als bedeutender eingeschätzt wird (Paul & Moser, 2009).

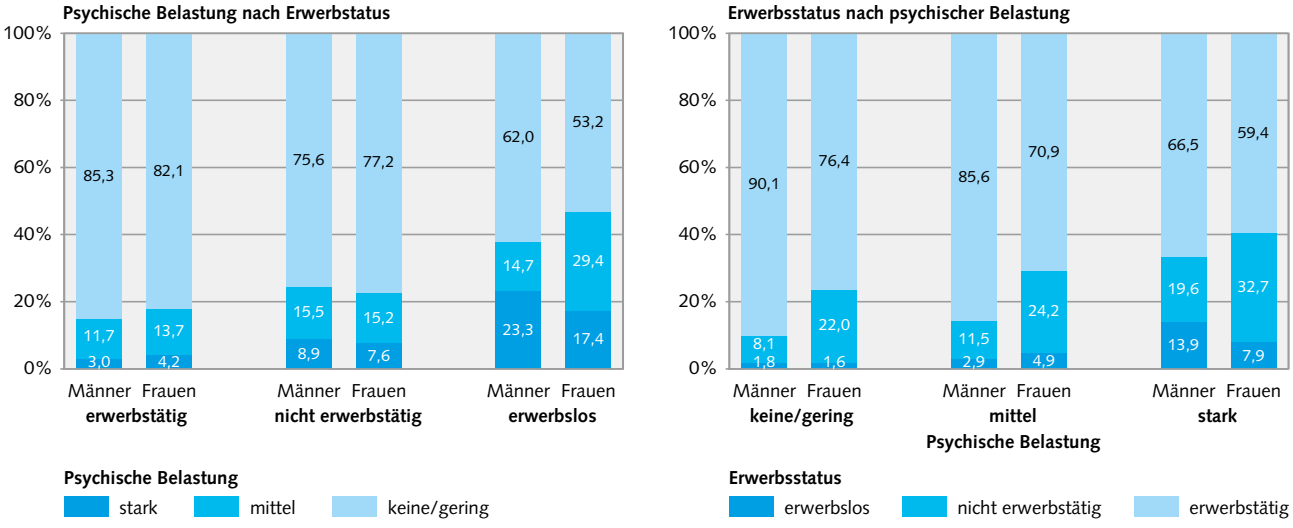
Die folgenden Ergebnisse stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; vgl. Anhang). Zur Beschreibung des Erwerbsstatus werden die Befragten in drei Kategorien unterteilt:

1. *Erwerbstätige Personen* arbeiten zur Zeit der Befragung gegen Entlöhnung (mindestens eine Stunde pro Woche)
2. Zu den *Nicht-Erwerbstätigen* gehören Schüler/innen, Studenten/Studentinnen, ohne Bezahlung mitarbeitende Familienmitglieder, Hausmänner/Hausfrauen, Personen im Militärdienst/Zivildienst (länger als 12 Wochen), im Ruhestand und Bezüger/innen einer IV- oder SUVA-Rente
3. Und *Erwerbslose* sind arbeitslose Personen.

2007 gaben 80,2% der 18- bis 64-jährigen Befragten an, erwerbstätig zu sein, 16,9% waren nicht erwerbstätig und 2,9% erwerbslos. Bei den Frauen ist der Anteil der Nicht-Erwerbstätigen bedeutend grösser als bei den Männern (24,2% vs. 9,6%), die Anteile der Erwerbslosen sind vergleichbar (3,1% vs. 2,7%).

In der Abb. 5.1 werden die zwei oben erwähnten Perspektiven des Zusammenhangs zwischen Erwerbsstatus und psychischer Belastung dargestellt. Auf der linken Seite ist die psychische Belastung abhängig vom jeweiligen Erwerbsstatus abgebildet: Die erhöhte psychische Belastung der erwerbslosen Personen im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen und erwerbstätigen ist deutlich sichtbar. Die rechte Seite skizziert den Erwerbsstatus abhängig von der psychischen Belastung: Bei den stark psychisch belasteten Personen ist der Anteil der Erwerbslosen sowie der Nicht-Erwerbstätigen bedeutend höher als bei Personen mit mittlerer oder keiner/geringer psychischer Belastung. Die beiden Abbildungen zeigen lediglich Zusammenhänge auf. Die höhere psychische Belastung der Erwerbslosen im Vergleich zu den Nicht-Erwerbstätigen kann u.a. eine Folge der fehlenden Arbeits-Identität sein.

Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Erwerbsstatus, 2007 **Abb. 5.1**



n=12'920

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Die Nicht-Erwerbstätigen sind dagegen nicht auf Stellensuche, sondern es sind Personen, die teilweise durchaus arbeitstätig sind, wenn auch nicht gegen Entgelt.

5.1.2 Arbeitszufriedenheit

Je höher der Grad an Zufriedenheit mit der Arbeitssituation ist, desto höher wird die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und mit dem Leben generell eingeschätzt (Hämmig & Bauer, 2005). Auch wenn bei derartigen Zusammenhängen die Wirkungsrichtung oft unklar bleibt (Arbeitszufriedenheit hält gesund oder Gesundheit unterstützt die Arbeitszufriedenheit oder «positiv» gestimmte Menschen sind sowohl mit ihrer Arbeit als auch mit ihrer Gesundheit zufriedener als andere), so zeigt das Vorhandensein eines Zusammenhangs immerhin, welche Bedeutung Arbeitssituation und Gesundheit füreinander haben. Faragher et al. (2005) konnten in einer Metaanalyse mit 500 Studien den Zusammenhang zwischen einer erhöhten Arbeitszufriedenheit und einem besseren Gesundheitszustand eindeutig nachweisen, wobei der Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit höher war als derjenige mit der körperlichen. Personen mit niedriger Arbeitszufriedenheit entwickelten eher ein Burnout, hatten ein niedrigeres Selbstwertgefühl und mehr Angst- und Depressionssymptome als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.

Die nachfolgenden Resultate zur Arbeitszufriedenheit basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; vgl. Anhang).

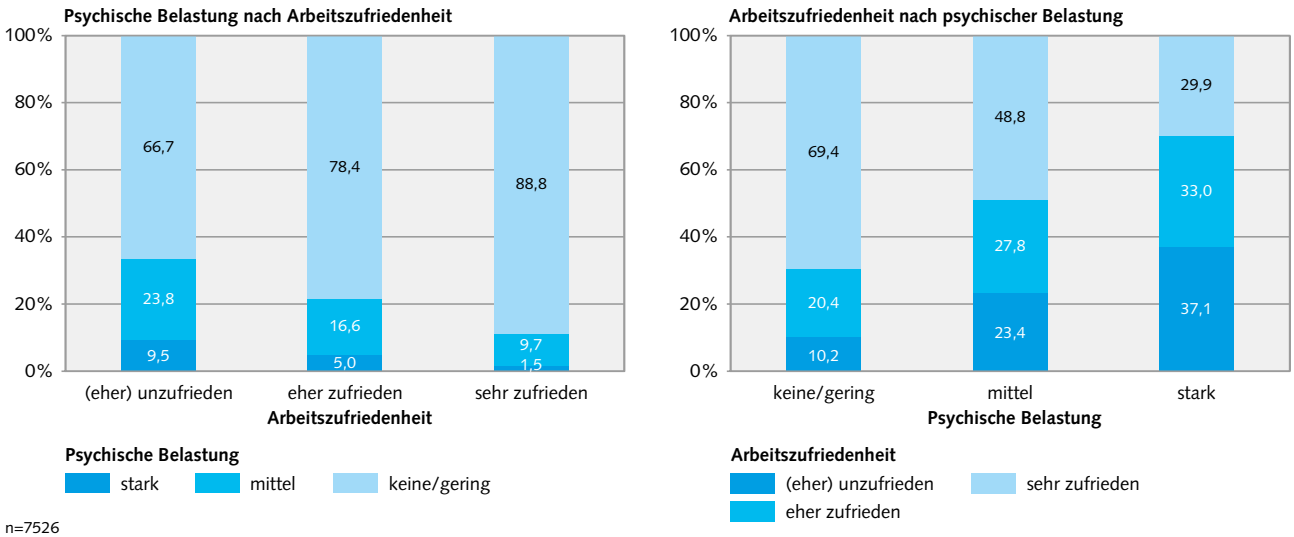
Es lässt sich in der Schweizer Erwerbsbevölkerung ein hohes Mass an Arbeitszufriedenheit feststellen: 65,4% waren 2007 sehr zufrieden mit ihrer Arbeitssituation, 21,8% eher zufrieden und 12,8% (eher) unzufrieden. Es gibt keine bedeutenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Arbeitszufriedenheit zu und die Unzufriedenheit ab: So sind 14,8% der 15- bis 34-Jährigen (eher) unzufrieden, bei den 50- bis 64-Jährigen sind es noch 10,9%.

Erwerbstätige, die mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden sind, sind psychisch belasteter als zufriedene Erwerbstätige: Erstere sind zu 9,5% stark und zu 23,8% mittel psychisch belastet, Letztere zu 1,5% bzw. 9,7% (Abb. 5.2). Es gilt aber auch der umgekehrte Zusammenhang: Personen, die stark psychisch belastet sind, sind auch deutlich unzufriedener mit ihrer Arbeitssituation als solche, die nicht oder gering belastet sind (Abb. 5.2).

5.1.3 Life Domain Balance

Unter Life Domain Balance wird ein Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Partnerschaft, Familie, Freizeit, Freiwilligenarbeit etc. verstanden, wobei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine zentrale Bedeutung zukommt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008). Unterschiedliche Tätigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen wirken sich zwar generell positiv auf die Gesundheit und die Lebensqualität aus (Amstad & Semmer, 2006), eine fehlende Balance – insbesondere zwischen Arbeit und den übrigen Lebensbereichen – kann jedoch eine Dauerbelastung darstellen und zu Gesundheitsproblemen (z.B. Stress- und Erschöpfungssymptome, muskuloskelettale Erkrankungen, Schlafstörungen) führen (Hämmig & Bauer, 2004, 2005; Knecht & Hämmig, 2009; Läubli & Müller, 2009).

Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Arbeitszufriedenheit, 2007 **Abb. 5.2**



n=7526

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse zur Life Domain Balance beziehen sich auf folgende Frage des Schweizer Haushalt-Panels (SHP): «Wie stark haltet Sie die Arbeit, mehr als Ihnen lieb ist, von Ihren privaten Aktivitäten und familiären Verpflichtungen ab?» (vgl. Anhang).

Etwa jede fünfte Person (20,3%) nimmt ein starkes bis sehr starkes Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben wahr, etwas weniger als die Hälfte (45,5%) sieht diesbezüglich keine Probleme (Abb. 5.3). Männer (22,4%) berichten etwas häufiger als Frauen (17,8%) von einem (sehr) starken Ungleichgewicht.

Personen im mittleren Alter (35–49 Jahren) haben am häufigsten Schwierigkeiten, Beruf und Privatleben zu vereinbaren. Die Analysen nach Geschlecht zeigen jedoch, dass dies lediglich für Männer zutrifft (Abb. 5.3): Frauen dagegen berichten am häufigsten im Alter von 18 bis 34 Jahren von einem (sehr) starken Ungleichgewicht – dieser Anteil sinkt dann mit dem Alter.

Das berichtete Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben hat in den Jahren 2004 und 2009 im Vergleich zu 2002 abgenommen, zwischen den beiden letzten Vergleichsjahren sind jedoch keine grösseren Veränderungen erkennbar (Abb. 5.3). Dies ist insofern interessant, als dass häufig davon ausgegangen wird, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben aufgrund zunehmender Anforderungen und Bedürfnisse sowohl bei der Arbeit als auch im Privatleben schwieriger wird.

Weitergehende Analysen zeigen einen Zusammenhang zwischen Life Domain Balance und psychischer Belastung (nicht dargestellt): Personen, die von einem starken oder sehr starken Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben berichten, sind mit 5,2% doppelt so häufig stark psychisch belastet als solche, die kein Ungleichgewicht nennen (2,5%).

Weiterführende Information

SECO, Vereinbarkeit von Beruf und Familie: www.seco.admin.ch/themen/00385/02021/04611/index.html?lang=de (Zugriff am 30.11.2011)

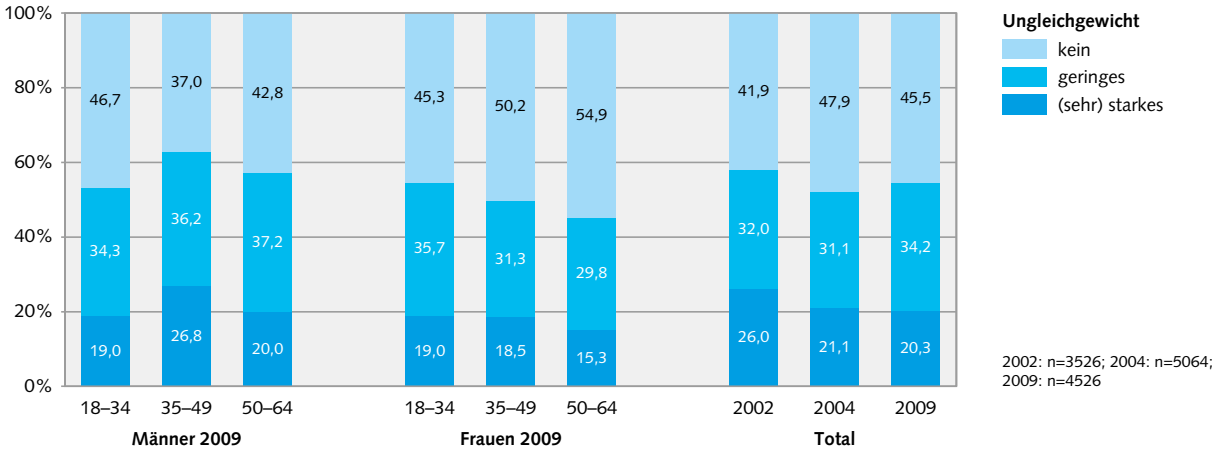
Gesundheitsförderung Schweiz, Life Domain Balance: www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/life_domain_balance.php (Zugriff am 30.11.2011)

SECO, BSV, Informationsplattform «Vereinbarkeit Beruf und Familie: Massnahmen der Kantone und Gemeinden»: www.berufundfamilie.admin.ch/informationsplattform/index.html?lang=de (Zugriff am 30.11.2011)

5.1.4 Psychische Beeinträchtigungen durch die Arbeit

In den letzten Jahren sind psychische und psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen, die durch Belastungen bei der Arbeit (mit)bedingt sind, vermehrt ins Blickfeld der fachlichen Auseinandersetzungen gerückt (Danuser et al., 2007; Schneider, 2010). Solche arbeitsassoziierten Belastungen manifestieren sich häufig in muskuloskelettalen Beschwerden (Rückenschmerzen, Nacken-/Schulterverspannungen), Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Nervosität und Müdigkeit.
In den nachfolgenden Ausführungen wird als Erstes die allgemeine psychische Belastung bei der Arbeit näher beleuchtet. Dabei handelt es sich um Ergebnisse der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). In einem zweiten Schritt wird – basierend auf den Daten des European Working Conditions Survey (EWCS) – auf einzelne arbeitsassoziierte Belastungen näher eingegangen (vgl. Anhang).

Life Domain Balance nach Geschlecht und Alter, 2002–2009 **Abb. 5.3**



2002: n=3526; 2004: n=5064; 2009: n=4526

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2002/2004/2009

© Obsan

Psychische Belastung bei der Arbeit nach Geschlecht und Alter, 2002/2007 **Abb. 5.4**

2002: n=8867; 2007: n=7789

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Obsan

Fast 42% der Erwerbstätigen in der Schweiz geben an, bei der Arbeit hoher psychischer Belastung ausgesetzt zu sein (Abb. 5.4). Männer (47,0%) berichten häufiger von hoher arbeitsbedingter psychischer Belastung als Frauen (35,4%). Dies kann u.a. dadurch erklärt werden, dass Männer häufiger Führungspositionen innehaben und auch häufiger Vollzeit arbeiten als Frauen.

Die psychische Belastung bei der Arbeit steigt tendenziell mit dem Alter und zwar von 41,0% (18–34-Jährige) auf 43,7% (50–64-Jährige). Wie aber Abb. 5.4 zu entnehmen ist, ist dieser Zusammenhang nach Geschlecht sehr unterschiedlich: Ältere Männer berichten deutlich häufiger, bei der Arbeit stark psychisch belastet zu sein als jüngere, bei den Frauen ist es umgekehrt.

Der Anteil berichteter psychischer Belastung bei der Arbeit ist zwischen 2002 und 2007 etwas gesunken und zwar von 44,7% auf 41,9% (Abb. 5.4). Dieser Rückgang ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu verzeichnen. Dies steht somit etwas im Widerspruch zu der häufig vertretenen Auffassung, dass die psychische Belastung bei der Arbeit aufgrund steigender Anforderungen zunimmt. Es wird interessant sein zu sehen, wie die Ergebnisse der SGB 2012 diesbezüglich ausfallen werden, und zwar vor dem Hintergrund der 2008 einsetzenden Wirtschaftskrise, welche in der Schweiz u.a. zu Entlassungen und Kurzarbeit führte.

