



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

edition obsan

# Psychische Gesundheit in der Schweiz

## Monitoring

Mai 2003

**Peter Rüesch  
Patrik Manzoni**

### **Bestellung:**

obsan.versand@gewa.ch oder  
Obsan-Versand, c/o GEWA,  
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen

CHF 12.- plus Versandkosten

## Zusammenfassung

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

Die vorliegende Publikation «Psychische Gesundheit in der Schweiz» bietet eine aktuelle Übersicht bestehender Untersuchungen in der Schweiz. Dabei wird deutlich, dass die Zahl psychiatrischer Hospitalisationen und ambulanter psychiatrisch oder psychotherapeutischer Behandlungen in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich zunimmt. Rund 33% der Männer und 37% der Frauen berichten gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 über psychische Beschwerden in den vergangenen vier Wochen. Psychische Probleme, die das Alltagsleben beeinträchtigen und schon länger als ein Jahr andauern, betreffen 2.4% der Frauen und 1.7% der Männer. Etwa 3% der Männer und 5% der Frauen sind wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung.

## **Unterschiedliche Belastung von Männern und Frauen**

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

## **Risikogruppe junge Menschen**

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

## **Starke Zunahme der IV-Renten aufgrund psychischer Gebrechen**

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

## **Unterversorgung von Menschen mit psychischen Problemen**

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

## **Regionale Unterschiede**

In der Schweiz zeigen sich deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Häufigkeit psychischer Beschwerden: Die Regionen Zürich und Genfersee weisen die höchsten psychiatrischen Hospitalisierungsraten auf. Diese liegen 2.5fach höher als in den Regionen Mittelland und Nordwestschweiz, in denen die geringste Anzahl an psychiatrischen Klinikeinweisungen vorliegen. Für die Region Zürich ergibt sich mit Abstand die grösste Pflgetagesumme in psychiatrischen Kliniken. Sie liegt rund 20% höher als jene in der Region Genfersee und etwa 240% höher als jene in der Region Nordwestschweiz, welche die niedrigste Pflgetagesumme aufweist.

## **Ungenügende Datenlage**

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

# Inhalt

Seite

1	Einleitung .....	5
1.1	Problem.....	5
1.2	Was ist psychische Gesundheit?.....	5
1.3	Konzept des Monitorings.....	6
2	Psychische Gesundheit.....	7
2.1	Psychisches Wohlbefinden.....	7
2.2	Lebensbewältigung.....	8
3	Psychische Krankheit.....	9
3.1	Leichte psychische Beschwerden.....	9
3.2	Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung.....	10
3.3	Behandelte psychische Probleme.....	10
3.4	Behandlungen in psychiatrischen Kliniken.....	12
4	Voraussetzungen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit.....	16
4.1	Soziale Unterstützung.....	16
4.2	Soziale Belastung: Arbeitsstress.....	18
5	Krankheitsfolgen.....	21
5.1	Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit.....	21
5.2	Berentungen.....	23
5.3	Selbsttötungen.....	25
6	Inanspruchnahme von Behandlungen.....	29
6.1	Psychische Gesundheit und Inanspruchnahme.....	29
6.2	Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken.....	30
7	Vorschläge für weiterführende Analysen und Projekte.....	35
7.1	Psychische Gesundheit aus der Geschlechterperspektive.....	35
7.2	Adäquate Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen.....	35
7.3	Konsequenzen von psychischen Problemen für die Lebensqualität.....	35
7.4	Zuverlässigere Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen erforderlich.....	36
8	Literatur.....	37

# 1 Einleitung

## 1.1 Problem

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

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

## 1.2 Was ist psychische Gesundheit?

Gesundheit ist mehr als Abwesenheit von Krankheit.

Zentrale Aspekte *psychischer Gesundheit* sind

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

*Psychische Krankheit* ist gekennzeichnet durch

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

### 1.3 Konzept des Monitorings

Beim Gesundheitsmonitoring geht es um ein systematisches Beobachten der zeitlichen Entwicklung der gesundheitlichen Situation und Versorgung der Schweizer Bevölkerung.

Das Monitoring der psychischen Gesundheit

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

#### Datengrundlage und Zeitraum des Monitorings

Ein Monitoringsystem sollte sich primär auf bereits bestehenden Datenbeständen abstützen. Die Beobachtung des zeitlichen Verlaufs ausgewählter Indikatoren ist dabei von zentraler Bedeutung.

Das vorliegende Monitoring berücksichtigt folgenden Datenquellen:

- Schweizerische Gesundheitsbefragung
- Schweizer Haushaltspanel
- Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- Administrative Statistik der Krankenhäuser
- IV-Statistik
- Todesursachen-Statistik

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

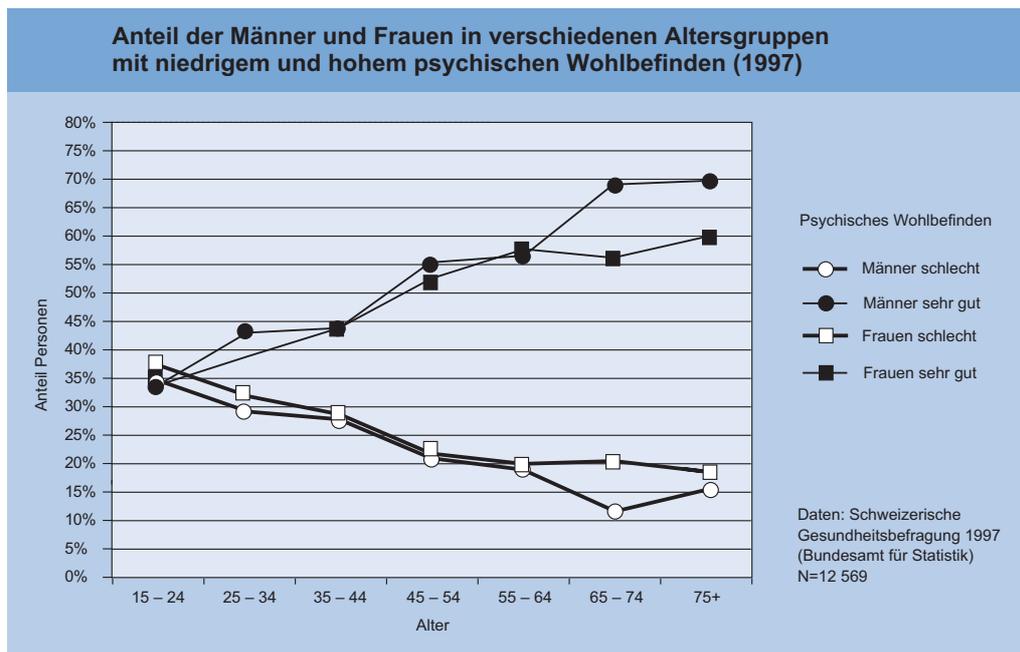
## 2 Psychische Gesundheit

### 2.1 Psychisches Wohlbefinden

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

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

Abb. 1



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

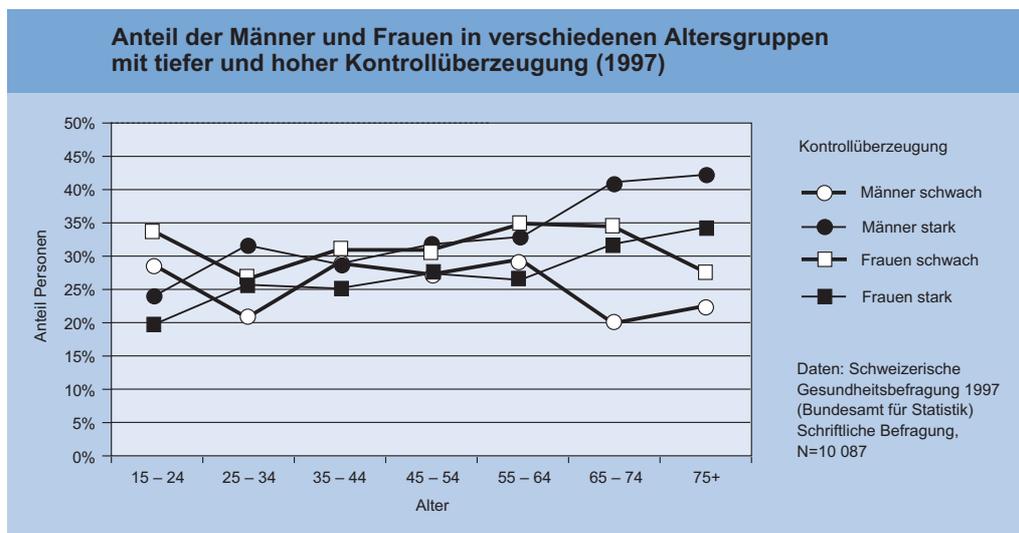
## 2.2 Lebensbewältigung

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

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

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

Abb. 2



<sup>2</sup> Die so genannte <Mastery>-Skala (Pearlin et al; 1981), vgl. Indikatoren Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, Doc. 3.6, 2000, gem. S. 23. bzw. IGIP-PROMES, S. 5f.

