

Einleitung, Definition

Psychische Gesundheit wird definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem sich Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, mit normalen Stresssituationen umgehen können, produktiv tätig und fähig sind, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten.¹⁷⁶

Hingegen versteht man unter psychischen Störungen, die bis vor kurzem unter den Krankheitsbegriff subsummiert wurden, diagnostizierbare akute, wiederkehrende oder chronische Veränderungen im Erleben und Verhalten, die Funktionsbeeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen und Belastungen oder Leiden mit sich bringen. Der in den operationalisierten Diagnosesystemen (ICD-10, DSM-IV) eingeführte Begriff der „psychischen Störungen“ wird heute jenem der „psychischen (bzw. psychiatrischen) Krankheiten“ vorgezogen, um eine Stigmatisierung der Betroffenen zu erschweren. Der Begriff „Störung“ wird als weniger negativ bewertend bzw. neutral angesehen als der Begriff „Krankheit“. In der Literatur wird jedoch zum Teil noch immer der Begriff „psychische (psychiatrische) Krankheiten“ verwendet.

Hinweise auf die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen und deren Folgen erhalten wir unter anderem aufgrund von Daten, die aus der administrativen Statistik stammen. Regelmäßig erfasst werden stationäre Aufenthalte, Krankenstände, vorzeitige Pensionierungen und Sterbefälle aufgrund psychischer Er-

krankungen. Miteinbezogen werden im vorliegenden Abschnitt zusätzlich Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys betreffend die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen sowie Ergebnisse des Mikrozensus und anderer Studien zum Medikamentenkonsum aufgrund psychischer Störungen und Beschwerden.

5.1.1 Stationäre Behandlungen

Psychische und Verhaltensstörungen spielen in der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle. Daten stehen jedoch lediglich für den stationären Bereich zur Verfügung, für den ambulanten Bereichen fehlen entsprechende Informationen.

In Wien gibt es zwei Psychiatrische Krankenanstalten (Pflege- und Therapiezentrum Ybbs an der Donau und Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe) sowie drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen (Allgemeines Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Donauspital).

Die Tabelle zu den Abgangsdiaagnosen in den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes zeigt die Häufigkeit der erstellten Hauptdiagnosen beim Verlassen des Krankenhauses bzw. der psychiatrischen Abteilung. Nicht enthalten in dieser Statistik sind jedoch die Nebendiagnosen der stationären PatientInnen.

¹⁷⁶ WHO (2001), S. 1.

Tabelle 5.1: Abgangsdiaagnosen in Wien* 2002 und 2003 (Hauptdiagnosen, Absolutzahlen)

Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10	2002	2003
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5.348	2.447
Demenz bei Alzheimer-Krankheit	945	234
Vaskuläre Demenz	1.446	777
Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	14	27
Nicht näher bezeichnete Demenz	1.408	811
Organisches amnestisches Syndrom	11	6
Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	252	187
Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	300	172
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	952	204
Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	20	29
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5.315	4.465
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4.000	3.200
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	474	345
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	112	54
Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	115	147
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	30	25
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	25	20
Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	21	9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	9	12
Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	7	3
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	522	650
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13.973	4.566
Schizophrenie	8.732	2.530
Schizotype Störung	409	60
Anhaltende wahnhaftige Störungen	720	275
Akute vorübergehende psychotische Störungen	901	491
Schizoaffektive Störungen	3.187	1.181
Sonstige	24	29
F3 Affektive Störungen	6.061	3.593
Manische Episode	115	94
Bipolare affektive Störung	1.555	745
Depressive Episode	2.437	1.501
Rezidivierende depressive Störung	1.656	1.011
Anhaltende affektive Störungen	287	227
Sonstige	11	15
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3.651	2.626
Phobische Störungen	123	100
Andere Angststörungen	542	420
Zwangsstörung	292	102
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2.294	1.602
Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	134	140
Somatoforme Störungen	247	234
Sonstige	19	28
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	697	825
Eßstörungen	644	770
Nichtorganische Schlafstörungen	22	12
Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	12	5
Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	8	31
Sonstige	11	7

Fortsetzung

Tabelle 5.1: (Fortsetzung) Abgangsd Diagnosen in Wien* 2002 und 2003 (Hauptdiagnosen, Absolutzahlen)

Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10	2002	2003
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2.187	1.244
Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.868	1.026
Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	50	30
Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	199	107
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	17	18
Störungen der Geschlechtsidentität	43	50
Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	5	3
Sonstige	5	10
F7 Intelligenzminderung	246	164
Leichte Intelligenzminderung	51	38
Mittelgradige Intelligenzminderung	91	60
Schwere Intelligenzminderung	20	18
Schwerste Intelligenzminderung	5	7
Sonstige	79	41
F8 Entwicklungsstörungen	173	266
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	19	67
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	17	7
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	3	7
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	79	102
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	39	72
Sonstige	16	11
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	971	780
Hyperkinetische Störungen	228	189
Störungen des Sozialverhaltens	139	246
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	294	55
Emotionale Störungen des Kindesalters	214	79
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10	78
Ticstörungen	19	19
Sonstige	67	114
F10 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	81	30
Psychische Störung ohne nähere Angabe	81	30
gesamt	38.703	21.006

* Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Quelle: Statistik Austria; Wiener Krankenanstaltenverbund, 2004.

Insgesamt wurden im Jahr 2003 21.006 Spitalsentlassungen mit psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10 gestellt. Die Daten können mit dem Vorjahr 2002 nicht verglichen werden, da im Berichtsjahr eine neue Codierung verwendet wurde. So wurden 2003 alle tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlungen ein und desselben Patienten nur einmal im Monat codiert, während solche Behandlungen im Jahr 2002 für jeden Behandlungstag einzeln gezählt worden waren. Auffällig ist, dass trotz der neuen Zählweise die Häufigkeit der Diagnosengruppe F5 (**Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**) gestiegen ist. Dabei wurden insbesondere **Essstö-**

rungen im Jahr 2003 um fast 20 Prozent häufiger diagnostiziert.

Die häufigsten Hauptdiagnosen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen waren in den Jahren 2002 und 2003 **Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen** (F2 nach ICD-10). An zweiter Stelle folgten im Jahr 2002 **affektive Störungen** (F3 nach ICD-10), im Jahr 2003 **psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** (F1 nach ICD-10). Letztere waren im Jahr 2003 für 21 Prozent der Abgangsd Diagnosen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen verantwortlich; Schizophrenie,

Einleitung, Definition

Psychische Gesundheit wird definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem sich Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, mit normalen Stresssituationen umgehen können, produktiv tätig und fähig sind, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten.¹⁷⁶

Hingegen versteht man unter psychischen Störungen, die bis vor kurzem unter den Krankheitsbegriff subsummiert wurden, diagnostizierbare akute, wiederkehrende oder chronische Veränderungen im Erleben und Verhalten, die Funktionsbeeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen und Belastungen oder Leiden mit sich bringen. Der in den operationalisierten Diagnosesystemen (ICD-10, DSM-IV) eingeführte Begriff der „psychischen Störungen“ wird heute jenem der „psychischen (bzw. psychiatrischen) Krankheiten“ vorgezogen, um eine Stigmatisierung der Betroffenen zu erschweren. Der Begriff „Störung“ wird als weniger negativ bewertend bzw. neutraler angesehen als der Begriff „Krankheit“. In der Literatur wird jedoch zum Teil noch immer der Begriff „psychische (psychiatrische) Krankheiten“ verwendet.

Hinweise auf die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen und deren Folgen erhalten wir unter anderem aufgrund von Daten, die aus der administrativen Statistik stammen. Regelmäßig erfasst werden stationäre Aufenthalte, Krankenstände, vorzeitige Pensionierungen und Sterbefälle aufgrund psychischer Er-

krankungen. Miteinbezogen werden im vorliegenden Abschnitt zusätzlich Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys betreffend die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen sowie Ergebnisse des Mikrozensus und anderer Studien zum Medikamentenkonsum aufgrund psychischer Störungen und Beschwerden.

5.1.1 Stationäre Behandlungen

Psychische und Verhaltensstörungen spielen in der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle. Daten stehen jedoch lediglich für den stationären Bereich zur Verfügung, für den ambulanten Bereichen fehlen entsprechende Informationen.

In Wien gibt es zwei Psychiatrische Krankenanstalten (Pflege- und Therapiezentrum Ybbs an der Donau und Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe) sowie drei Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen (Allgemeines Krankenhaus, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Donauspital).

Die Tabelle zu den Abgangsdiagnosen in den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes zeigt die Häufigkeit der erstellten Hauptdiagnosen beim Verlassen des Krankenhauses bzw. der psychiatrischen Abteilung. Nicht enthalten in dieser Statistik sind jedoch die Nebendiagnosen der stationären PatientInnen.

¹⁷⁶ WHO (2001), S. 1.

schizotype und wahnhaftige Störungen betragen 22 Prozent. Unter den Abgangsdiagnosen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen war der überwiegende Teil (2002: 75 Prozent; 2003: 72 Prozent) durch Alkohol bedingt. Am zweithäufigsten innerhalb dieses Bereichs waren (mit knapp 10 Prozent im Jahr 2002 bzw. knapp 15 Prozent im Jahr 2003) psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen. Im Vergleich dazu wurden psychische und Verhaltensstörungen durch klassische Drogen wie Opioide oder Cannabinoide nur in geringem Maße diagnostiziert. Sie waren im Jahr 2003 für ca. 8 Prozent bzw. ca. 1 Prozent der Abgangsdiagnosen dieser Kategorie verantwortlich.

Die dritthäufige Gruppe an Hauptdiagnosen waren 2003 die **affektiven Störungen** (F3 nach ICD-10), mit einem Anteil von ca. 17 Prozent an allen Abgangsdiagnosen im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen. Die größte Gruppe stellten dabei (mit 42 Prozent) die depressiven Episoden dar.

Die neue Codierung zeigt den stärksten Effekt in der Diagnosegruppe F2 **Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**. Die absolute Häufigkeit fiel von 13.973 Diagnosen im Jahr 2002 auf 4.566 im Jahr 2003, was auf einen sehr hohen Anteil an tagesklinischen und tagesstrukturierenden Behandlungen bei dieser Krankheitsgruppe schließen lässt.

5.1.2 Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen

Eine immer häufigere, jedoch nach wie vor sehr von der Bildungsschicht der Betroffenen abhängige Art der Hilfe bei der Bewältigung psychischer Belastungen bzw. Störungen stellt die Inanspruchnahme von Psychotherapie dar. Die Krankenkassen gewähren hier zwar finanzielle Unterstützung, dennoch werden nicht alle Therapien über die Krankenkasse abgewickelt. Bedenken gegen den Datenschutz bzw. eventuelle Schwierigkeiten im Berufsleben sind dafür ausschlaggebend, ebenso wie die eigenen Vorurteile, mit der Öffentlichmachung als „psychisch krank“ oder gar „verrückt“ abgestempelt zu werden. Nach wie vor wird in breiten Bevölkerungskreisen das Berufsbild der PsychologInnen

bzw. PsychotherapeutInnen mit dem des Psychiaters gleichgesetzt.¹⁷⁷

Die Psychotherapie ist eine praktisch-wissenschaftliche Tätigkeit, die in der konkreten Beziehung zwischen KlientIn bzw. PatientIn und PsychotherapeutIn psychisches (seelisches) und psychosomatisches Leid heilt oder lindert. Sie hilft, innere sowie zwischenmenschliche Konflikte zu bewältigen und verhilft dem Menschen zur Entfaltung seines Potenzials und einer angstfreien Existenz. Die Anwendung der Psychotherapie reicht von der Behandlung psychischer Störungen über die Hilfe bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen und Lebenskrisen bis zur Supervision in Arbeitszusammenhängen.¹⁷⁸

Ziel der Psychotherapie ist es, die Reifung und Gesundheit der behandelten Person zu fördern, bestehende psychische und körperliche Krankheiten – auch in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen – zu heilen oder zu lindern. Psychotherapie wirkt demnach therapeutisch (kurativ) und vorbeugend (präventiv). Wesentlich für die psychotherapeutische Beziehung ist das Gespräch zwischen KlientIn und TherapeutIn. Gezielte Übungen können unterstützend verwendet werden, die je nach Methode der Psychotherapie verschiedene Schwerpunkte haben. Psychotherapie ist prozessorientiert und daher nicht schematisch im Sinne eines fixen, systematischen Programms aufgebaut.

Psychotherapeutische Behandlungselemente sind in allen menschlichen Konflikten (Erkrankungen, Lebenskrisen, Beziehungsproblemen) von Nutzen.

Die **Methoden der Psychotherapie** sind vielfältig. 18 verschiedene psychotherapeutische Richtungen sind derzeit zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigt. In Österreich, insbesondere in Wien, wo Sigmund Freud und Viktor Adler wirkten, genießen die analytischen Schulen noch immer höchstes Ansehen und weite Verbreitung. Dies zeigt sich unter anderem auch in den von der Wiener Gebietskrankenkasse bewilligten Anträgen bzw. verrechneten Behandlungen, von denen der Großteil analytisch orientierte Therapieformen betrifft. Die nächstgrößten Gruppen stellen verschiedene Formen der Gestalttherapie sowie Formen der Gesprächstherapie dar.

¹⁷⁷ Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychiatrie.

¹⁷⁸ Vgl. Informationsbroschüre des Wiener Landesverbandes für Psychiatrie.

Zum weit überwiegenden Teil (96,8 Prozent) erfolgen die Sitzungen in Form einer **Einzeltherapie**. Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie werden hauptsächlich von **Frauen** (70 Prozent) in Anspruch genommen.

Bei den **Gruppentherapien** dominieren vor allem Gestalttherapie und Integrative Gestalttherapie (44 Pro-

zent), gefolgt von Psychodrama (21 Prozent) und Verhaltenstherapie (rund 11 Prozent). Bei den **Einzeltherapien** beanspruchen Psychoanalyse und Analytisch orientierte Therapie den größten Anteil aller Sitzungen (knapp 30 Prozent). Mit Abstand folgen Klientenorientierte Gesprächstherapie (knapp 15 Prozent) und Integrative Gestalttherapie (14 Prozent).

Tabelle 5.2: Inanspruchnahme von Psychotherapien, Wien 2002 (Wiener Gebietskrankenkasse; Absolutzahlen)

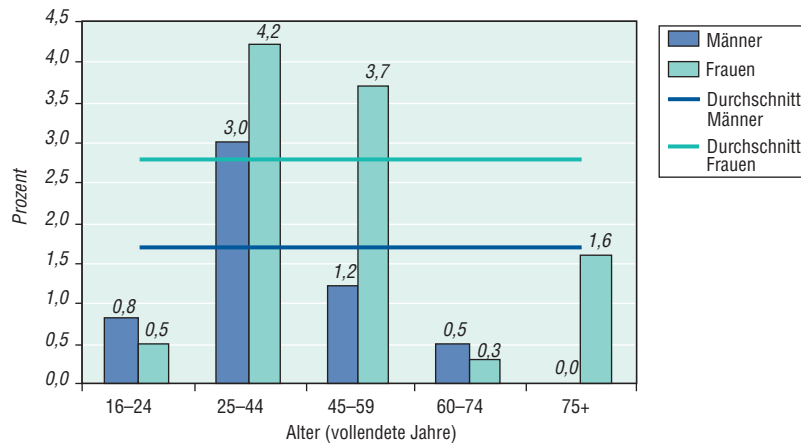
Therapiemethode	weiblich		männlich		Summe
	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	
Analytisch orientierte Therapie	21.955	346	9.410	148	31.859
Psychoanalyse	10.711	0	4.590	0	15.301
Analytische Psychologie	343	0	147	0	490
Gruppenpsychoanalyse	479	158	206	68	911
Individualpsychologie	4.945	24	2.120	11	7.100
Integrative Gestalttherapie	15.639	1.081	6.702	464	23.886
Gestalttherapie	4.885	522	2.094	224	7.725
Logotherapien	6.219	0	2.665	0	8.884
Klientenzentrierte Gesprächstherapie	16.260	90	6.968	38	23.356
Verhaltenstherapie	5.776	393	2.475	169	8.813
Systemische Familientherapie	10.633	99	4.557	43	15.332
Katathymes Bilderlebnis	5.143	46	2.204	20	7.413
Dynamische Gruppentherapie	1.383	34	593	15	2.025
Hypnose	549	0	236	0	785
Psychodrama	4.374	776	1.874	333	7.357
Autogenes Training	108	55	46	23	232
Konzentrierte Bewegungstherapie	69	0	30	0	99
sonstige Therapieformen	1.448	8	620	3	2.079
insgesamt	110.919	3.632	47.537	1.559	163.647

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey haben von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren in den letzten drei Monaten vor der Befragung 1,7 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen eine/n Psychotherapeuten/in bzw. Psychologen/in aufgesucht.

Frauen nehmen also häufiger professionelle Hilfe in Anspruch als Männer. Am ausgeprägtesten ist die Konsultation therapeutischer bzw. psychologischer Professionen (bei Männern wie Frauen) unter den 25- bis 44-Jährigen.

