



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

## Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz

Eine epidemiologische Auswertung  
der Medizinischen Statistik

Hans-Christian Kuhl und Jörg Herdt

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

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

Hans-Christian Kuhl und Jörg Herdt  
Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz  
Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik

Arbeitsdokument 28  
November 2007

Bestellung:  
Bundesamt für Statistik  
CH-2010 Neuchâtel  
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61  
E-Mail: [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)  
Fr. 15.– (exkl. MWST)  
Bestellnummer: 873-0705  
ISBN 978-3-907872-43-7

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Projektleitung Obsan:  
Daniela Schuler, Tel. 032 713 63 34

Anschrift der Autoren:  
Hans-Christian Kuhl und Jörg Herdt  
UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Psychologischer Dienst  
Arbeitsbereich Versorgungsforschung und Qualitätssicherung  
Wilhelm-Klein-Strasse 27  
4025 Basel



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

# **Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz**

## **Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik**

**Arbeitsdokument 28**

**Hans-Christian Kuhl**

**Jörg Herdt**

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
(UPK Basel)

November 2007

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

## Inhalt

Zusammenfassung .....	5
Résumé .....	9
1 Ausgangslage .....	13
1.1 Fragestellungen und Ziele .....	13
1.2 Besonderheiten der vorliegenden Untersuchung .....	14
1.3 Kapitelübersicht .....	15
2 Epidemiologie psychischer Störungen .....	16
2.1 Begriffsklärung .....	16
2.1.1 Epidemiologische Kennzahlen .....	17
2.2 Internationale Studien zur psychiatrischen Epidemiologie .....	18
2.3 Studien aus der Schweiz .....	19
2.4 Vergleichbarkeit epidemiologischer Studien .....	19
2.4.1 Methodische Aspekte .....	20
2.4.2 Zur Übertragbarkeit internationaler Studien und dem Einfluss verschiedener Versorgungssysteme .....	21
2.4.3 Prävalenzraten .....	22
2.4.4 Inzidenzraten .....	22
2.5 Ergebnisse zur Inanspruchnahme-Epidemiologie .....	22
2.5.1 Art der Störung, Schweregrad und Komorbidität .....	24
2.5.2 Geschlecht .....	25
2.5.3 Alter .....	26
2.5.4 Zivilstand .....	26
2.5.5 Sozioökonomischer Status .....	27
2.5.6 Regionale Unterschiede .....	28
2.5.7 Versorgungsbezogene Probleme .....	30
3 Methodisches Vorgehen .....	33
3.1 Datenquellen 1: Medizinische Statistik .....	33
3.1.1 Enthaltene Daten .....	34
3.1.2 Selektionskriterien .....	34
3.1.3 Epidemiologische Auswertungseinheit (Falldefinition) .....	35
3.1.4 Datenqualität und Umgang mit fehlenden Werten .....	37

3.2	Datenquellen 2: Bevölkerungsstatistiken.....	39
3.2.1	Daten der Eidgenössischen Volkszählung des Jahres 2000 (BFS) .....	40
3.2.2	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) .....	40
3.3	Zuordnung der Datenquellen.....	40
3.4	Kennzahlen der vorliegenden Studie.....	41
4	Ergebnisse .....	44
4.1	Prävalenz und Inzidenz im Jahr 2004 .....	44
4.2	Entwicklung der Behandlungsprävalenz von 2000 bis 2004 .....	46
4.3	Schichtungsvariablen .....	47
4.3.1	Geschlecht .....	48
4.3.2	Alter .....	49
4.3.3	Kantonale Unterschiede .....	51
4.3.4	Zivilstand .....	56
4.3.5	Ausbildungsstand .....	58
4.3.6	Erwerbsstatus .....	61
4.3.7	Nationalität .....	64
5	Diskussion .....	65
5.1	Inanspruchnahme und Art der Störung, Schweregrad und Komorbidität .....	66
5.2	Zeitliche Entwicklung .....	66
5.3	Geschlecht.....	67
5.4	Alter .....	68
5.5	Regionale Unterschiede / Kantone.....	68
5.6	Zivilstand.....	70
5.7	Ausbildungsstand.....	71
5.8	Erwerbsstatus .....	72
5.9	Nationalität.....	72
5.10	Interpretation der Ergebnisse.....	73
6	Fazit .....	74
6.1	Schlussfolgerungen .....	74
6.2	Einordnung der Studie .....	75
6.3	Ausblick .....	75
7	Literatur .....	78
8	Anhang .....	87

## Zusammenfassung

### Ausgangslage

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen weltweit und sind mit hohen Krankheitslasten, subjektiven Beeinträchtigungen und oft mit chronischen Verläufen verbunden. Die bedarfsgerechte Planung von psychiatrischen Versorgungsangeboten und -strukturen sollte auf der Basis zuverlässiger empirischer Daten bzw. epidemiologischer Kennwerte erfolgen. Im aktuellen Kontext zunehmender ökonomischer Einflüsse im Bereich des Gesundheitswesens sind zuverlässige epidemiologische Daten für die Planung bedarfsgerechter Versorgungs- und Behandlungsangebote besonders notwendig.

Aus versorgungspolitischer Sicht sind die Daten zum Inanspruchnahmeverhalten auch deshalb von besonderer Relevanz, da insbesondere die Identifikation möglicher Versorgungslücken Hinweise auf die Optimierung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung geben kann. Die Kenntnis von assoziierten Grössen der Inanspruchnahme ist wichtiger Ansatzpunkt für Präventionsmassnahmen bzw. Interventionen und ist für die zukünftige Bedarfsabschätzung und die Verhinderung von Unter-, Fehl- und Überversorgung unverzichtbar.

### Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, für den stationären psychiatrischen Versorgungsbereich die aktuellen Inanspruchnahme-Häufigkeiten in der Schweiz zu beschreiben. Im Zentrum steht die Frage, welcher Bevölkerungsanteil aufgrund einer psychischen Störung stationär behandelt wird bzw. die Bestimmung des Risikos einer psychiatrischen Hospitalisation. Hierfür wird eine Verknüpfung der Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und Bevölkerungsdaten (Volkszählung; Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes, ESPOP) vorgenommen. Diese Kombination der Datenquellen stellt den Kern der vorliegenden Auswertungen dar.

Ein zweites Ziel ist die Bestimmung von Faktoren, welche mit psychischen Krankheiten und der Inanspruchnahme von Behandlungen assoziiert sind. Hierzu wird untersucht, inwiefern in den nach Alter, Geschlecht, Region/Kanton, Nationalität, Zivilstand, Bildungsstand und Erwerbstätigkeit gebildeten Subgruppen verschiedene Krankheitshäufigkeiten bzw. unterschiedliche Inanspruchnahmемuster vorliegen. Um eine fundierte Bewertung der Ergebnisse zur Inanspruchnahme-Epidemiologie vornehmen zu können, wird in der vorliegenden Arbeit auf die aktuell verfügbare nationale und internationale epidemiologische Literatur als Referenz Bezug genommen.

## Methodisches Vorgehen

Im Jahre 2004 ist es erstmals möglich, vollständige Auswertungen der Medizinischen Statistik auf der Ebene von Personen und nicht nur auf der Basis von Behandlungsfällen durchzuführen. Dadurch ist es möglich, die tatsächliche Anzahl an stationär behandelten Patienten bzw. realen Personen mit verschiedenen Hauptdiagnosen zu bestimmen. Bei der vorliegenden Studie ist die durchgehende Auswertungseinheit ein Patient bzw. eine Person und nicht ein Behandlungsfall<sup>1</sup>.

Die zugrunde liegenden Daten bieten weiterhin die einzigartige Möglichkeit, nicht nur von einer Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu schliessen, sondern die tatsächliche schweizweite stationäre Inanspruchnahme zu bestimmen. In die Studie gehen alle stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz ein. Die Grundgesamtheit bzw. Referenz ist die Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter ab 15 Jahren. Als Beschränkung der Studie ist zu bemerken, dass sich die Auswertungen nur auf Personen beziehen, die stationäre Leistungen in Anspruch genommen und eine psychiatrische Hauptdiagnose erhalten haben. Für ambulante Behandlungen und unbehandelte psychische Störungen liegen keine vergleichbaren Daten vor.

## Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich für die Jahre 2000 bis 2004 ein relativ stabiles Bild bezüglich der Prävalenzraten von stationär behandelten Patienten, wobei der Anteil an der Bevölkerung für alle psychischen Störungen zusammen bei 0,80%–0,85% liegt. Männer werden häufiger aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen (insbesondere Störungen durch Alkohol), Frauen häufiger wegen affektiver Störungen stationär behandelt. Insgesamt (über alle Diagnosen) unterscheiden sich die Behandlungsprävalenzen in den verschiedenen Altersgruppen relativ wenig. Für einzelne Diagnosen sind jedoch deutliche Unterschiede nach Alter zu erkennen.

Bei jüngeren stationären Patient/innen sind Abhängigkeitserkrankungen und Schizophrenien überproportional und bei älteren Personen affektive Störungen häufiger vertreten. Weiterhin sind deutliche regionale bzw. kantonale Unterschiede bei den stationär behandelten Bevölkerungsanteilen zu registrieren. Bezieht man jedoch die unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen der Kantone mit ein, so fallen diese Differenzen deutlich geringer aus. Bezüglich sozioökonomischer Subgruppen sowie in Bezug auf den Zivilstand bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie die Resultate aus der Literatur: Personen mit geringerem Bildungsstand, Erwerbslose, Berentete (jeden Alters) sowie nicht in fester Partnerschaft lebende Personen werden häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen stationär behandelt.

---

<sup>1</sup> Da viele psychische Störungen chronisch verlaufen und teilweise mit häufigen Rehospitalisierungen verbunden sind, sind Auswertungen auf der Ebene von Behandlungsfällen immer mit deutlichen Ver-

## Schlussfolgerungen

Im Jahre 2004 wurde in der gesamten Schweiz ein Bevölkerungsanteil von 0,81% mit einer psychischen Hauptdiagnose stationär behandelt. Damit zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie zur stationären Inanspruchnahme-Epidemiologie im Vergleich mit internationalen epidemiologischen Kennzahlen allein aufgrund der Grössenordnung, dass nur ein sehr kleiner Teil der Personen mit psychischen Erkrankungen stationär behandelt wird. Dies legt nahe, dass in der stationären Versorgung vorwiegend wirklich schwer betroffene Personen, inklusive Personen in vorübergehenden Akutsituationen, behandelt werden.

Eine zweite Schlussfolgerung aus den Ergebnissen ist, dass es zwischen verschiedenen Subgruppen deutliche Unterschiede bei den stationären Inanspruchnahme-Häufigkeiten gibt, die insgesamt eine hohe Übereinstimmung mit dem epidemiologischen Forschungsstand zeigen. Diese hohe Übereinstimmung ist ein Hinweis darauf, dass die Unterschiede sehr stark von den tatsächlichen Erkrankungshäufigkeiten und nur zu einem geringen Teil von unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten abhängen. Es lassen sich deutliche Unterschiede der stationären Behandlungsprävalenz für Subgruppen bezüglich Alter, Geschlecht, Region/Kanton, Zivilstand, Nationalität und sozioökonomischer Variablen (Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit) zeigen. Insgesamt stellen diese Unterschiede der Subgruppen nur eine Beschreibung dar. Für Aussagen darüber, welche Faktoren sich ungünstig auf eine psychische Erkrankung auswirken und welche Parameter eher als Folge der psychischen Störung anzusehen sind, können die hier vorgelegten Ergebnisse lediglich Hinweise liefern.

Eine weitere Schlussfolgerung ist, dass der Bevölkerungsanteil, der in den Jahren 2000–2004 in der Schweiz stationär psychiatrisch behandelt wurde, relativ stabil ist. Gleichzeitig ist die in vielen Quellen beschriebene Zunahme an stationären Behandlungsepisoden auch in den vorliegenden Schweizer Daten zu erkennen. Das bedeutet, dass eine relativ stabile Zahl an Patienten eine zunehmende Zahl an Behandlungen in Anspruch nimmt. Ob dies ein Anzeichen für einen gestiegenen Versorgungsbedarf ist, kann mit den vorhandenen Daten nicht beantwortet werden.

## Einordnung der Studie

Aufgrund der Vollerhebung an stationär behandelten Personen und der damit hohen Aussagekraft stellen die vorliegenden Ergebnisse Auswertungen dar, die für die Planung von stationären Versorgungsangeboten der nächsten Jahre in der Schweiz berücksichtigt werden sollten. Besonders positiv ist dabei hervorzuheben, dass die Er-

---

zerrungen behaftet und können nur eine grobe Orientierungshilfe bieten. Je nach Diagnosegruppe kann dabei das Verhältnis von Fällen zu Personen zudem sehr unterschiedlich sein.



gebnisse aufgrund der Vollständigkeit nicht durch einen Selektionsbias oder Non-response-bias verzerrt werden.

Auch wenn aus epidemiologischer Sicht die Daten bezüglich der ambulanten Behandlungen und der unbehandelten psychischen Störungen unvollständig sind, sind die vorliegenden Ergebnisse speziell für die stationäre Versorgungsplanung relevant. Durch die Beschränkung auf stationär behandelte Personen beziehen sich die Ergebnisse auf eine selektive Population.

Die hier dargestellten Zusammenhänge von soziodemografischen Variablen und Behandlungshäufigkeiten können bei der Versorgungsplanung helfen, unterschiedliche Strategien zur Ansprache spezifischer Risikogruppen zu entwickeln. Die Unterschiede bei den Subgruppen geben Hinweise, dass für verschiedene Gruppen unterschiedliche Angebote sinnvoll sein können.

### **Ausblick**

Um die gesamte Versorgungslandschaft, insbesondere eine Verlagerung zwischen ambulanten und stationären Angeboten, umfassend beurteilen zu können, sind – zusätzlich zu den hier analysierten Daten – zuverlässige und aussagekräftige Daten zur ambulanten Versorgung notwendig. Auch für den stationären Bereich ist eine Verbesserung und Ergänzung der Dokumentation – insbesondere der Vollständigkeit bei den freiwilligen Psychiatrie-Zusatzdaten – wünschenswert.

Für zukünftige epidemiologische Forschungsanliegen sind weiterhin die Bereitstellung von international vergleichbaren Daten und die umfassende Beschreibung von individuellen und kontextbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung und den Verlauf von psychischen Störungen sinnvoll. Für solche ätiologischen Fragestellungen sind umfassende und prospektive Längsschnittuntersuchungen notwendig.

## Résumé

### Contexte

Les troubles psychiques comptent parmi les maladies les plus fréquentes à l'échelle mondiale. Ils induisent d'importantes charges de morbidité, des déficiences subjectives et des problèmes souvent chroniques. Pour être adaptée aux besoins, la planification de l'offre et de la structure de prise en charge psychiatrique doit reposer sur des données empiriques fiables ou sur des indicateurs épidémiologiques. Dans le contexte actuel où les facteurs économiques jouent un rôle croissant dans le domaine de la santé, il importe tout particulièrement de disposer de données épidémiologiques fiables pour planifier l'offre du système de prise en charge et de traitements en fonction des besoins réels.

Du point de vue de la prise en charge, les données sur le recours à l'offre revêtent une importance particulière : en aidant entre autres à identifier les éventuelles lacunes, elles permettent d'optimiser la prise en charge psychiatrique de la population. En mettant en relation variables sociodémographiques et recours au système de prise en charge, on dispose d'une bonne base pour définir les mesures de prévention adéquates et des informations nécessaires pour évaluer les futurs besoins afin d'éviter d'avoir une offre insuffisante, inadaptée ou surabondante.

### Thèmes abordés

La présente étude entend évaluer le recours à l'offre du système de prise en charge psychiatrique intra-muros en Suisse. Elle examine avant tout quelle proportion de la population recourt aux traitements intra-muros pour des troubles psychiques et quel est le risque d'hospitalisation en psychiatrie. Pour ce faire, elle met en relation les données de la statistique médicale des hôpitaux avec les données démographiques (recensement de la population, statistique de l'état annuel de la population, ESPOP). Cette combinaison des sources de données est au coeur de l'analyse.

L'étude a aussi pour but de déterminer les facteurs qui sont associés à des maladies psychiques et au recours aux traitements. A cet effet, la fréquence de différentes maladies et le recours à l'offre du système de prise en charge psychiatrique sont examinés dans les sous-groupes formés en fonction des critères suivants : âge, sexe, région/canton, nationalité, état civil, formation et activité professionnelle. Pour évaluer les résultats de l'analyse épidémiologique du recours à la prise en charge psychiatrique, cette étude s'appuie sur les références fournies par la littérature épidémiologique actuellement disponibles aux plans national et international.

## Méthodologie

En 2004, des analyses complètes ont été réalisées pour la première fois à partir des données de la statistique médicale au niveau des personnes et non plus seulement sur la base des cas traités. Il a ainsi été possible de déterminer le nombre effectif de patients traités intra-muros c'est-à-dire le nombre réel de personnes concernées par différents diagnostics principaux. La présente étude considère comme une unité d'exploitation un patient ou une personne et non un cas traité<sup>2</sup>.

Aujourd'hui encore, les données sur lesquelles se base cette étude représentent la seule source permettant d'évaluer la population considérée à partir d'un échantillon, d'une part, et le recours à la prise en charge intra-muros à l'échelle suisse, d'autre part. L'étude porte sur l'ensemble des traitements psychiatriques hospitaliers dispensés en Suisse. L'univers de base ou la population de référence est la population résidente de la Suisse âgée de 15 ans et plus. Signalons que l'étude se limite à l'analyse des données concernant les personnes qui ont recouru à des prestations hospitalières sur la base d'un diagnostic principal de nature psychiatrique. Actuellement, on ne dispose pas de données comparables sur les traitements ambulatoires et les troubles psychiques non traités.

## Résultats

Dans l'ensemble, le taux de prévalence des personnes hospitalisées en psychiatrie est resté relativement stable entre 2000 et 2004 ; la part de ces personnes représentait entre 0,80% et 0,85% de la population tous troubles psychiques confondus. Les hommes sont plus souvent hospitalisés pour des problèmes de dépendance (notamment des troubles liés à l'alcool), tandis que les femmes sont plus souvent traitées intra-muros pour des troubles affectifs. Tous troubles psychiques confondus, la population traitée intra-muros se différencie relativement peu par son âge. On constate toutefois des différences d'âge si l'on considère les personnes hospitalisées selon certains diagnostics. Les troubles liés à la dépendance et la schizophrénie sont sur-représentés parmi les personnes hospitalisées jeunes, tandis que les troubles affectifs sont souvent à l'origine de l'hospitalisation des personnes âgées. Aujourd'hui encore, la part des personnes hospitalisées varie considérablement d'une région ou d'un canton à l'autre. Les écarts sont toutefois moins marqués si l'on tient compte des différences de structure démographique entre les cantons. Par rapport aux sous-groupes socioéconomiques et à l'état civil, les résultats de la présente étude confirment ceux présentés dans la littérature scientifique : les personnes qui ont un bas niveau de formation, celles sans emploi, les bénéficiaires d'une rente (quel que soit

---

<sup>2</sup> Etant donné que les troubles psychiques sont souvent chroniques et liés à de multiples hospitalisations, l'exploitation des données par cas traité implique des distorsions importantes et ses résultats ne sont que purement indicatifs. Le rapport entre le nombre de cas et de personnes peut par ailleurs fortement varier selon le groupe de diagnostics.

leur âge) et les personnes qui ne vivent pas au sein d'un couple stable sont plus souvent hospitalisées pour cause de maladie psychique.

## **Conclusions**

La part des personnes hospitalisées en Suisse, en 2004, sur la base d'un diagnostic principal de nature psychiatrique représentait 0,81% de la population. Ne serait-ce que par leur ordre de grandeur, les résultats de notre étude sur le recours au système de prise en charge psychiatrique hospitalière montrent que, par rapport aux données épidémiologiques internationales, seule une très petite partie des personnes souffrant de troubles psychiques sont hospitalisées en Suisse. On peut en déduire que le recours à la prise en charge hospitalière concerne essentiellement des personnes souffrant de troubles graves.

Mais ces résultats indiquent aussi que la fréquence du recours à la prise en charge hospitalière varie considérablement entre les sous-groupes, ce qui confirme largement les résultats des recherches épidémiologiques effectuées jusqu'ici. Cette forte concordance avec l'état actuel de la recherche laisse supposer que les écarts observés dépendent très fortement de la fréquence effective des maladies et seulement dans une moindre mesure du recours au système de prise en charge. La prévalence des traitements hospitaliers varie considérablement entre les sous-groupes formés selon l'âge, le sexe, la région/le canton, l'état civil, la nationalité et les variables socioéconomiques (niveau de formation, activité professionnelle). Toutefois, les données disponibles ne nous permettent que de constater ces différences de prévalence entre les sous-groupes. Les résultats présentés ici fournissent au mieux des indications sur les facteurs susceptibles de favoriser le développement d'une maladie psychique et les paramètres à considérer plutôt comme des conséquences des troubles psychiques.

La présente étude mène par ailleurs à la conclusion suivante : la part de la population hospitalisée en psychiatrie entre 2000 et 2004 est restée relativement stable. Parallèlement, le nombre croissant d'épisodes de traitements intra-muros que décrivent de nombreuses sources ressort également des données collectées en Suisse. Cela signifie qu'un nombre relativement stable de patients recourent à un nombre croissant de traitements. Les données disponibles ne permettent toutefois pas de déterminer s'il faut y voir une augmentation des besoins dans la prise en charge.

## **Portée de l'étude**

Etant donné le caractère exhaustif de cette enquête sur les personnes traitées intra-muros et la très forte pertinence des données ainsi récoltées, les résultats présentés ici revêtent une grande importance pour la planification de l'offre du système de prise en charge hospitalière au cours des prochaines années en Suisse. Il est particulière-

ment positif de constater que, grâce à l'exhaustivité des données, ces résultats ne sont pas faussés par un biais de sélection ou de non-réponse.

Bien que du point de vue épidémiologique, les données concernant les traitements ambulatoires et les troubles psychiques non traités soient incomplètes, les résultats de cette étude sont avant tout déterminants pour la planification de l'offre du système de prise en charge hospitalière. Cette étude se limite aux personnes hospitalisées et ses résultats se réfèrent par conséquent à une population spécifique.

Les associations faites dans la présente publication entre les variables sociodémographiques et la fréquence des traitements peuvent aider, lors de la planification de l'offre, à développer des stratégies différenciées pour certains groupes à risque. Les écarts observés entre les sous-groupes indiquent qu'il serait judicieux d'adapter l'offre aux besoins spécifiques de différents groupes.

### **Perspectives**

Une évaluation exhaustive de l'ensemble du système de prise en charge, et notamment de l'importance croissante des prestations ambulatoires, ne sera possible que si l'on dispose, en plus des informations analysées dans cette étude, de données fiables et pertinentes sur la prise en charge ambulatoire. Mais il est aussi souhaitable d'améliorer et de compléter la documentation dans le domaine intra-muros, particulièrement en obtenant de toutes les institutions hospitalières les données complémentaires facultatives dans le domaine psychiatrique.

Pour préparer l'avenir de la recherche épidémiologique, il serait par ailleurs judicieux de continuer à fournir des données comparables au plan international et à décrire globalement les facteurs de risque et de protection individuels et contextuels liés à l'apparition et au développement de troubles psychiques. Des enquêtes longitudinales complètes et prospectives seront nécessaires en vue d'aborder de telles questions étiologiques.

# 1 Ausgangslage

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen weltweit und sind mit hohen Krankheitslasten, subjektiven Beeinträchtigungen und häufig mit chronischen Verläufen verbunden. Der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge wird allein die Depression im Jahr 2020 in der Liste der Krankheitsbilder mit dem höchsten Beitrag zur weltweiten Krankheitslast (Global Burden of Disease) den zweiten Rang einnehmen (Lopez & Murray, 1998). Psychische Störungen haben deshalb, zusätzlich zu dem durch sie verursachten Leiden für die betroffenen Personen auch gesamtgesellschaftlich weit reichende Konsequenzen und sind auch aus der Perspektive der Versorgungsplanung und Gesundheitsökonomie von besonderem Interesse.

Die bedarfsgerechte Planung von Versorgungsangeboten und -strukturen sollte auf der Basis zuverlässiger empirischer Daten bzw. epidemiologischer Kennwerte erfolgen. Im aktuellen Kontext zunehmender ökonomischer Betrachtungsweisen im Gesundheitswesen sind zuverlässige epidemiologische Daten für die Planung bedarfsgerechter Versorgungs- und Behandlungsangebote daher zwingend notwendig. Aus versorgungspolitischer Sicht sind Daten zum Inanspruchnahmeverhalten von besonderer Relevanz, da insbesondere die Identifikation möglicher Versorgungslücken Hinweise auf die Optimierung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung geben kann. Die Kenntnis von assoziierten Grössen der Inanspruchnahme ist ein wichtiger Ansatzpunkt für die Gestaltung von Angeboten und Interventionen und ist für die zukünftige Bedarfsabschätzung und die Verhinderung von Unter-, Fehl- und Überversorgung unverzichtbar.

## 1.1 Fragestellungen und Ziele

Ziel der vorliegenden Studie ist es, für den stationären psychiatrischen Versorgungsbereich die aktuellen Inanspruchnahme-Häufigkeiten in der Schweiz zu beschreiben. Im Zentrum steht die Frage, wer wie häufig mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt wird bzw. wie hoch das Risiko einer psychiatrischen Hospitalisation ist. Hierfür wird ein Vergleich der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mit Bevölkerungsdaten (Volkszählung; Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes, ESPOP) vorgenommen. Diese Kombination und Verknüpfung verschiedener Datenquellen stellt den Kern der vorliegenden Auswertungen dar.

Ein zweites Ziel besteht in der Bestimmung von Faktoren, die mit psychischen Krankheiten und der Inanspruchnahme von Behandlungen zusammenhängen. Hierzu wird untersucht, inwiefern in den nach Alter, Geschlecht, Region/Kanton, Nationalität, Zivilstand, Bildungsstand und Erwerbstätigkeit gebildeten Subgruppen verschiedene Krankheitshäufigkeiten bzw. unterschiedliche Inanspruchnahmestrukturen vorliegen. Um eine fundierte Bewertung der Ergebnisse zur Inanspruchnahme-

Epidemiologie vornehmen zu können, wird in der vorliegenden Arbeit auf die verfügbare nationale und internationale epidemiologische Literatur Bezug genommen.

## 1.2 Besonderheiten der vorliegenden Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung ist im Rahmen der vom Obsan in Auftrag gegebenen Auswertungen die erste, bei der die durchgehende Auswertungseinheit nicht Behandlungsfälle, sondern tatsächliche Personen bzw. Patient/innen sind. Anonyme Verbindungs-codes, die für die Zuordnung von Fällen zu Patienten benötigt werden, wurden bis zum Jahre 2003 nur unvollständig dokumentiert. Deshalb ist eine vollständige Auswertung auf Patientenebene erst ab dem Jahre 2004 möglich. Für die vorliegende Arbeit kann diese Möglichkeit durchgehend genutzt werden. Gerade für Fragestellungen der Epidemiologie und Inanspruchnahme sind Personen und nicht Behandlungsfälle die massgebliche Auswertungseinheit.

Die zugrunde liegenden Daten bieten weiterhin die Möglichkeit, nicht nur von einer Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu schliessen, sondern die tatsächliche schweizweite stationäre Inanspruchnahme zu bestimmen. In die Studie gehen alle stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz ein. Dadurch gibt es keine Verzerrungen durch die Ziehung einer Stichprobe (Selektionsbias) oder durch Personen, die die Studienteilnahme verweigern (Non-response-bias). Die stationäre Inanspruchnahme muss deshalb nicht geschätzt, sondern kann für die gesamte Schweiz exakt angegeben werden.

Die Referenzpopulation ist die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter ab 15 Jahren (6'180'244 Personen im Jahre 2004). Aufgrund des Umfangs und der Vollständigkeit bildet die vorliegende Studie die tatsächliche stationäre Inanspruchnahme gut ab und sollte für die stationäre Versorgungsplanung berücksichtigt werden.

Als Beschränkung der Studie ist zu bemerken, dass aufgrund der vorliegenden Datenlage der Medizinischen Statistik (BFS) nur Personen berücksichtigt werden, die stationäre Leistungen in Anspruch genommen haben. Über die Häufigkeit der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen und über unbehandelte psychische Erkrankungen kann im Rahmen der vorliegenden Daten nichts ausgesagt werden. Daher sind die angegebenen Kennzahlen immer als Mass der stationären Inanspruchnahme-Epidemiologie zu interpretieren und nicht als Häufigkeit der entsprechenden Erkrankungen insgesamt. Weiterhin gehen in die vorliegende Studie nur Personen mit psychiatrischer Hauptdiagnose ein. Personen mit somatischer Hauptdiagnose und psychiatrischer Nebendiagnose sind nicht berücksichtigt.

### 1.3 Kapitelübersicht

Um eine fundierte Bewertung der Ergebnisse zur Inanspruchnahme-Epidemiologie vornehmen zu können, wird im ersten Teil (Kapitel 2) auf den nationalen und internationalen epidemiologischen Forschungsstand Bezug genommen. Da epidemiologische Kennzahlen teilweise stark vom methodischen Vorgehen abhängen können, werden beachtenswerte methodische Aspekte kurz erläutert. Leser, die den Forschungsstand zur Epidemiologie und Inanspruchnahme bereits kennen bzw. nur an den Ergebnissen der vorliegenden Studie interessiert sind, können diesen Teil überspringen.

In Kapitel 3 (Methodisches Vorgehen) wird dann das konkrete Vorgehen für die vorliegenden Auswertungen zur Schweizer Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen beschrieben. Insbesondere werden die Datenquellen, die Datenqualität sowie die Besonderheiten und Beschränkungen bei der Verknüpfung von Daten der Medizinischen Statistik mit Ergebnissen aus Bevölkerungsstatistiken dargestellt.

Im Ergebnisteil (Kapitel 4) werden wesentliche epidemiologische Ergebnisse zum Risiko einer stationären Behandlung (Behandlungsprävalenz) und dem Risiko einer erstmaligen stationären Behandlung (Behandlungsinzidenz) dargestellt. Die Daten werden zudem für verschiedene Subgruppen – für welche Unterschiede in der Inanspruchnahme aus der Literatur bekannt sind oder vermutet werden – getrennt analysiert. Subgruppen werden nach Geschlecht, Alter, Regionen bzw. Kantonen, Zivilstand, Nationalität sowie den sozioökonomischen Variablen Ausbildungsstand und Erwerbstätigkeit gebildet.

Die Diskussion (Kapitel 5) verfolgt das Ziel, unter Einbezug der internationalen Fachliteratur zu analysieren, ob ermittelte Unterschiede effektiven Differenzen der Krankheitshäufigkeiten entsprechen, oder ob sie eher auf unterschiedliche Muster der Inanspruchnahme zurückzuführen sind.

Im Kapitel 6 (Fazit) sind die wichtigsten Ergebnisse sowie deren Bewertung zusammengefasst.