# 3 Psychische Krankheit

## 3.1 Leichte psychische Beschwerden

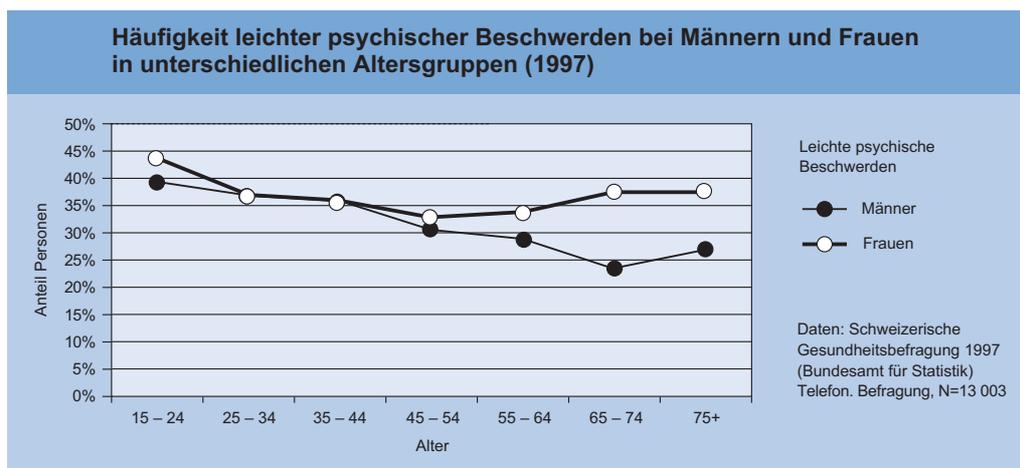
Zu leichten psychischen Beschwerden zählen Gefühle der Schwäche und Müdigkeit, der Unausgeglichenheit, der Nervosität, des Pessimismus und der Energielosigkeit, der Niedergeschlagenheit und Verstimmung sowie Ein- und Durchschlafstörungen.<sup>3</sup> In der Schweizer Bevölkerung leiden innerhalb eines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

- 16% der Männer und 19% der Frauen unter Energielosigkeit;
- 14% der Männer und 13% der Frauen unter Nervosität und Spannungen;
- 12% der Männer und 13% der Frauen unter Unausgeglichenheit;
- 6% der Männer und 10% der Frauen unter Schlafstörungen;
- 5% der Männer und 9% der Frauen unter Niedergeschlagenheit.

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

Die Häufigkeit leichter psychischer Beschwerden ist alters- und geschlechtsabhängig (Abb. 3). Am häufigsten sind die 15- bis 24-Jährigen von psychischen Beschwerden betroffen. Bis zum 50. Lebensjahr sinkt das Vorkommen psychischer Beschwerden bei beiden Geschlechtern.

Abb. 3

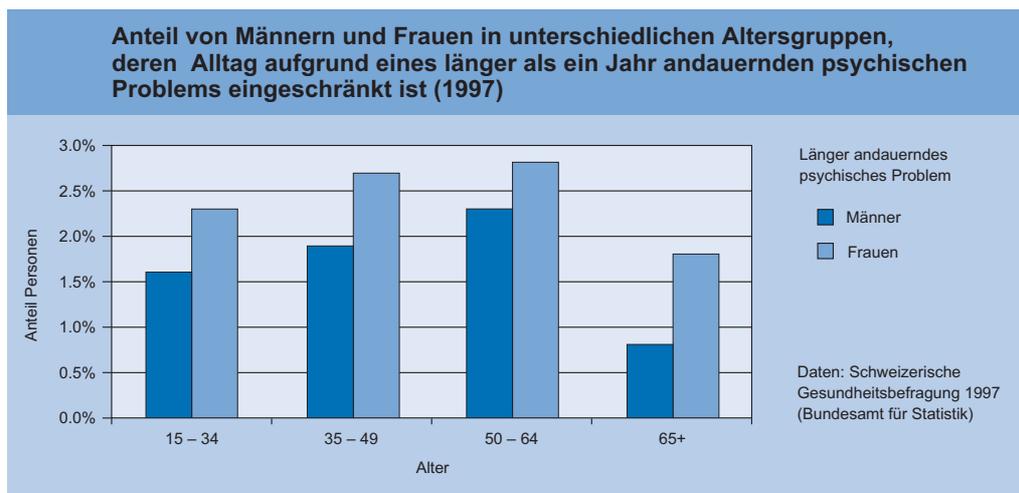


<sup>3</sup> Vgl. Gognalons-Nicolet (2001, S. 44).

## 3.2 Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung

Psychische Probleme können sich nicht nur in leichterem, nicht oder wenig beeinträchtigender Form manifestieren, sondern sie können sich auch zu einem chronischen Leiden entwickeln. In der Schweiz berichten 2.4% der Frauen und 1.7% der Männer von psychischen Problemen, durch die sie sich in ihrem Alltagsleben beeinträchtigt fühlen und die schon länger als ein Jahr andauern. Psychische Probleme mit Alltagsbeeinträchtigung nehmen bei Männern und Frauen bis zum 65. Lebensjahr zu, danach wieder ab (Abb. 4).

Abb. 4



## 3.3 Behandelte psychische Probleme

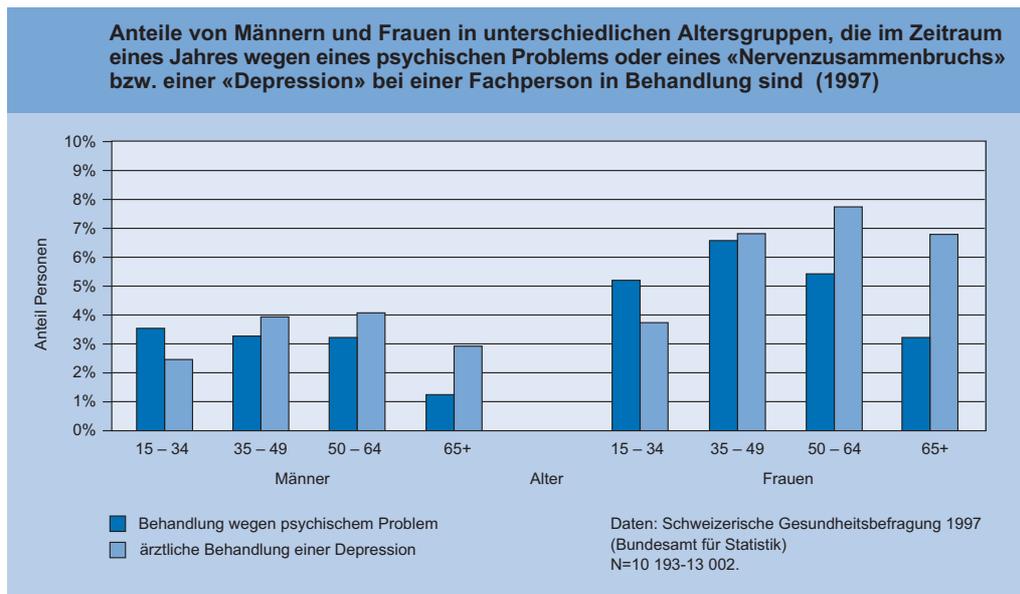
Rund 3% der Schweizer Männer und 5% der Schweizer Frauen sind wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung.<sup>4</sup> Bei den Männern ist die Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen mit rund 4% besonders häufig in Behandlung, bei den Frauen trifft dies für die 35- bis 49-Jährigen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

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

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

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

**Abb. 5**



## Zusammenhang zwischen Kompetenz zur Lebensbewältigung und psychischen Problemen

Die Behandlung wegen psychischer Probleme stehen in einem negativen Zusammenhang mit der Überzeugung, das eigene Leben bewältigen zu können (Kontrollüberzeugung).

Rund 7% der Männer mit geringer Kontrollüberzeugung sind wegen eines psychischen Problems in Behandlung; dies trifft für nur knapp 1% der Männer mit hoher Kompetenz zur Lebensbewältigung zu (Tabelle 1). Ein ähnliches Bild zeigt sich für Frauen: Hier sind 11% mit geringer Kontrollüberzeugung, aber nur 1% mit hoher Kompetenz zur Lebensbewältigung wegen eines psychischen Problems in Behandlung.

**Tabelle 1**

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

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

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik); Telefonische Befragung.

## 3.4 Behandlungen in psychiatrischen Kliniken

### Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen

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

Allerdings zeigen sich grosse Unterschiede sowohl zwischen den Altersgruppen als auch den Geschlechtern (Abb. 6). Die meisten Behandlungen erfolgen bei den Männern im Alter zwischen 25 und 34 Jahren (8 Fälle pro 1000 Einwohner) und bei den Frauen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren (5 Fälle pro 1000 Einwohner). Bei beiden Geschlechtern sinkt mit zunehmendem Alter das Risiko für die Einweisung in eine psychiatrische Klinik. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen erreicht die Einweisungsrate den Tiefstwert mit rund 2 Fällen pro 1000 Einwohner bei Männern und 3 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen bei Frauen [[WHO, 2001](#),<sup>6</sup>,<sup>7</sup> und <sup>8</sup>].

