

Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz

Zwar berichtet die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung von hohem psychischem Wohlbefinden und gut die Hälfte beschreibt sich als meist ausgeglichen sowie voller Kraft und Optimismus. Doch leidet rund ein Viertel der Bevölkerung im Laufe eines Jahres unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. 20 Prozent der psychischen Erkrankungen bleiben unbehandelt. Darin zeigt sich eine Unterversorgung in bestimmten Regionen und bei verschiedenen sozialen Gruppen.

Daniela Schuler, Peter C. Meyer

Es sind 5 Prozent der Menschen in der Schweiz, die mit ihrem momentanen Leben weniger zufrieden sind, beziehungsweise die sich pessimistischer zu ihrer Zukunft äussern.¹ Vor allem die 15- bis 24-Jährigen berichten von einer negativeren Lebenseinstellung. Dieselbe Altersgruppe fühlt sich psychisch am wenigsten ausgeglichen. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Ausgeglichenheit zu, die sich in Gefühlen von Gelassenheit, Kraft und

Optimismus äussert. Knapp vier Fünftel der Bevölkerung schätzt sich als psychisch relativ bis gut ausgeglichen ein, ein Fünftel beklagt eine geringe Ausgeglichenheit. Ab einem Alter von 65 Jahren erreichen Männer positivere Werte als Frauen. In jüngerem Alter lassen sich keine Geschlechterunterschiede feststellen. Erfreulicherweise hat die psychische Ausgeglichenheit über die letzten zehn Jahre zugenommen.

Psychische Krankheit und Unterversorgung

Trotz dieses gesamthaft positiven Befundes berichten 30,5 Prozent der Schweizer Bevölkerung von einem psychischen Leiden. Dazu zählen auch leichtere Beschwerden, wie Gefühle von Energielosigkeit, Nervosität oder Pessimismus sowie Schlafstörungen.

Ein Viertel der Bevölkerung leidet unter psychischen Störungen deren Schweregrad eine Diagnose indiziert [1]. Diese 25 Prozent lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Während bei etwa 20 Prozent die psychische Störung unbe(ob)achtet bleibt, erfahren ungefähr 5 Prozent eine professionelle Behandlung. Die Mehrheit der Behandelten sucht ambulante Hilfe, meist bei PsychiaterInnen, AllgemeinärztInnen oder PsychologInnen. Etwa 1 Prozent begibt sich in stationäre Behandlung, davon 0,2 Prozent unfreiwillig². Diese Situation ist in *Abbildung 1* dargestellt.

Junge Männer sind häufiger un- tersorgt

In *Abbildung 2* wird das Thema Unterversorgung erneut aufgegriffen. Dargestellt sind die Häufigkeiten



Daniela Schuler



Peter C. Meyer

von psychischen Beschwerden und von deren Behandlungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter. Die Diskrepanz zwischen den Personen, die an psychischen Beschwerden leiden und dem Anteil

¹ Wo nicht anders vermerkt, stammen die Daten des Artikels aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002, Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel

² Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2004, Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel

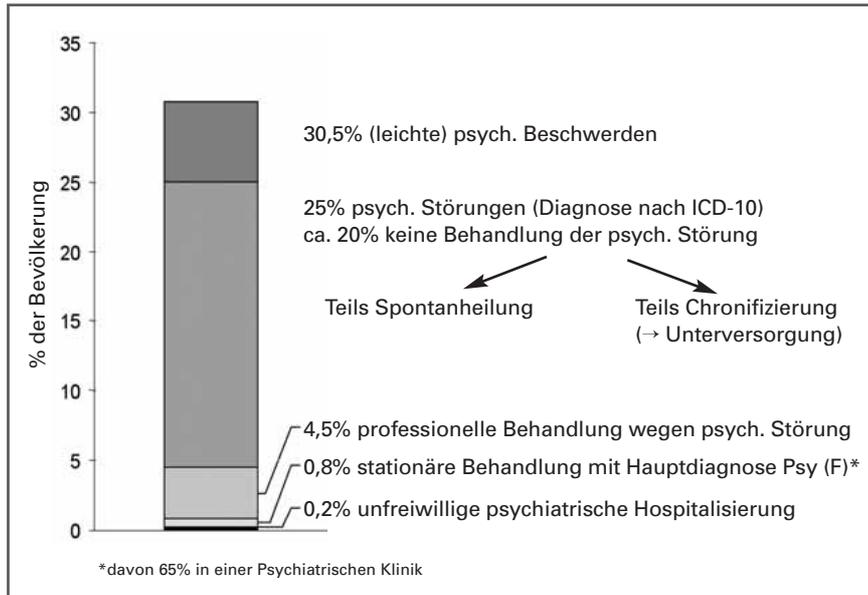


Abbildung 1: Häufigkeit und Behandlung psychischer Störungen in den letzten 12 Monaten (Jahresprävalenz), Alter: ≥ 15, CH, versch. Datenquellen