## 2 Epidemiologie psychischer Störungen

Mittlerweile liegt eine sehr umfangreiche Literatur zur psychiatrischen Epidemiologie vor. Um den vorliegenden Bericht nicht unnötig mit bereits andernorts ausführlich dargestellten Informationen zu überfrachten, werden im Folgenden nach einer kurzen Begriffsklärung (Abschnitt 2.1) Zusammenfassungen des aktuellen Standes der psychiatrischen Epidemiologie auf internationaler (Abschnitt 2.2) und nationaler Ebene (Abschnitt 2.3) gegeben. Eine detaillierte Beschreibung dieser Themen wurde bereits im Arbeitsdokument 2 „Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz“ des Obsan vorgenommen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003), auf das an dieser Stelle für weitergehende Informationen verwiesen wird. Um eine aktuelle Darstellung des heutigen Wissensstandes sicherzustellen, wird verstärkt auf Studien und Ergebnisse eingegangen, die seit der Fertigstellung jenes Dokuments publiziert wurden. Abschnitt 2.4 fasst die Ergebnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit internationaler Studien zusammen, während in Abschnitt 2.5 Ergebnisse zur Inanspruchnahme-Epidemiologie berichtet werden.

### 2.1 Begriffsklärung

Die **Epidemiologie** beschäftigt sich mit Krankheitshäufigkeiten sowie deren zeitlicher und räumlicher Verteilung und stellt spezifische Kennzahlen zu deren Beschreibung bereit (**deskriptive Epidemiologie**). Neben der reinen Beschreibung der Krankheitshäufigkeiten ist eine weitere Aufgabe der Epidemiologie die Identifizierung und Quantifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren, die mit Krankheitshäufigkeiten assoziiert sind, sowie die Bestimmung von Risikogruppen (**analytische Epidemiologie**; vgl. Kreienbrock & Schach, 2005).

Der Versorgungsbedarf hängt jedoch nicht allein vom Morbiditätsgeschehen ab. Vielmehr ist die Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen zusätzlich von spezifischen Rahmenbedingungen abhängig und unterscheidet sich deutlich zwischen verschiedenen Gruppen. Daher wird häufig der Teilbereich der **Inanspruchnahme-Epidemiologie** unterschieden. Diese beschäftigt sich hauptsächlich mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie den Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen. Für die bedarfsgerechte Versorgungsplanung, die im Wesentlichen in der Obhut der Kantone liegt, ist die Inanspruchnahme mindestens genauso wichtig wie die tatsächlichen Erkrankungshäufigkeiten, da sie unter Umständen enger an dem zukünftig zu erwartenden Bedarf liegt.

## 2.1.1 Epidemiologische Kennzahlen

### Prävalenz

Die Prävalenz gibt den Anteil der erkrankten Individuen in der betrachteten Population innerhalb eines gewählten Beobachtungsfensters wieder. Damit gibt sie auch die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Individuum an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist. Prävalenzen – auch als Prävalenzraten bezeichnet – werden für einen bestimmten Stichtag (Punktprävalenz) oder für einen bestimmten Zeitraum ermittelt (Periodenprävalenz; z.B. 1-Jahres-Prävalenz).

Bezeichnet die Prävalenz den Anteil aller erkrankten Personen, so beschreibt die Behandlungsprävalenz alle Personen, die aufgrund einer Erkrankung auch eine professionelle (in der vorliegenden Studie stationäre) Behandlung in Anspruch genommen haben. Die Behandlungsprävalenz unterscheidet sich vom ebenfalls häufig berichteten „Hospitalisierungsrisiko“ dadurch, dass eine betroffene Person innerhalb des Beobachtungszeitraumes nur einmal gezählt wird (während multiple Hospitalisierungen wiederholt gezählt werden).

### Inzidenz

Inzidenz bezeichnet den Bevölkerungsanteil, der in einem bestimmten Zeitraum, meist innerhalb von 12 Monaten, neu an einer bestimmten Krankheit erkrankt. Damit gibt die Inzidenz die Wahrscheinlichkeit bzw. das Risiko an, dass eine zufällig ausgewählte Person in einem festgelegten Zeitraum neu erkrankt.

Als Behandlungsinzidenz wird der Personenanteil bezeichnet, der im untersuchten Zeitraum erstmals professionell (in der vorliegenden Studie stationär) behandelt wurde. Eine weitere Behandlungsepisode einer Person innerhalb des Berichtszeitraumes führt also nicht zu einer Erhöhung der Behandlungsinzidenz.

### Relatives Risiko / Odds Ratio

Als Risiko wird die Wahrscheinlichkeit bezeichnet, während eines bestimmten Zeitraums an einer bestimmten Krankheit zu erkranken oder zu versterben. Risiko ist in diesem Zusammenhang der Inzidenz, wie sie oben beschrieben wurde gleichzusetzen. Der wesentliche Bestandteil der Ursachenforschung ist somit der Vergleich von Risiken. Dazu wird häufig das relative Risiko, aufgrund der mathematischen Eigenschaften noch öfter aber das Odds Ratio verwendet.

Als Quotient von Risiken bzw. Chancen gibt das Odds Ratio an, wie viel höher oder niedriger das Behandlungsrisiko in einer Subgruppe im Vergleich zu der jeweiligen Referenzgruppe ist. Bei Wahrscheinlichkeiten unter 10% ist das Odds Ratio ein sehr

guter Schätzer des relativen Risikos und die Interpretation stimmt bei diesen geringen Grössenordnungen weitgehend überein. Beispielsweise würde im Vergleich von Männern vs. Frauen ein Wert 2 bedeuten, dass bei Männern das Risiko doppelt so hoch ist, während 0,5 ein halb so grosses Erkrankungsrisiko beschreibt. Ein relatives Risiko bzw. Odds Ratio von 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied der Risiken gibt (Kreienbrock & Schach, 2005).

## 2.2 Internationale Studien zur psychiatrischen Epidemiologie

Studien zur psychiatrischen Epidemiologie haben seit der Einführung des DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) in den 1980er Jahren immens zugenommen. Eine detaillierte Darstellung des Kontexts epidemiologischer Forschung in der Psychiatrie findet sich im bereits erwähnten Arbeitsdokument 2 des Obsan „Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz“ (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; S. 17 ff). Ebenso wird dort ausführlich auf die Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie eingegangen (ebd., S. 24 ff.). Wir möchten an dieser Stelle speziell auf diejenigen Studien eingehen, die nach der Veröffentlichung dieser Arbeit Ende 2003 publiziert wurden.

Im US-amerikanischen Raum wurde mit der von 2001 bis 2003 durchgeführten US *National Comorbidity Survey Replication NCS-R* (Kessler & Merikangas, 2004) der zwischen 1990 und 1992 durchgeführte National Comorbidity Survey repliziert. In diese repräsentative Befragung wurden über 9000 Personen aus 48 US-Bundesstaaten einbezogen.

Weltweit erhobene epidemiologische Daten werden im Rahmen der World Mental Health Survey Initiative der WHO (z.B. Demyttenaere et al., 2004) zusammengeführt. In diesem Projekt der *Assessment, Classification, and Epidemiology (ACE)* Gruppe der WHO werden auf allen Kontinenten epidemiologische Studien zu psychischen und Verhaltensstörungen sowie zu Abhängigkeitserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung koordiniert und durchgeführt. Dadurch lassen sich Hinweise auf internationale Unterschiede in der Epidemiologie psychischer Störungen ableiten.

Im europäischen Raum wurden im Jahr 2000 innerhalb der *European Study Of The Epidemiology Of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA2000)* über 21'000 erwachsene Personen aus Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, den Niederlanden und Spanien befragt (Alonso et al., 2002). Ziele der Studie waren die Bestimmung bzw. Schätzung der Prävalenzraten der häufigsten psychischen Störungen, sowie die Analyse von Zusammenhängen einzelner Störungen mit soziodemografischen und verschiedenen Risikofaktoren (Alonso et al., 2004b).

Eine weitere umfassende Untersuchung ist das im Auftrag des European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) unter Mitwirkung des European Brain Council (EBC) in 28 EU-Ländern einschliesslich Schweiz, Island und Norwegen bearbeitete

Projekt *Size and Burden of Mental Disorders in Europe* (Wittchen, Jonsson & Olesen, 2005). Hierbei wurden für insgesamt 20 psychische und neurologische Störungen bzw. Erkrankungen systematische Reviews zur Abschätzung der Prävalenz sowie der Kosten von behandelten und unbehandelten Störungen in den jeweiligen Ländern erstellt. Eine in diesem Projekt durchgeführte Metaanalyse aller zwischen 1990 und 2004 veröffentlichten europäischen Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen berücksichtigte die Ergebnisse von 27 Studien aus 16 Ländern und Daten von insgesamt 150'000 Befragten (Wittchen & Jacobi, 2005).

In Deutschland wurden seit 2003 weitere Ergebnisse des 1998–99 durchgeführten Bundesgesundheits surveys bzw. des Zusatz surveys „Psychische Störungen“ zur Prävalenz, Komorbidität und zu Faktoren, welche im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen, veröffentlicht (Jacobi et al., 2004).

### **2.3 Studien aus der Schweiz**

Auf die lange Tradition der psychiatrischen epidemiologischen Forschung in der Schweiz wurde im Obsan-Arbeitsdokument 2 ausführlich eingegangen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S. 26 ff.). Bis heute werden die beiden grossen Studien von Wacker (1995) und die Zürich-Studie (Angst, Dobler-Mikola & Binder, 1984) im Rahmen von Metaanalysen und Reviews als die zentralen Arbeiten für die Schweiz herangezogen. Die bis 1999 erhobenen Daten der prospektiven Zürich-Studie liefern wesentliche Hinweise auf die Prävalenz verschiedener psychischer Störungen in der männlichen Schweizer Allgemeinbevölkerung (Angst et al., 2005).

In den nächsten Jahren wird in der Schweiz die *Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health – sesam* eine besondere Rolle spielen (<http://www.sesamswiss.ch>). In dieser in drei Phasen auf 20 Jahre angelegten Längsschnittstudie sollen Faktoren identifiziert werden, die für die Entstehung psychischer Störungen eine ursächliche bzw. eine moderierende Rolle spielen. Erste Ergebnisse dieser Studie liegen jedoch frühestens 2009 vor.

### **2.4 Vergleichbarkeit epidemiologischer Studien**

Um die versorgungsepidemiologischen Daten der Schweiz auch vor dem Hintergrund der internationalen und nationalen epidemiologischen Forschung angemessen interpretieren zu können, sind zunächst einige Vorbemerkungen bezüglich der Vergleichbarkeit der in der Literatur gefundenen Ergebnisse erforderlich. Zum einen spielen methodische Faktoren eine Rolle, die Einfluss auf die in den verschiedenen Studien ermittelten Prävalenzraten nehmen können. Zum anderen stellt sich beim Heranziehen internationaler Studien die Frage nach der Vergleichbarkeit der in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitsversorgungssystemen gewonnenen Da-

ten. Im Folgenden werden diese Aspekte näher beleuchtet, bevor die vorliegenden Prävalenz- und Inzidenzraten zusammenfassend dargestellt werden.

### 2.4.1 Methodische Aspekte

Die in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenzraten psychischer Störungen unterscheiden sich zum Teil erheblich (vgl. Übersicht in Tabelle 6 im Anhang). Auch innerhalb eines abgegrenzten Störungsbildes werden häufig sehr unterschiedliche Ergebnisse berichtet. Diese grossen Streuungen sind nicht zwingend auf tatsächlich vorhandene Differenzen in der Morbidität zurückzuführen, da andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen können.

#### Unterschiedliche Instrumente der Falldefinition und Fallidentifikation

In epidemiologischen Studien müssen definierte und diagnostizierbare Störungsmerkmale zugrunde gelegt werden, die eine Person aufweisen muss, um als „Fall“ identifiziert zu werden (Lieb, 2006). Die gängigsten Inventare zur Falldefinition sind die *International Classification of Diseases and Related Disorders – ICD* (World Health Organization, 1992a) und das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (American Psychiatric Association, 1994). Derzeit liegt die ICD in der 10. und das DSM in der 4. Fassung vor, wobei in epidemiologischen Studien international häufiger das DSM-IV eingesetzt wird. Da die Kriterien der Falldefinition in beiden Inventaren nicht völlig übereinstimmen, kommt es selbst bei zeitgleicher Anwendung von ICD-10 und DSM-IV zu unterschiedlichen Ergebnissen (siehe auch Andrews, Henderson und Hall (2001) und Tabelle 6 im Anhang).

Eine weitere Ursache für grosse Streuungen in den Prävalenzraten ist der Einsatz verschiedener Instrumente zur *Fallidentifikation*. In epidemiologischen Untersuchungen werden in der Regel folgende strukturierte und standardisierte Interviews in der jeweiligen Landessprache eingesetzt:

- *Composite International Diagnostic Interview – CIDI* (World Health Organization, 1997)
- *Diagnostic Interview Schedule – DIS* (Robins et al., 1981)
- *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN* (World Health Organization, 1992b).

Daneben kommen in einzelnen Studien weniger verbreitete Screeninginstrumente zum Einsatz, welche den internationalen Vergleich weiter erschweren (z.B. *Florence Psychiatric Interview – FPI*, Faravelli et al., 2004).

### **2.4.2 Zur Übertragbarkeit internationaler Studien und dem Einfluss verschiedener Versorgungssysteme**

Für die Interpretation der in der Schweiz gefundenen Ergebnisse zur (Inanspruchnahme-) Epidemiologie vor dem Hintergrund internationaler Studien, ist zunächst die Frage der Übertragbarkeit und Vergleichbarkeit europäischer bzw. internationaler Daten allgemein zu diskutieren. Hier können insbesondere multinationale Studien und Reviews Hinweise geben.

In der Metaanalyse von Wittchen und Jacobi (2005) wurden Daten aus 16 europäischen Ländern (EU-Länder sowie Schweiz, Island und Norwegen) über die Altersgruppen 18–65 Jahre berücksichtigt. Die Autoren kommen zum Schluss, dass es kaum Hinweise auf wesentliche kulturelle oder landesspezifische Unterschiede bezüglich der Prävalenzraten psychischer Störungen gebe.

In der Studie von Jacobi et al. (2004) werden psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung untersucht. Im Vergleich zu epidemiologischen Studien in anderen Ländern (Andrade et al., 2003; Andrews, Henderson & Hall, 2001; Bijl, Ravelli & van Zessen, 1998; Kessler et al., 2004) sind die Raten bei affektiven Störungen und Angststörungen in der deutschen Studie ähnlich wie die in den USA, jedoch höher als in den Niederlanden, Brasilien, Kanada, Mexiko, Türkei und Australien. Abhängigkeitserkrankungen werden in Deutschland weniger diagnostiziert als in den USA, den Niederlanden, Brasilien, Kanada, Mexiko, Türkei und Australien. Über alle Störungen hinweg gesehen beschreiben die Autoren jedoch eine hohe Übereinstimmung der 1-Jahres-Prävalenzraten.

Die *Cross-National Epidemiological Study* von Kawakami et al. (2005) konnte zeigen, dass in Asien (Süd-Korea, Taiwan und China) verglichen mit den westlichen Ländern niedrigere Prävalenzraten bei affektiven Störungen, Angststörungen und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit bestanden. Japan nimmt indessen eine mittlere Position ein. Wittchen und Fehm (2003) konnten in Bezug auf Soziale Phobie zeigen, dass Prävalenzzahlen aus den USA, Europa und Kanada vergleichbar, Prävalenzzahlen in Asien jedoch tiefer ausfallen. Hinsichtlich der Prävalenzraten gibt es damit übereinstimmende Hinweise darauf, dass Daten aus europäischen Ländern mit US-amerikanischen Daten vergleichbar sind.

Trotz der Vergleichbarkeit der Prävalenzraten der westlichen Industrieländer im Allgemeinen ist für den Vergleich einzelner psychischer Störungen Vorsicht geboten. Beispielsweise konnten Pini et al. (2005) in einer Metaanalyse zeigen, dass die Prävalenzrate bipolarer Störungen in der Schweiz deutlich höher ausfiel als in den 13 anderen berücksichtigten europäischen Staaten. Auch Furmark (2002) weist darauf hin, dass bei Sozialer Phobie Unterschiede zwischen verschiedenen europäischen Ländern, in diesem Fall höhere Prävalenzraten in Skandinavien als in Spanien und Italien, auftreten.

### 2.4.3 Prävalenzraten

In den berücksichtigten Studien werden 1-Jahres-Prävalenzraten für psychische Störungen allgemein zwischen 20,3 % (Andrews, Henderson & Hall, 2001) und 32,8% (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001) angegeben. Die Prävalenzraten für Frauen fallen in der Regel deutlich höher aus als für Männer (35.9% vs. 28.8%) (Alonso et al., 2004a; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Kessler, Demler et al. (2005) haben zudem im Rahmen einer Metaanalyse die Entwicklung der Prävalenzraten über die Zeit untersucht. Die gefundenen Prävalenzraten in den Zeiträumen 1990 bis 1992 (29,4%) und 2001 bis 2003 (30,5%) weisen auf relativ konstante Prävalenzen hin. Für einen genaueren Überblick über die Prävalenzraten bei den in der stationären psychiatrischen Versorgung besonders relevanten Diagnosegruppen sei auf Tabelle 6 im Anhang verwiesen.

### 2.4.4 Inzidenzraten

Inzidenzraten werden in epidemiologischen Studien deutlich seltener erfasst als Prävalenzen. Je nach Studie liegen die Inzidenzraten (für 12 Monate) für irgendeine psychische Störung über Geschlecht und Altersgruppen hinweg zwischen 4.3% (Sandanger et al., 1999) und 6.6% (Regier et al., 1993), wobei keine grösseren Unterschiede zwischen europäischen und US-amerikanischen Studien bestehen.

Übereinstimmend fallen die Inzidenzraten für Frauen deutlich höher als für Männer aus (de Graaf et al., 2002; Eaton et al., 1989; Sandanger et al., 1999), wobei die letztgenannten Autoren vor allem bei Depression und Angststörungen bis zu sechsfach höhere Inzidenzraten für Frauen fanden (7.6% vs. 1.28%)

## 2.5 Ergebnisse zur Inanspruchnahme-Epidemiologie

Die Verbreitung und Häufigkeit psychischer Störungen allein erklärt noch nicht die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen. So beschreiben sowohl Wittchen und Jacobi (2005) als auch Kessler, Demler et al. (2005) in ihren Metaanalysen, dass die Prävalenzraten für psychische Störungen allgemein von 1990–2003 nicht zugenommen haben, sich jedoch die Rate der Behandlung im selben Zeitraum von 20,3% (zwischen 1990–1992) auf 32,9% (2001–2003) wesentlich erhöht habe. Für die Schweiz weisen Brenner, Roessler und Fromm (2003) auf eine Verdoppelung der stationären Behandlungen im selben Zeitraum hin. Dieser Befund kann nicht allein mit einer Zunahme der Prävalenz erklärt werden, sondern deutet eher auf ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten wie z.B. veränderte Behandlungsgewohnheiten (beispielsweise multiple, zeitlich deutlich verkürzte Behandlungsepisoden statt Langzeitaufenthalte) hin. Hier wäre das Stichwort „Integrierte Versorgung“ mit häufigeren

Wechseln zwischen ambulanten und stationären Behandlungsformen zu nennen (vgl. Kuhl & Müller-Spahn, 2006).

In den folgenden Abschnitten werden Ergebnisse nationaler und internationaler Studien berichtet, die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme untersuchen. Was die Vergleichbarkeit der in verschiedenen Ländern gewonnenen Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung aufgrund psychischer Störungen betrifft, zeigen zwei Studien Unterschiede zwischen europäischen Ländern. In der ESEMeD-Studie (Alonso et al., 2004c) werden über alle Störungen hinweg Unterschiede bzgl. der Inanspruchnahme zwischen den sechs erfassten Ländern erwähnt. Die Autoren diskutieren diesbezüglich den Einfluss der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten sowie das unterschiedliche Mass an Verknüpfung von hausärztlicher und spezialisierter psychiatrischer Versorgung. Bijl et al. (2003) weisen darauf hin, dass deutliche landesspezifische Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen des allgemeinmedizinischen Sektors (mehr in den Niederlanden, Kanada, Chile) und des spezialisierten Sektors, also Versorgung durch Fachärzt/innen und Psycholog/innen, bestehen (mehr in Deutschland). Von diesen beiden Studien abgesehen, die u.a. speziell die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen untersuchen, betonen Wittchen und Jacobi (2005) die grosse Inkonsistenz, mit der die verschiedenen Studien die Behandlung von Störungen erheben. Diese verunmöglicht eine systematische Analyse über verschiedene Länder hinweg. Nachfolgend wird auf Einflussfaktoren der Inanspruchnahme eingegangen, die übereinstimmend in mehreren Studien berichtet werden und, wo vorhanden, werden die Resultate zur Situation in der Schweiz dargestellt. Um die Interpretation der in der vorliegenden Studie ermittelten Zusammenhänge zu stützen, werden in der Literatur diskutierte Erklärungsansätze beschrieben. Ergänzend ist an dieser Stelle festzuhalten, dass sich unter dem Begriff „Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen“ sehr unterschiedliche Massnahmen subsumieren lassen, was zu teilweise sehr unterschiedlichen Definitionen in verschiedenen Studien führt. Jacobi et al. (2004) veröffentlichten beispielsweise Daten des Zusatzsurveys „Psychische Gesundheit“ des deutschen Bundesgesundheits surveys. Als Inanspruchnahme einer mindestens minimalen Intervention zählte hierbei bereits die Anfrage für eine Behandlung aufgrund psychischer, psychosomatischer oder aufgrund von Suchtproblemen bzw. die Empfehlung eines Arztes zu einer entsprechenden Behandlung. Dagegen wurde im Rahmen der ESEMeD-Studie erfasst, welche Leistungserbringer (Facharzt, sonstige Fachperson, Hausarzt usw.) wie oft aufgesucht wurden und welche Form von Behandlung (medikamentös, psychotherapeutisch) erfolgte (Alonso et al., 2004c).

Für die Schweiz haben Schuler und Meyer (2006) den vorliegenden Kenntnisstand zur Inanspruchnahme und zum Verhältnis von stationärer und ambulanter Behandlung zusammengefasst. Danach leidet in der Schweiz ca. ein Viertel der Bevölkerung an einer psychischen Störung. Von den betroffenen Personen nehmen lediglich 20%



eine professionelle Behandlung in Anspruch, bei 80% bleibt die Störung unbehandelt. Jene Personen, die Hilfe in Anspruch nehmen, werden grösstenteils (80%) ambulant von Psychiater/innen, Allgemeinärzt/innen oder Psycholog/innen versorgt. Nur knapp 20% werden stationär behandelt, davon 65% in einer psychiatrischen Klinik.

### **2.5.1 Art der Störung, Schweregrad und Komorbidität**

Generell zeigen verschiedene Studien einen Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und Komorbidität bzw. Schwere der Störung (Andrews, Henderson & Hall, 2001; Bijl et al., 2003; Jacobi et al., 2004; Wittchen & Fehm, 2003). In der ESEMeD-Studie (Alonso et al., 2004c) wurden die Studienteilnehmenden spezifisch zur Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung aufgrund der eigenen psychischen oder emotionalen Verfassung gefragt. Erwartungsgemäss war die Inanspruchnahme in der Gruppe der Personen mit psychischen Störungen deutlich höher als in der Gesamtstichprobe (25,7% vs. 6,4%) und mit 40% besonders hoch bei Personen mit mehr als einer Störung (Komorbidität).

Ausserdem hängt die Inanspruchnahme mit der Art der Störung zusammen. Wittchen und Jacobi (2005) zeigen, dass die Inanspruchnahme bei affektiven Störungen mit 36,5% am höchsten ausfällt. Mit 26,1% nehmen Patienten mit einer Angststörung ebenfalls häufig eine Behandlung in Anspruch; an dritter Stelle sind die Alkoholerkrankungen zu nennen (8,3%). Alonso et al. (2004c) bestätigen die höchsten Inanspruchnahmeraten bei affektiven Störungen. Übereinstimmend werden in allen Studien affektive Störungen und Angststörungen als die am häufigsten, Substanzerkrankungen als die am seltensten behandelten Krankheitsbilder identifiziert, wobei sich generell die Inanspruchnahmerate im Zusammenhang mit Komorbidität deutlich erhöht.

Was die Art der Versorgung angeht, erfolgte ein Drittel der Konsultationen ausschliesslich beim Hausarzt, ein Drittel ausschliesslich bei Spezialisten (Fachärzt/innen, Psycholog/innen) und ein weiteres Drittel der behandelten Personen nahmen Leistungen beider Versorgergruppen in Anspruch (Alonso et al., 2004c). Bijl et al. (2003) konnten zeigen, dass das Verhältnis zwischen Inanspruchnahme bei Hausärzten und bei Spezialisten landesspezifisch unterschiedlich ausfällt. So wurde in Deutschland beispielsweise die höchste Behandlungsrate bei Spezialisten gefunden, wohingegen in Kanada und den Niederlanden die meisten Patient/innen zuerst den Hausarzt aufsuchen (Hausarzt als Gatekeeper). Weiter ergaben sich Unterschiede je nach Versicherungssystem des Landes. In den USA, dem einzigen Land in der Vergleichsstudie ohne allgemeine gesetzliche Krankenversicherung, war die Rate der nicht behandelten Personen mit schweren psychischen Störungen am höchsten (Bijl et al., 2003).

Ergebnisse zur Inanspruchnahme in der Schweiz finden sich vor allem in der Studie von Angst et al. (2005) sowie in Berichten des Bundesamtes für Statistik (Bundesamt

für Statistik, 2006). In der Zürich-Studie wird auf die höhere Inanspruchnahmerate bei zunehmender Schwere der Störung hingewiesen und dies wird mit einem höheren Leidensdruck begründet (Angst et al., 2005). Eine durchschnittliche Inanspruchnahmerate von 30% macht weiter deutlich, dass etwa zwei Drittel der Betroffenen keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Eichenberger (2002) in Bezug auf Depressionen und Angststörungen. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002 (Calmonte et al., 2005) wird eine insgesamt sehr niedrige Inanspruchnahmerate von 4,4% für die Behandlung durch eine Psychologin/einen Psychologen berichtet.

### 2.5.2 Geschlecht

Epidemiologische Studien belegen übereinstimmend höhere Erkrankungshäufigkeiten für psychische Störungen bei Frauen (Alonso et al., 2004a; Jacobi et al., 2004; Wittchen, Jonsson & Olesen, 2005). Dies betrifft insbesondere Angst- und affektive Störungen, während Männer höhere Prävalenzraten bei Abhängigkeitserkrankungen aufweisen.

Ebenfalls durch zahlreiche Studien erwiesen ist der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Störungen (Furmark, 2002; Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005), wobei Frauen generell eher eine Behandlung in Anspruch nehmen als Männer (Bijl et al., 2003; Gold, 1998; Kessler, Chiu et al., 2005). In der ESEMeD-Studie wird für die sechs berücksichtigten europäischen Länder im beobachteten 1-Jahres-Zeitraum eine für Frauen gegenüber Männern doppelt so hohe Inanspruchnahmerate von psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten ausgewiesen (Alonso et al., 2004c). Lieb, Becker und Altamura (2005) fanden für Frauen ein gegenüber Männern 2- bis 3-fach höheres Risiko, an einer Generalisierten Angststörung (GAD) zu erkranken, die wiederum mit einer besonders hohen Inanspruchnahme („*high utilization*“) assoziiert ist.

Bezogen auf die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen in der Schweiz zeigen Sturny et al. (2004), dass Männer zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr sowie ab dem 80. Lebensjahr, Frauen dagegen zwischen dem 40. und 80. Lebensjahr eine höhere psychiatrische Hospitalisierungsrate aufweisen. Männer lassen sich am häufigsten infolge von Schizophrenie, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Depression, Frauen am häufigsten wegen Depression, neurotischen und Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Schizophrenie behandeln (Schuler, Rüesch & Weiss, 2007). Die grössten Geschlechterunterschiede werden in der Schweiz in der Altersgruppe über 65 Jahren ausgewiesen (Sturny et al., 2004).

Unterschiedliche Inanspruchnahmемuster von Männern und Frauen in der Schweiz sind Camenzind und Meier (2004) zufolge ein Grund für höhere ambulante Psychiatriekosten von Frauen. Mögliche Erklärungen sind ein anderer Zugang zu psychiatrischen Leistungen sowie die Inanspruchnahme von psychiatrischer Versorgung durch

Männer in einer späteren Krankheitsphase mit der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

### 2.5.3 Alter

Der Zusammenhang zwischen Alter und Inanspruchnahme wird übereinstimmend in internationalen Studien bestätigt (Kawakami et al., 2005; Kessler et al., 2005; Lieb, Becker & Altamura, 2005). In der europäischen ESEMeD-Studie (Alonso et al., 2004a) wird der Höhepunkt in der Altersgruppe 35–49 Jahre ausgewiesen. Das Review von Lieb, Becker und Altamura (2005) zur Generalisierten Angststörung (GAD) in Europa ergibt einen Anstieg der Prävalenzraten mit dem Alter sowie eine generell hohe Inanspruchnahmerate bei GAD.

Nationale Daten aus der Medizinischen Statistik des Jahres 2004 (Bundesamt für Statistik, 2006) zeigen, dass die stationäre Behandlungsrate bis zum geschlechtsspezifischen Höhepunkt (30–34 Jahre bei Männern, 35–39 Jahre bei Frauen) kontinuierlich zunimmt und dann wieder abfällt. Schuler et al. (2007) begründen die von ihnen gefundene Häufung psychiatrischer Behandlungen bei 25–34-jährigen Männern mit den in dieser Altersgruppe hohen Häufigkeiten von diagnostizierten Schizophrenien und Drogenmissbrauch. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002 (Calmonte et al., 2005) wird eine insgesamt sehr niedrige Inanspruchnahmerate von 4,4% für die Behandlung durch eine Psychologin/ einen Psychologen berichtet. Obwohl die Kategorie „Psycholog/in“ nur eine mögliche Interventionsform darstellt, zeigt sich in diesem Bereich ein deutlicher Zusammenhang von Inanspruchnahmeverhalten und Altersgruppe, wobei der Höhepunkt der Inanspruchnahme sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei der Altersgruppe 35–44 Jahre liegt, jedoch für Frauen leicht höher ausfällt.