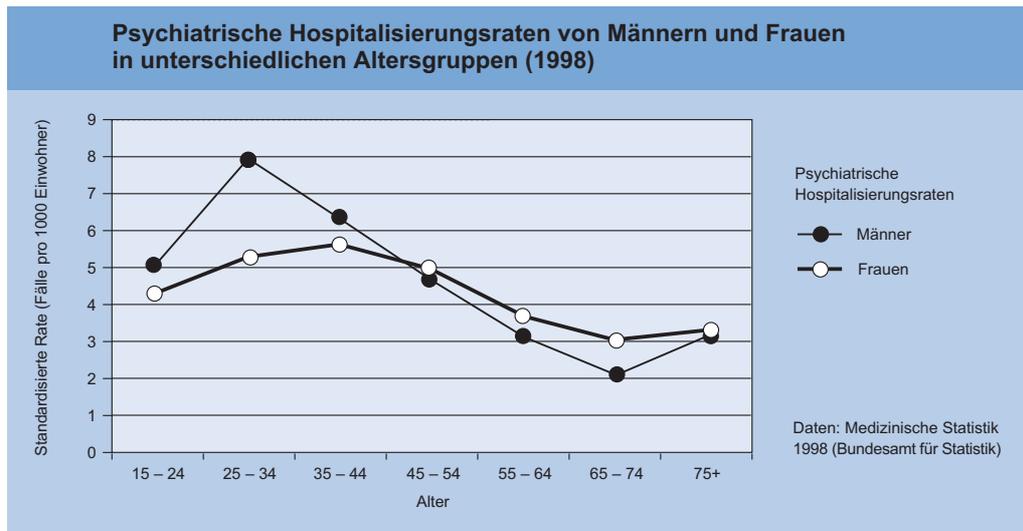
---

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

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

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

**Abb. 6**



### Häufigkeit der Diagnosen

Männer und Frauen unterscheiden sich ebenfalls in Bezug auf die Diagnosen, die bei der Klinikeinweisung gestellt werden (Tabelle 2). Bei den Männern sind die 4 häufigsten Diagnosen Drogenmissbrauch (Rate von 0.85 pro 1000 Einwohner), Alkoholmissbrauch (0.74), Schizophrenie (0.59) und schwere Depression (0.46). Bei Frauen steht die schwere Depression (0.75) an erster Stelle, gefolgt von Alkoholmissbrauch (0.42), Schizophrenie (0.41) und neurotischen Störungen (0.41).

**Tabelle 2**

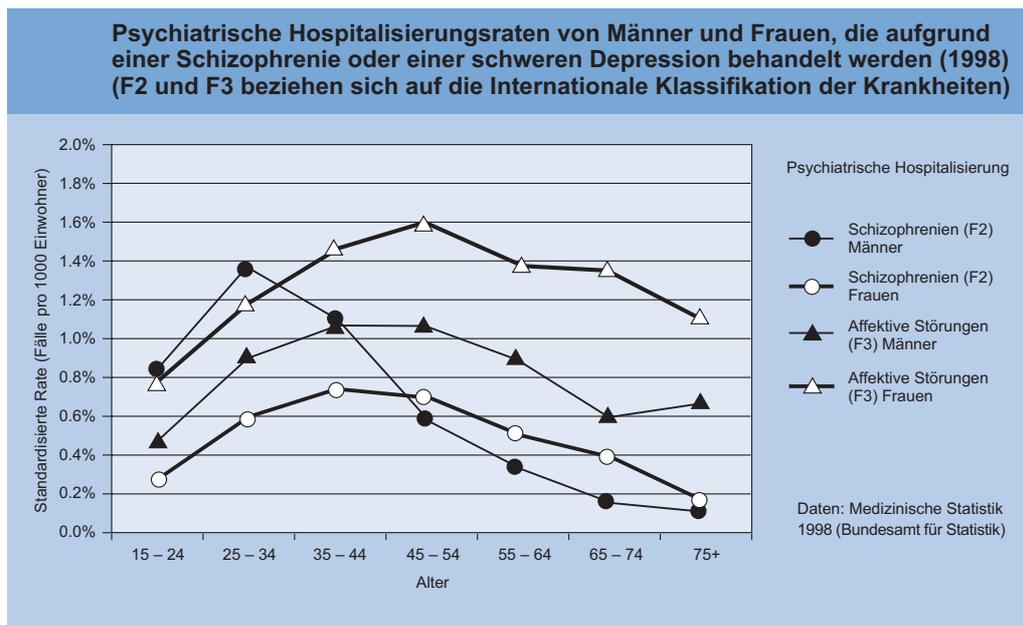
<b>Psychiatrische Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen bei unterschiedlichen Diagnosen (1998)</b>		
Psychiatrische Diagnosen (nach ICD-10 der WHO)	Frauen	Männer
Psychorganische Störungen, Demenzen (ICD:F0)	0.05	0.09
Alkoholmissbrauch (ICD:F10)	0.42	0.74
Drogenmissbrauch (ICD: F11-F19)	0.37	0.85
Schizophrenie (ICD : F20)	0.41	0.59
Andere schizophrene Störungen (ICD: F21-F29)	0.39	0.32
Manische/bipolare Störungen (ICD: F30-F31)	0.19	0.16
Major Depression und andere (ICD: F32,F33,F34-39)	0.75	0.46
Neurotische Störungen und Belastungsstörungen (ICD: F4)	0.41	0.34
Persönlichkeitsstörungen (ICD: F6)	0.23	0.17
Andere (ICD: F5, F7-F9)	0.13	0.07

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

Auch die verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen sind alters- und geschlechtsabhängig verteilt. Schizophrenien werden besonders häufig bei jüngeren Männern zwischen 15 und 44 Jahren diagnostiziert. Mit zunehmendem Alter sinkt die Schizophrenierate der Männer und unterscheidet sich von derjenigen der Frauen nur noch geringfügig.

Schwere Depressionen und andere affektive Störungen treten in allen Altersgruppen häufiger bei Frauen auf. Bei beiden Geschlechtern kommt es im mittleren Alter, d.h. zwischen 35 und 54 Jahren, zu den häufigsten Klinikaufenthalten aufgrund dieser Erkrankung.

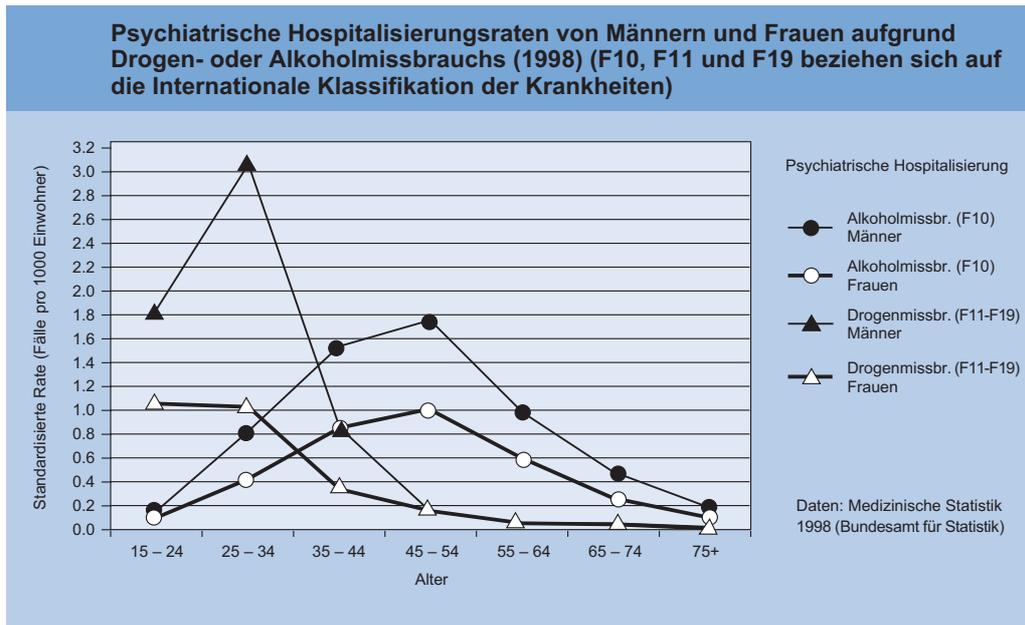
**Abb. 7**



Die Häufung von stationären psychiatrischen Behandlungen bei den 25- bis 34-jährigen Männern lässt sich somit zum einen durch die Häufigkeit diagnostizierter Schizophrenien erklären (Abb. 7), zum anderen durch Klinikaufenthalte wegen Drogenmissbrauchs (Abb. 8).

Bei diesen jungen Männern führt Drogenmissbrauch in 3 Fällen pro 1000 Einwohner zu einer stationären Einweisung, während dies bei Frauen der gleichen Altersgruppe nur in 1 Fall pro 1000 Einwohner zutrifft. Männer werden auch wegen Alkoholmissbrauchs psychiatrisch häufiger behandelt als Frauen. Für beide Geschlechter gilt jedoch, dass Alkoholmissbrauch eine Erkrankung des mittleren Alters (35–54 Jahre) ist.

Abb. 8



## Regionale Unterschiede

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

## 4 Voraussetzungen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit

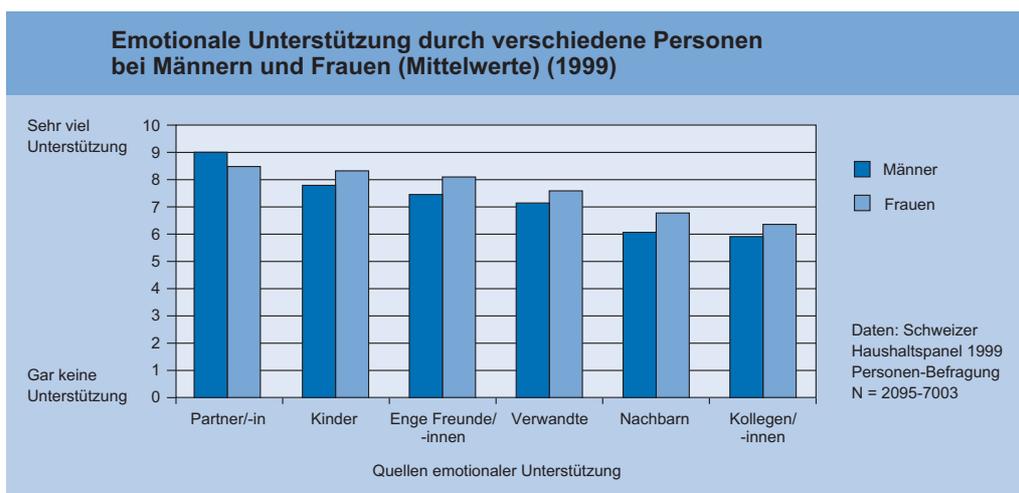
### 4.1 Soziale Unterstützung

Menschen, die sich anvertrauen können und Verständnis und Mitgefühl erhalten, sind besser in der Lage Krisen, Belastungen oder Krankheiten zu bewältigen. Verschiedene Studien belegen den positiven Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit.<sup>9</sup>

Am meisten Unterstützung erhalten die Schweizerinnen und Schweizer vom Partner oder von der Partnerin, ihren älteren Kindern (über 15 Jahre) sowie von engen Freunden/-innen (Abb. 9). Geringer ist die Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen sowie durch Nachbarn.