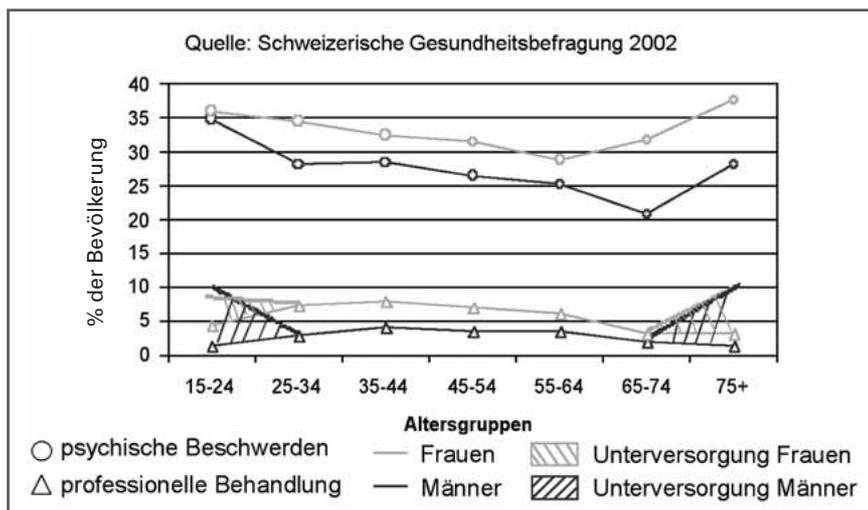


Abbildung 2: Unterversorgung von Jugendlichen und Betagten in Psychiatrie/Psychotherapie

derer, die sich in eine Behandlung begeben, ist augenfällig. Pauschale Aussagen zu Unter- oder Überversorgung sind allerdings heikel. Bei welcher Problematik und ab welcher Beeinträchtigung behandelt werden soll, ist eine Ermessensfrage, die von soziokulturellen Normen abhängig ist. Daher wird hier nur auf die relative Unterversorgung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen Bezug genommen. Besonders auffallend ist die Abweichung bei Jugendlichen beziehungsweise jungen Er-

wachsenen sowie bei den über 74-Jährigen. Personen dieser Altersgruppen berichten bei länger dauernden Krankheiten nur selten von psychischen Ursachen. Doch leiden sie, wie die Grafik zeigt, nicht selten unter psychischen Beschwerden. Bei den Jungen besteht zudem ein offensichtlicher Geschlechterunterschied. Junge Männer sind stärker unterversorgt als gleichaltrige Frauen. Bei ersteren hat die Nichtbehandlung gemäss den Gesundheitsbefragungen in den letzten Jahren massiv zugenommen. Die

Rate von psychischen Störungen im Alter, insbesondere von Altersdepressionen, die nicht erkannt und nicht behandelt werden, hat sich dagegen kaum verändert [5].

Verlauf und Konsequenzen günstig beeinflussen

Was aber geschieht mit den 20 Prozent der Personen, die psychische Probleme mit Krankheitswert haben und keine professionelle Beachtung erfahren? Es ist nicht Ziel, alle diese Personen zu behandeln. Bei einem grossen Teil bildet sich die Störung spontan zurück, ohne Eingreifen von Ärzten und Therapeuten. Bei anderen kann es allerdings zu einer Zunahme der Belastung und des Schweregrads und/oder zu einer Chronifizierung der psychischen Störung kommen. Für diese Personen stellt sich damit das Problem der Unterversorgung.

Mangelhafte Versorgung bedeutet für das Individuum ein erhöhtes Risiko für die Zunahme des Schweregrads und/oder Chronifizierung, für Komorbidität (gleichzeitiges Vorkommen von zwei oder mehr Krankheiten), Suizidalität, Isolierung und Konflikte sowie ein erhöhtes Risiko für Verarmung und Deprivation [2]. Die Früherkennung soll helfen, den Verlauf und die Konsequenzen einer psychischen Erkrankung günstig zu beeinflussen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Fachpersonen wie auch die Allgemeinbevölkerung über psychische Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten informiert sein. Denn die Wahrscheinlichkeit, selbst oder im persönlichen Umfeld mit psychischen Problemen konfrontiert zu werden, ist hoch.

