



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

OBSAN DOSSIER 16

16

Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Empirische Analyse der Messeigenschaften
und Vergleich mit europäischer Erhebung

Peter Rüesch, Thomas Volken, Andreas Bänziger, Rahel Gügler

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

In der **Reihe «Obsan Dossier»** erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

Peter Rüesch, Thomas Volken, Andreas Bänziger, Rahel Gügler (ZHAW)

Begleitgruppe

- Monika Diebold, Leiterin, Obsan
- Daniela Schuler, wiss. Mitarbeiterin, Obsan
- Marco Storni, Projektleiter Schweizerische Gesundheitsbefragung, Bundesamt für Statistik
- Renaud Lieberherr, wiss. Mitarbeiter, Bundesamt für Statistik

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 16

Zitierweise

Rüesch, P., Volken, T., Bänziger, A. & Gügler, R. (2011). *Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Empirische Analyse der Messeigenschaften und Vergleich mit europäischer Erhebung* (Obsan Dossier 16). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

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

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen
(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1102-05

ISBN

978-3-907872-93-2

© Obsan 2011



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

Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Empirische Analyse der Messeigenschaften und
Vergleich mit europäischer Erhebung

Peter Rüesch, Thomas Volken, Andreas Bänziger, Rahel Gügler

Obsan Dossier 16

Neuchâtel, 2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
Résumé	11
1 Einleitung	15
1.1 Ausgangslage, Zielsetzungen	15
1.2 Spezifische Fragestellungen	15
2 Methodik: konzeptionelle Überlegungen, Vorgehen	17
2.1 Zur Ermittlung von Testgüte und Testqualität	17
2.1.1 Itemanalyse	17
2.1.2 Reliabilität	18
2.1.3 Validität	18
2.1.4 Performanz	19
2.2 Methodisches Vorgehen	19
2.2.1 Strategie	19
2.2.2 Baustein A: Überprüfung der Messeigenschaften von Depression und Kohärenzgefühl ...	20
2.2.3 Baustein B: Konzeption «Psy-Skalen» für SGB 2012	21
2.3 Datengrundlage	21
3 Zur Messung psychischer Gesundheit-Krankheit in der SGB	23
3.1 Theoretische Aspekte zum Konstrukt psychische Gesundheit-Krankheit	23
3.2 Operationalisierungen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung	24
4 Überprüfung der Messeigenschaften von Depression und Kohärenzgefühl	27
4.1 Kohärenzgefühl (SOC-3)	27
4.1.1 Deskriptive Item-Analyse	27
4.1.2 Interne Konsistenz (Reliabilität)	32
4.1.3 Validität	33
4.1.4 Performanz	34
4.1.5 Synthese, Fazit	37
4.2 Depression (DSQ-10)	39
4.2.1 Zur Messung von Depression	39
4.2.2 Deskriptive Item-Analyse des DSQ-10	41
4.2.3 Interne Konsistenz (Reliabilität)	43
4.2.4 Validität	44
4.2.5 Performanz	47
4.2.6 Fazit	49
5 Determinanten psychischer Gesundheit-Krankheit	53
5.1 Auswahl von 10 zentralen Konstrukten in der SGB	53
5.2 Einfache Zusammenhänge: Korrelationsanalysen	53
5.2.1 Subjektive Gesundheit	55
5.2.2 Physische Gesundheit	55
5.2.3 Bewegung	56
5.2.4 Soziale Unterstützung	56
5.2.5 Bildung	57
5.2.6 Haushaltseinkommen	57
5.2.7 Medizinische Leistungen	57
5.2.8 Arbeit	57
5.2.9 Wohnsituation	58

5.2.10	Dauerhafte Krankheiten / Einschränkungen	58
5.3	Komplexe Zusammenhänge: Regressionsanalysen	58
5.3.1	Psychische Belastung in der SGB 2007	60
5.3.2	Kontrollüberzeugung in der SGB 2007	62
5.3.3	Kohärenzgefühl in der SGB 2007	62
5.3.4	Subjektive Gesundheit in der SGB 2007.....	63
5.3.5	Vergleich mit der SGB 1997	63
5.4	Fazit	67
6	Psychische Gesundheit-Krankheit in SGB und EUROHIS-Empfehlung	69
6.1	Entwicklung des Bereichs «Mental Health» im EUROHIS	69
6.2	Konzeption psychischer Gesundheit-Krankheit in SGB und EUROHIS.....	69
6.2.1	Positive psychische Gesundheit	70
6.2.2	Ressourcen.....	71
6.2.3	Psychische Belastung, Krankheit.....	72
6.2.4	Folgen psychischer Krankheit: Einschränkungen, Behinderung.....	73
6.2.5	Weitere Instrumente der Schweizerischen Gesundheitsbefragung	74
6.3	Empirischer Vergleich	75
6.4	Fazit	77
7	Optimierungsmöglichkeiten aus Expertensicht	79
7.1	Vorbemerkungen	79
7.2	Bewertung Konstrukte und Skalen	79
7.2.1	Positive psychische Gesundheit (SANPSY, OPTIMISM, SOC, MASTERY).....	79
7.2.2	Psychische Belastung (MHI-5).....	80
7.2.3	Soziale Unterstützung.....	80
7.2.4	Rolleneinschränkung	80
7.2.5	Depression.....	80
7.3	Vorschläge für zukünftige Gesundheitsbefragungen.....	80
7.3.1	Neue Konstrukte	80
7.3.2	Befragungssituation	81
7.3.3	Struktur der Befragung.....	81
7.4	Fazit	82
8	Schlussfolgerungen, Empfehlungen.....	83
8.1	Zur Konzeption der Messung psychischer Gesundheit-Krankheit.....	83
8.2	Bewertung einzelner Instrumente und Skalen	83
8.2.1	Übersicht.....	83
8.2.2	Kohärenzgefühl.....	84
8.2.3	Depression.....	84
8.2.4	Unspezifische psychische Belastungen	86
8.2.5	Positive psychische Gesundheit	86
8.2.6	Ressourcen psychischer Gesundheit.....	86
8.2.7	Soziale Unterstützung.....	87
8.2.8	Folgen psychischer Krankheit: Einschränkungen, Behinderung.....	87
8.3	Ausblick: Psychische Gesundheit in späteren SGB-Erhebungswellen	88
9	Literatur	89
10	Anhänge	93
10.1	Anhang 1: Tabellen der Datenanalyse	93
10.2	Anhang 2: Korrektur unterschiedlicher Prävalenzzeitspannen von DSQ-10 und CIDI-SF	121

Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1	Strukturierung des Themenkomplexes psychische Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1992-2007) mit Variablen und Skalen	25
Tab. 4.1	Zusammenhangsmasse von Sprachregion, Geschlecht und Alter mit den SOC-3 Items, SGB 2007	29
Tab.4.2	Zentrale Tendenz und Popularität SOC-3 Items nach Sprachregion, SGB 2007	31
Tab. 4.3	Zentrale Tendenz und Popularität SOC-3 Items nach Geschlecht, SGB 2007	31
Tab. 4.4	Zentrale Tendenz und Popularität SOC-3 Items nach Altersgruppen, SGB 2007	31
Tab. 4.5	Skalenausschöpfung SOC-3 Items nach Sprachregion und Geschlecht, SGB 2007	31
Tab. 4.6	Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3, SGB 2007	32
Tab. 4.7	Faktorstruktur SOC-3, SGB 2007	33
Tab. 4.8	Verteilung SOC-13 nach Stanine-Perzentilen, SGB 1997.....	36
Tab. 4.9	Häufigkeit und zentrale Tendenz in Gruppen mit tiefem und hohem Kohärenzgefühl, SGB 1997	36
Tab. 4.10	Übereinstimmung der SOC-13/SOC-3 Klassifikationen, SGB 1997.....	37
Tab. 4.11	Häufigkeit von Depression nach Geschlecht und Altersgruppen (SGB 2007, ungewichtete Stichprobenwerte).....	40
Tab. 4.12	Häufigkeitsverteilung Libidoverlust (SDEPR01G) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	42
Tab. 4.13	Zusammenhangsmasse von Sprachregion, Geschlecht und Alter mit den DSQ-10 Items, SGB 2007.....	42
Tab. 4.14	Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10, SGB 2007	44
Tab. 4.15	Faktorstruktur DSQ-10, SGB 2007	44
Tab. 4.16	Korrelate DSQ-10 nach Sprachregion und Geschlecht, SGB 2007	46
Tab. 4.17	Korrelate DSQ-10 nach Altersgruppen, SGB 2007	46
Tab. 4.18	CIDI-SF vs. DSQ: Gemessene Übereinstimmung der Diagnose «Major Depression» DSM-IV	48
Tab. 4.19	CIDI-SF vs. DSQ: Geschätzte Übereinstimmung der Diagnose «Major Depression» DSM-IV bei korrigierten Prävalenzzeitspannen.....	49
Tab. 5.1	Übersicht der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und den Messinstrumenten psychischer Befindlichkeit, SGB 2007	54
Tab. 5.2	Übersicht der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und den Messinstrumenten psychischer Befindlichkeit, SGB 1997	54
Tab. 5.3	Prognose psychischer Belastung für zwei ledige Männer von 40 Jahren	61
Tab. 5.4	Regressionen SGB 2007	65
Tab. 6.1	Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit in EUROHIS und SGB.....	70
Tab. 6.2	Fragebatterien Vitalität und psychische Ausgeglichenheit	71
Tab. 6.3	Fragebatterien Soziale Unterstützung	72
Tab. 6.4	Fragebatterien psychische Belastung und psychische Ausgeglichenheit: Zuordnung der Items von MHI-5 und SANPSY-Skala	72
Tab. 6.5	Fragebatterien Rolleneinschränkungen und gesundheitliche Probleme	74
Tab. 6.6	Vergleich psychische Belastung Schmidt & Power EUROHIS und SGB 2007	76
Tab. 6.7	Vergleich subjektive Gesundheit Schmidt & Power EUROHIS und SGB 2007	76
Tab. 8.1	Übersicht der Bewertung von Skalen zur psychischen Gesundheit/Krankheit in der SGB.....	84
Tab. 10.1	Häufigkeitsverteilung SOC-3 Item Ungewohnte Situation (SSOC01) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007	93
Tab.10.2	Häufigkeitsverteilung SOC-3 Item Gefühle durcheinander (SSOC02) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007	93
Tab. 10.3	Häufigkeitsverteilung SOC-3 Item Bedeutung Alltag (SSOC03) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007	94
Tab. 10.4	Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3 nach Sprachregion, SGB 2007.....	94
Tab. 10.5	Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3 nach Geschlecht, SGB 2007	95
Tab. 10.6	Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3 nach Altersgruppen, SGB 2007.....	95
Tab. 10.7	Korrelate SOC-3 nach Sprachregion und Geschlecht, SGB 1997 & 2007.....	96
Tab. 10.8	Korrelate SOC-3 nach Altersgruppen, SGB 1997 & 2007	96
Tab. 10.9	Häufigkeitsverteilung Niedergeschlagenheit (SDEPR01A) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007	97

Tab. 10.10	Häufigkeitsverteilung Interessenverlust (SDEPR01B) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	97
Tab. 10.11	Häufigkeitsverteilung Energielosigkeit (SDEPR01C) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	97
Tab. 10.12	Häufigkeitsverteilung Appetitlosigkeit (SDEPR01D) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	98
Tab. 10.13	Häufigkeitsverteilung Schlafprobleme (SDEPR01E) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	98
Tab. 10.14	Häufigkeitsverteilung langsame Bewegungen (SDEPR01F) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	98
Tab. 10.15	Häufigkeitsverteilung Verlust von Selbstvertrauen (SDEPR01H) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	99
Tab. 10.16	Häufigkeitsverteilung Konzentrationsschwierigkeiten (SDEPR01I) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	99
Tab. 10.17	Häufigkeitsverteilung Suizidgedanken (SDEPR01J) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007.....	99
Tab. 10.18	Zentrale Tendenz und Popularität DSQ-10 Items nach Sprachregion, SGB 2007.....	100
Tab. 10.19	Zentrale Tendenz und Popularität DSQ-10 Items nach Geschlecht, SGB 2007.....	100
Tab. 10.20	Zentrale Tendenz und Popularität DSQ-10 Items nach Altersgruppen, SGB 2007.....	101
Tab. 10.21	Skalenausschöpfung DSQ-10 Items nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppe, SGB 2007.....	101
Tab. 10.22	Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10 nach Sprachregion, SGB 2007.....	102
Tab. 10.23	Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10 nach Geschlecht, SGB 2007.....	103
Tab. 10.24	Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10 nach Altersgruppen, SGB 2007.....	104
Tab. 10.25	Übersicht über die Operationalisierung der zehn ausgewählten Konstrukte.....	105
Tab. 10.26	Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand, 2007.....	107
Tab. 10.27	Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand, 1997.....	107
Tab. 10.28	Körperliche Beschwerden (ohne Fieber); Index 2007.....	108
Tab. 10.29	Körperliche Beschwerden (ohne Fieber); Index 1997.....	108
Tab. 10.30	Soziale Unterstützung: Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche, 2007.....	109
Tab. 10.31	Soziale Unterstützung: Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche, 1997.....	109
Tab. 10.32	Soziale Unterstützung: Vermisst Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche, 2007.....	110
Tab. 10.33	Soziale Unterstützung: Vermisst Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche, 1997.....	110
Tab. 10.34	Soziale Unterstützung: Einsamkeitsgefühle, 2007.....	111
Tab. 10.35	Soziale Unterstützung: Einsamkeitsgefühle, 1997.....	111
Tab. 10.36	Häufigkeit Arztbesuche 12 Monate, 2007.....	112
Tab. 10.37	Häufigkeit Arztbesuche 12 Monate, 1997.....	112
Tab. 10.38	Behandlung psychische Probleme 12 Monate, 2007.....	113
Tab. 10.39	Behandlung psychische Probleme 12 Monate, 1997.....	113
Tab. 10.40	Arbeitszufriedenheit (5-stufig, Index) , 2007.....	114
Tab. 10.41	Arbeitszufriedenheit (5-stufig, Index) , 1997.....	114
Tab. 10.42	Angst vor Arbeitsplatzverlust, 2007.....	115
Tab. 10.43	Angst vor Arbeitsplatzverlust, 1997.....	115
Tab. 10.44	Regressionen 1997, Teil 1.....	116
Tab. 10.45	Regressionen 1997, Teil 2.....	118

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1	Anforderungs-Ressourcen-Modell, vereinfachte Darstellung.....	23
Abb. 4.1	Verteilung der SOC-3 Items in Prozent, SGB 2007.....	28
Abb. 4.2	Häufigkeitsverteilung SOC-13, SGB 1997.....	35
Abb. 4.3	Häufigkeit von Depression nach Sprachregionen.....	41
Abb. 5.1	Differenz zwischen minimalen und maximalen Ausprägungen auf zentralen Risikofaktoren für psychische Belastung, SGB 2007.....	62

Zusammenfassung

Ausgangslage, Zielsetzungen

Das «Themenfeld Psychische Gesundheit-Krankheit» weist aus Sicht der Nutzenden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) eine hohe Relevanz auf. Im Vorfeld der nationalen Gesundheitsbefragung 2012 sollten die Messinstrumente zur Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit überprüft werden, wobei die folgenden Ziele im Zentrum der Analyse stehen:

1. Beurteilung der Qualität der bisher im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendeten Instrumente, der sog. «Wittchen-Skala» und der «Sense of Coherence (SOC)»-Skala.
2. Davon ausgehend sollten Vorschläge zur Einsetzung von Instrumenten für die Erhebung 2012 gemacht werden, wobei die folgenden Aspekte zentral waren:
 - Resultate der Prüfung der beiden erwähnten Instrumente;
 - Bewertung des Stellenwerts und der Abdeckung verschiedener Konzepte wie psychische Gesundheit, psychische Belastung, Gesundheitsprobleme (spez. Depression), psychische Ressourcen, Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der SGB;
 - Erklärungsgehalt für und Bezug zu anderen Inhalten der Gesundheitsbefragung, (z.B. physischer Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Arbeitsbedingungen und -belastungen, soziale Integration etc.);
 - Eignung der Skalen für eine Bevölkerungsbefragung (Sensitivität, Länge, Zumutbarkeit, Kategorienbildung, etc.);
 - Eignung für die Analyse von Zeitreihen.

Der vorliegende Bericht liefert eine Analyse der genannten Kernpunkte und entwickelt daraus Empfehlungen für die nächsten Erhebungswellen der SGB. Im Zentrum der Analyse stehen dabei die folgenden beiden Bausteine.

Methodik

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein zweistufiges Vorgehen angewandt:

- A) Die Beurteilung der Testgüte und -qualität der in der SGB 2007 verwendeten Wittchen-Skala (DSQ-10) zur Messung von Depression und der Sense of Coherence-Kurzskala (SOC-3) zur Messung des Kohärenzgefühls. Es werden Reliabilität, Validität und Performanz der Skalen, ihre Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen Erhebungsinstrumenten sowie ihre Eignung für Bevölkerungsbefragungen beurteilt.
- B) Die Analyse der verwendeten Konzepte psychischer Gesundheit-Krankheit und ihr Erklärungsgehalt bezüglich anderer Inhalte der SGB und daraus abgeleitet Empfehlungen zur Gewichtung der Konzepte und ihrer Erfassung mittels Messskalen, welche die Anforderungen an Testgüte und -qualität erfüllen.

Darüber hinaus wurden Leitfadeninterviews mit Experten durchgeführt.

Ergebnisse

Theoretische Fundierung und Konsistenz der eingesetzten Instrumente

Der Themenkomplex psychische Gesundheit-Krankheit wird in der SGB seit Beginn (1992/93) relativ breit erfasst. Orientiert man sich am Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit, so kann der gesamte Themenkomplex nach den folgenden Bereichen strukturiert werden:

- (positive) psychische Gesundheit,
- psychische Belastung, Krankheit,
- Ressourcen,
- Anforderungen (Risikofaktoren),
- Folgen psychischer Belastung/Krankheit,
- Inanspruchnahme von Behandlungen (aufgrund psychischer Probleme).

Dabei zeigt sich, dass die einzelnen Bereiche des Themenkomplexes psychische Gesundheit-Krankheit innerhalb der SGB unterschiedlich breit abgedeckt sind, z.T. wenig konsistent über die Zeit und nicht erschöpfend durch Messinstrumente erfasst werden. Mögliche Ergänzungen werden in den Empfehlungen dargelegt (s.u.).

Messeigenschaften der Instrumente zur Erfassung von Kohärenzerleben und Depression

Die eingehende Prüfung der SOC-3- und der DSQ-10-Skala zeigt folgende Schwächen der beiden Messinstrumente und daraus abgeleitete Empfehlungen für weitere Erhebungswellen auf:

- Die **SOC-3-Skala zur Messung des Kohärenzgefühls** diskriminiert nur in einer geringen Masse zwischen den Befragten und eignet sich somit nur beschränkt, um eine eindeutige Einordnung der befragten Personen anhand der Ausprägung ihres Kohärenzgefühls vorzunehmen. Auch die Reliabilität der SOC-3-Skala ist als kritisch einzuschätzen und die Skala mag nicht als valides Konstrukt zu überzeugen. Die Prüfung der Performanz der SOC-3-Skala (Güte der Vorhersage problematischer Fälle) liefert ebenfalls ein unbefriedigendes Resultat: Die SOC-3-Skala unterschätzt die Anzahl problematischer Fälle deutlich. Aufgrund dieser Mängel in allen Dimensionen der Testgüte und -qualität kann festgehalten werden, dass sich dieses Kurzinstrument für die Schätzung der Häufigkeit der Ausprägungen des Kohärenzgefühls nicht eignet und lediglich eingesetzt werden kann und sollte, wenn nicht Häufigkeiten, sondern Beziehungsstrukturen im Vordergrund stehen. Insgesamt wird deshalb die Anwendung der SOC-3-Skala in der SGB nicht empfohlen. Da auch die in der SGB 1997 erhobene längere Version des SOC-Instruments (SOC-13) gewisse Mängel, insbesondere bezüglich der faktoriellen Validität, aufweist, wird – falls das Konstrukt «Kohärenzgefühl» in der SGB weiterhin erfasst werden soll – der Einsatz der an einer Bevölkerungsstichprobe validierten Leipziger Kurzska SOC-L9 empfohlen, welche eine hohe Testgüte und eine maximale Kompatibilität mit den bisher in der SGB eingesetzten Messinstrumenten für Kohärenz aufweist.
- Die Analyse der **DSQ-10-Skala («Wittchen-Skala») zur Erfassung von Depression** liefert hinsichtlich Testgüte und Testqualität bessere Resultate. Die Reliabilität der Skala ist als gut zu bezeichnen. Ebenso ist die faktorielle Validität der Skala (Eignung zur Verdichtung zu einem depressiven Symptom) gegeben und die Konstruktvalidität liefert die zu erwartenden Befunde. Darüber hinaus ist die DSQ-10 mit Blick auf die Fragebogenökonomie positiv zu bewerten. Kritisch bewerten ist ein Item zum Thema Libidoverlust mit einer grossen Zahl fehlender Antworten; diese führen aufgrund ihrer Altersabhängigkeit zu einem Bias in der Skala. Vorbehalte sind auch bei der Performanz angebracht, indem die DSQ-10 eine begrenzte Sensitivität aufweist.
- Die in diesem Bericht als Goldstandard verwendete CIDI-SF-Skala zur Erfassung von Depression ist jedoch zur Verwendung in einem Bevölkerungssurvey als sehr umfangreich und komplex zu bewerten und es bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit der im Rahmen eines CATI (Computer Assisted Telephone Interview) ermittelten Resultate.

- Aufgrund der potenziellen Mängel beider Instrumente wäre es ggf. lohnenswert, den Einsatz alternativer Instrumente (empfohlen wird der «Brief Patient Health Questionnaire, PHQ-9») zu prüfen. Für diese Entscheidung müssen aber neben Testgüte und -qualität weitere Kriterien miteinbezogen werden wie das Interesse an einer langfristigen Vergleichbarkeit der SGB-Wellen und die Frage der Kompatibilität mit den EUROHIS-Empfehlungen.

Psychische Gesundheit-Krankheit und Zusammenhänge zu anderen Konstrukten

Die Zusammenhänge zwischen den Indikatoren psychischer Gesundheit-Krankheit (SOC-3 und SOC-13, DSQ-10, Mastery, Coping etc.) und anderen relevanten Konstrukten der SGB (z.B. Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung etc.) sind als gering bis moderat zu bezeichnen. Die höchsten Zusammenhänge ergeben sich für soziale Unterstützung (Einsamkeitsgefühle, Fehlen einer Vertrauensperson), Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung, Arbeitsbelastungen und körperliche Beschwerden. Dagegen zeigen sich praktisch keine Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Variablen und den Skalen psychischer Gesundheit-Krankheit.

Vergleich der Messung von «Mental Health» in SGB und EUROHIS

Der Vergleich der SGB mit den EUROHIS-Empfehlungen hinsichtlich der verwendeten Skalen und Konzepte psychischer Gesundheit-Krankheit zeigt auf, dass nur wenige Übereinstimmungen bestehen. So sind positive psychische Gesundheit, Ressourcen psychischer Gesundheit und Einschränkungen/Behinderungen als Folge psychischer Krankheiten in der SGB umfassender abgebildet. Vergleiche zwischen SGB und EUROHIS-Empfehlung sind nur bei der Erfassung unspezifischer psychischer Belastung (MHI-5) direkt möglich, sonst aber aufgrund konzeptioneller, inhaltlicher und messtechnischer Differenzen eingeschränkt.

Expertensicht

Die Anforderungen der Experten an und ihre Meinungen über die Konzepte psychischer Befindlichkeit sind insgesamt recht unterschiedlich. Konsequenterweise lassen sich auch keine konsensualen, allgemeingültigen Empfehlungen formulieren. Wir erlauben uns daher, als Fazit nur diejenigen zwei Punkte einfließen zu lassen, die aus unserer Sicht die Schweizerische Gesundheitsbefragung inhaltlich und methodisch bereichern würden:

- die Erfassung positiver psychischer Gesundheit wird als sehr wichtig erachtet;
- eine Modularisierung der SGB mit einem Vertiefungsmodul für psychische Gesundheit-Krankheit wird als wünschbar betrachtet.

Schlussfolgerungen, Empfehlungen

Theoriegeleitete Gesamtkonzeption der Messung psychischer Gesundheit-Krankheit

Für die strukturierte Dokumentation der Konstrukte, die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zur Messung von psychischer Gesundheit-Krankheit eingesetzt wurden und werden, erachten wir die Orientierung an einem theoretischen Bezugsrahmen als hilfreich. Wir empfehlen dabei das *Anforderungs-Ressourcen Modell von Gesundheit*. Dessen Verwendung zeigt vereinzelt Lücken und Mängel der Messung in der SGB auf.

Adaptation spezifischer Instrumente

- *Kohärenzerleben*: Falls das Konstrukt Kohärenzgefühl im Rahmen kommender Erhebungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung weiterhin erfasst werden soll, bietet sich mit der Leipziger Kurzsкала SOC-L9 eine Skala an, die auf der originalen SOC-29 Skala basiert, lediglich 9 Items umfasst und anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in Deutschland validiert wurde.

- *Depression:* Während das CIDI-SF gegenüber dem DSQ-10 wohl das reliablere und validere Instrument ist und gleichzeitig potentiell Vergleichbarkeit zur EUROHIS garantiert, scheinen uns Fragezeichen bei der Fragebogenökonomie und der Gesundheit-Krankheit-Dichotomie angebracht. Liegt der Fokus primär auf hoher Verbreitung des Messinstruments und breit abgesicherter Reliabilität und Validität, so sollte das CIDI-SF gewählt werden. Wird aber die Fragebogenökonomie höher gewichtet, so ist u.E. grundsätzlich prüfenswert, ob nicht ein alternatives Instrument zur Messung von Depression eingesetzt werden soll.
- *Unspezifische psychische Belastungen:* Aus inhaltlichen und messtheoretischen Erwägungen wie auch aus Kompatibilitätsgründen wird der weitere Einsatz der MHI-5 Skala für die Messung psychischer Belastung empfohlen. Für zukünftige Erhebungswellen der SGB erachten wir in Ergänzung zur MHI-5 den Einsatz einer Skala zum Erleben von Stress als sinnvoll. Stress steht in einem engen Bezug zu psychischer Gesundheit, wird aber bislang in der SGB nicht systematisch erfasst.
- *Positive psychische Gesundheit:* Positive psychische Gesundheit wurde in den SGB-Erhebungswellen vor 2007 durch die SANPSY-Skala erfasst; in der Erhebung von 2007 ist das Konstrukt nicht mehr abgebildet. Wenn psychische Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Beschwerden ist, so ergeben sich Zweifel an der Eignung der SANPSY-Skala. Als prüfenswerte, fragebogenökonomisch leicht einsetzbare Alternativen empfehlen sich zwei Skalen: (1) die «WHO-5»-Skala zur Erfassung von allgemeinem psychischen Wohlbefinden und (2) die Subskala «psychological health» des Lebensqualitätsinstruments «WHOQOL-Bref».
- *(Personale) Ressourcen:* Ressourcen psychischer Gesundheit wurden in der SGB seit je relativ breit erfasst. In der EUROHIS-Konzeption werden solche individuellen Ressourcen nicht berücksichtigt. In Übereinstimmung mit den befragten Experten wird empfohlen, Ressourcen weiterhin zu erfassen. Für zukünftige Erhebungswellen der SGB könnte darüber hinaus (und evt. als Alternative zum Kohärenzgefühl) die Erfassung der Selbstwirksamkeit als ein zentrales Konstrukt im Bereich der personalen Ressourcen psychischer Gesundheit in Betracht gezogen werden.
- *Externe Ressourcen – soziale Unterstützung:* Eine Übernahme der reduzierten Oslo-Skala aus der EUROHIS ist hier wünschbar, da gegenüber den verwendeten Items in der SGB an die Beziehungsqualität höhere Ansprüche gestellt werden. Darüber hinaus wäre für spätere Erhebungswellen der SGB eine Neukonzeption der Erfassung von sozialer Unterstützung zu prüfen mit der Anwendung eines validen Instrumentes. Hier könnten zwei Instrumente/Skalen mit Anwendungen im Gesundheitskontext empfohlen werden: (1) der «Social Network Index SNI» (12 Items) oder (2) der «Fragebogen zur sozialen Unterstützung, F-SozU-K-14». Beide Skalen sind validiert und erfassen sowohl die Struktur des sozialen Netzwerks als auch die Qualität der sozialen Beziehungen einer Person.

Psychische Gesundheit als periodisches Schwerpunktmodul

Mit Blick auf zukünftige Erhebungswellen der SGB nach 2012 würde sich eine integrale Neukonzeption des Bereichs psychische Gesundheit/Krankheit in der SGB empfehlen. Neukonzeption meint in diesem Zusammenhang allerdings nicht, dass die bisher verwendeten Skalen vollständig ersetzt werden müssten. Es geht mehr darum, die Messung psychischer Gesundheit als Gesamtkonzept zu planen und zu konfigurieren. Dabei schlagen wir vor, dass psychische Gesundheit je nach SGB-Erhebungswelle unterschiedlich differenziert erfasst wird:

- eine «Kompaktversion» der Erfassung ist in jeder SGB-Welle enthalten;
- eine umfangreichere Version ist als periodisches Schwerpunktthema alle 15 Jahre bzw. in jeder dritten Erhebungswelle vertreten (z.B. 2017, 2032 etc.).

Résumé

Situation initiale, objectifs

Le champ thématique «santé mentale et maladies psychiques» revêt une grande importance pour les utilisateurs et les utilisatrices des résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Les instruments de mesure utilisés dans ce domaine ont fait l'objet d'une évaluation, en prévision de l'Enquête suisse sur la santé 2012, visant les objectifs suivants:

1. Evaluer la qualité des instruments utilisés jusqu'à présent dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, tels que l'échelle dite de Wittchen et l'échelle SOC (sense of coherence).
2. A partir de là, proposer des instruments pour l'enquête 2012 en tenant compte des aspects suivants:
 - résultats de l'évaluation des deux instruments mentionnés;
 - évaluation et degré de couverture de différents concepts tels que la santé mentale, les problèmes psychiques, les maladies psychiques (notamment la dépression), les ressources psychiques, le recours aux prestations des professionnels dans l'ESS;
 - valeur explicative de ces instruments par rapport à d'autres contenus de l'enquête (par ex. l'état de santé physique, les comportements en matière de santé, les conditions de travail et les charges au travail, l'intégration sociale, etc.);
 - adéquation des échelles pour une enquête menée auprès de la population (sensibilité, longueur, exigibilité, catégorisation, etc.);
 - adéquation des instruments avec l'analyse de séries chronologiques.

Le présent rapport analyse les points centraux susmentionnés et développe, à partir de ceux-ci, des recommandations pour les prochaines éditions de l'ESS. Deux éléments, présentés ci-après, ont été au centre de l'évaluation.

Méthodologie

L'évaluation s'est déroulée en deux étapes:

- A) Evaluation de la validité et de la qualité des tests de l'échelle de Wittchen (DSQ-10) utilisée dans l'ESS 2007 pour mesurer la dépression, d'une part, et de l'échelle du sens de la cohérence (SOC-3) servant à mesurer le sentiment de cohérence, d'autre part. Ont été évalués la fiabilité, la validité et la performance des échelles, leurs avantages et leurs inconvénients par rapport à d'autres outils d'enquête et leur adéquation avec les enquêtes auprès de la population.
- B) L'analyse des concepts de la santé mentale et des maladies psychiques, de leur valeur explicative par rapport à d'autres contenus de l'ESS, et la formulation de recommandations sur la pondération des concepts et leur saisie à l'aide d'échelles de mesure répondant aux exigences requises en termes de validité et de qualité.

Des entretiens semi-directifs ont par ailleurs été réalisés avec des experts.

Résultats

Fondements théoriques et cohérence des instruments utilisés

L'ESS couvre le champ thématique de la santé mentale et des maladies psychiques de manière relativement large depuis le début (1992/93). Ce champ thématique peut être subdivisé en différents domaines liés aux exigences et aux ressources concernant la santé:

- la santé mentale (positive),
- les problèmes psychiques, les maladies psychiques,
- les ressources,
- les exigences (les facteurs de risque),
- les conséquences des problèmes psychiques/des maladies psychiques,
- le recours aux soins (en raison de problèmes psychiques).

Il ressort de l'analyse que tous les domaines du champ thématique de la santé mentale et des maladies psychiques n'ont pas été couverts de manière égale par les instruments de mesure dans l'ESS (couverture plus ou moins large, plus ou moins suivie dans le temps et plus ou moins exhaustive). Les recommandations formulées plus bas présentent des compléments possibles.

Caractéristiques des instruments servant à mesurer le sentiment de cohérence et la dépression

L'évaluation des échelles SOC-3 et DSG-10 met en évidence les points faibles des deux instruments de mesure, ce qui donne lieu à des recommandations en vue des futures enquêtes:

- **L'échelle SOC-3 servant à mesurer le sentiment de cohérence** ne permet que de distinguer les personnes interrogées dans une certaine mesure et donc de classer ces personnes que de manière limitée en fonction de leur sentiment de cohérence. La fiabilité de l'échelle SOC-3 est critiquable et l'échelle ne convainc pas en tant que construit valide. L'évaluation de la performance de l'échelle SOC-3 (validité des prévisions de cas problématiques) donne également un résultat insatisfaisant: l'échelle SOC-3 sous-estime nettement le nombre de cas problématiques. Compte tenu des lacunes constatées en tous points quant à la validité et à la qualité du test, cet instrument n'est pas approprié pour mesurer le sentiment de cohérence et ne peut être utilisé que pour évaluer la structure des rapports entre les construits. D'une manière générale, l'utilisation de l'échelle SOC-3 dans l'ESS n'est pas recommandée. Etant donné les lacunes observées également dans la version plus longue de l'instrument SOC (SOC-13) utilisé dans l'ESS 1997, notamment au niveau de sa validité factorielle, et pour autant que l'on continue de relever dans l'ESS le construit de sentiment de cohérence, il est recommandé d'utiliser l'échelle SOC-L9 validée pour un échantillon de population. Cette échelle présente un haut coefficient de validité et une compatibilité maximale avec les instruments de mesure de la cohérence utilisés jusqu'ici dans l'ESS.
- L'analyse de **l'échelle DSQ-10 (échelle de Wittchen) pour mesurer la dépression** donne de meilleurs résultats en ce qui concerne la validité et la qualité du test. La fiabilité de l'échelle est considérée comme bonne. La validité factorielle de l'échelle (adéquation pour décrire un symptôme dépressif) est aussi avérée et la validité du construit donne les résultats attendus. De plus, l'évaluation de l'échelle DSQ-10 est positive en ce qui concerne l'efficacité du questionnaire. Un item sur la perte de libido suscite la critique pour ses nombreuses réponses manquantes, fortement liées à l'âge, qui créent ainsi un biais dans l'échelle. Il faut aussi émettre des réserves quant à la performance de l'échelle DSQ-10, en raison de sa sensibilité limitée.
- L'échelle CIDI-SF utilisée prioritairement dans ce rapport pour recenser les cas de dépression est trop complète et trop complexe pour une enquête auprès de la population. On peut douter en effet de la fiabilité des résultats obtenus sur la base de cette échelle dans le cadre d'une interview téléphonique assistée par ordinateur, CATI (Computer Assisted Telephone Interview).

- Etant donné les lacunes potentielles de ces deux instruments, il serait judicieux d'évaluer la possibilité d'utiliser d'autres instruments (questionnaire PHQ-9 pour la dépression, si possible). Pour déterminer les autres instruments à utiliser, on considérera non seulement la validité et la qualité du test, mais aussi d'autres critères comme l'intérêt de pouvoir comparer les résultats de l'ESS sur le long terme et disposer de données compatibles avec les recommandations EUROHIS.

Santé mentale et maladies psychiques et corrélations avec d'autres construits

Les indicateurs de la santé mentale et des maladies psychiques (SOC-3 et SOC-13, DSQ-10, Mastery, Coping, etc.) sont faiblement à modérément corrélés avec d'autres construits importants de l'ESS (tels que les conditions de travail, le soutien social, etc.). Les corrélations sont les plus fortes pour le soutien social (sentiments de solitude, absence d'une personne de confiance), le recours à un traitement psychothérapeutique, les charges au travail et les troubles physiques. En revanche, il n'y a pratiquement pas de corrélation entre les variables sociodémographiques et les échelles de mesure de la santé mentale et des maladies psychiques.

Comparaison entre la mesure de la santé mentale (« Mental Health ») dans l'ESS et selon EUROHIS

La comparaison entre l'ESS et les recommandations EUROHIS au sujet des échelles et des concepts de la santé mentale et des problèmes psychiques fait ressortir un très faible nombre de concordances. L'ESS illustre de manière plus complète la santé mentale positive, les ressources de la santé mentale et les limitations/handicaps provenant de maladies psychiques.

La comparaison directe entre l'ESS et les données collectées selon EUROHIS n'est possible que pour les problèmes psychiques non spécifiques (MHI-5). Elle est limitée dans les autres domaines par les différences de conception, de contenu et de technique de mesure.

Point de vue des experts

D'une manière générale, les exigences des experts et leur avis au sujet des concepts du bien-être psychique divergent considérablement. Il n'est donc pas possible de formuler de recommandations consensuelles et générales. Nous nous permettons par conséquent, pour conclure, de ne considérer que les deux points qui peuvent être enrichissants, à notre avis, pour l'Enquête suisse sur la santé aux plans du contenu et de la méthodologie:

- il est très important de mesurer la santé mentale positive;
- il serait souhaitable de donner une structure modulaire à l'ESS, avec un module d'approfondissement sur la santé mentale et les maladies psychiques.

Conclusions, recommandations

Conception globale théorique de la mesure de la santé mentale et des maladies psychiques

Pour documenter de manière structurée les construits de l'Enquête suisse sur la santé pour mesurer la santé mentale et les maladies psychiques, nous estimons qu'il serait utile de définir un cadre de référence théorique. Nous recommandons pour ce faire le *modèle de santé des exigences et des ressources*. Son utilisation met en évidence les lacunes et les désavantages des méthodes de mesure utilisées dans l'ESS.

Adaptation d'instruments spécifiques

- *Sentiment de cohérence*: Si l'on souhaite également considérer le construit du sentiment de cohérence dans les futures éditions de l'ESS, il serait judicieux d'utiliser l'échelle SOC-L9 de Leipzig,

qui se base sur l'échelle originale SOC-29, ne comprend que 9 items et a été validée en Allemagne à l'aide d'un échantillon représentatif de la population.

- *Dépression* : Si l'échelle CIDI-SF est certes un instrument plus fiable et plus valide que l'échelle DSQ-10 et qu'elle garantit la comparabilité avec EUROHIS, nous remettons en question l'efficacité du questionnaire et la dichotomie santé-maladie. Si l'on considère en premier lieu dans quelle mesure l'instrument de mesure est répandu, sa fiabilité et sa validité, on choisira l'échelle CIDI-SF. Si l'on accorde plus d'importance à l'efficacité du questionnaire, il faut examiner, à notre avis, s'il n'y a pas moyen d'utiliser un autre instrument pour mesurer la dépression.
- *Problèmes psychiques non spécifiés*: Pour des raisons de contenu, de technique de mesure et de compatibilité, il est recommandé de continuer d'utiliser l'échelle MHI-5 pour mesurer les problèmes psychiques. Nous sommes d'avis qu'il serait judicieux à l'avenir d'utiliser dans l'ESS une échelle sur la perception du stress en complément de l'échelle MHI-5. Le stress est étroitement lié à la santé mentale, mais il n'a jusqu'ici pas été mesuré systématiquement dans l'ESS.
- *Santé mentale positive*: La santé mentale positive avait été mesurée dans l'ESS avant 2007 à l'aide de l'échelle SANPSY, mais ce construit n'a plus été pris en compte dans l'enquête de 2007. S'il s'agit de considérer la santé mentale sans se limiter à l'absence de troubles, alors nous émettons des doutes quant à l'adéquation de l'échelle SANPSY. Deux échelles sont recommandées comme alternatives valables, efficaces et faciles à mettre en œuvre: (1) l'échelle « WHO-5 » servant à mesurer le bien-être psychique global et (2) la sous-échelle sur la santé psychologique (psychological health) de l'instrument de mesure de la qualité de vie «WHOQOL-Bref».
- *Ressources (personnelles)*: Les ressources de la santé mentale ont toujours été largement considérées dans l'ESS. Mais la conception EUROHIS n'en tient pas compte. Avec l'accord des experts interrogés, nous recommandons de continuer à évaluer ces ressources. Il serait par ailleurs envisageable, pour les futures éditions de l'ESS, de mesurer (éventuellement à la place du sentiment de cohérence) le sentiment d'efficacité personnelle comme un construit central des ressources personnelles de la santé mentale.
- *Ressources externes – soutien social*: Il est souhaitable ici de reprendre l'échelle réduite d'Oslo de EUROHIS, car les items utilisés dans l'ESS ne répondent pas aux exigences plus élevées posées à la qualité des relations sociales. Pour de futures éditions de l'ESS, il faudrait examiner s'il faut revoir la conception de la mesure du soutien social en utilisant un instrument valide. Nous recommandons ici deux instruments/échelles: (1) l'indice «Social Network Index SNI» (12 items) ou (2) le questionnaire sur le soutien social F-SozU-K-14. Les deux échelles sont validées et mesurent tant la structure du réseau social que la qualité des relations sociales.

Un module central consacré périodiquement à la santé mentale

En vue des éditions de l'ESS d'après 2012, il serait souhaitable de revoir entièrement la conception du domaine de la santé mentale et des maladies psychiques. Cela ne veut pas dire qu'il faille remplacer entièrement toutes les échelles utilisées jusqu'ici. Il s'agit bien plus de planifier et de configurer la mesure de la santé mentale dans le cadre d'un concept global. Nous proposons pour ce faire de mesurer la santé mentale de manière différenciée d'une édition de l'ESS à l'autre:

- de sorte que chaque édition de l'ESS comprenne une version compacte et
- qu'une version complète paraisse périodiquement, tous les 15 ans environ, comme thème central, une fois sur trois (par exemple en 2017, en 2031, etc.).

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage, Zielsetzungen

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) wird vom Bundesamt für Statistik seit 1992 in fünfjährigem Abstand durchgeführt. Eine Umfrage unter den Nutzenden der SGB zeigt, dass das Themenfeld Psychische Gesundheit-Krankheit in Bezug auf die Relevanz an dritter Stelle steht (nach «Ernährung» und «Körperliche Aktivität»/«Selbsteinschätzung der Gesundheit») (Storni & Lieberherr, 2010). Dabei kommen in diesem Bereich Messinstrumente zur Anwendung, die vorgängig nicht für einen Bevölkerungssurvey, sondern in anderen Untersuchungszusammenhängen entwickelt und validiert wurden. Darüber hinaus fanden in der SGB nicht immer die validierten Standardversionen der Erhebungsinstrumente Verwendung, wobei dies insbesondere auf die Messung und Erfassung von Depression und Kohärenzgefühl zutrifft.

Im Vorfeld der nationalen Gesundheitsbefragung 2012 sollten die Messinstrumente zur Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit überprüft werden, wobei die folgenden Ziele im Zentrum der Analyse stehen:

1. Beurteilung der Qualität der bisher im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendeten Instrumente, der sog. Wittchen-Skala» (Jacobi, Höfler, Meister, & Wittchen, 2002) und der «Sense of Coherence (SOC)»-Skala (Schumacher, Wilz, Gunzelmann, & Brähler, 2000).
2. Davon ausgehend sollten Vorschläge zur Einsetzung von Instrumenten für die Erhebung 2012 gemacht werden, wobei die folgenden Aspekte zentral waren:
 - Resultate der Prüfung der beiden erwähnten Instrumente;
 - Bewertung des Stellenwerts und der Abdeckung verschiedener Konzepte wie psychische Gesundheit, psychische Belastung, Gesundheitsprobleme (spez. Depression), psychische Ressourcen, Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der SGB;
 - Erklärungsgehalt für und Bezug zu anderen Inhalten der Gesundheitsbefragung (z.B. physischer Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Arbeitsbedingungen und -belastungen, soziale Integration etc.);
 - Eignung der Skalen für eine Bevölkerungsbefragung (Sensitivität, Länge, Zumutbarkeit, Kategorienbildung, etc.);
 - Eignung für die Analyse von Zeitreihen.

Ein wichtiger Hintergrund des Vorhabens ist auch, dass für die übernächste Gesundheitsbefragung, im Jahre 2017 die teilweise bis vollständige Übernahme der EUROHIS-Instrumente (Meltzer, 2003) vorgesehen ist.

1.2 Spezifische Fragestellungen

Ausgehend von den beiden oben aufgeführten Hauptzielen ergeben sich die folgenden spezifischen Fragestellungen der vorliegenden Studie:

Zielsetzung A: Auf der Ebene der psychodiagnostischen Testgüte und Testqualität der Instrumente gilt es für Depression und Kohärenzgefühl die folgenden Fragen zu klären:

- A.1 Wie stabil, reliabel und valide sind die eingesetzten Messinstrumente?
- A.2 Wie funktionieren die Skalen innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen und geografischer Regionen? Wie sieht das Antwortverhalten nach Gruppen und Regionen (auch in Bezug auf Non-Responses) aus?

A.3 Wie ist der prognostische Wert der Instrumente zu beurteilen?

A.4 Was sind die komparativen Vor- und Nachteile der Instrumente?

Zielsetzung B: Mit Blick auf den Einsatz von Messinstrumenten zur psychischen Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 stehen folgende Fragen im Vordergrund:

B.1 Welche Konzepte im Kontext der psychischen Gesundheit-Krankheit wurden bislang in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendet und welche inhaltlichen Aspekte werden durch diese Konzepte abgedeckt? Wo bestehen Lücken?

B.2 Welchen Erklärungswert weisen die bisher verwendeten Konzepte psychischer Gesundheit-Krankheit zu anderen Inhalten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auf?

B.3 Wie geeignet sind die verwendeten Messinstrumente für eine Bevölkerungsbefragung?

B.4 Inwiefern bestehen Möglichkeiten für Zeitreihenanalysen?

B.5 Welche Konzepte psychischer Gesundheit-Krankheit finden sich im internationalen Umfeld, insbesondere in der EUROHIS? Wo liegen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung? Was sind die komparativen Vor- und Nachteile der verwendeten Konstrukte und Messinstrumente?

2 Methodik: konzeptionelle Überlegungen, Vorgehen

2.1 Zur Ermittlung von Testgüte und Testqualität

Bezugsrahmen für die Bewertung der Qualität verschiedener Instrumente zur Messung psychischer Gesundheit-Krankheit in der SGB sind die drei Hauptgütekriterien psychologischer Tests (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006):

- Objektivität: die Ergebnisse eines Tests sind unabhängig von der ihn anwendenden Person;
- Reliabilität: der Text misst genau;
- Validität: der Test misst das, was er (inhaltlich) messen soll.

Im Rahmen der vorliegenden Studie stehen primär die Reliabilität und Validität der zu untersuchenden Skalen im Vordergrund. Darüber hinaus soll als weiteres Gütekriterium die Performanz eines Tests geprüft werden. Damit wichtige, in den Datenanalysen wiederholt vorkommende Begriffe geklärt sind, werden diese drei Kriterien im Folgenden kurz erläutert. Vorgängig wird jedoch auf das Vorgehen bei der Item- und Skalenanalyse eingegangen, das jeder Überprüfung von Reliabilität und Validität vorangestellt sein sollte. Für die weiteren Ausführungen verwenden wir den Begriff «Test» analog zu den Begriffen «Skala» oder «Messinstrument».

2.1.1 Itemanalyse

Ein erster Schritt bei der Überprüfung eines Messinstruments besteht in der Itemanalyse. Deren Ziel ist es u.a. mithilfe formaler Kriterien zu einer Einschätzung der Eignung einzelner Items für eine Skala zu gelangen. Die Itemanalyse beinhaltet zunächst einmal die mehr qualitative Beurteilung der **Häufigkeits- und Antwortverteilung** der Items¹. Die formalen Kriterien der Itemanalyse betreffen v.a. deren zwei, die Trennschärfe und die Itemschwierigkeit oder Popularität.

Die **Trennschärfe** gibt den Zusammenhang der Antworten auf ein spezifisches Item mit den Werten der Gesamtskala, zu der es gehört, wider. Eine hohe Trennschärfe bedeutet, dass ein Item Personen sehr ähnlich wie die Gesamtskala einstuft. Die Trennschärfe r_{it} wird nach folgender Formel berechnet (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006):

$$r_{it} = \frac{N * \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N * \sum X^2 - (\sum X)^2)(N * \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

N: Anzahl Personen

r_{it} : Korrelation zwischen Item- und Skalenscore

X: Itemscore

Y: Skalenscore

Die **Itemschwierigkeit** meint im Kontext von Leistungstests und bei dichotomen Items den Anteil von Personen, die eine bestimmte Frage gelöst haben. Bei mehreren Antwortkategorien wird als Kennwert für die Itemschwierigkeit der Mittelwert der Antworten verwendet. Ausserhalb von Leistungstests wird anstelle von Schwierigkeit von der **Popularität** eines Items gesprochen. Die Popularität eines Items zeigt an, wieviele Personen ein bestimmtes Item im Sinne der Gesamtskala beantwortet haben. Für kontinuierliche Skalen berechnet sich die Popularität P_i nach folgender Formel:

$$P_i = \frac{\sum_{v=1}^n x_{vi}}{n * (k - 1)} * 100$$

¹ Folgende Fragen können u.a. adressiert werden: Wie häufig werden welche Antwortkategorien gewählt? Wird der vorgesehene Wertebereich eines Items ausgeschöpft? Wie gross ist der Anteil von Personen, die ein bestimmtes Item nicht beantwortet haben (Missings)?

Der Schwierigkeits- oder Popularitätsindex P_i hat einen Wertebereich von 0 bis 100. Ein Wert um 50 (mind. $P_i=20$, max. $P_i=80$) wird i.d.R. als ideal bezeichnet. Items mit extremen (sehr tiefen oder sehr hohen) Schwierigkeitsgraden eignen sich zur Differenzierung zwischen Personen nur wenig: $P_i=0$ würde bedeuten, dass ein bestimmtes Item i von niemandem, $P_i=100$ dagegen von allen Befragten im Sinne des Kriteriums beantwortet wurde.

Ein weiterer Aspekt der Analyse der Items einer Skala betrifft die Frage der **Dimensionalität**, d.h.: bildet die Skala inhaltlich eine oder mehrere Dimensionen ab. Ein Beispiel für ein mehrdimensionales Konstrukt wäre das Kohärenzerleben («Sense of Coherence»), das sich gemäss theoretischer Definition aus den drei folgenden Subskalen zusammensetzen sollte: «Verstehbarkeit», «Handhabbarkeit» und «Sinnhaftigkeit». Die Dimensionalität einer Skala wird häufig mit dem Verfahren der Faktorenanalyse oder der Hauptkomponentenanalyse empirisch überprüft.

2.1.2 Reliabilität

Die Reliabilität meint die Präzision der Messung eines bestimmten Merkmals durch eine Skala oder einen Test. Dabei spielt es (noch) keine Rolle, was der Test messen soll. Die Reliabilität wird über einen Korrelationskoeffizienten ausgedrückt, welcher den Wert $r=1.0$ annimmt, wenn eine perfekte Messgenauigkeit vorliegen würde. Die Reliabilität kann durch vier Verfahren ermittelt werden: Testwiederholung (Re-Test), parallele Testung, Testhalbierung- und Konsistenzanalyse. Bei den ersten drei Verfahren werden die jeweiligen zwei Testvarianten miteinander korreliert. Diese Verfahren sind jedoch von Voraussetzungen abhängig, welche im vorliegenden Projekt nicht erfüllt sind². Deshalb kommt in der geplanten Studie primär die Konsistenzanalyse zur Ermittlung der Reliabilität in Frage. Der gebräuchlichste Koeffizient ist in diesem Zusammenhang das Cronbach α , welches nach folgender Formel ermittelt wird:

$$\alpha = \frac{N * \bar{r}}{(1 + (N - 1) * \bar{r})}$$

N : Anzahl Items;

\bar{r} : Mittelwert der Interkorrelationen aller Items.

2.1.3 Validität

Zentral sind drei Arten der Validität von Testverfahren: die Inhaltsvalidität, die Kriteriumsvalidität und die Konstruktvalidität. Die Inhaltsvalidität kann rein qualitativ ausgedrückt werden, indem sie sich auf die inhaltliche Evidenz der Testaufgaben mit Blick auf das zu messende Merkmal bezieht (Augenscheinvalidität). Eine Quantifizierung der Inhaltsvalidität ist möglich, indem $n \geq 2$ Experten/innen ein bestimmtes Merkmal bewerten und anschliessend die Beurteilendenübereinstimmung berechnet wird. Für die geplante Studie sind jedoch primär die Kriteriums- und die Konstruktvalidität von Bedeutung.

Kriteriumsvalidität

Bei der Kriteriumsvalidität wird die Korrelation der Testergebnisse mit einem Aussen- oder Zielmerkmal, über welches der Test Aussagen oder Prognosen machen will, ermittelt. Das Kriterium kann ein direkt beobachtetes Verhalten oder Zustand sein oder aber auch ein anderer Test, dessen Validität bereits als gesichert gilt.

² Testwiederholung und parallele Testung wären höchstens im Vorfeld eines Bevölkerungssurveys durch Pilotstudien möglich. Das Testhalbierungsverfahren setzt eine grössere Zahl von Items voraus, was bei den Skalen in der SGB i.d.R. nicht der Fall ist.

Konstruktvalidität

Die Konstruktvalidität bezieht sich auf den Anspruch, dass ein psychologisches Konstrukt theoretisch plausibel und konsistent abgebildet wird. Die Konstruktvalidität mündet i.d.R. nicht in einen einfachen Kennwert, sondern umfasst einen ganzen Prozess der Datenanalyse. Ein Beispiel für die Ermittlung der Konstruktvalidität ist das Verfahren der konfirmatorischen Faktorenanalyse, bei dem überprüft wird, ob die inhaltlichen Dimensionen eines theoretischen Konstruktes (z.B. Intelligenz) empirisch (d.h. in gemessenen Daten) abgebildet werden können.

2.1.4 Performanz

Ein weiterer Aspekt, den wir hier mit Performanz überschreiben, betrifft die Frage, wie zuverlässig ein Test eine angestrebte Klassifikation (z.B. gesund vs. krank) vornehmen kann. Dies ist in der geplanten Studie besonders relevant für die als Screening-Instrumente konzipierten Skalen zur Messung von Depression (DSQ-10 und CIDI-SF). Hier soll untersucht werden, ob und in welchem Ausmass die Instrumente in ihren praktischen Voraussageeigenschaften divergieren. Konkret stehen etwa folgende Fragen im Vordergrund: «Wie gross ist die Anzahl der irrtümlich als depressiv klassifizierten Individuen?» «Was bedeutet dies für die Prävalenz?» Folgende Begriffe sind in diesem Zusammenhang relevant:

- **Sensitivität:** Wahrscheinlichkeit für positiven Test bei Depression: $P(T+|K+)$,
- **Spezifität:** Wahrscheinlichkeit für negativen Test bei Gesundheit: $P(T-|K-)$,
- **Positiver prädiktiver Wert:** Wahrscheinlichkeit für Depression bei positivem Test: $P(K+|T+)$.

Neuere Studien, welche sich mit dem Nutzen von umfassenden Screenings nach Depression in der Bevölkerung befassen, zeigen hier Grenzen der gängigen Messinstrumente auf (Pignone et al., 2002; Wancata et al., 2007).

Die Ermittlung der Sensitivität und Spezifität eines Testverfahrens ist – analog zur Kriteriumsvalidität – abhängig von einem «Goldstandard»: Bei diesem kann es sich z.B. um einen anderen, bereits anerkannten Test oder um Expertenurteile zum Vorliegen des zu identifizierenden Phänomens in einer Population handeln. In der vorliegenden Studie wurden Sensitivität und Spezifität direkt anhand der SGB-Daten ermittelt. Für die DSQ-10-Skala wurde als Goldstandard das CIDI-SF (Kessler, Andrews, Mroczek, Üstün, & Wittchen, 1998) verwendet, für die Kurzversion der SOC (SOC-3) die SOC-13. Dieses Vorgehen erlaubt im Rahmen von ROC-Analysen auch die Überprüfung der Schwellenwerte des DSQ-10 sowie die Definition eines Schwellenwertes bei der SOC-3.

2.2 Methodisches Vorgehen

2.2.1 Strategie

Entsprechend den Zielsetzungen und den daraus resultierenden Fragestellungen dieser Studie wurde ein zweistufiges Vorgehen angewandt:

A: *Messeigenschaften «Kernskalen»:* In einer ersten Stufe werden die Messeigenschaften der in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eingesetzten Instrumente für die Erfassung von Depression (Wittchen-Skala/DSQ-10) und Kohärenzgefühl (SOC-3) überprüft. Dies erfolgt sowohl mittels quantitativer Analysen von Sekundärdaten (verschiedene Wellen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung) wie auch qualitativ unter Einbezug inhaltlicher und messtheoretischer Erwägungen.

B: *Konzeption «Psy-Skalen» für SGB 2012*: Auf einer zweiten Stufe wird die inhaltliche Abdeckung und Reichweite bislang in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendeter Konzepte zur psychischen Befindlichkeit aufgearbeitet und auf der Grundlage von internationalen Referenzansätzen, insbesondere der EUROHIS (Nosikov & Gudex, 2003), systematisch verglichen. Auf dieser Grundlage werden abschliessend Empfehlungen für die Gesundheitsbefragung 2012 erarbeitet.

Diese beiden zentralen Bausteine (A, B) werden im Folgenden (v.a. in Bezug auf die wichtigsten Arbeitsschritte) erläutert.

2.2.2 Baustein A: Überprüfung der Messeigenschaften von Depression und Kohärenzgefühl

Die Messeigenschaften von zwei Messinstrumenten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung werden hinsichtlich ihrer Testgüte und Testqualität evaluiert. Zum ersten handelt es sich um die Wittchen-Skala zur Erfassung von Depression. Das Instrument umfasst 10 Frageitems und orientiert sich am Depression Screening Questionnaire, kurz DSQ-10 (Jacobi et al., 2002). Der DSQ-10 wurde sowohl in der SGB 2002 wie auch in der SGB 2007 erfasst. Für die Evaluation als besonders wertvoll erweist sich der Umstand, dass in der SGB 2007 zusätzlich Depression über ein alternatives Messinstrument, das CIDI-SF (Kessler et al., 1998), erfasst wurde. Damit ist gewährleistet, dass ein direkter Vergleich der beiden Messinstrumente auf Individualebene und innerhalb derselben Erhebungswelle (2007) erfolgen kann.

Zum zweiten wird das Messinstrument zur Erfassung des Kohärenzgefühls in der Version mit drei Frageitems, die SOC-3, evaluiert. Die SOC-3 wurde erstmals in der SGB 2007 verwendet, nachdem eine Version mit 13 Frageitems bereits 1997 verwendet wurde (SOC-13). Bedauerlicherweise unterscheiden sich die beiden Messinstrumente nicht nur hinsichtlich der Anzahl der Frageitems, sondern auch in der Frageformulierung. Allerdings lässt sich auf der Basis der SOC-13 für das Jahr 1997 ein SOC-3-Proxy kreieren, mit dessen Hilfe sich Unterschiede zwischen den Instrumenten näherungsweise bestimmen lassen. Für die Evaluation des Kohärenzgefühls müssen damit aber Daten der SGB 1997 wie auch der SGB 2007 herangezogen werden.

Bei den beiden Instrumenten bestehen zwar Unterschiede bei der Auswahl der Datenbasis sowie bei der Möglichkeit, Vergleiche mit konvergenten Instrumenten vorzunehmen. Trotzdem erachten wir das gleiche methodische Vorgehen für die Beurteilung der Testgüte und Testqualität von DSQ-10 und SOC-3 als durchführbar und sinnvoll. Die Evaluation der Instrumente erfolgt somit in den folgenden fünf Analyseschritten:

- 1) *Deskriptive Itemanalyse*: Erfassung der zentralen Charakteristika der verwendeten Items mittels Schwierigkeitsanalyse, Itemvarianzanalyse, Trennschärfeanalyse, Non-Response-Analyse und Antwortverhalten verschiedener Bevölkerungsgruppen (nach Geschlecht, Altersgruppen und Sprachregionen).
- 2) *Analyse der internen Konsistenz*: Bestimmung der Reliabilität des Instruments.
- 3) *Überprüfung der Validität*: Diskussion und Bewertung der Inhalts- und Konstruktvalidität sowie Analyse konvergenter, diskriminanter und faktorieller Validität.
- 4) *Analyse der Performanz*: Analyse, Vergleich und Beurteilung der Prävalenz von Depression und der Prävalenz von geringem Kohärenzgefühl anhand DSQ-10/CIDI-SF bzw. SOC-3-Proxy/SOC-13. Bewertung der Sensitivität, Spezifität und Voraussagegüte der Instrumente.
- 5) *Synthese*: Synthetisierung der Befunde aus den vorangehenden Analyseschritten und Gesamtbeurteilung der Testgüte und Testqualität von DSQ-10 und SOC-3.

2.2.3 Baustein B: Konzeption «Psy-Skalen» für SGB 2012

Der zweite Projektbaustein B umfasst die Sichtung weiterer Skalen und Variablen der SGB-Erhebungen mit Bezug zu psychischer Gesundheit-Krankheit, der Vergleich dieser Skalen mit der Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit in gemäss EUROHIS-Vorschlag (Meltzer, 2003) und die empirische Überprüfung der Messeigenschaften dieser Skalen in der SGB. Die Realisierung der zweiten Stufe der Studie erfolgt in vier Schritten:

1) *Verdichtung Ist-Zustand SGB:*

- Systematische Bewertung bislang in den verschiedenen Erhebungen der SGB (1992/93-2007) verwendeter Konstrukte psychischer Befindlichkeit.
- Analyse empirischer Zusammenhänge der Konstrukte psychischer Gesundheit-Krankheit mit anderen relevanten Bezugsgrössen (z.B. subjektiver Gesundheitszustand, soziale Unterstützung, Inanspruchnahme etc.).

2) *Verdichtung Ist-Zustand EUROHIS:* Systematische Erfassung und Bewertung der verwendeten Konstrukte psychischer Befindlichkeit auf der Basis von EUROHIS (Kapitel 1).

3) *Experteninterviews:* Bewertung der Skalen und Instrumente zur Messung psychischer Gesundheit-Krankheit in SGB und EUROHIS (sowie ggf. weiterer Instrumente) durch Experten/innen.

4) *Synthese aus den vorangehenden Arbeitsschritten:* Systematischer Vergleich zwischen den unterschiedlichen Konstrukten psychischer Gesundheit-Krankheit, Gesamtevaluation und Ausarbeitung von Empfehlungen für die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012.

Ergänzende Bemerkungen zu den Experteninterviews

Es wurden drei Experten im Rahmen eines leitfadengestützten Interviews befragt. Unter den Experten waren die folgenden Personengruppen vertreten, wobei eine Person sowohl Gruppe a) als auch b) zugeordnet werden kann:

- a) SGB-Nutzer (N=2),
- b) Spezialist für psychiatrische Epidemiologie oder Versorgungsforschung (N=1),
- c) SGB-«Entwickler» (N=1).

Die Themen des Leitfadeninterviews wurden mit dem Auftraggeber vorbesprochen. Zentrale Fragen betrafen die Eignung der Skalen zur Messung psychischer Gesundheit-Krankheit für verschiedene Verwendungszwecke (z.B. Monitoring, Epidemiologie etc.) sowie die Messqualität der Skalen. Darüber hinaus wurden die Experten auch zur grundsätzlichen Konzeptualisierung psychischer Gesundheit-Krankheit in der SGB befragt.

2.3 Datengrundlage

Für die empirischen Analysen wurden zwei Erhebungswellen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendet, die SGB 1997 und die SGB 2007. Der Entscheid für diese beiden Erhebungswellen ergab sich aufgrund der Vollständigkeit der Abbildung der interessierenden Konstrukte. Insbesondere für die Überprüfung der SOC war der Rückgriff auf die SGB 1997 erforderlich, da nur in dieser Erhebung die längere Version der Skala, die SOC-13 verwendet wurde.

3 Zur Messung psychischer Gesundheit-Krankheit in der SGB

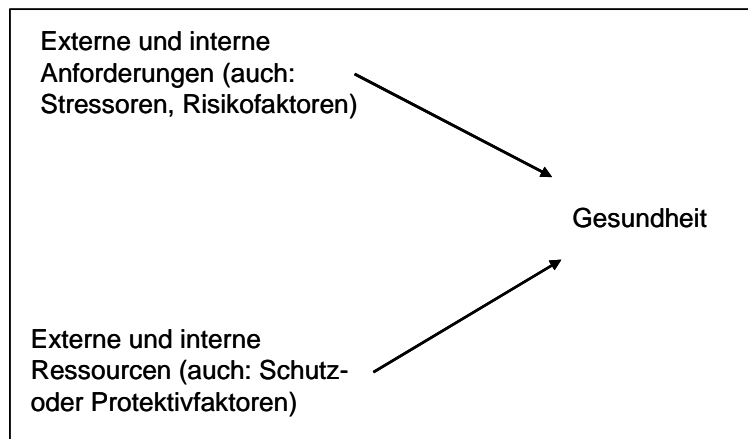
3.1 Theoretische Aspekte zum Konstrukt psychische Gesundheit-Krankheit

Bevor wir uns mit der Messung von psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung befassen, lohnt es sich, einige theoretische Überlegungen voranzustellen. Diese können als Hintergrundfolie für die weiteren Ausführungen in diesem Kapitel aber auch für die Ergebnisse der empirischen Analysen verwendet werden.

Nach Becker (2006) können in der Fachliteratur verschiedene Modellvorstellungen zu den Einflussfaktoren der Gesundheit identifiziert werden. Diese Überlegungen sind auch relevant für die Erklärung psychischer Gesundheit-Krankheit. An dieser Stelle sind zwei besonders diskrepante Modelle zu erwähnen:

- 1) Das *Biomedizinische Modell*, das auf die Pathogenese bzw. auf die Erklärung des Auftretens bestimmter Krankheiten ausgerichtet ist. Gesundheit wird in diesem Modell als Abwesenheit von Krankheit definiert. Die Diagnostik des Gesundheitszustands ist ausschliesslich oder primär an biologischen Parametern orientiert.
- 2) Das (systemische) *Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR)*: Diesem Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass der Gesundheitszustand eines Individuums davon abhängt, wie gut es ihm gelingt, *Anforderungen* mithilfe von *Ressourcen* zu bewältigen (vgl. Abb. 3.1).

Abb. 3.1 Anforderungs-Ressourcen-Modell, vereinfachte Darstellung



- *Anforderungen* sind Bedingungen oder Umstände, die eine Person mit einer Aufgabe oder Zielvorgabe konfrontieren, die sie bewältigen soll. Dabei sind interne von externen Anforderungen zu unterscheiden. Interne Anforderungen gehen von der Person selbst aus, es handelt sich z.B. um ihre Bedürfnisse oder persönlichen Ziele, Wünsche, Werte usw., die erreicht werden wollen. Externe Anforderungen entstammen der Umwelt, wie z.B. eine bestimmte Aufgabenstellung am Arbeitsplatz. Häufig wird anstelle von Anforderungen auch von *Stressoren* oder von *Risikofaktoren* gesprochen, wenn potenziell gesundheitsgefährdende Einflüsse betont werden sollen.
- *Ressourcen* sind Faktoren, welche die Gesundheit fördern oder die schädigenden Wirkungen von Stressoren (s.o.) abschwächen. Auch hier wird zwischen internen³ und externen Ressourcen unterschieden. Ein Beispiel für eine externe Ressource sind tragfähige Freundschaften, welche die Bewältigung eines belastenden Ereignisses – z.B. eines Unfalls – erleichtern. Hier also schützt die

³ Diese werden auch als personale Ressourcen bezeichnet.

externe Ressource «Freundschaft» vor dem Stressor «Unfall». Demgegenüber sind interne Ressourcen Fähigkeiten und Kompetenzen des Individuums (z.B. im Umgang mit Belastungen). Ressourcen werden – besonders in der Fachliteratur zu Stress – auch als *Schutz- oder Protektivfaktoren* bezeichnet.

Den internen bzw. personalen Ressourcen eines Individuums werden insbesondere die folgenden Konstrukte⁴ zugerechnet:

- Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977),
- Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, (Antonovsky & Franke, 1997).
- Hardiness (Kobasa, 1982),
- internale Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1972), gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (Wallston & Wallston, 1982),
- Optimismus (Scheier & Carver, 1985),
- Resilienz (Schumacher, Lepper, Gunzelmann, Strauss, & Brähler, 2004).

Wissenschaftliche Studien und empirische Belege für die Gültigkeit (Validität) der einzelnen Konstrukte sind in unterschiedlichem Masse vorhanden (für eine Übersicht siehe Rüesch, Bartlomé, & Huber, 2007).

3.2 Operationalisierungen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Der Themenkomplex psychische Gesundheit-Krankheit wird in der SGB seit Beginn (1992/93) relativ breit erfasst. Auf dem Hintergrund der vorangehenden theoretischen Ausführungen (Kapitel 3.1) und in Anlehnung an (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007) kann der gesamte Themenkomplex nach den folgenden Bereichen strukturiert werden:

- (positive) psychische Gesundheit,
- psychische Belastung, Krankheit,
- Ressourcen,
- Anforderungen (Risikofaktoren),
- Folgen psychischer Belastung/Krankheit,
- Inanspruchnahme von Behandlungen (aufgrund psychischer Probleme).

In Tab. 3.1 sind diese Bereiche mit den entsprechenden Variablen und Skalen aus der SGB aufgeführt. Die Differenzierung nach Psychischer Gesundheit und Ressourcen ist insofern diskutabel, als dass die Konstrukte Kohärenz erleben und Kontrollüberzeugung auch der positiven psychischen Gesundheit zugeordnet werden könnten. Orientiert man sich aber am theoretischen Bezugsrahmen der Anforderungs-Ressourcen-Modelle der Gesundheit (Becker, 2006), so sind Kohärenz erleben und Kontrollüberzeugung eindeutig personale Ressourcen und insofern als Determinanten psychischer Gesundheit-Krankheit zu definieren (Rüesch et al., 2007).

⁴ Ein (theoretisches) Konstrukt ist ein konstruierter, theoretischer oder theoriegebundener Begriff, der nur indirekte empirische Bezüge hat: in der Psychologie z.B. Intelligenz, Angst, Neurotizismus etc.

Tab. 3.1 Strukturierung des Themenkomplexes psychische Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1992-2007) mit Variablen und Skalen

Bereich	Konstrukt	Variable, Skala (SGB-Erhebungsjahre)
(Positive) Psychische Gesundheit		
	Psychische Ausgeglichenheit, Wohlbefinden	SANPSY (1992-2002)
Psychische Belastung, Krankheit		
	Psychische Belastung	MHI-5 (2007)
	Depression	CIDI-SF (2007), DSQ-10 (2002, 2007)
Ressourcen		
	Kohärenzgefühl	SOC-13 (1997), SOC-3 (2007)
	Kontrollüberzeugung	MASTERY (1992-2007)
	Optimismus	OPTIMISM (1997, 2002)
	Coping von Stress	SCOPI (1997, 2002)
	Soziale Unterstützung, Soziales Netzwerk	Weitgehend keine standardisierten Instrumente/Skalen. Wechselnde Erfassung der Thematik in den SGB-Erhebungen. SGB 2007: TSOUN05, -13, -14, -17-23; SSOUN03a-e, SSOUN04,-05, SSOUN06a-n, SSOUN07, SSOUN08a-j
Anforderungen (Stressoren, Risikofaktoren)		
	Arbeitsbelastung	SUMWE04a-i (1997-2007)
	Einsamkeit	TPSYG05 (1997-2007)
Folgen psychischer Belastung/Krankheit		
	Einschränkungen im Alltagsleben	TKRAN05, TKRAN06 (1997-2007)
	Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit	TZWBH01 (1992-2007)
	Einschränkung der Arbeitsfähigkeit	TZWBH03 (1992-2007)
	Einschränkungen bei IADL	TIADL01a-TIADL01h (2007)
Inanspruchnahme von Behandlungen		
	Behandlung wegen psychischem Problem	TPSYG08, TPSG09a-c (1997-2007)
	ärztliche Behandlung wegen Depression	SKRAN12 (1992-2002), SKRAN27 (2007)

IADL: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. selbständig einkaufen, Finanzen regeln etc.)

Die vorliegende Studie fokussiert auf die Überprüfung der Messung von Depression (psychische Belastung/Krankheit) und von Kohärenzerleben (personale Ressource) in Kapitel 4. Darüber hinaus werden weitere Skalen aus den Bereichen psychische Belastung und Ressourcen in Bezug auf ihre Zusammenhänge zu Depression und Kohärenzerleben untersucht (Kapitel 5).

Aus Tabelle 3.1 geht hervor, dass die einzelnen Bereiche des Themenkomplexes psychische Gesundheit-Krankheit innerhalb der SGB unterschiedlich breit durch Messinstrumente abgedeckt werden:

- So wird die *psychische Gesundheit (Wohlbefinden)* seit 2007 nicht mehr erfasst, da die SANPSY-Skala in der SGB 2007 nicht mehr enthalten ist. Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, ob die

SANPSY-Skala überhaupt geeignet ist zur Erfassung von Wohlbefinden, sofern dieses nicht nur als Abwesenheit von Beschwerden definiert ist⁵.

- Die Messung *unspezifischer psychischer Belastung* erfolgt in der SGB faktisch erst seit der Erhebung von 2007 durch die MHI-5-Skala. Weil aber die vier Items der SANPSY-Skala inhaltlich in Richtung des Vorhandenseins von Belastungen formuliert sind, könnte man diese in den früheren Erhebungen auch diesem Bereich zuordnen. Somit ist eine inhaltlich trennscharfe Unterscheidung von Konstrukten, welche psychisches Wohlbefinden abbilden und Konstrukten, die eine (diagnose-)unspezifische und allenfalls auch subklinische psychische Belastung erfassen in der SGB bisher nicht möglich.
- Dem Bereich der *Ressourcen* können vergleichsweise viele Skalen zugeordnet werden. Deren Verwendung über die verschiedenen SGB-Erhebungswellen ist jedoch inkonsistent. Zudem werden hier oft keine validierten Instrumente verwendet (s.u.).
- Die Erfassung des *sozialen Netzes / der sozialen Unterstützung*, das als wichtige Ressource psychischer Gesundheit zu erachten ist, erlebte über mehrere SGB-Erhebungswellen wiederholte Revisionen, und es erfolgte bisher keine Erfassung mit einem validierten Instrument.
- Der Bereich der *Anforderungen* ist vergleichsweise mager abgebildet. Als prüfenswerte Konstrukte zu nennen sind in diesem Bereich das Erleben/die Wahrnehmung von *Stress* (s.u.) sowie das Konzept der *kritischen Lebensereignisse*. Dem Bereich der Risikofaktoren zuordnen könnte man den in der SGB traditionell erfassten (übermässigen) Konsum von Alkohol und Drogen.
- Die Konstrukte *Stresserleben* und *Stressbewältigung (Coping)*, die einen engen Bezug zu psychischer Gesundheit-Krankheit aufweisen, werden entweder nicht mehr (Coping) berücksichtigt bzw. wurden in der SGB noch nie (Stresserleben) explizit gemessen.
- Psychische Krankheiten können erhebliche (Langzeit-) *Folgen* für das soziale Funktionieren einer Person haben, indem Arbeits- und Leistungsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt sind. Die SGB verfügt über eine Reihe von Variablen, welche diesen Bereich abbilden.

⁵ Die SANPSY-Skala ist inhaltlich und bezüglich der Formulierungen der Einzelitems eher der MHI-5-Skala zur Messung unspezifischer psychischer Belastung ähnlich.

4 Überprüfung der Messeigenschaften von Depression und Kohärenzgefühl

4.1 Kohärenzgefühl (SOC-3)

Der zu evaluierende Indikator für das Kohärenzgefühl der SGB 2007 wird aus den drei Items SSOC01, SSOC02 und SSOC03 gebildet. Der Wertebereich sämtlicher Item-Skalen liegt zwischen 1 und 7 Punkten. Die Konstruktion der SOC-3 Gesamtskala erfolgt durch Summierung der drei Items, so dass das Kohärenzgefühl einen Wertebereich zwischen 3 und 21 aufweist. Wo angezeigt, werden die Ergebnisse aus der Analyse der SOC-3 mit jenen der Kurzversion von Antonovsky (SOC-13) aus der SGB 1997 verglichen.

4.1.1 Deskriptive Item-Analyse

Häufigkeiten und fehlende Werte

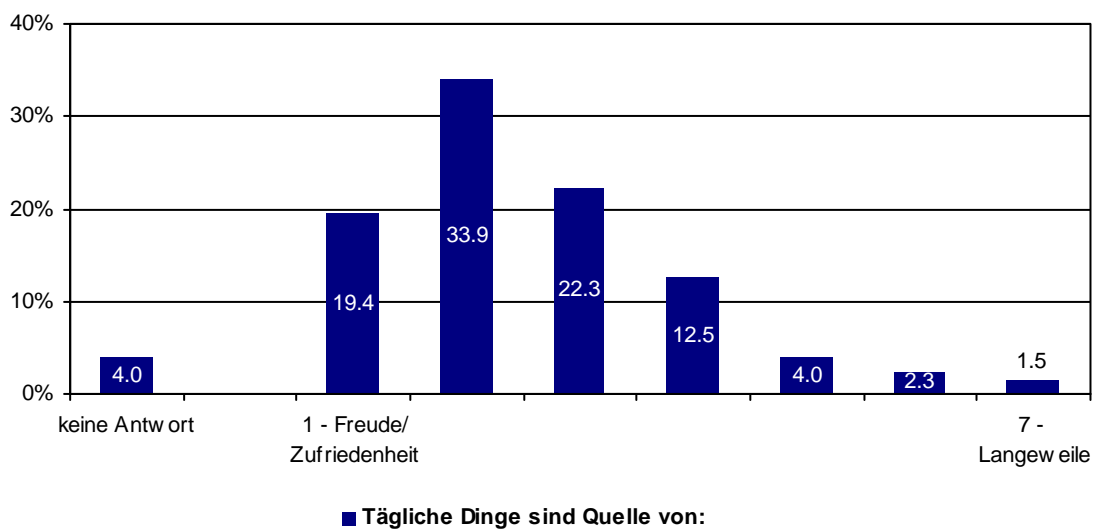
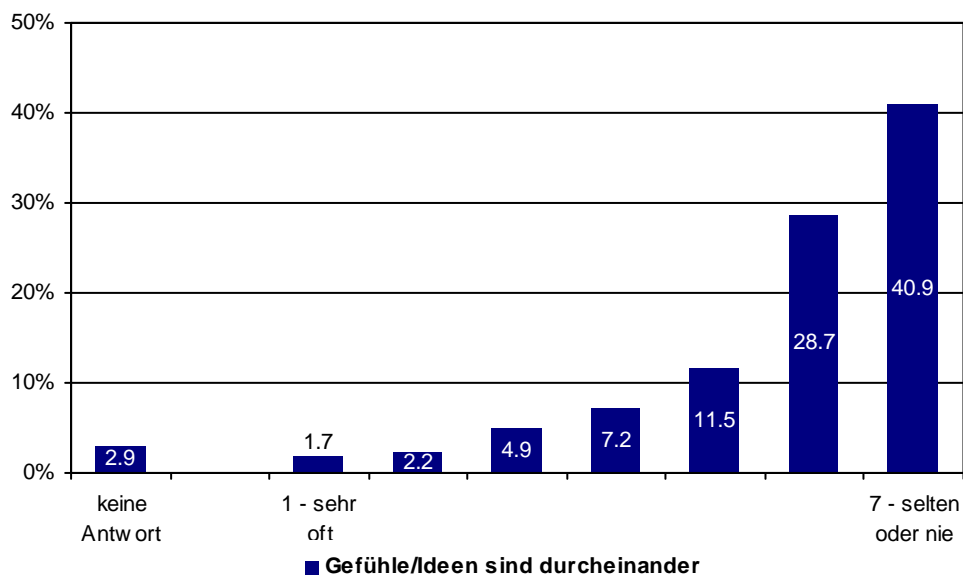
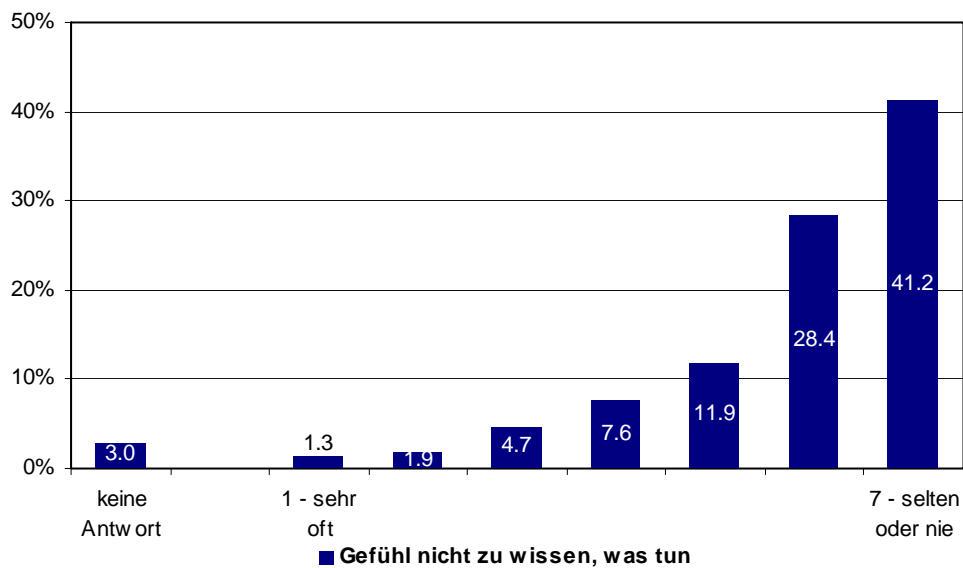
Über alle drei Items betrachtet ist der Anteil der fehlenden Werte mit insgesamt 2.9% bis 4.0% nicht dramatisch (vgl. Abb. 4.1 und Tabellen im Anhang). Differenziert nach den Sprachregionen beträgt er zwischen 2% und 4%, wobei keine substantiellen und systematischen Unterschiede bei der Anzahl fehlender Werte zwischen den Sprachregionen bestehen. Demgegenüber weisen Frauen bei allen drei Items einen um rund 2% höheren Anteil an fehlenden Werten gegenüber den Männern auf; und die Altersgruppe der über 65jährigen hat mit 7% bis 8% insgesamt den höchsten Anteil an fehlenden Werten.

Betrachtet man die Verteilung der gültigen Antworten über die drei Items, so zeigt sich, dass diese bei allen rechtssteil bzw. linkssteil ist (Abb. 4.1). Es finden sich also immer deutlich mehr Personen, die sich für eine Antwort in Richtung mehr Kohärenzgefühl entscheiden. Dies mag nicht weiter erstaunen, da über das Kohärenzgefühl Aspekte der Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit sozialer Zusammenhänge abgefragt werden, die für das «normale» Funktionieren in modernen Gesellschaften unabdingbar sind und deren Fehlen auf eine ernsthafte Einschränkung des psychischen Wohlbefindens verweisen.

Bei allen Items weisen die drei Antwortkategorien am unteren Ende der Skala – also solche, die tendenziell von Personen mit geringem Kohärenzgefühl gewählt werden – nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Sprachregionen auf. Die grössten Unterschiede bestehen hier zwischen den Altersgruppen, wobei die jüngste Gruppe, die der 15-24jährigen, wesentlich häufiger Kategorien am unteren Ende der Item-Skalen wählen.

Diese Befunde decken sich bislang recht gut mit den theoretischen Vorstellungen von Antonovsky (1997). Einerseits geht er davon aus, dass das Kohärenzgefühl sich erst im jungen Erwachsenenalter stabilisiert und ältere Personen daher tendenziell über ein grösseres Kohärenzgefühl verfügen. Andererseits wird Kohärenzgefühl als ein kulturübergreifendes Konzept verstanden, das seine Potentiale universell entfalten kann. Aufgrund der ähnlichen Verteilung der Antworten über die drei Sprachregionen, insbesondere in den Antwortkategorien, die ein geringes Kohärenzgefühl zum Ausdruck bringen, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Konnotation der drei Items und ihrer Antwortkategorien in den Sprachregionen sehr ähnlich ist.

Abb. 4.1 Verteilung der SOC-3 Items in Prozent, SGB 2007



Formal betrachtet sind die Unterschiede zwischen den Sprachregionen, den Geschlechtern und den Altersgruppen statistisch signifikant. Allerdings darf dies aufgrund des sehr grossen Stichprobenumfangs nicht überbewertet werden. Dass die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen nicht wirklich substantiell sind, belegen die Zusammenhangsmasse (Tab. 4.1). Die gewählten Antworten werden bei allen drei Items weder substantiell von der Sprachregion noch vom Geschlecht beeinflusst, wie die extrem geringen Werte von Cramérs V belegen. In etwas grösserem Umfang ist das Antwortverhalten abhängig von der Zugehörigkeit zu einer spezifischen Altersgruppe. Cramérs V bewegt sich über die drei Items zwischen 0.13 und 0.21, was immer noch auf sehr geringe Abhängigkeiten verweist.

Tab. 4.1 Zusammenhangsmasse* von Sprachregion, Geschlecht und Alter mit den SOC-3 Items, SGB 2007

Item	Sprachregion	Geschlecht	Altersgruppe
Ungewohnte Situation	0.06	0.07	0.18
Gefühle durcheinander	0.06	0.07	0.21
Bedeutung Alltag	0.08	0.08	0.13

* Cramérs V

Schwierigkeitsanalyse

Durch die Betrachtung der zentralen Tendenz und der Popularitätssindizes (vgl. Kapitel 2) können die bislang dargelegten Befunde weiter substantiiert werden (Tab. 4.2 bis Tab. 4.5). Die Kennwerte sind dabei wie folgt definiert:

Popularitätsindex

$$p_i = \frac{\sum_{v=1}^n x_{vi}}{n \cdot k} \cdot 100$$

p: Popularität (oder Schwierigkeit) von Item i; $p_i = \{0..100\}$; wobei 0: unpopulär; 100: populär

n: Anzahl Antworten für Item i

k: Maximaler Skalenwert von Item i für $x_i = \{1, 2, 3, \dots, k-1, k\}$

Bandbreite

$$b_j = \bar{x}_{j(\max)} - \bar{x}_{j(\min)}$$

b: Bandbreite für j Items

Ausschöpfung für j Items

$$a_j = \frac{b_j}{k}$$

a: Ausschöpfung für j Items

b_j : Bandbreite von j Items

k: Maximaler Skalenwert der Items j für $x_j = \{1, 2, 3, \dots, k-1, k\}$

Wie aufgrund der rechtssteilen Verteilung zu erwarten, liegen die Mittelwerte bei allen drei Items deutlich über 5 auf der 7-stufigen Antwortskala. Gleichzeitig bewegt sich der Popularitätsindex mit Werten zwischen 72 und 85 auf einem hohen Niveau, d.h. der Grad an Zustimmung zu den abgefragten Items

(in Richtung mehr Kohärenzgefühl) ist sehr hoch. Die mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen liegt bei lediglich 5.2% bis 9.3%. Zwischen den Sprachregionen und den Geschlechtern sind bei den Skalenmittelwerten, den Streuungen und der Popularität der Items kaum Unterschiede auszumachen. Deutliche Differenzen zeigen sich wiederum nur bei den Altersgruppen. Den theoretischen Erwartungen entsprechend nimmt der Skalenmittelwert in jeder Altersgruppe zu. Im Fall von SSOC01 beträgt er in der Gruppe der 15-24jährigen zunächst 5.3, in der Gruppe der 25-44jährigen liegt er bei 5.7, in der Gruppe der 45-64jährigen bei 5.9 und in der Gruppe 65+ bei 6.2. Analog verhalten sich die Popularitätsindizes, d.h. die Zustimmung zu den Items nimmt über die Altersgruppen zu.

Tab.4.2 Zentrale Tendenz und Popularität SOC-3 Items nach Sprachregion, SGB 2007

Item	CH			D-CH			F-CH			I-CH				
	MIN	MAX	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI
Ungewohnte Situation	1	7	13 548	5.86	1.38	84	8 289	5.83	1.36	83	4 187	5.92	1.41	85
Gefühle durcheinander	1	7	13 548	5.83	1.43	83	8 289	5.84	1.39	83	4 187	5.80	1.47	83
Bedeutung Alltag ^{*)}	1	7	13 548	5.40	1.32	77	8 289	5.44	1.29	78	4 187	5.27	1.37	75

^{*)} Item-Skala invertiert. AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung; PI=Popularitätsindex {0..100}; 0=sehr schwierig, 100=sehr leicht.

Tab. 4.3 Zentrale Tendenz und Popularität SOC-3 Items nach Geschlecht, SGB 2007

Item	Männer						Frauen							
	MIN	MAX	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI
Ungewohnte Situation	1	7	6 042	5.90	1.34	84	7 506	5.82	1.42	83				
Gefühle durcheinander	1	7	6 042	5.86	1.37	84	7 506	5.81	1.47	83				
Bedeutung Alltag ^{*)}	1	7	6 042	5.32	1.35	76	7 506	5.45	1.30	78				

^{*)} Item-Skala invertiert. AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung; PI=Popularitätsindex {0..100}; 0=sehr schwierig, 100=sehr leicht.

Tab. 4.4 Zentrale Tendenz und Popularität SOC-3 Items nach Altersgruppen, SGB 2007

Item	15-24J			25-44J			45-64J			65+J				
	MIN	MAX	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI
Ungewohnte Situation	1	7	1 187	5.31	1.46	76	4 687	5.70	1.37	81	4 676	5.90	1.37	84
Gefühle durcheinander	1	7	1 187	5.02	1.62	72	4 687	5.61	1.44	80	4 676	5.94	1.35	85
Bedeutung Alltag ^{*)}	1	7	1 187	5.17	1.29	74	4 687	5.30	1.26	76	4 676	5.38	1.33	77

^{*)} Item-Skala invertiert. AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung; PI=Popularitätsindex {0..100}; 0=sehr schwierig, 100=sehr leicht.

Tab. 4.5 Skalenausschöpfung SOC-3 Items nach Sprachregion und Geschlecht, SGB 2007

	CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen
Bandbreite	0.46	0.39	0.65	0.36	0.58	0.37
Mittlere Ausschöpfung	6.58%	5.56%	9.30%	5.20%	8.23%	5.26%

Die diagnostizierte geringe Popularität der Items und die tiefe mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen sind nicht unproblematisch. Beides zusammen kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Skalen nur in geringem Mass diskriminieren, da zu viele Personen den Items allzu leicht zustimmen können. Prinzipiell könnte dies aber auch einer scharfen Diskriminierung zwischen einer grossen Masse an Personen mit einem ausreichenden Kohärenzgefühl und einer Minderheit mit mangelndem Kohärenzgefühl dienen. Wäre dies im Sinne von Antonovsky, so müsste sich ein ähnliches Muster auch in der SOC-13 der SGB 1997 finden lassen. Dies ist allerdings nur beschränkt der Fall. Zwar weisen auch die 13 Items der SOC-13 eine rechtssteile Verteilungsstruktur in Richtung höheres Kohärenzgefühl auf. Die Popularitätsindizes variieren aber mit 55 bis 80 deutlich mehr; die Skalenmittelwerte auf den ebenfalls 7-stufigen Antwortskalen sind deutlich tiefer, streuen mehr (3.8 bis 5.5) und die mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen variiert zwischen 17.9% und 29.9%.

Da in der SGB 1997 lediglich das Kohärenzgefühl der Altersgruppe der 15-24jährigen erhoben wurde, dürfte hier die Streuung der Skalenmittelwerte und die mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen im Vergleich zur SGB 2007 eher unterschätzt werden, das heisst realiter kann mit einer nochmals deutlich besseren Differenzierungsfähigkeit der SOC-13 gegenüber der SOC-3 gerechnet werden.

4.1.2 Interne Konsistenz (Reliabilität)

Beim Schwellenwert, ab welchem ein Messinstrument als reliabel gelten kann, handelt es sich nicht um eine formal-analytisch definierte Grösse, sondern vielmehr um eine Faustregel, die auch den Verwendungszweck und Kontext des Tests berücksichtigt. Bland und Altman (1997) etwa nennen Cronbach α Werte von 0.7 bis 0.8 als genügend für Gruppenvergleiche; für klinische Anwendungen ist ein Minimum von 0.9 erforderlich und ein Wert von 0.95 wäre wünschbar.