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

Abb. 9

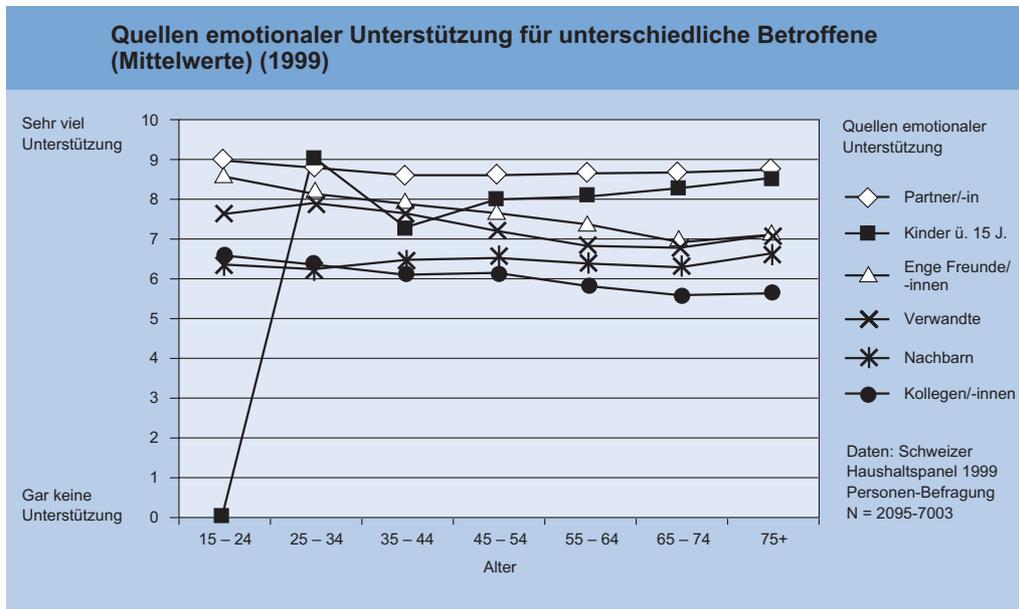


Der Partner oder die Partnerin bleibt über alle Altersgruppen hinweg die wichtigste Quelle emotionaler Unterstützung (Abb. 10). Auch die eigenen Kinder haben eine wichtige

<sup>9</sup> Soziale Unterstützung kann emotionaler oder instrumenteller Art sein. Emotionale Unterstützung bezieht sich auf die Erfahrung, umsorgt, geliebt und geschätzt zu werden. Dagegen meint instrumentelle Unterstützung das Erhalten von praktischer Hilfe, wie z. B. die Kinder einer Bekannten hüten oder Unterstützung bei der Haushaltsarbeit. Nachfolgend wird nur der Erhalt von emotionaler Unterstützung berücksichtigt, der im Schweizer Haushaltspanel des Jahres 1999 erfasst wurde. Dabei konnten die Befragten auf einer Skala von 0 = <gar keine emotionale Unterstützung> bis 10 = <sehr viel emotionale Unterstützung> angeben, wie viel emotionale Unterstützung sie von Partnerin oder Partner, Kindern, Verwandten, Freunden, Nachbarn oder Kollegen erhalten haben.

unterstützende Funktion. Dagegen nimmt das Ausmass an emotionaler Unterstützung durch enge Freunde/innen sowie durch Verwandte mit zunehmendem Alter ab.

**Abb. 10**



### Psychische Probleme und soziale Unterstützung

Frauen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, nehmen weniger emotionale Unterstützung in ihren sozialen Beziehungen wahr (Tabelle 3). Dies ist insbesondere auf die geringere Unterstützung dieser Frauen durch die eigenen Kinder zurückzuführen.

Bei den Männern zeigt sich praktisch kein Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und emotionaler Unterstützung.

**Tabelle 3**

<b>Emotionale Unterstützung bei Männern und Frauen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, im Vergleich zu Männern und Frauen, die nicht in Behandlung sind (Mittelwerte) (1999)</b>						
	<b>Männer in Behandlung</b>			<b>Frauen in Behandlung</b>		
	ja	nein	N=Anzahl Personen	ja	nein	N=Anzahl Personen
Insgesamt	7.1	7.2	3402	7.3	7.6	4364
Partner/-in	8.4	8.9	2562	8.2	8.5	3165
Kinder über 15 Jahre	6.5	7.8	853	7.5	8.4	1241
Enge Freunde/-innen	7.7	7.5	3073	8.2	8.1	3945
Verwandte	7.0	7.1	3092	7.1	7.6	4019
Nachbarn	5.6	6.0	2178	6.8	6.7	2821
Kollegen/-innen	5.9	5.9	2276	6.4	6.3	2624

Daten: Schweizer Haushaltspanel 1999, Personen-Befragung.  
Antwortbereich: 0 = gar keine emotionale Unterstützung; 10 = sehr viel emotionale Unterstützung

## 4.2 Soziale Belastung: Arbeitsstress

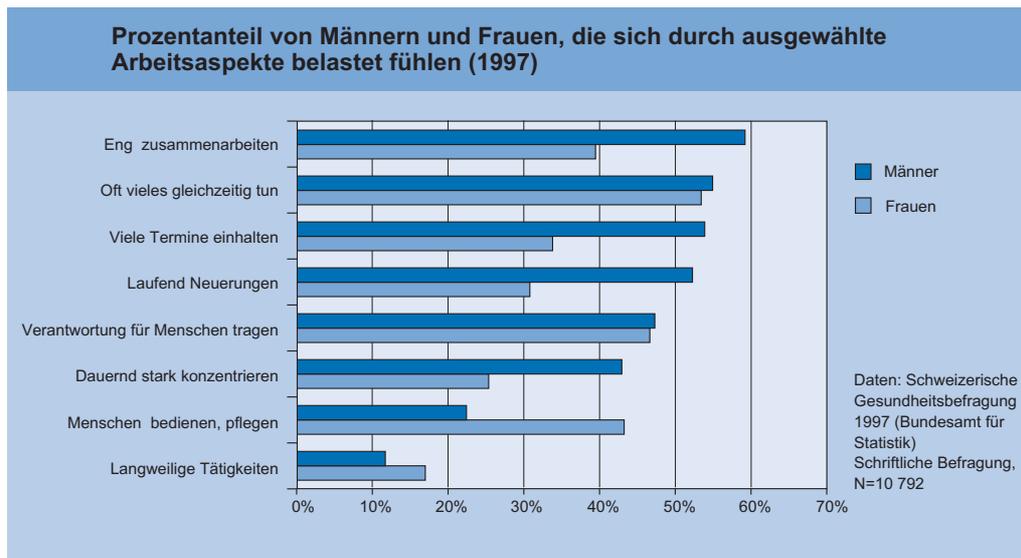
### Geschlechtsunterschiede

Belastungen am Arbeitsplatz können zu gesundheitlichen Problemen führen. Männer sind bei vier von acht berücksichtigten Aspekten stärker belastet als Frauen (Abb. 11).<sup>10</sup> Die häufigste Belastung für Männer stellt das enge Zusammenarbeiten dar, welche rund 59% der Männer, aber nur 39% der Frauen nennen. Männer sind im Vergleich zu Frauen auch häufiger durch die Anforderungen belastet, viele Termine einhalten zu müssen sowie laufend Neuerungen ausgesetzt zu sein. Einzig beim Aspekt, Menschen zu bedienen oder zu pflegen, sind Frauen stärker belastet als Männer (43% gegenüber 22%).

---

<sup>10</sup> Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 enthält acht Fragen zu verschiedenen Aspekten der Arbeitstätigkeit. Die Befragten konnten jeweils angeben, ob sie diese als belastend empfinden oder nicht («ja» oder «nein»).

**Abb. 11**



### **Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Beschwerden**

Bei Männern zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und der Häufigkeit von leichten psychischen Beschwerden. Bei Frauen kann dieser Zusammenhang nicht festgestellt werden (Tabelle 4).