### 2.5.4 Zivilstand

Die meisten Studien zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen dem Zivilstand und der Prävalenz verschiedener psychischer Störungen: Übereinstimmend sind die Prävalenzraten bei allein lebenden, getrennten bzw. geschiedenen oder verwitweten Personen höher als bei in Partnerschaft lebenden bzw. verheirateten Personen (Alonso et al., 2004a; Andrews, Henderson & Hall, 2001; Bijl et al., 2003; Furmark, 2002; Jonas et al., 2003; Shear et al., 2006). Dagegen gibt es kaum Aussagen über den Zusammenhang zwischen dem Zivilstand und dem Inanspruchnahmeverhalten. Indirekt lässt sich dieser durch ein von Jacobi et al. (2004) berichtetes Ergebnis erschliessen. Danach besteht ein Zusammenhang zwischen Nichtverheiratetsein und Komorbidität in dem Sinn, dass Ledige 50%, Getrennte, Geschiedene oder Verwitwete 80% mehr Nebendiagnosen aufweisen als Verheiratete. Da Komorbidität positiv mit der Inanspruchnahmerate korreliert, lässt sich auf eine höhere Inanspruchnahme

bei diesen Personengruppen schliessen. Dies kann jedoch auch mit anderen Variablen konfundiert sein (z.B. Einschätzungen des Arztes darüber, ob ein soziales Netz besteht, das einen stationären Aufenthalt überflüssig macht).

### **2.5.5 Sozioökonomischer Status**

In Bezug auf den sozioökonomischen Status zeigt der aktuelle Erkenntnisstand eine deutliche Diskrepanz zwischen Erkrankungshäufigkeit und Inanspruchnahmerate. Im World Health Report 2001 der WHO (World Health Organization, 2001) wurde gezeigt, dass Armut mit einem bis zu dreifach erhöhten Risiko für verschiedene psychische Störungen verbunden ist. Jacobi et al. (2004) konnten zeigen, dass in Deutschland ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem höheren Risiko verbunden ist, an Substanzabhängigkeit, affektiven Störungen und Angststörungen zu erkranken, und dass die Prävalenzraten für die meisten psychischen Erkrankungen mit steigendem sozioökonomischen Status sinken.

Gleichzeitig wird ein umgekehrter Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Inanspruchnahme festgestellt. Die WHO (World Health Organization, 2001) weist nach, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status besonders in ärmeren, aber auch in reichen Ländern schwerer einen Zugang zu einer Behandlung finden. Die damit zusammenhängende zum Teil deutlich niedrigere Inanspruchnahmerate wurde in mehreren Studien bestätigt (Bijl et al., 2003; Costello et al., 1996; Kawakami et al., 2005). Beispielsweise fanden Steele, Glazier und Lin (2006) in einer kanadischen Studie, dass Personen mit dem höchsten sozioökonomischen Status 1,6 mal häufiger eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahmen und die Anzahl der Besuche beim Psychiater fast doppelt so hoch war als in der Gruppe mit dem tiefsten sozioökonomischen Status. In den USA haben Personen mit niedrigem Einkommen und hoher Komorbidität weniger Zugang zu einer adäquaten Behandlung als Personen mit hohem Einkommen und weniger komorbiden Störungen (Katz et al., 1997).

In der Regel wird in Untersuchungen der sozioökonomische Status über den Ausbildungsstand, die berufliche Situation bzw. den Erwerbsstatus oder das Einkommen erfasst. Zur besseren Interpretation der im Ergebnisteil vorgestellten Daten wird im Folgenden genauer auf Ausbildungsstand und Erwerbsstatus eingegangen.

### **Ausbildungsstand**

Empirische Studien belegen übereinstimmend, dass ein niedriger Bildungsstand mit einem höheren Risiko für psychische Störungen einhergeht (Alonso et al., 2004c; Andrews, Henderson & Hall, 2001; Bijl et al., 2003; Norris et al., 2003). In der Medizinischen Statistik 2004 (Quelle: Bundesamt für Statistik, 2006) wird darauf hingewiesen, dass der Anteil stationärer psychiatrischer Behandlungsfälle mit geringer

Schulbildung überproportional hoch ist, ohne hieraus jedoch einen kausalen Zusammenhang ableiten zu können. Auf den Zusammenhang von Ausbildungsstand und Art der erhaltenen Versorgung weisen Bijl und Ravelli (2000) hin. Den Autoren zufolge ist ein höherer Ausbildungsstand mit einer höheren Inanspruchnahme im spezialisierten (psychiatrischen) Gesundheitssektor, ein niedriger Ausbildungsstand eher mit einer Behandlung beim Hausarzt assoziiert. Personen mit einer besseren Ausbildung suchen also eher eine ihrer psychischen Störung adäquate Behandlung auf. Diese Tendenz wird von Kawakami et al. (2005) bestätigt.

## **Erwerbsstatus**

Übereinstimmend wird in Studien der Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Prävalenzrate psychischer Störungen belegt: Bijl et al. (2003) und Alonso et al., (2004c) konnten zeigen, dass Arbeitslosigkeit und psychische Störungen allgemein korrelieren, wobei ein besonders hoher Zusammenhang mit affektiven und Abhängigkeitserkrankungen besteht. Bijl und Ravelli (2000) zeigten, dass in den Niederlanden sowohl Ausbildung als auch Erwerbsstatus mit der Inanspruchnahme von Behandlungen zusammenhängen. Ebenfalls gehen die meisten psychischen Störungen mit einem 3-fach erhöhten Verlust an Arbeitstagen einher (Alonso et al., 2004c).

Im Monitoring über die psychische Gesundheit in der Schweiz zeigen Schuler et al. (2007), dass Menschen mit schwereren psychischen Problemen doppelt so häufig in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sind als die Allgemeinbevölkerung. Mehr als ein Drittel dieser Personen fühlt sich beeinträchtigt und mehr als ein Fünftel konnte in den letzten 4 Wochen teilweise nicht arbeiten. Christen und Christen (2005) zeigten anhand der Basisdaten der Psychiatrie 2003, dass 75% der stationär behandelten Fälle im Erwerbsalter erwerbslose Personen betreffen, während Voll- bzw. Teilzeiterwerbstätige lediglich 25% der stationär behandelten Fälle ausmachen.

### **2.5.6 Regionale Unterschiede**

Die Datenlage zu Differenzen von urbanen gegenüber ländlichen Regionen bezüglich der Prävalenz- und Inanspruchnahmeraten ist uneinheitlich: Geringere Prävalenzraten psychischer Störungen in ländlichen Gegenden wurden in mehreren europäischen Studien nachgewiesen (Alonso et al., 2004a; Ayuso-Mateos et al., 2001), konnten aber nicht für alle Störungen (z.B. soziale Phobie, Furmark, 2002) oder andere Länder (z.B. Australien; Andrews, Henderson & Hall, 2001) belegt werden.

Was die Inanspruchnahme anbelangt, zeigen US-amerikanische (Rost et al., 1998) und kanadische Studien (Parikh et al., 1996; Rost et al., 1998; Wang, 2004), dass Personen aus ländlichen Gebieten weniger Behandlungen in Anspruch nehmen als die aus urbanen Gegenden, sich aber häufiger stationär behandeln lassen. Bijl und Ravelli (2000) fanden in den Niederlanden bei Personen aus ländlichen Gebieten

neben niedrigeren Inanspruchnahmeraten auch einen geringeren geäusserten Behandlungsbedarf (*care needs*).

Hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Behandlungsangeboten zeigt der WHO-Bericht von 2001 (World Health Organization, 2001) auf, dass diese selbst in reichen Ländern mit Faktoren wie fehlender Versicherungsdeckung, niedrigerem Ausbildungsstand, Arbeitslosigkeit und Minoritätenstatus in Bezug auf Rasse, Ethnizität und Sprache assoziiert sind.

In der Schweiz wurden 1998 die höchsten Hospitalisationsraten und die höchsten psychiatrischen Pflegetagesummen in den Regionen Zürich und Genfersee nachgewiesen, die relativ dicht besiedelte Gebiete darstellen (Rüesch & Manzoni, 2003). Allerdings gingen in den Jahren 2002 bis 2004 die Hospitalisierungsraten in der Region Genfersee deutlich zurück (Schuler et al., 2007). Dieser Rückgang ist in Abnahmen der Raten in den zugehörigen Kantonen Waadt und Wallis begründet, während die Rate im Kanton Genf weiter gestiegen ist. In den eher ländlichen Kantonen zeigt lediglich das Tessin relativ hohe Hospitalisationsraten (Schuler et al, 2007). Hell und Meyer (2003) bestätigen das häufigere Auftreten psychischer Störungen in urbanen Gebieten in der Schweiz.

Brenner, Roessler und Fromm (2003) führen aus, dass insbesondere in städtischen Quartieren mit höherem Ausländeranteil (Indikator für schwierigere soziale Lebensverhältnisse) vermehrt stationäre Behandlungen in Anspruch genommen werden. Eine wesentliche Rolle spiele in der Schweiz auch der geographische Kontext: Die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote stehe in direktem Zusammenhang mit Anfahrtszeiten, wobei den Autoren zufolge eine Anfahrtszeit von über einer halben Stunde die stationäre Inanspruchnahme um bis zur Hälfte reduziere. Besonders betroffen hiervon seien Kantone, die im Rahmen der Grundversorgung eine ausserkantonale psychiatrische Behandlung vorsehen.

## **Nationalität**

An dieser Stelle soll auch auf den Zusammenhang von Migration und Inanspruchnahme eingegangen werden. Trotz beschränkter epidemiologischer Befunde zur Gesundheitssituation von Migrant/innen in der Schweiz kommt das Bundesamt für Gesundheit zur Einschätzung, dass von einer erhöhten Krankheitsgefährdung sowie einem erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen bei dieser Bevölkerungsgruppe auszugehen ist (Bundesamt für Gesundheit, 2002). Wie Weiss (2003) in ihrer Analyse der Gesundheit von Migrant/innen zusammenfasst, nutzen Migrant/innen psychiatrische und psychotherapeutische Angebote in der Regel weit weniger als die einheimische Bevölkerung. Nach den von ihr zusammengestellten epidemiologischen Ergebnissen wird die Annahme gestützt, dass Migrant/innen mit längerem Aufenthalt in der Schweiz und besserer sozialer Integration seltener in Kontakt mit psychiatrischen Institutionen kommen als Personen mit einer kurzen und belastenden Migrati-

onsbiographie. Ausserdem sind deutliche Unterschiede je nach Herkunftsland der Migrant/innen festzustellen, beispielsweise was das Risiko einer Ersthospitalisation betrifft (ebd., S. 170).

### **2.5.7 Versorgungsbezogene Probleme**

#### **Fehlversorgung**

Unter Fehlversorgung wird eine Versorgung verstanden, die einen vermeidbaren Schaden verursacht, indem Leistungen mit nicht gesichertem Nutzen angewendet werden, Leistungen mit gesichertem Nutzen nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden, oder Behandlungen nicht fachgerecht durchgeführt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Beispielsweise liegt bei einer ambulanten Behandlung eine Fehlversorgung vor, wenn dieser spezifische Fall besser durch stationäre Angebote versorgt werden könnte, diese aber nicht oder nur mit hohem Aufwand verfügbar sind. In ländlichen Regionen kann sich das Problem auch umgekehrt stellen. Beispielsweise bemängeln Brenner, Roessler und Fromm (2003), dass in der Schweiz eine gemeindeintegrierte psychiatrische Rehabilitation noch zu wenig genutzt werden kann. Dadurch blieben oftmals Patienten länger als nötig in stationärer Behandlung, weil die erforderlichen Angebote wie z.B. betreutes Wohnen nicht verfügbar seien. Aufgrund der diesem Bericht zugrunde liegenden Daten kann die Frage der Fehlversorgung nicht sinnvoll beurteilt werden, da hier nur die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Angebote, also die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen, erfasst wurde.

Eine andere Art der Fehlversorgung im stationären Rahmen könnte vorliegen, wenn Patient/innen mit psychiatrischer Hauptdiagnose nur in somatischen Kliniken behandelt werden. Rüesch und Manzoni (2003) bestätigen das Ergebnis des WHO-Berichts zur psychischen Gesundheit (World Health Organization, 2001) - wonach in der Schweiz ein Viertel der Personen mit schweren psychiatrischen Hauptdiagnosen in einer nicht-psychiatrischen stationären Einrichtung des Gesundheitswesens behandelt wird. Betroffene lassen sich, wenn überhaupt, meist in ambulanten oder stationären Einrichtungen anderer medizinischer Disziplinen behandeln. Damit ist zwar nicht zwingend eine Fehlversorgung verbunden, allerdings wäre zu prüfen, ob die jeweilige unspezifische Versorgung hinsichtlich Effektivität und Effizienz mit spezifischen Angeboten vergleichbar sind.

Weiterhin werden in der Literatur unter dem Begriff heavy user (oder auch high utilizer) Personen beschrieben, die medizinische Leistungen besonders stark in Anspruch nehmen (Roick, 2002). Das Interesse an diesem Patientenkreis ist darin begründet, dass für Personen mit vielen Rehospitalisierungen unter Umständen eine sinnvollere (und evtl. kostengünstigere) Versorgung möglich wäre.

Wie Roick et al. (2002) in ihrem Review darstellen, gibt es - neben weiteren methodischen Problemen bei der Untersuchung des Themas - keinen Konsens darüber, wie heavy use zu definieren ist. Als Kriterien werden in verschiedenen Arbeiten die Anzahl der stationären Aufnahmen, die Summe der stationären Behandlungstage, sowie die durch die Behandlung verursachten Kosten zur Bestimmung von heavy users herangezogen. Spiessl et al. (2002) thematisieren die Frage, ob heavy users eine besonders schwer beeinträchtigte Gruppe psychisch kranker Menschen mit hohem Behandlungsbedarf darstellen, oder ob die hohe Inanspruchnahme auf strukturelle Defizite der psychiatrischen Versorgung hinweist.

Demnach ist eine starke Inanspruchnahme nicht zwangsläufig mit einer Fehlversorgung verbunden. Ob bei Patient/innen mit starker Inanspruchnahme eine Fehlversorgung vorliegt, müsste im Einzelfall geprüft werden.

### **Unterversorgung**

Von Unterversorgung kann ausgegangen werden, wenn bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung keine Versorgungsleistungen, aus welchem Grund auch immer, in Anspruch genommen werden. In ihrer Metaanalyse fanden Wittchen und Jacobi (2005) in Europa zwar je nach Land und Störung heterogene Befunde, übereinstimmend zeigt sich aber in allen Primärstudien, dass nur wenige Betroffene eine adäquate Behandlung in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahmeraten bewegen sich in einem Range von 8,3% - 36,5% und liegen insgesamt bei ca. 25%. In der europäischen ESEMeD-Studie wurde gezeigt, dass die Inanspruchnahme bei Vorliegen von mehr als einer Störung (Komorbidität) auf 40% steigt (Alonso et al., 2004c). Jacobi et al. (2004) bestätigten in Deutschland den Zusammenhang zwischen der Anzahl psychischer Störungen und der Inanspruchnahme (Raten zwischen 30,6% bei einer Störung und 76,1% bei drei oder mehr komorbiden Störungen). Bijl et al. (2003) weisen zudem darauf hin, dass bei der Inanspruchnahmerate ebenfalls die Art der Versorgung zu betrachten ist: In den Niederlanden und Deutschland werden ähnlich hohe Behandlungsraten ausgewiesen, jedoch lassen sich die Patienten in den Niederlanden vor allem durch den Hausarzt, in Deutschland vorwiegend durch auf psychische Erkrankungen spezialisierte Fachleute behandeln.

### **Übersorgung**

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern verfügt die Schweiz insgesamt über sehr gute Versorgungsressourcen. Nach Brenner, Rössler und Fromm (2003) kommen trotz der in manchen Regionen bestehenden Versorgungsstrukturschwäche auf einen niedergelassenen Psychiater durchschnittlich ca. 5000 Einwohner. Damit verfüge die Schweiz über eine mehr als doppelt so hohe Niederlassungsdichte wie Deutschland, welches im internationalen Vergleich gut abschneidet. Im europäischen



Vergleich verfügen die Nachbarländer bezüglich der stationären Versorgung über 0,6-0,8 Betten pro 1000 Einwohner verglichen mit 1,4 Betten pro 1000 Einwohner in der Schweiz.

Überversorgung wird als Behandlung definiert, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig und/oder deren Nutzen nicht hinreichend gesichert ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). In der Regel ist es äusserst schwierig eine Überversorgung zu belegen. Die viel relevantere Frage ist jedoch, ob spezifische Versorgungsbedingungen in einer Kosten-Nutzen-Relation als optimal anzusehen sind. Der bereits dargestellte Sachverhalt, wonach Brenner, Roessler und Fromm (2003) zufolge ein unzureichendes gemeindeintegriertes psychiatrisches Angebot zu unnötig langen stationärer Behandlungen führt, wäre hier als (Negativ-)Beispiel zu nennen.

### 3 Methodisches Vorgehen

Die zentrale Methodik bei den Auswertungen des vorliegenden Projekts besteht darin, Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zu Bevölkerungsdaten (Volkszählung, Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes) als Referenzgrösse in Beziehung zu setzen. Das Ziel ist, datengestützte und aktuelle Aussagen zur stationären Inanspruchnahme-Epidemiologie psychischer Störungen in der Schweiz machen zu können bzw. das Risiko einer psychiatrischen Hospitalisation zu bestimmen. Im Zentrum steht die Frage, wie hoch der Bevölkerungsanteil ist, der mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt wird.

Weiterhin sollen Faktoren bestimmt werden, welche mit Krankheits- und Inanspruchnahme-Häufigkeiten von psychiatrischen Behandlungen assoziiert sind. Hierfür werden soziodemografische und sozioökonomische Subgruppen getrennt analysiert und einander gegenübergestellt.

#### 3.1 Datenquellen 1: Medizinische Statistik<sup>3</sup>

„Die Erhebung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser gründet auf dem Bundesstatistikgesetz. Diese medizinischen Basisdaten werden vom Bundesamt für Statistik seit 1998 in jährlichem Rhythmus erfasst. Hierbei handelt es sich um eine obligatorische patientenbezogene Vollerhebung von medizinischen, stationären Behandlungen in Krankenhäusern und Psychiatrischen Kliniken. Diese obligatorischen Daten werden im Minimal-Datensatz erfasst. Freiwillig ist die Erhebung von Daten mit einem Psychiatrie-Zusatzmodul, das vertiefte Analysen von psychiatrischen Behandlungen erlaubt. Die Erhebungseinheit ist immer der durch die Hauptdiagnose definierte Behandlungsfall (bestehend aus: Eintritt, Behandlung, Austritt) in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung.“ (zit. aus Christen & Christen, 2003, S. 5; dort ist auch eine detailliertere Beschreibung der Medizinischen Statistik zu finden). Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt.

---

<sup>3</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/mkh/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html)

### 3.1.1 Enthaltene Daten

In der Medizinischen Statistik sind folgende Angaben enthalten:

#### Minimaldatensatz

- Erhebungstechnische Merkmale (z.B. Betriebsidentifikation)
- Betriebswirtschaftliche Merkmale (z.B. Leistungserbringer, Kostenträger)
- Patientenmerkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität, anonymer Verbindungscode bzw. Patienten-ID)
- Aufenthaltsmerkmale (Eintrittsbedingungen, Austrittsbedingungen)
- Diagnosen – nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000).

#### Psychiatrie-Zusatzdaten

- Soziodemografische und sozioökonomische Daten (z.B. Zivilstand, Ausbildungsstand, Erwerbsstatus)
- Behandlung, Psychopharmakotherapie
- Genauere Eintrittsbedingungen, Freiwilligkeit, fürsorglicher Freiheitsentzug

Die Teilnahmequote für das Jahr 2004 beträgt 100% der Krankenhäuser und seit dem Jahr 2000 mehr als 93% der von der administrativen Statistik bzw. aufgrund der Pflage tage erwarteten Fälle (Quelle: Bundesamt für Statistik, 2004). Während der Minimal-Datensatz obligatorisch ist, ist der Psychiatrie-Zusatzdatensatz freiwillig und liegt im Jahr 2004 für 60,3% der Behandlungsfälle vor.

### 3.1.2 Selektionskriterien

In der vorliegenden Analyse wurden zum Teil aus inhaltlichen und zum Teil aus administrativen Gründen bzw. aufgrund der Datenlage folgende Einschlusskriterien festgelegt:

- Um möglichst alle stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz einbeziehen zu können, wurden alle Fälle aus Psychiatrischen Kliniken (K21<sup>4</sup>), psychiatrischen Abteilungen von somatischen Kliniken, Fälle mit Abrechnung über Kostenstelle M500 „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder mit Haupt-F-Diagnosen aus nicht-psychiatrischen Kliniken berücksichtigt.
- Aufgrund der Komplexität multimorbider Störungen bezieht sich die Studie analog zu anderen Obsan-Auswertungen allein auf psychiatrische Hauptdiag-

---

<sup>4</sup> Bundesamt für Statistik: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens – Krankenhaus-typologie. Neuchâtel, November 2001, Version 5.1.

nosen (ICD-10: F00–F99). Die Analysen von Multimorbidität und Nebendiagnosen werden in einem separaten Obsan-Mandat durchgeführt.

- Die Medizinische Statistik ist schwerpunktmässig eine Statistik über stationär erbrachte Leistungen. Teilstationäre Behandlungen machen nur einen verschwindend geringen Teil der Fälle aus und ihre Definition ist kantonally nicht einheitlich. Daher wurden die Auswertungen nur für stationäre Patienten gemacht. 21,8% der Patienten mit teilstationären Behandlungen hatten sowieso im gleichen Jahr eine vorangehende stationäre Behandlung. Diese Patienten wurden mit den stationären Daten in die Analyse eingeschlossen.
- Es wurden nur Behandlungen von Personen einbezogen, die 15 Jahre oder älter sind<sup>5</sup>.
- Da die Studie die Inanspruchnahme-Epidemiologie für die Schweiz bestimmen will, wurden nur Personen mit Wohnort in der Schweiz (auch ausländische Einwohner) einbezogen. 1,4% aller stationär behandelten Personen mit Wohnort ausserhalb der Schweiz und 0,2% Personen mit unbekanntem Wohnort wurden nicht einbezogen.

### 3.1.3 Epidemiologische Auswertungseinheit (Falldefinition)

#### Diagnosen

Die im Rahmen der Medizinischen Statistik vorliegenden Diagnosen sind klinische Diagnosen, die nicht zwingend – wie in klassischen epidemiologischen Studien üblich – mit umfangreicher Diagnostik (wie z.B. dem CIDI) erstellt wurden. Die Validität der im Rahmen der klinischen Alltagspraxis gestellten Diagnosen kann jedoch als befriedigend angesehen werden, da sie in der Regel von erfahrenen Ärzten vergeben und in den meisten Fällen von Oberärzten visiert werden. Die in der Medizinischen Statistik vorliegenden Diagnosen werden zudem zum Zeitpunkt des Austritts festgelegt, so dass die Validität der Diagnosenstellung zusätzlich durch die Dauer und den Verlauf eines stationären Aufenthalts erhöht wird.

Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit, aber auch aufgrund der Datenqualität bei der Dokumentation der Nebendiagnosen beschränkt sich die vorliegende Studie analog zu bisherigen Publikationen des Obsan auf die Auswertung der Hauptdiagnosen. Zu der Analyse von Haupt- und Nebendiagnosen sowie dem Aspekt der Multimorbidität ist ein weiteres Projekt des Obsan in Bearbeitung.

---

<sup>5</sup> Die vorliegende Studie nur auf die Erwachsenenpsychiatrie. Analog zu bisherigen Obsan-Publikationen wurde dabei die Altersgrenze bei 15 Jahren (inklusive) festgelegt.

## Zuordnung von Behandlungsfällen zu Personen

Ab dem Jahr 2004 ist es möglich, vollständige Auswertungen der Medizinischen Statistik auf der Ebene von Personen und nicht nur auf der Basis von Behandlungsfällen durchzuführen. Für die Verknüpfung von Behandlungsfällen und einzelnen Personen werden die so genannten Anonymen Verbindungs-codes (AVCs) benötigt (für eine detailliertere Beschreibung siehe Christen & Christen, 2003). Diese liegen erst seit 2004 vollständig für alle Fälle der Medizinischen Krankenhausstatistik vor. Aus diesem Grund wurden bisher nahezu alle Analysen lediglich auf der Ebene von Behandlungsfällen ausgewertet. In der vorliegenden Studie kann aufgrund der Datenlage erstmals die genaue und vollständige Anzahl an Patienten bzw. realen Personen mit verschiedenen Hauptdiagnosen für das Jahr 2004 bestimmt werden. Bei der vorliegenden Studie ist die durchgehende Auswertungseinheit ein Patient bzw. eine Person und nicht ein Behandlungsfall<sup>6,7</sup>. Gerade für epidemiologische Fragestellungen und für die Versorgungsplanung ist die interessierende Grösse die Anzahl betroffener Patienten bzw. realer Personen und nicht die Angaben aus einzelnen Behandlungsepisoden.

Liegen für einen Patienten mehrere Behandlungsepisoden vor, so können Differenzen zwischen den Daten der verschiedenen Fälle auftreten. Es ist plausibel, dass die Angaben, die für die letzte vorhandene Behandlung vorliegen (z.B. die gestellte Diagnose), die zuverlässigsten sind. Daher wurden die Angaben jeweils aus dem letzten Fall des Auswertungsjahres verwendet. Bei fehlenden Angaben wurde der jeweils letzte vorhandene bzw. gültige Eintrag verwendet. Dies gilt für Diagnosen, Erwerbstätigkeit, Ausbildungsstand etc. Zu bedenken ist dabei, dass jeweils nur Jahreszeiträume ausgewertet werden und verschiedene Angaben bei mehreren Aufenthalten innerhalb eines Jahres eher selten vorkommen.

Bei Alter und Geschlecht gibt es kaum Inkonsistenzen zwischen verschiedenen Fällen eines Jahres. Beim Wohnkanton (0,6%), Zivilstand (0,8%) und dem Ausbildungsstand (3,5%) gibt es nur wenige Unterschiede zwischen verschiedenen Falldokumentationen desselben Patienten innerhalb eines Jahres, die ausserdem alle im plausiblen Bereich liegen. Einzig bei den Hauptdiagnosen gibt es mit 15,8% mehr Wechsel zwischen verschiedenen Behandlungsfällen, was zumindest teilweise auf eine unterschiedliche Gewichtung der jeweils als aktuell im Vordergrund stehenden Hauptdiagnose bei vorliegender Multimorbidität zurückgeführt werden kann und im klinischen Alltag in dieser Höhe nicht ungewöhnlich ist.

---

<sup>6</sup> Da viele psychische Störungen chronisch verlaufen und teilweise mit häufigen Rehospitalisierungen verbunden sind, sind Auswertungen auf der Ebene von Behandlungsfällen immer mit deutlichen Verzerrungen behaftet und können nur eine grobe Orientierungshilfe bieten. Je nach Diagnosegruppe kann dabei das Verhältnis von Fällen und Personen zudem sehr unterschiedlich sein.

<sup>7</sup> Mit Hilfe der AVCs können auch Behandlungsepisoden aus verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen einem Patienten zugeordnet werden (Ausnahme ist lediglich eine Namensänderung bei Heirat).

Insgesamt können die geringen Unterschiede zwischen den Dokumentationen von verschiedenen Behandlungsepisoden der gleichen Patient/innen als Anzeichen für eine recht gute Datenqualität angesehen werden.

### 3.1.4 Datenqualität und Umgang mit fehlenden Werten

#### Anonyme Verbindungs-codes (AVCs)

Eine Einschränkung der Datenqualität aufgrund von unplausiblen Daten kann weitgehend ausgeschlossen werden (s.o.). Elementarer für die vorliegende Untersuchung sind fehlende Angaben. Die entscheidende Schwierigkeit für die hier bearbeitete Fragestellung sind fehlende AVCs, die für die Zuordnung von Fällen zu Patienten notwendig sind. Obwohl seit 1998 obligatorisch, sind diese erst ab dem Jahr 2004 zu 100% vollständig. Die Häufigkeit von vorhandenen AVCs ist in Tabelle 1 dargestellt. Das Verfahren bei fehlenden AVCs in den Jahren vor 2004 ist in Fussnote 8 angegeben.

Ausser dem zeitlichen Verlauf wurden alle Analysen für das Jahr 2004 mit vollständigen Verbindungs-codes und der genauen Anzahl von Personen durchgeführt.

**Tabelle 1: Häufigkeiten der Behandlungsfälle, der fehlenden anonymen Verbindungs-codes und der Patientenzahlen für die Jahre 2000–2004.**

	2000	2001	2002	2003	2004	Zunahme 2000–2004
Fälle BFS	71482	78349	80700	82365	83262	16,5%
Fälle mit erfüllten Einschlusskriterien	68379	73466	76435	77707	78792	
Fehlende AVCs in %	25.9	23.1	0.3	0.005	0.000	
Anzahl Patienten <sup>8</sup>	47414*	48703*	50972**	50532**	50345	6,2%

<sup>8</sup> \* = Für die Jahre 2000 und 2001 musste die Anzahl der Patienten aus der Anzahl der Fälle für 25,9% bzw. 23,1% der Daten mit fehlenden AVCs geschätzt werden. Dabei wurde separat für jede Kombination aus Alterskategorie, Geschlecht und Diagnosegruppe das Fall-Patientenverhältnis von vorhandenen AVCs auf die Fälle mit fehlenden AVCs übertragen.

\*\* = Bei den Jahren 2002 und 2003 fehlen 0.3 bzw. 0.005% der Verbindungs-codes.

## **Fehlende Psychiatrie-Zusatzdaten und Hochrechnung**

Für die Aufteilung der Auswertungen nach Zivilstand und sozioökonomischen Subgruppen sind die Psychiatrie-Zusatzdaten notwendig. Die Erhebung von Psychiatrie-Zusatzdaten ist für die Kliniken fakultativ und daher für keines der Jahre 2000 bis 2004 vollständig. Im Jahr 2000 fehlen 50,5% und im Jahr 2004 immerhin noch 39,7% der Psychiatrie-Zusatzdaten. Da das Fehlen von Psychiatrie-Zusatzdaten administrativ bedingt ist, kann man für psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen davon ausgehen, dass es nicht auf systematische inhaltliche bzw. behandlungsbezogene Ursachen zurückzuführen ist (Auskunft des BFS, vgl. auch Christen & Christen, 2003). Für die Patient/innen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen in somatischen Spitälern kann eine systematische Verzerrung jedoch nicht ganz ausgeschlossen werden (siehe hierzu auch Fussnote 9).

Die Psychiatrie-Zusatzdaten werden in der vorliegenden Auswertung für die Subgruppeneinteilung nach Zivilstand, Ausbildung und Erwerbsstatus benötigt. Bei fehlenden Angaben der Psychiatrie-Zusatzdaten wurden für jede Kombination von Alterskategorie, Geschlecht und Diagnosegruppe separat aus den vorhandenen Psychiatrie-Zusatzdaten die entsprechenden Anteile für alle Patient/innen hochgerechnet<sup>9</sup>.

## **Projektion der Bevölkerungsreferenz aus der Volkszählung 2000 auf 2004**

Aufgrund der deutlich besseren Datenqualität – insbesondere den vollständigen anonymen Verbindungscode – der medizinischen Statistikdaten im Jahre 2004, wurden die Auswertungen weitestgehend für das Jahr 2004 durchgeführt. Als Bevölkerungsreferenz steht hier das ESPOP 2004 zur Verfügung. Darin enthalten sind Angaben zu Alter, Geschlecht, Zivilstand, Wohnkanton und Nationalität. Sozioökonomische Angaben sind im ESPOP jedoch nicht enthalten, so dass hierfür auf die Volkszählung 2000 zurückgegriffen werden musste.