Wie sich zeigt, liegt Cronbach α mit 0.67 unter dem noch als genügend zu bewerteten Schwellenwert für Gruppenvergleiche und ist weit entfernt vom Schwellenwert für klinische Anwendungen (Tab. 4.6). Der minimale Schwellenwert wird auch nicht erreicht, wenn Trennschärfe und Reliabilität getrennt nach Geschlecht oder Altersgruppen (Tab. 10.5 und Tab. 10.6 im Anhang) analysiert werden. Bei der Untersuchung nach Sprachgruppen erreicht die SOC-3 einzig in der italienischen Schweiz mit 0.72 einen knapp genügenden Wert (Tab. 10.4 im Anhang). Insgesamt ist damit die Reliabilität der SOC-3-Skala auch im Kontext der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ungenügend, was sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen deckt (Olson, Gassne, & Hansson, 2009; Schumann, Hapke, Meyer, Rumpf, & Ulrich, 2003).

Tab. 4.6 Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3, SGB 2007

Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	13548	+	0.83	0.58	0.54	0.44
Gefühle durcheinander	13548	+	0.84	0.59	0.48	0.41
Bedeutung Alltag*	13548	+	0.65	0.30	1.28	0.79
Test Skala					0.76	0.67

* Item-Skala invertiert. r_{IT} =Korrelation Item-Test. r_{IR} =Korrelation Item-Rest. K_{IJ} =Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Dass die Testkonstruktion nicht optimal ist, zeigt auch ein Blick auf die Item-Rest-Korrelationen des Items SSOC03. In allen analysierten Populationen ist der Zusammenhang zwischen diesem Item und den beiden verbleibenden nur sehr schwach ausgeprägt und ein Weglassen von SSOC03 würde Cronbach α deutlich verbessern, so dass in allen Fällen der minimale Schwellenwert übertroffen wird.

4.1.3 Validität

Faktorielle Validität

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität der SOC-3-Skala führten wir zunächst eine exploratorische Faktorenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation durch. Antonovskys Kohärenzgefühl wird mit den drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* konzeptualisiert. Dabei sind die Komponenten als analytisch zu betrachten, d.h. sie stellen zwar eigenständige Elemente des Kohärenzgefühls dar, sind aber empirisch untrennbar miteinander verwoben. Dies lässt erwarten, dass die einzelnen Items von SOC-Instrumenten alle auf einem einzigen Faktor laden, wenn sie einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen werden. Während Antonovsky und Franke (1997) solche Einfaktorlösungen für das Original SOC-29 und die SOC-13 Kurzversion berichten, finden Schumacher und Mitautoren (2000) in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe Deutschlands keine befriedigende ein- oder mehrdimensionale Faktorstruktur, die sich kohärent in den theoretischen Rahmen von Antonovskys Kohärenzgefühl einfügen liesse.

Die Hauptkomponentenanalyse der SOC-3 fördert eine eindimensionale Faktorstruktur zutage, die insgesamt 61% der Varianz erklärt. Dabei weisen die ersten beiden Items die höchsten und SSOC03 die geringste Faktorladung auf. Auf den ersten Blick scheinen die drei Items das Kohärenzgefühl also adäquat abzubilden. Dagegen lassen sich allerdings ein inhaltliches und ein empirisches Argument ins Feld führen. Auf der empirischen Ebene verweist das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass (KMO insgesamt) darauf, dass sich die drei Items nicht wirklich für eine Verdichtung auf einer Dimension eignen, denn der Wert von 0.58 fällt in jenen Bereich, der üblicherweise mit dem Prädikat «miserabel» versehen ist. Auf der inhaltlichen Ebene repräsentieren die drei Items lediglich zwei der drei Komponenten, nämlich Verstehbarkeit (SSOC01, SSOC02) und Bedeutsamkeit (SSOC03). Während die Komponente Handhabbarkeit gar nicht berücksichtigt wird, erhält Verstehbarkeit gegenüber der Bedeutsamkeit das doppelte Gewicht, ohne dass dies konzeptionell weiter ausgeführt wird. Insgesamt vermag die SOC-3 daher nicht als valides Konstrukt zu überzeugen, welches das SOC-Konzept in seiner Breite repräsentiert.

Tab. 4.7 Faktorstruktur SOC-3, SGB 2007

Item	Ladung Faktor I	Kommunalität	KMO
Ungewohnte Situation	.86	.26	.55
Gefühle durcheinander	.87	.24	.55
Bedeutung Alltag	.57	.67	.81
Eigenwert	1.83		
Varianzanteil	61%		

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, n=13548. Ein Faktor mit Eigenwert > 1. LR-Test $X^2=8664$, $p < .001$. KMO insgesamt: 0.58.

Im Vergleich zur SOC-3-Skala weist die SOC-13-Skala deutlich bessere Eigenschaften auf. Zum einen werden durch die 13 Items alle drei Komponenten des Kohärenzgefühls abgebildet. Zum anderen verweist der mit den Daten von 1997 realisierte KMO Wert von 0.88 (Prädikat «verdienstvoll») darauf, dass sich die Items sehr gut zur Verdichtung eignen. Allerdings bleibt die faktorielle Validität unbefriedigend, da die zwei extrahierten Faktoren gerade zwischen den drei analytisch unterschiedenen Komponenten und ihrem übergreifenden Konstrukt, dem Kohärenzgefühl, liegen.

Konvergente und diskriminante Validität

Für die Beurteilung der konvergenten und diskriminanten Validität der SOC-3-Skala wurden sowohl Daten der SGB 1997 wie auch der SGB 2007 herangezogen. Dies deshalb, weil einerseits ein mög-

lichst breites Spektrum an Beziehungen zwischen dem erfassten Kohärenzgefühl und anderen Indikatoren psychischer Befindlichkeit ausgelotet werden sollte, andererseits aber diese Konzepte oft nur in vereinzelter Erhebungswellen erfasst worden sind. Da die SOC-3-Items eine Teilmenge des vollständigen SOC-Tests darstellen, konnte die SOC-3-Skala anhand der Daten von 1997 problemlos rekonstruiert werden, auch wenn sich die drei Items in ihrer Frageformulierung zwischen der SGB 1997 und 2007 geringfügig unterscheiden. Die gleichzeitige Verfügbarkeit der beiden Indikatoren für Kohärenzgefühl bietet zudem die Gelegenheit, beide hinsichtlich ihrer Korrelate zu untersuchen und allfällige Unterschiede zu dokumentieren.

Kohärenzgefühl ist definiert als ein durchdringendes, andauerndes und doch dynamisches Gefühl des Vertrauens, wobei gilt: a) die inneren und äusseren Lebensereignisse sind strukturiert, erklärbar und vorhersehbar; b) dem Individuum stehen Ressourcen zur Verfügung, um die Anforderungen durch diese Ereignisse zu bewältigen und c) die Bewältigung dieser Anforderungen lohnt die Anstrengung und das Engagement (Antonovsky & Franke, 1997). Diese Konzeptualisierung bietet mannigfaltige Anschlussmöglichkeiten zu anderen Konstrukten psychischer Gesundheit und Krankheit. Gleichzeitig besteht potentiell die Gefahr, dass sich die Konstrukte inhaltlich und empirisch überlagern. Für die bislang in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendeten Konzepte psychischer Gesundheit lassen sich keine wirklich schwerwiegenden Überlagerungen mit der SOC-3 Skala nachweisen (Tab. A.7 und Tab. A.8 im Anhang). Gleichzeitig zeigen sich moderate Korrelate zu psychischen Belastungen, psychischem Wohlbefinden und Depression. Insgesamt zeigt sich damit ein ähnliches Bild wie bereits in früheren Untersuchungen (Bengel, Strittmacher, & Willmann, 2001): Kohärenzgefühl weist Zusammenhänge mit Indikatoren psychischer Gesundheit-Krankheit auf, was als Indiz dafür gewertet werden kann, dass Kohärenzgefühl tatsächlich eine Ressource darstellt, um Krankheit abzuwenden bzw. Belastungen erfolgreich zu verarbeiten. Andererseits deuten die Korrelate von Kohärenzgefühl zu Coping und Kontrollüberzeugungen sowie zu weiteren, nicht im Rahmen der SGB erhobenen Konzepten wie Resilienz oder Stress darauf hin, dass die Gefahr einer zu breiten Konzeptualisierung von Kohärenzgefühl durchaus real ist.

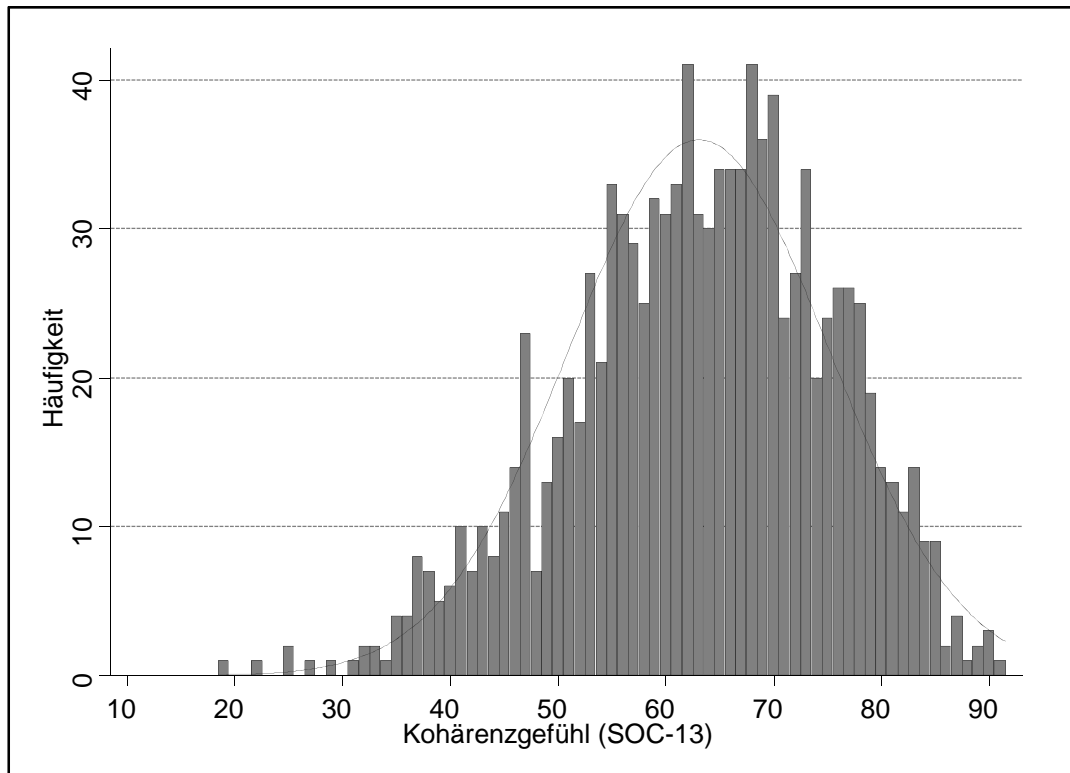
4.1.4 Performanz

Unter dem Stichwort Performanz wird die klassifikatorische Qualität der SOC-3-Skala untersucht, d.h. es wird eruiert, wie zuverlässig der Test eine angestrebte Klassifikation vornehmen kann. Hierzu ist folgendes zu bemerken: Zum einen existieren bislang für die unterschiedlichen SOC-Instrumente keine definierten Schwellenwerte, die etwa eine Unterscheidung von Personen mit sehr geringem und «normalem» Kohärenzgefühl zulassen. Zum anderen hat sich bis anhin auch kein SOC-Instrument als «Goldstandard» etabliert, welches geeignet wäre, eine allgemein akzeptierte Diagnose zu stellen und damit eine eindeutige Klassifikation von Personen in eine Gruppe mit sehr tiefem bzw. normalem und hohem Kohärenzgefühl vorzunehmen. Für die Beurteilung der Performanz der SOC-3-Skala im Kontext der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gehen wir daher zunächst von der Annahme aus, dass die SOC-13-Skala dem Goldstandard entspricht. Der Entscheid stützt sich dabei auf das weiter oben dokumentierte, deutlich bessere Abschneiden der SOC-13-Skala bei der Skalenaus-schöpfung, der Reliabilität und Konstruktvalidität. Weiterhin gilt es, für die SOC-13-Skala einen Schwellenwert zu definieren, welcher eine plausible Einteilung von Personen mit ungenügendem und genügendem Kohärenzgefühl zulässt. Nachfolgend werden die Überlegungen, welche die Wahl dieses Schwellenwertes begründen, cursorisch dargelegt.

Der Mittelwert beim Kohärenzgefühl auf der SOC-13-Skala liegt bei 63.1 und ist damit etwas tiefer als der von Schumacher et al. (2000) berichtete von 65.7. Allerdings bezieht sich die Schumacher-Studie auf die Personengruppe der 18-40jährigen in Deutschland, während hier aufgrund der Verfügbarkeit von repräsentativen Daten lediglich 15-24jährige Personen berücksichtigt werden. In beschränktem Umfang finden sich in der SGB 1997 aber auch Personen über 24 Jahre, deren Kohärenzgefühl erhoben wurde. Werden diese in die Analyse eingeschlossen, so resultiert ein Mittelwert von 65.5, was beinahe exakt dem ausgewiesenen Mittelwert von Schumacher und Kollegen entspricht. SOC-13-

Mittelwerte in einer ähnlichen Grössenordnung und aus unterschiedlichen Studien werden bereits von Antonovsky (1997) berichtet. Gleichzeitig lassen sich in den SOC-13-Werten der SGB bekannte Tendenzen finden: Männer haben ein etwas höheres Kohärenzgefühl als Frauen und das Kohärenzgefühl nimmt mit dem Alter zu. Die Verteilungsstruktur der SOC-13-Werte ist, wie dies auch schon bei der Analyse der einzelnen Items weiter oben festgestellt worden ist, rechtssteil. Sehr geringe oder geringe Ausprägungen des Kohärenzgefühls sind also verhältnismässig selten. Beim 11. Perzentil wird mit einem Wert von 47 bereits über 40% des Wertebereichs der SOC-13-Skala ausgeschöpft.

Abb. 4.2 Häufigkeitsverteilung SOC-13, SGB 1997



Das 11. Perzentil, das die beiden untersten kumulierten Stanine-Bereiche einschliesst, definieren wir als denjenigen Bereich, welcher Personen mit sehr gering ausgeprägtem Kohärenzgefühl umfasst (SOC-13 Werte ≤ 47)⁶. Obwohl die Festlegung dieses Schwellenwerts zugegebenermassen arbiträr ist, ist er plausibel. Analog zur Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz von problematisch tiefem Kohärenzgefühl einigermassen tief ist und selten mehr als 15% der Bevölkerung davon betroffen sein dürften.

⁶ Dies entspricht in etwa dem Bereich zwischen dem Minimum und Mittelwert der SOC-13-Skala minus 1.5 Standardabweichungen.

Tab. 4.8 Verteilung SOC-13 nach Stanine-Perzentilen, SGB 1997

Perzentil	SOC-13	95%-Konfidenzintervall
4	40	38 - 42
11	47	46 - 49
23	55	53 - 55
40	61	60 - 62
60	67	66 - 68
77	73	72 - 73
89	78	77 - 79
96	83	81 - 83
100	91	91 - 91

Wertebereich SOC-13: 13-91.

Wird der Goldstandard-Schwellenwert von 47 verwendet, so sind rund 10% der Männer und 13% der Frauen von tiefem Kohärenzgefühl betroffen. Dabei beläuft sich der Mittelwert auf der SOC-13-Skala bei den Frauen auf 40.9 und bei den Männern liegt er bei 41.9 (Tab. 4.9).

Tab. 4.9 Häufigkeit und zentrale Tendenz in Gruppen mit tiefem und hohem Kohärenzgefühl, SGB 1997

	<=47	>47	Total
Männer			
AM	41.9	66.3	63.7
SD	5.1	9.5	11.8
n	53	460	513
% (Zeile)	10.3	89.7	100
% (Spalte)	41.1	47.8	47
Frauen			
AM	40.9	65.8	62.5
SD	6.0	9.5	12.4
n	76	503	579
% (Zeile)	13.1	86.9	100
% (Spalte)	58.9	52.2	53.0
Total			
AM	41.3	66.0	63.1
SD	5.6	9.5	12.1
n	129	963	1092
% (Zeile)	11.8	88.2	100
% (Spalte)	100	100	100

AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung.

In der Gruppe von Personen mit normalem bzw. hohem Kohärenzgefühl liegt der SOC-13 Mittelwert bei den Männern bei 66.3 und bei den Frauen bei 65.8, was gerade in etwa dem «Normwert» entspricht (Antonovsky & Franke, 1997; Schumacher et al., 2000).

Ausgehend von unserem SOC-13-Goldstandard mit dem Schwellenwert 47 wurde die SOC-3-Skala einer ROC-Analyse unterzogen, um für die SOC-3 einen vergleichbaren Schwellenwert für die Differenzierung von Personen mit tiefem und hohem Kohärenzgefühl zu bestimmen. Das Optimum für den Schwellenwert wurde dabei anhand des maximalen Youden-Index bestimmt.

Als Optimum für die Klassifizierung von Personen mit hohem Kohärenzgefühl ergab sich ein Wert von ≥ 13 ; Personen mit einem SOC-3 Wert von ≤ 12 werden der Gruppe mit tiefem Kohärenzgefühl zugeteilt. Bei der Kodierung wurde jeweils der Gruppe mit hohem Kohärenzgefühl das Positiv-Kriterium zugeteilt. Die Sensitivität, also die Wahrscheinlichkeit, dass das SOC-3-Testkriterium eine Person positiv identifiziert (= hohes Kohärenzgefühl), unter der Bedingung, dass diese Person gemäss dem Goldstandard tatsächlich positiv ist, liegt bei 0.87. Mit anderen Worten: 87% der positiven Fälle nach Goldstandard werden richtig identifiziert und 13% falsch (falsch negativ). Die Spezifität des SOC-3-Tests bewegt sich in einer ähnlichen Grössenordnung. 86% der Fälle, die gemäss Goldstandard negativ (=tiefes Kohärenzgefühl) sind, werden richtig erkannt; 14% werden vom Test irrtümlicherweise als positiv identifiziert. Insgesamt ergibt dies eine krude Übereinstimmung der beiden Tests von 87%, d.h. insgesamt werden 13% der Fälle falsch klassifiziert (Tab. 4.10).

Verschiebt man die Randbedingung für die bedingten Wahrscheinlichkeiten vom Goldstandard hin zum Test, so zeichnet sich ein weniger gutes Bild. Zwar erreicht der positiv prädiktive Wert (PPV) den hohen Wert von 0.979, d.h. 98% der Fälle, welche der SOC-3-Test als positiv erkannt hat, sind gemäss Goldstandard wirklich positiv. Bei den Fällen mit negativem SOC-3-Test, also geringem diagnostiziertem Kohärenzgefühl, stimmen jedoch lediglich 47% mit dem Goldstandard überein. Der negativ prädiktive Wert (NPV) des SOC-3-Tests ist mit 0.47 also wesentlich schlechter als sein Gegenstück. Für eine allfällige Analyse von Häufigkeiten und Prävalenzen würde dies bedeuten, dass mehr als die Hälfte der Fälle mit tiefem Kohärenzgefühl nicht entdeckt und damit das Ausmass an potentiellen «Problemfällen» massiv unterschätzt würde. Dementsprechend fällt auch Cohens κ^7 , ein Mass für die Übereinstimmung der klassifizierten Fälle, mit 0.54 ($p < 0.00$) eher bescheiden aus.

Tab. 4.10 Übereinstimmung der SOC-13/SOC-3 Klassifikationen, SGB 1997

Schwellenwert		≤ 47	> 47	Total
≤ 12	n	111	125	236
(Zeile)	%	47.03 ¹⁾	52.97	100
(Spalte)	%	86.05 ²⁾	12.98	21.61
> 12	n	18	838	856
(Zeile)	%	2.1	97.9 ³⁾	100
(Spalte)	%	13.95	87.02 ⁴⁾	78.39
Total	n	129	963	1092
(Zeile)	%	11.81	88.19	100
(Spalte)	%	100	100	100

1) Negativ prädiktiver Wert (NPW); 2) Spezifität; 3) positiv prädiktiver Wert (PPW); 4) Sensitivität

4.1.5 Synthese, Fazit

Die Befunde aus den vier untersuchten Dimensionen, welche wir für die Beurteilung der Testgüte und Testqualität der SOC-Skala herangezogen haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. *Item-Analyse*: Über alle drei Items der SOC-3 betrachtet ist die Anzahl der fehlenden Werte nicht dramatisch. In den Sprachregionen beträgt sie zwischen 2% und 4%; Frauen weisen bei allen drei Items eine um rund 2% höhere Zahl an fehlenden Werten gegenüber den Männern auf und die Altersgruppe der über 65jährigen weist mit 7% bis 8% insgesamt den höchsten Anteil an fehlenden Werten auf. Alle drei Items weisen eine rechtssteile Verteilungsstruktur auf. Dementsprechend kann eine sehr geringe Popularität der Items diagnostiziert werden und die tiefe mittlere Aus-

⁷ Cohens κ nimmt den Wert 1 an, wenn vollständige Übereinstimmung herrscht; ein Wert von 0 bedeutet, dass die Übereinstimmungen nicht über Zufallsübereinstimmungen hinausgehen. Werte von $\kappa \geq 0,75$ gelten i.d.R. als gut.

schöpfung der Item-Skalen ist nicht unproblematisch. Beides zusammen kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Skalen nur in geringem Mass diskriminieren, da zu viele Personen den Items allzu leicht zustimmen können.

2. *Reliabilität:* Cronbachs α bewegt sich mit 0.67 unter dem noch als genügend betrachteten Schwellenwert für Gruppenvergleiche und ist weit entfernt vom Schwellenwert für klinische Anwendungen. Der minimale Schwellenwert wird auch nicht erreicht, wenn Trennschärfe und Reliabilität getrennt nach Geschlecht oder Altersgruppen untersucht werden. Bei der Auswertung nach Sprachgruppen erreicht die SOC-3 einzig in der italienischen Schweiz mit 0.72 einen knapp genügenden Wert. Insgesamt ist daher die Reliabilität der SOC-3-Skala ungenügend.
3. *Validität:* Die SOC-3 Items laden alle auf einem einzigen Faktor. Auf den ersten Blick scheint damit das Kohärenzgefühl adäquat abgebildet zu sein. Auf der empirischen Ebene verweist das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass darauf, dass sich die drei Items nicht für eine Verdichtung auf einer Dimension eignen, da der Wert von 0.58 in einen Bereich fällt, der üblicherweise mit dem Prädikat «miserabel» versehen ist. Auf der inhaltlichen Ebene repräsentieren die drei Items lediglich zwei der drei Komponenten, nämlich Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit. Während die Komponente Handhabbarkeit gar nicht berücksichtigt wird, erhält Verstehbarkeit gegenüber der Bedeutsamkeit das doppelte Gewicht, ohne dass dies konzeptionell weiter ausgeführt wird. Insgesamt vermag die SOC-3 daher nicht als valides Konstrukt zu überzeugen, welches das SOC-Konzept in seiner Breite repräsentiert. Die insgesamt moderaten Korrelationen (0.20 bis 0.60) zu konvergenten und divergenten Konstrukten psychischer Befindlichkeit in allen Subgruppen zeigen, dass einerseits Beziehungen, die aufgrund inhaltlicher Erwägungen erwartbar sind, auch realiter existieren. Gleichzeitig sind die Konstrukte hier divergent genug, um nicht unmittelbar in Verdacht zu geraten, sie würden das Gleiche messen. Schliesslich weisen die beiden Skalen SOC-3 und SOC-13 Korrelationen von 0.81 bis 0.84 auf. Damit sind die beiden Tests zwar weit davon entfernt, perfekte Substitute zu sein, es kann aber mit Recht erwartet werden, dass sie als Stellvertreter (Proxy) durchaus plausible Resultate liefern, wenn es um die Analyse von Beziehungsstrukturen geht. Tatsächlich unterscheiden sich die Korrelationen der SOC-13-Skala mit Kontrollüberzeugung ($r=0.62$), psychischem Wohlbefinden ($r=0.58$), psychische Ausgeglichenheit ($r=0.33$) und Coping ($r=-0.20$) kaum von denjenigen, die für die SOC-3-Skala dokumentiert wurden.
4. *Performanz:* Bei den Fällen mit negativem SOC-3-Test, also geringem diagnostiziertem Kohärenzgefühl, stimmen lediglich 47% mit dem definierten Goldstandard der SOC-13 überein. Der negativ prädiktive Wert (NPV) des SOC-3-Tests ist mit 0.47 wesentlich schlechter als sein Gegenstück, der positiv prädiktive Wert (PPV), denn 98% der Fälle, welche der SOC-3-Test als positiv erkannt hat, sind gemäss Goldstandard wirklich positiv. Eine allfällige Analyse von Häufigkeiten oder Prävalenzen würde mehr als die Hälfte der Fälle mit tiefem Kohärenzgefühl nicht entdecken und damit das Ausmass an potentiellen «Problemfällen» massiv unterschätzen.

Auf allen vier Dimensionen der Testgüte und Testqualität weist die SOC-3-Skala Mängel, teilweise sogar erhebliche Mängel auf. Demzufolge kann die SOC-3 nicht als vollwertiger Ersatz für die SOC-13 herangezogen werden. Vorstellbar ist jedoch der Einsatz der SOC-3 als Stellvertretervariable (Proxy), wenn es primär darum geht, Beziehungsstrukturen auszuloten. Dies wird mitunter durch die sehr geringen Unterschiede zwischen den Korrelaten der SOC-3/SOC-13-Skalen und unterschiedlichen Indikatoren psychischer Befindlichkeit untermauert. Weniger oder gar nicht geeignet ist der Einsatz der SOC-3 dann, wenn Aussagen über Häufigkeiten oder Prävalenzen im Vordergrund stehen.

Allerdings ist auch die SOC-13-Skala nicht ganz ohne Probleme. Insbesondere bei der faktoriellen Validität bestehen Ungereimtheiten, die auch schon an anderer Stelle diskutiert worden sind (Schumacher et al., 2000). Zur Beseitigung dieser Ungereimtheiten bei gleichzeitiger Reduktion des Frageumfangs bei der Erhebung des Kohärenzgefühls, würde sich der Einsatz einer an einer Bevölkerungsstichprobe validierten SOC-Skala anbieten. Eine solche steht mit der Leipziger Kurzsкала SOC-L9 zur Verfügung und könnte bei entsprechendem Bedarf auch im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eingesetzt werden. Anbieten würde sich die SOC-L9 nicht zuletzt daher, weil maximale Vergleichbarkeit zwischen SOC-29, SOC-13 und SOC-3 besteht.

4.2 Depression (DSQ-10)

4.2.1 Zur Messung von Depression

Zur Konstruktion des «Depression Screening Questionnaire» (DSQ)

Seit der Erhebung von 2002 wird in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung das mögliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Depression durch den «Depression Screening Questionnaire» (DSQ-10) erfasst⁸. Der DSQ-10 wurde von Wittchen und Perkonig (1997) entwickelt und insbesondere in Studien zur Häufigkeit von Depression in Patientenstichproben (z.B. in Hausarztpraxen) eingesetzt. Über den Einsatz des DSQ-10 in Bevölkerungssurveys ist bislang nichts bekannt.

Der DSQ-10 wurde auf der Grundlage von Kriterien für eine behandlungsbedürftige Depression der beiden psychiatrischen Diagnostikmanuale DSM-IV (Sass, 2003) und ICD-10 (WHO & Dilling, 2008) entwickelt. Er umfasst insgesamt zehn Fragen zum Vorliegen von zentralen depressiven Symptomen für den Zeitraum der letzten 2 Wochen, die auf einer dreistufigen Skala⁹ beantwortet werden können. Dem Instrument wird eine gute Testqualität (Reliabilität, Validität) zugeschrieben (Winter et al., 2000). Der DSQ-10 kann sowohl als kontinuierliche Skala zur Messung des Schweregrades depressiver Symptome als auch als klassifikatorisches Instrument zur Identifikation einer nach psychiatrischen Kriterien behandlungsbedürftigen Depression eingesetzt werden. Mit Blick auf die klassifikatorischen Eigenschaften erlaubt der DSQ-10 die Identifikation von drei Zuständen (vgl. Wittchen, Höfler, & Meister, 2000):

- 1) Vorliegen einer *Major Depression* gemäss Kriterien des DSM-IV; mindestens 5 von 10 Items sind beantwortet mit «an den meisten Tagen».
- 2) Vorliegen einer *typischen Depression* nach ICD-10; mindestens 3 von 10 Items sind beantwortet mit «an den meisten Tagen» und die Gesamtpunktzahl beträgt mehr als 7 Punkte.
- 3) Vorliegen einer *unterschwellig, subklinischen Depression*; mindestens 3 von 10 Items sind beantwortet mit «an den meisten Tagen», aber die Gesamtpunktzahl beträgt 7 oder weniger Punkte.

Das «Composite International Diagnostic Interview» (CIDI)

In der SGB-Erhebung des Jahres 2007 wurde neben dem DSQ erstmalig ein weiteres Instrument zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Depression eingesetzt, das «Composite International Diagnostic Interview, Short Form» (CIDI-SF). Das CIDI-SF (Kessler et al., 1998) ist eine Kurzversion des umfassenderen, von der WHO-entwickelten CIDI. Es umfasst Screening-Skalen für acht häufige psychische Störungsbilder, darunter Major Depression, gemäss dem DSM.

Das Vorhandensein von zwei als valide beschriebenen Messinstrumenten für Depression erlaubt eine Validierung, wobei hier der DSQ-10 geprüft wird und das CIDI-SF als Referenzwert oder Goldstandard verwendet wird. Allerdings sind zwei Unterschiede der Messung zu beachten: (1) der DSQ-10 wurde in der schriftlichen SGB-Befragung, das CIDI-SF dagegen in der telefonischen eingesetzt; (2) der DSQ-10 bezieht sich auf eine Prävalenzzeitspanne von 2 Wochen, das CIDI-SF auf 52 Wochen. V.a. letzterer Aspekt erschwert einen Vergleich der Instrumente erheblich. Diese Unterschiede werden später, im Unterkapitel (Kapitel 4.2.5) zur Testperformanz des DSQ-10 ausführlicher dargelegt.

⁸ Zuvor (Erhebungen der Jahre 1992 und 1997) wurde lediglich gefragt, ob man in den letzten 12 Monaten in Behandlung wegen einer Depression war. Dies entspricht der Messung im europäischen Health Survey EHIS.

⁹ «Nie» (0 Punkte), «manchmal» (1 Punkt), «an den meisten Tagen» (2 Punkte).

Depressionsprävalenzen in der Schweizer Bevölkerung

Die Analyse der gemessenen Depressionsprävalenzen (vgl. Tab. 4.11) nach den unterschiedlichen Diagnosekriterien und Instrumenten (s.o.) zeigt für den DSQ, dass die 2-Wochen Prävalenz einer Major Depression nach den DSM-IV Kriterien (1.4%) geringer ausfällt als für eine Depression nach den ICD-10-Kriterien (3.8%). Rund ein Sechstel der SGB-Stichprobe ist gemäss DSQ-10 von einer subklinischen Depression betroffen. Die in der SGB-Bevölkerungstichprobe gemessenen DSQ-Prävalenzen sind geringer als jene der deutschen Hausarztpatientenstichprobe welche folgende Werte ergab: Major Depression DSM-IV=4.2%, Depression ICD-10=11.3%.

Die 52-Wochen-Prävalenz für Major Depression (4.6%) nach CIDI-SF fällt aufgrund der längeren Prävalenzzeitspanne erwartungsgemäss höher aus als jene gemessen mit dem DSQ-10. Aber auch diese Werte sind geringer als die für Deutschland berichteten Werte des Bundesgesundheitsurvey von 1998, welcher eine 52-Wochen-Prävalenz von 8.3% für Major Depression ergibt¹⁰.

Tab. 4.11 Häufigkeit von Depression nach Geschlecht und Altersgruppen (SGB 2007, ungewichtete Stichprobenwerte)

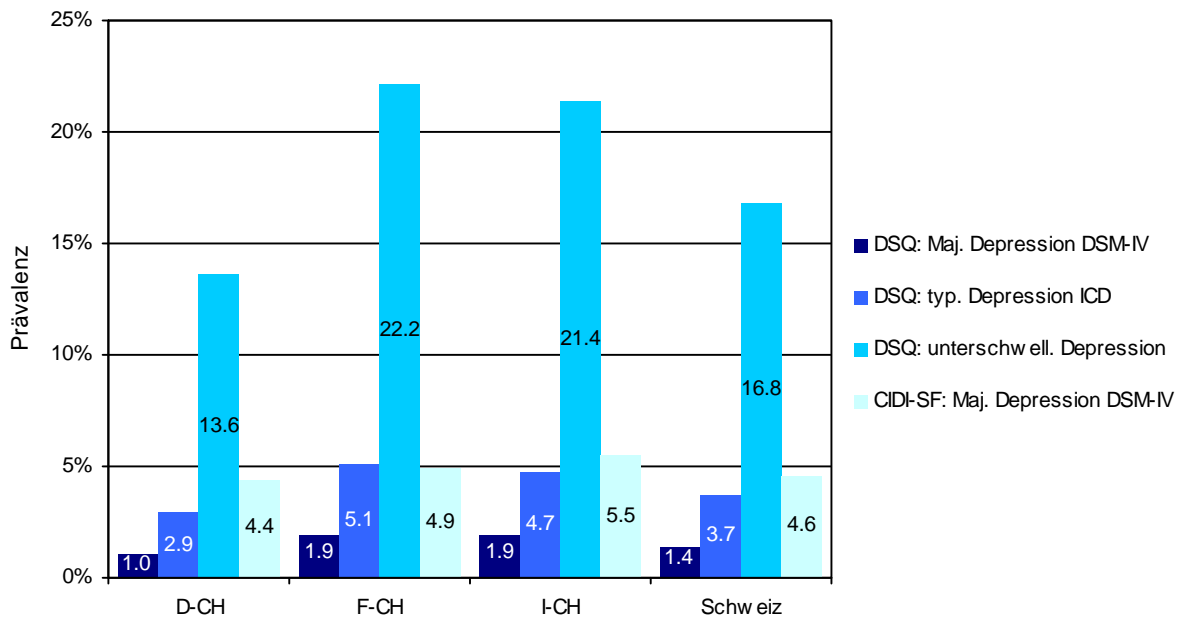
Klassifikationen/ Instrumente	Total (14211)	M (6241)	F (7970)	15-24J (1221)	25-44J (4812)	45-64J (4868)	65+J (3310)
<i>2-Wochen Prävalenz</i>							
DSQ: Maj. Depression DSM-IV	1.4	1.2	1.5	1.2	1.5	1.6	0.9
DSQ: Depression, ICD-10	3.8	3.1	4.2	4.3	3.7	4.0	3.0
DSQ: unter-schwellige Depression	16.8	15.3	18.0	14.6	15.3	17.4	19.0
<i>52-Wochen Prävalenz</i>							
CIDI-SF: Maj. Depression DSM-IV	4.4	3.6	5.4	4.8	5.7	5.3	2.1

In Klammern: Anzahl Personen; Zellen: Prozentwerte; kursiv: n<30; M: Männer; F: Frauen

Unterschiede der Depressionsprävalenzen nach Geschlecht, Alter (vgl. Tab. 4.11) und Sprachregionen (Abb. 4.3) sind nicht sehr ausgeprägt (s.u., Kapitel 4.2.4). Allgemein gilt, dass bei Frauen etwas höher Prävalenzen zu beobachten sind. Bei den Altersgruppen fällt v.a. die geringere Depressionsprävalenz bei den über 64-Jährigen auf. Und in Bezug auf die Sprachregionen sind in der deutschen Schweiz tiefere Depressionsprävalenzen als in Romandie und Tessin zu verzeichnen.

¹⁰ Psychische Störungen wurden in der deutschen Erhebung mit einem Instrument (DIA-X-M-CIDI) erfasst, dass sich am umfassenderen CIDI der WHO orientiert (Wittchen, Müller, Pfister, Winter, & Schmidt-kunz, 1999).

Abb. 4.3 Häufigkeit von Depression nach Sprachregionen



4.2.2 Deskriptive Item-Analyse des DSQ-10

Häufigkeiten und fehlende Werte

Im Grossen und Ganzen fördert die Analyse der fehlenden Werte bei den 10 Items der DSQ-Skala ähnliche Befunde zu Tage, wie bei den Items der SOC-Skala (vgl. Tab. 10.9 bis Tab. 10.17 im Anhang). In den Sprachregionen variieren die fehlenden Werte in den meisten Fällen in der Grössenordnung von 2.5% bis 5%. Bei 8 der 10 Items weist die Deutschschweiz den geringsten, das Tessin den höchsten Anteil an fehlenden Werten auf. In zwei Fällen erzielt die Romandie etwas geringere Anteile an fehlenden Werten als die Deutschschweiz. Frauen weisen gegenüber Männern bei allen Items der Skala einen grösseren Anteil an fehlenden Werten auf. In der Regel bewegt sich der Unterschied im Bereich von 1% bis 2%. Schliesslich finden sich die höchsten Anteile an fehlenden Werten wiederum in der Altersgruppe der über 65jährigen, wo bei 9 von 10 Items der Skala Werte im Bereich von 7% bis 10% erreicht werden.

Als besonders problematisch erweist sich die Frage nach einem allfälligen Libidoverlust in den letzten 2 Wochen (Tab. 4.12), wo insgesamt 7.9% fehlende Werte auftraten. Hier sind sowohl in den Sprachregionen als auch den Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern substantielle Unterschiede zu beobachten. Die fehlenden Werte erreichten in der Deutschschweiz 6.8%, in der Romandie 9.3% und im Tessin 11.3%. Männer weisen mit 3.8% einen wesentlich geringeren Anteil an fehlenden Werten auf als Frauen mit 11.1%. Schliesslich erreichen die fehlenden Werte in der Altersgruppe der über 65jährigen einen Anteil von über 22%, während er in der Altersgruppe der 25-44jährigen lediglich 1.6% beträgt. Diese doch sehr ausgeprägten Unterschiede in der Neigung, die Frage nach einem Libidoverlust zu beantworten, legen nahe, dass systematische Verzerrungen nicht auszuschliessen sind, ohne dass diese in der Tiefe wirklich schlüssig geklärt werden könnten. Sicher ist, dass für die Schätzung von Populationsparametern – etwa der Prävalenz von Depression in der Gesamtbevölkerung auf Basis der DSQ-Skala – zusätzliche Gewichtungen nach Sprachregion, Geschlecht und Alter vorgenommen werden müssten, um einigermaßen verlässliche Schätzer zu erhalten.

Betrachtet man die Verteilung der gültigen Antworten über die 10 Items der DSQ-Skala, so ist diese bei allen rechtssteil. Sehr viel weniger Personen wählen dementsprechend die Antwortkategorie «an den meisten Tagen» auf Fragen nach spezifischen Depressions-Symptomen. Über alle Befragten variiert der Prozentanteil in dieser Kategorie zwischen unter 1% beim Item Suizidgedanken bis beina-

he 9% bei den Items zu Schlafproblemen und Libidoverlust. Die Mehrzahl der Items bewegt sich jedoch in einem Bereich von etwa 2%. In der Deutschschweiz werden über alle Items immer die tiefsten Prozentanteile in der Kategorie «an den meisten Tagen» erzielt.

Tab. 4.12 Häufigkeitsverteilung Libidoverlust^{*)} (SDEPR01G) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	739	401	93	421	812	41	296	421	475	1 233
	%	8.34	9.14	8.11	6.67	10.04	3.33	6.13	8.57	13.9	8.57
manchmal 2	n	2 306	1 361	383	1 753	2 297	150	1 314	1 681	905	4 050
	%	26.03	31.03	33.39	27.79	28.41	12.17	27.2	34.24	26.5	28.14
nein, nie 3	n	5 213	2 215	542	3 892	4 078	995	3 143	2 546	1 286	7 970
	%	58.84	50.5	47.25	61.7	50.44	80.7	65.07	51.85	37.6	55.37
Fehlende Werte	n	602	409	129	242	898	47	77	262	754	1 140
	%	6.79	9.33	11.25	3.84	11.11	3.81	1.59	5.34	22.1	7.92
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) War Ihr sexuelles Interesse geringer als gewöhnlich oder hatten Sie gar kein sexuelles Verlangen mehr?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=133.6$, $p<.001$; Cramérs $V=0.07$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=365.1$, $p<.001$; Cramérs $V=0.16$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=2000.0$, $p<.001$; Cramérs $V=0.21$.

Obwohl statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Sprachregionen auszumachen sind, ist der Zusammenhang zwischen Sprachregion und Antwortverhalten nicht substantiell, wie die sehr geringen realisierten Cramérs V-Werte belegen (siehe liegen zwischen .04-.12; Tab. 4.13). Gleiches gilt für Geschlechterunterschiede und Unterschiede zwischen den Altersgruppen: auch diese sind statistisch signifikant, der Zusammenhang mit der Wahl spezifischer Antwortkategorien jedoch nicht substantiell. Tendenziell antworten etwas mehr Frauen als Männer auf Fragen nach Depressionssymptomen mit «an den meisten Tagen». Ausnahme ist das Item Suizidgedanken, wo beide Geschlechter mit rund einem Prozent gleichauf liegen. Mit Blick auf die Alterskategorien lassen sich keine klaren Tendenzen ausmachen. Einzig beim Libidoverlust realisieren ältere Alterskohorten deutlich höhere Prozentanteile in der tiefsten Antwortkategorie: Bei den 15-24jährigen sind dies 3.3%, den 25-44jährigen 6.1%, den 45-64jährigen 8.6% und bei den über 65jährigen 13.9%.

Tab. 4.13 Zusammenhangsmasse^{*)} von Sprachregion, Geschlecht und Alter mit den DSQ-10 Items, SGB 2007

Item	Sprachregion	Geschlecht	Altersgruppe
Niedergeschlagenheit	0.12	0.09	0.10
Interessenverlust	0.07	0.06	0.10
Energielosigkeit	0.10	0.08	0.10
Appetitlosigkeit	0.04	0.06	0.10
Schlafprobleme	0.04	0.11	0.12
Langsame Bewegungen	0.10	0.05	0.13
Verlust Selbstvertrauen	0.12	0.11	0.11
Konzentrationsschwierigkeiten	0.08	0.05	0.09
Suizidgedanken	0.05	0.04	0.12
Libidoverlust	0.07	0.16	0.21

*) Cramérs V

Schwierigkeitsanalyse

Wie aufgrund der rechtssteilen Verteilung zu erwarten, liegen die Mittelwerte bei allen 10 Items deutlich über 2 auf der 3-stufigen Antwortskala. Gleichzeitig bewegt sich der Popularitätsindex mit Werten zwischen 75 und 97 auf einem ausserordentlich hohen Niveau, d.h. der Grad an Zustimmung zu den abgefragten Items (in Richtung geringer Ausprägung eines Depressionssymptoms) ist sehr hoch (vgl. detaillierte Angaben im Anhang). Die mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen liegt bei moderaten 16.9% bis 23.2%. Zwischen den Sprachregionen, den Geschlechtern und den Altersgruppen sind bei den Skalenmittelwerten, den Streuungen und der Popularität der Items kaum Unterschiede auszumachen. Deutliche Differenzen zeigen sich zwischen den Altersgruppen einzig bei der Frage nach einem allfälligen Libidoverlust. Während in der Altersgruppe der 15-24jährigen der arithmetische Mittelwert bei 2.8 liegt, beträgt er in der Gruppe der über 65jährigen 2.3. Gleichzeitig ist die Streuung, gemessen an der Standardabweichung, mit 0.48 bei den Jüngeren deutlich geringer als bei den Älteren (0.75) und die Popularität des Items bei den Älteren mit einem Wert von 77 deutlich grösser als bei den Jüngeren (97). In der Konsequenz werden so psychische Ursachen von Libidoverlust zumindest potentiell mit altersbedingten, physischen Ursachen konfundiert, was für die DSQ-10-Skalenbildung und Diagnostik nicht unproblematisch ist.

Die insgesamt geringe Popularität der Items und die moderate mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen kann, wie zuvor schon bei der Analyse des Kohärenzgefühls, als Indiz dafür gewertet werden, dass zu viele Personen den Items allzu leicht zustimmen können. Andererseits lässt dies aber auch eine scharfe Diskriminierung zwischen einer grossen Masse an Personen ohne (klinisch) relevante Depressionssymptome und einer Minderheit mit Depressionssymptomen beziehungsweise einem Depressionssyndrom zu.

4.2.3 Interne Konsistenz (Reliabilität)

Die Reliabilität der DSQ-10-Skala erreicht mit einem Cronbach α von 0.82 einen für Gruppenvergleiche genügenden Wert. Der untere Schwellenwert für klinische Anwendungen (0.9) wird jedoch klar verfehlt. Gleiches gilt auch, wenn die Reliabilität nach Sprachregionen, Geschlecht oder nach Altersgruppen untersucht wird. Mit Ausnahme der über 65jährigen, deren Cronbach α sich auf 0.78 beläuft, werden überall Werte zwischen 0.80 und 0.84 erzielt. Gleichzeitig zeigt ein Blick auf die Item-Test-Korrelationen und die Entwicklung der Reliabilität der Skala, dass durch Weglassen einzelner Items die Reliabilität nicht substantiell verbessert werden kann. Die hier anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 ausgewiesene interne Konsistenz des DSQ ist zudem beinahe deckungsgleich mit dem von Jacobi et al. (2002) rapportierten Cronbach α von 0.83, das auf Daten einer Gelegenheitsstichprobe von 20'421 Patienten in deutschen Arztpraxen an einem Stichtag basiert. Insgesamt kann daher die Reliabilität der DSQ-10-Skala als gut bezeichnet werden.

Tab. 4.14 Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10, SGB 2007

Item	n	Vorzeichen	r _{IT}	r _{IR}	K _{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	12 656	+	0.72	0.62	0.08	0.79
Interessenverlust	12 656	+	0.69	0.60	0.08	0.79
Energielosigkeit	12 656	+	0.70	0.58	0.08	0.79
Appetitlosigkeit	12 656	+	0.47	0.39	0.09	0.81
Schlafprobleme	12 656	+	0.59	0.43	0.08	0.81
Langsame Bewegungen	12 656	+	0.60	0.50	0.08	0.80
Libidoverlust	12 656	+	0.58	0.41	0.08	0.82
Verlust Selbstvertrauen	12 656	+	0.69	0.59	0.08	0.79
Konzentrationsschwierigkeiten	12 656	+	0.67	0.56	0.08	0.80
Suizidgedanken	12 656	+	0.52	0.42	0.09	0.81
Test Skala					0.08	0.82

r_{IT}=Korrelation Item-Test. r_{IR}=Korrelation Item-Rest. K_{IJ}=Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

4.2.4 Validität

Faktorielle Validität

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität der DSQ-10-Skala wurde wie in Kapitel 4.1 zunächst eine exploratorische Faktorenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation durchgeführt. Die Konzeptualisierung des DSQ, als Instrument zur Erfassung eines depressiven Syndroms (Jacobi et al., 2002), lässt erwarten, dass sämtliche Symptom-Items auf einem einzigen Faktor laden, wenn sie einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen werden.

Die Hauptkomponentenanalyse der DSQ-10-Items fördert denn auch eine eindimensionale Faktorstruktur zutage, wobei der erste Faktor insgesamt 40% der Varianz erklärt (Tab. 4.15). Dabei weisen alle Items Faktorladungen von 0.50 oder mehr auf. Der sehr hohe Kaiser-Meyer-Olkin-Wert (KMO insgesamt) von 0.90 fällt in die Kategorie mit dem Prädikat «hervorragend» und zeigt an, dass die Items sich sehr gut zur Verdichtung eignen, d.h. sich die Symptom-Items empirisch also tatsächlich zu einem depressiven Syndrom verdichten. Die faktorielle Validität kann dementsprechend als sehr gut bezeichnet werden.

Tab. 4.15 Faktorstruktur DSQ-10, SGB 2007

Item	Ladung Faktor I	Kommunalität	KMO
Niedergeschlagenheit	.74	.45	.87
Interessenverlust	.72	.48	.90
Energielosigkeit	.69	.53	.91
Appetitlosigkeit	.50	.75	.93
Schlafprobleme	.54	.71	.92
Langsame Bewegungen	.60	.64	.90
Libidoverlust	.51	.74	.92
Verlust Selbstvertrauen	.71	.50	.90
Konzentrationsschwierigkeiten	.68	.54	.91
Suizidgedanken	.54	.71	.92
Eigenwert	3.97		
Varianzanteil	40%		

Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, n=12656. Ein Faktor mit Eigenwert > 1. LR-Test X²=31000, p<.001. KMO insgesamt: 0.90.

Konvergente und diskriminante Validität

Es ist zu erwarten, dass das Vorhandensein einer Depression auch mit anderen Indikatoren psychischer Befindlichkeit und mit psychischen Ressourcen korreliert. Hierfür lassen sich in der SGB unterschiedliche Belege finden (Tab. 4.15 und Tab. 4.16). Der Indikator für *psychische Belastung*¹¹ (*MHI-5-Index*) korreliert mit der DSQ-10-Skala mit $r=-0.50$ bis $r=-0.61$, wobei der MHI-5-Index Elemente der Befindlichkeit wie «sich glücklich fühlen», «sich entmutigt/deprimiert fühlen», «sich niedergeschlagen/verstimmt fühlen», «sich ruhig, ausgeglichen und gelassen fühlen» und «sich sehr nervös fühlen» beinhaltet.

Kontrollüberzeugungen weisen ebenfalls eine substantiell negative Beziehung zur DSQ-10-Skala auf und streuen im Bereich von $r=-0.56$ bis $r=-0.60$. Höhere Werte auf der Depressionsskala gehen somit einher mit einem geringeren Gefühl, das Leben im Griff zu haben und Probleme selbst lösen zu können. Ebenso zeigt sich eine erhebliche Kovariation von Antonovskys *Kohärenzgefühl*, gemessen an der SOC-3-Skala, mit der DSQ-10-Skala. Höheres Kohärenzgefühl ist mit geringeren Werten auf der Depressionsskala verknüpft, wobei die Bandbreite zwischen $r=-0.51$ und $r=-0.59$ variiert.

Diese insgesamt substantiellen Pearson Korrelationskoeffizienten unterscheiden sich nur in geringem Mass, wenn sie nach Sprachregion, Geschlecht oder Altersgruppen separat ausgewiesen werden. Damit zeigt sich, dass einerseits Beziehungen, die aufgrund inhaltlicher Erwägungen erwartbar sind, auch realiter existieren. Gleichzeitig sind die Konstrukte unterschiedlich genug, um nicht unmittelbar in Verdacht zu geraten, sie würden das Gleiche messen¹².

¹¹ Höhere Werte stehen für eine geringere Belastung.

¹² Verdächtig wären hier Korrelationskoeffizienten in der Grössenordnung von $r=\pm .90$ und mehr.

Tab. 4.16 Korrelate¹⁾ DSQ-10 nach Sprachregion und Geschlecht, SGB 2007

Item	CH			D-CH			F-CH			I-CH			Männer			Frauen		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p
Kontrollüberzeugung ¹⁾	11 790	-0.58	0.00	7 307	-0.56	0.00	3 596	-0.58	0.00	887	-0.57	0.00	5 481	-0.57	0.00	6 309	-0.58	0.00
Psychische Belastung ²⁾	12 536	-0.56	0.00	7 807	-0.54	0.00	3 779	-0.56	0.00	950	-0.54	0.00	5 779	-0.55	0.00	6 757	-0.56	0.00
Kohärenzgefühl ³⁾	12 199	-0.54	0.00	7 525	-0.55	0.00	3 734	-0.55	0.00	940	-0.51	0.00	5 673	-0.55	0.00	6 526	-0.54	0.00
Depression CIDI vs. DSQ-DSM ⁴⁾	14211	0.22	0.00	8752	0.19	0.00	4335	0.24	0.00	1124	0.31	0.00	6241	0.26	0.00	7970	0.20	0.00
Depression CIDI vs. DSQ-ICD ⁵⁾	14211	0.25	0.00	8752	0.24	0.00	4335	0.26	0.00	1124	0.30	0.00	6241	0.28	0.00	7970	0.23	0.00

**)* Pearson Korrelationskoeffizienten r und Phi 1) MASTERY-Index; 2) MHI-5-Index (DET_PSY); 3) SOC-3; 4) Korrel. Maj. Depress. nach CIDI-SF mit Maj. Depr. nach DSQ-DSM-IV Kriterien; 5) Korrel. Maj. Depress. nach CIDI-SF mit Maj. Depr. nach DSQ-ICD-10 Kriterien

Tab. 4.17 Korrelate¹⁾ DSQ-10 nach Altersgruppen, SGB 2007

Item	15-24J			25-44J			45-64J			65+J		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p
Kontrollüberzeugung ¹⁾	1 114	-0.56	0.00	4 449	-0.58	0.00	4 167	-0.60	0.00	2 060	-0.57	0.00
Psychische Belastung ²⁾	1 133	-0.51	0.00	4 579	-0.58	0.00	4 436	-0.61	0.00	2 388	-0.50	0.00
Kohärenzgefühl ³⁾	1 104	-0.55	0.00	4 485	-0.59	0.00	4 311	-0.59	0.00	2 299	-0.52	0.00
Depression CIDI vs. DSQ-DSM ⁴⁾	1221	0.12	0.00	4812	0.20	0.00	4868	0.28	0.00	3310	0.17	0.00
Depression CIDI vs. DSQ-ICD ⁵⁾	1221	0.16	0.00	4812	0.24	0.00	4868	0.34	0.00	3310	0.10	0.00

**)* Pearson Korrelationskoeffizienten r und Phi 1) MASTERY-Index; 2) MHI-5-Index (DET_PSY); 3) SOC-3; 4) Korrel. Maj. Depress. nach CIDI-SF mit Maj. Depr. nach DSQ-DSM-IV Kriterien; 5) Korrel. Maj. Depress. nach CIDI-SF mit Maj. Depr. nach DSQ-ICD-10 Kriterien

Der eigentliche Lackmustest in Sachen Konstruktvalidität lässt sich für die DSQ-10-Skala anhand des in der SGB 2007 parallel erfassten CIDI-SF Indikators für das Vorhandensein einer Major Depression durchführen. Dabei stellen wir dem dichotomen CIDI-SF Indikator mit den Ausprägungen «keine Depression» versus «Major Depression» jeweils einen von zwei unterschiedlichen dichotomen DSQ-10 Indikatoren¹³ gegenüber: die Major Depression gemäss DSM-IV Kriterien und die Depression nach ICD-10 Kriterien (s.o. Kapitel 4.2.1). Als Zusammenhangsmass für die Beziehung zwischen CIDI-SF und DSQ(a/b) wurde Cramérs V (hier äquivalent zu Φ) bestimmt. Bei beiden Varianten zeigen sich schwache Assoziationsmasse von $\Phi=0.22$ (CIDI vs. DSQ-DSM) und $\Phi=0.25$ (CIDI-ICD) (Tab. 4.16 und Tab. 4.17).

Diese schwachen Zusammenhänge zwischen den Depressionsklassifikationen des CIDI-SF und des DSQ-10 erstaunen in Anbetracht dessen, dass beide Instrumente dasselbe Konstrukt messen sollen. Es muss jedoch beachtet werden, dass die beiden Instrumente unterschiedliche Prävalenzzeitspannen von 52 Wochen (CIDI-SF) vs. 2 Wochen (DSQ-10) umfassen, sodass ein direkter Vergleich problematisch ist. Im nachfolgenden Kapitel 4.2.5 wird dieses Problem genauer behandelt.

4.2.5 Performanz

Problem der unterschiedlichen Prävalenzzeitspanne

Die Verfügbarkeit von zwei validen Messinstrumenten in einer Stichprobe, welche dasselbe Konstrukt messen sollen, würde analog zur Prüfung der SOC-3-Skala eine Bestimmung der Performanz (Sensitivität, Spezifität, usw.) der Test-Skala erlauben. Zunächst muss im vorliegenden Fall aber bestimmt werden, welches der Instrumente zur Depressionsmessung als Test und welches als Referenzwert oder Goldstandard definiert werden soll. Aufgrund der Akzeptanz in der Fachwelt und breiten wissenschaftlichen Erprobung in unterschiedlichen Populationen und Nationen ist dies zweifelsohne das CIDI-SF.

Ein wesentliches Problem der Überprüfung der Performanz der DSQ-10 am Goldstandard des CIDI-SF liegt aber darin, dass beide Instrumente sich auf andere Prävalenzzeitspannen beziehen: die DSQ auf die letzten 2 Wochen, das CIDI-SF auf die letzten 52 Wochen. Das bedeutet, dass ein bestimmter, aber unbekannter Anteil der Nicht-Übereinstimmungen der Depressions-Klassifikationen der beiden Instrumente nicht eine Folge der mangelnden Validität der DSQ-10 sondern der unterschiedlich langen Zeitspanne sind. Eine Reihe von falsch-negativen DSQ-Fällen ergibt sich primär aus der kürzeren Zeitspanne, die für das Auftreten der Symptome abgefragt wurde.

Wir konnten in der Fachliteratur keine Lösungsvorschläge finden für den Vergleich von Diagnostikinstrumenten, die sich auf unterschiedliche Prävalenzzeitspannen beziehen. Im Folgenden werden wir zunächst die Performanzkennwerte des DSQ-10 (2-Wochen Prävalenz) mit Bezug zum CIDI-SF (52-Wochen-Prävalenz) darstellen, so wie sie gemessen wurden; dieser direkten Gegenüberstellung sind jedoch erhebliche Vorbehalte entgegenzubringen. Deshalb skizzieren wir anschliessend einen Vorschlag zur Korrektur der unterschiedlichen Prävalenzzeitspannen und präsentieren die Ergebnisse der damit neu-geschätzten Kreuztabellen.

Sensitivität, Spezifität: Versuch einer Schätzung

Bei Verwendung des CIDI-SF als Goldstandard ergibt die gemessene Performanz des DSQ-10 zur Identifikation einer Major Depression (nach DSM-IV-Kriterien) eine schlechte Sensitivität von rund 13% und einen tiefen positiv prädiktiven Wert von rund 44% (vgl. Tab. 4.18). Mit anderen Worten: der DSQ-10 bekundet gemäss dieser Gegenüberstellung grosse Mühe, positive Fälle von Major Depres-

¹³ Wahl der Schwellenwerte erfolgt analog (Jacobi et al., 2002).

sion zu erkennen: nur 13% der gemäss CIDI-SF Depressions-Positiven werden vom DSQ-10 erkannt und 44% der vom DSQ-10 als depressionspositiv bezeichneten Fälle sind dies tatsächlich. Gut funktioniert dagegen die Spezifität des DSQ-10, indem 99% der Depressions-Negativen dies gemäss Goldstandard auch tatsächlich sind.

Tab. 4.18 CIDI-SF vs. DSQ: Gemessene Übereinstimmung der Diagnose «Major Depression» DSM-IV

DSQ (2-W.-Prävalenz=1.4%)		CIDI-SF (52-W.-Prävalenz=4.6%)		Total
		Major Depression	keine Depression	
Major Depression DSM-IV	n	86	108	194
(Zeilen)	%	44.3 ¹⁾	55.7	100.0
(Spalten)	%	13.1 ²⁾	0.8	1.4
keine Depression	n	573	13444	14017
(Zeilen)	%	4.1	95.9 ³⁾	100.0
(Spalten)	%	86.9	99.2 ⁴⁾	98.6
Total	n	659	13552	14211
(Zeilen)	%	4.6	95.4	100.0
(Spalten)	%	100.0	100.0	100.0

1) Positiv prädiktiver Wert (PPW); 2) Sensitivität; 3) negativ prädiktiver Wert (NPW); 4) Spezifität;
Cohens $\kappa=0.184$, $p\leq 0.000$

Wie bereits betont, ist der Gehalt dieser Befunde sehr zweifelhaft aufgrund der unterschiedlichen Prävalenzzeitspannen der beiden Instrumente. Es leuchtet intuitiv ein, dass eine Reihe der durch den DSQ nicht erkannten Depressiven in dessen 2-Wochen Zeitfenster noch nicht auftauchen, hingegen im 52-Wochen Zeitfenster des CIDI.

Wir haben versucht, die Kreuztabelle von DSQ vs. CIDI neu zu schätzen unter der Annahme, die Prävalenzzeitspannen beider Instrumente wären gleich. Dabei sind zwei Varianten möglich, wobei wir für unsere Schätzung folgende Grundannahmen postulieren :

- A: beide Instrumente beziehen sich auf eine 2-Wochen Prävalenz: die Anzahl *Depressionspositive* des CIDI verringert sich; als Folge davon wird bei der DSQ-Klassifikation der Anteil Falsch-Negativer kleiner und der *Anteil Richtig-Negativer* grösser.
- B: beide Instrumente beziehen sich auf eine 52-Wochen Prävalenz: die Anzahl *Depressionspositive* des DSQ vergrössert sich; als Folge davon wird bei der DSQ-Klassifikation der Anteil Falsch-Negativer ebenfalls kleiner aber im Unterschied zu Variante A nimmt der *Anteil Richtig-Positiver* zu.

Das genaue Vorgehen und die so geschätzten Zellenwerte sind im Anhang (Tab. 4.19) wiedergegen. In der untenstehenden Tabelle (Tab. 4.19) sind die Performanzkennwerte für die beiden Varianten aufgeführt.

Tab. 4.19 CIDI-SF vs. DSQ: Geschätzte Übereinstimmung der Diagnose «Major Depression» DSM-IV bei korrigierten Prävalenzzeitspannen

Kennwerte	Major Depression, Prävalenzzeitspannen DSQ & CIDI-SF	
	A: beide 2-W.-Prävalenz (=1.8%)	B: beide 52-W.-Prävalenz (=4.6%)
Sensitivität	33.9% (+20.8%)	60.1% (+47.0%)
Spezifität	99.2% (0%)	99.2% (0%)
PPW	44.3% (0%)	78.6% (34.2%)
NPW	98.9% (+2.9%)	98.1% (+2.2%)
Kappa	0.374 (+0.190)	0.668 (+0.483)

In Klammern: Abweichung von gemessenen Werten (s.o., Tab. 4.18); Zellenwerte im Anhang (££Tab)

Die Ergebnisse des hier vorgeschlagenen Korrekturverfahrens postulieren v.a. bei einer Ausdehnung der Prävalenzzeitspanne des DSQ-10 auf 52 Wochen deutlich bessere Werte für die Sensitivität und den PPW. Auch bei der Annahme einer auf 2 Wochen verringerten Prävalenzspanne des CIDI-SF würde sich die Sensitivität des DSQ-10 verbessern, aber wesentlich weniger stark. Weshalb diese unterschiedlichen Performanzkennwerte bei der Sensitivität je nach Länge der Prävalenzzeitspanne? Bei Variante A (beide Instrumente mit 2-Wochen-Prävalenz) kommt es primär zu einer Zunahme der Richtig-Negativen, während die Zahl der Richtig-Positiven gleich bleibt. Die Sensitivität wird indirekt beeinflusst: Weil aber die Gesamtzahl der Positiven abnimmt (kürzere Prävalenzzeitspanne CIDI-SF), wird der Anteil der Richtig-Positiven an der Gesamtzahl der Positiven grösser. Bei Variante B (beide Instrumente mit 52-Wochen-Prävalenz) wird die Sensitivität direkt beeinflusst, indem die Zahl der Richtig-Positiven zunimmt bei gleich bleibender Zahl aller Positiven.

Auch diese Ergebnisse sind mit Vorsicht zu geniessen, es handelt sich um versuchsweise Schätzungen. Sie zeigen aber auf, was für Effekte unterschiedliche Prävalenzzeitspannen auf die Übereinstimmung der Klassifikationen zweier (Diagnose-)Instrumente haben.

4.2.6 Fazit

Synthese der zentralen Befunde

Die Befunde der vier untersuchten Kriterien, welche wir für die Beurteilung der Testgüte und Testqualität der DSQ-10-Skala herangezogen haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. *Item-Analyse:* Im Grossen und Ganzen fördert die Analyse der fehlenden Werte bei den 10 Items der DSQ-10-Skala ähnliche Befunde zu Tage wie bei den Items der SOC-Skala. In den Sprachregionen variieren die fehlenden Werte in den meisten Fällen in der Grössenordnung von 2.5% bis 5%. Frauen weisen gegenüber Männern bei allen Items der Skala einen grösseren Anteil an fehlenden Werten auf. In der Regel bewegt sich der Unterschied im Bereich von 1% bis 2%. Schliesslich finden sich die höchsten Anteile an fehlenden Werten wiederum in der Altersgruppe der über 65jährigen, wo bei 9 von 10 Items der Skala Werte im Bereich von 7% bis 10% erreicht werden.

Als besonders problematisch erweist sich die DSQ-Frage nach einem allfälligen Libidoverlust, wo insgesamt 7.9% fehlende Werte auftraten. Sowohl in den Sprachregionen wie auch den Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern sind substantielle Unterschiede zu beobachten. Diese doch sehr ausgeprägten Unterschiede in der Neigung, die Frage nach einem Libidoverlust zu beantworten, legen nahe, dass systematische Verzerrungen nicht auszuschliessen sind. Betrachtet man die Verteilung der gültigen Antworten über die 10 Items der DSQ-10-Skala, so ist diese bei allen rechtssteil.

Substantielle Zusammenhänge zwischen der Wahl spezifischer Antwortkategorien und Sprachgruppen, Geschlecht sowie Altersgruppen waren nicht auszumachen. Tendenziell antworten aber

etwas mehr Frauen als Männer auf Fragen nach Depressionssymptomen mit «an den meisten Tagen». Ausnahme ist das Item Suizidgedanken, wo beide Geschlechter mit rund einem Prozent gleichauf liegen. Mit Blick auf die Alterskategorien lassen sich keine klaren Tendenzen ausmachen. Einzig beim Libidoverlust realisieren ältere Alterskohorten deutlich höhere Prozentanteile in der tiefsten Antwortkategorie.

Wie aufgrund der rechtssteilen Verteilung zu erwarten, liegen die Mittelwerte bei allen 10 Items deutlich über 2 auf der 3-stufigen Antwortskala. Gleichzeitig bewegt sich der Popularitätsindex mit Werten zwischen 75 und 97 auf einem ausserordentlich hohen Niveau. Die mittlere Ausschöpfung der Item-Skalen liegt bei moderaten 16.9% bis 23.2%. Deutliche Differenzen zeigen sich zwischen den Altersgruppen einzig bei der Frage nach einem allfälligen Libidoverlust. In der Konsequenz werden so psychische Ursachen von Libidoverlust zumindest potentiell mit altersbedingten, physischen Ursachen konfundiert, was für die DSQ-10-Skalenbildung und Diagnostik problematisch ist.

2. *Reliabilität:* Die Reliabilität der DSQ-10-Skala erreicht mit einem Cronbach α von 0.82 einen für Gruppenvergleich genügenden Wert. Der untere Schwellenwert für klinische Anwendungen (0.9) wird jedoch verfehlt. Gleiches gilt auch, wenn die Reliabilität nach Sprachregionen, Geschlecht oder nach Altersgruppen untersucht wird. Insgesamt kann die Reliabilität der DSQ-10-Skala als gut bezeichnet werden.
3. *Validität:* Die Konzeptualisierung des DSQ-10 als Instrument zur Erfassung eines depressiven Syndroms (Major Depression nach DSM-IV und Depression nach ICD-10) lässt erwarten, dass sämtliche Symptom-Items auf einem einzigen Faktor laden, wenn sie einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen werden. Die Hauptkomponentenanalyse der DSQ-10 fördert denn auch eine eindimensionale Faktorstruktur zutage, wobei der eine Faktor insgesamt 40% der Varianz erklärt. Die *faktorielle Validität* kann dementsprechend als sehr gut bezeichnet werden.
Ebenso entsprechen die Befunde zur konvergenten und diskriminanten Validität den Erwartungen. Es zeigen sich substantielle Zusammenhänge mit den Skalen zu psychischer Belastung (MHI-5), Kontrollüberzeugung («Mastery»-Skala) und Kohärenzgefühl (SOC-3). Die Zusammenhänge unterscheiden sich nur in geringem Mass, wenn sie nach Sprachregion, Geschlecht oder Altersgruppen separat ausgewiesen werden. Damit zeigt sich, dass einerseits Beziehungen, die aufgrund inhaltlicher Erwägungen erwartbar sind, auch empirisch nachweisbar sind. Gleichzeitig sind die Konstrukte unterschiedlich genug, um nicht unmittelbar in Verdacht zu geraten, sie würden das Gleiche messen (Korrelationen in der Grössenordnung von $r \approx .50$).
4. *Performanz:* Die Performanz des DSQ-10 kann nur bedingt geprüft werden. Der naheliegende Vergleich mit dem CIDI-SF ist problematisch, weil die beiden Instrumente sich auf unterschiedliche Prävalenzzeitspannen (2 vs. 52 Wochen) beziehen. Nicht-übereinstimmende Klassifikationen sind somit auch eine Folge dieser unterschiedlich langen Prävalenzperioden. Dementsprechend ist die gemessene Sensitivität des DSQ (d.h. die Fähigkeit Depressionspositive zu entdecken) schwach. Eine Simulation gleicher Prävalenzzeitspannen (beide Instrumente 2 oder 52 Wochen) ergibt eine bessere Übereinstimmung der Klassifikationen und bessere Sensitivitäts-Werte, die aber im Vergleich mit Befunden aus der Fachliteratur dennoch schlechter ausfallen.

Schlussfolgerungen

In Bezug auf drei der oben aufgeführten Kriterien der Testgüte schneidet die DSQ-10 gut ab. Insbesondere die Reliabilität, die faktorielle ebenso wie die konvergente und diskriminante Validität können positiv bewertet werden, und die Ergebnisse decken sich auch mit den Erkenntnissen anderer Studien. Darüber hinaus positiv zu bewerten ist die DSQ-10 auch im Hinblick auf die Fragebogenökonomie. Es gibt aber auch negative Aspekte:

- 1) Vorbehalte zeigen sich zum einen auf Ebene der Einzelitems, indem die Frage zum Libidoverlust mit einer vergleichsweise grossen Zahl von fehlenden Antworten nicht gut zu funktionieren scheint. Hier wäre eine Skalierung und Neu-Kalibrierung der DSQ-Skala ohne dieses Item zu prüfen.
- 2) Zum anderen sind gewisse Fragezeichen angebracht bei der Performanz der DSQ-10 bzw. bei der Fähigkeit, Personen korrekt zu klassifizieren nach depressionspositiv oder -negativ: Die DSQ-10 könnte Schwächen aufweisen, positive Fälle zu identifizieren. Dabei ist zu beachten, dass die DSQ bisher hauptsächlich in Patientenstichproben angewandt wurde, es sind uns keine publizierten Ergebnisse zur Anwendung in Gesundheitssurveys der Allgemeinbevölkerung bekannt.

Schliesslich ist zu bemerken, dass die Prävalenzzahlen für Major Depression in der Schweizer Bevölkerung – seien diese nun mit dem DSQ-10 oder dem CIDI-SF gemessen – geringer ausfallen als in ausländischen (insbesondere deutschen) Erhebungen. Bei der DSQ-10 ist dieser Befund erwartbar, da nur Ergebnisse aus selektierten Patientenstichproben vorliegen. Weniger klar sind die Ergebnisse zur CIDI-SF, wo für Deutschland fast doppelt so hohe 52-Wochen-Prävalenzen für Major Depression berichtet werden. Die Analyse möglicher Hintergründe dieser Unterschiede würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Es würde sich u.E. jedoch lohnen, die Messung von Depression in der SGB in einer separaten Studie vertiefter zu untersuchen. Die Befunde könnten auch für Gesundheitssurveys anderer Länder von Bedeutung sein.

5 Determinanten psychischer Gesundheit-Krankheit

5.1 Auswahl von 10 zentralen Konstrukten in der SGB

Es wurden 10 zentrale Variablen oder Konstrukte der SGB ausgewählt, bei denen aus inhaltlich-theoretischen Erwägungen oder aufgrund von empirischen Befunden davon auszugehen war, dass sie als Determinanten psychischer Befindlichkeit in Betracht kommen. In diesem Kapitel werden die empirischen Bezüge zwischen diesen 10 definierten Konstrukten und den Indikatoren psychischer Befindlichkeit anhand von Korrelations- und Regressionsanalysen geprüft. Die zehn ausgewählten Konstrukte und deren Operationalisierung in der SGB finden sich in einer Übersichtstabelle (Tab. A.25 im Anhang).

5.2 Einfache Zusammenhänge: Korrelationsanalysen

Die unter 5.1 definierten Konstrukte werden im Folgenden mit Indikatoren psychischer Befindlichkeit in Beziehung gesetzt. Dazu werden für die bivariate Analyse die *Indikatoren mit ordinalen Skalenniveaus* herangezogen. D.h. es wird etwa für die Analyse der Kontrollüberzeugung die vom Bundesamt für Statistik (BFS, 2008) definierte MASTERY-Variable mit drei Ausprägungsniveaus (tief, mittel, hoch) und nicht der additive MASTERY-Index verwendet. Als Assoziationsmass wurden jeweils für die SGB-Wellen 2007 und 1997 Spearman Rangkorrelationen berechnet (Spearman Rho, ρ). Aufgrund unterschiedlicher Indikatoren-Sets zwischen den beiden Erhebungswellen lassen sich Vergleiche zwischen den jeweiligen Wellen nur für die Kontrollüberzeugung und das Kohärenzgefühl, erfasst mit 3 Items (SOC-3), anstellen.

Bevor auf die Resultate im Einzelnen eingegangen wird, soll eine allgemeine Übersicht (Tab. 5.1 und Tab. 5.2) zeigen, bei welchen Konstrukten relevante Zusammenhänge zu Indikatoren psychischer Befindlichkeit nachgewiesen werden konnten. Die Symbole in der Tabelle widerspiegeln die Klassifikation der Assoziationsmasse entsprechend ihrer Höhe:

- 0 sehr tiefe Zusammenhänge ($-0.2 < \rho < 0.2$)
- + tiefe Zusammenhänge ($0.2 \leq \rho < 0.5$ resp. $-0.2 \geq \rho > -0.5$)
- ++ mittlere Zusammenhänge ($0.5 \leq \rho < 0.7$ resp. $-0.5 \geq \rho > -0.7$)
- +++ hohe Zusammenhänge ($0.7 \leq \rho$ resp. $-0.7 \geq \rho$)

Da alle Zusammenhänge die erwartete Richtung aufweisen, wurde auf eine Differenzierung nach positiven und negativen Zusammenhängen verzichtet. Das heisst auch, dass die Kodierung der jeweiligen Skalen, bei denen teils hohe, teils tiefe Messwerte für eine bessere psychische Gesundheit sprechen, ausser Acht gelassen wurde. Die Plus-Zeichen sind in der Übersichtstabelle dementsprechend immer so zu verstehen, dass eine günstigere Ausprägung des jeweiligen Konstrukts mit einer besseren psychischen Befindlichkeit einhergeht.

2007**Tab. 5.1 Übersicht der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und den Messinstrumenten psychischer Befindlichkeit, SGB 2007**

	Subjektive Gesundheit	Physische Gesundheit	Bewegung	Soziale Unterstützung ²⁾	Bildung	Haushalts- einkommen	Medizinische Leistungen ³⁾	Arbeit ¹⁾	Wohnen	Chronifiz./ Einschränk ⁴⁾
Kontrollüberzeugung	0	+	0	0	0	0	+	+	0	0
Psychische Belastung	+	+	0	+	0	0	+	+	0	+
Maj. Depr. CIDI-SF	0	0	0	0	0	0	+	0	0	0
Maj. Depr. DSQ, DSM	0	(+)	0	0	0	0	0	0	0	0
Depr. DSQ, ICD	0	+	0	0	0	0	+	0	0	0
Kohärenzgefühl (3)	0	+	0	0	0	0	0	+	0	0

1997**Tab. 5.2 Übersicht der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und den Messinstrumenten psychischer Befindlichkeit, SGB 1997**

	Subjektive Gesundheit	Physische Gesundheit	Bewegung	Soziale Unterstützung ²⁾	Bildung	Haushalts- einkommen	Medizinische Leistungen ³⁾	Arbeit ¹⁾	Wohnen	Chronifiz./ Einschränk. ⁴⁾
Kontrollüberzeugung	0	+	0	+	0	0	0	+	0	0
Psych. Ausgeglichen.	+	+	0	+	0	0	0	0	0	0
Psych. Wohlbefinden	0	0	0	0	0	0	0	+	0	0
Coping	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kohärenzgefühl (3)	0	+	0	0	0	0	0	+	0	0
Kohärenzgefühl (13)	0	+	0	+	0	0	0	+	0	0

1) eine der beiden einbezogenen Variablen (Arbeitszufriedenheit / Angst vor Arbeitsplatzverlust) muss die jeweilige Schwelle überschreiten; aufgrund unterschiedlicher Fragebogenlogik sind die Angaben von 1997 und 2007 nicht direkt vergleichbar

2) zwei der drei einbezogenen Variablen (Gesprächspartner haben / Gesprächspartner vermissen / Einsamkeit) müssen die jeweilige Schwelle überschreiten

3) eine der beiden einbezogenen Variablen (Häufigkeit Arztbesuche / Behandlung wegen psychischen Problemen) muss die jeweilige Schwelle überschreiten

4) eine der beiden zentralen Variablen (dauerhafte Krankheiten / Einschränkungen aufgrund dauerhafter Krankheiten) muss die jeweilige Schwelle überschreiten; 1997 nur eine Variable vorhanden

Es zeigen sich, wenn überhaupt, nur relativ tiefe Korrelationen zwischen den zehn Konstrukten und den Indikatoren psychischer Befindlichkeit. Keine der Rangkorrelationen überschreitet die Schwelle von ± 0.5 , was hier als Grenze für einen «mittleren» Zusammenhang festgelegt wurde; die meisten Werte überschreiten die für relevante Korrelationen festgelegte Grenze von ± 0.2 nur knapp. Es kann somit vorerst festgehalten werden, dass keines der zehn Konstrukte substantielle bivariate Bezüge zur psychischen Befindlichkeit aufweist. Inwiefern die Konstrukte in ihrer Gesamtheit einen empirischen Erklärungswert haben, wird in Kapitel 5.3 (Regressionsanalysen) untersucht.

Weiterhin kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Höhe der Korrelationen zwischen den Landesteilen und den Geschlechtern nicht signifikant unterscheidet und dass auch bei den Altersgruppen nur selten substantielle Unterschiede bestehen.

Tabelle 5.1 informiert weiter darüber, in welchen Bereichen Korrelationen bestehen: So sind es vor allem die Konstrukte «subjektive Gesundheit», «physische Gesundheit», «soziale Unterstützung» (insbesondere Einsamkeitsgefühle), «medizinische Leistungen» und «Arbeit», welche eine gewisse Kovariation aufweisen. Bei weiteren fünf Konstrukten konnten gar keine (Bewegung, Bildung, Haushaltseinkommen, Wohnen) oder im Falle von «Chronifizierung/Einschränkungen» eine einzelne relevante Korrelation festgestellt werden.

Im Vergleich der Wellen 1997 und 2007 kann für die beiden vergleichbaren Skalen und die direkt vergleichbaren Konstrukte festgestellt werden, dass sich die Zusammenhänge nicht wesentlich unterscheiden: Die Abweichung beim Konstrukt «Soziale Unterstützung» ist einer Veränderung in der Fragebogenlogik geschuldet und die Abweichungen bei den medizinischen Leistungen erklären sich dadurch, dass die jeweiligen Korrelationen knapp über/unter der Grenze von ± 0.2 liegen, sich also letztlich nicht signifikant unterscheiden. Im Folgenden werden die Resultate der Zusammenhangsanalysen für jedes der zehn definierten Konstrukte einzeln dargestellt.

5.2.1 Subjektive Gesundheit

Insgesamt fallen die Korrelationen zwischen Indikatoren psychischer Gesundheit-Krankheit und der subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes gering aus (Tab. 10.26 im Anhang). Lediglich für die psychische Belastung ist der (negative) Zusammenhang etwas ausgeprägter mit Rangkorrelationen zwischen $\rho=0.23-0.28$.

Mit Blick auf die Altersgruppen fällt auf, dass die Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit und den Indikatoren psychischer Befindlichkeit fast durchgehend in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen am tiefsten ausfallen.

Zieht man die Werte von 1997 (Tab. 10.27 im Anhang) bei den vergleichbaren Skalen (Kontrollüberzeugung, SOC-3) heran, so sind die Gesamtwerte sowie die Muster nach den Unterscheidungsmerkmalen Landesteil, Geschlecht und Altersgruppen sehr ähnlich. Bei den ausschliesslich 1997 erhobenen Indikatoren liegt nur «psychische Ausgeglichenheit» über der Schwelle von ± 0.2 und weist einen ähnlich hohen Wert wie «psychische Belastung» in der SGB 2007 auf, was aufgrund der Ähnlichkeit der Konzepte und Operationalisierung nicht weiter verwundert. Ausser dass bei letztgenannter Skala die Männer einen etwas stärkeren Zusammenhang zum subjektiven Gesundheitszustand aufweisen und der Zusammenhang mit dem Alter etwas stärker wird, lassen sich nach Landesteil, Geschlecht und Altersgruppen keine gewichtigen Unterschiede feststellen.

5.2.2 Physische Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden und den Indikatoren psychischer Befindlichkeit sind in der SGB 2007 fast durchgehend stärker als beim subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand (Ausnahme CIDI-SF), insbesondere für die Skalen Kontrollüberzeugung, psychische

Belastung und Kohärenzgefühl (Tab. 10.28 im Anhang). So beträgt beispielsweise die Rangkorrelation zwischen physischer Gesundheit und psychischer Belastung in der Gesamtstichprobe der Schweiz -0.33. Auch bei der Kontrollüberzeugung und dem Kohärenzgefühl liegen die Zusammenhänge über dem Schwellenwert von ± 0.2 für relevante Korrelation.

Auch hier besteht über alle Skalen hinweg eine leichte Tendenz dahingehend, dass die Zusammenhänge in der französischen und vor allem der italienischen Schweiz etwas stärker ausgeprägt sind als in der Deutschschweiz. Nach Alter und Geschlecht hingegen lassen sich keine auffälligen Tendenzen oder Muster ausmachen.

Auch der Vergleich mit den Daten von 1997 (Tab. 10.29 im Anhang) fördert keine Auffälligkeiten zu Tage: Bei den gleich erhobenen Skalen sind die Werte fast identisch. Bei den 2007 nicht erhobenen Skalen sticht vor allem der Zusammenhang bei der «psychischen Ausgeglichenheit» mit einem Wert von $\rho = -0.34$ heraus.

5.2.3 Bewegung

Insgesamt wurden für das Konstrukt «Bewegung» 6 Variablen einzeln auf ihre Zusammenhänge zu den jeweiligen Messergebnissen psychischer Befindlichkeit geprüft (siehe Tab. A.25 im Anhang). Das Resultat bleibt unabhängig von Konstrukt, Messinstrument und Erhebungsjahr dasselbe: Es können auf Ebene der Gesamtschweiz keine relevanten Zusammenhänge festgestellt werden. Die maximale Rangkorrelation liegt in einem einzigen Fall bei 0.12, alle anderen Zusammenhänge weisen Werte auf, die eine Schwelle von $\rho = 0.10$ nicht übersteigen. Auch innerhalb der Subgruppen tritt keine einzige Korrelation auf, die einen Wert von 0.20 überschreiten würde. Körperliche Aktivität weist folglich, unabhängig davon, welche Dimension von Bewegung gemessen wird, keinen Zusammenhang mit psychischer Befindlichkeit auf.

5.2.4 Soziale Unterstützung

Ein erster Indikator für das Konstrukt «soziale Unterstützung» ist das Vorhandensein von Personen, mit denen man ganz persönliche Probleme besprechen kann. In der SGB werden zwei Fragen gestellt, nämlich 1) ob man solche Gesprächspartner hat und 2) ob man manchmal einen solchen Gesprächspartner vermisst (die Frage wurde in der SGB 2007 allen gestellt, 1997 nur denjenigen ohne Vertrauensperson, siehe 5.1).

Die entsprechenden Auswertungen zeigen einen interessanten Unterschied zwischen den beiden Frageversionen auf (Tab. 10.30 bis Tab. 10.33 im Anhang): Während die Zusammenhänge zwischen Version 1 (Vorhandensein von Gesprächspartnern) und den Messinstrumenten zur psychischen Befindlichkeit sowohl für 2007 als auch für 1997 sehr schwach sind (alle Korrelationen in der Gesamtstichprobe $-0.1 \leq \rho \leq 0.1$; Maximum in Subgruppen $\rho = 0.13$), fallen die Rangkorrelationen bei Version 2 (Vermissen solcher Gesprächspartner) höher aus, bleiben aber mit Maximalwerten von $\rho = 0.20$ (2007) resp. $\rho = 0.31$ (1997) in der Gesamtstichprobe immer noch auf einem relativ geringen Niveau. Der Unterschied zwischen den beiden Frageversionen dürfte darin begründet sein, dass das «Vermissen» von Gesprächspartner stärker die emotionale Komponente «Einsamkeit» beinhaltet, welche ihrerseits wiederum auf das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Person für vertrauliche Gespräche verweist. Dass die Korrelationen in der SGB 1997 durchgehend höher ausfallen als in der SGB 2007 ist somit eine Folge der unterschiedlichen Fragebogenlogik: Während 2007 alle Personen nach dem «Vermissen» von Gesprächspartnern gefragt wurden, sind dies 1997 nur diejenigen Personen, welche auch angegeben haben, über keine vertraulichen Gesprächspartner zu verfügen. Somit kumulieren sich die Effekte, welche in der SGB 2007 getrennt ausgewiesen werden können.

Nochmals stärkere Korrelationen zeigen sich zwischen den Indikatoren zur psychischen Befindlichkeit und der Variable «Einsamkeitsgefühle» (Tab. 10.34 im Anhang). Insbesondere die psychische Belastung ($\rho=0.33$), Kontrollüberzeugung ($\rho=0.30$) und Kohärenzgefühl ($\rho=0.30$) weisen Zusammenhänge zu Gefühlen der Einsamkeit auf. Insgesamt erreichen hier die Korrelationen – neben den körperlichen Beschwerden, welche teils ähnliche Werte erreichen – die höchsten Werte. Personen, die sich einsam fühlen, weisen also eine höhere psychische Belastung, eine tiefere Kontrollüberzeugung und ein weniger stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl auf. Die Analyse für 1997 ergibt im Kern dieselben Resultate (Tab. 10.35 im Anhang).

5.2.5 Bildung

Wie beim Konstrukt «Bewegung» sind für das Konstrukt «Bildung» sowohl für 1997 als auch für 2007 keine relevanten Korrelationen festzustellen (Maximalwert in der Gesamtstichprobe: $\rho=0.13$; Maximum in Subgruppen: $\rho=0.17$).

5.2.6 Haushaltseinkommen

Ebenso lassen sich keine substantiellen Beziehungen zwischen Haushaltseinkommen und den Indikatoren psychischer Befindlichkeit feststellen. Dies gilt sowohl für die Erhebungswelle 1997 wie auch 2007. Die Maximalwerte liegen bei der Gesamtstichprobe bei $\rho=0.09$; das Maximum in Subgruppen beträgt $\rho=0.21$, der zweithöchste Wert beläuft sich auf $\rho=0.11$.

5.2.7 Medizinische Leistungen

Die Häufigkeit der Arztbesuche in den letzten 12 Monaten korreliert etwas stärker mit den verwendeten Messinstrumenten zur psychischen Befindlichkeit (Tab. 10.36 und Tab. 10.37 im Anhang), auch hier bleiben aber die Korrelationen auf einem sehr niedrigen Niveau (Maximum in der Gesamtstichprobe: $\rho=0.17$; Maximum in Subgruppen: $\rho=0.22$).

Noch stärker sind erwartungsgemäss die Zusammenhänge mit der Behandlung wegen psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten (Tab. 10.38 und Tab. 10.39 im Anhang). Auch hier bleiben aber die Rangkorrelationen für die Gesamtstichprobe unter einem Betrag von 0.30. Auffällig ist, dass die mittleren beiden Alterskategorien bei allen Skalen, ausser der Kontrollüberzeugung, leicht höhere Korrelationen aufweisen als die Jüngsten und die Ältesten. In den beiden mittleren Altersgruppen besteht also ein engerer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit einer Behandlung wegen psychischer Probleme und den Indikatoren psychischer Befindlichkeit.

5.2.8 Arbeit

In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit (Tab. 10.40 im Anhang) ist insbesondere die Korrelation mit dem Kohärenzgefühl auffällig (Gesamtstichprobe: $\rho=0.41$) und zwar unabhängig von der Anzahl der Items (SOC-3; SOC-13). Eine hohe Arbeitszufriedenheit korreliert mit einem hohen Kohärenzgefühl. Dies verwundert nicht weiter, da es einsichtig ist, dass hohe Werte auf den drei Dimensionen des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) eine höhere Zufriedenheit mit der eigenen Situation am Arbeitsplatz begünstigen und umgekehrt. Auch die Kontrollüberzeugung korreliert – im Vergleich zu den anderen Konstrukten – stark mit der Arbeitszufriedenheit ($\rho=0.30$). Die Zusammenhänge mit anderen Skalen (ausser den Depressionsskalen) liegen in der Gesamtstichprobe jeweils knapp über dem Schwellenwert von ± 0.20 .

Auch fällt bei Kohärenzgefühl und Kontrollüberzeugung auf, dass sich geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen. Bei den Männern ist der Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit jeweils etwas stärker ausgeprägt. Bezüglich des Alters lassen sich keine eindeutigen Tendenzen erkennen. Die abweichenden Werte in der Gruppe der über 65-Jährigen lassen sich aufgrund der tiefen Fallzahlen (wenige Erwerbstätige in dieser Altersgruppe) nicht interpretieren.

Die Analyse für 1997 (Tab. 10.41 im Anhang) ergibt ähnliche Resultate, mit Ausnahme davon, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht mehr festgestellt werden kann. Weiterhin fällt auf, dass psychisches Wohlbefinden einen relativ hohen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit aufweist ($\rho=0.31$).

Die Korrelationen zwischen den Indikatoren psychischer Befindlichkeit und der Angst vor dem Verlust des aktuellen Arbeitsplatzes (Tab. 10.42 und Tab. 10.43 im Anhang) zeigt ein ähnliches Muster (höchste Werte bei Kohärenzgefühl und Kontrollüberzeugung), weisen aber deutlich tiefere Zusammenhänge auf. Arbeitszufriedenheit weist also stärkere Bezüge zur psychischen Befindlichkeit auf als Angst vor Arbeitsplatzverlust.

5.2.9 Wohnsituation

Für die vier betrachteten Indikatoren des Konstrukts «Wohnen» (Wohnungsgrösse, Anzahl Personen im Haushalt, Anzahl Kinder im Haushalt, Zivilstand) lassen sich wiederum sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den einzelnen Subgruppen keine substantiellen Korrelationen feststellen.

5.2.10 Dauerhafte Krankheiten / Einschränkungen

Auch in diesem Bereich lassen sich fast keine relevanten Zusammenhänge erkennen. So überschreitet der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein chronischer Krankheiten und den Messwerten weder in der Gesamtstichprobe noch in irgendeiner Subgruppe die Schwelle von $\rho=\pm 0.20$.

Substantielle Zusammenhänge bei den weiteren Variablen (Einschränkung aufgrund von Krankheiten, Schwierigkeiten mit einer Reihe von Tätigkeiten der täglichen Lebens) zeigen sich aber in der Altersgruppe der über 64-Jährigen: Die Personen in dieser Altersgruppe weisen insbesondere relevante Zusammenhänge zwischen diesen Variablen und Depression auf, will heissen: Bei den Ältesten bestehen substantielle Zusammenhänge (meist $\rho>0.30$) zwischen den erfahrenen Einschränkungen im Alltag und Depression, gemessen mit der CIDI-SF-Skala.

5.3 Komplexe Zusammenhänge: Regressionsanalysen

Nachfolgend werden die weiter oben bivariat analysierten Konstrukte – physische Gesundheit, körperliche Bewegung, soziale Unterstützung, Bildung, Haushaltseinkommen, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Arbeits- und Wohnsituation, Belastung in Folge chronischer Krankheit sowie soziodemografische Grössen – als determinierende Konstrukte betrachtet. D.h. sie werden im Rahmen von multivariaten Regressionsanalysen als erklärende Faktoren in Bezug zu Indikatoren psychischer Befindlichkeit sowie subjektiver Gesundheit gesetzt. Dies ermöglicht es, die erklärenden Faktoren in ihrer Gesamtwirkung und gleichzeitig die Nettoeffekte jedes einzelnen erklärenden Faktors zu erfassen, d.h. dessen Einfluss unter Kontrolle aller anderen Einflussfaktoren zu bestimmen. Im Gegensatz zu den bivariaten Analysen gelingt es hier, durch die systematische Einführung von intervenierenden Faktoren, unterdrückte Zusammenhänge oder Scheinzusammenhänge auszumerzen oder zumindest zu reduzieren.

Zur verwendeten Terminologie möchten wir folgende Präzisierung machen: Wenn hier von erklärenden Faktoren bzw. erklärenden Variablen, Einflussfaktoren, Prädiktoren, Determinanten, determinierenden Variablen oder Wirkungszusammenhängen die Rede ist, so darf dies nicht dahingehend missverstanden werden, dass eine kausale Beziehung zwischen den involvierten Variablen und Konstrukten behauptet oder festgestellt wird. Unser Vorgehen ist explorativ und damit beziehen sich unsere Aussagen und Schlussfolgerungen lediglich auf statistische Grössen beziehungsweise statistische Beziehungen.

Bei der Spezifikation der multivariaten Modelle orientierten wir uns einerseits an vergleichbaren Studien (Schmidt & Power, 2006; Schmidt, Power, & Bullinger, 2002; Schmidt, Power, Bullinger, & Nosikov, 2005), andererseits waren wir bestrebt für die determinierenden Konstrukte Indikatoren zu finden, die sowohl die Fallzahl maximieren wie auch, wenn immer möglich, Vergleiche zwischen Erhebungswellen der SGB ermöglichen. Auf der Basis der SGB-Daten 2007 schätzen wir für die vier abhängigen Variablen psychische Belastung, Kontrollüberzeugung, Kohärenzgefühl und subjektive Gesundheit je zwei Modelle. Ein Modell (MX.1) wird jeweils exklusiv, ein Modell (MX.2) inklusiv Indikatoren für die Arbeitssituation geschätzt.

Dieses Vorgehen ist angebracht, da die spezifischen Fragen zur Arbeitssituation nur von den Erwerbstätigen und nur im schriftlichen Fragebogen der SGB beantwortet werden konnten, was jeweils zu einer erheblichen Reduktion der Fallzahl führt. So etwa sinkt die Fallzahl bei der Schätzung psychischer Belastung von 13'850 im Modell exklusive der Indikatoren für die Arbeitssituation (M1.1, Tab. 5.4) auf 6'042 im Modell inklusive der Indikatoren für die Arbeitssituation (M1.2). Die Schätzungen auf der Grundlage der Daten aus der SGB 1997 basieren auf einem analogen Vorgehen und analogen Modellspezifikationen. Als abhängige Variablen stehen psychische Ausgeglichenheit, psychisches Wohlbefinden, Kontrollüberzeugung, Kohärenzgefühl, Coping und subjektive Gesundheit im Zentrum der Analyse.

Für die Regressionsanalysen werden, im Gegensatz zu den vorherigen bivariaten Zusammenhangsanalysen, die Indikatoren nicht in ihrer ordinalen Variante verwendet, sondern es wird der entsprechende additive Index verwendet. So wird beispielsweise für Kontrollüberzeugung nicht mehr die dreistufige MASTERY-Skala (BFS, 2008) eingesetzt, sondern der additive MASTERY-Index, weil dadurch zum einen das für lineare Regressionen vorgesehene Skalenniveau erreicht wird und zum anderen Schätzungen über das gesamte Spektrum von MASTERY-Ausprägungen ermöglicht werden und nicht nur über einen reduzierten Bereich mit potentiell eingeschränkter Varianz.

Die Stichprobengrösse variiert bei den Schätzungen für 2007 in den Modellreihen MX.1 je nach abhängiger Variable zwischen $n=10'266$ und $n=14'001$ und in den Modellreihen MX.2 zwischen $n=5'840$ und $n=6'066$. Bei den Schätzungen mit Daten von 1997 liegen die Stichprobengrössen zwischen $n=1'823$ und $n=9'951$ (MX.1) sowie $n=1'098$ und $n=4'726$ (MX.2). Der im Vergleich zur SGB 2007 deutlich geringere Stichprobenumfang am unteren Ende der Stichprobengrössen ist dem Umstand geschuldet, dass Kohärenzgefühl in der SGB 1997 lediglich für die Altersgruppe der 18-24-Jährigen flächendeckend erfasst wurde. Sämtliche Schätzungen wurden mit ungewichteten Daten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% durchgeführt.

Bevor auf die Resultate im Einzelnen eingegangen wird, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Regressionsanalysen insgesamt die Resultate der bivariaten Analyse aus Kapitel 5.2 bestätigen: Über alle abhängigen Variablen und beide untersuchten Zeitpunkte betrachtet, weisen in einer Mehrzahl der Schätzungen die folgenden erklärenden Faktoren substantielle Effekt auf:

- Physische Gesundheit
- Soziale Unterstützung (insbesondere Einsamkeit)
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (wegen psychischer Probleme)
- Arbeitssituation

Weitere Variablen erweisen sich zwar als signifikant, weisen aber im Allgemeinen eher schwache Effekte auf.

5.3.1 Psychische Belastung in der SGB 2007

Als wichtigste Einflussfaktoren für das Ausmass an psychischer Belastung zeigen sich in beiden Modellen (Tab. 5.4, Modelle M1.1 und M1.2) starke körperliche Beschwerden, das Vorhandensein einer Major Depression, Einsamkeitsgefühle und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in Form einer Behandlung wegen psychischer Probleme. Starke Einschränkungen aufgrund von gesundheitlichen Problemen beeinflussen das Ausmass an psychischer Belastung ebenfalls substantiell. Dass sich dieser Indikator lediglich in Modell M1.1 als signifikanter Prädiktor erweist, dürfte dem Umstand geschuldet sein, dass in M1.2 ausschliesslich erwerbstätige Personen untersucht werden und sich Erwerbstätigkeit und starke Einschränkungen oft ausschliessen. In der Modellschätzung M1.2 erweist sich zusätzlich die Arbeitssituation als wichtiger Faktor. Menschen mit einer geringen Arbeitszufriedenheit und sehr starker Angst vor Arbeitsplatzverlust weisen eine deutlich höhere psychische Belastung auf. Mit einer erklärten Varianz von 39% bzw. 34% fällt der Erklärungsgehalt der beiden Modelle für psychische Belastung moderat aus.

Zur Illustration der Wirkungszusammenhänge schätzen wir nachfolgend anhand eines Beispiels die psychische Belastung von zwei hypothetischen Personen. Als Schätzgrundlage wird Modell M1.2 verwendet. In die Schätzung fliessen einerseits lediglich Variablen mit signifikanten Effektstärken ein, andererseits halten wir Variablen wie Alter, Geschlecht, Einkommen, Wohnsituation, Zivilstand und Bildung konstant, um zwischen soziodemografischen und sozioökonomischen Zwillingen einen Vergleich ziehen zu können¹⁴. Konkret vergleichen wir zwei ledige Männer von 40 Jahren, die über einen Bildungsabschluss der Sekundarstufe II verfügen, ein Gehalt im 2. Einkommensquintil beziehen und allein in einer Zweizimmerwohnung leben. Variiert werden die Risikofaktoren, d.h. jene bereits oben aufgeführten Einflussfaktoren, die sich besonders stark auf das Ausmass psychischer Belastungen auswirken. Im einen Fall werden diese Faktoren minimiert (Positivfall), im anderen maximiert (Negativfall). Mit anderen Worten: Der Positivfall verfügt über gering, der Negativfall über stark ausgeprägte Risikofaktoren.

Der Negativfall hat dementsprechend starke körperliche Beschwerden sowie ein chronisches Gesundheitsproblem und hat ein geringes körperliches Aktivitätsniveau; er weist eine Major Depression auf, ist wegen psychischer Probleme in Behandlung, verfügt über ein schlechtes soziales Netz und fühlt sich einsam. Seine Arbeitszufriedenheit ist sehr gering und er hat starke Angst vor dem Verlust des aktuellen Arbeitsplatzes. Die Schätzung für den Negativfall liegt im Gesamtergebnis mit 27.8 Punkten deutlich unter der Schwelle, deren Unterschreiten eine hohe psychische Belastung anzeigt (≤ 52), während der Positivfall mit 78 Punkten über der Grenze (73 Punkte) liegt, ab der eine Zuteilung zur Kategorie «niedrige psychische Belastung» erfolgt.

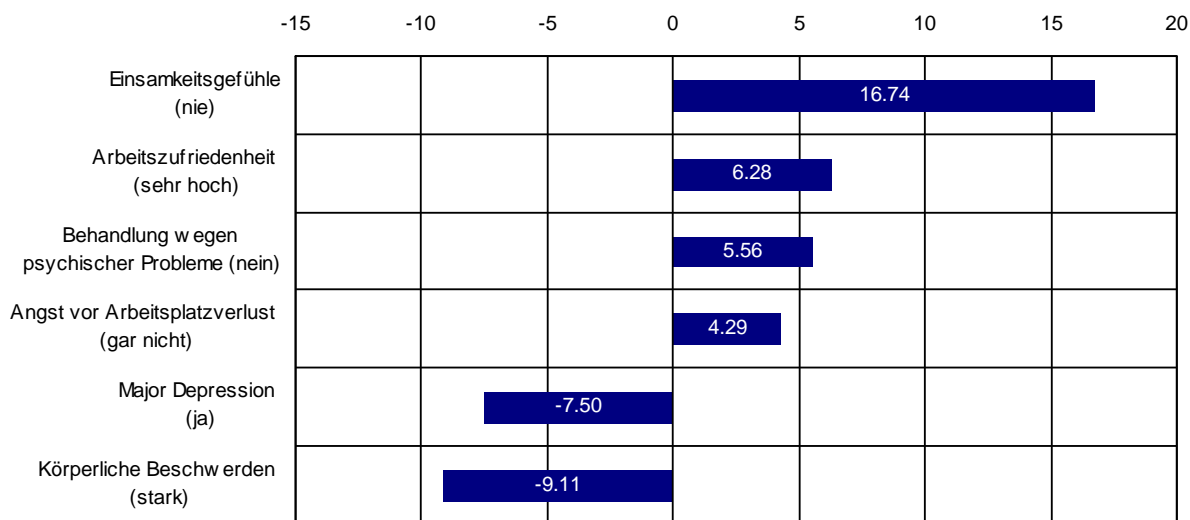
¹⁴ Die Mehrzahl der sozioökonomischen und soziodemografischen Variablen sind statistisch nicht signifikant. Lediglich Alter und Geschlecht weisen signifikante Effekte auf, wobei deren Stärke sehr gering ist. Beim Geschlecht etwa beträgt der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf der MHI-5-Skala für psychische Belastung nur 0.7 Punkte.

Tab. 5.3 Prognose psychischer Belastung für zwei ledige Männer von 40 Jahren

Indikator	Positivfall		Negativfall	
	Ausprägung	Wert ¹⁾	Ausprägung	Wert ¹⁾
Varierte Risikofaktoren				
Major Depression	nein	0	ja	-7.50
Körperliche Beschwerden	keine	0	starke	-9.11
Anzahl vertraute Personen	mehrere	0	keine	-2.68
Vermisst vertraute Person	nein	2.08	ja	0
Einsamkeitsgefühle	manchmal (3)	16.74	sehr häufig (1)	5.58
Behandlung wegen psych. Problemen	nein	5.56	ja	0
Körperliches Aktivitätsniveau	regelmässig	1.26	inaktiv	0
Chronisches Gesundheitsproblem	nein	1.39	ja	0
Arbeitszufriedenheit	sehr hoch	6.28	sehr gering	0
Angst vor Arbeitsverlust	gar nicht	4.29	ja, ziemlich	2.64
Anzahl Arztbesuche	2	0.02	12	0.12
Einschränkungen	keine	-0.04	etwas	-0.07
Anz. potent. Helfer	mehrere	0	keine	-1.61
Subtotal		37.58		-12.63
Konstante Faktoren				
Geschlecht	Mann	0	Mann	0
Alter	40	2.00	40	2.00
Anzahl Erwachsene	1	-0.12	1	-0.12
Anzahl Zimmer	2	-0.10	2	-0.10
Einkommen	2. Quintil	0.21	2. Quintil	0.21
Zivilstand	ledig	0	ledig	0
Bildung	Sek. II	0.36	Sek. II	0.36
Subtotal^{*)}		39.93		39.93
Gesamttotal		78.01		27.8

* inklusive Regressionskonstante von 38.08 ; 1) Wert = bX (Modell M1.2, Tab. 5.4)

Das Beispiel illustriert, dass von der Höhe der unstandardisierten Regressionskoeffizienten nicht direkt auf die relative Bedeutung des entsprechenden Prädiktors geschlossen werden kann, sondern dass diese sowohl von der Skalierung wie auch der empirisch gegebenen Variation der Variablen abhängt. Ein Wert von 0.05 auf der Altersskala ist anders zu bewerten als ein Wert von 0.37 beim Geschlecht: Während das Geschlecht nur um den Wert 1 variieren kann (männlich=0; weiblich=1) und somit die Differenz beim Prognosewert 0.37 Punkte beträgt, sind beim Alter grössere Differenzen möglich: So beträgt diese bei einem Altersunterschied von 20 Jahren bereits genau einen Punkt auf der MHI-5-Skala für psychische Belastungen. Die grösstmöglichen Differenzen weisen in Modell M1.2 folgende Variablen auf, wobei Werte grösser Null auf eine geringere und solche kleiner Null auf eine höhere psychische Belastung verweisen (Abb. 5.1).

Abb. 5.1 Differenz zwischen minimalen und maximalen Ausprägungen auf zentralen Risikofaktoren für psychische Belastung, SGB 2007

5.3.2 Kontrollüberzeugung in der SGB 2007

Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Ausprägung der Kontrollüberzeugung (Tab. 5.4, M2.1 und M2.2) sind ähnlich gelagert wie bereits bei der psychischen Belastung. Als substantielle Faktoren erweisen sich Einsamkeitsgefühle, starke körperliche Beschwerden, das Vorhandensein einer Major Depression und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in Form einer Behandlung wegen psychischer Probleme. In Modell M2.2 erweist sich zusätzlich die Arbeitssituation als gewichtiger Prädiktor. Grössere Arbeitszufriedenheit und keine Angst vor Arbeitsplatzverlust gehen einher mit einer höheren Kontrollüberzeugung. Mit 22% und 27% erklärter Varianz liegt, wie zuvor, lediglich ein moderater Erklärungsgehalt vor. Allerdings darf dies keineswegs überbewertet werden, da der primäre Fokus hier nicht auf der Ausarbeitung möglichst konziser Erklärungsmodelle liegt.

Von der relativen Bedeutung her erweisen sich die Indikatoren sozialer Unterstützung mit Abstand als die wichtigsten Prädiktoren. Wer sich nie einsam fühlt (+3.4) und auch keine Vertrauensperson vermisst, mit der man über persönliche Dinge sprechen kann (+0.52), erzielt bereits 9.61 Punkte¹⁵ auf dem zwischen 4 und 16 variierenden Kontrollüberzeugungsindex (Modell M2.1). Während in Modell 2.1 der zweitwichtigste Prädiktor die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ist (+1.24 beim Fehlen derselben), liegt im Modell M2.2 die Arbeitssituation auf dem zweiten Rang (+2.13 für hohe Arbeitszufriedenheit und +0.81 für keine Angst vor Arbeitsplatzverlust).

Insgesamt erweisen sich die soziodemografischen und sozioökonomischen Indikatoren entweder als statistisch nicht signifikant oder ihre Effektstärke ist sehr gering ausgeprägt. So etwa erweisen sich die Einkommenseffekte des 4. und 5. Quintils im Vergleich zum 1. Quintil zwar als statistisch signifikant, ihre Effektstärke ist aber mit einem Zuwachs von gerade einmal 0.20 Punkten auf dem Kontrollüberzeugungsindex äusserst schwach (Modell M2.1).

5.3.3 Kohärenzgefühl in der SGB 2007

Über beide Modellschätzungen (Tab. 5.4, M3.1 und M3.2) betrachtet gehen substantielle Effekte insbesondere von Variablen der sozialen Unterstützung (Einsamkeitsgefühle, Vermissten von Vertrau-

¹⁵ Addierte Werte für die Indikatoren sozialer Unterstützung zuzüglich der Konstante.

enspersonen) aus. Ebenfalls bedeutsam sind das Vorhandensein starker körperlicher Beschwerden, das Vorhandensein einer Major Depression und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in Form einer Behandlung wegen psychischer Probleme. Erstmals erweist sich auch eine soziodemografische Variable, nämlich das Alter, als wichtiger Prädiktor. Auf der zwischen 3 und 21 streuenden Skala für Kohärenzgefühl (SOC-3) erzielt eine Person von 60 Jahren (+2.4) bereits 10 Punkte, eine Person von 20 Jahren (+0.8) jedoch lediglich 7.4 Punkte¹⁶. Hier zeigt sich somit ein analoger Befund wie bereits bei der Analyse der Skalen in Kapitel 4. In Modell M3.2 kommt schliesslich der bereits bekannte, starke Effekt der Arbeitssituation hinzu. Die Arbeitssituation ist denn auch relativ betrachtet der gewichtigste Einflussfaktor (+3.35 für hohe Arbeitszufriedenheit und +1.26 für keine Angst vor Arbeitsplatzverlust), gefolgt von sozialer Unterstützung (+3.76 für das Fehlen von Einsamkeitsgefühlen, +0.61 für Vertrauensperson) und Alter. Für das Schätzmodell M3.1 ergibt sich eine ähnliche Rangfolge. Die ersten drei Plätze gehen an: soziale Unterstützung, Alter und starke körperliche Beschwerden. Die Effekte soziodemografischer und sozioökonomischer Variablen, mit Ausnahme von Alter, folgen den gleichen Mustern, die schon zuvor bei der Analyse von psychischer Belastung und Kontrollüberzeugung aufgetreten sind: die Prädiktoren sind entweder statistisch nicht signifikant oder aber sie weisen keine substantiellen Effektstärken auf. Die erklärte Varianz beider Modelle ist mit 24% (M3.1) und 32% (M3.2) wiederum moderat.

5.3.4 Subjektive Gesundheit in der SGB 2007

Die Resultate der Schätzung für die subjektive Gesundheit (Tab. 5.4, M4.1 und M4.2) unterscheiden sich deutlich von den vorangegangenen. Dies mag nicht weiter erstaunen, da hier zum ersten Mal ein Konzept auftaucht, das sich nicht unmittelbar auf Elemente der psychischen Befindlichkeit bezieht. Als einflussreiche Prädiktoren treten jetzt insbesondere physische Faktoren in den Vordergrund: das Vorhandensein eines langwierigen gesundheitlichen Problems, die starke Einschränkung von Tätigkeiten sowie starke körperliche Beschwerden. Mit Blick auf die relative Wichtigkeit der Prädiktoren dominieren Faktoren der Chronifizierung und Behinderung in beiden Modellen. Wer weder ein langwieriges gesundheitliches Problem (-0.28) noch körperliche Einschränkungen (-0.58) hat, schätzt seine subjektive Gesundheit auf der von 1 bis 5 reichenden Skala deutlich tiefer ein, wobei tiefere Werte hier für eine bessere subjektive Gesundheit stehen (Modell M4.1). Das Vorhandensein von starken körperlichen Beschwerden verschlechtert die Einschätzung der subjektiven Gesundheit um 0.25 Punkte.

Während in den Modellschätzungen für die subjektive Gesundheit also primär Chronifizierung und Behinderung sowie körperliche Beschwerden zentral sind, spielen die zuvor so wichtigen Faktoren wie soziale Unterstützung und Arbeitssituation keine substantielle Rolle mehr. Ebenso wenig vermögen soziodemografische oder sozioökonomische Variablen einen entscheidenden Erklärungsbeitrag zu liefern. Die Modellanpassung bewegt sich in einem ähnlichen Bereich wie zuvor: Das Modell exklusive der Arbeitssituation (M4.1) erklärt 33% der Varianz, jenes inklusive der Indikatoren für die Arbeitssituation erklärt 19%. Das verhältnismässig schlechtere Abschneiden von Modell M4.2 dürfte daran liegen, dass subjektive Gesundheit und Erwerbsstatus erheblich kovariieren, d.h. Personen, welche über eine schlechte Gesundheit verfügen oft nicht (mehr) erwerbstätig sind.

5.3.5 Vergleich mit der SGB 1997

Da für die Regressionsanalysen für das Jahr 1997 nicht das gleiche Set unabhängiger Variablen herangezogen werden konnte (Fehlen von Indikatoren für Depression oder für die Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens; Einsatz von Proxy-Indikatoren) sind die Resultate nicht direkt vergleichbar. Die durchgehend tieferen Anteile bei der Varianzaufklärung in den einzelnen Modellen dürf-

¹⁶ Alter multipliziert mit unstandardisiertem Regressionskoeffizienten zuzüglich der Konstante.

te denn wesentlich auf das Fehlen bedeutsamer Erklärungsfaktor zurückzuführen sein (Tab. A.44 und Tab. A.45 im Anhang).

Trotzdem zeigt der Vergleich bei den in beiden Wellen erhobenen Messwerten psychischer Befindlichkeit (Kontrollüberzeugungen, SOC-3), dass prinzipiell dieselben Konstrukte relevant sind, nämlich körperliche Beschwerden, Einsamkeitsgefühle, die Behandlung wegen psychischer Probleme sowie Arbeitszufriedenheit und die Angst vor Arbeitsplatzverlust. Trotz der unterschiedlichen Modellierung (und auch der sehr unterschiedlichen Fallzahlen) liegen auch die Schätzer für die Regressionsgleichung in einem ähnlichen Rahmen wie für die SGB 2007. Abweichungen lassen sich zudem durch die unterschiedliche Modellierung erklären: So ist es zum Beispiel einsichtig, dass der Effekt der Variable «Behandlung wegen psychischer Probleme» 1997 höher ausfällt, da die Major Depression, die einen Zusammenhang zu erstgenannter Variable aufweist ($\Phi=-0.29$, SGB 2007), nicht mehr im Modell berücksichtigt werden konnte.

Die Regressionsanalyse zur subjektiven Gesundheit liefert mit der SGB 2007 vergleichbare Resultate: Auch auf der Grundlage von Daten von 1997 weisen insbesondere körperliche Beschwerden und langwierige gesundheitliche Probleme einen starken und substantiellen Zusammenhang auf.

Die Analysen mit den nur 1997 erhobenen Messinstrumenten psychischer Befindlichkeit fördern keine grundlegend neuen Erkenntnisse zutage. Für die Skalen «Psychische Ausgeglichenheit» und «Psychisches Wohlbefinden» können dieselben Zusammenhangsstrukturen diagnostiziert werden wie bei den vergleichbaren Skalen 2007 (z.B. psychische Belastung). Auffällig ist, dass das Konstrukt Arbeit bei der Skala «Psychische Ausgeglichenheit» nur einen sehr geringen Einfluss aufweist.

Vergleicht man 1997 die Resultate der Regressionsmodelle für die beiden Versionen des SOC-Index, so zeigt sich, dass auch hier keine grundlegenden Unterschiede festzustellen sind.

Schliesslich zeigt sich bei der Schätzung des Coping-Modells (M6.1, M6.2), dass die Prädiktoren nur über sehr wenig Erklärungskraft verfügen und keine wirklich substantiellen Effekte diagnostiziert werden können.

Tab. 5.4 Regressionen SGB 2007

	Psychische Belastung*1				Kontrollüberzeugung*2				Kohärenzgefühl (3)*3				Subjektive Gesundheit**4			
	M1.1		M1.2		M2.1		M2.2		M3.1		M3.2		M4.1		M4.2	
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p
Gesundheitszustand																
Körperliche Beschwerden (Basis=keine)																
<i>einige Beschwerden</i>	-3.67	0.000	-3.36	0.000	-0.52	0.000	-0.47	0.000	-0.53	0.000	-0.37	0.000	0.08	0.000	0.08	0.000
<i>starke Beschwerden</i>	-9.73	0.000	-9.11	0.000	-1.14	0.000	-0.92	0.000	-1.27	0.000	-0.96	0.000	0.25	0.000	0.21	0.000
Major Depression (Basis=nein)	-8.00	0.000	-7.50	0.000	-1.05	0.000	-0.82	0.000	-1.12	0.000	-0.56	0.000	0.04	0.107	0.03	0.334
Geschlecht (Basis=männlich)	0.71	0.000	0.37	0.185	0.16	0.001	0.04	0.476	0.37	0.000	0.14	0.040	-0.06	0.000	-0.04	0.005
Alter	0.10	0.000	0.05	0.001	0.01	0.000	0.00	0.208	0.04	0.000	0.04	0.000	0.00	0.000	0.00	0.000
Zivilstand (Basis=ledig)																
verheiratet	-0.18	0.546	0.02	0.960	-0.10	0.130	-0.02	0.843	0.18	0.030	0.20	0.040	0.03	0.074	0.02	0.251
verwitwet	1.59	0.000	0.75	0.477	0.53	0.000	0.13	0.544	0.48	0.000	0.28	0.279	-0.03	0.223	0.02	0.622
geschieden	0.44	0.250	0.67	0.199	-0.10	0.259	0.12	0.238	0.13	0.222	0.26	0.038	-0.01	0.434	-0.04	0.134
getrennt	-1.45	0.044	-0.39	0.694	-0.37	0.034	-0.19	0.317	-0.67	0.002	-0.47	0.051	-0.03	0.421	-0.02	0.617
eingetragene Partnerschaft	4.70	0.202	8.25	0.074	1.34	0.106	1.99	0.026	1.98	0.057	2.31	0.041	0.11	0.536	0.08	0.734
aufgelöste eingetragene Partnerschaft	2.70	0.730	-0.47	0.963	1.62	0.458	1.34	0.501	2.24	0.414	1.82	0.467	-0.48	0.132	0.34	0.493
Bildung (Basis=obligatorische Schule)																
Sekundarstufe II	0.39	0.245	0.36	0.613	0.02	0.833	-0.04	0.807	0.18	0.082	-0.07	0.677	-0.08	0.000	-0.07	0.035
Tertiärstufe	-0.05	0.886	-0.04	0.953	0.08	0.401	-0.10	0.511	0.36	0.001	0.01	0.976	-0.11	0.000	-0.08	0.026
Einkommen (Basis=1. Quintil)																
2. Quintil	-0.10	0.757	0.21	0.660	-0.05	0.538	0.05	0.632	-0.07	0.410	0.23	0.053	-0.02	0.142	-0.05	0.049
3. Quintil	0.16	0.606	-0.36	0.469	0.11	0.139	0.22	0.026	-0.05	0.608	0.21	0.085	-0.07	0.000	-0.06	0.020
4. Quintil	0.81	0.017	0.09	0.871	0.20	0.012	0.30	0.004	-0.01	0.934	0.16	0.212	-0.09	0.000	-0.08	0.002
5. Quintil	0.65	0.070	0.07	0.893	0.21	0.014	0.34	0.002	0.03	0.749	0.21	0.123	-0.12	0.000	-0.10	0.000
Wohnsituation																
Anzahl Zimmer	0.15	0.043	-0.05	0.626	0.05	0.003	0.01	0.545	0.07	0.002	-0.01	0.617	-0.01	0.000	0.00	0.506
Anzahl Erwachsene	-0.09	0.541	-0.12	0.527	0.00	0.898	0.04	0.258	-0.09	0.028	-0.08	0.091	0.01	0.327	0.00	0.686
Anzahl Kinder	-0.20	0.257	-0.40	0.079	-0.01	0.842	-0.04	0.389	0.08	0.100	0.13	0.025	-0.02	0.024	-0.02	0.147
Soziale Unterstützung																
Anzahl vertrauter Personen (Basis=mehrere)																
<i>eine Person</i>	-0.53	0.021	-0.42	0.206	-0.12	0.024	-0.06	0.371	-0.17	0.008	-0.13	0.110	0.03	0.002	0.04	0.017
<i>keine Person</i>	-2.10	0.000	-2.68	0.000	-0.45	0.000	-0.22	0.143	-0.57	0.000	-0.28	0.141	0.04	0.055	0.06	0.110
Vermisst vertraute Person (Basis=ja)	2.22	0.000	2.08	0.000	0.52	0.000	0.42	0.000	0.70	0.000	0.61	0.000	0.01	0.415	0.02	0.301
Anzahl potentieller Helfer in Familie (Basis=mehrere)																

	Psychische Belastung*1						Kontrollüberzeugung*2						Kohärenzgefühl (3)*3						Subjektive Gesundheit*4					
	M1.1		M1.2		M2.1		M2.2		M3.1		M3.2		M4.1		M4.2									
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p								
<i>eine Person</i>	-1.03	0.001	-0.92	0.059	-0.21	0.006	-0.04	0.703	-0.14	0.114	0.04	0.712	0.04	0.023	0.00	0.934								
<i>keine Person</i>	-2.46	0.000	-1.61	0.012	-0.15	0.112	-0.05	0.704	-0.60	0.000	-0.70	0.000	0.04	0.025	0.05	0.112								
Einsamkeitsgefühle	6.74	0.000	5.58	0.000	0.85	0.000	0.79	0.000	1.01	0.000	0.94	0.000	-0.07	0.000	-0.04	0.007								
Inanspruchnahme med. Leistungen																								
Anzahl Arztbesuche (12 Monate)	-0.03	0.032	0.01	0.677	-0.01	0.078	-0.01	0.266	0.00	0.275	0.00	0.546	0.01	0.000	0.01	0.000								
Behandlung psych. Probleme (12 Monate, Basis=ja)	6.79	0.000	5.56	0.000	1.24	0.000	0.98	0.000	1.18	0.000	0.90	0.000	-0.10	0.000	-0.05	0.106								
Körperliches Aktivitätsniveau (Basis=inaktiv)																								
teillaktiv	0.36	0.256	0.43	0.386	0.11	0.140	-0.10	0.327	0.05	0.601	-0.18	0.146	-0.03	0.051	0.00	0.855								
unregelmässig aktiv	1.76	0.000	1.63	0.001	0.22	0.003	0.03	0.746	0.16	0.077	-0.06	0.597	-0.07	0.000	-0.02	0.481								
regelmässig aktiv	1.84	0.000	1.26	0.036	0.09	0.323	-0.18	0.131	0.22	0.046	0.09	0.545	-0.05	0.005	0.01	0.717								
trainiert	1.94	0.000	1.61	0.001	0.31	0.000	0.06	0.521	0.23	0.007	-0.04	0.744	-0.13	0.000	-0.07	0.001								
Chronifizierung und Behinderung																								
langwieriges gesundheitliches Problem (Basis=ja)	0.81	0.000	1.39	0.000	0.15	0.004	0.24	0.000	0.13	0.040	0.18	0.031	-0.28	0.000	-0.24	0.000								
Einschränkung Tätigkeiten (6 Monate, Basis=stark)	2.36	0.000	-0.07	0.930	0.30	0.006	-0.09	0.593	0.48	0.000	0.13	0.507	-0.37	0.000	-0.07	0.073								
etwas eingeschränkt	2.85	0.000	-0.04	0.956	0.34	0.001	-0.08	0.587	0.60	0.000	0.25	0.186	-0.58	0.000	-0.21	0.000								
nicht eingeschränkt																								
Arbeitsituation																								
Arbeitszufriedenheit (Basis=sehr gering)																								
geringe			1.77	0.176			0.57	0.026			0.64	0.049			-0.02	0.737								
mittlere			2.86	0.021			1.07	0.000			1.49	0.000			0.00	0.989								
hohe			5.38	0.000			1.61	0.000			2.46	0.000			-0.02	0.720								
sehr hohe			6.28	0.000			2.13	0.000			3.35	0.000			-0.06	0.325								
Angst vor Arbeitsplatzverlust (Basis=ja, sehr stark)																								
ja, ziemlich			2.64	0.003			0.07	0.693			-0.02	0.934			-0.08	0.065								
nein, eher nicht			3.95	0.000			0.53	0.002			0.76	0.000			-0.08	0.057								
nein, gar nicht			4.29	0.000			0.81	0.000			1.26	0.000			-0.09	0.022								
Konstante	34.94	0.000	38.08	0.000	5.69	0.000	5.42	0.000	6.60	0.000	5.25	0.000	3.34	0.000	2.73	0.000								
R	0.62		0.58		0.47		0.52		0.49		0.57		0.57		0.44									
R ²	0.39		0.34		0.22		0.27		0.24		0.32		0.33		0.19									
Freiheitsgrade	13 850		6 042		10 266		5 840		10 746		5 939		14 001		6 066									

*1 hohe MHI-5-Werte = geringe Belastung; *2 hohe Werte = hohe Kontrollüberzeugung; *3 hohe Werte = hohes Kohärenzgefühl; *4 hohe Werte=schlechter subjektiver Gesundheitszustand; Alle Variablen werden in der rekodierten Version verwendet, d.h. Proxy und "Weiss nicht" werden in der Analyse als "missing" behandelt.

5.4 Fazit

Auf der Grundlage der bivariaten und multivariaten Analysen lässt sich folgendes Fazit ziehen:

1. Die Indikatoren psychischer Befindlichkeit weisen im Allgemeinen mit nachfolgenden Indikatoren substantielle Beziehungen auf:
 - soziale Unterstützung (Einsamkeitsgefühle, Fehlen einer Vertrauensperson),
 - Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung,
 - Vorhandensein einer Major Depression, Arbeitssituation (Arbeitszufriedenheit, Angst vor Arbeitsplatzverlust) und
 - starke körperliche Beschwerden.
2. Mit Blick auf die relative Wichtigkeit der Prädiktoren belegt die soziale Unterstützung, insbesondere Einsamkeitsgefühle, in allen multivariaten Modellen psychischer Befindlichkeit den Spitzenplatz. Als zweitwichtigste Determinante erweist sich in der Regel die Arbeitssituation. Im multivariaten Modell für die subjektive Gesundheit sind die stärksten Prädiktoren das Bestehen eines langwierigen gesundheitlichen Problems, körperliche Einschränkungen und das Vorhandensein von starken körperlichen Beschwerden.
3. Soziodemografische und sozioökonomische Variablen weisen nur sehr schwache oder gar keine Beziehungen zu den Indikatoren psychischer Befindlichkeit auf. Eine Ausnahme bildet das Alter, welches substantielle Korrelationen zum Kohärenzgefühl zeigt und im multivariaten Modell zweitwichtigster Prädiktor ist.
4. Während die untersuchten bivariaten Beziehungen im Allgemeinen schwach ausgeprägt sind, erzielen die multivariaten Modelle mit einer erklärten Varianz von 19% bis 39% einen moderaten Erklärungsgehalt.

6 Psychische Gesundheit-Krankheit in SGB und EUROHIS-Empfehlung

6.1 Entwicklung des Bereichs «Mental Health» im EUROHIS

Das EUROHIS-Projekt ist ein von der *Europäischen Kommission* und dem *WHO Regional Office for Europe* initiiertes Projekt zur Standardisierung und Harmonisierung von Gesundheitsbefragungen (*Health Interview Surveys*) im europäischen Raum. Erklärtes Ziel des Projekts war die Schaffung einer qualitativ hochstehenden, international vergleichbaren Datenbasis, die nicht zuletzt dazu dienen sollte, Gesundheitspolitiken und Gesundheitsstrategien innerhalb der Europäischen Union zu harmonisieren.

Über einen Zeitraum von sechs Jahren definierten und konzipierten Experten aus 33 europäischen Staaten Instrumente zur Erfassung unterschiedlicher Bereiche von Gesundheit und Krankheit und führten breit angelegte Feldtests in verschiedenen europäischen Ländern durch. Resultat der Expertenarbeit sind Empfehlungen für ein umfangreiches Set von Instrumenten, die acht relevante Gesundheitsfelder abdecken: Chronische physische Erkrankungen, psychische Gesundheit, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Medikamentenkonsum, Prävention und Lebensqualität (Nosikov & Gudex, 2003).

Ganz analog der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ist damit das Feld psychische Gesundheit nur ein Teilbereich innerhalb der Gesamtbefragung. Für dieses Feld hat ein Expertenteam vier Kernindikatoren vorgeschlagen. Diese sind: positive psychische Gesundheit, psychische Belastungen, Rolleneinschränkungen und soziale Unterstützung. Neben den Kernindikatoren wurde – für den Fall, dass die Prävalenz psychischer Störungen im Vordergrund steht und keine spezifischen nationalen Programme zur Erfassung psychischer Morbidität bestehen – je ein Instrument zur Erfassung von Depression und Angststörungen definiert. Bei der Wahl der Indikatoren waren einerseits die wissenschaftlichen Gütekriterien der Instrumente (Reliabilität und Validität) massgeblich, andererseits spielten aber auch Harmonisierungsüberlegungen und pragmatische Überlegungen eine gewichtige Rolle, wie die Autoren selbst einräumen (Meltzer, 2003).

Vom EUROHIS, das lediglich Empfehlungscharakter hat, abzugrenzen ist die konkrete Umsetzung im European Health Interview Survey (EHIS, vgl. z.B. Rasmussen, 2008), die mit Blick auf die gegenwärtig letzte Erhebung im Jahre 2008 (noch) nicht den EUROHIS-Vorschlägen entspricht. Für die folgenden Ausführungen wird das Augenmerk primär auf einen Vergleich von EUROHIS-Konzeption und Schweizerischer Gesundheitsbefragung gelegt.

6.2 Konzeption psychischer Gesundheit-Krankheit in SGB und EUROHIS

Wie bereits zuvor erwähnt, wurde die Auswahl der EUROHIS-Instrumente zur Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit stark durch pragmatische Aspekte geprägt. Dies gilt natürlich nicht nur für die EUROHIS, sondern generell für alle Befragungen mit einer Vielzahl von Themenkomplexen. So ist etwa die Anzahl Fragen, die den Befragten zugemutet werden können und durch Auftraggeber finanzierbar sind, beschränkt. Und schliesslich hängt die Wahl von Instrumenten entscheidend von der Art der praktischen Fragestellungen, ihrem Konkretisierungsgrad und ihrer Gewichtung ab.

Es mag daher kaum erstaunen, dass sich EUROHIS und SGB in der Wahl ihrer Instrumente auf den ersten Blick recht stark unterscheiden (Tab. 6.1). Nachfolgend werden die einzelnen Bereiche separat diskutiert.

Tab. 6.1 Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit in EUROHIS und SGB

Bereich	Messinstrumente	
	EUROHIS	SGB
(Positive) Psychische Gesundheit		
<ul style="list-style-type: none"> Wohlbefinden 	Empfohlen aber nicht verfügbar (SF-36 VITALITY ITEMS)	SANPSY (1992-2002), OPTIMISM (1997, 2002)
Psychische Belastung, Krankheit		
<ul style="list-style-type: none"> Unspezifische Belastung 	SF-36/MHI 5	SF-36/MHI-5 (2007)
<ul style="list-style-type: none"> Depression 	CIDI-SF	CIDI/SF (2007), DSQ-10 (2002, 2007)
<ul style="list-style-type: none"> Generalisierte Angststörung 	CIDI-SF	–
Ressourcen		
<ul style="list-style-type: none"> Kohärenzgefühl 	–	SOC-13 (1997), SOC-3 (2007)
<ul style="list-style-type: none"> Kontrollüberzeugung 	–	MASTERY (1992-2007)
<ul style="list-style-type: none"> Optimismus 	–	OPTIMISM (1997, 2002)
<ul style="list-style-type: none"> Coping von Stress 	–	SCOPI (1997, 2002)
<ul style="list-style-type: none"> Soziale Unterstützung 	Oslo-Skala	TSOUN05, TSOUN18, TSOUN19
Folgen psychischer Belastung/Krankheit		
<ul style="list-style-type: none"> Einschränkungen im Alltagsleben 	SF-36/Role Limitation	TKRAN05, TKRAN06 (1997-2007)
<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit 	SF-36/Role Limitation	TZWBH01 (1992-2007)
<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 	SF-36/Role Limitation	TZWBH03 (1992-2007)
<ul style="list-style-type: none"> Einschränkungen bei IADL 	(erfasst im EHIS 2008)	TIADL01a-TIADL01h

IADL: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. selbständig Einkaufen; s.u. Kapitel 6.2.4); EHIS: European Health Interview Survey

6.2.1 Positive psychische Gesundheit

Als Indikator für positive psychische Gesundheit wurden von den EUROHIS-Experten zunächst die SF-36 Vitalitäts-Items definiert, zu einem späteren Zeitpunkt aber aus pragmatischen Gründen wieder von den Feldtests ausgeschlossen (Reduktion des Fragebogenumfangs). Damit steht im definierten und getesteten Indikatorenset der EUROHIS kein Instrument zur Erfassung positiver psychischer Gesundheit zur Verfügung. Auch in der SGB ist aber ab der Erhebungswelle 2007 kein Instrument mehr verfügbar, zuvor wurde die SANPSY-Skala verwendet (vgl. Kapitel 3).

Unter der Annahme, dass die EUROHIS die SF-36 Vitalitäts-Items verwenden würde, wären noch am ehesten die SANPSY-Items für einen Vergleich mit den Vitalitäts-Items geeignet (Tab. 6.2). Allerdings unterscheidet sich der Zeitraum, auf welchen sich die Fragen beziehen, deutlich (letzte 4 Wochen bei SF-36 Vitalitäts-Items; letzte Woche bei SANPSY), und es bestehen auch inhaltlich Unterschiede.

Tab. 6.2 Fragebatterien Vitalität und psychische Ausgeglichenheit

SF-36 / Vitalitäts-Items	SANPSY-Items
How much during the past 4 weeks... Did you feel full of life?	Wenn Sie an die letzte Woche denken, an wie vielen Tagen etwa sind Sie niedergeschlagen oder verstimmt gewesen?
How much during the past 4 weeks... Did you have lots of energy?	An wie vielen Tagen in der letzten Woche sind Sie ruhig, ausgeglichen und gelassen gewesen?
How much during the past 4 weeks... Did you feel worn out?	An wie vielen Tagen in der letzten Woche sind Sie angespannt, reizbar oder nervös gewesen?
How much during the past 4 weeks... Did you feel tired?	Und an wie vielen Tagen in der letzten Woche sind Sie voll Kraft, Energie und Optimismus gewesen?

Zu beachten ist, dass die SF-36 Vitalitäts-Items kaum in der Lage sind, positive psychische Gesundheit konzeptionell so abzudecken, wie es etwa in der WHOQOL-100 Subskala vorgesehen ist; dies bestätigen die Experten des EUROHIS-Projekts auch selbst (Meltzer, 2003).

6.2.2 Ressourcen

Der Bereich der Ressourcen psychischer Gesundheit ist in der SGB durch fünf Konstrukte abgebildet, wobei in der letzten Erhebungswelle (2007) noch drei vertreten sind: Kohärenzerleben, Kontrollüberzeugung und soziale Unterstützung (Optimismus und Coping wurden 2002 letztmals erfasst).

Soziale Unterstützung

In der EUROHIS ist im Bereich der Ressourcen dagegen lediglich soziale Unterstützung vertreten. Soziale Unterstützung wird in der SGB (1992-2007) u.a. über die drei Items TSOUN05, TSOUN18, TSOUN19 erfasst. Die Vergleichbarkeit mit der Oslo-Skala der EUROHIS ist jedoch sehr eingeschränkt. Noch am ehesten vergleichbar sind die Items, bei denen es um alltagspraktische Hilfestellungen, etwa durch Nachbarn, geht. Ansonsten ergeben sich deutliche Unterschiede bei der evozierten sozialen Situation und Beziehung. So wird mit: «(...) über wirklich ganz persönliche Dinge *reden*» gegenüber «auf Personen bei ernsthaften persönlichen Problemen *zählen*» nach einer deutlich geringeren Beziehungsqualität gefragt. Schliesslich beinhaltet die Oslo-Skala mit dem Item Anteilnahme/Interesse (concern) ein Element, das eher auf soziale Wertschätzung oder soziale Vernetzung als auf soziale Unterstützung verweist.

Von der Intention her wird die Oslo-Skala bei der EUROHIS zur Erfassung von «social functioning» verwendet und zwar vor dem Hintergrund, dass psychische Störungen das soziale Funktionieren einschränken. Bei der SGB bleibt offen, ob (beschränkte) soziale Unterstützung eher als ein Resultat von psychischen oder physischen Problemen oder gerade umgekehrt, als eine Ressource beim Umgang mit und der Bewältigung von solchen Problemlagen konzeptualisiert wurde. Denkbar ist selbstverständlich auch eine Verknüpfung beider Aspekte.

Tab. 6.3 Fragebatterien Soziale Unterstützung

Oslo-Skala	TSOUN05 / TSOUN18 / TSOUN19 (SGB 2007)
How many people are so close to you that you can count on them if you have serious personal problems?	Gibt es unter den Personen, wo Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?
How much concern do people show in what you are doing?	Vermissen Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?
How easy is it to get practical help from neighbors if you should need it?	Gibt es in Ihrer Familie, in Ihrer Nachbarschaft Personen, die Sie jederzeit um Unterstützung oder Hilfe bei alltäglichen Belangen anfragen können?

Falls der Fokus im Sinne eines Monitorings vermehrt auf soziales Funktionieren gerichtet werden soll, wäre der SFQ (Social Functioning Questionnaire) von Tyrer et al. (2005) eine prüfungswürdige Option. Das Instrument stellt mit 8 Items ein relativ kurzes, reliables und valides Instrument zur Erfassung des sozialen Funktionierens zur Verfügung. Gegenüber der Oslo-Skala berücksichtigt er insbesondere auch Aspekte der sozialen Isolation, welche bei der EUROHIS explizit weggelassen wurden. Gleichzeitig sind SFQ und Oslo-Skala aber nur beschränkt vergleichbar.

6.2.3 Psychische Belastung, Krankheit

Unspezifische Belastung

Sowohl EUROHIS wie auch die SGB 2007 erheben psychische Belastungen über das SF-36/MHI-5 Instrument, was vollumfängliche Vergleiche ermöglicht. Anders sieht es bei Vergleichen zwischen EUROHIS und den SGB-Wellen 1992, 1997 und 2002 aus. Vergleiche lassen sich hier allenfalls über SANPSY herstellen, da hier ähnliche Belastungen abgefragt werden¹⁷. Allerdings unterscheiden sich die MHI-5 und SANPSY Fragebatterien wiederum deutlich hinsichtlich des Zeitraums (4 Wochen versus 1 Woche), auf welchen sich die Fragen beziehen.

Tab. 6.4 Fragebatterien psychische Belastung und psychische Ausgeglichenheit: Zuordnung der Items von MHI-5 und SANPSY-Skala

SF-36 / MHI-5	SANPSY-Items
Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen sehr nervös gefühlt?	Wenn Sie an die letzte Woche denken, an wie vielen Tagen etwa sind Sie niedergeschlagen oder verstimmt gewesen?
Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen so niedergeschlagen oder verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat aufmuntern können?	An wie vielen Tagen in der letzten Woche sind Sie ruhig, ausgeglichen und gelassen gewesen?
Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt?	An wie vielen Tagen in der letzten Woche sind Sie angespannt, reizbar oder nervös gewesen?
Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen entmutigt und deprimiert gefühlt?	Und an wie vielen Tagen in der letzten Woche sind Sie voll Kraft, Energie und Optimismus gewesen?
Und wie oft sind Sie in den letzten vier Wochen glücklich gewesen?	–

Immerhin liessen sich aufgrund der durchgängigen Verfügbarkeit des SANPSY-Instruments in den SGB Befragungen 1992-2002 konsistente Vergleiche mit EUROHIS-Daten anstellen. Aufgrund des-

¹⁷ Die Konzipierung der SANPSY-Skala als Instrument zur Erfassung psychischen Wohlbefindens oder Ausgeglichenheit ist nicht wirklich überzeugend mit Blick auf die Itemformulierungen. Jedenfalls dann, wenn psychisches Wohlbefinden nicht einfach durch die Abwesenheit von Beschwerden definiert ist (vgl. Kapitel 3).

sen und der Übereinstimmung der Instrumente ab der SGB 2007 kann die Vergleichbarkeit, auch über die Zeit, als recht gut betrachtet werden.

Depression

Sowohl EUROHIS wie auch die SGB 2007 erfassen Major Depression über das CIDI-SF Instrument. Die Vergleichbarkeit ab der SGB-Welle 2007 ist somit prinzipiell gewährleistet. Vergleiche mit der SGB 2002 sind, aufgrund der Verwendung des DSQ-10, nur mit Einschränkungen möglich. Eine ausführliche Diskussion problematischer Punkte des DSQ-10 findet sich in Kapitel 4. In den Erhebungswellen vor 2002 wurde Depression in der SGB nicht erfasst.

An dieser Stelle muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass das CIDI-SF für Depression nicht zum Kernbestand des EUROHIS-Fragebogens gehört, sondern vielmehr eine Option ist, wenn die Prävalenz psychischer Störungen im Vordergrund steht und keine spezifischen nationalen Programme zur Erfassung psychischer Morbidität bestehen¹⁸. Dies mag daran liegen, dass der CIDI-SF, auch wenn es sich um eine Kurzform des Fragebogens handelt, ausserordentlich viele Frageitems umfasst und die Frageführung (Filter) alles andere als trivial ist. Befragte wie auch die Fragebogenökonomie könnten so sehr rasch an Grenzen stossen. Es stellt sich daher die grundsätzliche Frage, ob nicht ein deutlich kürzeres Instrument als das CIDI-SF zum Einsatz kommen soll, das gleichzeitig über eine bessere Testgüte als der DSQ-10 und eine hohe Verbreitung im internationalen Kontext verfügt. Eine mögliche Option, die auch im Rahmen der Expertenbefragung genannt wurde, ist der *Brief Patient Health Questionnaire* PHQ-9, der über eine hohe Testgüte verfügt (Martin, Reif, Klaiberg, & Braehler, 2006) und lediglich 9 Fragen zu Depression beinhaltet.

Angststörungen

Während Angststörungen nach EUROHIS-Empfehlung potentiell mittels CIDI-SF erhoben werden, sind Angststörungen im Rahmen der SGB bislang noch nie erfasst worden; Vergleiche zwischen EUROHIS und SGB sind nicht möglich. Angststörungen sind aber, analog der Depression, nicht Teil der Kernindikatoren. Damit entstehen die gleichen Unsicherheiten wie bereits bei der Depression. Ebenso ist der Frageumfang ausserordentlich hoch; auf die damit verknüpften Probleme wurden bereits weiter oben hingewiesen.

6.2.4 Folgen psychischer Krankheit: Einschränkungen, Behinderung

Psychische Krankheiten können sich zu chronischen Leiden entwickeln mit erheblichen Einschränkungen im Alltagsleben und weiteren Behinderungsfolgen. Diese Folgen werden von der EUROHIS mit dem Konzept der «Role Limitations» berücksichtigt, dem drei Fragen zu Einschränkungen des Funktionierens im Alltagsleben zugeordnet werden (s.u. Tab. 6.5). Die von EUROHIS vorgeschlagene Erfassung von Rolleneinschränkungen ist mit der Messung in der Schweizer Gesundheitsbefragung nur bedingt vergleichbar. Die SGB 2007 erfasst diesen Bereich zwar durch mehrere Fragen, die sich jedoch auf unterschiedliche Zeitspannen beziehen, weshalb die Vergleichbarkeit mit dem EUROHIS-Vorschlag nur bedingt gegeben ist:

- 1) zum Einen wird nach Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens durch ein gesundheitliches Problem in den letzten 6 Monaten gefragt (TKRAN05);

¹⁸ Was dies in der Umfragepraxis genau bedeutet, ist momentan noch unklar. D.h. es bleibt offen, ob und wie viele Länder im Rahmen ihrer Gesundheitsbefragungen Major Depression mittels CIDI-SF erfassen (werden) und welche auf andere Datenbestände zurückgreifen. Ebenso offen bleibt, was Letzteres für die Vergleichbarkeit der Daten bedeutet (untersuchte Population, erfasste Kovariaten usw.).

2) zum Anderen werden auch Einschränkungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in den letzten 4 Wochen erfasst (TZWBH01, TSZWBH03).

Tab. 6.5 Fragebatterien Rolleneinschränkungen und gesundheitliche Probleme

EUROHIS: SF-36 / Rolleneinschränkungen	SGB 2007: Items in den Bereichen «(chronische) Krankheit», «Behinderung»
<p>During the past <u>4 weeks</u>, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cut down on the amount of time you spent on work or other activities? • Accomplished less than you would like? • Didn't do work or other activities as carefully as usual? 	<ul style="list-style-type: none"> • *Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem? (TKRAN04) • *Wie sehr sind Sie zumindest während der letzten <u>6 Monate</u> durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen? (TKRAN05) • Ist das Ihrer Meinung nach <i>körperlich oder psychisch bedingt</i>? (TKRAN06) • Während wievielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den <u>letzten 4 Wochen</u> nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können? (TZWBH01) • Und wie viele Tage haben Sie nicht zur Arbeit gehen können oder sind Sie nicht arbeitsfähig gewesen (z.B. im Haushalt) während den <u>letzten 4 Wochen</u>? (TZWBH03)

* Items aus dem Minimum European Health Module (MEHM)

Insgesamt aber wird der Bereich der (krankheitsbedingten) Einschränkungen und Behinderungen in der SGB relativ breit erfasst (vgl. u.a. Rüesch, 2006). Dabei orientiert sich die SGB am «European Health Interview Survey (EHIS)» (Rasmussen, 2008) sowie am «Minimum European Health Module (MEHM)» (Cox, Oyen, Cambois, Jagger, & Le Roy, 2009). Unter den dafür relevanten SGB-Items zu erwähnen sind einerseits die drei MEHM-Items¹⁹ und andererseits im weiteren Sinne auch die Beeinträchtigungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)²⁰.

Somit ist eine Vergleichbarkeit von SGB und EHIS im Bereich der Einschränkungen und Behinderungen gegeben. Für eine adäquate Bewertung der Behinderungsfolgen psychischer Krankheiten sollten u.E. sämtliche der erwähnten Items in Betracht gezogen werden.

6.2.5 Weitere Instrumente der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Die in der SGB verwendeten Indikatoren zu Erfassung psychischer Gesundheit-Krankheit gehen von ihrer Intention her deutlich über das sehr schlanke Indikatorenset des EUROHIS hinaus. Dies ist insbesondere im Bereich positive psychische Gesundheit der Fall, wo die SGB in ihrer Geschichte eine ganze Reihe von Indikatoren erfasst hat, die auf individuelle bzw. intra-psychische Ressourcen verweisen. Hierzu gehören die Kontrollüberzeugungen, Coping und Kohärenzgefühl. Ebenso wurde versucht, mit Konzepten wie dem psychischen Wohlbefinden, Elemente der psychischen Befindlichkeit einzufangen, die ganz im Sinne der WHO Präambel über die pure Absenz von Krankheit hinausge-

¹⁹ (1) Subj. Gesundheitszustand (TSUBG03), (2) chronische Krankheit (TKRAN05), (3) krankheitsbedingte Einschränkungen (TKRAN06).

²⁰ IADL-Items – selbständig: ... (1) Essen zubereiten, (2) telefonieren, (3) einkaufen, (4) Wäsche waschen, (5) leichte Hausarbeit erledigen, (6) gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, (7) um Finanzen kümmern, (8) die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen (TIADL01a-TIADL01h).

hen²¹. Dass in die EUROHIS keine Instrumente positiver psychischer Gesundheit berücksichtigt wurden, ist, so wurde bereits ausgeführt, primär pragmatischen Überlegungen der Fragebogenökonomie geschuldet. Dies ist bedauerlich, da damit wichtige intra-psychische Aspekte für den Umgang mit psychischen Belastungen, etwa Coping und Resilienz, unberücksichtigt bleiben müssen.

6.3 Empirischer Vergleich

Im Verlauf des EUROHIS-Projekts bestand ein massgeblicher Schritt in der internationalen Validierung der vorgeschlagenen Instrumente. Nicht zuletzt stand dabei die konzeptionelle Validierung auf dem Programm, wobei der Fokus hier auf die Beziehungen zwischen verschiedenen Gesundheitsdeterminanten und unterschiedlichen Gesundheitszuständen (Endpunkte) gelegt wurde. In einer mehrere europäische Länder (n=10) und geografische Regionen umfassenden Studie untersuchten Schmidt und Power (Schmidt & Power, 2006; Schmidt et al., 2002; Schmidt et al., 2005) bei 4'849 erwachsenen Personen die Effekte von verschiedenen Gesundheitsdeterminanten auf psychische Belastungen (MHI-5), den subjektiven Gesundheitszustand und die Lebensqualität (QoL).

Die von Schmidt und Power (2006) spezifizierten Regressionsmodelle wurden von uns soweit als möglich reproduziert und Schätzungen auf der Grundlage der SGB Daten 2007 vorgenommen (vgl. Kapitel 5, Tab. 5.4). Obwohl die Schätzungen der EUROHIS-Studie und unsere Schätzungen aufgrund der teilweise unterschiedlichen Prädiktoren und Messverfahren sowie Unterschieden in der Modellspezifikation nicht unmittelbar vergleichbar sind, lassen sich doch gewisse Rückschlüsse mit Blick auf wichtige Prädiktoren ziehen.

Analog zu Schmidt und Power (Tab. 6.6) finden wir signifikant höhere Werte für psychische Belastung (MHI-5) bei Männern, jüngeren Personen, Personen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen, Menschen mit wenig sozialer Unterstützung, Personen in psychotherapeutischer Behandlung, Depressiven und Personen mit geringem körperlichem Aktivitätsniveau. Im Unterschied zur EUROHIS-Studie lassen sich mit unseren Modellen keine signifikanten Einflüsse von Bildung nachweisen, während es sich beim Zivilstand gerade umgekehrt verhält. Trotz bestehender Unterschiede in der Modellspezifikation und der Wahl von Instrumenten stimmen die Effektrichtung und Signifikanz der Prädiktoren zwischen den Studien recht gut überein. Auch die Varianzaufklärung der Modelle ist vergleichbar. Die EUROHIS-Studie weist für die Gesamtstichprobe (über alle Länder gepoolte Daten) eine erklärte Varianz von 0.46 aus; in unserem Modell beträgt die erklärte Varianz der psychischen Belastung 0.39.

²¹ «A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease»

Tab. 6.6 Vergleich psychische Belastung Schmidt & Power EUROHIS und SGB 2007

Konstrukt	Effektrichtung	Signifikanz	
		SGB 2007	Schmidt & Power
Geschlecht	✓	✓	✓
Alter	✓	✓	✓
Chronifizierung und Behinderung	✓	✓	✓
Soziale Unterstützung	✓	✓	✓
Psychotherapeutische Behandlung	✓	✓	✓
Major Depression	✓	✓	✓
Körperliches Aktivitätsniveau	✓	✓	✓
Bildung	✓	†	✓
Zivilstand	✓	✓	†.

✓ Übereinstimmung der Effektrichtung bzw. Signifikanz erzielt;
 † Effektrichtung stimmt nicht überein bzw. Effekt nicht signifikant.

In den Regressionsmodellen für die subjektive Gesundheit lassen sich im Vergleich zwischen der EUROHIS-Studie und unseren Befunden ebenfalls eine Vielzahl signifikanter Effekte mit übereinstimmender Effektrichtung ausmachen (Tab. 6.7). Die subjektive Gesundheit ist tiefer bei älteren Menschen, Personen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen, Menschen mit wenig sozialer Unterstützung, Personen mit geringem formalen Bildungsstatus, Personen mit tiefem körperlichen Aktivitätsniveau und bei Personen, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Übereinstimmend lassen sich in beiden Studien keine signifikanten Effekte beim Vorhandensein einer Major Depression nachweisen. Bei Personen, die in therapeutischer Behandlung sind, wird in beiden Studien ein statistischer Effekt dokumentiert. Allerdings unterscheiden sie sich in der Effektrichtung: Bei der EUROHIS nehmen Menschen in psychotherapeutischer Behandlung ihre Gesundheit subjektiv schlechter wahr, als solche, die nicht in Behandlung sind. Bei unseren Modellen ist es umgekehrt. Unstimmigkeiten bestehen auch in Bezug auf das Geschlecht. Während die Frauen auf der Grundlage der SGB Daten ihre Gesundheit leicht schlechter wahrnehmen als die Männer, sind die Effekte von Geschlecht in der EUROHIS nicht statistisch signifikant.

Tab. 6.7 Vergleich subjektive Gesundheit Schmidt & Power EUROHIS und SGB 2007

Konstrukt	Effektrichtung	Signifikanz	
		SGB 2007	Schmidt & Power
Geschlecht	✓	✓	†
Alter	✓	✓	✓
Chronifizierung und Behinderung	✓	✓	✓
Soziale Unterstützung	✓	✓	✓
Psychotherapeutische Behandlung	†	✓	✓
Major Depression	✓	†	†
Körperliches Aktivitätsniveau	✓	✓	✓
Bildung	✓	✓	✓
Inanspruchnahme med. Leistungen	✓	✓	✓

✓ Übereinstimmung der Effektrichtung bzw. Signifikanz erzielt;
 † Effektrichtung stimmt nicht überein bzw. Effekt nicht signifikant.

Trotz der dokumentierten Unterschiede bei Effektrichtung und erzielter Signifikanz darf nicht vergessen werden, dass beide Studien bei zentralen und aufgrund ihrer Effektstärke wichtigen Prädiktoren übereinstimmen: physische Beschwerden, chronische Krankheiten und Behinderungen sind entscheidend für die subjektive Gesundheitswahrnehmung. Auch bei der erklärten Varianz für die subjektive Gesundheit liegen die Modelle nicht allzu weit auseinander. Die EUROHIS weist für die Gesamtstichprobe (über alle Länder gepoolte Daten) eine erklärte Varianz von 0.44 aus; auf der Basis der SGB Daten erreichen wir eine erklärte Varianz von 0.33.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Analysen zwischen verschiedenen Gesundheitsdeterminanten und unterschiedlichen Gesundheitszuständen sowohl auf der Basis der EUROHIS wie auch der SGB Daten zu durchaus vergleichbaren Resultaten führen. Wichtige Determinanten stimmen in ihrer Effektrichtung überein und tragen in beiden Fällen substantiell zur Schätzung von psychischer Belastung und subjektiver Gesundheit bei. Gleichzeitig bedeutet dies nicht, dass Effektstärken und Modelle direkt vergleichbar sind. Dazu sind die Modelle und die verfügbaren Indikatoren und Instrumente zu unterschiedlich.

6.4 Fazit

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Instrumente und Indikatoren des Vorschlages von EUROHIS zur Erfassung von psychischer Gesundheit-Krankheit dargestellt und auf unterschiedlichen Dimensionen zur SGB in Bezug gesetzt. Die wichtigsten Erkenntnisse aus diesem Prozess lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die EUROHIS-Konzeption umfasst ein sehr schlankes Set von lediglich vier empfohlenen Kernindikatoren, welches positive psychische Gesundheit (SF-36/Vitalitäts-Items), psychische Belastung (MHI-5), Rolleneinschränkungen (SF-36/Role Limitation) und soziale Unterstützung (Oslo-Skala) beinhaltet. Die Auswahl an Kernindikatoren ist stark von pragmatischen Erwägungen, insbesondere solcher der Fragebogenökonomie geprägt. Dies hat mitunter dazu geführt, dass das vorgesehene Instrument für die Erfassung positiver psychischer Gesundheit von den Feldtests ausgeschlossen wurde.
2. In der SGB umfangreicher vertreten sind die Bereiche der (1) Ressourcen und der (2) Folgen psychischer Gesundheit-Krankheit:
 - *Ressourcen:* dieser Bereich ist mit Ausnahme des Konstruktes soziale Unterstützung in der EUROHIS-Konzeption nicht abgebildet. Aufgrund der Fragebogenökonomie wurde in der EUROHIS die Oslo-Skala zur Messung sozialer Unterstützung beschnitten und Aspekte der sozialen Isolation explizit weggelassen.
 - *Folgen bzw. Einschränkungen/Behinderungen:* der EUROHIS-Vorschlag fokussiert auf den Aspekt der Rolleneinschränkungen. Dies ist im Kontext des EHS zu sehen, wo Behinderungsfolgen breiter erfasst werden. Die SGB bildet diesen Bereich ebenfalls relativ breit ab und bei der Mehrzahl der Variablen in Übereinstimmung mit dem europäischen Survey.
3. Die Vergleichbarkeit zwischen den Kernindikatoren der EUROHIS und unterschiedlichen Wellen der SGB ist nur in einem Fall direkt möglich. Lediglich die SGB 2007 erfasst psychische Belastung über das mit der EUROHIS-Konzeption kompatible MHI-5 Instrument. Für alle weiteren Erhebungswellen der SGB sowie die darin verwendeten Instrumente ist die Vergleichbarkeit zwar nicht kategorisch ausgeschlossen, aber aufgrund konzeptioneller, inhaltlicher und messtechnischer Differenzen stark eingeschränkt.
4. Neben den Kernindikatoren schlägt EUROHIS – für den Fall, dass die Prävalenz psychischer Störungen im Vordergrund steht und keine spezifischen nationalen Programme zur Erfassung psychischer Morbidität bestehen – je ein Instrument (das CIDI-SF) zur Erfassung von Depression und

Angststörungen vor. Da es sich hier um «optionale» Instrumente handelt, bleibt unklar, ob und in welchem Umfang diese in zukünftigen europäischen Erhebungen eine Rolle spielen werden und damit internationale Vergleiche tatsächlich möglich werden.

5. Ab der SGB-Welle 2007 wurde Depression erstmals über CIDI-SF und damit analog zur EUROHIS erfasst. Vergleiche mit der SGB 2002 sind in beschränktem Mass unter Verwendung der DSQ-10-Skala für Depression möglich. Generalisierte Angststörungen wurden in der SGB bislang nicht erfasst und Vergleiche sind daher nicht möglich. Aufgrund der hohen Prävalenz von generalisierten Angststörungen wäre es mitunter sinnvoll, diese auch im Rahmen der SGB zu erfassen.
6. Die CIDI-SF Instrumente für Depression und generalisierte Angststörungen sind ausserordentlich umfangreich. Die grosse Anzahl an Fragen ist im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung, die nicht nur auf psychische Gesundheit zielt, nicht unproblematisch. Einerseits dürfte die Beanspruchung der Befragten selbst, andererseits aber auch die Fragebogenökonomie rasch an Grenzen stossen. Der Einsatz von Alternativinstrumenten wäre daher prüfenswert (vgl. Kapitel 1).

7 Optimierungsmöglichkeiten aus Expertensicht

7.1 Vorbemerkungen

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden drei Experten anhand eines semistrukturierten Leitfadeninterviews zu ihrer jeweiligen Einschätzung der Konstrukte psychischer Gesundheit-Krankheit in der SGB befragt. Der fachliche Hintergrund und die institutionelle Verankerung der Experten wurde dabei bewusst breit angelegt, um ggf. einen «allgemeinen» Konsens mit Blick auf die Erfassung und Konzeptualisierung psychischer Gesundheit-Krankheit in der SGB extrahieren zu können. Dies ist uns, das kann vorweggenommen werden, nicht gelungen.

Es wurde ein ehemaliger Entwickler der SGB, eine klinisch tätige Person sowie ein Experte aus dem sozialmedizinischen Versorgungsbereich interviewt. Die zentralen Themen waren die Einschätzung der Messqualität und der Eignung der Instrumente für verschiedene Analysezwecke (Monitoring, Erklärung Gesundheit/Krankheit). Die leitfadengestützten Interviews wurden Ende November 2010 durchgeführt und dauerten jeweils 30-45 Minuten. Die Interviews wurden mit Erlaubnis der Experten digital aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Es wurde eine inhaltsanalytische Themenanalyse der Experteninterviews durchgeführt.

Die Experten hatten sehr unterschiedliche Erwartungen an die SGB und beurteilten die SGB dementsprechend uneinheitlich. Auffallend war, dass die Experten zwar oft Vorschläge für Konstrukte machten, welche zusätzliche erhoben werden sollten, aber meistens keine konkrete Operationalisierung oder Skala genannt wurde, welche zur Erhebung der vorgeschlagenen Konstrukte verwendet werden könnte. Das wiederum mag damit zu tun haben, dass Bevölkerungsbefragungen ganz spezifische Anforderungen haben. Nicht zuletzt ist hier die maximale Anzahl Fragen, die für ein Konstrukt verwendet werden, ein zentrales Kriterium, während bei diagnostischen Testinstrumenten die Anzahl der Fragen eine untergeordnete Rolle spielt. Es tut sich also ein Spannungsfeld zwischen diagnostischer Genauigkeit und pragmatischen Erfordernissen von breit angelegten Bevölkerungsbefragungen auf, das wohl nicht so einfach zu lösen ist.

Nachfolgend finden sich die Bewertungen der einzelnen in der SGB verwendeten Konstrukte und Skalen durch die Experten sowie verschiedene Vorschläge der Experten, wie die SGB zukünftig gestaltet werden könnte.

7.2 Bewertung Konstrukte und Skalen

7.2.1 Positive psychische Gesundheit (SANPSY, OPTIMISM, SOC, MASTERY).

Die Erfassung der positiven psychischen Gesundheit in der SGB wird von den Experten als sehr wichtig erachtet. Es sollte aber darauf geachtet werden, dass Instrumente mit gut operationalisierten Items verwendet werden.

Die *SOC-Skala* wird uneinheitlich bewertet. Einerseits wird das Vorgehen bei der Entwicklung der Skala gelobt. Andererseits wird die prädiktive Validität des Instruments angezweifelt, da man den Zusammenhang zur psychischen Gesundheit nicht nachgewiesen habe und das Kohärenzgefühl nicht als Ressource für psychische Gesundheit definiert worden sei. Es wurde vorgeschlagen, anstelle der *SOC-Skala* in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung Resilienz- und Coping-Instrumente einzusetzen, welche mehrheitlich als sinnvoll und methodisch gut verankert wahrgenommen werden.

Mit der *OPTIMISM-Skala* werden nach Meinung der Experten wichtige Aspekte der psychischen Gesundheit erfasst. An der *SANPSY-Skala* wird geschätzt, dass zumindest die Hälfte der Fragen positiv formuliert ist. Anstelle der *MASTERY-Skala* wurde ein Instrument gewünscht, welches die Kontroll-

überzeugung speziell in Bezug auf die Gesundheit erfasst. Zudem wurden die Items als zu unspezifisch bewertet und daraus folgend die mit der MASTERY-Skala erhobenen Daten für eine Gesundheitsbefragung als wenig aussagekräftig beurteilt.

7.2.2 Psychische Belastung (MHI-5)

Der MHI-5 wird mehrheitlich als sinnvolles, reliables und valides Messinstrument zur Erfassung der psychischen Belastung betrachtet. Der Umfang und die Verständlichkeit der Items des MHI-5 sowie die internationale Vergleichbarkeit der Skala wurden positiv bewertet.

7.2.3 Soziale Unterstützung

Die Fragen zur sozialen Unterstützung wurden im Grossen und Ganzen als sinnvoll erachtet. Die Verteilung der Antworten sollte allerdings beachtet werden. Falls die Streuung nur klein ist, sei der Informationsgehalt gering. Um eine grössere Streuung der Antworten zu erreichen, könnten ergänzend Fragen nach der Regelmässigkeit oder dem unmittelbaren Zugang zur sozialen Unterstützung hinzugenommen werden. Die Fragen werden eher als zu lang und schwer verständlich angesehen.

7.2.4 Rolleneinschränkung

Die bisher verwendeten Fragen zu Rolleneinschränkungen wurden als zu kompliziert bezeichnet. Es wird bezweifelt, dass diese Fragen von den Teilnehmenden richtig verstanden werden.

7.2.5 Depression

Die kombinierte Erfassung der Depression durch das CIDI-SF Interview und die DSQ-10 Skala wird als sinnvoll erachtet. Das *CIDI-SF* scheint für den Einsatz in der Gesundheitsbefragung geeignet zu sein, weil er etabliert ist und da durch den Subteil, in welchem die Teilnehmenden persönlich befragt werden, eine gewisse Validierung der Items vorhanden ist. Der zeitliche Bezug der Fragen auf die letzten zwei Wochen wird zum Teil als zu kurz bezeichnet.

Die Vergleichbarkeit des *DSQ-10* wurde positiv bewertet. Andererseits wurde aber auch vorgeschlagen anstelle des *DSQ-10* den *PHQ-9* einzusetzen, weil dieser international gebräuchlicher ist. Hier zeigt sich das Spannungsfeld zwischen der nationalen Vergleichbarkeit über die Zeit und der internationalen Vergleichbarkeit.

7.3 Vorschläge für zukünftige Gesundheitsbefragungen

Die Experten haben einige zusätzliche Konstrukte vorgeschlagen, die in der SGB erhoben werden sollten. Ausserdem gaben sie Hinweise zur Befragungssituation und für eine neue Struktur der Gesundheitsbefragung.

7.3.1 Neue Konstrukte

Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurden – neben den bereits verwendet Skalen – Konstrukte wie Selbstwirksamkeit, Resilienz und Coping genannt.

Die Erhebung der psychischen Störungen sollte erheblich erweitert werden. Die Beschränkung auf Depression, welche die höchste Prävalenz aufweist, wurde bemängelt und eine Ergänzung durch Angststörungen wurde als ungenügend angesehen. Es wird gewünscht, dass die Symptome verschiedener psychischer Störungen, u.a. auch der Psychose, abgefragt würden.

Die verwendeten Instrumente, z. B. CIDI-SF gehen nach Meinung der Experten zu stark von einem kategorialen Krankheitsmodell aus, d.h. es gibt eine klare Einteilung in depressiv und nicht-depressiv. Es wäre wünschenswert, die psychischen Störungen durch die Gesundheitsbefragung dimensional abzubilden. Dadurch könnten auch subklinische Belastungen aufgezeigt werden, die subjektiv durchaus von Bedeutung sein können. Beispielsweise kann durch psychotische Symptome, welche noch unterhalb der Diagnoseschwelle sind, ein so starker Leidensdruck erzeugt werden, dass deswegen ein Arzt aufgesucht wird.

Es werden zudem Themen als äusserst wichtig erachtet, welche bisher nicht abgefragt werden. Risikofaktoren für psychische Störungen werden – im Gegensatz zu Risikofaktoren für somatische Krankheiten – bislang keine erhoben. Als mögliche interessierende Risikofaktoren werden Opfererfahrungen, Missbrauch und Mobbing genannt. Ausserdem sollte das Risikoverhalten spezifischer erhoben werden. Ansatzweise wird dies bereits in Bezug auf Sucht und Essverhalten so umgesetzt. Weitere Verhaltensweisen wie Suizidversuche, Selbstverletzungen, schnelles Autofahren und Rückzug aus dem sozialen Umfeld sollten zusätzlich erhoben werden.

7.3.2 Befragungssituation

Der Zugang zur psychischen Gesundheit der Befragten scheint schwieriger zu sein als die Frage nach somatischen Beschwerden. Deshalb müsste die Befragung zur psychischen Gesundheit ausführlicher gestaltet werden und die Befragten bei den einzelnen Themengebieten entsprechend sensibilisiert werden. Dies bedingt eine intensive Schulung der Interviewenden.

7.3.3 Struktur der Befragung

Es wurde vorgeschlagen, die Befragung der psychischen Gesundheit – ähnlich wie in Deutschland – getrennt von der Befragung der physischen Gesundheit durchzuführen. Alternativ wäre auch ein modularisierter Aufbau der SGB sinnvoll, wobei zusätzlich zum Kernmodul, welches alle Teilnehmenden zu beantworten hätten, jeweils ein Schwerpunktmodul abgefragt würde. Bei diesem Schwerpunktmodul könnte ein spezifisches Thema, z. B. die psychische Gesundheit, vertieft abgefragt werden. Für viele Fragestellungen wird die Befragung von 2'000 Personen als ausreichend erachtet. Die Befragung der gesamten SGB-Stichprobe zu allen Themen wäre somit nicht nötig.

In diese Schwerpunktmodule sollten sowohl die psychische Gesundheit als auch psychische Krankheiten viel vertiefter abgefragt werden, als das zurzeit in der SGB der Fall ist. Die bisher verwendeten Konzepte werden als zu wenig umfassend erachtet. Darüber hinaus wird auch deren Qualität angezweifelt. Allerdings basiert diese Einschätzung nicht auf einer objektiven Grundlage, sondern lediglich auf der Sichtung der Items.

Es wurde empfohlen, kurze Fragebogen in kurzen Zeitabständen einzusetzen und längere Fragebatterien jeweils nur in den Schwerpunktmodulen. Konkret wurde der jährliche Einsatz des MHI-5 im Haushaltspanel in Kombination mit spezifischen Schwerpunktmodulen alle 5 Jahre in der SGB vorgeschlagen.

7.4 Fazit

Die Anforderungen der Experten an und ihre Meinungen über die Konzepte psychischer Befindlichkeit sind insgesamt recht unterschiedlich. Konsequenterweise lassen sich auch keine konsensualen, allgemeingültigen Empfehlungen formulieren. Wir erlauben uns daher, als Fazit nur diejenigen zwei Punkte einfließen zu lassen, die aus unserer Sicht die Schweizerische Gesundheitsbefragung inhaltlich und methodisch bereichern würden:

1. Die Erfassung positiver psychischer Gesundheit ist wichtig²².
2. Eine Modularisierung der SGB mit einem Vertiefungsmodul für psychische Gesundheit-Krankheit ist wünschenswert.

²² Die konkreten Instrumente werden im Schlusskapitel verhandelt.

8 Schlussfolgerungen, Empfehlungen

8.1 Zur Konzeption der Messung psychischer Gesundheit-Krankheit

Für die strukturierte Dokumentation der Konstrukte, die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zur Messung von psychischer Gesundheit-Krankheit eingesetzt wurden und werden, erachten wir die Orientierung an einem theoretischen Bezugsrahmen als hilfreich. Dessen Verwendung erleichtert auch die Identifikation von Lücken und Mängeln der Messung. Wir empfehlen dabei das *Anforderungs-Ressourcen Modell von Gesundheit*.

Legt man die zentralen Grössen dieses Modells als Raster über die Items und Skalen psychischer Gesundheit-Krankheit, wie sie in der SGB verwendet werden, so kann folgendes Fazit gezogen werden:

- *Psychisches Wohlbefinden* ist in der SGB seit der Erhebungswelle 2007 (Streichung der SANPSY-Skala) nicht mehr abgebildet. Wenn Wohlbefinden zudem mehr als die Abwesenheit von Beschwerden ist, so wurde dieses Konstrukt in der SGB bislang nicht überzeugend erfasst.
- *Psychische Belastung, Krankheit* werden einerseits unspezifisch und auch ausgerichtet auf subklinische Beschwerden seit der Erhebungswelle 2007 durch die MHI-5-Skala erfasst. Andererseits wird diagnosespezifisch die Major Depression gemessen.
- *Ressourcen* psychischer Gesundheit sind in der SGB seit je durch mehrere Konstrukte breit abgebildet. Deren Verwendung über die verschiedenen SGB-Erhebungswellen ist jedoch z.T. inkonsistent und es werden hier oft auch nicht-validierte Instrumente (insbes. bei der sozialen Unterstützung) verwendet.
- Der Bereich der *Anforderungen (oder Risikofaktoren, Stressoren)* ist vergleichsweise mager abgebildet; es werden lediglich einzelne Aspekte arbeitsbezogener Belastungen erfasst. Als prüfenswerte Konstrukte zu nennen sind in diesem Bereich insbesondere das Erleben/die Wahrnehmung von *Stress* sowie ggf. das Konzept der *kritischen Lebensereignisse*. Dem Bereich der Risikofaktoren zuordnen könnte man darüber hinaus den in der SGB traditionell differenziert erfassten (übermässigen) Konsum von Alkohol und Drogen.
- Die *Folgen psychischer Belastungen und Krankheiten* sind relativ breit durch Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, der beruflichen Leistungsfähigkeit und den IADL erfasst.

Es ist positiv zu werten, dass in der SGB die verfügbaren Skalen psychischer Gesundheit-Krankheit sich zumindest partiell den zentralen Faktoren des Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit zuordnen lassen. Dies erlaubt im Grundsatz die empirische Analyse von Modellen, welche unterschiedliche psychische Gesundheit zu erklären versuchen.

Wir erachten es jedoch als lohnenswert, wenn bei der Planung einer der späteren Erhebungswellen der SGB der ganze Bereich der psychischen Gesundheit-Krankheit einer systematischeren theoretischen Prüfung unterzogen würde (siehe auch weiter unten Kapitel 8.3). Dies würde der inhaltlichen Kohärenz beitragen.

8.2 Bewertung einzelner Instrumente und Skalen

8.2.1 Übersicht

Im Folgenden werden die Befunde der Analysen (vgl. Kapitel 4-6) rekapituliert und Empfehlungen zu den interessierenden Skalen mit Blick auf die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 sowie auf spätere Erhebungswellen dieses Surveys formuliert. Darüber hinaus wird im Sinne eines Ausblicks die

Option von psychischer Gesundheit als periodisches Schwerpunktthema der Gesundheitsbefragung diskutiert.

Tabelle 8.1 liefert eine Übersicht der qualitativen Einschätzung der interessierenden Konstrukte nach den Kriterien Reliabilität, Validität, Performanz und Praktikabilität. Die Bewertung basiert auf den weitgehend quantitativen Analysen dieser Kriterien in den vorangegangenen Kapiteln.

Tab. 8.1 Übersicht der Bewertung von Skalen zur psychischen Gesundheit/Krankheit in der SGB

Skala, Konstrukt	Reliabilität	Validität	Performanz	Praktikabilität
Kohärenzgefühl				
• SOC-3	–	–	–	+
• SOC-13	+	0	k.A.	0
Depression				
• CIDI-SF	+	+ (?)	k.A.	–
• DSQ-10	+	+	– (?)	+
Psychische Belastung				
• MHI-5	+	+	k.A.	+

Bewertung: +=positiv, 0=mittel, -=negativ, k.A.: keine Angaben

8.2.2 Kohärenzgefühl

Die Testgüte und Testqualität der Kurzversion der «Sense of Coherence»-Skala zur Erfassung des Kohärenzgefühls, die sog. SOC-3, hat sich als ungenügend herausgestellt. Eine Anwendung in der SGB ist deshalb nicht zu empfehlen. Die einmalig in der SGB-97 verwendete SOC-13 Skala weist zwar erheblich bessere Reliabilitätswerte auf, in Bezug auf die Validität bestehen aber auch hier Mängel. Insbesondere lassen sich in den Bevölkerungsdaten der SGB empirisch weder die von Antonovsky definierten Teildimensionen von Kohärenzgefühl (Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit) noch ein Generalfaktor für Kohärenzgefühl bestätigen.

Auch bei der SOC-3 sind mit Blick auf die Inhaltsvalidität Zweifel angebracht. Auf der inhaltlichen Ebene repräsentieren die drei Items der SOC-3 lediglich zwei der drei Komponenten, nämlich Verstehbarkeit (2 Items) und Bedeutsamkeit (1 Item). Während die Komponente Handhabbarkeit gar nicht berücksichtigt wird, erhält Verstehbarkeit gegenüber der Bedeutsamkeit das doppelte Gewicht, ohne dass dies konzeptionell weiter ausgeführt wird.

Falls das Konstrukt Kohärenzgefühl im Rahmen kommender Erhebungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung weiterhin erfasst werden soll, bietet sich mit der Leipziger Kurzsкала SOC-L9 eine Skala an, die auf der originalen SOC-29 Skala basiert, lediglich 9 Items umfasst und anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in Deutschland validiert wurde (Schumacher et al., 2000). Die SOC-L9 verfügt über eine hohe ausgewiesene Testgüte und garantiert maximale Kompatibilität mit den bisher in der SGB eingesetzten Messinstrumenten für Kohärenz.

8.2.3 Depression

CIDI-SF

Das CIDI-SF ist ein reliables, valides und international häufig eingesetztes Instrument. Ebenso ist es optionaler Bestandteil der EUROHIS-Empfehlungen. Allerdings wurde das Instrument für face-to-face Interviews/Befragungen im klinischen Kontext und nicht für repräsentative Bevölkerungsbefragungen konzipiert. Dementsprechend ist die Zahl der Items relativ gross. In repräsentativen Bevölkerungsbe-

fragungen dürften damit sowohl die Befragten wie auch die Fragebogenökonomie sehr rasch an ihre Grenzen stossen. Darüber hinaus ist die Abfolge der Items und die Führung der zu Befragenden durch das Instrument relativ komplex.

Letzteres Problem wird zwar dadurch entschärft, dass das CIDI-SF in der SGB mittels CATI abgefragt wird und die Komplexität dadurch entsprechend reduziert wird. Die Anforderungen an die Befragenden bzw. deren Schulung dürften aber trotzdem recht hoch sein. Ob und inwiefern bei diagnostisch nicht geschultem Personal Befragereffekte auftreten können, ist ungewiss. Vorsichtig optimistisch stimmt die Tatsache, dass die relativ breit angelegte Feldstudie der EUROHIS von keinen Befragereffekten berichtet.

Beachtenswert scheint uns, dass die in der SGB 2007 gemessene 52-Wochen-Prävalenz von Major Depression nach CIDI-SF mit 4.4% nur halb so hoch wie im deutschen Bundesgesundheitsurvey von 1998 ist, der für die deutsche Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz von 8.3% ergibt (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004). Im Bundesgesundheitsurvey wurde allerdings die umfassendere Version des CIDI verwendet, das zudem im Rahmen von face-to-face Interviews zum Einsatz kam. Inwieweit die tieferen Prävalenzen im SGB-Sample mit diesen methodischen Aspekten (Kurzform vs. Langform des Instruments, CATI vs. direktes Interview) wäre zu prüfen.

Schliesslich ist das CIDI-SF als klinisch-diagnostisches Instrument stark auf die Dichotomie Krankheit-Gesundheit ausgerichtet. Subklinische Befunde, die erheblichen Leidensdruck verursachen können, geraten so nicht in den Blick der Analyse.

DSQ-10 («Wittchen-Skala»)

Die sog. «Wittchen-» bzw. DSQ-10-Skala wurde unseres Wissens bislang hauptsächlich in Patiententischproben (insbesondere von Allgemeinpraxen) angewendet (Jacobi et al., 2002). Erfahrungen mit Bevölkerungssurveys liegen nicht vor. Der DSQ-10 kann aber mit Blick auf Reliabilität, faktorielle sowie konvergente und diskriminante Validität ein gutes Zeugnis ausgestellt werden; ebenso ist die Praktikabilität aufgrund der guten Fragebogenökonomie positiv zu werten. Diese Bilanz deckt sich mit Befunden anderer Studien.

Vorbehalte sind bei der Performanz des DSQ-10 angezeigt, insbesondere bei dessen Fähigkeit Depressions-Positive zu erkennen (Sensitivität). Ein Vergleich mit dem CIDI-SF als Referenzgrösse ist auf der Grundlage der SGB-Daten kaum direkt (d.h. ohne Korrekturmechanismen) möglich, weil die Prävalenzzeitspannen beider Instrumente stark divergieren, sodass ein Teil der nicht-übereinstimmenden Klassifikationen Folge des unterschiedlich langen Prävalenz-Zeitfensters ist. Bei einem Korrekturversuch dieses Problems liefert die DSQ zwar bessere, aber nach wie vor keine sehr guten Werte.

Fazit, Alternativen

Sowohl das CIDI-SF als auch der DSQ-10 weisen u.E. neben positiven Aspekten auch gewisse Nachteile für die Messung von behandlungsbedürftiger Depression in einem Bevölkerungssurvey auf. Beim CIDI-SF scheinen uns Fragezeichen v.a. bei der Fragebogenökonomie und der Gesundheit-Krankheit-Dichotomie angebracht. Darüberhinaus ist zu beachten, dass das CIDI-SF bei Verwendung des umfassenden CIDI als Goldstandard zwar gut, aber nicht perfekt abschneidet. Dennoch: liegt der Fokus primär auf hoher Verbreitung des Messinstruments und breit abgesicherter Reliabilität und Validität, so sollte eher das CIDI-SF anstelle des DSQ für zukünftige Gesundheitsbefragungen beibehalten werden. Das CIDI-SF würde zudem die Vergleichbarkeit mit den EUROHIS-Empfehlungen gewährleisten.

Spielt indessen die Fragebogenökonomie eine Rolle, so spricht dies eher für den DSQ, der in Bezug auf die Mehrzahl der Testgütekriterien ebenfalls gut abschneidet. Zudem kann der DSQ auch als kontinuierliche Skala zur Depressionsschwere verwendet werden. Vorbehalte sind jedoch bei der Sensitivität angebracht.

Als alternatives Instrument zur Messung von Depression in Betracht zu ziehen wäre der «Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)»: Dieser Fragebogen mit 9 Items verfügt über eine hohe Testgüte (Martin et al., 2006) und ist international weiter verbreitet als der DSQ-10²³.

8.2.4 Unspezifische psychische Belastungen

Die Erfassung von psychischen Belastungen im Rahmen von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen wird sowohl vom EUROHIS-Expertenteam wie auch den durch uns befragten Experten in der Schweiz als wichtig erachtet. Aus inhaltlichen und messtheoretischen Erwägungen wie auch aus Kompatibilitätsgründen empfehlen wir daher den weiteren Einsatz der MHI-5 Skala für die Messung psychischer Belastung.

Für zukünftige Erhebungswellen der SGB erachten wir in Ergänzung zur MHI-5 den Einsatz einer Skala zum Erleben von Stress als sinnvoll. Stress steht in einem engen Bezug zu psychischer Gesundheit, wird aber bislang in der SGB nicht systematisch erfasst (vgl. Rüesch et al., 2007).

8.2.5 Positive psychische Gesundheit

Positive psychische Gesundheit wurde in den SGB-Erhebungswellen vor 2007 durch die SANPSY-Skala gemessen. In der letzten Erhebungswelle wird dieses Konstrukt nicht mehr abgebildet. Es ist aber auch fraglich, ob die SANPSY-Skala gut geeignet ist zur Erfassung von Wohlbefinden, sofern dieses durch mehr als die Abwesenheit von Belastungen definiert ist²⁴. Als ergänzende, fragebogenökonomisch leicht einsetzbare Skalen könnten sich hier einerseits die «WHO-5»-Skala zur Erfassung von allgemeinem psychischen Wohlbefinden (Bech, 2004; Bech, Olson, Kjoller, & Rasmussen, 2003) sowie andererseits die Subskala «psychological health» (sechs Items) des Lebensqualitätsinstruments «WHOQOL-Bref» (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2002) empfehlen. Beide Skalen wurden auch von der EUROHIS-Projektgruppe als empfehlenswert erachtet, aber aus pragmatischen Gründen nicht eingesetzt. Mit Blick auf eine Vergleichbarkeit mit der EUROHIS ist darüber hinaus ggf. die Verwendung der (vier) Vitalitätsitems aus dem SF-36 angezeigt (Meltzer, 2003), obwohl die Eignung dieser Items für die Erfassung positiver psychischer Gesundheit nicht unumstritten ist.

8.2.6 Ressourcen psychischer Gesundheit

Der Bereich der Ressourcen psychischer Gesundheit wird in der SGB seit je relativ breit erfasst. In der EUROHIS werden solche individuellen Ressourcen nicht berücksichtigt. Wir sind ebenso wie die befragten Experten der Meinung, dass Ressourcen zusammen mit psychischem Wohlbefinden weiterhin erfasst werden sollten. Für die Messung des von den Experten vorgeschlagenen Konstrukts der Resilienz liegen aber gegenwärtig u.E. keine geeigneten Instrumente zur Integration in einem Bevölkerungssurvey vor (Rüesch et al., 2007). Indessen könnte für zukünftige Erhebungswellen der SGB die Erfassung der Selbstwirksamkeit als ein zentrales Konstrukt im Bereich der personalen Ressourcen psychischer Gesundheit in Betracht gezogen werden. Hier würde auch ein potentiell geeignetes In-

²³ Die Items des PHQ-9 sind inhaltlich sehr ähnlich wie jene des DSQ-10. Indessen unterscheidet sich die Antwortskala der abgefragten Symptome, welche beim PHQ-9 vier Kategorien umfasst («überhaupt nicht», «an einzelnen Tagen», «an mehr als der Hälfte der Tage», «beinahe jeden Tag»).

²⁴ Die SANPSY-Skala besteht auf vier Items, wovon jedoch zwei Belastungen messen (vgl. auch Kapitel 6).

strument vorliegen, die «SWE Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung» (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005)²⁵.

Aufgrund der Vorbehalte gegenüber der SOC-3 Skala (s.o.) empfehlen wir auf jeden Fall die Beibehaltung der MASTERY-Skala, welche reliabel und valide das Konstrukt der Kontrollüberzeugung misst und substantielle Zusammenhänge mit anderen Skalen im Bereich psychische Gesundheit/Krankheit aufweist (vgl. auch (Rüesch et al., 2007).

8.2.7 Soziale Unterstützung

In den Bereich der Ressourcen fällt auch das Konstrukt der sozialen Unterstützung. Hier ist für die SGB eine Übernahme zumindest der reduzierten Oslo-Skala gemäss EUROHIS-Empfehlung wünschbar, da gegenüber den verwendeten Items in der SGB an die Beziehungsqualität höhere Ansprüche gestellt werden.

Darüber hinaus wäre aber für spätere Erhebungswellen der SGB eine Neukonzeption der Erfassung von sozialer Unterstützung zu prüfen mit der Anwendung eines validen Instrumentes. Hier könnten zwei Instrumente/Skalen mit Anwendungen im Gesundheitskontext empfohlen werden: (1) der «Social Network Index SNI» (12 Items) (Berkman & Syme, 1979; Klein, Löwel, Schneider, & Zimmermann, 2002) oder (2) der «Fragebogen zur sozialen Unterstützung, F-SozU-K-14» (14 Items) (Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009). Beide Skalen sind validiert und erfassen sowohl die Struktur des sozialen Netzwerks als auch die Qualität der sozialen Beziehungen einer Person.

8.2.8 Folgen psychischer Krankheit: Einschränkungen, Behinderung

Eine Ergänzung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gemäss EUROHIS-Empfehlung um die SF-36/Rolleneinschränkungen (4 Items) erscheint uns sinnvoll, um den Fokus nicht nur auf Einschränkungen aufgrund von Chronifizierung psychischer Probleme, sondern ebenfalls auf Einschränkungen aufgrund von Krankheitsepisoden zu richten.

Eine prüfungswürdige Option wäre ggf. auch der SFQ (Social Functioning Questionnaire) von Tyrer et al. (2005). Das Instrument stellt mit 8 Items ein relativ kurzes, reliables und valides Instrument zur Erfassung des sozialen Funktionierens zur Verfügung. Gegenüber der reduzierten Oslo-Skala berücksichtigt er auch Aspekte der sozialen Isolation. Allerdings sind SFQ und Oslo-Skala nur beschränkt vergleichbar, was die Kompatibilität zur EUROHIS einschränken würde.

Insgesamt aber wird der Bereich der (krankheitsbedingten) Einschränkungen und Behinderungen in der SGB relativ breit erfasst. Es ist generell zu empfehlen, dass die hier verfügbaren SGB-Daten bei Analysen zu Mental Health vermehrt genutzt werden.

²⁵ Siehe dazu auch: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm> (Stand: Januar 2011)

8.3 Ausblick: Psychische Gesundheit in späteren SGB-Erhebungswellen

Mit Blick auf zukünftige Erhebungswellen der SGB nach 2012 würde sich u.E. eine integrale Neukonzeption des Bereichs psychische Gesundheit-Krankheit in der SGB empfehlen. Neukonzeption meint in diesem Zusammenhang allerdings nicht, dass die bisher verwendeten Skalen vollständig ersetzt werden müssten. Es geht mehr darum, die Messung psychischer Gesundheit als Gesamtkonzept zu planen und zu konfigurieren. Dabei schlagen wir vor, dass psychische Gesundheit, je nach SGB-Erhebungswelle unterschiedlich differenziert erfasst wird:

- eine «Kompaktversion der Erfassung ist in jeder SGB-Welle enthalten;
- eine umfangreichere Version ist als periodisches Schwerpunktthema alle 15 Jahre bzw. in jeder dritten Erhebungswelle vertreten (z.B. 2017, 2032 etc.).

Im Rahmen der Kompaktversion wäre eine ggf. im Vergleich zu heute gar reduzierte Erfassung denkbar. Insbesondere würden wir empfehlen, bei der Kompaktversion auf die Messung spezifischer Störungsbilder wie Depression zu verzichten²⁶ und stattdessen die allgemeine psychische Belastung so zu erfassen, dass die Identifikation von Schwellenwerten klinischer Bedeutsamkeit bzw. der Behandlungsbedürftigkeit möglich ist. Dazu würde sich beispielsweise der 12 Items umfassende GHQ-12 (Schmitz, Kruse, & Wancata, 1999) empfehlen.

Für die umfangreichere Version als Schwerpunktthema empfiehlt sich ein Mini-Mental-Health-Survey, der u.a. die Erfassung zumindest der vier bis fünf häufigsten psychischen Störungsbilder diagnose-spezifisch erlaubt²⁷.

²⁶ Es ist aus psychiatrisch-epidemiologischer Sicht nicht wirklich einleuchtend, weshalb gerade Depression spezifisch erfasst wird. Mit Blick auf hohe Prävalenzzahlen müssten zumindest auch Angststörungen und einige andere häufige psychische Erkrankungen erfasst werden.

²⁷ Viele europäische Länder (auch kleinere Nationen wie z.B. die Niederlande) verfügen über eine entsprechende Erhebung (vgl. z.B. (Bijl, van Zessen, Ravelli, de Rijk, & Langendoen, 1998)). Der Bedarf wäre u.E. auch für die Schweiz ausgewiesen.

9 Literatur

- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag (4. Aufl.).
- Angermeyer, C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2002). Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*(11), 44–48.
- Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 191-215.
- Bech, P. (2004). Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *QoL Newsletter 2004*, 32, 15-16.
- Bech, P., Olson, R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Meth Psychiatr Res*, 85-91.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Strittmacher, R., & Willmann, H. (2001). *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berkman, L. F., & Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Journal of Epidemiology*(109), 186–204.
- BFS. (2008). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes*. Bern: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit.
- Bijl, R. V., van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, C., & Langendoen, Y. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(12), 581-586.
- Bland, M. J., & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ*, 314, 572.
- Cox, B., Oyen, H., Cambois, E., Jagger, C., & Le Roy, S. (2009). The reliability of the Minimum European Health Module. *International Journal of Public Health*, 54, 55–60.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 43 – 48.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., & Wittchen, H. U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73, 651–658.
- Kessler, R., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., & Wittchen, H.-U. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 171-185.
- Klein, T., Löwel, H., Schneider, S., & Zimmermann, M. (2002). Soziale Beziehungen, Stress und Mortalität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 441–449.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.
- Martin, A., Reif, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the Brief Patient Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 28, 71-77.

- Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS. Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam etc.: IOS Press Omsha.
- Nosikov, A., & Gudex, C. (Eds.). (2003). *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (Vol. 57). Amsterdam: IOS Press Ohmsha.
- Olson, M., Gassne, J., & Hansson, K. (2009). Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 166-167.
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., & Mulrow, C. D. (2002). Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 765-776.
- Rasmussen, N. e. a. (2008). European Health Interview Survey (EHIS). Questionnaire: European Commission, Eurostat, Departement of Health and Information Research.
- Rotter, J. B. (1972). An introduction to social learning theory. In J. B. Rotter, J. E. Cance & E. J. Phares (Eds.), *Applications of a social learning theory of personality* (pp. 1-43). New York Holt, Rinehart & Winston.
- Rüesch, P. (2006). *Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen in der Schweiz – Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (Arbeitsdokument 14).
- Rüesch, P., Bartlomé, P., & Huber, C. (2007). *Evaluation von Messinstrumenten für den strategischen Bereich «psychische Gesundheit/Stress». Erarbeitet im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Winterthur / Bern: ZHAW Fachstelle Gesundheitswissenschaften / Gesundheitsförderung Schweiz.
- Sass, H. (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR* Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schmidt, S., & Power, M. (2006). Cross-cultural analyses of determinants of quality of life and mental health: Results from the EUROHIS study. *Social Indicators Research*, 77, 95–138.
- Schmidt, S., Power, M., & Bullinger, M. (2002). *Cross-cultural analysis of the relationships of health indicators across Europe: First results based on the EUROHIS project. Report on a WHO study*. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe.
- Schmidt, S., Power, M., Bullinger, M., & Nosikov, A. (2005). The conceptual relationship between health indicators and quality of life: Results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 28–49.
- Schmitz, N., Kruse, J., & W., T. (1999). Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 462-468.
- Schuler, D., Rüesch, P., & Weiss, C. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schumacher, J., Lepper, K., Gunzelmann, T., Strauss, B., & Brähler, E. (2004). Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *PPmP Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychotherapie*, 50, 472-482.
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J., & Ulrich, J. (2003). Measuring sense of coherence with only three items: a useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology*, 8(4), 409-421.

- Storni, M., & Lieberherr, R. (2010). Evaluation SGB07: Nutzerumfrage, *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012: 1. Begleitgruppentreffen, 23. November 2010*. Neuenburg.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., MacLean, C., Rao, B., et al. (2005). The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning. *Int J Soc Psychiatry*, 51(265), 265-275.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 65-95). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Wancata, J., Marquart, B., Weiss, M., Krautgartner, M., Friedrich, F., & Alexandrowicz, R. (2007). Screeninginstrumente für Depressionen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 1(2), 144-153.
- WHO, & Dilling, H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber (6. Aufl.).
- Winter, S., Wittchen, H. U., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N., et al. (2000). Design und Methoden der Studie «Depression 2000». Charakteristik der teilnehmenden Ärzte und Patienten. *Fortschritte der Medizin*, 118(S1), 11-21.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, M., Winter, S., & Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys «Psychische Störungen». *Gesundheitswesen*, 61(S2), S216-S222.
- Wittchen, H. U., Höfler, M., & Meister, W. (2000). *Depressionen in der Allgemeinarztpraxis: die bundesweite Depressionsstudie*. Stuttgart Schattauer.
- Wittchen, H. U., & Perkonig, A. (1997). *DIA-X-Screening Verfahren; Fragebogen DIA-DSQ: Screening für Depressionen*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

10 Anhänge

10.1 Anhang 1: Tabellen der Datenanalyse

Tab. 10.1 Häufigkeitsverteilung SOC-3 Item Ungewohnte Situation*) (SSOC01) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
sehr oft 1	n	95	76	19	71	119	14	52	83	41	190
	%	1.07	1.73	1.66	1.13	1.47	1.14	1.08	1.69	1.2	1.32
2	n	173	83	15	110	161	42	115	85	29	271
	%	1.95	1.89	1.31	1.74	1.99	3.41	2.38	1.73	0.85	1.88
3	n	438	180	63	284	397	114	253	205	109	681
	%	4.94	4.1	5.49	4.5	4.91	9.25	5.24	4.18	3.19	4.73
4	n	698	287	107	438	654	157	427	331	177	1 092
	%	7.88	6.54	9.33	6.94	8.09	12.73	8.84	6.74	5.18	7.59
5	n	1 104	482	124	734	976	228	693	551	238	1 710
	%	12.46	10.99	10.81	11.64	12.07	18.49	14.35	11.22	6.96	11.88
6	n	2 650	1 167	276	1 923	2 170	383	1 657	1 487	566	4 093
	%	29.91	26.61	24.06	30.49	26.84	31.06	34.31	30.29	16.6	28.44
selten o. nie 7	n	3 482	1 968	481	2 629	3 302	282	1 594	2 070	1 985	5 931
	%	39.3	44.87	41.94	41.68	40.84	22.87	33	42.16	58	41.21
Fehlende Werte	n	220	143	62	119	306	13	39	98	275	425
	%	2.48	3.26	5.41	1.89	3.78	1.05	0.81	2	8.04	2.95
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_{14}=110.6$, $p<.001$; Cramérs $V=0.06$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_7=72.7$, $p<.001$; Cramérs $V=0.07$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_{21}=1400.0$, $p<.001$; Cramérs $V=0.18$.

Tab.10.2 Häufigkeitsverteilung SOC-3 Item Gefühle durcheinander*) (SSOC02) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
sehr oft 1	n	111	97	33	77	164	34	79	80	48	241
	%	1.25	2.21	2.88	1.22	2.03	2.76	1.64	1.63	1.4	1.67
2	n	190	99	25	125	189	71	135	83	25	314
	%	2.14	2.26	2.18	1.98	2.34	5.76	2.8	1.69	0.73	2.18
3	n	441	205	55	304	397	136	290	191	84	701
	%	4.98	4.67	4.8	4.82	4.91	11.03	6	3.89	2.46	4.87
4	n	637	328	78	479	564	180	432	302	129	1 043
	%	7.19	7.48	6.8	7.59	6.98	14.6	8.94	6.15	3.77	7.25
5	n	1 052	511	90	717	936	210	713	510	220	1 653
	%	11.87	11.65	7.85	11.37	11.58	17.03	14.76	10.39	6.43	11.48
6	n	2 641	1 231	263	1 907	2 228	362	1 663	1 545	565	4 135
	%	29.81	28.07	22.93	30.23	27.56	29.36	34.43	31.47	16.5	28.73
selten o. nie 7	n	3 559	1 784	546	2 583	3 306	230	1 480	2 100	2 079	5 889
	%	40.17	40.67	47.6	40.95	40.89	18.65	30.64	42.77	60.8	40.92
Fehlende Werte	n	229	131	57	116	301	10	38	99	270	417
	%	2.58	2.99	4.97	1.84	3.72	0.81	0.79	2.02	7.89	2.9
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_{14}=94.4$, $p<.001$; Cramérs $V=0.06$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_7=70.2$, $p<.001$; Cramérs $V=0.07$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_{21}=1900.0$, $p<.001$; Cramérs $V=0.21$.

Tab. 10.3 Häufigkeitsverteilung SOC-3 Item Bedeutung Alltag*) (SSOC03) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Män- ner	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
tiefe Freude 1	n	1 692	785	317	1 069	1 725	150	638	898	1 108	2 794
	%	19.1	17.9	27.64	16.95	21.34	12.17	13.21	18.29	32.4	19.41
2	n	3 143	1 384	346	2 240	2 633	409	1 839	1 721	904	4 873
	%	35.47	31.55	30.17	35.51	32.57	33.17	38.07	35.05	26.4	33.86
3	n	1 969	1031	208	1 395	1 813	302	1 179	1105	622	3 208
	%	22.22	23.51	18.13	22.11	22.42	24.49	24.41	22.51	18.2	22.29
4	n	989	664	151	846	958	216	664	609	315	1 804
	%	11.16	15.14	13.16	13.41	11.85	17.52	13.75	12.4	9.21	12.53
5	n	315	216	50	278	303	61	203	206	111	581
	%	3.56	4.92	4.36	4.41	3.75	4.95	4.2	4.2	3.25	4.04
6	n	196	118	15	178	151	38	122	118	51	329
	%	2.21	2.69	1.31	2.82	1.87	3.08	2.53	2.4	1.49	2.29
Langeweile 7	n	125	81	17	108	115	13	60	83	67	223
	%	1.41	1.85	1.48	1.71	1.42	1.05	1.24	1.69	1.96	1.55
Fehlende Werte	n	431	107	43	194	387	44	125	170	242	581
	%	4.86	2.44	3.75	3.08	4.79	3.57	2.59	3.46	7.08	4.04
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Zufriedenheit oder von Schmerz und Langeweile?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X_{214}=181.9$, $p<.001$; Cramérs $V=0.08$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechter $X_{27}=96.8$, $p<.001$; Cramérs $V=0.08$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X_{221}=751.5$, $p<.001$; Cramérs $V=0.13$.

Tab. 10.4 Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3 nach Sprachregion, SGB 2007

D-CH / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	8 289	+	0.83	0.57	0.48	0.42
Gefühle durcheinander	8 289	+	0.84	0.58	0.45	0.40
Bedeutung Alltag ^{*)}	8 289	+	0.64	0.29	1.22	0.78
Test Skala					0.72	0.66
F-CH / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	4 187	+	0.82	0.57	0.60	0.46
Gefühle durcheinander	4 187	+	0.84	0.59	0.52	0.43
Bedeutung Alltag ^{*)}	4 187	+	0.66	0.31	1.32	0.78
Test Skala					0.81	0.67
I-CH / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	1 072	+	0.85	0.64	0.69	0.50
Gefühle durcheinander	1 072	+	0.87	0.65	0.61	0.47
Bedeutung Alltag ^{*)}	1 072	+	0.67	0.35	1.58	0.83
Test Skala					0.96	0.72

*) Item-Skala invertiert. r_{IT} =Korrelation Item-Test. r_{IR} =Korrelation Item-Rest. K_{IJ} =Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Tab. 10.5 Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3 nach Geschlecht, SGB 2007

Männer / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	6 042	+	0.83	0.59	0.57	0.48
Gefühle durcheinander	6 042	+	0.84	0.61	0.52	0.45
Bedeutung Alltag ^{*)}	6 042	+	0.68	0.33	1.23	0.80
Test Skala					0.77	0.69
Frauen / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	7 506	+	0.83	0.56	0.51	0.42
Gefühle durcheinander	7 506	+	0.84	0.58	0.45	0.39
Bedeutung Alltag ^{*)}	7 506	+	0.63	0.28	1.32	0.78
Test Skala					0.76	0.66

*) Item-Skala invertiert. r_{IT} =Korrelation Item-Test. r_{IR} =Korrelation Item-Rest. K_{IJ} =Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Tab. 10.6 Item-Trennschärfe und Reliabilität SOC-3 nach Altersgruppen, SGB 2007

15-24J / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	1 187	+	0.81	0.52	0.36	0.29
Gefühle durcheinander	1 187	+	0.83	0.52	0.30	0.28
Bedeutung Alltag ^{*)}	1 187	+	0.56	0.19	1.40	0.74
Test Skala					0.69	0.59
25-44J / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	4 687	+	0.82	0.56	0.53	0.45
Gefühle durcheinander	4 687	+	0.84	0.58	0.46	0.42
Bedeutung Alltag ^{*)}	4 687	+	0.65	0.31	1.20	0.76
Test Skala					0.73	0.66
45-64J / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	4 676	+	0.83	0.58	0.55	0.47
Gefühle durcheinander	4 676	+	0.84	0.61	0.51	0.44
Bedeutung Alltag ^{*)}	4 676	+	0.67	0.32	1.23	0.80
Test Skala					0.76	0.68
65+J / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Ungewohnte Situation	2 998	+	0.80	0.52	0.36	0.35
Gefühle durcheinander	2 998	+	0.80	0.54	0.35	0.33
Bedeutung Alltag ^{*)}	2 998	+	0.65	0.23	1.01	0.78
Test Skala					0.57	0.61

*) Item-Skala invertiert. r_{IT} =Korrelation Item-Test. r_{IR} =Korrelation Item-Rest. K_{IJ} =Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Tab. 10.7 Korrelate SOC-3 nach Sprachregion und Geschlecht, SGB 1997 & 2007

Item	CH			D-CH			F-CH			I-CH			Männer			Frauen		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p
Kontrollüberzeugung ¹⁾	12 486	0.57	0.00	7 992	0.57	0.00	4 010	0.60	0.00	990	0.55	0.00	5 662	0.59	0.00	7 158	0.56	0.00
Psychische Belastung ²⁾	13 401	0.46	0.00	8 208	0.45	0.00	4 140	0.48	0.00	1 053	0.47	0.00	5 979	0.46	0.00	7 422	0.47	0.00
Depression ³⁾	12 199	-0.54	0.00	7 525	-0.55	0.00	3 734	-0.55	0.00	940	-0.51	0.00	5 673	-0.55	0.00	6 526	-0.54	0.00
Kohärenzgefühl ⁴⁾	1 092	0.82	0.00	669	0.83	0.00	334	0.81	0.00	89	0.84	0.00	513	0.82	0.00	579	0.82	0.00
Psychisches Wohlbefinden ⁵⁾	1 120	0.52	0.00	685	0.52	0.00	345	0.50	0.00	90	0.62	0.00	528	0.51	0.00	592	0.53	0.00
Psychische Ausgeglichenheit ⁶⁾	1 119	0.32	0.00	684	0.30	0.00	345	0.28	0.00	90	0.46	0.00	530	0.29	0.00	589	0.33	0.00
Coping ⁷⁾	1 049	-0.19	0.00	644	-0.24	0.00	319	-0.10	0.07	86	-0.24	0.03	494	-0.23	0.00	555	-0.14	0.00

1) MASTERY-Index (2007), 2) MHI-5-Index /DET_PSY (2007), 3) DSO-Index (2007), 4) SOC-13 (1997), 5) OPTIMISM-Index (1997), 6) SANPSY-Index (1997), 7) SCOP-Index (1997)

Tab. 10.8 Korrelate SOC-3 nach Altersgruppen, SGB 1997 & 2007

Item	15-24J			25-44J			45-64J			65+J		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p
Kontrollüberzeugung ¹⁾	1 202	0.57	0.00	4 645	0.58	0.00	4 501	0.58	0.00	2 644	0.55	0.00
Psychische Belastung ²⁾	1 181	0.37	0.00	4 667	0.45	0.00	4 633	0.48	0.00	2 920	0.43	0.00
Depression ³⁾	1 104	-0.55	0.00	4 485	-0.59	0.00	4 311	-0.59	0.00	2 299	-0.52	0.00
Kohärenzgefühl ⁴⁾	1 092	0.82	0.00									
Psychisches Wohlbefinden ⁵⁾	1 120	0.52	0.00									
Psychische Ausgeglichenheit ⁶⁾	1 119	0.32	0.00									
Coping ⁷⁾	1 049	-0.19	0.00									

1) MASTERY-Index (2007), 2) MHI-5-Index /DET_PSY (2007), 3) DSO-Index (2007), 4) SOC-13 (1997), 5) OPTIMISM-Index (1997)

6) SANPSY-Index (1997), 7) SCOP-Index (1997)

Tab. 10.9 Häufigkeitsverteilung Niedergeschlagenheit^{*)} (SDEPR01A) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	175	156	39	134	236	51	156	119	44	370
	%	1.98	3.56	3.4	2.12	2.92	4.14	3.23	2.42	1.29	2.57
manchmal 2	n	2 373	1 790	490	1803	2 850	469	1 659	1 599	926	4 653
	%	26.78	40.81	42.72	28.58	35.25	38.04	34.35	32.57	27.1	32.33
nein, nie 3	n	6 073	2 327	575	4 244	4 731	693	2 971	3 104	2 207	8975
	%	68.54	53.06	50.13	67.28	58.52	56.2	61.51	63.22	64.5	62.36
Fehlende Werte	n	239	113	43	127	268	20	44	88	243	395
	%	2.7	2.58	3.75	2.01	3.31	1.62	0.91	1.79	7.11	2.74
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=399.6$, $p<.001$; Cramérs $V=0.12$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=122.9$, $p<.001$; Cramérs $V=0.09$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=419.3$, $p<.001$; Cramérs $V=0.10$.

Tab. 10.10 Häufigkeitsverteilung Interessenverlust^{*)} (SDEPR01B) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	155	127	33	132	183	35	102	123	55	315
	%	1.75	2.9	2.88	2.09	2.26	2.84	2.11	2.51	1.61	2.19
manchmal 2	n	1 263	869	276	1 131	1 277	238	803	840	527	2 408
	%	14.26	19.81	24.06	17.93	15.79	19.3	16.63	17.11	15.4	16.73
nein, nie 3	n	7 163	3 227	781	4 891	6 280	940	3873	3834	2 524	11 171
	%	80.85	73.58	68.09	77.54	77.67	76.24	80.19	78.09	73.8	77.61
Fehlende Werte	n	279	163	57	154	345	20	52	113	314	499
	%	3.15	3.72	4.97	2.44	4.27	1.62	1.08	2.3	9.18	3.47
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren, oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=159.9$, $p<.001$; Cramérs $V=0.07$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=44.2$, $p<.001$; Cramérs $V=0.06$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=462.9$, $p<.001$; Cramérs $V=0.10$.

Tab. 10.11 Häufigkeitsverteilung Energielosigkeit^{*)} (SDEPR01C) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	389	319	80	288	500	111	292	249	136	788
	%	4.39	7.27	6.97	4.57	6.18	9	6.05	5.07	3.98	5.47
manchmal 2	n	3 975	2 465	593	2 939	4 094	604	2 556	2 310	1 563	7 033
	%	44.86	56.2	51.7	46.59	50.64	48.99	52.92	47.05	45.7	48.86
nein, nie 3	n	4 258	1 456	420	2 934	3 200	499	1 930	2 247	1 458	6 134
	%	48.06	33.2	36.62	46.51	39.58	40.47	39.96	45.76	42.6	42.62
Fehlende Werte	n	238	146	54	147	291	19	52	104	263	438
	%	2.69	3.33	4.71	2.33	3.6	1.54	1.08	2.12	7.69	3.04
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=306.8$, $p<.001$; Cramérs $V=0.10$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=87.5$, $p<.001$; Cramérs $V=0.08$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=420.7$, $p<.001$; Cramérs $V=0.10$.

Tab. 10.12 Häufigkeitsverteilung Appetitlosigkeit^{*)} (SDEPR01D) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	80	60	15	65	90	20	54	44	37	155
	%	0.9	1.37	1.31	1.03	1.11	1.62	1.12	0.9	1.08	1.08
manchmal 2	n	509	355	77	369	572	109	356	290	186	941
	%	5.74	8.09	6.71	5.85	7.07	8.84	7.37	5.91	5.44	6.54
nein, nie 3	n	8 004	3 821	997	5 738	7 084	1 083	4 372	4 468	2 899	12 822
	%	90.34	87.12	86.92	90.96	87.62	87.83	90.52	91	84.8	89.08
Fehlende Werte	n	267	150	58	136	339	21	48	108	298	475
	%	3.01	3.42	5.06	2.16	4.19	1.7	0.99	2.2	8.71	3.3
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $\chi^2_6=48.5$, $p<.001$; Cramérs $V=0.04$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $\chi^2_3=57.4$, $p<.001$; Cramérs $V=0.06$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $\chi^2_9=449.0$, $p<.001$; Cramérs $V=0.10$.

Tab. 10.13 Häufigkeitsverteilung Schlafprobleme^{*)} (SDEPR01E) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	691	455	132	444	834	93	335	472	378	1278
	%	7.8	10.37	11.51	7.04	10.32	7.54	6.94	9.61	11.1	8.88
manchmal 2	n	4 138	2 087	549	2 743	4031	451	2 107	2 485	1 731	6774
	%	46.7	47.58	47.86	43.48	49.86	36.58	43.62	50.61	50.6	47.06
nein, nie 3	n	3 808	1 726	422	2 986	2 970	664	2 342	1 869	1 081	5 956
	%	42.98	39.35	36.79	47.34	36.73	53.85	48.49	38.07	31.6	41.38
Fehlende Werte	n	223	118	44	135	250	25	46	84	230	385
	%	2.52	2.69	3.84	2.14	3.09	2.03	0.95	1.71	6.73	2.67
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $\chi^2_6=54.5$, $p<.001$; Cramérs $V=0.04$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $\chi^2_3=181.7$, $p<.001$; Cramérs $V=0.11$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $\chi^2_9=587.0$, $p<.001$; Cramérs $V=0.12$.

Tab. 10.14 Häufigkeitsverteilung langsame Bewegungen^{*)} (SDEPR01F) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	124	130	28	117	165	14	56	75	137	282
	%	1.4	2.96	2.44	1.85	2.04	1.14	1.16	1.53	4.01	1.96
manchmal 2	n	991	910	243	934	1 210	129	543	720	752	2 144
	%	11.19	20.75	21.19	14.81	14.97	10.46	11.24	14.66	22	14.9
nein, nie 3	n	7 455	3 204	823	5 102	6 380	1 066	4 172	4 006	2 238	11 482
	%	84.14	73.05	71.75	80.88	78.91	86.46	86.38	81.59	65.4	79.77
Fehlende Werte	n	290	142	53	155	330	24	59	109	293	485
	%	3.27	3.24	4.62	2.46	4.08	1.95	1.22	2.22	8.57	3.37
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?

Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $\chi^2_6=312.4$, $p<.001$; Cramérs $V=0.10$.

Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $\chi^2_3=30.2$, $p<.001$; Cramérs $V=0.05$.

Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $\chi^2_9=763.5$, $p<.001$; Cramérs $V=0.13$.

Tab. 10.15 Häufigkeitsverteilung Verlust von Selbstvertrauen^{*)} (SDEPR01H) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	146	147	25	115	203	36	138	113	31	318
	%	1.65	3.35	2.18	1.82	2.51	2.92	2.86	2.3	0.91	2.21
manchmal 2	n	1 767	1 453	296	1 293	2223	327	1 263	1 220	706	3 516
	%	19.94	33.13	25.81	20.5	27.5	26.52	26.15	24.85	20.6	24.43
nein, nie 3	n	6 654	2 608	750	4743	5 269	836	3 373	3 462	2 341	10 012
	%	75.1	59.46	65.39	75.19	65.17	67.8	69.83	70.51	68.5	69.56
Fehlende Werte	n	293	178	76	157	390	34	56	115	342	547
	%	3.31	4.06	6.63	2.49	4.82	2.76	1.16	2.34	10	3.8
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe?
 Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=385.1$, $p<.001$; Cramérs $V=0.12$.
 Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=180.6$, $p<.001$; Cramérs $V=0.11$.
 Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=534.3$, $p<.001$; Cramérs $V=0.11$.

Tab. 10.16 Häufigkeitsverteilung Konzentrationsschwierigkeiten^{*)} (SDEPR01I) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	144	115	20	115	164	31	109	96	43	279
	%	1.63	2.62	1.74	1.82	2.03	2.51	2.26	1.96	1.26	1.94
manchmal 2	n	2 037	1 418	323	1 628	2 150	337	1 171	1 307	963	3 778
	%	22.99	32.33	28.16	25.81	26.59	27.33	24.24	26.62	28.2	26.25
nein, nie 3	n	6 403	2 709	755	4 418	5 449	842	3 496	3 392	2 137	9 867
	%	72.27	61.76	65.82	70.04	67.4	68.29	72.38	69.08	62.5	68.55
Fehlende Werte	n	276	144	49	147	322	23	54	115	277	469
	%	3.12	3.28	4.27	2.33	3.98	1.87	1.12	2.34	8.1	3.26
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?
 Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=167.2$, $p<.001$; Cramérs $V=0.08$.
 Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=34.9$, $p<.001$; Cramérs $V=0.05$.
 Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=388.5$, $p<.001$; Cramérs $V=0.09$.

Tab. 10.17 Häufigkeitsverteilung Suizidgedanken^{*)} (SDEPR01J) nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppen, SGB 2007

Wert		D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	Total
an den meisten Tagen 1	n	73	57	10	63	77	18	33	49	40	140
	%	0.82	1.3	0.87	1	0.95	1.46	0.68	1	1.17	0.97
manchmal 2	n	860	632	157	758	891	86	355	609	599	1 649
	%	9.71	14.41	13.69	12.02	11.02	6.97	7.35	12.4	17.5	11.46
nein, nie 3	n	7 654	3 554	932	5 332	6 808	1 103	4 386	4 147	2 507	12 140
	%	86.39	81.03	81.26	84.53	84.21	89.46	90.75	84.46	73.3	84.35
Fehlende Werte	n	273	143	48	155	309	26	59	105	274	464
	%	3.08	3.26	4.18	2.46	3.82	2.11	1.22	2.14	8.01	3.22
Total	n	8 860	4 386	1 147	6 308	8 085	1 233	4 830	4 910	3 420	14 393
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*) Haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?
 Test auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen: Pearson $X^2_6=84.3$, $p<.001$; Cramérs $V=0.05$.
 Test auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: $X^2_3=23.7$, $p<.001$; Cramérs $V=0.04$.
 Test auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen: $X^2_9=617.4$, $p<.001$; Cramérs $V=0.12$.

Tab. 10.18 Zentrale Tendenz und Popularität DSQ-10 Items nach Sprachregion, SGB 2007

Item	MIN	MAX	CH			D-CH			F-CH			I-CH						
			n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI
Niedergeschlagenheit	1	3	13 998	2.61	0.54	87	8 621	2.68	0.51	89	4 273	2.51	0.57	84	1 104	2.49	0.57	83
Interessenverlust	1	3	13 894	2.78	0.46	93	8 581	2.82	0.43	94	4 223	2.73	0.51	91	1 090	2.69	0.53	90
Energielosigkeit	1	3	13 955	2.38	0.59	79	8 622	2.45	0.58	82	4 240	2.27	0.59	76	1 093	2.31	0.60	77
Appetitlosigkeit	1	3	13 918	2.91	0.32	97	8 593	2.92	0.30	97	4 236	2.89	0.36	96	1 089	2.90	0.34	97
Schlafprobleme	1	3	14 008	2.33	0.64	78	8 637	2.36	0.63	79	4 268	2.30	0.65	77	1 103	2.26	0.66	75
Langsame Bewegungen	1	3	13 908	2.81	0.44	94	8 570	2.86	0.39	95	4 244	2.72	0.51	91	1 094	2.73	0.50	91
Libidoverlust	1	3	13 253	2.51	0.66	84	8 258	2.54	0.65	85	3 977	2.46	0.67	82	1 018	2.44	0.66	81
Verlust Selbstvertrauen	1	3	13 846	2.70	0.51	90	8 567	2.76	0.47	92	4 208	2.58	0.56	86	1 071	2.68	0.52	89
Konzentrationschwierigkeiten	1	3	13 924	2.69	0.50	90	8 584	2.73	0.48	91	4 242	2.61	0.54	87	1 098	2.67	0.51	89
Suizidgedanken	1	3	13 929	2.86	0.37	95	8 587	2.88	0.35	96	4 243	2.82	0.41	94	1 099	2.84	0.39	95

AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung; PI=Popularitätsindex (0..100); 0=sehr schwierig, 100=sehr leicht.

Tab. 10.19 Zentrale Tendenz und Popularität DSQ-10 Items nach Geschlecht, SGB 2007

Item	MIN	MAX	Männer			Frauen				
			n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI
Niedergeschlagenheit	1	3	6 181	2.66	0.52	89	7 817	2.58	0.55	86
Interessenverlust	1	3	6 154	2.77	0.47	92	7 740	2.79	0.46	93
Energielosigkeit	1	3	6 161	2.43	0.58	81	7 794	2.35	0.60	78
Appetitlosigkeit	1	3	6 172	2.92	0.31	97	7 746	2.90	0.33	97
Schlafprobleme	1	3	6 173	2.41	0.62	80	7 835	2.27	0.64	76
Langsame Bewegungen	1	3	6 153	2.81	0.44	94	7 755	2.80	0.45	93
Libidoverlust	1	3	6 066	2.57	0.62	86	7 187	2.45	0.69	82
Verlust Selbstvertrauen	1	3	6 151	2.75	0.47	92	7 695	2.66	0.53	89
Konzentrationschwierigkeiten	1	3	6 161	2.70	0.50	90	7 763	2.68	0.51	89
Suizidgedanken	1	3	6 153	2.86	0.38	95	7 776	2.87	0.37	96

AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung; PI=Popularitätsindex (0..100); 0=sehr schwierig, 100=sehr leicht.

Tab. 10.20 Zentrale Tendenz und Popularität DSQ-10 Items nach Altersgruppen, SGB 2007

Item	15-24J				25-44J				45-64J				65+J					
	MIN	MAX	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI	n	AM	SD	PI
Niedergeschlagenheit	1	3	1 213	2.53	0.58	84	4 786	2.59	0.55	86	4 822	2.62	0.53	87	3 177	2.68	0.50	89
Interessenverlust	1	3	1 213	2.75	0.50	92	4 778	2.79	0.46	93	4 797	2.77	0.48	92	3 106	2.79	0.45	93
Energielosigkeit	1	3	1 214	2.32	0.63	77	4 778	2.34	0.59	78	4 806	2.42	0.59	81	3 157	2.42	0.57	81
Appetitlosigkeit	1	3	1 212	2.88	0.38	96	4 782	2.90	0.33	97	4 802	2.92	0.30	97	3 122	2.92	0.32	97
Schlafprobleme	1	3	1 208	2.47	0.64	82	4 784	2.42	0.62	81	4 826	2.29	0.63	76	3 190	2.22	0.64	74
Langsame Bewegungen	1	3	1 209	2.87	0.37	96	4 771	2.86	0.38	95	4 801	2.82	0.42	94	3 127	2.67	0.56	89
Libidoverlust	1	3	1 186	2.80	0.48	93	4 753	2.60	0.60	87	4 648	2.46	0.66	82	2 666	2.30	0.75	77
Verlust Selbstvertrauen	1	3	1 199	2.67	0.53	89	4 774	2.68	0.53	89	4 795	2.70	0.51	90	3 078	2.75	0.46	92
Konzentrationschwierigkeiten	1	3	1 210	2.67	0.52	89	4 776	2.71	0.50	90	4 795	2.69	0.50	90	3 143	2.67	0.50	89
Suizidgedanken	1	3	1 207	2.90	0.35	97	4 771	2.91	0.31	97	4 805	2.85	0.38	95	3 146	2.78	0.44	93

AM=Arithmetischer Mittelwert; SD=Standardabweichung; PI=Popularitätsindex {..100}; 0=sehr schwierig, 100=sehr leicht.

Tab. 10.21 Skalenausschöpfung DSQ-10 Items nach Sprachregion, Geschlecht und Altersgruppe, SGB 2007

	CH		D-CH		F-CH		I-CH		Männer		Frauen		15-24J		25-44J		45-64J		65+J	
	CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	15-24J	25-44J	45-64J	65+J	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Bandbreite	0.58	0.56	0.62	0.64	0.51	0.63	0.56	0.56	0.56	0.56	0.63	0.70								
Mittlere Ausschöpfung	19.21%	18.71%	20.66%	21.29%	16.91%	21.01%	18.58%	18.67%	18.58%	18.67%	21.06%	23.21%								

Tab. 10.22 Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10 nach Sprachregion, SGB 2007

D-CH / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	7 875	+	0.71	0.61	0.06	0.77
Interessenverlust	7 875	+	0.69	0.60	0.07	0.78
Energielosigkeit	7 875	+	0.69	0.56	0.06	0.78
Appetitlosigkeit	7 875	+	0.47	0.38	0.08	0.80
Schlafprobleme	7 875	+	0.57	0.40	0.07	0.80
Langsame Bewegungen	7 875	+	0.56	0.46	0.07	0.79
Libidoverlust	7 875	+	0.57	0.40	0.07	0.80
Verlust Selbstvertrauen	7 875	+	0.68	0.58	0.07	0.78
Konzentrationschwierigkeiten	7 875	+	0.66	0.55	0.07	0.78
Suizidgedanken	7 875	+	0.50	0.41	0.08	0.80
Test Skala					0.07	0.80
F-CH / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	3 811	+	0.71	0.61	0.09	0.80
Interessenverlust	3 811	+	0.67	0.58	0.09	0.81
Energielosigkeit	3 811	+	0.69	0.58	0.09	0.81
Appetitlosigkeit	3 811	+	0.48	0.39	0.11	0.82
Schlafprobleme	3 811	+	0.63	0.49	0.09	0.82
Langsame Bewegungen	3 811	+	0.62	0.51	0.10	0.81
Libidoverlust	3 811	+	0.59	0.43	0.09	0.82
Verlust Selbstvertrauen	3 811	+	0.69	0.58	0.09	0.80
Konzentrationschwierigkeiten	3 811	+	0.68	0.57	0.09	0.81
Suizidgedanken	3 811	+	0.54	0.45	0.10	0.82
Test Skala					0.10	0.83
I-CH / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	970	+	0.73	0.64	0.08	0.79
Interessenverlust	970	+	0.72	0.64	0.08	0.79
Energielosigkeit	970	+	0.70	0.59	0.08	0.80
Appetitlosigkeit	970	+	0.47	0.39	0.10	0.82
Schlafprobleme	970	+	0.60	0.45	0.09	0.82
Langsame Bewegungen	970	+	0.61	0.50	0.09	0.81
Libidoverlust	970	+	0.58	0.43	0.09	0.82
Verlust Selbstvertrauen	970	+	0.67	0.57	0.09	0.80
Konzentrationschwierigkeiten	970	+	0.66	0.56	0.09	0.80
Suizidgedanken	970	+	0.49	0.39	0.10	0.82
Test Skala					0.09	0.82

r_{IT}=Korrelation Item-Test. r_{IR}=Korrelation Item-Rest. K_{IJ}=Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Tab. 10.23 Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10 nach Geschlecht, SGB 2007

Männer / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	5 840	+	0.72	0.63	0.07	0.80
Interessenverlust	5 840	+	0.71	0.62	0.08	0.80
Energielosigkeit	5 840	+	0.69	0.58	0.07	0.80
Appetitlosigkeit	5 840	+	0.48	0.41	0.09	0.82
Schlafprobleme	5 840	+	0.60	0.44	0.08	0.82
Langsame Bewegungen	5 840	+	0.60	0.49	0.08	0.81
Libidoverlust	5 840	+	0.58	0.42	0.08	0.82
Verlust Selbstvertrauen	5 840	+	0.69	0.60	0.08	0.80
Konzentrationschwierigkeiten	5 840	+	0.68	0.58	0.08	0.80
Suizidgedanken	5 840	+	0.55	0.46	0.09	0.82
Test Skala					0.08	0.83
Frauen / Item	n	Vorzeichen	r_{IT}	r_{IR}	K_{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	6 816	+	0.71	0.61	0.08	0.78
Interessenverlust	6 816	+	0.68	0.59	0.08	0.79
Energielosigkeit	6 816	+	0.69	0.57	0.08	0.78
Appetitlosigkeit	6 816	+	0.47	0.38	0.09	0.81
Schlafprobleme	6 816	+	0.58	0.42	0.08	0.81
Langsame Bewegungen	6 816	+	0.60	0.50	0.08	0.79
Libidoverlust	6 816	+	0.58	0.40	0.08	0.81
Verlust Selbstvertrauen	6 816	+	0.68	0.58	0.08	0.79
Konzentrationschwierigkeiten	6 816	+	0.66	0.56	0.08	0.79
Suizidgedanken	6 816	+	0.50	0.41	0.09	0.80
Test Skala					0.08	0.81

r_{IT} =Korrelation Item-Test. r_{IR} =Korrelation Item-Rest. K_{IJ} =Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Tab. 10.24 Item-Trennschärfe und Reliabilität DSQ-10 nach Altersgruppen, SGB 2007

15-24J / Item	n	Vorzeichen	r _{IT}	r _{IR}	K _{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	1 138	+	0.72	0.61	0.07	0.78
Interessenverlust	1 138	+	0.71	0.61	0.07	0.78
Energielosigkeit	1 138	+	0.68	0.55	0.07	0.78
Appetitlosigkeit	1 138	+	0.50	0.41	0.08	0.80
Schlafprobleme	1 138	+	0.62	0.46	0.07	0.80
Langsame Bewegungen	1 138	+	0.55	0.45	0.08	0.80
Libidoverlust	1 138	+	0.50	0.37	0.08	0.80
Verlust Selbstvertrauen	1 138	+	0.64	0.52	0.07	0.79
Konzentrationschwierigkeiten	1 138	+	0.64	0.52	0.07	0.79
Suizidgedanken	1 138	+	0.50	0.40	0.08	0.80
Test Skala					0.08	0.81
25-44J / Item	n	Vorzeichen	r _{IT}	r _{IR}	K _{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	4 599	+	0.74	0.65	0.07	0.80
Interessenverlust	4 599	+	0.70	0.61	0.08	0.80
Energielosigkeit	4 599	+	0.68	0.56	0.08	0.81
Appetitlosigkeit	4 599	+	0.51	0.42	0.09	0.82
Schlafprobleme	4 599	+	0.59	0.44	0.08	0.82
Langsame Bewegungen	4 599	+	0.59	0.50	0.09	0.82
Libidoverlust	4 599	+	0.59	0.44	0.08	0.82
Verlust Selbstvertrauen	4 599	+	0.71	0.62	0.08	0.80
Konzentrationschwierigkeiten	4 599	+	0.70	0.61	0.08	0.80
Suizidgedanken	4 599	+	0.49	0.41	0.09	0.82
Test Skala					0.08	0.83
45-64J / Item	N	Vorzeichen	r _{IT}	r _{IR}	K _{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	4 474	+	0.74	0.65	0.08	0.81
Interessenverlust	4 474	+	0.72	0.64	0.09	0.82
Energielosigkeit	4 474	+	0.73	0.63	0.08	0.82
Appetitlosigkeit	4 474	+	0.47	0.40	0.10	0.84
Schlafprobleme	4 474	+	0.60	0.46	0.09	0.84
Langsame Bewegungen	4 474	+	0.61	0.52	0.09	0.83
Libidoverlust	4 474	+	0.62	0.47	0.09	0.84
Verlust Selbstvertrauen	4 474	+	0.72	0.63	0.09	0.82
Konzentrationschwierigkeiten	4 474	+	0.67	0.57	0.09	0.82
Suizidgedanken	4 474	+	0.57	0.48	0.10	0.83
Test Skala					0.09	0.84
65+J / Item	n	Vorzeichen	r _{IT}	r _{IR}	K _{IJ}	Alpha
Niedergeschlagenheit	2 445	+	0.68	0.58	0.07	0.74
Interessenverlust	2 445	+	0.61	0.51	0.07	0.75
Energielosigkeit	2 445	+	0.70	0.58	0.06	0.74
Appetitlosigkeit	2 445	+	0.42	0.34	0.08	0.77
Schlafprobleme	2 445	+	0.54	0.37	0.07	0.77
Langsame Bewegungen	2 445	+	0.63	0.50	0.07	0.75
Libidoverlust	2 445	+	0.55	0.34	0.07	0.78
Verlust Selbstvertrauen	2 445	+	0.63	0.53	0.07	0.75
Konzentrationschwierigkeiten	2 445	+	0.60	0.48	0.07	0.75
Suizidgedanken	2 445	+	0.49	0.37	0.08	0.77
Test Skala					0.07	0.78

r_{IT}=Korrelation Item-Test. r_{IR}=Korrelation Item-Rest. K_{IJ}=Durchschnittliche Inter-Item Kovarianz.

Tab. 10.25 Übersicht über die Operationalisierung der zehn ausgewählten Konstrukte

Konstrukt	Fragen / Indizes	Skalen
Subjektive Gesundheit	„Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“	1=sehr gut, 2=gut; 3=mittelmässig, 4=schlecht, 5=sehr schlecht
Physische Gesundheit	körperliche Beschwerden (ohne Fieber)	1=keine/kaum Beschwerden; 2=einige Beschwerden; 3=starke Beschwerden
Bewegung	Schwitzen: „Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen? Z.B. durch schnelles Laufen/Rennen/Velofahren usw.“ Tage Schwitzen: „An wie vielen Tagen pro Woche (im Durchschnitt)?“ Sport treiben: „Betreiben Sie Gymnastik, Fitness oder Sport?“ Sport Intensität: „Wie ist das mit diesen körperlichen Aktivitäten oder Sportarten? Betreiben Sie sie...“ Stunden pro Woche: „Und wie viele Stunden sind das etwa in einer Woche?“ Index für Aktivitätsniveau	1= ja, 2=nein Anzahl Tage pro Woche 1=ja, 2=nein 1=sehr intensiv, 2=ziemlich intensiv, 3=mittelmässig intensiv, 4=wenig intensiv, 5=gar nicht intensiv Anzahl Stunden pro Woche 1=inaktiv, 2=teilaktiv, 3=unregelmässig aktiv, 4=regelmässig aktiv, 5=trainiert
Soziale Unterstützung	Gesprächspartner: „Gibt es unter den Personen, wo Ihnen nahestehen, jemandem, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?“ Vermissten Gesprächspartner: „Vermissten Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?“ Einsamkeitsgefühle: „Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen?“ Index Äquivalenzeinkommen in Quintilen	1=ja, mehrere Personen, 2=ja, eine Person, 3=nein 1=ja, 2=nein 1=sehr häufig, 2=ziemlich häufig, 3=manchmal, 4=nie 1=obligatorische Schule, 2=Sekundarstufe II, 3=Tertiärstufe 1=1.Quintil (arithm. Mittel: 1723 CHF), 2=2.Quintil (2651); 3=3.Quintil (3620), 4=4.Quintil (4868), 5=5.Quintil (8148) Anzahl Arztbesuche
Bildung	Häufigkeit Arztbesuche: „Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten beim Arzt gewesen?“	1=ja, 2=nein
Haushaltseinkommen	Behandlung psychische Probleme letzte 12 Monate: „Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen eines psychischen Problems?“	1=ja, 2=nein
Medizinische Leistungen	Arbeitszufriedenheit (Index)	1=sehr gering, 2=gering, 3=mittel, 4=hoch, 5=sehr hoch
Arbeit	Angst vor Arbeitsplatzverlust: „Haben Sie Angst Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren?“	1=ja, sehr stark, 2=ja, ziemlich, 3=eher nicht, 4=nein, gar nicht
Wohnen	Wohnungsgrösse Anzahl Personen im Haushalt Kinder Zivilstand	Anzahl Zimmer (halbe Zimmer abgerundet; ab 8 Zimmer immer mit 8 kodiert) Anzahl Personen Anzahl Kinder unter 15 Jahren 1=ledig, 2=verheiratet, 3=verwitwet, 4=geschieden,

Konstrukt	Fragen / Indizes	Skalen
Chronifizierungen/ Einschränkungen	<p>Dauerhafte Krankheit: „Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?“</p> <p>Einschränkungen wegen Krankheit: „Wie sehr sind Sie zumindest während der letzten 6 Monate durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen? Würden Sie sagen, Sie sind ... gewesen:“</p> <p>Eingeschränkte Aktivitäten: „Ich lese Ihnen jetzt andere Aktivitäten rund um den Haushalt vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das ohne Schwierigkeiten, mit leichten Schwierigkeiten, mit starken Schwierigkeiten oder überhaupt nicht machen können“</p>	<p>5=getrennt, 6=in eingetragener Partnerschaft, 7=aufgelöste eingetragene Partnerschaft, 8=andere</p> <p>1 =ja, 2=nein</p> <p>1 =stark eingeschränkt, 2=etwas eingeschränkt, 3=nicht eingeschränkt</p> <p>1 = ja, ohne Schwierigkeiten, 2=ja, mit leichten Schwierigkeiten, 3=ja, aber mit starken Schwierigkeiten, 4=nein, Aktivitäten: selbständig Essen zubereiten, selbständig telefonieren, selbständig einkaufen, selbständig Wäsche waschen, selbständig leichte Hausarbeit erledigen, selbständig gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich selbständig um Finanzen kümmern, selbständig die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen</p>

Tab. 10.26 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.19	-0.17	-0.21	-0.20	-0.18	-0.19	-0.17	-0.20	-0.23	-0.21
	n	12 988	7 990	4 009	989	5 831	7 157	1 202	4 644	4 500	2 642
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	-0.23	-0.23	-0.23	-0.26	-0.22	-0.24	-0.13	-0.23	-0.28	-0.29
	n	17 628	10 857	5 345	1 426	7 832	9 796	1 704	6 005	5 817	4 102
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	0.14	0.12	0.17	0.18	0.14	0.15	0.04	0.12	0.19	0.20
	n	18 750	11 485	5 723	1 542	8 419	10 331	1 813	6 314	6 122	4 501
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	0.12	0.10	0.15	0.16	0.11	0.13	0.08	0.13	0.15	0.09
	n	14 205	8 748	4 334	1 123	6 238	7 967	1 221	4 811	4 866	3 307
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
Depr. DSQ, ICD	ρ	0.16	0.14	0.19	0.20	0.17	0.16	0.05	0.16	0.21	0.15
	n	14 205	8 748	4 334	1 123	6 238	7 967	1 221	4 811	4 866	3 307
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	-0.14	-0.12	-0.18	-0.12	-0.14	-0.14	-0.14	-0.17	-0.23	-0.21
	n	13 543	8 286	4 186	1 071	6 039	7 504	1 187	4 686	4 675	2 995
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? (1=sehr gut; 2= gut; 3=mittelmässig; 4=schlecht; 5=sehr schlecht)

Tab. 10.27 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.19	-0.18	-0.21	-0.18	-0.17	-0.20	-0.17	-0.18	-0.21	-0.24
	n	10 086	6 469	2 783	834	4 576	5 510	1 151	4 474	2 880	1 581
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	-0.22	-0.21	-0.22	-0.30	-0.18	-0.25	-0.20	-0.22	-0.29	-0.33
	n	12 568	7 974	3 498	1 096	5 555	7 013	1 382	5 261	3 526	2 399
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	-0.17	-0.19	-0.16	-0.23	-0.15	-0.18	-0.17	-0.17	-0.20	-0.18
	n	2 756	1 617	943	196	1 183	1 573	1 133	742	532	349
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Coping	ρ	0.04	0.05	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.05	0.08	0.02
	n	9 037	5 911	2 407	719	4 206	4 831	1 091	4 202	2 566	1 178
	p	0.00	0.00	0.32	0.36	0.04	0.02	0.29	0.00	0.00	0.44
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	-0.15	-0.14	-0.19	-0.05	-0.13	-0.16	-0.15	-0.23	-0.23	-0.24
	n	2 597	1 495	911	191	1 121	1 476	1 128	704	473	292
	p	0.00	0.00	0.00	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	-0.17	-0.17	-0.19	-0.11	-0.12	-0.21	-0.19	-0.22	-0.17	-0.26
	n	2 409	1 379	855	175	1 065	1 344	1 092	664	429	224
	p	0.00	0.00	0.00	0.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? (1=sehr gut; 2= gut; 3=mittelmässig; 4=schlecht; 5=sehr schlecht)

Tab. 10.28 Körperliche Beschwerden (ohne Fieber); Index 2007*

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.28	-0.25	-0.30	-0.34	-0.27	-0.27	-0.27	-0.28	-0.30	-0.26
	n	12 132	7 486	3 725	921	5 461	6 671	1 085	4 232	4 265	2 550
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	-0.33	-0.32	-0.33	-0.39	-0.32	-0.33	-0.34	-0.33	-0.34	-0.31
	n	16 463	10 169	4 967	1 327	7 321	9 142	1 513	5 475	5 518	3 957
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	0.08	0.08	0.10	0.08	0.10	0.08	0.04	0.06	0.15	0.06
	n	17 421	10 704	5 288	1 429	7 826	9 595	1 597	5 740	5 773	4 311
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	0.12	0.10	0.15	0.14	0.12	0.12	0.12	0.11	0.14	0.10
	n	13 290	8 211	4 031	1 048	5 849	7 441	1 098	4 387	4 611	3 194
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Depr. DSQ, ICD	ρ	0.18	0.15	0.22	0.22	0.17	0.18	0.16	0.17	0.21	0.15
	n	13 290	8 211	4 031	1 048	5 849	7 441	1 098	4 387	4 611	3 194
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	-0.25	-0.24	-0.26	-0.29	-0.26	-0.25	-0.22	-0.26	-0.27	-0.28
	n	12 668	7 779	3 890	999	5 660	7 008	1 068	4 274	4 439	2 887
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) 1=keine/kaum Beschwerden; 2=einige Beschwerden; 3=starke Beschwerden

Tab. 10.29 Körperliche Beschwerden (ohne Fieber); Index 1997*

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.26	-0.25	-0.27	-0.28	-0.25	-0.26	-0.22	-0.26	-0.26	-0.30
	n	9 227	5 919	2 546	762	4 181	5 046	1 021	4 042	2 668	1 496
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	-0.34	-0.34	-0.34	-0.38	-0.34	-0.35	-0.30	-0.34	-0.36	-0.37
	n	11 503	7 293	3 210	1 000	5 084	6 419	1 213	4 747	3 277	2 266
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	-0.19	-0.20	-0.15	-0.30	-0.21	-0.18	-0.16	-0.20	-0.20	-0.22
	n	2 495	1 459	855	181	1 072	1 423	1 004	672	489	330
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Coping	ρ	0.11	0.11	0.11	0.16	0.09	0.07	0.12	0.11	0.11	0.10
	n	8 267	5 408	2 201	658	3 847	4 420	972	3 796	2 383	1 116
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	-0.26	-0.22	-0.29	-0.38	-0.27	-0.25	-0.26	-0.25	-0.28	-0.33
	n	2 347	1 342	828	177	1 013	1 334	999	640	432	276
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	-0.28	-0.25	-0.28	-0.42	-0.28	-0.27	-0.28	-0.26	-0.32	-0.30
	n	2 176	1 239	776	161	965	1 211	969	602	394	211
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) 1=kein/kaum Beschwerden; 2=einige Beschwerden; 3=starke Beschwerden

Tab. 10.30 Soziale Unterstützung: Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.07	-0.04	-0.08	-0.09	-0.08	-0.08	-0.10	-0.08	-0.09	-0.05
	n	12 966	7 975	4 003	988	5 814	7 152	1 201	4 641	4 491	2 633
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
Psych. Belastung	ρ	-0.09	-0.07	-0.09	-0.12	-0.09	-0.10	-0.05	-0.11	-0.09	-0.08
	n	17 591	10 831	5 335	1 425	7 809	9 782	1 702	6 000	5 804	4 085
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	0.03	0.03	0.04	0.05	0.03	0.04	0.02	0.04	0.05	0.01
	n	17 882	11 011	5 412	1 459	7 916	9 966	1 711	6 049	5 891	4 231
	p	0.00	0.01	0.01	0.05	0.01	0.00	0.34	0.00	0.00	0.62
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	0.06	0.04	0.07	0.11	0.04	0.08	0.04	0.07	0.06	0.06
	n	14 181	8 731	4 328	1 122	6 221	7 960	1 220	4 807	4 858	3 296
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Depr. DSQ, ICD	ρ	0.06	0.05	0.06	0.08	0.06	0.07	0.03	0.07	0.08	0.04
	n	14 181	8 731	4 328	1 122	6 221	7 960	1 220	4 807	4 858	3 296
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	-0.05	-0.04	-0.06	-0.04	-0.05	-0.05	-0.07	-0.08	-0.09	-0.08
	n	13 521	8 271	4 180	1 070	6 023	7 498	1 186	4 683	4 667	2 985
	p	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00

*) Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können? (INT: Diese Person kann auch der Partner sein!) 1=ja, mehrere Personen; 2=ja, eine Person; 3=nein

Tab. 10.31 Soziale Unterstützung: Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.04	-0.02	-0.06	-0.03	-0.02	-0.07	-0.06	-0.05	-0.03	-0.06
	n	10 075	6 460	2 781	834	4 572	5 503	1 151	4 470	2 878	1 576
	p	0.00	0.19	0.00	0.44	0.31	0.00	0.05	0.00	0.09	0.02
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	-0.03	-0.02	-0.04	-0.05	-0.01	-0.04	-0.08	-0.03	-0.02	-0.10
	n	12 553	7 965	3 493	1 095	5 547	7 006	1 382	5 257	3 524	2 390
	p	0.00	0.11	0.04	0.08	0.53	0.00	0.00	0.01	0.18	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	-0.09	-0.06	-0.10	-0.07	-0.07	-0.10	-0.10	-0.05	-0.13	-0.08
	n	2 754	1 616	942	196	1 183	1 571	1 133	741	531	349
	p	0.00	0.01	0.00	0.30	0.02	0.00	0.00	0.15	0.00	0.13
Coping	ρ	-0.07	-0.07	-0.07	-0.08	-0.05	-0.08	-0.05	-0.06	-0.07	-0.07
	n	9 031	5 907	2 405	719	4 204	4 827	1 091	4 200	2 564	1 176
	p	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.14	0.00	0.00	0.02
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	-0.03	0.02	-0.07	-0.11	-0.01	-0.04	-0.08	-0.06	-0.06	-0.17
	n	2 594	1 493	910	191	1 120	1 474	1 128	703	472	291
	p	0.17	0.43	0.04	0.14	0.69	0.12	0.00	0.09	0.20	0.00
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	-0.06	-0.03	-0.04	-0.13	-0.02	-0.09	-0.11	-0.05	-0.12	-0.12
	n	2 406	1 377	854	175	1 064	1 342	1 092	663	428	223
	p	0.01	0.31	0.21	0.08	0.60	0.00	0.00	0.17	0.01	0.07

*) Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können? INT: Diese Person kann auch der Partner sein! (1=ja, mehrere Personen; 2=ja, eine Person; 3=nein)

Tab. 10.32 Soziale Unterstützung: Vermisst Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.16	0.18	0.13	0.18	0.18	0.15	0.12	0.18	0.19	0.14
	n	12 958	7 974	3 997	987	5 817	7 141	1 202	4 636	4 494	2 626
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	0.20	0.21	0.17	0.25	0.20	0.19	0.16	0.18	0.22	0.21
	n	17 575	10 821	5 330	1 424	7 810	9 765	1 703	5 989	5 808	4 075
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	-0.11	-0.11	-0.09	-0.12	-0.12	-0.09	-0.13	-0.12	-0.12	-0.08
	n	17 859	10 997	5 404	1 458	7 914	9 945	1 712	6 037	5 892	4 218
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	-0.09	-0.08	-0.11	-0.11	-0.09	-0.09	-0.05	-0.10	-0.10	-0.09
	n	14 174	8 731	4 321	1 122	6 223	7 951	1 221	4 803	4 860	3 290
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Depr. DSQ, ICD	ρ	-0.12	-0.11	-0.14	-0.14	-0.13	-0.12	-0.11	-0.12	-0.15	-0.10
	n	14 174	8 731	4 321	1 122	6 223	7 951	1 221	4 803	4 860	3 290
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	0.16	0.17	0.15	0.19	0.20	0.14	0.17	0.18	0.19	0.14
	n	13 512	8 270	4 173	1 069	6 024	7 488	1 187	4 678	4 668	2 979
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Vermissen Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können? (1= ja; 2=nein)

Tab. 10.33 Soziale Unterstützung: Vermisst Gesprächspartner für vertrauliche Gespräche*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.31	0.35	0.26	0.33	0.34	0.25	0.11	0.21	0.36	0.42
	n	608	283	257	68	282	326	42	196	212	158
	p	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.47	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	0.28	0.30	0.21	0.42	0.29	0.25	0.19	0.22	0.27	0.33
	n	854	395	357	102	375	479	55	260	281	258
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16	0.00	0.00	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	0.16	0.13	0.18	0.21	-0.05	0.32	0.25	-0.17	0.20	0.33
	n	172	73	79	20	82	90	42	39	53	38
	p	0.03	0.27	0.12	0.38	0.68	0.00	0.11	0.30	0.15	0.04
Coping	ρ	-0.13	-0.05	-0.20	-0.29	-0.10	-0.13	-0.26	-0.06	-0.19	-0.10
	n	502	241	212	49	240	262	39	182	168	113
	p	0.00	0.43	0.00	0.04	0.12	0.04	0.11	0.41	0.01	0.30
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	0.17	0.33	0.01	0.14	0.11	0.20	0.12	0.01	0.20	0.25
	n	164	69	75	20	80	84	43	39	46	36
	p	0.03	0.01	0.94	0.55	0.34	0.07	0.46	0.97	0.19	0.14
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	0.25	0.35	0.08	0.21	0.27	0.20	0.24	0.12	0.26	0.16
	n	150	63	69	18	76	74	43	36	44	27
	p	0.00	0.00	0.51	0.41	0.02	0.09	0.12	0.50	0.09	0.43

*) Vermissen Sie manchmal eine Person, mit der Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können? (1= ja; 2=nein); Achtung: nur Personen, die angegeben haben, dass sie niemanden haben, mit dem sie über Probleme reden können

Tab. 10.34 Soziale Unterstützung: Einsamkeitsgefühle*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.30	0.31	0.27	0.30	0.29	0.30	0.29	0.32	0.32	0.22
	n	12 980	7 983	4 007	990	5 831	7 149	1 202	4 641	4 498	2 639
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	0.33	0.32	0.34	0.37	0.31	0.34	0.26	0.31	0.35	0.36
	n	17 613	10 844	5 344	1 425	7 830	9 783	1 704	5 999	5 815	4 095
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	-0.19	-0.19	-0.18	-0.24	-0.19	-0.19	-0.16	-0.20	-0.23	-0.12
	n	17 890	11 015	5 419	1 456	7 933	9 957	1 713	6 045	5 894	4 238
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	-0.13	-0.11	-0.16	-0.18	-0.14	-0.13	-0.10	-0.15	-0.16	-0.10
	n	14 191	8 737	4 311	1 123	6 235	7 956	1 221	4 806	4 863	3 301
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Depr. DSQ, ICD	ρ	-0.16	-0.14	-0.20	-0.15	-0.16	-0.16	-0.08	-0.17	-0.21	-0.12
	n	14 191	8 737	4 311	1 123	6 235	7 956	1 221	4 806	4 863	3 301
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	0.30	0.30	0.29	0.29	0.31	0.29	0.26	0.31	0.30	0.24
	n	13 532	8 278	4 183	1 071	6 037	7 495	1 187	4 683	4 671	2 991
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich **einsam fühlen**? Kommt das... (1=sehr häufig; 2=ziemlich häufig; 3=manchmal; 4=nie)

Tab. 10.35 Soziale Unterstützung: Einsamkeitsgefühle*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.28	0.30	0.24	0.29	0.28	0.28	0.26	0.29	0.29	0.26
	n	10 076	6 462	2 780	834	4 574	5 502	1 150	4 471	2 878	1 577
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	0.27	0.27	0.24	0.34	0.25	0.29	0.24	0.22	0.29	0.32
	n	12 559	7 969	3 494	1 096	5 551	7 008	1 382	5 257	3 524	2 396
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	0.21	0.22	0.17	0.35	0.18	0.22	0.17	0.26	0.18	0.29
	n	2 755	1 617	942	196	1 183	1 572	1 133	742	532	348
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Coping	ρ	-0.15	-0.15	-0.16	-0.15	-0.12	-0.13	-0.16	-0.14	-0.13	-0.11
	n	9 032	5 908	2 405	719	4 205	4 827	1 091	4 201	2 564	1 176
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	0.30	0.31	0.26	0.38	0.28	0.31	0.27	0.30	0.29	0.18
	n	2 596	1 495	910	191	1 121	1 475	1 128	704	473	291
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	0.30	0.30	0.28	0.42	0.28	0.30	0.28	0.30	0.26	0.21
	n	2 408	1 379	854	175	1 065	1 343	1 092	664	429	223
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich **einsam fühlen**? Kommt das... (1=sehr häufig; 2=ziemlich häufig; 3=manchmal; 4=nie)

Tab. 10.36 Häufigkeit Arztbesuche 12 Monate*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.13	-0.12	-0.12	-0.19	-0.11	-0.13	-0.14	-0.14	-0.18	-0.11
	n	12 843	7 902	3 964	977	5 790	7 053	1 189	4 615	4 454	2 585
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	-0.17	-0.17	-0.16	-0.22	-0.15	-0.17	-0.14	-0.17	-0.22	-0.16
	n	17 392	10 706	5 282	1 404	7 778	9 614	1 682	5 965	5 748	3 997
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	0.11	0.10	0.12	0.13	0.11	0.12	0.07	0.11	0.15	0.10
	n	18 455	11 299	5 640	1 516	8 336	10 119	1 787	6 266	6 032	4 370
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	0.08	0.06	0.10	0.12	0.09	0.07	0.10	0.09	0.10	0.02
	n	14 040	8 646	4 285	1 109	6 196	7 844	1 208	4 782	4 815	3 235
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18
Depr. DSQ, ICD	ρ	0.13	0.11	0.17	0.15	0.14	0.12	0.08	0.15	0.17	0.08
	n	14 040	8 646	4 285	1 109	6 196	7 844	1 208	4 782	4 815	3 235
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	-0.09	-0.08	-0.11	-0.09	-0.07	-0.11	-0.12	-0.13	-0.17	-0.12
	n	13 390	8 192	4 140	1 058	5 998	7 392	1 175	4 658	4 626	2 931
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt gewesen? (1 bis 97 Male)

Tab. 10.37 Häufigkeit Arztbesuche 12 Monate*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	-0.12	-0.12	-0.11	-0.14	-0.09	-0.13	-0.08	-0.12	-0.15	-0.15
	n	10 087	6 470	2 783	834	4 577	5 510	1 151	4 474	2 880	1 582
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	-0.11	-0.09	-0.11	-0.21	-0.07	-0.13	-0.09	-0.12	-0.14	-0.16
	n	12 569	7 975	3 498	1 096	5 555	7 014	1 382	5 261	3 527	2 399
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	-0.07	-0.07	-0.05	-0.15	-0.06	-0.08	-0.05	-0.12	-0.08	-0.07
	n	2 756	1 617	943	196	1 183	1 573	1 133	742	532	349
	p	0.00	0.00	0.11	0.03	0.05	0.00	0.07	0.00	0.08	0.23
Coping	ρ	0.07	0.07	0.07	0.08	0.05	0.03	0.03	0.10	0.08	0.04
	n	9 038	5 912	2 407	719	4 207	4 831	1 091	4 202	2 566	1 179
	p	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.05	0.25	0.00	0.00	0.19
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	-0.08	-0.06	-0.12	-0.12	-0.07	-0.09	-0.09	-0.16	-0.13	-0.11
	n	2 597	1 495	911	191	1 121	1 476	1 128	704	473	292
	p	0.00	0.02	0.00	0.10	0.02	0.00	0.00	0.00	0.01	0.06
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	-0.09	-0.08	-0.08	-0.16	-0.07	-0.10	-0.10	-0.17	-0.10	-0.03
	n	2 409	1 379	855	175	1 065	1 344	1 092	664	429	224
	p	0.00	0.00	0.02	0.03	0.03	0.00	0.00	0.00	0.03	0.64

*) Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt gewesen? (1 bis 97 Male)

Tab. 10.38 Behandlung psychische Probleme 12 Monate*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.21	0.22	0.19	0.18	0.20	0.22	0.20	0.22	0.21	0.18
	n	12 988	7 988	4 010	990	5 830	7 158	1 201	4 645	4 498	2 644
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	0.25	0.26	0.23	0.23	0.25	0.24	0.17	0.25	0.31	0.14
	n	17 627	10 856	5 344	1 427	7 831	9 796	1 703	6 004	5 816	4 104
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	-0.21	-0.22	-0.19	-0.22	-0.19	-0.23	-0.20	-0.23	-0.23	-0.15
	n	18 745	11 480	5 722	1 543	8 416	10 329	1 812	6 313	6 116	4 504
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	-0.18	-0.19	-0.17	-0.24	-0.22	-0.15	-0.06	-0.21	-0.20	-0.09
	n	14 207	8 748	4 335	1 124	6 237	7 970	1 220	4 812	4 865	3 310
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.00
Depr. DSQ, ICD	ρ	-0.22	-0.21	-0.23	-0.20	-0.24	-0.20	-0.19	-0.24	-0.25	-0.10
	n	14 207	8 748	4 335	1 124	6 237	7 970	1 220	4 812	4 865	3 310
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Kohärenzgefühl	ρ	0.18	0.18	0.19	0.19	0.18	0.18	0.12	0.19	0.22	0.12
	n	13 544	8 285	4 187	1 072	6 038	7 506	1 186	4 687	4 673	2 998
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?

Tab. 10.39 Behandlung psychische Probleme 12 Monate*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.18	0.20	0.14	0.19	0.16	0.19	0.17	0.20	0.18	0.11
	n	10 085	6 468	2 783	834	4 577	5 508	1 151	4 472	2 880	1 582
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	0.16	0.15	0.15	0.20	0.14	0.17	0.16	0.15	0.16	0.14
	n	12 569	7 975	3 498	1 096	5 555	7 014	1 382	5 261	3 527	2 399
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Wohlbefinden	ρ	0.17	0.17	0.17	0.23	0.14	0.19	0.12	0.28	0.11	0.13
	n	2 755	1 616	943	196	1 183	1 572	1 133	741	532	349
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02
Coping	ρ	-0.07	-0.08	-0.05	-0.03	-0.05	-0.06	-0.07	-0.07	-0.06	-0.05
	n	9 036	5 910	2 407	719	4 207	4 829	1 091	4 200	2 566	1 179
	p	0.00	0.00	0.01	0.47	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.11
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	0.16	0.15	0.18	0.14	0.12	0.18	0.16	0.24	0.12	-0.06
	n	2 596	1 494	911	191	1 121	1 475	1 128	703	473	292
	p	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.28
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	0.15	0.12	0.19	0.23	0.13	0.16	0.15	0.25	0.07	-0.03
	n	2 408	1 378	855	175	1 065	1 343	1 092	663	429	224
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.64

*) Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?

Tab. 10.40 Arbeitszufriedenheit (5-stufig, Index *), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.30	0.28	0.30	0.31	0.34	0.27	0.29	0.30	0.30	0.39
	n	7 290	4 614	2 216	460	3 743	3 547	610	3 750	2 852	78
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	0.21	0.19	0.23	0.15	0.24	0.19	0.14	0.21	0.22	0.30
	n	7 537	4 794	2 274	469	3 861	3 676	617	3 847	2 987	86
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	-0.12	-0.12	-0.11	-0.18	-0.15	-0.10	-0.14	-0.10	-0.12	-0.07
	n	7 580	4 825	2 283	472	3 885	3 695	621	3 861	3 009	89
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.49
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	-0.13	-0.12	-0.14	-0.14	-0.12	-0.14	-0.13	-0.12	-0.14	-
	n	7 558	4 813	2 275	470	3 870	3 688	619	3 854	2 997	-
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Depr. DSQ, ICD	ρ	-0.18	-0.15	-0.21	-0.20	-0.19	-0.18	-0.15	-0.18	-0.18	-
	n	7 558	4 813	2 275	470	3 870	3 688	619	3 854	2 997	-
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Kohärenzgefühl	ρ	0.41	0.40	0.44	0.41	0.47	0.35	0.37	0.40	0.42	0.43
	n	7 378	4 659	2 251	468	3 799	3 579	602	3 775	2 915	86
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*) 1=sehr gering, 2=gering; 3=mittel; 4=hoch; 5=sehr hoch

Tab. 10.41 Arbeitszufriedenheit (5-stufig, Index *), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.27	0.23	0.32	0.27	0.29	0.26	0.29	0.25	0.30	0.02
	n	5 561	3 658	1 493	410	3 112	2 449	709	3 297	1 517	38
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.89
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	0.18	0.17	0.19	0.22	0.18	0.18	0.20	0.15	0.19	0.29
	n	5 620	3 692	1 514	414	3 137	2 483	718	3 323	1 539	40
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07
Psych. Wohlbefinden	ρ	0.31	0.30	0.29	0.32	0.30	0.32	0.37	0.28	0.26	-0.45
	n	1 526	888	537	101	758	768	695	566	252	13
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.12
Coping	ρ	-0.05	-0.04	-0.10	-0.09	-0.08	-0.05	-0.08	-0.03	-0.05	0.10
	n	5 263	3 481	1 395	387	2 971	2 292	670	3 130	1 428	35
	p	0.00	0.03	0.00	0.07	0.00	0.01	0.04	0.06	0.05	0.55
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	0.39	0.39	0.39	0.45	0.39	0.40	0.39	0.38	0.37	0.65
	n	1 457	844	515	98	723	734	690	523	232	12
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	0.41	0.39	0.40	0.52	0.42	0.41	0.41	0.39	0.42	0.46
	n	1 401	811	494	96	692	709	667	501	222	11
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16

*) 1=sehr gering, 2=gering; 3=mittel; 4=hoch; 5=sehr hoch

Tab. 10.42 Angst vor Arbeitsplatzverlust*), 2007

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.21	0.20	0.22	0.20	0.22	0.20	0.15	0.20	0.24	0.24
	n	7 652	4'823	2'320	509	3'907	3'745	618	3'857	3'082	95
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Belastung	ρ	0.13	0.11	0.17	0.14	0.14	0.12	0.01	0.13	0.16	0.27
	n	7 988	5'059	2'400	529	4'066	3'922	627	3'976	3'270	115
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.74	0.00	0.00	0.00
Maj. Depr. CIDI-SF	ρ	-0.08	-0.09	-0.04	-0.10	-0.09	-0.06	-0.05	-0.07	-0.09	-0.12
	n	8 039	5 093	2 '414	532	4 093	3 946	630	3 991	3 '300	118
	p	0.00	0.00	0.07	0.02	0.00	0.00	0.21	0.00	0.00	0.21
Maj. Depr. DSQ, DSM	ρ	-0.08	-0.10	-0.05	-0.11	-0.09	-0.09	-0.00	-0.09	-0.10	-
	n	8 009	5 076	2 404	529	4 073	3 936	628	3 981	3 283	-
	p	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.94	0.00	0.00	-
Depr. DSQ, ICD	ρ	-0.10	-0.10	-0.11	-0.10	-0.11	-0.09	-0.02	-0.08	-0.13	-
	n	8 009	5 076	2 271	529	4 073	3 936	628	3 981	3 283	-
	p	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.69	0.00	0.00	-
Kohärenzgefühl	ρ	0.27	0.27	0.26	0.34	0.29	0.24	0.22	0.24	0.32	0.18
	n	7 775	4'889	2'365	521	3'978	3'797	607	3'887	3'169	112
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06

*) Haben Sie Angst Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren (1=ja, sehr stark; 2=ja, ziemlich, 3=eher nicht; 4=nein, gar nicht)

Tab. 10.43 Angst vor Arbeitsplatzverlust*), 1997

		CH	D-CH	F-CH	I-CH	Männer	Frauen	15-24J	25-44J	45-64J	65+J
Kontrollüberzeugung	ρ	0.18	0.17	0.19	0.23	0.19	0.17	0.14	0.17	0.22	0.05
	n	6 326	4 129	1 711	486	3 466	2 860	731	3 579	1 898	118
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Psych. Ausgeglichenheit	ρ	0.09	0.08	0.09	0.12	0.11	0.06	0.01	0.07	0.14	0.19
	n	6 509	4 231	1 772	506	3 536	2 973	742	3 639	1 987	141
	p	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.69	0.00	0.00	0.03
Psych. Wohlbefinden	ρ	0.18	0.17	0.20	0.17	0.15	0.21	0.14	0.23	0.16	0.16
	n	1 782	1 043	616	123	862	920	716	645	373	48
	p	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.27
Coping	ρ	-0.06	-0.07	-0.02	-0.13	-0.07	-0.06	-0.04	-0.08	-0.04	-0.10
	n	5 879	3 872	1 562	445	3 257	2 622	690	3 366	1 729	94
	p	0.00	0.00	0.42	0.01	0.00	0.00	0.25	0.00	0.09	0.35
Kohärenzgefühl (SOC-3)	ρ	0.19	0.17	0.21	0.20	0.20	0.19	0.09	0.28	0.25	0.25
	n	1 708	989	597	122	822	886	712	612	341	43
	p	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.11
Kohärenzgefühl (SOC-13)	ρ	0.21	0.20	0.21	0.26	0.20	0.22	0.14	0.30	0.23	0.30
	n	1 622	934	572	116	783	839	686	580	317	39
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06

*) Haben Sie Angst Ihren heutigen Arbeitsplatz zu verlieren (1=ja, sehr stark; 2=ja, ziemlich, 3=eher nicht; 4=nein, gar nicht)

Tab. 10.44 Regressionen 1997, Teil 1

	Psychische Ausgeglichenheit			Psychisches Wohlbefinden			Kontrollüberzeugung					
	M1.1		M1.2	M2.1		M2.2	M3.1		M3.2			
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p		
Gesundheitszustand												
Körperliche Beschwerden (Basis=keine)	-0.69	0.000	-0.77	0.000	-0.12	0.001	-0.04	0.352	-0.64	0.000	-0.60	0.000
<i>einige Beschwerden</i>	-1.77	0.000	-1.74	0.000	-0.24	0.000	-0.17	0.002	-1.22	0.000	-0.98	0.000
<i>starke Beschwerden</i>	0.27	0.000	0.38	0.000	0.06	0.076	0.06	0.129	0.09	0.084	-0.07	0.271
Geschlecht (Basis=männlich)	0.02	0.000	0.02	0.000	0.00	0.021	0.00	0.664	0.00	0.633	-0.01	0.001
Alter												
Zivilstand (Basis=ledig)												
verheiratet	-0.07	0.271	-0.09	0.292	0.04	0.385	0.07	0.218	-0.08	0.286	-0.05	0.573
verwitwet	0.14	0.178	0.05	0.840	0.02	0.794	0.16	0.305	0.32	0.015	0.10	0.684
geschieden	0.02	0.802	-0.02	0.896	-0.02	0.796	0.03	0.739	-0.14	0.197	-0.01	0.931
getrennt	-0.06	0.733	0.15	0.535	0.04	0.781	0.05	0.733	-0.34	0.118	0.07	0.772
Bildung (Basis=obligatorische Schule)												
Sekundarstufe II	0.01	0.807	-0.07	0.503	-0.04	0.394	-0.07	0.191	0.26	0.001	0.00	0.982
Tertiärstufe	-0.06	0.413	-0.17	0.163	-0.06	0.292	-0.12	0.095	0.26	0.006	-0.09	0.450
Einkommen (Basis=1. Quintil)												
2. Quintil	0.14	0.037	0.29	0.012	-0.04	0.390	-0.16	0.012	0.09	0.281	0.15	0.188
3. Quintil	0.17	0.018	0.13	0.278	-0.02	0.721	-0.08	0.258	0.19	0.029	0.31	0.010
4. Quintil	0.12	0.095	0.08	0.482	0.01	0.863	-0.07	0.299	0.13	0.127	0.25	0.029
5. Quintil	0.07	0.372	0.08	0.539	0.02	0.689	-0.10	0.168	0.29	0.002	0.40	0.001
Wohnsituation												
Anzahl Zimmer	0.03	0.061	0.05	0.081	0.03	0.016	0.02	0.144	0.06	0.007	0.05	0.082
Anzahl Erwachsene	-0.02	0.587	0.01	0.905	0.00	0.819	0.01	0.614	-0.02	0.611	0.02	0.704
Anzahl Kinder	-0.10	0.010	-0.10	0.050	-0.03	0.296	-0.06	0.062	0.02	0.592	-0.01	0.796
Soziale Unterstützung												
Anzahl vertrauter Personen (Basis=mehrere)												
<i>eine Person</i>	0.02	0.623	0.11	0.110	-0.12	0.001	-0.07	0.094	-0.15	0.006	-0.06	0.361
<i>keine Person</i>	-0.36	0.000	-0.37	0.014	-0.33	0.000	-0.21	0.018	-0.33	0.004	0.04	0.808
Einsamkeitsgefühle	0.78	0.000	0.64	0.000	0.22	0.000	0.18	0.000	0.95	0.000	0.80	0.000
Inanspruchnahme med. Leistungen												
Anzahl Arztbesuche (12 Monate)	-0.01	0.003	-0.01	0.233	0.00	0.107	-0.01	0.075	-0.01	0.004	-0.01	0.030
Behandlung psych. Probleme (12 Monate, Basis=ja)	1.25	0.000	1.27	0.000	0.43	0.000	0.30	0.005	1.40	0.000	1.21	0.000

	Psychische Ausgeglichenheit			Psychisches Wohlbefinden			Kontrollüberzeugung					
	M1.1		M1.2		M2.1		M2.2		M3.1		M3.2	
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p
Körperliches Aktivitätsniveau (Basis=inaktiv)	0.28	0.000	0.31	0.009	0.19	0.001	0.24	0.001	0.13	0.179	0.08	0.516
Chronifizierung und Behinderung												
langwieriges gesundheitliches Problem (Basis=ja)	0.33	0.000	0.34	0.001	0.08	0.121	0.12	0.074	0.34	0.000	0.33	0.001
Arbeitssituation												
Arbeitszufriedenheit (Basis=sehr gering)												
<i>geringe</i>			-0.17	0.472			-0.01	0.942			0.26	0.279
<i>mittlere</i>			0.06	0.803			0.15	0.195			0.67	0.003
<i>hohe</i>			0.23	0.303			0.30	0.009			1.15	0.000
<i>sehr hohe</i>			0.52	0.021			0.49	0.000			1.60	0.000
Angst vor Arbeitsplatzverlust (Basis=ja, sehr stark)												
<i>ja, ziemlich</i>			0.30	0.089			-0.06	0.518			0.46	0.009
<i>nein, eher nicht</i>			0.28	0.084			0.03	0.764			0.89	0.000
<i>nein, gar nicht</i>			0.33	0.047			0.21	0.019			1.19	0.000
Konstante	7.00	0.000	6.59	0.000	2.44	0.000	2.51	0.000	5.88	0.000	5.43	0.000
R	0.49		0.47		0.37		0.48		0.42		0.49	
R ²	0.24		0.22		0.14		0.23		0.18		0.24	
Freiheitsgrade	9 835		4 694		1 957		1 155		8 070		4 643	

Tab. 10.45 Regressionen 1997, Teil 2

	Kohärenzgefühl (13)			Kohärenzgefühl (3)			Coping			Subjektive Gesundheit						
	M4.1		M4.2	M5.1		M5.2	M6.1		M6.2	M7.1		M7.2				
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p				
Gesundheitszustand																
Körperliche Beschwerden (Basis=keine)	-2.42	0.000	-1.85	0.013	-0.65	0.000	-0.44	0.040	0.51	0.000	0.33	0.049	0.15	0.000	0.13	0.000
<i>einige Beschwerden</i>																
<i>starke Beschwerden</i>	-6.03	0.000	-4.81	0.000	-1.59	0.000	-1.19	0.000	0.86	0.000	0.68	0.001	0.40	0.000	0.34	0.000
Geschlecht (Basis=männlich)	0.92	0.104	-0.23	0.722	0.23	0.144	-0.10	0.610	1.45	0.000	1.56	0.000	-0.06	0.000	-0.05	0.012
Alter	0.15	0.000	0.11	0.003	0.05	0.000	0.04	0.000	-0.02	0.001	-0.02	0.009	0.00	0.000	0.00	0.000
Zivilstand (Basis=ledig)																
verheiratet	0.17	0.839	0.65	0.504	0.06	0.788	0.12	0.675	-0.67	0.000	-0.79	0.000	0.02	0.301	0.03	0.259
verwitwet	0.40	0.797	-2.32	0.368	0.39	0.346	0.96	0.195	-0.21	0.518	-0.95	0.131	-0.05	0.127	-0.04	0.576
geschieden	1.72	0.166	0.99	0.488	0.71	0.040	0.47	0.256	0.27	0.291	0.06	0.838	0.02	0.476	-0.04	0.319
getrennt	1.29	0.557	-0.11	0.964	-0.09	0.882	-0.27	0.708	-0.71	0.170	-0.69	0.235	0.10	0.068	0.10	0.145
Bildung (Basis=obligatorische Schule)																
Sekundarstufe II	0.60	0.391	0.51	0.582	0.29	0.132	0.34	0.201	0.08	0.648	0.13	0.635	-0.14	0.000	-0.12	0.000
Tertiärstufe	1.79	0.074	1.46	0.236	0.74	0.007	0.88	0.012	0.33	0.154	0.38	0.198	-0.17	0.000	-0.14	0.000
Einkommen (Basis=1. Quintil)																
2. Quintil	1.65	0.039	0.92	0.371	0.23	0.283	0.22	0.455	0.10	0.624	-0.12	0.660	0.00	0.960	0.07	0.028
3. Quintil	0.92	0.298	0.01	0.996	0.06	0.807	-0.06	0.854	0.21	0.315	-0.05	0.868	-0.04	0.067	0.04	0.191
4. Quintil	1.88	0.026	1.29	0.222	0.24	0.300	0.30	0.325	0.39	0.058	0.13	0.649	-0.05	0.010	0.03	0.312
5. Quintil	2.83	0.004	1.55	0.200	0.26	0.341	-0.07	0.837	0.02	0.913	-0.50	0.093	-0.14	0.000	-0.05	0.167
Wohnsituation																
Anzahl Zimmer	0.21	0.317	-0.09	0.714	0.08	0.156	-0.02	0.805	-0.02	0.623	0.02	0.750	-0.03	0.000	-0.02	0.027
Anzahl Erwachsene	0.20	0.549	0.22	0.565	-0.08	0.411	0.03	0.795	0.02	0.844	-0.09	0.366	0.01	0.213	0.00	0.722
Anzahl Kinder	0.00	0.992	-0.37	0.502	0.13	0.310	0.05	0.738	-0.14	0.172	-0.09	0.443	0.00	0.825	0.00	0.745
Soziale Unterstützung																
Anzahl vertrauter Personen (Basis=mehrere)																
<i>eine Person</i>	-1.71	0.004	-1.37	0.057	-0.50	0.002	-0.41	0.050	-0.26	0.052	-0.10	0.524	0.01	0.369	0.01	0.635
<i>keine Person</i>	-3.38	0.004	-2.13	0.144	-1.00	0.002	-0.44	0.299	-1.33	0.000	-1.02	0.005	0.08	0.004	0.00	0.977
Einsamkeitsgefühle	4.08	0.000	3.51	0.000	1.14	0.000	0.93	0.000	-0.63	0.000	-0.51	0.000	-0.08	0.000	-0.06	0.000
Inanspruchnahme med. Leistungen																
Anzahl Arztbesuche (12 Monate)	-0.04	0.338	-0.01	0.776	-0.01	0.353	0.00	0.939	-0.02	0.137	-0.01	0.452	0.02	0.000	0.02	0.000
Behandlung psych. Probleme (12 Monate, Basis=ja)	4.55	0.001	2.49	0.150	1.96	0.000	1.12	0.024	-0.68	0.029	-0.48	0.222	-0.07	0.022	-0.07	0.128

	Kohärenzgefühl (13)						Kohärenzgefühl (3)						Coping						Subjektive Gesundheit					
	M4.1		M4.2		M5.1		M5.2		M6.1		M6.2		M7.1		M7.2									
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p								
Körperliches Aktivitätsniveau (Basis=inaktiv)	3.04	0.002	1.88	0.126	0.74	0.006	0.56	0.110	0.30	0.195	0.27	0.356	-0.12	0.000	-0.08	0.015								
Chronifizierung und Behinderung	2.47	0.004	3.26	0.003	0.51	0.031	0.73	0.022	-0.19	0.286	-0.26	0.282	-0.40	0.000	-0.29	0.000								
langwieriges gesundheitliches Problem (Basis=ja)																								
Arbeitssituation																								
Arbeitszufriedenheit (Basis=sehr gering)																								
<i>geringe</i>	1.06	0.607					1.20	0.040			-1.20	0.039			-0.01	0.912								
<i>mittlere</i>	3.82	0.047					1.62	0.003			-1.05	0.054			-0.08	0.209								
<i>hohe</i>	8.13	0.000					2.71	0.000			-1.45	0.007			-0.11	0.081								
<i>sehr hohe</i>	11.10	0.000					3.65	0.000			-1.20	0.026			-0.19	0.003								
Angst vor Arbeitsplatzverlust (Basis=ja, sehr stark)																								
<i>ja, ziemlich</i>	1.37	0.393					0.07	0.888			0.76	0.071			-0.02	0.700								
<i>nein, eher nicht</i>	2.82	0.054					0.69	0.101			0.11	0.772			-0.05	0.248								
<i>nein, gar nicht</i>	4.72	0.001					1.08	0.012			-0.21	0.603			-0.05	0.282								
Konstante	28.53	0.000	27.28	0.000	4.67	0.000	4.04	0.008	35.59	0.000	36.49	0.000	3.02	0.000	2.79	0.000								
R	0.47		0.56		0.48		0.54		0.24		0.28		0.51		0.42									
R ²	0.22		0.31		0.23		0.29		0.06		0.08		0.26		0.18									
Freiheitsgrade	1 711		1 061		1 828		1 098		7 275		4 399		9 951		4 726									

10.2 Anhang 2: Korrektur unterschiedlicher Prävalenzzeitspannen von DSQ-10 und CIDI-SF

1. Schritt: Schätzung der Prävalenz Major Depression (MD) nach CIDI-SF bei einer Prävalenzspanne von 2 Wochen (anstatt 52 Wochen):

- Bestimmung einer Funktion zur Ermittlung der Grösse der MD-Prävalenz (gemessen durch CIDI-SF) in Abhängigkeit von der Prävalenzzeitspanne; Grundlage: publizierte Studien (hier Studie von Jacobi et al., 2004 mit Angaben zur 52- und 4-Wochen-Prävalenz)
- Anwendung dieser Funktion auf gemessene MD-Fallzahlen in vorliegenden Daten (SGB-07)

	Prävalenzspanne (Wochen)		
	2	4	52
Prävalenzen MD	2	4	52
MD-Prävalenz Literatur (%)	–	3.40	8.30
MD-Prävalenz SGB-07	1.79*	1.90*	4.64

*) geschätzte Werte für SGB-07

2. Schritt: Schätzung der Kreuztabellen «MD CIDI-SF» (Goldstandard) vs. «MD DSQ» (Test) unter der Annahme gleicher Prävalenzspanne für beide Instrumente

2.1 Variante A: Beide Instrumente mit einer Prävalenzspanne von 2 Wochen:

- Schätzung CIDI-MD-Prävalenz für 2-Wochen in Anzahl Fällen (=neue Zeilensumme CIDI positiv)
- Korrektur der Fallzahlen in den Zellen, Grundannahme: Aufgrund der verkürzten Prävalenzspanne des CIDI sinkt die Zahl der positiven CIDI-Fälle. Konkret: Die Anzahl falsch negativer Fälle reduziert sich in best. Umfang, die Anzahl richtig negativer Fälle erhöht sich in gleichem Umfang.

2.2 Variante B: Beide Instrumente mit einer Prävalenzspanne von 52 Wochen:

- Schätzung DSQ-MD-Prävalenz für 52-Wochen in Anzahl Fällen (=neue Spaltensumme DSQ positiv)
- Korrektur der Fallzahlen in den Zellen, Grundannahme: Aufgrund der verlängerten Prävalenzspanne des DSQ werden mehr Fälle DSQ-positiv. Konkret: Die Anzahl falsch negativer Fälle reduziert sich in best. Umfang, die Anzahl richtig positiver Fälle erhöht sich in gleichem Umfang.



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.