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

**Tabelle 4**

<b>Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Beschwerden nach Geschlecht (1997)</b>					
		Arbeitsbelastungen			
	<b>Psychische Beschwerden</b>	<b>Keine</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>≥3</b>
Männer	Keine Beschwerden	76.1%	67.4%	69.8%	65.4%
	1 Beschwerde	13.3%	21.2%	18.4%	20.1%
	2 Beschwerden	6.3%	6.1%	6.5%	7.8%
	3 Beschwerden u.m.	4.3%	5.3%	5.4%	6.8%
	Gesamt	100%	100%	100%	100%
Frauen	Keine Beschwerden	64.3%	63.5%	65.4%	63.2%
	1 Beschwerde	18.4%	19.9%	19.5%	18.7%
	2 Beschwerden	9.0%	7.8%	8.3%	8.9%
	3 Beschwerden u.m.	8.3%	8.7%	6.9%	9.2%
	Gesamt	100%	100%	100%	100%

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

## **5 Krankheitsfolgen**

### **5.1 Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit**

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

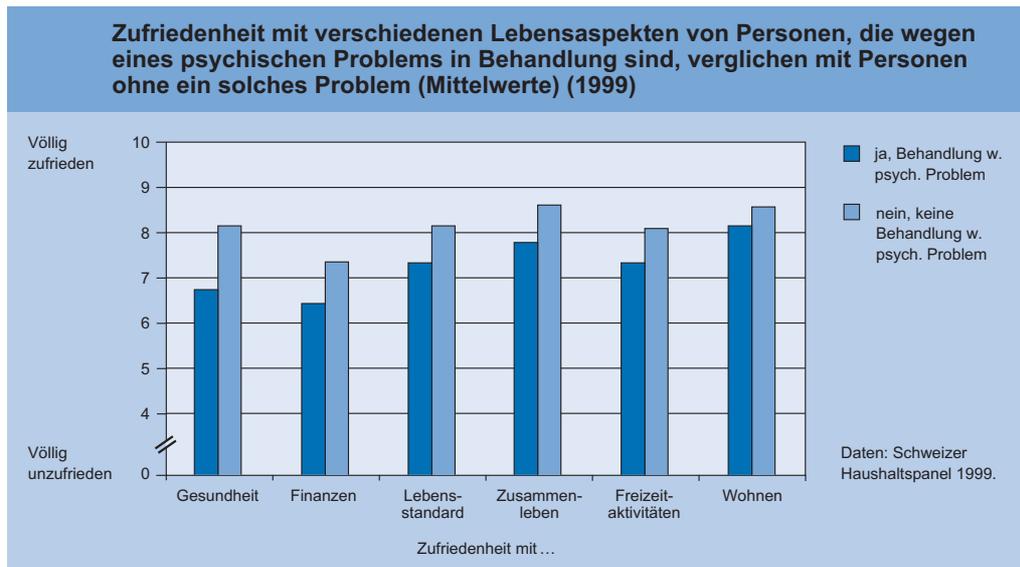
#### **Bedeutung des Alters**

Unter Lebensqualität wird die Zufriedenheit einer Person mit verschiedenen Aspekten der Lebenssituation verstanden. Es geht also um die selbst wahrgenommene Lebensqualität.

Insgesamt berichten Frauen und Männer über eine hohe Lebenszufriedenheit in allen untersuchten Lebensbereichen. Personen, die im letzten Jahr wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, schätzen ihre Lebensqualität etwas negativer ein als Personen ohne behandlungsbedürftiges psychisches Problem (Abb. 12).

Die folgenden Befunde beziehen sich auf Daten des Schweizer Haushaltspanel 1999. In der Personen-Befragung wurde die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand, der finanziellen Situation, dem Zusammenleben (alleine oder mit anderen Haushaltsmitgliedern) und Freizeitaktivitäten erfasst (N=7694-7789). Die Haushaltsbefragung enthielt Fragen zur Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und mit der Wohnung/dem Haus (N=4016-4020). Menschen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung sind, geben in Bezug auf ihre Gesundheit weniger Zufriedenheit an (1,5 Punkte Differenz).

**Abb. 12**



### **Leistungs- und Arbeitsfähigkeit**

Rund ein Sechstel der Schweizer Bevölkerung (16% Männer, 19% Frauen) berichtet über Beeinträchtigungen der eigenen Leistungsfähigkeit in einem Zeitraum von vier Wochen. Ausserdem erklären 10%, sie hätten in den letzten vier Wochen während mindestens eines Tages ihrer Arbeit nicht nachgehen können (Tabelle 5)

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

**Tabelle 5**

Anteil Personen mit einer Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit durch psychische Probleme (1997)						
	Männer			Frauen		
	Gesamt	Behandlung psychisches Problem <sup>1</sup>	Chronisches psychisches Problem <sup>2</sup>	Gesamt	Behandlung psychisches Problem <sup>1</sup>	Chronisches psychisches Problem <sup>2</sup>
Beeinträchtigung						
• Leistungsfähigkeit <sup>3</sup>	15.9%	34.5%	33.1%	18.8%	34.3%	38.0%
• Arbeitsfähigkeit <sup>4</sup>	10.3%	23.1%	23.0%	10.5%	21.8%	19.0%
Erwerbstätigkeit <sup>5</sup>	88.4%	77.1%	80.7%	65.9%	62.3%	52.9%
Berentung						
• alle Renten	8.7%	24.9%	26.7%	17.1%	32.0%	30.7%
• IV-Rente	2.8%	11.1%	16.8%	2.6%	10.0%	13.7%

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

1 Behandlung wegen eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten

2 Psychisches Problem, das länger als 1 Jahr dauert und in den Alltagsaktivitäten einschränkt

3 eingeschränkt einsatz- und leistungsfähig in den letzten 4 Wochen

4 nicht arbeitsfähig in den letzten 4 Wochen

5 Bezahlte Arbeit von mindestens 1 Stunde pro Woche

Männer und Frauen mit starken psychischen Problemen sind auch häufiger erwerbslos, und sie beziehen vermehrt eine Rente. Insgesamt geben zwar nur etwa 5% dieser Männer an, nicht erwerbstätig zu sein, unter den Männern mit einem behandlungsbedürftigen psychischen Problem sind jedoch etwa 25–30% nicht erwerbstätig.

Bei den Frauen äussern sich schwere psychische Probleme kaum in einer Erwerbslosigkeit. Ein Grund liegt in der allgemein wesentlich geringeren Erwerbstätigkeit der Frauen im Vergleich zu Männern. Rund 30% der 35- bis 54-jährigen Frauen gehen keiner bezahlten Arbeit nach.

## 5.2 Berentungen

Im Zeitraum von 1986 bis 1998 hat sich die Gesamtzahl der Bezüger und Bezügerinnen einer Invalidenrente von rund 117 000 auf 180 000 erhöht,<sup>11</sup> was einer Zunahme um 35% entspricht. Der Zuwachs bei den Rentenbezügerinnen und -bezügerinnen mit einem psychischen Gebrechen war in diesem Zeitraum noch stärker. Er stieg von 25 701 auf 55 749 Personen und damit auf 31% der Gesamtzahl der Rentner und Rentnerinnen.

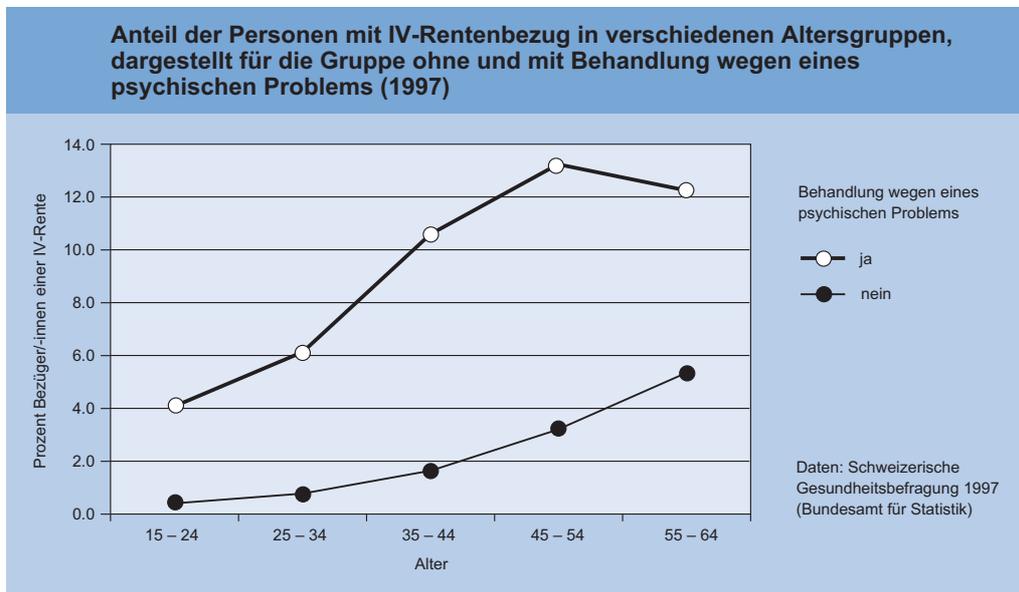
### Psychische Probleme und Berentung

Personen, die im letzten Jahr wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, beziehen wesentlich häufiger eine IV-Rente als Personen ohne ein behandlungsbedürftiges

<sup>11</sup> Gemäss IV-Statistik 1999, Bundesamt für Sozialversicherungen

psychisches Problem. Jüngere Menschen (15–34 Jahre), die wegen eines psychischen Problems die in Behandlung sind, beziehen etwa acht- bis zehnmal häufiger eine IV-Rente (Abb. 13).