Die Bevölkerungsreferenz für Variablen, die nicht im ESPOP 2004 enthalten sind, wurde für das Jahr 2004 folgendermassen geschätzt<sup>10</sup>:

---

<sup>9</sup> Die Anteile an fehlenden Psychiatrie-Zusatzdaten bei psychiatrischen Kliniken und bei psychiatrischen Abteilungen unterscheiden sich kaum (78,4% und 77,4%). Bei psychiatrischen Hauptdiagnosen in somatischen Spitälern fehlen 99,9% der Psychiatrie-Zusatzdaten, so dass eine stratifizierte Aufschätzung nach Kliniktyp leider nicht möglich ist.

<sup>10</sup> Für das Jahr 2000 liegen in der Medizinischen Statistik nur 74% der anonymen Verbindungscode vor, so dass die genauen Patientenzahlen der einzelnen Diagnosegruppen nicht berechnet, sondern nur mit gewisser Ungenauigkeit geschätzt werden könnten. Bei der Abwägung, entweder wegen fehlender AVCs die tatsächliche Anzahl der Patienten für das Jahr 2000 hochzurechnen, oder die Auswertungen für das Jahr 2004 durchzuführen und dafür die Bevölkerungsreferenz aus der Volkszählung 2000 zu schätzen, wurde das zweite Vorgehen gewählt, da sich dabei kleinere Ungenauigkeiten deutlich weniger auswirken als bei der ersten Möglichkeit. Hierfür musste die Bevölkerungsreferenz aufgrund der Volkszählung 2000 auf das ESPOP des Jahres 2004 projiziert bzw. hochgerechnet werden.

Für jede Kombination aus Alterskategorie und Geschlecht wurden für die Volkszählung 2000 die Prozentanteile bezüglich jeder Kategorie der Erwerbstätigkeit bzw. des Ausbildungsstandes bestimmt. Diese Anteile wurden für jede Alters- und Geschlechtskombination separat auf die jeweilige Bevölkerungsanzahl des ESPOP 2004 projiziert (nach Alter und Geschlecht stratifizierte Schätzung). Dies wurde analog für den Ausbildungsstand durchgeführt<sup>11,12</sup>.

### **Beurteilung und Konsequenzen der Datenqualität**

Ziel ist es, die vorhandene Datenbasis so umfassend wie möglich auszuschöpfen, um zu möglichst aktuellen und aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen. Alle Auswertungen zu Alter, Geschlecht, Nationalität und Wohnkanton basieren vollständig auf tatsächlich vorhandenen – nicht geschätzten – Daten. Für die Auswertung bezüglich des Zivilstands für das Jahr 2004 mussten 39,7% der fehlenden Psychiatrie-Zusatzdaten hochgerechnet werden.

Für die sozioökonomischen Variablen musste zusätzlich zu 39,7% fehlenden Psychiatrie-Zusatzdaten noch die Bevölkerungsreferenz von 2000 auf 2004 projiziert werden. Aufgrund dieser Hochrechnungen können unsere Auswertungen zu den sozioökonomischen Subgruppen keinen Anspruch auf Vollständigkeit und absolute Genauigkeit erheben.

## **3.2 Datenquellen 2: Bevölkerungsstatistiken**

Für epidemiologische Fragestellungen sind zuverlässige Erhebungen zur Bevölkerungszahl sowie deren demografischen, sozialen und räumlichen Verteilung notwendig. Durch die in der Schweiz regelmässig durchgeführte Volkszählung liegen hierzu zuverlässigere Zahlen als in vielen anderen Ländern vor<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Das gewählte Vorgehen unterstellt eine Konstanz der Anteile zwischen 2000 und 2004. Da es sich lediglich um die Referenzgrößen und nicht die eigentliche Auswertungsgröße der betroffenen Patient/innen handelt ist diese Annahme für die vorliegende Auswertung vertretbar.

<sup>12</sup> Dieses Vorgehen ermöglicht es, alle Auswertungen für das Jahr 2004 durchzuführen. Eine Schätzung der Referenzgrößen ist ausserdem für die Bestimmung der Behandlungsprävalenz genauer als die Schätzung der Patient/innenzahlen die aufgrund fehlender AVCs für das Jahr 2000 nötig gewesen wäre.

<sup>13</sup> Bei der Schweizer Bevölkerung handelt es sich um eine dynamische Grundgesamtheit. Implizit wird davon ausgegangen, dass die Zu- und Abwanderungen keinen gravierenden Einfluss auf die Bestimmung der epidemiologischen Kennwerte haben.



### 3.2.1 Daten der Eidgenössischen Volkszählung des Jahres 2000 (BFS)

Die Eidgenössische Volkszählung wird vom Bundesamt für Statistik mit Unterstützung der Kantone und Gemeinden durchgeführt und zeichnet die demografische, räumliche, soziale und wirtschaftliche Entwicklung der Schweiz seit 1850 nach. Es handelt sich um eine obligatorische Vollerhebung, die schriftlich bzw. via Internet alle 10 Jahre durchgeführt wird. Die letzte Erhebung stammt aus dem Jahre 2000.

Neben soziodemografischen Angaben wie Alter, Geschlecht, Zivilstand und Staatsangehörigkeit sind auch sozioökonomische Daten zu Ausbildung und Erwerbstätigkeit enthalten. Diese sind für die vorliegende Studie relevant. Genauere Angaben zur Volkszählung werden vom Bundesamt für Statistik bereitgestellt<sup>14</sup>.

### 3.2.2 Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP)

Seit 1980 wird vom Bundesamt für Statistik die Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) geführt. Diese Statistik liefert jährliche Angaben zu Stand, Struktur und Bewegungen der Wohnbevölkerung der Schweiz. Dabei stützt sich ESPOP vorwiegend auf bereits bestehende Erhebungen oder Verwaltungsregister des Bundes (Volkszählung, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Zentrales Ausländerregister u.a.).

Zur Ermittlung des jährlichen Bevölkerungsstandes wird im Allgemeinen die Fortschreibungsmethode verwendet. Ausgehend von der letzten Volkszählung werden die Bestände für die folgenden Jahre durch Geburten, Todesfälle, Wanderbewegungen, Zivilstandsänderungen, Zu- und Abgänge etc. ergänzt. Analog zu den Auswertungen des Indikatorenkonzepts des Obsan (BFS, Obsan: Indikator 6.1.2) wurde auch hier der Bevölkerungsstand zur Jahresmitte verwendet. Genaue Informationen werden vom Bundesamt für Statistik bereitgestellt<sup>15</sup>.

## 3.3 Zuordnung der Datenquellen

Um spezifische Subgruppen getrennt analysieren zu können, ist es zwingend notwendig, dass entsprechende Angaben sowohl in den medizinischen Statistikdaten, als auch in den Bevölkerungsdaten vorhanden sind, damit sie einander zugeordnet werden können.

Aus diesem Grund muss für die Bildung von Subgruppen auf zum Teil verschiedene Datenquellen zurückgegriffen werden. Eine Übersicht gibt Tabelle 2.

---

<sup>14</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/vz/uebersicht.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/vz/uebersicht.html)

<sup>15</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/esp01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/esp01.html)

**Tabelle 2: Zuordnung der Datenquellen**

Differenzierungsmerkmal	Medizinische Statistik	Bevölkerungsdaten
Geschlecht Alterskategorie Kanton Nationalität	2004  (Vollständiger Minimaldatensatz)	ESPOP 2004
Zivilstand	2004; Psychiatrie- Zusatzdaten (unvollständige Angaben, da freiwillig)	ESPOP 2004
Ausbildung Erwerbstätigkeit	2004; Psychiatrie- Zusatzdaten (unvollständige Angaben, da freiwillig)	Von Volkszählung 2000 auf ESPOP 2004 projizierte Werte

### 3.4 Kennzahlen der vorliegenden Studie

#### 1-Jahres-Behandlungsprävalenzen

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie, bei der jeweils ein 12-Monatszeitraum betrachtet wird. Für den 1.1.2004 wurde die Punktprävalenz bestimmt. Alle anderen berechneten Anteilswerte stellen 1-Jahres-Periodenprävalenzen bzw. -inzidenzen dar. Das bedeutet, dass die Prozentwerte angeben, welcher Anteil der entsprechenden Bevölkerungs-Referenz mit einer bestimmten Diagnose in dem entsprechenden Jahreszeitraum stationär behandelt wurde. Es ist dabei irrelevant, ob ein Patient im entsprechenden Jahr eingetreten, ausgetreten oder beides ist bzw. sogar das ganze Jahr über stationär behandelt wurde<sup>16</sup>. Lebenszeitprävalenzen können mit den vorhandenen Daten nicht bestimmt werden, da hierfür retrospektive Angaben bzw. umfassende Längsschnittuntersuchungen notwendig sind.

<sup>16</sup> In Kategorien der BFS-Statistik handelt es sich um A, B und C-Fälle.

## 1-Jahres-Behandlungsinzidenzen

Die Inzidenz gibt den Anteil der Neuerkrankungen an. Bezogen auf die vorliegende Studie bedeutet Behandlungsinzidenz den Personenanteil, der zum ersten Mal stationär versorgt wurde. Es werden jeweils die 1-Jahres-Inzidenzen für das Jahr 2004 dargestellt.

Um die Neuerkrankungen bestimmen zu können, sind Informationen darüber notwendig, ob ein Patient bereits vorher schon einmal stationär behandelt wurde. Für die Medizinische Statistik liegen hierzu Angaben ab dem Jahre 1998 vor, die jedoch zum Teil unvollständig sind. Man kann davon ausgehen, dass die Angaben ab dem Jahre 2000 zu 75% und ab dem Jahre 2002 zu 99,9% zuverlässig sind<sup>17</sup> (s. Tabelle 1). Die hier angegebenen Behandlungsinzidenzen geben also an, welcher Anteil Personen im Jahre 2004 stationär versorgt wurde und in den Jahren 2000–2003 mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keine Behandlung hatte<sup>18</sup>.

## Berechnung der Kennwerte

Damit die hier berechneten Kennwerte zur Behandlungsprävalenz und -inzidenz vergleichbar zu den epidemiologischen Kennwerten aus der Literatur sind, werden sie als Prozentwerte angegeben. Dadurch sind die Werte auch für alle Subgruppen direkt vergleichbar. Da hier – gemessen an der Krankheitshäufigkeit – nur eine relativ kleine Gruppe der stationären Behandlungen einbezogen wird, führen Prozentwerte zum Teil zu sehr kleinen Werten. Alle Kennwerte werden folgendermassen berechnet:

$$\text{Behandlungsprävalenz} = \frac{\text{Anzahl der stationär versorgten Patienten}}{\text{jeweilige Bevölkerungsreferenz}}$$

Für Subgruppen ist die Referenzgruppe die entsprechende Grundgesamtheit in der Bevölkerung (z.B. alle Männer im Alter über 65 Jahre). Daher ist es notwendig, dass alle Gruppierungsvariablen sowohl in der Medizinischen Statistik als auch in den Bevölkerungsstatistiken mit entsprechenden Kategorien vorhanden sind<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Auch die Bestimmung der ersten Behandlung hängt vom Vorhandensein der AVCs ab.

<sup>18</sup> Es dürfte nur ein sehr kleiner Teil der Patienten sein, die vor dem Jahr 2000 und dann erst wieder im Jahre 2004 einen Aufenthalt hatten. Diese würden irrtümlich als Neuerkrankungen gezählt.

<sup>19</sup> Für die Berechnung der Inzidenz muss von der Bevölkerungsreferenz die Anzahl der bereits zu Beginn des Beobachtungszeitraums (1.1.2004) Erkrankten subtrahiert werden.

## Odds Ratio

Eine Beschreibung sowie die Interpretation von Odds Ratios wurde bereits in Kapitel 2.1.1 gegeben. Viele der analysierten Variablen wie z.B. Zivilstand und sozioökonomische Variablen sind eng mit Alter und Geschlecht konfundiert. Daher werden die im Ergebnisteil angegebenen Odds Ratios nach der Methode von Mantel-Haenszel<sup>20</sup> bezüglich des Alters und Geschlechts adjustiert, um den tatsächlichen Unterschied der Subgruppen bezüglich sozioökonomischer und soziodemografischer Variablen unverzerrt beschreiben zu können.

---

<sup>20</sup> Der Mantel-Haenszel-Schätzer ist eine stratifizierte Auswertung, bei der für jede Subgruppe das Odds Ratio berechnet und dann gewichtet zusammengefasst wird. Dadurch ist das Odds Ratio bezüglich der Subgruppenaufteilung standardisiert bzw. adjustiert.

## 4 Ergebnisse

Um vergleichbare Größen zu anderen epidemiologischen Studien zu haben, sind alle Anteile der stationär behandelten Personen in Abbildungen als Prozentwerte dargestellt. Aus Gründen besserer Lesbarkeit sind in Tabellen die Anteile auf 10'000 Personen der Referenzbevölkerung bezogen. Alle Werte geben jeweils den betroffenen Personenanteil der entsprechenden Bevölkerungsreferenzgruppe an. Bei allen dargestellten Werten und der Bezeichnung Prävalenz bzw. Inzidenz handelt es sich, sofern nicht anders angegeben, um einen Beobachtungszeitraum von einem Jahr. In die Berechnung dieser epidemiologischen Kennwerte geht die Anzahl stationär behandelter Personen ein. Wie viele Behandlungsepisoden bzw. Wiedereintritte eine Person in dem Jahreszeitraum hatte, spielt dabei keine Rolle.

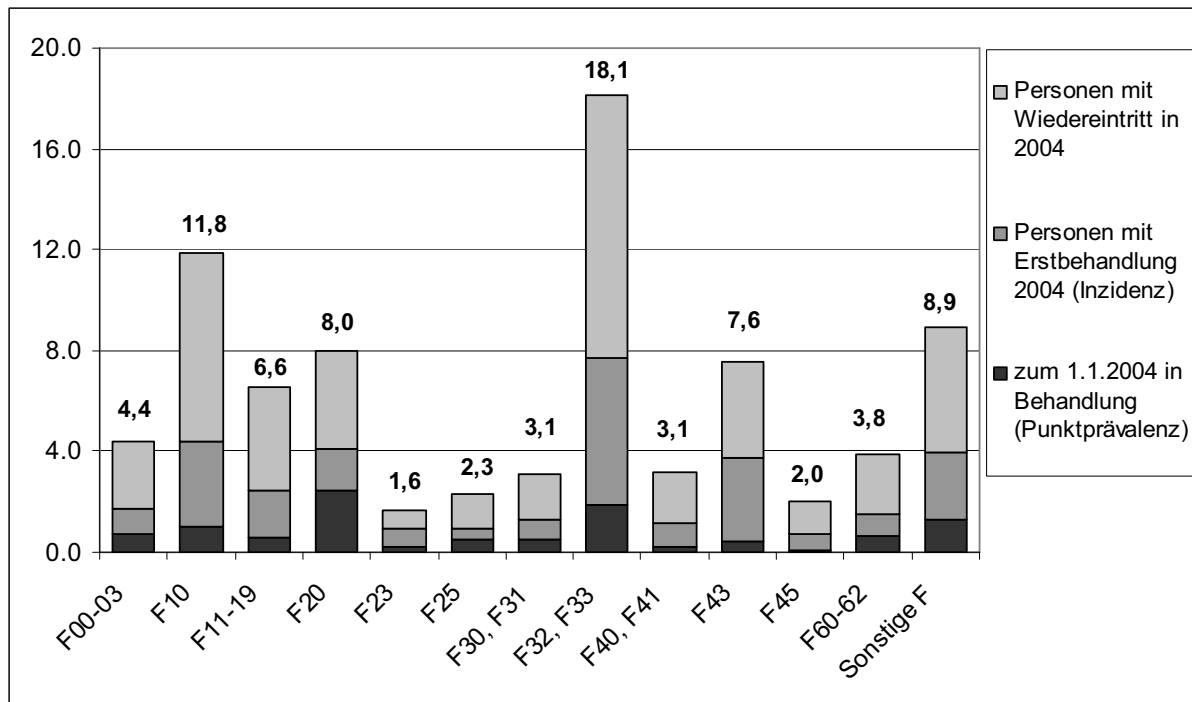
### 4.1 Prävalenz und Inzidenz im Jahr 2004

In Abbildung 1 ist der Bevölkerungsanteil aller stationär behandelten Personen mit psychischer Erkrankung (Haupt-F-Diagnose) zum 1.1.2004 (Punktprävalenz), der Anteil an Personen, die im Jahr 2004 zum ersten Mal stationär behandelt wurden (1-Jahres-Inzidenz) sowie der Anteil an Personen, die 2004 zum wiederholten Male stationär behandelt wurden, dargestellt. Zusammen ergeben diese drei Personenanteile den Personenanteil an der Gesamtbevölkerung, der im Jahre 2004 mit einer psychischen Störung stationär behandelt wurde (1-Jahres-Prävalenz). Insgesamt wurde für die gesamte Schweiz im Jahre 2004 ein Bevölkerungsanteil von 0,81% stationär behandelt.

Die Bevölkerungsanteile sind jeweils nach Diagnosegruppen getrennt dargestellt<sup>21</sup>. Die einzelnen Diagnosegruppen liegen zwischen 1,6 (Akute psychotische Störung) und 18,1 (Depression) Personen je 10'000 der Bevölkerungsreferenz. Je geringer der Anteil der Inzidenz an dem Gesamtbalken ist, desto eher spricht dies für häufigere Wiederaufnahmen oder lange Krankheitsdauern in der entsprechenden Diagnosegruppe.

---

<sup>21</sup> Die Zuordnung der ICD-Diagnosen ist dem Anhang in Tabelle 5 zu entnehmen.

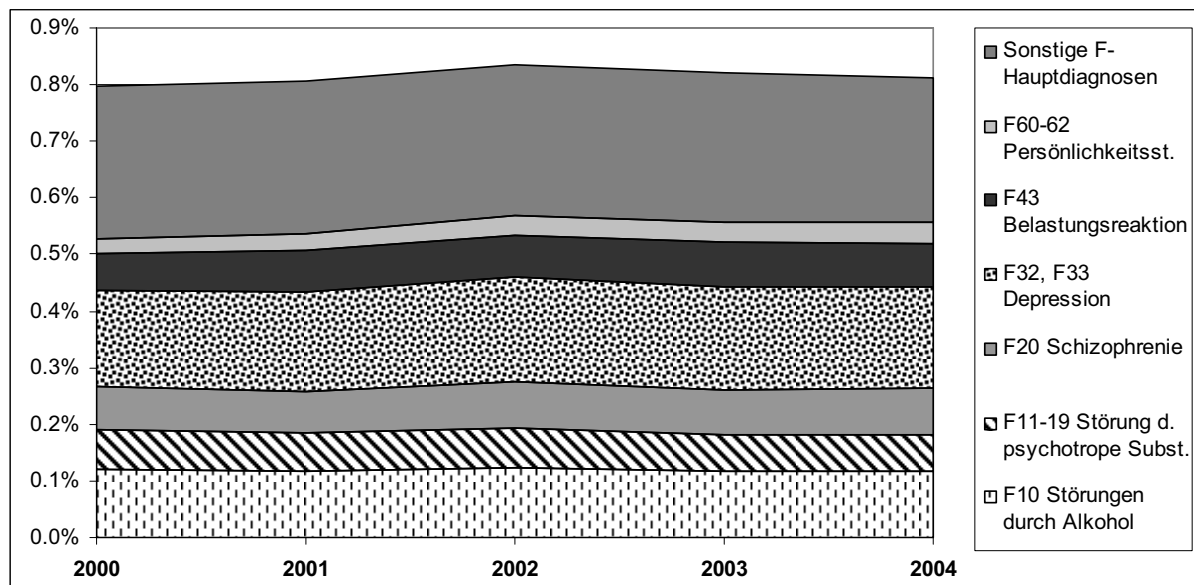


Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 1: Punktprävalenz (1.1.2004), 1-Jahres-Inzidenz 2004 und Personen mit Wiedereintritten in 2004 bezogen auf stationäre Behandlungen. Die Gesamtbalken entsprechen der 1-Jahres-Prävalenz (alle Angaben je 10'000 Einwohner). Diagnosekategorien siehe Tabelle 5 im Anhang.**

Die Prävalenz als deskriptive Kennzahl ist für die Planung von Versorgungsangeboten von höherem Interesse, da sie die Anzahl der tatsächlich betroffenen Personen angibt, während die Inzidenz wichtiger für die analytische Epidemiologie bzw. das Auffinden von Risikofaktoren ist. Bei der Inzidenz ist es wahrscheinlicher, dass verschiedene Rahmenbedingungen der Erkrankung zeitlich vorgelagert sind und damit als mögliche Einflussfaktoren für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes identifiziert werden können.

## 4.2 Entwicklung der Behandlungsprävalenz von 2000 bis 2004



Quelle: Medizinische Statistik 2000–2004, ESPOP 2000–2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 2: Stationäre Behandlungsprävalenz nach Diagnosegruppen (2000–2004)<sup>22</sup>**

In Abbildung 2 sind für die häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen<sup>23</sup> die stationären Behandlungsprävalenzen für die Jahre 2000–2004 angegeben. Insgesamt zeigt sich ein relativ stabiles Bild in dem 5-Jahreszeitraum. Die genauen Werte sind Tabelle 3 zu entnehmen. Ein leichter Anstieg ist bei Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen und noch geringer bei Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen zu erkennen, während sonstige psychiatrische Erkrankungen eher leicht zurückgehen. Für alle Störungen zusammen gibt es bis zum Jahr 2002 einen leichten Anstieg und 2003 und 2004 wieder einen ganz leichten Rückgang. Insgesamt sind die Veränderungen aber eher gering und bewegen sich im Bereich von weniger als 0.04%. Für den leichten Anstieg zwischen 2001 und 2002 kann ein Einfluss der Schätzmethode nicht ausgeschlossen werden. Da dieser Unterschied im Gesamtbild jedoch als minimal zu betrachten ist, bestätigen die insgesamt stabilen Ergebnisse die Angemessenheit der verwendeten Schätzmethode.

<sup>22</sup> Für die Jahre 2000 und 2001 musste die Anzahl der Patienten aus der Anzahl der Fälle für 25,9% bzw. 23,1% der Daten mit fehlenden AVCs geschätzt werden. Dabei wurde separat für jede Kombination aus Alterskategorie, Geschlecht und Diagnosegruppe das Fall-Patientenverhältnis von vorhandenen AVCs auf die Fälle mit fehlenden AVCs übertragen. In den Jahren 2002 und 2003 fehlen 0.3 bzw. 0.005% der Verbindungs-codes.

<sup>23</sup> Die Diagnosegruppen wurden so gewählt, dass für homogene und in der stationären Psychiatrie relevante Gruppen möglichst genaue Aussagen gemacht werden können. In der Gruppe der sonstigen Störungen sind vor allem Demenzen, Belastungsstörungen, bipolare Störungen sowie in kleineren Anteilen alle anderen Störungen enthalten (vgl. z.B. Abbildung 1).

**Tabelle 3: Stationäre Behandlungsprävalenz nach Diagnosegruppen im Zeitverlauf 2000–2004. Alle Angaben je 10'000 Einwohner.**

Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

Diagnosegruppen	2000	2001	2002	2003	2004
F10 Störungen durch Alkohol	12.1	11.7	12.2	11.6	11.8
F11–19 Stör. d. psychotrope Substanzen	7.1	6.8	7.1	6.5	6.6
F20 Schizophrenie	7.5	7.2	8.1	8.0	8.0
F32, F33 Depression	17.0	17.6	18.7	18.2	18.1
F43 Belastungsreaktion	6.4	7.3	7.1	7.8	7.6
F60–62 Persönlichkeitsstörungen	2.8	3.0	3.6	3.7	3.8
Sonstige F-Hauptdiagnosen	26.7	27.1	26.8	26.3	25.4
<b>Gesamt</b>	<b>79.6</b>	<b>80.8</b>	<b>83.7</b>	<b>82.2</b>	<b>81.1</b>

### 4.3 Schichtungsvariablen

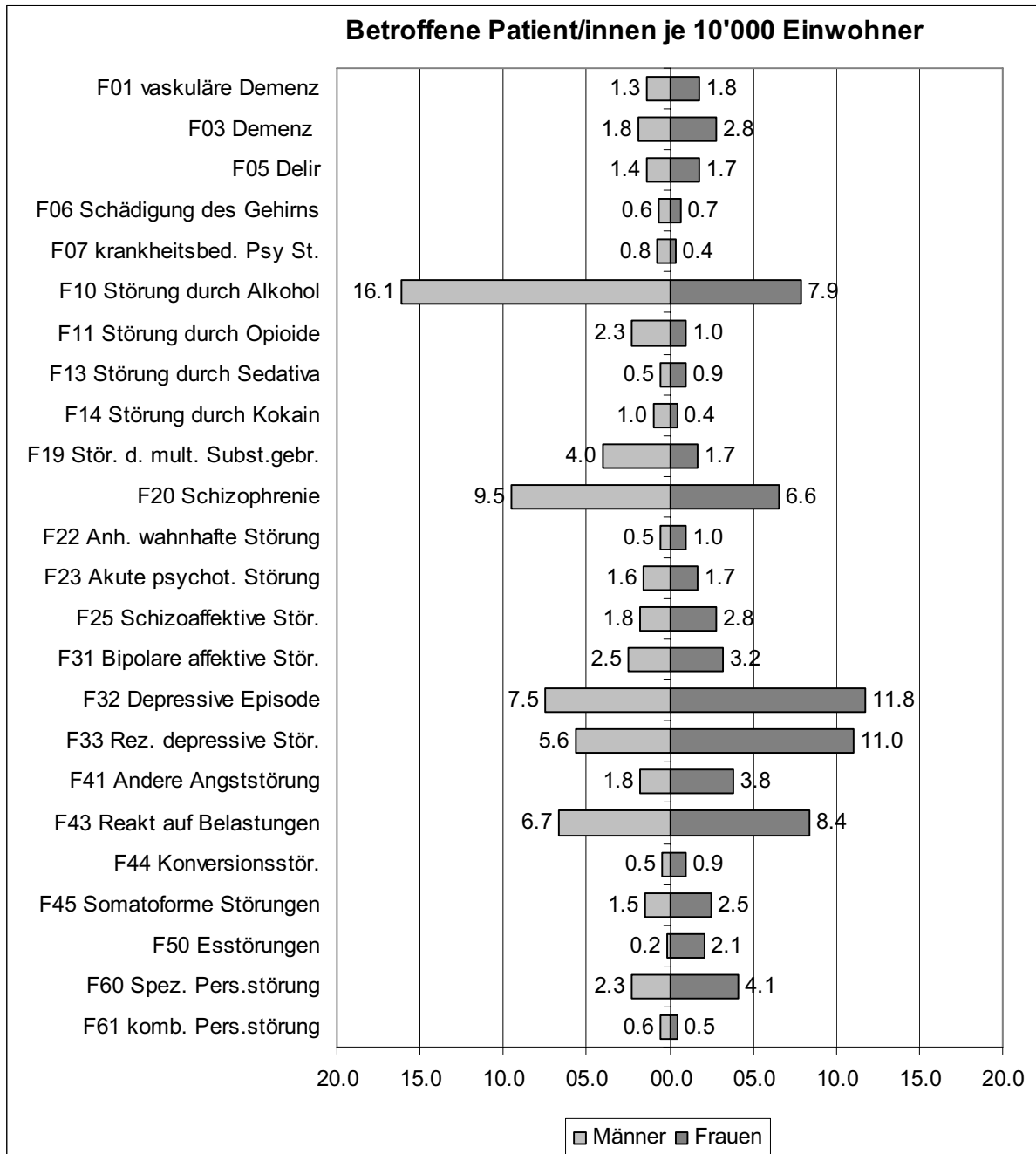
Bei der Analyse von Subgruppen ist zu beachten, dass mögliche Unterschiede nur Hinweise auf kausal wirkende Einflussfaktoren liefern und diese nicht belegen können. Insgesamt stellen alle hier dargestellten Subgruppenunterschiede der epidemiologischen Kennwerte zunächst einmal reine Zusammenhänge dar. In Bezug auf die Richtung des Zusammenhangs (Ursache vs. Wirkung) sind allein aufgrund der Daten keine Aussagen möglich. Ob soziodemografische und sozioökonomische Unterschiede als mitauslösende Faktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung oder eher als Folge der Erkrankung zu sehen sind, kann mit den hier vorliegenden Querschnittsdaten nicht beantwortet werden.

Weiterhin ist zu beachten, dass verschiedene soziodemografische Variablen konfundiert sind. Es gibt z. B. einen engen Zusammenhang zwischen Alter und Zivilstand. Daher könnte eine isolierte Betrachtung einzelner Variablen zu Fehlinterpretationen führen.



### 4.3.1 Geschlecht

Abbildung 3 stellt die stationären Behandlungsprävalenzen für Einzeldiagnosen auf der Ebene von 3-stelligen ICD-Codierungen getrennt nach Geschlecht dar (alle Erkrankungen mit einer Gesamtprävalenz > 0,5 je 10'000). Die Ergebnisse für alle ICD-Diagnosen inklusive geschlechtsbezogenen Odds Ratios sind im Anhang in Tabelle 7 dargestellt.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

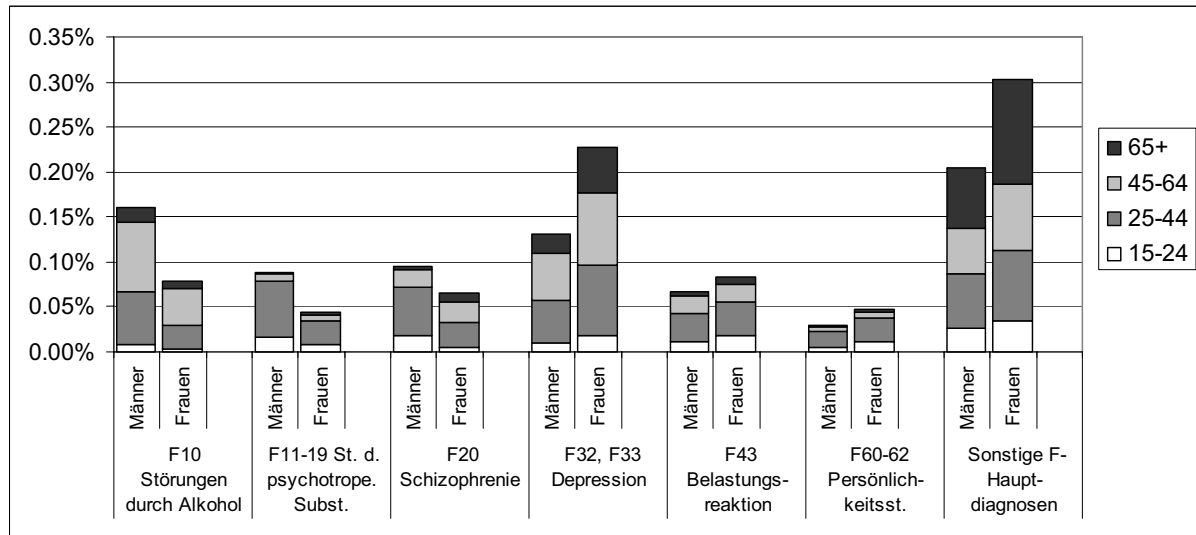
**Abbildung 3: Stationäre Behandlungsprävalenz für 3-stellige Einzeldiagnosen mit einer Prävalenz grösser als 0,5 je 10'000 getrennt nach Geschlecht**

Deutlich zu erkennen ist, dass bei den stationär behandelten Personen Männer bei den Abhängigkeitserkrankungen – insbesondere bei Störungen durch Alkohol – und Frauen bei den affektiven Störungen vergleichsweise stärker vertreten sind. Bei Schizophrenie sind Männer mit 9,5 Personen je 10'000 leicht stärker betroffen als Frauen mit 6,6. Betrachtet man alle Personen mit psychiatrischen Diagnosen zusammen, so werden Frauen mit 85,0 von 10'000 der Bevölkerungsreferenz etwas häufiger stationär behandelt als Männer (77,7; vgl. auch Ergebnisse im Anhang: Tabelle 7).