Grafik 5.1: Inanspruchnahme eines/r Psychotherapeuten/in, Psychologen/in (in den letzten 3 Monaten) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

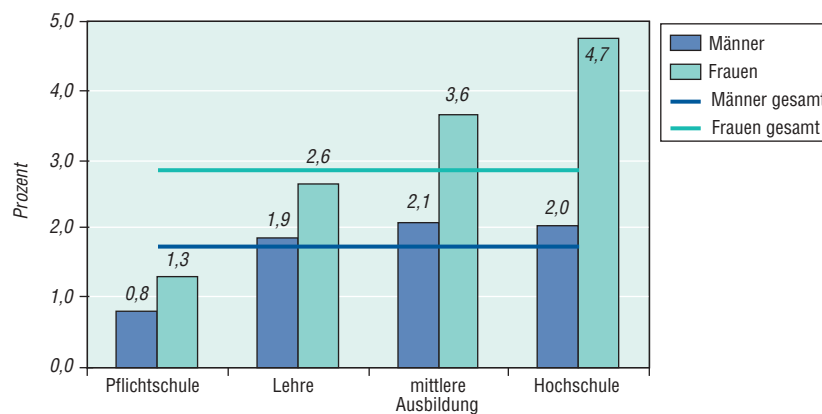


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Bei den Frauen ist die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen nach dem Bildungsniveau ungleich verteilt: Je höher die Bildung, desto größer ist die Bereitschaft, psychotherapeutische bzw. psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei

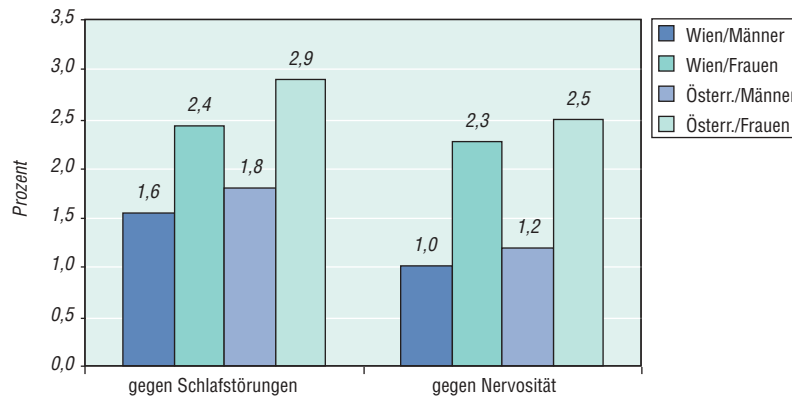
den Männern ist mit Ausnahme der niedrigsten Bildungsschicht, die vergleichsweise selten solche Hilfe in Anspruch nimmt, kaum ein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen zu bemerken.

Grafik 5.2: Inanspruchnahme eines/r Psychotherapeuten/in, Psychologen/in (in den letzten 3 Monaten) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Grafik 5.3: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen und Nervosität (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Geschlecht (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Frauen nehmen also, dem generellen Trend beim Medikamentenkonsum entsprechend (sowohl in Wien als auch im gesamten Bundesgebiet), auch häufiger ärztlich verordnete Medikamente gegen psychische Beschwerden (wie Schlafstörungen und Nervosität) als Männer. In Wien werden z. B. Frauen Medikamente gegen Nervosität mehr als doppelt so häufig, Medikamente gegen Schlafstörungen um die Hälfte häufiger verordnet als Männern. Abgesehen von Unterschieden im Beschwerden- und Krankheitsspektrum von Männern und Frauen dürfte hier auch die größere Bereitschaft von Frauen, Ärzte wegen psychischer Beschwerden aufzusuchen bzw. diese mitzuteilen, eine Rolle spielen. Inwieweit Weiblichkeitsklischees beim ärztlichen Entscheidungsverhalten wirksam sind, lässt sich aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht beantworten. Untersuchungen aus den 80er Jahren zeigen, dass die

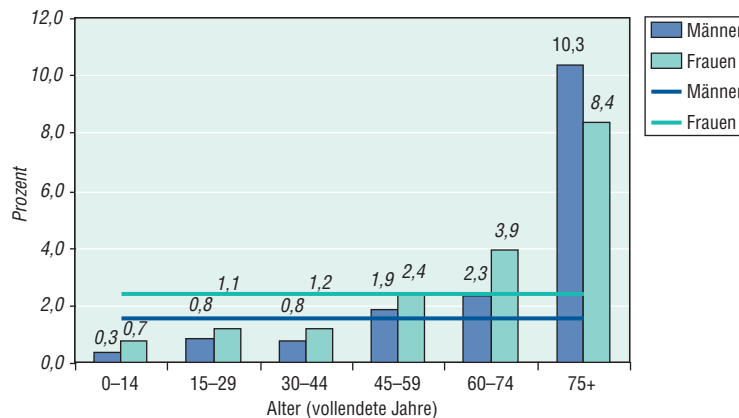
gleichen Symptome bei Männern eher als somatisch diagnostiziert und therapiert werden, bei Frauen hingegen eher als psychisch oder psychosomatisch.¹⁸⁷

Medikamente gegen Schlafstörungen

Der Konsum von Medikamenten gegen Schlafstörungen nimmt (unabhängig vom Geschlecht) mit dem Alter deutlich zu. Von den 75-Jährigen und Älteren hat etwa jeder zehnte Mann und etwa jede zwölfte Frau vom Arzt verschriebene Medikamente gegen Schlafstörungen konsumiert. Während unter den jüngeren Befragten Frauen in allen Altersgruppen durchgängig häufiger Medikamente gegen Schlafstörungen konsumierten, kehrt sich im hohen Alter von 75 und mehr Jahren interessanterweise das Geschlechterverhältnis um.

¹⁸⁷ CONEN, KUSTER (1988).

Grafik 5.4: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

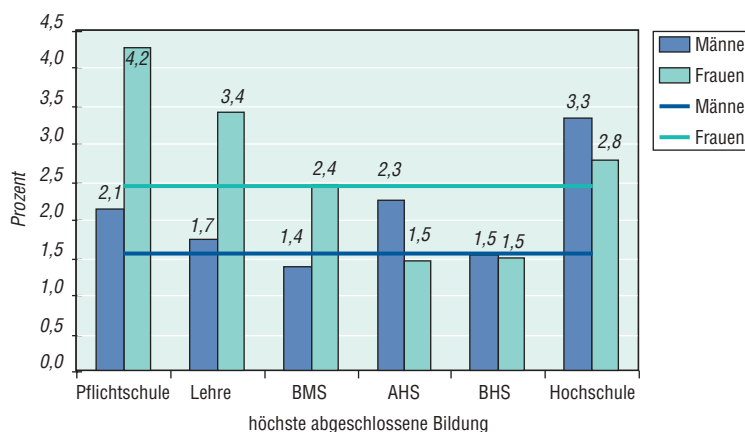


Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Der Konsum ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen unterliegt keinem einheitlichen Bildungstrend: Von den Männern nehmen jene mit Hochschul-, AHS- und Pflichtschulbildung solche Medikamente am häufigsten, bei den Frauen sind es die unteren Bildungsgruppen (Pflichtschule bzw. Lehre), gefolgt von Hochschulabsolventinnen. Interessanterweise sind

je nach Bildungsniveau unterschiedliche geschlechtsspezifische Trends zu beobachten: Während unter den formal weniger Gebildeten Frauen häufiger vom Arzt verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen nehmen, sind es in den höheren Bildungsgruppen die Männer.

Grafik 5.5: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahre, in Prozent)



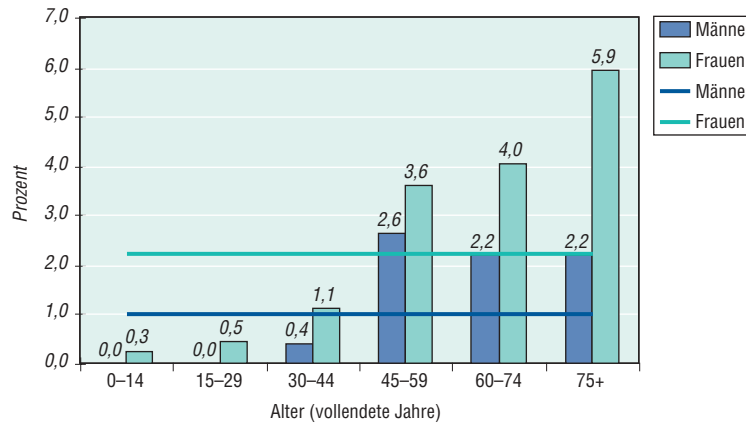
Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Medikamente gegen Nervosität

Ebenso wie bei den ärztlich verordneten Medikamenten gegen Schlafstörungen werden auch Medikamente

gegen Nervosität mit dem Alter häufiger konsumiert. Frauen werden unabhängig vom Alter (also bereits in Kindheit und Jugend) häufiger Medikamente gegen Nervosität verschrieben als Männern.

Grafik 5.6: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

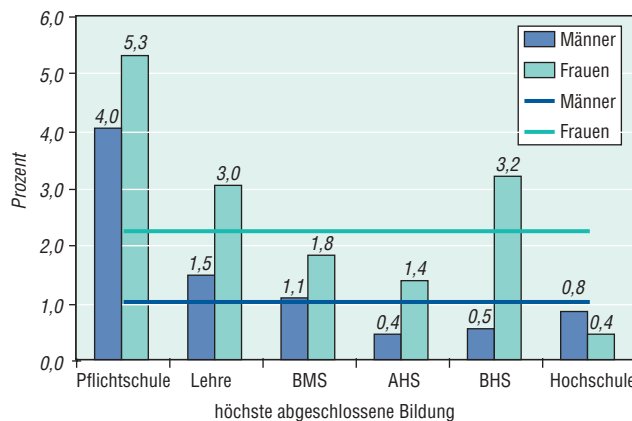


Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Insgesamt spielt die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität in den unteren Bildungsschichten eine größere Rolle, aber auch Frauen

mit Abschluss einer berufsbildenden höheren Schule konsumieren solche Medikamente überdurchschnittlich häufig.

Grafik 5.7: Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahre, in Prozent)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

5.1.3 Konsum von Medikamenten gegen psychische Störungen und Beschwerden

Die Ausgaben für Psychopharmaka sind in Österreich in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Im Jahr 1999 verordneten die niedergelassenen ÄrztInnen rund 6,2 Millionen Packungen Psychopharmaka. Davon entfielen rund 45 Prozent auf Antidepressiva, nahezu 30 Prozent auf Tranquilizer und rund 15 Prozent auf Neuroleptika.¹⁷⁹

Die jährlichen Zuwachsraten für Psychopharmaka sind in den vergangenen Jahren merkbar gestiegen, und zwar von rund 6 Prozent (1995/96) auf rund 9 Prozent (1998/99). Besonders hoch waren die jährlichen Zuwachsraten bei den Antidepressiva. Zwischen 1991 und 2000 ist der Packungsabsatz von Antidepressiva auf das Vierfache gestiegen, während der Absatz von Tranquilizern annähernd konstant geblieben ist.¹⁸⁰

Der steigende Verbrauch an Psychopharmaka ist mitverantwortlich für die Kostensteigerungen bei den Krankenkassen.¹⁸¹ Psychopharmaka verursachten in Österreich im Jahr 2001 Kosten von 150 Millionen Euro. Das sind 8,8 Prozent der gesamten Heilmittelkosten. Rund 80 Millionen entfielen davon auf Antidepressiva. Während der Aufwand für Heilmittel insgesamt von 2000 auf 2001 um 5,7 Prozent gestiegen ist, hat jener für Psychopharmaka um nahezu 8 Prozent zugenommen.¹⁸² Für Antidepressiva haben sich die Ausgaben zwischen 1995 und 2002 mehr als verdoppelt.¹⁸³

Frauen nehmen häufiger Antidepressiva als Männer. Auch die Verordnungsmenge von Antidepressiva stieg bei den Frauen stärker als bei den Männern.¹⁸⁴ Analysen von Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zeigen, dass das Alter bei der Verordnung von Antidepressiva eine wichtige Rolle spielt. Älteren Menschen, und hier wiederum insbesondere Frauen, werden häufiger solche Medikamente verordnet, wobei

sich im Alter der Konsum verordneter Antidepressiva meist über einen längeren Zeitraum erstreckt. Bei jüngeren PatientInnen ist dies deutlich seltener der Fall. Beobachtet wurde des Weiteren ein deutliches Stadt-Land-Gefälle: Im urbanen Bereich werden deutlich häufiger Antidepressiva verordnet. Die Verordnung von Antidepressiva hängt außerdem von der beruflichen Stellung ab: ArbeiterInnen werden etwas seltener Antidepressiva verschrieben als Angestellten.¹⁸⁵

Studien lassen vermuten, dass bei Vorhandensein von Depressionen neben Antidepressiva häufig auch andere Medikamente genommen werden. So z. B. zeigt sich aufgrund der SERMO-Studie, dass 34,0 Prozent der Personen in Wien, die sich zum Zeitpunkt der Befragung „niedergedrückt“ fühlten, regelmäßig Medikamente gegen Schlafstörungen nehmen. (In der Gesamtbevölkerung Wiens betrug dieser Anteil nur 6,8 Prozent.) 31,7 Prozent der Betroffenen nahmen Medikamente gegen Nervosität (im Vergleich zu 2,6 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung), 24,2 Prozent gegen Kopfschmerzen (vs. 8,0 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung).¹⁸⁶

Aus dem Mikrozensus liegen Angaben zum Konsum ärztlich verordneter Medikamente gegen psychische Beschwerden wie Schlafstörungen und Nervosität vor. In den letzten vier Wochen vor der Befragung haben in Wien 1,6 Prozent der Männer und 2,4 Prozent der Frauen, in Österreich 1,8 Prozent der Männer und 2,9 Prozent der Frauen ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen genommen. Ärztlich verordnete Medikamente gegen Nervosität haben in Wien 1,0 Prozent der Männer und 2,3 Prozent der Frauen, in Österreich 1,2 Prozent der Männer und 2,5 Prozent der Frauen konsumiert. Interessanterweise wurden österreichweit von Männern wie Frauen der Tendenz nach häufiger ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen und Nervosität genommen als in Wien, allerdings sind die Unterschiede sehr gering.

¹⁷⁹ KATSCHNIG et al. (2001), S. 92. f.; HOFMARCHER et al. (2003), S. 9 f.

¹⁸⁰ KATSCHNIG et al. (2001), S. 98.

¹⁸¹ HOFMARCHER et al. (2003), S. 9.

¹⁸² FISCHER et al. (2003).

¹⁸³ Mental Health In Austria (2003).

¹⁸⁴ GLAESKE (2003), S. 23.

¹⁸⁵ HOFMARCHER et al. (2003).

¹⁸⁶ FACT SHEETS (1998), zitiert nach Seniorenbericht (2000), S. 286 f.

5.1.4 Krankenstände und vorzeitige Pensionierungen

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Krankheiten zeigt sich unter anderem in den darauf zurückzuführenden Krankenständen und den vorzeitigen Pensionierungen.

In Wien waren im Jahr 2002 unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse 1,8 Prozent der Krankenstandsfälle und 4,4 Prozent der Krankenstandstage durch psychische Störungen bedingt. Insgesamt gab es aufgrund solcher Diagnosen 13.154 Krankenstandsfälle (Männer 4.446; Frauen 8.708) und 381.755 Krankenstandstage (Männer 141.050 Frauen 240.705). Die durchschnittliche Dauer pro Krankenstandsfall betrug 29 Tage (Männer 31,7 Tage; Frauen 27,6 Tage).¹⁸⁸

Psychische Störungen sind außerdem ein häufiger Grund für vorzeitige Pensionierungen. In Österreich war im Jahr 2000 nahezu ein Viertel (24,1 Prozent) der Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit durch solche Diagnosen bedingt. Insgesamt handelte es sich um 4.303 Neuzugänge (Männer 2.242, Frauen 2.061).¹⁸⁹

5.1.5 Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 83 Personen (61 Männer, 22 Frauen) infolge einer psychischen Störung (Hauptdiagnose) gestorben. Österreichweit waren es 424 Personen (322 Männer, 102 Frauen). Einer der Hauptgründe für die höhere Sterblichkeit der Männer in dieser Krankheitsgruppe ist der Alkoholismus.

Nicht inkludiert in den oben genannten Zahlen sind die Suizide. Die Todesursachenstatistik verleitet aber auch insofern zu einer Unterschätzung des Problems, als der Einfluss psychischer Störungen als Begleitkrankheit in der Sterblichkeit nicht aufscheint.

Suizide sind hauptsächlich psychischen Störungen zuzuschreiben. 90 Prozent der Sterbefälle aufgrund von Suizid werden auf psychische Störungen zurückgeführt, darunter vor allem Depressionen und Suchter-

krankungen.¹⁹⁰ Neben medizinischen Faktoren (wie Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, HIV-Infektionen, AIDS-Erkrankungen, Krebs) zählen psychosoziale (z. B. Scheidung, Vereinsamung im Alter), kulturelle (z. B. Mangel an religiöser Bindung) und sozioökonomische (z. B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme) Faktoren zu den Risikopotentialen für Suizid. Aber auch genetische Einflüsse werden im Rahmen der Suizidforschung diskutiert.

Es wird geschätzt, dass sich etwa 3 bis 4 Prozent der an Depressionen Leidenden im weiteren Verlauf das Leben nehmen. Ein wichtiger Risikofaktor für einen Suizid bzw. eine suizidale Handlung ist der Schweregrad der depressiven Störung. Besonders gefährdet sind Depressive, bei denen Wahnideen und Halluzinationen auftreten, sowie PatientInnen mit manisch-depressiven Mischzuständen. Ein hohes Suizidrisiko haben des Weiteren Personen, die schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen, sowie Personen mit Suizid(versuchen) naher Angehöriger. Bei Personen, die wegen einer schweren Depression stationär behandelt wurden bzw. werden, liegt das Suizidrisiko bei 15 Prozent.¹⁹¹

Im Jahr 2002 gab es in Wien 274 Todesfälle (189 Männer, 85 Frauen) infolge von Suizid. Dies entspricht einer Suizidrate (Suizide pro jeweils 100.000; rohe Rate) von 25,8 (Männer) bzw. 10,4 (Frauen). In ganz Österreich kam es in diesem Jahr zu 1.551 Suiziden (1.189 Männer, 362 Frauen); die Suizidrate betrug somit bei den Männern 30,5, bei den Frauen 8,7 (pro 100.000).

In den letzten Jahrzehnten war in Wien (ebenso wie in Österreich) bei beiden Geschlechtern die Suizidsterblichkeit rückläufig. Die Zeitreihen weisen für Männer konstant höhere (sowohl rohe als auch altersstrukturbereinigte) Raten auf als für Frauen. Im Vergleich Wien zu Österreich war, unter Berücksichtigung von 5-Jahresabständen, in den letzten Jahrzehnten bei den Wiener Männern die Suizidrate niedriger als im gesamten Bundesgebiet, bei den Wiener Frauen jedoch (mit Ausnahme des Jahres 2000) etwas höher.

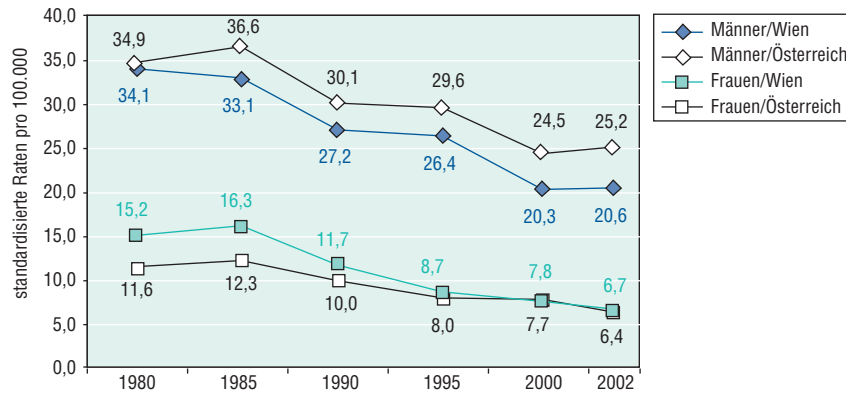
¹⁸⁸ Siehe dazu auch Tabelle 4.27 in Kapitel 4.7.3.

¹⁸⁹ Statistik Austria (2002), S. 328.

¹⁹⁰ BEEHARY et al. (2002), zitiert nach HOFMARCHER et al. (2003), S. 7.

¹⁹¹ SCHMIDTKE et al. (1996).

Grafik 5.8: Sterblichkeit aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung (ICD-10 <X60-X84>) in Wien und Österreich seit 1980, nach Geschlecht (standardisierte Raten* pro 100.000)



* Altersstandardisiert nach 5-jährigen Altersgruppen; die Berechnung basiert auf der Standardbevölkerung der WHO (World Health Statistics Annual 2001 – Onlineversion).

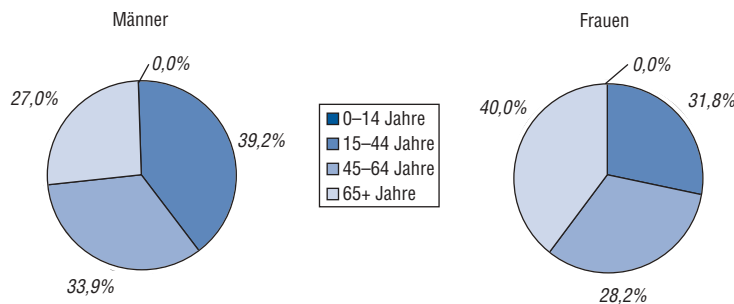
Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Bei der Interpretation von Höhe und Veränderung der Suizidhäufigkeiten ist die Dunkelziffer zu berücksichtigen. So sind z. B. nach Schätzungen des Bundeskriminalamtes in Deutschland mindestens 18 Prozent der Drogentoten als Suizide anzusehen, was zu einer Erhöhung der Suizidraten in den jüngeren Altersgruppen führt. Aber auch bei alten Menschen sind die Raten eher unterschätzt, da sich hinter einer

anderen Todesursache auch ein Suizid verbergen kann.¹⁹²

Der Anteil der von alten Menschen begangenen Suizide ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. In Wien war etwa jeder vierte an Suizid verstorbene Mann (27,0 Prozent aller Suizidfälle) 65 Jahre oder älter, bei den Frauen nahezu jede zweite (40,0 Prozent).

Grafik 5.9: Sterbefälle aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung (ICD-10 <X60-X84>) in Wien 2002 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

¹⁹² Zitiert nach Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 224.

5.1.4 Krankenstände und vorzeitige Pensionierungen

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Krankheiten zeigt sich unter anderem in den darauf zurückzuführenden Krankenständen und den vorzeitigen Pensionierungen.

In Wien waren im Jahr 2002 unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse 1,8 Prozent der Krankenstandsfälle und 4,4 Prozent der Krankenstandstage durch psychische Störungen bedingt. Insgesamt gab es aufgrund solcher Diagnosen 13.154 Krankenstandsfälle (Männer 4.446; Frauen 8.708) und 381.755 Krankenstandstage (Männer 141.050 Frauen 240.705). Die durchschnittliche Dauer pro Krankenstandsfall betrug 29 Tage (Männer 31,7 Tage; Frauen 27,6 Tage).¹⁸⁸

Psychische Störungen sind außerdem ein häufiger Grund für vorzeitige Pensionierungen. In Österreich war im Jahr 2000 nahezu ein Viertel (24,1 Prozent) der Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit durch solche Diagnosen bedingt. Insgesamt handelte es sich um 4.303 Neuzugänge (Männer 2.242, Frauen 2.061).¹⁸⁹

5.1.5 Mortalität

Im Jahr 2002 sind in Wien 83 Personen (61 Männer, 22 Frauen) infolge einer psychischen Störung (Hauptdiagnose) gestorben. Österreichweit waren es 424 Personen (322 Männer, 102 Frauen). Einer der Hauptgründe für die höhere Sterblichkeit der Männer in dieser Krankheitsgruppe ist der Alkoholismus.

Nicht inkludiert in den oben genannten Zahlen sind die Suizide. Die Todesursachenstatistik verleitet aber auch insofern zu einer Unterschätzung des Problems, als der Einfluss psychischer Störungen als Begleitkrankheit in der Sterblichkeit nicht aufscheint.

Suizide sind hauptsächlich psychischen Störungen zuzuschreiben. 90 Prozent der Sterbefälle aufgrund von Suizid werden auf psychische Störungen zurückgeführt, darunter vor allem Depressionen und Suchter-

krankungen.¹⁹⁰ Neben medizinischen Faktoren (wie Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, HIV-Infektionen, AIDS-Erkrankungen, Krebs) zählen psychosoziale (z. B. Scheidung, Vereinsamung im Alter), kulturelle (z. B. Mangel an religiöser Bindung) und sozioökonomische (z. B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme) Faktoren zu den Risikopotentialen für Suizid. Aber auch genetische Einflüsse werden im Rahmen der Suizidforschung diskutiert.

Es wird geschätzt, dass sich etwa 3 bis 4 Prozent der an Depressionen Leidenden im weiteren Verlauf das Leben nehmen. Ein wichtiger Risikofaktor für einen Suizid bzw. eine suizidale Handlung ist der Schweregrad der depressiven Störung. Besonders gefährdet sind Depressive, bei denen Wahnideen und Halluzinationen auftreten, sowie PatientInnen mit manisch-depressiven Mischzuständen. Ein hohes Suizidrisiko haben des Weiteren Personen, die schon einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen, sowie Personen mit Suizid(versuchen) naher Angehöriger. Bei Personen, die wegen einer schweren Depression stationär behandelt wurden bzw. werden, liegt das Suizidrisiko bei 15 Prozent.¹⁹¹

Im Jahr 2002 gab es in Wien 274 Todesfälle (189 Männer, 85 Frauen) infolge von Suizid. Dies entspricht einer Suizidrate (Suizide pro jeweils 100.000; rohe Rate) von 25,8 (Männer) bzw. 10,4 (Frauen). In ganz Österreich kam es in diesem Jahr zu 1.551 Suiziden (1.189 Männer, 362 Frauen); die Suizidrate betrug somit bei den Männern 30,5, bei den Frauen 8,7 (pro 100.000).

In den letzten Jahrzehnten war in Wien (ebenso wie in Österreich) bei beiden Geschlechtern die Suizidsterblichkeit rückläufig. Die Zeitreihen weisen für Männer konstant höhere (sowohl rohe als auch altersstrukturbereinigte) Raten auf als für Frauen. Im Vergleich Wien zu Österreich war, unter Berücksichtigung von 5-Jahresabständen, in den letzten Jahrzehnten bei den Wiener Männern die Suizidrate niedriger als im gesamten Bundesgebiet, bei den Wiener Frauen jedoch (mit Ausnahme des Jahres 2000) etwas höher.

¹⁸⁸ Siehe dazu auch Tabelle 4.27 in Kapitel 4.7.3.

¹⁸⁹ Statistik Austria (2002), S. 328.

¹⁹⁰ BEEHARY et al. (2002), zitiert nach HOFMARCHER et al. (2003), S. 7.

¹⁹¹ SCHMIDTKE et al. (1996).

5.1.6 Verlust an Lebensjahren

Personen mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Risiko vorzeitig zu sterben. So etwa ist Suizid in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen die vierthäufigste, in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die zweithäufigste Todesursache.

Das Konzept der „potenziell verlorenen Lebensjahre“ rückt Todesfälle im jungen und mittleren Alter in den Mittelpunkt des Interesses. Und zwar haben sich die in der WHO und OECD vertretenen Länder darauf verständigt, Sterbefälle unter einem Lebensalter von 70 Jahren als ungewöhnlich anzusehen und mit Hilfe des Indikators „verlorene Lebensjahre durch Tod unter 70 Jahren pro 100.000 der Bevölkerung“ gesondert darzustellen. Dieses Konzept wertet Sterbefälle vor der vorgegebenen Altersgrenze umso stärker, je früher sie sich im Lebenslauf ereignen, während Sterbefälle nach der vorgegebenen Altersgrenze unberücksichtigt bleiben.

Insgesamt fiel im Jahr 2001 in Wien mehr als ein Viertel (26,6 Prozent) aller Todesfälle in das für die verlorenen Lebensjahre festgelegte Altersspektrum von unter 70 Jahren (Männer 39,5 Prozent, Frauen 16,9 Prozent). Im Vergleich dazu waren von den 101 an psychischen Störungen Verstorbenen 76,2 Prozent unter 70 Jahre (Männer 76,3 Prozent, Frauen 76,2 Prozent). Bei den 268 an Suizid bzw. Selbstbeschädigung Verstorbenen

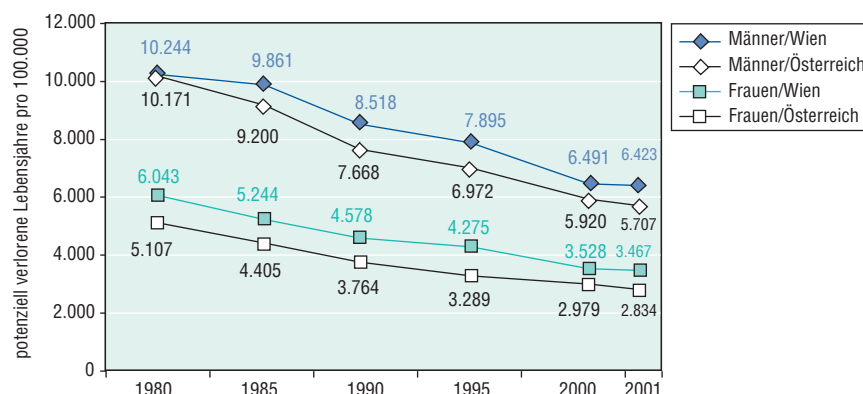
betrug der Anteil der unter 70-Jährigen 74,6 Prozent (Männer 81,6 Prozent, Frauen 64,5 Prozent).

Unter Berücksichtigung aller Todesursachen waren in Wien im Jahr 2001 bei den *Männern* (pro 100.000) 6.423 potenziell verlorene Lebensjahre zu verzeichnen; davon entfielen 155 (2,4 Prozent) auf psychische Störungen, 482 (7,5 Prozent) auf Suizid bzw. Selbstbeschädigung. Bei den *Frauen* sind die entsprechenden Werte wesentlich geringer:¹⁹³ Insgesamt, das heißt für alle Todesursachen, ergaben sich im Jahr 2001 für Frauen (pro 100.000) 3.476 potenziell verlorene Lebensjahre. Für psychische Störungen betrug der Wert 38 (1,1 Prozent), für Suizid bzw. Selbstbeschädigung 235 Lebensjahre (6,8 Prozent).

Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre

Insgesamt hat sich die vorzeitige Sterblichkeit bzw. der Verlust an Lebensjahren (ebenso wie die Sterblichkeit insgesamt) in den vergangenen Jahrzehnten zusehends verringert. So etwa sank 2001 in Wien dieser Wert bei Männern auf nahezu zwei Drittel des Wertes von 1980, für Frauen war er nur mehr etwa halb so hoch wie noch vor zwei Jahrzehnten. In Wien ist jedoch die Zahl der potenziell verlorenen Lebensjahre (zu allen Vergleichszeitpunkten) bei beiden Geschlechtern höher als bundesweit.

Grafik 5.10: Potenziell verlorene Lebensjahre (pro 100.000) in Wien und Österreich 1980–2001 nach Geschlecht (unter 70-Jährige, alle Todesursachen)



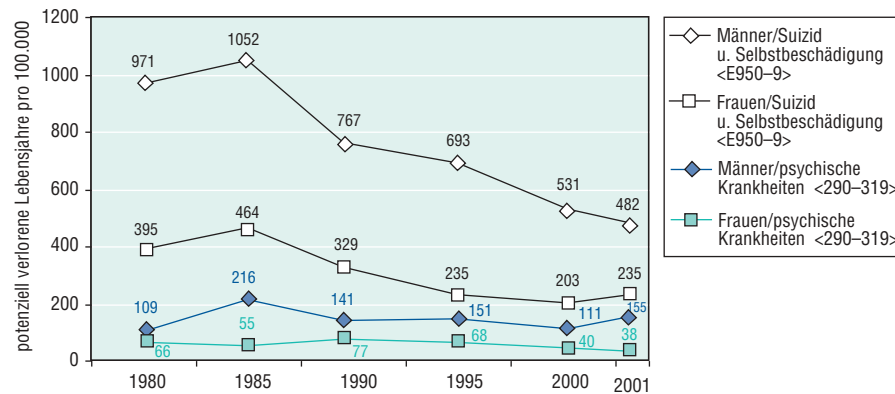
Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

¹⁹³ Die vorzeitige Sterblichkeit der Wiener Männer lag 2001 um über 80 Prozent über jener der Frauen. Österreichweit war der Abstand noch größer: Die Zahl der verlorenen Lebensjahre war hier (bei allerdings niedrigeren Werten) bei den Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen.

Die Zahl der „potenziell verlorenen Lebensjahre“ (pro 100.000) infolge Suizid bzw. Selbstbeschädigung ist zwar bei beiden Geschlechtern zwischen 1980 und 1985

noch gestiegen, seither aber ebenso (wie die Zahl der potenziell verlorenen Lebensjahre insgesamt) rückläufig.

Grafik 5.11: Potenziell verlorene Lebensjahre (pro 100.000) aufgrund psychischer Störungen (ICD-9 <290–319>) und aufgrund von Suizid und Selbstbeschädigung (ICD-9 <E950–9>) in Wien 1980–2001 nach Geschlecht (unter 70-Jährige)



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Dagegen folgt die Entwicklung der potenziell verlorenen Lebensjahre aufgrund psychischer Störungen bei den Männern keinem einheitlichen Trend; bei den

Frauen war, nach einem Ansteigen zwischen 1985 und 1990, ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten.

5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT¹⁷⁵

Dr. Elfriede URBAS

5.1 Ausmaß und gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen

Zusammenfassung

Psychische Störungen sind, vor allem aufgrund der damit verbundenen Folgen, von gesellschaftlich großer Bedeutung.

Unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse waren im Jahr 2002 1,8 Prozent der Krankenstandsfälle (insgesamt 13.154 Fälle) und 4,4 Prozent der Krankenstandstage (insgesamt 381.755 Tage) durch psychische Störungen bedingt. Circa ein Viertel der Neuzugänge an Pensionen durch geminderte Arbeitsfähigkeit bzw. dauernde Erwerbsunfähigkeit ist auf psychische Störungen zurückzuführen.

Laut Eigenangaben haben, bezogen auf drei Monate, 2,8 Prozent der Wienerinnen und 1,7 Prozent der Wiener psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Dies betraf vor allem Personen jüngerer und mittleren Alters.

Psychotherapie beschäftigt sich mit der Behandlung von seelischen Problemen. Sie bietet Hilfe bei Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Handelns. Am häufigsten werden Ängste, Depressionen, Essstörungen, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Süchte, Zwänge, körperliche Symptomatik und Erkrankung in Folge seelischer Konflikte sowie familiäre bzw. Beziehungskonflikte psychotherapeutisch behandelt. Häufig wird Psychotherapie auch in Kombination mit psychopharmakologischen Behandlungen (bei schweren Depressionen, Psychosen, etc.) sowie auch begleitend zu körperlichen Erkrankungen eingesetzt. Frauen nehmen häufiger Psychotherapie in Anspruch als Männer, zudem hat die Bildungsschicht einen bedeutenden Einfluss auf die Bereitschaft, sich einer Psychotherapie zu unterziehen.

Summary: Scope and Social Significance of Mental Disorders

Mental disorders have great social significance, especially because of the related factors and consequences.

For persons insured with the Vienna Health Insurance Fund, 1.8 percent of all sick leaves (13,154 cases in total) and 4.4 percent of sick leave days (a total of 381,755 days) in 2002 were due to mental disorders. Approximately one quarter of all new retirements due to reduced working capacity or occupational disability was due to mental disorders.

2.8 percent of women and 1.7 percent of men had consulted a psychotherapist in the three months preceding the survey. The percentage was highest in the younger and middle age groups.

Psychotherapy is the treatment of mental problems. It helps with cognitive, affective and behavioural disorders. The most commonly treated problems are anxiety disorders, depression, eating disorders, behavioural disorders in children and adolescents, addictions, obsessive-compulsive disorders, physical symptoms and illnesses resulting from mental conflicts, and family or relationship problems. Psychotherapy is often also combined with antipsychotic treatment (in the case of severe depression, psychosis, etc) and is also used to complement the medical treatment of physical illnesses. Women consult psychotherapists more frequently than men, and the level of education is also an important factor in whether or not someone is prepared to undergo psychotherapy.

¹⁷⁵ Siehe dazu auch den Bericht zur psychischen Gesundheit in Wien (Stadt Wien, 2004).

In den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurden 2003 insgesamt 21.006 Abgangsdiaagnosen gestellt. Die häufigsten Hauptdiagnosen waren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Unter letzteren waren ca. 70 Prozent der Fälle psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (v. a. unter den männlichen Patienten). Am dritthäufigsten wurden affektive Störungen diagnostiziert. Die größte Gruppe stellen dabei mit ca. 40 Prozent die depressiven Episoden dar.

Laut Todesursachenstatistik sind in Wien 2002 insgesamt 83 Personen (22 Frauen, 61 Männer) an einer psychischen Störung (Hauptdiagnose und ohne Berücksichtigung von Suiziden) gestorben. Bei den Männern drückt sich dies vor allem in einer erhöhten Sterblichkeit an Alkoholismus aus. Gleichzeitig haben sich in diesem Jahr in Wien 274 Menschen (85 Frauen, 189 Männer) das Leben genommen. Dies entspricht einer Rate (jeweils pro 100.000) von 10,4 Suiziden bei den Frauen bzw. 25,8 Suiziden bei den Männern. Trotz insgesamt rückläufiger Suizidsterblichkeit in den letzten Jahrzehnten in Wien (und in Österreich) bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der von alten Menschen begangenen Suizide gestiegen.

Personen mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Risiko, vorzeitig zu sterben. So stellt Suizid in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen die zweithäufigste, in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen die vierthäufigste Todesursache dar. Suizid ist damit für einen beachtlichen Teil der potentiell verlorenen Lebensjahre verantwortlich. In Wien waren im Jahr 2001 bei den Männern 7,5 Prozent, bei den Frauen 6,8 Prozent der potentiell verlorenen Lebensjahre auf Suizid bzw. Selbstbeschädigung zurückzuführen.

In 2003, a total of 21,006 discharge diagnoses were made in the hospitals of the Vienna Hospital Association. The most frequent main diagnoses were schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, followed by mental and behavioural disorders resulting from the consumption of psychotropic drugs, 70 percent of which were mental and behavioural disorders resulting from alcohol abuse (especially among male patients). The third most frequent diagnosis was affective disorders. The largest group in this category were depressive episodes (approx. 40 percent).

The cause-of-death statistics for Vienna show that 83 persons (22 women, 61 men) died due to a mental disorder (main diagnosis, not including suicides) in 2002. Men have a higher mortality resulting mainly from alcohol dependence. In the same year, 274 persons (85 women, 189 men) committed suicide in Vienna. This is a rate of 10.4 suicides per 100,000 for women and 25.8 for men. Despite the overall decrease in suicide mortality for both genders in Vienna (and Austria as a whole) over the last decades, the proportion of suicides committed in old age has increased.

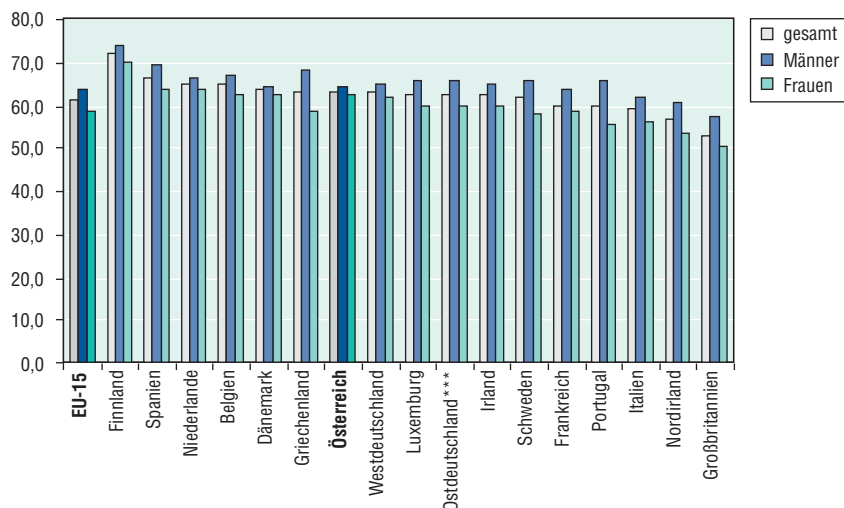
Persons with mental disorders have an increased risk of premature death. Suicide is the second most frequent cause of death in the age group 15 to 24 and the fourth most frequent cause of death for persons aged 15 to 44. Suicide is responsible for a considerable part of potential lost life years. In 2001, suicide and self-inflicted injuries accounted for 7.5 percent of potential lost life years for men and 6.8 percent for women in Vienna.

Einleitung

Angaben zur psychischen Gesundheit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union liefert die Eurobarometer-Erhebung 58.2.¹⁹⁴ Beim psychischen Wohlbefinden schneiden Finnland und Spanien am besten, Großbritannien am schlechtesten ab. Leichte Unterschiede

zeigen sich bei geschlechtsspezifischer Auswertung: Während bei den Männern in Finnland und Spanien das Wohlbefinden am ausgeprägtesten ist, liegen bei den Frauen Finnland und die Niederlande im Spitzenfeld. Österreich liegt insgesamt knapp über dem Durchschnittswert der untersuchten Länder/Regionen, die Frauen jedoch deutlicher als die Männer.

Grafik 5.12: Psychisches Wohlbefinden (Energie- und Vitalitätsskala, EVI*) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Geschlecht (Mittelwerte**)



* Die Energie- und Vitalitätsskala (EVI) besteht aus vier Fragen. Der Summen-Score dieses Messinstruments reicht von 0 bis 100. Je höher der Wert, desto besser ist das psychische Wohlbefinden.

** Sortiert nach „gesamt“.

*** Ostdeutschland: Die neuen Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland, vormals DDR.

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG 2003.

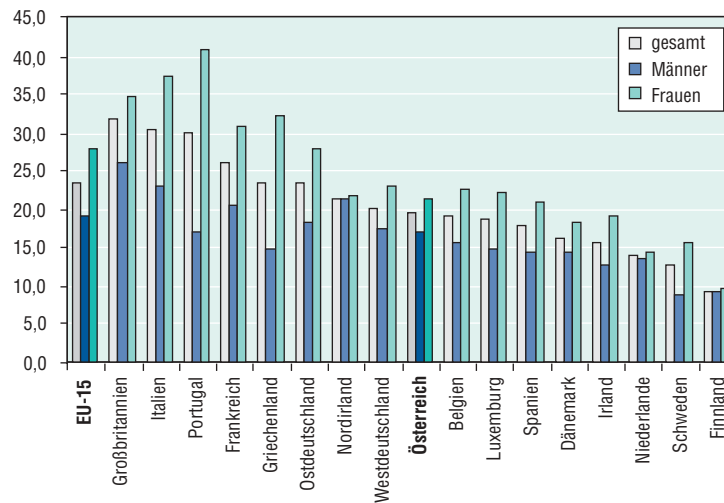
Ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung (19,5 Prozent) berichtet über gegenwärtige psychische Gesund-

heitsprobleme, Frauen (21,2 Prozent) etwas häufiger (allerdings nicht signifikant) als Männer (17,0 Prozent).

¹⁹⁴ Insgesamt wurden zwischen Oktober und Dezember 2002 16.000 Personen ab 15 Jahre mündlich befragt. Und zwar handelte es sich dabei um eine mehrstufige Zufallsauswahl. Mit Ausnahme von Luxemburg und Nordirland wurden pro Land/Region 1.000 Personen befragt. Die Rücklaufquote variierte zwischen 23 Prozent (Großbritannien) und 84 Prozent (Frankreich). In Österreich lag sie bei 68 Prozent.

Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurden verschiedene, bereits in anderen Untersuchungen getestete Erhebungsinstrumente verwendet, die Teil des „Minimum data set of European mental health indicators“ sind. Zur Messung des psychischen Wohlbefindens wurde die Energie- und Vitalitätsskala (EVI) herangezogen, die gegenwärtigen psychischen Gesundheitsprobleme wurden mittels des 5-Item Mental Health Index (MHI-5) erfasst. Beide Instrumente sind Teil des SF-36 Gesundheits-Survey-Instruments, das insgesamt acht Skalen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes beinhaltet (Zur ausführlichen Darstellung der Methode siehe BULLINGER, KIRCHBERGER [1998]).

Grafik 5.13: Befragte mit gegenwärtigen psychischen Gesundheitsproblemen (Mental Health Index – MHI-5, Score 52 oder weniger) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Geschlecht (in Prozent)*



* Sortiert nach „gesamt“.

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG 2003.

Österreich liegt damit, vor allem bei den Frauen, deutlich unter dem EU-Durchschnitt. In der Europäischen Union berichtet nahezu ein Viertel (23,4 Prozent) über psychische Gesundheitsprobleme, und zwar Frauen signifikant häufiger (27,6 Prozent) als Männer (18,9 Prozent). Über die Ursachen der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der psychischen Gesundheit liegen verschiedene Vermutungen vor, im Vordergrund stehen dabei psychosoziale Faktoren.

Innerhalb der Europäischen Union am seltensten sind psychische Gesundheitsprobleme in Finnland und den Niederlanden, am häufigsten in Großbritannien und

Italien. Bei den *Männern* sind jene in Schweden und Finnland am wenigsten und jene in Großbritannien und Italien am meisten von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen. Von den *Frauen* haben jene in Finnland und den Niederlanden am seltensten psychische Gesundheitsprobleme, am häufigsten jene in Portugal und Italien.

Generell nehmen psychische Gesundheitsprobleme mit dem Alter zu, so auch in Österreich. Ältere Menschen in Österreich leiden zudem überdurchschnittlich häufig unter psychischen Gesundheitsproblemen.

Tabelle 5.3: Befragte mit gegenwärtigen psychischen Gesundheitsproblemen (Mental Health Index – MHI-5, Score 52 oder weniger) in den Ländern der Europäischen Union (EU-15) 2002 nach Alter (in Prozent)

Länder	gesamt	Alter (Jahre)			
		15–25	26–44	45–64	65+
Finnland	9,3	8,2	8,1	11,0	9,1
Schweden	12,4	17,3	15,7	10,6	7,2
Niederlande	13,9	11,4	12,7	16,6	13,0
Irland	15,7	6,8	15,4	21,4	19,1
Dänemark	16,2	18,9	13,7	17,9	15,6
Spanien	17,6	12,0	14,2	22,3	25,0
Luxemburg	18,7	15,3	18,9	21,3	16,8
Belgien	19,1	13,8	18,8	23,1	18,1
Österreich	19,5	12,8	16,4	22,0	28,9
Westdeutschland	20,1	17,4	15,5	20,2	28,4
Nordirland	21,4	23,2	0,0	18,8	34,4
Ostdeutschland	23,4	19,0	23,1	22,5	27,6
Griechenland	23,5	16,3	20,4	25,4	33,3
Frankreich	25,9	19,1	24,1	30,7	30,3
Portugal	29,8	14,9	16,9	41,3	49,7
Italien	30,2	26,9	29,0	32,6	31,5
Großbritannien	31,5	26,4	33,1	35,1	27,5
gesamt	23,4	18,3	21,7	26,2	27,2

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG 2003.

Entsprechend überrascht auch nicht, dass ältere Menschen in Österreich ein überdurchschnittlich hohes Suizidrisiko haben (siehe unten).

Im internationalen Vergleich fällt zudem in Österreich bei psychischen Gesundheitsproblemen eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch PsychiaterInnen oder PsychologInnen auf. Am verbreitetsten ist die Inanspruchnahme solcher Hilfen in Schweden, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich, Luxemburg und Belgien, wohingegen in Italien, Westdeutschland, Irland und vor allem in Großbritannien am seltensten von einer solchen Inanspruchnahme ausgegangen werden kann.

Suizidsterblichkeit

Trotz insgesamt sinkender Suizidsterblichkeit liegt Österreich (Stand 1999) bei beiden Geschlechtern sowohl in der Altersgruppe der unter als auch der über 65-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15). Bei den älteren Menschen (d. h. den über 65-Jährigen) hat Österreich bei beiden Geschlechtern sogar die von allen 15 Ländern der EU höchste Suizidrate.

Die Suizidrate war 1999 bei den älteren Menschen in Österreich sogar höher als im Durchschnitt der zehn neuen Beitrittsländer.

Tabelle 5.4: Standardisierte Suizidrate (pro 100.000) in den Ländern der europäischen Union (EU-15) und den Beitrittsländern 1999 nach Alter und Geschlecht

	Männer		Frauen	
	unter 65	65+	unter 65	65+
EU-15*	13,6	33,3	4,4	10,0
Österreich	22,5	66,2	7,2	20,6
Belgien	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Dänemark	17,9	38,8	6,1	12,1
Deutschland	15,7	42,7	4,9	12,6
Finnland	35,5	44,2	9,3	8,4
Frankreich	21,0	54,9	7,8	15,7
Griechenland	4,8	8,6	1,2	3,0
Irland	23,4	18,0	4,5	4,3
Italien	8,5	26,1	2,4	6,0
Luxemburg	20,0	35,0	8,5	15,9
Niederlande	11,2	22,3	5,8	8,5
Portugal	5,1	32,5	1,4	8,3
Schweden	16,4	34,0	7,1	10,0
Spanien	8,7	31,3	2,8	9,1
Vereinigtes Königreich	11,3	12,1	2,9	4,6
Beitritt-10**	27,4	52,2	5,1	13,9
Estland	55,6	96,8	8,8	25,2
Lettland	51,1	78,9	9,8	25,7
Litauen	74,6	92,1	11,1	25,2
Malta	11,1	17,7	1,9	7,5
Polen	25,5	31,8	4,0	6,8
Slowakei	21,5	40,2	3,2	6,9
Slowenien	39,4	95,7	11,5	20,0
Tschechien	21,0	57,4	4,3	13,7
Ungarn	43,8	11,2	9,5	33,3
Zypern	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

* Gemeint sind die 15 Staaten der Europäischen Union vor dem Beitritt der neuen Länder im Mai 2004.

** Gemeint sind die zehn Staaten, die im Mai 2004 der Europäischen Union beigetreten sind.

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; zitiert nach HOFMARCHER et al. (2003), S. 15 f.

5.2 Europäischer Vergleich

Zusammenfassung

Laut einer Eurobarometer-Erhebung berichtet ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung über gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme, und zwar Frauen der Tendenz nach (jedoch nicht signifikant) häufiger als Männer. Österreich liegt damit, vor allem bei den Frauen, unter dem EU-Durchschnitt. Insgesamt berichtet in der Europäischen Union nahezu ein Viertel über psychische Gesundheitsprobleme, und zwar Frauen signifikant häufiger als Männer. Innerhalb der Europäischen Union am seltensten sind psychische Gesundheitsprobleme in Finnland und den Niederlanden, am häufigsten in Großbritannien und Italien.

Psychische Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter zu. In Österreich leiden ältere Menschen überdurchschnittlich häufig unter psychischen Gesundheitsproblemen. Trotz insgesamt sinkender Suizidsterblichkeit liegt Österreich (Stand 1999) bei beiden Geschlechtern sowohl in der Altersgruppe der unter als auch der über 65-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15). Bei den älteren Menschen (d. h. den über 65-Jährigen) hat Österreich bei beiden Geschlechtern sogar die von allen 15 Ländern der EU höchste Suizidrate. Die Suizidrate war 1999 bei den älteren Menschen in Österreich sogar höher als im Durchschnitt der zehn neuen Beitrittsländer.

Im internationalen Vergleich fällt zudem bei psychischen Gesundheitsproblemen eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch PsychiaterInnen oder PsychologInnen auf. Am verbreitetsten ist die Inanspruchnahme solcher Hilfen in Schweden, den Niederlanden, Dänemark, Frankreich, Luxemburg und Belgien.

Summary: European Comparison

According to the Eurobarometer survey, one in five Austrians report that they currently have mental health problems; women slightly (but not significantly) more often than men. These figures are below the European average, in particular for women. One in four EU citizens reported mental health problems, women significantly more frequently than men. Finland and Sweden had the lowest rates of mental health problems overall within the European Union, while the highest rates were found in the United Kingdom and in Italy.

Mental health problems increase with age. Austria has an above average rate of mental health problems for senior citizens. Despite the overall decrease in suicide mortality, Austria (data for 1999) is significantly above the European Union (EU-15) average for both genders in both the age groups below and above 65 years. For the age group 65 years and above, Austria even has the highest suicide rate in the EU-15 for both genders. In 1999, the suicide rate for persons aged 65 years and above in Austria was even higher than the average for the ten new EU member states.

The international comparison also reveals a below average use of services and assistance offered by psychiatrists and psychologists. Psychological or psychiatric assistance is most frequently sought in Sweden, the Netherlands, Denmark, France, Luxembourg and Belgium.

Komorbidität

Nicht selten treten mehrere psychische Gesundheitsprobleme gleichzeitig auf. So etwa sind Depressionen häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden, wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet. Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Eine große Rolle spielen dabei psychosomatische Erkrankungen.

Comorbidity

It is common for several mental disorders to occur together. Depressions, for example, often occur together with other mental disorders and health problems, such as anxiety, sociopathy, and abuse of drugs and pharmaceuticals. Physical and mental disorders also frequently occur together. Psychosomatic disorders, i.e. somatic disorders largely caused by psychological factors, are also frequent.

Einleitung

Psychische Störungen sind sehr heterogen und verteilen sich über ein breites Spektrum von Symptomen und Verlaufsformen. Im Wesentlichen lassen sich fünf verschiedene Grundformen psychischer Erkrankungen bzw. Störungen unterscheiden: Schizophrenie, affektive Störungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen und Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Die meisten anderen psychischen Störungen lassen sich als Untergruppen oder Spezialfälle dieser Grundformen betrachten.

Um einen Einblick in Entstehungs- und Funktionsweise psychischer Störungen zu geben, wird im Folgenden auf ausgewählte psychische Störungen (Angststörungen, Depression, Schizophrenie und Demenz) eingegangen. Beschrieben werden Symptome, Verbreitung, Ursachen, Behandlung und erforderliche Maßnahmen. Zusätzlich diskutiert werden Aspekte der Komorbidität psychischer Erkrankungen.

5.3.1 Angststörungen

Unter Angst versteht man ein als unangenehm empfundenen Gefühl der Bedrohung. Angst ist nahezu allen Menschen bekannt und kann als Alarmsignal auch positiv sein. Allerdings sollte die Angst nach Beseitigung der Bedrohung wieder verschwinden. Als *Krankheit* gilt Angst vor allem dann, wenn sie scheinbar grundlos oder übermäßig bzw. nicht auftritt. Bei der krankhaften Angst (Phobie) sind die natürlichen

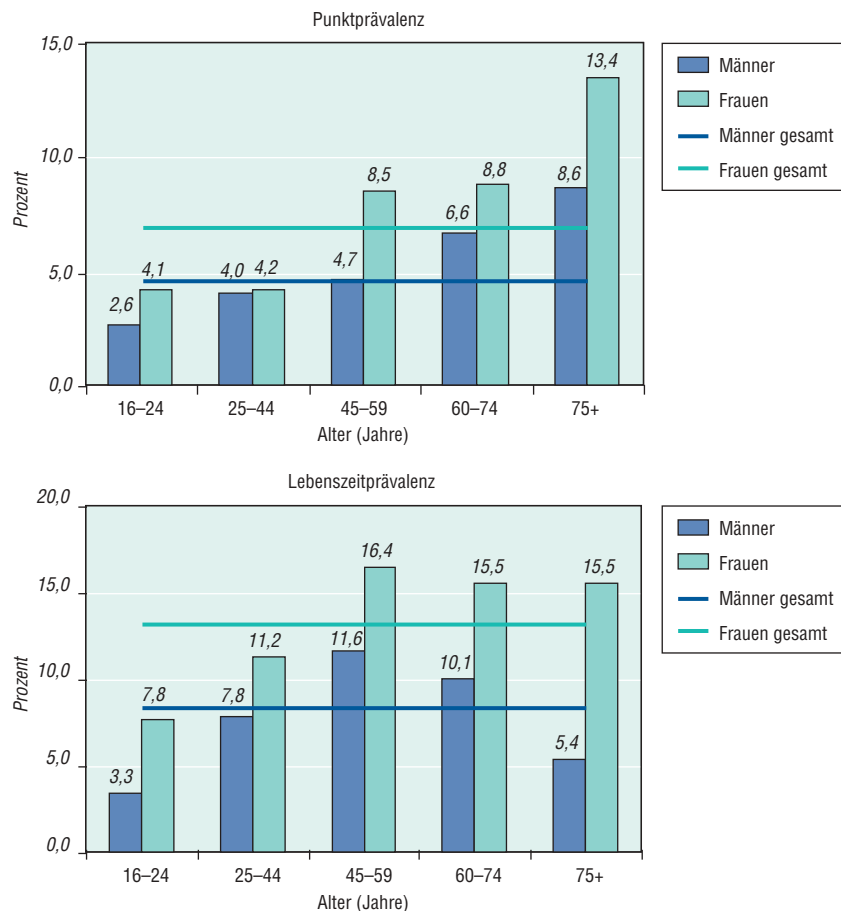
körperlichen und geistigen Abwehrfunktionen wie gelähmt.

Internationalen Studien zufolge ist Angst in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß bei etwa 10 Prozent der Bevölkerung vorhanden. Der Erkrankungsbeginn liegt meist vor dem 45. Lebensjahr. Allerdings ist die Prävalenz je nach Art der Angst- bzw. Panikstörung verschieden. Am verbreitetsten sind spezifische Phobien wie Höhenangst und Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie). Dagegen treten z. B. Panikstörungen relativ selten auf.

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben auf die Frage „Leiden Sie augenblicklich oder haben Sie jemals unter einer der folgenden Krankheiten gelitten?“ 5,8 Prozent der Wiener Bevölkerung an, „augenblicklich“ unter Nervosität/Angstzuständen zu leiden (Punktprävalenz). Für die Lebenszeitprävalenz wurde ein Gesamtwert von 10,9 Prozent ermittelt. Es handelt sich hier um subjektive Angaben, die nicht mit der Diagnose „Angststörungen“ gleichzusetzen sind.

Zu beobachten sind deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede. Und zwar beträgt die so ermittelte Punktprävalenz bei den Männern 4,7, bei den Frauen 13,2 Prozent. Für die Lebenszeitprävalenz wurde für die Männer ein Wert von 8,4, für Frauen ein Wert von 13,2 Prozent festgestellt. Während die Punktprävalenz bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zunimmt, ist die Lebenszeitprävalenz bei den 45- bis 59-Jährigen am ausgeprägtesten und nimmt vor allem bei den Männern mit zunehmendem Alter wieder etwas ab.

Grafik 5.14: Punkt- und Lebenszeitprävalenz von Nervosität/Angstzuständen in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Arten von Angststörungen

Angststörungen sind von seelischen und körperlichen Beschwerden, meist auch von Verhaltensänderungen (Beeinträchtigung des sozialen Bereichs) begleitet. Häufig steht bzw. stehen nicht das subjektive Erleben von Angst im Vordergrund der Symptomatik, sondern körperliche Beschwerden, wie Schwindel und Brustschmerzen. Nicht selten werden daher Betroffene, bevor die körperlichen Symptome als Anzeichen einer Angststörung erkannt werden, erst auf Verdacht einer Herzerkrankung untersucht und behandelt.

Bei den Angststörungen ist zwischen Panikstörungen, generalisierten Angststörungen und Phobien zu unterscheiden.

Panikstörung

Charakteristisch ist das plötzliche und wiederholte Auftreten intensiver Angst (bis hin zu Todesangst), begleitet von ausgeprägten körperlichen Symptomen (Herzrasen, Beklemmungsgefühle, Atemnot, Zittern). Panikattacken können einige Minuten bis zu einigen Stunden dauern, meist zwischen 10 bis 30 Minuten. Oft entwickelt sich eine Erwartungsangst vor der nächsten Attacke. Panikstörungen sind häufig von sozialem Rückzug begleitet. Konzentrieren sich die körperlichen Symptome einer Panikstörung auf das Herz, spricht man von einer Herzphobie. Diese betrifft vor allem Männer im mittleren Lebensalter. Auslöser kann eine Herzerkrankung im näheren Umfeld der PatientInnen oder eine allzu intensive Beschäftigung mit diesem Krankheitsbild sein.

Spontane Panikattacken (z. B. Angstzustände, einen Herzinfarkt zu bekommen) entstehen ohne Vorwarnung und Anlass, d. h. äußere Ereignisse spielen keine Rolle.

Angstbedingte Panikattacken werden durch Situationen, Ereignisse oder Orte, die mit Angst belegt sind, ausgelöst (z. B. Angst vor Tunnels, dem Inneren von Flugzeugen, größeren Menschenansammlungen oder engen Röhren wie CT-Geräten).

Situationsbedingte Panikattacken werden durch bestimmte Situationen ausgelöst, die für den Betroffenen nicht von vornherein mit Angst belegt sind. So kann z. B. jemand monatelang angstfrei Auto fahren oder vor einer Schulklasse unterrichten, bis es plötzlich zu einer Angstattacke kommt.

Generalisierte Angststörung

Es handelt sich dabei um lang anhaltende Angst, die ohne äußeren Anlass auftritt und nicht nur auf bestimmte Situationen oder Objekte begrenzt ist. Der Patient/die Patientin kann sich nur kurzfristig von dieser Angst ablenken oder distanzieren. Typische *Symptome* sind motorische Spannung (Zittern, Muskelanspannung und Ruhelosigkeit), unkontrollierbare Übererregbarkeit (Beklemmungsgefühle, Schwitzen, Mundtrockenheit und Schwindel) sowie übermäßige Wachsamkeit und erhöhte Aufmerksamkeit (Gefühl der Anspannung, übermäßige Schreckhaftigkeit, Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, Reizbarkeit).

Phobien

Es handelt sich dabei um eine zwanghafte Befürchtung, die in bestimmten Situationen oder angesichts bestimmter Gegenstände oder Situationen auftritt, obwohl die Betroffenen wissen, dass diese Angst unbegründet ist. Zu unterscheiden sind die Agoraphobie, soziale Phobien und spezifische Phobien.

Bei *Agoraphobie (Platzangst)* besteht Angst vor ungewohnten Situationen (z. B. Aufenthalt an öffentlichen Plätzen, in Menschenmengen, in weiter Entfernung von zu Hause). Die PatientInnen fürchten, nicht flüchten zu können, wenn die hilflosmachenden oder peinlichen Symptome (wie Schwindel, Verlust der Blasenkontrolle) auftreten und meiden daher die angstauslösenden Situationen, was zu einer zunehmenden Einschränkung der Bewegungsfreiheit führt. Agora-

phobie tritt häufig in Verbindung mit einer Panikstörung auf.

Die *soziale Phobie* ist charakterisiert durch anhaltende, starke Angst vor Situationen, in denen Betroffene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen (z. B. bei einem Vortrag). Obwohl die Betroffenen wissen, dass die Angst unbegründet ist, können sie sich kaum dagegen wehren und versuchen daher, die angstauslösenden Situationen zu meiden. Die soziale Phobie tritt häufig in Verbindung mit geringem Selbstwertgefühl und Angst vor Kritik auf. Typische *Symptome* sind Erröten, Vermeidung von Blickkontakt, Händezittern, Übelkeit und Harndrang.

Die *spezifische Phobie* ist durch die anhaltende Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer bestimmten Situation gekennzeichnet. Am häufigsten sind Angst vor Tieren (Hunde, Insekten, Schlangen, Mäuse, etc.), vor Blut, vor geschlossenen Räumen, vor Ansteckung, Höhen- oder Flugangst. Solche Ängste sind weit verbreitet. Sie sind dann als *krankhaft* zu bezeichnen, wenn sie Leiden verursachen und den Tagesablauf, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen beeinträchtigen. So kann es z. B. sein, dass Betroffene aus Angst vor Hunden nicht mehr allein auf die Straße gehen.

Verlauf der Angststörungen

Die Agoraphobie verläuft häufig chronisch. Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten sind besonders stark ausgeprägt. Auch soziale Phobien können, wenn sie nicht behandelt werden, chronisch werden und zur vollständigen Isolierung der Betroffenen führen. Von sozialen Phobien Betroffene sind besonders anfällig für Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Bei spezifischen Phobien hängt die Prognose von dem Erkrankungsalter ab. In der Kindheit erworbene Phobien klingen meist ohne Behandlung ab, bei späterer Erkrankung bleibt die Phobie meist bestehen. Bei Panikstörungen kann es zu Phasen kommen, in denen die Panikattacken seltener auftreten, sich dann aber wieder häufen (mehrmals pro Woche oder sogar täglich). Die Störung bleibt meist über Jahre in unterschiedlicher Intensität bestehen und kann von depressiven Symptomen begleitet sein. Auch die generalisierte Angststörung kann sich, ohne Behandlung, über Jahre oder Jahrzehnte erstrecken. Soziale Beeinträchtigung und die Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit sind hier jedoch meist schwächer ausgeprägt als bei anderen Angststörungen.

Ursachen

Über die Entstehung von Angststörungen gibt es verschiedene Theorien:

- *Psychoanalytische Theorien* gehen davon aus, dass das Auftreten von Symptomen dazu dient, konfliktierende Bestrebungen und Einstellungen im Individuum miteinander zu versöhnen und so das psychische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Misslingt die Konfliktlösung, entsteht Angst.

Wurde der Umgang mit normaler Angst nicht gelernt, kann es in konflikthaften Situationen zu einer Überforderung kommen, so dass kindliche Ängste aufsteigen. Bei drohendem Verlust einer nahe stehenden Bezugsperson oder sozialer Anerkennung können akute Ängste, wie z. B. Trennungsangst, auftreten.

Das Auftreten von Phobien wird wie folgt erklärt: Treten innerhalb eines Individuums Konflikte auf (z. B. verdrängte sexuelle Phantasien), werden diese durch Abwehrmechanismen nach außen verlagert. Die Betroffenen haben nicht eigentlich Angst vor dem Objekt, auf das sie phobisch reagieren, sondern fürchten in Wahrheit die unbewusste Phantasie, die mit diesem Objekt in Verbindung steht. Die äußere Angst steht also für eine innere.

- *Lerntheoretische Erklärungen* eignen sich vor allem für die Beschreibung der Entstehung von Phobien, wobei von einem mehrstufigen Prozess ausgegangen wird: Zunächst „erlernen“ Betroffene die Angst vor einer ehemals neutralen Situation (z. B. Angst vor dem Fliegen bei einem unruhigen Flug). Die neutrale oder sogar als angenehm erlebte Situation des Fliegens wird so mit Angst besetzt. Diese hält davon ab, sich dieser Situation erneut auszusetzen.¹⁹⁵ Durch die Vermeidung der angstbesetzten Situation wird die Angst aufrechterhalten (die Vermeidung der Situation wird durch das Ausbleiben der Angst „belohnt“). Es kann aber auch Angst vor einer Situation oder einem Objekt erworben wer-

den, mit dem der/die Betroffene selbst noch nie schlechte Erfahrungen gemacht hat. Zum Beispiel kann bei einem Kind Angst vor Mäusen entstehen, weil es beobachtet hat, dass die Mutter auf Mäuse mit Angst reagiert.

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst spielt die Wahrnehmung körperlicher Symptome eine wichtige Rolle. Verspürt eine Person Angst, kommt es zu körperlichen Reaktionen (wie Herzrasen). Diese Symptome werden subjektiv als Gefahr gedeutet, was das Angstgefühl verstärkt. Letzteres trägt im Rahmen einer Stressreaktion wiederum zur Verstärkung der körperlichen Symptome bei. So bildet sich ein Teufelskreis, der die Angstsymptomatik verstärkt.

Erwartungsangst im Zusammenhang mit Panikstörungen entsteht nach der Lerntheorie wie folgt: Durch das wiederholte Auftreten einer Panikattacke wird Angst vor weiteren Attacken ausgelöst; eine Angst vor der Angst entsteht.

- *Neurobiologische Ansätze* gehen von der Beteiligung genetischer Faktoren an der Entstehung von Angst- und Panikstörungen aus. Eine Rolle dabei scheint die Labilität oder Stabilität des autonomen Nervensystems zu spielen, das die Funktionen der inneren Organe (z. B. Herz, Atmung) reguliert und kontrolliert. Diese Labilität scheint angeboren zu sein: Untersuchungen haben ergeben, dass Verwandte ersten Grades von AngstpatientInnen eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit haben als Verwandte Nichtbetroffener. Da Verwandte ersten Grades jedoch meist in der gleichen Umwelt leben und dadurch ähnlichen Einflüssen ausgesetzt sind, ist nicht auszuschließen, dass (wie die Lerntheorie annimmt) auch Umweltfaktoren für die Entstehung von Angststörungen eine Rolle spielen. Neurobiologische Befunde verweisen bei AngstpatientInnen auf Besonderheiten hinsichtlich der Aktivität bestimmter Hirnregionen und deren Botenstoffe.

¹⁹⁵ Würden diese Personen danach wiederholt fliegen und sehen, dass die Angst unbegründet ist, würde das Fliegen seinen bedrohlichen Charakter wieder verlieren. Zur Darstellung vgl. dazu u. a. <<http://www.medicine-worldwide.de/>>.

Komorbidität

Nicht selten treten mehrere psychische Gesundheitsprobleme gleichzeitig auf. So etwa sind Depressionen häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden, wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet. Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Eine große Rolle spielen dabei psychosomatische Erkrankungen.

Comorbidity

It is common for several mental disorders to occur together. Depressions, for example, often occur together with other mental disorders and health problems, such as anxiety, sociopathy, and abuse of drugs and pharmaceuticals. Physical and mental disorders also frequently occur together. Psychosomatic disorders, i.e. somatic disorders largely caused by psychological factors, are also frequent.

Einleitung

Psychische Störungen sind sehr heterogen und verteilen sich über ein breites Spektrum von Symptomen und Verlaufsformen. Im Wesentlichen lassen sich fünf verschiedene Grundformen psychischer Erkrankungen bzw. Störungen unterscheiden: Schizophrenie, affektive Störungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen und Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Die meisten anderen psychischen Störungen lassen sich als Untergruppen oder Spezialfälle dieser Grundformen betrachten.

Um einen Einblick in Entstehungs- und Funktionsweise psychischer Störungen zu geben, wird im Folgenden auf ausgewählte psychische Störungen (Angststörungen, Depression, Schizophrenie und Demenz) eingegangen. Beschrieben werden Symptome, Verbreitung, Ursachen, Behandlung und erforderliche Maßnahmen. Zusätzlich diskutiert werden Aspekte der Komorbidität psychischer Erkrankungen.

5.3.1 Angststörungen

Unter Angst versteht man ein als unangenehm empfundenen Gefühl der Bedrohung. Angst ist nahezu allen Menschen bekannt und kann als Alarmsignal auch positiv sein. Allerdings sollte die Angst nach Beseitigung der Bedrohung wieder verschwinden. Als *Krankheit* gilt Angst vor allem dann, wenn sie scheinbar grundlos oder übermäßig bzw. nicht auftritt. Bei der krankhaften Angst (Phobie) sind die natürlichen

körperlichen und geistigen Abwehrfunktionen wie gelähmt.

Internationalen Studien zufolge ist Angst in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß bei etwa 10 Prozent der Bevölkerung vorhanden. Der Erkrankungsbeginn liegt meist vor dem 45. Lebensjahr. Allerdings ist die Prävalenz je nach Art der Angst- bzw. Panikstörung verschieden. Am verbreitetsten sind spezifische Phobien wie Höhenangst und Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie). Dagegen treten z. B. Panikstörungen relativ selten auf.

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 gaben auf die Frage „Leiden Sie augenblicklich oder haben Sie jemals unter einer der folgenden Krankheiten gelitten?“ 5,8 Prozent der Wiener Bevölkerung an, „augenblicklich“ unter Nervosität/Angstzuständen zu leiden (Punktprävalenz). Für die Lebenszeitprävalenz wurde ein Gesamtwert von 10,9 Prozent ermittelt. Es handelt sich hier um subjektive Angaben, die nicht mit der Diagnose „Angststörungen“ gleichzusetzen sind.

Zu beobachten sind deutliche Geschlechts- und Altersunterschiede. Und zwar beträgt die so ermittelte Punktprävalenz bei den Männern 4,7, bei den Frauen 13,2 Prozent. Für die Lebenszeitprävalenz wurde für die Männer ein Wert von 8,4, für Frauen ein Wert von 13,2 Prozent festgestellt. Während die Punktprävalenz bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zunimmt, ist die Lebenszeitprävalenz bei den 45- bis 59-Jährigen am ausgeprägtesten und nimmt vor allem bei den Männern mit zunehmendem Alter wieder etwas ab.

5.3.2 Depression

Depressive Störungen zählen neben Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Bei der Depression handelt es sich um eine Störung des Gefühls- und Gemütslebens, die durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit charakterisiert ist. Weitere Anzeichen sind Freudlosigkeit, Antriebsminderung (Initiativhemmung, Interessensverarmung), erhöhte Ermüdbarkeit, motorische Verlangsamung, kognitive Einschränkungen und vegetative Störungen.

Die international gebräuchlichen Systematiken ICD-10 (*International Classification of Diseases*) und DSM-III-R (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*) unterscheiden zwischen:

- eigentlichen depressiven Episoden (ICD-10) bzw. *major depression* (DSM-III-R)
- dysthymen Störungen
- kurzfristigen depressiven Anpassungsstörungen und
- wiederkehrenden kurzen Depressionen (*brief recurrent depression*)

Depressive Episoden (major depression) sind durch depressive Verstimmung und Verlust von Interesse bzw. Freude an fast allen Aktivitäten charakterisiert. Zusätzlich kann es zu Appetit- und Schlafstörungen, Gewichtsveränderungen, psychomotorischer Unruhe oder Gemüththeit, verminderter Energie, innerer Leere, Willens-, Denk- und Antriebshemmung, Konzentrationschwierigkeiten, Gefühlen der Ausweg- und Wertlosigkeit, Angst, Schuldgefühlen, Selbstmordgedanken und -versuchen kommen. In schweren Fällen kommen Wahnideen, Halluzinationen oder depressiver Stupor („Erstarrung“) hinzu. Ein Teil der PatientInnen durchlebt manische Phasen (übersteigerten Antrieb, Selbstüberschätzung). Unbehandelt können depressive Episoden mehrere Monate dauern, sie lassen sich jedoch bei adäquater Therapie entscheidend verkürzen. Ein Problem ist die hohe Rückfallsrate. Wiederholungsrisiko und Schwere der Erkrankung nehmen mit steigendem Alter zu.¹⁹⁶

Dysthymien sind leichtere, jedoch chronifizierte Formen der depressiven Verstimmung. Die Symptome sind ähnlich wie bei der depressiven Episode, jedoch

schwächer ausgeprägt und nicht von Wahnsymptomen und Halluzinationen begleitet.

Anpassungsstörungen sind übertriebene oder fehlangepasste Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren.

Wiederkehrende kurze Depressionen sind intensive, kurzfristige und klinisch relevante Phasen der Verstimmung. Sie sind vor allem wegen der damit einhergehenden Suizidversuche von Bedeutung.

Risikofaktoren und Ursachen depressiver Störungen

Entstehung und Ursachen depressiver Störungen sind komplex. Angenommen wird ein Zusammenwirken genetischer, neurobiologischer und psychosozialer Faktoren. So findet sich z. B. bei Personen mit depressiv erkrankten Angehörigen ersten Grades ein deutlich erhöhtes Risiko, an Depressionen zu erkranken. Ebenso lassen Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit von ein- und zweieiigen Zwillingen vermuten, dass Vererbung eine Rolle spielt.

Daneben scheinen auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (wie Übervorsichtigkeit, Gewissenhaftigkeit, Suche nach sozialer Anerkennung und Unterstützung) eine Rolle zu spielen. Als besondere Risikomerkmale gelten Angst- und Suchterkrankungen.

Risikofaktoren in psychosozialer Hinsicht, wenn auch in ihrer Bedeutung umstritten, sind gravierende Störungen der Primärsozialisation (vor allem frühe Verluste und schwere Beziehungsstörungen), akute Belastungen wie Lebenskrisen, Verlusterlebnisse (Tod, Trennung, Scheidung), Einsamkeit, das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung zu Familienmitgliedern, FreundInnen oder ArbeitskollegInnen, Arbeitslosigkeit und finanzielle Not. Verheiratete leiden seltener unter Depressionen als Geschiedene und getrennt Lebende. Verlust eines Elternteiles durch Scheidung wirkt sich bei Frauen negativ auf die Qualität der Partnerbeziehung aus und fördert die Depressionsneigung.

Die Frage, ob Depressionen im Alter gehäuft auftreten, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Empirisch lässt sich ein gehäuftes Auftreten bestimmter

¹⁹⁶ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 219.

Symptome depressiver Störungen bei älteren Menschen beobachten.

Soziale Schicht und ethnische Zugehörigkeit scheinen keine Rolle für das Auftreten von Depressionen zu spielen.

Verbreitung

Schätzungen gehen von einer Punktprävalenz der eigentlichen Depression (*major depression*) von ca. 3 Prozent, der Dysthymie von ca. 2 Prozent, der Anpassungsstörung und der depressiven Störung von je 1 Prozent aus. Die Lebenszeitprävalenz (Anteil derer, die jemals im Leben betroffen waren) wird bei der „*major depression*“ mit 10 Prozent, bei der Dysthymie mit 3 bis 4 Prozent und bei der Anpassungsstörung mit 5 Prozent angegeben.¹⁹⁷

Deutlich höher ist die Prävalenz von Depressionen (aber auch anderer psychischer Störungen) im Bereich der medizinischen Versorgung. So etwa leiden in internistischen Krankenhausabteilungen etwa 30 bis 50 Prozent der PatientInnen an psychischen Störungen, etwa 15 Prozent an Depressionen. Bei PatientInnen anderer Fachabteilungen wird eine ähnliche Häufigkeit vermutet. Ergebnisse einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführten Studie zu psychischen Störungen in Hausarztpraxen zeigen, dass bei etwa 25 Prozent der PatientInnen eine aktuelle psychische Störung besteht, jede/r zehnte PatientIn leidet an einer depres-

siven Episode. Etwa 15 Prozent der depressiven Episoden stehen in Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung.¹⁹⁸

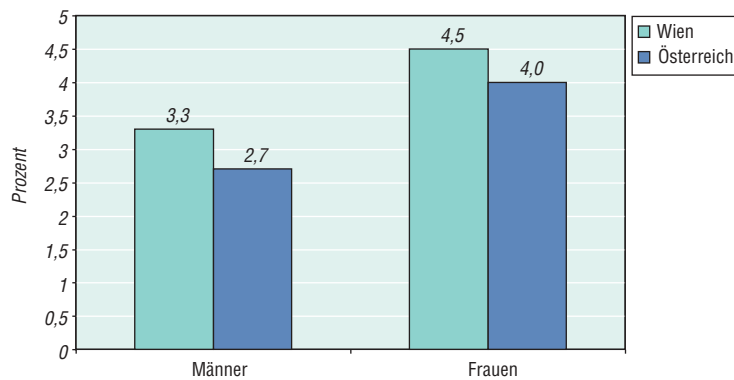
Frauen haben häufiger Depressionen als Männer; ihr Erkrankungsrisiko ist etwa doppelt so hoch. Allerdings sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass Frauen auch eher bereit sind als Männer, über ihre Ängste und Stimmungsschwankungen zu sprechen. Dies kann dazu beitragen, dass Frauen eher als „neurotisch“ und „depressiv“ eingestuft werden. Auch besteht die Gefahr, dass bei Frauen die berichteten Symptome nicht ernst genommen werden. Weil Männer wenig Bereitschaft zeigen über psychische Probleme zu sprechen, besteht ebenso die Gefahr, dass Depressionen bei ihnen nicht oder erst spät erkannt werden. Gerade in diesem Bereich kommt es sehr häufig zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Diagnose, der Medikation sowie der Einweisungspraxis.

Auch in österreichischen Befragungen geben Frauen im Schnitt häufiger als Männer an, unter Niedergedrücktheit (Depressionen) zu leiden. Laut Mikrozensus berichteten im Jahr 1999 in Wien 4,5 Prozent der Frauen und 3,3 Prozent der Männer über diese Beschwerden. Diese Werte für Wien liegen über dem österreichischen Durchschnitt. In Österreich gaben 4,0 Prozent der Frauen und 2,7 Prozent der Männer an, unter Niedergedrücktheit (Depressionen) zu leiden. Es handelt sich hier (wie bereits betont) um subjektive Angaben der Befragten, nicht um ärztlich validierte Diagnosen.

¹⁹⁷ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 220.

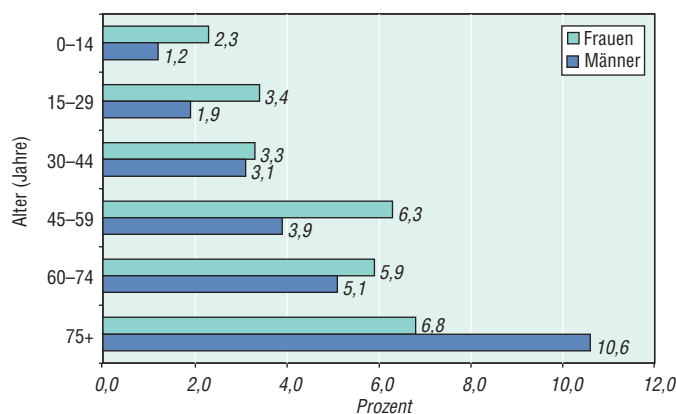
¹⁹⁸ AROLT et al. (1995), AROLT (2000), S. 468, DGPPN (1997), S. 13.

Grafik 5.15: Niedergedrücktheit (Depressionen) in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Grafik 5.16: Niedergedrücktheit (Depressionen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Die Gruppe der Personen mit depressiven Beschwerden ist heterogen. Eine Betrachtung von Untergruppen bietet deshalb zusätzliche Aufschlüsse. Demnach steigt die Depressionsneigung deutlich mit zunehmendem Alter an. In der ersten Lebenshälfte treten Depressionen deutlich weniger häufig auf.

In Wien gaben laut Mikrozensus 1999 3,3 Prozent der Frauen im Alter zwischen 30 und 44 Jahren und 3,4 Prozent der Frauen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren an, unter Niedergeschlagenheit zu leiden. Ein deutlicher Sprung erfolgt im Alter zwischen 45 und 49 Jah-

ren. 6,3 Prozent der Frauen, also ein nahezu doppelt so hoher Prozentsatz verglichen mit jüngeren Frauen, litt unter Depressionen. In der Gruppe der Frauen von 75 und mehr Jahren lag der Anteil mit 6,8 Prozent etwas darüber. Bei den Männern war der Anteil der Personen mit Depressionsneigung mit 10,6 Prozent in der höchsten Altersgruppe mit Abstand am größten. Dieser Wert lag höher als in jeder anderen weiblichen Altersgruppe. Männer im Alter zwischen 60 und 74 Jahren hatten mit 5,1 Prozent einen nicht einmal halb so großen Anteil an depressiven Personen wie Männer ab 75 Jahren. In den jüngeren Altersgruppen steigt bei Männern der Pro-

zentsatz der depressiven Personen, ausgehend von einem niedrigeren Niveau, langsam aber stetig an. Mit Ausnahme der höchsten Altersgruppe lag der Anteil der depressiven Personen bei Männern immer klar unter dem Anteil der Frauen.

Die Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 fassen Melancholie, Depressionen und Unglücklichsein in einer Kategorie zusammen und weisen dafür deutlich höhere Werte aus als der Mikrozensus der Statistik Austria. Insgesamt gaben 9,5 Prozent der Frauen und 5,0 Prozent der Männer in Wien an, unter Melancholie, Depressionen oder Unglücklichsein zu leiden. Ein Altersmuster ist in diesen Daten weniger stark ausgeprägt. Insbesondere liegen die Anteile depressiver, melancholischer oder unglücklicher Personen in der ersten und der zweiten Lebenshälfte deutlich näher beisammen. Dennoch findet sich auch in diesen Daten der höchste Prozentsatz an betroffenen Personen gleichermaßen bei Frauen (11,9 Prozent) und Männern (6,5 Prozent) in der höchsten Altersgruppe.

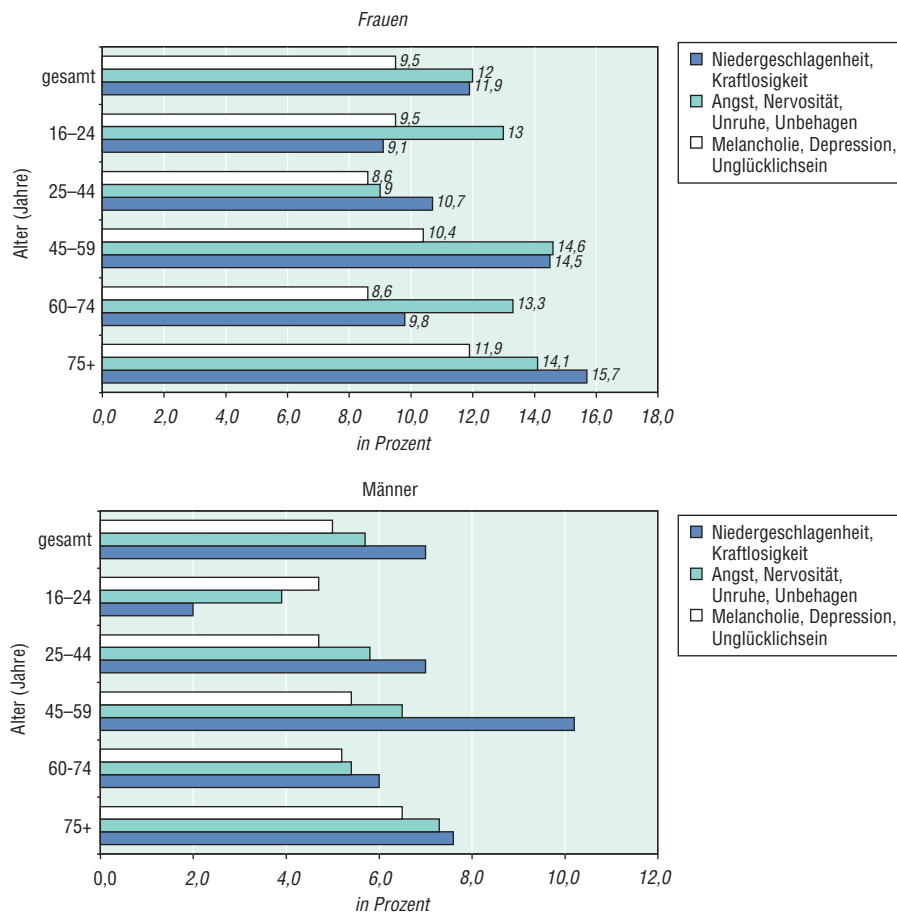
Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 erfasst auch andere psychische Beschwerden, die mit depressiven Beschwerden zum Teil in engem Zusammenhang stehen. Dazu zählen etwa Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit sowie Angst, Nervosität, Unruhe oder Unbehagen. Psychische Zustände dieser Art können auch als Symptome von anderen psychischen Störungen, unabhängig von Depressionen, auftreten. Insgesamt gaben in Wien fast 12 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer über 16 Jahren an, unter Niedergeschlagenheit oder Kraftlosigkeit zu leiden. Während diese Werte bei Frauen unter 44 Jahren nahe 10 Prozent

lagen, stiegen die entsprechenden Anteile in den darüber liegenden Altersgruppen teilweise auf rund 15 Prozent an. Bei Männern war die Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen nach eigenen Angaben kaum von solchen Beschwerden betroffen. Die anderen Altersgruppen lagen etwa im Gesamtschnitt. Eine klare Ausnahme bildete jedoch die Altersgruppe zwischen 45 und 59 Jahren. Etwas mehr als 10 Prozent der Männer in diesem Alter gaben an, unter Kraftlosigkeit oder Niedergeschlagenheit zu leiden.

Angst, Nervosität, Unruhe oder Unbehagen sind bei Männern relativ gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt. Im Schnitt waren im Erhebungszeitraum knapp 6 Prozent der Männer von diesen psychischen Beschwerden betroffen. Bei Frauen betrug der entsprechende Anteil 12 Prozent. Die Gruppe der Frauen im Alter von 25 bis 44 Jahren untertraf mit 9 Prozent deutlich diesen Durchschnittswert. In den anderen Altersgruppen lagen die Werte mit 13 Prozent bis nahezu 15 Prozent etwas über dem Schnitt.

Insgesamt ist somit auch in Wien festzustellen, dass Frauen durchwegs häufiger als Männerangaben, unter mit Depressionen verbundenen psychischen Beschwerden zu leiden. Zu beachten ist jedoch bei diesen Zahlen, dass Männer möglicherweise eine geringere Bereitschaft zeigen, in Befragungen psychische Beschwerden offen einzugestehen. Diese geschlechterspezifische unterschiedliche Antwortbereitschaft könnte die Unterschiede zwischen Männern und Frauen deshalb tendenziell größer ausweisen, als es in der Realität tatsächlich der Fall ist.

Grafik 5.17: Ausgewählte psychische Beschwerden in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Stationäre Aufenthalte aufgrund von Depressionen

In Anlehnung an den Deutschen Gesundheitsbericht¹⁹⁹ wurden zur Ermittlung der durch Depressionen verursachten stationären Aufenthalte die ICD-9-Nummern 296, 301, 309, 311 sowie 40 Prozent der unter der Nummer 300 registrierten Fälle²⁰⁰ zusammengefasst. Nach dieser Schätzung entfielen im Jahr 2000 je 1,6 Prozent der stationären Aufenthalte der in Wien bzw. Österreich wohnhaften Personen auf depressive Erkrankungen. Insgesamt wurden für die Wohnbevölkerung Wiens 7.543 (Männer 2.701, Frauen 4.842), für jene Österreichs

35.790 (Männer 11.931, Frauen 23.859) stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen errechnet.

Pro 100.000 (rohe Rate) wurden in Wien im Jahr 2000 353,5 stationäre Aufenthalte von Männern und 573,4 stationäre Aufenthalte von Frauen aufgrund von Depressionen verbucht. Im gesamten Bundesgebiet waren es pro 100.000 bei den Männern 302,8, bei den Frauen 572,3 stationäre Aufenthalte. Frauen sind (gemessen an der rohen und standardisierten Rate) häufiger aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung als Männer.

¹⁹⁹ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 221.

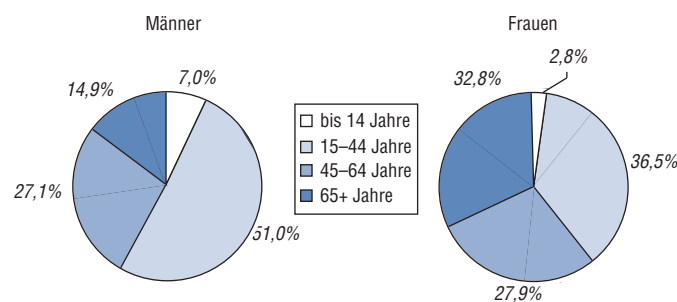
²⁰⁰ Und zwar handelt es sich hier um affektive Psychosen (296), neurotische Störungen (300), Persönlichkeitsstörungen (301), Anpassungsstörungen (309), nicht anderweitig klassifizierte depressive Störungen (311).

Während in Wien im Jahr 2000 Männer häufiger aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung waren als im gesamten Bundesgebiet, war die rohe Rate der stationären Aufenthalte bei den Frauen in Wien und Österreich nahezu gleich. Interessanterweise waren jedoch altersstrukturbereinigt (d. h. unter Ausschaltung von Altersstruktureffekten) im gesamten Bundesgebiet mehr Frauen aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung als in Wien.

Hier könnte unter anderem auch die Tatsache eine Rolle spielen, dass sich im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Wien mehr Möglichkeiten bieten als in den Bundesländern (vor allem in ländlichen Regionen), was wiederum als Hinweis auf die Bedeutung gemeindenaher ambulanter und teilstationärer psychiatrischer Versorgungsstrukturen zur Entlastung des stationären Bereichs zu interpretieren wäre.

Das *Alter* der aufgrund depressiver Erkrankungen stationär Behandelten ist breit gefächert. Von den im Jahr 2000 innerhalb der Wohnbevölkerung Wiens stationär Behandelten war etwa jeder fünfte Mann und etwa jede neunte Frau unter 25 Jahre alt. Etwa jeder fünfte wegen Depressionen stationär behandelte Mann war zwischen 35 und 44 Jahre, etwa jeder siebente 65 Jahre oder älter. Bei den Frauen fällt vor allem der hohe Anteil von 55- bis 74-Jährigen auf, also von Frauen während oder nach der Menopause. Ältere Menschen (ab 75 Jahre) machen, trotz ihrer hohen Neigung zu depressiver Verstimmung, unter den aufgrund von Depressionen stationär Behandelten nur einen Bruchteil aus. Dies legt die Vermutung nahe, dass im Alter das Vorhandensein psychischer Störungen entweder nicht erkannt wird und/oder sich die Chancen auf therapeutische Hilfe verringern.

Grafik 5.18: Stationäre Aufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen (ICD-9/BMAGS <296, 301, 309, 311>; 40 Prozent von <300>) von in Wien wohnhaften Personen im Jahr 2000 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Prävention und Behandlung

Möglichkeiten der *Primärprävention* depressiver Erkrankungen sind eher begrenzt. Besondere Bedeutung kommt daher der *Sekundärprävention* zu, das heißt, dem Erkennen beginnender Störungen. Es ist besonders wichtig, dass HausärztInnen eine beginnende Depression erkennen und PatientInnen einer frühen Behandlung zuführen. Gerade für beginnende Störungen gibt es differenzierte Behandlungsmöglichkeiten, die dazu beitragen, das Entstehungsrisiko schwerer depressiver Erkrankungen und das Suizidrisiko zu senken. Durch kombinierte Therapie, die bisher jedoch relativ selten genutzt wird, lassen sich der Leidensdruck und das Risi-

ko einer neuerlichen Erkrankung am ehesten senken. Es wird geschätzt, dass mehr als die Hälfte aller Depressionen nicht diagnostiziert und behandelt werden.

Folge- und Begleitkrankheiten depressiver Erkrankungen werden häufig unterschätzt. Viele PatientInnen leiden an zusätzlichen psychischen Erkrankungen. Auch PatientInnen mit somatischen chronischen Erkrankungen haben häufig Depressionen. So wurde festgestellt, dass bei ca. 15 Prozent der internistischen und chirurgischen PatientInnen eine depressive Störung vorliegt, bei neurologischen PatientInnen sogar in ca. 30 bis 35 Prozent der Fälle.²⁰¹

5.3.3 Schizophrenie

Verbreitung

Schizophrenien sind zwar relativ selten, verdienen jedoch aufgrund ihres Schweregrads und der Folgen für die Betroffenen besondere Beachtung. In den westeuropäischen Ländern wird für schizophrene Erkrankungen eine Prävalenz von 0,5 bis 1 Prozent angegeben.²⁰² Die jährliche Neuerkrankungsrate (Inzidenz) liegt bei etwa 0,05 Prozent.²⁰³ Das Erkrankungsrisiko ist in den letzten Jahrzehnten insgesamt relativ stabil geblieben. Die Schizophrenie kommt bei Männern und Frauen in etwa gleich häufig vor.

Erkrankungsbeginn

Die Erkrankung beginnt in der Regel in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Allerdings gibt es für Männer und Frauen, ebenso wie für die verschiedenen Subtypen der Schizophrenie, hinsichtlich des Zeitpunkts der Ersterkrankung charakteristische Unterschiede. Männer erkranken am häufigsten zwischen dem 20. und 24., Frauen zwischen dem 25. und 29. Lebensjahr. Die Erkrankung kann (vorwiegend bei Frauen) jedoch auch nach dem 40. Lebensjahr ausbrechen. Erklärt wird der spätere Ausbruch der Krankheit bei Frauen durch den schützenden Östrogeneffekt zwischen Pubertät und Menopause. Frauen haben im allgemeinen einen günstigeren Krankheitsverlauf als Männer, bei späterkranken Frauen ist der Verlauf der Erkrankung jedoch meist negativer.²⁰⁴

Symptome und klinische Untertypen

Die Schizophrenie zeigt kein einheitliches Krankheitsbild. Sie verläuft überwiegend episodisch. In akuten Episoden sind meist Wahnideen und Halluzinationen vorherrschend. Längerfristig, aber auch schon vor und während der akuten Erkrankung, sind Störungen der Merkfähigkeit, der Konzentration, des Gefühlslebens, des Antriebs, der Motivation, der Ausdauer und Belastbarkeit möglich.

Charakteristische Symptombereiche sind:

Wahn: Besonders häufig sind Verfolgungswahn und Beziehungsideen, wobei das Verhalten anderer von den PatientInnen wahnhaft auf sich selbst bezogen wird.

Halluzinationen: Es handelt sich dabei um eine Sinnes-täuschung, die alle Sinnesorgane betreffen kann. Typisch für Schizophrenie sind akustische Halluzinationen (Befehle; fremde Stimmen, die sich über den/die Betroffene/n unterhalten).

Ich-Störungen: Die Grenzen zwischen Ich und Umwelt werden als durchlässig empfunden. Die eigene Person (Körper, Gefühle, Gedanken) oder die Umwelt werden als fremdartig erlebt. Die PatientInnen haben das Gefühl der Fremdbeeinflussung oder Gedankeneingebung von außen bzw. das Gefühl, dass die Gedanken mitgehört oder entzogen werden. Die Kranken leben gleichzeitig in einer wirklichen und in einer wahnhaften Welt, wobei es zu einer zunehmenden Abkapselung von der wirklichen Welt kommt.

Formale Denkstörungen: Charakteristisch ist eine Verzerrung des Denkablaufs, die sich z. B. in der Verschmelzung verwandter Wörter zu einem Begriff, in absurden Wortneuschöpfungen, in sprunghaften und unlogischen Gedankengängen oder im plötzlichen Abbruch eines Gedankenganges ohne erkennbaren Grund äußert.

Affektive Störungen: Es kann zu unangemessenen Gefühlsäußerungen (wie z. B. grundlose Heiterkeit) oder mimischen Reaktionen kommen. Häufig bestehen unvereinbare Gefühlszustände und Wünsche nebeneinander. Vor allem bei vorhandener Restsymptomatik, nach Abklingen der akuten Erkrankung, tritt meist eine gefühlsmäßige Verarmung ein. Der emotionale Kontakt zu anderen und die Kooperationsfähigkeit sind häufig eingeschränkt.

Psychomotorische Störungen: Häufig kommt es bei vollerhaltenem Bewusstsein zu einer Bewegungslosigkeit.

²⁰¹ Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 221.

²⁰² DGPPN (1997), S. 16.

²⁰³ Die Angaben über die Prävalenz und die jährliche Neuerkrankungsrate schwanken je nach Quelle, wobei auch Abweichungen hinsichtlich des in Diskussion stehenden diagnostischen Konzepts eine Rolle spielen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt weltweit eine Prävalenz von 0,4 Prozent an.

²⁰⁴ Vgl. dazu Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 214.

keit oder starken motorischen Unruhe mit sich wiederholenden stereotypen Bewegungen.

Je nach Ausprägung bestimmter Symptome werden folgende Untergruppen unterschieden:

Paranoid-halluzinatorische Form: Im Vordergrund stehen Wahn und Halluzinationen. Am häufigsten tritt dieser Subtyp im vierten Lebensjahrzehnt auf.

Katatone Form: Charakteristisch ist das Vorherrschen psychomotorischer Störungen.

Hebephrene Form: Im Vordergrund stehen Affektstörungen, die Ersterkrankung liegt meist im Jugendalter.

Residuale Form: Charakteristisch für die auftretende Persönlichkeitsänderung sind Antriebsmangel, Affektarmut und sozialer Rückzug.

Schizophrenia simplex: Symptomarme Form, bei der vor allem die produktiven Symptome fehlen, bis es schließlich allmählich zu einem durch Negativsymptomatik geprägten Bild (Residualsyndrom) kommt.²⁰⁵

Im Bemühen um validere Ansätze hat in letzter Zeit insbesondere das Positiv-Negativ-Konzept Bedeutung erlangt. Unter *Positivsymptomatik* versteht man Verhaltensmerkmale, die über das Verhalten von Gesunden hinausgehen. Zu diesen, auch „produktiv“ genannten Symptomen gehören Halluzinationen und Wahn. Von *Negativsymptomatik* spricht man dagegen, wenn das Verhalten im Vergleich zum Gesunden Defizite aufweist. Typisch dafür sind Antriebsmangel und Affektarmut.

PatientInnen mit positiver oder negativer Symptomatik unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht (wie etwa hinsichtlich präorbider Merkmale, hirmorphologischer Befunde, Effizienz einer Neuroleptikatherapie, Prognose). Die positiv-negativ-Dichotomie schizophrener Erkrankungen ist zwar aus wissenschaftlicher Sicht noch immer zu grob, bringt jedoch Vorteile für die klinisch-praktische Versorgung der PatientInnen.²⁰⁶

²⁰⁵ Vgl. dazu www.medicine-worldwide.de

²⁰⁶ Zitiert nach DGPPN (1997), S. 16.

²⁰⁷ Es handelt sich dabei um eine noch nicht näher erklärte, durch Zwillingstudien jedoch eindeutig belegte genetische Komponente, die zur verminderten Fähigkeit der Verarbeitung sozialer, psychologischer und anderer Belastungsfaktoren führt.