**Abb. 13**



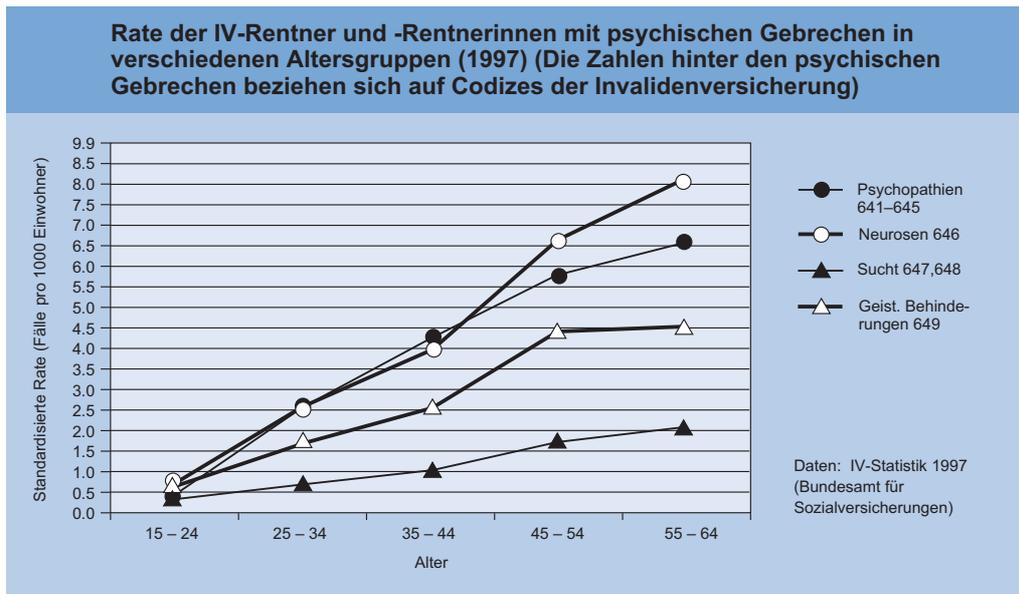
### Häufigkeit von IV-Renten aufgrund psychischer Gebrechen

Im Jahr 1997 erhielten 18 606 Personen eine IV-Rente aufgrund einer schweren psychischen Krankheit, 20 630 Personen aufgrund einer neurotischen Störung, 4409 Personen aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung und 4825 Personen wegen einer psychoorganischen Störung. Zusammen sind dies 28% aller IV-Rentnerinnen und -Rentner des Jahres 1997 (N=173 229).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung besagen diese Zahlen, dass 4.3 Personen auf 1000 Einwohner und Einwohnerinnen wegen neurotischer Störungen eine IV-Rente erhalten haben. Weiter sind 3.8 Personen pro 1000 Einwohner wegen einer schweren psychischen Erkrankung berentet worden, 2.8/1000 wegen einer psychoorganischen Störung und einer Person pro 1000 Einwohner wegen einer Abhängigkeitserkrankung.

Werden schwere psychische Krankheiten und neurotische Störungen als *psychische* Ursachen von Invalidität zusammen betrachtet, so zeigt sich, dass etwa 8 von 1000 Personen eine IV-Rente aufgrund psychischer Probleme beziehen.

Abb. 14



In den meisten Altersgruppen werden Männer und Frauen nahezu gleich häufig berentet (durchschnittlich 8.3 berentete Männer pro 1000 Einwohner und 7.9 Frauen pro 1000 Einwohner). Eine Ausnahme ist der auffällig starke Anstieg der Rate bei den Männern im Alter von 55-64 Jahren (16.9), während die Rate der Renten bei den Frauen gleichen Alters erstmals sinkt (12.7).

Die ausgeprägte altersabhängige Rentenzunahme bei den Männern zeigt sich allerdings nicht nur bei den psychischen Invaliditätsursachen, sondern auch bei der Gesamtzahl aller IV-Renten [BSV, 2001].

### Unterschiede der IV-Renten-Rate zwischen den Landesregionen

Es zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede in der Rate der Personen, die eine IV-Rente aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung oder einer neurotischen Störung beziehen. Die höchste Rate findet sich im Tessin (10.6 pro 1000 Einwohner), in der Region Genfersee (10.3/1000) und in der Nordwestschweiz (9.9/1000). Tiefe Raten weisen die Ostschweiz (5.8/1000) und Zentralschweiz (6.5/1000) auf. Auffällig ist die sehr hohe IV-Rentenrate bei den Tessiner Männern (13.0/1000); das Tessin ist die einzige Landesregion, in der Männer gesamthaft wesentlich häufiger als Frauen berentet sind.

### 5.3 Selbsttötungen

Männer begehen wesentlich häufiger Suizide als Frauen. Im Jahre 1996 haben sich in der Schweiz 29 pro 100 000 Männer und 12 pro 100 000 Frauen das Leben genommen. Die Zahl der Suizidversuche muss allerdings als wesentlich höher veranschlagt werden. Geschätzt werden 8000 bis 15 000 Suizidversuche pro Jahr.

Im internationalen Vergleich rangiert die Schweiz mit ihrer Suizidrate an vorderer Stelle (Tabelle 6).

**Tabelle 6**

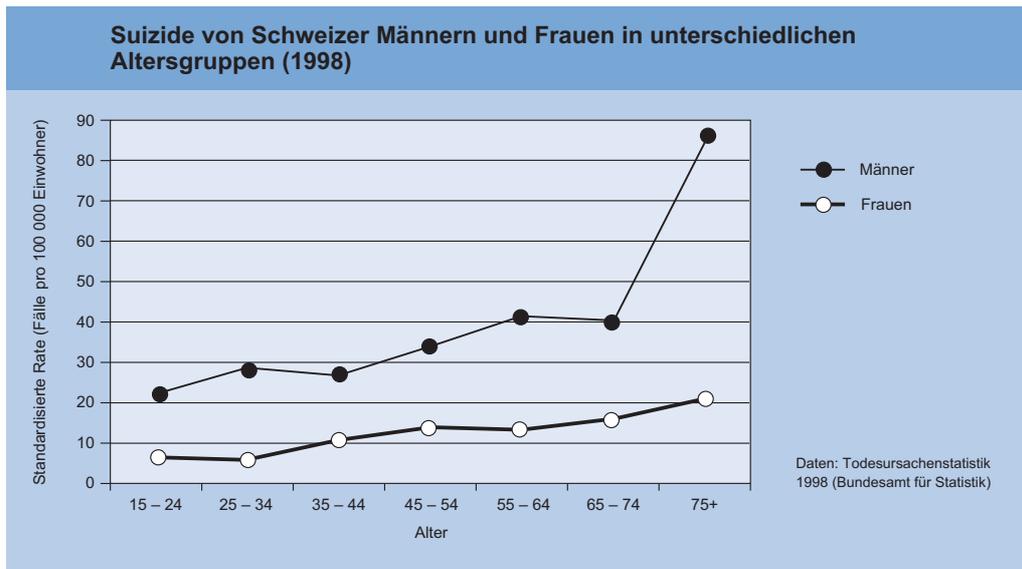
<b>Suizide pro 100 000 Einwohner: Rangreihe ausgewählter Länder (1994-1999)</b>		
<b>Land</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
Litauen	75.6	16.1
Russland	62.6	11.6
Österreich	29.3	10.4
<b>Schweiz</b>	29.2	11.6
Frankreich	27.1	9.2
Deutschland	20.2	7.3
Schweden	20.1	7.8
USA	18.6	4.4
China (ohne Taiwan)	13.4	14.8
Niederlande	13.0	6.3
Spanien	13.0	3.7
Italien	12.3	3.6
Grossbritannien	11.8	3.3
Portugal	8.5	2.0
Albanien	6.3	3.6

Daten: WHO 2002 ([http://www.who.int/health\\_topics/suicide/en/](http://www.who.int/health_topics/suicide/en/))

Die Suizidrate ist vom Alter abhängig (Abb. 15). Bei jungen Frauen (15- bis 34-jährige) kommt es zu 16 Selbsttötungen auf 100 000 Einwohnerinnen. Bei den Frauen im höheren Alter (75 Jahre und mehr) werden dagegen rund 22 Selbstmorde auf 100 000 registriert.

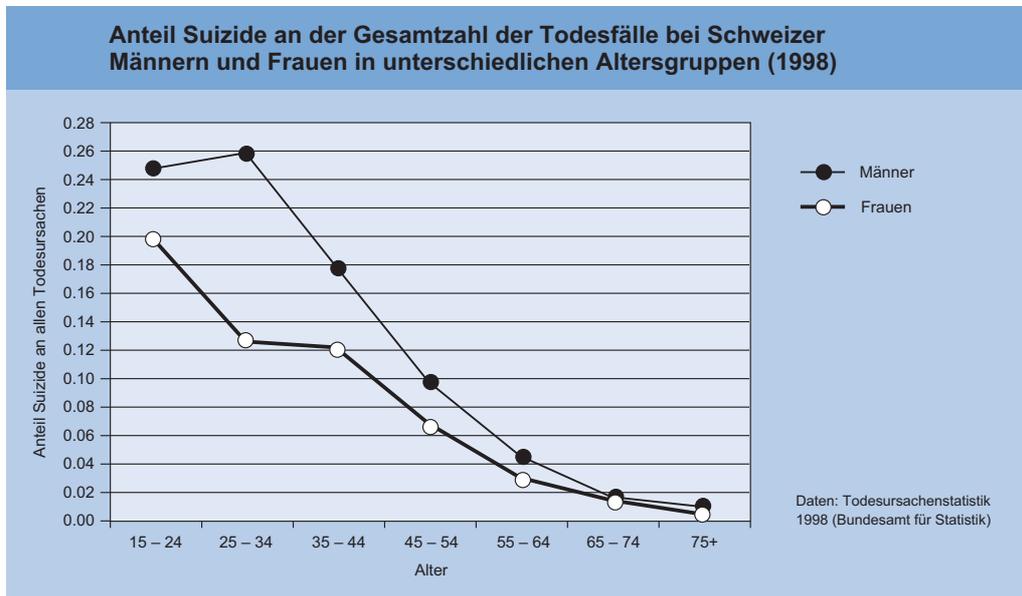
Bei den Männern lässt sich ebenfalls mit zunehmendem Alter ein stetiger Anstieg der Suizide beobachten. Auffällig ist besonders die markante Zunahme der Selbstmorde bei den über 75-Jährigen; hier beträgt die Rate 86 Suizide pro 100 000 Einwohner.