### **4.3.2 Alter**

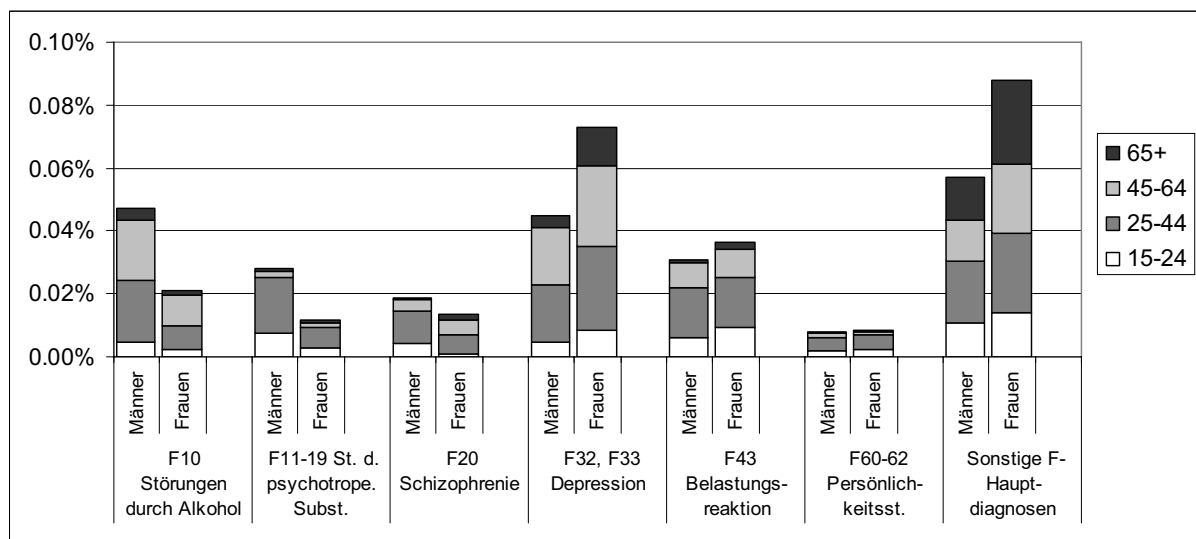
Für viele der stationär behandelten psychiatrischen Störungen gibt es charakteristische Altersbereiche. Auch in den vorliegenden Daten sind deutliche Altersunterschiede bei den Behandlungshäufigkeiten (Behandlungsprävalenz; Abbildung 4) aber auch bei den stationären Neueintritten (Behandlungsinzidenz; Abbildung 5) zu erkennen. Bei den jüngeren Patientinnen und Patienten (15–44 Jahre) sind es – öfter als bei älteren Behandelten – Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenien und Belastungsreaktionen (z.B. auf traumatisierende Ereignisse); bei Personen mittleren Alters (45–64 Jahre) sind es vermehrt Störungen durch Alkohol und Depressionen; bei 65jährigen und älteren Personen sind ebenfalls Depressionen und vor allem Demenzen häufiger als bei jüngeren Patienten und Patienten der Grund für einen stationären Aufenthalt.

Vergleicht man die Behandlungsprävalenz und -inzidenz in Abbildung 4 und Abbildung 5, so fällt bis auf den Massstab ein ähnliches Muster auf. Das bedeutet, dass die Anteile der stationär neu behandelten Patienten gut mit den Anteilen der insgesamt behandelten Patienten übereinstimmen.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 4: Altersverteilung der stationären Behandlungsprävalenz im Jahr 2004 nach Diagnosegruppen und Geschlecht aufgeteilt**



Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 5: Altersverteilung der stationären Behandlungen für das Jahr 2004 aufgeteilt nach Diagnosegruppen und Geschlecht**

**Tabelle 4: Stationäre Behandlungsprävalenz im Jahr 2004 nach Altersgruppen und Geschlecht (Referenz ist die jeweilige Altersgruppe)**

Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

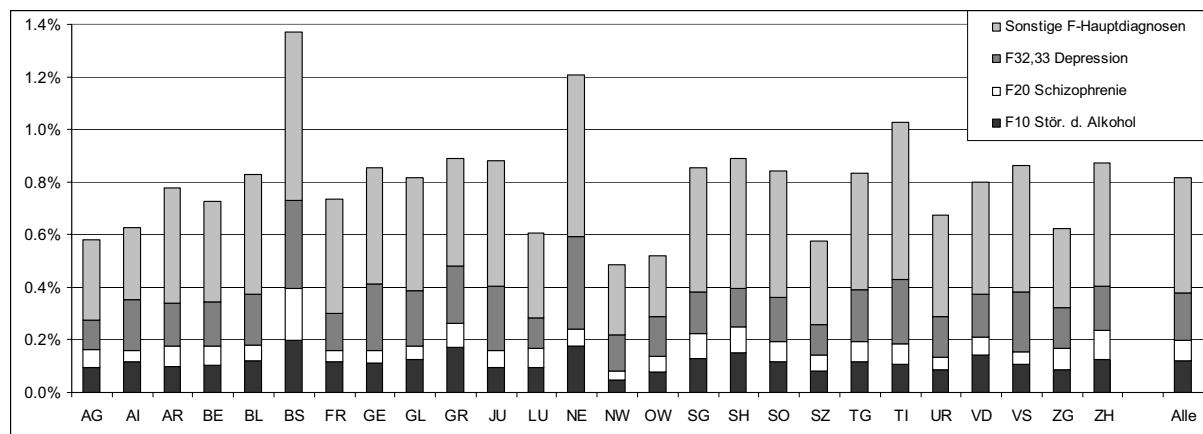
Stationäre Behandlungsprävalenzen je 10'000 Einwohner		Alter in Jahren				Total
		15-24	25-44	45-64	65+	
F00-03 Demenzen inkl. Alzheimer	Männer	0.0	0.0	0.7	21.0	3.6
	Frauen	0.0	0.1	0.7	22.9	5.2
F10 Störungen durch Alkohol	Männer	5.2	15.9	24.2	10.3	16.1
	Frauen	2.8	7.5	13.3	4.0	7.9
F11-19 Stör. d. psychotrope Subst.	Männer	10.8	16.6	2.8	1.2	8.9
	Frauen	6.5	7.1	2.4	1.3	4.4
F20 Schizophrenie	Männer	12.7	14.0	6.3	2.5	9.5
	Frauen	4.2	7.7	7.9	4.4	6.6
F23 akute psychotische Stör.	Männer	3.8	2.0	0.7	0.4	1.6
	Frauen	1.8	2.0	1.7	1.0	1.7
F25 schizoaffektive Stör.	Männer	1.3	2.5	1.6	0.8	1.8
	Frauen	1.0	3.2	4.0	1.7	2.8
F30, F31 Manie, bipol. St.	Männer	1.3	2.6	3.6	2.5	2.7
	Frauen	1.1	3.3	5.1	3.3	3.5
F32, F33 Depression	Männer	6.5	12.7	16.5	13.4	13.1
	Frauen	13.3	22.4	26.6	24.1	22.8
F40, F41 Angststörungen	Männer	1.5	1.9	2.4	2.3	2.0
	Frauen	2.3	3.4	4.1	6.6	4.2
F43 Belastungsreaktion	Männer	7.5	8.4	6.1	3.1	6.7
	Frauen	13.6	10.8	6.5	3.7	8.4
F45 Somatoforme St.	Männer	0.5	1.6	2.0	1.2	1.5
	Frauen	1.5	2.8	2.9	2.1	2.5
F60-62 Persönlichkeitsst.	Männer	3.6	4.5	1.8	0.8	2.9
	Frauen	9.1	7.3	2.3	1.1	4.7
Sonstige F-Hauptdiagnosen	Männer	9.2	5.6	4.8	14.1	7.2
	Frauen	17.2	7.6	6.4	16.6	10.5
Total	Männer	64.0	88.4	73.6	73.5	77.7
	Frauen	74.5	85.1	84.0	92.8	85.0

### 4.3.3 Kantonale Unterschiede

Bei den hier dargestellten, nach Kantonen aufgeteilten Analysen wurde der jeweilige Wohnkanton der Patient/innen verwendet und nicht der Standortkanton der Spitäler. Die Unterschiede sind daher keine direkte Folge von mehr oder weniger ausgeprägten Versorgungsstrukturen der Kantone (z.B. Zahl der vorhandenen psychiatrischen Kliniken), sondern geben die Inanspruchnahme bezogen auf den Wohnkanton an.

Die Gegenüberstellung von Versorgungsregionen ist, ähnlich dem Vergleich von einzelnen Versorgungseinrichtungen, methodisch nicht unproblematisch, da unter Umständen nicht Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Unterschiedliche Versorgungsregionen haben eventuell deutlich verschiedene Bevölkerungsstrukturen (Geschlechterverteilung, Altersverteilung, Erwerbsstatus, Ausbildung, Nationalität), die sich in den Hospitalisierungshäufigkeiten niederschlagen können. Dass z.B. ein Kanton mit einer nach oben verschobenen Altersstruktur höhere Behandlungszahlen bzw. Prävalenzen hat ist plausibel. Bei einer Gegenüberstellung ist daher die konkrete Fragestellung bedeutsam: Für die Versorgungsplanung benötigt man die absoluten Erkrankungshäufigkeiten bzw. Prävalenzen. Will man jedoch die kantonal unterschiedlichen Versorgungsbedingungen (z.B. Einweisungspraxis) miteinander vergleichen, so muss man in jedem Fall die Bevölkerungsstruktur mit einbeziehen, bzw. bezüglich spezifischer Parameter statistisch adjustieren. Im Anschluss sind zunächst die absoluten Prävalenzen dargestellt und im Kapitel 0 „**Standardisierung**“ dann die adjustierten bzw. standardisierten Auswertungen.

Abbildung 6 zeigt die stationären Behandlungsprävalenzen für die 3 häufigsten und eine Sammelkategorie der restlichen psychiatrischen Hauptdiagnosen für jeden Kanton. Es fällt auf, dass in Basel-Stadt ein deutlich höherer Anteil an Personen stationär behandelt wird. Auch Neuchâtel liegt deutlich über dem Mittel aller Kantone. Dass Basel-Stadt als reiner Stadtkanton eine andere Bevölkerungsstruktur als viele andere Kantone hat liegt auf der Hand (siehe hierzu auch Kapitel 0). Die Behandlungsprävalenzen für weitere Diagnosegruppen sind im Anhang in Tabelle 8 angegeben.

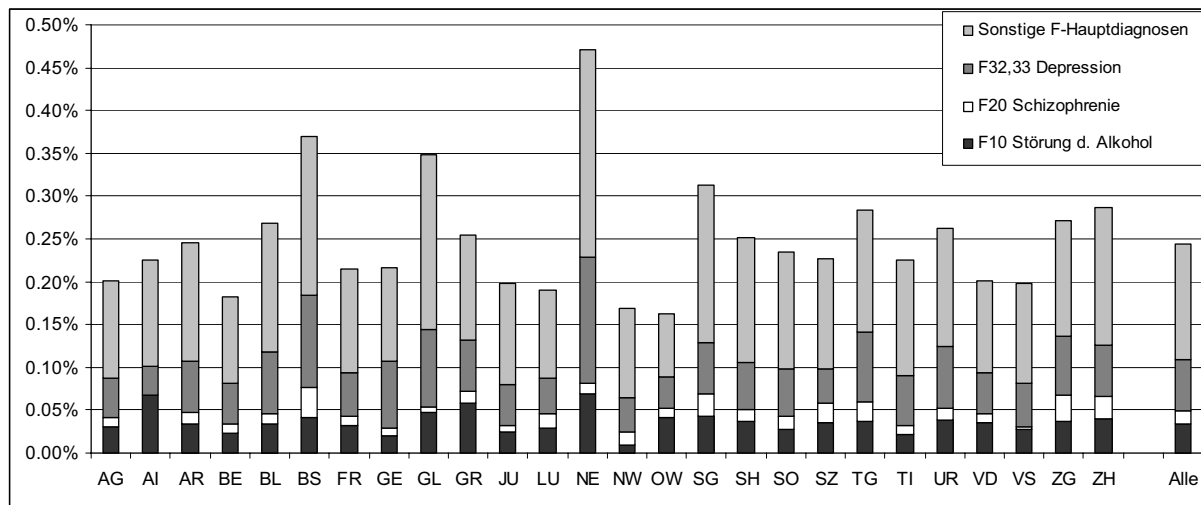


Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

### Abbildung 6: Prävalenz der stationären Behandlung (2004) aufgeteilt nach Kantonen

In Abbildung 7 sind die stationären Behandlungsinzidenzen für jeden Kanton dargestellt. Vergleicht man die Prävalenzen und die Inzidenzen, so ergibt sich ein ähnliches aber nicht ganz deckungsgleiches Bild. Bei den stationären Neubehandlungen hat Neuchâtel den mit Abstand höchsten Wert, Basel-Stadt liegt hier näher am

Durchschnitt als bei den Behandlungsprävalenzen. Die Behandlungsinzidenzen für weitere Diagnosegruppen sind im Anhang in Tabelle 9 angegeben.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 7: Inzidenzraten der stationären Behandlung (2004) je Kanton**

## Standardisierung

Will man die Kantone bezüglich epidemiologischer Kennwerte und stationären Einweisungshäufigkeiten angemessen miteinander vergleichen, so muss man die Bevölkerungsstruktur mit einbeziehen. Bei den vorliegenden Auswertungen wurde für die Adjustierung der Bevölkerungsstruktur ein regressionsanalytisches Vorgehen gewählt, was z.B. bei Benchmarks von einzelnen Kliniken ein Standardverfahren ist<sup>24,25</sup>. Bei der folgenden kantonsspezifischen Auswertung wurde nach vier Alterskategorien, Geschlecht, Erwerbsquote, Erwerbslosenquote, Ausbildungsstand und Ausländeranteil adjustiert (entspricht dem ersten Block der Regressionsanalyse unter 0)<sup>26</sup>.

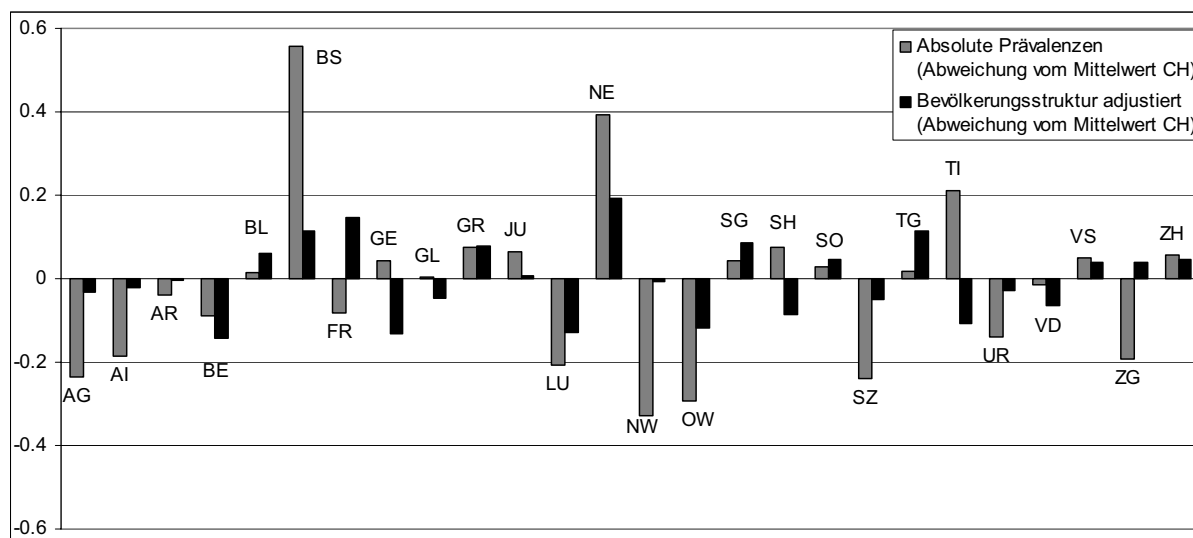
In Abbildung 8 ist für jeden Kanton sowohl der absolute Prävalenzwert als auch das Ergebnis der Bevölkerungsadjustierung dargestellt. Deren Einheit ist analog zu den Prävalenzen, d.h. ein Wert von 0,1 bedeutet, dass ein Kanton eine um 0,1% höhere Prävalenz hat als aufgrund der Bevölkerungsstruktur erwartet werden kann. Die ad-

<sup>24</sup> Bei dem von Rüesch und Manzoni (2003) vorgeschlagenen Verfahren, bzw. dem bei der WHO eingesetzten Verfahren kann nur bezüglich des Alters standardisiert werden. Das hier gewählte Vorgehen hat gegenüber anderen Adjustierungsverfahren den Vorteil, dass mehrere Strukturmerkmale gleichzeitig adjustiert werden können.

<sup>25</sup> Dieses Vorgehen wird z.B. auch im Rahmen von Klinikvergleichen eingesetzt (Iezzoni, 2003).

<sup>26</sup> Bei dieser regressionsanalytischen Standardisierung wird für jeden Kanton aufgrund der schweizerischen Daten ein Erwartungswert bezüglich der Prävalenz berechnet. Dann wird für jeden Kanton die Abweichung zwischen diesem bevölkerungsspezifischen Erwartungswert und dem tatsächlichen Prävalenzwert gebildet (unstandardisierter Residualwert).

justierten Werte sind zwischen den Kantonen vergleichbar, da die Unterschiede nicht auf die unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen zurückgeführt werden können.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 8: Absolute Prävalenzen und nach Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Erwerbsstatus und Nationalität adjustierte Behandlungsprävalenz je Kanton. Alle Werte entsprechen den Abweichungen von den Werten der gesamten Schweiz.**

Bezieht man die Bevölkerungs- und Sozialstruktur mit ein, so gibt es deutliche Rangverschiebungen bei den Prävalenzen (vgl. Abbildung 8). Grosse Stadtkantone wie Basel oder Genf aber auch der Kanton Tessin liegen bei der bevölkerungsadjustierten Auswertung relativ gesehen niedriger, während Aargau, Fribourg, Nidwalden und Zug adjustiert gegenüber den absoluten Werten höher liegen. Dies ist so zu interpretieren, dass Basel beispielsweise eine hohe Prävalenz, aber auch eine stärker gefährdete Bevölkerungsstruktur hat, während beispielsweise Nidwalden bezüglich der Bevölkerungszusammensetzung sehr günstige Voraussetzungen hat und durch die Adjustierung im Bereich des Mittelwerts für alle Kantone liegt.

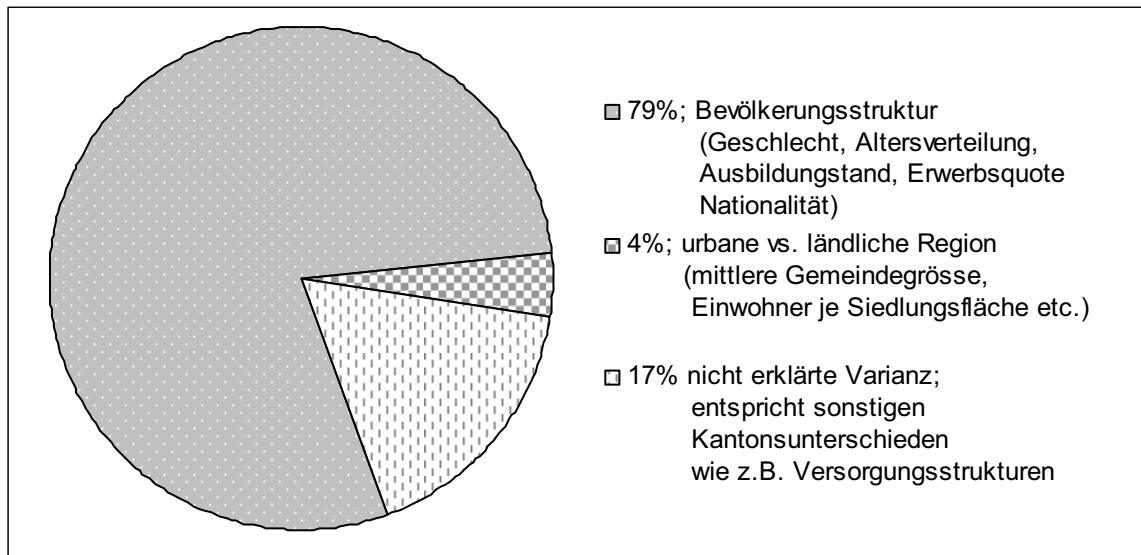
Bei der absoluten Höhe der Unterschiede ist zu erkennen, dass unter Einbezug der Bevölkerungs- und Sozialstruktur die Unterschiede deutlich geringer ausfallen als bei den absoluten Behandlungsprävalenzen (adjustierte Balken liegen insgesamt enger am gesamtschweizerischen Mittelwert).

### Analyse der Kantonsunterschiede

Es stellt sich die Frage, worauf die gefundenen absoluten Kantonsunterschiede zurückgeführt werden können. Ein Erklärungsansatz ist sicherlich die Bevölkerungsstruktur, die sich in urbanen und ländlichen Regionen deutlich unterscheidet. Weiter-

hin kann gerade in der Schweiz auch die Infrastruktur, wie z.B. der Anfahrtsweg zur Klinik eine grosse Rolle spielen. Allein aufgrund der besseren Verfügbarkeit von stationären Behandlungsangeboten in urbanen Regionen ist zu vermuten, dass sich die städtische Bevölkerung eher in stationäre Behandlung begibt, als dies für die Bevölkerung in dünner besiedelten Regionen zutrifft.

In Abbildung 9 sind die Ergebnisse einer Regressionsanalyse bezüglich möglicher Einflussfaktoren dargestellt (genaue Ergebnisse: siehe Anhang Tabelle 13). Es ist zu erkennen, dass ein sehr grosser Prozentsatz der Kantonsunterschiede bei den Behandlungsprävalenzen durch die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur erklärt werden kann. Der Einbezug von strukturellen Faktoren wie mittlere Gemeindegrösse oder besiedelte Fläche, kann zusätzlich weitere kleinere Anteile der Unterschiede erklären (4%), wobei diese Parameter der Infrastruktur eng mit der Bevölkerungsstruktur zusammenhängen (z.B. ist in ländlichen Regionen das Durchschnittsalter höher). Insgesamt 83% der Kantonsunterschiede bei der Prävalenz aller Störungen können durch diese strukturellen Grössen erklärt werden. Dies bedeutet, dass die Unterschiede bei den Versorgungsbedingungen (z.B. kantonal unterschiedliche Einweisungspraxis) nur einen relativ kleinen Teil der Unterschiede bei der Behandlungsprävalenz ausmachen und deutlich geringer sind als die hier dargestellten absoluten Unterschiede dieser Kennwerte.



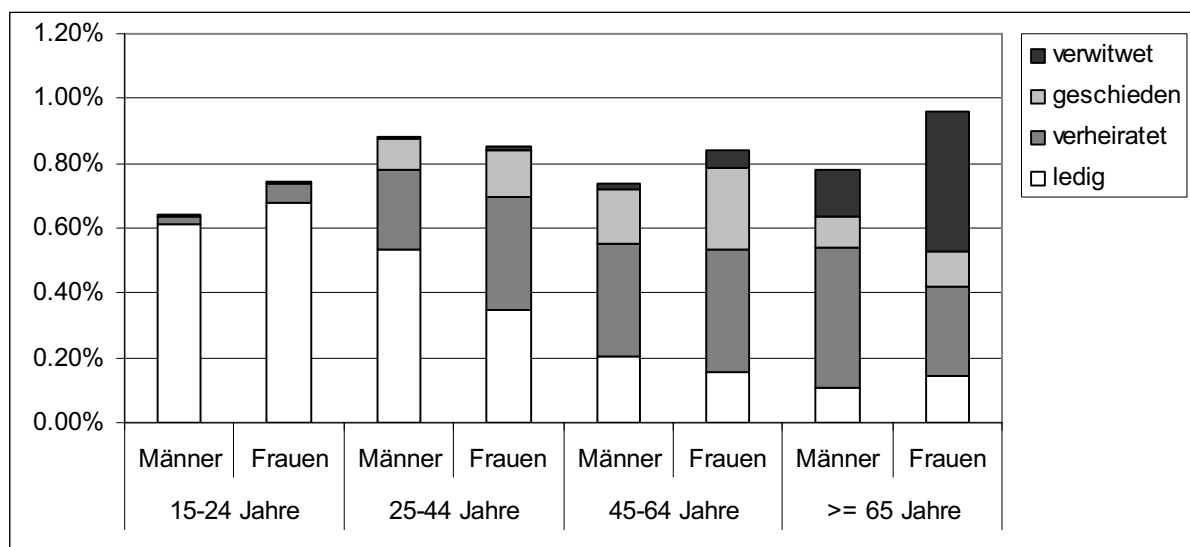
Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; Soziodemographie: BFS; eigene Berechnungen

**Abbildung 9: Regressionsanalytische Ergebnisse zu den Kantonsunterschieden in der Behandlungsprävalenz aller psychischen Störungen (vgl. Anhang; Tabelle 13).**



#### 4.3.4 Zivilstand

In Abbildung 10 sind die Prävalenzen für alle Diagnosegruppen zusammen nach Alterskategorie, Geschlecht und Zivilstand getrennt dargestellt. Es wird deutlich, dass Unterschiede der Erkrankungshäufigkeiten bei verschiedenen Zivilstandskategorien nicht unabhängig vom Alter betrachtet werden können, da zwischen Alter und Zivilstand ein starker Zusammenhang besteht. Jüngere Personen sind deutlich häufiger ledig, während Verwitwung fast nur im höheren Lebensalter vorkommt. Um Unterschiede bezüglich des Zivilstands sinnvoll interpretieren zu können ist es notwendig, das Alter zu berücksichtigen bzw. nach Alter zu adjustieren. Auffällig ist, dass die Behandlungsprävalenzraten auch im höheren Alter im Wesentlichen das gleiche Niveau halten. Die höchste Prävalenzrate haben Frauen über 65 Jahren.



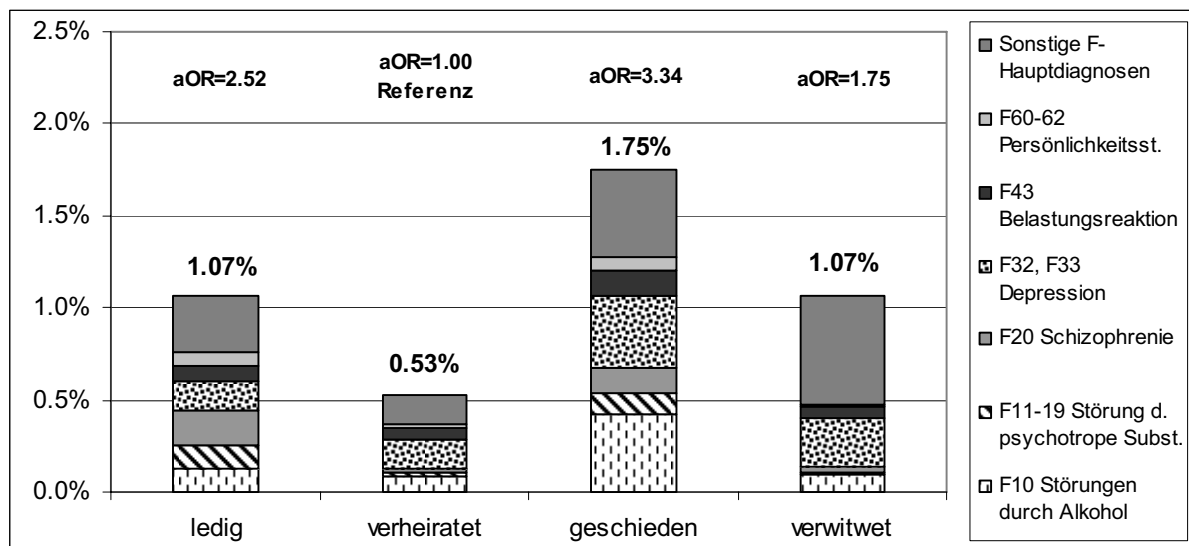
Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 10: Stationäre Behandlungsprävalenz im Jahre 2004 nach Alterskategorie, Geschlecht und Zivilstand**

In Abbildung 11 sind die stationären Behandlungsprävalenzen für die verschiedenen Zivilstandskategorien dargestellt, wobei deutliche Unterschiede zu erkennen sind. Alters- und geschlechtsadjustiert liegt die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre psychiatrische Behandlung bei den Geschiedenen 3,3-mal höher als bei der Referenzkategorie der Verheirateten. Geschiedene Personen sind wegen Störungen durch Alkohol, Depression und Belastungsreaktionen häufiger in Behandlung als Personen der anderen Zivilstandskategorien. Unter Ledigen ist das Risiko einer stationären Behandlung im Vergleich zu den Verheirateten immerhin mehr als doppelt so hoch (adjustiertes Odds Ratio von 2,52)<sup>27</sup>. Bei verheirateten Personen liegt das Risiko im Vergleich zu den anderen Kategorien zusammen bei weniger als 50%. Bei verwitwe-

<sup>27</sup> Es ist zu beachten, dass die Häufigkeiten der verschiedenen Kategorien unterschiedlich sind.

ten Personen sind Depression und „sonstige psychische Störungen“ überproportional vertreten, alle anderen hier aufgeführten Diagnosen aber relativ selten.

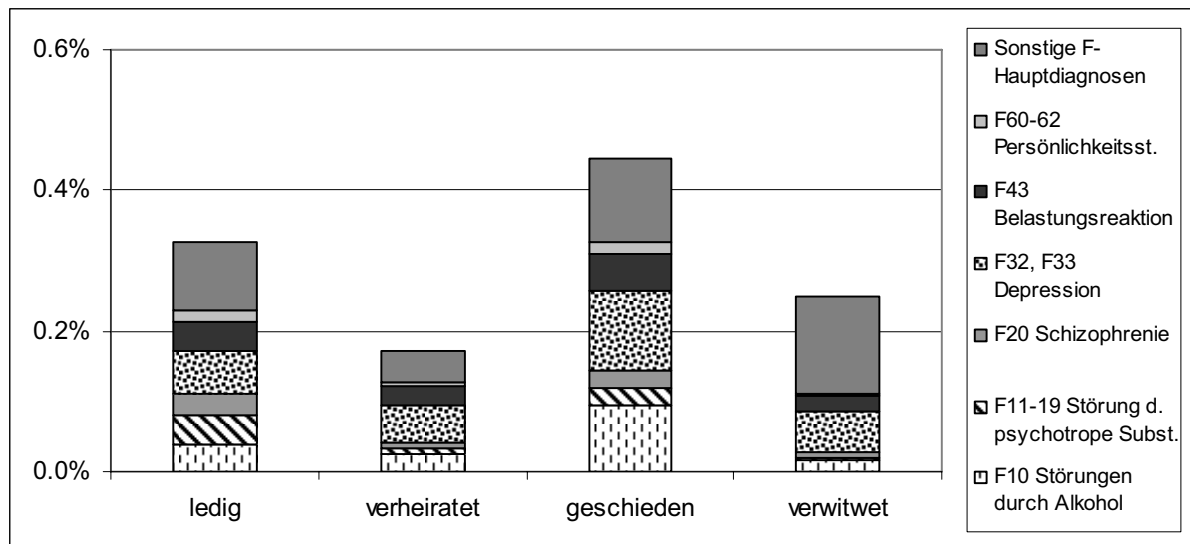


Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 11: Stationäre Behandlungsprävalenz je Zivilstand aufgeteilt nach Diagnosegruppen; (aOR = nach Alter und Geschlecht adjustiertes Odds Ratio nach Mantel-Haenszel)<sup>28</sup>**

Der Vergleich von Prävalenz (Abbildung 11) und Inzidenz (Abbildung 12) zeigt in der Verteilung eine grosse Ähnlichkeit. Dies legt nahe, dass die Zugehörigkeit zu den jeweiligen Zivilstandskategorien bereits vor der ersten stationären Behandlung bestand.

<sup>28</sup> Die deutlich unterschiedlichen adjustierten Odds Ratios bei den Kategorien „ledig“ und „verwitwet“ bei gleicher Prävalenz sind Folge der Adjustierung bezüglich Alter und Geschlecht.

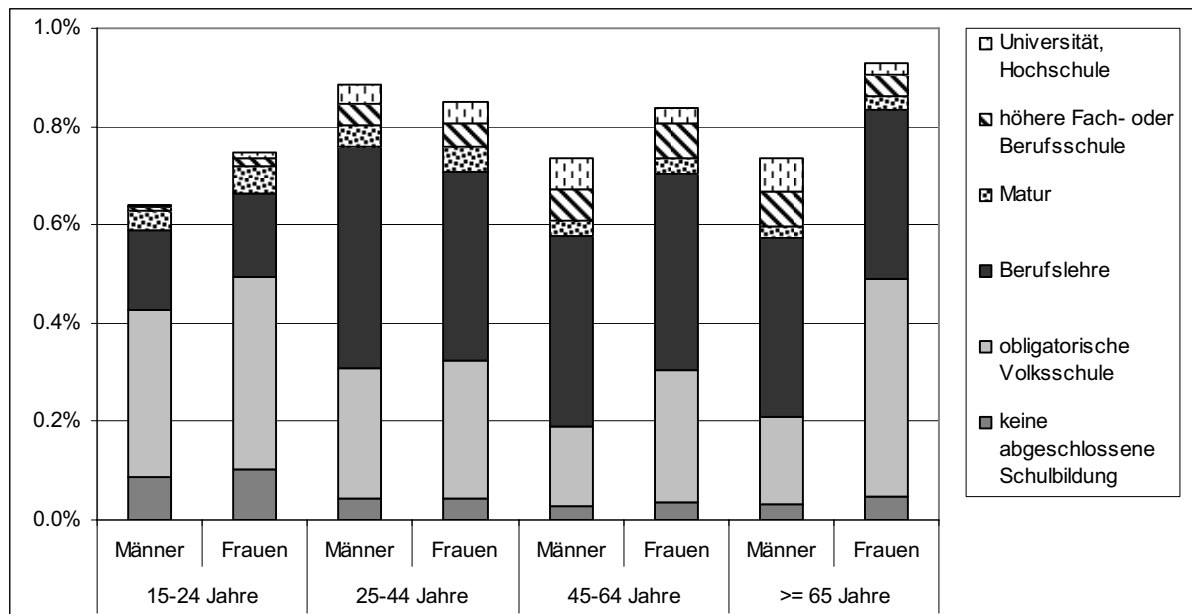


Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 12: Anteil an stationären Neubehandlungen (1-Jahres-Behandlungsinzidenz 2004) je Zivilstand aufgeteilt nach Diagnosegruppen**

#### 4.3.5 Ausbildungsstand

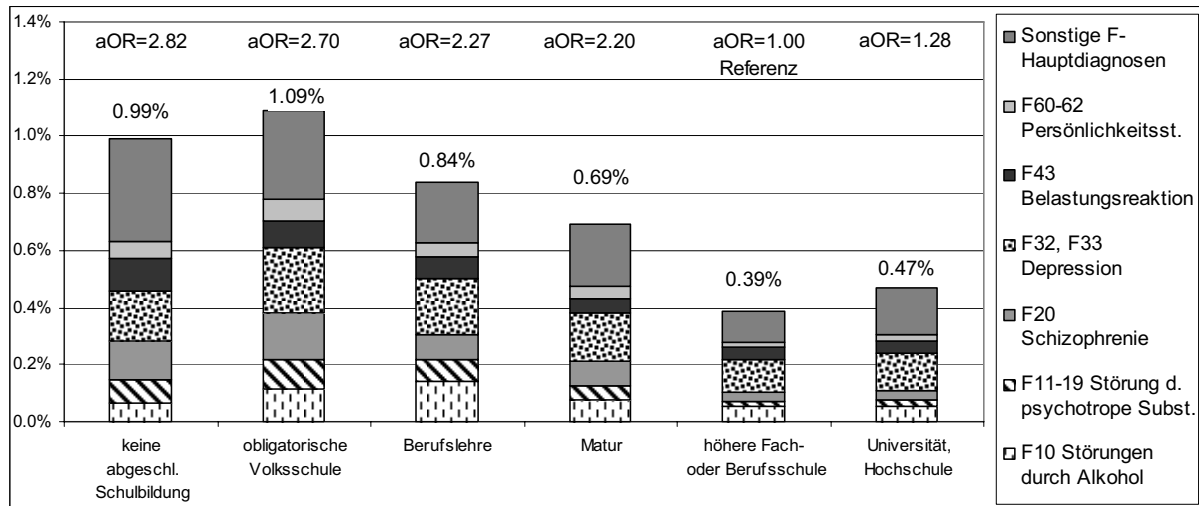
In Abbildung 13 ist der Anteil der Bevölkerung, der sich im Jahr 2004 einer stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen hat, nach Alter, Geschlecht und höchster abgeschlossener Ausbildung getrennt dargestellt. Auffällig ist, dass die grössten Anteile der stationär behandelten Personen eine Berufslehre oder obligatorische Volksschule als höchste abgeschlossene Ausbildung haben. Insgesamt sind diese Anteile in allen Kombinationen von Alter und Geschlecht bis auf die ausbildungsrelevante Alterskategorie „15–24 Jahre“ relativ ähnlich.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, Volkszählung 2000, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 13: Stationäre Behandlungsprävalenz für Alterskategorien und Geschlecht aufgeteilt nach höchster abgeschlossener Ausbildung**

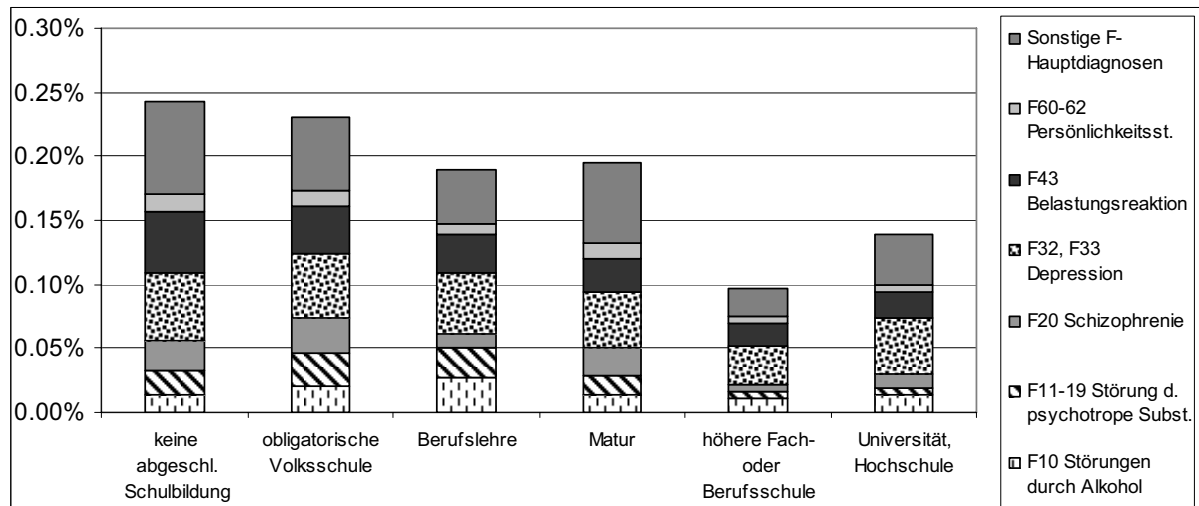
Die Behandlungsprävalenzen für die häufigsten Diagnosegruppen sind in Abbildung 14 getrennt nach höchstem abgeschlossenem Ausbildungsstand dargestellt. Insgesamt ist eine deutliche Tendenz zu erkennen, dass mit höherem Ausbildungsstand geringere Prävalenzraten einhergehen. Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ist die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Behandlung bei Personen ohne abgeschlossene Ausbildung 2,8-fach, bei Personen mit Volksschulabschluss 2,7-mal höher als bei der Referenzkategorie „höhere Fach- oder Berufsschule“. Personen mit einem Hochschulabschluss liegen alters- und geschlechtsadjustiert im ähnlichen Bereich wie diese Referenzkategorie (adjustierte Odds Ratios von 1,28). Auffällig ist, dass die Anteile der verschiedenen Diagnosegruppen in allen Ausbildungskategorien nahezu gleich verteilt sind.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, Volkszählung 2000, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 14: Stationäre Behandlungsprävalenz nach höchster abgeschlossener Ausbildung aufgeteilt nach Diagnosegruppen; (aOR = nach Alter und Geschlecht adjustiertes Odds Ratio nach Mantel-Haenszel)**

Auch für die Personen, die zum ersten Mal stationär behandelt werden (Abbildung 15; 1-Jahres-Inzidenzen) ist die deutliche Tendenz zu erkennen, dass eine höhere Ausbildung mit einem geringeren Anteil an stationären Erstbehandlungen assoziiert ist.

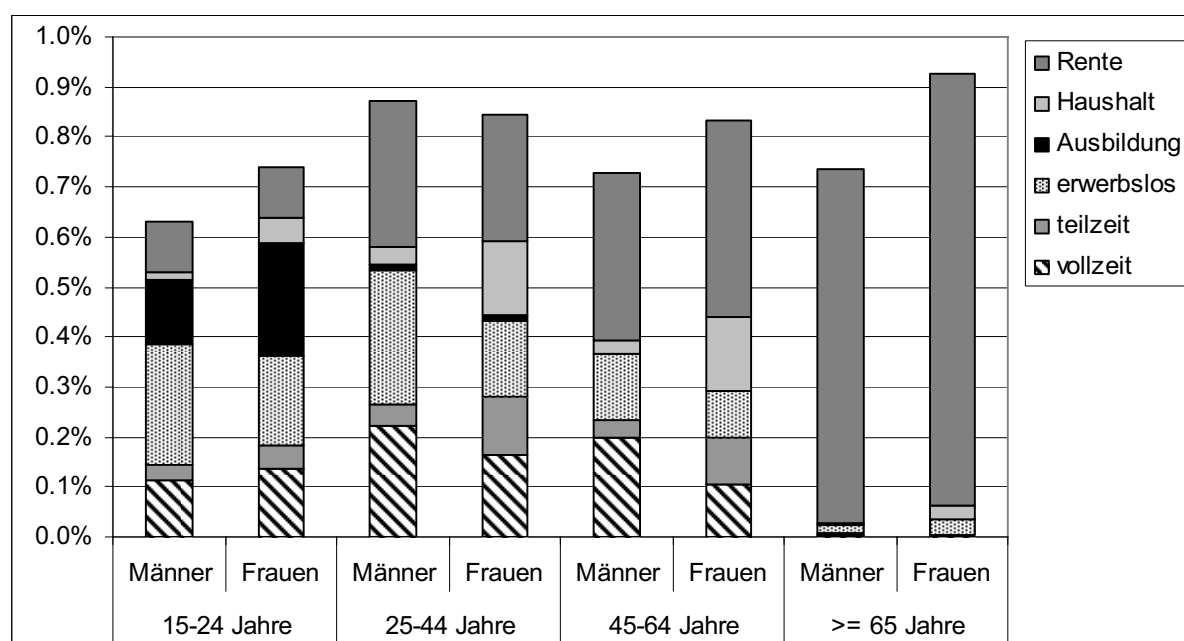


Quelle: Medizinische Statistik 2004, Volkszählung 2000, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 15: 1-Jahres-Inzidenz der stationären Behandlung im Jahr 2004 aufgeteilt nach höchster abgeschlossener Ausbildung**

### 4.3.6 Erwerbsstatus

In Abbildung 16 sind für die verschiedenen Alters- und Geschlechtskategorien die Prävalenzraten nach Erwerbsstatus aufgeschlüsselt. Es ist eine deutliche Konfundierung bzw. ein deutlicher Zusammenhang von Alter und Erwerbsstatus zu erkennen. Die Kategorie „Ausbildung“ kommt fast ausschliesslich im Altersbereich 15–24 Jahre vor, während über 65 Jahren nahezu alle Personen berentet sind. Um für die Variable Erwerbsstatus die Prävalenz-Unterschiede sinnvoll beurteilen zu können, muss daher das Alter berücksichtigt bzw. adjustiert werden (vgl. adjustierte Odds Ratios; Abbildung 17). Insgesamt gibt es für jede Alterskategorie einen beachtlichen Teil an bereits berenteten Personen<sup>29</sup>. Erwerbslose Personen im Alter über 65 Jahren können Anzeichen einer ungenauen Dokumentation sein<sup>30</sup>.



Quelle: Medizinische Statistik 2004, Volkszählung 2000, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

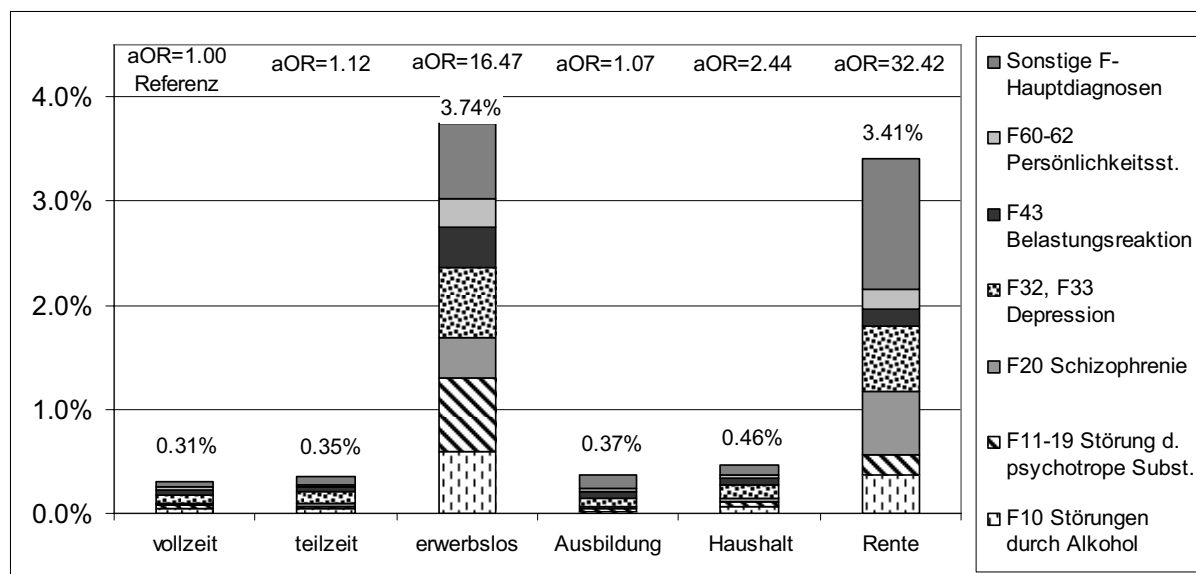
**Abbildung 16: Stationäre Behandlungsprävalenz für Alterskategorien und Geschlecht aufgeteilt nach Erwerbsstatus**

In Abbildung 17 sind die Behandlungsprävalenzen nach Erwerbsstatus dargestellt, wobei deutliche Unterschiede ersichtlich sind. Personen, die stationär psychiatrisch behandelt werden, sind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erwerbslos oder berentet. Bei Voll- oder Teilzeit-Erwerbstätigen, Personen in Ausbildung oder im Haushalt Tä-

<sup>29</sup> Bei Personen über 65 Jahren handelt es sich fast ausschliesslich um AHV-Rentner während unter bei den Personen unter 65 Jahren vermutlich ein hoher Anteil an IV-Rentnern vertreten ist. Dies ist jedoch aus den Daten der Medizinischen Statistik nicht eindeutig erkennbar.

<sup>30</sup> Bei der Bezeichnung „erwerbslos“ handelt sich um die Kategorie aus der medizinischen Statistik. Diese ist für arbeitslose Personen gemeint, da für berentete Personen eine eigene Kategorie besteht.

tigen werden zwischen 0,31% und 0,46% der Personen stationär behandelt. Unter erwerbslosen Personen werden dagegen fast 4% in einem 1-Jahres-Zeitraum stationär psychiatrisch behandelt. Dabei spielen Abhängigkeitserkrankungen, Depression und Belastungsreaktionen die grösste Rolle. Auch bei berenteten Personen liegt der Anteil von Personen, die stationär psychiatrisch behandelt werden, mit 3,4% deutlich höher als in den anderen Kategorien. Im Vergleich zu den Erwerbslosen sind hier Schizophrenien und sonstige F-Hauptdiagnosen (darunter vor allem Demenzen) stärker vertreten. Betrachtet man die adjustierten Odds Ratios, bei denen der Einfluss des Alters und Geschlechts kontrolliert wird, so liegt die Wahrscheinlichkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung für Erwerbslose 16,5-fach höher als bei der Referenzkategorie der Vollzeit-Erwerbstätigen. Bei berenteten Personen ist das Risiko für einen stationären Aufenthalt über 32-fach erhöht. Die im Vergleich zu Erwerbslosen deutlich höhere Assoziation bei ähnlicher Behandlungsprävalenz (3,7% vs. 3,4%) ist darauf zurückzuführen, dass eine Berentung in jüngerem Alter mit hoher Wahrscheinlichkeit mit stationären psychiatrischen Behandlungen assoziiert ist und dies adjustiert zu einem höheren Wert führt (Odds Ratio im Alter von 15–24 von Rente vs. Referenzkategorie (vollzeit erwerbstätig): Männer 113; Frauen 118; vgl. Anhang Tabelle 12).

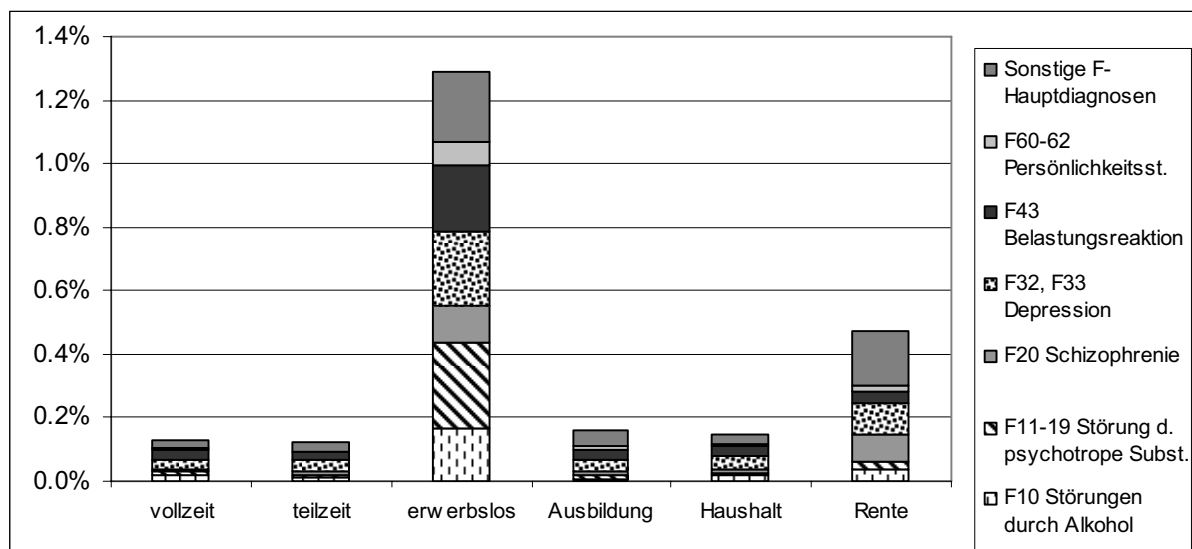


Quelle: Medizinische Statistik 2004, Volkszählung 2000, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 17: Stationäre Behandlungsprävalenz je Erwerbsstatus aufgeteilt nach - Diagnosegruppen; (aOR = nach Alter und Geschlecht adjustiertes Odds Ratio nach Mantel-Haenszel)<sup>31</sup>**

<sup>31</sup> Die deutlich unterschiedlichen adjustierten Odds Ratios bei den Kategorien „erwerbslos“ und „Rente“ bei ähnlicher Prävalenz sind Folge der Adjustierung bezüglich Alter und Geschlecht.

Setzt man die Ergebnisse bei den stationären Erstbehandlungen aus Abbildung 18 in Beziehung zu den Prävalenzen (Abbildung 17), so ist bei den stationären Erstbehandlungen der Anteil von berenteten Personen deutlich geringer als bei den Prävalenzen. Dies erscheint durchaus plausibel, wenn man davon ausgeht, dass viele Berentungen – insbesondere in jüngerem Alter – aufgrund von psychischen Störungen erst mit gewissem zeitlichem Abstand auf die stationäre Erstbehandlung erfolgen. Bei erwerbslosen Personen liegt der Anteil mit stationären Erstaufnahmen bei über einem Prozent.

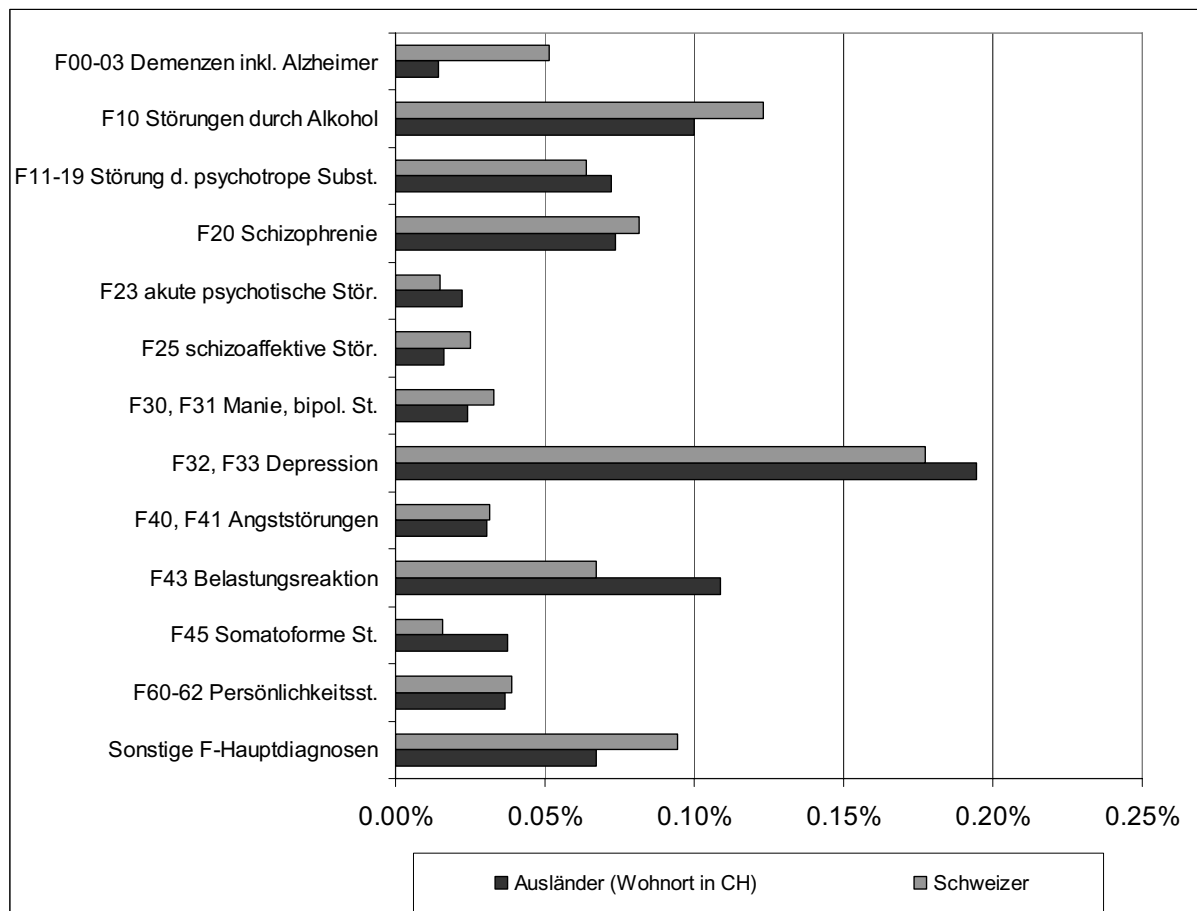


Quelle: Medizinische Statistik 2004, Volkszählung 2000, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 18: Stationäre Erstbehandlungen (Inzidenz) im Jahre 2004 je Erwerbsstatus aufgeteilt nach Diagnosegruppen**



### 4.3.7 Nationalität



Quelle: Medizinische Statistik 2004, ESPOP 2004; eigene Berechnungen

**Abbildung 19: Stationäre Behandlungsprävalenzen für die grössten Diagnosegruppen aufgeteilt nach Schweizern und Ausländern**

Abbildung 19 zeigt die stationären Behandlungsprävalenzen für die grössten Diagnosegruppen aufgeteilt nach Schweizern und Ausländern. Bei den Ausländern handelt es sich zum vorwiegenden Teil um EU-Bürger mit Wohnsitz in der Schweiz. Unter den stationär behandelten Patient/innen sind Schweizer deutlich stärker bei Demenzen sowie etwas häufiger bei Störungen durch Alkohol vertreten. Ausländer werden im Vergleich zu Schweizern häufiger aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen, und nur etwas häufiger wegen Depressionen und somatoformen Störungen stationär aufgenommen. Insgesamt ist die Verteilung der Störungen bei Schweizern und Ausländern jedoch relativ ähnlich.

## 5 Diskussion

Laut WHO (2001) erkranken über 25% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer schweren psychischen Störung. Zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) leiden rund 10% der Bevölkerung an einer solchen Erkrankung. Für die Schweiz ergibt die Gesundheitsbefragung von 2002 (Rüesch, 2006), dass 4% der Frauen und 2,5% der Männer mit psychischen Problemen belastet sind, die das Alltagsleben beeinträchtigen und länger als 1 Jahr andauern. Der gleichen Befragung zufolge sind etwa 6% der Frauen und 3% der Männer wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung.

In der vorliegenden Studie liegt die stationäre Behandlungsprävalenz für eine 1-Jahres-Periode insgesamt für alle psychischen Störungen inklusive Abhängigkeitserkrankungen bei 0,81%. Das bedeutet, dass weniger als jeder einhundertste Bewohner der Schweiz innerhalb eines Jahres stationär psychiatrisch behandelt wird. Die Rate unter einem Prozent teilt sich dabei noch auf die verschiedenen Diagnosen auf. Für verschiedene Subgruppen bezüglich Alter, Geschlecht etc. gibt es zum Teil deutliche Unterschiede im Behandlungsrisiko. Setzt man die oben genannten Erkrankungshäufigkeiten in Relation zu den in der vorliegenden Auswertung berichteten 0,81% Behandlungsprävalenz für alle psychischen Störungen, so wird anhand der Grössenordnung vermutet, dass nur die sehr schwer belasteten Personen, inklusive Personen in vorübergehenden Akutsituationen, stationär versorgt werden. Insgesamt bezieht sich die vorliegende Studie mit der Auswahl von stationären Patient/innen auf eine selektive Gruppe, was sich insbesondere bezüglich der Schwere der psychischen Erkrankungen niederschlägt.

Methodisch bedeutet dies für die hier über die Diagnose vorgenommene Fallauswahl eine sehr hohe Sensitivität (kein falsch negativer Fall), jedoch für epidemiologische Aussagen eine geringe Spezifität, d.h. es gibt viele Personen mit deutlichen psychischen Einschränkungen, die ambulant oder gar nicht versorgt werden und daher nicht in den vorliegenden Ergebnissen repräsentiert sind.

Im Folgenden wird auf jede Variable, bezüglich welcher Subgruppen gebildet wurden, separat eingegangen. Grundsätzlich sind für Unterschiede zwischen den Subgruppen immer zwei Erklärungsansätze möglich: Unterschiedliche stationäre Behandlungsprävalenzen können einerseits durch 1) unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten in diesen Subgruppen zustande kommen, oder andererseits 2) durch unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten bedingt sein. Anhand des Forschungsstands wird versucht, diese Faktoren, soweit möglich, aufzugliedern. In der Literatur ist Inanspruchnahme jedoch nur selten auf die stationäre Inanspruchnahme beschränkt, sondern bezeichnet meistens irgendeine Art der Inanspruchnahme (z.B. auch Versorgung durch Hausärzte), was die Vergleichbarkeit einschränkt.