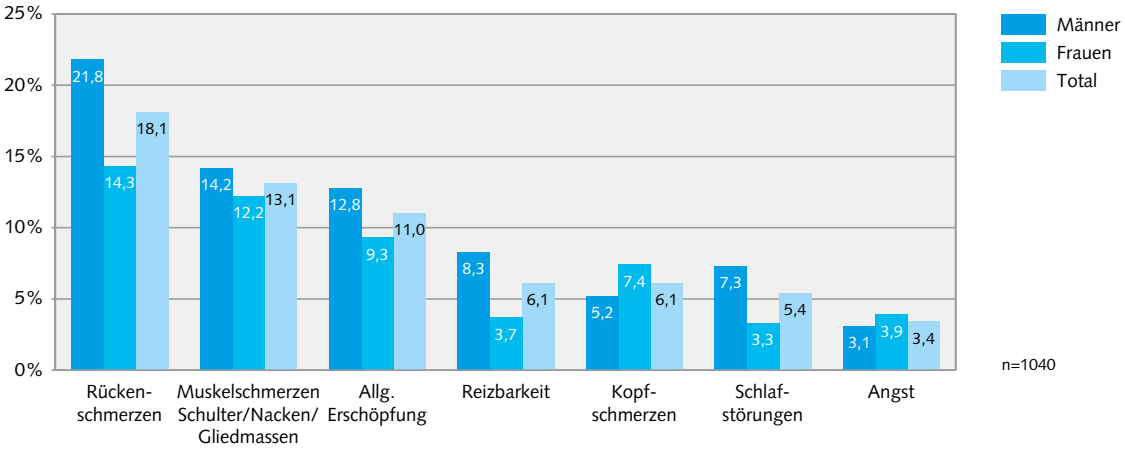
In Bezug auf psychische Belastung bei der Arbeit zeigen sich auch regionale Unterschiede: Das Tessin weist mit 50,9% den höchsten Anteil Erwerbstätiger auf, die aufgrund der Arbeit stark psychisch belastet sind. In der Zentralschweiz ist der entsprechende Anteil mit 37,6% am tiefsten; weiterführende Analysen zeigen, dass dort dagegen die arbeitsbedingten körperlichen Belastungen deutlich häufiger sind, was u.a. auf die unterschiedlichen Wirtschaftsstrukturen in diesen Grossregionen zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse des EWCS zeigen, dass Rücken- und Muskelschmerzen die häufigsten arbeitsbedingten Beschwerden sind (Abb. 5.5). Allgemeine Erschöpfung durch die Arbeit wird von ca. jeder 10. befragten Person genannt. Mit der Ausnahme von Kopfschmerzen und Angst werden gesundheitliche Beschwerden häufiger von Männern als Frauen berichtet.

Vertiefte Analysen der Daten des EWCS zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen wie Termindruck, hohes Arbeitstempo oder Mobbing und muskuloskelettalen Beschwerden (Läubli & Müller, 2009). Insbesondere bei Vorliegen mehrerer Risikofaktoren (psychosozialer wie auch körperlicher Belastungsfaktoren) steigt das Risiko für Beschwerden des Bewegungsapparates stark an.

Psychosoziale Belastungen bei der Arbeit gehen auch einher mit erhöhter allgemeiner psychischer Belastung. So ergeben Analysen der SGB, dass Erwerbstätige, die am Arbeitsplatz beispielsweise mit Überforderung, Mobbing und Zeitdruck konfrontiert sind, deutlich häufiger psychisch stark belastet sind als diejenigen, die keine solchen Belastungen erleben (Krieger & Graf, 2009).

Häufigste gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Arbeit, 2005 **Abb. 5.5**



Datenquelle: EUROFOUND, European Working Conditions Survey 2005 © *Obsan*

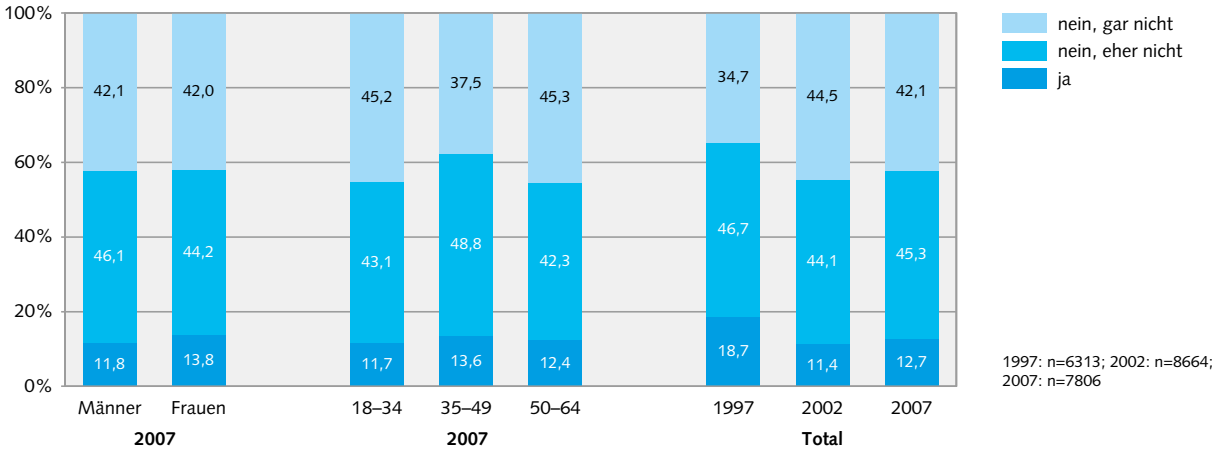
5.1.5 Angst vor Arbeitsplatzverlust

Neben der Arbeitslosigkeit ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust einer der stärksten arbeitsbedingten Stressoren überhaupt. Personen mit entsprechenden Ängsten sind doppelt so häufig von schlechter psychischer Gesundheit betroffen wie Personen ohne (Baer & Cahn, 2009). Mit zunehmender Angst vor Arbeitslosigkeit nehmen auch starke Schlafstörungen sowie Burnout-Symptome (gravierende Energielosigkeit) und depressive Verstimmungen zu. Zudem steigen die Arbeitsabsenzen an (Hämmig et al., 2005). Arbeitslosigkeit steht ausserdem im Sorgenbarometer[14] bezüglich Wichtigkeit und Dringlichkeit seit Jahren an erster Stelle und ist 2010 für 76% der Bevölkerung das wichtigste Problem (GFS, 2010b).

Die folgenden Ergebnisse entstammen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; vgl. Anhang).

11,8% der 18- bis 64-jährigen erwerbstätigen Männer und 13,8% der Frauen sorgten sich 2007 um ihre Stelle, während sich 42,1% bzw. 42,0% gar keine Sorgen und 46,1% bzw. 44,2% eher keine Sorgen machten (Abb. 5.6). Bei den Erwerbstätigen im mittleren Alter (35–49 Jahre)

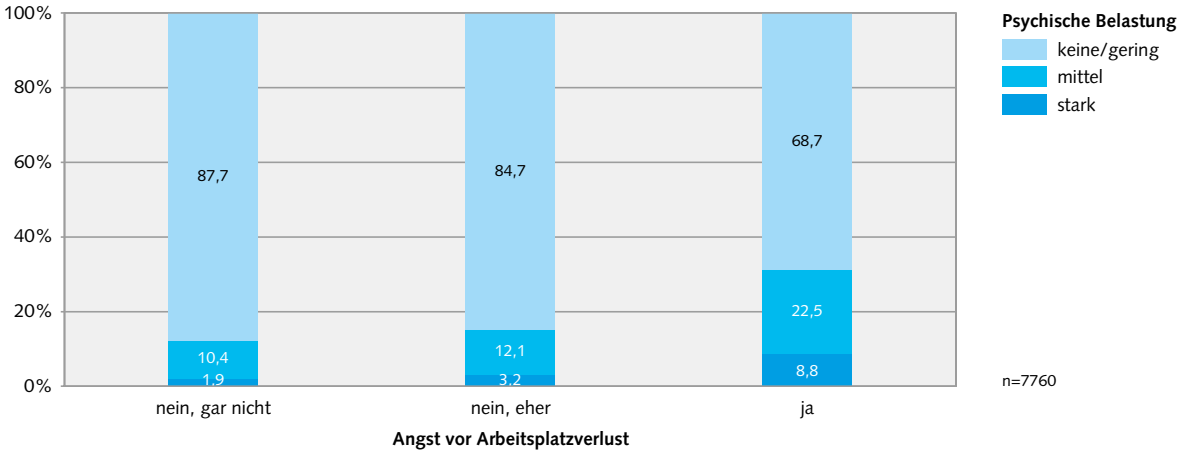
Angst vor Arbeitsplatzverlust nach Geschlecht, 1997–2007 **Abb. 5.6**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997/2002/2007 © *Obsan*

[14] Das Sorgenbarometer von gfs.bern soll aufzeigen, welche Probleme die Schweizer Bürgerinnen und Bürger am meisten beschäftigen, was sich dabei seit dem letzten Jahr verändert hat und welche Ursachen dafür genannt werden können. Die Sorgenbarometer-Umfrage wird jährlich durchgeführt.

Psychische Belastung nach Angst vor Arbeitsplatzverlust, 2007 **Abb. 5.7**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © *Obsan*

ist die Angst vor Arbeitsplatzverlust mit einem Anteil von 13,6% tendenziell am höchsten. Die generellen Anteile haben sich zwischen 2002 und 2007 kaum verändert, im Vergleich zu 1997 ist die Angst jedoch von 18,7% auf 12,7% zurückgegangen.

In Abb. 5.7 ist die psychische Belastung nach Ausprägung der Angst vor Arbeitsplatzverlust abgebildet: Je grösser die Angst, desto höher ist die psychische Belastung.

5.1.6 Beeinträchtigung der Leistungs- und der Arbeitsfähigkeit

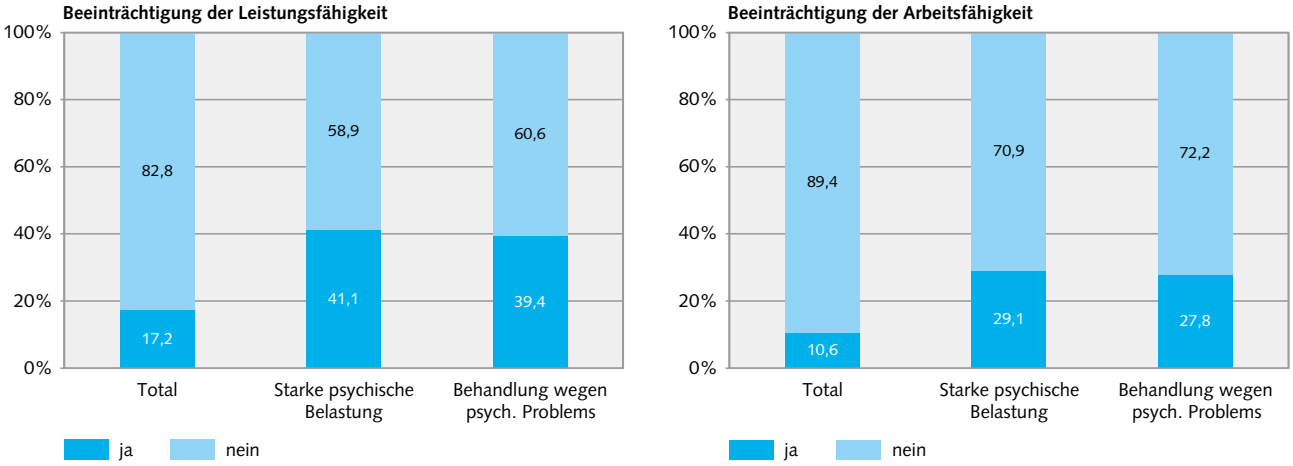
Psychische Störungen gehen mit einer Verringerung der Leistungsfähigkeit und der Arbeitsproduktivität einher. Das Modul *Psychische Gesundheit* (Zusatz zum Bundes-Gesundheitssurvey) zeigte, dass in Deutschland die Erwerbstätigen pro Monat durchschnittlich 0,3 Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität und 0,1 Arbeitsunfähigkeitstage hatten. Im Vergleich dazu waren es bei Personen mit psychischer Störung 3,5 bzw. 0,6 Tage. Auffallend viele Tage mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (7,2 Tage) hatten Erwerbstätige mit affektiven Störungen (Wittchen et al., 1999). In den vom Wissenschaftlichen Institut der Allgemeinen Ortskrankenkasse AOK jährlich publizierten Fehlzeiten-Reports setzt sich seit 1994 der Trend der zunehmenden Bedeutung psychischer Störungen für die Arbeitsproduktivität fort: Sie verursachten 2010 9,3% der Fehlzeiten in deutschen Unternehmen und sind dadurch mittlerweile die vierthäufigste Ursache (Meyer et al., 2011). Die anteilsmässige Zunahme bedeutet nicht gezwungenermassen, dass psychische Störungen real zugenommen haben, sondern könnte mit einer zunehmenden Sensibilisierung und einer fortschreitenden Entstigmatisierung zusammenhängen.

Die folgenden Ergebnisse stammen aus den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und beziehen sich auf die eingeschränkte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen (vgl. Anhang).

17,2% der 18- bis 64-jährigen Erwerbstätigen in der Schweiz fühlten sich in den vier Wochen vor der Befragung in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Männer: 15,7%, Frauen: 18,7%), 10,6% waren teilweise nicht arbeitsfähig (Männer: 10,8%, Frauen: 10,4%). Mit zunehmendem Alter nehmen die Beeinträchtigungen ab: Bei den 15- bis 34-Jährigen fühlten sich 20,5% eingeschränkt leistungsfähig, bei den 50- bis 64-Jährigen 14,9%; teilweise nicht arbeitsfähig waren 12,9% der jüngeren bzw. 9,3% der älteren Befragten. Die Anteile der beeinträchtigten Leistungsfähigkeit sind vergleichbar mit denjenigen von 1997, im Vergleich zu 2002 sind sie tendenziell höher. Bezüglich der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit sind die Anteile seit 1997 sehr stabil.

Im Vergleich zum Total der Befragten fühlen sich Personen mit starker psychischer Belastung bedeutend häufiger nicht leistungsfähig: 41,1% vs. 17,2% (Abb. 5.8). Gleichsam erhöht ist der Anteil bei denjenigen, die sich im vergangenen Jahr wegen eines psychischen Problems behandeln liessen (39,4%). Ähnliche Grössenverhältnisse finden sich auch bei der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Abb. 5.8). Zwischen den Geschlechtern zeigen sich Unterschiede für die Personengruppe, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren (nicht dargestellt): Männer sind in diesem Falle sowohl in der Leistungsfähigkeit (43,5% vs. 36,8%) als auch in der

Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, 2007 **Abb. 5.8**



Total: n=13'569; starke psychische Belastung: n=647; Behandlung wegen psychischen Problems: n=899

Total: n=13'560; starke psychische Belastung: n=638; Behandlung wegen psychischen Problems: n=889

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Arbeitsfähigkeit (35,5% vs. 22,8%) eingeschränkter als Frauen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Männer später im Erkrankungsprozess Hilfe aufsuchen als Frauen und sich aufgrund des erhöhten Schweregrades eher eingeschränkt fühlen (ISPM Basel, 2008; Möller-Leimkühler, 2002).

Neben dem Problem der Fehlzeiten (Absentismus) existiert auch das gegenteilige Problem des Präsentismus. Die Kosten für die Unternehmen durch Präsentismus – also die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit – sind etwa doppelt so hoch wie diejenigen durch Absentismus. Denn Präsentismus führt zu verminderter Arbeitsqualität, zu erhöhter Fehleranfälligkeit und zu mehr Unfällen. In einem Review von 285 Studien zum Thema Präsentismus stellen Steinke und Badura (2011) fest, dass gerade psychische Störungen (insbesondere Depressionen) zu den – bzgl. der Kosten des Präsentismus – teuersten Krankheiten zählen, da sie zu einem vergleichsweise hohen Verlust an Arbeitsproduktivität führen. Ausserdem sprechen Untersuchungen dafür, dass psychische Störungen häufiger zu Präsentismus führen als physische Erkrankungen, bzw. dass sie eher zu Präsentismus als zu Absentismus führen (Dewa & Lin, 2000; Sainsbury Centre for Mental Health, 2007). Dies rührt u.a. vermutlich daher, dass die Betroffenen eine Entdeckung ihrer Krankheit vermeiden und einer Stigmatisierung am Arbeitsplatz vorbeugen möchten. Ein wichtiger Grund für Präsentismus scheint die Angst um den Arbeitsplatz zu sein, zwei Drittel (65%) der Beschäftigten befürchten bei Krankmeldung berufliche Nachteile (Badura et al., 2003).

5.2 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen

Der Anteil neu zugesprochener IV-Renten ist zwar seit 2003 rückgängig, der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen ist dagegen in den letzten 10 Jahren gestiegen. Psychische Erkrankungen stellen die häufigste Invaliditätsursache dar, wobei insbesondere 20- bis 50-Jährige davon betroffen sind.

Unter Invalidität wird «die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit»[15] verstanden. Erwerbsunfähigkeit bezieht sich gemäss Sozialversicherungsrecht nicht nur auf Erwerbsarbeit, sondern auf den bisherigen Aufgabenbereich im weiten Sinne – darin sind Tätigkeiten im Haushalt, Kinderbetreuung, Ausbildung etc. eingeschlossen. Eine Invalidenrente wird dann zugesprochen, wenn eine (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben als nicht möglich angesehen wird. Der Grundsatz der Eingliederung geht somit einer Rentenzahlung klar vor (vgl. BSV, 2011b). Anspruch auf eine IV-Rente haben Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die während eines Jahres ohne wesentliche Unterbrüche durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind. Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40% besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente. Nach Erreichen des Pensionsalters wird die IV-Rente in eine AHV-Rente umgewandelt. Die Leistungen der Invalidenversicherung umfassen neben den

[15] www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/00737/index.html?lang=de (Zugriff am 11.05.11)

Renten auch Eingliederungsmassnahmen und Hilflosenentschädigungen – diese werden im Rahmen dieses Unterkapitels nicht behandelt.

Die Daten stammen aus der IV-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV).

Im Jahr 2010 haben 240'905 Personen eine IV-Rente bezogen, davon waren 129'330 Männer (53,7%) und 111'575 Frauen (46,3%; nicht dargestellt). Ein Blick auf die letzten 10 Jahre zeigt, dass die Anzahl der IV-Bezügerinnen und -Bezüger seit 2006 leicht abnimmt, nachdem zwischen 2000 bis 2005 eine relativ starke Zunahme zu verzeichnen war.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Zahlen der Neurenten wider: Darunter sind IV-Renten zu verstehen, die in einem bestimmten Jahr neu zugesprochen werden. Die Anzahl der neu zugesprochenen IV-Renten hat ab 2003 deutlich abgenommen – mit einer zusätzlichen Reduktion im Jahr 2006 und einer anschliessenden Stabilisierung auf einem deutlich tieferen Niveau als Ende der 90er-Jahre (Abb. 5.9): Wurden 2000 noch 23'546 Neurentenbezügerinnen und -bezüger erfasst, waren es 2010 noch 15'137 – das sind über 35% weniger. Dieser Rückgang der Anzahl der Neurenten lässt sich vermutlich u.a. auf die 4. und 5. Gesetzesrevision der IV von 2004 und 2008 zurückführen (BSV, 2010, 2011a; Modetta, 2009). So wurden mit der 4. Revision regionale ärztliche Dienste (RAD) geschaffen mit folgendem Ziel: Beurteilung der Anspruchsberechtigung nach national einheitlichen Kriterien, einheitliche Dokumentation der Beurteilungen und zentrale Koordination. Die damit verbundene Qualitätsverbesserung sollte zur Senkung der Rentenausgaben beitragen, u.a. durch vermehrtes Aufdecken von Missbräuchen und Kürzung der Verfahrensdauer.

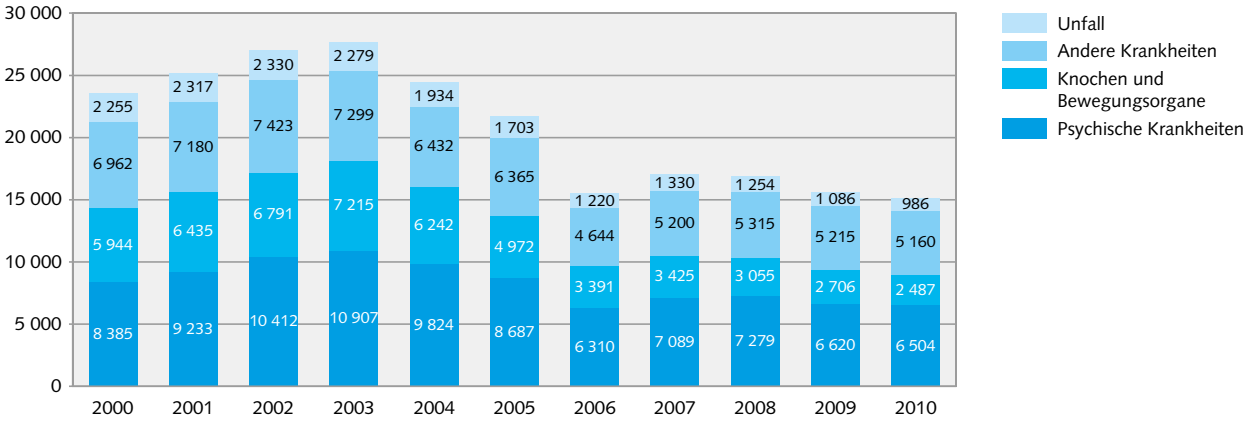
Die 5. IVG-Revision unter dem Leitsatz «Eingliederung vor Rente» fokussierte auf Eingliederungsmassnahmen: Früherfassung und Frühinterventionen sollen Invalidität vorbeugen. Vertiefte Kenntnisse über die Wirkungen der 4. und 5. IVG-Revision liegen jedoch nicht vor – das zweite mehrjährige Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherungen hat die Evaluation der beiden Gesetzesrevisionen als Schwerpunkt (BSV, 2011c).

Aus der Abb. 5.10 wird ersichtlich, dass psychische Krankheiten die häufigste Invaliditätsursache darstellen. Wenngleich die absolute Zahl der Neurenten aufgrund psychischer Krankheit abgenommen hat, ist der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit in den letzten 10 Jahren gestiegen: 2000 waren 35,6% aller Neuberentungen auf psychische Krankheiten zurückzuführen, 2010 waren es 43,0%. Der Geschlechtervergleich zeigt, dass der Anteil der Frauen, die eine Rente aufgrund psychischer Krankheit zugesprochen erhalten, um rund 10 Prozentpunkte höher ist als derjenige der Männer (48,3% vs. 38,9%; nicht dargestellt).

Mehr als die Hälfte (55,5%) der psychisch bedingten Neurenten gehen auf psychogene Störungen und so genannte «Psychopathien» zurück (Abb. 5.10). Schizophrenien machen 11,7% und andere Psychosen 15,0% aus. Neurenten aufgrund psychogener Störungen werden häufiger bei Frauen (56,9% vs. 46,8%), Schizophrenie dagegen häufiger bei Männern (14,2% vs. 9,0%) zugesprochen (nicht dargestellt).

In Abb. 5.11 ist der Anteil der Neuberentungen nach Alter und Invaliditätsursache dargestellt. Bei den jüngsten Neurentenbezügerinnen und -bezüger sind Renten aufgrund von Geburtsgebrechen häufig, aber schon in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen sind psychische

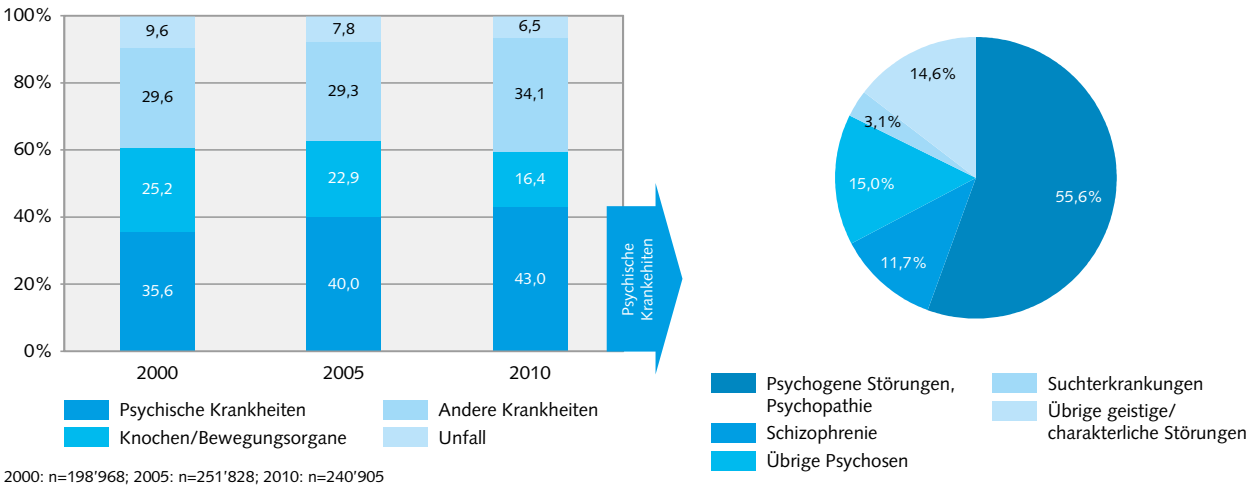
Anzahl Neurentenbezüger/innen nach Invaliditätsursache, 2000–2010 **Abb. 5.9**



Datenquelle: BSV, IV-Statistik 2000–2010

© Obsan

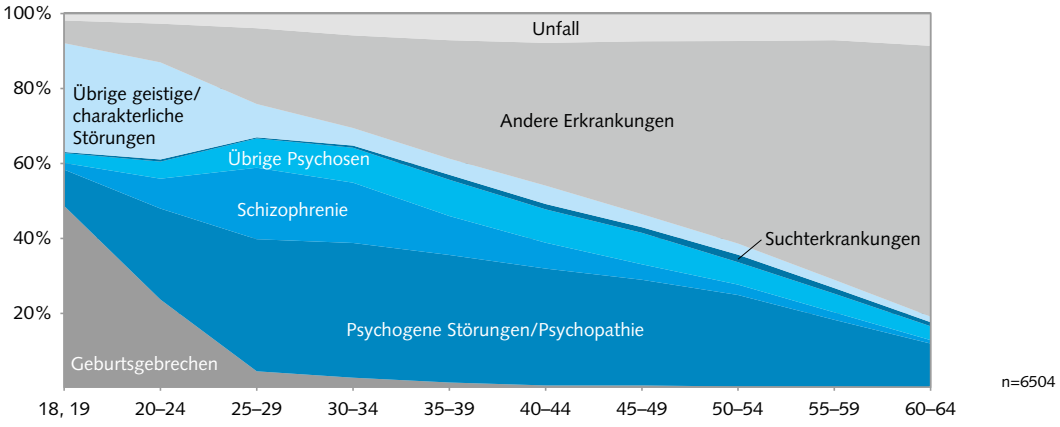
Anteil Neuberentungen nach Invaliditätsursache, 2000–2010 **Abb. 5.10**



2000: n=198'968; 2005: n=251'828; 2010: n=240'905

Datenquelle: BSV, IV-Statistik 2000/2005/2010 © *Obsan*

Anteil Neuberentungen nach Alter und Invaliditätsursache, 2010 **Abb. 5.11**



n=6504

Datenquelle: BSV, IV-Statistik 2010 © *Obsan*

Krankheiten mit 54,3% die häufigste Ursache. Am höchsten ist der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheiten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen (71,4%). Erst bei Neurentenbezügerinnen und -bezüger ab etwa 50 Jahren werden psychische Krankheiten von anderen Krankheiten – insbesondere von Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane – als Hauptinvaliditätsursache abgelöst.

Einige neuere Schweizer Studien zur IV befassen sich detailliert mit psychisch bedingten Berentungen. Die Studie von Baer et al. (2009) untersuchte IV-Berentungen aufgrund «psychogener und milieureaktiver Störungen», wobei sich zeigte, dass es sich dabei hauptsächlich um Persönlichkeitsstörungen, wiederkehrende depressive Erkrankungen sowie somatoforme Schmerzstörungen handelt. Zwischen 1986 und 2006 haben psychogene Störungen als Invaliditätsursache um das Neunfache zugenommen. Die Studie zeigt weiter, dass rund die Hälfte der IV-Rentnerinnen und -Rentner mit psychogenen Störungen schwere Belastungen während der Kindheit/Jugendzeit (z.B. Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch in der Kindheit, schwere psychische oder körperliche Erkrankungen der Eltern, Heimaufenthalte) erfahren haben.

Eine weitergehende Studie im Bereich Arbeit zeigt zum einen auf, dass psychische Erkrankungen – insbesondere Persönlichkeitsstörungen als häufigster Berentungsgrund – häufig nicht oder erst spät als solche von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen wahrgenommen werden (Baer & Fasel, 2011). Zum anderen zeigt

sich, dass Vorgesetzte kaum in der Lage sind, derartige Problemsituationen wirksam anzugehen. Dazu gehört auch, dass professionelle Unterstützung (z.B. durch Ärztinnen/Ärzte, externe Beratungsstellen oder IV-Stellen) selten oder zu spät in Anspruch genommen wird: Meist enden derartige Problemsituationen in einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Diese Untersuchung weist darauf hin, dass die zunehmende Ausgliederung psychisch belasteter Personen aus dem Arbeitsleben unter anderem stark mit der Überforderung der Arbeitgebenden zu tun hat.

Der Anteil der IV-Bezügerinnen und -Bezüger an der erwerbsfähigen Bevölkerung liegt in der Schweiz etwa im europäischen Durchschnitt[16] (Loos et al., 2009). Laut einem Bericht der OECD (2010) verzeichnen die meisten OECD-Länder eine Zunahme von Berentungen aufgrund psychischer Krankheiten. Von den von Loos et al. (2009) untersuchten Ländern weist die Schweiz aber den höchsten Anteil psychisch bedingter Berentungen auf. In den Vergleichsländern hat dieser Anteil jedoch in den letzten Jahren stärker zugenommen als in der Schweiz.

Weiterführende Information

BSV: http://www.bsv.admin.ch (Zugriff am 01.12.2011)

BFS, Statistik der IV: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/02/04/dos/00.html (Zugriff am 01.12.2011)

Mehrjährige Forschungsprogramme zu Invalidität und Behinderung: http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=de (Zugriff am 01.12.2011)

[16] Vergleichsländer: Deutschland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Grossbritannien

5.3 Suizid

2009 haben 827 Männer und 278 Frauen Suizid begangen (exkl. Fälle von Sterbehilfe). Die Suizidrate ist bei den Männern rund 3mal so hoch wie bei den Frauen und nimmt mit steigendem Alter zu. Seit 2003 ist die Suizidrate relativ konstant. Sie unterscheidet sich deutlich zwischen den Kantonen. Die häufigsten Suizidmethoden sind Erhängen, Sturz in die Tiefe und Erschiessen. Es zeigen sich dabei deutliche Geschlechterunterschiede.

Unter Suizid wird gemäss WHO eine Handlung mit tödlichem Ausgang verstanden, bei der das handelnde Individuum die Absicht hatte, das eigene Leben zu beenden. Suizid ist ein in der Schweiz häufig unterschätztes Problem der öffentlichen Gesundheit. Dies gilt nicht nur in Relation zu anderen Ländern – die Schweiz gehört innerhalb von Europa zu den Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate –, sondern auch im Vergleich zu anderen Gesundheitsproblemen.
Suizid ist nach Krebs-, Kreislauferkrankungen und Unfällen der vierthäufigste Grund für frühzeitige Sterblichkeit (gemessen an verlorenen potenziellen Lebensjahren[17]).

Suizidfälle haben auch beträchtliche indirekte Folgen: Durchschnittlich sind vier bis sechs Angehörige und Nahestehende betroffen. Oft trifft es diese völlig unerwartet, einige entwickeln danach ein erhebliches Leiden. Wenn Suizide im öffentlichen Raum stattfinden, z.B. bei einem Sprung von einem Gebäude oder vor den Zug, kann es zudem zur Traumatisierung von Drittpersonen kommen.

[17] Die verlorenen Lebensjahre bezeichnen die Differenz zwischen dem Sterbealter und dem 70. Lebensjahr, sofern der Tod vor dem 70. Lebensjahr eintritt; vgl. auch www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/ind26.indicator.149009.260102.html (Zugriff am 12.1.2012)

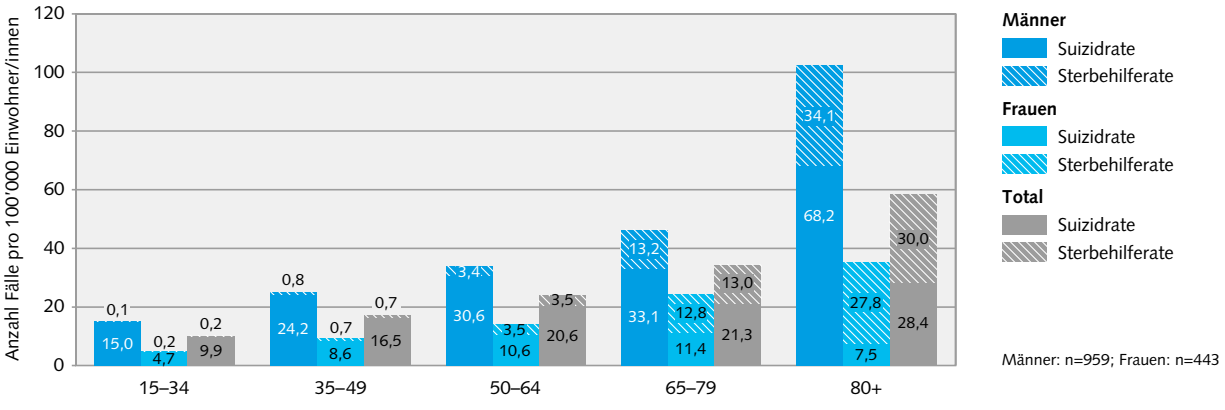
Der grösste Risikofaktor für einen vollendeten Suizid ist ein erfolgter Suizidversuch. Nach einem Suizidversuch ist das Suizidrisiko massiv erhöht und zwar über Jahrzehnte hinweg (BAG, 2005b). Zwischen 10% und 15% der Personen mit einem oder mehreren bereits verübten Suizidversuchen sterben durch Suizid. Neben Suizidversuchen ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung der wichtigste Risikofaktor. Die Mehrheit der Personen, die Suizid begehen, leiden unter einer diagnostizierbaren psychischen Störung, wobei Depressionen, Schizophrenien, Alkoholerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen eine bedeutende Rolle spielen (Beautrais, 2000). Bei den übrigen Suiziden handelt es sich einerseits um nicht diagnostizierte Fälle oder auch um Suizide, die aus einem Impuls heraus begangen werden, ohne dass die Kriterien einer psychischen Störung erfüllt sind.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf der Todesursachenstatistik des BFS. Nach einer 2011 erfolgten Revision werden ab dem Erhebungsjahr 2009 die Fälle von Sterbehilfe (auch assistierte Suizide genannt) nicht mehr zu den Suiziden, sondern zu den Todesfällen aufgrund der jeweils vorhandenen Grunderkrankung gezählt. Dadurch ergibt sich eine (statistisch bedingte) Reduktion der Suizidzahlen um etwa 20%. Im Hinblick auf psychische Gesundheit/Krankheit sind in erster Linie Suizide von Interesse, welche häufig psychisch bedingt sind, und weniger die Sterbehilfe, welche mehrheitlich aufgrund einer körperlichen Erkrankung vollzogen werden. Der Fokus in den nachfolgenden Ausführungen liegt daher auf den «neuen» Suizidzahlen ohne die Fälle von Sterbehilfe. Um die Unterschiede aufgrund der geänderten Kategorisierung der Suizide sichtbar zu machen, werden die Ergebnisse aber teilweise auch inklusive Sterbehilfe abgebildet. Detaillierte Information zu Sterbehilfe findet sich in der entsprechenden Publikation des BFS (2012).

Im Jahr 2009 sind in der Schweiz 1105 Menschen – 827 Männer und 278 Frauen – durch Suizid (exkl. Sterbehilfe) gestorben. Das sind 3,1 Mal mehr als durch Strassenverkehrsunfälle und 23 Mal mehr als durch Aids. Zu berücksichtigen ist, dass tendenziell von einer Unterschätzung der Suizidzahlen ausgegangen werden muss, da nicht alle Fälle identifiziert werden können (z.B. bei einem als Verkehrsunfall interpretierten Suizid). In demselben Jahr wurden 297 Fälle von Sterbehilfe erfasst, 132 bei Männern und 165 bei Frauen.

Auch bei den Raten zeigt sich der grosse Geschlechterunterschied. 2009 war die Suizidrate der Männer mit 19,3 Suizidfällen pro 100'000 Männer 3 Mal so hoch wie bei den Frauen mit 6,2 Fällen pro 100'000 Frauen (Total: 12,5 Fälle pro 100'000 Einwohner/innen). In Abb. 5.12 sind die Suizidraten (unterer Teil der Säulen) sowie die

Suizid- und Sterbehilferate nach Geschlecht und Alter, 2009 **Abb. 5.12**



Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik 2009

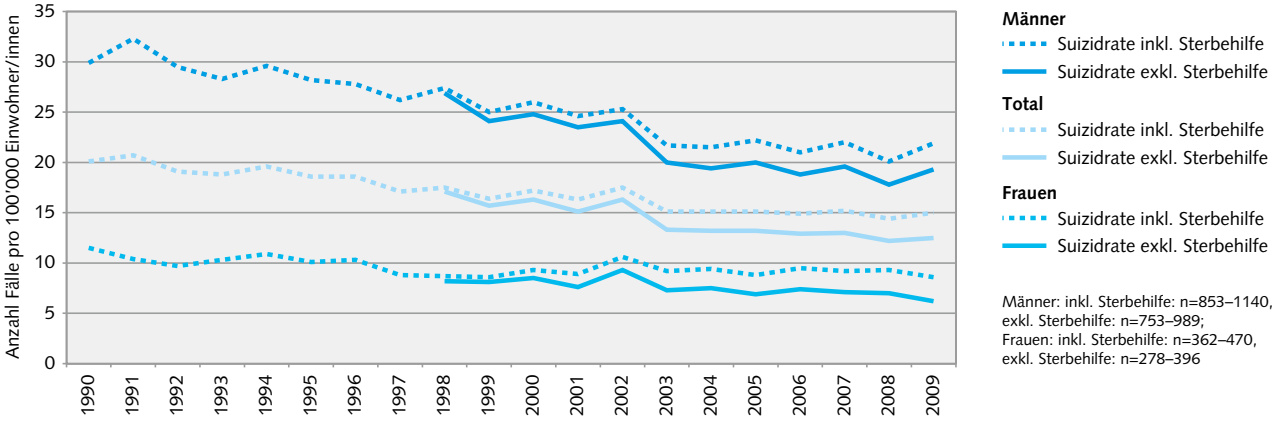
© Obsan

Sterbehilferaten (oberer Teil der Säulen) für das Jahr 2009 nach Geschlecht und Alter abgebildet. Vergleicht man die Suizidraten inklusive Sterbehilfe (ganze Säule) zwischen Männern und Frauen, zeigt sich, dass die Raten bei den Männern in jeder Altersgruppe doppelt bis dreifach so hoch sind wie bei den Frauen. Unabhängig vom Geschlecht steigen sie mit zunehmendem Alter an. Die Sterbehilferaten sind bei Männern und Frauen ähnlich hoch. Bei den Frauen machen allerdings die Sterbehilfefälle bei den Altersgruppen ab 65 Jahren einen sehr grossen Teil aller Suizide (inkl. Sterbehilfe) aus. Schliesst man die Sterbehilfefälle aus, ist die Suizidrate bei den Frauen ab 80 Jahren sogar rückläufig. Die hohen Suizidraten im Alter sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass durch Suizid, im Vergleich zu anderen Erkrankungen, auch sehr oft Menschen im jungen und mittleren Alter ihr Leben verlieren. Bei Personen im Alter von 15 bis 44 Jahren geht rund ein Fünftel aller Todesfälle auf suizidale Handlungen zurück (Männer: 23,2%, Frauen: 16,8%). Suizid als Todesursache liegt in dieser Altersklasse an zweiter Stelle; bei den Männern nur noch übertroffen durch unfallbedingte Todesfälle, bei den Frauen durch Krebskrankheiten. In der Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen ist Suizid nach Krebs- und Herz-Kreislaufkrankheiten mit 6,2% bei den Männern bzw. 3,8% bei den Frauen die dritthäufigste Todesursache.

In Abb. 5.13 sind die Entwicklungen der Suizidraten von 1990 bis 2009 nach Geschlecht und für das Total dargestellt. Es sind jeweils zwei Kurven abgebildet: Die eine beschreibt die Suizidraten inklusive, die andere exklusive Sterbehilfe. Bis 2003 war die Suizidrate rückläufig, seit 2003 ist sie relativ konstant. Der anfängliche Rückgang ist fast ausschliesslich auf die Abnahme der Suizidrate der Männer zurückzuführen, während bei den Frauen die Rate bereits über Jahre ähnlich hoch ist. Aus den mit den Jahren zunehmenden Differenzen zwischen den Suizidraten inklusive Sterbehilfe und denjenigen exklusive Sterbehilfe ist ersichtlich, dass die Fälle von Sterbehilfe über die letzten 10 Jahre zugenommen haben. Dies hängt u.a. auch damit zusammen, dass die Erfassung der Sterbehilfe in den ersten Jahren noch nicht so vollständig war wie heute.

Es bestehen deutliche kantonale Unterschiede bezüglich der Suizidraten (Abb. 5.14). Die Kantone Tessin (8,4 pro 100'000 Einwohner/innen), Uri (9,2) und Basel-Land (9,8) weisen die geringsten Raten, die Kantone Neuenburg (17,4), Nidwalden (19,0) und Appenzell Ausserrhoden (19,5) die höchsten Raten auf. In den meisten Kantonen zeigt sich das auf Ebene der Gesamtschweiz schon erwähnte 3:1-Geschlechter-Muster der Suizidraten. In einigen ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen

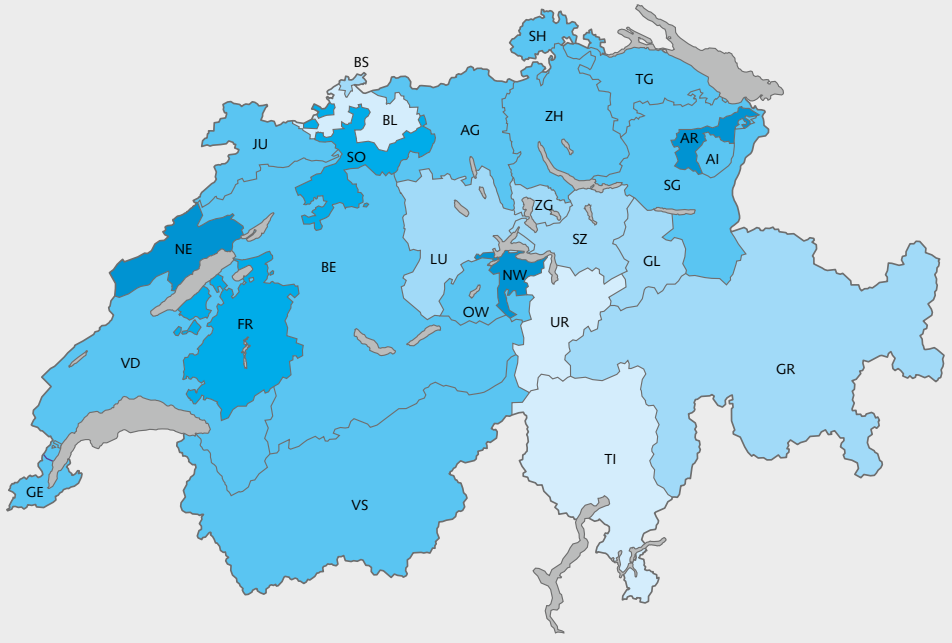
Suizidrate nach Geschlecht im Zeitvergleich, 1990–2009 **Abb. 5.13**



Männer: inkl. Sterbehilfe: n=853–1140, exkl. Sterbehilfe: n=753–989;
Frauen: inkl. Sterbehilfe: n=362–470, exkl. Sterbehilfe: n=278–396

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik 1990–2009 © *Obsan*

Suizidrate (exkl. Sterbehilfe) nach Kanton, 2006–2009* **Abb. 5.14**



Suizidrate (Fälle pro 100 000 Einwohner/innen)

- ≥ 16,0
- 14,0 – 15,9
- 12,0 – 13,9
- 10,0 – 11,9
- < 9,9

Schweiz: 12,6 Fälle

Fälle Total: n = 1 060 – 1 119

* Aufgrund der jährlichen Schwankungen der Suizidraten, die besonders bei kleinen Kantonen ins Gewicht fallen, werden für die kantonalen Raten die durchschnittlichen Werte über vier Jahre dargestellt.

0 25 50 km

Raumgliederung: Kantone

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 2006–2009

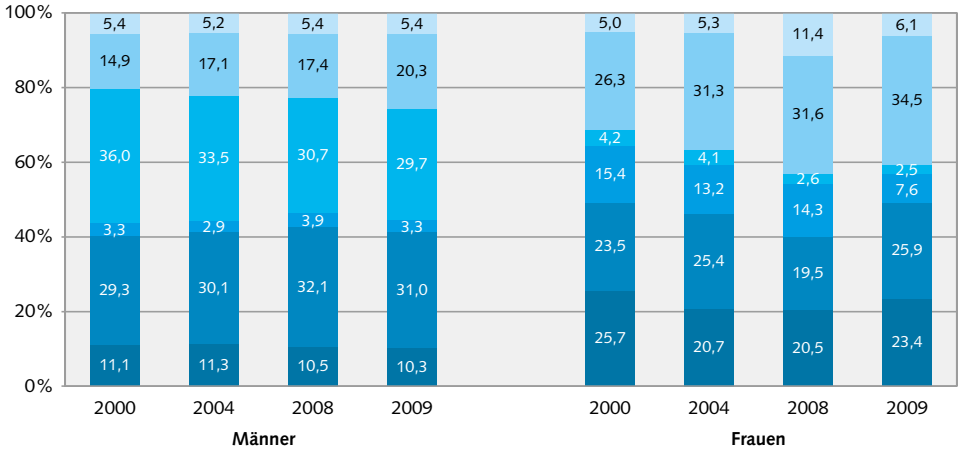
© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

jedoch noch ausgeprägter, wie z.B. in den Kantonen Tessin, Schwyz (je 4,0:1), Glarus (3,8:1), Freiburg (3,7:1) und Aargau (3,5:1; nicht dargestellt). In den Kantonen Schaffhausen (1,7:1) und Uri (1,9:1) ist die Geschlechterdifferenz deutlich kleiner als im nationalen Durchschnitt.

Der über die letzten Jahre für die Gesamtschweiz zu beobachtende Rückgang der Suizidraten zeigt sich auch auf Ebene der Kantone: Sehr deutliche Abnahmen zwischen 1998/2001 und 2006/2009 (jeweils Durchschnittswerte der beiden Perioden) sind z.B. in den Kantonen Glarus (-44,2%) und Schaffhausen (-42,7%) zu verzeichnen (nicht dargestellt). In den Kantonen Nidwalden (+59,7%) und Obwalden (5,9%) haben die Suizidraten allerdings zugenommen.

Es ist zu vermuten, dass ein kulturell unterschiedlicher Umgang mit psychischen Problemen oder Krisen – z.B. mit wem darüber gesprochen, wann, wie und wo Hilfe gesucht wird – eine Erklärung für die kantonalen Unterschiede darstellt. Weiter spielt die Verfügbarkeit von Methoden eine wichtige Rolle. So finden sich z.B. deutliche kantonale Unterschiede in Bezug auf Suizide durch Sturz in die Tiefe: Untersuchungen zeigen, dass Kantone mit wenigen hohen Brücken (von denen in suizidaler Absicht gesprungen werden kann) eine geringere Anzahl von Suizidsprüngen verzeichnen. Personen mit Suizidabsichten scheinen bei nicht Vorhandensein von Brücken nicht zwangsläufig auf beispielsweise hohe Gebäude auszuweichen (Reisch et al., 2007). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Suizidzahl durch Präventionsmassnahmen günstig beeinflusst werden kann.

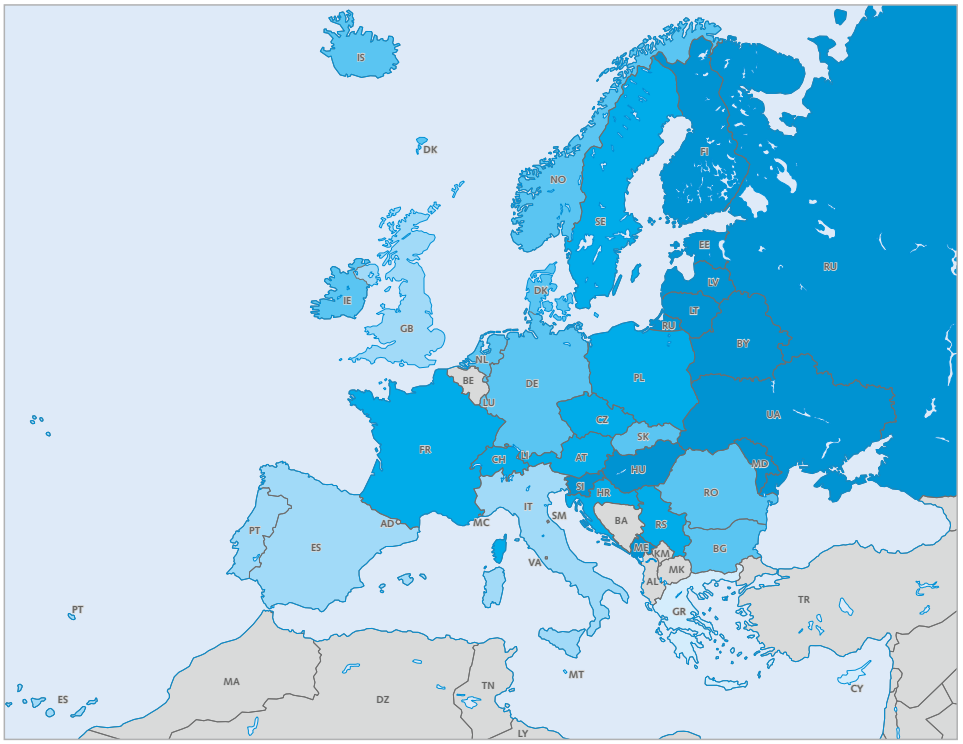
Prozentuale Verteilung der Suizide (exkl. Sterbehilfe) entsprechend der Suizidmethode nach Geschlecht, 2000–2009 — Abb. 5.15



Männer: 2000: n=934, 2004: n=771, 2008: n=753, 2009: n=827;
Frauen: 2000: n=358, 2004: n=319, 2008: n=307, 2009: n=278

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik 2000/2004/2008/2009 — © *Obsan*

Suizidrate im europäischen Vergleich, 2006–2009* — Abb. 5.16



Suizidrate (Fälle pro 100 000 Einwohner/innen)

- ≥ 16,0
- 12,0 – 15,9
- 8,0 – 11,9
- 4,0 – 7,9
- < 4,0
- keine Angabe

* Pro Land jeweils letzte verfügbare Daten (2006–2009)

0 250 500 750 km

Raumgliederung: NUTS 0 (Länder)

NUTS:
Nomenclature des **u**nités **t**erritoriales **s**tatistiques

Quelle: WHO, European health for all database — © *BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2011*

Im Jahr 2009 waren die drei häufigsten Suizidmethoden Erhängen (29,7%), Sturz in die Tiefe (23,9%) und Erschiessen (22,9%). Die Suizidmethoden unterscheiden sich stark zwischen den Geschlechtern. Wie in 5.15 ersichtlich, wählen Männer am häufigsten den Suizid durch Erhängen (2009: 31,0%) oder mittels Schusswaffe (2009: 29,7%). Bei Frauen sind der Sturz in die Tiefe (34,5%), Erhängen (25,9%) und das Vergiften mit Medikamenten (23,4%) oft angewendete Methoden. Die Suizide mittels Ertrinken sind über die letzten Jahre anteilsmässig zurückgegangen (-44,2%), genauso wie diejenigen mittels Schusswaffen (-27,9%) und das Vergiften mit Medikamenten (-23,5%). Die Stürze in die Tiefe haben dagegen anteilsmässig zugenommen (+13,3%).

Wie 5.16 zu entnehmen ist, gehört die Schweiz (15,1) innerhalb von Europa (13,9) zu den Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate. Die Suizidrate der Schweiz ist hier inkl. der Fälle von Sterbehilfe zu verstehen, in den anderen Ländern ist die Handhabung unterschiedlich. Die höchsten Suizidraten finden sich in den osteuropäischen Ländern Litauen (30,7), der Russischen Föderation (27,6) und Weissrussland (25,3). Die Schweiz steht vor ihren Nachbarländern Frankreich (15,0), Österreich (12,7), Deutschland (9,8) und Italien (5,2). Die kleinsten Raten haben die süd(ost)europäischen Staaten Zypern (4,3), Malta (3,1) und Griechenland (2,9).

Suizidversuche

Ein Suizidversuch ist eine Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der das Individuum den eigenen Tod beabsichtigt oder in Kauf nimmt, jedoch z.B. durch Eingreifen von Drittpersonen am Leben bleibt. Überlebte Suizidversuche werden im Gegensatz zu Suizidfällen nicht national erfasst. Die Anzahl der Suizidversuche in der Schweiz kann deshalb nur mittels Kontrollregionen – in welchen eine Erfassung durchgeführt wird – hochgerechnet werden.

In einer entsprechenden Studie zu suizidalem Verhalten in der Agglomeration Bern (Reisch et al., 2010) fand sich von 2004 bis 2009 eine durchschnittliche Rate von 106,8 Suizidversuchen pro 100'000 Einwohner/innen. Suizidversuche sind demzufolge rund 7 Mal häufiger als vollendete Suizide, wobei die Dunkelziffer schwer zu quantifizieren ist. Schätzungen gehen von jährlich insgesamt 15'000 bis 25'000 Versuchen in der Schweiz aus und davon, dass knapp 10% der Schweizer Bevölkerung ein Mal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternimmt (BAG, 2005b). Während vollendete Suizide bei Männern häufiger sind (v.a. Methoden mit hoher Letalität, wie Erhängen, Erschiessen, Sturz in die Tiefe), begehen Frauen häufiger Suizidversuche (v.a. Methoden mit geringer Letalität, wie Vergiften mit Medikamenten, Verletzung durch scharfen Gegenstand). Ausserdem sind insbesondere junge Personen von Suizidversuchen betroffen.

Die häufigsten Methoden bei Suizidversuchen sind das Einnehmen von Medikamenten und Schnittverletzungen in suizidaler Absicht. In mindestens 40% der Fälle haben die Betroffenen bereits früher einen Suizidversuch unternommen. Eine wesentliche Bedeutung in der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen hat daher die konsequente und langfristige Nachbehandlung von Personen, die einen Suizidversuch begangen haben (Reisch et al., 2010).

Weiterführende Information

BFS, Sterblichkeit, Todesursachen: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04.html (Zugriff am 01.12.2011)

Ipsilon, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz: www.ipsilon.ch/ (Zugriff am 01.12.2011)

5.4 Kosten psychischer Störungen

2,5% aller in ambulanten Praxen behandelten Personen wurden durch Psychiaterinnen und Psychiater behandelt. Die Kosten pro Patient/in sind bei psychiatrischen Behandlungen deutlich höher als bei allgemeinmedizinischen Konsultationen. Die Entwicklung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP zeigt, dass insbesondere in der ambulanten Spitalpsychiatrie eine hohe Kostenzunahme zu verzeichnen ist.

Psychische Störungen gehen einerseits mit einschneidenden Belastungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld einher – sie verursachen andererseits aber auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. Schätzungen zufolge belaufen sich die gesellschaftlichen Kosten von psychischen Störungen in den EU-Ländern auf durchschnittlich 3–4% des Bruttoinlandprodukts (WHO, 2003). Wendet man den 4%-Ansatz auf die Schweiz an, hätten die psychischen Krankheiten im Jahre 2010 bei einem Bruttoinlandprodukt von 551 Milliarden CHF Folgekosten von insgesamt über 22 Milliarden CHF zur Folge gehabt. Eine Studie der Universität Zürich schätzt die Kosten von psychiatrischen Erkrankungen auf über 12 Milliarden Franken (Jäger & Rössler, 2008). Nebst den direkten Kosten (z.B. für ambulante und stationäre Behandlung) sind insbesondere die indirekten Kosten – z.B. durch Arbeitsabsenzen und Frühpensionierungen – von grosser volkswirtschaftlicher Bedeutung (Wittchen, 2005).

Im vorliegenden Unterkapitel wird aufgrund der Datenlage nur auf die direkten Kosten durch medizinische Leistungen eingegangen. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf dem Datenpool von santésuisse und umfassen ausschliesslich Leistungen bzw. Kosten, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet und bei den Krankenversicherern eingereicht wurden. Somit sind Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten werden (z.B. aufgrund von hohen Franchisen), oder Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden, nicht erfasst (Sturny & Schuler, 2011). Die folgenden Analysen beziehen sich auf die Bruttokosten der OKP und beinhalten folglich die erfassten Kostenbeteiligungen der versicherten Personen.

Für den psychiatrischen Bereich können mit den Daten von santésuisse die über die OKP abgerechneten Leistungen folgender Leistungserbringer analysiert werden:

- Psychiaterinnen und Psychiater in Arztpraxen (unterteilt in Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Erwachsenenpsychiatrie)
- Psychiatrische Kliniken: ambulante und stationäre Leistungen
- Psychiatrische Abteilungen in somatischen Spitälern: ambulante und stationäre Leistungen

Behandlungen durch nicht-ärztliche Psychologinnen/Psychologen oder Psychotherapeutinnen/-therapeuten sind nur in den Daten enthalten, sofern es sich um so genannte delegierte Psychotherapien handelt.[18] Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen, welche durch Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker erfolgen, können dagegen mit dem Datenpool nicht eruiert werden.

Im ersten Teil des Unterkapitels wird ein Überblick gegeben über die Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie die Kosten pro Patient/in in psychiatrischen Praxen. Im zweiten Teil wird auf die OKP-Kosten des Psychiatriebereichs näher eingegangen, wobei die ambulanten Praxen sowie der ambulante und stationäre Spitalbereich getrennt betrachtet werden.

5.4.1 Ambulante Praxen: Anzahl der Patienten/innen und Kosten pro Patient/in

Die Auswertungen zu den ambulanten Praxen ergeben, dass 2010 2,5% der total 13,6 Millionen behandelten Patientinnen und Patienten[19] durch Psychiaterinnen und Psychiater behandelt wurden (zur Anzahl behandelter Patienten/Patientinnen vgl. auch Kap. 4.2). Die psychiatrischen Behandlungen in Praxen erfolgten zu 89,8% durch Erwachsenenpsychiater/innen und zu 10,2% durch Kinder- und Jugendpsychiater/innen. Die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten ist zwischen 2006 und 2010 um 18,4% gestiegen, und zwar von 282'900 auf 334'906 Patientinnen und Patienten. Dieser Anstieg geht v.a. auf die Erwachsenenpsychiatrie zurück.

[18] Delegierte Psychotherapien sind Behandlungen durch nicht-ärztliche Therapeutinnen/Therapeuten, die durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt mit entsprechenden Fähigkeitsausweisen (FMH für Psychiatrie, Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie oder Besitzstandswahrung) delegiert wurden. Die entsprechenden Therapeutinnen/Therapeuten müssen bei dem Facharzt/der Fachärztin angestellt sein. Die Abrechnung über die Grundversicherung erfolgt somit über den Facharzt/die Fachärztin.

[19] Patientinnen/Patienten sind Versicherte, die bei einer Leistungserbringerin/einem Leistungserbringer in einem Jahr mindestens einmal Leistungen bezogen haben. War dieselbe/derselbe Versicherte zwei Mal bei der *gleichen* Ärztin, beim *gleichen* Arzt, wird in der Jahresstatistik *eine* Erkrankte/*ein* Erkrankter gezählt. War dieselbe/derselbe Versicherte in einem Jahr bei zwei *verschiedenen* Ärztinnen/Ärzten, werden in dieser Jahresstatistik *zwei* Erkrankte gezählt.

Zwar machen Patientinnen und Patienten des Psychiatriebereichs nur 2,5% aller Patientinnen und Patienten in den ambulanten Praxen aus, die Kosten von psychiatrischen Behandlungen sind aber pro Patient/in deutlich höher: Bei psychiatrischen Behandlungen in Praxen beliefen sich die Durchschnittskosten pro Patient/in 2010 auf 1720 Franken, in der allgemeinmedizinischen Praxis waren es zum Vergleich 314 Franken pro Patient/in. Dieser grosse Unterschied lässt sich u.a. dadurch erklären, dass Behandlungen bei Psychiaterinnen und Psychiatern generell länger dauern als bei Allgemeinpraktizierenden (Sturny & Schuler, 2011). Zwischen 2006 und 2010 haben sich die Durchschnittskosten pro Patient/in in der ambulanten Praxis nicht erheblich verändert – weder im Psychiatriebereich noch in der Allgemeinmedizin.

5.4.2 OKP-Kosten: Total und im Psychiatriebereich

In Tab. 5.1 sind die OKP-Kosten für die Jahre 2006 bis 2010 für das Total (inkl. Psychiatriebereich) sowie den Psychiatriebereich separat dargestellt. Die Gruppe Spitalpsychiatrie schliesst sowohl für den ambulanten wie auch für den stationären Bereich die psychiatrischen Kliniken und die psychiatrischen Abteilungen in somatischen Spitälern mit ein. Wie die Gesamtkosten sind auch die Kosten im Psychiatriebereich zwischen 2006 und 2010 gestiegen, wenngleich weniger stark: +19,2% bzw. +15,7%. Im Psychiatriebereich ist v.a. bei der ambulanten Spitalpsychiatrie eine starke Kostenzunahme zu verzeichnen (+43,7%).

Im Monitoringbericht *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz* (Sturny & Schuler, 2011) finden sich detaillierte Ausführungen zu den OKP-Kosten im Psychiatriebereich. In einer Publikation des BFS (2011a) zu Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen finden sich für alle Direktzahler Kostendaten für psychiatrische Kliniken und für die selbstständige Psychotherapie.

Weiterführende Information

BFS, Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html (Zugriff am 01.12.2011)

Tab. 5.1 OKP-Kosten im Psychiatriebereich im Vergleich mit den Gesamtkosten, 2006–2010 (in Mio. CHF)

		2006	2007	2008	2009	2010	Veränderung 06–10 in %
OKP-Kosten Total Spital und ambulante Praxen	**Total**	**14 072**	**14 793**	**15 600**	**16 294**	**16 773**	**19,2**
	Spital stationär	4 976	5 205	5 302	5 539	5 602	12,6
	Spital ambulant	2 955	3 191	3 548	3 818	4 119	39,4
	Ambulante Praxen	6 141	6 397	6 750	6 937	7 052	14,8
OKP-Kosten im Psychiatriebereich	**Total**	**1 310**	**1 321**	**1 378**	**1 463**	**1 516**	**15,7**
	Spitalpsychiatrie stationär	612	600	609	647	641	4,6
	Spitalpsychiatrie ambulant	191	199	220	244	274	43,7
	Ambulante psychiatr. Praxen	507	522	549	573	601	18,5

Datenquelle: Datenpool santésuisse/Analyse Obsan © *Obsan*
Datenstand: 26.06.2011

Exkurs: Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit ist unbestritten. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass Personen mit niedrigem sozialem Status sowohl einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als auch früher sterben als Personen mit höherem sozialem Status (BFS, 2003; Bopp & Minder, 2003; Mielck, 2005; Wilkinson & Marmot, 2003). Dieser Zusammenhang zeigt sich ebenfalls bei der psychischen Gesundheit (Bachmann & Neuhaus, 2010; Fryers et al., 2003; Gilman et al., 2002; Mauz & Jacobi, 2008; Mielck, 2005).

Wie aber lässt sich dieser Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit erklären? Der Gesundheitszustand hat einerseits einen Einfluss auf die soziale Position («Krankheit macht arm»), der soziale Status – und das hat sich als der bedeutendere Zusammenhang erwiesen – wirkt sich andererseits aber auch auf den Gesundheitszustand aus («Armut macht krank»). Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass sich soziale Ungleichheit indirekt auf den Gesundheitszustand auswirkt, indem sie Einfluss hat auf Gesundheitsbelastungen und -ressourcen, gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsversorgung (Abel et al., 2007; Mielck, 2005). Beispielsweise sind Personen aus tieferen Bildungsschichten häufiger von psychischen und physischen Arbeitsbelastungen und Arbeitslosigkeit betroffen, gleichzeitig verfügen sie aber auch über weniger Ressourcen wie etwa Wissen, Erholungsmöglichkeiten aufgrund ihrer Wohnumgebung und soziale Unterstützung als Personen aus höheren Bildungsschichten. Der soziale Status spiegelt sich auch im Verhalten und im Lebensstil (körperliche Aktivität, Alkoholkonsum etc.) wider. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist ebenfalls sozial unterschiedlich verteilt: So hat es z.B. in sozial benachteiligten Gebieten weniger Therapieangebote und die Versorgung von bildungsfernen Schichten wird durch soziale/kulturelle Barrieren erschwert (z.B. Arzt-Patienten-Beziehung) (Mielck, 2000; Tiesmeyer et al., 2008).

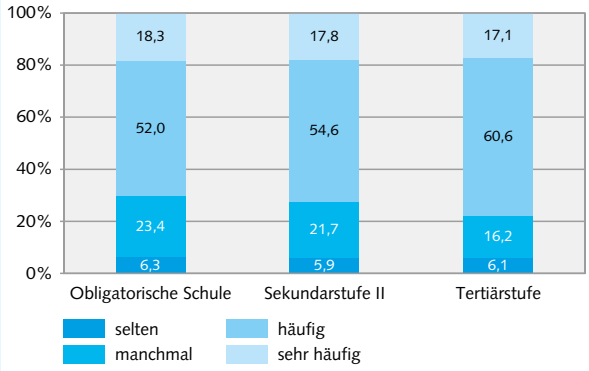
Zur Beschreibung sozialer Ungleichheit wird nebst der beruflichen Stellung und dem Einkommen auch häufig die Bildung herangezogen.[20] Die Bildung eignet sich insofern als Indikator des sozialen Status, als dass eine höhere Bildung häufig auch mit einer höheren beruflichen Stellung und einem höheren Einkommen einhergeht (Abel et al., 2007; Barbitsch, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009). In den folgenden Ausführungen werden für die Themenbereiche *positive psychische Gesundheit, psychische Belastungen*, Schutz- und Risikofaktoren sowie *Arbeit* Ergebnisse nach Bildung dargestellt.