Abb. 15



Bei jüngeren Menschen ist nach den Unfällen der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Bei Männern im Alter zwischen 15 und 34 Jahren machen Suizide rund ein Viertel aller Todesursachen aus (Abb. 16). Auch bei jungen Frauen (15–24 Jährige) geht etwa ein Fünftel aller Todesfälle zu lasten der Selbsttötung.

Abb. 16



### Unterschiede nach Landesregionen

Der Vergleich der *Landesregionen* zeigt, dass Frauen in allen Regionen nahezu gleich häufig Suizid begehen. Bei den Männern sind dagegen deutliche regionale Unterschiede der

Suizidraten zu beobachten: Die höchsten Raten weisen die Regionen Mittelland (44 Suizide von Männern pro 100 000 Einwohner) und Nordwestschweiz (41 pro 100 000 Einwohner) auf. Am geringsten ist die Suizidrate von Männern im Tessin (24 pro 100 000 Einwohner).

## 6 Inanspruchnahme von Behandlungen

### 6.1 Psychische Gesundheit und Inanspruchnahme

Die meisten Schweizer und Schweizerinnen (84% der Männer, 74% der Frauen) suchen mindestens einmal pro Jahr einen Arzt oder eine Ärztin auf. Explizit wegen eines psychischen Problems lassen sich jedoch nur wenige Personen, nämlich 5% der Frauen und 3% der Männer, behandeln (dabei sind auch Besuche bei nichtärztlichen Fachpersonen, zum Beispiel bei einem/einer Psychologe/in, berücksichtigt) (Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997).

Die Inanspruchnahme von Behandlungen ist von der psychischen Gesundheit abhängig (Tabelle 7). Personen mit chronische psychische Probleme gehen noch häufiger zum Arzt als Personen ohne chronisches psychisches Problem, nämlich 92% der Frauen und 89% der Männer. Mit zunehmendem Schweregrad der psychischen Beschwerden wird häufiger explizit wegen dieser Beschwerden eine Behandlung aufgesucht. Unter den Frauen mit chronischen psychischen Problemen lassen sich knapp die Hälfte (41%) und unter den betroffenen Männern etwa ein Drittel (35%) behandeln.

Dennoch sucht die Mehrheit der betroffenen Personen selbst bei chronischen psychischen Problemen keine Behandlung auf.

**Tabelle 7**

<b>Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufgesucht haben oder sich wegen eines psychischen Problems behandeln liessen (1997)</b>				
	<b>Arztbesuch</b>		<b>Behandlung wegen psychischem Problem</b>	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alle Befragten	73.6%	84.2%	3.0%	5.2%
Personen mit:				
• geringem psychischen Wohlbefinden	75.3%	87.5%	6.3%	10.7%
• psychischem Problem seit mehr als 12 Monaten	88.8%	91.6%	35.3%	40.7%

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

### Wo lassen sich Menschen mit psychischen Problemen behandeln?

Wenn Menschen wegen eines psychischen Problems professionelle Hilfe suchen, so wenden sich rund zwei Drittel der Fälle an Fachpersonen in der Privatpraxis, und zwar besonders an Psychiatern/-innen oder Psychologen/-innen. Ein weiteres Drittel sucht Behandlungsangebote auf, die an eine Klinik gebunden sind. Dabei überwiegen ambulante Angebote (Tabelle 8).

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

**Tabelle 8**

<b>Prozentanteile der Personen, die wegen eines psychischen Problems bei unterschiedlichen Leistungserbringern in Behandlung sind (1997)</b>						
<b>Leistungserbringer</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>15-34</b>	<b>35-49</b>	<b>50-64</b>	<b>65+</b>
Nicht an Spital gebunden						
•Psychiater / Psychologe	47.9%	34.9%	45.3%	44.7%	31.5%	20.5%
• anderer Arzt	17.0%	33.3%	19.0%	25.4%	36.2%	45.6%
• andere Fachperson	(2.8%)	3.5%	(3.6%)	(3.4%)	(3.3%)	(2.1%)
An Spital gebunden						
• ambulantes Angebot	21.0%	16.7%	20.5%	14.1%	17.7%	23.3%
• stationäres Angebot	11.3%	11.6%	11.7%	12.4%	11.4%	(8.6%)
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik)  
 Personen in Behandlung wegen eines psychischen Problems: N=618. Werte in Klammern bei n<10.  
 Prozentwerte berechnet nach gewichteter Stichprobe.

## 6.2 Behandlungsaufwand in psychiatrischen Kliniken

### Stationäre Behandlung von Menschen mit psychischer Krankheit

Im Jahre 1998 erfolgten in den Schweizer Spitälern insgesamt 56'684 Behandlungen von Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung<sup>12</sup>; das sind rund vier Prozent aller

<sup>12</sup> Bezüglich dieser psychischen Erkrankung und bei den Zahlen in Tabelle 9 handelt es sich um Schätzungen. Die Zahl der stationär behandelten Fälle mit psychischer Erkrankung (a) wurde wie folgend berechnet: (b=alle F-Diagnosen <gemäss ICD-Klassifizierung> nach medizinischer Statistik, c=alle F-Diagnosen in psychiatrischen Kliniken nach medizinischer Statistik; d=alle F-Diagnosen in psychiatrischen Kliniken nach Krankenhaus-Statistik):

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

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

Spitalbehandlungen (N=1 290 903). Zudem wurden weitere 2174 Behandlungen<sup>13</sup> von so genannten <Psychiatriepatienten und -patientinnen> in sozialmedizinischen Institutionen – wie etwa Heimen für Behinderte und Betagte – registriert.

Die genauere Aufschlüsselung dieser Zahlen macht deutlich, dass nicht alle stationären Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit schweren psychischen Erkrankungen in psychiatrischen Kliniken stattfinden (Tabelle 9).

**Tabelle 9**

<b>Personen mit psychischer Krankheit<sup>(a)</sup> in stationärer Behandlung (1998)</b>		
<b>Stationäre Behandlung von Personen mit schwerer psychischer Erkrankung<sup>(a)</sup></b>	<b>N<sup>(b)</sup></b>	<b>%</b>
Gesamt	58 858	100.0
• in Psychiatrie	42 258	71.8
• in anderen Spitälern	14 426	24.5
• in sozialmedizinischen Institutionen	2174	3.7

<sup>(a)</sup> Psychische Krankheit: Hauptdiagnose aus der Kategorie F nach ICD-10  
<sup>(b)</sup> Geschätzte Zahlen aufgrund Medizinischer Statistik und Krankenhaus-Statistik 1998 (Bundesamt für Statistik)

Die psychiatrischen Kliniken versorgen lediglich 71% dieser Personengruppe (das entspricht 42 258 Behandlungen). Ein Viertel der Personen mit schwerer psychischer Erkrankung wird in anderen Spitälern behandelt (14 426 Personen; Schätzung aufgrund Medizinischer Statistik), und rund vier Prozent waren im Jahre 1998 in Heimen untergebracht (2174 Personen; Schätzung aufgrund Statistik der sozialmedizinischen Institutionen).

### **Behandlungsaufwand nach Geschlecht und Alter**

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

Im Jahre 1998 wurden in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz 28 127 Neueintritte mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose verzeichnet. Diese beanspruchten insgesamt eine Summe von 852 059 Pfl egetagen bzw. rund 30 Pfl egetage pro Behandlung. Umgerechnet

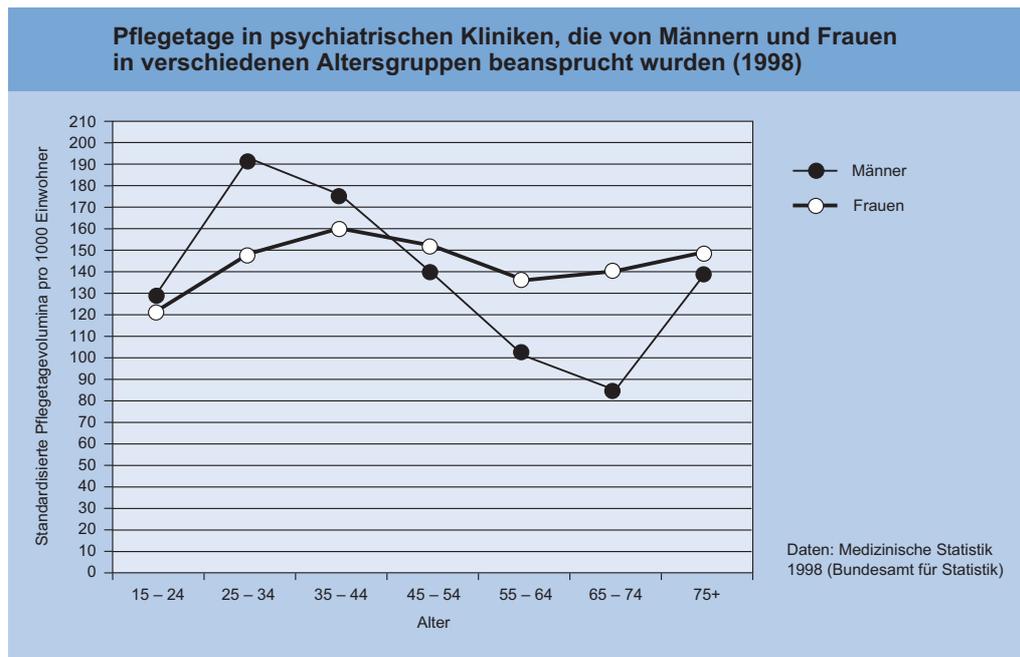
---

<sup>13</sup> Die tatsächliche Zahl von 1913 Behandlungen von Psychiatriepatienten und -patientinnen in sozialmedizinischen Institutionen wurde mit dem Faktor 1.14 multipliziert, da die Beteiligungsquote an der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen im Jahre 1998 bei 88% lag.

auf die Schweizer Bevölkerung bedeutet diese Zahl, dass auf 1000 Einwohner rund 144 Pflgetage in psychiatrischen Kliniken zu verzeichnen waren.