Hausarzt als erste Anlaufstelle

Wichtige Akteure sind die praktizierenden Ärzte. Häufig sind Hausarztpraxen die erste Anlaufstelle bei psychischen Beschwerden. Viele psychisch Kranke wollen lieber vom Allgemeinpraktiker als vom Psychiater behandelt werden. Hinzu kommt, dass 30 Prozent bis 50 Prozent der Hausarztpatientinnen und -patienten an psychischen Störungen leiden, welche häufig weder diagnostiziert noch behandelt werden

Obsan

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

[3]. Das ist ein klares Postulat für die Verbesserung der psychiatrischen Aus- und Weiterbildung der Mediziner. Die mangelhafte psychiatrische Ausbildung der GrundversorgerInnen ist ein weltweites Problem. Die Weltgesundheitsorganisation WHO fordert deshalb in ihrem Bericht zur psychischen Gesundheit, dass die Berufsleute der Grundversorgung in der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen besser aus- und weitergebildet werden [4]. Trotzdem soll die Früherkennung in den Händen von Spezialisten bleiben. Fehlt die nötige Vorsicht und Zurückhaltung, droht eine Medikalisierung (überflüssige Gabe oder Einnahme von Medikamenten) von alltäglichen, vorübergehenden Symptomen, die mit der damit verbundenen Stigmatisierung schwer wiegende psychosoziale Folgen haben kann [2].

Suizid³

Die Früherkennung von psychischen Störungen kann auch helfen, einen suizidalen Prozess günstig zu beeinflussen. Psychische Störungen können für die Betroffenen einen starken Leidensdruck bedeuten, sie gelten jedoch als nicht letal. Die Suizidrate ist allerdings ein gewichtiges Gegenargument. Im Jahr 2002 haben sich in der Schweiz 979 Männer

und 465 Frauen das Leben genommen. Das entspricht 27,5 Selbsttötungen auf 100 000 Männer beziehungsweise 12,5 Selbsttötungen auf 100 000 Frauen. Die Suizidrate ist von Geschlecht und Alter abhängig: Männer begehen wesentlich häufiger Suizid als Frauen und mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Selbsttötungen. Besonders auffällig ist die markante Zunahme der Suizide bei Männern über 75 Jahren. Suizidversuche kommen wesentlich häufiger vor als vollendete Suizide. Geschätzt werden 8000 bis 15 000 Versuche pro Jahr. Suizidversuche und -gedanken treten typischerweise bei jungen Personen und Frauen häufiger auf.

Stationäre Versorgung⁴

Die stationäre Versorgung ist heute vor allem bei schweren Störungen sowie bei Selbst- oder Fremdgefährdung gefragt. Mit dieser Form der Behandlung wird lediglich eine Minderheit der (potenziellen) psychiatrischen Patienten erfasst, zudem sind es oft Personen mit wiederholten Eintritten. Die Klientel der halbstationären und ambulanten Einrichtungen reicht von Personen mit schweren psychischen Störungen beziehungsweise Beeinträchtigungen bis hin zu Personen mit weniger auffälligen Krankheitsbildern, bei welchen das Problem der Unterversorgung wohl am dringlichsten ist [2]. Leider existieren für den teilstationären und ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich keine zuverlässigen Nutzungsdaten. Die abschliessenden Angaben beziehen sich deshalb nur auf die stationäre Versorgung.

Im Jahr 2003 verzeichneten die Psychiatrischen Kliniken in der Schweiz 46 843 neue Eintritte⁵, was einer Rate von 6,38 Einweisungen pro 1000 Einwohner entspricht. Geschlecht und Alter spielen eine wichtige Rolle. Die meisten Eintritte erfolgen bei Männern im Alter um 30 Jahre, bei Frauen um 40 Jahre. Mit zunehmendem Alter sinkt bei beiden Geschlechtern das Risiko einer Einweisung. Es sind wenige Krankheitsbilder, die den Hauptteil der Pflegetage in der Psychiatrie ausmachen. Bei Männern gelten Schizophrenie

und Alkoholmissbrauch als die pflegeintensivsten Diagnosen, während bei Frauen die Diagnose «schwere Depression» mit Abstand an erster Stelle steht. ■

Autoren:

Daniela Schuler, lic. phil.

Wissenschaftliche Projektleiterin
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel

E-Mail:

daniela.schuler@bfs.admin.ch

Peter C. Meyer, Prof. Dr. phil.

Leiter Dept. Gesundheit der
Zürcher Hochschule Winterthur

Postfach 958

8401 Winterthur

E-Mail: mpc@zhwin.ch

Literatur:

1. Ernst, K. (1998). *Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Konsequenzen*. Kohlhammer, Stuttgart.
2. Ajdacic-Gross V. & Graf M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Arbeitsdokument 2*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
3. vgl. Tress W., Kruse J. et al. (1999). *Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen*. In: B. Bandura & J. Siegrist (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen* (S.325-338). Weinheim: Juventa
4. Ustün T. & Sartorius N. (Eds.) (1995). *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. Chichester: Wiley.
4. World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental Health*. WHO, Geneva; www.who.int/whr/2001.
5. Sturny I., Carboni S., Christen S. & Meyer P.C. (2004). *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Arbeitsdokument 4*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

³ Todesursachenstatistik 2002, Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel

⁴ Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2004, Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel

⁵ Mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose (ICD-10, Kapitel 5, Kategorie F).