Die Abbildungen zeigen klar, dass bei allen Indikatoren Unterschiede nach Bildung feststellbar sind. So sind Personen ohne nachobligatorische Bildung etwa doppelt so häufig von starker psychischer Belastung sowie von mittleren bis starken Depressionssymptomen betroffen als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (Abb. 5.18/Abb. 5.19). Auch bei den Indikatoren Optimismus und Vorhandensein einer Vertrauensperson zeigt sich ein sozialer Gradient (Abb. 5.17/Abb. 5.21). Der Anteil der Personen, die wegen psychischer Probleme behandelt wurden, ist zwar über die verschiedenen Bildungsgruppen hinweg etwa vergleichbar, aber es werden unterschiedliche Leistungserbringer bzw. -erbringerinnen aufgesucht, wie Abb. 5.20 aufzeigt: So suchen Personen mit einem Tertiärabschluss häufiger einen Psychologen bzw. eine Psychologin auf; Personen ohne nachobligatorische Schulbildung werden bei psychischen Problemen dagegen häufiger durch Allgemeinpraktizierende behandelt. Interessant, wenn auch nicht überraschend, sind die Resultate für arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen (Abb. 5.22): Während Rückenschmerzen und Kopfschmerzen und Angst am häufigsten von Personen ohne nachobligatorische Schulbildung genannt werden, sind Beeinträchtigungen eher psychischer Art häufiger bei Personen mit Tertiärabschluss. Dies deckt sich auch mit anderen Analysen, die zeigen, dass die psychische Belastung bei der Arbeit bei höher Ausgebildeten deutlich stärker ist (BFS, 2010).

Auffallend ist – und das ergeben auch andere Analysen und Studien – dass der stärkste Unterschied meist zwischen Personen mit und ohne nachobligatorische Bildung besteht; die Unterschiede zwischen Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II und solchen mit einem Tertiärabschluss sind dagegen eher gering.

[20] Es handelt sich dabei um Merkmale der so genannten vertikalen sozialen Ungleichheit. Gesundheit und Krankheit sind aber auch abhängig von Merkmalen der horizontalen sozialen Ungleichheit, wie z.B. Alter, Geschlecht und Nationalität.

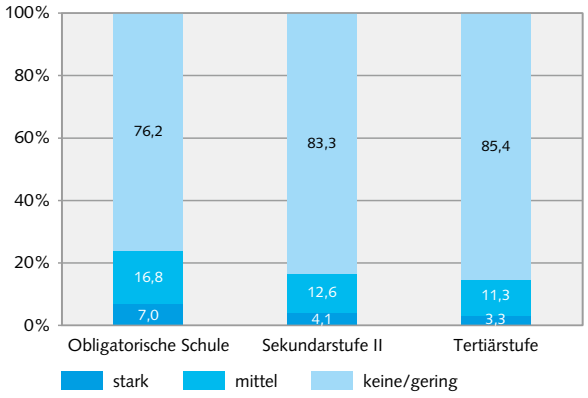
Kraft, Energie und Optimismus nach Bildung, 2009 — Abb. 5.17



n=6956

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 © Obsan

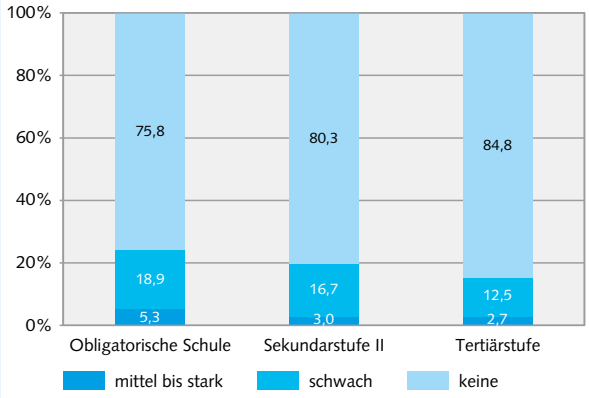
Psychische Belastung nach Bildung, 2007 — Abb. 5.18



n=17'634

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Obsan

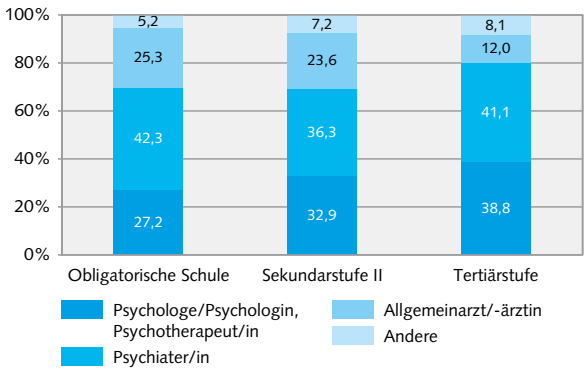
Depressivität nach Bildung, 2007 — Abb. 5.19



n=12'656

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Obsan

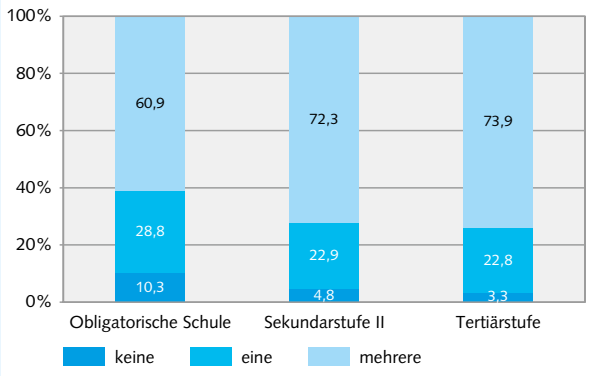
Behandlung wegen psychischem Problem: Leistungserbringende nach Bildung, 2007 — Abb. 5.20



n=12'992

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Obsan

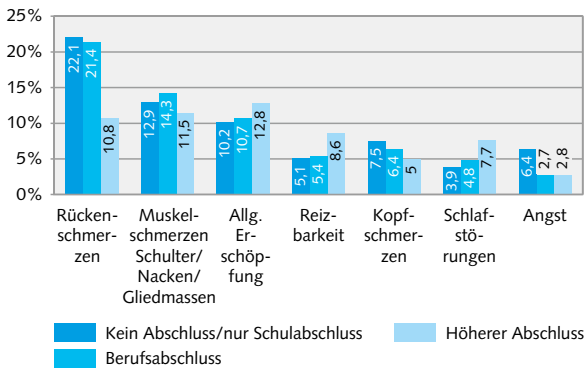
Vorhandensein einer Vertrauensperson nach Bildung, 2007 — Abb. 5.21



n=17'882

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 © Obsan

Häufigste gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Arbeit nach Bildung, 2005 — Abb. 5.22



n=1040

Datenquelle: EUROFOUND, European Working Conditions Survey 2005 © Obsan

6 Synthese

Nachfolgend wird überblicksweise nochmals auf die wichtigsten zeitlichen Entwicklungen und auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Regionen eingegangen. Zudem werden die Zusammenhänge mit psychischer Belastung zusammenfassend dargestellt.

Insgesamt kaum negative Veränderungen der psychischen Gesundheit

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse unterstreichen, dass nicht von einer generellen Verschlechterung der psychischen Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung gesprochen werden kann. Zwar sind in einigen Bereichen auch negative Entwicklungen zu verzeichnen, in vielen anderen Bereichen ist aber eine Stabilisierung oder sogar eine Verbesserung erkennbar.

So lässt sich etwa eine Verschlechterung bei der Zufriedenheit feststellen: Der Anteil der Personen, die sehr zufrieden mit ihrem Leben allgemein, ihrer Gesundheit, der finanziellen Situation und den persönlichen Beziehungen sind, hat in den letzten Jahren abgenommen. Auch geben weniger Personen als früher an, sich voller Kraft, Energie und Optimismus zu fühlen. Zudem ist der Anteil der Personen, der sich aufgrund psychischer Probleme hat behandeln lassen, angestiegen, wenn auch nicht stark. Eine Zunahme ist auch bei der Anzahl der Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, die in ambulanten psychiatrischen Praxen behandelt wurden. Eine ähnliche Entwicklung zeigen die Daten zu den OKP-Kosten im Psychiatriebereich, wo insgesamt – insbesondere aber im ambulanten Bereich – eine Kostenzunahme zu verzeichnen ist. Im Bereich der IV machen psychisch bedingte Renten einen immer grösseren Anteil aller Neuberentungen aus, jedoch ist die Anzahl der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen rückläufig.

Bei vielen Indikatoren sind hingegen positive Entwicklungen zu verzeichnen. Eine Stabilisierung oder Verbesserung zeigt sich hinsichtlich Depressionssymptomen, Kontrollüberzeugung, Einsamkeit, Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie einiger Indikatoren zur Arbeitssituation. So berichten weniger Erwerbstätige von hoher psychischer Belastung bei der Arbeit. Auch die Wahrnehmung eines Ungleichgewichts zwischen Beruf und Privatleben sowie die Angst vor Arbeitsplatzverlust haben bis 2007 eher abgenommen.

Im Bereich der stationären Versorgung sind ebenfalls positiv zu bewertende Entwicklungen feststellbar: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten ist stabil geblieben, die Hospitalisationsdauern haben abgenommen und zunehmende Wiedereintritte werden als Verbesserungen in der Integration der Behandlungskette interpretiert. Bei den Suizidraten ist – nach einem einsetzenden Rückgang in den 1990er-Jahren – eine Stabilisierung erkennbar.

Frauen zufriedener trotz schlechterer psychischer Gesundheit

Es finden sich fast durchgehend deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Sinne einer generell ungünstigeren Position der Frauen; eine Ausnahme bildet das Arbeitsumfeld. So berichten Frauen häufiger als Männer von eingeschränkter psychischer Gesundheit sowie von weniger Schutz- und mehr Risikofaktoren: Sie sind seltener voll Energie, Kraft und Optimismus, sind häufiger von psychischer Belastung sowie Depressionssymptomen betroffen, konsumieren häufiger Schlaf-, Beruhigungsmittel und Antidepressiva, erleben häufiger mehrere kritische Lebensereignisse, haben eine tiefere Kontrollüberzeugung und fühlen sich öfter einsam.

Jedoch haben Frauen mehr Vertrauenspersonen als Männer und sind häufiger sehr zufrieden. In Bezug auf die Arbeit berichten Frauen zwar häufiger von Arbeitsplatzunsicherheit als Männer, sie fühlen sich aber bei der Arbeit weniger stark psychisch belastet und berichten seltener von einem starken Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben.

Frauen lassen sich häufiger wegen psychischer Probleme behandeln und suchen dazu öfter Allgemeinpraktizierende, aber seltener psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialistinnen und Spezialisten auf als Männer. Frauen sind häufiger als Männer aufgrund psychiatrischer

Störungen in Spitälern hospitalisiert – insbesondere wegen Depressionen, neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Störungen durch Alkohol – und ihre Aufenthalte dauern länger. Die bei Männern am häufigsten stationär behandelten Störungen sind fast dieselben, allerdings in einer etwas anderen Reihenfolge: Störungen durch Alkohol, Depressionen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und Schizophrenien. Im Gegensatz zu den Kliniken werden in sozialmedizinischen Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen deutlich mehr Männer als Frauen betreut. Frauen begehen häufiger Suizidversuche als Männer. Vollendete Suizide sind jedoch bei Männern rund 3 Mal so häufig.

Unterschiedliche Herausforderungen in unterschiedlichen Altersabschnitten

Die Ergebnisse nach Alter zeigen nicht in eine eindeutige Richtung: Weder lässt sich von einer nachhaltigen Verbesserung noch einer klaren Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit steigendem Alter sprechen. Die Analysen ergeben vielmehr, dass in unterschiedlichen Altersabschnitten unterschiedliche Störungen sowie Ressourcen und Belastungen vorliegen.

Ältere Personen haben häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung, sind weniger stark psychisch belastet und berichten weniger häufig von Einsamkeit als jüngere. Zugleich weisen sie aber auch häufiger Depressionssymptome auf, leiden öfter gleichzeitig unter starken psychischen und starken körperlichen Beschwerden, sind vermehrt ohne Kraft, Energie und Optimismus, haben häufiger keine Vertrauensperson, sind öfter von kritischen Lebensereignissen betroffen und nehmen vermehrt Schlaf- und Beruhigungsmittel ein. Auffallend ist, dass der Anteil der Personen mit Depressionssymptomen insbesondere im höheren Alter (65+ Jahre) und bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern stark ansteigt.

Behandlungen wegen psychischer Probleme sind in den Altersgruppen der 35- bis 64-Jährigen am häufigsten. Durch welche Fachpersonen eine solche Behandlung erfolgt, ist je nach Alter der Patientinnen und Patienten ebenfalls unterschiedlich: Jüngere Personen lassen sich vor allem von Psychiaterinnen/Psychiatern sowie psychologischen Fachkräften behandeln, ältere Menschen suchen am häufigsten eine Allgemeinärztin, einen Allgemeinarzt oder eine Psychiaterin/einen Psychiater auf.

Stationäre Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind bei Personen mittleren Alters (35–49 Jahre) am häufigsten. Die am häufigsten stationär behandelten psychischen Störungen variieren je nach Alter der Patientinnen und Patienten: Jüngere Personen werden vor allem wegen neurotischer, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Schizophrenien, Suchterkrankungen (ohne Alkohol) und Persönlichkeitsstörungen stationär behandelt, bei Personen zwischen 35 und 64 Jahren sind Störungen durch Alkohol und Depressionen am häufigsten. Personen ab 65 Jahren werden am häufigsten wegen Demenzen, anderen organischen Störungen und Depressionen stationär behandelt. Die Zahlen zu den Suiziden zeigen einen Anstieg der Suizidrate mit dem Alter.

Die Ergebnisse im Bereich Arbeit fallen je nach Indikator ebenfalls unterschiedlich aus: Die Arbeitszufriedenheit steigt mit dem Alter an und Beeinträchtigungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nehmen ab. Die psychische Belastung bei der Arbeit nimmt jedoch bei den Männern mit dem Alter relativ stark zu, während bei den Frauen ein Rückgang zu verzeichnen ist. Von einem Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben sowie von Angst vor Arbeitsplatzverlust sind am häufigsten Personen im mittleren Erwerbsalter (35–49 Jahren) betroffen.

Auffallend: Zentralschweiz, Tessin, Genferseeregion

Bei vielen der untersuchten Indikatoren finden sich regionale Unterschiede. Nicht immer ergeben sich gleichförmige Muster, die Zentralschweiz, das Tessin und die Genferseeregion sind jedoch wiederholt jene Regionen mit den deutlichsten Ausprägungen. So sind in der Bevölkerung der Zentralschweiz Gefühle von Kraft, Energie und Optimismus sowie hohe Zufriedenheit vergleichsweise weit verbreitet, psychische Belastung allgemein und bei der Arbeit sowie Depressivität sind dagegen relativ selten. Ein gegenteiliges Bild zeigt sich bei all diesen Indikatoren für das Tessin und für die Genferseeregion.

Die stationären Hospitalisierungsraten aufgrund psychiatrischer Diagnosen in Kliniken sind in den Bevölkerungen der städtischen Kantone Basel-Stadt und Genf am höchsten. Die Rate der Pflegetage variiert sehr stark: Die höchsten Raten finden sich in den Bevölkerungen der Kantone Basel-Stadt, Thurgau und Neuenburg und die niedrigsten Raten im Kanton Jura. Die Suizidrate ist in den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Nidwalden und Neuenburg am höchsten und in den Kantonen Tessin, Uri und Basel-Landschaft am tiefsten.

Deutliche Zusammenhänge mit psychischer Belastung

Die psychische Belastung wird im vorliegenden Bericht als zentraler Indikator psychischer Gesundheit und Krankheit verwendet und, falls möglich, mit den behandelten Themen in Zusammenhang gesetzt. Es zeigen sich dabei durchwegs die erwarteten deutlichen Zusammenhänge. So geht eine starke psychische Belastung vermehrt mit starken körperlichen Beschwerden, erhöhter Inanspruchnahme und gesteigertem Konsum psychotroper Medikamente einher. Auch haben Personen mit höherer psychischer Belastung eine niedrigere Zufriedenheit, eine tiefere Kontrollüberzeugung, geringere soziale Unterstützung und mehr erlebte kritische Lebensereignisse.

Häufiger psychisch belastet sind einerseits Arbeitslose und andererseits Erwerbstätige, die mit ihrer Arbeit unzufrieden sind, die ein starkes Ungleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben empfinden und solche mit Angst vor Arbeitsplatzverlust. Umgekehrt sind Nicht-Erwerbstätige sowie mit ihrer Arbeit zufriedene, sich in Balance mit dem Privatleben und ohne Angst vor Arbeitsplatzverlust befindliche Erwerbstätige klar weniger psychisch belastet. Dabei bestehen diese Zusammenhänge in beide Richtungen, so sind psychisch belastete Personen auch häufiger arbeitslos als nicht belastete usw.

Literatur

Abel, T., M. Duetz Schmucki & K. Huwiler-Müntener (2007). Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie. In: F. Gutzwiller & F. Paccaud (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin – Public Health (S. 23–34). Bern: Hans Huber.

Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie* (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Amsler, F., D. Jäckel & R. Wyler (2010). *Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte – Angebote, Lücken und Mängel*: Im Rahmen des Projektes «Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern» (WePBE).