## 5.1 Inanspruchnahme und Art der Störung, Schweregrad und Komorbidität

Die vorliegenden Ergebnisse erlauben keine Aussagen bezüglich den in der Literatur genannten Zusammenhängen zwischen Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen und Schweregrad sowie Komorbidität. In die vorliegende Untersuchung wurden ausschliesslich psychiatrische Hauptdiagnosen einbezogen; die Analyse von Multimorbidität und Nebendiagnosen erfolgt in einem separaten Observationsmandat.

Was die Art der Störung betrifft, so stehen die Ergebnisse in Einklang mit internationalen Publikationen, wonach die Inanspruchnahme bei affektiven Störungen und bei Störungen durch Alkohol besonders hoch ist. Die in anderen Studien gefundene hohe Inanspruchnahmerate bei Angststörungen findet sich bei den hier vorliegenden stationären Daten nicht. Es ist davon auszugehen, dass Patient/innen mit Angststörungen, sofern sie überhaupt behandelt werden, eher ambulant versorgt werden oder dass die Angststörungen als sekundäre Störungen (Nebendiagnosen) diagnostiziert werden.

Einen Erklärungsansatz für den Einfluss der Erkrankungsart liefert Brandt (2003) aufgrund seiner Untersuchung depressiver Personen. Er kommt zum Schluss, dass es gerade für Menschen mit psychischen Störungen, welche Denk- und Gefühlsstörungen, Kommunikationsstörungen und Beziehungsproblematiken aufweisen, besonders schwierig sei, sich im Dschungel der möglichen Anbieter zurechtzufinden, was sich auf die Inanspruchnahme auswirke. Zudem spielen Angst und Scham eine Rolle, ebenso der Antrieb, sich Hilfe zu organisieren. Da die stationäre wie auch die ambulante Versorgungsstruktur darauf ausgelegt ist, dass sich Betroffene aktiv um Unterstützung bemühen, seien antriebsschwache Betroffene besonders benachteiligt.

## 5.2 Zeitliche Entwicklung

Betrachtet man die in die vorliegende Studie eingegangenen Behandlungsfälle (Tabelle 1; Seite 37), so ist zwischen den Jahren 2000 und 2004 ein Anstieg um 16,5% zu verzeichnen<sup>32</sup>. Die Anzahl der stationär behandelten Personen ist im gleichen Zeitraum nur um 6,2% angestiegen, was in etwa dem Anstieg der Referenzbevölkerung in diesem Zeitraum entspricht (4,2%). Durch die leichte Zunahme von stationär behandelten Personen und der Bevölkerungsreferenz bleibt die berechnete Behandlungsprävalenz nahezu konstant. Zusammengenommen legt dies die Vermu-

---

<sup>32</sup> Der Einfluss der evtl. nicht ganz vollständigen Dokumentation im Jahre 2000 kann hier vernachlässigt werden, da sich die Zunahme der Behandlungsfälle in den weiteren Jahren analog abbildet.

tung nahe, dass eine relativ gleich bleibende Anzahl von Personen zunehmend öfter stationär behandelt wird.

Eine deutliche Zunahme an betroffenen Personen in einem 5-Jahreszeitraum wäre auch dem epidemiologischen Forschungsstand zufolge unplausibel. Eine Zunahme der Behandlungsepisoden bei annähernd gleicher Patientenzahl kann verschiedene Ursachen haben. Als reine Folge von Spardruck und damit einhergehenden kürzeren Aufenthaltsdauern wären häufigere Wiedereintritte eher ungünstig zu bewerten. Die Aufenthaltsdauern sind im betrachteten Zeitraum jedoch relativ konstant (Median liegt von 2001–2004 stabil bei 18 Tagen). Häufige Wiedereintritte können jedoch auch als Anzeichen einer stärkeren Vernetzung bzw. eines stärkeren Wechsels zwischen ambulanten und stationären Angeboten unter Umständen als positive Entwicklung betrachtet werden (Stichwort: integrierte Versorgung; vgl. Kuhl & Müller-Spahn, 2006). Zur genaueren Analyse sind weitere detaillierte Studien und längere Beobachtungszeiträume notwendig. Zur zeitlichen Entwicklung ist ein eigenes Obsan-Mandat vorgesehen, was diese und andere Fragestellungen vom Jahre 2000 bis zum Jahre 2005 untersuchen soll.

Die in der nationalen sowie internationalen Literatur berichtete Zunahme der Inanspruchnahme bildet sich zwar auf Fallebene, nicht jedoch in der hier erhobenen stationären Behandlungsprävalenz (Personenebene) zwischen 2000 und 2004 ab. Eine eventuell vorhandene zunehmende Inanspruchnahme müsste sich, den vorliegenden Studienergebnissen zufolge, vor allem im ambulanten Bereich niederschlagen. In der stationären psychiatrischen Versorgung wurden in den letzten Jahren tendenziell eher Betten abgebaut, was eine Verlagerung auf den ambulanten Bereich nahe legt. Vor dem Hintergrund einer immer noch relativ geringen Inanspruchnahmerate von Versorgungsleistungen bei bestehenden psychischen Störungen spricht die gefundene relativ stabile stationäre Behandlungsprävalenz eher für eine weiterhin bestehende stationäre Unter- bzw. Fehlversorgung.

### 5.3 Geschlecht

Die gefundenen Ergebnisse bezüglich einer Assoziation von Geschlecht und Inanspruchnahme decken sich weitestgehend mit dem Literaturstand. Bei Frauen finden sich die höchsten Behandlungsprävalenzraten bei Depressionen, Belastungsstörungen, Störungen durch Alkohol und schliesslich bei Schizophrenien. Hohe Behandlungsprävalenzraten liegen bei Männern vor allem bei Abhängigkeitsstörungen (Alkohol- und Drogenmissbrauch) sowie Schizophrenie vor. Insgesamt werden Frauen für alle psychischen Störungen zusammen etwas häufiger stationär behandelt als Männer (0,85% vs 0,78%).

In der Literatur werden verschiedene Erklärungsansätze für die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme diskutiert. Ein Faktor dabei ist die bei

Männern und Frauen von vornherein unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten bei verschiedenen psychischen Störungen: Die in unserer Studie gefundene höhere Inanspruchnahme bei Frauen aufgrund affektiver Störungen könnte auf der doppelten so hohen Prävalenz dieser Störungen bei Frauen basieren. Dies steht im Einklang mit internationalen Studien, die sowohl eine höhere Erkrankungshäufigkeit als auch eine höhere Inanspruchnahmerate bei affektiven Störungen für Frauen belegen (Bijl et al., 2003; Wittchen & Jacobi, 2005). Durch mehrere Untersuchungen belegt ist auch, dass Frauen stärker von Komorbidität betroffen sind als Männer und Komorbidität wiederum mit einer höheren Inanspruchnahmerate assoziiert ist (Jacobi et al., 2004).

Neben Unterschieden in der Erkrankungshäufigkeit werden in der Literatur weitere Faktoren für höhere Inanspruchnahmeraten bei Frauen diskutiert. Gold (1998) konnte nachweisen, dass Frauen ein ausgeprägteres Hilfesuchverhalten zeigen. Auch Kessler et al. (2005) weisen darauf hin, dass sich Frauen eher als Männer behandeln lassen. Soziologische Erklärungsansätze sehen dies vor allem in einer unterschiedlichen Sozialisation begründet (Addis & Mahalik, 2003; Hurrelmann & Kolip, 2002; Robertson & Fitzgerald, 1992).

## 5.4 Alter

Übereinstimmend mit der Literaturlage finden sich hohe stationäre Inanspruchnahmeraten in den mittleren Alterskategorien (25–44 Jahre bzw. 45–64 Jahre). Für viele psychische Störungen liegt das typische Erkrankungsalter in diesem Bereich. In der vorliegenden Auswertung zeigen sich jedoch auch hohe Inanspruchnahmeraten im Alter über 65 Jahren, vor allem bei Frauen. Hierbei sind Demenzen und Depressionen besonders stark vertreten.

Ebenso zeigt sich der in anderen Studien gefundene Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht und Art der Störung. So ist z.B. die Inanspruchnahme bei Männern mit einer diagnostizierten Schizophrenie (ebenso wie bei Störungen aufgrund Drogenmissbrauchs) am höchsten in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen. Nach Rüesch und Manzoni (2003) ist diese Inanspruchnahme Folge der tatsächlich hohen Erkrankungshäufigkeit für diese Störungen bei Männern dieses Altersbereichs. Bei Frauen ist die Inanspruchnahme bei Depressionen über alle Alterskategorien hinweg höher als bei Männern. Generell spiegeln die Daten zur Inanspruchnahme nach Diagnosegruppen die je nach Störung unterschiedlichen altersabhängigen Auftretenshäufigkeiten wider (Jacobi et al., 2004; Kessler, Berglund et al., 2005).

## 5.5 Regionale Unterschiede / Kantone

In den Auswertungen der vorliegenden Studie gibt es sowohl bei den Behandlungsprävalenzen als auch bei den stationären Neubehandlungen deutliche Unter-

schiede zwischen den Kantonen<sup>33</sup>. Die Behandlungsprävalenzen sind in den Kantonen Basel-Stadt, Neuchâtel und im Tessin am höchsten. Auf der Ebene von Behandlungsfällen liegen 2004 die höchsten Hospitalisierungsraten im Raum Genf, Basel-Stadt und Neuchâtel. Zürich liegt zusammen mit Schaffhausen, Thurgau und Tessin auf dem vierten Platz (BFS, Obsan, Einzelindikator 6.1.2). Die höchsten Pflégetagesummen für 2004 sind in Zürich, der Ostschweiz und dem Mittelland zu verzeichnen (Schuler et al., 2007).

Die Ergebnisse einer Regressionsanalyse weisen darauf hin, dass die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur mit 79% erklärter Varianz der bedeutsamste Erklärungsansatz der Kantonsunterschiede bei den stationären Behandlungsprävalenzen ist. Als wichtigste Grössen sind dabei der Ausbildungsstand, der Anteil Personen über 65 Jahren und die Einwohneranzahl bezogen auf die Siedlungsfläche zu nennen (siehe Ergebnisse der Regressionsanalyse im Anhang: Tabelle 13). In der Literatur wird ebenfalls eine allgemein grössere Häufigkeit psychischer Störungen in städtischen Gebieten berichtet, was die hohe Inanspruchnahme in Basel-Stadt als reinem Stadtkanton erklären würde.

Ein weiterer diskutierter Einflussfaktor speziell auf die Inanspruchnahme hängt mit den Zugangsmöglichkeiten zu stationären Angeboten zusammen. Folgt man der Argumentation von Brenner, Roessler und Fromm (2003), wonach Anfahrtszeiten über 30 Minuten mit einer deutlichen Abnahme der stationären Inanspruchnahme einhergehen, so wird die überdurchschnittlich hohe Behandlungsprävalenz in Basel-Stadt ebenso erklärlich wie die niedrige in Nidwalden oder Obwalden. Hell und Meyer (2003) führen das häufigere Auftreten psychischer Störungen in urbanen Gebieten in der Schweiz - neben den in Stadt und Land unterschiedlichen Einflussfaktoren Bevölkerungsdichte, Beschäftigungslage, Ausländeranteil und Arbeitslosenquote - auch auf grössere soziale und familiäre Zusammenhänge und eher traditionelle Wertvorstellungen in ländlichen Gebieten zurück. Dadurch würden Menschen mit psychischen Störungen eher von Angehörigen oder Gemeinden versorgt, andererseits sei in ländlichen Gebieten der Anpassungsdruck höher, was eine Verdrängung von psychischen Schwierigkeiten oder eine Verlagerung auf körperliche Symptome zur Folge habe. In städtischen Gebieten ist dagegen allein aufgrund der höheren Verfügbarkeit von stationären Behandlungen die Schwelle für stationäre Einweisungen oft niedriger. Damit zusammenhängen könnte ein geringeres Angebot an Nachbehandlungsplätzen und ambulanten Angeboten, da die Patient/innen direkt stationär zugewiesen und aufgenommen werden. Auch das Vorhandensein von Spezialabteilungen in städtischen Unikliniken kann eine gewisse „Sogwirkung“ erzeugen, diese auch in Anspruch zu nehmen.

---

<sup>33</sup> Dieses Ergebnis deckt sich auch mit Ergebnissen zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen. Vgl. Medienmitteilung Nr. 0350-0704-10 des Bundesamts für Statistik: „Grosse regionale Unterschiede in der ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz“.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Variablen zur Beschreibung von urbanen gegenüber ländlichen Gebieten zusätzlich zur Bevölkerungsstruktur nur wenig zur Erklärung der kantonalen Unterschiede beitragen können. Das liegt daran, dass es einen starken Zusammenhang von Bevölkerungsstruktur und der Dimension urbane vs. ländliche Region gibt. Vor dem Hintergrund, dass auf strukturelle Grössen bereits 83% der Kantonsunterschiede zurückzuführen sind, sind andere versorgungsbezogene Unterschiede zwischen Kantonen als eher gering zu bezeichnen. Nach einer Adjustierung der Bevölkerungsstruktur fallen die Unterschiede zwischen den Kantonen deutlich geringer aus (vgl. Abbildung 8).

Um den stationären psychiatrischen Versorgungsbedarf planen zu können, sind die absoluten Behandlungsprävalenzen von Bedeutung, da sie den aktuell betroffenen Bevölkerungsanteil angeben. Die Ergebnisse hierzu zeigen, dass der Versorgungsbedarf in städtischen Gebieten etwas höher ist. Will man Kantone bezüglich der (unterschiedlichen) Versorgungsstrukturen und -bedingungen vergleichen (z.B. stationäre Einweisungshäufigkeiten), so muss man die um den Einfluss der Bevölkerungsstruktur bereinigten, adjustierten Ergebnisse analysieren, da gesundheitspolitisch nur Einfluss auf die Versorgungsstrukturen genommen werden kann, nicht jedoch auf die Bevölkerungszusammensetzung. Unter Einbezug der Bevölkerungsstruktur sind die kantonalen Unterschiede der Prävalenzraten insgesamt deutlich geringer als bei den absoluten.

Für die Autoren bleibt unklar, welche Ursachen für den hohen Anteil an stationären Behandlungen in Neuchâtel verantwortlich sind. Die Ergebnisse decken sich jedoch mit hohen Hospitalisierungsraten im Jahr 2004 in Neuchâtel (BFS, Obsan, Indikator 6.1.2), obwohl dort anders als in der vorliegenden Studie nur psychiatrische Kliniken einbezogen wurden.

## 5.6 Zivilstand

Das Ergebnis, dass Verheiratete die geringste Behandlungsprävalenz und das geringste Behandlungsrisiko aufweisen, steht in Einklang mit epidemiologischen Ergebnissen, wonach Zivilstand und Prävalenzraten verschiedener psychischer Störungen zusammenhängen. Das durchgehend grösste Behandlungsrisiko besteht in der Gruppe der geschiedenen Personen und ist am höchsten bei sehr jungen Geschiedenen. Lediglich bei jungen verwitweten Personen zwischen 25 und 44 Jahren besteht ein noch grösseres Risiko (vgl. Odds Ratios in Tabelle 10 im Anhang).

Viele psychische Erkrankungen sind mit Schwierigkeiten der sozialen Interaktion assoziiert. Das könnte dazu führen, dass Personen mit psychischen Problemen seltener heiraten bzw. diese Schwierigkeiten häufiger zu Scheidungen führen (Zivilstand als Folge der Erkrankung). Umgekehrt ist aber auch denkbar, dass ein familiäres Umfeld eine gewisse Schutzfunktion ausübt. Einen Erklärungsansatz, der auf die

Bedeutung der sozialen Unterstützung (*social support*) abzielt, liefern Mackenzie, Gekoski und Knox (2006). Sie diskutieren, dass partnerlose Personen ohne die Unterstützung des Partners/der Partnerin eher auf professionelle Hilfe angewiesen sind, was die höhere Inanspruchnahme teilweise erklären könnte.

Die Ergebnisse zur Inzidenz und dem Zivilstand legen nahe, dass die Zugehörigkeit zu den jeweiligen Zivilstandskategorien bereits vor der ersten stationären Behandlung bestand. Jedoch treten psychische Schwierigkeiten durchaus lange vor einem stationären Aufenthalt auf. Inwiefern der Zivilstand mitauslösender Faktor einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands ist oder als Folge der Erkrankung gesehen werden muss, hängt sehr von der individuellen Situation ab und kann letztendlich mit den vorhandenen Querschnittsdaten nicht abschliessend beantwortet werden. Auch eine wechselseitige Beeinflussung muss hier in Betracht gezogen werden.

## 5.7 Ausbildungsstand

Generell belegen die Ergebnisse eine höhere Inanspruchnahme stationärer Leistungen bei niedrigem Ausbildungsstand. Dies könnte auf die in internationalen Studien gewonnenen Befunde zurückzuführen sein, wonach ein niedriger Bildungsstand mit einem höheren Risiko für psychische Störungen verbunden ist, eine höhere Inanspruchnahme also auf tatsächlich höhere Erkrankungshäufigkeiten in dieser Subgruppe zurückzuführen wäre.

Dem steht die widersprüchliche Aussage einiger internationaler Studien gegenüber, wonach Personen mit höherem sozioökonomischem Status eine höhere Inanspruchnahme im spezialisierten (gegenüber dem allgemeinen) Sektor zeigen. Eine Erklärung könnte sein, dass Personen mit höherem Ausbildungsstand und höherem sozioökonomischem Status bereits zu einem früheren Zeitpunkt ambulante Hilfe in Anspruch nehmen und ausserdem eher die Behandlung durch Fachärzte und Psychologen aufsuchen. Hier dürfte auch der finanzielle Aspekt im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme bestimmter Behandlungen eine Rolle spielen.

Eine weitere mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status (der über Ausbildungsstand, Erwerbsstatus und Einkommen erfasst wird) und Inanspruchnahme ist Steele, Glazier und Lin (2006) zufolge, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status den Hausarzt seltener um eine Überweisung zum Spezialisten anfragen, weil ihre Einstellung zum Psychiater und zu dem mit einer Behandlung verbundenen Stigma eine andere sei. Seitens der Hausärzte bestehe ausserdem eher die Einstellung, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status weniger von einer Therapie profitieren könnten.



## 5.8 Erwerbsstatus

Die vorliegenden Ergebnisse decken sich mit anderen Studienresultaten, die einen hohen Zusammenhang von Erwerbslosigkeit und der Prävalenz psychischer Störungen sowie der Inanspruchnahme zeigen. Je nach Alter weisen Erwerbslose oder Berentete die höchsten Behandlungsprävalenzen auf. Dass psychiatrische Patienten aufgrund ihrer Erkrankung häufig gar nicht oder nur eingeschränkt erwerbsfähig und deswegen oft erwerbslos sind erscheint plausibel. Umgekehrt ist stichhaltig belegt, dass Arbeitslosigkeit zu psychischen Erkrankungen führen bzw. den psychischen Gesundheitszustand deutlich verschlechtern kann. Die Richtung des Zusammenhangs bzw. die Verbindung zu anderen beeinflussenden Variablen wie z.B. Einkommen ist vermutlich individuell unterschiedlich und kann mit den hier vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Auch Wechselwirkungsprozesse während eines Krankheitsverlaufs sind hier wahrscheinlich. Die Ergebnisse zur Inzidenz legen nahe, dass die Erwerbslosigkeit häufig schon vor dem ersten stationären Aufenthalt vorhanden ist. Trotzdem kann sie Folge einer (evtl. bereits ambulant behandelten) psychischen Erkrankung sein.

Das Behandlungsrisiko ist über alle Alterskategorien hinweg bei berenteten Personen eindeutig am höchsten. Die Ergebnisse zur Inzidenz bei Berenteten legen nahe, dass eine Berentung vor allem im jüngeren Alter häufig Folge einer psychiatrischen Erkrankung ist.

## 5.9 Nationalität

Insgesamt zeigen sich nur geringe Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Schweizern und ausländischen Bürgern, was daran liegen könnte, dass es sich bei den Ausländern grösstenteils um EU-Bürger handelt. Die stationäre Inanspruchnahmerate ist bei ausländischen Personen lediglich bei Belastungsstörungen, Depressionen und somatoformen Störungen sowie in geringem Mass bei Drogenmissbrauch höher. Demenz als typische Alterserkrankung hat eine deutlich höhere Behandlungsprävalenz für Schweizer. Dies ist nicht erstaunlich, da sich die ausländische Bevölkerung durch eine deutlich jüngere Altersstruktur auszeichnet als jene der Schweizer.

In der Literatur gibt es Hinweise, dass Migrant/innen in der Regel psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote weniger nutzen als die einheimische Bevölkerung. Dies könnte vor allem an sprachlichen Problemen, einem schlechteren Informationsstand, sozioökonomischen Zugangshindernissen und unterschiedlichem Zuweisungsverhalten liegen. Ob diese Faktoren für ausländische Bürger aus Nicht-EU-Ländern stärker zutreffen, kann mit den vorhandenen Daten nicht beantwortet werden und wäre in weitergehenden Studien zu prüfen.

## 5.10 Interpretation der Ergebnisse

Die moderne Epidemiologie stellt auch in der Psychiatrie lange keine rein deskriptive Wissenschaft mehr dar, sondern hat sich zunehmend auch analytischen Fragestellungen zugewandt. Wichtige Untersuchungshypothesen beziehen sich auf ätiologische Faktoren wie genetische, neurobiologische und psychosoziale Bedingungen sowie Risikofaktoren und Entstehungsbedingungen. Aussagekräftige Ergebnisse hierzu sind jedoch bisher kaum vorhanden. Ein Grund dafür ist, dass epidemiologische Studien häufig grosse Fallzahlen benötigen und dadurch genetische oder neurobiologische Untersuchungen in einer Bevölkerungsstudie sehr aufwändig und teuer sind. Auch ethische Probleme sind hier zu nennen.

Die vorliegende Studie kann mit Hilfe der Subgruppenanalysen wichtige Hinweise auf Risikofaktoren liefern. Aufgrund der hohen Fallzahlen und dem hohen Grad an Vollständigkeit, sind die Ergebnisse – bezogen auf die Schweiz – sehr aussagekräftig. Es handelt sich bei den Unterschieden der Subgruppen jedoch im Wesentlichen um Beschreibungen von Zusammenhängen, die lediglich Hinweise auf mögliche Kausalinterpretationen zulassen. Häufig sind wechselseitige Beeinflussungen von psychischen Erkrankungen und soziodemografischen sowie sozioökonomischen Faktoren wahrscheinlich. Weiterhin sind für eine vollständige Ursachenanalyse viele andere Einflussvariablen wie individuelle und kontextbezogene Faktoren einzubeziehen, die in den hier untersuchten Daten nicht enthalten sind. Weiterhin wären für zuverlässige Aussagen Längsschnittuntersuchungen nötig.

Auf der anderen Seite können die hier dargestellten Assoziationen bei der Versorgungsplanung helfen, differentielle Strategien zur Ansprache spezifischer Risikogruppen zu entwickeln. Die Unterschiede bei den Subgruppen geben Hinweise, dass für verschiedene Gruppen unterschiedliche Angebote sinnvoll sein können, wobei eine Vernetzung von stationären, teil-stationären und ambulanten Versorgungsangeboten notwendig sein kann, um die jeweils individuell optimale Behandlung psychischer Störungen sicherzustellen. Aufgrund der kantonalen Unterschiede bei den stationären Behandlungshäufigkeiten sind hier regionale, auf die örtlichen Versorgungsstrukturen abgestimmte Konzepte Erfolg versprechend.

## 6 Fazit

Im Folgenden werden komprimiert die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen sowie der Ausblick für weitere Studien dargestellt.

### 6.1 Schlussfolgerungen

Im Jahre 2004 wurde in der gesamten Schweiz ein Bevölkerungsanteil von 0,81% mit einer psychischen Hauptdiagnose stationär behandelt. Damit zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie zur stationären Inanspruchnahme-Epidemiologie im Vergleich mit internationalen epidemiologischen Kennzahlen (s. Einleitung Kapitel 2.4.3) allein aufgrund der Grössenordnung, dass nur ein sehr kleiner Teil der Personen mit psychischen Erkrankungen stationär behandelt wird. Dies legt nahe, dass in der stationären Versorgung vorwiegend wirklich schwer betroffene Personen inklusive Personen in vorübergehenden Akutsituationen behandelt werden.

Eine zweite Schlussfolgerung aus den Ergebnissen ist, dass es zwischen verschiedenen Subgruppen deutliche Unterschiede gibt, die insgesamt eine hohe Übereinstimmung mit dem epidemiologischen Forschungsstand zeigen. Diese hohe Übereinstimmung ist ein starker Hinweis dafür, dass die Unterschiede sehr stark von den tatsächlichen Erkrankungshäufigkeiten und nur zu einem geringen Teil von unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten abhängen. Um dies jedoch mit Sicherheit sagen zu können, sind detailliertere Studien nötig. Es lassen sich deutliche Unterschiede der stationären Behandlungsprävalenzen für Subgruppen bezüglich Alter, Geschlecht, Region/Kanton, Zivilstand, Nationalität und sozioökonomischer Variablen (Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit) zeigen. Insgesamt stellen die Unterschiede der Subgruppen eine Beschreibung von Zusammenhängen dar. Für Aussagen, welche Faktoren sich ungünstig auf eine psychische Erkrankung auswirken und welche sozioökonomischen Parameter eher als Folge der psychischen Krankheit anzusehen sind, können die hier vorgelegten Ergebnisse lediglich Hinweise liefern.

Eine weitere Schlussfolgerung ist, dass der Bevölkerungsanteil, der in den Jahren 2000 bis 2004 in der Schweiz stationär psychiatrisch behandelt wurde, relativ stabil ist. Gleichzeitig ist die in vielen Quellen beschriebene Zunahme an stationären Behandlungsepisoden auch in den vorhandenen Schweizer Daten zu erkennen. Das bedeutet, dass eine relativ stabile Anzahl Patienten eine zunehmende Zahl an Behandlungen in Anspruch nimmt. Ob dies Anzeichen für einen gestiegenen Versorgungsbedarf sind, kann mit den vorhandenen Daten nicht beantwortet werden.

## 6.2 Einordnung der Studie

Aufgrund der Vollerhebung an stationär behandelten Personen und der damit hohen Aussagekraft stellen die vorgelegten Ergebnisse Auswertungen dar, die für die Planung von stationären Versorgungsangeboten der nächsten Jahre berücksichtigt werden sollten. Besonders positiv ist dabei die Vollständigkeit und Genauigkeit der Ergebnisse hervorzuheben, die nicht durch einen Selektionsbias oder Non-response-bias verzerrt werden.

Auch wenn aus epidemiologischer Sicht die Daten bezüglich der ambulanten Behandlungen und der unbehandelten psychischen Störungen unvollständig sind, sind die vorliegenden Ergebnisse speziell für die stationäre Versorgungsplanung relevant. Dabei kann beispielsweise auch der hier vorgenommene Vergleich von verschiedenen Kantonen im Sinne eines Benchmarks wichtige Hinweise für den kantonalen Versorgungsbedarf und die zukünftige Planung liefern.

Durch die Beschränkung auf stationär behandelte Personen beziehen sich die Ergebnisse auf eine selektive Population. Bezüglich der Schwere einer Erkrankung stellt die Einteilung in ambulante und stationäre Versorgung jedoch keine klare Abgrenzung dar. Vielmehr sind die Übergänge fließend und hängen wesentlich auch von den Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Versorgung ab.

## 6.3 Ausblick

Um die gesamte Versorgungslandschaft, insbesondere eine Verlagerung zwischen ambulanten und stationären Angeboten, umfassend beurteilen zu können, sind - zusätzlich zu den hier analysierten Daten - repräsentative, zuverlässige und umfassende Daten zur ambulanten Versorgung notwendig. Weiterhin stellt die in einem anderen Obsan-Mandat durchgeführte Analyse von Multimorbidität und von Nebendiagnosen eine wichtige Ergänzung dar.

Das Ergebnis der zunehmenden Zahl von Behandlungen durch eine relativ stabile Zahl von Personen zeigt die Notwendigkeit, aussagekräftige Auswertungen auf der Ebene von Personen und nicht auf der Ebene von Behandlungsfällen durchzuführen. Hierfür sind vollständige Angaben der anonymen Verbindungs-codes von Behandlungsfällen notwendig. Die vorliegende Studie konnte die Möglichkeit nutzen, bei der Medizinischen Statistik Behandlungsfälle den Patient/innen zuzuordnen zu können. Weitere wichtige Auswertungen auf Personenebene sind durch das Gesundheitsobservatorium (Obsan) geplant. Daher ist eine Weiterführung der Erhebung von anonymen Verbindungs-codes, aber auch eine Verbesserung und Ergänzung der Vollständigkeit der Psychiatrie-Zusatzdaten insgesamt wichtig. Zuverlässige Aussagen über die zeitliche Entwicklung benötigen Daten in guter Datenqualität über längere

Zeiträume hinweg. Zu dieser Fragestellung ist ebenfalls ein weiteres Obsan-Mandat in Planung.

Für zukünftige epidemiologische Forschungsanliegen sind weiterhin die Bereitstellung von international vergleichbaren Daten und die umfassende Beschreibung von individuellen und kontextbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung und den Verlauf von psychischen Störungen wünschenswert. Für solche ätiologischen Fragestellungen sind umfassende Längsschnittuntersuchungen notwendig. Eine solche Studie ist die derzeit in der Schweiz durchgeführte und bereits im Kapitel 2.3 beschriebene *Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health*. Erste Ergebnisse sind jedoch frühestens 2009 zu erwarten.

## **Danksagung**

Wir möchten uns bei dem Hilfsassistierenden Marcel Maier für die engagierte Recherche und Aufbereitung der umfassenden Literatur zu dem Thema, sowie der Unterstützung während der gesamten Projektdauer bedanken.

Weiterhin wäre die vorliegende Arbeit ohne das unbezahlte Engagement von Expertinnen und Experten nicht zustande gekommen. Wir danken den Fachleuten, die uns im Rahmen des Reviewverfahrens ihre Stellungnahmen und ihre Änderungsvorschläge zukommen liessen.

## 7 Literatur

- Addis, M. E. & Mahalik, J. R. (2003). Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14.
- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). *Bestandaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz*. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 420, 21–27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004b). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 420, 8–20.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004c). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 420, 47–54.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., et al. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55–67.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn) (DSM-III)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3–21.
- Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 178, 145–153.
- Angst, J., Dobler-Mikola, A. & Binder, J. (1984). The Zurich study – a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes.

- I. Problem, methodology. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234(1), 13–20.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rossler, W., et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(2), 68–76.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*, 179, 308–316.
- Berr, C., Wancata, J. & Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 463–471.
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., et al. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs (Project Hope)*, 22(3), 122–133.
- Bijl, R. V. & Ravelli, A. (2000). Psychiatric Morbidity, Service Use, and Need for Care in the General Population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90(4), 602–607.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(12), 587–595.
- Brandt, R. (2003). Epidemiologie und Versorgungssituation von depressiv erkrankten Menschen. *Psych. Pflege Heute*, 9, 273–280.
- Brenner, H.-D., Roessler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35), 1777–1786.
- Bundesamt für Gesundheit. (2002). *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik. (1998). *Medizinische Statistik 1998*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik. (2006). *Medizinische Statistik 2004*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2005). Über, Unter, Fehlversorgung [Electronic Version]. *Das Glossar zur Gesundheitsreform* from [http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/ueber\\_unter\\_fehlversorgung.html](http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/ueber_unter_fehlversorgung.html).



