



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

OBSAN **BERICHT 56**

56

Depressionen in der Schweizer Bevölkerung

Daten zur Epidemiologie, Behandlung
und sozial-beruflichen Integration

Niklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse, Florence Moreau-Gruet

Mit einem Kommentar von Theodor Cahn

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

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Niklas Baer, Psychiatrie Baselland
- Daniela Schuler, Obsan
- Sylvie Füglistler-Dousse, Obsan
- Florence Moreau-Gruet, Obsan

Reviewboard

- Elvira Keller-Guglielmetti und Margreet Duetz Schmucki, BAG
- Hans Kurt, Psychiater
- Martin Preisig, CHUV
- Daniela Schibli, GDK
- Gabriela Stoppe, Universität Basel
- Monika Diebold, Obsan
- Paul Camenzind, Obsan

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 56

Zitierweise

Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration* (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

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

Originaltext

Deutsch

Grafik/Layout

DIAM, Prepress / Print, BFS

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Bestellungen

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

Bestellnummer

873-1301

Preis

Fr. 22.– (exkl. MWST)
Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 874-1301)

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen

ISBN

978-2-940502-06-6

© Obsan 2013

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3	3	Häufigkeit und Verteilung depressiver Symptome	27	
1	Ausgangslage	9	3.1	Häufigkeit depressiver Symptome	27
1.1	Häufigkeit depressiver Erkrankungen	10	3.2	Frauen haben häufiger depressive Symptome	28
1.2	Verteilung depressiver Erkrankungen	10	3.3	Haben Depressionen zugenommen?	29
1.3	Schweregrad depressiver Erkrankungen	11	3.4	Invalidisierung depressiver Personen hat stark zugenommen	31
1.4	Beginn depressiver Erkrankungen	12	3.5	Häufige schwache depressive Symptome bei älteren Personen	33
1.5	Komorbidität depressiver Erkrankungen	14	3.6	Zusammenhänge mit erhöhter Depressivität bei Migranten und Migrantinnen	34
1.6	Dauer depressiver Erkrankungen	15	3.7	Geringe Bildung ist ein Depressionsrisiko	36
1.7	Behandlung depressiver Erkrankungen	16	3.8	Häufigere depressive Symptome nach Trennung oder Scheidung	37
1.8	Behinderungsfolgen depressiver Erkrankungen	17	3.9	Häufigere Depressivität bei Alleinlebenden und Alleinerziehenden	38
1.9	Identifikation depressiver Risikogruppen	20	3.10	Höhere Depressionsprävalenz bei Erwerbslosen	40
2	Ziele und Vorgehen	23	3.11	Regional unterschiedliche Depressionsprävalenz	43
2.1	Ziele der Untersuchung	23			
2.2	Vorgehen der Untersuchung	23			
2.3	Gliederung der Untersuchung	24			
2.4	Begrifflichkeiten: Affektive Störungen, Depressionen, depressive Symptome und Depressivität	24			
2.5	Weitere Hinweise zu den Auswertungen	25			

4	Komorbidität und Gesundheitsverhalten	45	7	Depressionen am Arbeitsplatz	97
4.1	Komorbidität von Depression und körperlichen Beschwerden/Krankheiten	45	7.1	Arbeitsplatzmerkmale depressiver Personen	97
4.2	Behinderungsfolgen somatischer Komorbidität	51	7.2	Das Erleben depressiver Personen am Arbeitsplatz	104
4.3	Komorbidität von Depression und psychischen Störungen	58	7.3	Behandlung depressiver Erwerbstätiger	107
4.4	Behinderungsfolgen psychiatrischer Komorbidität	60	8	Kommentar von Theodor Cahn	109
4.5	Depressivität und Gesundheitsverhalten	62		Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	117
5	Partnerschaft, soziale Kontakte und Unterstützung	65		Literatur	121
5.1	Depression und Partnerschaft	65		Anhang	129
5.2	Depression und Kontakte zu Verwandten	68			
5.3	Depressionen, Freundschaften und Vertrauensbeziehungen	69			
5.4	Depression und Einsamkeit	71			
6	Behandlung depressiver Erkrankungen	75			
6.1	Depressive Personen und Patienten/Patientinnen	75			
6.2	Hausärztliche Behandlung depressiver Patienten und Patientinnen	80			
6.3	Behandlung durch niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen	85			
6.4	Stationäre Behandlung affektiver Störungen	92			

Zusammenfassung

Depressionen sind sehr häufige psychische Störungen, die mit grossem Leiden für die Betroffenen und ihr Umfeld verbunden sind und zu erheblichen Behinderungen in Alltag, Beziehungen und Beruf führen. Die jährlichen Folgekosten affektiver Erkrankungen in Europa werden auf rund 100 Milliarden Euro geschätzt, wobei etwa ein Drittel davon direkt durch medizinische Behandlung und soziale Versorgung entsteht und zwei Drittel indirekt durch verminderte Produktivität am Arbeitsplatz, Arbeitsabsenzen und Invalidität verursacht werden. Für die Schweiz wurden Folgekosten affektiver Störungen bei Personen im erwerbsfähigen Alter von über 11 Milliarden Schweizer Franken errechnet, wiederum mehrheitlich bedingt durch Fehlzeiten und verringerte Produktivität (Tomonaga et al., 2013). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erwartet für die nächsten Jahre, dass unipolare Depressionen die Rangliste der Krankheiten mit der schwersten Behinderungslast anführen werden. Depressionen sind deshalb ein prioritäres gesundheits- und sozialpolitisches Thema.

Die individuelle, gesellschaftliche und ökonomische Last depressiver Erkrankungen erklärt sich zum einen aus krankheitsspezifischen Besonderheiten: Depressionen betreffen gemäss Forschungsstand im Lebensverlauf eine von fünf Personen, beginnen mit durchschnittlich 30 Jahren im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen früh, zeigen überwiegend einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf, liegen oft gleichzeitig mit anderen Krankheiten vor und wirken sich auch bei geringerem Schweregrad und gar bei Depressivität unterhalb der Krankheitsschwelle behindernd aus. Zum anderen tragen Stigmatisierung und Versorgungsmerkmale zur Behinderungslast bei: So sucht nur etwa jede zweite erkrankte Person eine professionelle Behandlung auf, wobei die Zeitspanne zwischen erstmaliger Erkrankung und Behandlungsbeginn im Schnitt 10 Jahre beträgt. In der hausärztlichen Behandlung werden Depressionen oft nicht diagnostiziert und womöglich nicht immer adäquat behandelt. Weiter scheinen gerade Patienten/Patientinnen mit komorbiden Störungen, das heisst, mit zur Depression

zusätzlichen körperlichen oder psychischen Beschwerden, zu wenig adäquat versorgt, was zu verstärkten Arbeitsproblemen führt. Schliesslich werden berufliche Probleme von depressiven Patienten und Patientinnen in der Behandlung wenig fokussiert, was die Ausgliederung verstärkt und die Behandlungs- und Behinderungskosten in die Höhe treibt.

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über Forschungsergebnisse zu verschiedenen Aspekten depressiver Störungen und legt auf der Basis verschiedener Schweizer Datenquellen Auswertungen zur Epidemiologie, zu Komorbidität und Gesundheitsverhalten, zu Beziehungen und sozialer Unterstützung, zur Behandlungssituation sowie zur Arbeitssituation von Personen mit depressiven Symptomen vor. Die breit angelegte Untersuchung wertet einen Grossteil der in der Schweiz verfügbaren Datenquellen über Personen mit depressiven Symptomen und Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen aus. Der Bericht soll der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion Grundlagen zur Verfügung stellen, auf konzeptionelle Mängel und Versorgungslücken hinweisen und Anregungen geben, wo sich vertiefende Studien zu Depression lohnen würden. Der Datenteil des Berichts wird ergänzt durch einen Kommentar von Dr. med. Theodor Cahn, der als langjähriger Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Baselland und heute in freier Praxis tätiger Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Resultate in einen vertiefenden Zusammenhang stellt und kritisch hinterfragt.

Die Breite des hier gewählten Ansatzes und die Berücksichtigung sehr unterschiedlicher Datenquellen bedingt allerdings eine mehrheitliche Fokussierung auf erwachsene Personen im erwerbsfähigen Alter (Jugendliche und ältere Personen sind in den Auswertungen mit enthalten, werden aber nicht vertieft untersucht) sowie den bewussten Umgang mit den je nach Datenquelle sehr unterschiedlichen Definitionen und Erhebungsformen von «Depression». Wegen der individuellen, sozialen und ökonomischen Bedeutung der Behinderungsfolgen depressiver Erkrankungen wird ein Schwerpunkt gelegt auf

die Arbeitssituation und soziale Integration von depressiven Personen sowie deren Zusammenhänge mit Krankheits- und Behandlungsmerkmalen. Die Gliederung dieses Berichts und die Auswahl der Themenbereiche ist nicht zufällig, sondern basiert auf einer früheren Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die gezeigt hat, dass vor allem die folgenden Merkmale am besten zwischen Personen mit Depressivität und beschwerdefreien Personen unterscheiden: das gleichzeitige Vorhandensein von körperlichen Beschwerden (Kap. 4), Einsamkeit (Kap. 5) sowie Arbeitsprobleme und Chronizität des Gesundheitsproblems (Kap. 7). Hinzugenommen wurden Auswertungen zur Epidemiologie (Kap. 3) und zur Behandlung (Kap. 6).

Epidemiologie

Innerhalb eines Jahres leiden gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung (SGB) 5,2% der Schweizer Bevölkerung unter einer depressiven Störung (Major Depression), was angesichts der nicht berücksichtigten Personen in betreuten Einrichtungen dem Forschungsstand (rund 7%) nahe kommt. Insgesamt gibt ein Fünftel der Bevölkerung an, in den letzten 2 Wochen vor der Befragung depressive Symptome gehabt zu haben. Die Auswertungen der SGB und des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) zeigen weiter in starker Übereinstimmung eine aufgrund des Forschungsstandes zu erwartende soziodemografische Verteilung depressiver Symptome: Während sich bei stärkeren Depressionssymptomen zwar weder klare Geschlechter- noch Altersunterschiede zeigen, berichten Frauen und Personen nach dem Pensionsalter deutlich häufiger über leichtere Depressionssymptome. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern zeigt sich speziell deutlich bei Paaren mit Kindern, was auf spezifische Belastungen der Frauen bei der Familiengründung hinweist. Zwischen geringem Bildungsstand und Depression zeigen sich enge Zusammenhänge, die sich mit zunehmendem Alter noch verstärken. Eine feste Bindung – respektive deren Verlust – ist eng mit Depressivität verknüpft: Getrennt oder geschieden lebende sowie verwitwete Personen sowie ledige Frauen berichten häufiger von depressiven Symptomen. Dies zeigt sich auch bei der Wohnsituation, wo Alleinlebende generell und alleinerziehende Frauen häufiger von Depressivität betroffen sind. Markant ist schliesslich auch der Zusammenhang von Depressivität und Arbeitslosigkeit respektive Invalidität: Erwerbslose haben sehr viel häufiger depressive Symptome, und umgekehrt sind Personen mit depressiven Symptomen häufiger arbeitslos oder berentet.

Haben depressive Erkrankungen zugenommen?

Die verbreitete Meinung, dass Depressionen in den letzten Jahren zugenommen haben, wird durch die Daten nicht gestützt. Der Anteil von Personen mit deutlicher depressiver Symptomatik respektive stärkerer Depressivität ist in beiden Bevölkerungsbefragungen (SGB und SHP) konstant geblieben. Hingegen hat sich der Anteil der Personen, die angeben, überhaupt «nie» depressive Verstimmungen zu haben, deutlich verringert. Im Gegenzug hat sich der Anteil der Personen entsprechend erhöht, die berichten, sehr selten solche Verstimmungen zu haben. Das heisst, es hat in den Antworten der Schweizer Bevölkerung eine Veränderung stattgefunden in den letzten rund 15 Jahren, aber sie betrifft ausschliesslich eine Verschiebung der Verneinung jeglicher Verstimmungsgefühle hin zur Angabe sehr seltener Verstimmungen.

Möglicherweise hat sich das Antwortverhalten in der Bevölkerung in Bezug auf die Frage nach (seltenen) depressiven Verstimmungen wie auch in Bezug auf ähnliche Fragestellungen (z.B. bei der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand) generell verändert. Denkbar ist auch, dass eine gewisse Enttabuisierung leichter depressiver Verstimmungen stattgefunden hat: Es ist heute eher «erlaubt» zu sagen, dass man ab und zu leichte depressive Verstimmungen oder sonstige leichte Gesundheitsprobleme hat – was nicht a priori bedeutet, dass eine depressive Erkrankung heute weniger vorurteilsbelastet ist als früher.

Komorbidität und Gesundheitsverhalten

Stärkere depressive Symptome und depressive Erkrankungen gehen sehr häufig sowohl mit körperlichen Beschwerden wie auch mit weiteren psychischen Störungen einher (Komorbidität). Bei mittlerer bis starker depressiver Symptomatik sind gleichzeitige körperliche Beschwerden praktisch immer gegeben, so dass sich die Frage aufdrängt, inwieweit sich Depression und körperliche Symptome überhaupt trennen lassen. Besonders häufig sind dabei unspezifische Rückenbeschwerden und Schlafstörungen. Bei Spitalpatienten/-patientinnen mit endokrinen und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems sowie bei Verletzungen und Vergiftungen (inklusive Suizidversuche) kommen Depressionen speziell oft als Nebendiagnose vor. Häufig liegen bei depressiven Patienten/Patientinnen gleichzeitig auch weitere psychische Störungen vor, in erster Linie Substanzabhängigkeit, neurotische (Ängste, Belastungs- und Somatisierungsstörungen) sowie Persönlichkeitsstörungen. Stationäre

psychiatrische Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen zeigen in der Hälfte aller Fälle komorbide psychische Störungen, ambulante Patienten/Patientinnen in der psychiatrischen Praxis zu rund 40%. Ob Personen mit depressiven Symptomen komorbid sind, ist in Bezug auf die Behinderung entscheidend: Depressive mit komorbiden Angst-, Schmerz- und Persönlichkeitsstörungen sowie Depressive mit komorbiden muskuloskeletalen Beschwerden und Persönlichkeitsstörung («Schmerzpatienten/-patientinnen») haben in den letzten rund 20 Jahren massgeblich zum starken Anstieg der IV-Renten aus psychischen Gründen beigetragen.

Depressive Symptome sind zudem mit einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten verbunden. Bei stärkerer depressiver Symptomatik ist der Anteil von Rauchern und Raucherinnen mit rund 40% deutlich höher als bei beschwerdefreien Personen. Beim Alkoholkonsum zeigt sich ein differenziertes Bild: Zum einen ist bei stärkerer depressiver Symptomatik der Anteil der Abstinente deutlich höher, zum anderen finden sich hier auch mehr Personen mit riskantem Alkoholkonsum. Schliesslich ist der Anteil physisch inaktiver wie auch stark übergewichtiger (und auch untergewichtiger) Personen bei stärker depressiver Symptomatik erhöht. Die oft mangelnde körperliche Aktivität und ein riskanter Alkoholkonsum können wiederum die Depressivität verstärken. Die bei stärkerer Depressivität gegebene Kombination von, schon im Einzelfall, risikoreichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen kann das Risiko der Entwicklung oder Verstärkung von somatischen Krankheiten zusätzlich erhöhen.

Soziales Umfeld

Depressivität ist häufig – vor allem bei Frauen – verbunden mit Partnerlosigkeit. Dieser Zusammenhang wird mit zunehmendem Alter stärker und gilt dann auch für Männer. Allerdings führt eine Partnerschaft nicht automatisch dazu, dass sich Personen mit depressiven Symptomen emotional durch den Partner oder die Partnerin unterstützt fühlen. Häufig ist das Gegenteil der Fall, wobei auch hier angesichts der vorhandenen Querschnittsdaten unklar bleibt, ob dieses Erleben eher das Resultat einer depressiv gefärbten Wahrnehmung ist oder eher einem Abbild der realen Umstände (und der Überforderung des Partners/der Partnerin) entspricht. Weitere Zusammenhänge zeigen sich auch bei den Kontakten zu Verwandten, wo stärkere depressive Symptome mit einer Ausdünnung intensiver Kontakte zusammenhängen, sowie – noch deutlicher – bei den Freundschaften und Vertrauensbeziehungen. Ein Drittel der Personen mit stärkeren

depressiven Symptomen verfügt über kein einziges soziales Netz, und ebenfalls ein Drittel vermisst eine Vertrauensperson.

Bemerkenswerterweise geben nur relativ wenige depressive Personen an, keine Vertrauensperson zu haben, aber sehr viele berichten, eine solche zu vermissen. Dies weist auf die grundlegende Bedeutung von Einsamkeitsgefühlen bei depressiven Personen hin. Einsamkeitsgefühle sind in ihrer Bedeutung (auch in Bezug auf die Mortalität) nicht zu unterschätzen, und sie sind gemäss Forschungsstand auch ein unabhängiger Risikofaktor für Manifestation und negativen Verlauf depressiver Erkrankungen. Das Gefühl, einsam zu sein hängt bei Personen mit depressiven Symptomen – im Gegensatz zu beschwerdefreien Personen – nur bedingt mit dem realen Vorhandensein einer Vertrauensperson zusammen: Auch wenn Vertrauenspersonen vorhanden sind, fühlen sich Depressive sehr oft einsam.

Behandlung

Der Vergleich von Bevölkerungsbefragungen und Erhebungen von behandelten Patienten/Patientinnen zeigt, dass jüngere Personen und teils auch Männer in der ärztlichen Behandlung untervertreten, hingegen allein lebende, ledige, getrennt lebende sowie erwerbslose Personen übervertreten sind. In privaten psychiatrischen Praxen werden vor allem Personen mit einem besonders hohen Bildungsstand behandelt, wobei es sich gleichzeitig um eine Klientel mit meist schweren, chronischen und desintegrierenden Verläufen handelt.

Die Evaluation der hausärztlichen Behandlung depressiver Störungen weist darauf hin, dass Allgemeinpraktiker/innen depressive Probleme bei ihren Patienten und Patientinnen zwar sehr häufig wahrnehmen (bei rund 30% der Patienten/Patientinnen), diese aber nur sehr selten auch explizit angehen (bei rund 3%). Bei diesen von Allgemeinpraktiker/innen behandelten Depressionen handelt es sich in der Hälfte der Fälle um schwere und wiederkehrende sowie meist komorbide Depressionen. Die Behandlung durch die Allgemeinpraktiker/innen unterscheidet sich stark von derjenigen durch die Psychiater/innen: Während leichtere Depressionen in der Hausarztpraxis vor allem ausschliesslich medikamentös behandelt werden, werden diese in der psychiatrischen Praxis vor allem psychotherapeutisch behandelt. Kritisch ist das Resultat, dass Hausärzte und Hausärztinnen nur sehr wenige dieser überhaupt erfassten depressiven Patienten/Patientinnen in spezialisierte psychiatrische Behandlung überweisen.

Patienten und Patientinnen der privaten psychiatrischen Praxen, die zumindest teilerwerbstätig sind, haben unabhängig vom Schweregrad ihrer affektiven Erkrankung eine um Monate bis Jahre verkürzte Behandlungsdauer gegenüber erwerbslosen Patienten/Patientinnen und sprechen besser auf die Behandlung an. Erwerbstätig zu sein, ist demnach bei depressiven Patienten/Patientinnen – wie auch bei anderen Diagnosegruppen – von prioritärer Bedeutung für eine gute Prognose und tiefere Behandlungskosten. Dies gilt auch für die stationären Klinikpatienten/-patientinnen. Umso irritierender ist das Resultat, dass Psychiater/innen kaum je Kontakte haben zu den Arbeitgebenden ihrer Patienten/Patientinnen, wenn Arbeitsprobleme vorhanden sind. Kontakte bestehen zwar, jedoch nur bei invalidisierten Patientinnen und Patienten, die an einem geschützten Arbeitsplatz arbeiten, aber nicht dort, wo es besonders wichtig wäre, nämlich bei Patienten/Patientinnen, die in der freien Wirtschaft arbeiten.

In der stationären Behandlung sind affektive Störungen bei den Frauen der häufigste Grund für eine Hospitalisation. Für beide Geschlechter zusammen sind sie der zweithäufigste Grund nach Substanzabhängigkeit. Die Hospitalisierungsraten wegen wiederkehrender Depressionen haben in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen. Während der Grossteil der depressiven Klinikpatienten/-patientinnen via Hausarztpraxen zugewiesen wird, sind die privaten psychiatrischen Praxen die wichtigste Nachbehandlungsstelle. Die geringe Zuweisung depressiver Patienten/Patientinnen durch niedergelassene Psychiater/innen an die Kliniken deutet darauf hin, dass bei spezialisierter psychiatrischer Behandlung eine vollstationäre Hospitalisation oft vermieden werden kann. Man kann sich fragen, ob nicht eine verstärkte Unterstützung der Allgemeinpraktiker/innen (z.B. durch eine engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern/Psychiaterinnen) eine Möglichkeit wäre, depressive Patienten/Patientinnen wirksam und kostengünstiger ambulant zu behandeln.

Arbeitsplatz

Die Auswertungen bestätigen, dass stärkere depressive Symptome sehr eng mit Leistungseinbussen am Arbeitsplatz und erhöhten Arbeitsabsenzen zusammenhängen. Arbeitnehmende mit stärkeren depressiven Symptomen fehlten innerhalb des letzten Monats vor der Befragung an jedem zweiten bis dritten Arbeitstag. Zudem arbeiten Personen mit depressiven Symptomen häufiger aus gesundheitlichen Gründen Teilzeit. Depressive Symptome

schlagen sich bei den Männern (nicht bei den Frauen) auch im Erwerbseinkommen nieder: Während beschwerdefreie Männer 2007 ein mittleres Einkommen von CHF 6100 hatten, betrug dieses bei denjenigen mit leichten depressiven Symptomen noch CHF 5400 und bei solchen mit mittleren bis schweren Symptomen rund CHF 4900. Dies mag auch mit der häufigeren Teilzeitarbeit und mit einer niedrigeren beruflichen Position zu tun haben.

Hilfsarbeiter/innen und einfache Büroangestellte berichten besonders häufig über Depressivität. Entgegen gängiger Meinungen berichten Erwerbstätige mit depressiver Belastung aber nicht besonders häufig über Belastungen durch Multitasking, laufende Neuerungen oder PC-Arbeit, sondern häufiger über körperlich belastende Arbeiten. Dies weist darauf hin, dass depressive Personen häufig körperliche Beschwerden haben und/oder, dass sie häufig körperlich anstrengende Arbeit verrichten. Es ist bekannt, dass psychisch kranke Personen in einfachen manuellen Tätigkeiten überrepräsentiert sind, was ihre Prognose zusätzlich verschlechtert.

Das Erleben von Arbeitnehmenden mit depressiven Symptomen ist stark beeinträchtigt: Sie erleben sehr viel weniger Arbeitszufriedenheit und sehr viel mehr Überforderung, Nervosität, Ängste und vor allem Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren als beschwerdefreie Personen. Entsprechend können sie besonders häufig nach der Arbeit nicht mehr «abschalten». Hinzu kommen negativistische Arbeitseinstellungen: Depressive empfinden sehr viel häufiger als beschwerdefreie Arbeitnehmende ihre Arbeit als nicht ideal und würden sich gerne eine neue Arbeit suchen, denken aber, dass es dann «noch schlimmer» kommen würde. Schliesslich finden sie speziell häufig, dass man halt den Ärger «runterschlucken» müsse. Diese Resultate zeigen nicht nur den enormen täglichen psychischen Stress von Arbeitnehmenden mit psychischen Problemen, der ein Grund für die deutlichen Produktivitätseinbussen sein mag, sondern weisen auch auf die Bedeutung einer ärztlichen Behandlung hin, die sich für die Arbeitssituation engagiert. Die ärztliche Behandlungsrate erwerbstätiger Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen ist mit rund 25% allerdings sehr gering.

Fazit

Die Auswertung sämtlicher benutzter Schweizer Datenquellen zeigt übereinstimmend, dass es sich bei Personen mit depressiven Symptomen um Menschen handelt, die meist eine lange Krankheitsdauer, eine erhebliche psychische Belastung, starke körperliche Beschwerden und

erhebliche Behinderungen in Alltag und Beruf erfahren. Meist suchen sie, wenn überhaupt, erst sehr spät eine ärztliche Behandlung auf, wenn die sozial-berufliche Desintegration schon ihren Lauf genommen hat. Depressivität ist nicht nur verbunden mit einer starken Verringerung der sozialen Beziehungen, sondern auch mit dem Erleben einer reduzierteren sozialen Unterstützung durch diejenigen Menschen, die noch geblieben sind – und vor allem mit dem Gefühl der Einsamkeit und des Abgeschnittenseins von anderen. Weiter ist die Arbeitssituation zentral, zum einen für die rasche Genesung, zum anderen auch, weil Menschen mit depressiven Symptomen am Arbeitsplatz einem enormen Stress ausgesetzt sind: Teils weil sie häufig in stressigen Arbeitsumgebungen arbeiten, teils weil sie die Arbeit durch eine depressiv gefärbte Brille sehen. Umso mehr benötigen depressive Patientinnen und Patienten behandelnde Fachpersonen, die sich am Arbeitsplatz für sie einsetzen. Dies ist heute in der Schweiz noch viel zu selten der Fall.

1 Ausgangslage

Das erste Kapitel schildert überblicksartig den Forschungsstand zur Epidemiologie depressiver Störungen. Das Kapitel soll nicht nur ins Thema einführen, sondern auch die Bewertung und Einordnung der nachfolgenden Auswertungen erleichtern. Es werden Kennzahlen zur Jahres- und Lebenszeitprävalenz depressiver Erkrankungen (1.1) sowie ihre Verteilung über soziodemografische Merkmale gezeigt (1.2). Anschliessend werden Forschungsergebnisse zu klinischen Merkmalen wie Schweregrad (1.3), Krankheitsbeginn (1.4), Komorbidität (1.5) und Dauer von Depressionen (1.6) zusammengefasst. Es folgen Erkenntnisse zur Behandlungssituation (1.7) und zu den Folgen depressiver Erkrankungen auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf sowie die sozialberufliche Integration von depressiven Personen (1.8). Schliesslich wird eine frühere Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zur Unterscheidung von Personen mit und ohne depressive Symptome zusammengefasst, deren Resultate für die vorliegende Arbeit strukturgebend sind (1.9).

Depressionen sind häufige psychische Störungen, die mit erheblichem Leiden, deutlicher Behinderung in Alltag, Beziehungen und Beruf sowie hohen sozioökonomischen Kosten verbunden sind. Dazu tragen neben ihrer Häufigkeit die Umstände bei, dass Depressionen häufig früh beginnen, in der Regel gemeinsam mit anderen psychischen Störungen, somatischen Krankheiten und/oder chronischem Schmerzerleben auftreten sowie einen langdauernden oder wiederkehrenden Verlauf zeigen. Auch wenn depressive Störungen gemeinhin als vorübergehende Zustände wahrgenommen werden und als gut behandelbar gelten, sollten die durchdringenden Folgen (z.B.) dieser Erkrankungen wie auch von subklinischen depressiven Verstimmungen nicht unterschätzt werden. Hinzu kommt, dass Depressionen häufig gar nicht, erst spät oder zu wenig adäquat behandelt werden.

Wegen der hohen Prävalenz, des frühen Beginns, der Chronizität und der Behinderungsfolgen sind Depressionen nicht nur die kostenintensivsten neuropsychiatrischen

Erkrankungen in Europa (CDBE2010 study group; Gustavsson et al., 2011), sondern gehören weltweit zu den kostspieligsten Krankheiten überhaupt. Dabei ist zu beachten, dass von den geschätzten Folgekosten affektiver Störungen in Europa (EU, Island, Norwegen und die Schweiz) in der Höhe von über 100 Milliarden Euro nur etwa ein Drittel durch direkte medizinische und soziale Versorgungskosten verursacht werden. Rund zwei Drittel fallen wegen indirekter Behinderungsfolgen an, das heisst wegen Arbeitsunfähigkeit, verminderter Produktivität und Invalidität.

Für die Schweiz wurden für 2010 Folgekosten affektiver Störungen bei Personen im erwerbsfähigen Alter von über 11 Milliarden Schweizer Franken (rund 8 Milliarden Euro) errechnet (Tomonaga et al., 2013). Je nach Schweregrad beziffern sich die direkten Kosten auf rund 4800 (leichte Störung), 13'300 (mittelgradige Störung) bis 22'100 (schwere Störung) Schweizer Franken pro Patient/in und Jahr. Die entsprechenden indirekten Kosten betragen 11'900, 17'200 und 22'700 Schweizer Franken pro Patient/in und Jahr. Während bei den direkten Kosten vor allem die Hospitalisierungen ins Gewicht fallen, sind die indirekten Kosten mehrheitlich bedingt durch Arbeitsunfähigkeiten und, in geringerem Ausmass, durch Invaliditätskosten. Diese Berechnungen sind konservativ und ziehen bei weitem nicht alle Folgekosten mit ein, beispielsweise Kosten durch komorbide somatische Krankheiten und deren Behandlung, durch Suizide und Suizidversuche, durch Kosten der zweiten Säule und kantonale Ergänzungsleistungen bei Invalidität, durch die Belastung und deren Folgen für die Angehörigen etc.

Für das Jahr 2015 wird zudem gemäss den Krankheitsfolgen-Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation prognostiziert, dass die unipolare Depression in Industrieländern neu die wichtigste Ursache für Behinderungsfolgen sein wird (Mathers & Loncar, 2006).

1.1 Häufigkeit depressiver Erkrankungen

Innerhalb eines Jahres erkranken rund 7% der Bevölkerung erstmals oder wiederholt an einer unipolaren Depression und je 1–2% an einer Dysthymie oder an einer bipolaren affektiven Störung. Das Risiko, innerhalb der gesamten Lebensspanne zumindest einmal an einer affektiven Störung zu erkranken, beträgt rund 20%. Dass Depressionen zugenommen haben, wird zwar häufig behauptet, ist jedoch fraglich.

Die Gruppe der affektiven Erkrankungen umfasst gemäss ICD-10 Störungen, deren Hauptsymptomatik in einer veränderten Stimmung hin zur Depression (depressive Episode oder wiederkehrende depressive Störungen sowie anhaltende affektive Störungen) oder zur gehobenen Stimmung (manische Episode oder bipolare affektive Störung) besteht. Affektive Störungen gehören zusammen mit den Angststörungen, Substanzabhängigkeiten und somatoformen Störungen zu den häufigsten psychischen Störungsgruppen überhaupt.

Bevölkerungssurveys, in denen mit Symptomskalen Selbsteinschätzungen der Befragten erhoben werden, ergeben Anteile von bis zu 20% der Erwachsenenbevölkerung, die von depressiven Symptome innerhalb der letzten Woche bis innerhalb der letzten 6 Monaten berichten (Kessler et al., 2001). Dies ist nicht zu verwechseln mit epidemiologischen Befragungen, in denen strukturierte diagnostische Interviews verwendet wurden, und die, je nach Untersuchung und eingeschlossenen Diagnosen, eine deutlich geringere Jahresprävalenz depressiver Erkrankungen von 4–11% der Erwachsenenbevölkerung ergeben (Baumeister & Härter, 2007; Kessler et al., 2005; Jacobi et al., 2004; Wittchen, Jacobi et al., 2011; Alonso et al., 2007).

Für die unipolare Depression gemäss ICD-10 (respektive Major Depressive Disorder gemäss der US-amerikanischen Klassifikation DSM-IV) kann man von einer Jahresprävalenz von etwa 7% ausgehen: Wittchen und Jacobi (2005) fanden in einer Analyse von 27 epidemiologischen Studien seit den 90er Jahren in Europa einen Median-Wert von 6,9% für unipolare Depression, und Kessler et al. (2005) in der massgeblichen US-amerikanischen Haushaltsbefragung zu Beginn der 2000er Jahre eine ähnliche Jahresprävalenz von 6,6% für Major Depression. Betrachtet man die gesamte Lebensspanne bis zur Befragung (Lebenszeitprävalenz), erfüllen 16,6% der Bevölkerung die Kriterien für eine Major Depressive Disorder. Damit ist die unipolare Depression die häufigste psychische Störung überhaupt, gefolgt von Alkoholabhängigkeit und spezifischen Phobien.

Für die Dysthymie, das heisst mehrjährige depressive Verstimmungen mit geringerem Schweregrad als bei einer Major Depression, liegt der Jahreswert bei 1–2% der

Bevölkerung und die Lebenszeitprävalenz bei 2,5%. Die Jahresprävalenz für bipolare Störungen liegt bei 1–2,5%, die Lebenszeitprävalenz bei 3,9%. Ähnliche Werte fanden sich auch in einer australischen Untersuchung (Andrews et al., 2001).

Die Lebenszeitprävalenz für alle affektiven Störungen zusammen liegt bei 20,8%, und die projizierte Lebenszeitprävalenz mit Berücksichtigung des Risikos der bei Befragung noch nicht Erkrankten beträgt rund 23% (Kessler, Berglund et al., 2005). Das bedeutet, dass rund ein Fünftel bis ein Viertel der Bevölkerung zeitlebens mindestens einmal im Leben unter einer behandlungsbedürftigen Depression leidet.

Ob depressive Erkrankungen über die letzten Jahrzehnte zugenommen haben, ist nicht geklärt und wegen historisch unterschiedlicher Erhebungsmethoden auch kaum zu beantworten. Wahrscheinlicher ist, dass ihre Häufigkeit in früheren Studien unterschätzt wurde, jedenfalls zeigen die wenigen Studien mit vergleichbarer Methodik keine Unterschiede über die Zeit (Kessler et al., 2005; Wittchen, Jacobi et al., 2011). Dies gilt für psychische Erkrankungen generell – sowohl für Störungen im Erwachsenenalter wie auch im Kindes- und Jugendalter sowie im höheren Alter: Es gibt keinen klar erkennbaren Trend in Richtung Zunahme psychischer Störungen (Richter et al., 2008). Vielmehr scheint es, dass eine gewisse Sensibilisierung und Enttabuisierung gegenüber psychischen Erkrankungen im Allgemeinen wie auch gegenüber Depressionen im Speziellen stattgefunden hat, die zur gesellschaftlichen Wahrnehmung beiträgt, dass diese Störungen zunehmen würden. Diese Sensibilisierung – und auch der Ausbau der professionellen Versorgung psychisch Kranker – war erwünscht und muss auf dem Hintergrund der früher rückständigen Versorgung von Personen mit meist sehr schweren psychischen Störungen gesehen werden (Cahn & Baer, 2003). Statt mit einer realen Zunahme von Depressionen haben wir es demnach eher mit einer zunehmend realen Wahrnehmung von Depressionen in der Gesellschaft zu tun.

1.2 Verteilung depressiver Erkrankungen

Depressionen sind, wie viele andere psychische Störungen auch, sehr ungleich über soziodemografische Merkmale verteilt. Sehr konstant zeigt sich, dass Frauen vom Beginn der Adoleszenz bis ins höhere Alter deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Weiter zeigen sich deutliche und in ihrer Tendenz erwartungsgemässe Unterschiede nach Zivilstand, Bildung und sozioökonomischem Status.

Depressive Störungen sind ungleich über soziodemografische Merkmale verteilt. Besonders auffällig sind die Geschlechterunterschiede, wobei sich bei Frauen eine fast

doppelt so hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen zeigt wie bei Männern. Die Lebenszeitprävalenz einer Major Depressive Disorder liegt für Frauen bei rund 21 % und bei Männern bei 13 %. Dieser Unterschied zeigt sich in Untersuchungen konstant in nahezu allen demografischen Gruppen und über verschiedene Kulturen hinweg (Übersicht in Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Sind im Kindesalter noch kaum Geschlechterunterschiede auszumachen, so beginnt die Häufigkeit von Depressionen bei den Mädchen ab etwa 12 Jahren deutlich anzusteigen im Vergleich zu den Jungen. Die Ursachen für diesen Geschlechterunterschied sind nicht abschliessend geklärt. Es scheint jedoch klar, dass es sich um ein Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren handelt, und nicht um eine singuläre Ursache.

Die Unterschiede scheinen auch nicht wesentlich durch Artefakte zustande zu kommen, z.B. dass Frauen emotionale Probleme anders etikettieren als Männer oder sich früher in Behandlung begeben, oder dass die Erkennungsrate von Depressionen bei Frauen höher wäre als bei Männern (Kühner, 2006). Eher von Bedeutung ist, neben anderen Faktoren, das soziale Ungleichgewicht (geringerer Status, Macht und Anerkennung, Rollenüberlastung etc.), das mit spezifischen Belastungen für Frauen verbunden ist (Kühner, 2006).

Die grössere Häufigkeit bei Frauen liegt anscheinend daran, dass sie effektiv häufiger krank werden, und nicht daran, dass sich die Verläufe depressiver Störungen bei Frauen von denjenigen der Männer unterscheiden – zum Beispiel durch eine längere Dauer der depressiven Episoden oder häufiger wiederkehrende Episoden oder Rückfälle. Das heisst, Frauen werden häufiger depressiv als Männer, aber der Verlauf der Depression wird mehr durch andere Faktoren beeinflusst als durch das Geschlecht (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Geschlechterunterschiede zeigen sich schliesslich auch in Bezug auf die Komorbidität von Depression mit anderen Krankheiten. Zum einen zeigen depressive Frauen eher eine Komorbidität mit Angsterkrankungen, wohingegen depressive Männer häufiger eine komorbide Substanzabhängigkeit haben. Zudem scheinen komorbide Substanzabhängigkeiten bei Frauen eher die Folge einer Depression zu sein, wohingegen sie bei Männern eher das zeitlich primäre Problem sind.

Der Zivilstand ist eng mit der psychischen Gesundheit verknüpft, wobei die Untersuchungen weitgehend übereinstimmend zeigen, dass alleinstehende, getrennte und geschiedene Personen im Vergleich zu verheirateten beziehungsweise in Partnerschaft lebenden Personen vermehrte psychische Belastungen, einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen

aufweisen. Der Zivilstand ist ein zentraler Prädiktor für depressive Erkrankungen, die tiefsten Depressions-Raten zeigen sich bei verheirateten, die höchsten bei geschiedenen Personen. Die Prävalenz bei den im Konkubinat Lebenden ist vergleichbar mit den getrennten und geschiedenen Personen und im Vergleich zu den alleinstehenden um mehr als das Doppelte erhöht (Überblick in Fasel et al., 2010).

Weiter sind alle Indikatoren eines niedrigeren sozio-ökonomischen Status wie geringere Bildung, tiefere soziale Schicht, Erwerbslosigkeit, tiefere berufliche Position oder tieferes Einkommen mit einer höheren Rate depressiver Erkrankungen korreliert, wobei die Wirkungsrichtungen unterschiedlich sein können. Hinzu kommen dynamische Wechselwirkungen, beispielsweise mit der Art der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen. So werden zum Teil allgemeinmedizinische Dienste intensiv, aber unspezifisch genutzt, bei gleichzeitiger Unterversorgung durch spezialisierte Angebote (Fasel et al., 2010).

Schliesslich gibt es Hinweise, dass ländliche Gebiete eine geringere Rate von Depressionen aufweisen als städtische Gebiete – auch wenn potentiell konfundierende Merkmale kontrolliert werden (Wang, 2004). Auch andere Studien zeigen für Depressionen einen geringen, aber doch signifikanten Stadt-Land-Unterschied (Überblick in Kuhl & Herdt, 2007), wobei die Forschungslage nicht ganz einheitlich ist.

1.3 Schweregrad depressiver Erkrankungen

Der Schweregrad der depressiven Erkrankung ist nicht nur für das subjektive Leiden, sondern auch für die Behinderungsfolgen von grosser Bedeutung. Rund die Hälfte aller unipolaren Depressionen müssen als schwer oder sehr schwer eingestuft werden. Gleichzeitig ist auch das Behinderungspotential mittlerer und leichter Depressionen sowie subklinischer Depressivität erheblich und sollte nicht unterschätzt werden. Personen mit subklinischer Depressivität sollten wegen ihrer sehr grossen Anzahl, ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung und ihrer guten Integrationsprognose durch die Gesundheitspolitik und die psychiatrische sowie rehabilitative Versorgung künftig stärker fokussiert werden.

Die wenigen Studien, die neben der Diagnose auch den Schweregrad berücksichtigt haben, zeigen, dass es sich bei den affektiven Störungen insgesamt nur zu 15 % um leichtere Fälle handelt, bei den restlichen 85 % geht es um mittelschwere bis sehr schwere Krankheitsgrade (Kessler et al., 2005). Beim Vorliegen einer unipolaren Depression zeigt sich folgende Verteilung der klinischen Symptome: 10,4 % werden als leicht eingestuft, 38,6 %

als mittelschwer, 38,0% als schwer und 12,9% als sehr schwer. Der Schweregrad ist zudem eng verbunden mit dem Ausmass sowohl an Behinderung als auch an Komorbidität (Kessler & Wang, 2009). Der Schweregrad depressiver Erkrankungen ist einer der zentralen Faktoren für die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs wie auch der künftigen sozialen und beruflichen Beeinträchtigung.

Dies bedeutet umgekehrt nicht, dass eine leichtere depressive Symptomatik nicht zu Behinderung führt. Bei depressiven Störungen ist es aus präventiver Sicht wesentlich, den leichteren und auch den subklinischen Symptomen Beachtung zu schenken. Dies weil leichtere Symptome Vorboten einer späteren ausgeprägten Depression sein können und zudem oft mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensqualität, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit einhergehen (Fichter, 1990; Linden et al., 1998; Angst et al., 1990; Ernst et al., 1992). Personen mit leichten und mittelschweren depressiven und Angsterkrankungen haben gegenüber Personen ohne jegliche depressive Symptome ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko, innerhalb der folgenden 10 Jahre eine schwere Erkrankung, eine Hospitalisierung, einen Suizidversuch oder eine Invalidität zu erfahren (Kessler, 2007).

Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass schon depressive Symptome auf einem subklinischen Niveau – das heisst depressive Verstimmungen, welche die Kriterien für eine Depressionsdiagnose nicht erfüllen – ein höheres Risiko für psychosoziale Behinderungen aufweisen (Broadhead et al., 1990; Judd et al., 2000). Die grosse Verbreitung depressiver Symptome in der Bevölkerung, die noch keine Depressions-Diagnose rechtfertigen, zeigt, dass es sich bei den einzelnen Symptomen um allgemeinmenschliche Erfahrungen handelt, die erst durch ihre Kombination und Dauer Störungswert erhalten. Fast jede und jeder hat an sich selbst schon Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Appetitlosigkeit oder fehlendes sexuelles Verlangen erlebt. Dennoch hat sich verschiedentlich gezeigt, dass solche Symptome im Sinne einer subklinischen Depression oder einer «Demoralisierung» (Fichter, 1990) ein bedeutsamer Indikator für eine spätere klinische Depression und für erhebliche Alltagsbehinderungen sein können.

Es scheint zudem ein wesentlicher Unterschied zu sein, ob jemand einige wenige oder leichte depressive Symptome hat oder ob er völlig symptomfrei ist. Generell hängt die soziale und berufliche Behinderung mit der depressiven Symptomatik zusammen: So lange eine depressive Symptomatik vorhanden ist, ist die Behinderung deutlich vorhanden – diese geht aber stark zurück, wenn die depressive Symptomatik verschwindet (Spijker et al.,

2004; Ormel et al., 2004; Judd et al., 2000). Allerdings hinkt die Verbesserung der psychosozialen Behinderung der Symptommfreiheit hinterher. Zudem kehrt sie häufig nicht vollständig bis auf ihr prämorbidem Niveau zurück (Übersicht in Papakostas, 2009).

Angesichts der ungleich höheren Häufigkeit von Personen mit subklinischen und leichteren depressiven Symptomen ist das bevölkerungsbezogene Behinderungspotential solch milderer psychischer Probleme um einiges höher als die Folgen schwerer Depressionen (Judd et al., 2000; OECD, 2012). Hinzu kommt, dass Personen mit leichteren depressiven Störungen eine bessere Prognose haben und sozial sowie beruflich noch besser integriert sind als solche mit schwerer Symptomatik. Subklinische Depressivität eignet sich deshalb besonders für Massnahmen der Prävention und Frühintervention.

Besonders häufig sind subklinische depressive Symptome auch bei älteren Personen. Untersuchungen zeigen, dass jährlich 8–10% der älteren Personen mit subklinischen Symptomen eine behandlungswürdige Depression entwickeln (Übersicht in Meeks et al., 2011). Auch wenn die Prognose bei subklinischen Zuständen besser ist als bei einer diagnostizierten Depression, so sind die Verläufe nicht unbedingt milder Art. Die Folgen sind typischerweise eine erhöhte Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, kognitive Beeinträchtigungen, Verschlechterung der körperlichen Gesundheit, mehr Behinderung im Alltag und verstärkte Suizidgedanken.

1.4 Beginn depressiver Erkrankungen

Entgegen geläufigen Meinungen ist die Depression nicht eine Erkrankung des fortgeschrittenen Alters, sondern beginnt im Mittel mit 30 Jahren. Ein Viertel der Betroffenen erkrankt vor dem 18. Altersjahr. Der im Vergleich mit somatischen Krankheiten frühe Krankheitsbeginn bei Depressionen ist neben deren Häufigkeit und Schwere ein entscheidender Grund für deren enorme gesellschaftliche Krankheitslast. Ein früher Krankheitsbeginn behindert die schulische Laufbahn, die Berufsausbildung und die Etablierung auf dem Arbeitsmarkt. Schliesslich gehen mit depressiven Erkrankungen nicht selten weitere psychische Störungen einher (Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen), die teils noch früher beginnen und die Manifestation von Depressionen begünstigen oder auslösen.

Das grosse Behinderungspotential depressiver Störungen ist zu einem rechten Teil darin begründet, dass diese – beispielsweise im Vergleich zu fast allen chronischen somatischen Krankheiten – früh beginnen. Ein früher Krankheitsbeginn ist ein hauptsächlicher Risikofaktor für

die Entwicklung einer chronischen depressiven Erkrankung (Dysthymie, wiederkehrende Depressionen ohne vollständige Remission, Depression und Dysthymie gemischt), die bei rund 20% der Personen nach einer akuten depressiven Episode eintritt (Übersicht in Hölzel et al., 2011).

Das mittlere Alter für den Beginn depressiver Erkrankungen liegt bei 30 Jahren (50%-Perzentil der Altersverteilung), wobei mit einem Viertel der Betroffenen ein substantieller Teil erstmals vor dem 18. Altersjahr erkrankt. Die Hälfte erkrankt zwischen dem 18. und dem 43. Altersjahr, das letzte Viertel im Alter zwischen 43 und 73 Jahren (Kessler et al., 2005). Ähnliche Resultate zum Krankheitsbeginn zeigten sich auch in den epidemiologischen Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation in 17 Ländern: Die Häufigkeit depressiver Erkrankungen bleibt bis zur Adoleszenz gering und steigt dann bis zum mittleren Alter rasch an, und das mittlere Ersterkrankungsalter liegt, je nach Land, zwischen 25 und 45 Jahren (WHO World Mental Health Consortium; Kessler et al., 2007).

Ein früher Krankheitsbeginn ist mit einer ungünstigeren Prognose bezüglich Krankheitsverlauf und Behinderung verbunden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass diese depressiven Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter zwar häufig eine mildere Symptomatik zeigen, aber mit relativ grosser Wahrscheinlichkeit wiederkehrende Phänomene sind, mit Anteilen von 30–50% der Personen, die im Erwachsenenalter eine wiederholte Episode erleben (Angst et al., 1990; Lewinsohn et al., 2000; Costello et al., 2002).

Während die Häufigkeit depressiver Störungen im Kindesalter sowohl für Mädchen wie auch für Knaben mit ungefähr 1% Jahresprävalenz etwa gleich niedrig ist, steigt die Prävalenz bei den Adoleszenten auf bis zu 8% an, und die Lebenszeitprävalenz für Depressionen ist bei den Jugendlichen mit rund 15% schon etwa gleich hoch wie bei den Erwachsenen. Dieser starke Anstieg geht vor allem zu Lasten der Mädchen, wohingegen Depressionen bei Jungen im Jugendalter nicht so stark zunehmen (Keenan et al., 2008; Übersicht in Kessler et al., 2001). Untersuchungen zeigen, dass auch schon sehr frühe (schwache) depressive Symptome bei Mädchen im Alter von 9–10 Jahren eine gewisse Stabilität über die folgenden Jahre aufweisen und prädiktiv für weitere depressive Episoden sein können. In Anbetracht der substantiellen Rezidiv-Wahrscheinlichkeit sollten derartige initiale Episoden rasch und wirksam behandelt werden.

Umso problematischer ist die Tatsache, dass die Wahrscheinlichkeit einer professionellen Behandlung erst mit höherem Alter deutlich ansteigt. Depressive Personen mit einem späten Krankheitsbeginn zwischen

dem 30. und 54. Lebensjahr haben gegenüber Kindern mit depressiven Symptomen eine je nach Untersuchung 14- bis 15-mal erhöhte Behandlungswahrscheinlichkeit. Immerhin hat sich die Behandlungswahrscheinlichkeit für die jüngeren Jahrgänge erhöht, wobei Depressive, die zwischen 1966 und 1975 geboren sind gegenüber der Geburtskohorte 1936–1945 eine um das Fünffache erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, behandelt zu werden (Olfson et al., 1998).

Depressive Störungen mit Beginn im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter erhöhen zudem das Risiko von Ausbildungsabbrüchen signifikant (Lee et al., 2009). Konkret ist das Risiko eines vorzeitigen Austritts aus der Sekundarstufe um 40% erhöht. Ein vorzeitiger Austritt aus Schule und Beruf zieht oft weitere negative Folgen wie z.B. Arbeitslosigkeit nach sich, da eine abgeschlossene Berufsausbildung einer der wichtigsten Faktoren für eine gute Integration in den Arbeitsmarkt darstellt. Die Analyse von invalidisierten Personen aus so genannt psychogenen Gründen (unter die auch die depressiven Störungen subsummiert werden) in der Schweiz (Baer et al., 2009) hat gezeigt, dass rund die Hälfte der IV-Berenteten vor dem 15. Altersjahr erstmals erkrankt sind, häufig schon Verhaltens- und Leistungsprobleme in der Schule zeigten und später als Erwachsene kaum je beruflich sicher integriert waren bevor sie sich mit rund 40 Jahren bei der Invalidenversicherung anmeldeten. Zudem ist ein früher Beginn verbunden mit einer Reihe weiterer potentieller Belastungen wie sozialen Behinderungen, einer geringeren Rate von Verheirateten und einem höheren Scheidungsrisiko (Breslau et al., 2011), einer geringeren Lebensqualität, einer erhöhten psychiatrischen und somatischen Komorbidität, einer grösseren Anzahl depressiver Episoden mit erhöhtem Schweregrad sowie vermehrten Suizidgedanken und -versuchen (Übersicht in Richards, 2011).

Auch bei depressiven Störungen, die erst im Erwachsenenalter beginnen, kann man nicht a priori davon ausgehen, dass die Betroffenen zuvor psychisch beschwerdefrei waren. Dies hängt damit zusammen, dass Depressionen häufig komorbid auftreten. Besonders häufige psychiatrische Komorbiditäten sind Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen und Substanzabhängigkeiten. Dies sind Störungen, die noch deutlich früher beginnen als depressive Erkrankungen. So liegt das mittlere Ersterkrankungsalter bei Angststörungen bei 11 Jahren und bei Substanzabhängigkeiten bei 20 Jahren. Persönlichkeitsstörungen beginnen definitionsgemäss spätestens in der Adoleszenz, weswegen man ebenfalls von einem sehr frühen Beginn ausgehen

kann. Häufig gehen diese Störungen einer Depression voraus (Kessler & Walters, 1998). Teilweise – im Falle bestehender Depressionen im Kindes- und Jugendalter – treten sie neben oder anschliessend an die Depression auf, wobei Angststörungen bei den Mädchen häufiger sind, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit bei den Knaben. Es ist also anzunehmen, dass neben den Früherkrankten auch ein erheblicher Teil der Personen mit Depressionsbeginn im Erwachsenenalter schon in der Kindheit oder Adoleszenz psychisch belastet war.

Der frühe Beginn von depressiven Störungen – und allgemein von psychischen Störungen – ist eines der wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zu chronischen somatischen Krankheiten, die in der Regel sehr viel später beginnen. Dieser führt in Verbindung mit dem nicht selten länger dauernden oder wiederkehrenden Verlauf dazu, dass Depressionen über einen viel längeren Zeitraum behindernd sein können, als dies bei körperlichen Erkrankungen der Fall ist. Dies erklärt zum Teil die herausragende Stellung der Depressionen für die gesellschaftliche und ökonomische Last durch Krankheitsfolgen.

Es scheint für das Verständnis depressiver Störungen und deren Verläufe wesentlich, sich auch des möglichen Erlebens solch früher Erfahrungen bewusst zu sein. Erfahrungen der eigenen Erkrankung und der daraus folgenden sozialen Probleme, aber nicht selten auch Erfahrungen depressiver Erkrankungen in der Herkunftsfamilie prägen das Erleben und können zu einer tiefgreifenden Verunsicherung führen. Unabhängig von der Frage nach den Ursachen depressiver Erkrankungen, die generell im Zusammenspiel von genetischen, neurobiologischen, psychologischen und sozialen Faktoren sowie Persönlichkeitsfaktoren zu sehen sind, ist es von Bedeutung, dass depressive Belastungen schon in der Herkunftsfamilie häufig anzutreffen sind und ebenfalls ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung länger dauernder depressiver Verläufe darstellen (Hölzel et al., 2011). Das Vorhandensein einer familiären depressiven Vorbelastung kann eine genetische Vulnerabilität darstellen, sich negativ auf das Bindungs- und Erziehungsverhalten auswirken, oder beides.

Neben dem Risikofaktor einer depressiven Erkrankung in der Herkunftsfamilie ist grundsätzlich auf die Bedeutung ungünstiger Erfahrungen in der frühen Biografie zu verweisen. Auch wenn die Wirkungsmechanismen nicht immer klar sind, so scheint doch unbestritten, dass frühe negative Erfahrungen wie Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils und generell wechselnde Pflegemilieus, aber auch psychische Erkrankungen, Suchtprobleme oder Delinquenz der Eltern das

Risiko für die Entwicklung späterer psychischer Störungen erhöhen. Als von Bedeutung für die Entstehung depressiver Störungen wurden unter anderem Indikatoren untersucht wie mangelnde interaktive Resonanz der Eltern auf Gefühle und Verhalten des Kindes, inkonsistentes, invasives, kontrollierendes, wenig bestätigendes oder feindseliges Elternverhalten, oder auch frühe Erfahrungen des Verlusts eines Elternteils durch Tod, ständige Elternkonflikte etc. (Übersicht in Goodman & Brand, 2009). Allerdings ist unklar, wie spezifisch solche Erfahrungen wirken. Solche Zusammenhänge zeigen sich nicht nur bei depressiv Erkrankten, sondern erhöhen generell die Vulnerabilität für eine psychische Störung.

1.5 Komorbidität depressiver Erkrankungen

Depressive Erkrankungen gehen sehr häufig mit somatischen Krankheiten wie auch mit anderen psychischen Krankheiten einher. Die Komorbidität von Depression und somatischen Problemen führt häufig zu Behinderung, zu einer gesteigerten Inanspruchnahme von medizinischen Diensten und zu einer deutlich erhöhten Mortalität. Besonders invalidisierend ist auch die psychiatrische Komorbidität von Depressionen, Somatisierungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Depressive Symptome und somatische Erkrankungen wie auch Schmerzen hängen eng zusammen: Etwa zwei Drittel der Depressiven berichten über körperliche Beschwerden und umgekehrt (Übersicht in Bair et al., 2003, Romano & Turner, 1985; Chapman et al., 2005). Mit jedem zusätzlichen somatischen Symptom verdoppelt sich in etwa die Wahrscheinlichkeit, dass jemand an einer depressiven Störung leidet (Kroenke et al., 1994). Analysen der niederländischen Gesundheitsbefragung haben beispielsweise ergeben, dass das Risiko für eine affektive Störung bei vorhandenen Rückenproblemen, Rheuma, Bluthochdruck, Asthma, Migräne und Verdauungsstörungen signifikant erhöht ist. Bei gemeinsamem Vorliegen von psychischen und körperlichen Störungen kann man von mindestens additiven Effekten auf die Arbeitsbehinderung ausgehen (McIntyre et al., 2011), entsprechend einiger Untersuchungen gar von exponentiellen Wirkungen. Ausserdem leidet ein substantieller Anteil der Schmerz betroffenen an Depressionen; je nach Umfeld, in dem die Patienten und Patientinnen untersucht worden waren, betrug der Anteil zwischen einem Fünftel und drei Vierteln. Der Anteil depressiver Störungen ist bei definierten Schmerzstörungen geringer als bei medizinisch undefinierten Schmerzen wie muskuloskeletalen und unspezifischen Rückenschmerzen (Bair et al., 2003).

Die Komorbidität von Schmerz und Depression führt zu besonders starken Behinderungen bezüglich Mobilität, Aktivität und Arbeitsfähigkeit (Stein et al., 2006; García-Campayo et al., 2008). Generell scheint der starke Zusammenhang zwischen Depression und Behinderung (Arbeitsplatzprobleme, Krankheitsabsenzen, Invalidität) besonders stark durch komorbide Krankheiten vermittelt zu sein (McIntyre et al., 2011). Das gleichzeitige Vorliegen von depressiven und somatischen Erkrankungen erhöht beispielsweise Absentismus vom Arbeitsplatz gegenüber nicht-komorbiditen Störungen (Buist-Bouwman et al., 2005). Zudem sind beispielsweise Schlafprobleme, die ein häufiges Charakteristikum von Depressionen sind, ein eigenständiger Risikofaktor für Invalidität (Overland et al., 2008). Komorbidität ist für das Verständnis von krankheitsbezogenen Behinderungen essentiell. So sind zum Beispiel leichtere psychische Störungen bei gleichzeitigem Vorliegen einer somatischen Erkrankung häufiger verbunden mit Invalidität als schwere psychische Störungen ohne Komorbidität (OECD, 2012).

Das gleichzeitige Vorhandensein von Schmerzen und Depression führt einerseits zwar zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Behandlung führt (Stein et al. 2006), andererseits aber auch zu einer deutlich schlechteren Prognose. Etwa drei Viertel der depressiven Hausarztpatienten/innen präsentieren ihr Problem ausschliesslich mit körperlichen Problemen, was die adäquate Problemwahrnehmung sehr erschwert (Bair et al., 2003). Je mehr somatische Symptome präsentiert werden, umso geringer ist die Erkennungsrate depressiver Störungen. Dies gilt verstärkt für ältere Patienten/innen, die statt über Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit eher über Schlaflosigkeit oder Sterbegedanken berichten (Gallo et al., 1994). Depression erschwert signifikant den Heilungsverlauf von häufigen somatischen Erkrankungen wie z.B. Herzkrankheiten. Grundsätzlich zeigen sich negative Auswirkungen in verschiedene Richtungen: Depression verschlechtert den Verlauf somatischer Erkrankungen, und komorbide körperliche Probleme verschlechtern den Verlauf der depressiven Erkrankungen (Katon, 2011). Schliesslich muss man davon ausgehen, dass Personen mit depressiven Erkrankungen früher sterben als Personen ohne Depression, unter anderem als Folge komorbider physischer Krankheiten wie Diabetes, chronisch obstruktiver Lungenkrankheiten, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Asthma oder Krebs (Katon, 2011). Insgesamt haben Menschen mit Depressionserkrankungen eine erhöhte Mortalität als nicht-depressive Personen, dies gilt auch schon bei subklinischen Depressionsformen (Cuijpers & Smit, 2002).

Depressionen haben zudem eine sehr hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen. Rund 50% der Personen mit einer depressiven Störung im Lebensverlauf erfüllen auch die Kriterien für eine Angststörung. Zudem liegt bei etwa 30% der depressiven Patientinnen und Patienten eine Substanzabhängigkeit vor, wobei die Depression häufig als Folge der Suchterkrankung anzusehen ist. Schliesslich sind auch komorbide somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen häufig (siehe zusammenfassend die Versorgungsleitlinie Unipolare Depression der DGPPN, 2012).

Von besonderer Bedeutung hinsichtlich Behinderungsfolgen ist die Komorbidität von Depression und Persönlichkeitsstörung. Personen mit depressiven Erkrankungen leiden häufig gleichzeitig unter einer Persönlichkeitsstörung oder unter so genannten (subklinischen) Persönlichkeitsakzentuierungen (Green et al., 2010). In der Analyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen in der Schweiz (Baer et al., 2009) zeigte sich, dass die bei weitem häufigste Diagnose der Berenteten – die im Rahmen des Begutachtungsverfahrens im Durchschnitt fünf verschiedene Diagnosen erhalten – zwar Depressionen sind, dass aber gleichzeitig mehr als 70% dieser Personen laut ärztlicher Begutachtung zumindest eine Persönlichkeitsakzentuierung haben. Die weitaus häufigste Diagnose, die zur IV-Berentung führt, ist denn auch diejenige der Persönlichkeitsstörung.

1.6 Dauer depressiver Erkrankungen

Das Bild der Depression als einmalige Krise ist falsch. Der überwiegende Teil depressiver Erkrankungen nimmt einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf. Depressionen lassen sich zwar behandeln, aber dennoch ist die Rückfallrate trotz gutem Ansprechen auf die Behandlung erheblich. Eine vollständige Remission der Depressionssymptome wäre für den weiteren Verlauf entscheidend, wird aber oft nicht vollständig erreicht.

Unipolare depressive Störungen zeigen meistens einen rezidivierenden Verlauf (Kapfhammer, 2007). Ein grosser Teil der Betroffenen haben nach einer ersten depressiven Episode weitere Episoden, wobei die Werte je nach Untersuchung und Erhebungszeitraum relativ stark schwanken. In einer bevölkerungsbezogenen Langzeituntersuchung über 23 Jahre in den USA (Eaton et al., 2008) hatten 50% der Personen keine weitere Episode (Personen mit und ohne Behandlung). In weiteren Studien wurden Raten von 40–75% gefunden, die in einem längeren Zeitraum mindestens eine weitere depressive

Episode hatten. Deutsche Daten zeigen, dass fünf Jahre nach einer ersten depressiven Episode bereits 75% der Betroffenen eine weitere Episode erlitten (Bramesfeld & Stoppe, 2006). Im Laufe des ganzen Lebens betrifft dies zwischen 75 und 90% aller Personen, die einmal eine depressive Episode hatten (Angst, 1992). Im Mittel haben Personen mit wiederkehrenden depressiven Störungen 6 Episoden im Lebensverlauf (Wittchen, 2006). Generell steigt mit jeder weiteren Episode das Risiko, dass die Betroffenen nochmals eine Krankheitsepisode erleben um 16% (Solomon et al., 1997).

Eine depressive Episode dauert im Mittel drei Monate (Spijker et al., 2002). Durch adäquate Therapie kann die Krankheitsdauer verkürzt werden (Bramesfeld & Stoppe, 2006). Je schwerer die depressive Episode, desto länger dauert sie. In einigen Fällen klingt die depressive Symptomatik gar nie ganz ab: Etwa 15% der Personen (7 bis 30% je nach Studie und Definition von «Recovery»), die jemals eine depressive Erstepisode erlebt haben, entwickeln einen chronischen Verlauf, in welchem die depressive Symptomatik nie ganz verschwindet (Eaton et al., 2008). Dies bilden auch die Daten der so genannten Zürich-Studie ab (Angst, 1992), in der 13% der jemals depressiv Erkrankten im Langzeitverlauf keine Remission der Symptomatik zeigten.

Die Rückfallrate – das heisst eine bald einsetzende Verschlechterung der Symptomatik nach einem anscheinend guten Ansprechen auf die Behandlung – ist relativ hoch und beträgt je nach untersuchter Population zwischen einem Fünftel und einem Drittel der Patienten und Patientinnen (Übersicht in Richards, 2011). Wesentliche Risikofaktoren stellen dabei die Residualsymptome sowie (trotz verbesserter Symptome) nach wie vor bestehende psychosoziale Behinderungen dar. Diese können auch leichter Art sein (Judd et al., 2000; Solomon et al., 2008). Umso wichtiger wäre eine Fokussierung auf die psychosoziale Situation und die funktionellen Einschränkungen in der Behandlung depressiver Patienten/Patientinnen.

Die Wichtigkeit einer vollständigen Remission depressiver Symptome gilt nicht nur für Rückfälle, sondern auch für wiederkehrende depressive Episoden. Wiederkehrende Episoden sind generell relativ häufig (siehe oben), und der zeitliche Abstand zwischen den Episoden nimmt im längeren Verlauf ab. In einer US-amerikanischen Verlaufsstudie (Solomon et al., 2000) betrug die mittlere Dauer bis zur ersten wiederkehrenden Episode 150 Wochen, bis zur zweiten 83 Wochen, bis zur dritten 77 Wochen, bis zur vierten 68 Wochen und bis zur fünften 57 Wochen. Das Risiko für wiederkehrende Episoden ist für Personen, deren Symptome bei der ersten Episode

nicht vollständig remittieren, deutlich erhöht gegenüber denjenigen, die keinerlei Symptome mehr zeigten. Das zeigt wiederum, dass Depressionen zwar behandelbar sind und zu einem grossen Prozentsatz remittieren, dass es sich aber auf der anderen Seite normalerweise um wiederkehrende oder chronische sowie behindernde psychische Erkrankungen handelt.

Zusammenfassend hängen der Schweregrad, die psychiatrische und somatische Komorbidität, der frühe Beginn und dessen Konsequenzen (und gegebenenfalls dadurch mitbestimmte Auffälligkeiten der Persönlichkeit) sowie der chronische Verlauf eng zusammen und bestimmen zu einem erheblichen Grad das Ausmass psychosozialer Funktionseinschränkungen. Klinische Symptomatik und psychosoziale Funktionsfähigkeit hängen nicht nur eng zusammen, sondern beeinflussen einander gegenseitig. Der klinische Verlauf ist der wichtigste Einflussfaktor für eine Behinderung, indem einerseits eine schwere und andauernde depressive Symptomatik sehr einschränkend ist und andererseits bei einer Remission der Symptome die Funktionsfähigkeit nahezu wieder hergestellt wird. Umgekehrt sagt das Ausmass der verbleibenden psychosozialen Behinderung nach Symptomrückgang den weiteren klinischen Verlauf der Depression relativ gut voraus. Symptomatik und Funktionsfähigkeit sollten demnach gemeinsam betrachtet und gleichwertig gewichtet werden. Dies ist heute allerdings in der Behandlung depressiver Patienten/Patientinnen noch kaum je der Fall (OECD, 2012).

1.7 Behandlung depressiver Erkrankungen

Der prinzipiell vorhandenen Behandelbarkeit vieler depressiver Erkrankungen durch Antidepressiva und Psychotherapie steht entgegen, dass erstens nur rund die Hälfte der Betroffenen sich jemals behandeln lässt, und dass, zweitens, zwischen Erkrankungs- und Behandlungsbeginn im Durchschnitt rund 10 Jahre liegen. Hinzu kommt, dass nur etwa in der Hälfte der behandelten Fälle von einer adäquaten Depressionsbehandlung nach psychiatrischen Standards ausgegangen werden kann.

Depressive Symptome können psychotherapeutisch und/oder mit Antidepressiva behandelt werden, wobei leichtere Depressionen häufig gut auf psychotherapeutische Interventionen ansprechen und mittlere und schwere Depressionen üblicherweise zusätzlich den Einsatz antidepressiver Medikation bedingen. Allerdings suchen Personen mit psychischen Erkrankungen generell

eher selten eine Behandlung auf. Daten von 21 europäischen Ländern zeigen, dass nur rund 15% der Personen mit psychischen Problemen im vorangegangenen Jahr in professioneller Behandlung waren (OECD, 2012). Ähnliche Werte zeigen epidemiologische Untersuchungen und Studien bei Hausarztpatienten/-patientinnen (Kessler et al., 2005; Lecrubier, 2007; Alonso et al., 2004). Besonders tief sind die Behandlungsraten zudem bei jüngeren Personen und bei leichteren bis mittelschweren psychischen Störungen.

Depressive Störungen werden wegen der oft im Vordergrund stehenden somatischen Symptome häufig nicht oder erst sehr spät erkannt und behandelt. Dies gilt im Besonderen auch für Depressionen bei älteren Menschen, die eher über somatische denn über psychische Befindlichkeiten sprechen und in der Folge nur selten psychotherapeutisch-medikamentös adäquat behandelt werden (Hell & Böker, 2005).

Obwohl sich die Behandlungsrate psychischer Störungen in den letzten Dekaden deutlich verbessert hat – von einem Fünftel behandelter Personen anfangs der 90er Jahre auf rund ein Drittel 2001 in den USA (Kessler et al., 2005) – ist sie nach wie vor relativ gering. Dies gilt auch für Depressionen. Etwa die Hälfte der depressiven Patienten und Patientinnen (Major Depression) ist in professioneller Behandlung, meistens bei einem Hausarzt (Wang et al., 2005). Die mittlere Anzahl Konsultationen depressiver Patienten/Patientinnen im Bereich der Gesundheitsversorgung (Psychiater/innen, Psychologen/ Psychologinnen, Allgemeinmediziner/innen) beträgt rund vier, ist also relativ tief. Relativ häufig werden auch nicht-professionelle Behandelnde (spirituelle Heiler etc.) oder Selbsthilfegruppen aufgesucht. Je schwerer krank eine Person ist, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich in Behandlung befindet. Obwohl nachvollziehbar ist, dass sich die Behandlungsrate mit zunehmendem Schweregrad erhöht, so ist es doch ungünstig, dass sich nur ein geringer Teil der Personen mit milderen Depressionen in Behandlung begibt (Wang et al., 2004).

Irgendwann im Verlaufe des Lebens lässt sich ein substantieller Anteil von Personen mit affektiven Störungen behandeln, in verschiedenen europäischen Ländern zwischen rund einem Drittel bis mehr als zwei Drittel der Betroffenen (Kovess-Masfety et al., 2007). Allerdings erfolgt die erste Behandlung im Schnitt erst rund 10 Jahre nach der Ersterkrankung (Kessler & Wang, 2008). Ein ähnliches Problem zeigt sich – bezüglich den Behinderungsfolgen – in der noch späteren Erfassung psychisch Kranker durch die Invalidenversicherung (Baer et al., 2009).

Neben der fehlenden oder sehr späten Behandlung depressiver Personen liegt ein drittes Problem in der inadäquaten Behandlung dieser Störungen. Grob kann man davon ausgehen, dass von den 50%, die wegen Depressionen eine Behandlung aufsuchen, nur die Hälfte eine Behandlung erhält, die minimalen Standards bezüglich Dauer, Medikation und Anzahl Konsultationen entspricht (Kessler et al., 2005). Wiederum sinkt die Angemessenheit der Behandlung mit dem Schweregrad, das heisst, Personen mit leichteren Depressionen sind besonders häufig inadäquat behandelt (Birnbaum et al., 2009).

1.8 Behinderungsfolgen depressiver Erkrankungen

Der vorliegende Bericht setzt einen Fokus auf die Behinderungsfolgen depressiver Erkrankungen, weil depressive Zustände zu einer insgesamt enormen menschlichen und ökonomischen Last führen. Da viele Personen mit vor allem leichteren depressiven Störungen noch gesellschaftlich und im Arbeitsmarkt integriert sind, werden die Konsequenzen bezüglich Produktivitätsverluste und familiäre sowie soziale Belastungen unterschätzt.

Nicht nur die Ursachen und Manifestationsformen depressiver Erkrankungen sind das Resultat biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, sondern auch die Folgen sind multidimensional. Depressionen führen nicht nur zu erheblichem psychischen Leiden, sondern über kurz oder lang auch zu Beziehungs- und Arbeitsproblemen, Arbeitsabsenzen bis hin zur sozialen Isolation respektive zu Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt und Invalidität. Dabei spielt die Behandlungssituation eine entscheidende Rolle: Behandelnde, welche die Arbeitssituation ihrer Klientel fokussieren, unterstützen Arbeitsplatzhalt und Wiedereingliederung ihrer Patienten/Patientinnen.

Es gibt heute eine breite Evidenz, welche die vielfältigen Zusammenhänge zwischen psychischen Krankheiten und soziodemografischen wie auch sozioökonomischen Faktoren aufzeigt. Psychische Störungen hängen zusammen mit der sozialen Position in der Gesellschaft (tiefer), dem Geschlecht (weiblich), dem Zivilstand (unverheiratet), dem Status «alleinerziehend», dem Bildungsstand (geringer), dem Erwerbsstatus (arbeitslos, nicht erwerbstätig), dem Einkommen (tiefer), Wohnproblemen, der Migration und anderen (Fasel et al., 2010). Hinzu kommen gerade bei Depressionen typischerweise Zusammenhänge mit familiären und partnerschaftlichen Belastungen, sozialer Unterstützung, und generell Problemen in den privaten

und sozialen Rollenfunktionen sowie einer verminderten Lebensqualität (Übersichten in Wells et al., 2002 sowie in Kapfhammer, 2007; Alonso et al., 2004). Wie auch immer diese Zusammenhänge zustande kommen, beeinflussen sie sich doch gegenseitig negativ.

Ein zentraler Bereich der psychosozialen Folgen depressiver Erkrankungen betrifft die Arbeitswelt. Depressionen sind verbunden mit stark erhöhtem Präsentismus (Präsenz am Arbeitsplatz bei verminderter Produktivität), mit krankheitsbedingtem und typischerweise länger dauern dem Absentismus sowie mit Invalidität (OECD, 2012). Insgesamt sind die arbeitsbezogenen Folgen depressiver Störungen gleich gross oder grösser als die Folgen chronischer somatischer Krankheiten. (Collins et al., 2005; OECD, 2012). In einem Vergleich mit 15 anderen häufigen chronischen Erkrankungen (z.B. Migräne, Asthma, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Arthritis, Reizdarm-Syndrom, Schlafprobleme, Bluthochdruck u.a.) zeigte Depression die stärksten Auswirkungen auf die Produktivität am Arbeitsplatz, sei es als Haupterkrankung oder als komorbide Erkrankung bei den anderen Gesundheitsproblemen (Kessler et al., 2008). Erwerbstätige mit einer Major Depressive Disorder berichten gemäss einer kanadischen Bevölkerungsbefragung nicht nur von weniger Arbeitssicherheit als beschwerdefreie Erwerbstätige, sondern haben auch mehr Arbeitsunfähigkeitstage und ein um rund 10% verringertes Einkommen als nicht depressive Personen (McIntyre et al., 2011).

Entscheidend für den Grad der Behinderung ist bei Depressionen der Schweregrad der Erkrankung sowie andere Merkmale der depressiven Erkrankung (Judd et al., 2000; Ormel et al., 2004; Spijker et al., 2004; Rytsälä et al., 2005; Lagerveld et al., 2010; Plaisier et al., 2010). Vor allem die Schwere der Depression, aber auch die Dauer früherer depressiver Episoden und eine gleichzeitig bestehende Persönlichkeitsstörung sind mit stärkerer Behinderung (inklusive mehr Absenztage) verbunden (Rytsälä et al., 2005). Spijker et al. (2004) fanden, dass Schweregrad und komorbide Angststörung die wichtigsten Faktoren für die Behinderung sind und dass sich die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten mit zunehmender Genesungsdauer verbessern – nicht jedoch das soziale Funktionsniveau. Das heisst, dass sich die Genesung unterschiedlich auf verschiedene Bereiche des Funktionierens auswirkt.

In einer Literaturübersicht fanden Lagerveld et al. (2010) starke Evidenz für den Zusammenhang erstens zwischen Dauer der depressiven Episode und Ausgliederung sowie zweitens zwischen Schweregrad und Arbeitsbeeinträchtigung. Bei depressiven Mitarbeitenden mit mehreren Arbeitsabsenzen beträgt die Dauer zwischen zwei Arbeitsabsenzen durchschnittlich 10 Monate. Die Anzahl früherer depressiver Episoden und subklinischer Residualsymptome nach der letzten depressiven Episode sind dabei die entscheidenden Prädiktoren für eine weitere Episode (Koopmans et al., 2011). Auch die Dauer der erstmals auftretenden depressiven Symptome (der so genannten Index-Symptome) scheint besonders mit dem Behinderungsgrad zusammenzuhängen (Rhebergen et al., 2010).

Insgesamt zeigt sich jedoch ein synchroner Zusammenhang zwischen Depressionsschwere und psychosozialer Behinderung: Während einer depressiven Episode ist die Behinderung sehr deutlich und zeigt sich in allen Lebensbereichen, verschwindet jedoch mit dem Abklingen der Depression – das heisst, der postmorbidem Behinderungsgrad nähert sich dem prämorbidem Behinderungsgrad wieder an (Ormel et al. 2004).

Allerdings sind Personen mit schon nur subklinischen depressiven Symptomen signifikant stärker behindert als Personen ohne depressive Symptome. Das heisst, dass Personen, die nach einer depressiven Krise nicht vollständig remittieren, stärker behindert sind als Personen, die nach einer Krise überhaupt keine Symptome mehr zeigen (Judd et al., 2000). Aus diesem Grund ist es auch sinnvoll und legitim, Personen mit depressiven Symptomen mit Personen ohne ein einziges depressives Symptom zu vergleichen (Kap. 1.9). Laut OECD (2012) werden Depressionen mit geringerem Schweregrad und ebenso subklinische Depressivität in ihren Behinderungsfolgen stark unterschätzt. Personen mit leichteren Depressionen verursachen jedoch wegen ihrer viel höheren Prävalenz rund 50% mehr Arbeitsunfähigkeitstage als Personen mit einer schwereren Depression (Major Depression; Broadhead et al., 1990).

In vielen Industriestaaten besteht zudem eine differenzierte Gesundheitsversorgung für Personen mit schwereren psychischen Störungen, inklusive häufig einer spezialisierten privaten Versorgung für Selbstzahler mit hohem sozialem und beruflichem Funktionsniveau. Die grosse Mehrheit der Personen mit leichteren Störungen und kritischer – aber häufig noch intakter – sozialer Integration scheint hingegen unterversorgt (Cahn & Baer, 2003).

In Bezug auf Arbeitsplatzerhalt und Wiedereingliederung ist die Behandlungssituation zentral. Eine norwegische Untersuchung zeigte beispielsweise, dass rund 32% der IV-Berenteten aus psychischen Gründen nie eine Behandlung wegen ihrer psychischen Problemen aufgesucht hatte (Overland et al., 2007). Eine Studie aus Finnland zur Behandlungssituation von Personen mit einem IV-Rentenanspruch kam zum Schluss, dass nur rund 9% der depressiven Antragsstellenden eine kombinierte Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie erhielt – wobei sich kaum Unterschiede zwischen Mitte der 90er Jahre und Mitte der 00er Jahre zeigten (Honkonen et al., 2007).

Eine adäquate (Leitlinienkonforme) antidepressive Therapie ist eine notwendige Voraussetzung für günstigere Verläufe am Arbeitsplatz und bei der Wiedereingliederung: Leitlinienkonforme Therapie vergrössert die Wahrscheinlichkeit, nach einer Depression wieder zu arbeiten und verringert die Wahrscheinlichkeit einer Frühberentung (Dewa, 2003). Dies gilt auch in Bezug auf eine adäquate antidepressive Medikation (adäquat in Bezug auf Dosis und Dauer der Medikation): Nach einer Depression haben die adäquat Behandelten eine rund 3,5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit zu arbeiten als die nicht adäquat Behandelten (Smith et al., 2009). Auch andere Studien zeigen, dass eine antidepressive Medikation über einen ausreichend langen Zeitraum hinweg mit einer erhöhten Erwerbsrate Depressiver zusammenhängt (Lerner et al., 2004).

Eine adäquate psychiatrische Behandlung ist allerdings keine hinreichende Voraussetzung für Arbeitsplatzerhalt oder erfolgreiche Wiedereingliederung: Auch bei adäquater antidepressiver Behandlung klingt bei einem gewissen Teil der Patienten/Patientinnen die Depression nicht vollständig ab – womit auch oft die Funktionsfähigkeit nicht wieder ganz hergestellt wird. Deshalb sollten die Behandelnden ihre Patientinnen und Patienten aktiv nach deren Arbeitssituation befragen und verfolgen, ob die symptomatische Verbesserung sich auch positiv auf die Arbeitssituation auswirkt (Adler et al., 2006). Schliesslich besteht Evidenz, dass depressive Patienten/Patientinnen von arbeitsplatzbezogenen Interventionen durch ihre Behandelnden profitieren würden, beispielsweise zur Kompensation von Leistungsdefiziten, zur Beilegung zwischenmenschlicher Probleme am Arbeitsplatz oder zur Anpassung physischer Beanspruchungen (Adler et al., 2006).

Eine aktive Information der Arbeitgeber/innen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist eine Voraussetzung, um die entsprechenden Arbeitsplatzanpassungen vornehmen zu können. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung, welche die Arbeitssituation der Klientel speziell fokussiert, hat – im Vergleich zur selben Behandlungsart ohne diesen Fokus – den Effekt, dass Patientinnen und Patienten rascher an den Arbeitsplatz zurückkehren (Lagerveld et al., 2012). Dies ist ein wesentliches Resultat, das auch der praktischen Erfahrung entspricht: Patienten/Patientinnen sowie deren Arbeitgebende erleben eine aktive Rolle und eine offene Information der behandelnden Ärzte/Ärztinnen als sehr hilfreich in Bezug auf den Erhalt des Arbeitsplatzes respektive in Bezug auf eine rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Dem grossen Potential einer aktiven Rolle der behandelnden Ärzte/Ärztinnen stehen allerdings verschiedene Hindernisse gegenüber: Zum einen wollen Patienten/Patientinnen spontan oft nicht, dass die Arbeitgebenden etwas über ihre Behinderung, das heisst, über die arbeitsbezogenen Folgen ihrer Erkrankung erfahren, zum anderen haben Ärzte/Ärztinnen häufig eine negative Grundeinstellung gegenüber dem Arbeitsplatz und nehmen Erwerbstätigkeit in erster Linie als psychische Belastung wahr (OECD, 2012). Weiter fühlen sich Behandelnde häufig nicht genug sicher, im direkten Arbeitgeberkontakt professionell auftreten zu können. Gemäss einer norwegischen Studie empfinden rund 70% der Ärzte/Ärztinnen das Ausstellen einer Arbeitsfähigkeitsprognose inklusive Ausmass und Dauer der zu erwartenden Arbeitsunfähigkeit und das «Übersetzen» der Symptomatik in Funktionsdefizite als etwas sehr schwieriges (Winde et al., 2012).

Trotz dieser Unsicherheiten stellen Ärzte/Ärztinnen gerade bei depressiven Problemen sehr häufig Arbeitsunfähigkeitszeugnisse aus. Eine neuere Studie aus England zeigt, dass bei über einem Drittel der hausärztlichen Konsultationen aus psychischen Gründen ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt wird (Mallen et al., 2011). So hilfreich begründete Arbeitsunfähigkeiten sind, so kontraproduktiv können sie sich auswirken, wenn damit ein bestehendes Vermeidungsverhalten und arbeitsbezogene Ängste verstärkt werden oder wenn die Krankheitsabsenz vor allem aus einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz heraus entsteht. Solche Formen krankheitsbedingter Absenzen enden häufig in der Auflösung des Arbeitsverhältnisses (Baer et al., 2011).

1.9 Identifikation depressiver Risikogruppen

Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigt, dass mit wenigen Merkmalen sehr klare Risikogruppen für Depression identifiziert werden können. Bei vorhandenen körperlichen Beschwerden, höherem Alter, häufigen Einsamkeitsgefühlen und Arbeitsplatzproblemen sind depressive Symptome sehr wahrscheinlich. Diese Resultate weisen zum einen auf die Bedeutung von sozialen Beziehungen und Arbeitsfähigkeit hin, zum anderen auf die Frage nach der Auftrennung körperlicher und depressiver Symptome.

Es ist aus wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen und versorgungspraktischen Gründen wichtig, frühen Anzeichen einer möglichen schweren depressiven Erkrankung nachzugehen. Depressive Symptome und Erkrankungen stehen – sei es als Ursache, als Konsequenz oder als gleichzeitiges zusammenhängendes Phänomen – in einem relativ engen Zusammenhang mit beruflichen und sozialen Problemen, kritischen Lebensereignissen wie fehlender sozialer Unterstützung, Ehescheidung, Arbeitsplatzproblemen oder dem Verlust von nahe stehenden Menschen. Die Kenntnis derartiger sozialer Zusammenhänge kann Hinweise geben für gesundheitsplanerisches Handeln, insbesondere für Frühintervention und Sekundärprävention.

Die Prävalenz depressiver Symptome in der Bevölkerung, die noch keine Depressions-Diagnose rechtfertigen, zeigt, dass es sich bei den einzelnen Symptomen um allgemeinhin menschliche Erfahrungen handelt, die erst durch ihre Kombination und Dauer Störungswert erhalten. Umso wichtiger ist es, populationsbezogen Risikogruppen für erhöhte Depressivität identifizieren zu können. Ein solcher Ansatz wurde in einer Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung angewandt, deren Resultate in verschiedenen kantonalen Gesundheitsberichten des OBSAN publiziert wurden (Baer et al., 2010). Da die Resultate dieser Analyse den Ausgangspunkt für die vorliegende Publikation bilden, werden sie im Überblick kurz zusammengefasst.

Um möglichst viele Personen mit subklinischen depressiven Symptomen zu erfassen, wurden alle Teilnehmenden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die in den letzten zwei Wochen vor der Befragung über mindestens eines von 10 möglichen depressiven Symptomen berichteten (20% von 12'656 Personen) in eine Klassifikationsanalyse einbezogen. Mit dem so genannten Entscheidungsbaum-Verfahren (du Toit & du Toit, 2001)

wurden diverse Variablen zur Soziodemografie, Sozioökonomie, sozialen Unterstützung, Arbeitssituation, körperlichen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten danach untersucht, wie gut sie Personen mit mindestens einem depressiven Symptom von symptomfreien Personen unterscheiden können.

Dabei taucht dasjenige Merkmal in der Analyse zuerst auf, welches am besten trennt zwischen Personen mit und ohne Symptome, dann kommt das Merkmal, das für die neu entstehenden Gruppen wiederum am besten unterscheidet, wobei sich das Ganze nach unten immer mehr verästelt. Mit jedem Trennungsschritt werden Personen mit und ohne depressive Symptome immer besser identifiziert. Am Ende können Gruppen mit sehr wenig sowie Gruppen mit vielen depressiven Personen identifiziert werden. Obwohl das Trennmerkmal von mindestens einem depressiven Symptom in den letzten zwei Wochen als niederschwellig angesehen werden mag, zeigen die Analysen, dass es sich hierbei effektiv um Risikogruppen handelt. Auch wenn die Daten schliesslich einer Querschnitterhebung entstammen und deshalb keine kausalen Interpretationen zulassen, sondern lediglich relevante Zusammenhänge aufzeigen, ist das Resultat aufschlussreich (Abb. 1.1).

Als Resultat ergibt sich eine Typologie mit 13 Endpunkten, das heisst unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mit wenig (3 Gruppen), mittel (5 Gruppen) und viel (5 Gruppen) Personen mit depressiven Symptomen. Als Risikogruppen wurden Cluster definiert, die über einen Anteil von mindestens 40% Personen mit depressiven Symptomen verfügen.

Zunächst unterscheidet das Vorhandensein körperlicher Beschwerden am besten zwischen Personen mit und ohne depressive Symptome. Dies veranschaulicht die Bedeutung der Komorbidität depressiver und somatischer Probleme. In der nächst unteren Ebene erweist sich – je nach Ast, das heisst je nachdem, in welchem Mass körperliche Probleme vorhanden sind – das Alter und die empfundene Einsamkeit als trennschärfste Variablen. In der dritten Ebene sind es wiederum Einsamkeit, sowie die Angst vor Arbeitsplatzverlust und das Vorhandensein eines lang andauernden Gesundheitsproblems. Auf der untersten Ebene zeigen sich wiederum das Vorhandensein eines lang andauernden Gesundheitsproblems, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation sowie die psychische Belastung durch die Arbeit als die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale:

- Personen ohne körperliche Beschwerden zeigen am seltensten depressive Symptome, ohne dass weitere Zusammenhänge hier eine Rolle spielen würden (keine weitere Verzweigung mehr). Das heisst, dass sich bei körperlicher Beschwerdefreiheit trotz aller anderen potentiellen Belastungsmerkmale keine Gruppen mit hohen Anteilen depressiver Symptome identifizieren lassen.
- Personen mit einigen körperlichen Beschwerden haben deutlich häufiger depressive Symptome, dies gilt besonders bei höherem Alter (Gruppe 7), und noch mehr bei den unter 65-Jährigen mit häufigen Einsamkeitsgefühlen (Risikogruppe 2, 43% mit Symptomen).
- Wer einige körperliche Beschwerden hat, jünger als 65 Jahre und manchmal einsam ist sowie an einem chronischen Gesundheitsproblem leidet, fällt in die Gruppe 3 (bei chronisch körperlichem Problem; 18% mit Symptomen) oder in die Risikogruppe 4 (bei chronisch psychischem Problem; 42% mit Symptomen).
- Wer unter starken körperlichen Beschwerden leidet und sehr häufig einsam ist, gehört zur Risikogruppe 8, in der 69% der Fälle unter depressiven Symptomen leiden.
- Bei gelegentlichen Einsamkeitsgefühlen und ebenfalls starken körperlichen Beschwerden ist es bezüglich «Depressivität» entscheidend, ob jemand befürchtet, den Arbeitsplatz zu verlieren. Personen, bei denen dies zutrifft, gehören zur Risikogruppe 9 mit einem 50%-Anteil depressiver Symptome. Ein als sicher empfundener Arbeitsplatz hängt hingegen mit einem reduzierten Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik zusammen (Gruppe 10, 32% mit Symptomen).
- Personen mit starken körperlichen Beschwerden, die sich nie einsam fühlen, aber ein chronisches Gesundheitsproblem haben, sind ebenfalls stark belastet. Bei ihnen ist nun entscheidend, ob sie am Arbeitsplatz unter hoher psychischer Belastung leiden oder nicht: Personen, die einem hohen psychischen Stress ausgesetzt sind, fallen in die Risikogruppe 11 mit einem 47%-Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik. Eine geringe psychische Arbeitsbelastung ist hingegen trotz eines lang andauernden Gesundheitsproblems mit einem stark reduzierten Anteil von depressiven Symptomen verbunden (Gruppe 12 mit 24%).

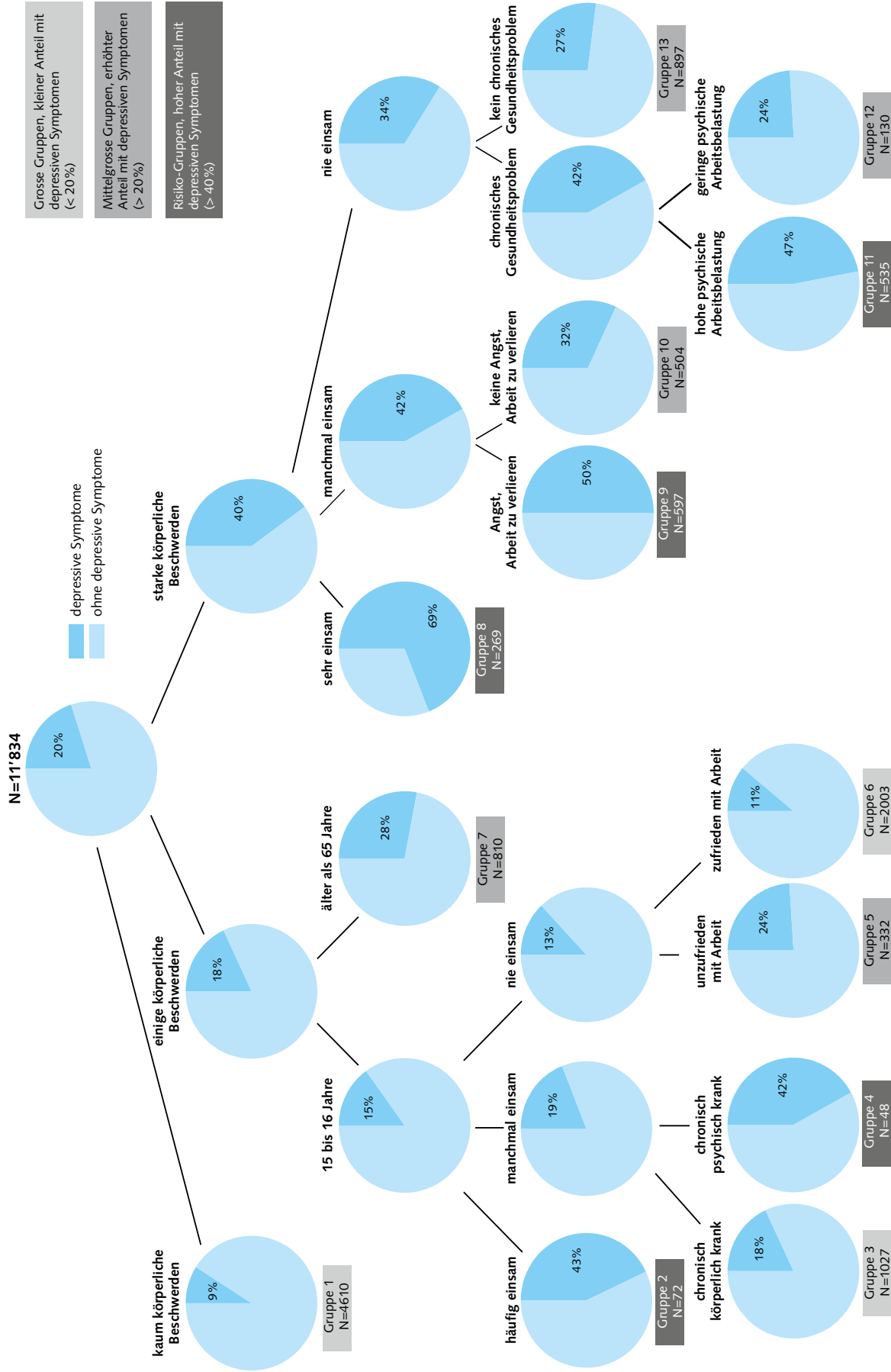
Aus diesen Resultaten lassen sich unter anderem folgende generelle Schlussfolgerungen ziehen:

1. Wenn keinerlei körperliche Beschwerden vorliegen, ist das Risiko einer Depression gering. In die Praxis übersetzt würde dies beispielsweise heissen, dass bei körperlicher Beschwerdefreiheit ein Depressions-Screening nur sehr wenige depressive Personen identifizieren würde.
2. Sind hingegen körperliche Beschwerden vorhanden, sollte das Risiko einer möglichen Depressivität nicht unterschätzt werden.
3. Bei gegebenen (vor allem chronischen) körperlichen Beschwerden können einige wenige weitere Merkmale – beispielsweise ein höheres Alter, Einsamkeit, Arbeitsplatzunsicherheit oder Arbeitsstress – Personengruppen identifizieren, die von einem hohen Risiko für depressive Symptome betroffen sind.
4. Umgekehrt sind bei gegebenen körperlichen Beschwerden ein jüngeres Alter, das Vorhandensein von Vertrauenspersonen, ein als sicher erlebter Arbeitsplatz oder das Fehlen von Arbeitsstress mit reduzierter Depressivität verbunden, und können in diesem Sinne als mögliche protektive Faktoren angesehen werden.

Zusammengefasst zeigt die Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, dass depressive Symptome eng mit körperlichen Beschwerden, soziodemografischen Variablen und Merkmalen der sozialen Anpassung wie Sozialkontakte und Funktionieren am Arbeitsplatz zusammenhängen. Diese Zusammenhänge lassen sich unterschiedlich interpretieren, da es sich um Querschnittdaten handelt: als Risikofaktoren einer Depression, als Folgen einer Depression, als Symptome einer Depression (indem beispielsweise Depressive ihre Situation negativer sehen als nicht Depressive) oder als gemeinsame Folgen einer übergeordneten Variable wie beispielsweise eine mögliche Veränderung der Arbeitswelt oder des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Dennoch ist schon die Kenntnis der Zusammenhänge an sich für Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung, Altershilfe und Invalidenversicherung und andere von Bedeutung.

Typologie von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung, Entscheidungsbaum-Verfahren zur Differenzierung von Personen mit und ohne depressive Symptome

Abb. 1.1



Quelle: Baer et al., 2010 © Obsan

2 Ziele und Vorgehen

Vor dem Hintergrund der Bedeutung depressiver Störungen hat das Obsan beschlossen, eine Untersuchung in Auftrag zu geben, mit der Daten zu Depression aus verschiedenen Datenbanken zusammen gestellt und – wo möglich – zueinander in Beziehung gesetzt werden sollen.

Kapitel 2 skizziert die Ziele (2.1) und das Vorgehen der Untersuchung (2.2). Die Gliederung des vorliegenden Berichts (2.3) wurde gewählt aufgrund einer früheren Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, welche die Bedeutung der körperlichen Gesundheit, der Behandlung sowie der sozial-beruflichen Integration für das depressive Geschehen aufzeigte (siehe Kap. 1.9). Im Kapitel 2.4 werden Hinweise zu den Begrifflichkeiten gegeben, die in diesem Bericht wegen der Heterogenität der Datenquellen, deren unterschiedlichen Definitionen von Depression/Depressivität sowie der Vielschichtigkeit des Begriffes «Depression» eine Herausforderung waren. Kapitel 2.5 definiert die Begrenzungen der vorliegenden Zusammenstellung unterschiedlicher Daten.

2.1 Ziele der Untersuchung

Das Ziel der Publikation besteht vorrangig in einer ersten Sichtung und Zusammenstellung von verfügbaren Informationen zur Häufigkeit, zu ausgewählten Zusammenhängen und zur Behandlung von Depressionen erwachsener Personen in der Schweiz. Dabei sollen auch Zusammenhänge mit subklinischen oder diagnostisch unklaren depressiven Symptomen gezeigt werden. Damit soll ferner eine Grundlage geschaffen werden, auf der weitere und tiefer gehende Analysen durchgeführt werden können.

Neben der reinen Darstellung von depressionsbezogenen Informationen aus den verschiedenen Datenquellen sollen so weit möglich und sinnvoll auch Querbezüge gemacht werden. Das Ziel besteht darin, durch die Gegenüberstellung von Informationen aus verschiedenen Quellen Zusammenhänge vertiefter zu betrachten und Hinweise zu erhalten, die aus Analysen einzelner Befragungen nicht zu gewinnen wären. Dabei ist zu beachten,

dass es sich bei den benutzten Informationen um inhaltlich und methodisch sehr unterschiedlich gewonnene Daten handelt, die nur in einem vorläufigen Sinne inhaltlich zueinander in Bezug gesetzt werden können.

Schliesslich sollen vereinzelt auch zeitliche Vergleiche zur Häufigkeit von Depression und Depressivität sowie zur Behandlungsprävalenz abgebildet werden. Dies ist beispielsweise möglich bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2002, 2007), beim Schweizer Haushalt-Panel (1999, 2004, 2009), bei den Invalidisierungen aus psychischen Gründen (1993–2006) und bei der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (2000–2010).

2.2 Vorgehen der Untersuchung

Bei den Datenquellen handelt es sich um die Folgenden (weitere Details zu den Datenquellen siehe im Anhang sowie in Schuler & Burla, 2012):

- Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB (2007)
- Schweizer Haushalt-Panel SHP (2009)
- Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2010)
- Sentinella-Statistik der Hausarztpraxen (2008/2009)
- Schweizerischer Diagnose-Index SDI (2010)
- Befragung der privaten psychiatrischen Praxen im Kanton Bern (Amsler et al., 2010)
- Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (Baer et al., 2009)

Schwergeachtet werden Auswertungen der beiden nationalen Bevölkerungsbefragungen gezeigt – der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und dem Schweizer Haushalt-Panel, welches unter anderem auch Fragen zur Gesundheit und insbesondere eine globale Frage zur depressiven Verstimmung enthält. Ausgewählte Auswertungen der anderen Datenquellen, welchen teils spezifische Fragestellungen zugrunde liegen, werden ergänzend hinzugenommen. Mit Ausnahme der Befragung

der psychiatrischen Praxen im Kanton Bern handelt es sich bei den Datenquellen um national repräsentative Daten

Die Resultate der vorliegenden Publikation umfassen je nach Datenquelle sowohl ärztlich diagnostizierte affektive Störungen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Analyse der IV-Rentner/innen, Schweizerischer Diagnose-Index, Sentinella Statistik, Psychiatrische Praxen im Kanton Bern) oder klinisch codierbare Selbstangaben depressiver Symptome (SGB) wie auch eher globale Verstimmungen, bei denen die klinische Relevanz unklar bleibt (SHP).

Im Einzelnen handelt es sich bei den verwendeten Items zu Depression um die folgenden Indikatoren (siehe dazu die Details im Anhang):

- **Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB:** Aus der SGB werden zwei Indikatoren zur Depression verwendet: Einer erfasst 10 zentrale Depressionssymptome (Depression Screening Questionnaire; Wittchen et al., 2000) im Zeitraum der letzten zwei Wochen vor der Befragung. Der zweite Indikator besteht aus 35 Fragen gemäss einem klinisch validen Erhebungsinstrument der Weltgesundheitsorganisation (CIDI-SF) zur Erfassung einer Major Depression im Zeitraum des letzten Jahres vor der Befragung.
- **Schweizer Haushalt-Panel SHP:** Im SHP wird ein zusammengefasster Indikator zur Erhebung negativer Gefühle verwendet, der Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst und Depression umfasst. Auf die Frage «Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen?» können auf einer Skala selbst eingeschätzte Werte zwischen 0 (nie) und 10 (immer) angegeben werden.
- **Medizinische Statistik der Krankenhäuser:** Bei jedem Austritt werden ICD-10 Diagnosen gestellt.
- **Sentinella-Statistik der Hausarztpraxen:** Einschätzung des Vorliegens einer Depression in Anlehnung an die ICD-10. Zu beachten ist, dass schwächer ausgeprägte Depressionen, die nicht zu einer ärztlichen Intervention führten, wegen ihrer hohen Prävalenz nicht erhoben wurden.
- **Schweizerischer Diagnose-Index SDI:** ICD-10 Diagnosestellungen einer Stichprobe aus acht Facharztgruppen in privaten Praxen.
- **Psychiatrische Praxen im Kanton Bern:** ICD-10 Diagnosen der Patienten/Patientinnen eines Stichtages.
- **Dossieranalyse:** ICD-10 konforme Codierung der gestellten Diagnosen im Rahmen des ärztlichen IV-Abklärungsverfahrens.

2.3 Gliederung der Untersuchung

Die Gliederung schliesst sich den Resultaten der oben (Kap. 1.9) gezeigten Analyse der SGB-Daten an, indem sie berücksichtigt, welche hauptsächlichen Merkmale Personen mit depressiver Symptomatik von solchen ohne Symptome unterscheiden:

1. Häufigkeit und Verteilung von Depressivität und Depression in der Schweiz
2. Komorbidität und Gesundheitsverhalten
3. Familie und soziale Kontakte
4. Behandlungssituation
5. Erwerbssituation und Situation am Arbeitsplatz

Die Auswertungen zum Erwerbsstatus und zur Arbeitssituation werden nicht nur als separates Kapitel gezeigt, sondern ziehen sich – wo sinnvoll – quer durch alle Kapitel. Damit sollen ansatzweise die dynamischen Zusammenhänge zwischen depressiver Erkrankung, beruflicher Integration und Arbeitsproblemen bei verschiedenen Personengruppen aufgezeigt werden.

2.4 Begrifflichkeiten: affektive Störungen, Depressionen, depressive Symptome und Depressivität

Die benutzten Datenquellen erfassen «Depression» wie erwähnt sehr unterschiedlich, sei es als ärztliche Diagnose, im Zusammenhang mit einer klinisch relevanten Skala oder als generellen Indikator einer belasteten psychischen Befindlichkeit. Zudem ist zu unterscheiden zwischen einer ärztlichen Beurteilung und selbstberichteten Symptomen und Befindlichkeiten. Diese Uneinheitlichkeit erschwert die Zusammenstellung der Daten und verlangt eine zurückhaltende Interpretation. Eine Sichtung von Informationen aus verschiedenen Datenquellen in der

Schweiz zum Phänomen «Depression» kommt um diese Unklarheiten nicht herum. Auch wenn die uneinheitlichen Begriffe eine zurückhaltende Interpretation verlangen, so sind doch die jeweiligen Zusammenhänge innerhalb einer Datenquelle sowie analoge Zusammenhänge über verschiedene Datenquellen aufschlussreich. Im Folgenden einige Leitlinien, wie die Begrifflichkeiten in diesem Bericht angewendet werden:

Der Begriff «**Depression**» oder «**depressive Symptome**» wird verwendet, wenn es sich um Daten handelt, die mit einer klinisch basierten Skala erhoben wurden (zum Beispiel dem Depression Screening Questionnaire in der SGB) oder um diagnostizierte Depressionen aus medizinischen Quellen.

Der Begriff «**Major Depression**» wird dann gebraucht, wenn es sich um Auswertungen zum entsprechenden Indikator der SGB handelt. Dieser basiert auf dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und erlaubt die Feststellung einer krankheitswertigen depressiven Episode (siehe Anhang).

Der Begriff «**Depressivität**» wird gebraucht, wenn es sich um selbstberichtete Indikatoren depressiver Verstimmung handelt, bei denen unklar ist, ob sie die diagnostischen Kriterien einer Depression erfüllen (zum Beispiel beim entsprechenden Indikator des SHP). Die Krankheitswertigkeit dieser Verstimmungen bleibt unklar.

Bei Darstellungen von Resultaten verschiedener Datenquellen mit verschiedenen Skalen und Begrifflichkeiten (beispielsweise SHP und SGB) wird der Einfachheit zuliebe von «**depressiven Symptomen**» gesprochen. Die Krankheitswertigkeit dieser Symptome bleibt unklar.

Zugunsten der Lesbarkeit werden an manchen Stellen in der Benennung Ausnahmen gemacht. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass letztlich nur bei ärztlich gestellten Diagnosen (zum Beispiel bei der Medizinischen Statistik) wirklich von depressiven Störungen gesprochen werden kann, während es sich bei allen anderen Datenquellen um selbst berichtete depressive Symptome oder Skalenwerte zur depressiven Verstimmung handelt.

Bei den Datenquellen, die ärztlich gestellte Diagnosen beinhalten, wird zudem entweder der Oberbegriff «**Affektive Störungen**» verwendet, wo es sich um Auswertungen auf der Ebene der zweistelligen Krankheitsgruppe (F3) handelt, respektive es werden bei Auswertungen auf der Ebene dreistelliger Diagnosen (F30, F31 ff) die entsprechenden **Diagnosen** gemäss ICD-10 genannt.

Die Auswertungen der Krankheitsgruppe der affektiven Störungen (F3) erfasst den Grossteil, aber nicht alle depressiven Störungen, die gemäss ICD-10 diagnostizierbar sind, da depressive Zustandsbilder auch in Diagnosen ausserhalb der F3-Hauptkategorie vorkommen, beispielsweise bei Anpassungsstörungen (F43.2), bei gemischten Angst- und depressiven Störungen (F41.2) oder bei organischen affektiven Störungen (F06.3).

2.5 Weitere Hinweise zu den Auswertungen

Wenn nicht anders vermerkt, betreffen die im Folgenden gezeigten Daten üblicherweise Personen im Erwachsenenalter. In den Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, des Schweizer Haushalt-Panels sowie der Sentinella-Melddaten und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sind Personen ab 15 Jahren berücksichtigt. Bezüglich der Medizinischen Statistik ist zu erwähnen, dass einige der ausgewerteten Indikatoren aus den Psychiatrie-Zusatzdaten stammen. Die Erfassung dieser Zusatzdaten ist für die Krankenhäuser fakultativ und es beteiligen sich nicht alle psychiatrischen Einrichtungen. Bei einigen spezifischeren Analysen sind daher die Fallzahlen deutlich kleiner. Im Jahr 2010 lieferten rund 60% der psychiatrischen Kliniken die Psychiatrie-Zusatzdaten. Die Befragung der privaten Psychiater/innen des Kantons Bern berücksichtigt Patienten und Patientinnen ab 18 Jahren und die Dossieranalyse der IV-bereiteten Personen im erwerbsfähigen Alter. Hier ist zu beachten, dass zwar beide Untersuchungen an einer insgesamt relativ grossen Stichprobe durchgeführt wurden, dass einigen wenigen differenzierteren Auswertungen im vorliegenden Bericht allerdings kleine Zahlen zugrundeliegen. Die Daten zu den Diagnosestellungen in der Schweiz (SDI) haben keine Alterseinschränkungen. Sämtliche Auswertungen, die sich auf die Erwerbstätigkeit beziehen, berücksichtigen Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Bei beiden grossen Bevölkerungsbefragungen, der SGB und dem SHP, handelt es sich um Stichprobenerhebungen in Privathaushalten. Zudem sind beide Erhebungen relativ umfassend. Diese beiden Merkmale führen jedoch zu einer Unterschätzung der Prävalenz depressiver Symptome in der Schweiz, da zum einen Personen in sozial-medizinisch betreuten Einrichtungen (v.a. Alters- und Pflegeheime) nicht befragt werden und zum anderen,

Personen mit depressiven Symptomen unter Umständen nicht fähig oder bereit sind teilzunehmen (Schuler & Burla, 2012). Auch aus der Literatur ist bekannt, dass gerade Personen mit schwereren Depressionen bei Bevölkerungsbefragungen unterrepräsentiert sind. Während die Bevölkerungsbefragungen die Prävalenz unterschätzen, sind die gezeigten Zusammenhänge doch von Bedeutung. Die schwereren Depressionen schliesslich werden vor allem durch die Datenquellen zu den behandelten Patientinnen und Patienten abgedeckt.

Der Schwerpunkt des Berichtes liegt auf den depressiven Stimmungsstörungen. Auf manische oder bipolare affektive Störungen wird in diesem Bericht nicht näher eingegangen.

Angesichts der Fülle möglicher Zusammenhänge, welche den Rahmen eines sinnvollen Überblicks sprengen würde, und der volkswirtschaftlichen Bedeutung von Depressionen, welche in erster Linie auf Invalidität und Produktivitätsverluste zurückzuführen ist, werden im Folgenden ausgewählte Zusammenhänge von Depression, Erwerbssituation und Arbeitsproblemen, das heisst die Behinderungsaspekte, etwas detaillierter dargestellt. Gleichzeitig werden Zusammenhänge innerhalb spezifischer Altersgruppen (Kinder und Jugendliche, ältere Menschen) nur insofern analysiert als sie in den Daten der Bevölkerungsbefragungen vorhanden sind. Eine vertiefte Analyse depressiver Störungen bei Kindern oder bei älteren Menschen ist mit dieser Übersicht nicht zu leisten und sollte in weiterführenden spezifischen Untersuchungen durchgeführt werden, die dann auch noch weitere spezifische Datenquellen berücksichtigen könnten. Die hier gesammelten Daten geben allerdings einige inhaltliche Ansatzpunkte für vertiefte Studien.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass das wichtige Thema des Suizides bei depressiven Störungen im Bericht nicht behandelt wird. Dies liegt daran, dass darauf verzichtet wurde, die Todesursachenstatistik auszuwerten, da dort die Diagnosen von Depressionen nicht zuverlässig kodiert und somit die Häufigkeit von depressionsbedingten Suiziden unterschätzt werden.

3 Häufigkeit und Verteilung depressiver Symptome

In diesem Kapitel werden Daten zur Häufigkeit depressiver Symptome (3.1) und ihrer Verteilung über verschiedene soziodemografische Merkmale hinweg in der Schweizer Bevölkerung dargestellt: nach Geschlecht (3.2), Invalidität (3.4), Alter (3.5), Nationalität (3.6), Bildung (3.7), Zivilstand (3.8), Wohnsituation (3.9), Erwerbsstatus (3.10) und Wohnort (3.11). Die Auswertungen beziehen sich vor allem auf gewichtete Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und des Schweizer Haushalt-Panels (SHP). Die Übersicht zeigt neben epidemiologischen Daten auch Resultate zur Frage, ob die depressiven Störungen generell zugenommen haben und ob sie als Invaliditätsgrund angestiegen sind (3.3).

Da es in diesem Kapitel um Angaben zur Prävalenz und zu den bevölkerungsbezogenen allgemeinen Zusammenhängen von soziodemografischen Merkmalen mit depressiven Symptomen geht, werden hier fast ausschliesslich Auswertungen der beiden nationalen Befragungen verwendet. In den weiteren Kapiteln, in welchen der Fokus mehr auf speziellen Personengruppen (z.B. Patienten/Patientinnen, IV-Rentner/innen) und spezifischen Fragestellungen (z.B. zur Komorbidität) liegt, werden die weiteren Datenquellen ergänzend hinzu gezogen.

Die Angaben zur SGB betreffen zum einen die Häufigkeit von depressiven Symptomen innerhalb der letzten 2 Wochen vor der Befragung aufgrund des «Depression Screening Questionnaire» (DSQ-10). Dieser erfasst 10 zentrale Depressionssymptome und ermöglicht eine klinisch relevante Schweregrad-Kategorisierung in «keine», «schwache» sowie «mittlere bis starke» Depressionssymptome (so genannte «Wittchen-Skala»; Wittchen & Perkonig, 1998, siehe Anhang).

Der zweite hier verwendete Indikator der SGB ist das Vorliegen einer Major Depression innerhalb der letzten 12 Monate, die mit einem diagnostischen Instrument (CIDI-SF) erfasst wurde (siehe Anhang).

Die Angaben zum SHP betreffen die Häufigkeit negativer Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen, die von den Befragten auf einer Skala von 0 («nie») bis 10 («immer») eingeschätzt

wurde. Für die vorliegende Untersuchungen wurden diese Werte kategorisiert in «selten», «manchmal» und «häufig». Diese Kategorisierung ist willkürlich und wurde der Häufigkeitsverteilung der Depressionssymptome (der «Wittchen-Skala») der SGB angenähert. Das heisst zum Beispiel, der Anteil «häufiger» negativer Gefühle ist etwa gleich gross wie der Anteil «mittlerer bis starker» depressiver Symptome in der SGB. Bei dieser Variable liefert demnach die reine Häufigkeitsverteilung keine Informationen, ihre Verteilung über die Zeit (1999–2009) sowie ihre Zusammenhänge mit anderen Merkmalen hingegen schon.

3.1 Häufigkeit depressiver Symptome

Die Punktprävalenz stärkerer depressiver Symptome liegt bei 3,1%, die Jahresprävalenz für Major Depression bei 5,2%, was den epidemiologischen Erkenntnissen recht gut entspricht, wenn man bedenkt, dass die nationalen Befragungen Personen, die in betreuten Einrichtungen leben, nicht befragt haben. Insgesamt geben rund 20% der Bevölkerung an, in den letzten 2 Wochen depressive Symptome gehabt zu haben.

In der Schweiz gaben 2007 18,9% der Bevölkerung an, in den letzten zwei Wochen depressive Symptome gehabt zu haben. 3,1% berichteten von depressiven Symptomen, die als mittel bis stark zu bewerten sind und einer ernsthaften und behandlungsbedürftigen Depression entsprechen (Schuler & Burla, 2012; Abb. 3.1, links). Diese Werte entsprechen relativ gut dem laut epidemiologischer Forschung (Kessler & Wang, 2009) zu erwartenden Punktprävalenzwert¹ für Major Depression von 2–4% in der Erwachsenenbevölkerung einerseits und einem Anteil von insgesamt rund 20% der Erwachsenenbevölkerung, der in Gesundheitsbefragungen depressive Symptome angibt andererseits. Das heisst, dass sich die Werte der SGB im Rahmen der Ergebnisse anderer Gesundheitssurveys sowie der epidemiologischen Forschung bewegen.

¹ Häufigkeit der betroffenen Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt respektive in einer kurzen Zeitperiode.

19% mit depressiven Symptomen – 5% mit einer Major Depression, depressive Symptome in den letzten 2 Wochen, 2002 und 2007 und Major Depression in den letzten 12 Monaten, 2007

Abb. 3.1



2002: n=14'032, 2007: n=12'656

n=14'348

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/2007

© Obsan

Betrachtet man die Resultate zum Vorliegen einer Major Depression in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, so zeigen sich für das Jahr 2007 analoge Werte (Abb. 3.1, rechts). 5,2% der Bevölkerung haben im letzten Jahr vorübergehend oder dauernd die diagnostischen Kriterien einer Major Depression erfüllt.

Dieser Wert ist etwas tiefer als der gemäss epidemiologischer Forschung zu erwartende Jahresprävalenzwert von rund 6,5–7%, was bei schriftlichen und telefonischen Befragungen von Privathaushalten (ohne Befragung von Personen in medizinisch betreuten Einrichtungen) nachvollziehbar ist. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen kommt die Jahresprävalenz von rund 5% gemäss SGB aber relativ nahe an die epidemiologische Evidenz heran. Dieser Prozentsatz entsprach 2007 rund 325'000 Personen im Alter von 15 und mehr Jahren in der Schweiz, die zumindest vorübergehend an mittleren bis starken depressiven Symptomen gelitten haben.

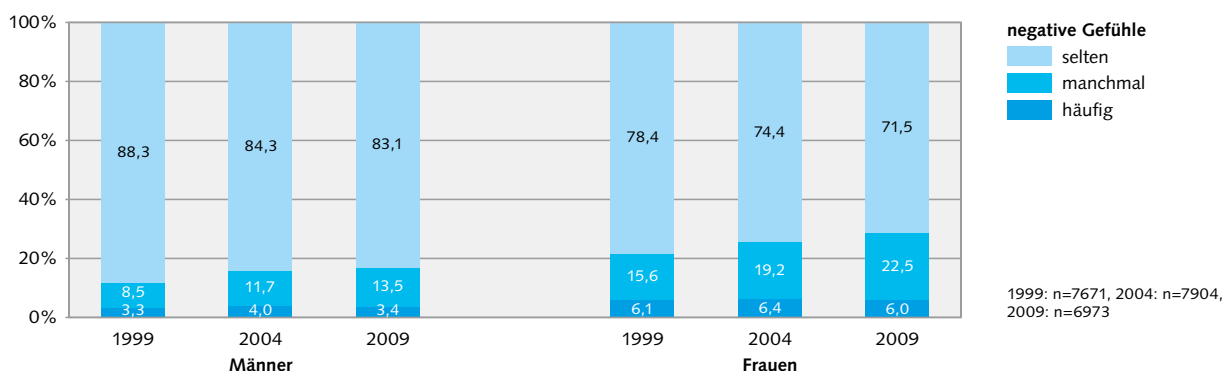
3.2 Frauen haben häufiger depressive Symptome

Frauen zeigen deutlich höhere Werte als Männer, wobei der Unterschied vor allem aufgrund häufigerer leichter Depressivität zustande kommt. Bei den mittleren bis starken depressiven Symptomen findet sich kaum ein Geschlechterunterschied.

Die Auswertungen verdeutlichen darüber hinaus, dass depressive Symptome insgesamt bei Frauen häufiger vorkommen als bei Männern. Frauen berichten in der SGB mit 20,6 resp. 21,9% sowohl 2002 wie auch 2007 häufiger über depressive Symptome als Männer (15,0 resp. 15,9%), wobei dieser Unterschied vor allem durch häufigere schwache depressive Symptome zustande kommt und etwas weniger durch Unterschiede bei den mittel bis starken Symptomen (Abb. 3.1, links).

Leichtere Depressivität ist bei Frauen besonders häufig, Häufigkeit von Depressivität nach Geschlecht, 1999, 2004 und 2009

Abb. 3.2



1999: n=7671, 2004: n=7904, 2009: n=6973

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 1999/2004/2009

© Obsan

Bei Letzteren findet sich ein geringer Geschlechterunterschied (2007: 3,3% bei den Frauen, 2,9% bei den Männern).

Bei der Verteilung der Major Depression zeigt sich ein Geschlechterunterschied, der für diese Erkrankung doch erheblich ist. Frauen haben mit 6,0% gegenüber den Männern (4,5%) eine um 25% höhere Prävalenz für Major Depression (Abb. 3.1, rechts).

Wie schon bei den SGB-Auswertungen für Depressivität insgesamt – also inklusive leichtere Symptome – zeigt sich bei den Daten des SHP über die Jahre hinweg ein konstanter Geschlechterunterschied (Abb. 3.2). Frauen berichten nahezu doppelt so häufig von starker wie auch von leichter Depressivität als Männer. Im Jahr 2009 sind es gegen 30% aller Frauen, die zumindest manchmal Depressivität erleben.

Der Anteil der Frauen, die häufig unter negativen Gefühlen wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen leidet, liegt 1999, 2004 und 2009 bei mindestens 6% während sich die Werte bei den Männern zwischen 3,3 und 4,0% bewegen. Dies reflektiert in etwa die Verhältnisse, wie sie in der SGB für Major Depression gefunden wurden.

Die höhere Prävalenz depressiver Symptome bei Frauen entspricht dem Stand der psychiatrischen Epidemiologie. Die Ursachen dieses konstant in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen über verschiedene Kulturen hinweg gefundenen Unterschiedes sind nicht abschliessend geklärt. Sie sind auch nicht durch einen spezifischen Faktor zu erklären, sondern liegen anerkanntermassen im Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. So taucht beispielsweise in der Analyse der Unterschiede von Personen mit und ohne Depressivität (Abb. 1.1) das Geschlecht

nicht als relevantes Unterscheidungsmerkmal auf. Das mag bestätigen, dass die Geschlechterunterschiede unter anderem auch durch dynamische Zusammenhänge mit anderen Variablen zustande kommen und nicht nur durch das biologische Geschlecht per se determiniert sind.

3.3 Haben Depressionen zugenommen?

Es ist über die letzten 10 Jahre eine Zunahme berichteter Depressivität feststellbar, allerdings liegt dies womöglich an einem generell veränderten Antwortverhalten, das sich auch bei anderen Fragestellungen zeigt. Zwischen 1999 und 2009 hat sich vor allem der Anteil der Personen verringert, die angegeben haben, «nie» niedergeschlagen zu sein. Eine sehr ähnliche Entwicklung lässt sich über die letzten 15 Jahre auch bei der Abnahme von Personen beobachten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als «sehr gut» beurteilen – obwohl Depressivität und allgemeiner Gesundheitszustand durchschnittlich nicht schlechter als früher bewertet werden.

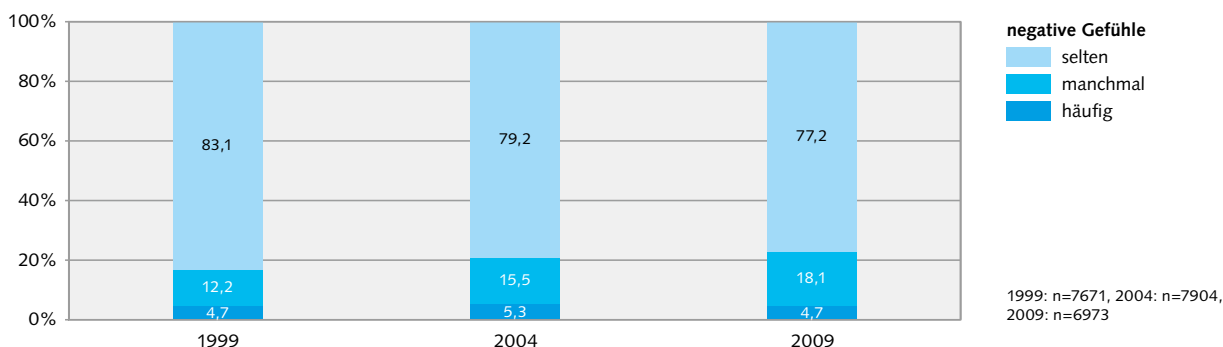
Die vorherige Auswertung der SHP-Daten zeigt neben Geschlechterunterschieden auch eine Zunahme von Depressivität zwischen 1999 und 2009.

Es stellt sich die Frage, ob Depressionen in der Bevölkerung zugenommen haben.

Die Daten der SGB widerlegen zumindest für den Zeitraum 2002 bis 2007 den häufig berichteten Eindruck einer Zunahme von Depressionen in den letzten Jahren (Abb. 3.1, links). Zwischen 2002 und 2007 ist zwar der Anteil der Bevölkerung mit schwacher Symptomatik leicht angestiegen von 14,5 auf 15,8%, der Anteil mittel bis starker Depressionen ist jedoch leicht zurückgegangen von 3,3 auf 3,1%. Ein ähnliches Bild zeigen die Daten des SHP zwischen 1999 und 2009 (Abb. 3.3).

Leichtere depressive Verstimmungen werden häufiger berichtet,
Häufigkeit von Depressivität 1999, 2004 und 2009

Abb. 3.3



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 1999/2004/2009

© Obsan

In den letzten 10 Jahren hat sich der Anteil der Bevölkerung, der angibt, manchmal Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen zu haben («Depressivität»), von 12,2 auf 18,1% relativ deutlich vergrössert. Gleichzeitig ist der Anteil der Personen, die häufig solche Gefühle haben, gleich geblieben. Da in erster Linie bei dieser stärker betroffenen Gruppe allenfalls von klinisch relevanten Depressionen ausgegangen werden kann, stützen auch diese Daten die Vermutung einer Zunahme von Depressionen in der Gesellschaft nicht.

Aufschlussreich mag hier eine detailliertere Darstellung der SHP-Daten sein. Betrachtet man die Veränderung der einzelnen Skalenwerte zur Frage nach der Häufigkeit von Depressivität, so zeigt sich, dass die Häufung von leichter Depressivität in der letzten Dekade vor allem auf Unterschiede am unteren Skalenende zurückzuführen sind (Abb. 3.4). Der Anteil der Personen, die «nie» negative Gefühle haben, ist seit 1999 um rund 15% gesunken (von über 40 auf gegen 25%) – zugunsten der etwas grösseren Häufigkeit, «fast nie» solche Gefühle zu haben (Skalenwerte 2 und 3). Ob es sich hierbei um eine echte Veränderung handelt in dem Sinne, dass heute weniger Personen als noch vor 10 Jahren frei von solchen Gefühlen sind, bleibt offen. Die Abbildung zeigt jedenfalls, dass der obere Bereich der Selbsteinschätzungen bemerkenswert konstant geblieben ist. Denkbar ist, dass sich das Bewusstsein bezüglich depressiver Verstimmungen, deren gesellschaftliche Akzeptanz und damit auch das Antwortverhalten verändert haben.

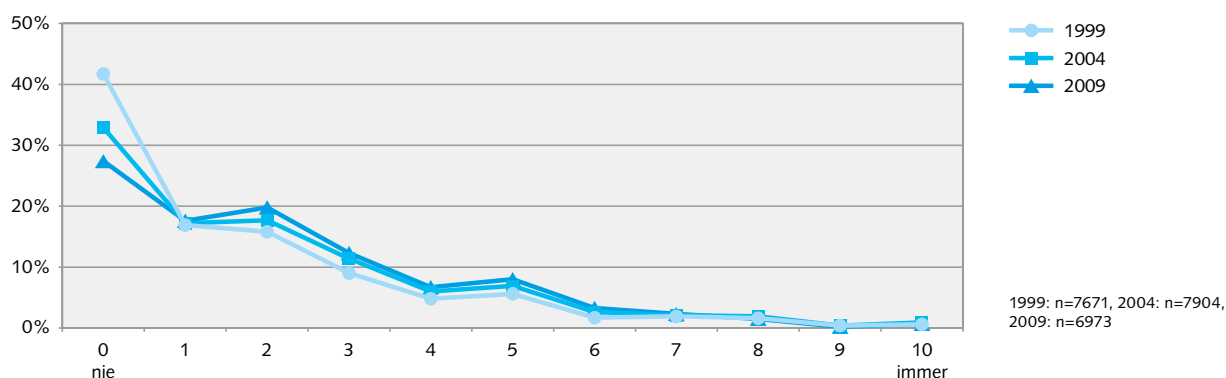
Die Auswertungen nach Geschlecht und Alter verdeutlichen (hier nicht gezeigt), dass die Veränderung in der Selbsteinschätzung (von «nie» negative Gefühle zu «fast nie») besonders stark war bei den Männern und bei beiden Geschlechtern im Alter ab 65 Jahren. Bei den Männern ab 65 Jahren ist beispielsweise der Anteil der Personen, die nie von Depressivität berichten, um einen Drittel von 65 auf 40% gesunken.

Bei den 15- bis 19-jährigen Jugendlichen beider Geschlechter hat sich die Selbsteinschätzung in den letzten 10 Jahren hingegen nur wenig geändert. Der Anteil der weiblichen Jugendlichen beispielsweise, die keinerlei negative Gefühle angeben, war mit 28% schon 1999 sehr gering und ist in der Zwischenzeit auch nur um 8 Prozentpunkte gesunken. Allerdings ist auch bei Jugendlichen der Anteil der Personen mit einem mittleren bis hohen Skalenwert für Depressivität nicht gestiegen, das heisst, auch bei den Jugendlichen kann man nicht davon ausgehen, dass sie mit zunehmender Häufigkeit unter relevanter Depressivität leiden.

Der Rückgang von gänzlicher Beschwerdefreiheit hin zu leichten Beschwerden ist ein Phänomen, das sich nicht nur bei den Angaben zu depressiven Gefühlen zeigt, sondern auch in anderen Einschätzungen zur Befindlichkeit. Ein Beispiel ist die Frage nach dem allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand, die sowohl in der SGB wie auch im SHP gestellt wird (Abb. 3.5).

Immer weniger Personen geben an, «nie» Depressivität zu erleben,
Häufigkeit der einzelnen Skalenwerte 1999, 2004 und 2009

Abb. 3.4

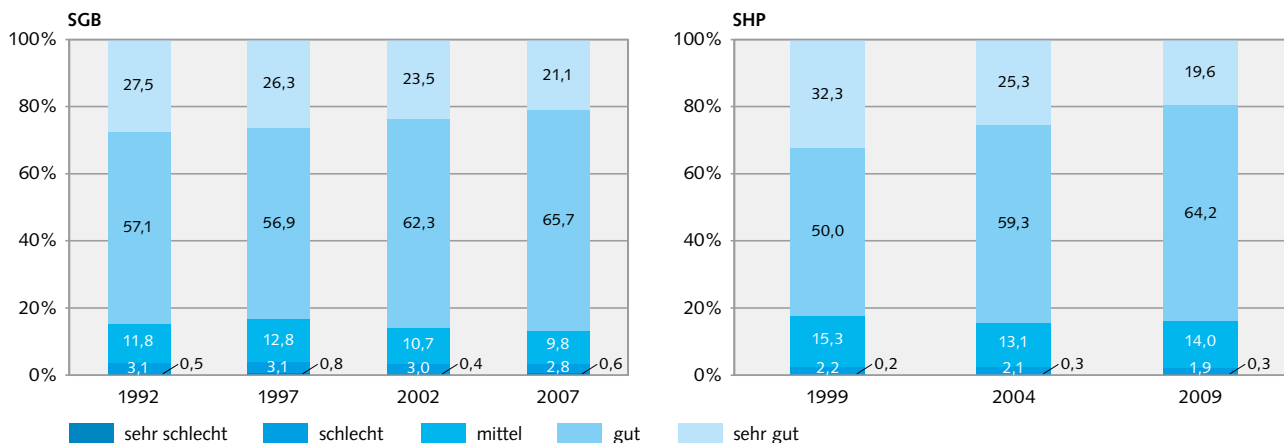


Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 1999/2004/2009

© Obsan

Immer weniger Personen geben einen «sehr guten» Gesundheitszustand an, subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand, SGB 1992, 1997, 2002, 2007 und SHP 1999, 2004, 2009

Abb. 3.5



1992: n=15'288, 1997: n=13'000, 2002: n=19'701, 2007: n=18'750

1999: n=7681, 2004: n=8047, 2009: n=6970

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1997/2002/2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 1999/2004/2009

© Obsan

Beide Befragungen zeigen übereinstimmend, dass der Anteil der Personen, die ihre Gesundheit allgemein als sehr gut einschätzen, seit 1992 (SGB) respektive seit 1999 (SHP) deutlich zurückgegangen ist. Dies nicht weil mehr Personen ihre Gesundheit nun als schlecht einschätzen, sondern zugunsten der Personen, die ihre Gesundheit als «gut» einschätzen. Der Anteil der Personen mit einem guten Gesundheitszustand ist in der SGB in den letzten 20 Jahren um fast 10 Prozentpunkte angewachsen und im SHP in den letzten 10 Jahren fast um 15 Prozentpunkte. Abgenommen haben dabei nicht nur Personen mit einem sehr guten, sondern geringfügig auch Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand. Nicht verändert hat sich in beiden Befragungen der Anteil von Personen, die über einen sehr schlechten Gesundheitszustand berichten.

Dabei ist zu beachten, dass beispielsweise in der SGB die angegebenen körperlichen Beschwerden nicht abgenommen haben. Das heisst, der allgemeine Gesundheitszustand wird subjektiv anders wahrgenommen als noch vor 10 bis 20 Jahren, auch wenn sich die Angaben über konkrete Beschwerden kaum geändert haben. Dies mag – analog zu den veränderten Angaben über Depressivität – eine etwas veränderte Bewertung der eigenen Gesundheit reflektieren, indem die eigene physische und psychische Gesundheit zwar generell seltener als völlig beschwerdefrei, aber deswegen nicht häufiger als schlecht wahrgenommen wird.

Auch wenn bei der Häufung leichterer Depressivität in den letzten 10 Jahren eine gewisse Sensibilisierung und eine veränderte Wahrnehmung mitspielen mögen, so bedeutet dies noch nicht, dass leichtere und mittelschwere Depressivität nicht ernst genommen werden sollte. Vielmehr weisen die Resultate auf die starke Verbreitung von depressiven Verstimmungen in der Bevölkerung hin.

3.4 Invalidisierung depressiver Personen hat stark zugenommen

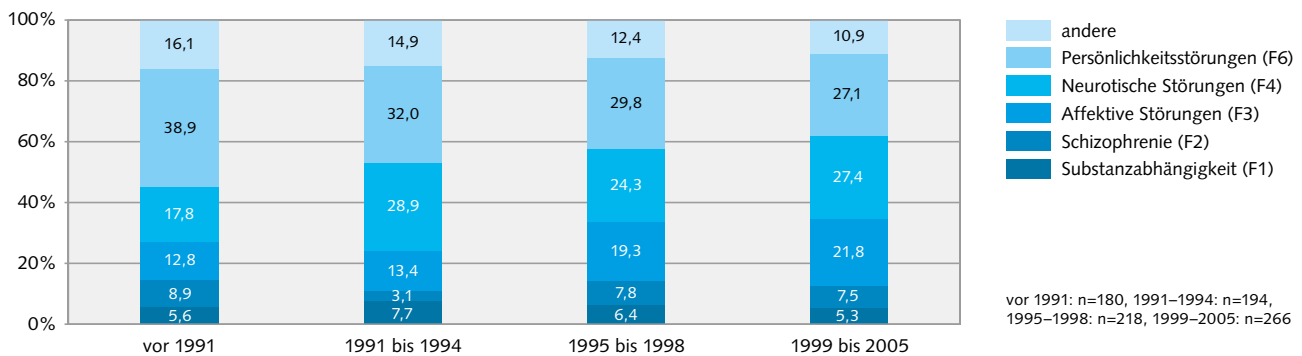
Im Gegensatz zur zeitlichen Konstanz stärkerer depressiver Symptome in der Bevölkerung, haben die Invalidisierungen wegen affektiver Störungen deutlich zugenommen in den letzten rund 25 Jahren. Dabei handelt es sich häufig um alleinerziehende Frauen, ältere Erwerbslose mit schlechten Arbeitsmarktchancen und Migrantinnen.

Auch wenn depressive Erkrankungen nicht zugenommen haben, so hat die Ausgliederung von Personen mit affektiven Störungen aus dem Arbeitsmarkt sehr wohl zugenommen. Die folgende Abbildung (Abb. 3.6) zeigt die diagnostische Zusammensetzung der IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern, die zwischen 1991 und 2006 invalidisiert waren² wegen so genannt «psychogenen und milieureaktiven Gründen» (IV-Sammelcode 646), zu denen unter anderen auch die überwiegende Zahl der affektiven Störungen gehört.

² Dies umfasst die prävalenten Rentner/innen, nicht nur die Neuberechtigungen.

Immer mehr Invalidisierungen wegen affektiver Störungen, Häufigkeit der rentenentscheidenden Diagnosen nach Zeitraum der IV-Anmeldung, 1993–2006

Abb. 3.6



Datenquelle: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, Rentenbestand 1993–2006

© Obsan

Waren 1986 noch rund 5000 Personen wegen dieses Sammelcodes berentet, so waren es 2006 rund 9-mal so viele. Von rund 100'000 IV-Berenteten aus psychischen Gründen (bei einem Total von IV-Rentnern und Rentnerinnen von rund 250'000) ist heute etwa die Hälfte wegen solcher psychogener Gründe invalidisiert, was die Bedeutung dieser Gruppe psychiatrischer Invaliditätsursachen hervorhebt.

Der Anteil der affektiven Störungen an den IV-Berenteten aus psychischen Gründen ist in den letzten rund 20 Jahren immer mehr angestiegen, von knapp 13% im Zeitraum vor 1991 auf knapp 22% im Zeitraum 1999 bis 2005. Damit sind affektive Störungen neben den neurotischen Störungen (vor allem somatoforme Schmerzstörungen) die einzige Krankheitsgruppe, deren Anteile deutlich angestiegen sind. Würde man nur die Neuberentungen in dieser Zeit betrachten, so wäre die Entwicklung noch viel deutlicher zu sehen. Affektive Störungen haben demnach in den letzten rund 20 Jahren nicht nur in absoluten Zahlen deutlich zugenommen (da die ganze Gruppe der «psychogenen und milieureaktiven» Invaliditätsursachen zwischen 1986 und 2006 wie erwähnt um das 9-fache zugenommen hat), sondern gar überproportional. Die starke Zunahme von Invalidisierungen wegen affektiver (und neurotischer) Störungen in den letzten zwei Jahrzehnten zeigt sich auch in anderen Industriestaaten (OECD, 2012). Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht abschliessend geklärt. Für die Schweiz gibt die Dossieranalyse (Baer et al., 2009) jedoch insofern Hinweise als es vor allem folgende Personengruppen sind, deren Anteile an den IV-Renten deutlich gestiegen sind: ältere Schweizer

Erwerbslose mit schlechten Arbeitsmarktchancen, Migrantinnen sowie alleinerziehende Frauen. Alle diese Gruppen wurden häufig wegen depressiver Erkrankungen berentet. Dies weist unter anderem auch auf soziale Ausschlussprozesse hin.

Es hat sich gezeigt, dass insgesamt mehr als 60% aller IV-Rentner/innen aus psychogenen Gründen irgendwann im Rahmen des ärztlichen IV-Abklärungsverfahrens die Diagnose einer affektiven Störung erhalten haben (61,8%). Damit sind affektive Störungen bei diesen Berenteten die deutlich am häufigsten diagnostizierten Störungen. Auch wenn es sich dabei nicht um den Hauptgrund für die Berentung gehandelt haben muss (fast alle IV-Berentete wurden von mehreren Ärztinnen und Ärzten untersucht und haben mehrere Diagnosen erhalten). Insgesamt sind in den letzten 25 Jahren 17% aller Personen wegen affektiven Störungen berentet worden. Zu weiteren diagnostischen Merkmalen der IV-Berenteten mit affektiven Störungen siehe Abbildung 4.14.

Personen, die wegen affektiver Störungen invalidisiert wurden, waren im Vergleich zu Berenteten aus anderen psychischen Gründen laut Akten seltener schon in der frühen Biografie stark belastet (zum Beispiel durch Vernachlässigung, Gewalt oder psychisch kranke Eltern). Auf der anderen Seite zeigt sich bei den Berenteten mit affektiven Störungen eine im Vergleich zu anderen Störungen deutliche Häufung von kritischen Lebensereignisse wie Tod nahestehender Personen, Trennungen oder auch grundsätzlich positive, aber gleichwohl Anpassungsleistungen erfordernde Lebensereignisse wie Heirat etc.

Dass kritische Lebensereignisse bei Depressionen eine wichtige Rolle spielen, ist bekannt. Dies gilt vor allem für Neuerkrankungen, während sich der Einfluss solcher Ereignisse bei weiteren depressiven Episoden verringert (Übersicht in Hell, 2009).

3.5 Häufige schwache depressive Symptome bei älteren Personen

Während die mittlere bis starke depressive Symptomatik über die gesamte Lebensspanne relativ konstant bleibt, steigen schwache Symptome und häufige Depressivität nach der Pensionierung deutlich an. Die Verteilung schwächerer depressiver Symptome folgt mit zunehmendem Alter einem leicht U-förmigen Verlauf.

Die Altersverteilung depressiver Symptome zeigt ein insgesamt relativ konstantes Bild im Jugend- und Erwachsenenalter und eine Zunahme ab dem 65. Lebensjahr (Abb. 3.7).

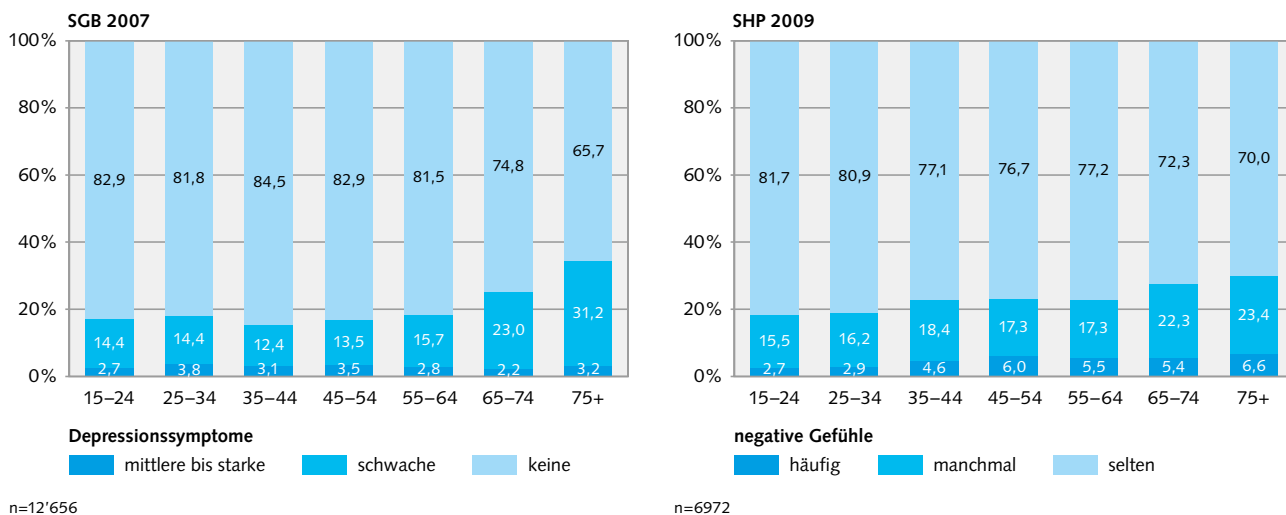
Dabei muss man allerdings unterscheiden zwischen leichteren und stärkeren Symptomen. Die Skala depressiver Symptome der SGB (Abb. 3.7, links) verdeutlicht, dass die leichteren Symptome im Pensionierungsalter deutlich

ansteigen, während der Anteil mittlerer bis starker Symptome über alle Altersklassen etwa gleich hoch ist, respektive in der Altersklasse von 65–74 Jahren sogar eher tief ist und erst im Alter von 75 und mehr Jahren wieder ansteigt.

Die Daten des SHP, welche eine eher unspezifische Depressivität abbilden, zeigen ebenfalls eine deutliche Zunahme leichterer Verstimmungen im höheren Alter und gleichzeitig eine stetige Zunahme von stärkerer Depressivität. Diese Resultate reflektieren die Bedeutung leichter und subklinischer Depressionen im fortgeschrittenen Alter, die zudem vom Umfeld häufig zu wenig wahrgenommen werden. Depression ist neben Demenz die häufigste psychische Störung im höheren Alter, was auf verschiedene Faktoren zurückzuführen ist: auf biologische Faktoren, altersbedingte Verlusterfahrungen, aber auch auf die im Alter häufigen körperlichen Beschwerden (Komorbidität; vgl. 1.9), die oft mit depressiven Störungen einhergehen (Stoppe, 2006). Bei den in der SGB und im SHP nicht berücksichtigten älteren Personen, die in Heimen leben, ist zudem von einem sehr hohen Anteil depressiver Störungen auszugehen – je nach Untersuchung zeigen sich Jahresprävalenzen zwischen 15 und 26% (DGPPN, 2012; Schuler & Burla, 2012).

Zunehmende Prävalenz von Depressivität im höheren Alter, Häufigkeit depressiver Symptome nach Altersklassen, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 3.7

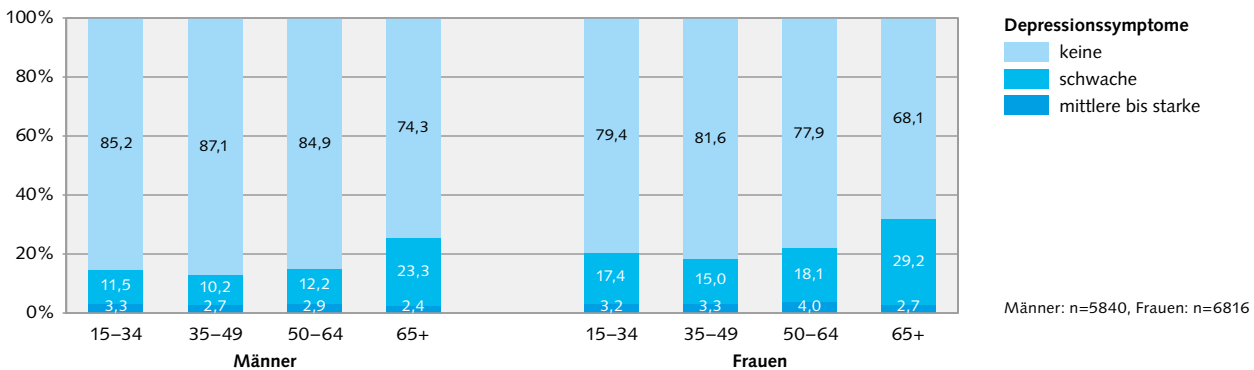


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Geschlechtsspezifische Altersverteilung depressiver Symptome, Häufigkeit depressiver Symptome nach Geschlecht und Alter, 2007

Abb. 3.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Die Altersverteilung depressiver Symptome ist für beide Geschlechter ziemlich ähnlich, abgesehen von der über die gesamte Lebensspanne häufigeren Betroffenheit der Frauen (Abb. 3.8).

Bei den Männern wie bei den Frauen folgt die Verteilung depressiver Symptome einem leicht U-förmigen Verlauf. Die Prävalenz depressiver Symptome, inklusive schwererer Zustände, ist schon im jungen Alter relativ hoch – vor allem ist bei den Männern im jungen Alter die Häufigkeit mittlerer bis starker depressiver Symptome höher als in allen anderen Altersklassen –, fällt dann leicht ab und steigt ab dem 50. Lebensjahr wieder an. Bei den über 65-jährigen Frauen ist davon auszugehen, dass rund ein Drittel innerhalb der letzten zwei Wochen zumindest vorübergehend unter schwachen bis starken depressiven Symptomen gelitten hat, während dies bei den Männern etwa ein Viertel betrifft.

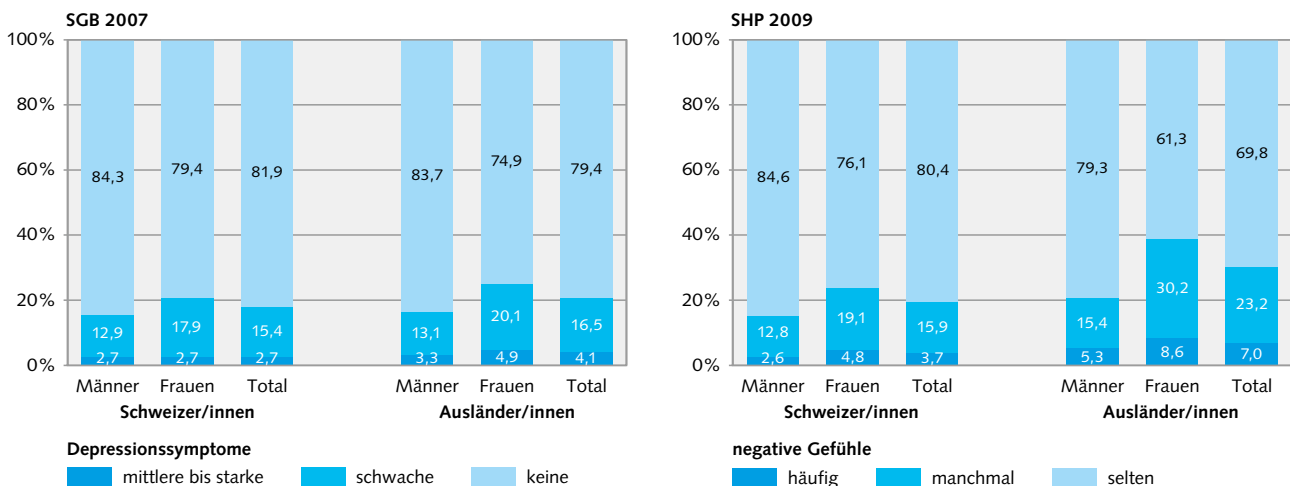
3.6 Zusammenhänge mit erhöhter Depressivität bei Migranten und Migrantinnen

Ausländerinnen und Ausländer sowie in die Schweiz eingebürgerte Personen zeigen höhere Depressivitätswerte als Schweizer und Schweizerinnen. Diese Unterschiede zeigen sich sowohl bei den schwächeren wie auch bei den stärkeren depressiven Symptomen. Die Unterschiede sind allerdings zumindest zum Teil abhängig vom Bildungsstand. Das heisst, die erhöhte Depressivität bei immigrierten Personen ist nicht nur in Abhängigkeit von der Migration, sondern auch in Abhängigkeit der Schicht zu sehen.

In Bezug auf die Migration zeigt sich – je nach Datenbank – eine leicht bis deutlich erhöhte Depressivität bei Ausländern und Ausländerinnen und in die Schweiz eingebürgerten Personen (Abb. 3.9).

Ausländer/innen häufiger von schweren depressiven Symptomen betroffen, Häufigkeit depressiver Symptome nach Nationalität und Geschlecht, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 3.9



Schweizer/innen: n=10'090, Ausländer/innen: n=2549 (inkl. eingebürgerte Personen)

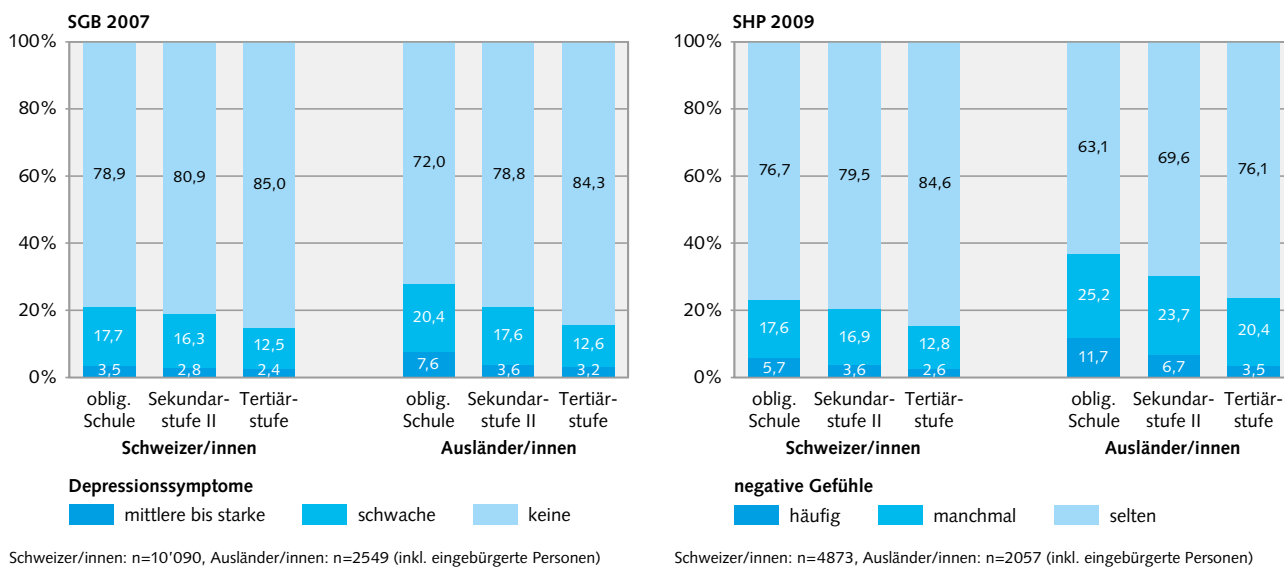
Schweizer/innen: n=4875, Ausländer/innen: n=2058 (inkl. eingebürgerte Personen)

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Erhöhte Depressivität bei Ausländern und Ausländerinnen vor allem bei geringerem Bildungsstand, Häufigkeit depressiver Symptome nach Nationalität und Bildungsstand, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 3.10



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

In der SGB berichten Ausländer und Ausländerinnen zum einen häufiger von leichteren depressiven Symptomen als die Schweizer/innen, zum anderen zeigen sie aber vor allem einen deutlich erhöhten Anteil von mittel bis starken Symptomen. Dies gilt in erster Linie für die Ausländerinnen, die mit 4,9% (gegenüber 2,7% bei den Schweizerinnen) fast zweimal so häufig schwerere Depressionssymptome angeben.

Im SHP sind die Unterschiede noch deutlicher: Hier geben sowohl Ausländerinnen wie Ausländer fast zweimal so oft schwere Depressivität an wie Schweizerinnen und Schweizer. Insgesamt zeigen sich hier die Ausländerinnen mit 38,8% fast doppelt so häufig von Depressivität betroffen wie die Ausländer (20,7%). Kann man gemäss diesen Daten von einer (leicht) erhöhten Betroffenheit von immigrierten Personen ausgehen, so trifft dies in besonderem Masse für Migrantinnen zu.

Die Frage stellt sich hier, worauf die, zumindest im SHP, deutlichen Unterschiede bezüglich Depressivität zurückzuführen sind. Die folgende Abbildung zeigt, dass es sich dabei zu einem wesentlichen Teil nicht nur um den Ausländerstatus an sich handelt, sondern um Bildungsunterschiede (Abb. 3.10).

Differenziert man die Prävalenz von Depression respektive depressiver Verstimmung nach höchster abgeschlossener Bildung, so werden die Unterschiede zwischen Schweizern/Schweizerinnen und Ausländern/Ausländerinnen mit höherer Bildung immer geringer. Bei lediglich obligatorischem Schulabschluss berichten Ausländer/innen deutlich häufiger über depressive Symptome als

Schweizer/innen mit demselben Bildungsstand. Vor allem zeigt sich bei ihnen auch ein hoher Anteil von Personen mit klinisch relevanten Depressionen in der SGB (7,6%), respektive starken depressiven Verstimmungen im SHP (11,7%). Die Unterschiede bei Personen mit abgeschlossener Sekundarstufe II sind schon geringer und zeigen sich vor allem im SHP (6,7% der Ausländer/innen mit deutlicher Depressivität gegenüber 3,6% der Schweizer/innen). Vergleicht man schliesslich Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe, so sind fast keine Unterschiede (SGB) oder nur noch geringe Unterschiede (SHP) zu erkennen.

Diese Auswertungen legen nahe, die Bedeutung des Ausländerstatus, respektive des Bürgerrechtsstatus, für die Neigung zu depressiven Symptomen nicht zu überschätzen. Insgesamt scheint zumindest ein Teil der Unterschiede zwischen Schweizern/Schweizerinnen und Migranten/Migrantinnen durch Merkmale der sozialen Schicht und des Bildungsstandes zustande zu kommen. Ausländer/innen mit einer höheren Bildung sind jedenfalls kaum häufiger von Depressivität betroffen als gut ausgebildete Schweizer/innen.

Geringe Bildung scheint jedoch in Kombination mit einem Ausländerstatus eine besondere Vulnerabilität für Depressionen zu verursachen. Die Dynamik von Migration und fehlender Bildung – die zu weiteren Belastungsfaktoren wie besonders belastenden Arbeitstätigkeiten mit wenig Entscheidungsspielraum und fehlenden beruflichen Perspektiven etc. führen kann – ist jedenfalls auch eine der hauptsächlichen Ursachen für den starken

Anstieg der Invalidenrenten aus so genannt «psychogenen und milieureaktiven» Gründen bei Ausländern/Ausländerinnen in den letzten rund 20 Jahren (Baer et al., 2009).

3.7 Geringe Bildung ist ein Depressionsrisiko

Der Bildungsstand hat generell einen deutlichen Zusammenhang mit dem Anteil von Personen mit depressiven Symptomen. Es scheint, dass sich ein geringer Bildungsstand mit zunehmendem Alter deutlicher auf die depressive Symptomatik auswirkt. Während sich bei Jüngeren die Depressivität nach Bildungsstand nur wenig unterscheidet, sind die Unterschiede bei den älteren Personen erheblich.

Was bleibt, ist ein markanter Unterschied bei Personen mit wenig Bildung. Eine geringe Bildung ist generell ein bekannter Risikofaktor für psychische Erkrankungen im Allgemeinen wie auch für affektive Störungen im speziellen.

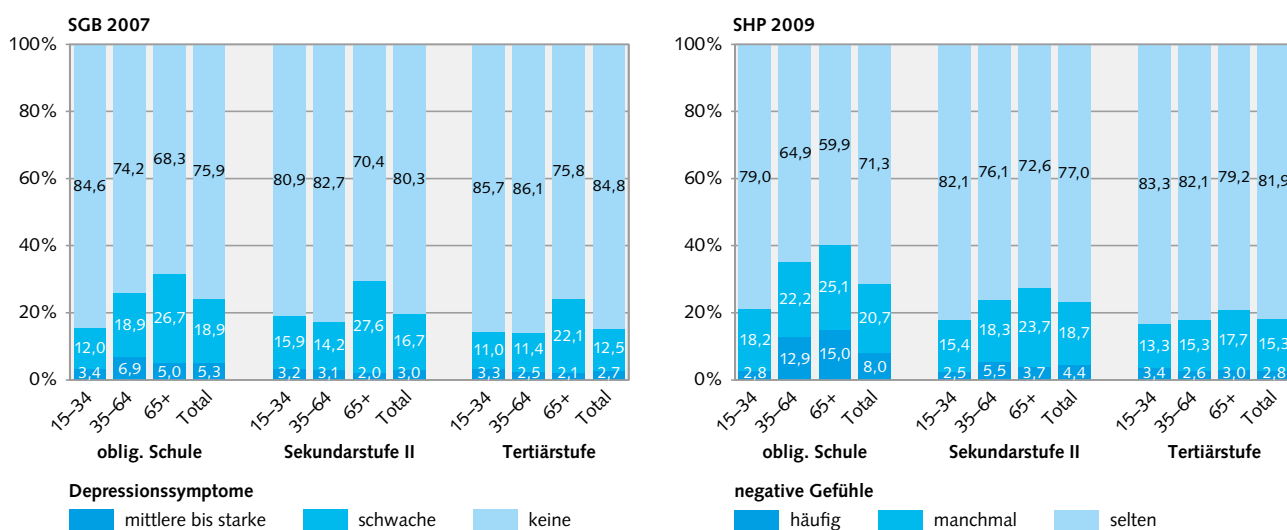
Ein geringer Bildungsstand macht sich bezüglich depressiver Symptome mit zunehmendem Alter immer deutlicher bemerkbar (Abb. 3.11). Dies gilt unabhängig von der Nationalität oder vom Geschlecht. Während sich bei den jüngeren Erwachsenen die Häufigkeit depressiver Symptome nur wenig nach erreichtem Bildungsstand unterscheidet, so bestehen schon im mittleren

Erwachsenenalter und vor allem im Alter ab 65 Jahren markante Unterschiede. In der SGB zeigen rund 7% der 35- bis 64-jährigen Personen mit lediglich obligatorischer Schulbildung klinisch relevante Depressionen, während die Anteile bei den Personen mit mittlerem oder höherem Bildungsstand 3,1 respektive 2,5% betragen. Bei den Personen im Alter ab 65 Jahren sind bei geringer Bildung 5,3% von Depressionen betroffen, während dies bei mittlerem und höherem Bildungsstand nur 2,0 respektive 2,1% betrifft, also wiederum nicht einmal halb so viele.

Die Daten des SHP zeigen dasselbe Muster, allerdings in stärkerer Ausprägung: Rund 13% der Personen mit lediglich obligatorischem Abschluss im mittleren Alter berichten über eine starke Depressivität – rund zweimal so viele wie bei mittlerer Bildung (5,5%) und rund fünfmal so viele (2,6%) wie bei höherer Bildung. Bei den über 65-Jährigen ist ein tiefer Bildungsstand rund viermal so häufig mit starker Depressivität verbunden (15,0%) wie bei mittlerer Bildung (3,7%) und fünfmal so häufig wie bei höherer Bildung (3,0%). Das mag ein Hinweis darauf sein, dass die Risikofaktoren für eine Depression im jüngeren Alter sich von denjenigen im höheren Alter unterscheiden. Eine frühe Depression (hier mit einem Beginn vor dem 35. Altersjahr) scheint relativ unabhängig vom Bildungsstand zu sein, wogegen depressive Erkrankungen im mittleren und höheren Alter eher mit fehlender Bildung und deren Folgen verknüpft sind.

Fehlende Bildung ist im höheren Alter ein besonderes Depressionsrisiko,
Häufigkeit depressiver Symptome nach Bildungsstand und Alter, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 3.11



oblig. Schule: n=1286, Sekundarstufe II: n=7679, Tertiärstufe: n=3691

oblig. Schule: n=1354, Sekundarstufe II: n=3711, Tertiärstufe: n=1907

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

3.8 Häufigere depressive Symptome nach Trennung oder Scheidung

Die Auswertungen nach Zivilstand zeigen die erwarteten Unterschiede: Getrennt oder geschieden lebende sowie verwitwete Personen haben höhere Depressionswerte, was teils auch ein Altersartefakt sein mag. Verheiratete Frauen zeigen besonders tiefe Werte während dies bei den Männern sowohl auf die Verheirateten wie auch auf die Ledigen zutrifft. Insgesamt scheint aber eine feste Bindung, respektive deren Verlust, zentral.

Ein weiterer aus der epidemiologischen Forschung bekannter Zusammenhang besteht zwischen Depression und partnerschaftlicher Lebenssituation respektive Zivilstand. Diese Zusammenhänge bilden sich auch in der SGB und im SHP ab. So zeigen beispielsweise die Daten der SGB, dass verheiratet zu sein, respektive in einer eingetragenen Partnerschaft zu leben, mit einer deutlich geringeren Häufigkeit depressiver Symptome einher geht als dies bei getrennt lebenden/geschiedenen oder verwitweten Personen der Fall ist (Abb. 3.12).

Gegenüber Verheirateten sind ledige Personen zwar nicht häufiger von leichteren depressiven Symptomen betroffen, aber doch häufiger von mittleren bis starken Symptomen (3,5 gegenüber 2,4%). Besonders häufig sind solche schwerere Symptome bei Personen nach einer Trennung oder einer Ehescheidung (5,8%). Bei verwitweten Personen wiederum fällt die Häufung leichterer depressiver Symptome auf (27,7%), was auf einen Alterseffekt zurückzuführen ist. Ältere Personen sind häufiger verwitwet und geben zugleich besonders häufig schwache Depressivität an. Der hohe Wert mittlerer bis starker depressiver Symptome bei den geschiedenen und getrennt

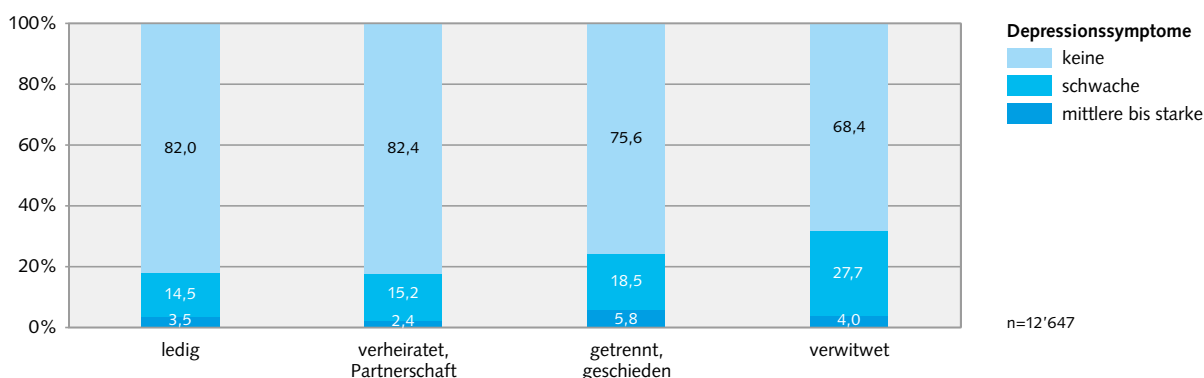
Lebenden deutet möglicherweise auf die bekannte Relevanz von Trennungs- und Verlusterfahrungen für die Auslösung depressiver Erkrankungen hin und/oder auf die Belastung der Beziehung durch depressive Symptome eines Partners oder einer Partnerin.

Betrachtet man den Zusammenhang von Depressivität und Zivilstand getrennt für Männer und Frauen (Abb. 3.13), fällt auf, dass verheiratete Frauen sich bezüglich depressiver Symptome relativ wenig von verheirateten Männern unterscheiden – trotz der bei Frauen bekanntlich deutlich höheren Prävalenz von Depressionen. Insgesamt der höchste Anteil von stärkeren depressiven Symptomen findet sich bei getrennt oder geschiedenen lebenden Männern (6,4%), der geringste Anteil bei verheirateten Männern (2,0%) – die geringe Prävalenz depressiver Symptome bei verwitweten Männern lässt aufgrund der geringen Fallzahl (n=5) keine Aussage zu. Bei den getrennt lebenden Männern liegt die Rate stärkerer depressiver Symptome um das Dreifache höher als bei den Männern, die in einer Partnerschaft leben – anscheinend macht dies für Männer einen stärkeren Unterschied als für Frauen, wo die Rate stärkerer depressiver Symptome nach Trennung oder Scheidung «nur» doppelt so hoch ist wie bei Frauen, die in einer Partnerschaft leben.

Obwohl Ehe und Partnerschaft auch eine Quelle von Belastungen sein können, ist eine feste Bindung mit einer relativ geringen Depressionsrate verknüpft, vor allem bei Frauen, während bei den Männern auch der Zivilstand «ledig» insgesamt mit wenig depressiven Symptomen verknüpft ist. Auf der anderen Seite zeigen ledige Personen weniger Depression als geschiedene oder getrennt lebende Personen, was mit der speziellen Bedeutung von

Verheiratete und ledige Personen haben eine geringere Prävalenz von Depressionssymptomen, Häufigkeit depressiver Symptome nach Zivilstand, 2007

Abb. 3.12

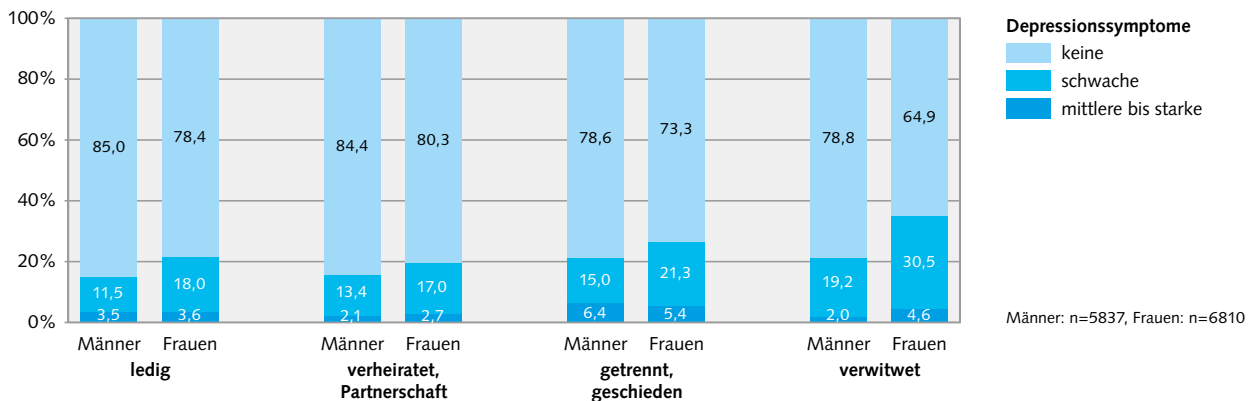


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Weniger Geschlechterunterschiede bei Verheirateten, Häufigkeit depressiver Symptome nach Zivilstand und Geschlecht, 2007

Abb. 3.13



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Verlusterfahrungen zusammenhängen mag. Auch hier sind wiederum verschiedene Wirkungsrichtungen denkbar und teils auch belegt, sei es dass depressive Störungen Beziehungen derart belasten, dass sie zur Auflösung der Beziehung führen, oder dass Trennungserlebnisse depressive Störungen auslösen, oder auch, dass sowohl Trennung wie auch Depression gemeinsam von einem weiteren Faktor ausgelöst wurden, beispielsweise von einer chronischen körperlichen Krankheit, sozialen Problemen etc.

3.9 Häufigere Depressivität bei Alleinlebenden und Alleinerziehenden

Ähnliche Zusammenhänge zur Häufigkeit depressiver Symptome wie beim Zivilstand ergeben sich naturgemäss auch bei der Wohnsituation: Alleinlebende berichten häufiger von depressiven Symptomen als Personen, die mit anderen zusammenleben. Dies gilt speziell auch für alleinerziehende Frauen. Die deutlichsten Geschlechterunterschiede zu Ungunsten der Frauen zeigen sich bei Paaren mit Kindern, was auf spezifische Belastungen für Frauen bei der Familiengründung hinweisen mag.

Der Zivilstand sagt nur begrenzt etwas darüber aus, ob Personen mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenleben respektive in einer Partnerschaft sind. Zwei weitere Indikatoren in der SGB, die Haushaltsgrösse und die Haushaltsform, geben ergänzende Informationen zum Zivilstand.

Die Haushaltsgrösse unterscheidet sowohl in der SGB wie auch im SHP Personen nach Häufigkeit von Depression und Depressivität (Abb. 3.14).

Die Häufigkeit depressiver Symptome insgesamt nimmt mit zunehmender Haushaltsgrösse in beiden Befragungen ab. Alleinlebende Personen zeigen dabei in der SGB nicht nur häufiger leichtere depressive Symptome, sondern auch den höchsten Wert von klinisch relevanten Symptomen (4,5%). Im SHP sinkt die relativ hohe Prävalenz depressiver Verstimmungen bei Alleinlebenden (30,0%) mit jedem weiteren Haushaltsmitglied ab auf 19,0% bei den Haushalten mit 4 und mehr Personen. Der Anteil stärkerer Depressivität ist bei den Alleinlebenden rund zweimal so hoch wie bei den Personen, die mit anderen zusammen im selben Haushalt leben.

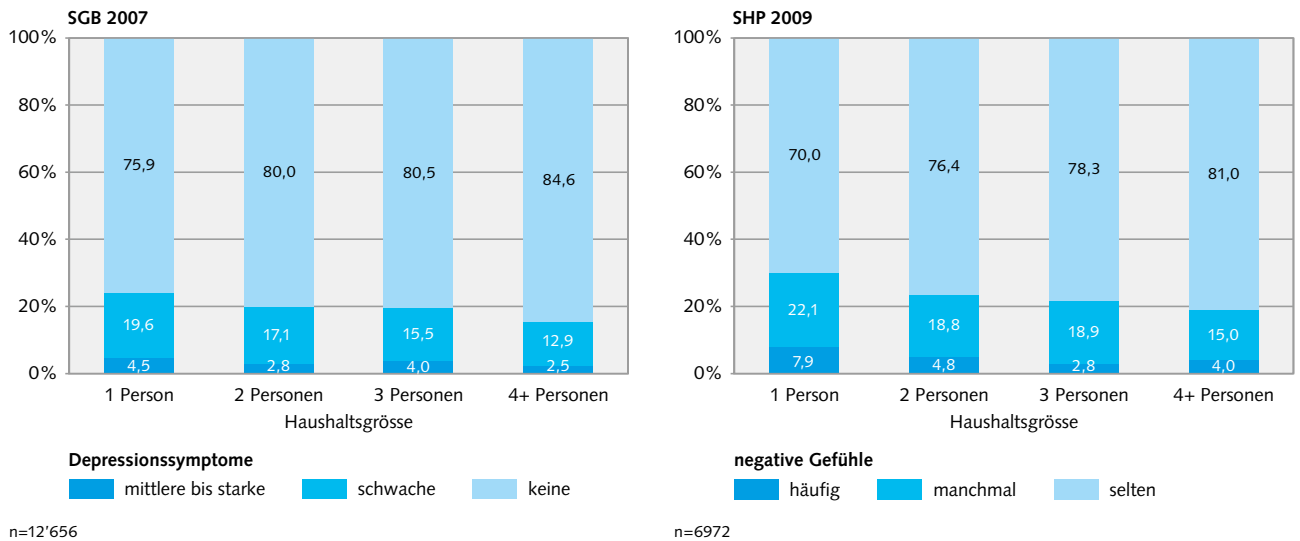
Betrachtet man nun zusätzlich die Haushaltsform der Befragten nach Geschlecht, wird ersichtlich, dass alleinerziehende Frauen besonders selten völlig symptomfrei sind (Abb. 3.15), gefolgt von alleinlebenden Frauen ohne erziehungspflichtige Kinder. Dies widerspiegelt die Evidenz, dass Alleinerziehende ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen haben. Am seltensten von Depressivität betroffen sind Männer, die mit einer Partnerin und Kindern zusammenleben – sie haben mit rund 13% im Vergleich zu alleinerziehenden Männern (21,8%) eine deutlich geringere Rate symptomfreier Personen.

Generell gilt bei Alleinerziehenden eine um etwa 50% grössere Häufigkeit depressiver Symptome gegenüber Personen mit Partner/in und Kindern. Männer sind zwar seltener als Frauen alleinerziehend (wobei die Fallzahlen bei weitem ausreichend sind für diese Auswertungen), aber wenn sie es sind, ist dies auch bei ihnen mit häufigerer Depressivität verbunden.

Am geringsten ist der Geschlechterunterschied bei Paaren ohne Kinder, wobei Frauen einen grösseren Depressivitätsanteil haben als Männer. Am deutlichsten ist der

Alleinlebende berichten häufiger von depressiven Symptomen, Häufigkeit depressiver Symptome nach Haushaltsgrösse, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 3.14



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

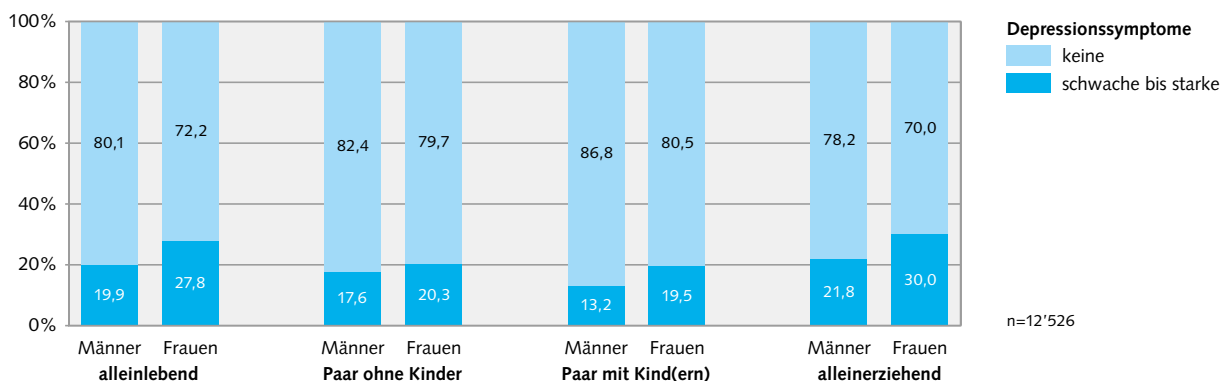
© Obsan

Geschlechterunterschied bei Paaren mit Kindern – hier haben Frauen einen deutlich höheren Anteil an depressiven Symptomen als Männer. Womöglich ist demnach der Wechsel von einer Partnerschaft zu einer Familie für Frauen häufiger mit Belastungen und Verlusten (Statusverlust, Erwerbsverzicht und Reduktion sozialer Kontakte unter Erwachsenen) und infolgedessen erhöhter Depressivität verbunden als dies bei den Männern der Fall ist. Dass Frauen generell häufiger unter chronischem interpersonellem Stress leiden als Männer, und dass solcher

chronischer Stress ein Risikofaktor für depressive Erkrankungen ist, konnte in Untersuchungen gezeigt werden (Übersicht in Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Alleinerziehende sind schliesslich auch eine Risikogruppe für eine Invalidisierung wegen depressiver Störungen: IV-Berentete, die wegen einer affektiven Störung berentet wurden, waren zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung häufiger alleinerziehend als Berentete mit anderen psychiatrischen Krankheiten (Baer et al., 2009).

Alleinerziehende und alleinlebende Frauen sind speziell häufig von depressiven Symptomen betroffen, Häufigkeit depressiver Symptome nach Haushaltsform und Geschlecht, 2007

Abb. 3.15



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

3.10 Höhere Depressionsprävalenz bei Erwerbslosen

Erwerbslosigkeit ist mit deutlich erhöhter Depressivität verbunden, und umgekehrt sind Personen mit depressiven Symptomen häufiger erwerbslos. Erwerbslose haben einen um das Zehnfache erhöhten Anteil von Personen mit Depressivität als Vollzeit erwerbstätige Personen. Dies weist auf die erhebliche Bedeutung des Erwerbsstatus für die psychische Gesundheit hin.

Zwischen Depression und Erwerbstätigkeit bestehen vielfältige und wesentliche Zusammenhänge (OECD, 2012; Schuler & Burla, 2012). Depressive Erkrankungen sind eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsplatzprobleme, Stellenverlust und Invalidität. Umgekehrt gehören Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit sowie ungünstige Arbeitsbedingungen zu den wichtigsten Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung. Die arbeitsbezogenen Folgekosten depressiver Erkrankungen sind der Hauptgrund dafür, dass Depressionen mit an der Spitze der ökonomisch folgenreichsten Erkrankungen stehen.

Die nationalen Befragungen reflektieren diese Zusammenhänge. Zum einen zeigen die Daten der SGB (Abb. 3.16), dass nicht erwerbstätige Personen doppelt so häufig (5,9%) unter klinisch relevanten Depressionen leiden wie erwerbstätige Personen (2,7%). Zudem berichten sie auch häufiger über leichtere depressive Symptome (18,4 gegenüber 12,9%).

Die Auswertung nach Altersgruppen zeigt, dass Erwerbslosigkeit mit zunehmendem Alter (bis zum Alter von 54 Jahren) immer häufiger mit Depressionen verbunden ist (Abb. 3.17). Im jungen Alter macht sich die

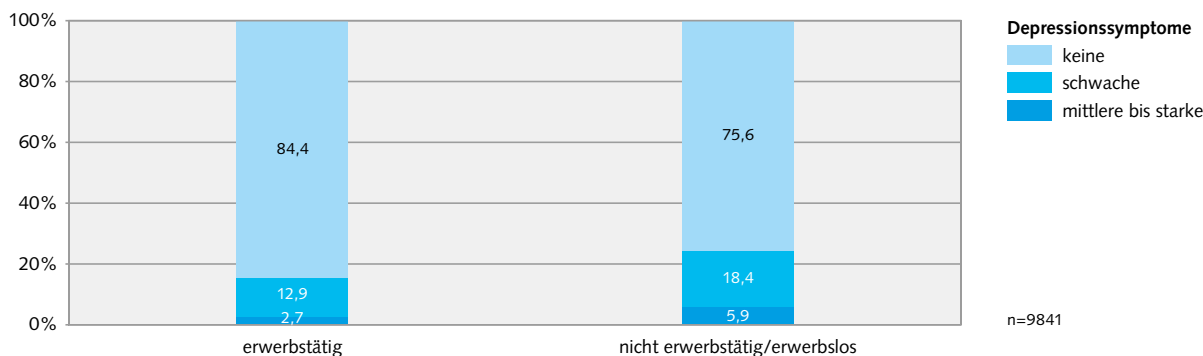
Erwerbslosigkeit kaum in einer erhöhten Rate von Depressionen (das heisst mittlerer bis starker Symptomatik) bemerkbar, unter anderem, weil Erwerbslosigkeit in diesem Alter noch kein Indikator für Probleme ist, sondern auch bedeuten kann, dass jemand noch in der Ausbildung ist. Schon in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen ist die Depressionshäufigkeit bei Erwerbslosen jedoch erhöht (5,1%) und steigt weiter stark an. Bei den nicht erwerbstätigen 35- bis 44-Jährigen beträgt der Anteil depressiver Personen schon 8,2% und bei den 45- bis 54-Jährigen gar 11,1%.

Das heisst, dass Erwerbslosigkeit in dem Alter, in welchem die grosse Mehrheit der Bevölkerung sich beruflich etabliert hat und arbeitet, mit einem sehr hohen Depressionsrisiko verbunden ist. Insgesamt lassen sich bei 35,5% der erwerbslosen 45- bis 54-Jährigen depressive Symptome feststellen, und ihr Anteil an mittleren bis starken depressiven Symptomen (11,1%) ist gegenüber ihren erwerbstätigen Altersgenossen (2,6%) um gut das 4-fache erhöht. Auch der sehr hohe Anteil leichterer depressiver Probleme in dieser Altersgruppe ist in Bezug auf das Invaliditätsrisiko nicht zu unterschätzen. Personen im mittleren Alter mit depressiven Störungen und schlechten Arbeitsmarktchancen wurden als eine derjenigen Gruppen identifiziert, die in den letzten rund 20 Jahren wesentlich zum Anstieg der Invalidenrenten aus psychogenen Gründen beigetragen haben (Baer et al., 2009).

Die Daten des SHP bestätigen den markanten Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und Depressivität (Abb. 3.18). Haben voll erwerbstätige Personen lediglich einen Anteil starker Depressivität von 2,6%, so beträgt dieser Anteil bei den erwerbslosen Personen rund das

Erwerbslose haben häufiger Depressionssymptome als Erwerbstätige, Häufigkeit depressiver Symptome nach Erwerbsstatus, 2007

Abb. 3.16



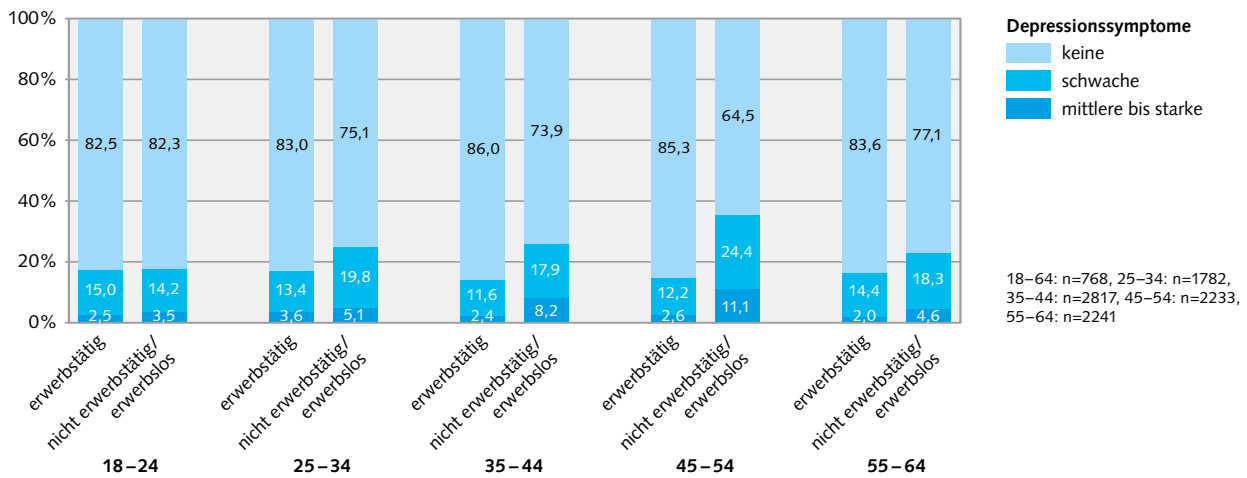
Erwerbstätigkeit: mind. 1 Wochenstunde Arbeit gegen Entlohnung

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Erwerbslose im mittleren Alter haben eine hohe Prävalenz von Depressionssymptomen, Häufigkeit depressiver Symptome nach Alter und Erwerbsstatus, 2007

Abb. 3.17



Erwerbstätigkeit: mind. 1 Wochenstunde Arbeit gegen Entlohnung

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18-64 Jahre)

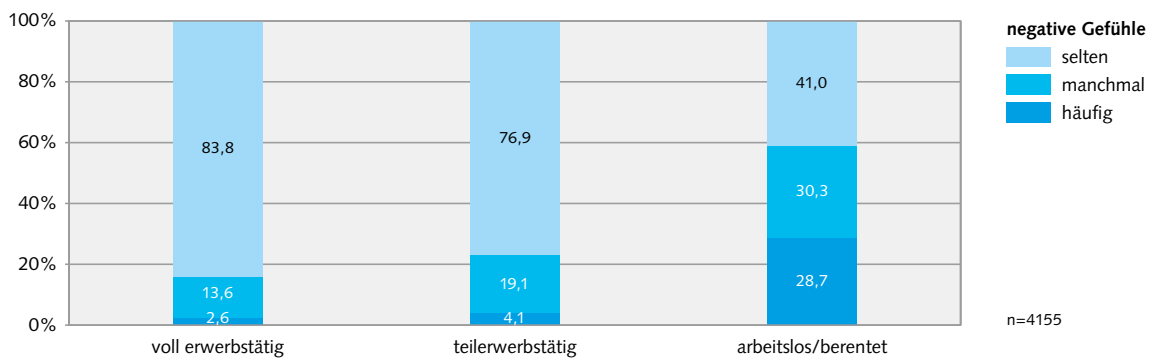
© Obsan

Zehnfache (28,7%). Insgesamt berichtet nur eine Minderheit der arbeitslosen oder invalidisierten Personen, selten negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen zu haben (41,0 gegenüber 83,8% bei den voll Erwerbstätigen). Auch wenn Arbeitslose und IV-Berentete auf die gesamte Bevölkerung bezogen nur eine relativ kleine Gruppe ausmachen, so sind die psychischen Folgen doch erheblich.

Um die Bedeutung depressiver Symptome für den Erwerbsstatus nochmals zu veranschaulichen, zeigt die folgende Abbildung (Abb. 3.19) anhand derselben SGB-Daten wie in Abbildung 3.18 umgekehrt die Erwerbsquote nach Ausmass der depressiven Symptomatik.

Erwerbslose haben einen zehnfach erhöhten Anteil stärkerer Depressivität, Häufigkeit depressiver Symptome nach Erwerbsstatus, 2009

Abb. 3.18



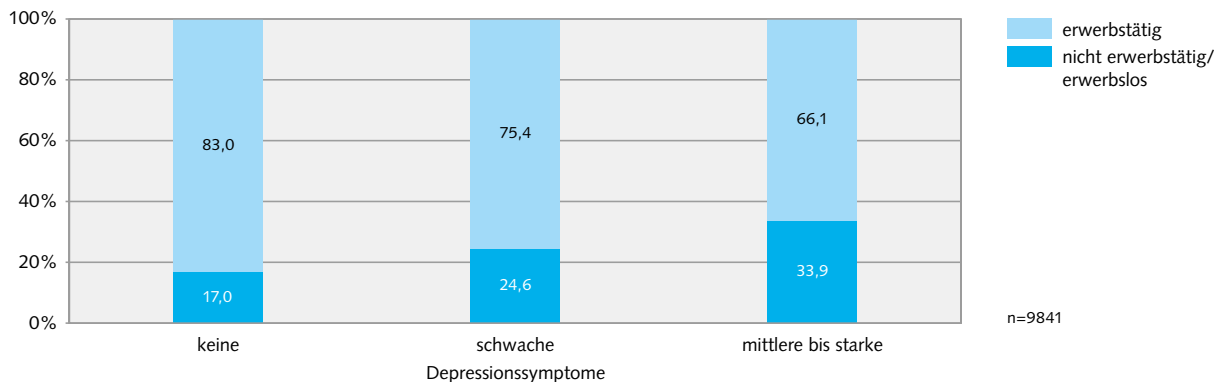
voll erwerbstätig: 37+ Wochenstunden, teilerwerbstätig: 5-36 Wochenstunden

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 (Alter: 18-64 Jahre)

© Obsan

Personen mit Depressionssymptomen sind häufig erwerbslos, Erwerbsstatus nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 3.19



Erwerbstätigkeit: mind. 1 Wochenstunde Arbeit gegen Entlohnung

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18–64 Jahre)

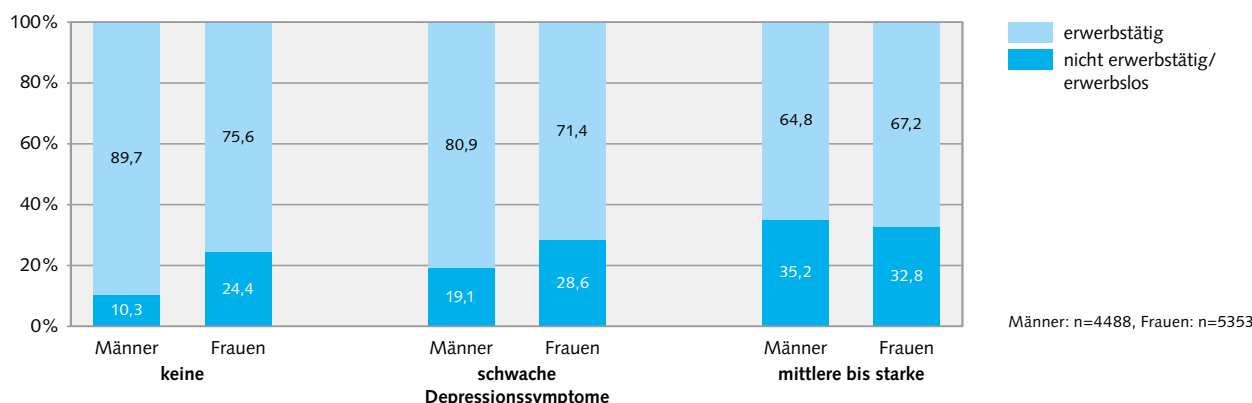
© Obsan

Nachdem gezeigt wurde, dass Erwerbslosigkeit mit häufigeren depressiven Symptomen einhergeht, zeigt sich hier, dass mit zunehmender Depressivität der Anteil der Erwerbslosen deutlich ansteigt. Während Beschwerdefreiheit mit einem sehr hohen Anteil von Erwerbstätigen zusammenhängt, sind schwache depressive Symptome mit einem um rund 8 Prozentpunkte reduzierten Erwerbstätigenanteil verbunden, und eine stärkere depressive Symptomatik reduziert diesen Anteil nochmals um weitere 9 Prozentpunkte. Bei Personen mit stärkerer Depressivität ist demnach die Erwerbsquote deutlich verringert.

Die Zusammenhänge zwischen Depression und Erwerbstätigkeit unterliegen geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Mustern (Abb. 3.20). Während bei den Frauen, die generell eine tiefere Erwerbsquote haben als Männer, mit zunehmender Depression der Anteil der Erwerbslosen lediglich um jeweils rund 4 Prozentpunkte ansteigt, verdoppelt sich bei den Männern mit zunehmender Depression fast der Anteil der Erwerbslosen: Bei den beschwerdefreien Männern beträgt dieser rund 10%, bei schwacher depressiver Symptomatik schon fast 20% und bei deutlicher Symptomatik rund 35%.

Mit zunehmender Depressivität steigt vor allem die Erwerbslosigkeit der Männer, Erwerbsstatus nach depressiven Symptomen und Geschlecht, 2007

Abb. 3.20



Erwerbstätigkeit: mind. 1 Wochenstunde Arbeit gegen Entlohnung

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Das heisst, dass eine klinisch relevante depressive Symptomatik den geschlechtstypischen Unterschied in der Erwerbsquote aufhebt. Männer mit deutlicher Depression sind sogar häufiger erwerbslos als Frauen mit gleich starken Symptomen. Möglicherweise spielt mit zunehmendem Schweregrad der Depression das Geschlecht eine immer geringere Rolle für den Erwerbsstatus. Ob der Zusammenhang unter anderem darin liegt, dass Erwerbslosigkeit bei Männern häufiger zu Depressivität führt als bei Frauen, ist nicht sicher belegt. Jedenfalls ist der Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Depression bei Männern besonders stark.

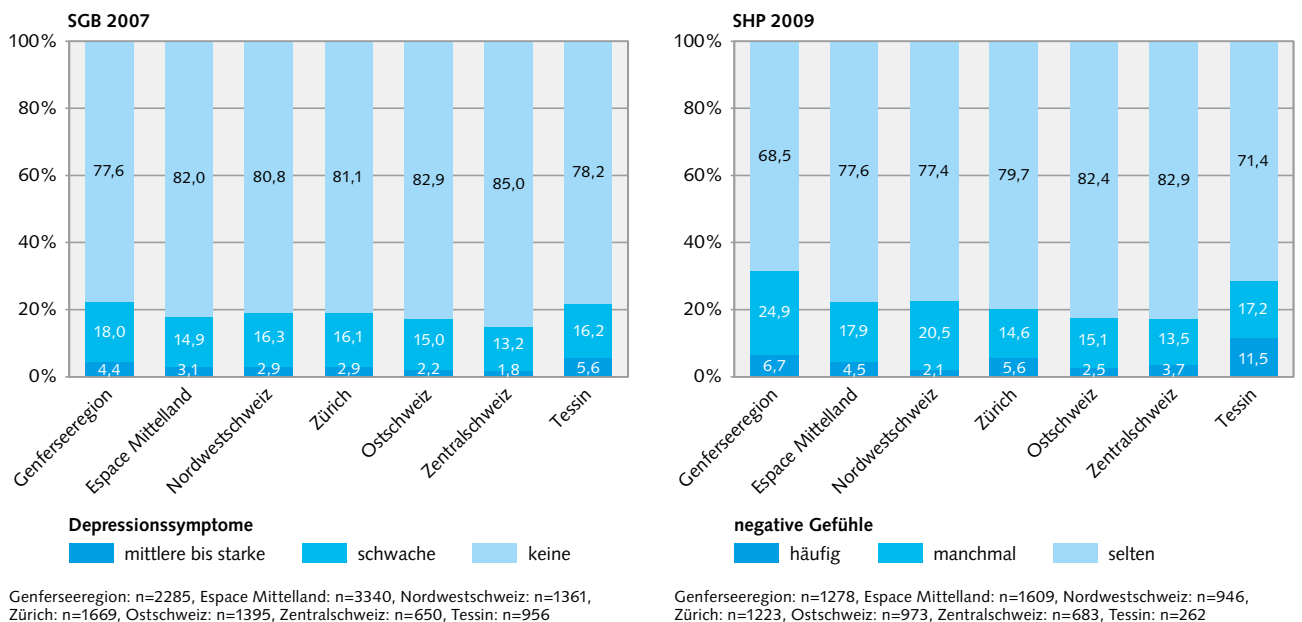
3.11 Regional unterschiedliche Depressionsprävalenz

Die Häufigkeit der Personen, die von depressiven Symptomen berichten, unterscheidet sich nach Grossregion, wobei vor allem der Kanton Tessin hervorsticht: Tessinerinnen und Tessiner geben in beiden nationalen Befragungen sehr viel häufiger als Befragte anderer Regionen an, unter depressiven Symptomen zu leiden. Gleichzeitig hat der Kanton Tessin deutlich die tiefste Suizidrate in der Schweiz.

Obwohl sich beispielsweise in der SGB kaum Stadt-Land-Unterschiede zeigen bezüglich Häufigkeit depressiver Symptome in der Bevölkerung (die Prävalenz depressiver Symptome liegt für ländliche Gebiete bei 17,1% und bei städtischen Gebieten bei 19,6%), so unterscheiden sich doch die Grossregionen voneinander (Abb. 3.21).

Häufigere Depressivität in der französischen und italienischen Schweiz,
Häufigkeit depressiver Symptome nach Grossregion, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 3.21



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Die höchsten Anteile depressiver Symptome zeigen sich in beiden Befragungen übereinstimmend in der Genferseeregion und im Kanton Tessin. In der SGB berichten 22,4% der in der Genferseeregion und 21,8% der im Kanton Tessin wohnhaften Personen von depressiven Symptomen. Das sind etwa 45% mehr als in der Zentralschweiz (15,0%).

Die Daten des SHP zeigen dasselbe Muster, sogar noch ausgeprägter: Die Anteile depressiver Verstimmungen von in der Genferseeregion (31,6%) und im Kanton Tessin (28,7%) wohnhaften Personen sind rund 75% höher als in der Zentralschweiz (17,2%).

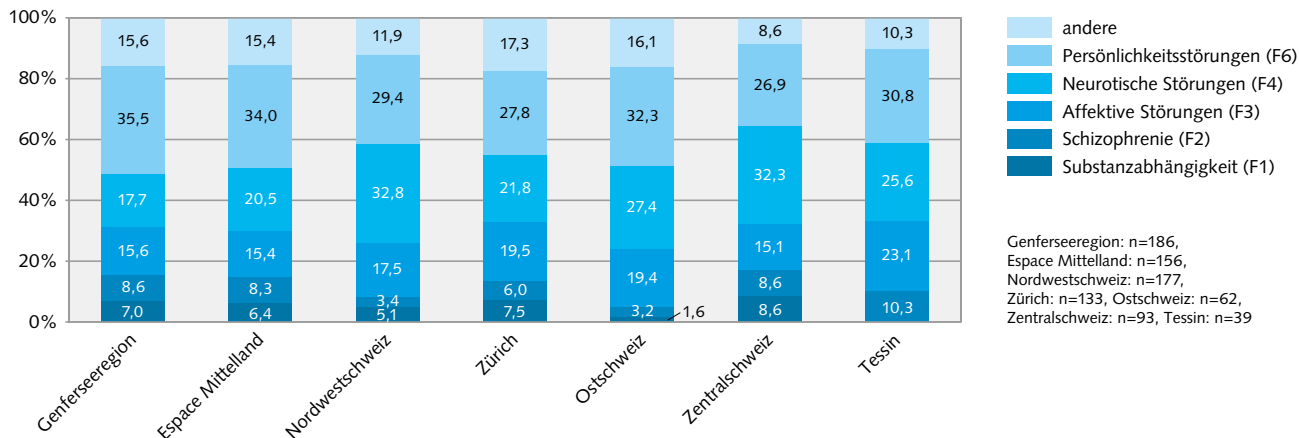
Die Unterschiede zeigen sich nicht nur im Gesamtausmass depressiver Symptome, sondern speziell auch in den Anteilen stärkerer depressiver Symptomatik, die in der Genferseeregion, noch mehr aber im Kanton Tessin deutlich erhöht sind.

Die erhöhte Rate von Personen mit depressiver Symptomatik im Kanton Tessin zeigt sich auch bei den IV-Renten aus psychogenen Gründen (Abb. 3.22).

Der Anteil der IV-Berenteten wegen affektiver Störungen ist im Kanton Tessin gegenüber allen anderen Grossregionen klar erhöht. Auch wenn es sich um eine repräsentative Stichprobe handelt, muss dieses Resultat angesichts der relativ geringen Fallzahlen für den Kanton Tessin (n=39) zurückhaltend interpretiert werden. Bemerkenswert ist jedenfalls, dass der Kanton Tessin zwar hohe Anteile von Personen mit depressiven Symptomen sowie den höchsten Anteil wegen affektiver Störungen invalidisierter Personen aufweist – auf der anderen Seite aber die geringste Suizidrate im nationalen Vergleich. Insgesamt ist die Verteilung der Diagnosen der Berenteten über die Grossregionen etwas uneinheitlich, was auch auf regional unterschiedliche diagnostische Präferenzen hindeuten könnte. Dennoch wäre denkbar, dass Depressionen für den Kanton Tessin eine spezielle Rolle spielen, sei es im Sinne einer «wahren» oder einer «wahrgenommenen» Prävalenz.

Affektive Störungen sind im Tessin ein speziell häufiger Invalidisierungsgrund, Häufigkeit rentenentscheidender psychiatrischer Diagnosen nach Grossregion, 1993–2006

Abb. 3.22



Datenquelle: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen 1993–2006

© Obsan

4 Komorbidität und Gesundheitsverhalten

Bei depressiven Erkrankungen und auch leichteren depressiven Symptomen liegen häufig gleichzeitig weitere somatische und psychiatrische Krankheiten und Beschwerden vor. Das gleichzeitige Vorliegen verschiedener Erkrankungen (Komorbidität) ist einer der wesentlichen Faktoren für Manifestation, erschwerten Verlauf und Behinderungsfolgen depressiver Störungen.

Im Folgenden werden anhand bevölkerungsbezogener Daten, Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der privaten psychiatrischen Praxen im Kanton Bern sowie Daten der Analyse von IV-Berenteten Resultate vorgelegt zur Komorbidität von depressiven Symptomen und körperlichen Beschwerden/Krankheiten (4.1) sowie zu den Behinderungsfolgen somatischer Komorbidität bei Depressionen (4.2). Anschliessend wird auf die Komorbidität von Depression und weiteren psychischen Störungen eingegangen (4.3) und es werden Resultate zu den Behinderungsfolgen psychiatrischer Komorbidität dargestellt (4.4). Schliesslich werden einige Merkmale des Gesundheitsverhaltens von Personen mit depressiven Symptomen dargestellt (4.5).

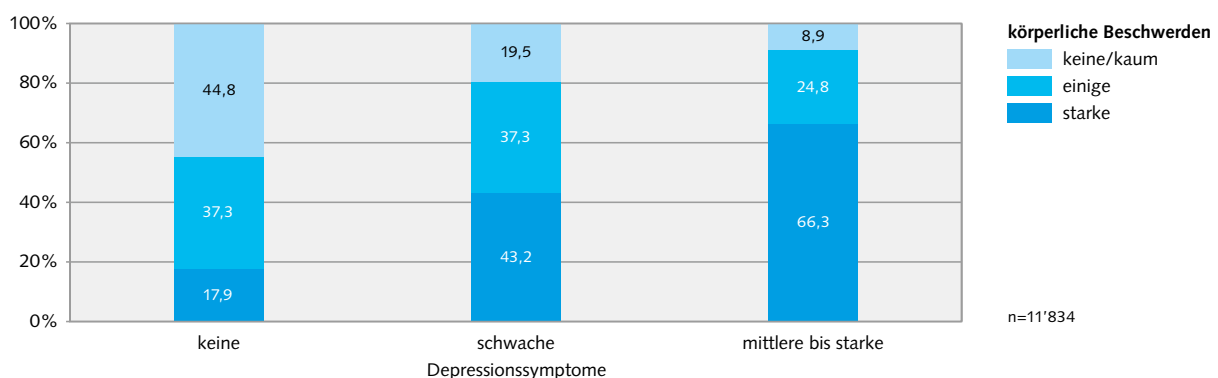
4.1 Komorbidität von Depression und körperlichen Beschwerden/Krankheiten

Stärkere depressive Symptome gehen fast immer – in über 90% der Fälle – mit körperlichen Beschwerden einher. Besonders häufig sind Rückenschmerzen und Schlafstörungen. Nur etwa die Hälfte der Bevölkerung leidet weder unter depressiven Symptomen noch unter derartigen körperlichen Beschwerden. Bei Spitalpatientinnen und -patienten mit einer somatischen Hauptdiagnose werden bei rund 3% zusätzlich affektive Störungen diagnostiziert, mit erhöhten Anteilen bei endokrinen und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems sowie bei Verletzungen und Vergiftungen. Bei den Letzteren spielen auch Suizidversuche eine Rolle.

Bei ausgeprägten depressiven Symptomen ist das Vorliegen körperlicher Beschwerden die Regel (Abb. 4.1): Zwei Drittel der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen berichten gleichzeitig von starken körperlichen Beschwerden, ein weiteres Viertel von einigen körperlichen Beschwerden. «Körperliche Beschwerden» ist hier ein zusammenfassender Index, der aus mehreren körperlichen Beschwerden³ gebildet wurde (Schuler &

Personen mit Depressionssymptomen haben fast durchwegs körperliche Beschwerden, Häufigkeit körperlicher Beschwerden bei depressiven Symptomen, 2007

Abb. 4.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

³ Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Schmerzen im Brustbereich

Burla, 2012). Nur 8,9% der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen sind frei von körperlichen Problemen. Schon bei schwachen depressiven Symptomen liegen in 43,2% der Fälle ebenfalls starke körperliche Beschwerden vor. Bei den Personen ohne depressive Symptome ist dieser Wert mit einem Anteil von 17,9% deutlich reduziert. Wie weit diese Zusammenhänge »real« sind und objektiv zutreffen respektive wie weit sie mit einem depressiv geprägten Selbstbild und Körperempfinden zusammenhängen, also direkt eine Folge der depressiven Symptomatik sind, bleibt unklar. Relevant sind die Zusammenhänge hingegen auf jeden Fall, da die körperlichen Beschwerden als solche erlebt werden und auch ganz konkrete Behinderungsfolgen zeitigen (Kap. 4.2).

Wie bei den depressiven Erkrankungen sind Frauen auch bezüglich Komorbidität häufiger betroffen als Männer (Abb. 4.2). Bei Frauen, die über mindestens ein Depressionssymptom berichten, liegen zu 52,9% starke körperliche Beschwerden vor. Bei den Männern sind es 39,1%. Die Werte für Personen ohne depressive Symptome liegen demgegenüber deutlich tiefer (um mehr als die Hälfte bei den Frauen und um mehr als zwei Drittel bei den Männern). Das zeigt, dass schon bei einem derart breiten Einschlusskriterium (mindestens ein Depressionssymptom gegenüber keinem), Personengruppen mit hohen Anteilen körperlicher Beschwerden identifiziert werden können.

Eine der häufigsten Kombinationen mit depressiven Symptomen sind Rückenschmerzen (Abb. 4.3). Betrachtet man spezifische somatische Beschwerden, so zeigt sich anhand der SHP-Daten am Beispiel der Rückenschmerzen, dass mehr als zwei Drittel aller Personen mit deutlich erhöhter Depressivität über Rückenschmerzen berichten. Bei den Personen mit leichter Depressivität liegt der Anteil der Personen mit zumindest einigen Rückenbeschwerden immer noch bei knapp 60%.

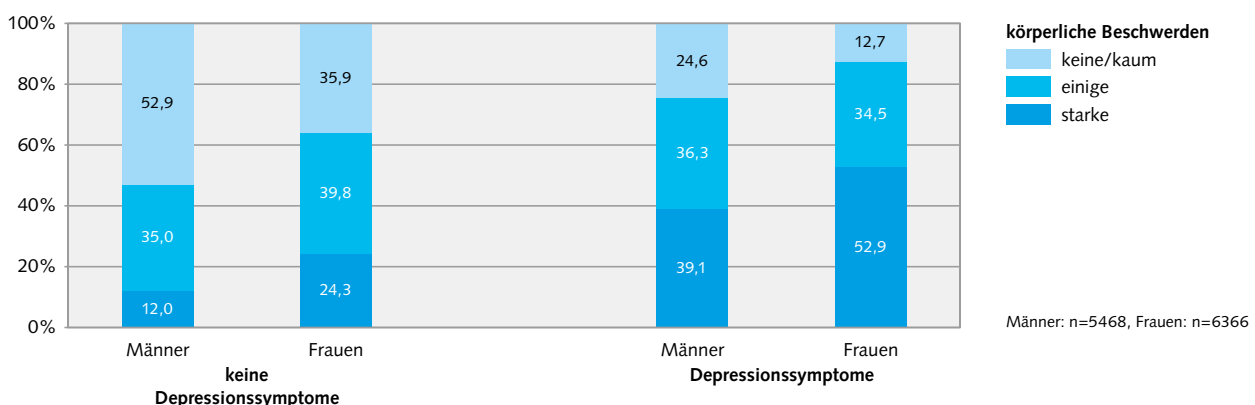
Dies ist insofern erheblich, als die Behinderungsfolgen bei leichteren psychischen Störungen, bei denen gleichzeitig körperliche Beschwerden vorliegen, sogar stärker sind als bei schweren psychischen Störungen ohne Komorbidität (OECD, 2012). Das gleichzeitige Vorliegen von subklinischen depressiven Symptomen und Rückenschmerzen findet sich zudem auch häufig bei Personen mit Somatisierungsstörungen, einer Personengruppe mit einem hohen Invaliditätsrisiko (Baer et al., 2009).

Schlafstörungen sind ein weiteres weit verbreitetes Merkmal depressiver Erkrankungen (und auch von Angststörungen) und zudem ein explizites mögliches Symptom einer Depression. Mit zunehmender Depressivität steigt die Häufigkeit starker Schlafprobleme sehr deutlich und ist mehr als 6-mal so häufig wie bei fehlender Depressivität (Abb. 4.4): Während nur 5,8% der Personen ohne Depressivität von starken Schlafproblemen berichten, ist dies bei 37,7% der Personen mit starker Depressivität der Fall.

Frauen zeigen eine häufigere Komorbidität,

Häufigkeit körperlicher Beschwerden beim Vorliegen von keinem respektive einem oder mehr depressiven Symptomen nach Geschlecht, 2007

Abb. 4.2

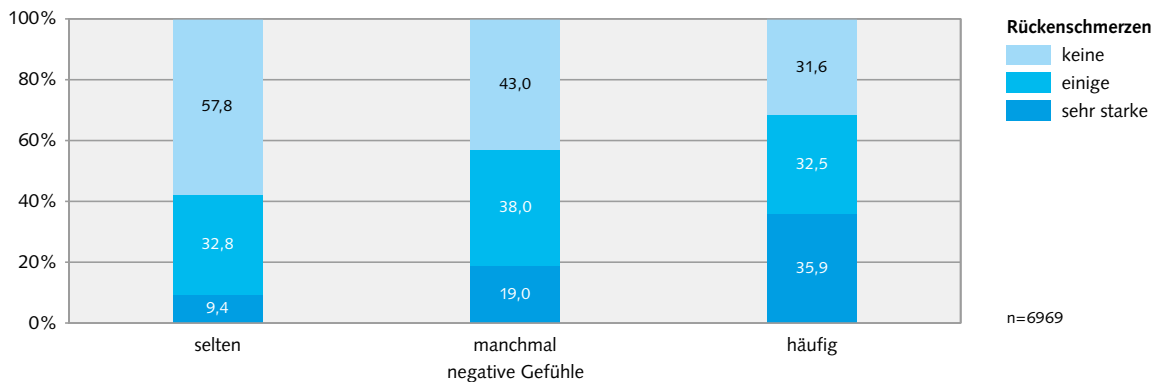


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Rückenschmerzen sind besonders häufig bei vorhandener Depressivität, Häufigkeit von Rückenschmerzen nach Depressivität, 2009

Abb. 4.3

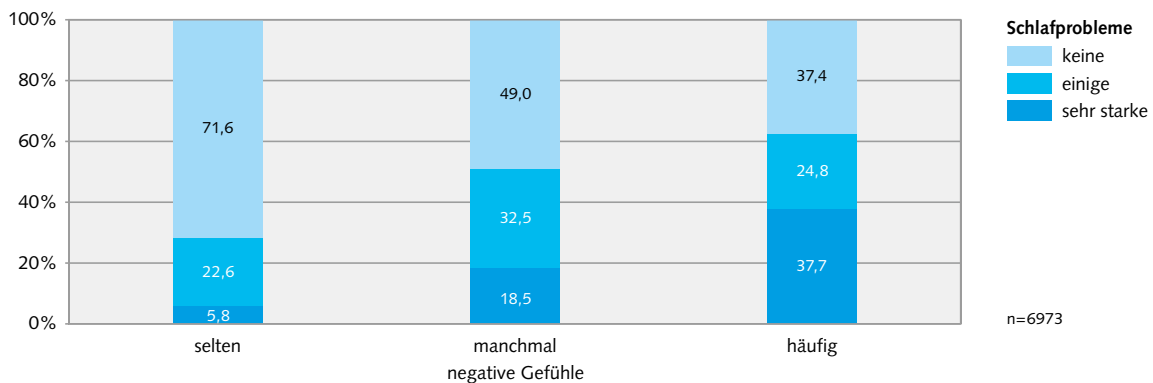


Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Starke Schlafprobleme sind bei fehlender Depressivität sehr selten, Häufigkeit von Schlafproblemen nach Depressivität, 2009

Abb. 4.4



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

In Bezug auf die Behinderungsfolgen sind Schlafprobleme nicht nur als Symptom einer Depression bedeutsam, sondern auch als eigenständiger Risikofaktor (Sivertsen et al., 2006). Schlafstörungen erhöhen das Risiko einer späteren Invalidität. Dies lässt sich ca. zur Hälfte durch zugrundeliegende Depressionen oder Angststörungen erklären, die andere Hälfte wird durch die Schlafstörung selbst erklärt. Die Kombination von Depressionen und Schlafstörungen ist deshalb auch aus invaliditätspräventiver Perspektive sehr bedeutsam.

Diese Zusammenhänge finden sich übereinstimmend auch in den Daten der SGB. Die folgende tabellarische Übersicht zeigt die Prävalenz verschiedener körperlicher Beschwerden (leichte und schwere zusammengenommen) bei unterschiedlich starken depressiven Symptomen (Tab. 4.1).

Zusammengefasst und vereinfacht lässt sich feststellen, dass Rückenschmerzen, Schwächegefühle, Schlafstörungen und Kopfschmerzen bei nicht depressiven Personen zu etwa einem Drittel vorkommen. Bei leichter Depressivität liegen die Anteile bei rund 50% und bei klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen bei rund zwei Dritteln. Schwächegefühle kommen sogar in 80,9% bei stärkerer depressiver Symptomatik vor. Dass Schwächegefühle derart prävalent sind, erstaunt nicht, da Energielosigkeit eines der Hauptsymptome von Depressionen ist.

Bauchschmerzen, Durchfall und Verstopfung sind generell weniger häufig und betragen je nach Depressivitätsgrad rund 15% (keine Depressivität), 25% (leichtere Symptome) und 40% (stärkere depressive Symptome). Das Vorkommen seltener Beschwerden wie Herzbeschwerden oder Brustschmerzen (6–7% bei nicht Depressiven) ist bei mittlerer bis starker depressiver um das Vier- bis Fünffache erhöht.

Tab. 4.1 Beschwerden sind bei Personen mit depressiven Symptomen sehr häufig,
Häufigkeit körperlicher Beschwerden nach depressiver Symptomatik, 2007

	Rücken- schmerzen	Schwäche	Bauch- schmerzen	Durchfall, Verstopfung	Schlaf- störungen	Kopfschmerzen	Herz- beschwerden	Brustschmerzen
keine depressiven Symptome	39,5	36,2	15,1	15,5	30,5	36,0	7,2	5,5
schwache depressive Symptome	54,6	58,9	24,3	23,9	56,0	40,0	15,4	13,9
mittlere bis starke depressive Symptome	63,3	80,9	39,7	39,0	65,5	50,3	28,7	25,4

keine Symptome: n=10120±3; schwache Symptome: n=2115±3; mittlere bis starke Symptome: n=421±3
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

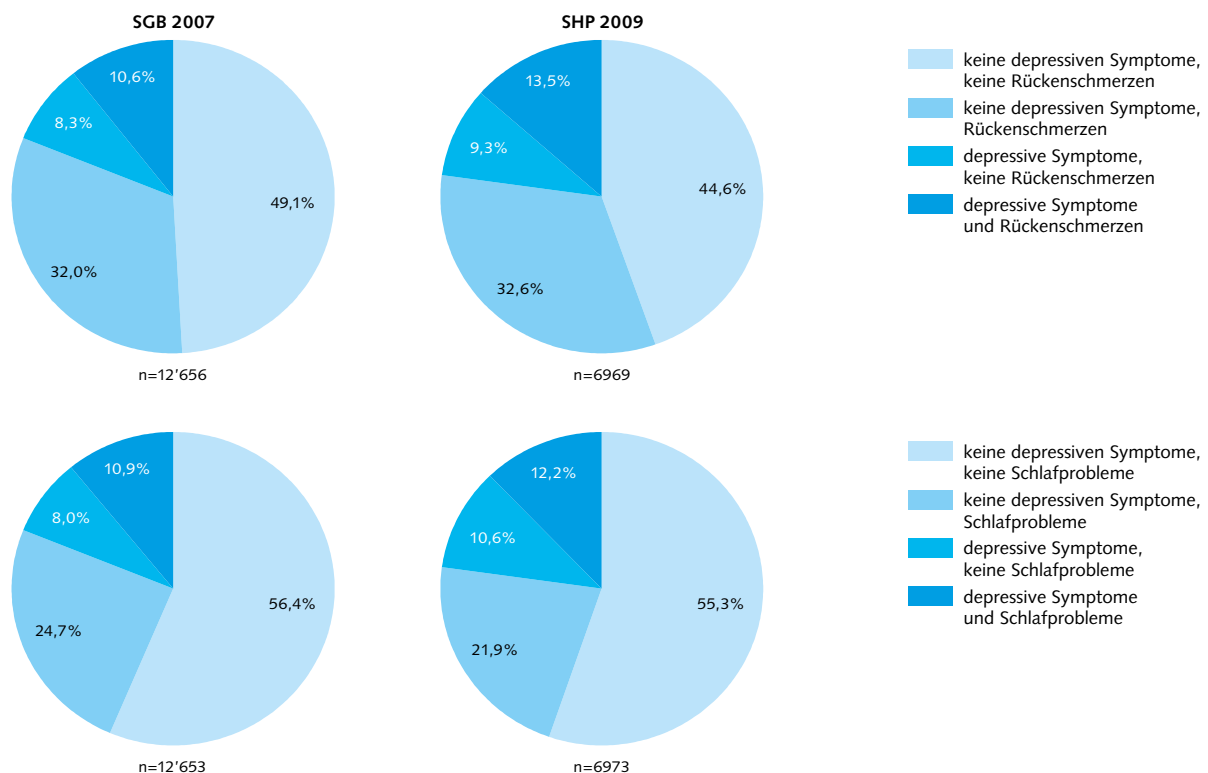
In der folgenden Darstellung (Abb. 4.5) werden die Verteilungen zum Vorkommen von Depressivität, Rückenschmerzen und Schlafproblemen in der Bevölkerung übersichtsartig gezeigt. Bemerkenswert ist, dass die beiden grossen nationalen Befragungen, die SGB und das SHP, nahezu identische Resultate liefern, obwohl sie Depressivität ganz unterschiedlich erheben. Das heisst, diese Resultate scheinen relativ robust zu sein. Man kann demzufolge davon ausgehen, dass gegen die Hälfte der Erwachsenenbevölkerung (ab 15 Jahren) weder unter Depressivität noch unter Rückenschmerzen leidet,

etwa ein Drittel unter Rückenschmerzen ohne Depressivität, rund 10% unter Depressivität ohne Rückenschmerzen und 10–15% unter Depressionen mit Rückenschmerzen.

Schlafprobleme sind etwas seltener und betreffen rund 35% der Bevölkerung. Ein Fünftel bis ein Viertel leidet unter Schlafproblemen allein, und gut 10% unter Schlafproblemen mit Depression. Bei allen vier Verteilungen zeigt sich, dass der Anteil der komorbiden Depressionen gegenüber den Depressionen ohne körperliche Beschwerden erhöht ist.

Surveys liefern übereinstimmende Resultate zur Komorbidität,
Häufigkeit von depressiven Symptomen, Rückenschmerzen bzw.
Schlafproblemen, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 4.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Die Bedeutung der Kombination von körperlichen und depressiven Problemen zeigt auch die Entscheidungsbaum-Analyse zur Differenzierung von Personen mit und ohne depressive Symptome (Abb. 1.1). Körperliche Beschwerden sind in der Analyse das erste (und damit auch wesentlichste) Merkmal, welches zwischen depressiven und nicht depressiven Personen trennt. Letztlich weisen alle diese Auswertungen darauf hin, dass besonders bei Depressionen (und bei einigen anderen psychischen Störungen wie z.B. Somatisierungsstörungen) psychische und somatische Symptome sehr eng miteinander verbunden sind. Es sei nochmals daran erinnert, dass damit noch nichts über die kausalen Zusammenhänge ausgesagt wird. Neben dem häufigen Fall, dass Depressionen und deren Konsequenzen (unter anderem durch ein ungünstiges Gesundheitsverhalten) eine erhöhte Vulnerabilität für körperliche Krankheiten nach sich ziehen können, ist auch die umgekehrte Richtung, dass somatische Krankheiten – vor allem solche mit einem chronischen Verlauf – eine Depression begünstigen, sehr häufig.

Eine umgekehrte Betrachtung ergibt sich beispielsweise aus der Auswertung der Medizinischen Statistik der Personen mit einer somatischen Hauptdiagnose, die als Nebendiagnose eine affektive Störung (F3) diagnostiziert erhalten haben (wobei auch hier nicht eindeutig sicher ist, dass die somatische Erkrankung vorher war). Affektive Störungen als Nebendiagnosen einer somatischen Haupterkrankung sind relativ häufig, auch wenn sie im Allgemeinspital mit grosser Wahrscheinlichkeit heute noch häufig übersehen und/oder nicht erfasst werden. Dies veranschaulichen folgende Grössenvergleiche:

2010 wurde bei rund 31'250 Patienten und Patientinnen mit einer somatischen Hauptdiagnose eine F3-Nebendiagnose gestellt. Im selben Jahr wurden insgesamt 82'700 Hospitalisationen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose vorgenommen, davon rund 20'900 mit einer affektiven Störung (rund ein Viertel aller psychiatrischen Hospitalisationen). Bei weiteren rund 4100 Hospitalisationen aus psychiatrischen Gründen wurde eine affektive Störung als erste Nebendiagnose festgestellt. Das heisst, bei 25'000 psychiatrischen Hospitalisationen im Jahr 2010 lag eine F3 als Haupt- oder Nebendiagnose vor. Demnach behandeln die somatischen Spitäler deutlich mehr Patienten und Patientinnen mit einer affektiven Störung als psychiatrische Kliniken, auch wenn sich Haupt- und Nebendiagnose nicht direkt vergleichen lassen. Dass die affektiven Störungen (F3) in den somatischen Spitälern überhaupt als Nebendiagnose codiert wurden, deutet jedoch darauf hin, dass sie behandlungsbedürftig wären. Auch wenn insgesamt von einer hohen Rate nicht erfasster affektiver Störungen auszugehen ist, so ist doch deren Verteilung aufschlussreich.

Bei stationär behandelten somatischen Hauptdiagnosen finden sich in rund 3% der Fälle F3-Nebendiagnosen, bei den Männern in 2,2%, bei Frauen in 4,0% der Fälle. Dieser Anteil variiert in Abhängigkeit von der somatischen Hauptdiagnose und vom Geschlecht (Abb. 4.6).

In der Abbildung 4.6 werden die prozentualen Abweichungen von der mittleren Häufigkeit einer F3-Nebendiagnose bei somatischen Haupterkrankungen (Männer: 2,2%, Frauen: 4,0%) gezeigt. Eine Abweichung von plus 100% bei den Männern bedeutet demnach eine Häufigkeit von 4,4%, bei den Frauen wären es entsprechend 8,0%. Überdurchschnittlich häufig wurden bei Männern und Frauen affektive Störungen als Nebendiagnose codiert bei Infektionen, Krankheiten des Blutes, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Nervensystems und Atemwegserkrankungen. Besonders selten war dies der Fall bei Augenkrankheiten, Krankheiten des Urogenitalsystems und bei angeborenen Fehlbildungen. Bei der Gruppe der Verletzungen und Vergiftungen zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied: Hier wurde bei den Frauen überdurchschnittlich häufig eine affektive Störung als Nebendiagnose gegeben, während die Depressionsrate bei den Männern im Gesamtdurchschnitt liegt. Bei den Frauen findet sich hier vor allem eine Häufung von Vergiftungen durch Betäubungs- und Schlafmittel etc., teils im Zusammenhang von Suizidversuchen.

Neben den gezeigten Anteilen affektiver Störungen am Gesamt der körperlichen Erkrankungen bei Spitalpatienten/Spitalpatientinnen ist auch die absolute Häufigkeit der Komorbiditäten wesentlich, das heisst die Verteilung affektiver Störungen nach somatischer Diagnose.

Die folgende Abbildung zeigt die 11 häufigsten somatischen Hauptdiagnosen, bei denen gleichzeitig eine affektive Störung diagnostiziert wurde (Abb. 4.7).

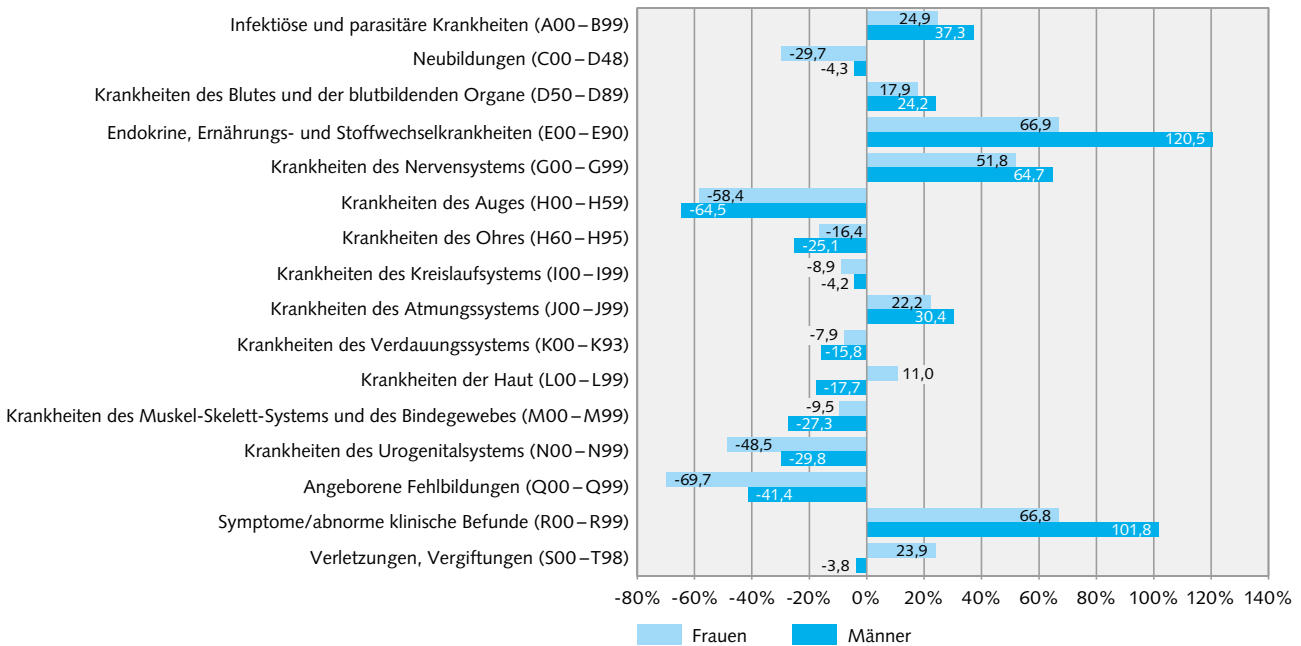
Die meisten Nebendiagnosen einer affektiven Störung finden sich naturgemäss bei den grössten somatischen Krankheitsgruppen, den Hauptdiagnosen Verletzung/Vergiftung (hier oft bei älteren Männern mit einer Oberschenkelhalsfraktur und bei Frauen mit einer Drogenvergiftung (inklusive Suizide/Suizidversuche), Muskel-Skelett-Erkrankungen (z.B. Arthropathien, Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens), Kreislauferkrankungen (z.B. bei Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall), Krankheiten des Verdauungssystems (z.B. Magen-Darm-Erkrankungen oder Lebererkrankungen) sowie Krebserkrankungen. Zusammengefasst zeigt sich, dass rund die Hälfte aller diagnostizierten affektiven Störungen bei Spitalaufenthalt wegen Verletzungen/Vergiftungen, muskuloskelettalen Erkrankungen und Kreislauferkrankungen anfallen. Die Verteilung der somatischen Diagnosen mit und ohne F3-Nebendiagnose unterscheidet sich bei diesen umfangreichen Krankheitsgruppen jedoch nicht.

Diese Verteilung spiegelt sich im Übrigen in den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, die zeigt, dass Personen, die wegen Migräne, Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs-

erkrankung behandelt werden, deutlich häufiger auch wegen Depression in Behandlung sind (Schuler & Burla, 2012). Rein quantitativ von besonderer Bedeutung sind demzufolge komorbide unspezifische Rückenleiden.

Häufigkeit von F3-Nebendiagnosen nach somatischen Hauptdiagnose-Kategorien und Geschlecht, prozentuale Abweichung vom Mittelwert aller F3-Nebendiagnosen, 2010

Abb. 4.6



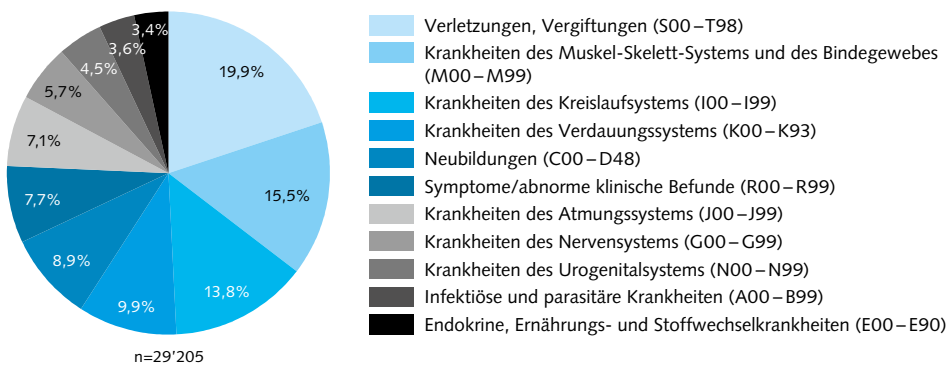
n=964'904

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010

© Obsan

50% aller F3-Nebendiagnosen im Spital finden sich bei drei somatischen Haupterkrankungen, die elf häufigsten somatischen Hauptdiagnose-Kategorien mit einer F3-Nebendiagnose, 2010

Abb. 4.7



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010

© Obsan

4.2 Behinderungsfolgen somatischer Komorbidität

Somatische Komorbidität bei Depressionen ist mit ausgeprägten Folgen für Invalidität, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsproblemen verbunden. Dies zeigt sich bei den IV-Berenteten mit affektiven Störungen, bei denen sehr häufig muskuloskeletale Beschwerden diagnostiziert werden, was unter anderem dazu führt, dass erst sehr spät – wenn überhaupt – eine fachpsychiatrische Abklärung und Behandlung erfolgt. Gleichzeitig vorliegende depressive Symptome und körperliche Beschwerden sind mit häufigerer Arbeitsunfähigkeit verbunden, und gleichzeitige Schlafprobleme mit negativen Arbeitserfahrungen wie arbeitsbezogenen Ängsten und erlebter Überforderung. Schliesslich ist somatische Komorbidität mit höheren Erwerbslosigkeitsraten verbunden.

Diese Kombinationen zeigen auch ausgeprägte Behinderungsfolgen. Die Analyse der IV-Berenteten aus psychogenen Gründen verdeutlicht die Häufigkeit des gemeinsamen Vorliegens von affektiven Erkrankungen und verschiedenen somatischen Krankheiten im Berentungsprozess (Abb. 4.8). Die Auswertung zeigt die Verteilung bei IV-Berenteten, die im Rahmen des Berentungsverfahrens jemals die Diagnose einer affektiven Störung (F3) und jemals eine somatische Diagnose erhalten haben. Auch bei den invalidisierten Personen mit affektiven Störungen liegt der Anteil von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei über 60%, ist also etwa gleich häufig wie der Anteil von Rückenbeschwerden bei starken depressiven Symptomen in der Bevölkerung (Tab. 4.1). Dabei handelt es sich meist um «echte» Komorbiditäten, also um ein gleichzeitiges Vorliegen von eigenständigen somatischen und affektiven Störungen. Zum Teil wurden bei den berenteten Personen

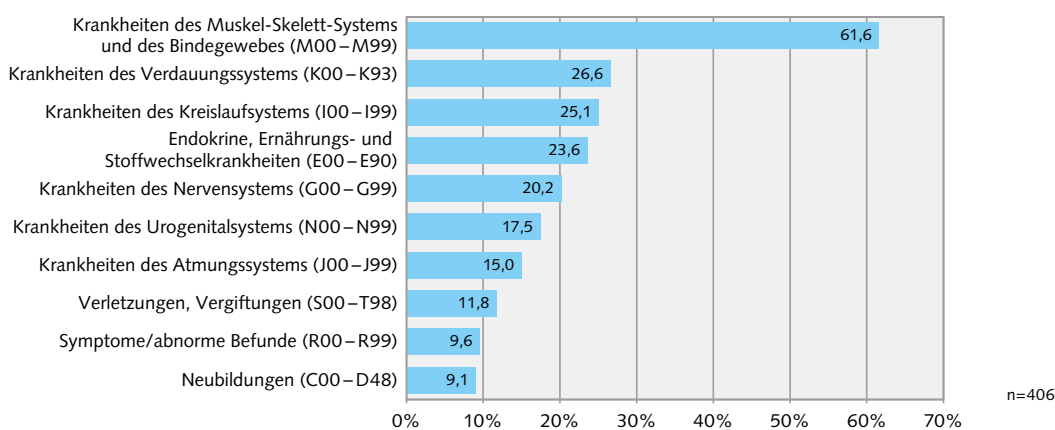
im Rahmen des medizinischen Abklärungsverfahrens jedoch auch somatische durch psychiatrische Diagnosen ersetzt, das heisst, es wurde zu Beginn des Verfahrens von einer körperlichen Krankheit ausgegangen und kristallisierte sich dann in weiteren Abklärungen heraus, dass eine affektive Störung im Vordergrund steht.

Mit grossem Abstand folgen bei den invalidisierten Personen aus psychogenen Gründen nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen Diagnosen aus den Bereichen des Verdauungssystems, des Kreislaufsystems sowie Stoffwechsellkrankheiten. Dies bestätigt weitgehend die epidemiologischen Zusammenhänge in der Bevölkerung wie auch die Verteilung der F3-Nebendiagnosen bei den stationär wegen einer somatischen Hauptdiagnose behandelten Patienten und Patientinnen (siehe oben). Dass Verletzungen und Vergiftungen bei den invalidisierten Personen mit einer affektiven Störung deutlich seltener sind, hängt damit zusammen, dass es sich bei den komorbiden Verletzungen in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser vor allem um betagte Personen handelt, die nicht mehr im Erwerbsalter sind, und bei den Vergiftungen vor allem um Drogenvergiftungen, welche – wie Suchtprobleme generell – an sich gemäss Rechtsprechung noch keine Invalidität begründen.

Die somatischen Diagnosen bei den IV-Rentner/innen zeigen schliesslich, dass es vor allem die komorbiden Rückenprobleme sind, die im Zusammenhang mit einer affektiven Störung das Invaliditätsrisiko erhöhen. Häufig wurden diese Personen schliesslich wegen einer somatoformen Schmerzstörung invalidisiert, also wegen derjenigen Diagnosegruppe, deren Anteil an den Invalidisierungen in den letzten rund 20 Jahren am deutlichsten angestiegen

Hohe Prävalenz komorbider somatischer Diagnosen bei depressiven IV-Berenteten, Häufigkeit somatischer Diagnosen bei IV-Berenteten mit jemals einer F3-Diagnose, 1993–2006

Abb. 4.8

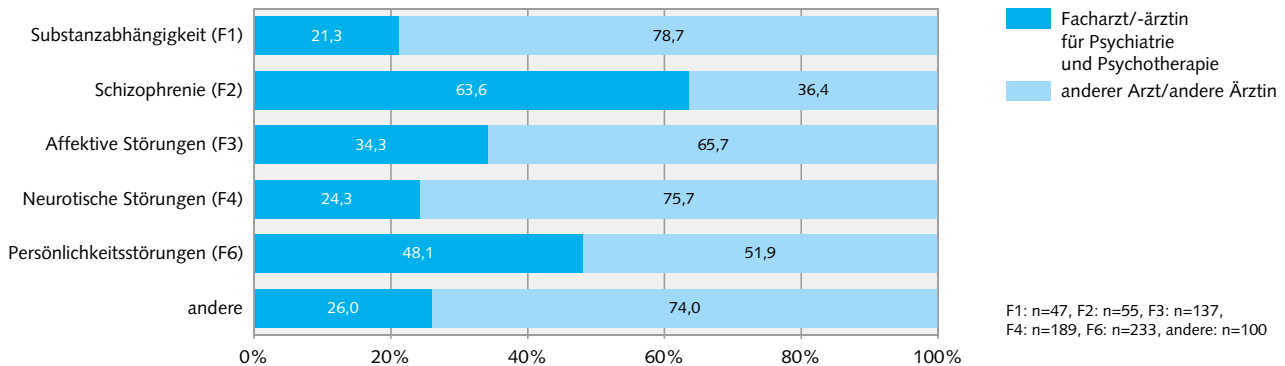


Datenquelle: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen 1993–2006

© Obsan

Nur ein Drittel der wegen Depressionen Invalidisierten sieht früh eine/n Psychiater/in, Häufigkeit psychiatrischer und hausärztlicher Abklärungen zu Beginn des ärztlichen IV-Abklärungsverfahrens nach rentenbegründender Diagnose, 1993–2006

Abb. 4.9



Datenquelle: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen 1993–2006

© Obsan

ist. Dies weist auf ein weiteres Problem hin, welches mit der Komorbidität affektiver Erkrankungen verbunden ist, nämlich die häufigen und teils lange dauernden rein somatischen Behandlungen.

Analysiert man das ärztliche Abklärungsverfahren der IV-Antragsteller/innen und späteren IV-Rentner/innen aus psychogenen Gründen, so zeigt sich, dass diese oft erst im weiteren Verlauf der Abklärungen erstmals psychiatrisch abgeklärt (und allenfalls behandelt) wurden (Abb. 4.9). Nur ein Drittel der Personen, die schliesslich wegen einer affektiven Störung berentet wurden, sind zu Beginn des IV-medizinischen Abklärungsverfahrens von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie abgeklärt worden, während zwei Drittel zunächst meist von Allgemeinmediziner/innen und Internisten/Internistinnen – häufig von Hausärzten/Hausärztinnen – abgeklärt wurden.

Anders als bei der vorhergehenden Auswertung der Komorbidität bei IV-Berenteten, die jemals eine Depressionsdiagnose erhalten haben, bezieht sich diese Auswertung auf Personen, die explizit wegen einer affektiven Störung invalidisiert worden sind, bei welchen demnach die Depression das Hauptproblem ist. Dass depressive Personen wegen ihrer Komorbidität zunächst häufig während längerer Perioden rein somatisch abgeklärt und behandelt werden, bevor das depressive Grundproblem diagnostiziert wird, ist für die Prognose ungünstig. Dieses Problem ist jedoch nicht auf Depressionen begrenzt, wie die Auswertung zeigt. Personen mit neurotischen Störungen (in erster Linie wegen der unter diese Kategorie fallenden häufigen somatoformen Schmerzstörungen) und mit Substanzabhängigkeit werden noch seltener früh psychiatrisch abgeklärt.

Auf der anderen Seite ermöglichen komorbide somatische Probleme natürlich auch, dass überhaupt medizinische Behandlung aufgesucht wird, was wiederum die Identifikation von Depressionen begünstigt. Insofern sind gleichzeitig auftretende körperliche Beschwerden auch eine Chance. Dies setzt allerdings zum einen voraus, dass somatische Ärzte und Ärztinnen in der Lage sind, relevante Depressionen zu erkennen.

Die deutlichen Behinderungsfolgen von komorbiden Depressionen beschränken sich nicht auf die Invalidität, sondern betreffen sämtliche Bereiche des alltäglichen Lebens sowie die Lebensqualität.

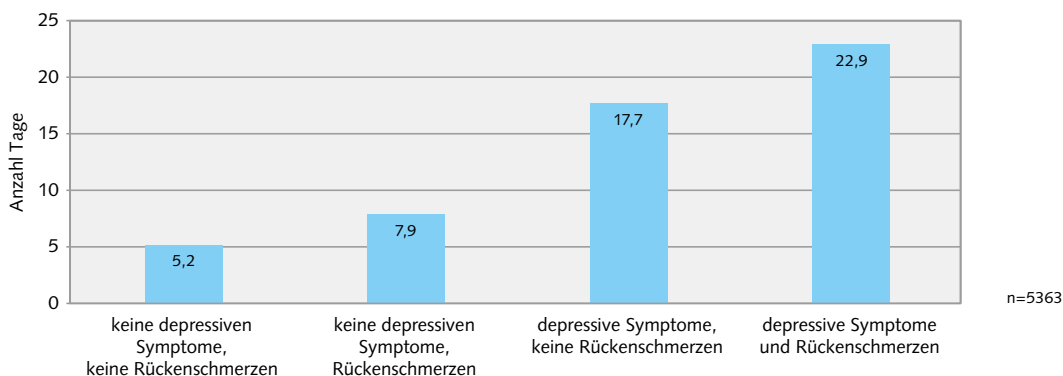
So veranschaulichen die Daten des SHP, dass komorbide Depressivität und Rückenschmerzen gegenüber nicht-komorbiden Zuständen zu einer erhöhten Anzahl von Tagen mit eingeschränkter Gesundheit führen (Abb. 4.10).

Während Personen, die weder unter Depressivität noch unter Rückenschmerzen leiden, im letzten Jahr vor der Befragung insgesamt nur rund 5 Tage mit Gesundheitsproblemen verbrachten, war dies bei Personen mit komorbiden Beschwerden während einer vier- bis fünfmal so langen Periode der Fall (knapp 23 Tage). Zudem hatten nicht-komorbide Personen mit Depressivität eine höhere Anzahl gesundheitlich eingeschränkter Tage als Personen mit Rückenschmerzen allein. Diese Auswertung zeigt nur Personen im erwerbsfähigen Alter (18–64 Jahre), und es ist anzunehmen, dass die häufigen gesundheitlichen Einschränkungen auch einen Einfluss auf das Ausmass an Arbeitsunfähigkeitstagen und Tagen mit reduzierter Produktivität am Arbeitsplatz hatten (OECD, 2012).

Welchen Einfluss die Komorbidität auf die Arbeitsunfähigkeit effektiv hat, kann mit Daten der SGB abgeschätzt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Frage

Komorbidität führt zu längerer Krankheitsdauer als nicht-komorbide Zustände, durchschnittliche Anzahl Tage mit Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten, 2009

Abb. 4.10

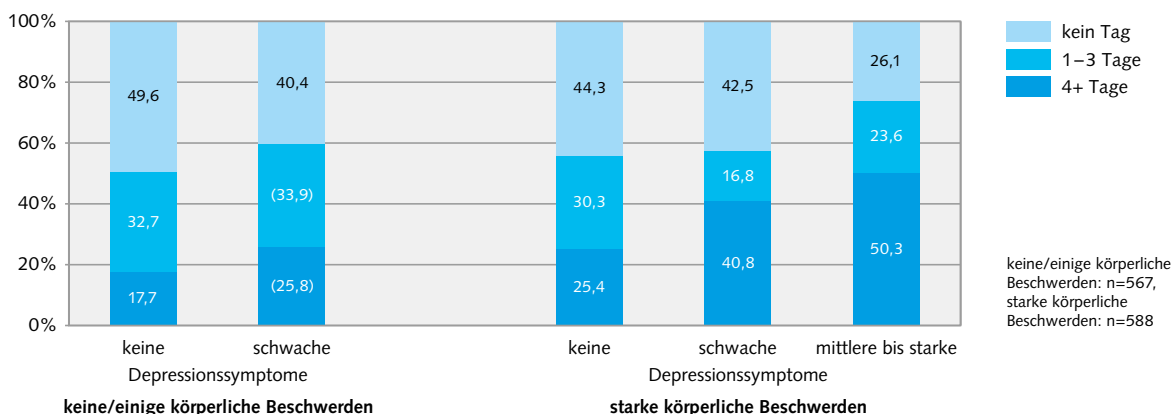


Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Komorbidität ist mit häufigerer und längerer Arbeitsunfähigkeit verbunden, Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 4 Wochen nach körperlichen Beschwerden und depressiven Symptomen, 2007

Abb. 4.11



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

Die Säule der mittleren bis starken Depressions-symptome bei keinen/etwigen körperlichen Beschwerden ist wegen zu kleinen Fallzahlen nicht dargestellt.

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

nach allfälligen Arbeitsunfähigkeitstagen nur denjenigen Personen gestellt wird, die angeben, in den letzten 4 Wochen im Alltag aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt leistungsfähig gewesen zu sein – das sind insgesamt rund 16% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren. Bei fehlenden depressiven Symptomen betrifft dies 14% der Bevölkerung, bei schwachen Symptomen 23% und bei mittleren bis starken Symptomen sind 33% eingeschränkt einsatzfähig gewesen in den letzten 4 Wochen vor der Befragung. Das heisst, wenn depressive Symptome vorhanden sind, ist auch der Anteil der mit der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit erfassten Personen deutlich höher.

Wertet man die Dauer der Arbeitsunfähigkeit der erwerbstätigen Personen in den letzten 4 Wochen vor der Befragung aus und setzt sie mit dem Vorliegen von körperlichen Beschwerden und depressiven Symptomen in einen Zusammenhang, so wird deutlich, dass vor allem das Vorliegen von depressiven Symptomen zu einer deutlichen Steigerung der Arbeitsunfähigkeiten führt (Abb. 4.11).

Sind keine depressiven Symptome vorhanden, so ist auch bei zunehmenden körperlichen Beschwerden kein sehr markanter Anstieg der länger dauernden Arbeitsunfähigkeit in den letzten 4 Wochen gegeben: 17,7% der Personen mit keinen/einigen körperlichen Beschwerden hatten Absenzen von 4 und mehr Tagen, gegenüber 25,4% bei starken körperlichen Beschwerden. Kommen hingegen schon nur schwache depressive Symptome hinzu, so steigt der Anteil bei den körperlichen Beschwerdegruppen auf 25,8 bis 40,8%. Sind neben starken körperlichen Beschwerden mittlere bis starke Depressionssymptome vorhanden, so berichten 50,3% der Betroffenen über längere Absenzen in den letzten 4 Wochen (zu geringe Fallzahl für eine Aussage bei der Kombination kaum körperliche Beschwerden und mittlere bis starke depressive Symptome – das heisst im Übrigen auch, es gibt nahezu keine ausgeprägten depressiven Symptome ohne körperliche Beschwerden).

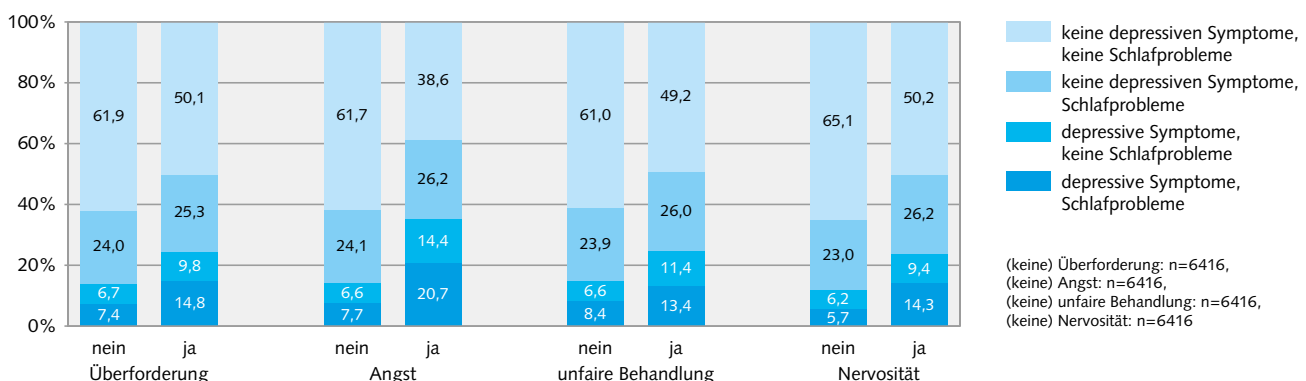
Depressive Symptome und Schlafstörungen hängen relativ eng mit wahrgenommenen Arbeitsplatzproblemen zusammen (Abb. 4.12). Der Grund dafür mag beispielsweise in der erhöhten Verunsicherung von Personen mit Depressivität und Schlafproblemen liegen, in den Arbeitsplatzproblemen selbst oder in einer Wechselwirkung. Jedenfalls berichten die Befragten in der SGB, die negative Erfahrungen am Arbeitsplatz innerhalb der letzten 12 Monate angeben, deutlich häufiger über Depressivität und Schlafprobleme innerhalb der letzten 2 respektive 4 Wochen.

Personen, die am Arbeitsplatz im vergangenen Jahr Überforderung erfahren haben, haben einen doppelt so hohen Anteil von Depressivität und Schlafstörung (14,8 gegenüber 7,4%) wie auch einen erhöhten Anteil von Depression ohne Schlafstörung (9,8 gegenüber 6,7%). Noch deutlicher ist dies bei Personen, die von Angstgefühlen am Arbeitsplatz berichten. Hier verdreifacht sich der Anteil von Depressivität und Schlafstörung gegenüber den Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen ohne Angsterfahrungen (20,7 gegenüber 7,7%), und der Anteil der Depressivität ohne Schlafstörungen steigt um mehr als das Doppelte. Auch bei Befragten, die angeben, am Arbeitsplatz unfair behandelt worden zu sein oder Nervosität erfahren zu haben, ist der Anteil von Depressivität und Schlafstörung rund doppelt so hoch wie bei Personen ohne solche Erfahrungen.

Bemerkenswerterweise gehen solche negative Erfahrungen am Arbeitsplatz nicht mit einem Anstieg von Schlafstörungen ohne Depressivität einher. Reine Schlafstörungen sind mit und ohne negative Erfahrungen am Arbeitsplatz durchwegs etwa gleich häufig respektive bei Arbeitsplatzproblemen nur leicht erhöht. Das heisst, dass das Zusammenwirken von Depressivität, Schlafstörungen und Arbeitsplatzproblemen in erster Linie durch die vorhandene Depressivität vermittelt wird. Schliesslich verdeutlichen diese Zusammenhänge unabhängig von der kausalen Wirkung, wie eng Depressivität und Schlafprobleme mit der Arbeitsplatzsituation zusammenhängen.

Arbeitsplatzprobleme sind eng mit Depressionen und Schlafstörungen verbunden, Häufigkeit von depressiven Symptomen und Schlafproblemen nach verschiedenen Erfahrungen am Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten, 2007

Abb. 4.12

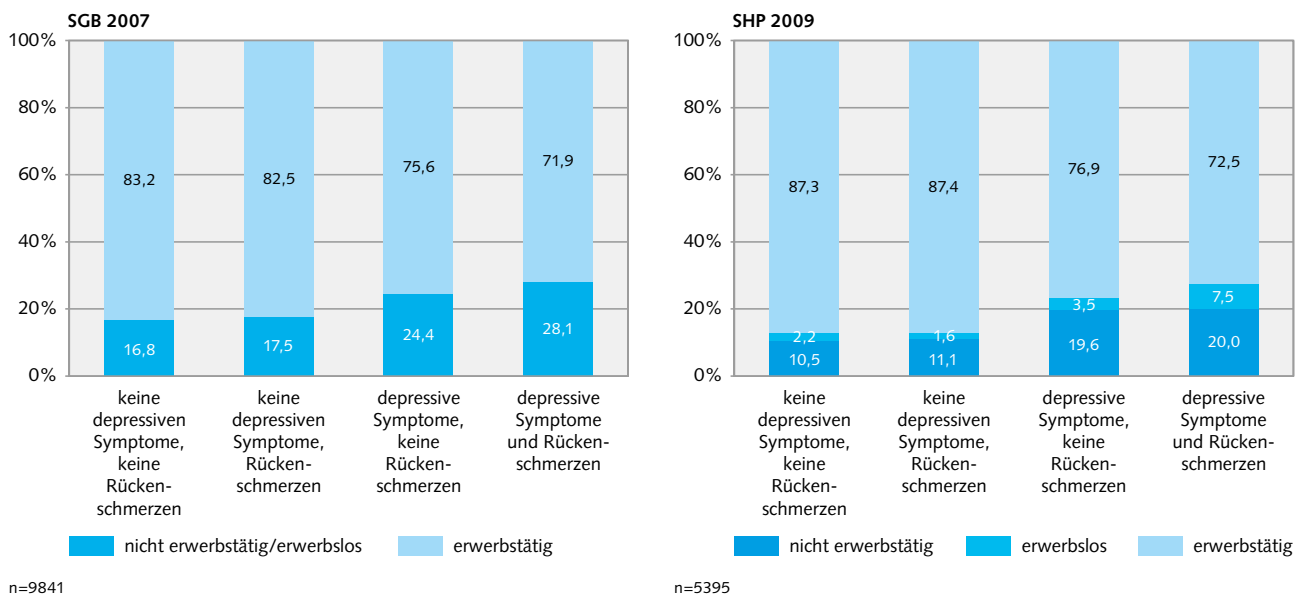


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18 – 64 Jahre)

© Obsan

Komorbidität ist mit häufigerer Erwerbslosigkeit verbunden,
Häufigkeit (nicht) erwerbstätiger sowie arbeitsloser Personen nach depressiven Symptomen
und Rückenschmerzen, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 4.13



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18–64 Jahre); FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Auch wenn es sich bei diesen Zusammenhängen «lediglich» um ein Wahrnehmungsproblem von Personen mit erhöhter Depressivität handeln würde, so können solche Verunsicherungen schliesslich häufig zu konkreten Folgeproblemen führen wie Arbeitsunfähigkeit, verminderte Produktivität und Arbeitsplatzkonflikte bis hin zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses und zur Invalidität.

Neben Zusammenhängen mit Arbeitsabsenzen und Arbeitsproblemen zeigt Komorbidität gemäss Daten der SGB und des SHP auch klare Zusammenhänge mit dem Erwerbsstatus allgemein (Abb. 4.13): Personen ohne psychische und körperliche Beschwerden sind am häufigsten erwerbstätig, gefolgt von Personen mit ausschliesslich Rückenschmerzen. Auch hier zeigt sich, dass demgegenüber Personen mit Depressionen, aber ohne Rückenschmerzen seltener erwerbstätig sind, das heisst Depression scheint einen grösseren Unterschied zu machen als Rückenschmerzen. Den niedrigsten Anteil Erwerbstätiger haben Personen mit komorbiden Störungen, wobei die Unterschiede zwischen Personen mit komorbiden Problemen und Personen mit lediglich einer Problematik insgesamt moderat sind. Gemäss SGB ist der Erwerbslosenanteil bei komorbiden Rückenschmerzen um rund 10% erhöht gegenüber symptomfreien Personen.

Die Daten des SHP zeigen einen rund doppelt so hohen Erwerbslosenanteil bei den komorbiden Rückenschmerzen verglichen zum Anteil bei ausschliesslich Rückenschmerzen. Zusätzlich zeigt sich ein mehr als dreifach erhöhter Wert für Arbeitslosigkeit, das heisst bei Personen, die auf Stellensuche sind. Dabei ist zu beachten, dass stark depressive Personen sowie in Institutionen betreute Depressive, die selten erwerbstätig sind, in der SGB wie auch im SHP untervertreten sind.

Der deutliche Zusammenhang von Depressionen, somatischen Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit sowie Erwerbslosigkeit ist vor dem Hintergrund der häufigen Chronizität dieser Gesundheitsprobleme zu sehen, wohingegen kürzere oder vorübergehende Krankheiten kaum solche Effekte zeigen würden.

In der Analyse der IV-Berenteten aus «psychogenen und milieureaktiven» Gründen (Baer et al., 2009) wurden sämtliche Diagnosen, welche die Invalidisierten im Rahmen des ärztlichen IV-Abklärungsverfahrens erhalten hatten (die Mehrheit der Rentner/innen wurde mehrmals medizinisch abgeklärt und diagnostiziert, weshalb die meisten Personen auch mehrere somatische und psychiatrische Diagnosen erhielten), mithilfe eines Typenbildungsverfahrens (Latent Class-Analyse) analysiert. Diagnostisch liessen sich die IV-Rentner/innen 5 Typen zuordnen. Bemerkenswerterweise ergaben sich zwei Diagnoseklassen, bei denen affektive Störungen dominant waren (Abb. 4.14).

Die Abbildung zeigt die Anteile an den somatischen Diagnosegruppen sowie an den psychiatrischen F-Diagnosen für zwei (von insgesamt fünf) diagnostische Typen von IV-Berenteten. Der erste Typ umfasst rund 33% aller Berenteten aus psychogenen Gründen. Die Personen dieses Typs haben zu 80% eine affektive Störung, zu 60% eine neurotische Störung (vor allem Schmerzstörungen) und zu 40% eine Persönlichkeitsstörung sowie mehrere somatische Diagnosen wie vor allem Muskel-Skelett-Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems und des Kreislaufsystems sowie Stoffwechselerkrankungen. Dies ist demnach ein Depressionstyp mit sehr hoher psychiatrischer und somatischer Komorbidität. Kein anderer Diagnosetyp bei den IV-Berenteten aus psychischen Gründen hat einen so hohen Anteil von somatischer Komorbidität. Dieser Depressionstyp ist diagnostisch in den letzten rund 20 Jahren als IV-Grund am

stärksten angewachsen. Hierbei handelt es sich mehrheitlich um Personen, die wegen Schmerzstörungen invalidisiert wurden. Auch wenn «reine» Schmerzstörungen heute nicht mehr als IV-Rentengrund akzeptiert sind, so zeigt dieser Erkrankungstyp mit seinen engen Zusammenhängen zwischen Schmerzerleben, Depression, Persönlichkeitsstörung und somatischen Erkrankungen doch auch, dass es nicht einfach ist, die einzelnen Störungsbilder zu differenzieren.

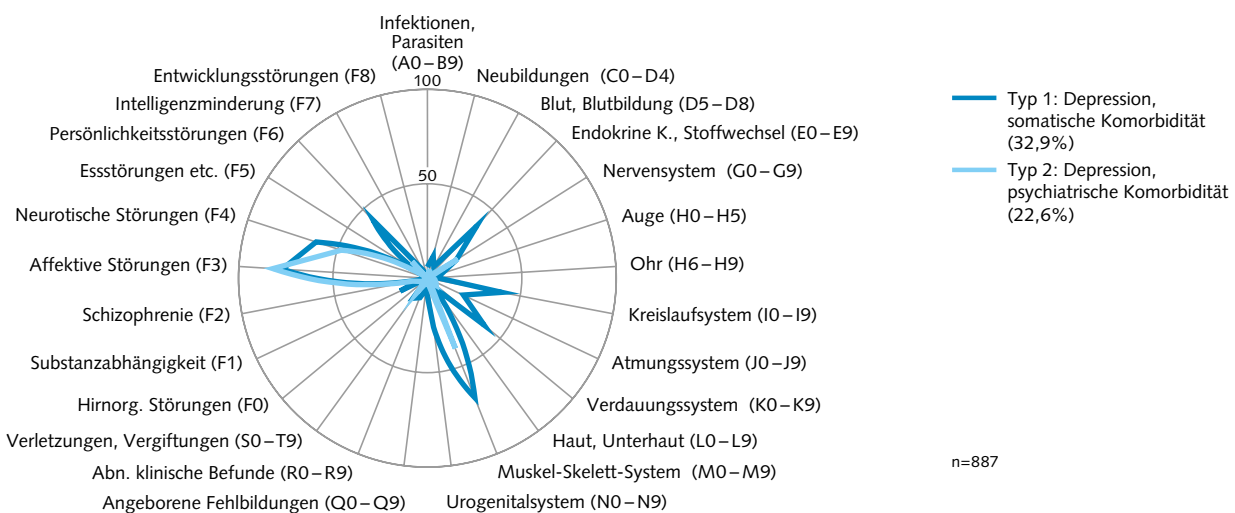
Der zweite Depressionstyp umfasst 23% aller Berenteten aus psychogenen Gründen. Die Rentner/innen dieses diagnostischen Typs zeigen hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität fast ausschliesslich Angst- und Zwangsstörungen (ohne Persönlichkeitsstörungen und viel seltener mit Schmerzstörungen) und unterscheiden sich vom ersten Depressionstyp auch dadurch, dass sie nahezu keine somatischen Diagnosen haben. Hier handelt es sich demnach um einen rein psychiatrischen Depressionstyp. Auch dieser Diagnosetyp hat bezüglich Invalidisierungen zugegenommen.

Insgesamt sind affektive Störungen aber bei beiden Typen die häufigste Diagnose. Zusammen betreffen diese beiden Depressionstypen mehr als die Hälfte aller IV-Rentner/innen aus psychogenen Gründen.

Der relativ enge Zusammenhang von depressiven Symptomen und körperlichen Beschwerden zeigt sich auch in den Bevölkerungsbefragungen: Die folgende Abbildung zeigt anhand von SGB- und SHP-Daten, dass mit zunehmender Depressivität auch der Anteil von chronischen Gesundheitsproblemen klar ansteigt (Abb. 4.15).

Zwei Depressionstypen bei Invalidisierten aus psychischen Gründen, Häufigkeit somatischer und psychiatrischer Diagnosegruppen bei zwei Depressionstypen, 1993–2006

Abb. 4.14



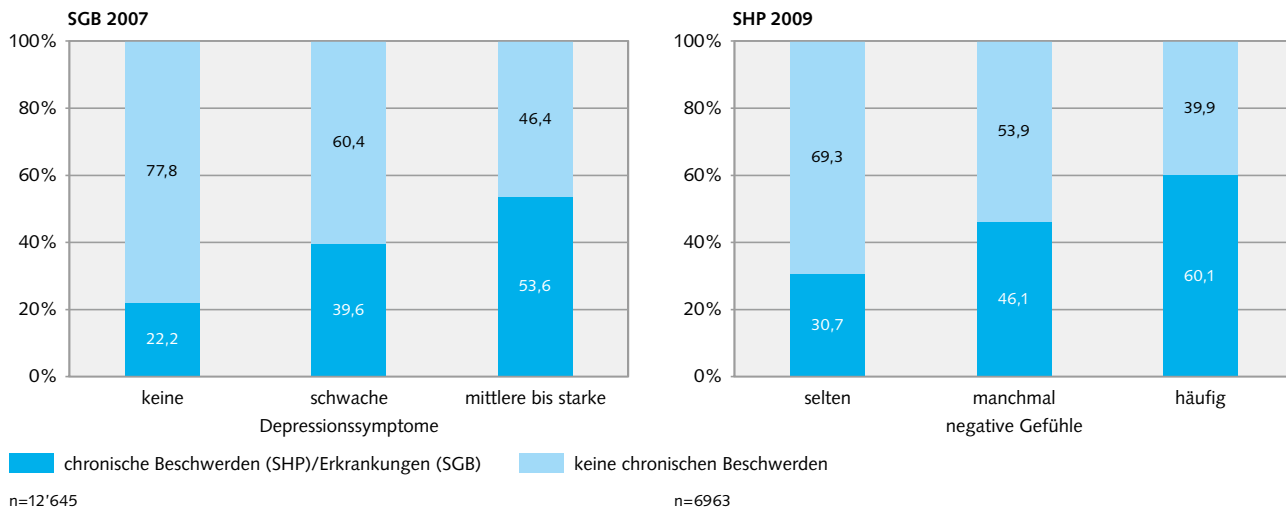
Datenquelle: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, 1993–2006

© Obsan

In beiden Befragungen sind Personen mit stärkerer Depressivität respektive stärkerer depressiver Symptomatik in der Mehrheit der Fälle von chronischen Erkrankungen betroffen, insgesamt rund zweimal so häufig (in 53,6 respektive 60,1%) wie Personen ohne depressive Symptome (zu 22,2 respektive 30,7%).

Chronische körperliche Krankheiten können sich, auch wenn sie einen geringen Schweregrad aufweisen, im Alltag sehr behindernd auswirkend. Dies ist beim Zusammentreffen von stärkeren depressiven Symptomen und chronischen Erkrankungen besonders häufig der Fall (Abb. 4.16).

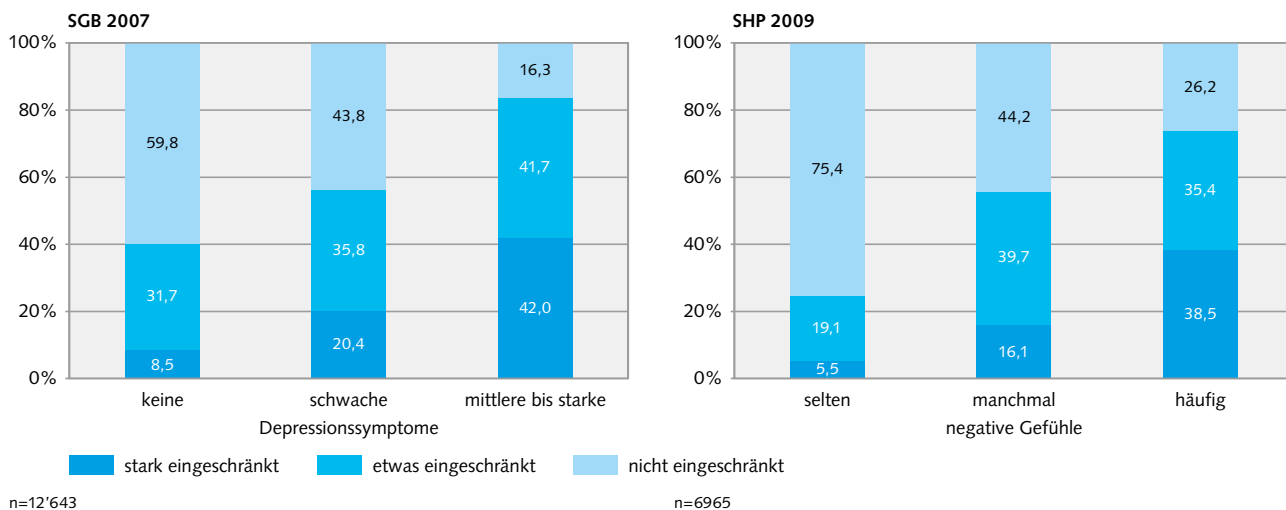
Chronische Gesundheitsprobleme sind häufig bei Depressionssymptomen,
Häufigkeit chronischer Erkrankungen/Beschwerden nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009 **Abb. 4.15**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Häufige gesundheitliche Alltagseinschränkungen bei Depressivität,
Häufigkeit der Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten durch ein chronisches Gesundheitsproblem nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009 **Abb. 4.16**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Betrachtet man anhand der SGB-Daten ausschliesslich diejenigen Personen, die von einer dauerhaften Krankheit berichten (immerhin 30% der Bevölkerung), so sind starke Alltagseinschränkungen wegen chronischen Gesundheitsproblemen bei Personen ohne depressive Symptome mit 8,5% relativ selten. Dieser Anteil steigt jedoch schon bei schwachen depressiven Symptomen auf 20,4% und bei mittleren bis starken depressiven Symptomen auf 42,0% an. Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen sind demnach fast fünfmal häufiger wegen einer chronischen Krankheit im Alltag stark behindert als diesbezüglich beschwerdefreie Personen. Nimmt man die leichteren Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens noch hinzu, sind 83,7% der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen betroffen.

Diese Zusammenhänge werden durch die entsprechenden Daten des SHP bestätigt, welche zeigen, dass bei einer stärkeren Depressivität der Anteil der gesundheitlich stark eingeschränkten Personen bei 38,5% liegt (respektive bei 5,5% bei Personen ohne Depressivität und bei 16,1% bei Personen mit schwächerer Depressivität), also ähnlich ist wie bei den SGB-Resultaten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Depressionen und subklinische Depressivität zum einen häufig gemeinsam mit chronischen Gesundheitsproblemen vorliegen, und dass zum anderen diese Kombinationen häufig mit starken Behinderungen im Alltag verbunden sind. Zum Teil manifestieren sich diese Behinderungen wie oben dargestellt auch in Arbeitsunfähigkeiten und höheren Anteilen von arbeitslosen und nicht erwerbstätigen Personen sowie in einem hohen Invaliditätsrisiko.

4.3 Komorbidität von Depression und psychischen Störungen

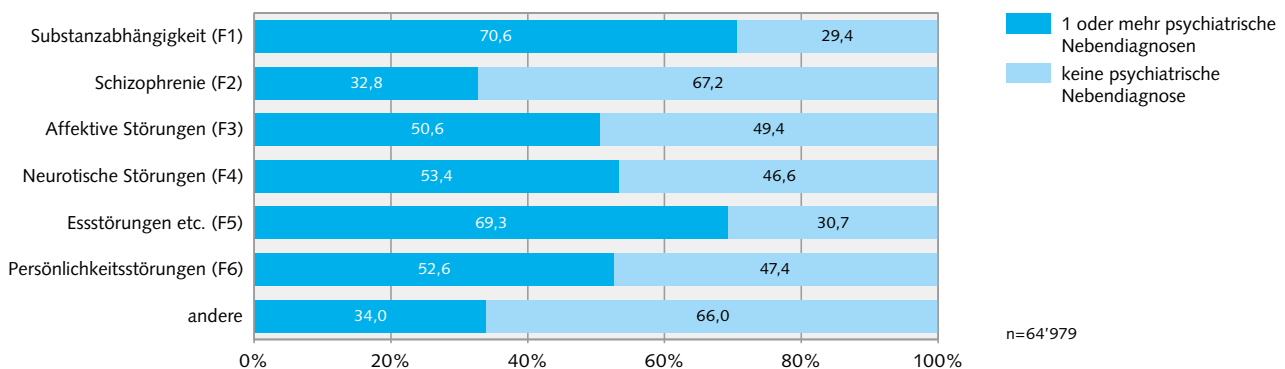
Ebenso häufig wie körperliche Beschwerden liegen bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen noch weitere psychische Störungen vor: bei stationären Patienten/Patientinnen in rund 50% der Fälle, in der psychiatrischen Praxis bei rund 40%. Besonders häufig komorbid sind Substanzabhängigkeit, neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Depressionen sind nicht nur häufig mit gleichzeitigen körperlichen Krankheiten verbunden, sondern auch mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen. Wie häufig psychiatrische Komorbiditäten bei behandelten Patienten/Patientinnen sind und mit welchem Ausmass an Beeinträchtigung sie verbunden sind, lässt sich anhand der Medizinischen Statistik sowie der Befragung der niedergelassenen Psychiater/innen im Kanton Bern zeigen.

Bei stationär behandelten Personen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose im Jahr 2010 weist rund die Hälfte aller Patientinnen und Patienten eine oder mehrere psychiatrische Nebendiagnosen auf (Abb. 4.17).

50,6% der stationär behandelten Fälle mit der Hauptdiagnose einer affektiven Erkrankung erhielten zumindest eine weitere psychiatrische Erkrankung diagnostiziert. Damit liegen affektive Störungen (F3) etwa im selben Bereich wie neurotische Störungen (F4) und Persönlichkeitsstörungen (F6) mit jeweils rund 50%-Anteilen psychiatrischer Komorbidität. Andere psychiatrische Erkrankungen haben teils deutlich häufigere Komorbiditäten wie die Substanzabhängigkeiten (F1) und die Verhaltensauffälligkeiten (F5), v.a. Essstörungen, oder

50% der stationären Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen haben mindestens eine weitere psychische Erkrankung, Häufigkeit erster psychiatrischer Nebendiagnosen nach Kategorie der F-Hauptdiagnose, 2010 **Abb. 4.17**

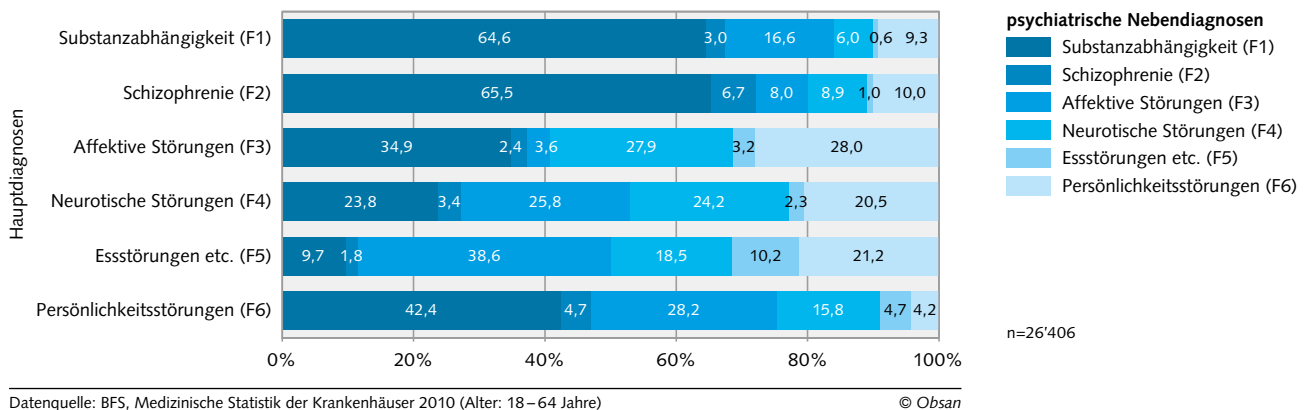


Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Depressive Patienten und Patientinnen haben den höchsten Anteil komorbider Persönlichkeitsstörungen, erste psychiatrische Nebendiagnosen nach F-Hauptdiagnose, 2010

Abb. 4.18



deutlich weniger häufig weitere Krankheiten wie die schizophrenen Störungen (F2) – wobei gerade bei schizophrenen Patientinnen und Patienten auch Evidenz besteht, dass deren somatische Morbidität schlechter untersucht und seltener behandelt wird.

Die häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten bei stationär behandelten Patienten und Patientinnen zeigt die folgende Auswertung (Abb. 4.18). Stationäre Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen als Hauptdiagnose sind am häufigsten komorbid mit Substanzabhängigkeit (34,9%), neurotischen Störungen (27,9%) und Persönlichkeitsstörungen (28,0%). Neurotische sowie Persönlichkeitsstörungen sind damit bei stationären Patienten/Patientinnen die häufigste Nebendiagnose.

Umgekehrt sind affektive Störungen auch häufig eine komorbide erste Nebendiagnose bei stationären Patienten und Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen (28,2%), Essstörungen (38,6%) sowie bei neurotischen Störungen (25,8%). Auch bei Substanzabhängigkeiten, die als erste Nebendiagnose meistens noch eine zweite Substanz neben der hauptsächlich konsumierten Substanz aufweisen, sind affektive Störungen doch in 16,6% der Fälle komorbid vorhanden. Diese Auswertung zeigt nicht die ganze Last durch gleichzeitig vorliegende Störungen, sondern nur die erste von mehreren möglichen Nebendiagnosen (bei den weiteren Nebendiagnosen nimmt die Anzahl allerdings relativ rasch ab). Die sehr hohen Anteile komorbider Persönlichkeitsstörungen bei stationären Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen könnte auch darauf hindeuten, dass diese Komorbiditäten zu vermehrter stationärer Inanspruchnahme führen.

Die hohe Prävalenz der psychiatrischen Komorbidität von Depressionen beschränkt sich weder auf IV-Rentner/innen noch auf stationär behandelte Patienten/Patientinnen, sondern findet sich auch in den Daten der Befragung der niedergelassenen Psychiater/innen des Kantons Bern: Ambulant psychiatrisch behandelte Patienten und Patientinnen mit affektiven Hauptdiagnosen haben in 30% der Fälle eine weitere psychiatrische Diagnose und in 8% der Fälle zwei weitere psychiatrische Diagnosen. Lediglich 61% der ambulanten Patienten/Patientinnen haben ausschliesslich eine affektive Störung diagnostiziert. Mit rund 18% haben depressive Patienten/Patientinnen zudem die höchste Prävalenz komorbider Persönlichkeitsstörungen in der privaten psychiatrischen Praxis.

Dieser Anteil ist nahezu identisch mit dem Anteil von Persönlichkeitsstörungen bei Personen, die wegen einer affektiven Erkrankung berentet wurden (Abb. 4.21). Die epidemiologische Forschung berichtet teils von noch höheren Raten von Persönlichkeitsstörungen bei Major Depression, die wenig tiefer sind bei bipolaren Störungen und besonders hoch bei Dysthymien, das heisst langanhaltenden aber leichteren Depressionen.

Bei depressiven Patienten und Patientinnen in der Hausarztpraxis wurde bei rund 28% eine komorbide Persönlichkeitsstörung gefunden (Casey & Tyrer, 1990), eine andere Depressions-Screening Studie in 6 europäischen Ländern fand bei Depressiven eine Rate von 22% mit Persönlichkeitsstörungen – ein Wert, der bei Depressiven in spezialisierter psychiatrischer Behandlung nochmals höher ist (Casey et al., 2004). Den grössten Teil machen dabei abhängige, zwanghafte und vermeidende Persönlichkeitsstörungen (Klein et al., 2009) aus.

4.4 Behinderungsfolgen psychiatrischer Komorbidität

Auch bei gleichzeitig vorliegenden psychischen Störungen gilt, dass dies mit erhöhten Behinderungsfolgen verbunden ist. Psychiatrisch komorbide Klinikpatienten und -patientinnen mit affektiven Störungen sind seltener erwerbstätig und beziehen häufiger eine IV-Rente als nicht-komorbide depressive Patienten/Patientinnen. Dies gilt insbesondere bei gleichzeitig vorliegenden Persönlichkeitsstörungen. Schliesslich ist auch die Kombination von affektiven Störungen und neurotischen Störungen – hier insbesondere die somatoforme Schmerzstörung – besonders invalidisierend. Personen mit gleichzeitig vorliegender Depression, Persönlichkeitsstörung und Schmerzstörung bilden diejenige Gruppe, die in den letzten rund 15 Jahren als IV-Rentenursache am stärksten angestiegen ist.

Dass die psychiatrische Komorbidität mit der beruflichen Integration zusammenhängt, illustriert die folgende Abbildung zur Erwerbstätigkeit und zur Invalidität, welche die Daten für die vier häufigsten Diagnosegruppen in der psychiatrischen Behandlung zeigt (Abb. 4.19).

Stationäre Patienten und Patientinnen, bei denen nur eine einzige psychiatrische Erkrankung diagnostiziert ist, sind etwas häufiger erwerbstätig und beziehen zudem seltener eine IV-Rente als komorbide Patienten und Patientinnen. Dies trifft für alle grossen Diagnosegruppen in der stationären Behandlung von Patienten/Patientinnen im Erwerbsalter zu. Je nach Diagnosegruppe haben Patienten und Patientinnen ohne psychiatrische Komorbidität einen um 2,5–8,4 Prozentpunkte höheren Anteil an erwerbstätigen Personen. Bei depressiven Patienten/

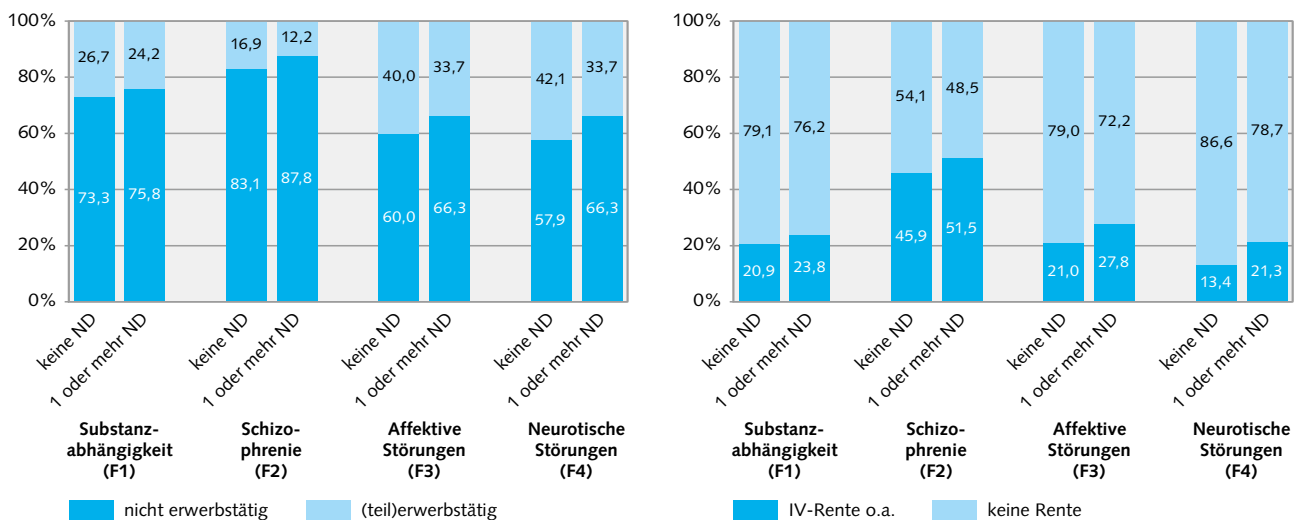
Patientinnen ohne Komorbidität liegt der Anteil der Erwerbstätigen bei 40,0 gegenüber 33,7% bei den komorbid depressiven Patienten und Patientinnen. Dies ist angesichts der sowieso schon sehr tiefen Erwerbsquote stationär behandelter Patienten/Patientinnen ein nicht unerheblicher Unterschied. Die Tatsache, dass mehr als eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, ist demnach mit einer schlechteren Erwerbssituation verbunden.

Dies gilt speziell auch für das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsstörungen sind definitionsgemäss mit einem hohen Ausmass an Behinderung in verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens (Arbeit, Familie, Sozialkontakte etc.) verbunden, und sie sind auch mit deutlichem Abstand der häufigste medizinische Grund für eine Invalidisierung aus psychogenen Gründen.

Persönlichkeitsstörungen sind nicht nur eine der häufigsten Komorbiditäten depressiver Patienten/Patientinnen in stationärer Behandlung, sondern hängen auch mit deutlich reduzierter Erwerbstätigkeit und erhöhter Invalidität zusammen (Abb. 4.20). In drei von vier grossen Diagnosegruppen sind komorbide Persönlichkeitsstörungen mit einer Reduktion der Erwerbsrate um 11–13 Prozentpunkte verbunden. Eine Ausnahme bildet hier nur die Schizophrenie, bei der eine solche Komorbidität die sowieso schon ausserordentlich geringe Erwerbsquote nicht mehr zusätzlich zu reduzieren vermag. Bei Hospitalisationen mit affektiven Haupterkrankungen reduziert eine Persönlichkeitsstörung den Anteil der zumindest Teilzeit Erwerbstätigen um 12,2 Prozentpunkte auf 26,6%.

Depressive Patienten und Patientinnen ohne weitere psychische Störungen sind häufiger erwerbstätig und seltener invalidisiert, Erwerbsstatus und IV-Rentenbezug nach Hauptdiagnose und vorhandener Nebendiagnose (ND), 2010

Abb. 4.19



n=42'798

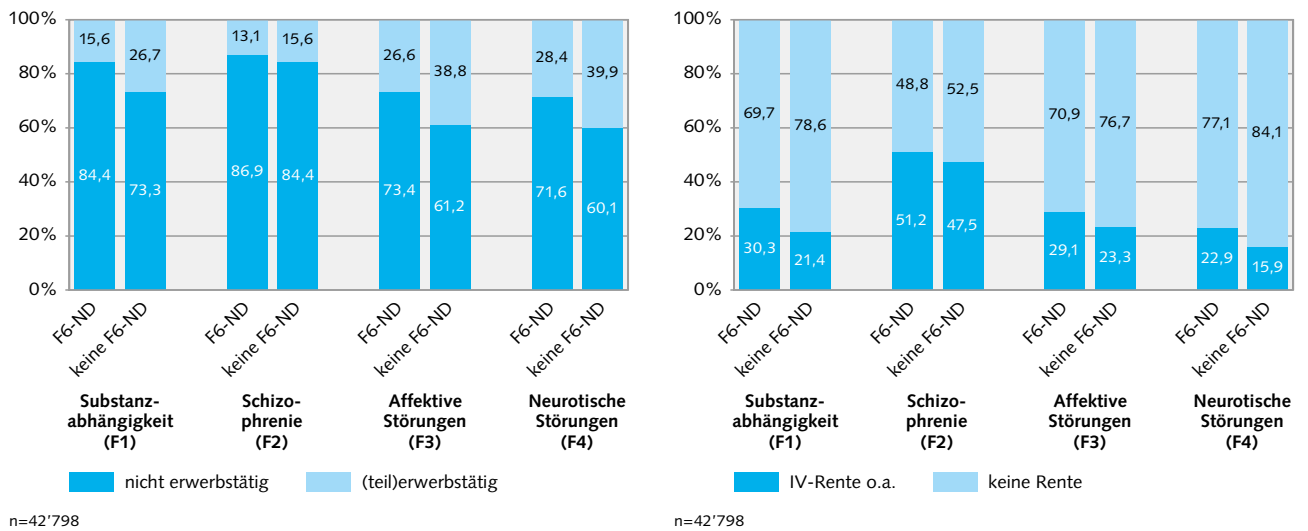
n=42'798

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Depressive Patienten und Patientinnen ohne Persönlichkeitsstörungen sind häufiger erwerbstätig und seltener invalidisiert, Erwerbsstatus und IV-Rentenbezug nach Diagnose und vorhandener Nebendiagnose (ND) einer Persönlichkeitsstörung (F6), 2010

Abb. 4.20

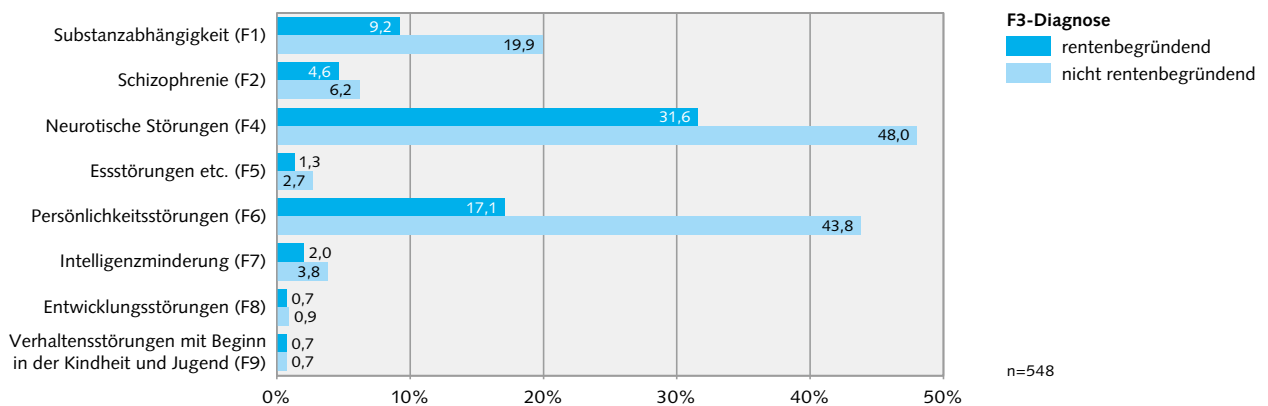


Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

Bei IV-Berenteten mit Depressionen sind komorbide neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen sehr häufig, Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen bei IV-Berenteten mit jemals einer F3-Diagnose respektive einer rentenbegründenden F3-Diagnose, 1993–2006

Abb. 4.21



Datenquelle: Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, 1993–2006

© Obsan

Dasselbe Bild zeigt sich, wenn auch mit etwas geringeren Unterschieden im Anteil der IV-Berenteten nach Diagnosegruppe. Eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung ist je nach Diagnose mit einem um 3,7–8,9 Prozentpunkte erhöhten Anteil von IV-Rentner/innen verbunden. Generell fallen die hohen Anteile von invalidisierten Personen bei den stationär behandelten Patienten und Patientinnen auf. Rund ein Viertel der Patienten und Patientinnen mit affektiven Erkrankungen ist berentet, ebenso ein Viertel der Substanzabhängigen und ein Fünftel der Patienten/Patientinnen mit neurotischen Störungen, also mit Angst-, Zwangs- und Schmerzstö-

rungen. Bei den schizophrenen Patienten/Patientinnen ist es sogar rund die Hälfte. Trotz dieser generell hohen Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt hängt das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung vor allem bei Depression, Substanzabhängigkeit und neurotischen Störungen mit einem noch tieferen Anteil an Erwerbstätigkeit zusammen.

Die Analyse der psychiatrischen Komorbidität bei IV-Rentner/innen aus psychogenen Gründen verdeutlicht die Relevanz komorbider neurotischer und Persönlichkeitsstörungen für die Behinderungsfolgen (Abb. 4.21).

Die Abbildung zeigt die Häufigkeitswerte komorbider psychiatrischer Störungen für zwei Gruppen von IV-Berenteten mit affektiven Störungen: Zum einen für alle Berenteten, die jemals im IV-Abklärungsverfahren eine Depressionsdiagnose erhalten haben, welche nicht rentenentscheidend war, was bei über 60% der Berenteten der Fall war (dunkle Balken). Und zum anderen für die Personen, die nicht nur eine solche Diagnose erhalten, sondern auch explizit wegen einer affektiven Störung invalidisiert wurden, was bei rund 17% der Berenteten der Fall war. Für beide Gruppen zeigen sich besonders hohe Komorbiditäten für neurotische Störungen (F4) und für Persönlichkeitsstörungen (F6).

Bei IV-Berenteten, die eine nicht rentenbegründende Depressionsdiagnose erhalten haben, wurde im IV-Abklärungsverfahren in rund 45% der Fälle irgendwann auch eine neurotische Störung und/oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Bei den wegen einer Depression berenteten Personen – bei welchen also die Depression der entscheidende Rentengrund war – zeigen immer noch über 30% eine neurotische Erkrankung, aber nur noch 17,1% eine Persönlichkeitsstörung. Dies liegt daran, dass bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen diese meist entscheidender für die Invalidität sind als die Depression selbst.

Während die hohen Werte für gleichzeitig vorliegende neurotische Störungen, hier v.a. Angststörungen und Somatisierungsstörungen, gut bekannt sind, wird der hohe Anteil von komorbiden Persönlichkeitsstörungen bei affektiven Erkrankungen etwas weniger diskutiert. Die epidemiologische Forschung hat hingegen wiederholt gezeigt, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen bei Depressionen relativ häufig sind. In Bezug auf die Behinderungsfolgen sind die gleichzeitig vorhandenen Persönlichkeitsstörungen zentral, weil sie mit deutlich erhöhter Behinderung und einer ungünstigeren Prognose sowohl für Arbeitsplatzverlust und Wiedereingliederung wie auch für den Krankheitsverlauf verbunden sind (siehe auch Abb. 4.20).

4.5 Depressivität und Gesundheitsverhalten

Depressive Symptome sind mit einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten verbunden. Bei stärkerer depressiver Symptomatik ist der Anteil von Rauchern und Raucherinnen mit rund 40% deutlich höher als bei beschwerdefreien Personen. Beim Alkoholkonsum zeigt sich ein differenziertes Bild: Zum einen ist bei stärkerer depressiver Symptomatik der Anteil der Abstinente deutlich höher, zum anderen finden sich hier auch mehr Personen mit riskantem Alkoholkonsum. Schliesslich ist der Anteil physisch inaktiver wie auch stark übergewichtiger (und auch untergewichtiger) Personen bei stärkerer depressiver Symptomatik erhöht. Die oft mangelnde körperliche Aktivität und ein riskanter Alkoholkonsum können wiederum die Depressivität verstärken. Die bei stärkerer Depressivität gegebene Kombination von, schon im Einzelfall, risikoreichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen kann das Risiko der Entwicklung oder Verstärkung von somatischen Krankheiten zusätzlich erhöhen.

Depressivität hängt nicht nur mit körperlichen Beschwerden zusammen, sondern – in abgeschwächtem Ausmass – auch mit Merkmalen des Gesundheitsverhaltens wie Tabak- und Alkoholkonsum, körperlicher Aktivität und Gewichtsproblemen. Dies ist insofern relevant, als ein ungünstiges Gesundheitsverhalten zu Gesundheitsproblemen und körperlichen Erkrankungen, damit zu erhöhter Komorbidität und damit letztlich auch zu einer erhöhten Mortalität führen kann. Das heisst, ein Teil der erhöhten Morbidität und Mortalität bei Depressiven ist durch das Gesundheitsverhalten vermittelt.

Während 51,6% der Personen ohne depressive Symptome nie geraucht haben (=Nichtraucher/innen sind), ist dies bei Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen nur noch bei 43,2% der Fall (Abb. 4.22). Dies trifft zusammen mit einem klar erhöhten Anteil von Rauchern und Raucherinnen (39,5 gegenüber 26,9% bei Personen ohne Depressivität). Der Anteil von ehemaligen Rauchern/Raucherinnen ist bei Personen mit depressiven Symptomen geringer als bei symptomfreien Personen. Angesichts der Gesundheitsrisiken des Tabakkonsums für die Entwicklung von Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen und vielen anderen Krankheiten ist es denkbar, dass die höhere Prävalenz von Tabakkonsum bei depressiven Symptomen einen Teil des engen Zusammenhanges von Depression und beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall erklärt.

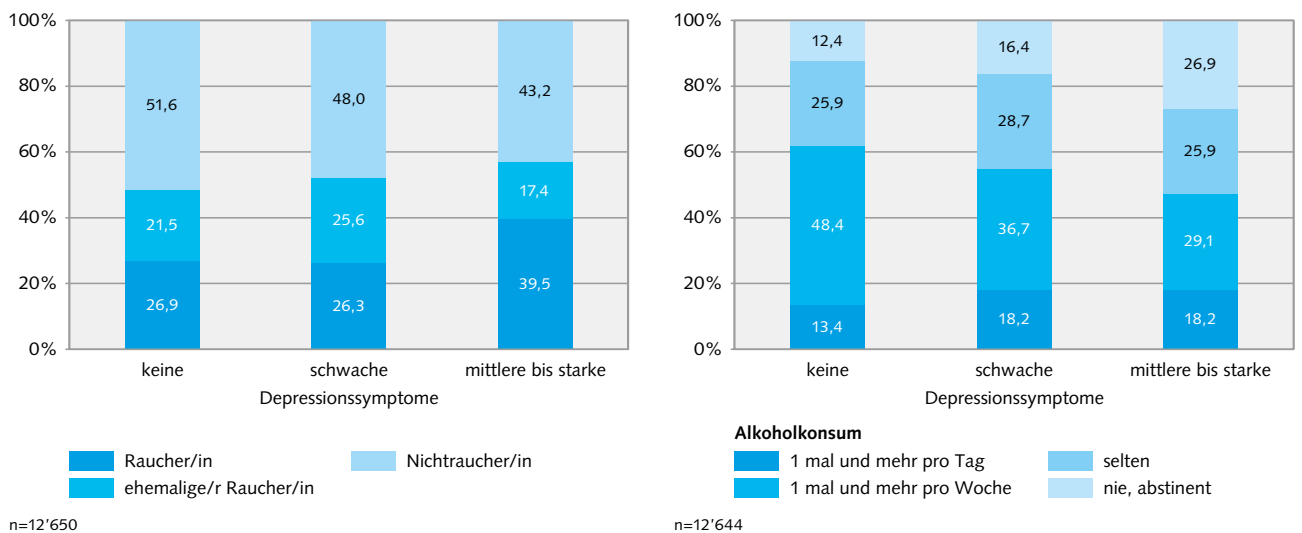
In Bezug auf den Alkoholkonsum zeigt sich bei Personen mit depressiven Symptomen gegenüber den symptomfreien Personen ein polarisiertes Muster: Zum einen ist der Anteil der Personen, die nie trinken (Abstinente) um mehr als das Doppelte erhöht, zum anderen ist der Anteil der Risikotrinker/innen (ein- bis mehrmals am Tag) auch erhöht. Der erhöhte Anteil an abstinente Personen bei Depressiven scheint vor allem auf eine Reduktion der moderat Alkohol Konsumierenden zurückzuführen zu sein – der Anteil der ein- oder mehrmals pro Woche Konsumierenden ist bei depressiven Personen gegenüber nicht Depressiven um rund 20 Prozentpunkte

kleiner. Insofern hängt eine zunehmende Depressivität vor allem mit einer Abnahme des moderaten Alkoholkonsums zugunsten einer strikten Abstinenz zusammen, was teils auch mit einem Alkoholverzicht infolge Einnahme von Antidepressiva verbunden sein mag.

Ein Zusammenhang mit depressiven Symptomen besteht auch bei der physischen Aktivität. Körperliche Aktivität hat bekanntermassen einen erheblichen positiven Einfluss auf das depressive Erleben, ist jedoch gerade bei depressiven Personen als direkte Folge der Symptomatik (Energielosigkeit u.a.) häufig eingeschränkt. Dies zeigen auch die Daten der SGB und des SHP (Abb. 4.23).

Tabakkonsum und häufigerer Alkoholkonsum bei depressiven Symptomen, Häufigkeit von Tabak- und Alkoholkonsum nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 4.22

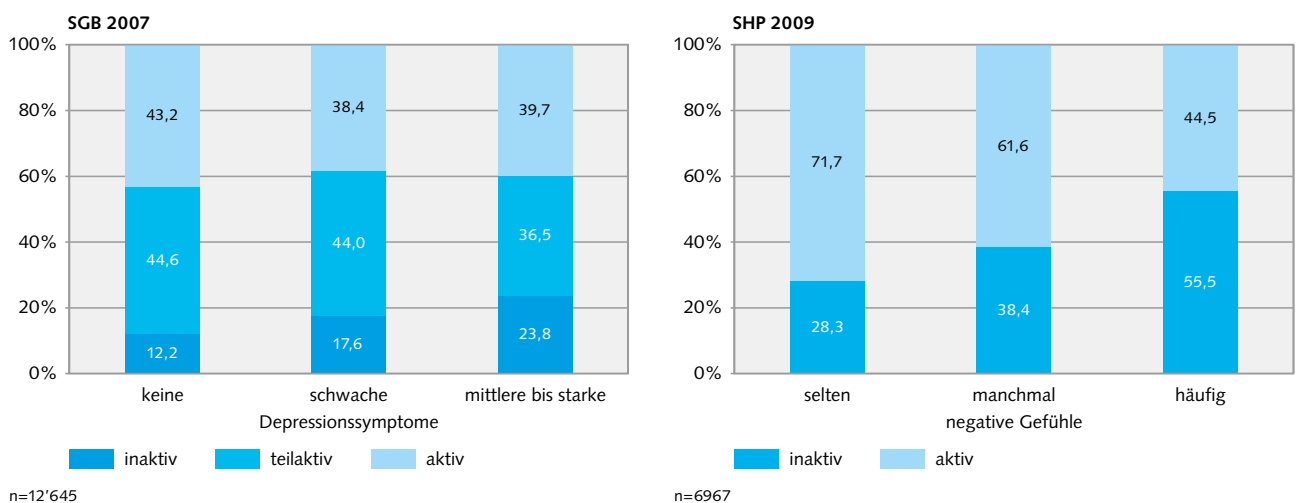


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Häufigere körperliche Inaktivität bei depressiven Symptomen, physische Aktivität nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 4.23



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Die SGB-Daten zeigen, dass Depressionen im Vergleich zu fehlender Depressivität mit einem doppelt so hohen Anteil körperlich inaktiver Personen verbunden sind (23,8 gegenüber 12,2%). Dieser erhöhte Anteil inaktiver Personen geht auf Kosten sowohl der teilaktiven wie auch der aktiven Personen.

Das SHP zeigt ähnliche Resultate: Mit zunehmender Depressivität sinkt der Anteil physisch aktiver Personen von 71,7 über 61,6 auf lediglich 44,5% bei stärkerer Depressivität, das heisst, die Mehrheit der Personen mit Depressivität sind körperlich inaktiv, gegenüber lediglich rund einem Viertel der Personen ohne negative Gefühle. Demnach manifestiert sich in beiden Befragungen bei Personen mit stärkeren depressiven Symptomen im Vergleich zu Symptomfreien eine doppelt so hohe Rate physischer Inaktivität. Die fehlende körperliche Aktivierung stellt, auch vor dem Hintergrund des häufig erhöhten Tabakkonsums, ein zusätzliches Risiko für die Entwicklung oder die Zunahme körperlicher Beschwerden dar.

Hinzu kommt schliesslich, dass Depressivität mit Gewichtsproblemen verbunden ist (Abb. 4.24). Zum einen zeigen sowohl die SGB wie auch das SHP höhere Anteile von Adipositas bei Personen mit stärkeren depressiven Symptomen gegenüber denjenigen ohne Depressivität (11,8 gegenüber 7,0% in der SGB und 16,1 gegenüber 9,6% im SHP). Diese Häufung stark übergewichtiger

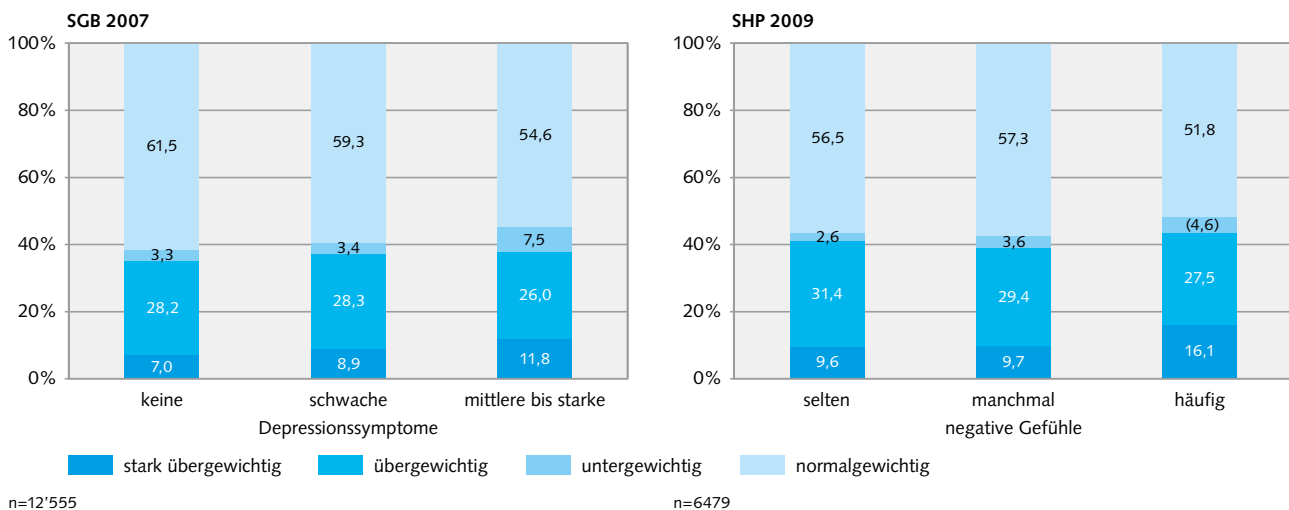
Personen geht einerseits auf Kosten reduzierter Anteile bei den weniger Übergewichtigen, andererseits auf Kosten der Normalgewichtigen.

Weiter sind im Falle von stärkerer Depressivität auch die Anteile der untergewichtigen Personen erhöht. In der SGB zeigen Personen mit mittleren bis starken Symptomen im Vergleich mit symptomfreien Personen einen doppelt so hohen Anteil von Untergewichtigen, und auch im SHP ist der Anteil der Personen mit Untergewicht fast doppelt so hoch. Dies überrascht nicht allzu sehr, da Appetitlosigkeit ein mögliches Symptom einer Depression ist (allerdings ist hier die Anzahl der Befragten zu gering, um eine gesicherte Aussage machen zu können).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass depressive Symptome respektive Depressivität mit einem fast durchwegs ungünstigeren Gesundheitsverhalten verbunden sind, wobei die häufigere Alkoholabstinenz bei Depressiven eine Ausnahme darstellt. Beim Vorliegen von Depressivität sind Tabakkonsum, riskanter Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität, starkes Übergewicht sowie Untergewicht häufiger als bei nicht depressiven Personen. Mit dieser Kombination von, schon im Einzelfall, risikoreichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ist das Risiko der Entwicklung oder Verstärkung von somatischen Krankheiten zusätzlich erhöht. Umgekehrt erschwert die stärkere Depressivität der Personen mit ungünstigem Gesundheitsverhalten eine Veränderung dieser Verhaltensweisen.

Häufigeres Über- und Untergewicht bei depressiven Symptomen, Häufigkeit von Übergewicht, Untergewicht und Normalgewicht nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009

Abb. 4.24



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

5 Partnerschaft, soziale Kontakte und Unterstützung

Depressive Erkrankungen wirken sich nicht nur für die davon betroffenen Personen negativ aus, sondern beeinflussen auch das nähere und weitere soziale Umfeld. Die Beziehungen zur Partnerin oder zum Partner, zu den Kindern, aber auch zu Verwandten, Freunden/Freundinnen und Bekannten bis hin zur Nachbarschaft können durch Depressionen sehr belastet werden.

Dabei spielen Merkmale depressiver Erkrankungen eine prioritäre Rolle, wie beispielsweise die gedrückte Gefühlslage, negativistische Gedanken, kognitive Einschränkungen oder auch Energielosigkeit, Interessensverlust und Libidoverlust. Hinzu kommt, dass die Umgebung nicht immer Verständnis für diese Störungen zeigt und teils dysfunktional reagiert, sei es aus Unwissen oder aus emotionaler Überforderung heraus. Beziehungsabbrüche spielen deshalb nicht nur bei der Auslösung von Depressionen eine Rolle, sondern können auch Resultat krankheitsbedingt belasteter Beziehungen sein. Weiter ist auch anzunehmen, dass das Rückzugsverhalten depressiver Personen eine wesentliche Rolle spielt. Aus diesem Grund droht bei depressiven Störungen zumindest längerfristig immer eine gewisse Vereinsamung, die ihrerseits die gesundheitliche Situation wieder negativ beeinflussen kann.

Das folgende Kapitel zeigt anhand der SGB- und SHP-Daten populationsbezogene Zusammenhänge von Depression und Depressivität mit einigen Indikatoren der

sozialen Integration wie Partnerschaft (5.1), Kontakten zu Verwandten (5.2), Kontakten zu Freundinnen und Freunden sowie Vertrauenspersonen (5.3) sowie zum Erleben von Einsamkeit (5.4).

5.1 Depression und Partnerschaft

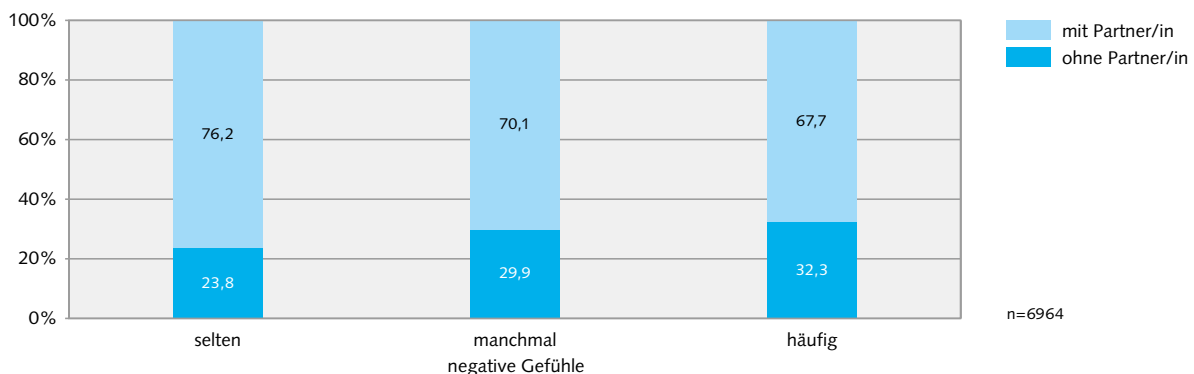
Depressivität ist verbunden mit einer erhöhten Rate von Personen, die nicht in einer Partnerschaft leben, dies gilt insbesondere für Frauen: Mehr als ein Drittel der Frauen mit stärkerer Depressivität lebt nicht in einer Partnerschaft. Der Zusammenhang von Depressivität und Partnerlosigkeit akzentuiert sich mit zunehmendem Alter. Bei den über 65-Jährigen mit stärkerer Depressivität leben mehr als die Hälfte nicht in einer Partnerschaft. Hinzu kommt, dass auch Personen mit Depressivität, die in einer Partnerschaft leben, häufig eher wenig emotionale Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin erleben.

Die soziodemografischen Daten haben schon gezeigt, dass Personen mit depressiver Belastung häufiger alleine leben respektive alleinerziehend sind. Umgekehrt zeigen Alleinlebende eine stärkere depressive Symptomatik als Personen in einer Partnerschaft.

Laut SHP leben Personen mit stärkerer Depressivität häufiger ohne Partnerin oder Partner als Personen ohne Depressivität (Abb. 5.1). Ist rund jede vierte Person ohne

Personen mit stärkerer Depressivität sind häufiger ohne Partner/in, Häufigkeit einer Partnerschaft nach Depressivität, 2009

Abb. 5.1



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

depressive Beschwerden ohne Partner/in (23,8%), so steigt dieser Wert bei Personen mit mittlerer bis starker Depressivität auf 29,9 respektive 32,3%, das heisst rund jede dritte Person. Hier zeigt sich demnach schon zwischen fehlender und mittlerer Depressivität ein Unterschied.

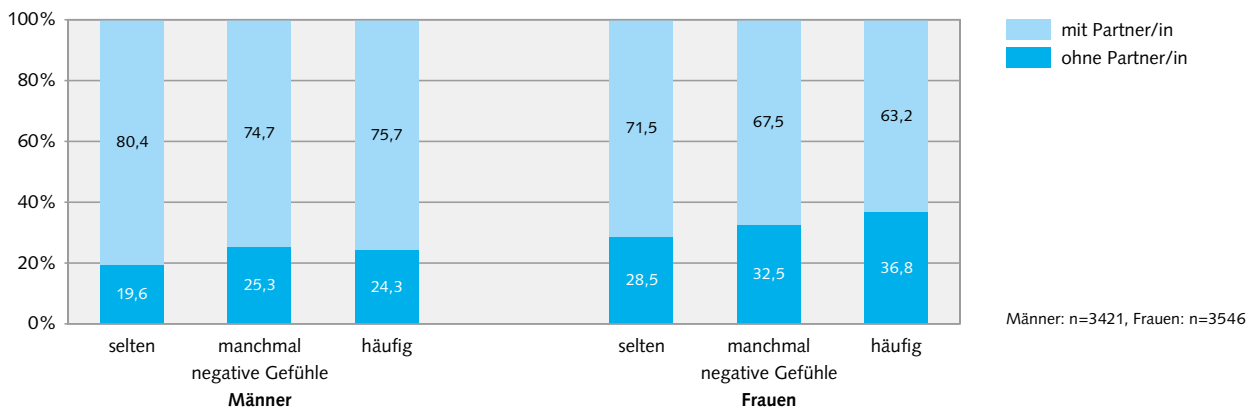
In den beiden folgenden Abbildungen (Abb. 5.2 und Abb. 5.3) wird ersichtlich, dass der Zusammenhang von Depressivität und Partnerlosigkeit nicht gleichmässig über das Geschlecht und das Alter verteilt ist.

Frauen sind über alle Depressivitätsgrade hinweg häufiger ohne Partner/in als Männer. Schon bei Frauen ohne nennenswerte Depressivität ist der Anteil der in einer Partnerschaft Lebenden im Vergleich zu den Männern reduziert (71,5 gegenüber 80,4%). Der Geschlechter-

unterschied ist bei starker Depressivität nochmals leicht höher und beträgt dort 12,5 Prozentpunkte. Rund 37% der Frauen mit starker Depressivität sind ohne Partner/in.

Betrachtet man die partnerschaftliche Situation nach Alter, manifestieren sich relativ deutliche altersspezifische Unterschiede. Bei jüngeren Personen hängt eine zunehmende Depressivität nicht mit einem erhöhten Anteil partnerloser Personen zusammen. Bei den 15- bis 34-Jährigen ist der Anteil der Partnerlosen generell gegenüber 35- bis 64-jährigen Personen erhöht, wobei dies auch altersbedingte Gründe haben mag. Bei den 35- bis 64-Jährigen hingegen steigt mit zunehmender Depressivität auch der Anteil der Partnerlosen deutlich an und ist bei starker Depressivität doppelt so häufig wie bei fehlender Depressivität. Bei den über 65-Jährigen ist mehr

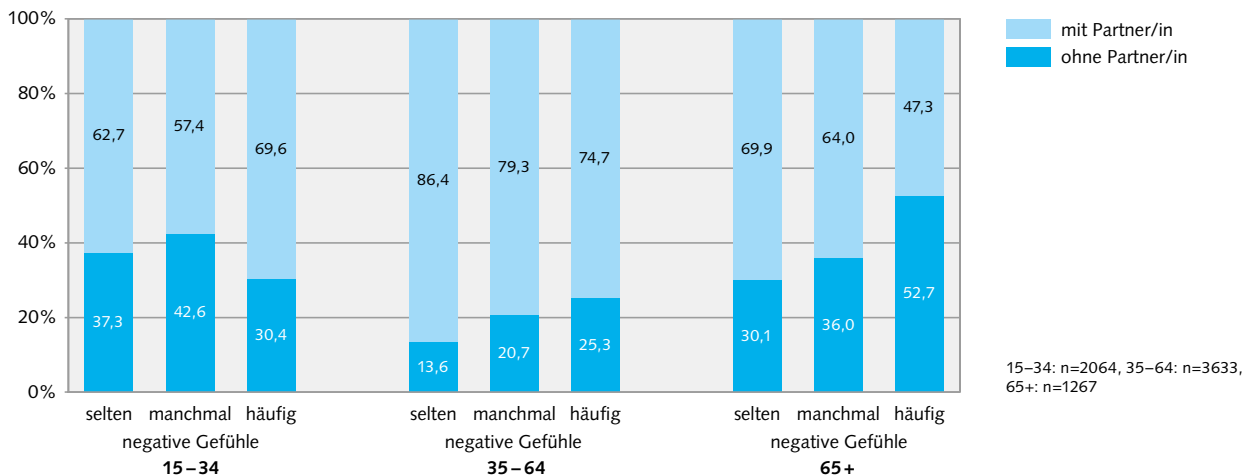
Frauen mit stärkerer Depressivität sind häufiger ohne Partner/in als Männer,
Häufigkeit einer Partnerschaft nach Geschlecht und Depressivität, 2009 **Abb. 5.2**



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Vor allem ältere Personen mit stärkerer Depressivität sind ohne Partner/in,
Häufigkeit einer Partnerschaft nach Alter und Depressivität, 2009 **Abb. 5.3**

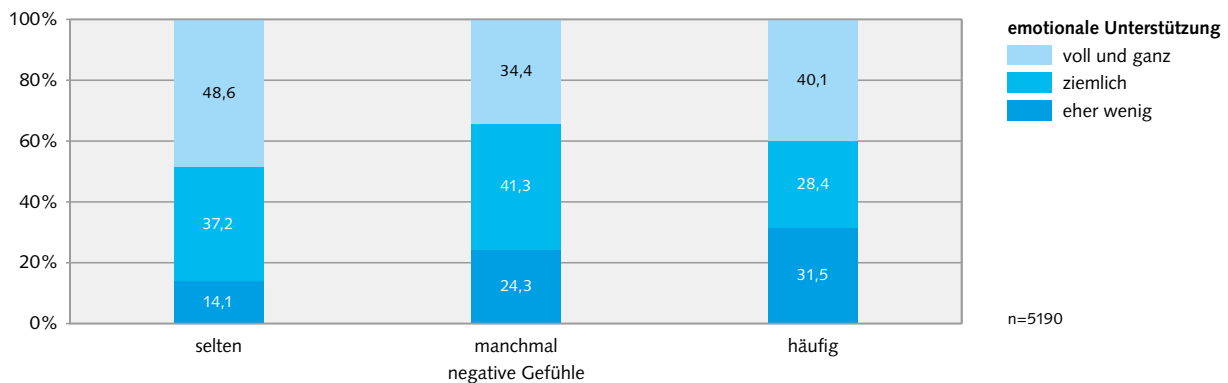


Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Je stärker die Depressivität desto geringer die emotionale Unterstützung durch den Partner/die Partnerin, Häufigkeit emotionaler Unterstützung nach Depressivität, 2009

Abb. 5.4



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

als die Hälfte der Personen mit starker Depressivität ohne Partner/in, während es bei den beschwerdefreien Senioren lediglich 30,1% sind.

Abgesehen von den jüngeren Personen hat der Zusammenhang von Depressivität und Partnerlosigkeit – wie auch viele andere Zusammenhänge mit Depression – den Charakter einer Dosis-Wirkungs-Beziehung. Das heisst, der Schweregrad der depressiven Problematik macht einen entscheidenden Unterschied nicht nur für das subjektive Leiden, sondern auch für das Funktionsniveau und die soziale Integration.

Neben dem Vorhandensein einer Partnerschaft sind auch qualitative Merkmale einer Beziehung von Bedeutung. Im SHP werden die Teilnehmenden unter anderem danach gefragt, wie weit die Partnerin oder der Partner im Bedarfsfall für einen da ist, indem sie oder er Verständnis für einen zeigt oder mit einem spricht. Diese wahrgenommene emotionale Unterstützung nimmt generell mit zunehmender Depressivität deutlich ab. Sagen nur 14,1% der beschwerdefreien Personen, dass sie eher wenig emotionale Unterstützung vom Partner oder von der Partnerin erhalten, so steigt dieser Wert bei den Personen mit starker Depressivität auf 31,5% (Abb. 5.4).

Der höhere Anteil von fehlender emotionaler Unterstützung bei starker Depressivität geht einher mit einem geringeren Anteil von mittlerer Unterstützung – aber nicht mit einem geringeren Anteil vollumfänglicher Unterstützung. Auch hier zeigt sich, dass der Grad der Depressivität einen deutlichen Unterschied macht, sei es wegen der negativistisch geprägten Wahrnehmung bei stärkerer Depressivität, sei es wegen der Überforderung des Partners bzw. der Partnerin oder wegen des Zusammenspiels beider Faktoren.

Alterspezifische Auswertungen zeigen, dass Senioren/Seniorinnen mit starker Depressivität gar in 65,7% der Fälle berichten, dass sie im Bedarfsfall vom Partner/von der Partnerin eher wenig emotionale Unterstützung erfahren. Das heisst, im höheren Alter nimmt die wahrgenommene emotionale Unterstützung bei zunehmender Depressivität noch viel deutlicher ab als dies bei Jüngeren der Fall ist. Weiter offenbaren sich auch Geschlechterunterschiede, wobei starke Depressivität vor allem bei Männern mit der Erfahrung fehlender emotionaler Unterstützung verbunden ist, wohingegen Frauen häufiger über vermehrt mittlere statt vollumfängliche emotionale Unterstützung berichten. Wie weit sich hier geschlechtstypische Unterschiede in der Bewertung bemerkbar machen, oder ob Männern tatsächlich häufiger gar keine emotionale Unterstützung zuteil wird, bleibt offen.

Zusammengenommen lässt sich feststellen, dass zunehmende Depressivität mit häufigerer Partnerlosigkeit verbunden ist, und dass auch Personen, die in einer Partnerschaft leben, mit stärkerer Depressivität immer seltener emotionale Unterstützung erfahren. Das bedeutet, dass je stärker Personen wegen Depressivität Verständnis und Gespräche benötigen würden, desto weniger erhalten sie diese respektive nehmen sie diese wahr, und dass diejenigen Personen, denen es psychisch am besten geht, am häufigsten und am ausgeprägtesten emotionale Unterstützung erhalten respektive wahrnehmen.

Damit wird ein grundlegendes Problem psychisch kranker Personen offenbar, indem psychische Krankheiten häufig, und insbesondere auch häufiger als körperliche Krankheiten, zu einem – subjektiv erlebten und/oder tatsächlichen – Wegfall von emotionaler Unterstützung führen, obwohl diese bei depressiven respektive

generell emotionalen Problemen besonders dringend benötigt würde. Auch wenn dies aus der Perspektive der Umgebung wegen der mit Depressionen verbundenen Belastungen und Irritationen durchaus nachvollziehbar ist, so fällt damit für die erkrankten Personen häufig eine wichtige Ressource im Genesungsprozess weg.

5.2 Depression und Kontakte zu Verwandten

Die Kontakte zu Verwandten zeigen sich weniger beeinflusst durch Depressivität als die Partnerschaft. Stärkere depressive Symptome hängen zusammen mit einem leicht erhöhten Anteil von Personen ohne jeglichen Verwandtenkontakt sowie mit einer Ausdünnung der intensiven Kontakte.

Neben der Partnerschaft können auch Kontakte zur (Herkunfts-)Familie und zu den weiteren Verwandten wesentlich sein – für die soziale Integration und Lebensqualität allgemein, wie auch speziell für die Befindlichkeit depressiv belasteter Personen.

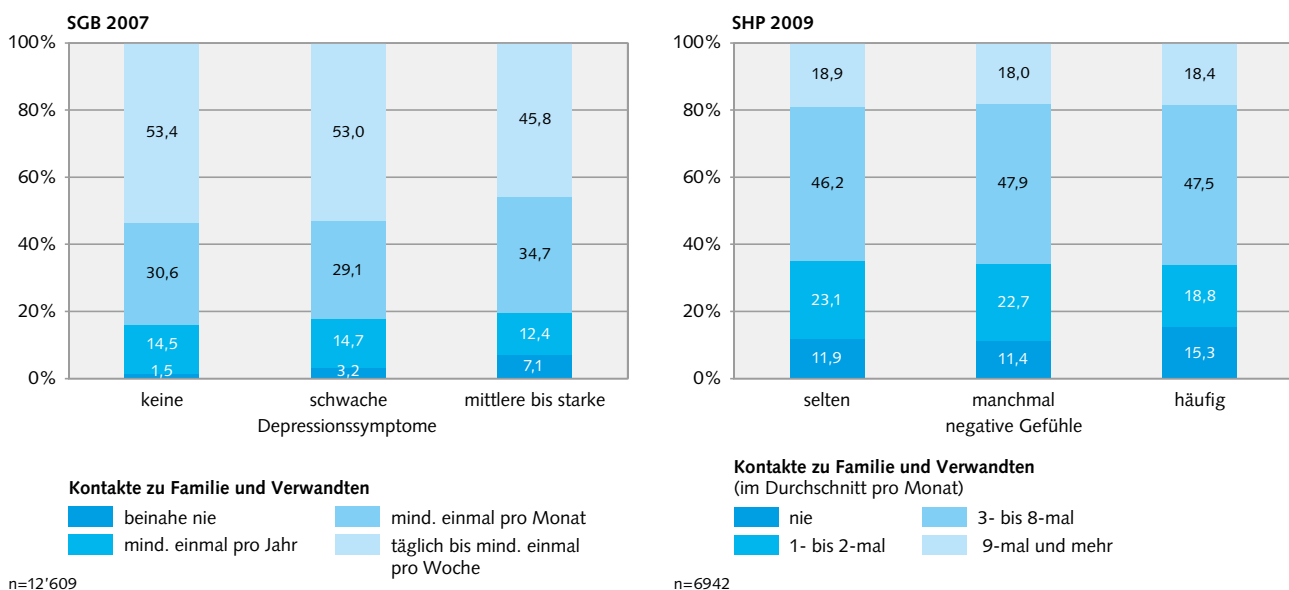
Die Auswertungen der SGB, wo nach der Häufigkeit der Kontakte zu Familie und Verwandten gefragt wird, wie auch des SHP, in dem unter anderem erfragt wird, wie häufig im Durchschnitt die Kontakte zu Verwandten pro Monat sind, ergeben ein zwiespältiges Bild (Abb. 5.5).

Zum einen finden sich zwischen Personen mit und ohne Depressivität keine extremen Unterschiede in der Kontakthäufigkeit zu den Verwandten. In den SHP-Daten (Abb. 5.5, rechts) ist der Anteil der Personen, die nie Kontakte zu Verwandten haben, bei den stärker Depressiven gegenüber den beschwerdefreien Personen nur geringfügig erhöht (15,3 gegenüber 11,9%). Gemäss SGB-Daten steigt der Anteil der Personen ohne jeglichen Verwandtenkontakt mit zunehmender Symptomatik von 1,5 auf 7,1% an, was insgesamt immer noch ein recht tiefer Wert ist.

Zum anderen zeigt sich in den SGB-Daten (Abb. 5.5, links) aber doch eine gewisse Ausdünnung der Verwandtenkontakte: Liegt der Anteil der intensiven Kontakte (täglich bis mindestens einmal in der Woche) bei den beschwerdefreien Personen bei 53,4%, so ist er bei stärkerer Depressivität auf 45,8% reduziert – zugunsten eines höheren Anteils von monatlichen Kontakten sowie von gar keinen Kontakten. Zusammen genommen zeigt sich also bei zunehmender Symptomatik eine Zunahme gänzlich fehlender Kontakte sowie eine Verschiebung von intensiven zu weniger intensiven Kontakten.

Insgesamt scheinen jedoch verwandtschaftliche Kontakte auch bei stärkerer Depression einigermassen stabil und meist auch erhalten zu bleiben. Eine gewisse Ausdünnung der Beziehungen bei gleichzeitigem Erhalt der

Weniger Kontakte zu Familie und Verwandten bei Personen mit Depressionssymptomen, Häufigkeit der Kontakte zu Familie und Verwandten nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009 **Abb. 5.5**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009

© Obsan

Kontakte scheint nachvollziehbar, sei es wegen der depressiven Symptome selbst (geringere Initiative zum Kontakt) oder wegen der Überforderung und Belastung der Verwandten.

5.3 Depressionen, Freundschaften und Vertrauensbeziehungen

Etwas stärker als die Verwandtenkontakte sind die Freundschaften betroffen: Rund 17% der Personen mit stärkerer depressiver Symptomatik hat nie oder höchstens einige Male pro Jahr Kontakt zu Freunden/Freundinnen und mehr als 30% berichten, dass sie über kein soziales Netz verfügen. Schliesslich geben rund ein Drittel der Männer und fast die Hälfte der Frauen mit stärkerer depressiver Symptomatik an, eine Vertrauensperson zu vermissen, was gegenüber beschwerdefreien Personen klar erhöhte Werte sind. Gleichzeitig gibt die grosse Mehrheit der Betroffenen an, eine Vertrauensperson zu haben, was darauf hindeutet, dass das Vermissen von Vertrauensbeziehungen nicht nur mit dem objektiven Vorhandensein einer Vertrauensperson zusammenhängt, sondern womöglich auch mit dem depressiven Erleben.

Während verwandtschaftliche Beziehungen demnach anscheinend auch bei depressiven Zuständen mehrheitlich, wenn auch auf distanzierterem Niveau, intakt sind oder bleiben, so scheint sich der Kontakt zum Freundeskreis bei Depressionen etwas stärker auszudünnen (Abb. 5.6).

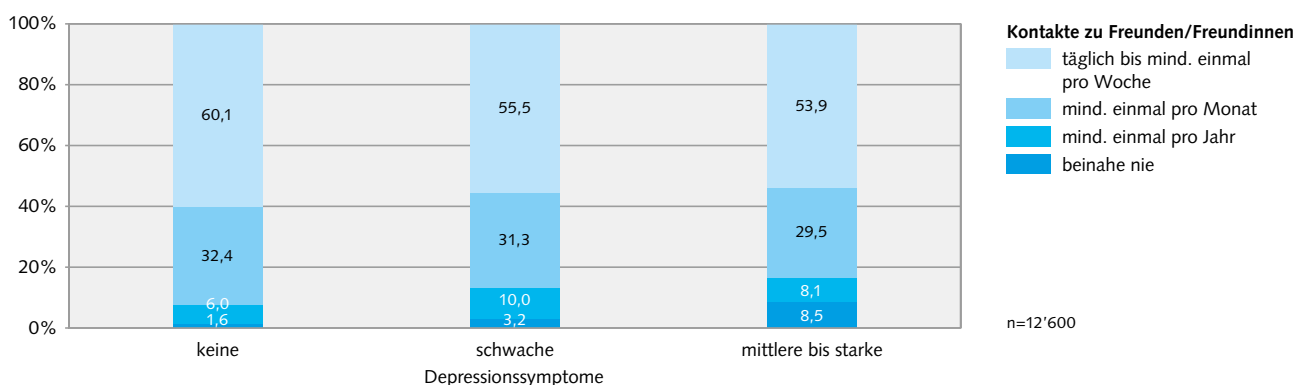
Auch in Bezug auf die Kontakte zu Freundinnen und Freunden reduziert sich bei Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen der Anteil täglicher bis wöchentlicher Kontakte gegenüber nicht Depressiven von 60,1% auf 53,9%. Anders als bei den Verwandten reduziert sich auch der Anteil der monatlichen Kontakte. Diese Reduktion wird kompensiert mit erhöhten Anteilen bei den jährlichen Kontakten und den fehlenden Kontakten. Das heisst, in Bezug auf den Freundeskreis finden sich bei zunehmender Depressivität auch höhere Anteile von Personen mit fehlenden Kontakten, und nicht nur eine Ausdünnung der Kontakte.

Die folgende Abbildung (Abb. 5.7) zeigt den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und der Anzahl der insgesamt vorhandenen sozialen Netze. Auch hier zeigt sich übereinstimmend mit den vorherigen Auswertungen, dass Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen häufiger (30,6%) überhaupt kein soziales Netz haben, als dies bei beschwerdefreien Personen der Fall ist (17,8%). Weiter ist auch der Anteil sehr gut vernetzter Personen bei mittlerer bis starker depressiver Symptomatik im Vergleich zu beschwerdefreien Personen halbiert (7,8 gegenüber 14,6%).

Bildet sich die Beziehungsproblematik bei stärkerer Depressivität in der reinen Anzahl der Kontakte nur annäherungsweise ab, so weisen die Fragen zum Vorhandensein einer Vertrauensperson und zum Vermissen einer solchen Person auch auf qualitative Probleme hin

Weniger Kontakte zu Freunden/Freundinnen bei Personen mit Depressionssymptomen, Häufigkeit der Kontakte zu Freunden/Freundinnen nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 5.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

(Abb. 5.8). Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen geben viermal häufiger als beschwerdefreie Personen an, keine einzige Vertrauensperson zu haben, nämlich zu rund 13%.

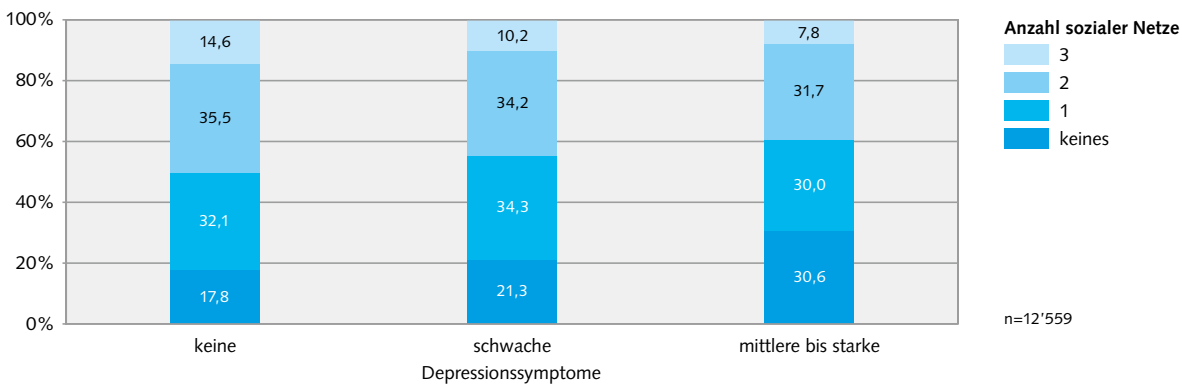
Betrachtet man die Resultate zur Frage, ob eine Vertrauensperson vermisst wird (unabhängig davon, ob eine solche angegeben wurde), so vermisst ein erheblicher Teil der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen häufig eine Vertrauensperson (bei den Männern mehr als ein Drittel, bei den Frauen gegen 50%). Obwohl lediglich 12,7% der depressiven Personen keine Vertrauensperson haben, vermissen insgesamt 41,1% eine solche. Anscheinend bedeutet das Vorhandensein

einer Vertrauensperson noch nicht, dass damit das Bedürfnis nach engen und vertrauensvollen Beziehungen abgedeckt ist.

Frauen vermissen zudem häufiger eine Vertrauensperson als Männer, obwohl Männer deutlich häufiger (16,1%) als Frauen (9,8%) angeben, keine Vertrauensperson zu haben. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass depressive Frauen häufiger alleine leben als Männer. Ein anderer Grund mag darin liegen, dass Frauen effektiv ein grösseres Bedürfnis nach vertrauensvollen Beziehungen haben als Männer (oder dieses Bedürfnis eher äussern). Auch Frauen ohne depressive Beschwerden vermissen etwas häufiger eine

Weniger soziale Netze bei Personen mit Depressionssymptomen, Häufigkeit sozialer Netze nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 5.7

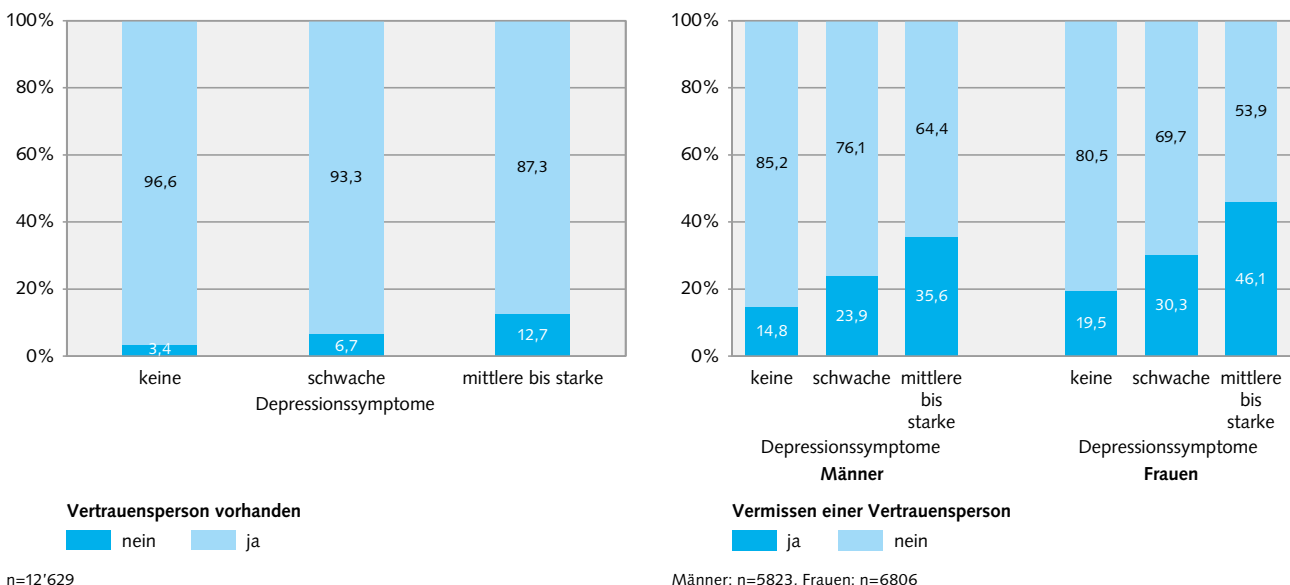


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Personen mit Depressionssymptomen vermissen häufig eine Vertrauensperson, Häufigkeit des Vorhandenseins und des Vermisens einer Vertrauensperson nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 5.8



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Vertrauensperson im Vergleich zu den Männern. Jedenfalls vermisst nahezu die Hälfte der Frauen mit klinisch relevanten depressiven Symptomen eine Vertrauensperson gegenüber rund einem Drittel der Männer. Der enge Zusammenhang von depressiven Symptomen und Wunsch nach einer engen Beziehung zeigt sich auch innerhalb jeder Altersgruppe: Vermissten bei beschwerdefreien jüngeren Personen 19,8% eine Vertrauensperson, so ist das bei schwacher Symptomatik bei 30,7% und bei stärkeren Symptomen bei 45,7% der Fall. Damit ist das Vermissten einer engen Beziehung in der jüngsten Altersgruppe am deutlichsten ausgeprägt. Bei den Senioren/Seniorinnen mit stärkeren Symptomen vermissen rund 34% eine solche Beziehung.

5.4 Depression und Einsamkeit

Depressive Symptome sind sehr stark mit dem Erleben von Einsamkeit verbunden, umgekehrt sind Einsamkeitsgefühle ein unabhängiger Risikofaktor für Manifestation und Verlauf depressiver Störungen. Während sehr häufige oder ziemlich häufige Einsamkeitsgefühle bei Personen ohne depressive Symptome praktisch inexistent sind, berichten von solchen rund ein Fünftel aller Personen mit stärkerer depressiver Symptomatik. Bei Frauen und jüngeren Personen mit stärkerer Symptomatik ist dies gar bei rund zwei Dritteln der Fall. Die Morbiditäts- und Mortalitätsfolgen von häufigen Einsamkeitsgefühlen sind erheblich.

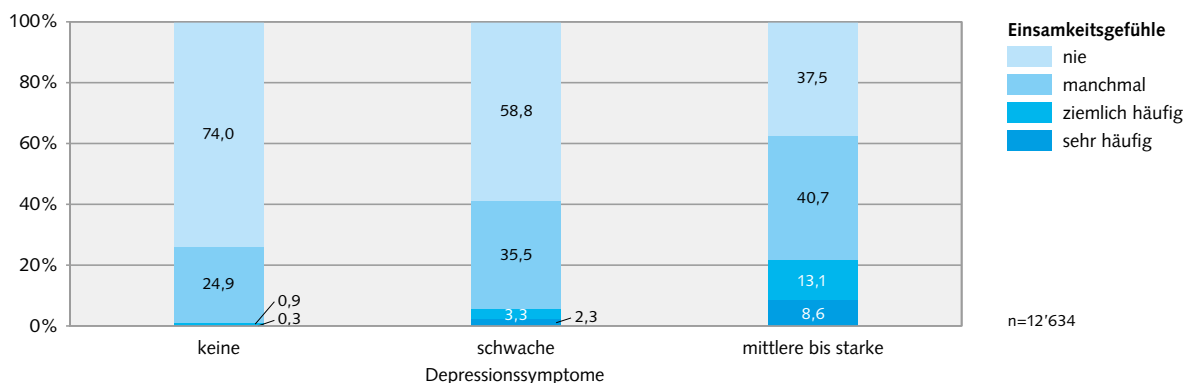
Das häufige Vermissten einer nahestehenden Person deutet auch auf das bekanntlich höhere Vereinsamungs- respektive Isolations-Risiko depressiver Personen hin. Das Erleben von Einsamkeit ist nicht einfach ein typisches Merkmale depressiver Personen, sondern ein unabhängiger Risikofaktor für Depression, unabhängig

von soziodemografischen Merkmalen wie «verheiratet», «soziale Unterstützung» oder «Stress» (Cacioppo et al., 2006).

Entscheidend für das Erleben von Einsamkeit sind die qualitativen Elemente von sozialen Interaktionen, nicht wie viele Beziehungen jemand hat. So ist auch nachvollziehbar, warum die oben gezeigten Zusammenhänge zwischen Depressivität und Anzahl der sozialen Kontakte nicht sehr hoch ist. Die qualitative Komponente, beispielsweise Einsamkeitsgefühle, ist auch wesentlich für ältere Menschen, die eher weniger Beziehungen pflegen. Ältere Menschen, die sowohl unter Depression und Einsamkeitsgefühlen leiden, haben beispielsweise ein doppelt so hohes Sterberisiko, als wenn nur eine Bedingung zutrifft (Stek et al., 2005).

Nach Einsamkeitsgefühlen befragt, zeigen sich sehr deutliche Unterschiede nach Depressivität (Abb. 5.9). Bemerkenswerterweise kommen häufige und sehr häufige Einsamkeitsgefühle bei Personen ohne depressive Symptome gar nicht vor. Ein Viertel der nicht Depressiven hat manchmal, und drei Viertel haben gar nie Einsamkeitsgefühle. Bei Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen haben nur 37,5% nie Gefühle von Einsamkeit, wohingegen sich 21,7% ziemlich bis sehr häufig und 40,7% manchmal einsam fühlen. Hier zeigt sich der in anderen Untersuchungen erwähnte sehr enge Zusammenhang zwischen Depression und Einsamkeit. Häufigere Gefühle von Einsamkeit sind ein exklusives Phänomen von depressiven Personen. Dies bestätigt wiederum die eingangs gezeigte Entscheidungsbaum-Analyse zur Unterscheidung depressiver von nicht depressiven Personen, in der Einsamkeitsgefühle eines der zentralen Unterscheidungsmerkmale waren (Abb. 1.1).

Personen mit Depressionssymptomen haben deutlich häufiger Einsamkeitsgefühle, Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach depressiven Symptomen, 2007 **Abb. 5.9**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

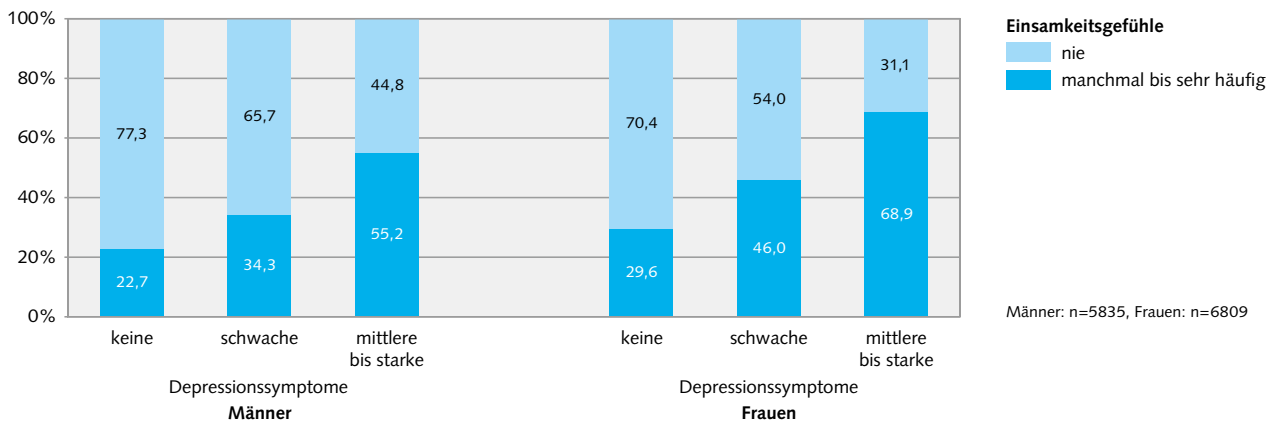
© Obsan

Wegen der Bedeutung von Einsamkeitsgefühlen werden im Folgenden auch die Auswertungen nach Geschlecht und Alter gezeigt. Nach Geschlecht unterteilt, zeigen sich wiederum bei Frauen die höheren Anteile von Personen mit Einsamkeitsgefühlen – hier zu Auswertungszwecken zusammengefasst in «manchmal bis sehr häufig einsam» und «nie einsam» (Abb. 5.10). Depressive Frauen fühlen sich in fast 70% der Fälle manchmal bis sehr häufig einsam, während dies bei den Männern bei 55% zutrifft. Auch Personen mit schwachen depressiven Symptomen fühlen sich häufig einsam, bei Frauen trifft dies fast bei der Hälfte zu, bei den Männern bei einem Drittel. Zumindest vorübergehende Einsamkeitsgefühle sind demnach nochmals deutlich häufiger als der Wunsch nach einer nahestehenden Person, der man

vertrauen kann (siehe Kap. 5.3). Das heisst, ein Teil der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen berichten zwar, dass sie keine Vertrauensperson vermissen, fühlen sich aber einsam.

Schliesslich ist im jüngeren und mittleren Alter nicht nur das Vermissen einer nahestehenden Person besonders häufig, sondern auch das Erleben von Einsamkeitsgefühlen (Abb. 5.11). Rund zwei Drittel der unter 65-Jährigen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen fühlen sich manchmal bis sehr häufig einsam. Bei der jüngsten Altersgruppe sind Einsamkeitsgefühle schon bei schwacher Symptomatik deutlich häufiger vorhanden (50,8%) als bei den Älteren. Senioren und Seniorinnen fühlen sich demgegenüber seltener einsam. Über 60% von ihnen fühlen sich nie einsam.

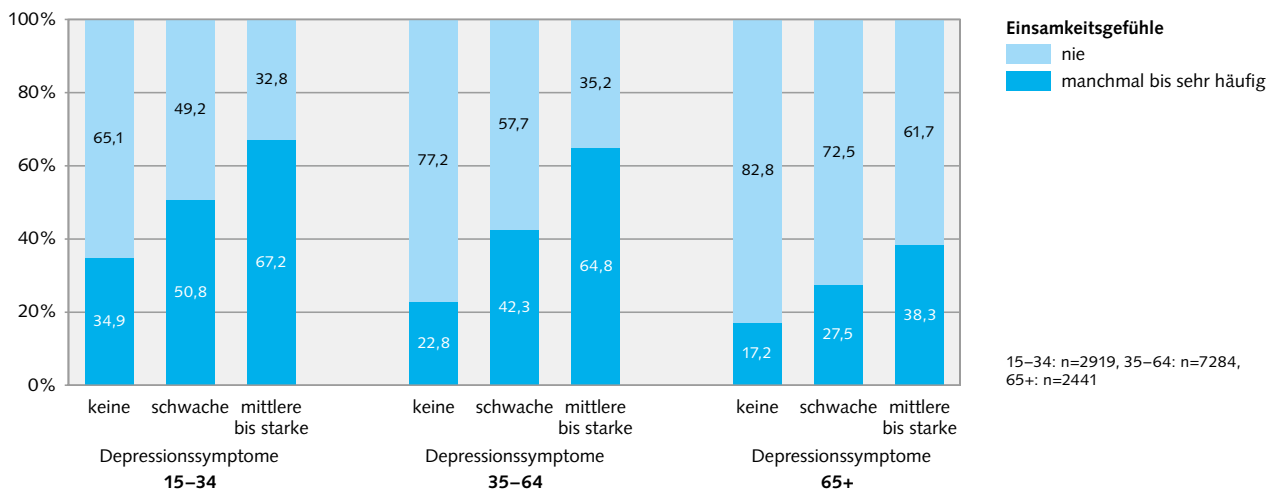
Zwei Drittel der depressiven Frauen fühlen sich einsam, Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und depressiven Symptomen, 2007 **Abb. 5.10**



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Je jünger desto häufiger werden Einsamkeitsgefühle erlebt, Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Alter und depressiven Symptomen, 2007 **Abb. 5.11**

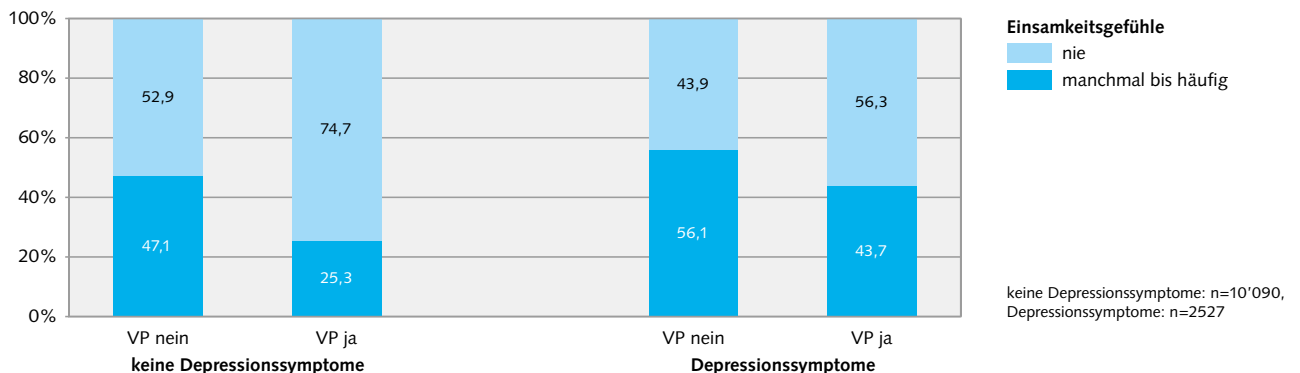


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Einsamkeit ist mehr als das Fehlen einer Vertrauensperson, Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach depressiven Symptomen und Vorhandensein einer Vertrauensperson (VP), 2007

Abb. 5.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

© Obsan

Die gerade bei jüngeren Personen markanten Resultate zu Einsamkeitsgefühlen und zum Vermissen einer nahestehenden Person werden hinsichtlich möglicher negativer Folgen nach wie vor unterschätzt. Das Fehlen von engen und qualitativ als wichtig empfundenen Beziehungen sowie erlebte Einsamkeit, die als Phänomen über das reale Vorhandensein von Sozialkontakten hinausgeht, sind laut einer neueren Metaanalyse denn auch mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden, welches mit demjenigen eines starken Nikotinkonsums vergleichbar ist, und welches höher ist als die Mortalitätsrisiken von Alkoholkonsum, Übergewicht und fehlender körperlicher Aktivität (Holt-Lundstad et al., 2010). Dies mag den gesundheitspolitischen Stellenwert von erlebter Einsamkeit veranschaulichen.

Dabei fallen wiederum nicht nur die Anzahl der sozialen Kontakte wie das Vorhandensein eines Partners und anderes) ins Gewicht, sondern vor allem auch die funktionalen Aspekte von Beziehungen (fehlende soziale Unterstützung, Einsamkeit).

Wie stark schliesslich auch Merkmale depressiver Störungen in das Erleben von Einsamkeit hineinspielen ist nicht ganz geklärt. Auch wenn Einsamkeit und Depression zumindest teilweise unabhängige Phänomene zu sein scheinen, so ist auf der anderen Seite auch bekannt, dass Depressionen häufig verbunden sind mit Abhängigkeits- und Verlustgefühlen und dem Erleben, von der Umwelt abgeschnitten, das heisst einsam, zu sein. Wie auch immer die Zusammenhänge sein mögen, so bleibt jedoch die Evidenz, dass Aspekte der sozialen Integration von hoher Bedeutung für die Morbidität und die Mortalität depressiv erkrankter Personen sind.

Schliesslich sei auch auf die Grenzen der Bedeutung der effektiven sozialen Integration für das depressive Erleben hingewiesen. Personen mit depressiven Symptomen fühlen sich generell einsamer als dies bei beschwerdefreien Personen der Fall ist (Abb. 5.12).

Personen mit depressiven Symptomen, die zumindest eine Vertrauensperson haben, fühlen sich etwa gleich häufig einsam (43,7%) wie Personen ohne depressive Symptome, die keine Vertrauensperson haben (47,1%). Während das Vorhandensein einer Vertrauensperson bei den beschwerdefreien Personen einen starken Unterschied macht, wie oft Einsamkeitsgefühle angegeben werden (47,1 gegenüber 25,3%), so ist dieser Unterschied bei den Personen mit depressiven Symptomen deutlich geringer (56,1 gegenüber 43,7%). Das heisst, depressive Symptome führen zu einem deutlich ausgeprägteren Erleben von Einsamkeit. Dies ist vor allem bei den Personen der Fall, die eine Vertrauensperson haben: Nur rund jede vierte Person ohne depressive Symptome, die eine Vertrauensperson hat, leidet unter Einsamkeitsgefühlen (25,3%), aber fast jede zweite Person mit depressiven Symptomen (43,7%). Bei den Personen ohne Vertrauensperson macht die depressive Symptomatik einen deutlich kleineren Unterschied bezüglich Einsamkeitserleben (47,1 gegenüber 56,1%).

Vereinfacht kann man sagen: Wer keine Vertrauensperson hat, fühlt sich häufig einsam – unabhängig davon, ob depressive Symptome vorhanden sind oder nicht. Wer sich hingegen trotz vorhandenen Vertrauenspersonen einsam fühlt, der leidet gehäuft unter depressiven Symptomen. Dies mag eine Erklärung dafür sein, dass zwar nur rund 13% der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen keine Vertrauensperson angeben können, aber doch rund 46% eine solche vermissen (Abb. 5.8). Dies kann bedeuten, dass die vorhandene Vertrauensperson die emotionalen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Verbundenheit nicht abdeckt – oder dass die erlebte Einsamkeit und das erlebte Vermis-sen einer Vertrauensperson ein spezifisches Erleben von Personen mit Depression ist, welches mit dem realen sozialen Umfeld der Betroffenen nur bedingt etwas zu tun hat. Aufgrund der gezeigten Ergebnisse scheint beides zuzutreffen: Personen mit depressiven Symptomen haben seltener eine Vertrauensperson und vermissen eine solche auch häufiger, und gleichzeitig gibt es bei Personen mit Depressivität sehr viel mehr Personen, die sich auch bei gegebenen Vertrauenspersonen einsam fühlen. Der Effekt der depressiven Symptomatik scheint dabei insgesamt stärker als derjenige des vorhandenen sozialen Umfeldes.

6 Behandlung depressiver Erkrankungen

In diesem Kapitel wird zunächst übersichtsartig die Allgemeinbevölkerung mit Depressivität oder depressiven Symptomen mit der Patientenpopulation mit affektiven Störungen anhand einiger ausgewählter Merkmale verglichen (6.1). In einem zweiten Teil werden aus den verschiedenen medizinischen Datenquellen zu behandelten Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen Resultate dargestellt. Dieser zweite Teil ist gegliedert nach Art der Versorgung: Patienten/Patientinnen mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung (F3) in der Hausarztpraxis (6.2), in der privaten psychiatrischen Praxis (6.3) sowie in der stationären Behandlung in einem Spital oder in einer psychiatrischen Klinik (6.4).

Aus Gründen der Lesbarkeit wird hier von depressiven Personen gesprochen, wo es sich um Daten zur Allgemeinbevölkerung handelt (Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB und Schweizer Haushalt-Panel SHP) und von depressiven Patienten und Patientinnen, wo es sich um Daten zu behandelten Personen mit affektiven Störungen handelt (Sentinella-Meldestatistik, Befragung der niedergelassenen Psychiater/innen im Kanton Bern und Medizinische Statistik der Krankenhäuser). Die depressiven Personen gemäss SGB und SHP schliessen Personen mit schwachen und mit mittleren bis starken depressiven Symptomen gemäss SGB ein, sowie Personen, die manchmal bis häufig negative Gedanken wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen haben gemäss SHP.

Wo vorhanden werden die Auswertungen ergänzt mit Ausführungen zu Funktionsfähigkeit und sozialer Integration der Patienten und Patientinnen, wobei dafür stellvertretend der Erwerbsstatus fokussiert wird.

6.1 Depressive Personen und Patienten/Patientinnen

Der Vergleich von Personen mit depressiven Symptomen in der Allgemeinbevölkerung mit Patienten/Patientinnen in der ärztlichen Behandlung verdeutlicht, dass es sich bei den Patientinnen und Patienten um eine selektive Population handelt: Jüngere Personen mit depressiven Symptomen sind in allen Behandlungssettings untervertreten und Männer in den hausärztlichen und psychiatrischen Praxen. Besonders häufig in Behandlung sind allein lebende, ledige und getrennt lebende Personen sowie Erwerbslose. In Bezug auf den Bildungsstand ist zu unterscheiden: Während sich depressive Klinikpatientinnen und -patienten bildungsmässig nicht von depressiven Personen generell unterscheiden, werden in der privaten psychiatrischen Praxis sehr viel häufiger Personen mit hohem Bildungsstand behandelt.

2010 wurden insgesamt etwa 340'000 Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Praxen behandelt und die psychiatrischen Kliniken und somatischen Spitäler verzeichneten rund 83'000 Hospitalisationen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose (Schuler & Burla, 2012). In den allgemeinmedizinischen Praxen wurden im selben Jahr rund 5'000'000 Patienten/Patientinnen behandelt, was angesichts der Prävalenz psychischer Störungen in der Hausarztpraxis von etwa 30% bedeutet, dass die Hausärzte und Hausärztinnen rund 1'500'000 Patientinnen und Patienten sehen, die im Jahresverlauf (unter anderem) an einer psychischen Störung leiden. Das macht bei weitem den grössten Teil psychisch kranker Personen aus – was allerdings noch nicht bedeutet, dass die Hausärzte und Hausärztinnen deren psychische Störung auch behandeln. 62% der in ärztlichen Praxen gestellten psychiatrischen Diagnosen werden nämlich von den Psychiater/innen gestellt, 36% von den Allgemeinpraktizierenden und 2% von anderen Ärzten/Ärztinnen.

Personen, die wegen einer affektiven Störung in ärztlicher Behandlung sind, zeigen nicht selbstverständlich dasselbe Profil wie Personen mit depressiven Symptomen in der Allgemeinbevölkerung (von denen natürlich auch ein Teil in ärztlicher Behandlung ist). Dies hängt damit zusammen, dass die Bevölkerungsdaten auch subklinische Zustände erfassen, während die diagnostizierten Patienten/Patientinnen definitionsgemäss alle eine klinisch relevante Depression aufweisen. Dabei ist jedoch daran zu erinnern, dass gerade die Behandlung auch leichter Depressionen oder Depressivität sinnvoll sein kann, um chronische Verläufe zu vermeiden. Zudem sind auch leichtere Depressionen – wie gezeigt – mit einem erheblichen Ausmass an Leiden und Behinderung verbunden. Die Gegenüberstellung kann also Hinweise auf Versorgungslücken geben.

Vergleicht man die Altersverteilung von Personen mit zumindest leichter depressiver Symptomatik mit wegen affektiven Störungen behandelten Patienten/Patientinnen, so fällt auf, dass jüngere Personen unter 35 Jahren in der Behandlung unterrepräsentiert sind (Abb. 6.1). Obwohl rund ein Fünftel bis ein Viertel der Depressionen Personen im jüngeren Alter betrifft, macht diese Altersgruppe lediglich zwischen 15,6% (in den psychiatrischen Praxen) und 18,9% (in der hausärztlichen Behandlung) aus. Insgesamt entfallen auch nur 13,2% aller F3-Diagnosen auf diese Altersgruppe. Anders ausgedrückt, während depressive Symptome bei Jüngeren ebenfalls sehr

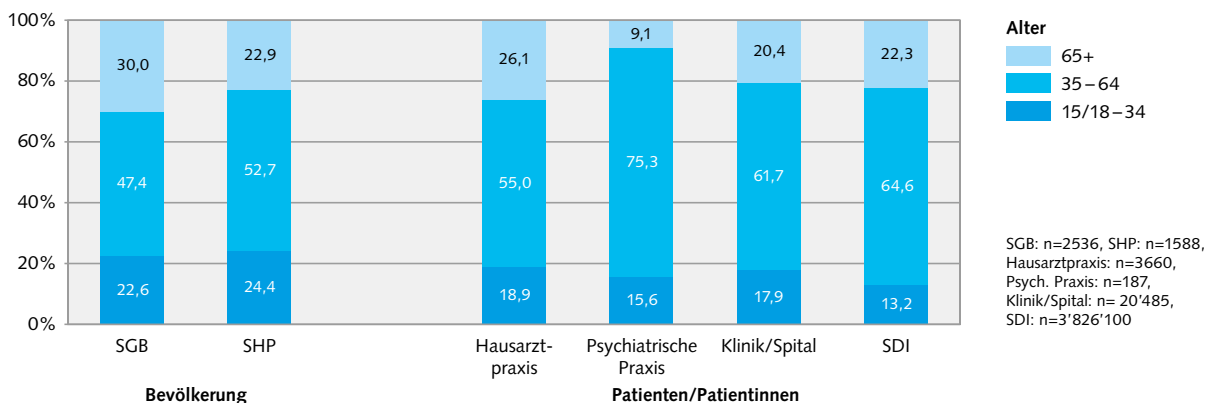
häufig sind – und eine frühe Behandlung auch besonders wichtig wäre – werden jüngere Personen seltener behandelt.

Auch ältere Personen mit depressiven Symptomen, die rund ein Viertel der depressiven Personen in der Bevölkerung ausmachen, sind in der spezialisierten psychiatrischen Behandlung seltener repräsentiert. Dies gilt vor allem für die private psychiatrische Praxis, wo sie nur 9,1% aller behandelten Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen ausmachen. Lediglich in der Hausarztpraxis (und in der Diagnosestatistik SDI) entspricht ihr Anteil den Verhältnissen in der Bevölkerung.

Männer mit depressiven Symptomen sind in der ambulanten Behandlung ebenfalls unterrepräsentiert (Abb. 6.2). Während 36–42% der depressiven Symptome Männer betreffen, sind diese in der ambulanten Behandlung seltener vertreten. Dies gilt insbesondere für die ambulante psychiatrische Behandlung in den Praxen, wo nur rund ein Viertel der Klientel mit affektiven Störungen Männer sind. Die stationäre Behandlung reflektiert die populationsbezogenen Verhältnisse relativ gut, und auch in der hausärztlichen Behandlung sind depressive Männer etwas weniger stark unterrepräsentiert. Dabei ist zu beachten, dass gerade bei den stärkeren Symptomen Männer ähnlich häufig betroffen sind wie Frauen. Männer mit Depressionen scheinen demnach seltener ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen als Frauen.

Jüngere Depressive sind in der ärztlichen Behandlung unterrepräsentiert,
 Altersverteilung von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen

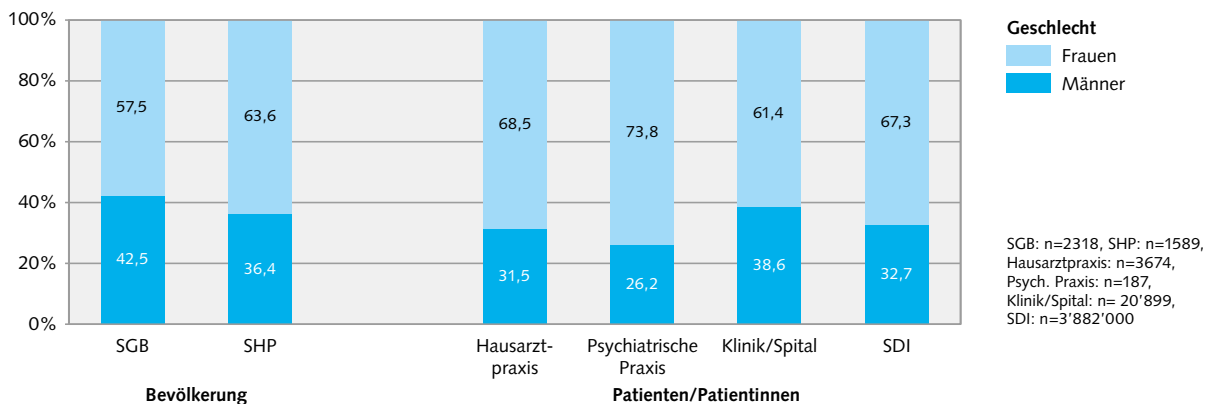
Abb. 6.1



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009; Sentinella-Meldestatistik 2008/2009 (Hausarztpraxis); Amsler et al., 2010, Befragung Psychiatrische Praxen Kanton Bern 2009 (Psych. Praxen); BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Klinik/Spital); IMS Health GMBH, Schweizerischer Diagnose Index 2010 (SDI) © Obsan

Depressive Männer sind in der ambulanten Behandlung unterrepräsentiert,
 Geschlechterverteilung von Personen mit depressiven Symptomen
 in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression
 nach verschiedenen Datenquellen

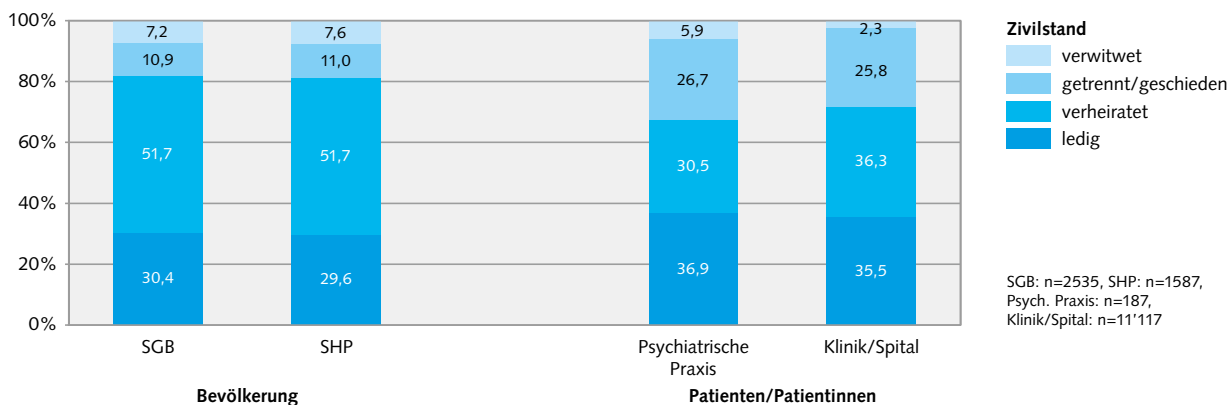
Abb. 6.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009; Sentinella-Meldestatistik 2008/2009 (Hausarztpraxis); Amsler et al., 2010, Befragung Psychiatrische Praxen Kanton Bern 2009 (Psych. Praxen); BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Klinik/Spital); IMS Health GMBH, Schweizerischer Diagnose Index 2010 (SDI) © Obsan

Ledige Depressive sind in der psychiatrischen Behandlung überrepräsentiert,
 Verteilung des Zivilstandes von Personen mit depressiven Symptomen
 in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression
 nach verschiedenen Datenquellen

Abb. 6.3



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009; Amsler et al., 2010, Befragung Psychiatrische Praxen Kanton Bern 2009 (Psych. Praxen); BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Klinik/Spital) © Obsan

In Bezug auf den Zivilstand manifestieren sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Allgemeinbevölkerung und Patientenkollektiv mit Depression (Abb. 6.3). Während Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen in der spezialisierten psychiatrischen Behandlung nur zu rund einem Drittel verheiratet sind, liegt der Wert für Personen mit depressiven Symptomen in den Bevölkerungsbefragungen bei über 50%. Der Anteil lediger Personen liegt entsprechend bei den Patienten und Patientinnen um etwa 10 Prozentpunkte höher.

Weiter fällt auch der deutlich erhöhte Anteil der getrennt und geschieden Lebenden in den Behandlungssettings auf. Von behandelten depressiven Patienten und Patientinnen ist rund ein Viertel geschieden, während dies bei den Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung bei rund 11–12% der Fall ist. Behandelte depressive Patienten/Patientinnen zeigen hier also eine geringere soziale Integration sowie geringere soziale Unterstützung – wenn man das Merkmal «verheiratet» als Indikator dafür nimmt.

Weiter spielt der Bildungsgrad nicht nur als Risikofaktor für depressive Erkrankungen eine Rolle, sondern auch für die Art der in Anspruch genommenen Behandlung (Abb. 6.4).

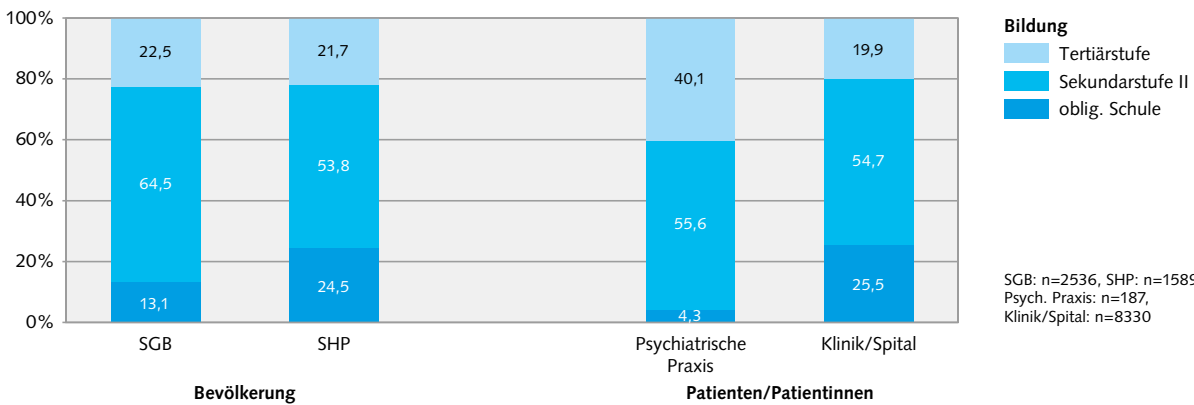
In der Bevölkerung haben rund 13–25% der Personen mit depressiven Symptomen lediglich die obligatorische Schule besucht. Betrachtet man die Behandlungssettings in den Kliniken und Spitälern sowie in der psychiatrischen Praxis, so zeigen sich folgende Gegensätze: Stationär hospitalisiert werden relativ häufig Depressive mit geringer Bildung und seltener Personen mit höheren

Bildungsabschlüssen, während sich die depressive Klientel in den privaten psychiatrischen Praxen genau durch die umgekehrte Häufigkeitsverteilung auszeichnet.

Depressive Patienten und Patientinnen in der privaten psychiatrischen Praxis sind mit 40,1% Tertiärabschlüssen überdurchschnittlich häufig gut gebildet (die sehr geringe Quote von Personen mit lediglich obligatorischem Schulabschluss ist hier wegen etwas anderer Variablenausprägung nicht vollständig vergleichbar). Dass gebildete psychisch Kranke sehr viel häufiger spezialisierte ambulante Behandlung aufsuchen und wenig gebildete

Gebildete sind in den psychiatrischen Praxen überrepräsentiert,
Verteilung der Bildung von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen

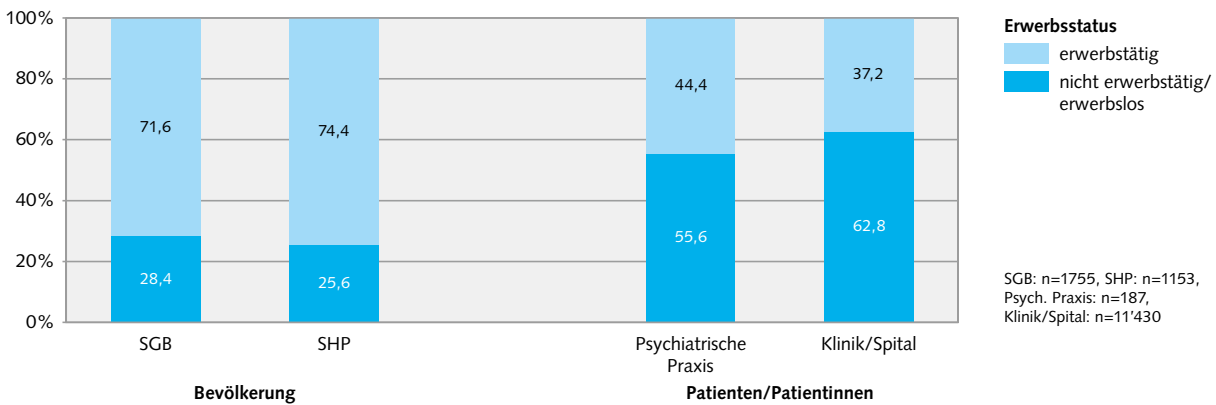
Abb. 6.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009; Amsler et al., 2010, Befragung Psychiatrische Praxen Kanton Bern 2009 (Psych. Praxen); BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Klinik/Spital) © Obsan

Erwerbslose sind in der psychiatrischen Behandlung stark überrepräsentiert,
Verteilung des Erwerbsstatus von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen

Abb. 6.5



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Alter: 18 – 64 Jahre); FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 (Alter: 18 – 64 Jahre); Amsler et al., 2010, Befragung Psychiatrische Praxen Kanton Bern 2009 (Psych. Praxen); BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Klinik/Spital; Alter: 18 – 64 Jahre) © Obsan

Personen häufiger in stationärer Behandlung sind, ist auch aus der versorgungsepidemiologischen Forschung bekannt (Überblick in Fasel et al., 2010).

Der Erwerbsstatus von Personen mit depressiven Symptomen unterscheidet sich sehr deutlich, je nachdem ob es sich um Personen nationaler Surveys oder um Patienten/Patientinnen handelt (Abb. 6.5). Depressive Personen in der Bevölkerung haben einen Anteil an Erwerbslosen von einem Fünftel bis einem Viertel. Behandelte depressive Patienten/Patientinnen hingegen sind zu 55,6 bzw. zu 62,8% nicht erwerbstätig. Damit zeigt sich in der Erwerbstätigkeit der weitaus deutlichste Unterschied von Bevölkerungsstichproben und Patienten/Patientinnen: Die Erwerbslosenrate spezialisiert psychiatrisch behandelter Patienten/Patientinnen ist mindestens doppelt so hoch wie diejenige von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung.

Dies bestätigt unter anderem auch die eingangs genannten Einschränkungen von Daten von Gesundheits-surveys wie der SGB und des SHP, die insbesondere Personen mit geringeren Symptomen erfassen und einen Teil der Personen mit besonders starken Symptomen und mit deutlich ausgeprägter Behinderung (z.B. Heimbewohner/innen) nicht. Insofern zeigt Abbildung 6.5 ein zu positives Bild.

Nur etwas mehr als ein Drittel der stationär behandelten Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen sind erwerbstätig, während es bei denjenigen in der privaten psychiatrischen Praxis 44,4% sind. Diese tiefe Erwerbsquote ist bemerkenswert, da es sich bei den privat behandelten Patienten und Patientinnen sehr häufig um

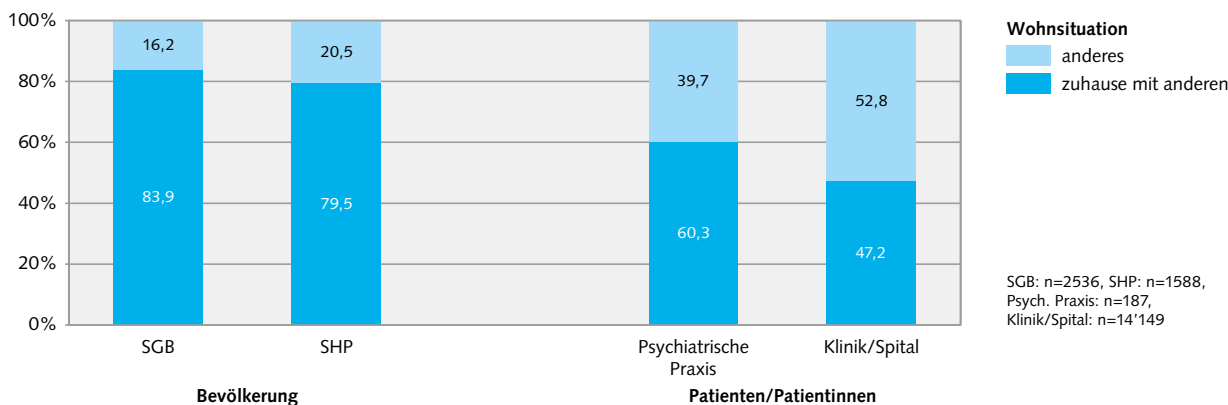
Personen mit hohem Bildungsstand handelt. Ein hoher Bildungsstand hängt eng mit dem Erwerbsstatus zusammen. Betrachtet man die Erwerbstätigkeit, so relativiert sich der geläufige Eindruck etwas, Patienten und Patientinnen psychiatrischer Praxen seien durchschnittlich sozial gut integriert. Private Patienten und Patientinnen verfügen zwar sehr häufig über einen hohen Bildungsstand, aber sie sind relativ selten erwerbstätig.

Angesichts der sehr ausgeprägten Erwerbslosigkeit depressiver Patienten und Patientinnen – die im Übrigen immer noch relativ tief ist im Vergleich mit anderen psychischen Störungen – steht seit neuerer Zeit auch die Frage zur Diskussion, welche Rolle die Behandelnden und die psychiatrische Versorgung generell in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitssituation der Behandelten einnehmen sollte (OECD, 2012). Obwohl sich aufgrund der vorhandenen Daten kein soziales Problem bei Depressiven, und bei psychisch Kranken generell, als so dringend darstellt wie die Erwerbslosigkeit, und obwohl Erwerbstätigkeit und psychische Gesundheit sehr eng verbunden sind (OECD, 2012; Schuler & Burla, 2012), wird von der Behandlungsseite zu wenig unternommen, um Patienten und Patientinnen vermehrt am Arbeitsplatz zu halten oder sie wieder einzugliedern. Vielmehr haben Psychiater und Psychiaterinnen selten Kontakt zu Arbeitgebenden (Kap. 6.3).

Schliesslich ist neben der beruflichen Ausgliederung auch die soziale Lebenssituation respektive die partnerschaftliche Situation von Depressiven in Bevölkerungsstichproben und behandelten depressiven Patientinnen und Patienten unterschiedlich. Personen mit depressiven

Behandelte Depressive leben häufiger alleine oder betreut,
Verteilung der Wohnsituation von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen

Abb. 6.6



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009; Amsler et al., 2010, Befragung Psychiatrische Praxen Kanton Bern 2009 (Psych. Praxen); BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Klinik/Spital) © Obsan

Symptomen gemäss Surveys wohnen zu rund vier Fünfteln zuhause mit anderen Personen zusammen (Abb. 6.6). Bei depressiven Patienten/Patientinnen in den privaten Praxen ist dies noch bei 60,3% der Fall, wohingegen bei stationär Behandelten die Mehrheit nicht zuhause mit anderen Personen (Freunde, Partnerin, Kinder, Eltern etc.) wohnt, sondern alleine oder in betreuten Einrichtungen (Heim, Spital etc.).

Wenn man die Wohnsituation als Indikator für das Alleinsein von Personen nimmt, so bestätigt sich hier ein weiteres typisches Resultat der Epidemiologie- und Versorgungsforschung: Allein leben ist neben dem sozio-ökonomischen Status einer der wichtigsten Faktoren für die Inanspruchnahme psychiatrischer und auch allgemeinmedizinischer Einrichtungen. Ausserdem gibt es Hinweise, dass diese Einrichtungen teils als Ersatz für das fehlende soziale Umfeld beansprucht werden.

6.2 Hausärztliche Behandlung depressiver Patienten und Patientinnen

Hausärzte/-ärztinnen schätzen die Prävalenz von depressiven Störungen in der Hausarztpraxis auf rund 30%. Mit dem Sentinella-Meldesystem wurden hingegen nur die vergleichsweise wenigen Depressionen von den Hausärzten/Hausärztinnen erfasst, bei denen eine Intervention erfolgte. Bei diesen erfassten Depressionen handelt es sich in rund 50% der Fälle um wiederkehrende Störungen und in rund 60% der Fälle um mittelschwere bis schwere – und meist komorbide – Störungen. Gerade bei den schweren Depressionen wird häufig erst mit mehr als dreimonatiger Verzögerung Behandlung aufgesucht. Die Behandlungsart bei Depressionen unterscheidet sich deutlich zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und Psychiaterinnen/Psychiatern: Während leichtere Depressionen in der Hausarztpraxis vor allem ausschliesslich medikamentös behandelt werden, werden diese in der psychiatrischen Praxis vor allem psychotherapeutisch behandelt. Wie weit die depressiven Patienten/Patientinnen in den verschiedenen Praxen allerdings vergleichbar sind, ist unklar. Insgesamt überweisen Hausärzte/Hausärztinnen depressive Patientinnen und Patienten relativ selten in eine psychiatrische Behandlung.

Im Folgenden werden Daten des Sentinella-Meldesystems zu Patienten und Patientinnen mit depressiven Erkrankungen in der Hausarztpraxis gezeigt. Erfasst wurden von den Hausärzten und Hausärztinnen Neuerkrankungen, das heisst das erstmalige Auftreten einer Depression respektive das erstmalige Auftreten eines Rezidivs. Folgekonsultationen wurden nicht erfasst.

Zum Sentinella-Meldekollektiv gehörten 2009 146 Ärztinnen und Ärzte mit den Fachrichtungen Allgemeinmedizin (55%), Innere Medizin (29%) und Pädiatrie (16%). Hier werden die zusammengezogenen Daten für die Jahre 2008 und 2009 gezeigt, wobei die Frage nach den Elternpflichten der Patienten und Patientinnen mit Depressionen erst 2009 gestellt wurde.

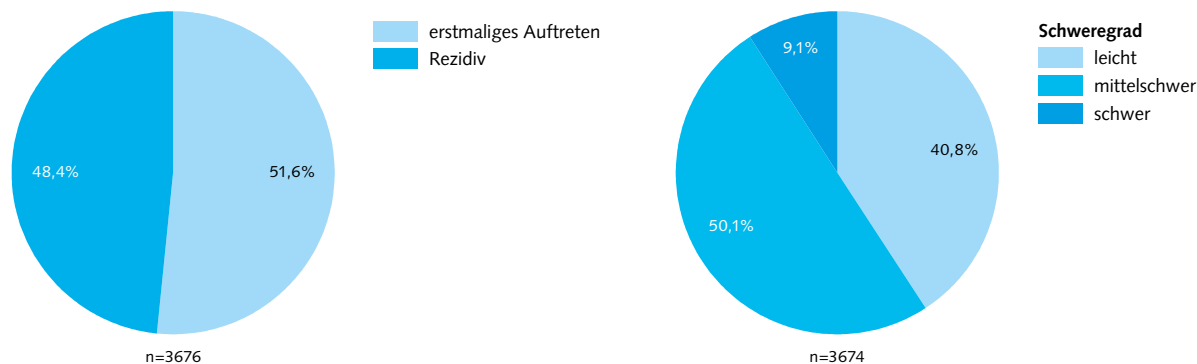
Die Hausärzte und Hausärztinnen meldeten während des gesamten Meldejahres rund 3 neu erkrankte Depressionsfälle (Meldekriterien nach ICD-10) pro 1000 Einwohner, was einer Inzidenz (Neuerkrankungsrate) von 0,3% entspricht. Dies ist deutlich unter dem zu erwartenden Inzidenz-Wert von 1–2% (Hautzinger, 1998). Dies hat damit zu tun, dass sich die Hausärzte/-ärztinnen ausserstande sahen, sämtliche Patienten und Patientinnen mit depressiven Störungen zu melden, weil es zu viele seien. Geschätzt wurde die reale Prävalenz von Depressionen in der Hausarztpraxis auf rund 30%. Die folgenden Daten beziehen sich deshalb ausschliesslich auf die Depressionsfälle, bei denen auch eine Intervention erfolgte. Dies ist unter anderem bei den Auswertungen zum Schweregrad der depressiven Störungen in der Hausarztpraxis von Bedeutung: «Leicht» bedeutet hier, dass der Schweregrad der überhaupt erfassten (eher schwereren) Depressionen im Vergleich zu den anderen erfassten Fällen eher leicht ist.

Dass die leichteren Fälle in der Sentinella-Meldestatistik nicht erfasst wurden, ist aufgrund der Bedeutung leichter Depressionen sehr zu bedauern. Zum einen sind die leichteren depressiven Störungen inklusive subklinische Depressivität volkswirtschaftlich von erheblicher Bedeutung, zum anderen wäre ihre Erfassung aus präventiven Überlegungen zentral. Gerade im relativ frühen Kontakt der Hausärzte/-ärztinnen zu den Personen mit leichteren oder drohenden depressiven Erkrankungen liegt das grosse gesundheitspolitische Potential dieses Versorgungsbereiches.

Die ersten Auswertungen zu den depressiven Patienten und Patientinnen zeigen Daten zur Chronizität, zum Schweregrad und zur Komorbidität der Depressionen. Rund die Hälfte der gemeldeten Behandelten mit depressiven Erkrankungen leiden gemäss Hausarzt/-ärztin unter einer erstmaligen Depression (Abb. 6.7, links). Die andere Hälfte betrifft Erstkonsultationen bei wiederkehrenden Depressionen (Rezidive). Dies verdeutlicht, dass es sich bei Depressionen häufig um wiederkehrende oder gar chronische Störungen handelt.

Folgeerkrankungen und schwerere depressive Störungen sind häufig, Häufigkeit von Erkrankungsart und Schweregrad, 2008/2009

Abb. 6.7



Datenquelle: BAG, Sentinella-Meldestatistik 2008/2009

© Obsan

Die rechte Seite der Abbildung (Abb. 6.7) zeigt weiter, dass nur etwa 40% der gemeldeten Depressionen leichte Depressionen sind – wobei nochmals daran erinnert sei, dass effektiv leichte Depressionen gar nicht gemeldet wurden. Diese so genannt leichten Depressionen sind in Realität immerhin so gravierend, dass sie behandelt wurden. Als «leicht» wurden von den Hausärzten und Hausärztinnen Depressionen eingestuft, bei denen die Betroffenen Alltagsaktivitäten noch bewältigen können, wenn auch mit Erschwernissen. «Mittelschwer» sind Depressionen, wenn Alltagsaktivitäten nur noch mit grosser Mühe bewältigt werden können, und bei «schweren» Depressionen können die Alltagsaktivitäten nicht mehr bewältigt werden, und/oder es besteht zudem eine Lebensgefährdung durch suizidale Gedanken etc.

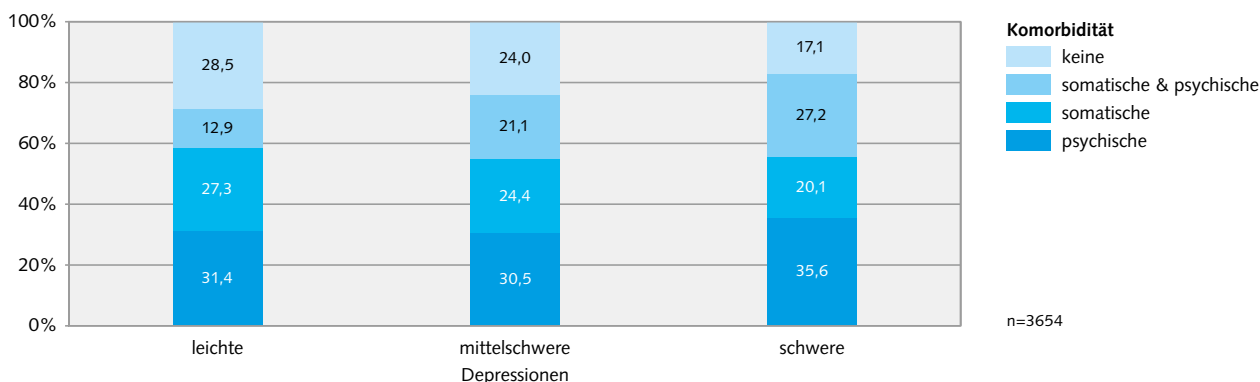
Rund 50% sind mittelschwere Störungen und rund 9% sind schwere Störungen. Hier wird demnach zum einen bestätigt, dass es sich bei Depressionen – jedenfalls

bei jenen, die in der Hausarztpraxis behandelt werden – relativ oft um länger dauernde und verhältnismässig gravierende Störungen handelt, welche die Alltagsbewältigung in rund 60% der Fälle so stark einschränken, dass von einer deutlichen Behinderung ausgegangen werden muss.

Typischerweise hängt der Schweregrad mit Art und Ausmass der Komorbidität zusammen (Abb. 6.8). Zum einen nehmen mit zunehmendem Schweregrad der Depression die Fälle ohne komorbide Erkrankung deutlich ab (von 28,5 bei leichten auf 17,1% bei schweren Depressionen), und die rein psychische sowie die kombinierte somatische und psychische Komorbidität nehmen zu (von 31,4 auf 35,6% für rein psychische Komorbidität und von 12,9 auf 27,2% für kombinierte Komorbidität). Die Fälle mit rein somatischer Komorbidität hingegen nehmen mit höherem Depressionsgrad ab (von 27,3 auf 20,1%). Das heisst, dass in erster Linie die psychiatrische

Komorbidität und Schweregrad hängen zusammen, Häufigkeit komorbider somatischer und/oder psychischer Erkrankungen nach Schweregrad der Depression, 2008/2009

Abb. 6.8

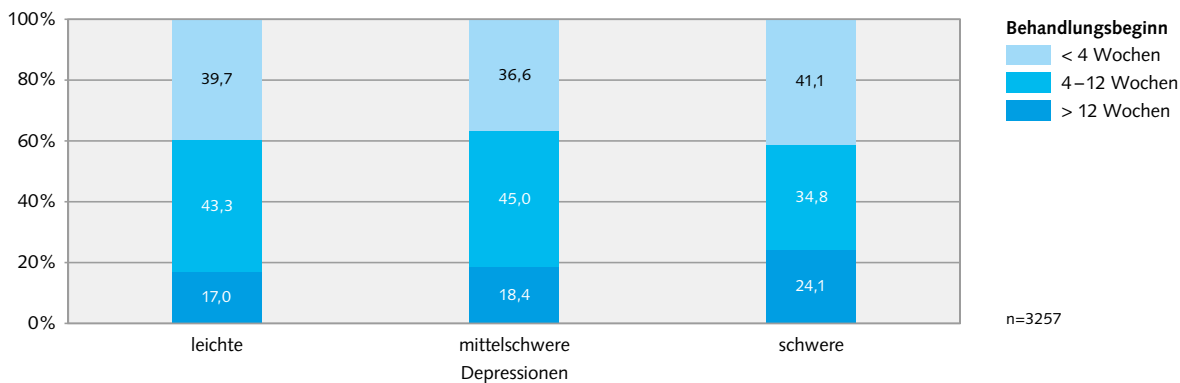


Datenquelle: BAG, Sentinella-Meldestatistik 2008/2009

© Obsan

Stark verspätete Behandlungen sind bei schweren Depressionen häufiger,
Häufigkeit des Behandlungsbeginns nach Schweregrad der Depression,
2008/2009

Abb. 6.9



Datenquelle: BAG, Sentinella-Meldestatistik 2008/2009

© Obsan

Komorbidität im Zusammenhang mit einem höheren Schweregrad der Depression steht sowie die Anzahl der Komorbiditäten. Dies bestätigt oben gezeigte Resultate (Kap. 4.2), dass Depressionen vor allem dann gravierend und auch invalidisierend sind, wenn weitere psychiatrische Erkrankungen hinzukommen (Persönlichkeitsstörung, Angst, Sucht etc.). Allgemein zeigt sich, dass lediglich 17,1% der schweren depressiven Störungen keine Komorbidität aufweisen.

Je früher eine depressive Behandlung in Anspruch genommen wird, desto günstiger ist nicht nur die Verlaufsprognose, sondern desto grösser ist auch die Wahrscheinlichkeit, nach einer Erkrankung wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Die Auswertung der Hausarzt-daten verdeutlicht, dass ein grosser Teil der Erkrankten binnen 4 Wochen nach Erkrankungsbeginn hausärztliche Behandlung aufgesucht hat (Abb. 6.9).

Der Anteil der Personen, die relativ rasch Behandlung aufsuchen, unterscheidet sich nicht nach Schweregrad der Depression. Hingegen ist der Anteil der Personen, die erst spät in Behandlung kommen, bei schweren Depressionen gegenüber leichten und mittelschweren Zuständen klar erhöht. Suchen nur 17–18% der Personen mit leichten und mittleren Depressionen erst nach mindestens 3 Monaten den Hausarzt/die Hausärztin auf, so ist dies bei schweren Depressionen rund ein Viertel der Fälle. Dies ist ein ungünstiges Resultat, sollten doch gerade Personen mit schweren Depressionen rasch in Behandlung kommen, da ein hoher Schweregrad einer depressiven Neuerkrankung ein wesentlicher Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf und für eine Invalidisierung darstellt.

Der Zusammenhang kann natürlich auch bedeuten, dass die Depression in diesen Fällen gerade wegen des späten Behandlungsbeginns schwer sind – und zu einem früheren Krankheitsstadium vielleicht noch leichter waren, das heisst, die Krankheitsschwere kann auch ein Resultat der verzögerten Behandlung sein.

Die Fragen zur Behandlung der depressiven Erkrankungen durch den Hausarzt/die Hausärztin selbst – in rund 13% der Fälle haben diese an ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen überwiesen – zeigen, dass mit zunehmendem Depressions-Schweregrad der Anteil der kombiniert mit Antidepressiva und Psychotherapie behandelten Patienten/Patientinnen sehr stark ansteigt (Abb. 6.10). Während bei leichten Depressionen nur 18,9% kombiniert behandelt werden, sind es bei mittelschweren Zuständen 34,0% und bei schweren 51,1%. Gleichzeitig sinkt mit zunehmender Schwere der Anteil alleiniger psychotherapeutischer Behandlungen.

Bemerkenswerterweise sinkt aber auch der Anteil der ausschliesslich mit antidepressiver Medikation behandelten Hausarzt-Patienten/Patientinnen von 60,5% bei leichten bis auf 37,2% bei schweren Störungen. Grundsätzlich gilt die Regel, dass bei leichten und mittelschweren Depressionen Psychotherapie eher das Mittel der Wahl ist als Antidepressiva, während Antidepressiva vor allem bei schwereren Depressionen unerlässlich sind. Nimmt man die Anteile ausschliesslich antidepressiv Behandelte sowie kombiniert Behandelte (Antidepressiva und Psychotherapie) zusammen, so erhalten schon bei den leicht Depressiven rund 80% Antidepressiva (bei den mittelschweren rund 85% und bei den schweren Zuständen rund 88%). Nimmt man die beiden

Anteile von Personen, die Psychotherapie erhalten, zusammen (entweder als alleinige Behandlung oder kombiniert), so sind dies bei leichten Fällen etwa 31%, bei mittleren 43% und bei schweren Zuständen fast 60%. Man kann sich fragen, ob nicht ein höherer Anteil von psychotherapeutischer Behandlung (mit oder ohne Antidepressiva) gerade bei den leichteren Fällen sinnvoll sein könnte.

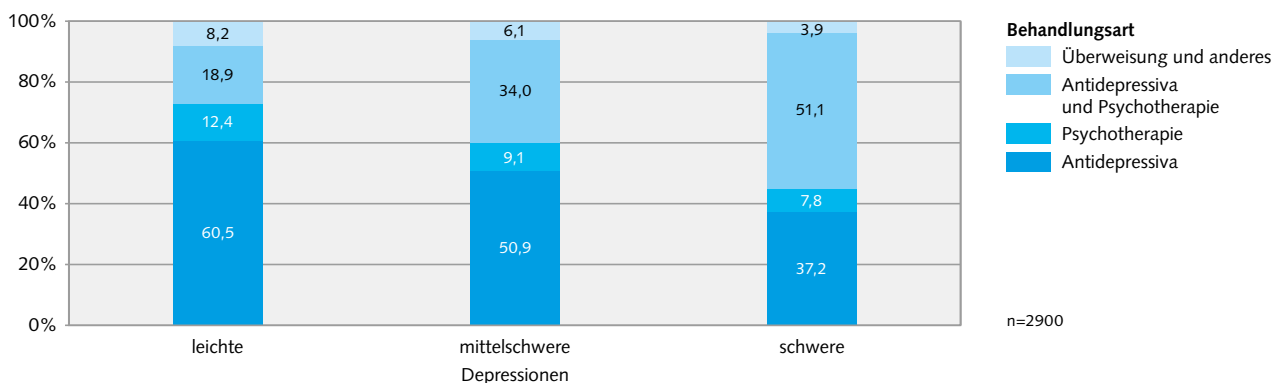
Generell scheint schliesslich die Überweisungsrate in spezialisierte psychiatrische Behandlung relativ gering (rund 13%). Gerade bei komorbiden mittelschweren und schwereren Depressionen – und bei Bedarf nach psychotherapeutischer Behandlung – sind Überweisungen oft sinnvoll und auch empfohlen. Während demnach auf der

einen Seite Hausärzte und Hausärztinnen zunehmend für depressive Erkrankungen sensibilisiert werden und diese in der Praxis auch häufig wahrnehmen (durch Hausärzte/Hausärztinnen geschätzte Prävalenz von rund 30%), so ist es diskussionswürdig, dass gerade leichtere Depressionen zwar häufig mit Antidepressiva behandelt werden, aber keine Psychotherapie erhalten, und zudem sehr selten an Fachärzte oder Fachärztinnen überwiesen werden.

In der folgenden Abbildung lassen sich anhand der Daten des Schweizerischen Diagnose Index (SDI) relativ deutliche Unterschiede in der Behandlung affektiver Störungen durch Allgemeinpraktiker/innen einerseits sowie durch Psychiater/innen andererseits erkennen (Abb. 6.11).

Bei leichteren Depressionen werden überwiegend Antidepressiva eingesetzt,
Häufigkeit verschiedener Behandlungsarten nach Schweregrad der Depression, 2008/2009

Abb. 6.10

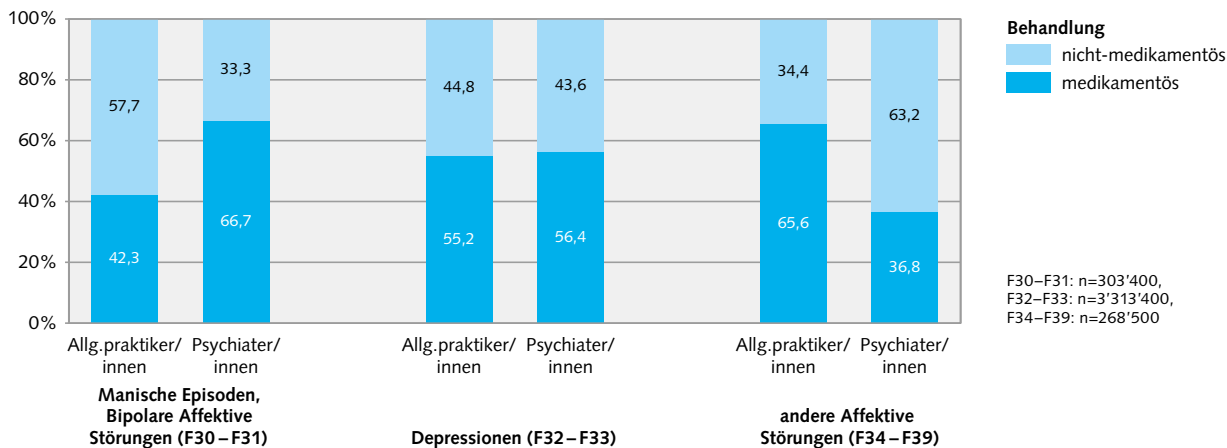


Datenquelle: BAG, Sentinella-Meldestatistik 2008/2009

© Obsan

Deutliche Unterschiede in der medikamentösen Behandlung zwischen Allgemeinpraktikern/-praktikerinnen und Psychiatern/Psychiaterinnen,
Häufigkeit medikamentöser resp. nicht-medikamentöser Behandlung affektiver Störungen, 2010

Abb. 6.11



Datenquelle: IMS Health GmbH, Schweizerischer Diagnose Index (SDI) 2010

© Obsan

Bei den manischen (F30) und bipolaren affektiven Störungen (F31) behandeln Hausärzte/Hausärztinnen – anders als die Psychiater/innen – überwiegend nicht medikamentös, wohingegen sie die anhaltenden affektiven Störungen (F34–F39; vor allem Dysthymie F34) zu zwei Dritteln medikamentös behandeln. Die Psychiater/innen hingegen behandeln genau umgekehrt zwei Drittel der Patienten und Patientinnen mit Dysthymie nicht medikamentös. Die depressiven Episoden (F32) und die rezidivierenden depressiven Störungen (F33) werden von Hausärzten/Hausärztinnen und Psychiatern/Psychiaterinnen insgesamt zwar gleich häufig medikamentös behandelt – allerdings werden in der Hausarztpraxis nicht dieselben Patienten/Patientinnen mit F32–F33 medikamentös behandelt wie in der psychiatrischen Praxis (Abb. 6.17 im Vergleich mit Abb. 6.10).

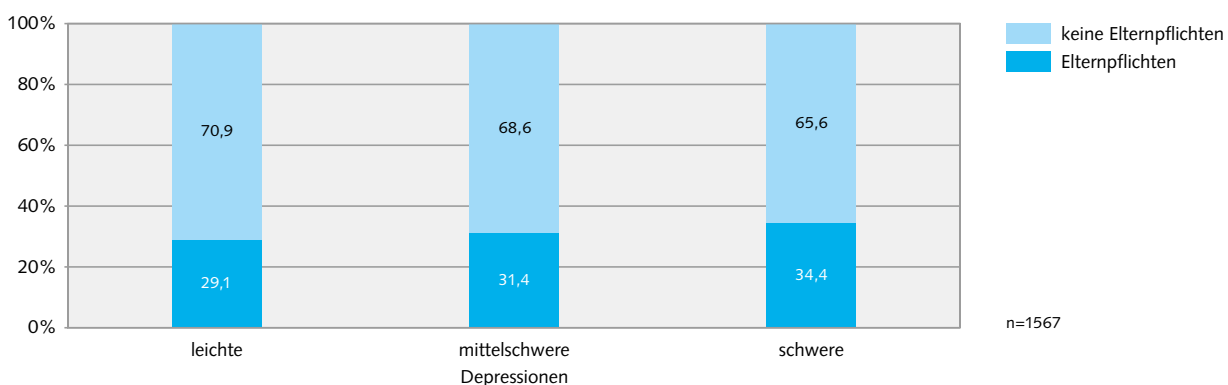
Im Überblick, und nach affektiver Störung differenziert, unterscheidet sich das Verschreibungsverhalten der Allgemeinpraktiker/innen deutlich von demjenigen der Spezialisten/Spezialistinnen – wobei anhand der Daten nicht zu klären ist, inwieweit die Patienten und Patientinnen der beiden Facharzttrichtungen vergleichbar sind. Dennoch kann man vereinfacht festhalten, dass Hausärzte/Hausärztinnen im Vergleich zu den Psychiater/innen bei manischen und bipolaren Erkrankungen (F30–F31) selten medikamentös behandeln, bei chronischen Depressionen mit geringem Schweregrad (F34) oft, und bei den depressiven Episoden und rezidivierenden Depressionen (F32–F33) oft medikamentös (hauptsächlich mit Antidepressiva) und selten mit Gesprächen.

Schliesslich lässt sich anhand der Hausarzttdaten noch auf ein weiteres, praktisch sehr relevantes Thema aufmerksam machen, dem häufig – auch in dieser Untersuchung – nicht der nötige Stellenwert zukommt, nämlich den Kindern depressiv Erkrankter (Abb. 6.12). Rund ein Drittel der depressiven Hausarztpatienten und -patientinnen hat Elternpflichten, wobei der Anteil mit zunehmendem Schweregrad leicht ansteigt. In Anbetracht der Definition der Schweregradgruppen muss man davon ausgehen, dass Personen mit mittelschweren Depressionen nur noch mit grosser Anstrengung in der Lage sind, ihre Kinder zu betreuen, das heisst, diese Aufgabe fällt dann vor allem dem Partner oder der Partnerin zu.

Dabei ist zu bedenken, dass depressive Personen nicht selten alleinerziehend sind, das heisst, die Elternpflichten können eine sehr grosse Belastung für depressive Personen sein, oder sie können möglicherweise gar nicht mehr bewältigt werden. Letzteres gilt vor allem auch für schwere Depressionen, wo der Anteil der Patienten und Patientinnen mit Elternpflichten besonders hoch ist (möglicherweise unter anderem auch wegen der Belastung durch Elternpflichten). Betrachtet man die Daten der depressiven Patienten/Patientinnen, die stationär behandelt oder bei niedergelassenen Psychiater/innen behandelt werden, so zeigen sich etwas geringere, aber immer noch substantielle Anteile von Personen mit Elternpflichten (rund 25%). Jedenfalls ist die Kinderbetreuung durch depressive Elternteile, vor allem auch bei Alleinerziehenden, ein auch quantitativ nicht zu unterschätzendes Problem.

Ein Drittel der depressiven Patienten/Patientinnen hat Kinder, Häufigkeit der Elternpflichten nach Schweregrad der Depression, 2008/2009

Abb. 6.12

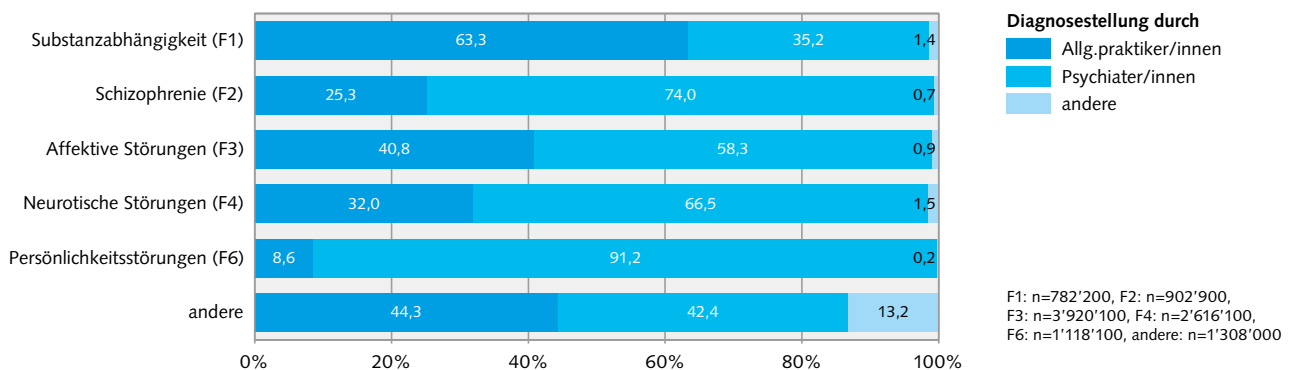


Datenquelle: BAG, Sentinella-Meldestatistik 2008/2009

© Obsan

Nur 40% aller Depressionen werden durch Hausärzte/Hausärztinnen diagnostiziert, Häufigkeit von ausgewählten F-Diagnosen diagnostiziert durch verschiedene Facharztgruppen, 2010

Abb. 6.13



Datenquelle: IMS Health GmbH, Schweizerischer Diagnose Index (SDI) 2010

© Obsan

Die Daten des Schweizerischen Diagnose Index (SDI) von 2010 zeigen, dass Hausärzte/Hausärztinnen weniger als die Hälfte aller Depressionsdiagnosen in der Schweiz stellen (Abb. 6.13). Obwohl in den Allgemeinpraxen 2010 rund 15-mal mehr Patienten und Patientinnen behandelt wurden als in den psychiatrischen Praxen (Schuler & Burla, 2012), und obwohl die Prävalenz von Depressionen in der Hausarztpraxis erheblich ist, stammen nur 41% aller Depressionsdiagnosen von Allgemeinpraktikern und Allgemeinpraktikerinnen. Dies weist auf ein deutliches Missverhältnis hin, auch wenn ein Teil der Depressionen in der hausärztlichen Praxis leichter Natur ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Hausärzte/Hausärztinnen gemäss Schätzung bei rund einem Drittel ihrer Patienten/Patientinnen Depressionen respektive vor allem Depressivität wahrnehmen, dass sie aber nur bei einem geringen – in der Sentinella-Meldestatistik erfassten – Teil auch intervenieren (bei rund 0,3 Prozent gegenüber einer zu erwartenden Neuerkrankungsrate von 1–2%). Dafür sind vielfältige Gründe anzunehmen. Prinzipiell wäre es aus präventiven Überlegungen wünschenswert, dass gerade auch Daten zu Patientinnen und Patienten vorliegen würden, bei denen ärztlicherseits depressive Symptome zwar wahrgenommen aber nicht behandelt werden.

Weiter fällt in den Daten der Sentinella-Meldestatistik der erhebliche Anteil von rezidivierenden Erkrankungen auf, die häufige Komorbidität und, im Zusammenhang damit, ein häufig mittlerer bis schwerer Erkrankungsgrad. In der Behandlung werden generell, relativ unabhängig vom Schweregrad, sehr häufig Antidepressiva verordnet, wobei leichtere und mittlere Depressionen relativ selten psychotherapeutisch behandelt werden.

Schliesslich wird recht selten in eine psychiatrische Behandlung überwiesen, was angesichts des geringen Anteils psychotherapeutisch behandelter Patienten/Patientinnen ebenfalls problematisch erscheint.

6.3 Behandlung durch niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen

Die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater behandeln überwiegend Patienten/Patientinnen mit schweren und wiederkehrenden affektiven Störungen, was sich auch in einer relativ starken sozialen Desintegration niederschlägt. Es fällt auf, dass ein erheblicher Teil der depressiven Klientel in der frühen Biografie körperliche Gewalterfahrungen (rund 40%), sexuelle Gewalt (rund 25%) und Verwahrlosung (rund 20%) erfahren hat. Erwerbstätigkeit ist bei den depressiven Patienten/Patientinnen verbunden mit einer verkürzten Behandlungsdauer bei gleichzeitig besserer Genesung, und dies unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Allerdings haben viele erwerbstätige Patienten und Patientinnen Arbeitsplatzprobleme. Hier fällt auf, dass die Psychiater/innen kaum je Kontakt zu den betreffenden Arbeitgebenden hatten.

Die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater übernehmen in der Schweiz einen erheblichen Anteil an der Versorgung psychisch kranker Personen. Die Dichte psychiatrischer Fachärztinnen und Fachärzte ist in der Schweiz so hoch wie nirgendwo sonst in den Industriestaaten (OECD, 2012). Entsprechend wichtig ist die Erfassung der psychiatrischen Praxisklientel.

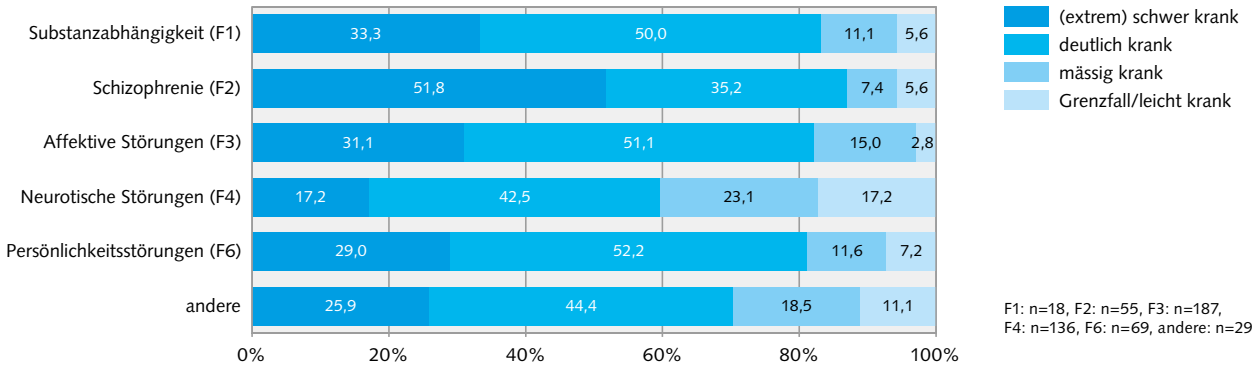
Im Rahmen der Versorgungsplanung zur Weiterentwicklung der Berner Psychiatrie 2011–2014 wurden niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater des Kantons Bern befragt. Sie machten unter anderem detaillierte Angaben zu 500 zufällig ausgewählten Patienten und Patientinnen, die sie an einem Stichtag gesehen hatten. Im Folgenden werden einige ausgewählte Auswertungen dargestellt, wobei ein Schwerpunkt auf die Zusammenhänge von Merkmalen des Krankheits- und Behandlungsverlaufes und des Erwerbsstatus gelegt wird.

Affektive Störungen (F3) sind mit einem Anteil von 38% die häufigste Hauptdiagnose in der psychiatrischen Praxis. Rund 75% der Behandelten mit affektiven Störungen sind Frauen, und rund 40% verfügen über einen Abschluss einer höheren Fachschule oder über einen Universitätsabschluss. Damit sind depressive Patienten und Patientinnen die Klientel mit dem höchsten Bildungsstand in der psychiatrischen Praxis.

Affektive Störungen in der privaten psychiatrischen Praxis haben selten eine leichte Ausprägung (Abb. 6.14). Die Einschätzung der Niedergelassenen anhand der Clinical Global Impression Scale (CGI), einer intuitiven und recht validen Skala, verdeutlicht, dass über 80% der

Nur ein geringer Teil der depressiven Praxisklientel hat leichtere Störungen,
Häufigkeit des Krankheits-Schweregrades bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose, 2009

Abb. 6.14

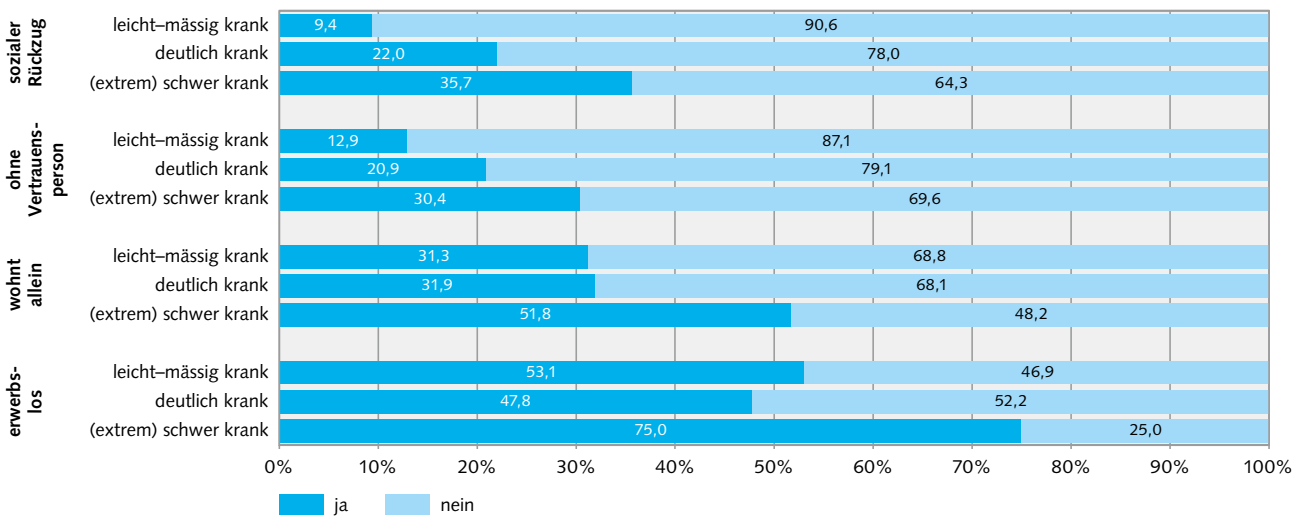


Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

Enger Zusammenhang zwischen Schweregrad und sozial-beruflicher Integration,
Häufigkeit verschiedener Indikatoren der sozialen Integration nach Schweregrad, 2009

Abb. 6.15



sozialer Rückzug: n=179, ohne Vertrauensperson: n=178, wohnt allein: n=180, erwerbslos: n=180

Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

Klientel mit affektiven Störungen deutlich, schwer oder gar extrem schwer krank ist. Damit zeigen die affektiven Störungen ein vergleichbares Muster wie die Persönlichkeitsstörungen oder die Substanzabhängigkeiten. Rund 30% sind schwere Krankheitsbilder und weitere 50% deutliche Krankheitsbilder («deutlich» im Vergleich zu den anderen Patienten und Patientinnen, nicht zu psychisch gesunden Personen).

Wiederum unterscheidet der Schweregrad der affektiven Störung deutlich hinsichtlich verschiedener sozial-beruflicher Integrationsmerkmale (Abb. 6.15).

Mit zunehmendem Schweregrad der depressiven Symptomatik steigt der Anteil der Patienten und Patientinnen, die sich sozial zurückgezogen haben, keine Vertrauensperson haben, alleine wohnen und erwerbslos sind. Die Querschnittsdaten lassen auch hier keine Schlüsse über die Wirkungsrichtung zu. Denkbar ist sowohl, dass die soziale und berufliche Desintegration eine Folge der Krankheit ist und mit stärkerem Krankheitsgrad auch stärkere Formen annimmt, als auch, dass die affektive Störung schwerer ausfällt in Fällen von sozialer Desintegration.

In Bezug auf Versorgung und Arbeitsrehabilitation depressiver Patienten und Patientinnen ist der enge Zusammenhang von Krankheitsmerkmalen (hier die Symptomschwere) und Funktionsfähigkeit wesentlich – ein Zusammenhang, der in der Rehabilitationsforschung lange verneint wurde (dies gilt auch für andere psychische Störungen). Diesem engen Zusammenhang steht in der Praxis eine starke Fragmentierung zwischen Behandlungs- und rehabilitativen Angeboten gegenüber: Rehabilitative Angebote haben meist pädagogische Konzepte, was dazu führt, dass Krankheitsmerkmale der Rehabilitanden oft nicht in die rehabilitative Planung einfließen und dass

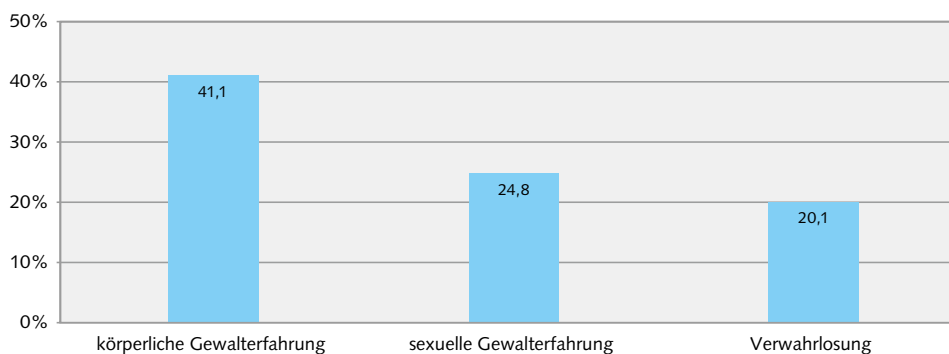
oft nicht mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen zusammen gearbeitet wird. Auf der anderen Seite fokussieren die behandelnden Ärzte und Ärztinnen teils zu selten auf die sozialen und beruflichen Probleme der Patienten und Patientinnen. Der enge Zusammenhang von Krankheitsschwere und Integration verdeutlicht aber die Notwendigkeit eines integrativen Behandlungs- und Rehabilitationsverständnisses.

In Bezug auf den Schweregrad sowie auf den häufig frühen Krankheitsbeginn ist es aufschlussreich zu sehen, wie viele Patientinnen und Patienten in ihrer Biografie Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt oder Verwahrlosung wurden (Abb. 6.16).

41,1% der Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen haben gemäss behandelndem Psychiater/behandelnder Psychiaterin in der Biografie körperliche Gewalt erfahren. Rund 25% erlitten sexuelle Gewalt, und ein Fünftel wuchs zumindest teilweise verwahrlost auf. Dies sind doch erhebliche Werte, die andeuten, dass es sich bei einem erheblichen Teil der depressiven Patienten und Patientinnen um Personen handelt, die schon sehr früh mit starken psychischen Belastungen konfrontiert waren. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass sich rund 75% der depressiven Patienten und Patientinnen schon vor der hier erhobenen Behandlung in einer früheren ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung befanden. Auch dies weist auf einen nicht selten relativ frühen Krankheitsbeginn bei Depressiven hin. Wie stark solche negativen biografischen Erfahrungen einen Einfluss auf die sozial-berufliche Behinderung haben, ist anhand der Psychiater/innen-Befragung nicht zu klären. Hingegen zeigt die Analyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, dass frühe biografische Belastungen generell bei IV-Rentner/innen sehr häufig sind.

Häufige frühe Traumatisierungen bei Depressiven, Häufigkeit verschiedener Indikatoren für Traumatisierungen in der Biografie, 2009

Abb. 6.16



körperliche Gewalterfahrung: n=168,
sexuelle Gewalterfahrung: n=153,
Verwahrlosung: n=184

Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

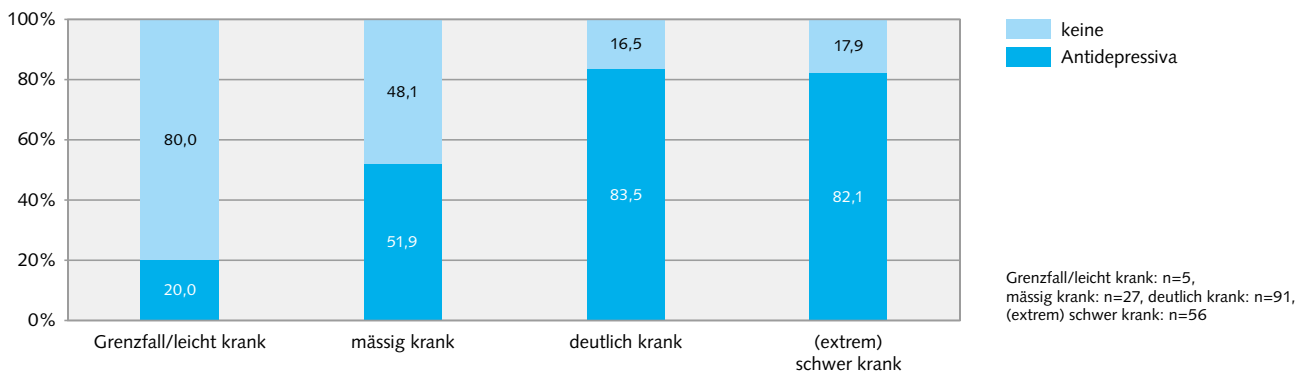
Zur Behandlung der depressiven Patienten und Patientinnen: Im Gegensatz zu den Hausärzten und Hausärztinnen werden leichtere affektive Störungen durch die psychiatrischen Fachärzte/Fachärztinnen nur selten mit Antidepressiva behandelt (Abb. 6.17). Während in der Hausarztpraxis bei 80% der leichten Depressionen Antidepressiva verordnet wird, ist dies bei den leichten Depressionen in der psychiatrischen Praxis genau umgekehrt: Lediglich 20,0% der leichten Depressionen werden durch die Fachärzte und Fachärztinnen medikamentös behandelt. Hingegen steigt der Anteil medikamentös Behandelte mit zunehmendem Schweregrad deutlich an und beträgt bei den mässig Kranken schon über 50% und bei den deutlich und schwer Kranken über 80%. Auch wenn die Schweregrad-Beurteilungen durch Hausärzte/Hausärztinnen und Psychiater/innen nicht a priori deckungsgleich sind, manifestiert sich hier

doch ein markanter Unterschied. Dabei ist allerdings auch festzuhalten, dass den Hausärztinnen und Hausärzten lange vorgeworfen wurde, bei Depressionen zu oft Beruhigungsmittel und zu selten Antidepressiva zu verordnen.

Da aufgrund der vorhandenen Daten – abgesehen vom Bildungsstand der Klientel – allerdings nicht davon auszugehen ist, dass psychiatrische Fachärzte und Fachärztinnen deutlich gesündere Patienten/Patientinnen behandeln, stellen die pharmakologischen Behandlungsarten der Psychiater/innen diejenigen der Hausärzte/Hausärztinnen möglicherweise in Frage. Jedenfalls entspricht die medikamentöse Behandlung der Psychiater/innen den Behandlungsempfehlungen (beispielsweise in Deutschland die Behandlungsleitlinien Depression), welche bei leichteren Depressionen Gespräche als prioritäre Massnahme sehen und Medikamente (und Gespräche) als Mittel der Wahl bei schwereren Depressionen.

Kaum Antidepressiva bei leichteren Störungen bei den psychiatrischen Fachärzten/Fachärztinnen, Häufigkeit medikamentöser Behandlung mit Antidepressiva nach Schweregrad, 2009

Abb. 6.17

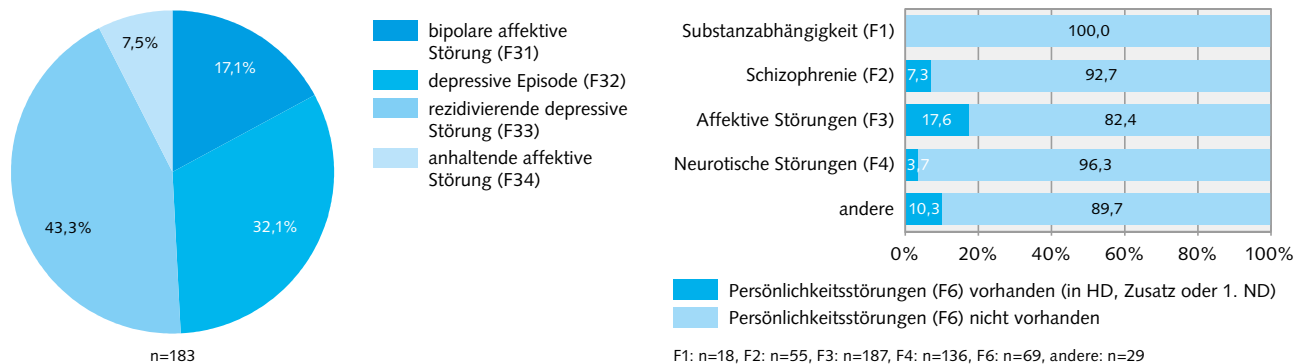


Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

Die Hälfte der Patienten und Patientinnen haben wiederkehrende oder chronische Depressionen, Häufigkeit der dreistelligen Hauptdiagnose bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen und Häufigkeit der psychiatrischen Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung bei verschiedenen Hauptdiagnose-Hauptkategorien, 2009

Abb. 6.18



Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

Die detailliertere Auswertung der Hauptdiagnose zeigt die Verteilung nach den einzelnen Formen der affektiven Störungen (Abb. 6.18). Die Diagnosenverteilung bestätigt ein weiteres Mal die Häufigkeit länger dauernder Depressionen: Die häufigste Diagnose einer affektiven Störung in der psychiatrischen Praxis ist mit einem Anteil von 43,3% die rezidivierende depressive Störung (F33), gefolgt von der depressiven Episode (F32) bei rund einem Drittel der Patienten/Patientinnen und der bipolaren affektiven Störung (F31) mit rund 17% sowie der anhaltenden affektiven Störung (F34) mit 7,5%. Insgesamt kann rund die Hälfte dieser Störungen, nämlich F33 und F34, definitionsgemäss als relativ chronisch bezeichnet werden, und zudem zeigen auch die bipolaren Störungen häufig einen wiederkehrenden Verlauf. Dies ist in der Grössenordnung vergleichbar mit den Hausarzt Daten, wo rund 50% der Erstkontakte im Zusammenhang mit Depressionen nicht eine erstmalige Depression betrafen, sondern den Erstkontakt bei einem Rezidiv.

Die rechte Seite der Abbildung 6.18 zeigt die Häufigkeit der psychiatrischen Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung (F6) bei den verschiedenen Hauptdiagnose-Hauptkategorien. Auch bei depressiven Patienten und Patientinnen in privaten Praxen findet sich ein besonders hoher Anteil von komorbiden Persönlichkeitsstörungen (rund 18%), der höher ausfällt als bei allen anderen Diagnosegruppen. Es wurde in Kapitel 4.2 schon dargestellt, dass dies unter anderem für eine mögliche Invalidisierung relevant ist, da komorbide Persönlichkeitsstörungen definitionsgemäss mit einem erheblichen Ausmass an alltäglicher Behinderung verbunden sind. Invalidisierte Personen mit einer rentenentscheidenden affektiven Störung zeigen darüber hinaus denselben Anteil von komorbiden Persönlichkeitsstörungen (18%). Meist handelt es sich

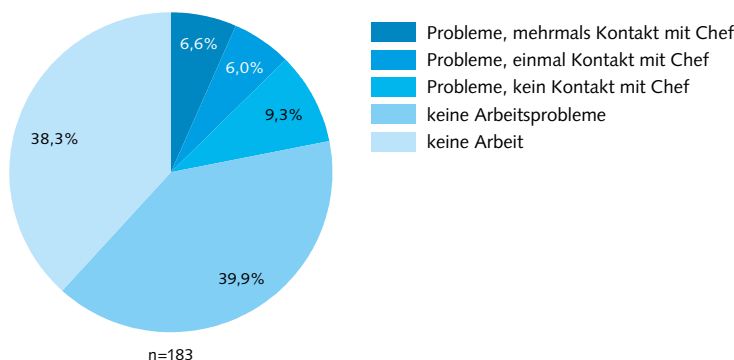
bei der affektiven Störung um eine rezidivierende depressive Störung (F33). Depressionen zeigen demnach in verschiedenen Datenquellen einen Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen – wie er aufgrund des Forschungsstandes auch zu erwarten ist.

Hinsichtlich der Arbeitssituation der depressiven Patienten und Patientinnen liefert die Befragung der niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen einige detailliertere Einblicke (Abb. 6.19). Bei spezialisiert behandelten Depressiven gilt vereinfacht die Drittelsregel: Ein Drittel ist ohne Arbeit, ein Drittel hat Probleme bei der Arbeit und ein Drittel arbeitet ohne Probleme. Diese Variable zur Arbeitssituation ist nicht deckungsgleich mit der oben (Abb. 6.15) gezeigten Variable zum Erwerbsstatus mit den Ausprägungen «erwerbslos»/«erwerbstätig», da hier teilweise auch Arbeitsformen ohne normalen Erwerb wie Ausbildung, geschützte Arbeitstätigkeiten etc. eingeflossen sind.

Wenn Patientinnen und Patienten zwar einen Arbeitsplatz, aber gleichzeitig Arbeitsprobleme hatten, hatten die Psychiaterinnen und Psychiater in knapp zwei Drittel der Fälle mindestens einmal Kontakt mit deren Vorgesetzten, in rund einem Drittel (12 Kontakte) schon mehrmals. Indessen zeigen weitere Auswertungen, dass sich 11 der 12 Kontakte auf Tätigkeiten in Arbeitslosenprogrammen, Eingliederungsstätten und geschützten Werkstätten bezogen und nur in einem einzigen Fall auf einen Arbeitgeber in der freien Wirtschaft. Auch bei den einmaligen Kontakten zum Arbeitgeber (11 Kontakte) betrafen lediglich 5 Kontakte einen Arbeitgeber in der freien Wirtschaft. Hingegen beziehen sich fast alle Fälle, wo kein Kontakt zustande kam (17 Fälle) auf Arbeitsverhältnisse in der freien Wirtschaft (13 Fälle).

Nur 40% der depressiven Patienten und Patientinnen arbeiten ohne nennenswerte Probleme, Arbeitssituation bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Erkrankungen, 2009

Abb. 6.19



Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

Zusammenfassend bedeutet dies, dass Psychiater und Psychiaterinnen in der privaten Praxis bei Arbeitsproblemen ihrer depressiven Patienten und Patientinnen selten einen Kontakt zum Arbeitgeber in der freien Wirtschaft haben. Dies ist angesichts der sowieso schon geringen Erwerbsquote depressiver Patienten/Patientinnen ungünstig und mag ein Indikator dafür sein, wie wenig sich die psychiatrische Behandlung mit der beruflichen Situation ihrer Patienten und Patientinnen auseinandersetzt, obwohl deren Bedeutung auch für die Genesung kaum bestritten ist. Dies widerspricht schliesslich auch dem Stellenwert, den Patienten und Patientinnen der Erwerbsarbeit zuteilen: Erwerbstätigkeit ist eines der zentralen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen, und je nach Untersuchung geben 70 bis 90% der Patienten und Patientinnen an, arbeiten zu wollen (Grove, 2005; Cahn & Baer, 2003; Crowther et al., 2001). Eine ähnliche Problematik findet sich womöglich auch bei den ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen, die erfahrungsgemäss häufig dem Wunsch der Patienten/Patientinnen nach Entlastung entgegenkommen, jedoch nicht ihrem Bedürfnis, erwerbstätig zu bleiben. Hierzu fehlen jedoch bisher nützliche Daten.

Wie relevant die (bezahlte) Erwerbsarbeit ist, zeigen die folgenden Auswertungen:

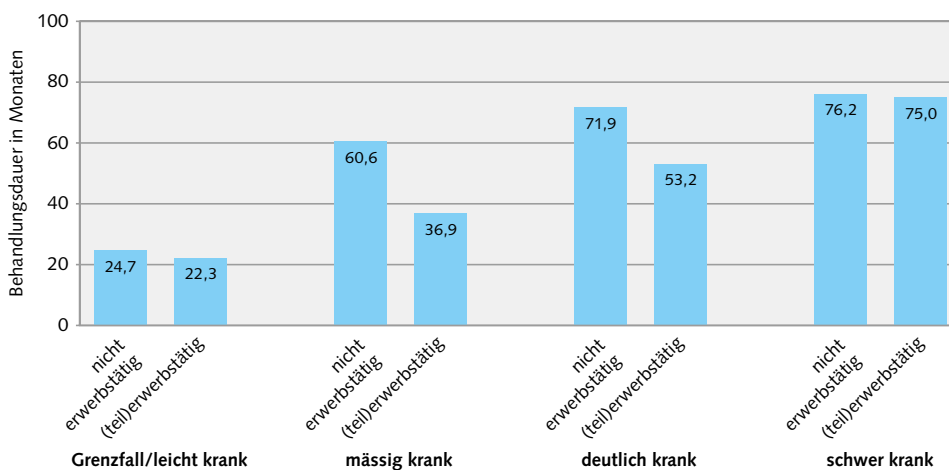
Die Behandlungsdauer ist für den Patienten, die Patientin selbst, aber auch für volkswirtschaftliche Masse der Krankheitslast von Bedeutung. Depressive Patienten und Patientinnen, die zumindest teilweise erwerbstätig sind, zeigen kürzere Behandlungsdauern als nicht erwerbstätige Patienten/Patientinnen (Abb. 6.20).

Besonders deutlich sind die Unterschiede bei den Gruppen der mässig und der deutlich Kranken, die zusammen fast zwei Drittel der depressiven Klientel ausmachen. Bei den mässig Kranken sind die erwerbstätigen Patienten und Patientinnen laut Einschätzung der Psychiater/innen insgesamt rund 37 Monate in Behandlung, während die Behandlung bei den nicht Erwerbstätigen rund 61 Monate dauert. Der Unterschied, der mit der Erwerbstätigkeit zusammenhängt, beträgt somit in dieser Gruppe 23 Monate, also zwei Jahre.

Auch wenn hier wahrscheinlich weitere Faktoren (Komorbidität, Bildung etc.) auf den Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Behandlungsverlauf einwirken, so zeigt sich hier ein sozialer Einfluss auf die Behandlungsdauer und damit auf die Krankheitssituation generell, der in seiner Stärke durch kein anderes Patientenmerkmal auch nur annähernd erreicht wird. Auch bei den deutlich Kranken beträgt der erwerbsbezogene Unterschied in der Behandlungsdauer fast 20 Monate. Interessanterweise macht die Erwerbssituation bei den leicht und schwer Kranken kaum einen Unterschied. Bei der grossen Mehrheit der mittelschweren Depressionen hingegen ist der Einfluss der Erwerbstätigkeit markant.

Ähnliche Zusammenhänge gelten auch für die einzelne Formen der affektiven Störungen (Abb. 6.21). Bei Patienten und Patientinnen mit einer bipolaren affektiven Störung (F31) werden Erwerbstätige rund 20 Monate kürzer behandelt als nicht Erwerbstätige. Bei den depressiven Episoden beträgt der Unterschied 10 Monate und bei den wiederkehrenden Depressionen 15 Monate und bei den Dysthymien, den chronischen Depressionen mit

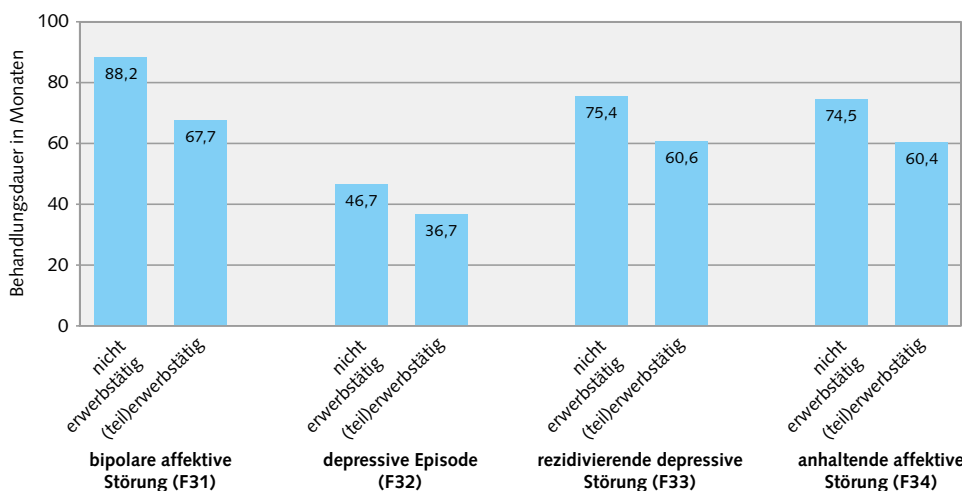
Erwerbstätige Patienten und Patientinnen haben kürzere Behandlungsdauern, Behandlungsdauer (Total der effektiven bisherigen und der voraussichtlichen künftigen Behandlungsdauer) nach Schweregrad und Erwerbsstatus, 2009 **Abb. 6.20**



Grenzfalle/leicht krank: n=5, mässig krank: n=27, deutlich krank: n=91, (extrem) schwer krank: n=56

Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

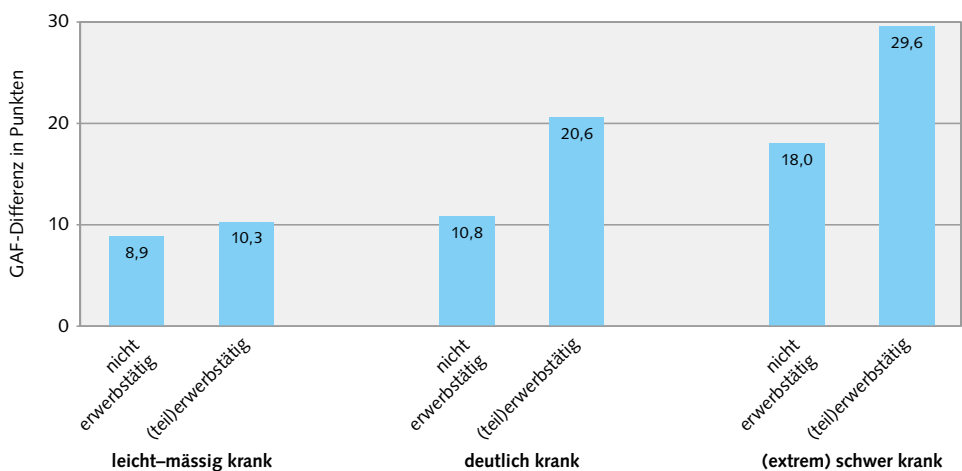
Erwerbstätige gesunden rascher – in jeder Diagnosegruppe,
 Behandlungsdauer (Total der effektiven bisherigen und der voraussichtlichen
 künftigen Behandlungsdauer) nach Diagnose und Erwerbsstatus, 2009 **Abb. 6.21**



F31: n=32, F32: n=59, F33: n=77, F34: n=14

Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009 © Obsan

Erwerbstätige genesen besser, unabhängig vom Schweregrad,
 Verbesserung der Funktionsfähigkeit seit Behandlungsbeginn
 nach Erwerbsstatus und Schweregrad, 2009 **Abb. 6.22**



leicht-mässig krank: n=32, deutlich krank: n=92, (extrem) schwer krank: n=56

Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009 © Obsan

geringerem Schweregrad auch 15 Monate. Die Erwerbstätigkeit macht demnach auch diagnose-unabhängig relevante Unterschiede in der Behandlungsdauer.

Die folgende Abbildung bestätigt, dass es sich bei der kürzeren Behandlungsdauer erwerbstätiger Patienten und Patientinnen nicht um eine Verkürzung zu Lasten der Genesung handelt (Abb. 6.22).

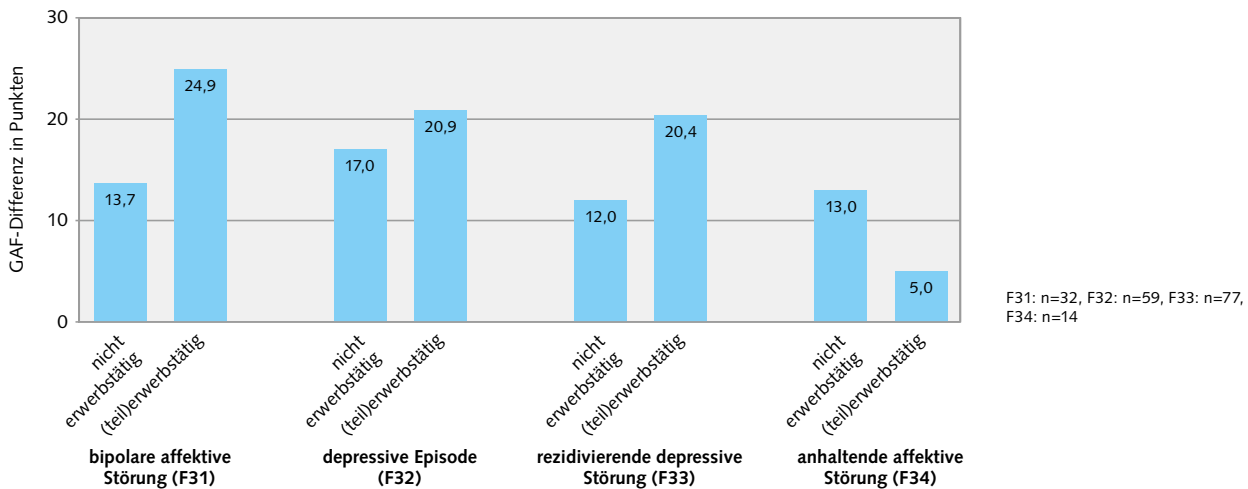
Anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) schätzten die Behandelnden das Funktionsniveau der Patienten und Patientinnen bei Behandlungsbeginn und zum Zeitpunkt der Befragung ein. Diese Skala mit

Werten von 1–100 misst das Funktionsniveau der Patienten und Patientinnen in verschiedenen Bereichen der Alltagsbewältigung. Die Differenz der beiden Einschätzungen (aktueller Skalenwert minus Skalenwert bei Behandlungsbeginn) wird hier als Indikator der Genesung verwendet.

Patienten und Patientinnen, die zumindest teilweise erwerbstätig sind, zeigen über alle Grade der Krankheits-schwere hinweg eine deutlich grössere Differenz zwischen aktuellem Wert und Wert bei Behandlungsbeginn, das heisst, sie haben in ihrem Alltagsleben grössere Fortschritte

Erwerbstätige genesen besser, Verbesserung der Funktionsfähigkeit seit Behandlungsbeginn nach Erwerbsstatus und Diagnose, 2009

Abb. 6.23



Datenquelle: Amsler et al., 2010, Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern 2009

© Obsan

im Behandlungszeitraum gemacht als die nicht Erwerbstätigen. Bei den mässig Kranken beträgt der Unterschied noch eher geringe 2 Punkte, aber bei den deutlich Kranken ist der Fortschritt der Erwerbstätigen fast doppelt so gross wie derjenige der Erwerbslosen, und bei den schwer Kranken beträgt der Unterschied 29,6 gegenüber 18,0 Punkten auf der 100er Skala.

Wiederum dasselbe Muster ergibt sich je nach Diagnosegruppe (Abb. 6.23). Bei den bipolar Erkrankten (F31), die erwerbstätig sind, hat sich das Funktionsniveau während der Behandlung gegenüber den erwerbslosen Patienten/Patientinnen fast auf den doppelten Wert verbessert. Auch bei den erwerbstätigen Patienten und Patientinnen mit rezidivierenden Depressionen (F33) verbessert sich die Funktionsfähigkeit fast auf das Doppelte. Allerdings ist dieser Befund bei F34 wegen zu geringer Anzahl Personen nur beschränkt aussagekräftig.

Zusammengefasst ist der Schweregrad der depressiven Erkrankung von besonderer Relevanz und zeigt deutliche Zusammenhänge mit der sozialen Desintegration. Schwer depressive Patienten und Patientinnen zeigen häufig einen sozialen Rückzug, haben selten eine Vertrauensperson, wohnen oft alleine und sind häufig erwerbslos. Dies manifestiert sich auch in der praktisch inexistenten Kooperation zwischen Psychiater/innen und Arbeitgebern, auch in Fällen, wo wegen Arbeitsproblemen von depressiven Patienten und Patientinnen solche Kontakte möglicherweise entscheidend für den Arbeitsplatzverlust sind. Die Erwerbstätigkeit ist jedenfalls bei depressiven Patienten und Patientinnen nicht nur entscheidend dafür, wie lange die Behandlung dauert,

sondern auch wie stark sich das Funktionsniveau im zeitlichen Rahmen der psychiatrischen Behandlung verbessert. Erwerbstätige gesunden – unabhängig von der Krankheitschwere und der depressiven Diagnose – rascher und besser.

6.4 Stationäre Behandlung affektiver Störungen

Affektive Störungen bilden nach den Substanzabhängigkeiten mit rund 26% die zweithäufigste Diagnosekategorie in der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten/Patientinnen – bei den Frauen sind sie gar der häufigste Grund für eine Hospitalisation. Die Hospitalisierungsraten für wiederkehrende Depressionen haben zwischen 2000 und 2010 bei Männern wie bei Frauen deutlich zugenommen. Während die Hausärzte/Hausärztinnen die wichtigsten Zuweisenden an die stationäre Behandlung sind, bilden Psychiater/innen die häufigste Nachbehandlungsstelle, das heisst stationäre Behandlung hat eine Triagefunktion. Die geringe Zuweisungsrate von psychiatrischen Praxen an die Kliniken deutet darauf hin, dass eine ambulante psychiatrische Behandlung sehr oft ausreichend ist. Schliesslich zeigt sich auch bei stationär behandelten Depressiven, dass Erwerbstätigkeit mit kürzeren Behandlungsdauern verknüpft ist.

In der Schweiz kam es 2010 zu 82'680 Hospitalisationen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose, etwas über die Hälfte in psychiatrischen Kliniken (55%), ein Fünftel in psychiatrischen Abteilungen (20%) und ein Viertel in somatischen Abteilungen von Allgemeinspitälern (25%). Mit rund 12 Hospitalisationen pro 1000 Bewohner/innen hat

die Schweiz eine im internationalen Vergleich sehr hohe stationäre Behandlungsrate. Die durchschnittliche Dauer einer Hospitalisation beträgt rund 30 Tage (Mittelwert).

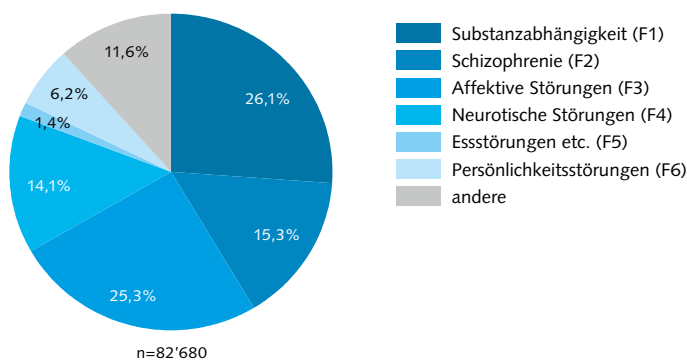
Affektive Störungen bilden zusammen mit den Substanzabhängigkeiten die häufigsten F-Hauptdiagnosen in der stationären Behandlung (Abb. 6.24). Bei einem Viertel aller Hospitalisationen steht eine affektive Störung im Vordergrund, während beispielsweise schizophrene Störungen nur rund 15% aller stationären Fälle ausmachen. Weiter sind affektive Störungen auch als erste Nebendiagnose sehr häufig, vor allem bei Substanzabhängigkeit, neurotischen Störungen (Angststörungen u.a.), Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt sind

Depressionen wiederum hinter Substanzabhängigkeit die häufigste erste Nebendiagnose bei anderen psychiatrischen Hauptdiagnosen.

Nach Hospitalisationsraten pro 1000 Bewohner aufgeschlüsselt erweisen sich Substanzabhängigkeit bei den Männern und affektive Störungen bei den Frauen als die häufigsten Gründe für eine stationäre Behandlung (Abb. 6.25). Die Hospitalisationsrate für affektive Störungen ist zudem zwischen 2000 und 2010 deutlich angestiegen, von 1,8 auf 2,5 pro Tausend bei den Männern und von 3,2 auf 3,8 bei den Frauen. Das heisst, dass sich im Zeitraum eines Jahres bei Männern etwa ein Hospitalisationsfall pro 400 Männer ereignet und bei Frauen ein Hospitalisationsfall pro 250 Frauen.

Affektive Störungen sind der zweithäufigste Grund für eine Hospitalisation, Häufigkeit der F-Hauptdiagnosen in der stationären Behandlung (Fälle), 2010

Abb. 6.24

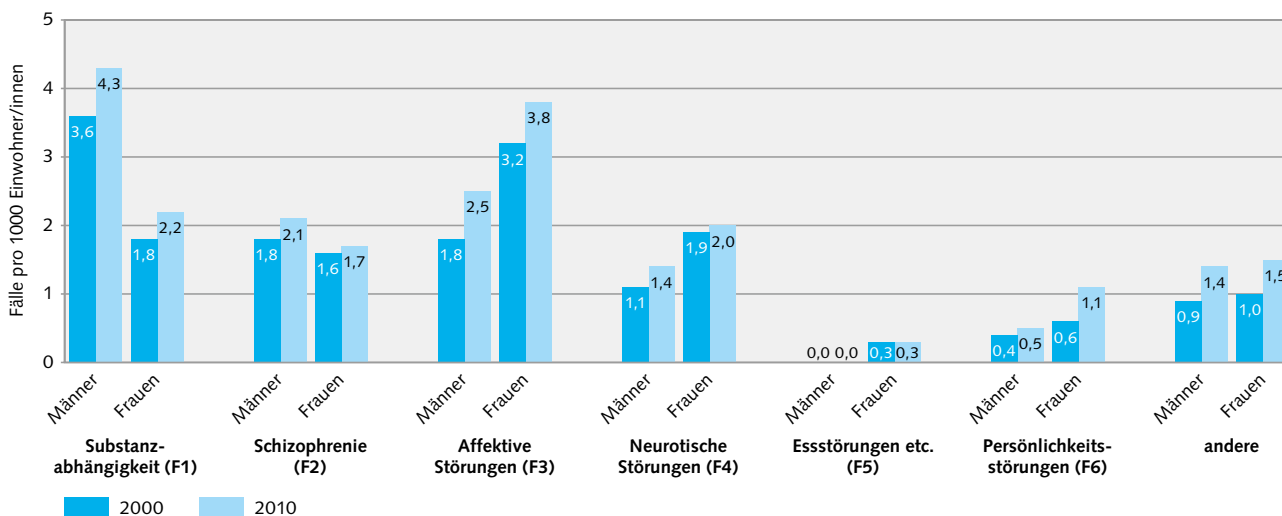


Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010

© Obsan

Höchste Hospitalisierungsraten für substanzabhängige Männer und depressive Frauen, Hospitalisierungsraten der F-Hauptdiagnosen in der stationären Behandlung, 2000 und 2010

Abb. 6.25



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2000/2010

© Obsan

Die Auswertung der Hospitalisierungen nach Art der affektiven Erkrankung ergibt, dass die Wahrscheinlichkeit einer stationären Behandlung für fast alle hier relevanten Gruppen gestiegen ist, für bipolare Störungen (F31), depressive Episoden (F32) und rezidivierende Depressionen (F33). Dies gilt sowohl für Männer wie auch für Frauen (Abb. 6.26). Speziell stark haben die Hospitalisierungen wegen wiederkehrender Depressionen (F33) zugenommen. Eher leicht gesunken ist hingegen die Hospitalisierungsrate wegen depressiver Episoden bei Frauen, bei welchen aber der Anstieg der rezidivierenden Depressionen besonders stark war.

Die Raten bestätigen nochmals die Daten der Hausärzte/Hausärztinnen und niedergelassenen Psychiater/innen, insofern als auch im Spital rezidivierende depressive Erkrankungen (F33) etwa gleich häufig diagnostiziert werden wie depressive Episoden (F32). Das heisst, bei behandelten depressiven Störungen handelt es sich zumindest in der Hälfte der Fälle um Störungen, die nicht nur einmalig auftauchen. Dies erklärt zum Teil auch die grosse individuelle, gesellschaftliche und ökonomische Krankheitslast von Depressionen.

Obwohl, wie oben (Kap. 6.2) dargestellt, Hausärzte und Hausärztinnen zwar bei vielen Patientinnen und Patienten depressive Symptome wahrnehmen, aber nur einen geringen Teil ihrer Patienten und Patientinnen wegen Depressionen behandeln und zudem nur relativ selten depressive Patienten/Patientinnen in spezialisierte psychiatrische Behandlung überweisen (rund 13%), so sind sie doch mit Abstand der wichtigste Zuweiser für eine stationäre Behandlung wegen affektiver Störungen (Abb. 6.27).

Rund drei Viertel aller stationären Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen wurden vom Hausarzt/von der Hausärztin zugewiesen (76,2%). Weitere 18,3% suchten aus Eigeninitiative eine Klinik oder ein Spital auf, und nur rund 6% wurden von anderen möglichen Stellen der Behandlung zugewiesen.

So zentral Hausärzte/Hausärztinnen für die Zuweisung zur stationären Behandlung sind, so zentral sind die niedergelassenen Psychiater/innen für die anschliessende Behandlung nach Austritt: Die privat praktizierenden Psychiater/innen behandeln rund 40% der ausgetretenen Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen, wohingegen die Hausärzte/Hausärztinnen in Bezug

auf affektive Störungen nach Austritt nur noch bei 13,2% der Hospitalisationsfälle die wichtigsten Nachbehandelnden darstellen. Für die Nachbehandlung ebenfalls wichtig sind ambulante, teilstationäre und andere stationäre psychiatrische Einrichtungen, die zusammen genommen bei rund 22% der Hospitalisationsfälle mit Depressionen die nachbehandelnden Stellen sind.

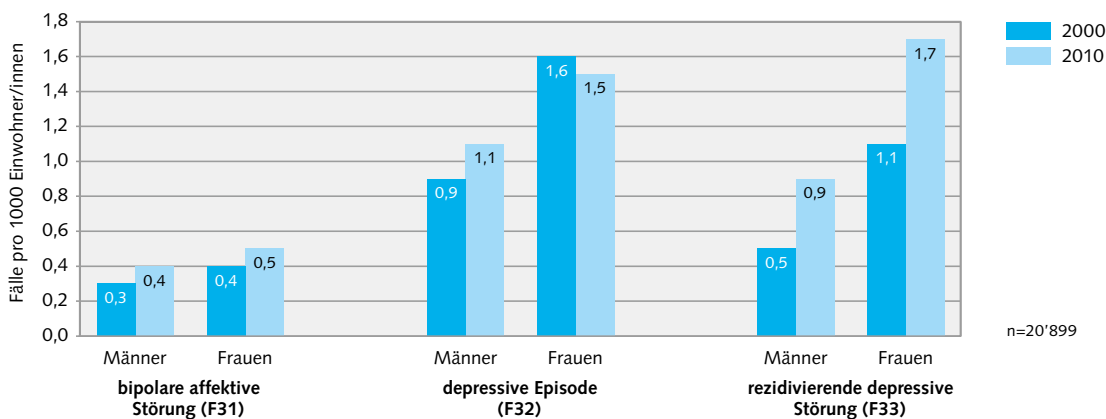
Die Zuweiser- und Nachbehandler-Statistiken sind unter anderem auch deshalb interessant, weil sie verdeutlichen, dass die Zuweisung in stationäre Behandlung neben der eigentlichen Behandlung auch den Effekt hat, dass depressive Personen von der allgemeinmedizinischen Behandlung einer spezialisierten zugewiesen werden. Die stationäre Behandlung ist demnach sehr häufig ein Tor zur spezialisierten psychiatrischen Behandlung. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass nahezu keine Patienten und Patientinnen von Psychiatern/Psychiaterinnen in die stationäre Behandlung überwiesen werden – anscheinend ist die ambulante psychiatrische Behandlung meist ausreichend.

Untersucht man die Aufenthaltsdauer bei stationären Fällen mit affektiven Störungen und setzt diese mit dem Erwerbsstatus in Verbindung, offenbaren sich deutliche Unterschiede (Abb. 6.28). Erwerbstätige Patienten/Patientinnen haben zwischen 2002 und 2010 konstant kürzere stationäre Behandlungsepisoden als nicht erwerbstätige Personen. Die Differenz in Pflegetagen beträgt je nach Jahr zwischen knapp vier bis rund sieben Tage, wobei sich bei den hier gezeigten affektiven Störungen die Unterschiede seit 2002 verringert haben.

Diese Unterschiede sind nur zu einem Teil auf Unterschiede im Schweregrad der affektiven Erkrankung zurückzuführen in dem Sinne, dass Patienten und Patientinnen mit schweren Störungen zum einen länger hospitalisiert sind und gleichzeitig auch seltener erwerbstätig sind. Dies zeigen beispielsweise Auswertungen in Kliniken, in denen fakultativ zusätzlich der klinische Schweregrad der Erkrankung von den Behandelnden eingeschätzt wird (anhand der Clinical Global Impression Scale, die auch in der Befragung der niedergelassenen Psychiater im Kanton Bern verwendet wurde). Die Unterschiede in der Aufenthaltsdauer zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen zeigen sich auch innerhalb jeder Schweregradgruppe (Baer & Cahn, 2009).

Mehr stationäre Behandlungen von rezidivierenden Depressionen, Hospitalisierungsraten ausgewählter F3-Diagnosen nach Geschlecht, 2000 und 2010

Abb. 6.26

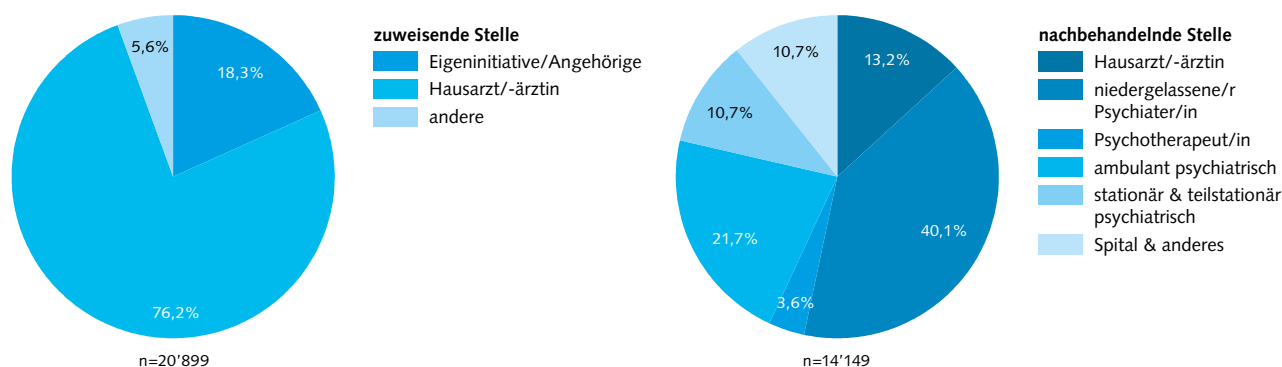


Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2000/2010

© Obsan

Hausärzte/-ärztinnen sind die wichtigsten Zuweisenden – Psychiater/innen die wichtigsten Nachbehandelnden, Häufigkeit der verschiedenen Zuweisenden zu stationärer Behandlung sowie der Nachbehandelnden bei affektiven Störungen, 2010

Abb. 6.27

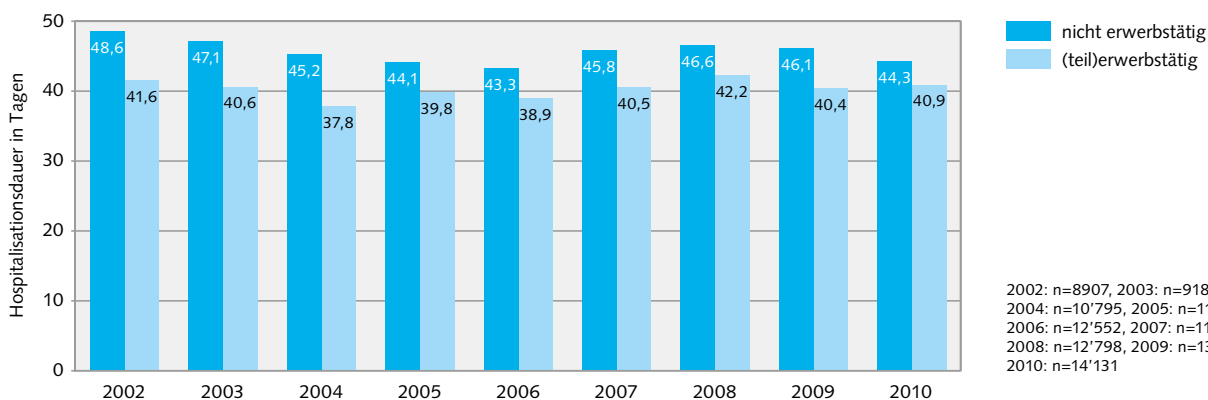


Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010

© Obsan

Erwerbstätige Depressive haben kürzere Hospitalisationsdauer als nicht erwerbstätige, Hospitalisationsdauer bei F3-Hauptdiagnose nach Erwerbstätigkeit, 2002–2010

Abb. 6.28



2002: n=8907, 2003: n=9188, 2004: n=10'795, 2005: n=11'864, 2006: n=12'552, 2007: n=11'587, 2008: n=12'798, 2009: n=13'012, 2010: n=14'131

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002–2010 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

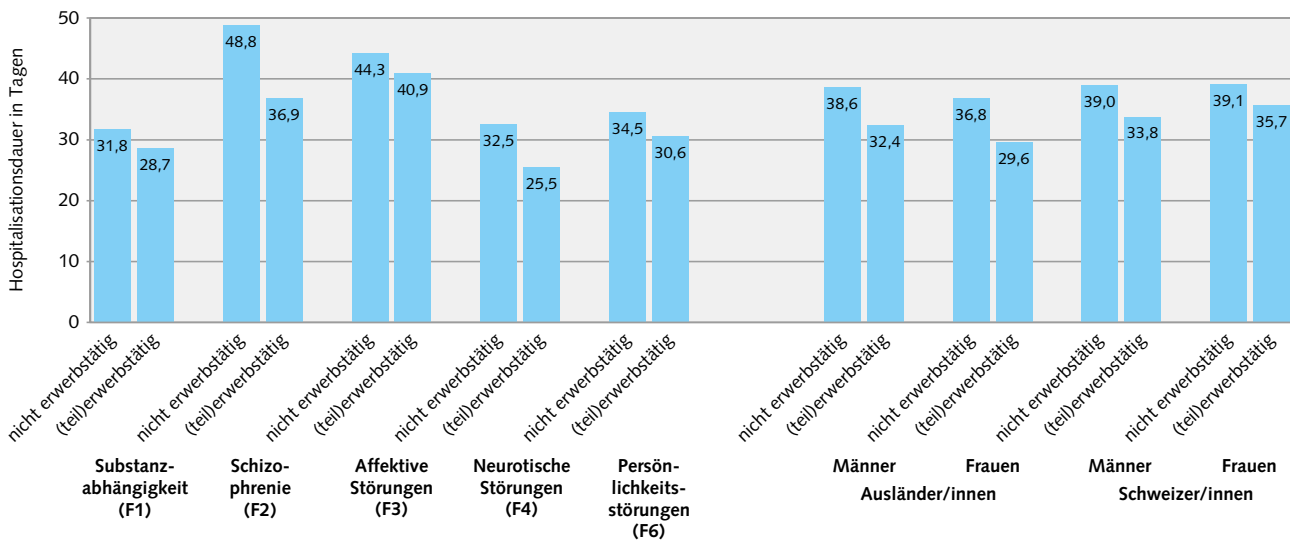
Der Zusammenhang von Erwerbsstatus und stationärer Aufenthaltsdauer gilt nicht nur für affektive Störungen, sondern für alle psychiatrischen Diagnosegruppen, für beide Geschlechter sowie unabhängig von der Nationalität (Abb. 6.29).

Während sich die Aufenthaltsdauer bei affektiven Störungen nach Erwerbstätigkeit moderat unterscheidet, ist dies bei schizophrenen (rund 10 Tage) oder bei neurotischen Störungen (7 Tage) ausgeprägter der Fall. Der Unterschied gilt sowohl für Ausländer/innen wie für Schweizer/innen, wobei er bei den Ausländern/Ausländerinnen noch deutlicher ist als bei den Schweizern und Schweizerinnen.

Diese Daten bestätigen die in Kapitel 6.3 dargestellten Auswertungen zur Behandlungsdauer depressiver Patienten und Patientinnen in der psychiatrischen Praxis, welche deutlich kürzere Behandlungsdauern für Erwerbstätige gezeigt haben, auch unabhängig vom Schweregrad der depressiven Erkrankung. Ob Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen erwerbstätig sind oder nicht, macht demnach relevante Unterschiede in der Dauer sowohl der ambulanten psychiatrischen Behandlung wie auch der stationären Aufenthaltsdauer. In den hier vorhandenen Daten zeigen keine anderen Personenmerkmale vergleichbare Unterschiede in der Behandlungsdauer.

Erwerbstätige Patienten/Patientinnen haben generell eine kürzere Hospitalisationsdauer als nicht erwerbstätige, Hospitalisationsdauer nach ausgewählten F-Hauptdiagnosen, Nationalität, Geschlecht und Erwerbstätigkeit, 2010

Abb. 6.29



F1: n=11'556, F2: n=8803, F3: n=11'430, F4: n=5379, F6: n=3870

Ausländer/in: n=4394, Schweizer/in: n=56'821

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 (Alter: 18–64 Jahre)

© Obsan

7 Depressionen am Arbeitsplatz

In den vorherigen Kapiteln wurden schon thematisch bezogene Auswertungen zur Erwerbstätigkeit und zur Arbeitssituation gezeigt. In diesem Kapitel werden nun einige ergänzende Aspekte zur Arbeitssituation von Personen mit depressiven Symptomen dargestellt. Die Darstellung ausgewählter Indikatoren der beruflichen Situation soll Hinweise geben auf Arbeitsplatzprobleme und Störungsfolgen. Sämtliche Auswertungen betreffen erwerbstätige Personen (mindestens eine Wochenstunde entlohnte Arbeit) im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Zunächst werden Merkmale der Arbeitstätigkeiten von Personen mit depressiven Symptomen dargestellt sowie Zusammenhänge zwischen Symptomen, Arbeitsproblemen und Arbeitsunfähigkeit (7.1). Anschliessend werden Resultate zum Erleben von Personen mit depressiven Symptomen am Arbeitsplatz gezeigt, zum Beispiel deren Arbeitszufriedenheit, arbeitsbezogene Ängste und Einstellungen zur Arbeit (7.2). Schliesslich wird auf die Behandlungssituation von Erwerbstätigen mit depressiven Symptomen eingegangen (7.3).

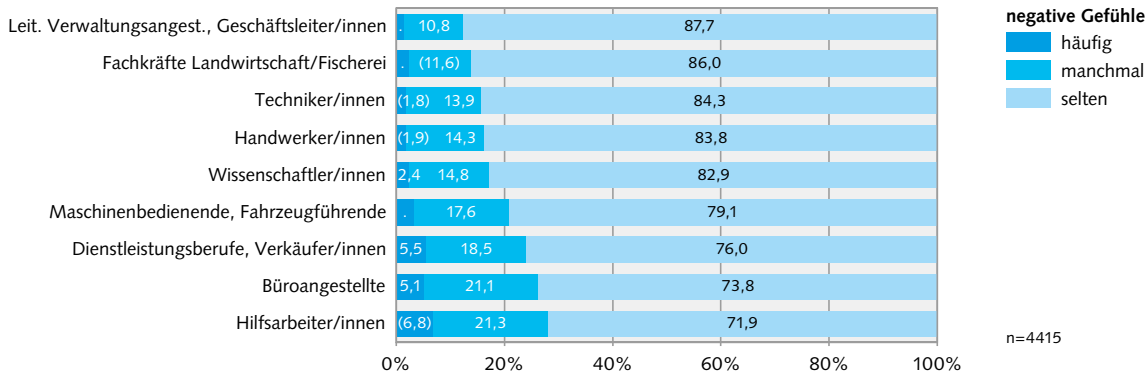
7.1 Arbeitsplatzmerkmale depressiver Personen

Hilfsarbeiter/innen und Büroangestellte berichten erwartungsgemäss besonders häufig über Depressivität. In Bezug auf spezifische Arbeitsbelastungen berichten Erwerbstätige mit Depressivität aber entgegen oft gehörten Überzeugungen nicht häufiger über Stress durch Multitasking, laufende Neuerungen oder PC-Arbeit als beschwerdefreie Personen, sondern häufiger über hohe körperliche Belastungen. Dies ist wohl auch im Zusammenhang mit komorbiden körperlichen Beschwerden zu sehen. Erwerbstätige mit stärkerer depressiver Symptomatik arbeiten häufiger aus gesundheitlichen Gründen Teilzeit. Das Erwerbseinkommen sinkt bei den Männern markant mit zunehmender depressiver Symptomatik, was durch die häufigere Teilzeitarbeit mitbedingt sein mag, bleibt hingegen bei den sowieso häufiger Teilzeit arbeitenden Frauen konstant. Schliesslich zeigen die Auswertungen, dass stärkere depressive Symptome eng mit generell reduzierter Leistungsfähigkeit, reduzierter Arbeitsfähigkeit und Bettlägerigkeit zusammenhängen: Depressive Personen fehlten im letzten Monat an jedem dritten bis zweiten Arbeitstag. Von allen depressiven Symptomen sind Interessensverlust und psychomotorische Verlangsamung besonders eng mit Arbeitsproblemen verbunden.

Depressivität ist ungleich über verschiedene Berufskategorien verteilt (Abb. 7.1). Leitende Angestellte, Unternehmer/innen und Fachkräfte zeigen gemäss den Daten des SHP geringere Anteile von depressiven Symptomen als Verkäufer/innen, Büroangestellte und Hilfsarbeiter/innen. Die Unterschiede sind erheblich und zeigen bei Büroangestellten und Hilfsarbeitern/Hilfsarbeiterinnen mit jeweils zwischen 25% und 30% Depressivitätsanteilen mehr als eine doppelt so hohe Belastung wie bei leitenden Angestellten, Fachkräften in Landwirtschaft und Fischerei oder Technikern/Technikerinnen. Dies betrifft insbesondere auch die stärker ausgeprägte Depressivität, die bei Hilfsarbeitern/Hilfsarbeiterinnen mit knapp 7% gegenüber leitenden Angestellten um mehr als das Vierfache erhöht ist.

Bei Büroangestellten und Hilfsarbeitern/Hilfsarbeiterinnen sind Depressionen besonders häufig, Depressivität nach Berufskategorie, 2009

Abb. 7.1



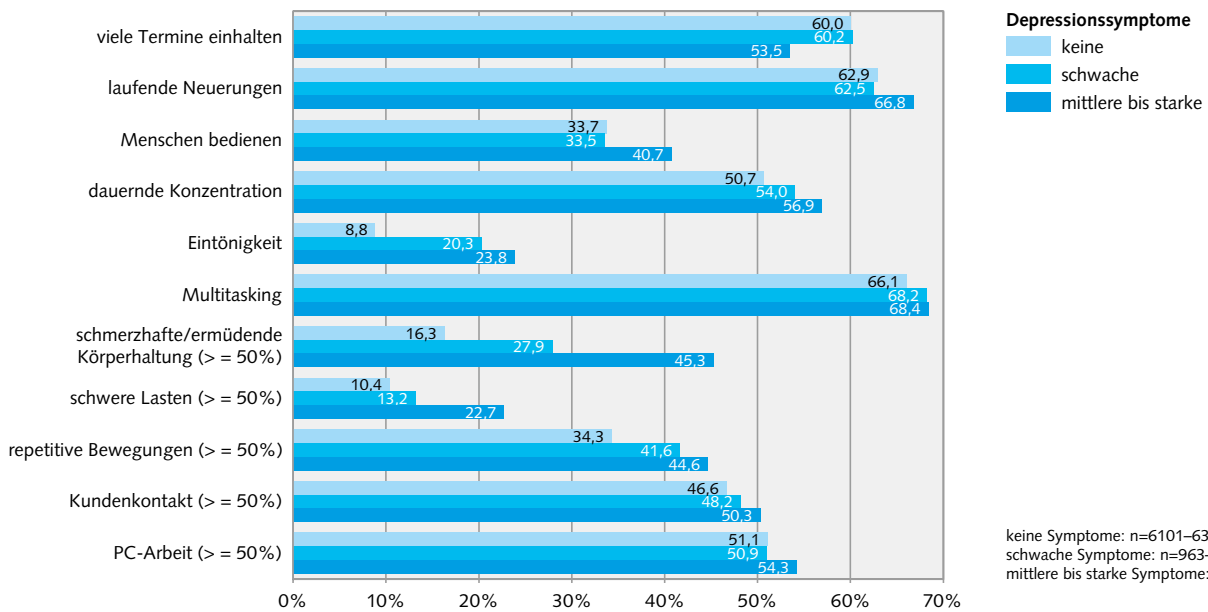
Fehlender Wert (.): Antworten von <10 Personen
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Depressivität unterscheidet sich vor allem nach körperlicher Arbeitsbelastung, Häufigkeit verschiedener Arbeitsbelastungen nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.2



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Depressive Symptome sind demnach in einfacheren und teils auch in körperlich belastenden Berufen überproportional häufig. Abgesehen davon, dass die Berufskategorisierung mit dem Bildungsstand korreliert, was zu diesem Resultat beiträgt, ist auch der mögliche Zusammenhang von körperlicher Belastung und depressiven Symptomen wesentlich. Entgegen dem gängigen Bild, dass Depressionen in erster Linie mit Stressfaktoren am Arbeitsplatz zusammenhängen wie beispielsweise Zeitdruck, laufenden Neuerungen, «Multitasking» oder Kundenkontakt, unterscheiden sich diese Arbeitsmerkmale kaum nach Ausmass der Depressivität (Abb. 7.2).

Erwerbstätige mit schwächeren oder stärkeren depressiven Symptomen geben nicht oder nur unwesentlich häufiger als Personen ohne depressive Symptome an, von Termindruck, laufenden Neuerungen, Kundenkontakt, hohen und dauernden Konzentrationsanforderungen oder dauernder Arbeit am PC betroffen zu sein. Auch berichten sie nicht häufiger als beschwerdefreie Personen, dadurch belastet zu sein, dauernd verschiedene Arbeitsaufgaben gleichzeitig durchführen zu müssen (Multitasking).

Mit zunehmenden depressiven Symptomen steigt hingegen der Anteil der Personen sehr deutlich an, die bei der Arbeit zu schmerzhaften oder ermüdenden Körperhaltungen gezwungen sind, eintönige Arbeiten haben, schwere Lasten heben oder tragen müssen oder andauernd dieselben Arm- und Beinbewegungen machen müssen. Schmerzhaft oder ermüdende Körperhaltungen werden von depressiven Erwerbstätigen dreimal so häufig (rund 45%) berichtet wie von Personen ohne depressive Symptome (rund 15%).

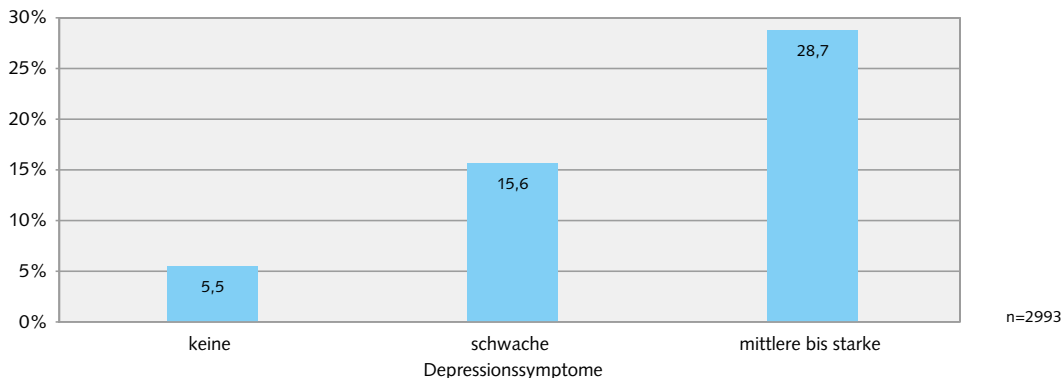
Dieses Ergebnis ist nicht nur wesentlich, weil es die physische Arbeitsbeanspruchung in den Vordergrund rückt, sondern auch, weil deutlich wird, dass Personen mit zunehmender Depressivität gerade nicht generell von höheren Anforderungen berichten («klagen»), sondern sehr wohl unterscheiden. Anforderungen wie Termindruck, laufende Neuerungen oder hohe Konzentration mögen zwar generell sehr häufig und auch für depressive Personen belastend sein, aber sie werden von diesen nicht häufiger berichtet als von nicht depressiven Personen.

Der Anstieg der körperlichen Arbeitsbeanspruchung bei zunehmender depressiver Symptomatik ist auch im Zusammenhang mit den häufigen körperlichen Beschwerden depressiver Personen zu beachten. Ein Teil des Zusammenhanges von physischer Arbeitsbeanspruchung und Depressivität mag durch die hohe Prävalenz von Hilfsarbeitern/Hilfsarbeiterinnen mit depressiven Symptomen erklärt werden, allerdings ist die Prävalenz auch bei anderen Berufskategorien hoch. Dass Depressive häufiger über Eintönigkeit berichten als nicht Depressive mag zudem mit der depressiven Symptomatik selbst zu tun haben. Andererseits mag aufgrund der doch differenzierten Antworten depressiver Personen auch dieses Ergebnis sehr wohl wegen der tatsächlichen Arbeitsmerkmale zustande kommen. Wie anhand der Verteilungen nach beruflichen Kategorien (und aufgrund des insgesamt geringeren Bildungsstandes depressiver Personen) auch zu erwarten wäre, scheinen physisch anspruchsvolle und teils monotone Tätigkeiten bei Depressiven häufiger zu sein. Dies ist möglicherweise auch ein Faktor bei der Entwicklung oder Verstärkung körperlicher Beschwerden und nicht zuletzt im Hinblick auf das Invaliditätsrisiko wesentlich.

Personen mit depressiven Symptomen sind nicht nur seltener erwerbstätig als nicht Depressive, sondern sie arbeiten häufiger Teilzeit als Personen ohne depressive Symptome (nicht dargestellt). Zwischen Personen mit schwachen depressiven Symptomen und solchen mit mittleren bis starken Symptomen besteht kein Unterschied bezüglich Häufigkeit der Teilzeitarbeit (42,4 gegenüber 43,0%). Wenn man hingegen nach gesundheitlich bedingter Teilzeitarbeit fragt, zeigen sich klare Unterschiede nach Ausmass der depressiven Symptomatik (Abb. 7.3).

Häufige Teilzeitarbeit bei Arbeitnehmern/-nehmerinnen mit Depressionssymptomen, Häufigkeit gesundheitlich bedingter Teilzeitarbeit nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.3

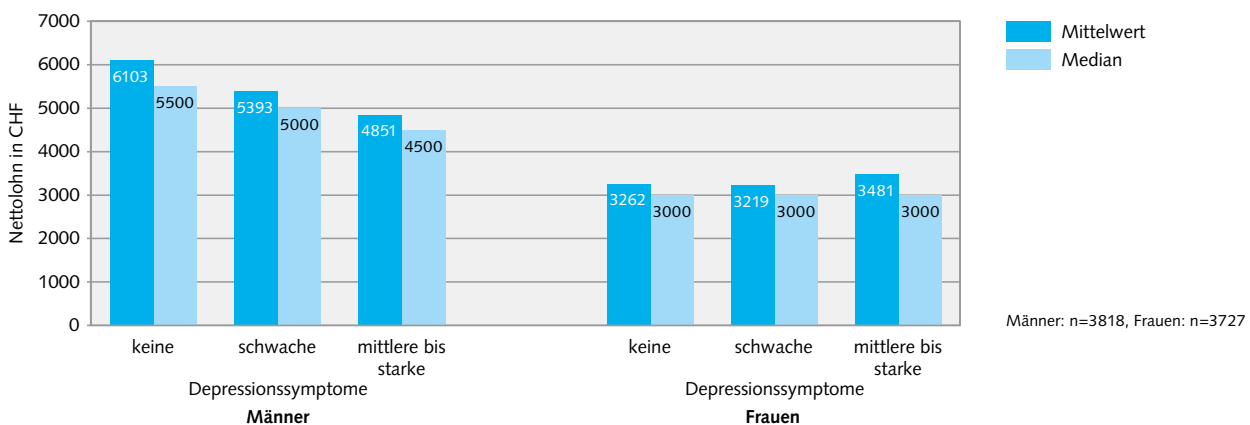


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Deutliche Einkommensdifferenzen bei Männern, aber nicht bei Frauen, persönlicher Nettolohn nach Geschlecht und depressiven Symptomen, Mittelwert und Median, 2007

Abb. 7.4



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

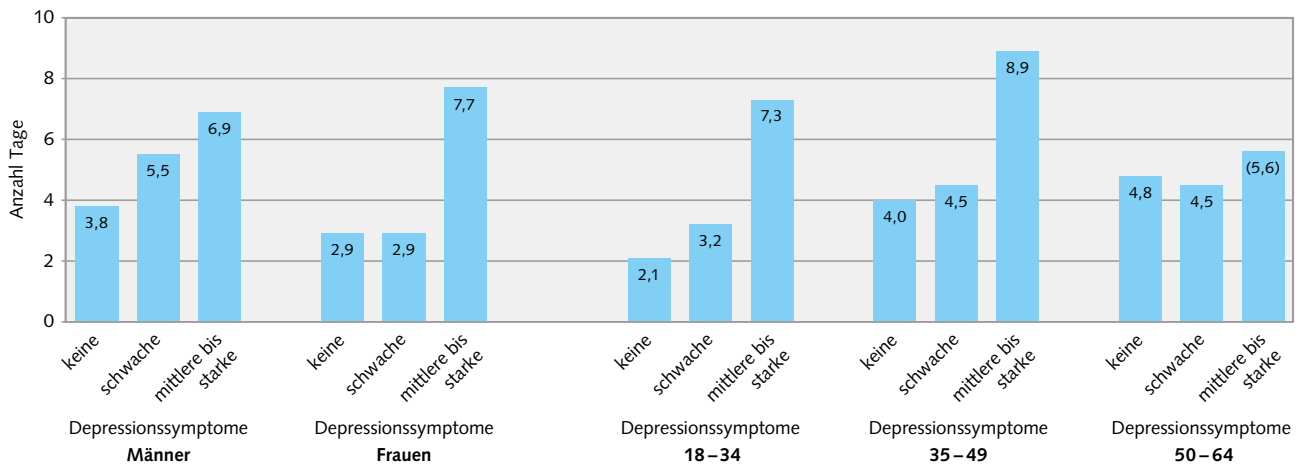
© Obsan

Bei Erwerbstätigen ohne depressive Symptome kommen gesundheitlich bedingte (körperlich wie auch psychisch bedingte) Teilzeit-Arbeitsverhältnisse kaum vor (rund 6%). Das heisst, dass rein körperliche Probleme nur sehr selten eine Reduktion des Arbeitspensums notwendig machen. Ganz anders ist dies schon bei schwachen depressiven Symptomen: Liegen diese vor, so beträgt der Anteil der Personen mit gesundheitlich bedingten Teilpensum bei rund 16%. Bei mittlerer bis starker depressiver Symptomatik betrifft dies knapp 30% der Personen. Die mit zunehmender Depressivität häufigere Teilzeitarbeit – und auch die oben gezeigte Häufung depressiver Personen in weniger qualifizierten Berufen – schlägt sich auch im Einkommen nieder (Abb. 7.4).

Der persönliche monatliche Nettolohn (Mittelwert) der in der SGB befragten Männer sinkt mit zunehmenden depressiven Symptomen deutlich von rund 6100 Schweizer Franken bei Erwerbstätigen ohne Symptome auf rund 5400 bei Personen mit schwachen Symptomen und auf etwa 4900 bei stärkeren Symptomen. Es ist anzunehmen, dass dabei unter anderem die vermehrte Teilzeit-Arbeit eine Rolle spielt wie auch die Häufung von Personen mit depressiven Symptomen in weniger qualifizierten Berufen. Bei den Männern, die (im Vergleich zu den Frauen) üblicherweise vollzeitig erwerbstätig sind, sind demnach depressive Symptome mit erheblich reduzierten Einkommen verbunden, wobei die Einkommensdifferenz zwischen beschwerdefreien Personen und Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen durchschnittlich etwa 1200 Schweizer Franken beträgt.

Schweregrad der Depressivität ist für die Arbeitsunfähigkeitsdauer entscheidend,
Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der letzten 4 Wochen nach Geschlecht respektive Alter
und depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.5



Männer: n=536, Frauen: n=712, 18-34: n=434, 35-49: n=525, 50-64: n=267

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

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18-64 Jahre)

© Obsan

Bei den Frauen hingegen zeigt sich kein Unterschied im Einkommen nach Ausmass der depressiven Symptomatik. Dies mag damit zusammen hängen, dass bei Frauen der generell höhere Anteil der Teilzeit Erwerbstätigen mit zunehmender Depressivität nicht sinkt (Frauen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen zeigen durchschnittlich gar einen etwas höheren Anstellungsgrad, was das leicht erhöhte Nettoeinkommen begründen mag). Depressive Symptome scheinen demnach vor allem negativ auf die Vollzeit Erwerbstätigen einzuwirken, wohingegen Teilzeit Arbeitende auch bei depressiver Symptomatik ihrer Arbeit eher in gewohnter Weise nachgehen können. Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede (können Frauen auch bei mittlerer bis starker depressiver Symptomatik ihre Arbeitssituation besser halten etc.?) wären in weiterführenden Analysen zu untersuchen.

Depressive Symptome hängen bei erwerbstätigen Personen mit der Dauer allfälliger Arbeitsunfähigkeit zusammen (Abb. 7.5). Zur Erinnerung (Kap. 4.2): Allfällige Arbeitsunfähigkeitstage werden bei denjenigen Personen erfragt, die angeben, aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 4 Wochen nur eingeschränkt einsatzfähig gewesen zu sein. Dies trifft auf insgesamt 16% der Bevölkerung zu. Bei vorhandenen depressiven Symptomen steigen die Anteile auf 23% bei schwachen und auf 33% bei mittleren bis starken depressiven Symptomen. Personen ohne solche Einschränkungen sind bei den Auswertungen zu den Arbeitsunfähigkeitstagen ausgeschlossen.

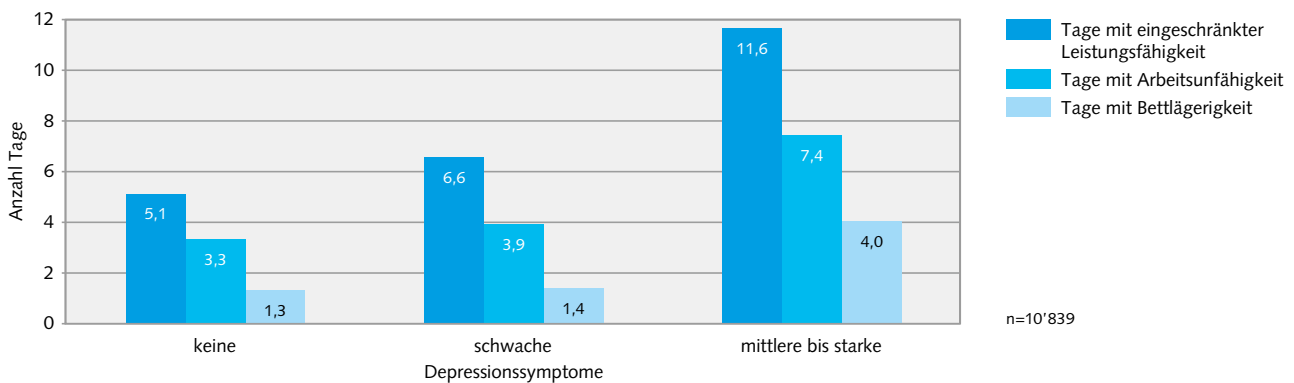
Dabei zeigt sich der Schweregrad der depressiven Symptomatik für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit entscheidend. Bei Männern steigt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit zunehmender Depressivität von 3,8 Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen bei beschwerdefreien Personen auf 5,5 Tage bei Personen mit schwachen Symptomen und schliesslich auf 6,9 Tage bei mittlerer bis starker Symptomatik. Männer haben bei fehlender oder schwacher depressiver Symptomatik deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage als Frauen, bei mittlerer bis starker Symptomatik hingegen deutlich mehr.

Sowohl Männer wie Frauen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen fehlten demnach in den letzten 4 Wochen während mehr als einem Drittel der Arbeitstage (rund 7 bis 8 von 20 Arbeitstagen). Damit sind stärkere depressive Symptome hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit vergleichsweise sehr folgenreich. Die meisten in der SGB erhobenen körperlichen Beschwerden sind auch bei starker Ausprägung nicht annähernd mit so vielen Tagen Arbeitsunfähigkeit verbunden wie depressive Symptome. Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen sind beispielsweise verbunden mit durchschnittlich 4,8 Tagen Arbeitsunfähigkeit, starke Kopfschmerzen mit 3,7 Tagen und starke Gelenk- und Gliederschmerzen mit 5,5 Tagen.

Die Altersverteilung des Zusammenhanges von Depressivität und Arbeitsunfähigkeit zeigt, dass sich der Zusammenhang mit zunehmendem Alter verringert. Bei den jüngeren Erwerbstätigen macht stärkere Depressivität einen viel grösseren Unterschied in der

Starker Zusammenhang zwischen Depression und Behinderung,
Häufigkeit verschiedener Indikatoren der Funktionsfähigkeit nach
depressiven Symptomen in Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen, 2007

Abb. 7.6

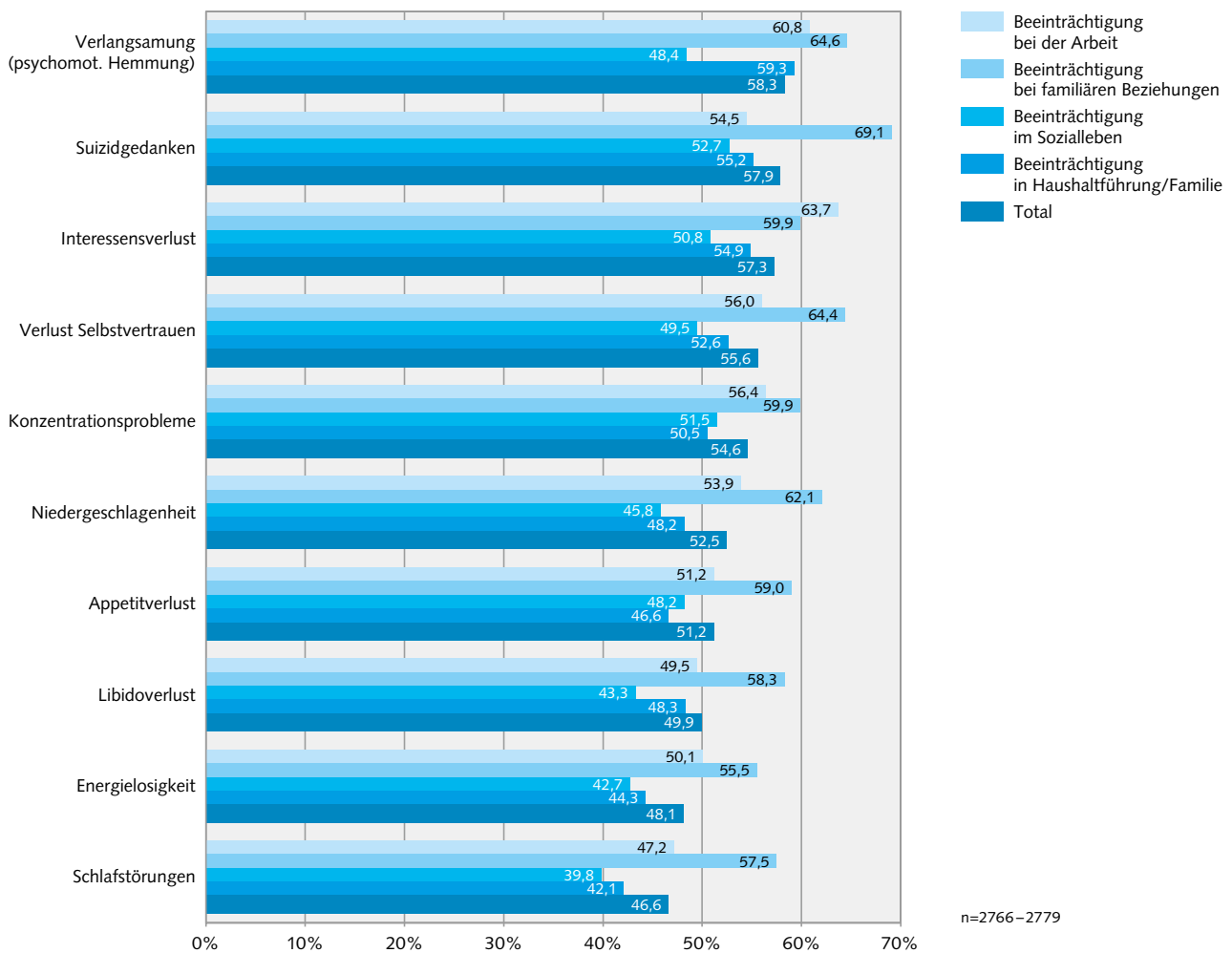


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Psychomotorische Hemmung ist beruflich und privat speziell hindernd,
Häufigkeit von Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen
nach spezifischen depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.7



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Arbeitsunfähigkeit als bei älteren Erwerbstätigen. Am längsten hingegen dauert die Arbeitsunfähigkeit bei Personen mit mittleren und starken depressiven Symptomen in der Gruppe der 35- bis 49-jährigen Personen, hier sind es fast 9 Tage in den letzten 4 Wochen, was bedeutet, dass diese Personen fast die Hälfte der Arbeitstage abwesend waren.

Die folgende Abbildung (Abb. 7.6) fasst einige Kennwerte zur mit Depressivität verbundenen Behinderung zusammen. Bei Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen zeigt sich nicht nur die Anzahl Tage, an denen jemand generell in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt war, deutlich erhöht gegenüber Personen ohne Depressivität, sondern ebenso die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage sowie der Tage mit krankheitsbedingter Bettruhe. Die Daten für die eingeschränkte Leistungsfähigkeit betreffen dabei alle Befragten, die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit nur diejenigen, die eine gesundheitlich bedingte Einschränkung der generellen Leistungsfähigkeit bejahten.

Die Unterschiede sind markant. So sind die Tage mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit im Vergleich zu fehlender Depressivität bei stärkerer Depressivität um rund das Zweifache erhöht, die Arbeitsunfähigkeitstage um mehr als das Zweifache sowie die Tage mit Bettlägerigkeit um das Dreifache (womöglich wegen komorbider Krankheiten). Erfasst sind hier wiederum ausschliesslich erwerbstätige Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren.

Auch wenn bei weitem nicht alle Personen mit depressiven Symptomen Arbeitsabsenzen zu verzeichnen haben (ein grosser Teil hatte ja generell keine Alltags Einschränkungen und wurde gar nicht nach Absenzen befragt), so sind die Zusammenhänge doch wesentlich: Dort, wo Personen überhaupt gesundheitlich bedingte Einschränkungen angeben, ist das Ausmass der Depressivität sehr eng mit dem Ausmass alltäglicher Behinderung verbunden. Die folgende Abbildung (Abb. 7.7) zeigt, wie häufig die Beeinträchtigungen (leicht bis sehr) in verschiedenen Rollenfunktionen beim Vorhandensein verschiedener depressiver Symptome (schwach bis stark) sind. Vergleicht man die einzelnen depressiven Symptome im Hinblick darauf, wie häufig sie mit zumindest leichten Beeinträchtigungen bei der Arbeit, in den Beziehungen zur Familie und zu Verwandten, in den Beziehungen zu Freunden und Bekannten sowie in der Haushaltsführung und Kindererziehung verbunden sind, so stellt sich die psychomotorische Hemmung (Verlangsamung beim Sprechen und Bewegen) als das Symptom heraus, das insgesamt am häufigsten mit Behinderung

verbunden ist. Dabei ist natürlich zu beachten, dass diese Symptome oft in Kombination mit anderen Symptomen auftreten. Dennoch kann die Auswertung der Zusammenhänge von einzelnen Symptomen und Rollenfunktionen einige Hinweise geben. Die Daten sind geordnet nach der Häufigkeit, mit der sie insgesamt über alle Lebensbereiche behindernd wirken.

Psychomotorisch gehemmte Personen sind zu rund 60% bei der Arbeit beeinträchtigt, zu etwa 65% in den familiären Beziehungen, zu fast 50% in den Sozialkontakten und zu knapp 60% in Haushaltsführung und/oder Kindererziehung. Die mit diesem Symptom einhergehende Behinderung ist also nicht auf einzelne Rollenfunktionen begrenzt, sondern durchzieht das gesamte soziale Funktionieren. Dies gilt, wenn auch in teils etwas geringerem Ausmass für alle anderen depressiven Symptome. Ausschliesslich auf die Arbeit bezogen, ist Interessensverlust mit dem höchsten Behinderungsanteil verbunden (gegen 65%), in Bezug auf die familiären Beziehungen sind es vorhandene Suizidgedanken. Weiter zeigt auch das Symptom des Verlustes von Selbstvertrauen sowie der Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld vergleichsweise hohe Anteile von Behinderung.

Bemerkenswerterweise, und etwas entgegen gängigen Vorstellungen, ist das Symptom der Energielosigkeit und der erhöhten Müdigkeit, also des mangelnden Antriebes, mit vergleichsweise tiefen Behinderungswerten verbunden. Generell manifestieren sich die höchsten Behinderungswerte in den familiären Beziehungen. Diese sind also häufiger beeinträchtigt als beispielsweise das Funktionieren am Arbeitsplatz. Auf der anderen Seite sind die weiteren sozialen Kontakte derjenige Lebensbereich, der von den depressiven Symptomen vergleichsweise am geringsten in Mitleidenschaft gezogen wird. Möglicherweise erlaubt die grössere Distanz im Kontakt, dass sich die depressiven Symptome weniger auswirken.

Dass die psychomotorische Verlangsamung ein zentrales Element depressiver Störungen ist, ist von der Forschungsgruppe um Hell (Hell & Böker 2009) verschiedentlich untersucht und beschrieben worden. Deren Studien fanden einen starken Zusammenhang von psychomotorischer Aktionshemmung und Depressionstiefe respektive Schweregrad. Ein solcher Zusammenhang würde erklären, warum die sozial-berufliche Funktionsfähigkeit bei diesem Symptom so häufig beeinträchtigt ist: Aktionshemmung ist ein Zeichen einer stärkeren Depressivität – und diese ist verbunden mit stärkeren Alltagsproblemen. Der enge – und nicht selbstverständliche – Zusammenhang zwischen Schweregrad und Funktionsniveau bekräftigt damit die Aussagen in Kapitel 6.3: Je stärker die Depression desto

ausgeprägter die sozial-berufliche Desintegration. Bei Depressionen ist der Schweregrad wahrscheinlich der wichtigste Prognosefaktor für das Ausmass der Behinderung – ein Zusammenhang, der bisher nicht für alle psychischen Störungen nachgewiesen wurde. Umgekehrt bedeutet dies auch, dass vor allem schwer depressive Personen unter einer solchen Aktionshemmung oder psychomotorischen Verlangsamung leiden.

7.2 Das Erleben depressiver Personen am Arbeitsplatz

Erwerbstätige mit depressiven Symptomen äussern nicht nur eine viel geringere Arbeitszufriedenheit als beschwerdefreie Personen, sondern auch viel häufiger Überforderungsgefühle, Arbeitsplatzängste, Nervosität und Arbeitsplatzunsicherheit und geben häufig an, nach der Arbeit gedanklich nicht mehr «abschalten» zu können. Depressive sind bei der Arbeit demnach einem enormen subjektiven Stress ausgesetzt. Hinzu kommen negativistische und hemmende Einstellungen: Depressive empfinden ihre Arbeitssituation speziell häufig als nicht ideal und würden an sich gerne eine neue Arbeit suchen. Gleichzeitig denken sie, dass es noch viel schlimmer kommen könnte und sind grundsätzlich der Ansicht, dass man den Ärger «runterschlucken» sollte. Die starken Ängste und negativistischen Gedanken weisen darauf hin, wie wichtig eine psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung wäre.

Neben äusseren Merkmalen wie Erwerbsstatus, Berufskategorie oder Arbeitsabsenzen ist das Erleben der Arbeitssituation durch Personen mit Depressivität wesentlich. Die subjektive Erfahrung am Arbeitsplatz ist auch deshalb wichtig, weil sie ein eigenständiger Faktor

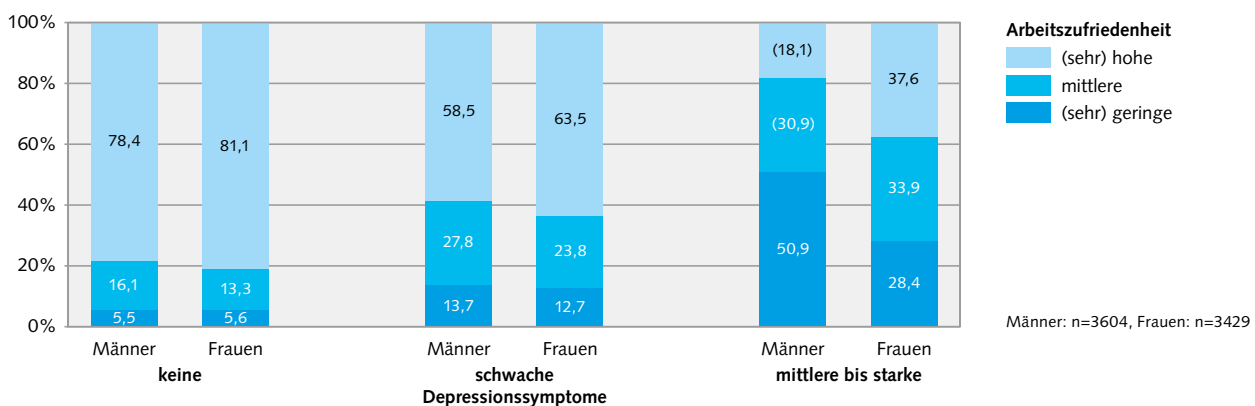
für Arbeitsplatzerhalt, Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Erkrankung oder für länger dauernde Behinderung und Invalidität ist. Ein Indikator für das Erleben am Arbeitsplatz ist die Arbeitszufriedenheit. Diese hängt – wie zu erwarten – eng mit dem Ausmass der depressiven Symptomatik zusammen (Abb. 7.8).

Fehlen depressive Symptome, so sind Erwerbstätige mit ihrer Arbeitssituation insgesamt sehr zufrieden. Rund 80% der Erwerbstätigen ohne Depressivität äussern eine hohe oder sehr hohe Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation, wobei sich Männer und Frauen hinsichtlich der seltenen Unzufriedenheit nicht unterscheiden, aber Frauen noch häufiger als Männer eine hohe oder sehr hohe Zufriedenheit angeben. Bei schwacher depressiver Symptomatik berichten nur noch rund 60% der Erwerbstätigen von hoher bis sehr hoher Zufriedenheit, und bei stärkerer Symptomatik ist dies nur noch bei einem Fünftel der Männer und bei einem Drittel der Frauen der Fall.

Während bei den beschwerdefreien Erwerbstätigen demnach nur rund 5% Unzufriedenheit ((sehr) geringe Arbeitszufriedenheit) angeben, so ist dieser Anteil bei den depressiven Männern um das Zehnfache erhöht und bei den Frauen um das Sechsfache. Männer erleben ihre Arbeitssituation als deutlich negativer, wenn sie unter Depressivität leiden, als dies bei Frauen mit Depressivität zu beobachten ist. Hingegen zeigen weitere Auswertungen, dass es kaum Altersunterschiede gibt. Unabhängig von der Altersgruppe steigt mit zunehmender Depressivität die Unzufriedenheit.

Arbeitszufriedenheit ist ein Indikator und sagt per se noch nicht sehr viel aus. Bei näherer Betrachtung weiterer Indikatoren wird jedoch das Erleben von Erwerbstätigen

Deutlich reduzierte Arbeitszufriedenheit bei Personen mit Depressionssymptomen, Arbeitszufriedenheit nach depressiven Symptomen und Geschlecht, 2007 **Abb. 7.8**



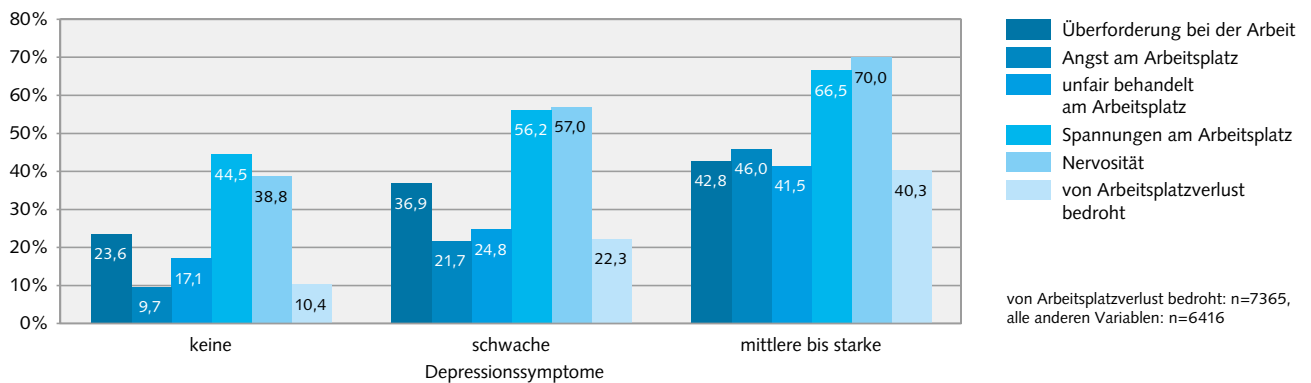
Zahlen in Klammern haben eingeschränkte Aussagekraft (n=10–29)

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Starke Ängste depressiver Personen am Arbeitsplatz,
Häufigkeit verschiedener arbeitsplatzbezogener Erlebensweisen
nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.9



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

mit Depressivität etwas deutlicher (Abb. 7.9). Depressive erleben ihre Arbeitssituation sehr viel bedrohlicher als psychisch gesunde Personen. Depressive Erwerbstätige fühlen sich sehr häufig – mit Anteilen von jeweils rund 40% bis 70% – überfordert durch die Arbeitsanforderungen, leiden unter Ängsten, fühlen sich unfair behandelt, erleben Spannungen am Arbeitsplatz, fühlen sich nervös und haben Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

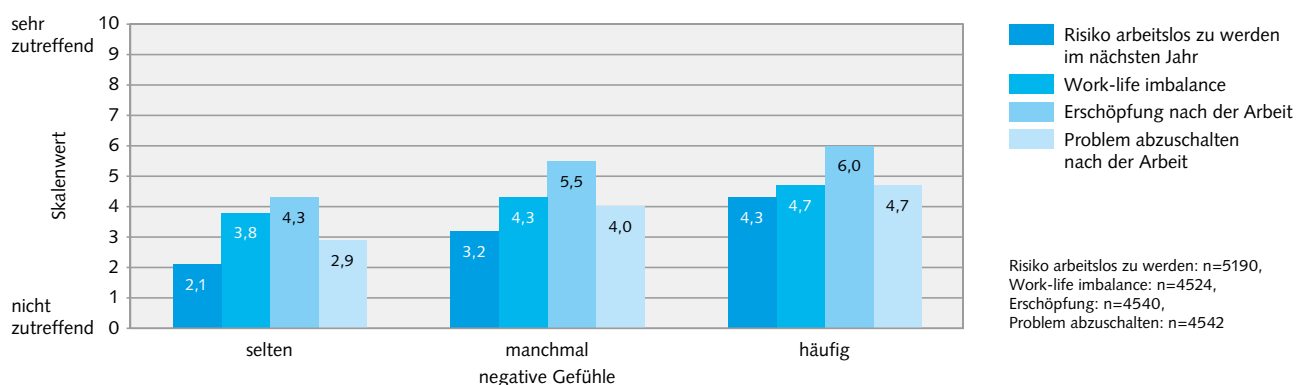
Diese Häufigkeiten sind im Vergleich mit psychisch gesunden Personen teilweise sehr hoch. Während beispielsweise auch psychisch Gesunde häufig Spannungen am Arbeitsplatz wahrnehmen (44,5%) oder sich nervös fühlen (38,8%) – wobei die entsprechenden Häufigkeiten bei den Depressiven 66,5 respektive 70,0% betragen – äussern psychisch gesunde Erwerbstätige nur selten, dass sie bei der Arbeit Angst haben oder dass sie befürchten, die Arbeit zu verlieren (jeweils 10%). Bei Depressiven sind diese Ängste mit über 40% sehr viel häufiger.

Dabei spielt es letztlich in Bezug auf die möglichen Folgen solcher Erlebensweisen kaum eine Rolle, ob sie durch die tatsächliche Arbeitssituation reflektiert werden oder ob sie eher Ausdruck einer ängstlich-depressiven Befindlichkeit sind. Das stark ausgeprägte Angsterleben, die Nervosität, das Gefühl der Überforderung und nicht zuletzt das Erleben, unfair behandelt zu werden, sind wichtige Stressoren. Depressive Erwerbstätige erleben demnach starken Stress am Arbeitsplatz, und es ist naheliegend, dass dies die Arbeitsfähigkeit – zusätzlich zu den depressiven Symptomen – mindern und psychisch destabilisieren kann und so schliesslich auch das Risiko für Arbeitsabsenzen und Invalidität erhöht. Ein ähnliches Bild zeigen weitere Indikatoren, diesmal des SHP (Abb. 7.10).

Die hier dargestellten Indikatoren beinhalten Skalen von «0» bis «10», anhand derer die Befragten beispielsweise einschätzen, wie gross sie das Risiko beurteilen, in den nächsten 12 Monaten arbeitslos zu werden, wobei

Personen mit stärkerer Depressivität können häufig nicht mehr abschalten,
Ausmass erlebter Arbeitsbelastung nach Depressivität, 2009

Abb. 7.10



Datenquelle: FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

«0» kein Risiko bedeutet und «10» ein sehr grosses Risiko. Bei der Frage, wie gross die Erschöpfung nach der Arbeit sei, um Dinge zu tun, die man eigentlich gerne tue, bedeutet «10», dass die Erschöpfung äusserst stark ist und «0» keine Erschöpfung. Hier sind die Durchschnittswerte dieser Einschätzungen gezeigt.

Wenn die Bedrohlichkeit eines Arbeitsplatzverlustes hier auch anders erhoben wurde als in der SGB, so zeigt sich dennoch übereinstimmend, dass bei starker Depressivität dieses Risiko als doppelt so hoch eingeschätzt wird gegenüber Personen ohne Depressivität. Weiter ist die Einschätzung, dass neben der Arbeit das Privatleben zu kurz komme, erhöht (wenn auch moderat). Schliesslich ist die Erschöpfung nach der Arbeit sehr viel grösser bei Personen mit depressiven Symptomen als bei psychisch Gesunden. Besonders erhöht ist die Einschätzung, nach der Arbeit nicht mehr abschalten zu können. Dieses Problem erhält von den Personen mit stärkerer Depressivität auf der Einschätzungsskala einen fast doppelt so hohen Wert wie von den Befragten ohne Depressivität.

Nicht mehr abschalten zu können, mag in der depressiven Symptomatik begründet sein (grübeln), es bringt jedenfalls Folgeprobleme mit sich wie Einschlafstörungen, weniger Erholung und mehr Stress etc. Ruft man sich das oben anhand der SGB-Daten veranschaulichte

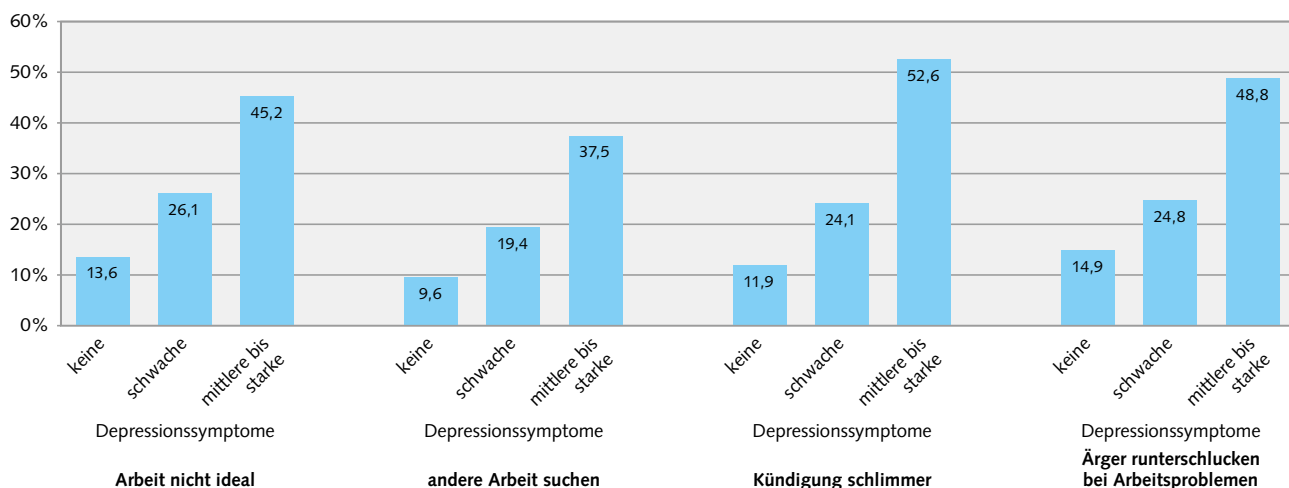
Erleben depressiver Erwerbstätiger in Erinnerung, ist es nachvollziehbar, dass die Ängste und negativen Gefühle am Arbeitsplatz dazu beitragen, nach der Arbeit nicht mehr abschalten zu können.

Wie auch immer die Zusammenhänge letztlich begründet sind, erweisen sich die Kognitionen und das Erleben, das heisst die Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle depressiver Personen als ein wichtiges Element bei einer allfälligen Arbeitsplatzproblematik. Die folgende Abbildung gibt anhand von SGB-Daten Hinweise auf mögliche selbstschädigende und hemmende Kognitionen und Affekte depressiver Erwerbstätiger (Abb. 7.11).

Die Gedanken depressiver Erwerbstätiger ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsplatz gegenüber unterscheiden sich sehr deutlich vom Erleben psychisch gesunder Personen. Depressive Erwerbstätige empfinden gemäss SGB-Items ihre derzeitige Arbeit häufig als nicht ideal (aber es könnte ja noch schlimmer sein) und beschäftigen sich häufig mit dem Gedanken, eine andere Stelle zu suchen (wenn es nicht besser wird), tun dies aber nicht, weil sie denken, dass dies noch mehr Nachteile bringen würde, schlucken ihren Ärger hinunter, wenn sie etwas bei der Arbeit stört, und denken schliesslich (nicht dargestellt), dass man als Arbeitnehmer/in sowieso nicht viel erwarten kann.

Negativistische und fatalistische Einstellungen bei Arbeitnehmern/-nehmerinnen mit Depressionssymptomen, Häufigkeit verschiedener arbeitsplatzbezogener Einstellungen nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.11



Arbeit nicht ideal: n=7438, andere Arbeit suchen: n=7389, Kündigung schlimmer: n=7285, Ärger runterschlucken: n=7388

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

Diese Gedanken zur Arbeit stellen sich bei nicht depressiven Personen ganz anders dar: Diese finden sehr selten, dass ihre Arbeit nicht ideal sei, beschäftigen sich viel seltener mit dem Gedanken, die Stelle zu wechseln, denken auch nicht, dass eine Kündigung grundsätzlich mehr Nachteile bringt als ein Verbleib am Arbeitsplatz, und schliesslich liegt es ihnen meist auch fern, ihren Ärger hinunter zu schlucken.

Insofern ist es nicht erstaunlich, dass gerade bei Erwerbstätigen mit depressiven Problemen psychotherapeutische Interventionen eine wesentliche Unterstützung bieten können. Derartige negative und die Hoffnungslosigkeit noch verstärkende Gedankengänge können psychotherapeutisch behandelt werden, sei es beispielsweise mit kognitiver Verhaltenstherapie, für welche sehr viel Evidenz zur Wirksamkeit vorliegt, oder auch mit psychodynamischen Psychotherapieverfahren, deren Wirkung gerade auf längere Sicht erheblich sein kann.

Negativistische Gedanken sind jedenfalls ein typisches Merkmal depressiv erkrankter Menschen. Die Auswertung gibt einen Anhaltspunkt dafür, wie lähmend solche depressiven Gedankengänge sein können.

7.3 Behandlung depressiver Erwerbstätiger

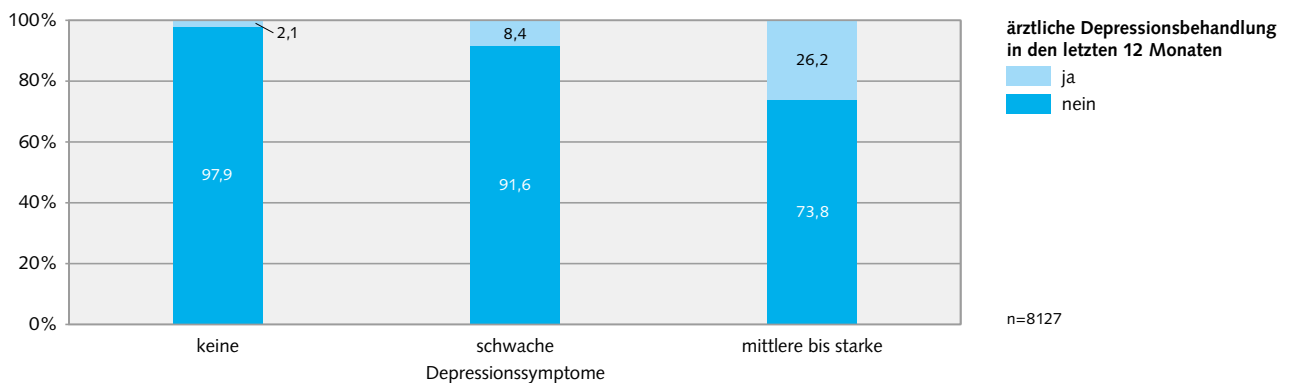
Die Behandlungsrate von erwerbstätigen Personen mit depressiven Symptomen ist relativ gering, obwohl eine solche meist eine notwendige Bedingung zum langfristigen Arbeitsplatzerhalt und zur Produktivitätssteigerung wäre. Auch bei Erwerbstätigen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen ist nur rund ein Viertel wegen der depressiven Symptome in ärztlicher Behandlung.

Die negativistischen Gedanken depressiv erkrankter Menschen weisen darauf hin, dass ihre Arbeitssituation stark von ihrem krankheitsbedingt veränderten Erleben beeinflusst wird. Umso wichtiger wäre eine professionelle Behandlung depressiv erkrankter Personen, und in einem invaliditätspräventiven Sinn vor allem auch der Erwerbstätigen, die unter depressiven Symptomen leiden. Dies ist allerdings bis heute selten der Fall (Abb. 7.12).

Lediglich 8,4% der Erwerbstätigen mit schwachen depressiven Symptomen und 26,2% der Personen mit mittleren bis starken depressiven Symptomen sind deswegen in ärztlicher Behandlung. Dies ist angesichts des

Depressive Arbeitnehmer/innen sind selten in ärztlicher Depressionsbehandlung, Häufigkeit einer ärztlichen Depressionsbehandlung nach depressiven Symptomen, 2007

Abb. 7.12



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (Erwerbstätige, 18–64 Jahre)

© Obsan

subjektiven Leidens, des prognostisch ungünstigeren Krankheitsverlaufes und der sozialen wie beruflichen Behinderungsfolgen von leichteren und schwereren Depressionen ein sehr unbefriedigendes Resultat – auch wenn zu den ärztlich Behandelten noch einige Personen hinzukommen, die von psychologischen Psychotherapeuten professionell behandelt werden.

Hinzu kommt – wie im Kapitel 6 dargestellt – dass die ärztliche Behandlung meist eine allgemeinärztliche Behandlung bedeutet, die gerade bei schwächerer depressiver Symptomatik kaum je psychotherapeutisch, sondern fast ausschliesslich mit antidepressiver Medikation interveniert. Auf dem Hintergrund der stark gehäuften negativen Gedankengänge der erwerbstätigen depressiven Personen und der meistens auftretenden arbeitsplatzbezogenen Ängste scheint eine, die Psychopharmaka-Behandlung zumindest ergänzende, Gesprächstherapie bei leichteren und mittelschweren Depressionen deutlich häufiger angezeigt. Dies findet insgesamt gesehen jedoch nur sehr selten statt.

Auch wenn Erwerbstätige mit depressiven Symptomen am Arbeitsplatz verbleiben und von keiner erhöhten Arbeitsunfähigkeit berichten (was der häufigste Fall ist), so leiden sie trotzdem unter deutlich erhöhtem subjektivem (Negativismus) und objektivem (unqualifiziertere Tätigkeiten) Stress. Die Folge sind enorme Produktivitätsverluste, die mit Abstand den grössten Anteil der indirekten Krankheitsfolgekosten der Depression verursachen.

Zum anderen besteht das Risiko, dass ein substantieller Teil dieser am Arbeitsplatz präsenten Mitarbeitenden ohne adäquate Behandlung eine schwerere Depression entwickelt, die zu länger dauernden Absenzen und zu Invalidität führen kann. Dabei kann man vereinfacht festhalten, dass eine ärztlich Behandlung der Depression auch invaliditätspräventiv wirken kann im Vergleich zu unbehandelten Depressionen. Wird eine spezialisierte fachpsychiatrische oder psychiatrisch unterstützte hausärztlichen Behandlung durchgeführt, kann dies den positiven Effekt im Vergleich zur rein hausärztlichen Behandlung nochmals steigern (OECD, 2012).

Letztlich ist allerdings die Arbeitssituation von Mitarbeitenden mit Depressionen systematisch und in der Breite nur zu verbessern, wenn Behandelnde und Arbeitgeber enger zusammenarbeiten. Hinweise, dass dies meist nicht der Fall ist, ergeben die dargestellten Daten der Befragung der niedergelassenen Psychiater/innen im Kanton Bern (Kap. 6.3). Die Psychiater und Psychiaterinnen nehmen zwar relativ häufig eine Arbeitsproblematik bei ihren Patienten und Patientinnen wahr, sie haben jedoch praktisch nie Kontakt zu den Arbeitgebenden.

Dies entspricht dem generellen Eindruck, dass sich Ärzte und Ärztinnen generell, aber auch psychiatrische Fachärzte/-ärztinnen, zu wenig für die Arbeitssituation ihrer depressiven Patienten und Patientinnen interessieren. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäss zwar häufig froh wären, wenn ihr Arzt/ihrer Ärztin bei den Vorgesetzten intervenieren würde, gleichzeitig aber oft auch Bedenken haben und ihre psychische Störung zu Beginn nicht offenlegen wollen. Angesichts der sehr häufigen stressvollen Erfahrungen der Patienten/Patientinnen bei der Arbeit und der sehr häufigen Invalidisierung von depressiven Personen besteht hier gemäss der OECD (2012) dringender Handlungs- und Forschungsbedarf.

8 Kommentar von Theodor Cahn

Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Allschwil (BL)
 Chefarzt der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal von 1978 bis 2007

Das Obsan legt mit dieser Schrift erstmals eine umfassende epidemiologische Studie zu einer bestimmten Gruppe psychischer Leiden vor. Mit den Depressionen wurde eine Gruppe ausgewählt, der besonderes Gewicht zukommt und die für die Gesamtheit der psychischen Erkrankungen repräsentativ sein kann. Die Fülle der national gesammelten Daten und die grossen Fallzahlen haben vielfältige, differenzierte Auswertungen zugelassen, und diese Möglichkeit haben Niklas Baer und die Koautorinnen in äusserst interessanter Weise genutzt. Die Resultate haben mich als praktisch und organisatorisch tätigen Psychiater und Psychotherapeuten in positiver Weise angeregt. Kritische Bemerkungen sind in diesem zustimmenden Rahmen zu verstehen. Im Kommentar greife ich, nach einleitenden methodischen Bemerkungen, einige Themen heraus, verzichte aber bewusst auf ein systematisches, vollständiges Abhandeln aller vorgelegten Kapitel und einzelnen Resultate.

Die Studie basiert hauptsächlich auf den beiden grossen Surveys Gesundheitsbefragung und Haushalts-Panel. Als erstes fällt die imponierende Konvergenz der Auswertungen aus diesen unterschiedlichen Erhebungen auf. Auch weitere Quellen haben vergleichbare Resultate geliefert. Die Ergebnisse erscheinen daher als «robust». Die hohe Aussagekraft ist aus statistischer Sicht nicht anzuzweifeln: Darin liegt der Wert der Befunde als eine Grundlage für weitere fachliche Arbeit und ebenso für die politische Debatte, die zum Thema der psychischen Gesundheit und Krankheit zu führen ist.

Im spontanen, quasi umgangssprachlichen Gebrauch scheint klar, was eine Depression ist. In der Studie taucht aber – wie bei jeder eingehenden Beschäftigung mit dem Thema – bald die **Frage nach den Konstrukten und begrifflichen Setzungen** der Phänomene auf, die man mit der Diagnose «Depression» fasst. Dass dies kein triviales Problem ist, zeigt sich schon in den unterschiedlichen Termini, die im Text gebraucht und teilweise explizit definiert werden. Der Blick auf das heute verbindliche psychiatrische Diagnosesystem, ICD-10 der WHO (ähnlich das amerikanische System DSM IV), zeigt aber bereits ein

komplexes Bild: Im Kapitel «affektive Störungen» werden erst «depressive Episoden» anhand bestimmter Kriterien in den Stufen «leicht», «mittelgradig» und «schwer», definiert. Die *Frage nach dem Schweregrad* scheint also im Vordergrund der Diagnostik zu stehen. Ist dieser etabliert, kann man die «depressiven Episoden» in die Verlaufsformen «rezidivierende depressive Störungen» oder «bipolare Störungen» (im Wechsel mit Manien) einordnen. Gerade bei dieser Abstufung nach Schweregraden stellt sich die Frage nach der Konstruktion psychiatrischer Diagnosen und ihren normativen Implikationen, namentlich ihrer Zuordnung zu einem bestimmten Behandlungsbedarf. Es werden nämlich auch chronische Verläufe abgegrenzt, die nicht die Intensität einer als «leicht» benannten «depressiven Episode» erreichen, die verbreitet vorkommen, ein leidvolles Leben prägen und oft lang dauernde Behandlungen erfordern: u.a. die «dysthyme Störung» (in früherer Terminologie als «neurotische Depression» bezeichnet), die «sonstigen anhaltenden depressiven Störungen» und die «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion». Es handelt sich keinesfalls um unbedeutende, «subklinische» Phänomene. Die Schwelle der «depressiven Episode» ist nämlich bei der Zusammenstellung der diagnostischen Kriterien hoch angesetzt, und die Bezeichnung «leicht» somit missverständlich: Auch die «leichte depressive Episode» ist bereits eine markante, das Erleben stark beeinträchtigende Erkrankung. Die DSM IV-Terminologie verdeutlicht dies, indem sie den entsprechenden Graden von «leicht» bis «schwer» den Titel «Major Depressive Disorder» voran stellt.

Für die Auswertung der Survey-Daten ist es also sicher wichtig, die Graduierung zu berücksichtigen, aber bei Deutungen ist grösste Vorsicht angebracht: Selbstverständlich darf man bei den höher scorenden Gruppen einen besonderen Leidensdruck unterstellen. Bei den niedrig scorenden Fällen ist aber schwierig zu entscheiden ob es sich um die *relativ* leichteren Episoden im Rahmen der oben erläuterten schweren Pathologie der «Major Depressiven Störung» (so die offizielle deutsche

Übersetzung des DSM IV), oder um Fälle unter dieser operational gesetzten Schwelle handelt. Und letztere sind zum Teil als *passagere*, bzw. *normalpsychologische* Reaktionen, zu einem andern Teil aber als Symptome einer chronischen Krankheit zu werten. Gewicht und Auswirkungen einer Depression ergeben sich ja – wie bei jeglicher Erkrankung – nicht allein durch das momentane Bild, sondern wesentlich durch deren *Verlauf und Dauer*. Diese werden in einer Querschnittsbefragung (Prävalenz der letzten zwei Wochen) nicht direkt abgebildet. Die Datensammlungen geben nur indirekte Hinweise auf die langen Verläufe, so implizieren Fragen nach Einschränkungen der Erwerbstätigkeit und im Sozialleben eine längere Dauer. Hingegen findet man in dieser Studie kaum Hinweise auf die häufig prägenden Wechsel des Verlaufs, die auch besondere soziale Probleme verursachen. Vertiefte epidemiologische Forschung sollte also anschliessen und auch direkte Daten zu Verläufen in ihrer Länge beibringen.

Wenn man den Publikumsbefragungen den operationalisierten Depressionsbegriff des ICD-10-Systems hinterlegt, erhält man wohl «robuste» Resultate. Darin stecken aber auch Probleme, welche diese Diagnostik nicht lösen kann. So verdeutlicht eine vertiefte Betrachtung *drei grundsätzliche, untereinander zusammenhängende Fragen*:

1. Frage der Homogenität: Entspricht das, was unter dem Titel «Depressionen» erhoben und ausgewertet wurde, einer bestimmten, einheitlichen Krankheit?
2. Frage der Spezifität: Sind die Befunde spezifisch für Depressionen oder unspezifische Merkmale psychischer Störung?
3. Frage der Abgrenzung: Wie ist das Krankhafte von normalpsychologischen Reaktionen und Stimmungsschwankungen zu unterscheiden?

Die *erste Frage* muss verneint werden: Depression lässt sich (ähnlich manchen anderen psychiatrischen Diagnosen) nicht als homogene Einheit konzipieren, sondern ist zunächst als eine in jedem Menschen angelegte Reaktionsmöglichkeit auf verschiedenste Belastungen anzusehen, namentlich auf Verlust, Hilflosigkeit, Versagen und manche andere. Damit bedeutet sie eine bestimmte Leidensform – medizinisch eine Kombination von Symptomen: ein «Syndrom» – aber keine abgrenzbare Krankheit mit eindeutiger Ursache und Pathologie, wie z.B. eine spezifische Infektionskrankheit. Ursachen mögen ganz verschiedene innerpsychische wie äussere Anlässe sein.

Depressionen können als Folgen, Symptome oder Verstärker der meisten anderen psychischen Störungen auftreten. Dies zeigt sich in den mannigfaltigen Komorbiditäten (Kap. 4). Ähnlich wie Schmerzen können sich Depressionen vom Ursprung lösen und sich in einer ungünstigen Eigendynamik verfestigen. Genetisch-konstitutionelle Faktoren spielen dabei mit. Diese überwiegen in einem kleineren Teil der – meist schweren – Fälle und bewirken eine primäre Fehlfunktion des Hirns, die sich ohne fassbare Anlässe in Depressionen, oft im Wechsel mit Manie, äussert. In diesen früher als «endogen» bezeichneten Fällen kann man Depression als spezifische Krankheit ansehen. Es ist anzunehmen, dass gerade diese Betroffenen in den Surveys unterrepräsentiert sind (Kap. 2.5), nicht aber in den Daten der Kliniken und psychiatrischen Praxen.

Die *zweite Frage*, nach der Spezifität der Befunde für die Depression, stellt sich besonders bei der Untersuchung der sozialen, beruflichen und behandlungsmässigen Parameter. Hier liegen die Resultate der meisten Auswertungen im Rahmen dessen, was allgemein für psychische Störungen zu erwarten ist. Dies kann man mit der Häufigkeit der Depression und ihrer «Ausstrahlung» in anders klassierte psychische Störungen erklären: Regressiver Rückzug, Resignation und passive Ohnmachtsgefühle bilden verständlicherweise eine verbreitete Reaktion auf Leiden und Schwierigkeiten, die psychische Störungen mit sich bringen, auch wenn sie primär nicht depressiver Art sein mögen. Dieses Reaktionsmuster bedeutet ein sich Zurücknehmen aus den Bezügen zur äusseren Welt, welches nun zu den Grundmechanismen der depressiven Verstimmung gehört. Manche unspezifische Befunde können darum allgemein für Befragungen psychisch erkrankter und behinderter Menschen gelten, zumal die sozialen Ausgrenzungen wahrscheinlich weniger vom Krankheitsbild abhängen als von der Dauer und dem Ausmass der Unangepasstheit, sowie davon, in welchem Lebensalter die Störung eintritt. (So beginnen Schizophrenien oft schon in den Ausbildungsjahren und stören die soziale Entwicklung durchschnittlich noch massiver als Depressionen.)

Die *dritte Frage*, nach der Abgrenzung der leichter einzustufenden Fälle zum Normalen, ist in der gesundheitspolitischen Diskussion besonders brennend. Die hohen epidemiologischen Raten werden dort gerne als artifizell kritisiert. Wir haben es mit einem kontinuierlichen Übergang zu tun, und in diesem Fall ist die Grenzsetzung schwierig: Sache einer normativen Konvention. Den Grenzbereich berühren scheinbar die oben erläuterten

depressiven Störungen langer Dauer, aber mit weniger ausgeprägten Symptomen als die Majoren Depressionen. Im Gegensatz zu diesen Majoren Depressionen fehlen hier in den diagnostischen Standards eindeutige Kriterien, die eine Gewichtung ermöglichen. Aber für die betroffenen Menschen bedeuten diese chronischen Störungen Leiden und Einschränkung der Lebensqualität: höchst bedeutsame subjektive Faktoren. Operational können diese am besten durch die Krankheitsdauer und die Komorbidität abgebildet werden.

Diese grundsätzlichen Fragen möchte ich anhand einer genaueren Betrachtung der Auswertungen erläutern, die im Kapitel «**Komorbidität**» (Kap. 4) erscheinen. Der Komorbiditätsbegriff ist hier weit gefasst als das Zusammentreffen unterschiedlicher Krankheitsdiagnosen bzw. Störungs- oder Beschwerdebilder. Die Feststellung einer Komorbidität ist rein deskriptiv. Sie sagt nichts über die Zusammenhänge aus, bei denen folgende Möglichkeiten zu unterschieden sind:

- «Echte» Komorbidität: Die unterschiedlichen Elemente sind primär voneinander unabhängig («man kann Läuse und Flöhe gleichzeitig haben»), interagieren evtl. sekundär.
- Komorbidität bei kausaler Abhängigkeit: Eine nachfolgende Störung wächst auf dem Boden einer ersten (verursacht oder begünstigt), oder zwei manifeste Störungen gründen auf einer gemeinsamen Wurzel.
- Komorbidität als Kodierungsartefakt: In den Diagnoseschemata ICD-10 und DSM IV wird manchmal aus methodischen Gründen zusammengehörendes Krankheitsgeschehen auseinandergenommen: Die Kriterien sind in diesen Fällen so zusammengestellt, dass bestimmte, nicht immer auftretenden Manifestationen einer Erkrankung nicht in derselben sondern in einer weiteren «Störung» aufgelistet sind. Dann müssen zwei Diagnosen kodiert werden.

In der Studie werden unter dem Titel «Komorbidität» zuerst *körperliche Symptome mit Depressivität* verglichen. Dabei stehen Körperbeschwerden im Vordergrund, die in der praktischen Medizin meist als «unspezifisch» bzw. «funktionell» angesehen werden (Tab. 4.1): Rückenschmerzen, Schwäche, Bauchschmerzen, Durchfall und Verstopfung, Schlafstörung, Kopfschmerzen. Diese sind schon bei den Befragten ohne depressionsverdächtige Angaben derart häufig, dass nur knapp die Hälfte ganz beschwerdefrei erscheint. Anteil und Schwere der Körperbeschwerden nehmen nun offenbar mit

dem Ausmass der depressiven Symptomatik sprunghaft zu, sodass von den schwerer depressiv Belasteten zwei Drittel auch in starkem Mass an Körperbeschwerden leiden und nur noch eine kleine Minderheit gar keine Körperbeschwerden angibt (Abb. 4.1). Es liegt hier kaum echte Komorbidität vor; die Befunde spiegeln vielmehr die Tatsache, dass sich Depressionen nicht allein als psychische sondern ebenso als körperliche Leiden manifestieren, die subjektiv erlebt werden und zusammen im Substrat der Gehirnfunktion verankert sind. So drängt sich eine ganzheitliche Betrachtung auf, die das Seelische vom Körperlichen nicht trennt: Das Gefühl von körperlich-seelischer Beschwerdefreiheit, d.h. von Unversehrtheit, entspricht mehr einem Ideal oder einer glücklichen Phase als einem «durchschnittlichen Zustand» im Leben der Bevölkerung. Ein gewisses Mass an Beschwerden liegt in der Unvollkommenheit und Beschädigung der menschlichen Existenz, die zu ertragen ist. Der Übergang zum Krankhaften ergibt sich nicht einfach aus der Statistik, d.h. man muss ihn dort gemäss Normvorstellungen, recht willkürlich festlegen. Depression vertieft nun dieses Erleben von relativer Unvollkommenheit, Beschädigung und Schwäche ins Übermass von Versagen, Erschöpfung, Ohnmacht, Schmerz, Beengung etc. als psychisches ebenso wie als körperliches Erleben – in schweren Fällen bis ins Extreme. Darin liegt die Spezifität der depressiven Phänomene gegenüber anderen psychischen Störungen; und eben auch die Schwierigkeit ihrer Abgrenzung, da sie eine kontinuierliche Dimension des Leidens bilden. Bei einzelnen depressiven Menschen kann nun das Seelische, bei anderen aber das Körperliche im Vordergrund dieses Erlebens stehen – bei manchen so sehr, dass die psychische Verstimmung gar nicht wahrgenommen wird. Daher sind Depressionen auch bei einem Teil der Befragten zu vermuten, die nur eine Reihe von Körperbeschwerden angeben.

Die Studie vertieft die Frage der *Rückenleiden und Schlafstörungen*, was besonders interessant ist, denn hier zeigt sich die genannte Problematik wie unter der Lupe. Beide somatische Phänomene haben offensichtlich engste Verbindung zur Depression: Die Mehrheit der als depressiv erfassten Personen leidet daran (Abb. 4.5). Also muss man sie als integrierende Symptome des depressiven Geschehens auffassen. Möglicherweise treten Rückenleiden oder Schlafstörungen so in den Vordergrund der vorgebrachten Klagen, dass Ärzte/Ärztinnen die Depression als zweitrangig ansehen, falls sie sie überhaupt diagnostizieren. So werden in der Medizinischen Statistik bei «Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems» Depressionen als

Nebendiagnosen besonders häufig gefunden (Abb. 4.7). Zudem ist eine erhebliche «Dunkelziffer» zu vermuten. Genau hier wäre eine ganzheitliche Auffassung – und ein entsprechend ganzheitlicher therapeutischer Zugriff – besonders gefragt. Die Auswertungen zeigen eindrücklich, dass Depressionen mit Rückenschmerzen oder Schlafstörungen zusammen viel belastender in Bezug auf Arbeit und Erwerb wirken, als wenn die Phänomene isoliert auftreten. Das müsste man aus präventiven, rehabilitativen und aus versicherungsrechtlichen Gründen genauer verstehen können und erforschen. Die IV muss allerdings Rückenleiden ohne massiven Organschaden von Leistungen ausschliessen. Gleichzeitig lässt sie bei gemeinsamem Vorliegen von Depression und muskuloskelettalen Beschwerden zumeist keine Kumulation der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu. Damit tut sie den Betroffenen, die nachweislich besonders handicapiert sind, offenbar Unrecht.

Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen wird in der Hälfte der Fälle gefunden (Abb. 4.17). Das weist wieder auf das Problem der fraglichen Homogenität und Spezifität des Depressionsbegriffes. Besonders eng sind offenbar die Verknüpfungen der vier Diagnosegruppen affektive Störungen (ICD-10: F3), substanzbedingte Erkrankungen/Sucht (F1), neurotische Störungen (F4) und Persönlichkeitsstörungen (F6). Wie sind diese in der Epidemiologie bekannten Zusammenhänge zu verstehen?

Bei den *Persönlichkeitsstörungen* ist anzunehmen, dass diese konstitutionellen, bzw. in der frühen Entwicklung angelegten Strukturbesonderheiten der Persönlichkeit den Boden für die Ausbildung weiterer Störung bilden. So verursachen sie auch häufig Depressionen, welche eventuell deutlicher und akuter hervortreten als die Grundstörung, über verschiedene Wege – nicht zuletzt als Reaktion auf wiederholtes soziales und beziehungsmissiges Scheitern.

Bei *Süchten* sind kausale Zusammenhänge mit Depressionen auch gegeben. Sie laufen in beide Richtungen, bzw. zirkulär: Jemand missbraucht psychisch aktive Substanzen als «Selbstmedikation», um die depressiven Gefühle zu bekämpfen, umgekehrt kann der durch die Suchtkarriere angerichtete Schaden zu Depressionen führen.

Bei der häufigsten komorbiden Konstellation, von Depressionen mit der heterogenen ICD-10-Gruppe F4: *neurotische Störungen*, vermute ich manchen Kodierungsartefakt: Angst tritt bei Depressionen sehr häufig auf und wird evtl. als zusätzliche Angststörung aufgeschrieben. Stehen die somatischen Phänomene im Vordergrund, wird man leicht eine komorbide «somatoforme Störung» kodieren. Bei vielen Depressionen,

gerade bei den verbreiteten Formen leichterer Ausprägung (ohne psychotische Tiefe), ist ein neurotischer bzw. erlebnisreaktiver Ursprung zu vermuten.

Wie bei der Untersuchung der somatischen Komorbidität schneiden auch im Zusammenhang mit psychiatrischer Komorbidität die «rein depressiven» Personen in der Arbeitswelt besser ab als die komorbiden (Abb. 4.19). Dazu kommt der Befund aus der IV-Recherche, welche zwei Verlaufstypen herausarbeiten konnte (Abb. 4.14): einen mit hoher psychischer und somatischer Komorbidität und einen zweiten mit Depression und wenig Komorbidität (vom neurotischen Angst- und Zwangs-Typ). Daraus ergibt sich die Frage, ob und wie weit wir es hier tatsächlich mit unterschiedlichen Arten von Erkrankungen bzw. Störungskomplexen zu tun haben, die im sozialen Umfeld wie auf die Angebote der Gesundheitsversorgung verschieden reagieren. Dies müsste weitere Forschung herausfinden, die Verlaufparameter und das Problem der Chronifizierung ins Auge fasst. Praktisch ist das Problem darum sehr relevant, weil die relativ schlechte Integration der «hochkomorbiden» Personen zu einem Überdenken unseres therapeutisch-rehabilitativen Angebots zwingt, das den «rein Depressiven» besser angepasst erscheint. So werden in den Therapiestudien, welche die Therapierichtlinien bestimmen, komorbid «verunreinigte» Fälle oft ausgeschlossen. Störungsspezifische, manualgeleitete Psychotherapien lassen das Komorbiditätsproblem auch weitgehend aus.

Kapitel 5 gibt über **soziale Beziehungen und Partnerschaften** Auskunft. Die Resultate zeigen alle in einer Richtung: Mit zunehmenden Depressionszeichen verringern sich die Beziehungen und Kontakte. Allerdings ist das kein depressionsspezifischer Befund, sondern kann wesentlich auf sämtliche schwerere psychische Störungen bezogen werden, die von längerer Dauer sind. Hier zeigt sich das Grundproblem von sozialer Ausgrenzung von Menschen mit andersartigem, unangepasstem, evtl. schwer verständlichem Verhalten. Auf die Ausgrenzung reagieren die Betroffenen oft resignativ mit Rückzugverhalten und Selbststigmatisierung und verstärken sie dadurch. Nun ist Rückzug ein charakteristisches Phänomen der Depression. Mit dieser Verschränkung verbunden ist die sekundäre Depressivität vieler Menschen, die primär an einer anderen psychischen Störung leiden. Spezifisch für Depression, gerade auch für primär auftretende depressive Krankheiten, erscheint hingegen das Auftreten von Verlassenheitsgefühlen (besser als «Einsamkeit»). Diese Gefühle sind in ihrem Ausmass mit der Schwere der Depressivität offenbar linear verbunden – ebenso mit der Abnahme der wahrgenommenen «emotionalen Unterstützung». Verlassenheit wird so erlebt, auch wenn

Bezugspersonen präsent sind. Selbstzeugnisse von Depressiven zeigen das eindrücklich. Die Grenze zu einem schweren depressiven Zustand ist nach meiner klinischen Auffassung überschritten, wenn sich dieses Verlassenheitsgefühl zur hoffnungslosen Gewissheit verdichtet, dass es keine Hilfe und kein rettendes Ufer mehr geben kann. Dann stellen sich meist Suizidgedanken ein. Suizidalität wurde in der Studie aber nicht berührt. Nun zeigt immerhin ein Drittel der als mittelschwer bis schwer depressiv Klassierten in der Befragung keine derartigen Verlassenheitsgefühle. Hier wirft die Einstufung Fragen auf: Ist eine Einstufung als «schwer» in diesen Fällen berechtigt? Andererseits stösst man wieder auf das Problem der Homogenität: Geht es etwa bei diesen «Depressionen» mit und ohne Verlassenheit um grundsätzlich verschiedene Störungen?

Bei den Erhebungen zur **Behandlung**, Kapitel 6, kommen nun ärztliche Diagnosen als Datengrundlage ins Spiel. Dabei ist zu beachten, dass sich die Kodierungen der Bevölkerungsbefragungen nicht einfach mit den ICD-10-Diagnosen der Fachleute decken. Letztere sind konsistenter (namentlich in der spezialisierten Versorgung) aber auch enger. Bei der Statistik auf ICD-10-Basis muss beachtet werden: Unter F3 «Affektive Störungen» fallen auch Diagnosen aus dem manischen Formenkreis. Im stationären Bereich machen sie schätzungsweise 10–20% der F3-Diagnosen aus. Da Manien erst in der dritten oder vierten Stelle des Codes auftauchen, sind sie in den Sammelstatistiken nicht ausgewiesen. Ambulant sind sie seltener, aber dort dürften Depressionsformen grösseres Gewicht zukommen, die in der Klasse F4 «Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen» – hier erst in der 4 und 5. Stelle kodiert – in verschiedenen Kategorien verteilt zu finden sind (vgl. oben, die Bemerkungen zu psychiatrischen Komorbidität): namentlich unter F43.2 «Anpassungsstörungen»: F43.20 «kurze depressive Reaktion», F43.21 «längere depressive Reaktion» und F43.22 «Angst und depressive Reaktion gemischt». Aber auch F48.0 «Neurasthenie» (inkl. Burnout) zeigt Züge der Depressivität. Diese in F4 eingeordneten Störungen des depressiven Spektrums sind insgesamt sicher häufig, und in der Praxis werden sie wohl nur unscharf zu den unter F3 definierten Formen abgegrenzt. In der Altersversorgung sollte man zudem F06.32 «organische depressive Störung» (Depression in Zusammenhang mit Demenz) nicht vernachlässigen. Wenn man nur auf F3 abstellt, ergibt sich vermutlich ein Bias zur Unterrepräsentation der depressiven Zustände, namentlich im ambulanten Bereich.

Für die Beurteilung der Versorgung ist die Untersuchung der *Hausärztinnen und Hausärzte* natürlich besonders wichtig. Es zeigt sich klar, dass sie in der Schweiz, wie in anderen Ländern, den Grossteil der Behandlungslast von Menschen mit psychischen Störungen tragen. Daran ändert in unserem Land die besonders hohe Dichte an spezialisierten Praxen und Einrichtungen offenbar wenig. Die vorgelegten Befunde legen allerdings eine recht kritische Interpretation der Qualität dieser primärärztlichen Versorgung nahe.

Erstens erscheinen Depressionen, und wohl psychische Störungen allgemein, zu wenig wahrgenommen: in hohem Masse unterdiagnostiziert bzw. nicht angemessen gewichtet. Zum Teil trifft es wohl zu, dass die Daten ein relevantes Versorgungsdefizit aufzeigen. Ein Teil lässt sich aber aus den spezifischen Bedingungen der hausärztlichen Arbeit erklären und relativiert eine negative Bewertung: So kodieren die Hausärztinnen und Hausärzte in der Sentinella-Erhebung nur diejenigen Depressionen, die eine Intervention zur Folge haben (Abb. 6.7), offenbar im Wissen dass Depressivität in ihrem Patientengut viel häufiger ist. Patientinnen und Patienten erscheinen nämlich oft mit einer ganzen Reihe Beschwerden, Leiden und Krankheiten in der Praxis. Besonders Betagte, welche die Wartezimmer zu einem Grossteil füllen, kommen häufig mit einer Vielzahl von erheblichen Gesundheitsproblemen. Hier müssen die Ärztinnen und Ärzte – meist in Kürze – fokussieren und Prioritäten setzen können. Sie tun das im günstigen Fall vor dem Hintergrund einer langfristigen Kenntnis der Person, die sie gerade untersuchen. Die Tatsache, dass an Depressionen Leidende durchschnittlich relativ rasch die hausärztliche Praxis aufsuchen (Abb. 6.9), zeugt von recht guter Wahrnehmung bzw. tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehungen. Wenn gerade die schwereren Fälle leider erst nach einem längeren Intervall erscheinen, ist die Ursache mindestens teilweise in der hoffnungslosen Selbstisolation schwer Depressiver zu suchen. Doch bleibt die Vermutung, dass auch aus hausärztlicher Perspektive die psychischen Störungen oft mehr Gewicht erhalten sollten, um eine effiziente Behandlung aus einer ganzheitlichen Optik zu gewährleisten. Diese käme auch einer Verbesserung der somatischen Behandlung zugute, weil Depressivität den Verlauf primär körperlicher Krankheiten beeinträchtigt. (Es sind eine Reihe von Mechanismen nachgewiesen: Depressiv-negative Erwartungen haben suggestiven Effekt – Placebo mit umgekehrtem Vorzeichen: «Nocebo». Chronischer affektiver Stress setzt die Immunabwehr herab etc.)

Zweitens laufen die hausärztlichen Behandlungen anders als in den psychiatrischen Praxen: nicht den psychiatrischen Richtlinien entsprechend, nämlich gerade in den leichter eingestuften Fällen vorwiegend medikamentös, wo doch in erster Linie psychotherapeutische Intervention angezeigt wäre (Abb. 6.10 und 6.11). Eventuell ist dies ein Effekt einer Aufklärung über Depression, welche mit dem Marketing der Pharmaindustrie verbunden ist. Die Statistik sagt aber nichts über die Resultate dieser hausärztlichen Medikamentenbehandlungen aus. Möglicherweise sind sie nicht so schlecht. Auch dieses Problem sollte aus der Optik der Praxis betrachtet werden: Viele der indizierten Depressiven wären wenig oder gar nicht für eine Psychotherapie geeignet bzw. nicht oder nur mit grösstem Aufwand motivierbar: wegen rigidem somatischem Krankheitsbild, kognitiven Einschränkungen, Kultur- und Sprachbarrieren und weiteren Widerständen. Zudem spielt die Diskriminierung der Psychiatrie immer noch eine Rolle. Diese Schwierigkeiten sind in Relation zu setzen mit den beschränkten Ressourcen. Wie könnte ein Hausarzt/eine Hausärztin denn den Zeitaufwand für die Psychotherapien der Masse von Patienten/Patientinnen leisten, bei denen theoretisch eine Indikation vorliegt? Eine fachgerechte Psychotherapie setzt zudem eine eingehende Weiterbildung voraus (nicht nur einen Schnellkurs), welche diejenigen Hausärztinnen und Hausärzte absolvieren, die hier einen Schwerpunkt setzen. Das kann aber keine allgemeine Anforderung sein. Sollten hingegen alle diese Patientinnen und Patienten mit psychischer Problematik überwiesen werden, würden die Kapazitäten der Psychiaterinnen, Psychiater, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bei weitem nicht ausreichen. Es gibt allerdings Hinweise, dass die Kapazitäten der spezialärztlichen Psychiatrie-Praxen nicht optimal genutzt werden. Sowohl betagte wie junge Menschen sind hier unterrepräsentiert (Abb. 6.1.). Die Folgerungen aus den Daten mögen widersprüchlich erscheinen, sicher ergibt sich aber: Die Indikation für eine Psychotherapie ist in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung eine sehr wichtige Aufgabe. Ob ein Hausarzt bzw. eine Hausärztin dann die Psychotherapie selber unternehmen kann oder überweisen muss, jedenfalls ist die Indikation selektiv und vor allem rechtzeitig zu stellen, um Chronifizierung zu vermeiden. Darin liegt die Anforderung. Die Kriterien dazu können nicht direkt aus den psychiatrischen Richtlinien entnommen werden, sondern müssen für die hausärztliche Situation zusammen mit den Spezialisten und Spezialistinnen erarbeitet werden (z.B. in Qualitätszirkeln). Im Übrigen ist eine Behandlung mit antidepressiven Medikamenten dann qualifiziert – und

keine «Abspeisung» – wenn sie im Kontext einer stimmigen Arzt-Patienten-Beziehung erfolgt, die im Vertrauen auf die behandelnde Person, die man lange kennt, gegeben ist. Dann zeigt die Verschreibung eines Antidepressivums dass die psychische Not wahrgenommen und angesprochen wird. So kann die «Droge Arzt» wirken und der Placebo-Effekt das Medikament verstärken.

Die Studie bildet mit Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen Depression und **Arbeit** – Erwerbstätigkeit, Beeinträchtigung, Invalidität, Arbeitsplatzsituation – einen deutlichen Schwerpunkt. Entsprechende Auswertungen bietet sie in fast allen Kapiteln, besonders bei den Behandlungen (Kap. 6), und widmet dem Thema das spezielle Kapitel 7 «Depression am Arbeitsplatz». Es ist die klare Absicht zu erkennen, auf diesen in der psychiatrischen Fachwelt weithin vernachlässigten Aspekt aufmerksam zu machen. So wird mit eindeutigen und eindrücklichen Daten in verschiedenen Parametern gezeigt, dass Erwerbsarbeit die Verläufe entscheidend verbessert. Arbeit erscheint daher als zentrales Element der sozialen Teilhabe, der Rollenfindung und damit des Selbstwertes. Bei Fehlen einer sozial anerkannten, d.h. in der Regel – besonders bei Männern – entlohnten Arbeit, machen sich Regression und Versagensgefühle breit, aus welchen die Betroffenen nur schwer herausfinden. Diese Befunde sind mehrheitlich nicht für Depressionen spezifisch, sondern gelten allgemein für schwerere und länger dauernde psychische Störungen, was z.B. Abbildung 6.29 belegt. Umso mehr fordert die starke Evidenz dieser Befunde dazu auf, aus therapeutischen Gründen dem Erhalt bzw. dem Wiedererlangen von Erwerbsarbeit hohe Priorität einzuräumen. Hier spricht die Studie in erster Linie die *Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten/Ärztinnen und Arbeitgebern* an, die sehr mangelhaft erscheint (Kap. 6.3 und 7.3). Um eine Verbesserung zu erreichen, müssen zuerst Hindernisse und Grenzen erkannt werden: Die Welten der Therapie und der Betriebe sind weit voneinander entfernt, es werden sehr verschiedene Diskurse gesprochen. Das muss namentlich in der Psychiatrie als fachliches Problem erkannt werden. Jede Seite muss Denkweise und Sprache der anderen verstehen lernen, damit eine fruchtbare Kommunikation zustande kommt. Dazu kann Job-Coaching eine Brücke schlagen. Es kommt hier noch ein potentieller Konflikt ins Spiel: Die sozialpsychiatrischen Anforderung nach Vernetzung und Kommunikation steht dem therapeutischen Gebot nach Discretion und Zurückhaltung entgegen, das dem Schutz der besonderen Beziehung zu den Patienten und Patientinnen dient und ihnen ihre eigene Initiative offen lässt.

Das muss in jedem individuellen Fall abgeglichen werden. Die direkte Kommunikation zwischen Behandelnden und Arbeitgebern bildet, so wichtig sie erscheint, nur einen Aspekt des Problems. Mit isolierten Forderungen, fürchte ich, wird sich diese Kommunikation kaum verbessern lassen. Das Problem muss vielmehr im Rahmen eines integrativen sozialpsychiatrischen Versorgungsansatzes angegangen werden, das die Ärzteschaft, psychiatrische Institutionen, Sozialdienste, Rehabilitationsangebote und Sozialversicherungen mit den Arbeitgebern institutionell in Verbindung bringt. Das ist beim fragmentierten System der Finanzierungen und Zuständigkeiten in unserem Land eine besondere Herausforderung. Ausserdem sollte das Thema «psychische Krankheit und Arbeit» in der psychiatrischen und sozialmedizinischen Forschung und in den Ausbildungen sowohl der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie sowie des Personalmanagements seinen gebührenden Platz finden.

Im Kapitel 7 «**Erleben am Arbeitsplatz**» findet man bestimmte Befunde, welche man der Depression als spezifisch zuordnen kann. Sie kommen zum Vorschein, wenn man – wie es in der Studie in sehr verdienstvoller Weise geschieht – der Frage nach dem subjektiven Erleben nachgeht: Depression bringt eben in erster Linie eine Verschiebung dieses subjektiven Erlebens, sie setzt der Wahrnehmung und den Gefühlen die berühmte «dunkle Brille» auf. Das betrifft natürlich auch die Arbeitssituation. Angeführt werden ängstlich-pessimistische Wahrnehmung, Spannung, Nicht-Abschalten-Können, Gedankenkreisen, Kontrollverlust bzw. Wendung der Aggression nach innen («Herunterschlucken», Abb. 7.11). Diese Erlebensweisen gehören zu den typischen depressiven Phänomenen. Es ist aus der Statistik nicht ersichtlich, wie weit äussere Belastungen am Arbeitsplatz dazu beitragen, dass die Situation depressiv verarbeitet wird. Die Auswertung nach Berufstyp (Abb. 7.1) zeigt erhebliche Unterschiede mit deutlich häufigerer Depressivität bei Hilfsarbeitern/Hilfsarbeiterinnen und Büroangestellten, das wäre ein Hinweis auf äussere Stressoren. Aber es ist nicht klar, ob hier andere Variablen, namentlich Bildungsstand und Geschlecht stark intervenieren. Es spürt schon fast die Hälfte der nicht depressiven Befragten Spannung und Nervosität am Arbeitsplatz (Abb. 7.9); etwa gleich viel äussern sich wenig bis bestenfalls mittelgradig zufrieden mit der Arbeitssituation (Abb. 7.8). Ein harmonisches Arbeitsleben ist eben keine Selbstverständlichkeit. Im Querschnittsbild können aber Nichtdepressive anscheinend mit den Misslichkeiten und Konflikten umgehen. Die Frage bleibt, ob sie bei längerem Erdulden von Nervosität und Spannung nicht depressiv werden. Nervosität und Spannung sind offenbar in der

Bevölkerung weit verbreitete Empfindungen, welche einen hohen Sockelwert in der Statistik bilden, von dem die Werte im Masse der Depressivität weiter ansteigen. Damit gleichen diese Befunde denjenigen der Komorbidität von Depression mit körperlichen Symptomen, die unter nicht Depressiven ebenfalls sehr häufig sind. So darf man auch in Bezug auf das Erleben der Arbeit gleiche Überlegungen anstellen wie zur Komorbidität: dass Depression eine Vertiefung eines im menschlichen Erleben verankerten und verbreiteten Gefühl von Spannung, Ungenügen, Ohnmacht und Beschädigung bedeutet.

Bei allem Gewicht der Arbeitsfrage sollte man die zentrale *Bedeutung der menschlichen Beziehung* im depressiven Geschehen im Auge behalten. Das Leiden an Frustration, Verlust, Ohnmacht, Verlassenheit ist auf andere nahe Menschen bezogen – seien sie real präsent, abwesend, unerreichbar, verloren gegangen, imaginiert als innere Bilder. Das liegt nicht immer offen. Es zeigt sich, neben den Befunden des Kapitels 5, unter anderem in Abbildung 7.7: Am meisten, deutlich mehr als bei der Arbeit, fühlen sich Depressive in ihren familiären Beziehungen beeinträchtigt; dies gilt in Verbindung mit fast allen abgefragten Symptomen. Die menschliche Beziehung ist nicht nur im Nahbereich und in der Therapie wesentlich, sondern auch bei Arbeitsproblemen, die bei näherem Zusehen stets auch einen konflikthaltigen Beziehungsaspekt haben. So sind auch Arbeitserhalt und Rehabilitation davon abhängig, dass stimmige Beziehungen am Arbeitsplatz hergestellt werden können.

Einige Schlussfolgerungen:

- Die Studie zeigt eindringlich die grosse epidemiologische Bedeutung nicht allein von Depressionen sondern psychischer Störungen allgemein. Diese Last ist Tatsache, verleugnen und kleinreden beseitigt sie nicht.
- Daher sind koordinierte Aktionen zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation angezeigt. Man kann dadurch Depressionen und psychische Krankheit allgemein nicht wegschaffen, aber ihre Last vermindern und invalidisierende Verläufe verhindern. Bei diesen Aktionen muss klar sein, dass man Depression als komplexe Erscheinung nicht abhandeln kann wie die Bekämpfung einer spezifischen Infektionskrankheit.
- Bei der gegebenen Inhomogenität der Depressionen sollten in weiteren Forschungen einzelne spezifischere Gruppen herausgearbeitet werden. Namentlich sollten die häufigen Depressionen mit starker somatischer Komorbidität bzw. Symptomatik ins Auge gefasst werden, weil diese in vielen Parametern besonders ungünstige Merkmale zeigen.

- Querschnitterhebungen allein geben ein beschränktes Bild. Weitere Studien, die sich mit den Verläufen befassen, können wesentliche Erweiterungen bringen. Damit werden vor allem die Probleme der Chronifizierung und Chronizität deutlicher hervortreten.
- Die Studie belegt eindrücklich die grosse Bedeutung der Erwerbstätigkeit für den Verlauf von Depressionen und psychischen Störungen allgemein. Damit erscheint Arbeit als entscheidender Faktor der gesellschaftlichen Teilhabe oder Ausgrenzung. Folglich muss die Arbeitsfrage in ganzheitlicher Behandlung wie in der Organisation der psychiatrischen Versorgung einen wichtigen Platz bekommen.
- Epidemiologische Daten müssen gründlich fachlich – namentlich auch aus klinisch-praktischer Sicht – überprüft, interpretiert und ausdiskutiert werden. Durch diesen Prozess erst entsteht eine gute Basis für die politische Debatte und Entscheidung.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1.1:	Entscheidungsbaum-Verfahren zur Differenzierung von Personen mit und ohne depressive Symptome	22	Abb. 3.13:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Zivilstand und Geschlecht, 2007	38
Abb. 3.1:	Depressive Symptome in den letzten 2 Wochen, 2002 und 2007 und Major Depression in den letzten 12 Monaten, 2007	28	Abb. 3.14:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Haushaltsgrösse, SGB 2007 und SHP 2009	39
Abb. 3.2:	Häufigkeit von Depressivität nach Geschlecht, 1999, 2004 und 2009	28	Abb. 3.15:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Haushaltsform und Geschlecht, 2007	39
Abb. 3.3:	Häufigkeit von Depressivität 1999, 2004 und 2009	29	Abb. 3.16:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Erwerbsstatus Erwerbstätigkeit, 2007	40
Abb. 3.4:	Häufigkeit der einzelnen Skalenergebnisse 1999, 2004 und 2009	30	Abb. 3.17:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Alter und Erwerbsstatus, 2007	41
Abb. 3.5:	Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand, SGB 1992, 1997, 2002, 2007 und SHP 1999, 2004, 2009	31	Abb. 3.18:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Erwerbsstatus, 2009	41
Abb. 3.6:	Häufigkeit der rentenentscheidenden Diagnosen nach Zeitraum der IV-Anmeldung, 1993–2006	32	Abb. 3.19:	Erwerbsstatus nach depressiven Symptomen, 2007	42
Abb. 3.7:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Altersklassen, SGB 2007 und SHP 2009	33	Abb. 3.20:	Erwerbsstatus nach depressiven Symptomen und Geschlecht, 2007	42
Abb. 3.8:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Geschlecht und Alter, 2007	34	Abb. 3.21:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Grossregion, SGB 2007 und SHP 2009	43
Abb. 3.9:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Nationalität und Geschlecht, SGB 2007 und SHP 2009	34	Abb. 3.22:	Häufigkeit rentenentscheidender psychiatrischer Diagnosen nach Grossregion, 1993–2006	44
Abb. 3.10:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Nationalität und Bildungsstand, SGB 2007 und SHP 2009	35	Abb. 4.1:	Häufigkeit körperlicher Beschwerden bei depressiven Symptomen, 2007	45
Abb. 3.11:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Bildungsstand und Alter, SGB 2007 und SHP 2009	36	Abb. 4.2:	Häufigkeit körperlicher Beschwerden beim Vorliegen von keinem respektive einem oder mehr depressiven Symptomen nach Geschlecht, 2007	46
Abb. 3.12:	Häufigkeit depressiver Symptome nach Zivilstand, 2007	37	Abb. 4.3:	Häufigkeit von Rückenschmerzen nach Depressivität, 2009	47
			Abb. 4.4:	Häufigkeit von Schlafproblemen nach Depressivität, 2009	47
			Abb. 4.5:	Häufigkeit von depressiven Symptomen, Rückenschmerzen bzw. Schlafproblemen, SGB 2007 und SHP 2009	48

Abb. 4.6:	Prozentuale Abweichung vom Mittelwert aller F3-Nebendiagnosen, 2010	50	Abb. 4.20:	Erwerbsstatus und IV-Rentenbezug nach Diagnose und vorhandener Nebendiagnose (ND) einer Persönlichkeitsstörung (F6), 2010	61
Abb. 4.7:	Die elf häufigsten somatischen Hauptdiagnose-Kategorien mit einer F3-Nebendiagnose, 2010	50	Abb. 4.21:	Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen bei IV-Berenteten mit jemals einer F3-Diagnose respektive einer rentenbegründenden F3-Diagnose, 1993–2006	61
Abb. 4.8:	Häufigkeit somatischer Diagnosen bei IV-Berenteten mit jemals einer F3-Diagnose, 1993–2006	51	Abb. 4.22:	Häufigkeit von Tabak- und Alkoholkonsum nach depressiven Symptomen, 2007	63
Abb. 4.9:	Häufigkeit psychiatrischer und hausärztlicher Abklärungen zu Beginn des ärztlichen IV-Abklärungsverfahrens nach rentenbegründender Diagnose, 1993–2006	52	Abb. 4.23:	Physische Aktivität nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009	63
Abb. 4.10:	Durchschnittliche Anzahl Tage mit Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten, 2009	53	Abb. 4.24:	Häufigkeit von Übergewicht, Untergewicht und Normalgewicht nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009	64
Abb. 4.11:	Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 4 Wochen nach körperlichen Beschwerden und depressiven Symptomen, 2007	53	Abb. 5.1:	Häufigkeit einer Partnerschaft nach Depressivität, 2009	65
Abb. 4.12:	Häufigkeit von depressiven Symptomen und Schlafproblemen nach verschiedenen Erfahrungen am Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten, 2007	54	Abb. 5.2:	Häufigkeit einer Partnerschaft nach Geschlecht und Depressivität, 2009	66
Abb. 4.13:	Häufigkeit (nicht) erwerbstätiger sowie arbeitsloser Personen nach depressiven Symptomen und Rückenschmerzen, SGB 2007 und SHP 2009	55	Abb. 5.3:	Häufigkeit einer Partnerschaft nach Alter und Depressivität, 2009	66
Abb. 4.14:	Häufigkeit somatischer und psychiatrischer Diagnosegruppen bei zwei Depressionstypen, 1993–2006	56	Abb. 5.4:	Häufigkeit emotionaler Unterstützung nach Depressivität, 2009	67
Abb. 4.15:	Häufigkeit chronischer Erkrankungen/Beschwerden nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009	57	Abb. 5.5:	Häufigkeit der Kontakte zu Familie und Verwandten nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009	68
Abb. 4.16:	Häufigkeit der Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten durch ein chronisches Gesundheitsproblem nach depressiven Symptomen, SGB 2007 und SHP 2009	57	Abb. 5.6:	Häufigkeit der Kontakte zu Freundinnen/Freunden nach depressiven Symptomen, 2007	69
Abb. 4.17:	Häufigkeit erster psychiatrischer Nebendiagnosen nach Kategorie der F-Hauptdiagnose, 2010	58	Abb. 5.7:	Häufigkeit sozialer Netze nach depressiven Symptomen, 2007	70
Abb. 4.18:	Erste psychiatrische Nebendiagnosen nach F-Hauptdiagnose, 2010	59	Abb. 5.8:	Häufigkeit des Vorhandenseins und des Vermissens einer Vertrauensperson nach depressiven Symptomen, 2007	70
Abb. 4.19:	Erwerbsstatus und IV-Rentenbezug nach Hauptdiagnose und vorhandener Nebendiagnose (ND), 2010	60	Abb. 5.9:	Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach depressiven Symptomen, 2007	71
			Abb. 5.10:	Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Geschlecht und depressiven Symptomen, 2007	72
			Abb. 5.11:	Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach Alter und depressiven Symptomen, 2007	72
			Abb. 5.12:	Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen nach depressiven Symptomen und Vorhandensein einer Vertrauensperson (VP), 2007	73

Abb. 6.1:	Altersverteilung von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen	76	Abb. 6.13:	Häufigkeit von ausgewählten F-Diagnosen diagnostiziert durch verschiedene Facharztgruppen, 2010	85
Abb. 6.2:	Geschlechterverteilung von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen	77	Abb. 6.14:	Häufigkeit des Krankheits-Schweregrades bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose, 2009	86
Abb. 6.3:	Verteilung des Zivilstandes von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen	77	Abb. 6.15:	Häufigkeit verschiedener Indikatoren der sozialen Integration nach Schweregrad, 2009	86
Abb. 6.4:	Verteilung der Bildung von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen	78	Abb. 6.16:	Häufigkeit verschiedener Indikatoren für Traumatisierungen in der Biografie, 2009	87
Abb. 6.5:	Verteilung des Erwerbsstatus von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen	78	Abb. 6.17:	Häufigkeit medikamentöser Behandlung mit Antidepressiva nach Schweregrad, 2009	88
Abb. 6.6:	Verteilung der Wohnsituation von Personen mit depressiven Symptomen in der Bevölkerung und von Patienten/Patientinnen mit Depression nach verschiedenen Datenquellen	79	Abb. 6.18:	Häufigkeit der dreistelligen Hauptdiagnose bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen und Häufigkeit der psychiatrischen Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung bei verschiedenen Hauptdiagnose-Hauptkategorien, 2009	88
Abb. 6.7:	Häufigkeit von Erkrankungsart und Schweregrad, 2008/2009	81	Abb. 6.19:	Arbeitssituation bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Erkrankungen, 2009	89
Abb. 6.8:	Häufigkeit komorbider somatischer und/oder psychischer Erkrankungen nach Schweregrad der Depression, 2008/2009	81	Abb. 6.20:	Behandlungsdauer (Total der effektiven bisherigen und der voraussichtlichen künftigen Behandlungsdauer) nach Schweregrad und Erwerbsstatus, 2009	90
Abb. 6.9:	Häufigkeit des Behandlungsbeginns nach Schweregrad der Depression, 2008/2009	82	Abb. 6.21:	Behandlungsdauer (Total der effektiven bisherigen und der voraussichtlichen künftigen Behandlungsdauer) nach Diagnose und Erwerbsstatus, 2009	91
Abb. 6.10:	Häufigkeit verschiedener Behandlungsarten nach Schweregrad der Depression, 2008/2009	83	Abb. 6.22:	Erwerbstätige Verbesserung der Funktionsfähigkeit seit Behandlungsbeginn nach Erwerbsstatus und Schweregrad, 2009	91
Abb. 6.11:	Häufigkeit medikamentöser resp. nicht-medikamentöser Behandlung affektiver Störungen, 2010	83	Abb. 6.23:	Verbesserung der Funktionsfähigkeit seit Behandlungsbeginn nach Erwerbsstatus und Diagnose, 2009	92
Abb. 6.12:	Häufigkeit der Elternpflichten nach Schweregrad der Depression, 2008/2009	84	Abb. 6.24:	Häufigkeit der F-Hauptdiagnosen in der stationären Behandlung (Fälle), 2010	93
			Abb. 6.25:	Hospitalisierungsraten der F-Hauptdiagnosen in der stationären Behandlung, 2000 und 2010	93
			Abb. 6.26:	Hospitalisierungsraten ausgewählter F3-Diagnosen nach Geschlecht, 2000 und 2010	95

Abb. 6.27:	Häufigkeit der verschiedenen Zuweisenden zu stationärer Behandlung sowie der Nachbehandelnden bei affektiven Störungen, 2010	95	Abb. 7.11:	Häufigkeit verschiedener arbeitsplatzbezogener Einstellungen nach depressiven Symptomen, 2007	106
Abb. 6.28:	Hospitalisationsdauer bei F3-Hauptdiagnose nach Erwerbstätigkeit, 2002–2010	95	Abb. 7.12:	Häufigkeit einer ärztlichen Depressionsbehandlung nach depressiven Symptomen, 2007	107
Abb. 6.29:	Hospitalisationsdauer nach ausgewählten F-Hauptdiagnosen, Nationalität, Geschlecht und Erwerbstätigkeit, 2010	96	Tabellen		
Abb. 7.1:	Depressivität nach Berufskategorie, 2009	98	Tab. 4.1:	Häufigkeit körperlicher Beschwerden nach depressiver Symptomatik, 2007	48
Abb. 7.2:	Häufigkeit verschiedener Arbeitsbelastungen nach depressiven Symptomen, 2007	98			
Abb. 7.3:	Häufigkeit gesundheitlich bedingter Teilzeitarbeit nach depressiven Symptomen, 2007	100			
Abb. 7.4:	Persönlicher Nettolohn nach Geschlecht und depressiven Symptomen, Mittelwert und Median, 2007	100			
Abb. 7.5:	Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der letzten 4 Wochen nach Geschlecht resp. Alter und depressiven Symptomen, 2007	101			
Abb. 7.6:	Häufigkeit verschiedener Indikatoren der Funktionsfähigkeit nach depressiven Symptomen in Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen, 2007	102			
Abb. 7.7:	Häufigkeit von Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen nach spezifischen depressiven Symptomen, 2007	102			
Abb. 7.8:	Arbeitszufriedenheit nach depressiven Symptomen und Geschlecht, 2007	104			
Abb. 7.9:	Häufigkeit verschiedener arbeitsplatzbezogener Erlebensweisen nach depressiven Symptomen, 2007	105			
Abb. 7.10:	Ausmass erlebter Arbeitsbelastung nach Depressivität, 2009	105			

Literatur

- Adler, D., McLaughlin, T., Rogers, W. et al. (2006). Job Performance Deficits Due to Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1569–1576.
- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 420, 21–27.
- Alonso, J., Lépine, J.-P. (2007). Overview of Key Data From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 3–9.
- Amsler, F., Jäckel, D., Wyler, R. (2010). Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte – Angebote, Lücken und Mängel: Im Rahmen des Projektes «Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern» (WePBE).
- Andrews G, Henderson S, Hall W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey *British Journal of Psychiatry*, 178, 145–153.
- Angst, J., Merikangas, K., Scheidegger, K., & Wicki, W. (1990). Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 19, 87–98.
- Baer, N. & Cahn, T. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K. Meyer (Hrsg), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern, Hans Huber.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T, et al. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bern, BSV.
- Baer, N., Heeb, J.-L., Schuler, D., Fasel, T. (2010). Depression. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. *Gesundheit im Kanton Freiburg. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*. Neuchâtel, Obsan.
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433–2445.
- Batterham, P., Christensen, H., Mackinnon, A. (2009). Modifiable risk factors predicting major depressive disorder at four year follow-up: a decision tree approach. *BMC Psychiatry*, 9, 75–82.
- Baumeister, H., Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 537–546.
- Bétrisey, C., Gognalons-Nicolet, M., Briant, H. (2004). Indicateurs de la santé psychique dans le canton de Vaud (tirés des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002). *Données de référence du système sanitaire vaudois*.
- Birnbaum, H.G., R.C. Kessler, D. Kelley et al. (2010). Employer Burden of Mild, Moderate, and Severe Major Depressive Disorder: Mental Health Services Utilization and Costs, and Work Performance. *Depression and Anxiety*, 27(1), 78–89.
- Blazer, D., Hybels, C. Depression in Later Life. *Epidemiology, Assessment, Impact, and Treatment*. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Boland, R., Keller, M. Course and Outcome of Depression. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.

- Breslau, J., Miller, E., Jin, R. et al. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 474–486.
- Broadhead, E., Blazer, D., George, L. et al. (1990). Depression, Disability Days, and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 2524–2528.
- Bruce, M., Wells, K., Miranda, J. et al. (2002). Barriers to Reducing Burden of Affective Disorders. *Mental Health Services Research*, 4(4), 187–197.
- Buist-Bouwman, M., de Graf, R., Vollebergh, W., Ormel, J. (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 436–443.
- Cabello, M., Mellor-Marsa, B., Sabariego, C. et al. (2011). Psychosocial features of depression: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2011.12.009
- Cacioppo, J., Hughes, M., Waite, L. et al. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151.
- Casey, P., Tyrer, P. (1990). Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *British Journal of Psychiatry*, 156, 261–265.
- Casey, P., Birbeck, G., McDonagh, C. et al. (2004). Personality Disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. *Journal of Affective Disorders*, 82, 277–283.
- Chapman, D.P., Perry, G.S., & Strine, T.W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, 2, Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm.
- Collins, J., Baase, C., Sharda, C. et al. (2005). The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 547–557.
- Costello, J., Pine, D., Hammen, C. et al. (2002). Development and Natural History of Mood Disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 529–542.
- Cuijpers, P. & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227–236.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) et al. (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Langfassung, Januar 2012 Vers. 1.3. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf. Internet: <http://www.dgppn.de>, <http://www.versorgungsleitlinien.de>, <http://www.awmf-leitlinien.de>.
- du Toit, M. & du Toit, S. (2001). *Interactive LISREL: User's guide*. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Eaton, W., Shao, H., Nestadt, G. et al. (2008). Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513–520.
- Ernst, C., Schmid, G., & Angst, J. (1992). The Zurich study: XVI. Early antecedence of depression: a longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 142–151.
- Faith, M., Matz, P., Jorge, M. (2002). Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic research*, 53, 935–942.
- Fasel, T., Baer, N., Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen: Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. BFS, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ferrie, J. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, 71–76.
- Ferrie, J., Shipley, M., Marmot, M. et al. (1998). An Uncertain Future: The Health Effects of Threats to Employment Security in White-Collar Men and Women. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1030–1036.
- Ferrie, J., Shipley, M., Stansfeld, S. et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 450–454.

- Fichter, M. (1990). Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.
- Fisher, M., Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1057–1063.
- Freedland, K., Carney, R. Depression and Medical Illness. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Gallo, J.J., Anthony, J.C., & Muthén, B.O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A Latent Trait Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, 251–264.
- García-Campayo, J., Ayuso-Mateos, J.L., Caballero, L., Romera, I., Aragonés, E., Rodríguez-Artalejo, F., Quail, D., & Gilaberte, I. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with Major Depressive Disorder seeking Primary Health care in Spain. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 355–362.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. et al. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5, 67–76.
- Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B. et al. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice*, 48, 1840–1844.
- Goldberg, R., Steury, S. (2001). Depression in the Workplace: Costs and Barriers to Treatment. *Psychiatric Services*, 52(12), 1639–1643.
- Goodman, S. & Brand, S. Depression and early adverse experiences. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Gotlieb, I., Hammen, C. (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Green, J. G., McLaughlin, K., Berglund, P. et al. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718–779.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen, Hogrefe.
- Hell, D., Böker, H. (2005). Depressionen bei Betagten. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 5, 1147–1153.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. et al. (2011). Risk factors for chronic depression – A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1–13.
- Holt-Lundstad, J., Smith, T., Layton, B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 7(7): e1000316.
- Honkonen, T., Aro, T., Isometsä, E. et al. (2007). Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of 2 Nationally Representative Samples With a 10-Year Interval in Finland. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(12), 1886–1893.
- Hughes, S., Cohen, D. (2009). A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 9–18.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004;34:597–611.
- Jensen, H., Wieclaw, J., Munch-Hansen, T. et al. (2010). Does dissatisfaction with psychosocial work climate predict depressive, anxiety and substance abuse disorders? A prospective study of Danish public service employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 796–801.
- Judd, L., Akiskal, H., Zeller, P. et al. (2000). Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 375–380.
- Kapfhammer, H.-P. (2007). Depressive Störungen. Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung auch in der Primärversorgung. *Der Internist*, 48, 173–188.
- Katon, W., Seelig, M. (2008). Population-Based Care of Depression: Team Care Approaches to Improving Outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 459–467.
- Katon, W. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 7–23.

- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X. et al. (2008). Subthreshold Symptoms of Depression in Preadolescent Girls Are Stable and Predictive of Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1433–1442.
- Kelly, B., Nur, U., Tyrer, P. et al. (2009). Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(5), 322–326.
- Kessler, R. & Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3–14.
- Kessler, R., Avenevoli, S., Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002–1004.
- Kessler, R. (2007). The Global Burden of Anxiety and Mood Disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Findings Into Perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 10–19.
- Kessler, R., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S. et al. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364.
- Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176.
- Kessler, R., Avenevoli, S., Costello, J. et al. (2012). Severity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 381–389.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R., Chiu, W. T., Demler, O. et al. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kessler, R., Demler, O., Frank, R. et al. (2005). US prevalence and treatment of mental disorders: 1990–2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523.
- Kessler, R., Wang, P. (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115–129.
- Kessler, R., White, L., Birnbaum, H. et al. (2008). Comparative and Interactive Effects of Depression Relative to Other Health Problems on Work Performance in the Workforce of a Large Employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 809–816.
- Kessler, R., Wang, P. Epidemiology of Depression. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Klein, D., Durbin, C. E., Shankman, S. Personality and Mood Disorders. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Klein, D., Kotov, R., Bufferd, S. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269–295.
- Klein, D., Shankman, S., Rose, S. (2006). Ten-Year Prospective Follow-Up Study of the Naturalistic Course of Dysthymic Disorder and Double Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 872–880.
- Koopmans, P., Bültmann, Ü., Roelen, C., et al. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 193–201.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. et al. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., et al. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3, 774–779.
- Kühner, C. Frauen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld, F. Schwartz (2006). *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven*. Heidelberg, Springer.

- Kuhl, H.-C. & J. Herdt (2007). Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz – eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Neuchâtel: Obsan.
- Lagerveld, S., Bültmann, U., Franche, R. et al. (2010). Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 275–292.
- Lagerveld, S. & Blonk, R. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17 (2), 220–234.
- Lam, R., Filteau, M.-J., Milev, R. (2011). Clinical effectiveness: The importance of psychosocial functioning outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 132, 9–13.
- LaMontagne, A., Keegel, T., Vallance, D. et al. (2008). Job strain – Attribute depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health*, 8, 181–189.
- Lecrubier, Y. (2007). Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders: Results from 3 European Studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 68, Suppl. 2, 36–41.
- Lee, S., Tsan, A., Breslau, J. (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 411–417.
- Lerner, D., Adler, D., Chang, H. et al. (2004). Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. *Psychiatric Services*, 55(12), 1371–1378.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. et al. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1584–1591.
- Linde, J., Jeffery, R., Levy, R. et al. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity*, 28, 418–425.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Lang, F.R., Reischies, F.M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt*, 69, 27–37.
- Mallen, C., Wynne-Jones, G., Dunn, K. (2011). Sickness certification for mental health problems: an analysis of a general practice consultation database. *Primary Health Care Research Dev*, 12 (2), 179–182.
- Mathers, C. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11): e442.
- McIntyre, R., Liauw, S., Taylor, V. (2011). Depression in the workforce: the intermediary effect of medical comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 128S1, S29–S36.
- McLaughlin, K., Green, J., Gruber, M. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychological Medicine*, 40, 847–859.
- Meeks, T., Vahia, I., Lavretsky, H. et al. (2011). A tune in «a minor» can «b major»: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129, 126–142.
- Mojtabai, R., Olfson, M. (2008). National Patterns in Antidepressant Treatment by Psychiatrists and General Medical Providers: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1064–1074.
- Nolen-Hoeksema, S., Hilt, L. Gender Differences in Depression. In: I. Gotlieb, C. Hammen (Hrsg.) (2009). *Handbook of Depression*. The Guilford Press, New York.
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing.
- Olfson, M., Kessler, R., Berglund, P. et al. (1998). Psychiatric Disorder Onset and First Treatment Contact in the United States and Ontario. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1415–1422.
- Ormel, J., Oldehinkel, A., Nolen, W. et al. (2004). Psychosocial Disability Before, During, and After a Major Depressive Episode. *Archives of General Psychiatry*, 61, 387–392.
- Overland, S., Glozier, N., Henderson, M. et al. (2008). Health status before, during and after disability pension award. The Hordaland Health Study (HUSK), *Occupational and Environmental Medicine*, 1–7.

- Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. et al. (2007). Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study. *Psychiatric services*, 58(11), 1479–1482.
- Papakostas, G. (2009). Major Depressive Disorder: Psychosocial Impairment and Key Considerations in Functional Improvement. *The American Journal of Managed Care*, 15(11), 316–321.
- Parker, G., Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429–436.
- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T. et al. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 111–117.
- Pettit, J., Lewinsohn, P., Roberts, R. et al. (2009). The long-term course of depression: development of an empirical index and identification of early adult outcomes. *Psychological Medicine*, 39(3), 403–412.
- Plaisier, I., Beekman, A., de Graaf R. et al. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: The role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 125, 198–206.
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Murray, E. Et al. (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 182–195.
- Rhebergen, D., Beekman, A., de Graaf, R. et al. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 124, 148–156.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117–1125.
- Romano, J.M., & Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18–34.
- Rytsälä, H., Melartin, T., Leskelä, U. et al. (2005). Functional and Work Disability in Major Depressive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(3), 189–195.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23, 223–233.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring 2012. Neuchâtel, Obsan.
- Sivertsen, B., Overland, S., Neckelmann, D. et al. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163, 1018–1024.
- Smith, E., Henry, A., Zhang, J. et al. (2009). Antidepressant Adequacy and Work Status Among Medicaid Enrollees with Disabilities: A Restriction-based, Propensity Score-adjusted Analysis. *Community Mental Health Journal*, 45, 333–340.
- Solomon, D., Keller, M., Leon, A., et al. (1997). Recovery from major depression: A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1001–1006.
- Solomon, D., Leon, A., Coryell, W. et al. (2008). Predicting recovery from episodes of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 107, 285–291.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R. et al. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry*, 181, 208–213.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R. et al. (2004). Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 208–214.
- Stein, M., Cox, B., Afifi, T. et al. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychological Medicine*, 36, 587–598.
- Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Beekman, A.T.F., van der Mast, R.C., & Westendorp, R.G.J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178–180.
- Stoppe, G., A. Bramesfeld, Schwartz, F. (2006). *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven*. Heidelberg, Springer.

- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic research*, 51, 697–704.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581–2590.
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M. et al. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237–250.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M. et al. (2004). Delays in Initial Treatment Contact after First Onset of a Mental Disorder. *Health Services Research*, 39(2), 393–415.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M. et al. (2005). Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603–613.
- Wang, P., Lane, M., Olfson, M. et al. (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629–640.
- Wang, P., Simon, G., Kessler, R. (2008). Making the Business Case for Enhanced Depression Care: The National Institute of Mental Health-Harvard Work Outcomes Research and Cost-Effectiveness Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 468–475.
- Wells, K., Miranda, J., Bauer, M. et al. (2002). Overcoming barriers to reducing the burden of affective disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 655–675.
- Wells, K., Sherbourne, C., Duan, N. et al. (2005). Quality Improvement for Depression in Primary Care: Do Patients With Subthreshold Depression Benefit in the Long Run? *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1149–1157.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357–376.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A. (1997). DIA-X-Screening Verfahren; Fragebogen DIA-DSQ: Screening für Depressionen. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropharmacology*, 21, 655–679.
- Zhang, M., Rost, K., Fortney, J. et al. (1999). A Community Study of Depression Treatment and Employment Earnings. *Psychiatry Services*, 50(9), 1209–1213.

Anhang

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Depressivitäts-/Depressions-Indikatoren

Indikator	Datenquelle	Frage/Antwortkategorien (Datenquelle)	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Depressionssymptome (DSQ)	SGB 2007	<p>Während der letzten zwei Wochen...</p> <p>a) ... Haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?</p> <p>b) ... Haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren, oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereiteteten?</p> <p>c) ... Haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt (auch wenn Sie nicht hart gearbeitet haben)?</p> <p>d) ... Haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?</p> <p>e) ... Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh aufgewacht?</p> <p>f) ... Haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?</p> <p>g) ... War Ihr sexuelles Interesse geringer als gewöhnlich oder hatten Sie gar kein sexuelles Verlangen mehr?</p> <p>h) ... Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt, oder machten Sie sich unbegründet Selbstvorwürfe?</p> <p>i) ... Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?</p> <p>j) ... Haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?</p> <p>Antwortvorgabe: an den meisten Tagen; manchmal; nein; nie</p>	<p>Indexbildung nach Bétrisey et al. (2004)</p> <p>Kategorisierung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> – keine – schwach – mittel bis stark
Major Depression	SGB 2007	<p>35 Fragen der SGB, diese entsprechen dem CIDI-SF 12 month DSM-IV version V1.1, Dezember 2002</p>	<p>Indexbildung nach BFS (2008)</p> <p>Kategorisierung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ja (Major Depression) – nein (keine Major Depression)
Depressivität/negative Gefühle	SHP 2009	<p>Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depressionen?</p> <p>Antwortvorgabe: 0 (nie) bis 10 (immer)</p>	<p>Kategorisierung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> – selten (Werte 0–3) – manchmal (Werte 4–6) – häufig (Werte 7–10)
ICD-10 Diagnosen	MS SDI Psychiatrische Praxen Kanton Bern Dossieranalyse	<p>Affektive Störungen (F3):</p> <p>Manische Episode (F30)</p> <p>Bipolare affektive Störung (F31)</p> <p>Depressive Episode (F32)</p> <p>Rezidivierende depressive Störung (F33)</p> <p>Anhaltende affektive Störung (F34)</p> <p>Andere affektive Störungen (F38)</p> <p>Nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39)</p>	

Tab. A.1 Ausführungen zu den verwendeten Depressivitäts-/Depressions-Indikatoren (Fortsetzung)

Indikator	Datenquelle	Frage/Antwortkategorien (Datenquelle)	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Depression (Anlehnung an ICD-10 Diagnosen)	Sentinella	<p>Zu melden sind alle Erstkonsultationen im Zusammenhang (Haupt- oder Nebenkonsultationsgrund) mit einer leichten, mittleren oder schweren Depression. Dies betrifft sowohl das erstmalige Auftreten als auch die rezidiven Phasen einer Depression. Die folgende Anzahl von Symptomen aus der unten aufgeführten Liste muss dafür während mindestens 2 Wochen aufgetreten sein:</p> <p>Leichte Depression: der Patient ist beeinträchtigt, aber in der Lage alltägliche Aktivitäten fortzusetzen (mind. 2 Symptome) und es findet eine ärztliche Intervention statt.</p> <p>Mittlere Depression: der Patient hat grosse Schwierigkeiten, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen (4 oder mehr Symptome).</p> <p>Schwere Depression: der Patient ist nicht mehr in der Lage, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen und/oder ist in einer lebensgefährdenden Situation (Gedankenkreisen um Suizid und dessen Vorbereitung, mehrere Symptome).</p> <p>Symptome sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressive Stimmung - Verlust von Interesse und Freude - Energieverlust (verstärkte Müdigkeit, Schwunglosigkeit, mangelnder Antrieb) - Schlafstörungen - Appetitverlust (selten Steigerung) - Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen - Unerklärbare somatische Beschwerden (v.a. Schmerzen) - Konzentrationsstörungen - Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit - Pessimistische Sicht auf Zukunft - Suizidgedanken, suizidale Handlungen 	

A.2 Beschreibungen der Affektiven Störungen nach ICD-10

Affektive Störungen (F30–F39)

Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression – mit oder ohne begleitende(r) Angst – oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

F30: Manische Episode/Manie (F30.1)

Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.

F 31: Bipolare affektive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungsenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

F 32: Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten «somatischen» Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

F33: Rezidivierende depressive Störung

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

F34: Anhaltende affektive Störungen

Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

F38: Andere affektive Störungen

Hierbei handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien F30–F34 in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen.

F39: Nicht näher bezeichnete affektive Störung

A.3 Beschreibung der verwendeten Datengrundlagen

Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB

Kurzbeschreibung	Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand und dessen Bestimmungsfaktoren, zu Krankheitsfolgen, zu Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu den Versicherungsverhältnissen der schweizerischen Wohnbevölkerung.
Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Erhebungsart	Stichprobenerhebung in Privathaushalten, Zufallsauswahl erfolgt anhand des elektronischen Telefonbuches der Schweiz. Die Erhebung besteht aus zwei Teilen: 1. telefonisches Interview 2. schriftlicher Fragebogen. 75-jährige und ältere Personen können zwischen telefonischer und persönlicher Befragung wählen.
Regionalisierungsgrad	Grossregionen, z.T. Kantone (für Kantone mit aufgestockten Stichproben) Periodizität: J
Periodizität	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Nächste Befragung: 2012.
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html (Zugriff am 22.03.2013)

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

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- sie auf Selbstangaben beruhen, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- es sich um eine Stichprobenerhebung in Privathaushalten handelt. Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen werden nicht befragt. Es gibt daher einen gewissen Selektionseffekt in Richtung der gesünderen Personen.

- kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen; insbesondere auch Personen mit depressiven Symptomen oder anderen psychischen Problemen. Das hat einen weiteren Selektionseffekt in Richtung der gesunden Personen zur Folge, den es gerade bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen gilt.
- die Befragung nur in Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt wurde. Dadurch sind Personen mit Migrationshintergrund, die über ungenügende Sprachkenntnisse verfügen, unzureichend vertreten.
- die publizierten Daten nach der Grundgesamtheit der ständig in der Schweiz lebenden Personen (im Alter ab 15 Jahren) gewichtet sind. Bei Resultaten, die auf kleinen Häufigkeiten beruhen, wird der Zufallsfehler daher schnell gross.

Schweizer Haushalt-Panel SHP

Kurzbeschreibung	Daten zu Lebensumständen, Lebensform, Arbeit, Freizeit, Gesundheit sowie Einstellungen und Werten. Hauptziel des SHP ist die Beobachtung des sozialen Wandels und insbesondere der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz.
Datenproduzent	Schweizer Kompetenzzentrum Sozialwissenschaften FORS
Gesamtheit und Einheit	Ständige Wohnbevölkerung ab 14 Jahren
Erhebungsart	Telefonische Befragung in Privathaushalten in Form einer Panelbefragung (Längsschnittbefragung). Die Erhebung besteht aus einem Haushalts- und einem individuellen Fragebogen. Stellvertretend für alle Haushaltsmitglieder unter 14 Jahren und jene Personen, die nicht befragt werden können, beantwortet eine Referenzperson den «Proxy»-Fragebogen.
Regionalisierungsgrad	Grossregionen
Periodizität	Jährlich, seit 1999
Website	http://www.swisspanel.ch/?lang=de (Zugriff am 22.03.2013)

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

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

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

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Kurzbeschreibung	Erfassung aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Es werden sowohl soziodemografische Informationen als auch administrative Daten (z.B. Versicherungsart) und medizinische Informationen der Patientinnen/Patienten erhoben.
Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit
Gesamtheit und Einheit	Krankenhäuser
Erhebungsart	Vollerhebung
Regionalisierungsgrad	ca. 600 MedStat Regionen
Periodizität	Jährlich, seit 1998
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html (Zugriff am 22.03.2013)

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

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- die Daten die Inanspruchnahme abbilden und nicht die Nachfrage oder Morbidität.
- die Erfassung der Psychiatrie-Zusatzdaten für die Krankenhäuser fakultativ ist. Es beteiligen sich nicht alle Kantone und psychiatrischen Einrichtungen. Im Jahr 2010 lieferten rund 60% der psychiatrischen Kliniken die Psychiatrie-Zusatzdaten.

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

Sentinella – Überwachung ausgewählter Krankheiten in der Hausarztmedizin

Kurzbeschreibung	Erhebung von Daten zu übertragbaren und anderen akuten Erkrankungen (z.B. Influenzaverdacht, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis). Ausserdem werden periodisch Daten zu weiteren Krankheiten und Meldethemen erhoben.
Datenproduzent	Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Meldesysteme
Gesamtheit und Einheit	Praxen der hausärztlichen Primärversorgung
Erhebungsart	Semi-repräsentative Auswahl freiwillig teilnehmender Ärztinnen/Ärzte der hausärztlichen Primärversorgung (rund 200 Praxen). Erhebungsinstrument: schriftlicher oder Online-Fragebogen
Regionalisierungsgrad	Grossregionen
Periodizität	Wöchentlich, seit 1986; bei Spezialthemen beschränkt sich die Erhebungsdauer auf 1–2 Jahre
Website	www.sentinella.ch (Zugriff am 22.03.2013)

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

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

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

Schweizerischer Diagnose Index SDI

Kurzbeschreibung	Daten zu den von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gestellten Diagnosen und Verordnungen.
Datenproduzent	IMS Health GmbH
Gesamtheit und Einheit	In der Schweiz niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
Erhebungsart	Teilerhebung, bezogen auf die in der Schweiz niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte. Rotierende, geschichtete Stichprobe. Quotiert nach fünf Regionen und acht Facharztgruppen. Erhebungsinstrument: Standardisiertes Tagebuch
Regionalisierungsgrad	Sprachregionen
Periodizität	Quartalsweise, seit 1990
Website	www.imshealth.ch (Zugriff am 22.03.2013)

Es gilt folgende Einschränkungen zu beachten:

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

Befragung niedergelassener Psychiater/innen im Kanton Bern

Kurzbeschreibung	Befragung von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern im Kanton Bern zu Praxisorganisation, Einschätzung der psychiatrischen Versorgung im Kanton sowie zu Merkmalen des Patientengutes im Rahmen der kantonalen Spitalplanung (Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern, WePBE).
Datenproduzent	Amsler, F., Jäckel, D., Wyler, R., Baer, N., im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Amsler, F., Jäckel, D., und Wyler, R., 2010)
Gesamtheit und Einheit	Psychiatrische Praxen
Erhebungsart	Stichtagserhebung in allen Praxen
Regionalisierungsgrad	MS-Regionen
Periodizität	2009, einmalig
Website	http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/content/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef_versorgungsplanung_5_eval_ambu_teilstationaere_psychiatreivers_d.pdf (Zugriff am 05.04.2013)

Insgesamt wurden 292 Psychiater/innen angefragt, ob sie an der Befragung teilnehmen und ihre E-Mail-Adresse mitteilen würden. 218 gaben ihre Adresse an und wurden zur Befragung eingeladen, 122 Psychiater/innen nahmen daran teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 56% der eingeladenen Personen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten:

- Die Rücklaufquote kann zwar in Anbetracht des hohen Aufwandes zur Beantwortung als sehr gut angesehen werden, trotzdem wurde mehr als die Hälfte der tätigen Psychiater/innen nicht erfasst, wenn man die ursprünglich kontaktierte Gesamtheit in Betracht zieht.

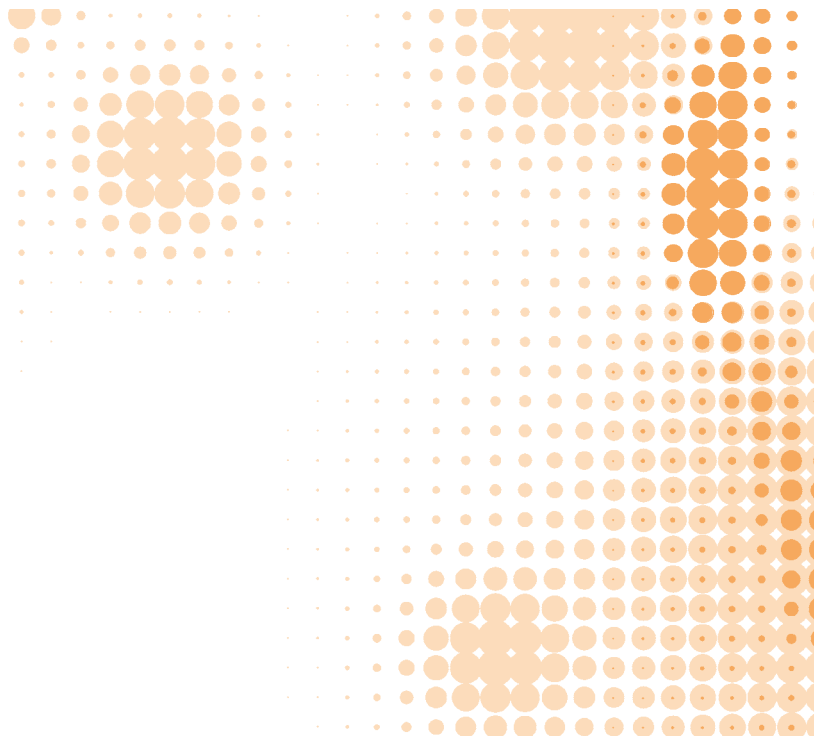
Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen

Kurzbeschreibung	Analyse von Akten von aus psychischen Gründen berenteten Versicherten der Invalidenversicherung (IV) im Hinblick auf Merkmale, Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe.
Datenproduzent	Baer, N., Frick, U., und Fasel, T. (2009) im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen im Rahmen des Forschungsprogrammes zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV I)
Gesamtheit und Einheit	IV-Berentete aus «psychogenen und milieureaktiven» Gründen (IV-Code 646) in der Schweiz
Erhebungsart	Repräsentative Stichprobe der zwischen 1993 und 2006 prävalenten IV-berenteten Personen aus «psychogenen und milieureaktiven» Gründen (IV-Code 646) in der Schweiz (n=887)
Regionalisierungsgrad	Grossregionen
Periodizität	Einmalig
Website	http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=27879 (Zugriff am 05.04.2013)

Bei dieser Erhebung handelt es sich um eine sehr aufwändige Tiefenanalyse der Berentungsumstände von Personen mit psychischen Störungen. Die Resultate sind gültig für den Rentenbestand zwischen 1993 und 2006 wegen «psychogenen und milieureaktiven» Störungen (IV-Code 646). Der IV-Sammelcode «646» liess bis zu dieser Studie keine Aufschlüsse über die Diagnose zu.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten:

- Da es sich um eine Analyse des Rentenbestandes handelt, sind Veränderungen über die Zeit hinweg weniger deutlich als wenn man die jährlichen Neuberentungen analysieren würde.
- Im Berentungsverlauf erhalten IV-Versicherte meist von mehreren Ärztinnen und Ärzten diverse Diagnosen. Die Bestimmung der «entscheidenden» Rentendiagnose musste erstens aus dem Dossier (die letzte Diagnostik vor Berentung) und zweitens aus klinisch-rehabilitativen Erfahrungen erschlossen werden.



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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