Amstad, F. & N. Semmer (2006). Work-Family-Balance – Seiltanz zwischen Hochs und Tiefs. *Wirtschaftsmagazin, 3*: 7–8.

Anderson, R.J., K.E. Freedland, R.E. Clouse & P.J. Lustman (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care, 24(6)*: 1069–1078.

Angst, J., A. Gamma, M. Neuenschwander, V. Ajdacic-Gross, D. Eich, W. Rössler et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psichiatr Soc, 14(2)*: 68–76.

Bachmann, N. & M. Neuhaus (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Badura, B., H. Schellschmidt & C. Vetter (2003). *Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance*. Berlin: Springer.

Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Resultate einer Befragung von KMU. *Zeitschrift für Sozialhilfe(1)*: 32–33.

Baer, N. & T. Cahn (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K. Meyer (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008 (S. 211–230). Bern: Hans Huber.

Baer, N., A. Domingo & F. Amsler (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Baer, N. & T. Fasel (2011). *«Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Baer, N., U. Frick & T. Fasel (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

BAG (2005a). *Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2005b). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Barbitsch, B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.

Barry, M. (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In: H. Katschnig, H. Freeman et al. (Hrsg.), Quality of life in mental disorders. Chichester: Wiley.

Barsky, A., E. Orav & D. Bates (2006). Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care*, 44: 803–811.

Bastine, R.H.E. (1998). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Beautrais, A.L. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998*. Canberra: National Health and Medical Research Council.

Becker, P., K. Bös & A. Woll (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2*: 25–48.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011). *Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin: Berlin-Institut.

Bétrisey, C., M. Gognalons-Nicolet & H. Briant (2004). *Indicateurs de la santé psychique dans le canton de Vaud (tirés des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002)*.

BFS (2003). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2008a). Indikatoren der sozialmedizinischen Institutionen 2006. BFS Aktuell. Online: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=3429

BFS (2008b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2011a). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2008 und jüngste Entwicklung. BFS Aktuell. Online: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4295

BFS (2011b). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009 – Standardtabellen. BFS Aktuell. Online: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4312

BFS (2012). Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz. BFS Aktuell.

Bifulco, A., O. Bernazzani, P.M. Moran & C. Ball (2000). Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 35(6)*: 264–275.

Bopp, M. & C.E. Minder (2003). Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort. *Int J Epidemiol, 32(3)*: 346–354.

Brenner, H.D., W. Rössler & U. Fromm (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung, 84(35)*: 1777–1786.

BSV (2010). *Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006–2009*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

BSV (2011a). *IV-Statistik 2010*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

BSV (2011b). *Leistungen der Invalidenversicherung (IV)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

BSV (2011c). *Zweites mehrjähriges Forschungsprogramm zur IV (FoP2-IV). Faktenblatt*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Burcusa, S.L. & W.G. Iacono (2007). Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev, 27(8)*: 959–985.

Burke, J.D., H.U. Wittchen, D.A. Regier & N. Sartorius (1990). Extracting Information From Diagnostic Interviews on Co-Occurence of Symptoms of Anxiety and Depression. In: J. D. Maser & C. R. Cloninger (Hrsg.), Comorbidity of Mood and Anxiety disorders (S. 649–667). Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Cacioppo, J. & W. Patrick (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.

Clément, J., F. Duveau, P. Preux & J. Léger (2001). Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale, 27(4)*: 329–237.

Danuser, B., G. Bauer, M. Kuster, M. Boillat & C. Lazor-Blanchet (2007). Arbeitsmedizin. In: F. Gutzwiller & F. Paccaud (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin – Public Health (S. 383–419). Bern: Huber.

Deci, E.L. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum.

Dewa, C. & E. Lin (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social science & medicine, 51*: 41–50.

Dreyer, G. & D. Schuler (2010). *Psychiatrische Diagnosen und Psychopharmaka in Arztpraxen der Schweiz*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Eichenberger, A. (2002). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen*. Institute für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universitäten Basel, Bern und Zürich.

EU-Konferenz (2008). *Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden*. Brüssel: Hochrangige Eu-Konferenz.

Faltermaier, T. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Verlag. W. Kohlhammer.

Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Faragher, E.B., M. Cass & C. Cooper (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine, 62*: 105–112.

Filipp, S.H. & P. Aymanns (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fritze, J., H. Sass & M. Schmauss (2001). *Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Ueber-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*.

Fryers, T., D. Melzer & R. Jenkins (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 38(5)*: 229–237.

GDK (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung»*. Bern: Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Gesundheitsförderung Schweiz (2008). Life Domain Balance: Die Balance zwischen der Erwerbsarbeit und den übrigen Lebensbereichen. Online: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/grundlagen_wissen/A4_LifeDomainBalance_d.pdf

GFS (2010a). *Depression – was weiss die Schweiz darüber?* Küsnacht: Werner Alfred Selo Stiftung.

GFS (2010b). *Sichtbare politische Hände erwünscht – Sicherheitsbedürfnisse steigen. Credit Suisse Sorgenbarometer 2010 Schlussbericht*: Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung.

Gilman, S.E., I. Kawachi, G.M. Fitzmaurice & S.L. Buka (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal Epidemiology, 31(2)*: 359–367.

Hämmig, O. & G. Bauer (2004). Ursachen und gesundheitliche Auswirkungen mangelnder Work-Life Balance bei der Schweizer Erwerbsbevölkerung. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit in effizienten Arbeitssystemen (S. 117–122). Dortmund: GfA Press.

Hämmig, O. & G. Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Hämmig, O., G. Jenny & G. Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz. Surveybasiertes Monitoring der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitszustandes der Schweizer Erwerbsbevölkerung* (Arbeitsdokument Nr. 12). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Härter, M., H. Baumeister & J. Bengel (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer.

HEA (1999). *Community Action for Mental Health*. London: Health Education Authority.

Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum, 5*: 1147–1153.

Höpflinger, F., L. Bayer-Oglesby & A. Zumbrunn (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualsierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.

Horwitz, A.V. & J.C. Wakefiled (2007). T*he loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und soziosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 45*: 866–872.

ISPM Basel (2008). *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.

Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Hölting, M. Höfler, H. Pfister, N. Müller et al. (2004a). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine, 34*: 597–611.

Jäger, M. & W. Rössler (2008). *Psychiatrische und neurologische Erkrankungen verursachen einen Sechstel der Gesundheitskosten. Medienmitteilung vom 14. Januar 2008.* Zürich: Universität Zürich.

Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol, 48*: 191–214.

Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler & E.E. Walters (2005a). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62(6)*: 617–627.

Kessler, R.C., O. Demler, R.G. Frank, M. Olfson, H.A. Pincus & E.E. Walters (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine, 352(24)*: 2515–2523.

Kessler, R.C. & WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA, 291(21)*: 2581–2590.

Kläui, H. & G. Hasler (2011). Depressionen in der Hausarztpraxis. *Primary Care, 11*: 200–201.

Klesse, C., H. Baumeister, J. Bengel & M. Härter (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut, 53(1)*: 49–62.

Knecht, M. & O. Hämmig (2009). *Mangelnde Work-Life Balance und Rückenschmerzen. Ausgewählte Ergebnisse einer grossangelegten Betriebsumfrage*. Zürich: SECO.

Knol, M.J., J.W. Twisk, A.T. Beekman, R.J. Heine, F.J. Snoek & F. Pouwer (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia, 49(5)*: 837–845.

Koivumaa-Honkanen, H., R. Honkanen, H. Viinamaki, K. Heikkila, J. Kaprio & M. Koskenvuo (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry, 158(3)*: 433–439.

Koivumaa-Honkanen, H., M. Koskenvuo, R.J. Honkanen, H. Viinamaki, K. Heikkila & J. Kaprio (2004). Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychol Med, 34(2)*: 221–228.

Koopmans, G., M. Donker & F. Rutten (2005). Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand, 111*: 341–350.

Krieger, R. & M. Graf (2009). Arbeit und Gesundheit. Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007.

Kuhl, H.C. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2008* (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Kuhl, H.C. & J. Herdt (2007). *Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Läubli, T. & C. Müller (2009). *Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschätzte Fallzahlen und volkswirtschaftliche Kosten für die Schweiz*. Bern: SECO.

Lavignasse, C. & F. Moreau-Gruet (2006). *Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz, 2006*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Leiter, M.P. & C. Maslach (2007). *Burnout erfolgreich vermeiden*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Lobo, A., P. Saz, G. Marcos, R. Campos, J. García-Campayo, F. Orozco et al. (2005). Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up. I. Rational and design of the project. *The European Journal of Psychiatry, 19(3)*.

Loos, S., A. Schliwen & M. Albrecht (2009). *Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alternativen Austrittsoptionen. Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Maudsley, H. (1872). Is insanity on the increase? *British Medical Journal, 1*: 37–39.

Mauz, E. & F. Jacobi (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. Psychiatrische Praxis, 35: 343–352.

Meyer, M., M. Stallauke & H. Weirauch (2011). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010. In: B. Badura, A. Ducki et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Berlin: Springer.

Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.

Modetta, C. (2009). *Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders, 71(1–3)*: 1–9.

Murray, C.J. & A.D. Lopez (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability form diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, W. Achtermann & C. Berset (2006a). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1 Analysen und Perspektiven*. Bern: BAG.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, W. Achtermann & C. Berset (2006b). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 2 – 10 Porträts*. Bern: BAG.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz & P. Lehmann (2004). *Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: NGP.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz & R. Ricka (2004). *Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: NGP.

Obsan (2010). *Gesundheit im Kanton Freiburg. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Obsan (2011). *La santé en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

OECD (2010). *Mental health, disability and work. OECD Expert Meeting, Paris, 26–28 April 2010*. Paris: OECD.

OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work.* Paris: OECD.

Paul, K.I. & K. Moser (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior, 74*: 264–282.

Paykel, E. (2003). Life events: effects and genesis. *Psychol Med, 33(7)*: 1145–1148.

Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl(418)*: 61–66.

Reisch, T., U. Schuster & K. Michel (2007). Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*: 681–687.

Reisch, T., T. Steffen, A. Maillart & K. Michel (2010). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern im Rahmen der WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Richter, D., K. Berger & T. Reker (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis, 35*: 321–330.

Roth, S. & F. Moreau-Gruet (2011). *Consommation et coût des médicaments en Suisse. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009 (Obsan Rapport 50)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80(1)*: No. 609.

Rüesch, P. & P. Manzoni (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring / La santé psychique en Suisse – Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Sainsbury Centre for Mental Health (2007). *Mental Health at Work: Developing the business case*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Sareen, J., A. Jagdeo, B. Cox, I. Clara, M. Ten Have, S. Belik et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services, 58*: 357–364.

Sass, H., H.U. Wittchen & M. Zaudig (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Sass, H., H.U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Savageau, J., M. McLoughlin, A. Ursan, Y. Bai, M. Collins & S. Cashman (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med, 19*: 265–275.

Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.

Schneider, W. (2010). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 45(2)*: 55–63.

Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring* (Arbeitsdokument Nr. 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schweizerische Alzheimervereinigung (2009). 102'000 Menschen mit Demenz in der Schweiz. Online: http://www.alz.ch/d/pdf/schweiz_2008_d.pdf

Segerstrom, S.C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior and Immunity, 19*: 195–200.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Stamm, H. & M. Lamprecht (2009). Bildung als Gesundheitsressource. In: K. Meyer (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.

Stamm, K. & H.-J. Salize (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Hrsg.), Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven (S. 109–120). Berlin: Springer.

Steinke, M. & B. Badura (2011). *Präsentismus – Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund/Berlin/Dresden.

Stoppe, G. (2006). Alte. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Hrsg.), Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven (S. 245–256). Berlin: Springer.

Sturny, I. & D. Schuler (2011). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010*. Neuchâtel: Obsan.

Thiel, A., R. Nau & T. Willers (1998). Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im jüngeren und mittleren Lebensalter. In: W. Hewer & F. Lederbogen (Hrsg.), Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen (S. 1–12). Stuttgart: Enke.

Tholen, S. (2006). *Die Komorbidität psychischer Störungen. Eine metaanalytische Untersuchung und die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen*. Universität Bern, Bern.

Tiesmeyer, K., M. Brause, M. Lierse, M. Lukas-Nülle & T. Hehlmann (2008). *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber.

Turner, R.J. & J.B. Turner (1999). Social integration and support. In: C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Hrsg.), Handbook of the sociology of mental health (S. 301–320). New York: Kluwer Academic/Plenum.

VBGF (2011). *Kantonale Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit: Kantonale Umfrage Sept 2011. Präsentation vom 18. Oktober 2011:* Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz.

Vinkers, D.J., J. Gussekloo, M.L. Stek, R.G. Westendorp & R.C. Van Der Mast (2004). The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The Leiden 85-plus Study. *Int J Geriatr Psychiatry, 19(1)*: 80–84.

WHO (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.

WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.

WHO Europa (2005). *Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Helsinki: Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit.

WHO Europa (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz vom 12.–15. Januar 2005 in Helsinki*. Kopenhagen: WHO Europa.

Wilkinson, R. & M. Marmot (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO.

Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin, 118*: 4–10.

Wittchen, H.-U. (2005). *Psychische Störungen in Deutschland und EU. Grössenordnung und Belastung. Medienmitteilung 1.12.2005*. Dresden: Technische Universität Dresden.

Wittchen, H.-U., M. Hofler & W. Meister (2001). Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Internationale Clinical Psychopharmacology, 16(3)*: 121–135.

Wittchen, H.-U., N. Müller, H. Pfister, S. Winter & B. Schmidkunz (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys «Psychische Störungen». *Gesundheitswesen, 61*: 216–222.

Wittchen, H.-U., N. Müller, B. Schmidtkunz, S. Winter & H. Pfister (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». *Fortschritte der Medizin, 118*: 4–10.

Wittchen, H.U. & F. Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15(4)*: 357–376.

Wittchen, H.U., F. Jacobi, J. Rehm, A. Gustavsson, M. Svensson, B. Jönsson et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*: 655–679.

Wittchen, H.U. & A. Perkonigg (1997). *DIA-X-Screening Verfahren; Fragebogen DIA-DSQ: Screening für Depressionen*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Anhang

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Kraft, Energie und Optimismus	SHP 2009	Fragelaut: *Wie häufig sind Sie voll Kraft, Energie und Optimismus?* Antwortvorgabe: 0 (nie) bis 10 (immer)	Kategorisierung in: – selten (Werte 0–4) – manchmal (Werte 5–6) – häufig (Werte 7–8) – sehr häufig (Werte 9–10)
Negative Gefühle: Niedergeschlagenheit, Hoffnunglosigkeit, Angst, Depression	SHP 2009	Fragelaut: *Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen?* Antwortvorgabe: 0 (nie) bis 10 (immer)	Kategorisierung in: – selten (Werte 0–3) – manchmal (Werte 4–6) – häufig (Werte 7–10)
Psychische Belastung (MHI-5)	SGB 2007	Fragelaut: *Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen…* *…so niedergeschlagen oder verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat aufmuntern können?* *…ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt?* *…entmutigt und deprimiert gefühlt?* *…glücklich gewesen?* Antwortvorgabe: immer; meistens; manchmal; selten; nie	Indexbildung nach BFS (2008b) Kategorisierung in: – keine/gering – mittel – stark
Depressivität/ Depressionssymptome (DSQ)	SGB 2007	Fragelaut: *Während der letzten zwei Wochen…* a) *…haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?* b) *…haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren, oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereiteten?* c) *…haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt (auch wenn Sie nicht hart gearbeitet haben)?* d) *…haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?* e) *…hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht?* f) *…haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?* g) *…war Ihr sexuelles Interesse geringer als gewöhnlich oder hatten Sie gar kein sexuellen Verlangen mehr?* h) *…haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe?* i) *…hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?* j) *…haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?* Antwortvorgabe: an den meisten Tagen; manchmal; nein; nie	Indexbildung nach Bétrisey et al. (2004) Kategorisierung in: – keine – schwach – mittel bis stark