Dabei besteht insgesamt kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass Männer in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen und Frauen zwischen 55 und 74 Jahren jeweils deutlich höhere Pflgetagesummen als das andere Geschlecht erzielen (Abb.17).

**Abb. 17**



### **Aufenthaltsdauer spielt eine Rolle**

Die unterschiedlichen Pflgetagevolumina bei Männern und Frauen sind eine Folge der ungleichen Aufenthaltsdauer in der Klinik. So nimmt bei den Frauen die Zahl stationärer Behandlungen mit steigendem Alter zwar ab, die Aufenthaltsdauer in der Klinik nimmt jedoch gleichzeitig zu. Frauen werden ab dem Alter von 55 Jahren durchschnittlich 4–6 Tage länger behandelt als Männer.

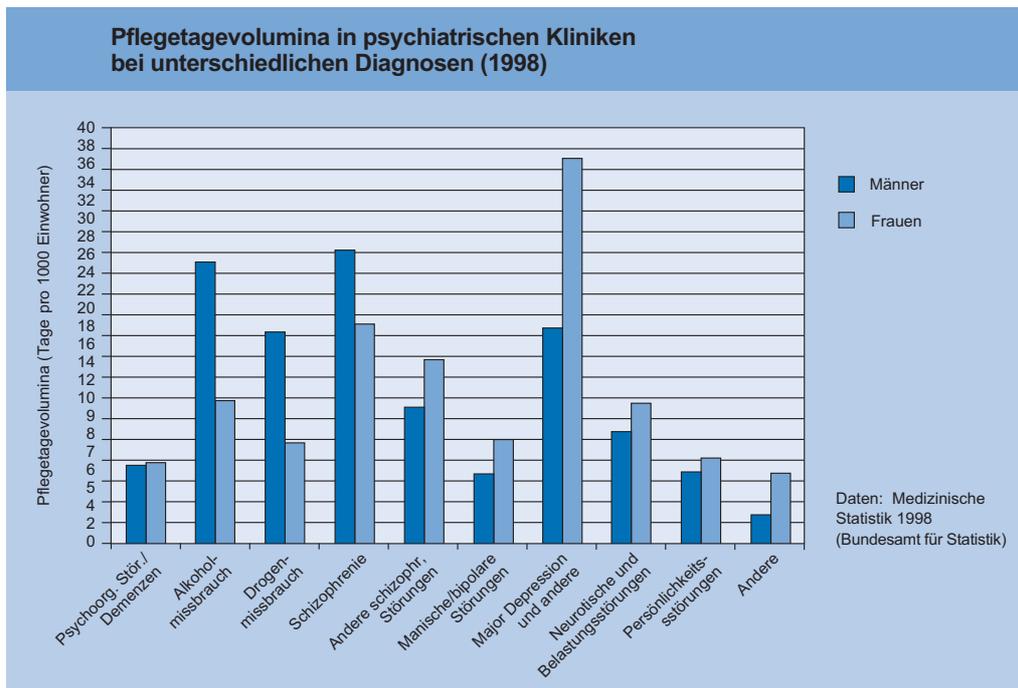
Für beide Geschlechter gilt, dass ältere psychisch kranke Menschen länger stationär behandelt werden als jüngere. Die 15- bis 24-jährigen Männer und Frauen werden im Durchschnitt 15 bzw. 17 Tage (Median) behandelt. Demgegenüber halten sich die 65- bis 74-jährigen Männer und Frauen durchschnittlich 33 bzw. 37 Tage (Median) in einer psychiatrischen Klinik auf.

## Behandlungsaufwand nach psychiatrischer Diagnose

Es sind einige wenige Krankheitsbilder, die den grössten Teil der Pfl egetage in der Psychiatrie verursachen. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abb. 18).

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

Abb. 18



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

## Behandlungsaufwand nach Landesregionen

In der Schweiz ist die mit Abstand höchste psychiatrische Pfl egetagesumme in der Region Zürich zu verzeichnen (rund 211 Pfl egetagen pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen). Dieser Wert ist etwa 2.5-mal höher als die Pfl egetagesumme in der Region Nordwestschweiz (Tabelle 10).

**Tabelle 10**

<b>Pflegetagesummen, Hospitalisationen und Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken unterschiedlicher Landesregionen (1998)</b>			
<b>Landesregion</b>	<b>Pflegetagesumme<sup>(a)</sup></b>	<b>Hospitalisationen<sup>(a)</sup></b>	<b>DAD<sup>(b)</sup></b>
Zürich	211.32	6.83	22
Genfersee	172.67	6.69	15
Zentral	160.93	4.19	23
Ost	147.30	4.74	20
Tessin	136.35	4.12	21
Mittelland	95.34	2.93	23
Nordwest	87.40	2.71	18

<sup>(a)</sup> standardisierte Rate pro 1000 Einwohner/-innen  
<sup>(b)</sup> Median der Aufenthaltsdauer in Tagen (DAD = durchschnittliche Aufenthaltsdauer)  
Daten: Medizinische Statistik 1998 (Bundesamt für Statistik)

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

## **7 Vorschläge für weiterführende Analysen und Projekte**

### **7.1 Psychische Gesundheit aus der Geschlechterperspektive**

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

### **7.2 Adäquate Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen**

Im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungssituation ist zu untersuchen,

- von welchen Faktoren die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen abhängt;
- ob es bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt, welche besonders wenig professionelle Behandlung beanspruchen;
- ob es alternative Hilfesysteme gibt, und wenn ja, welche werden anstelle der professionellen Hilfe genutzt;
- in welchen stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose behandelt werden;
- welche Diagnosen aus dem psychischen Bereich besonders häufig ausserhalb der Psychiatrie behandelt werden.

### **7.3 Konsequenzen von psychischen Problemen für die Lebensqualität**

Psychische Probleme und Krankheiten gehen mit eingeschränkter Arbeits- und Leistungsfähigkeit, Behinderung und reduzierter Lebensqualität einher. Diese Zusammenhänge sollten auf der Basis bestehender Daten der Gesundheitsbefragung genauer untersucht werden. Informationen zur Lebensqualität aus etablierten Surveys wie dem Schweizer Haushaltspanel und der Schweizer Gesundheitsbefragung sind zu berücksichtigen.

## 7.4 Zuverlässigere Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen erforderlich

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

Bei den Indikatoren zur psychischen Gesundheit in der Schweizer Gesundheitsbefragung handelt es sich um selbst berichtete Angaben der befragten Personen. Diese Angaben basieren auf alltagssprachlichen Fragen wie etwa dem Vorkommen eines <Nervenzusammenbruchs oder einer Depression>. Die Angaben liefern somit nur ein ungefähres Bild der subjektiven psychischen Belastung der Schweizer Bevölkerung.

Angaben zum Schweregrad der psychischen Beschwerden und Störungen sowie zum Behinderungsgrad als Folge dieser sind ebenfalls kaum verfügbar.

Nötig wäre deshalb ein <Mental-Health-Update> der Schweizer Gesundheitsbefragung oder des Schweizer Haushaltspanels. Dieses sollte im Mindesten die Integration der Items/Skalen aus einem anerkannten Messinstrument zur Erfassung psychischer Störungen beinhalten. Zu denken ist etwa an den <General Health Questionnaire (GHQ)> [[Goldberg & Hillier, 1979](#)], dessen Kurzversion lediglich 28 Fragen umfasst. Für dieses Instrument sind auch <Cut-Off-Scores> für psychiatrische Auffälligkeit definiert, und es liegen Anwendungserfahrungen in der Schweiz aus der SOMIPOPS-Studie vor [[Hobi, Gerhard, Gutzwiller, 1989](#)].

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

## 8 Literatur

- Bundesamt für Sozialversicherung/ Donini F. (2001). *Statistiken zur sozialen Sicherheit: IV-Statistik 2001*. Bern: BSV.
- Frijs, R.H. & Sellers T.A. (1999). *Epidemiology for public health practice*. Aspen: Gaithersburg MD (2<sup>nd</sup> ed.).
- Gognalons-Nicolet, M.; Zbinden E.; Bardet Blochet, A.; Blanchard M.-P.; Fontaine, P.; Runolfsson, A. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Goldberg D.P. & Hillier V.F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. *Psychological Medicine*, 9, 139–145.
- Hobi V.; Gerhard U.; Gutzwiller F. (1989). *Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ (General Health Questionnaire) von D.G. Goldberg*. *Schweizerische Rundschau für Medizin und Praxis* 78(9), 219–225.
- Murray C.J.L. & Lopez A.D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- Pearlin L.I.; Lieberman M.A.; Menaghan E.G.; Mullan J.T. (1981). *The stress process*. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.
- Üstün T.B. & Sartorius N. (1995). *Mental illness in general health care – an international study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Weiss, Walter; Spuhler, T.; Gruet, F.; Guidani, D.; Noack, H. (1990): *Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé». Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES)*. Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI, Lausanne.
- WHO (2001). *World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva.