

Standpunkt

Psychische Erkrankungen können den Alltag und das Wohlbefinden der betroffenen Menschen und deren soziales Umfeld empfindlich treffen. Das Ziel des Gesundheitssystems ist die Bereitstellung eines adäquaten Präventions- und Therapie-Angebots und damit die Gewährleistung einer wirksamen Unterstützung der Bevölkerung.

Genaue Kenntnisse über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über die Anzahl erkrankter Menschen stellen einen wichtigen Baustein für einen Planungs- und Evaluationsprozess innerhalb des Gesundheitssystems dar. Diesem Anliegen beistehend hat das Obsan in der Vergangenheit mehrere umfassende Monitoring-Berichte zur psychischen Gesundheit in der Schweiz publiziert. Als Grundlage dienen epidemiologische Studien und im besten Fall national repräsentative Befragungen.

Um Studien- und Befragungsergebnisse einordnen und interpretieren zu können, sind sowohl inhaltliche als auch methodische Aspekte zu beachten. Wie wurden die Personen befragt, schriftlich per Fragebogen oder im Interview durch eine Fachperson? Wer von der Bevölkerung hat bei der Studie mitgemacht? Wurden die Personen einmal oder mehrmals befragt? Welche Klassifikationssysteme wurden verwendet und haben sich diese in den letzten Jahren verändert? Schliesslich sind auch neue Entwicklungen, Perspektiven und Stossrichtungen innerhalb der entsprechenden Forschungsdisziplinen zu berücksichtigen, da diese die Deutung der Ergebnisse und zeitlichen Trends mitbestimmen.

Die aktuell in den Fachbereichen geführten Debatten zur Prävalenz und zur Diagnostik von psychischen Erkrankungen, sowie die daraus allenfalls abzuleitenden Folgen für den Versorgungsbedarf werden im vorliegenden Bulletin aufgearbeitet und zusammengefasst. Wir hoffen, hiermit zu einer informierten Diskussion beizutragen.

Claudio Peter

Leiter Kompetenzbereich Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung, Obsan

Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen

Eine genaue Erfassung der Prävalenz psychischer Erkrankungen ist wichtig für die Planung, die Umsetzung und das Monitoring der Gesundheitsversorgung. Im letztjährigen Obsan Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» (Schuler et al., 2016) wurde festgehalten, dass rund jede zweite Person irgendwann im Leben an einer psychischen Störung erkrankt und etwa jede fünfte Person von einer Depression betroffen ist. Diese Lebenszeitprävalenzen entsprechen den Zahlen aus dem US-amerikanischen National Comorbidity Survey Replication (NCS-R; Kessler et al., 2005), der weltweit meistzitierten Prävalenzstudie. Im NCS-R wurde die Lebenszeitprävalenz für irgendeine psychische Störung auf 46,4% geschätzt, woraus die Autoren ein Lebenszeitrisko von 50,8% bis zum Alter von 75 Jahren hochrechneten (siehe Kasten). Die Lebenszeitprävalenz für Depressionen wurde mit 16,6% angegeben und deren Lebenszeitrisko mit 23,2%. Diese Zahlen haben sich als feste und allgemein gültige Richtwerte etabliert und werden in nahezu jeder Publikation über psychische Erkrankungen übernommen. Inzwischen gibt es jedoch Hinweise darauf, dass diese Häufigkeiten aufgrund methodischer Einschränkungen massiv unterschätzt werden.

Im Nachfolgenden wird aufgezeigt, auf welchen Messmethoden diese Schätzungen beruhen und warum prospektiv gemessene Lebenszeitprävalenzen deutlich höher ausfallen als retrospektive Messungen wie im NCS-R. Es werden hierfür internationale Studien und aktuelle Schätzungen für die Schweiz vorgestellt. Wenn die Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen und im Speziellen depressiver Erkrankungen gemäss neueren Studien deutlich höher sind als bisher angenommen (Angst et al., 2016; Moffitt et al., 2010), bedeutet dies jedoch nicht automatisch, dass akut ein erhöhter Versorgungsbedarf herrscht. Auch impliziert eine hohe Prävalenzrate nicht, dass die erfassten Diagnosen klinisch relevant sind. Daher wird im zweiten Teil des Bulletins auf die Validität der Klassifikationssysteme psychischer Störungen und die Implikationen der Wahl diagnostischer Kriterien für die Gesundheitsversorgung eingegangen.

Schätzungen der Lebenszeitprävalenz: Methodische Einschränkungen

Retrospektive Studien

Grosse repräsentative Stichproben geben dem NCS-R und weiteren Studien zum Thema eine hohe Aussagekraft bezüglich 12-Monatsprävalenzen auf Bevölkerungsebene. Sie zeigen jedoch bei der Erfassung der Lebenszeitprävalenzen gewisse Einschränkungen. Bei den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern werden psychische Erkrankungen retrospektiv mittels einmaliger Anwendung strukturierter Interviews erfasst. Hierbei werden neben 12-Monatsprävalenzen auch Lebenszeitprävalenzen ermittelt. Vereinfacht gesagt, müssen die Probanden hierfür angeben, ob sie gewisse Symptome jemals im Verlaufe der letzten 12 Monate bzw. im Lebensverlauf erfahren haben. Um zuverlässige Schätzungen zu erhalten, setzt dies voraus, dass sich die Befragten an Symptome zurückerinnern, welche bei ihnen mitunter vor Jahrzehnten aufgetreten sind. Wie in der Literatur inzwischen mehrfach betont wurde, ist aufgrund von Vergessen und Umdeuten diese Voraussetzung grundsätzlich verletzt; viele vergangene Störungen werden nicht erinnert oder im Nachhinein nicht als solche interpretiert (Andrews et al., 2005; Streiner et al., 2009). Retrospektive Lebenszeitprävalenzen unterschätzen deshalb die wahre Prävalenz (Takayanagi et al., 2014).

Prospektive Studien

Prospektive Studien können diese Einschränkung umgehen, indem sie Alterskohorten (Probanden gleichen Alters) über einen möglichst langen Beobachtungszeitraum nachverfolgen. Dieselben Personen werden in gewissen Zeitabständen, z.B. alle 3 bis 5 Jahre, wiederholt befragt. Die Lebenszeitprävalenz wird so meist über mehrmalige Messungen der 12-Monatsprävalenz ermittelt. Dadurch kann bestimmt werden, ob eine Person in einem längeren Beobachtungszeitraum jemals krank war, ohne dass sie sich hierfür mehrere Jahre zurückerinnern muss. Die hierdurch erzielten Messwerte sind bedeutend weniger durch Vergessen oder Umdeuten verzerrt, da die Probanden sich nie länger als maximal 12 Monate zurückerinnern müssen. Prospektive Schätzungen sind darum zuverlässiger und genauer als retrospektive Schätzungen (Andrews et al., 2005; Takayanagi et al., 2014).

Prospektive Studien führen jedoch üblicherweise nicht jedes Jahr eine Befragung durch. Dies hat zur Folge, dass Erkrankungen, welche einmalig in einem Jahr aufgetreten sind, in welchem keine Messung stattgefunden hat, nicht berücksichtigt werden. Auch prospektive Studien unterschätzen daher tendenziell die wahre Prävalenz.

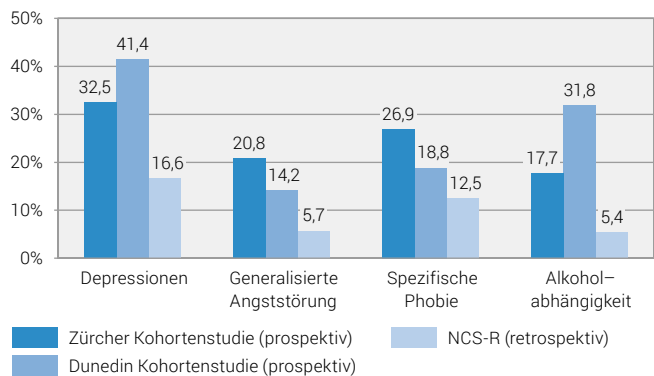
Resultate von Studien zur Lebenszeitprävalenz

In Grafik G1 werden die Lebenszeitprävalenzen für ausgewählte psychische Erkrankungen anhand prospektiver Studien aus Zürich (Angst et al., 2016) und Dunedin, Neuseeland (Moffitt et al., 2010) berichtet. Diese Zahlen werden zur Anschauung mit

den retrospektiven Schätzungen des NCS-R (Kessler et al., 2005) kontrastiert. Wie ersichtlich, sind die retrospektiven Lebenszeitprävalenzen gemäss NCS-R deutlich tiefer als die prospektiven Schätzungen der Kohortenstudien aus Zürich und Dunedin.

Lebenszeitprävalenzen ausgewählter psychischer Erkrankungen in prospektiven Studien (Zürich und Dunedin) und im retrospektiven NCS-R (USA)

G 1



Quelle: Angst et al., 2016; Moffitt et al., 2010; Kessler et al., 2005

© Obsan 2017

In der Zürcher Kohortenstudie beispielsweise lag die Lebenszeitprävalenz (eingeschränkt auf ein Alter von 20 bis 50 Jahren) für Depressionen bei 32,5% und für irgendeine Störung (ohne Tabak-Abhängigkeit) bei 73,9%. Diese Zahlen sind deutlich höher als die im NCS-R angegebenen 16,6% für Depressionen und 46,4% für irgendeine psychische Erkrankung. Und doch dürfte das wahre Lebenszeitrisko noch deutlich höher ausfallen. Erstens, weil in der Zürcher Kohortenstudie nicht alle psychischen Störungen erhoben wurden. So wurden beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, die in westlichen Industrienationen mit rund 10% eine relativ hohe Punktprävalenz aufweisen (Lenzenweger, 2008), nicht berücksichtigt. Zweitens betrifft die Lebenszeitprävalenz

Begriffe zur Häufigkeit einer Störung in einer Population

Prävalenz: Vorhandensein einer Störung über einen definierten Beobachtungszeitraum

Punktprävalenz: Vorhandensein einer Störung zum Erhebungszeitpunkt

12-Monatsprävalenz: Vorhandensein einer Störung in den letzten 12 Monaten bis und mit Erhebungszeitpunkt

Lebenszeitprävalenz: Auftreten einer Störung im Lebensverlauf bis und mit Erhebungszeitpunkt

Lebenszeitrisko: Hochrechnung der Lebenszeitprävalenz auf die gesamte Lebenszeit (i.d.R. die durchschnittliche Lebenserwartung)

Retrospektive Lebenszeitprävalenz: Erkrankungen im Lebensverlauf werden in einer repräsentativen Stichprobe (i.d.R. Erwachsene ≥ 18 Jahre) einmalig durch Zurückerinnern bestimmt.

Prospektive Lebenszeitprävalenz: Erkrankungen im Lebensverlauf werden durch langzeitliches Nachverfolgen einer Stichprobe und wiederholte Erfassung der 12-Monatsprävalenz bestimmt.

in der Zürcher Kohortenstudie nur eine Altersspanne von 20 bis 50 Jahren und nicht die gesamte Lebenszeit von der Kindheit bis ins hohe Alter. Es ist jedoch bekannt, dass Depressionen auch erst nach 50 Jahren erstmalig auftreten können (Zisook et al., 2007). Insofern dürfte die Schätzung des Lebenszeitriskos von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und von Depressionen im Speziellen bis ins hohe Alter noch etwas höher ausfallen als die in der Zürcher Studie angegebenen 73,9% beziehungsweise 32,5%.

Die Vergleichbarkeit der drei vorgestellten Studien ist insofern erschwert, als es sich um drei Populationen mit unterschiedlicher Altersstruktur und sozio-demographischer Zusammensetzung handelt. Takayanagi et al. (2014) konnten allerdings anhand ein und derselben Stichprobe (Erwachsene aus der Region Baltimore, Maryland) prospektive und retrospektive Schätzungen direkt vergleichen. Die Autoren stellten fest, dass prospektive Lebenszeitprävalenzen mehr als zweieinhalb Mal so hoch ausfielen wie die retrospektiven Messungen. Es existieren noch einige weitere prospektive Studien (bezüglich Depression, siehe z.B. die Übersicht in Andrews et al., 2005; Lorenzo-Luaces, 2015). Allen ist jedoch gemeinsam, dass die Lebenszeitprävalenzen deutlich höher ausfallen als bei retrospektiven Studien wie dem NCS-R.

Diagnostik psychischer Erkrankungen

Bei der Interpretation der Resultate zur Lebenszeitprävalenz gilt es zu berücksichtigen, dass psychiatrische Diagnosen mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet sind.

Ein funktionelles psychobiologisches Verständnis der aktuell definierten Störungen fehlt (Hyman, 2010). Im Gegensatz zu vielen somatischen Störungen wurden in der Psychiatrie noch keine objektiv messbaren biologischen Marker entdeckt und es existiert kein verlässlicher medizinischer Test, der eine eindeutige Diagnose zulassen würde (Kapur et al., 2012). Psychische Erkrankungen werden darum rein deskriptiv beruhend auf dem Vorhandensein meist subjektiver Symptome diagnostiziert.

Im Weiteren existieren keine adäquaten Kriterien für die Einschätzung, ab wann gewisse Symptome Krankheitswert haben. Psychopathologische Syndrome sind keine dichotomen Konstrukte, sondern dimensionale Ausprägungen auf einem Kontinuum (Hengartner & Lehmann, 2017). Eine klare Unterscheidung zwischen psychisch gesund und krank, wie dies heutige Klassifikationssysteme suggerieren, gibt es nicht. Obwohl auch die Somatik diese Grenze nicht immer klar ziehen kann, hinkt die Psychiatrie bezüglich Präzisionsmedizin der restlichen Medizin hinterher (Cuthbert & Insel, 2013).

Die hohen Prävalenzen einiger psychischer Erkrankungen sind vermutlich direkt auf das Fehlen einer stringenten, evidenzbasierten Definition psychischer Erkrankungen zurückzuführen (Wakefield, 2007). Viele Personen, die die diagnostischen Kriterien für eine Depression erfüllen, sind nicht im herkömmlichen medizinischen Sinn krank (Dowrick & Frances, 2013). Wie auch Husten ein Indikator für eine medizinische Erkrankung sein kann, in vielen Fällen jedoch eine normale, adaptive körperliche Reaktion ist, gilt dasselbe beispielsweise für depressive Symptome: Das Vorhandensein von Traurigkeit und Antriebslosigkeit kann ein Indikator für eine dysfunktionale Störung, d. h. eine medizinische

Erkrankung sein. In gewissen Fällen – z. B. nach dem Erleben von Verlust oder Scheitern – können diese Symptome allerdings normal-adaptiv sein und zu Unrecht als Erkrankung klassifiziert und diagnostiziert werden (Nesse & Stein, 2012). Die so gemessene hohe Lebenszeitprävalenz von Depressionen ist daher höher als der tatsächliche Behandlungsbedarf (Dowrick & Frances, 2013; Parker, 2007). Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass auch milde Formen einer psychischen Störung für die Betroffenen oftmals sehr belastend sind und eine gezielte Unterstützung sinnvoll sein kann.

Auf der anderen Seite des Spektrums stehen schwere, chronische Formen der Depression, die therapieresistent erscheinen und schwere psychosoziale Beeinträchtigungen bis hin zu Suizid mit sich bringen (Richards, 2011). Die Heterogenität der Diagnose Depression wurde von Lorenzo-Luaces (2015) daher provokativ als ein Kontinuum beschrieben, das von einer gewöhnlichen Erkältung bis zu einer schwer lähmenden und wiederkehrenden Störung reicht.

Da psychiatrische Diagnostik deskriptiv Symptome erfasst und mit einem Klassifikationssystem vergleicht, bestehen seit Jahren entsprechende Kataloge wie die ICD-Klassifikation der WHO oder die DSM-Klassifikation der American Psychiatric Association (APA). Effektive Behandlungen erfordern aber zwingend mehr Wissen über die Ätiologie psychischer Erkrankungen. Um die spezifischen psychobiologischen Dysfunktionen bestimmen zu können, die eine klarere Abgrenzung von gesund und krank sowie nicht behandlungsbedürftig und behandlungsbedürftig ermöglichen würden, müsste sich die Forschung von den bestehenden diagnostischen Systemen lösen (Hyman, 2010). Evidenzbasierte, dimensionale Klassifikationssysteme bieten die Möglichkeit, psychopathologische Symptome und Syndrome ohne diagnostische Einschränkungen zu beschreiben und zu erklären (Hengartner & Lehmann, 2017). RDoC (Cuthbert & Insel, 2013) sowie HiTOP (Kotov et al., 2017) sind die zwei wichtigsten dieser Programme. RDoC versucht primär auf einer neurobiologischen Ebene die dysfunktionalen Mechanismen, die psychopathologischen Syndromen zugrunde liegen, zu bestimmen. Dieser Ansatz ist insbesondere für die Entwicklung innovativer biomedizinischer Therapien vielversprechend (Cuthbert & Insel, 2013). HiTOP wiederum strukturiert Psychopathologie hierarchisch beruhend auf ihrer Erscheinungsform. Es versucht auf empirische Weise zusammen auftretende Krankheitszeichen und Symptome möglichst homogen zu gruppieren und zu übergeordneten Syndromen und Dimensionen zusammenzufassen. Dies ermöglicht präzisere Störungskategorien zu definieren und zuverlässigere ätiologische Forschung zu betreiben (Kotov et al., 2017).

Versorgungsbedarf

Die Art der Diagnostik und die unterschiedlichen Messungen von Lebenszeitprävalenzen sind mit der Frage des Versorgungsbedarfs eng verbunden.

Einige Expertinnen und Experten liessen in den letzten Jahren verlauten, gewisse psychische Störungen, zum Beispiel Depressionen, seien überdiagnostiziert und überbehandelt (Dowrick & Frances, 2013; Parker, 2007). Eine umfassende Meta-Analyse zeigte, dass unbehandelte Depressionen nach sechs Monaten

in durchschnittlich 32% aller Fälle komplett remittieren; nach 12 Monaten sind es 53% aller Fälle (Whiteford et al., 2013). Personen mit vorübergehenden, milden Depressionsformen zeigen längerfristig nicht mehr Belastung oder Beeinträchtigung als Personen ohne Depressionen (Wakefield & Schmitz, 2014). Diese Schlussfolgerung gilt jedoch nicht für schwere Formen.

Schwere Depressionen mit suizidalen und psychotischen Symptomen sind behandlungsbedürftig. Auch wenn viele schwere Depressionsformen auch noch heute nur ungenügend therapierbar sind (Solomonov & Barber, 2016; Pigott et al., 2010) wäre es sicherlich verfehlt, in diesem Kontext von einer Überversorgung zu sprechen.

Schlussfolgerungen

Retrospektive Messungen, die durch Vergessen und Umdeuten verzerrt sind, berichten ein Lebenszeitrisko von rund 50% für irgendeine Störung und ca. 20% spezifisch für Depressionen (Kessler et al., 2005). Prospektive Langzeitstudien suggerieren hingegen, dass die Lebenszeitprävalenz für irgendeine psychische Störung bei rund 80% und für Depressionen bei etwa 40% liegen dürfte (Angst et al., 2016; Moffitt et al., 2010). Bei solch hohen Zahlen stellt sich die Frage nach der klinischen Bedeutsamkeit einzelner Diagnosen. Gerade bei Depressionen dürften einige Diagnosen nicht eine medizinische Erkrankung, sondern eher eine normale, vorübergehende Belastungsreaktion darstellen (Parker, 2007). Abhängig vom Leidensdruck der betroffenen Person kann eine gezielte Unterstützung trotzdem sinnvoll sein.

Leider verfügen wir weiterhin nicht über eine stringente Definition psychischer Störungen, die zum Beispiel die Behandlungsbedürftigkeit abbildet (Dowrick & Frances, 2013). Folglich ist die bestehende Diagnostik ein zentrales Problem: Sie überschätzt vermutlich die Prävalenz behandlungsbedürftiger Erkrankungen.

Fortschritt in der ätiologischen Forschung und in der Entwicklung effektiver Behandlungsverfahren wird beispielsweise ermöglicht durch die Einführung neuer, dimensionaler Klassifikationssysteme (Hengartner & Lehmann, 2017). Diese Forschungsprogramme könnten effizientere Versorgungssysteme und Präventionsmassnahmen ermöglichen sowie die Entwicklung innovativer Behandlungen erleichtern (Cuthbert & Insel, 2013; Kotov et al., 2017).

Das Literaturverzeichnis ist herunterzuladen unter:
www.obsan.ch → Publikationen → Bulletin 5/2017

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan 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 unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

Michael P. Hengartner (ZHAW)

Zitierweise

Hengartner, M. P. (2017). *Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen* (Obsan Bulletin 5/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
 Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originalsprache

Deutsch. Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1705).

Grafik/Layout

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Bestellungen

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratis)

BFS-Nummer

1033-1705

Download PDF/Literaturverzeichnis

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

© Obsan 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence 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.