- Calmonte, R., Galati-Petrecca, M., Lieberherr, R., Neuhaus, M., Kahlmeier, S. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Camenzind, P. & Meier, C. (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Christen, L. & Christen, S. (2003). *Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000*. Arbeitsdokument 1. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Christen, S. & Christen, L. (2005). *Basisdaten Psychiatrie 2003. Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D., Tweed, D., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129–1136.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Ravelli, A., Smit, R. & Vollebergh, W. A. (2002). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 303–313.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581–2590.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2000). ICD-10 Kapitel V (F). In: Weltgesundheitsorganisation (Ed.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (Vol. 4, korrigierte und ergänzte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Eaton, W. W., Kramer, M., Anthony, J. C., Dryman, A., Shapiro, S. & Locke, B. Z. (1989). The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(2), 163–178.
- Eichenberger, A. (2002). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen*. Unpublished Masterthesis, Institute für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., et al. (2004). The Sesto Fiorentino study: point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(4), 226–234.

- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84–93.
- Gold, J. H. (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(12), 769–775.
- Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P. & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833–843.
- Gostynski, M., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J.-P. & Herrmann, F. (2002). Prävalenz der Demenz in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47, 330–335.
- Hell, D. & Meyer, P. C. (2003, 22.11.2003). Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft. Optimierung professioneller Hilfe angesichts wachsender psychischer Not. *Neue Zürcher Zeitung*, p. 79.
- Henderson, S., Andrews, G. & Hall, W. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 197–205.
- Hurrelmann, K. & Kolip, P. (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Iezzoni, L. I. (2003). *Risk adjustment for Measuring Healthcare Outcomes (3rd. ed.)*. Chicago: Health Administration Press.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Müller, N., et al. (2004). 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(4), 597–611.
- Jonas, B. S., Brody, D., Roper, M. & Narrow, W. E. (2003). Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(11), 618–624.
- Katz, S. J., Kessler, R. C., Frank, R. G., Leaf, P. & Lin, E. (1997). Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. *Inquiry – a Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 34 (1), 38–49.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., et al. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(4), 441–452.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., et al. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 69–92.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095–3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). 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., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19.
- Kessler, R. C. & Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 60–68.
- Kreienbrock, L. & Schach, S. (2005). *Epidemiologische Methoden (4. Auflage)*. München: Elsevier.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 713–719.
- Kuhl, H.-C. & Müller-Spahn, F. (2006). Psychiatrische Rehospitalisierungen in Basel-Stadt. Häufigkeiten, Abstand und Einflussfaktoren. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 4/2006, 27–32.

- Lieb, R. (2006). Klinische Psychologie I: Klassifikation, Epidemiologie und Prävention psychischer Störungen. In: K. Pawlik (Ed.), *Handbuch Psychologie: Wissenschaft, Anwendung, Berufsfelder* (pp. 613–638). Heidelberg: Springer.
- Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445–452.
- Lopez, A. D. & Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241–1243.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582.
- McConnell, P., Bebbington, P., McClelland, R., Gillespie, K. & Houghton, S. (2002). Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. Population study in the District of Derry. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 181, 214–219.
- Mendez, M. & Lim, G. (2003). Seizures in elderly patients with dementia: epidemiology and management. *Drugs & Aging*, 20(11), 791–803.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G. & Rodriguez Jde, J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646–656.
- Parikh, S. V., Wasylenki, D., Goering, P., & Wong, J. (1996). Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *J Affect Disord.*, 38(1), 57–65.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., et al. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425–434.
- Pirkola, S. P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., et al. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population – results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 1–10.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z. & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 85–94.
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A. & Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the 'old' European Union – a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 388–401.

- Robertson, J. M. & Fitzgerald, L. F. (1992). Overcoming the masculine mystique: Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 240–246.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*(4), 381–389.
- Roick, C., Gärtner, A., Heider, D., Angermeyer, M. C. (2002). Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis, 29*, 334–342.
- Roick, C. (2002). Heavy User: Geheimnisvolle Forschung. *Psychiatrische Praxis, 29*, 331–333.
- Rost, K., Zhang, M., Fortney, J., Smith, J., & Smith, G. R., Jr. (1998). Rural-urban differences in depression treatment and suicidality. *Med Care., 36*(7), 1098–1107.
- Rüesch P. (2006). *Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Arbeitsdokument 14. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Ingebrigtsen, G., Sorensen, T. & Dalgard, O. S. (1999). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 34*(11), 570–579.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss C. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Arbeitsdokument 24. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/ Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care, 1*, 6–8.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and Correlates of Estimated DSM-IV Child and Adult Separation Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry, 163*(6), 1074–1083.
- Shen, Y. C., Zhang, M. Y., Huang, Y. Q., He, Y. L., Liu, Z. R., Cheng, H., et al. (2006). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine, 36*(2), 257–267.

- Spiessl, H., Hubner-Liebermann, B., Binder, H. & Cording, C. (2002). "Heavy Users" in einer psychiatrischen Klinik – Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatrische Praxis*, 29(7), 350–354.
- Steele, L. S., Glazier, R. H. & Lin, E. (2006). Inequity in Mental Health Care Under Canadian Universal Health Coverage. *Psychiatric Services*, 57, 317–324.
- Sturny, I., Cerboni, S., Christen, S. & Meyer, P. C. (2004). *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz*. Arbeitsdokument 4. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Wacker, H. R. (1995). *Angst und Depression – Eine epidemiologische Untersuchung* (1. Auflage). Bern Göttingen Toronto Seattle: Verlag Hans Huber.
- Wacker, H. R. (2000). Epidemiologie und Komorbidität von Depressionen. *Therapeutische Umschau*, 57(2), 53–58.
- Wang, J. L. (2004). Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 39(1), 19–25.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank?* Zürich: Seismo Verlag.
- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 417, 4–18.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
- Wittchen, H. U., Jonsson, B. & Olesen, J. (2005). Towards a better understanding of the size and burden and cost of brain disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 355–356.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M. & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl 8), 24–34.
- World Health Organization. (1992a). *International Classification of Diseases and Related Disorders (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1992b). *SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1997). *Composite International Diagnostic Interview*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2001). *World Health Report 2001: Mental Health*. Geneva: WHO.

Zekry, D., Hauw, J. J. & Gold, G. (2002). Mixed dementia: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1431–1438.

## 8 Anhang

**Tabelle 5: ICD-10-Diagnosen nach (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000)**

<b>F0</b>	<b>Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen</b>
F00–F03	Organische Störungen: Demenz bei Alzheimer-Krankheit; vaskuläre Demenz; Demenzen bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten; nicht näher bezeichnete Demenz
<b>F1</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</b>
F10	Störungen durch Alkohol
F11–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Störungen durch Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, sonstige Stimulantien einschliesslich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel, multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
<b>F2</b>	<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</b>
F20	Schizophrenie
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F25	Schizoaffektive Störungen
<b>F3</b>	<b>Affektive Störungen</b>
F30/F31	Manische Episode; bipolare affektive Störung
F32/F33	Depressive Episode; rezidivierende depressive Störungen
<b>F4</b>	<b>Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>
F40/F41	Phobische Störungen und sonstige Angststörungen
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F45	Somatoforme Störungen
<b>F6</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>
F60–F62	Spezifische Persönlichkeitsstörungen; Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen; Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns



**Tabelle 6: Übersicht über diagnosespezifische 1-Jahres-Prävalenzen aus internationalen und Schweizer Studien (Quellenverzeichnis am Ende der Tabelle)**

<b>Störung (ICD-10)</b> (alle Angaben in Prozent)	<b>Inter- national</b>	<b>Quelle</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Quelle</b>
Demenzen inkl. Alzheimer (F00–F03)	<b>0.0 - 47.9</b> <sup>34</sup>	[14, 22-25]	<b>1.6 - 24.8</b> <sup>1</sup>	[21]
<b>AFFEKTIVE STÖRUNGEN</b>				
Major Depression (F32 / F33)	<b>2.0 - 10.7</b>	[1-8, 10-15]	<b>3.4</b> <sup>35</sup> - <b>21.5</b>	[16, 17] <sup>36</sup>
Dysthymie (F34.1)	<b>0.1 - 3.8</b>	[1, 3-7, 10-12, 14]	<b>2.1 - 2.8</b>	[16, 17]
Bipolare Störung (F31)	<b>0.1 - 2.6</b>	[2, 4, 5, 6, 12, 14]	<b>0.6 - 0.9</b>	[17]
Irgendeine affektive Störung (F3)	<b>2.2 - 11.9</b>	[1-4, 7, 10, 12]	<b>24.2</b>	[17]
<b>ANGSTSTÖRUNGEN</b>				
Generalisierte Angststörung (F41.1)	<b>0.15 - 3.1</b>	[1, 2, 4-7, 10-12, 14, 18]	<b>0.2 - 14.1</b>	[16, 17]
Spezifische Phobien (F40.2)	<b>0.15 - 11.1</b>	[1, 4-7, 10, 12, 14]	<b>3.2 - 10.7</b>	[16, 17]
Sozialphobie (F40.1)	<b>0.2 - 7.9</b>	[1, 3-7, 10-12]	<b>7.6 - 9.1</b>	[16, 17]
Panikstörungen, mit oder ohne Agoraphobie (F41.0)	<b>0.5 - 2.7</b>	[1-7, 10, 11, 14, 19]	<b>1.5</b> <sup>37</sup> - <b>4.2</b>	[16, 17]
Agoraphobie ohne Panik (F40.0)	<b>0.0 - 2.8</b>	[1, 3-7, 10, 12, 14]	<b>0.8</b>	[16]
Zwangsstörung (F42)	<b>0.3 - 1.1</b>	[2, 3, 5, 6, 10, 20]	<b>3.5</b>	[17]
Belastungsreaktion (F43.1)	<b>&lt;0.1 - 3.3</b>	[1, 3, 4, 10, 12, 14, 20]	-	
Irgendeine Angststörung (F4)	<b>2.4 - 18.1</b>	[1-4, 7, 10-12, 14]	-	
<b>SOMATOFORME STÖRUNGEN</b>				
Irgendeine Somatoforme Störung (F45)	<b>2.1 - 11.0</b>	[2, 5, 6, 10]	-	
Hypochondrie (F45.2)	<b>0.9</b>	[10]	-	
Schmerzstörung (F45.4)	<b>8.1</b>	[2]	-	
Konversionsstörung (F44)	<b>0.1</b>	[10]	-	
<b>SUBSTANZSTÖRUNGEN</b>				
Irgendeine Substanzstörung (F10–F19)	<b>4.5 - 11.3</b>	[2-4, 7, 12, 14, 19]	<b>23.1</b>	[17]
Alkoholmissbrauch und / oder Abhängigkeit (F10.1 / F10.2)	<b>1.6 - 4.1</b>	[2, 4, 12]	<b>17.9</b>	[17]
Alkoholmissbrauch (F10.1)	<b>0.3 - 4.0</b>	[1, 3, 5-7, 11, 19]	<b>9.2</b>	[17]

<sup>34</sup> An der jeweiligen Altersgruppe gemessen<sup>35</sup> Einzelne Episode<sup>36</sup> kummulierte 20-Jahresprävalenz<sup>37</sup> mit Agoraphobie

<b>Störung (ICD-10)</b> (alle Angaben in Prozent)	<b>Inter- national</b>	<b>Quelle</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Quelle</b>
Alkoholabhängigkeit (F10.2)	<b>0.1 - 7.2</b>	[1, 3-7, 11, 12, 14, 19]	<b>8.7</b>	[17]
Missbrauch & Abhängigkeit illegaler Substanzen	<b>0.0 - 2.8</b>	[2-7, 12, 14, 19]	<b>4.1</b>	[17]
<b>ESSSTÖRUNGEN</b>				
Irgendeine Essstörung (F50)	<b>0.1 - 0.7</b>	[2, 5, 6, 10]	-	
Bulimia Nervosa (F50.2)	<b>0.3</b>	[10]	<b>1.3</b>	[17]
<b>PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN</b>				
Irgendeine Persönlichkeitsstörung (F60)	<b>6.5</b>	[3]	-	
<b>SCHIZOPHRENIEN</b>				
Schizophrenien / Psychosen (F20)	<b>0.2 - 6.5</b>	[3, 9, 10]	-	
<b>IMPULSKONTROLL-STÖRUNGEN</b>				
Irgendeine Impulskontrollstörung (F63)	<b>0.5 - 8.9</b>	[10, 12, 19]	-	
Hyperkinetische Störungen (ADHS; F90)	<b>4.1</b>	[19]	-	
<b>SCHLAFSTÖRUNGEN</b>				
Irgendeine primäre Schlafstörung (F51)	<b>0.8</b>	[10]	-	

## Quellen

1. (Alonso et al., 2004a)**	16. (Wacker, 1995)**#
2. (Jacobi et al., 2004)***	17. (Angst et al., 2005)**
3. (Andrews, Henderson & Hall, 2001)***#	18. (Wittchen et al., 2002)***
4. (Kawakami et al., 2005)***	19. (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005)#
5. (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001)**	20. (Henderson, Andrews & Hall, 2000)***#
6. (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2006)**	21. (Gostynski et al., 2002)**
7. (Kessler et al., 1994)**	22. (Berr, Wancata & Ritchie, 2005)##
8. (Kessler et al., 2003)***	23. (Mendez & Lim, 2003)***#
9. (Goldner et al., 2002)##	24. (Riedel-Heller, Busse & Angermeyer, 2006)#
10. (Faravelli et al., 2004)***	25. (Zekry, Hauw & Gold, 2002)#
11. (Pirkola et al., 2005)#	
12. (Shen et al., 2006)***	* = DSM-III
13. (Wacker, 2000)***	** = DSM-III-R
14. (McConnell et al., 2002)#	*** = DSM-IV
15. (Andrade et al., 2003)***	# = ICD-10
	## = Review: ab ICD-9 / ab DSM-III

**Tabelle 7: Stationäre Behandlungsprävalenzen für alle 3-stelligen ICD-10-Diagnosen bezogen auf 10'000 Einwohner**

Diagnose- gruppe	Stationäre Behandlungsprävalenz 2004			Odds Ratio	Diagnose- gruppe	Stationäre Behandlungsprävalenz 2004			Odds Ratio
	Gesamt in %	Männer in %	Frauen in %	Männer/ Frauen		Gesamt in %	Männer in %	Frauen in %	Männer/ Frauen
<b>F00</b>	0.45	0.36	0.53	0.67	<b>F45</b>	2.02	1.50	2.51	0.60
<b>F01</b>	1.58	1.34	1.81	0.74	<b>F48</b>	0.28	0.18	0.36	0.50
<b>F02</b>	0.06	0.07	0.04	1.67	<b>F50</b>	1.15	0.15	2.09	0.07
<b>F03</b>	2.33	1.85	2.78	0.67	<b>F51</b>	0.18	0.14	0.22	0.64
<b>F04</b>	0.02	0.02	0.03	0.59	<b>F52</b>	0.02	0.03	0.02	1.60
<b>F05</b>	1.56	1.37	1.74	0.78	<b>F53</b>	0.10	0.00	0.19	0.00
<b>F06</b>	0.66	0.62	0.70	0.89	<b>F54</b>	0.03	0.01	0.05	0.20
<b>F07</b>	0.55	0.75	0.35	2.13	<b>F55</b>	0.02	0.00	0.03	0.12
<b>F09</b>	0.08	0.05	0.11	0.50	<b>F59</b>	0.02	0.01	0.02	0.46
<b>F10</b>	11.85	16.09	7.86	2.05	<b>F60</b>	3.26	2.32	4.13	0.56
<b>F11</b>	1.62	2.31	0.98	2.37	<b>F61</b>	0.53	0.56	0.50	1.12
<b>F12</b>	0.43	0.71	0.17	4.10	<b>F62</b>	0.06	0.06	0.07	0.87
<b>F13</b>	0.74	0.55	0.93	0.59	<b>F63</b>	0.07	0.10	0.04	2.46
<b>F14</b>	0.70	1.01	0.41	2.43	<b>F64</b>	0.04	0.03	0.05	0.56
<b>F15</b>	0.05	0.04	0.05	0.86	<b>F66</b>	0.01	0.02	0.01	2.66
<b>F16</b>	0.04	0.06	0.03	2.13	<b>F68</b>	0.05	0.05	0.06	0.89
<b>F17</b>	0.11	0.17	0.06	2.80	<b>F69</b>	0.07	0.08	0.07	1.06
<b>F18</b>	0.01	0.01	0.01	0.53	<b>F70</b>	0.29	0.34	0.24	1.41
<b>F19</b>	2.84	4.05	1.72	2.36	<b>F71</b>	0.17	0.19	0.15	1.26
<b>F20</b>	8.00	9.53	6.57	1.45	<b>F72</b>	0.06	0.09	0.03	3.19
<b>F21</b>	0.20	0.23	0.16	1.41	<b>F73</b>	0.04	0.06	0.03	1.81
<b>F22</b>	0.77	0.52	1.01	0.52	<b>F78</b>	0.01	0.00	0.01	0.35
<b>F23</b>	1.64	1.62	1.67	0.97	<b>F79</b>	0.03	0.03	0.03	0.96
<b>F25</b>	2.31	1.76	2.83	0.62	<b>F80</b>	0.01	0.01	0.01	0.53
<b>F28</b>	0.08	0.06	0.10	0.63	<b>F81</b>	0.00	0.01	0.00	2.13
<b>F29</b>	0.19	0.23	0.16	1.39	<b>F82</b>	0.01	0.01	0.00	3.19
<b>F30</b>	0.25	0.23	0.27	0.87	<b>F83</b>	0.01	0.01	0.01	1.06
<b>F31</b>	2.87	2.47	3.25	0.76	<b>F84</b>	0.10	0.12	0.09	1.37
<b>F32</b>	9.70	7.49	11.77	0.64	<b>F88</b>	0.00	0.00	0.01	0.00
<b>F33</b>	8.40	5.60	11.02	0.51	<b>F90</b>	0.09	0.14	0.04	3.36
<b>F34</b>	0.34	0.23	0.45	0.50	<b>F91</b>	0.17	0.19	0.16	1.19
<b>F38</b>	0.03	0.03	0.03	1.06	<b>F92</b>	0.18	0.18	0.18	1.03
<b>F39</b>	0.03	0.02	0.04	0.49	<b>F93</b>	0.02	0.02	0.03	0.93
<b>F40</b>	0.28	0.22	0.33	0.68	<b>F94</b>	0.01	0.00	0.01	0.35
<b>F41</b>	2.87	1.83	3.84	0.48	<b>F95</b>	0.01	0.01	0.01	2.13
<b>F42</b>	0.26	0.28	0.25	1.10	<b>F98</b>	0.04	0.03	0.05	0.53
<b>F43</b>	7.56	6.68	8.38	0.80	<b>F99</b>	0.09	0.06	0.11	0.53
<b>F44</b>	0.71	0.48	0.92	0.52	<b>Gesamt</b>	<b>81.5</b>	<b>77.7</b>	<b>85.0</b>	<b>0.91</b>

**Tabelle 8: 1-Jahres-Prävalenzen der stationären Behandlungen nach Kantonen und Diagnosen (alle Angaben in Prozent)**

	F10	F11–F19	F20	F32, 33	F43	F60–62	Sonstige F-Haupt- diagnosen	Alle psych. Störungen
<b>AG</b>	0.09	0.03	0.07	0.11	0.06	0.02	0.19	0.58
<b>AI</b>	0.12	0.03	0.04	0.19	0.06	0.03	0.16	0.63
<b>AR</b>	0.10	0.07	0.08	0.16	0.10	0.03	0.23	0.78
<b>BE</b>	0.10	0.05	0.07	0.17	0.07	0.03	0.23	0.72
<b>BL</b>	0.12	0.06	0.06	0.19	0.08	0.03	0.28	0.83
<b>BS</b>	0.20	0.15	0.20	0.34	0.11	0.04	0.35	1.37
<b>FR</b>	0.12	0.04	0.04	0.14	0.10	0.03	0.26	0.73
<b>GE</b>	0.11	0.07	0.05	0.25	0.04	0.04	0.28	0.86
<b>GL</b>	0.13	0.11	0.05	0.21	0.06	0.06	0.20	0.82
<b>GR</b>	0.17	0.06	0.09	0.22	0.06	0.04	0.24	0.89
<b>JU</b>	0.10	0.03	0.06	0.25	0.05	0.02	0.38	0.88
<b>LU</b>	0.10	0.06	0.07	0.12	0.08	0.02	0.17	0.61
<b>NE</b>	0.18	0.07	0.06	0.35	0.05	0.07	0.42	1.21
<b>NW</b>	0.05	0.03	0.03	0.13	0.06	0.02	0.16	0.49
<b>OW</b>	0.08	0.01	0.06	0.15	0.04	0.00	0.18	0.52
<b>SG</b>	0.13	0.10	0.10	0.16	0.09	0.04	0.25	0.86
<b>SH</b>	0.15	0.11	0.10	0.15	0.09	0.03	0.26	0.89
<b>SO</b>	0.11	0.09	0.08	0.17	0.09	0.03	0.28	0.84
<b>SZ</b>	0.08	0.03	0.06	0.11	0.09	0.03	0.16	0.58
<b>TG</b>	0.12	0.07	0.08	0.19	0.08	0.05	0.23	0.83
<b>TI</b>	0.11	0.06	0.08	0.25	0.05	0.06	0.42	1.03
<b>UR</b>	0.09	0.02	0.05	0.15	0.08	0.02	0.27	0.68
<b>VD</b>	0.14	0.05	0.07	0.16	0.05	0.06	0.26	0.80
<b>VS</b>	0.11	0.03	0.05	0.23	0.07	0.04	0.35	0.86
<b>ZG</b>	0.09	0.03	0.08	0.16	0.06	0.04	0.16	0.62
<b>ZH</b>	0.12	0.09	0.11	0.17	0.10	0.04	0.24	0.87
<b>Alle</b>	0.12	0.07	0.08	0.18	0.08	0.04	0.26	0.81

**Tabelle 9: 1-Jahres-Inzidenzen der stationären Behandlungen nach Kantonen und Diagnosen (alle Angaben in Prozent)**

	F10	F11–F19	F20	F32, 33	F43	F60–62	Sonstige F-Haupt- diagnosen	Alle psych. Störungen
AG	0.03	0.01	0.01	0.05	0.03	0.01	0.07	0.20
AI	0.07	0.02	0.00	0.03	0.04	0.02	0.05	0.23
AR	0.03	0.02	0.01	0.06	0.05	0.01	0.06	0.25
BE	0.02	0.01	0.01	0.05	0.03	0.01	0.06	0.18
BL	0.03	0.02	0.01	0.07	0.04	0.01	0.08	0.27
BS	0.04	0.04	0.04	0.11	0.05	0.01	0.09	0.37
FR	0.03	0.01	0.01	0.05	0.04	0.01	0.07	0.21
GE	0.02	0.02	0.01	0.08	0.02	0.01	0.06	0.22
GL	0.05	0.04	0.01	0.09	0.03	0.03	0.11	0.35
GR	0.06	0.02	0.01	0.06	0.03	0.01	0.06	0.26
JU	0.02	0.01	0.01	0.05	0.02	0.00	0.09	0.20
LU	0.03	0.02	0.02	0.04	0.03	0.00	0.05	0.19
NE	0.07	0.02	0.01	0.15	0.02	0.03	0.17	0.47
NW	0.01	0.01	0.02	0.04	0.03	0.00	0.06	0.17
OW	0.04	0.00	0.01	0.04	0.02	0.00	0.05	0.16
SG	0.04	0.03	0.03	0.06	0.04	0.01	0.10	0.31
SH	0.04	0.04	0.01	0.05	0.02	0.00	0.08	0.25
SO	0.03	0.02	0.02	0.06	0.04	0.00	0.07	0.23
SZ	0.04	0.01	0.02	0.04	0.04	0.01	0.06	0.23
TG	0.04	0.02	0.02	0.08	0.04	0.01	0.07	0.28
TI	0.02	0.01	0.01	0.06	0.02	0.01	0.09	0.23
UR	0.04	0.00	0.01	0.07	0.04	0.02	0.08	0.26
VD	0.03	0.01	0.01	0.05	0.02	0.01	0.06	0.20
VS	0.03	0.01	0.00	0.05	0.02	0.01	0.08	0.20
ZG	0.04	0.01	0.03	0.07	0.03	0.02	0.07	0.27
ZH	0.04	0.03	0.03	0.06	0.05	0.01	0.07	0.29
Alle	0.03	0.02	0.02	0.06	0.03	0.01	0.07	0.24

**Tabelle 10: Odds Ratios je Zivilstandskategorie (getrennt nach Alterskategorien und Geschlecht); Referenz: Verheiratete; ORs > 2 sind fett dargestellt**

Alter	Geschlecht	Referenz:			
		ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
15–24 Jahre	Männer	0.74	1.00	<b>6.05</b>	0.00
	Frauen	1.00	1.00	<b>4.88</b>	<b>10.61</b>
25–44 Jahre	Männer	<b>2.79</b>	1.00	<b>4.26</b>	<b>9.56</b>
	Frauen	<b>2.07</b>	1.00	<b>3.76</b>	<b>3.37</b>
45–64 Jahre	Männer	<b>4.10</b>	1.00	<b>3.44</b>	<b>2.73</b>
	Frauen	<b>3.14</b>	1.00	<b>3.31</b>	1.88
>= 65 Jahre	Männer	<b>2.80</b>	1.00	<b>2.64</b>	1.96
	Frauen	<b>2.16</b>	1.00	<b>2.12</b>	1.50
Anzahl Patient/innen		20337	17757	7901	4350
Prozent Patient/innen		40.4%	35.3%	15.7%	8.6%

**Tabelle 11: Odds Ratios je Ausbildungskategorie (getrennt nach Alterskategorien und Geschlecht); Referenz: Fach-/Berufsschule; ORs > 2 sind fett dargestellt**

Alter	Geschlecht	Referenz:					
		keine	Volks- schule	Berufs- lehre	Matur	Berufs- schule	Hoch- schule
15–24 Jahre	Männer	<b>2.14</b>	<b>2.86</b>	1.77	1.07	1.00	1.90
	Frauen	1.98	<b>2.52</b>	1.29	1.02	1.00	1.98
25–44 Jahre	Männer	<b>8.17</b>	<b>9.10</b>	<b>4.55</b>	<b>3.66</b>	1.00	1.24
	Frauen	<b>4.62</b>	<b>4.67</b>	<b>2.15</b>	<b>2.19</b>	1.00	1.30
45–64 Jahre	Männer	<b>2.61</b>	<b>2.64</b>	<b>2.42</b>	<b>3.30</b>	1.00	1.43
	Frauen	1.44	1.47	1.33	1.19	1.00	0.94
>= 65 Jahre	Männer	1.96	1.31	1.62	1.87	1.00	1.35
	Frauen	1.14	1.20	1.38	1.25	1.00	1.38
Anzahl Patient/innen		2910	17247	22381	2352	3083	2372
Prozent Patient/innen		5.8%	34.3%	44.5%	4.7%	6.1%	4.7%

**Tabelle 12: Odds Ratios je Erwerbsstatus (getrennt nach Alterskategorien und Geschlecht); Referenz: Vollzeit Erwerbstätige; ORs > 2 sind fett dargestellt**

Alter	Geschlecht	Referenz:					
		vollzeit	teilzeit	erwerbslos	Ausbild.	Haushalt	Rente
15–24 Jahre	Männer	1.00	1.99	<b>19.25</b>	0.75	<b>15.64</b>	<b>113.17</b>
	Frauen	1.00	1.24	<b>10.29</b>	1.09	<b>6.19</b>	<b>118.34</b>
25–44 Jahre	Männer	1.00	<b>2.57</b>	<b>35.70</b>	<b>2.13</b>	<b>18.73</b>	<b>91.63</b>
	Frauen	1.00	0.79	<b>7.61</b>	1.66	<b>2.10</b>	<b>78.41</b>
45–64 Jahre	Männer	1.00	<b>2.10</b>	<b>15.48</b>	<b>2.78</b>	<b>2.62</b>	<b>20.80</b>
	Frauen	1.00	0.65	<b>5.45</b>	1.33	1.43	<b>17.59</b>
>= 65 Jahre	Männer	1.00	0.20	<b>2.38</b>	0.00	0.05	<b>10.54</b>
	Frauen	1.00	0.69	<b>6.91</b>	0.00	0.38	<b>13.18</b>
Anzahl Patient/innen		8324	3377	8976	1841	4131	23262
Prozent Patient/innen		16.7%	6.8%	18.0%	3.7%	8.3%	46.6%

**Tabelle 13: Ergebnisse der Regressionsanalyse zu Kantonsunterschieden**

		Block 1	Block 1 & 2	Differenz Block 1 & 2
Kantonsvariable	Quelle	beta	beta	
Anteil ohne Ausbildung	BFS Regional- porträts*	-0.33	0.01	
Anteil mit Sekundarstufe	BFS Regional- porträts*	-0.23	0.00	
Anteil mit Tertiärstufe	BFS Regional- porträts*	-0.59	-0.17	
Erwerbsquote in %	BFS Regional- porträts*	0.03	0.09	
Arbeitslosenquote in %	BFS Regional- porträts*	0.08	0.22	
Ausländerquote in %	ESPOP 2004	0.28	0.32	
Frauenquote in %	ESPOP 2004	0.20	0.18	
Alterskategorie 15–24	ESPOP 2004	-0.01	-0.14	
Alterskategorie 25–44	ESPOP 2004	0.41	0.09	
Alter über 65 Jahre	ESPOP 2004	0.89	0.44	
<b>Block 2</b>				
Einwohner/km2 (älter 14 Jahre)	ESPOP 2004, BFS*, eigene Be- rechnung	---	0.13	
Einwohner/Siedlungsfläche	ESPOP 2004, BFS*, eigene Be- rechnung	---	-0.56	
mittlere Gemeindegrösse	BFS**		0.54	
Erklärte Varianz R <sup>2</sup>		0.79	0.83	0.04

\*= [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/regionalportraits.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/regionalportraits.html)

\*\* = <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/dos/result.html> &  
eigene Berechnung

**Abkürzungsverzeichnis**

**AVC:** Anonymer Verbindungscode. Dieser ist notwendig um verschiedene Behandlungsfälle einem Patienten zuordnen zu können.

**aOR:** adjustiertes Odds Ratio

**BFS:** Bundesamt für Statistik

**ESPOP:** Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes, BFS

**Obsan:** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

**WHO:** World Health Organisation





**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Confédération 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  
**Bundesamt für Statistik BFS**  
**Office fédéral de la statistique OFS**

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