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Körperliche Beschwerden (ohne Fieber)	SGB 2007	Fragelaut: *Jetzt möchte ich von Ihnen wissen, wie in den letzten vier Wochen Ihre Gesundheit gewesen ist. Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Sachen vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben. Haben Sie in den letzten 4 Wochen […] gehabt?* *… Rücken- oder Kreuzschmerzen* *… allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit* *… Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch* *… Durchfall, Verstopfung oder beides* *… Einschlaf- oder Durchschlafstörungen* *… Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen* *… Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern* *… Schmerzen oder Druck im Brustbereich* *… (Fieber)* Antwortvorgabe: überhaupt nicht; ein bisschen; stark	Indexbildung nach BFS (2008b) Kategorisierung in: – keine/kaum – einige – starke
Einschränkung durch chronische Erkrankung	SGB 2007	Fragelaut: *Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?* Antwortvorgabe: ja; nein Fragelaut: *Wie sehr sind Sie zumindest während der letzten 6 Monate durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen?* Antwortvorgabe: stark eingeschränkt; etwas eingeschränkt; nicht eingeschränkt	Kategorisierung in: – keine chronische Erkrankung – nicht eingeschränkt – etwas eingeschränkt – stark eingeschränkt
Wegen einer chronischen Krankheit in Behandlung (in den letzten 12 Monaten)	SGB 2007	Fragelaut: *Sind Sie in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten, oder sind Sie zurzeit in Behandlung?* *– Migräne* *– Diabetes, Zuckerkrankheit* *– Hoher Blutdruck* *– Herzinfarkt (Herzschlag)* *– Schlaganfall (Schlägli)* *– Krebs, Geschwulst* *– Depression* Antwortvorgabe: nein; ja, vor den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen; ja, innerhalb den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen; ja, zur Zeit noch in Behandlung	Kategorisierung in: – nein (nein; ja, vor den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen) – ja (ja, innerhalb der letzten 12 Monate; ja, zur Zeit noch in Behandlung)
Diagnosen psychischer Erkrankungen	EGBI 2008/2009	Fragelaut: *Medizinische Diagnosen: Leidet die Person an einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?: Demenz (z.B. Alzheimer), Abhängigkeit(en) (z.B. Alkohol oder Medikamente), Depression, Angst- und Panikstörungen, Psychose (z.B. Schizophrenie oder manisch-depressive Psychose)* Antwortvorgabe: nein; ja	Kategorisierung in: – nein – ja

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Geriatric Depression Scale (GDS)	EGBI 2008/2009	Fragelaut: *Es kommt bei allen Menschen vor, dass man mal in besserer oder schlechterer Stimmung ist. Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre Stimmung in den letzten vier Wochen.* *1) Haben Sie sich häufig mutlos und traurig gefühlt?* *2) Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Ihr Leben leer ist?* *3) Sind Sie meistens glücklich gewesen?* *4) Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?* Antwortvorgabe: nein; ja	Indexbildung nach Clément, Duveau et al. (2001) Kategorisierung in: – nein (hohe Wahrscheinlichkeit, dass keine Depression besteht) – ja (hohe Wahrscheinlichkeit für eine Depression)
Zufriedenheit	SHP 2009	Fragelaut: 1. *Ganz allgemein gefragt – wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?* 2. *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?* 3. *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit allgemein?* 4. *Wie sind Sie insgesamt zufrieden mit Ihrer finanziellen Situation?* 5. *Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen, in der Familie und im gesellschaftlichem Umfeld?* 6. *Wie zufrieden sind Sie mit den Aktivitäten, wo Sie in Ihrer Freizeit machen?* Antwortvorgabe: 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (vollumfänglich zufrieden)	Kategorisierung in: – tiefe Unzufriedenheit (Werte 0–5) – mittlere Zufriedenheit (Werte 6–7) – hohe Zufriedenheit (Werte 8–9) – sehr hohe Zufriedenheit (Werte 10)
Kontrollüberzeugung	SGB 2007	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): *Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage das Kästchen an, das Ihrer Antwort am ehesten entspricht!* *a) Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.* *b) Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen.* *c) Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.* *d) Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.* Antwortvorgabe: stimme voll und ganz zu; stimme eher zu; stimme eher nicht zu; stimme überhaupt nicht zu	Indexbildung nach BFS (2008b) Kategorisierung in: – hoch – mittel – tief
Vorhandensein einer Vertrauensperson	SGB 2007	Fragelaut: *Gibt es unter den Personen, wo Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?* Antwortvorgabe: ja, mehrere Personen; ja, eine Person; nein	Kategorisierung in: – mehrere – eine – keine
Einsamkeit	SGB 2007	Fragelaut: *Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das…?* Antwortvorgabe: sehr häufig; ziemlich häufig; manchmal; nie	Kategorisierung in: – nein (nie) – ja (manchmal, ziemlich häufig, sehr häufig)

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Kritische Lebensereignisse	SHP 2009	Fragelaut: 1. *Haben Sie [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] eine Krankheit, einen Unfall oder ein anderes schwerwiegendes gesundheitliches Problem gehabt?* 2. *Hat eine Person wo Ihnen nahe steht seit [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] eine Krankheit, einen Unfall oder ein anderes schwerwiegendes gesundheitliches Problem gehabt?* 3. *Ist [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] eine Person gestorben, wo Ihnen nahe gestanden ist?* 4. *Ist es [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] zum Abbruch einer engen und wichtigen Beziehung gekommen – z.B. Auflösung von einer Freundschaft, Trennung, Scheidung?* 5. *Hat es [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] schwere Auseinandersetzungen gegeben mit oder unter Personen, wo Ihnen nahe stehen?* 6. *Ist [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] mit Ihren Kindern etwas passiert, was Sie stark beschäftigt hat?* 7. *Sind Sie [in den letzten 12 Monaten vor der Befragung] von einem anderen schlimmen Ereignis betroffen gewesen, wo noch nicht angesprochen worden ist?* Antwortvorgabe: nein; ja	Kategorisierung in: – nein – ja
Soziale Kontakte: Besuche	EGBI 2008/2009	Fragelaut (Fragebogen für Heimbewohner/innen): 1. *Wie oft werden Sie hier im Heim von Familienmitgliedern besucht oder wie oft besuchen Sie Ihre Familienmitglieder bei denen zu Hause?* 2. *Wie oft treffen Sie sich mit Freunden oder Bekannten hier im Heim oder bei denen daheim?* Fragelaut (Fragebogen für Pflegefachpersonal, für Personen, die nicht selber antworten konnten): *Normalerweise, wie häufig erhält die Person Besuch von Familienmitgliedern, Freunden, Freundinnen oder Bekannten oder geht sie selbst zu ihnen zu Besuch?* Antwortvorgabe: Täglich oder fast täglich; Mindestens einmal pro Woche; Mindestens einmal pro Monat; Mindestens einmal pro Jahr; Fast nie (weniger als einmal pro Jahr) oder nie	Kategorisierung in: – (fast) täglich; mind. 1x pro Woche – mind. 1x pro Monat – mind. 1x Jahr; fast nie (<1x pro Jahr) oder nie
Soziale Kontakte: Telefonanrufe	EGBI 2008/2009	Fragelaut (Fragebogen für Heimbewohner/innen): 1. *Wie oft rufen Sie Ihre Familienmitglieder an oder erhalten Sie von diesen einen Telefonanruf?* 2. *Wie oft rufen Sie Ihre Freunde oder Bekannten an oder erhalten Sie von diesen einen Telefonanruf?* Fragelaut (Fragebogen für Pflegefachpersonal, für Personen, die nicht selber antworten konnten): 1. *Normalerweise, wie häufig ruft die Person Familienmitglieder, Freunde, Freundinnen oder Bekannte an oder erhält von diesen einen Telefonanruf?* Antwortvorgabe: täglich oder fast täglich; mindestens einmal pro Woche; mindestens einmal pro Monat; mindestens einmal pro Jahr; fast nie (weniger als einmal pro Jahr) oder nie; keine Möglichkeit zum Telefonieren	Kategorisierung in: – (fast) täglich; mind. 1x pro Woche – mind. 1x pro Monat – mind. 1x Jahr; fast nie (<1x pro Jahr) oder nie – keine Möglichkeit zum Telefonieren

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Behandlung wegen psychischen Problemen	SGB 2007	Fragelaut: *Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?* Antwortvorgabe: nein; ja	Kategorisierung in: – nein – ja
Leistungserbringer der Behandlung eines psychischen Problems	SGB 2007	Fragelaut: *Was ist die Person von Beruf gewesen, wo Sie behandelt hat?* Antwortvorgabe (3 mögliche Antworten): Psychologe, Psychotherapeut; Psychiater; Allgemeinarzt, Internist; anderer Arzt; komplementärmedizinischer Therapeut (z.B. Naturheilpraktiker, Magnetopath, Ayurveda, Yoga); anderer nicht medizinischer Therapeut (z.B. Tanz-, Mal-, Theatertherapeut, Schamane); anderer Beruf	Kategorisierung in: – Psychiater/in – Psychologe/Psychologin – Psychotherapeut/in – Allgemeinarzt/-ärztin – Andere
Major Depression	SGB 2007	35 Fragen der SGB, diese entsprechen dem CIDI-SF 12 month DSM-IV version V1.1, Dezember 2002	Indexbildung nach BFS (2008b) Kategorisierung in: – ja (Major Depression) – nein (keine Major Depression)
Medikamenteneinnahme	SGB 2007	Fragelaut: – *Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?* – *Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Schlafmittel genommen?* – *Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Mittel zur Beruhigung genommen?* – *Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Medikamente gegen Depression eingenommen?* Antwortvorgabe: täglich; mehrmals pro Woche; etwa 1mal pro Woche; nie	Kategorisierung in: – nein – ja
Arzt- und Hausarztkonsultationen	SGB 2007	Fragelaut: *Sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt (inklusive Spezialisten und Gynäkologen) gewesen, den Zahnarzt nicht mitgerechnet?* Antwortvorgabe: nein; ja Fragelaut: *Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt gewesen?* Antwortvorgabe: 1 bis 97 Male Fragelaut: *Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten beim persönlichen Hausarzt gewesen?* Antwortvorgabe: 1 bis 97 Male	Kategorisierung in: Arztkonsultation in den letzten 12 Monaten: – nein – ja Anzahl Arztbesuche: – 0 – 1–2 – 3–5 – 6+

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Behandlung wegen psychischen Problemen	EGBI 2008/2009	Fragelaut (Fragebogen für Pflegefachpersonal): 1. *Wurde die Person in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen behandelt oder hatte sie deswegen eine (oder mehrere) Fachperson(en) aufgesucht?* Antwortvorgabe: nein; ja 2. *Wenn ja, welchen Beruf hatte(n) die Fachperson(en), die deswegen in den letzten 12 Monaten konsultiert wurde(n) und/oder behandelt hatte(n)?* Antwortvorgabe (3 mögliche Antworten): Psychologe/Psychologin, Psychotherapeut(in); Psychiater(in)/Psychogeriater(in); Allgemeinpraktiker(in), Internist(in); anderer Arzt/andere Ärztin; anderer Beruf	Kategorisierung in: – Psychiater/in – Psychologe/Psychologin – Psychotherapeut/in – Allgemeinarzt/-ärztin – Anderer Arzt – Andere
Medikamenteneinnahme	EGBI 2008/2009	Fragelaut (Fragebogen für Pflegefachpersonal): *Erhielt die Person in den vergangenen 7 Tagen eines oder mehrere der folgenden Medikamente?* – *Medikamente bei Demenz (z.B. Exelon, Reminyl, Aricept, Axura, Ebixa)* – *Schlafmittel* – *Medikamente gegen Angstzustände (schwache Nerven, Nervosität)* – *Medikamente gegen depressive Zustände oder Traurigkeit* – *Medikamente gegen Verhaltensauffälligkeiten, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (Neuroleptika)* Antwortvorgabe: nein; ja	Kategorisierung in: – nein – ja
Erwerbsstatus	SGB 2007	Fragelaut: *Schaffen Sie im Moment gegen Entlöhnung – auch wenn es nur für eine Stunde pro Woche ist – egal, ob angestellt, selbständig oder als Lehrling?* Antwortvorgabe: nein; ja Fragelaut für alle Personen ohne bezahlte Erwerbstätigkeit oder ohne Antwort: *Sind Sie:* – *Schüler/-in oder Student/-in* – *Hausfrau/Hausmann* – *im Militärdienst, Zivildienst (länger als 12 Wochen)* – *im Ruhestand (Rentner/in)* – *im Bezug einer IV oder SUVA Rente* – *arbeitslos* – *mitarbeitendes Familienmitglied (ohne Bezahlung)* – *in einer anderen Situation* Antwortvorgabe: nein; ja	Kategorisierung in: – erwerbslos (arbeitslos) – nicht erwerbstätig (Schüler/in, Student/in, Hausmann/Hausfrau, im Militärdienst/Zivildienst, im Ruhestand, Bezüger/in einer IV- oder SUVA-Rente) – erwerbstätig
Arbeitszufriedenheit	SGB 2007	Fragelaut: *Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit?* Antwortvorgabe: ausserordentlich zufrieden; sehr zufrieden; ziemlich zufrieden; teils-teils; ziemlich unzufrieden; sehr unzufrieden; ausserordentlich unzufrieden	Kategorisierung in: – sehr zufrieden (ausserordentlich zufrieden, sehr zufrieden) – eher zufrieden (ziemlich zufrieden) – (eher) unzufrieden (teils-teils, ziemlich unzufrieden, sehr unzufrieden, ausserordentlich unzufrieden)

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Life Domain Balance	SHP 2009	Fragelaut: *Wie stark haltet Sie die Arbeit, mehr als Ihnen lieb ist, von Ihren privaten Aktivitäten und familiären Verpflichtungen ab?* Antwortvorgabe: 0 (überhaupt nicht) bis 10 (äussert stark)	Kategorisierung in: – kein Ungleichgewicht (Werte 0–3) – geringes Ungleichgewicht (Werte 4–6) – (sehr) starkes Ungleichgewicht (Werte 7–10)
Psychische Belastung bei der Arbeit	SGB 2007	Fragelaut: *Und wie steht es mit der psychischen und nervlichen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz? Stellen Sie sich einmal 2 Arbeitsplätze vor:* – *Beim Arbeitsplatz A steht die Person im Durchschnitt unter grosser psychischer und nervlicher Belastung.* – *Beim Arbeitsplatz B hat die Person im Durchschnitt praktisch keine psychische und nervliche Belastung.* Welchem dieser beiden Arbeitsplätze ist Ihr eigener am ähnlichsten? Antwortvorgabe: genau wie der von A; ähnlich wie der von A; zwischen A und B; ähnlich wie der von B; genau wie der von B	Kategorisierung in: – geringe Belastung (ähnlich wie der von B; genau wie der von B) – mittlere Belastung (zwischen A und B) – hohe Belastung (ähnlich wie der von A; genau wie der von A)
Häufigste gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Arbeit	EWCS 2005	Fragelaut: *Wie beeinträchtigt Ihre Arbeit Ihre Gesundheit?* – *Rückenschmerzen* – *Kopfschmerzen* – *Muskelschmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den oberen/unteren Gliedmassen* – *Schlafstörungen* – *Allgemeine Erschöpfung* – *Angst* – *Reizbarkeit* Antwortvorgabe: nein; ja	Kategorisierung in: – nein – ja
Angst vor Arbeitsplatzverlust	SGB 2007	Fragelaut: *Haben Sie Angst, Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?* Antwortvorgabe: ja, sehr stark; ja, ziemlich; nein, eher nicht; nein, gar nicht	Kategorisierung in: – nein, gar nicht – nein, eher nicht – ja (ja, sehr stark; ja, ziemlich)
Beeinträchtigung der Leistungs- und der Arbeitsfähigkeit	SGB 2007	Fragelaut: *Während wievielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 4 Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?* Antwortvorgabe: 1–28 Tage/nie Fragelaut: *Und wie viele Tage haben Sie nicht zur Arbeit gehen können oder sind Sie nicht arbeitsfähig gewesen (z.B. im Haushalt) während den letzten 4 Wochen?* Antwortvorgabe: 0–28 Tage	Kategorisierung in: – nein – ja (ab 1 Tag)

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

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 et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

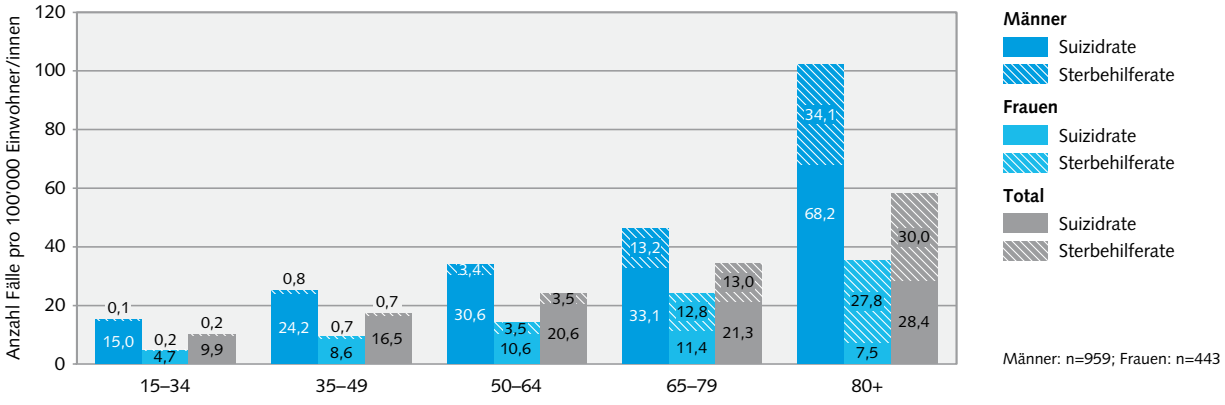
Erratum

Zur Publikation «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012»

ISBN 978-3-907872-96-3

Auf der Seite 69 in der Abbildung 5.12 wurden die Säulen für Männer und Frauen vertauscht. Nachfolgend die korrekte Abbildung:

Suizid- und Sterbehilferate nach Geschlecht und Alter, 2009 **Abb. 5.12**



Männer: n=959; Frauen: n=443

Datenquelle: BFS, Todesursachenstatistik 2009 © *Obsan*