Ursachen

Die Schizophrenie wird durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren ausgelöst. Das am besten etablierte Modell zur Erklärung schizophrener Erkrankungen ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Dabei wird angenommen, dass vor allem biologische Faktoren eine Vulnerabilität²⁰⁷ bewirken, die zum Ausbruch der Erkrankung bzw. einem Rückfall führt, wenn bestimmte Stressoren hinzukommen. Wichtige Vulnerabilitätsfaktoren sind eine genetische Veranlagung (Disposition), eine dopaminerge Dysfunktion und Hirnreifungsstörungen, die sich als makroskopische und mikroskopische morphologische Auffälligkeiten bestimmter Hirnregionen manifestieren. Zu den umweltbedingten Faktoren zählen insbesondere belastende Lebensereignisse, ein Familienklima mit Kritik oder emotionalem Überengagement („High Expressed Emotion“) sowie eine überstimulierende soziale Umgebung.

Erhöhte Erkrankungsrate wurden bei Angehörigen unterer sozialer Schichten und im städtischen Bereich gefunden. Ob tatsächlich soziale Ursachen eine Rolle spielen, lässt sich nicht eindeutig belegen, da die Krankheit häufig bereits vor dem Erkennbarwerden zu einem sozialen Abstieg Betroffener führt bzw. einen solchen fördert.

Genetische Faktoren

Untersuchungen unter Verwandten von an Schizophrenie erkrankten Personen lassen auf genetische Ursachen schließen. Die Wahrscheinlichkeit, an Schizophrenie zu erkranken, steigt mit der Nähe des Verwandtschaftsverhältnisses zum/r Erkrankten. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Wahrscheinlichkeit, dass der Zwilling eines/r Schizophrenen ebenfalls erkrankt, bei ca. 15 Prozent, bei eineiigen bei 50 Prozent. Und zwar wird die genetische Grundlage als *Disposition* verstanden, die dann zur Erkrankung führt, wenn bestimmte Faktoren hinzukommen (z. B. Schädigungen im Mutterleib oder besonders krisenhafte Lebensereignisse).

Biochemische Faktoren

Als weitere Ursache für Schizophrenie gelten bestimmte Funktionsstörungen des Hirnstoffwechsels (Hypersensibilität von Dopaminrezeptoren in einer bestimmten Hirnregion). Dopamin dient zur Übermittlung von Nervenimpulsen von einem Neuron (Nervenzelle und -strang) zum nächsten (Neurotransmitter). Für die „Dopaminhypothese“ spricht u. a. die Wirksamkeit von Neuroleptika, die zur Behandlung von Schizophrenie eingesetzt werden und anscheinend hemmende Wirkung auf Dopaminrezeptoren haben.

Neuroanatomische Besonderheiten

Bei Schizophrenen wurden strukturelle Besonderheiten des Gehirns gefunden, deren Ursache vor allem mit einer durch vorgeburtliche Schädigungen hervorgerufenen Hirnreifungsstörung in Verbindung gebracht wird. Im Zusammenhang damit scheinen die für Schizophrenie typischen Denkstörungen zu stehen.

Psychosoziale Faktoren

Die Annahme, dass psychosoziale Bedingungen (z. B. Störungen in der Familie oder Partnerschaft, kritische Lebensereignisse) zum Entstehen der Schizophrenie beitragen, ist wissenschaftlich nicht belegt. Psychische Belastungsfaktoren können jedoch den Verlauf der Erkrankung beeinflussen und Rückfälle auslösen.

Verlauf und Folgen der Erkrankung

Die Schizophrenie verläuft in *Schüben*. Oft geht dem Akutwerden der Erkrankung ein mehrjähriger, häufig unspezifischer Frühverlauf der Erkrankung mit meist leichteren Symptomen, auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen und beruflichem Leistungsversagen voraus. Die Krankheit kann einen unterschiedlichen Verlauf nehmen, der schwer vorauszusagen ist. Es kann zu vollständiger symptomatischer und sozialer Wiederherstellung (Heilung) kommen, die Erkrankung kann aber auch einen chronischen und wiederkehrendem Verlauf mit Residualsymptomen und unvollständiger sozialer Wiederherstellung nehmen. Aufgrund der Fortschritte in der medikamentösen Therapie und psy-

chosozialen Betreuung können beinahe die Hälfte der Personen, die eine beginnende Schizophrenie entwickeln, eine volle und andauernde Wiederherstellung erwarten. Vom Rest hat nur ein Fünftel ernsthafte Einschränkungen im täglichen Leben zu erwarten.

Auch wenn die offensichtlichen Symptome dieser Störung verschwunden sind, bleiben häufig einige Restsymptome bestehen, wie Mangel an Interessen, an Initiative in täglichen Aktivitäten und im Beruf, soziale Inkompetenz und die Unfähigkeit, Interesse an angenehmen Aktivitäten zu entwickeln. Dies führt zu kontinuierlichen Einschränkungen und Minderung der Lebensqualität. Diese Symptome können für die Familie zu einer erheblichen Last werden. Die Schizophrenie verursacht einen hohen Grad an Behinderung (im Sinne der Übernahme sozialer Rollen). Da die Betroffenen meist im jüngeren Alter erkranken und durch die Krankheit oft langfristig beeinträchtigt sind, wird die Lebensqualität der Betroffenen durch einschneidende soziale und ökonomische Folgen der Krankheit zusätzlich gemindert. Häufig treten auch körperliche Begleiterkrankungen auf.

Eine beachtliche Zahl der Betroffenen versucht sich im Verlauf der Erkrankung das Leben zu nehmen. Eine neuere Studie zeigt, dass 30 Prozent der Personen mit Schizophrenie zumindest einen Suizidversuch hinter sich hatten.²⁰⁸ Über 10 Prozent sterben durch Suizid.²⁰⁹ Insgesamt verkürzt die Schizophrenie die Lebensspanne um durchschnittlich 10 Jahre.

Besonders groß ist das Suizidrisiko während der akuten Erkrankungsepisoden und unmittelbar nach der Entlassung. Die hohe Suizidgefährdung ist auch einer der Hauptgründe für die vergleichsweise häufige zwangsweise Unterbringung dieser PatientInnengruppe in psychiatrischen Einrichtungen. Ansichten, dass schizophrene PatientInnen vermehrt aggressiv seien und ihre Umgebung gefährden, lassen sich nicht belegen. Vorurteile dieser Art behindern jedoch nicht selten die Integration schizophrener Erkrankter.

Schizophrene Psychosen gelten als kostenintensivste psychische Störung. Nach internationalen Schätzungen beanspruchen sie ca. 50 Prozent der insgesamt für psychiatrische Versorgungsleistungen aufgewendeten

²⁰⁸ RADOMSKY et al. (1999).

²⁰⁹ CALDWELL, GOTTESMAN (1990).

Mittel. Jedoch entfallen nur ca. 30 Prozent der durch Schizophrenie verursachten gesellschaftlichen Gesamtkosten auf die direkte medizinische und rehabilitativ-soziale Krankenversorgung. Den Rest machen die indirekten Kosten der Erkrankung (z. B. durch Ausgliederung Betroffener aus dem Erwerbsleben) aus.²¹⁰

Therapie

Primärprävention von Schizophrenie ist bisher nicht möglich. Es gibt jedoch wirksame therapeutische Mittel zur Behandlung der akuten Symptome und langfristigen Folgen. Die Vielfalt des klinischen Erscheinungsbildes sowie die Komplexität der Verläufe stellen hohe Anforderungen an Kompetenz und Engagement der behandelnden ÄrztInnen. Die besten Behandlungsergebnisse werden durch einen mehrdimensionalen Therapieansatz, d. h. eine Kombination von medikamentöser Therapie mit psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen erzielt. Auch die Rückfallquote lässt sich durch eine optimale Kombinationstherapie erheblich senken.

Psychopharmakotherapie

In der akuten Krankheitsphase steht die Therapie mit Psychopharmaka (Neuroleptika) im Vordergrund. Laut Studien senkt eine kontinuierliche Neuroleptikamedikation das Rückfallrisiko um etwa 50 Prozent. Bei der Behandlung mit Neuroleptika auftretende Nebenwirkungen (wie z. B. Unruhe, Krampfanfälle, Konzentrationsstörungen) wurden durch verbesserte Medikamente erheblich reduziert. Während die akuten Symptome relativ gut behandelbar sind, bleiben Möglichkeiten zur Beeinflussung der Behinderungssymptome gegenwärtig noch unbefriedigend.

Psychotherapie

Im psychotherapeutischen Bereich haben sich insbesondere psychologische Trainingsprogramme, welche die kognitive Leistungsfähigkeit und die soziale Kompetenz verbessern, sowie familientherapeutische Ansätze als erfolgreich erwiesen. Neben der „supportiven

Psychotherapie“, die die PatientInnen im Umgang mit der Erkrankung unterstützt, werden eine Reihe vor allem verhaltenstherapeutisch orientierter Familienprogramme, verschiedene Formen von Angehörigenarbeit sowie Trainingsprogramme zum Erwerb sozialer Fertigkeiten und zur Krisenbewältigung eingesetzt. Solche Maßnahmen tragen auch zur Verhinderung von Rückfällen bei.

Soziotherapie

In letzter Zeit hat die Soziotherapie bei der Behandlung von Schizophrenie an Einfluss gewonnen. Sie zielt vor allem darauf ab, vorhandene soziale Fähigkeiten der PatientInnen zu fördern und eine Verstärkung sozialer Defizite zu verhindern. Eingesetzt wird eine auf den Zustand der Betroffenen abgestimmte Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Je nach individuellen Fähigkeiten können die PatientInnen nach einem vollstationären Aufenthalt teilstationär behandelt werden, wie z. B. in Tageskliniken, oder sie haben die Möglichkeit bei größerer Selbständigkeit in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu leben.

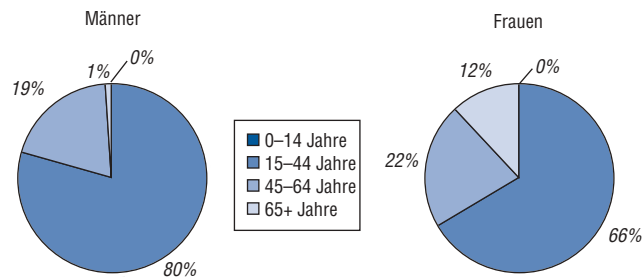
Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation

Auf Probleme bei der psychiatrischen Versorgung von an Schizophrenie Erkrankten sei hier nur ansatzweise verwiesen. Die Diagnosestatistik der Krankenanstalten verzeichnete im Jahr 2002 in den Wiener Krankenanstalten insgesamt 13.963 stationäre Behandlungsfälle (Männer 8.126; Frauen 5.837) wegen schizophrener Psychosen. Aufgrund der Erfassung der PatientInnen bei der Entlassung sind die dauerhaft stationär betreuten LangzeitpatientInnen hier nicht berücksichtigt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufenthalt betrug 7,3 Tage (Männer 6,8 Tage; Frauen 7,9 Tage).

Während nahezu 80 Prozent der mit dieser Hauptdiagnose stationär behandelten Männer zwischen 15 und 44 Jahre waren, waren bei den Frauen lediglich zwei Drittel (66 Prozent) jüngerer Alters.

²¹⁰ Zitiert nach Gesundheitsbericht für Deutschland (1998), S. 217.

Grafik 5.19 Stationäre Aufenthalte aufgrund schizophrener Psychosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, <F20-F29>) in Wiener Krankenanstalten im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik; eigene Berechnungen.

Besonders bedeutsam ist die ambulante psychiatrische Versorgung (psychiatrisch ausgebildete Fachärzte/ Fachärztinnen, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.). Die rehabilitativen Maßnahmen erfordern ein großzügig angelegtes Netz psychosozialer Einrichtungen. Besonders bedeutsam für die Rehabilitation schizophrener Erkrankter sind wohnortnahe, komplementäre psychiatrische Einrichtungen, die für die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit ein differenziertes, auf den Einzelfall zugeschnittenes Rehabilitationsprogramm ermöglichen. Wichtig sind multiprofessionelle Ansätze (unter Einbeziehung von PsychologInnen, Pflegepersonal, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, etc.) unter kompetenter ärztlicher Koordination. Schwierigkeiten bei der psychiatrischen und rehabilitativen Behandlung entstehen vor allem durch strukturelle und sozialrechtliche Defizite in der Versorgung.

5.3.4 Demenz

Definition, Erscheinungsformen

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, die durch Beeinträchtigung intellektueller Funktionen (Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechen- und Lernfähigkeit, Sprache, Urteilsvermögen) und zunehmender Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen charakterisiert ist. Im Verlauf der Demenzerkrankung kommt es zu Persönlichkeitsveränderungen (Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens, der Motivation) sowie zu Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Waschen, Hygiene, Ankleiden, Essen, etc.) bis hin zur vollständigen Immobilisation.

Zu unterscheiden ist zwischen primären und sekundären Demenzen. *Primäre Demenzen* sind durch eigenständige Gehirnerkrankungen, degenerativer oder vaskulärer Art, bedingt. Dazu zählen Morbus Alzheimer (AD), die senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT) und die vaskuläre Demenz. Bei den *sekundären Demenzen* liegt die Ursache außerhalb des Gehirns (wie z. B. akuter Sauerstoffmangel, Vergiftungen mit Alkohol oder Drogen, Mangelerscheinungen), führt aber in weiterer Folge zu Schädigungen des Gehirns.

Primäre Demenzen: Die *Alzheimer'sche Erkrankung* hat oft einen genetischen Hintergrund, die involvierten Mechanismen sind jedoch noch nicht zur Gänze geklärt. Die *vaskuläre Demenz* entsteht nach einem einmaligen ausgeprägten Hirninfarkt oder nach wiederholten kleineren Hirninfarkten (Multiinfarkt-Demenz). Risikofaktoren der Multiinfarkt-Demenz sind Bluthochdruck, starkes Rauchen, Diabetes und Übergewicht – im Prinzip also dieselben Faktoren wie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Schlaganfälle).

Die Demenz vom Alzheimer Typ (deren Ursachen zur Zeit noch nicht genau feststehen) ist für ca. 60 Prozent aller Demenzerkrankungen verantwortlich; der Anteil der vaskulären Demenz, die mit Arteriosklerose in Zusammenhang steht, beträgt etwa 25 bis 30 Prozent. Auch Mischformen sind relativ häufig.

Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der beiden unterschiedlichen Klassifikationssysteme ICD-9 und ICD-10.

Tabelle 5.5: Organische Psychosen nach unterschiedlichen Klassifikationssystemen, ICD-9 vs. ICD-10

Organische Psychosen	
ICD-9	ICD-10
290 Senile und präsenile organische Psychosen	
290.0 einfache senile Demenz	F00.1 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn (G30.1+) F03 nicht näher bezeichnete Demenz
290.1 präsenile Demenz Demenz bei: – Morbus Pick	F00.0 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit frühem Beginn (G30.1+) F03 nicht näher bezeichnete Demenz F02.0 Demenz bei Pickkrankheit (G31.0+)
290.2 senile Demenz mit depressivem oder paranoidem Erscheinungsbild	F00.1 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn (G30.1+) .13 andere Symptome, vorwiegend depressiv (G30.1+) .11 andere Symptome, vorwiegend wahnhaft (G30.1+) .12 andere Symptome, vorwiegend halluzinatorisch (G30.1+) F00.2 Demenz bei Alzheimerkrankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+) .23 andere Symptome, vorwiegend depressiv (G30.8+) .21 andere Symptome, vorwiegend wahnhaft (G30.8+) .22 andere Symptome, vorwiegend halluzinatorisch (G30.8+) F03 nicht näher bezeichnete Demenz
290.3 senile Demenz mit akutem Verwirrheitszustand	Verwenden Sie zwei Kodierungen: F05.1 Delir bei Demenz F00.1 Demenz bei Alzheimerkrankheit mit spätem Beginn (G30.1+) oder F00.2 Demenz bei Alzheimerkrankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+)
290.4 arteriosklerotische Demenz	F01.1 Multiinfarktdemenz F01.0 vaskuläre Demenz mit akutem Beginn F01.2 subkortikale vaskuläre Demenz F01.3 gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz F01.8 andere
290.8 andere	F00.2 Demenz bei Alzheimerkrankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+) .24 andere gemischte Symptome (G30.8+) F01.8 andere vaskuläre Demenz F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern (Gxx.x+)
290.9 nicht näher bezeichnet	F03 nicht näher bezeichnete Demenz

Quelle: <<http://www.stlp.at/docs/ICD-9-nach-ICD-10.doc>>.

Verbreitung

Die Prävalenz der Demenzerkrankungen in Wien (und Österreich) kann zur Zeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden. In einer umfassenden Bevölkerungsstudie in Finnland²¹¹ wurde die Prävalenz mäßiger und schwerer Demenz in der finnischen Bevölkerung ermittelt. Diese lag bei der Bevölkerung unter 65 Jahren bei 0,2 bis 0,3 Prozent, in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bei 4 Prozent, bei den 75- bis 84-Jährigen bei über 10 Prozent und in der Altersgruppe der über 85-Jährigen bei über 35 Prozent.

Die Studie liefert Hinweise darauf, dass Demenz unter Personen mit niedriger Bildung verbreiteter ist als unter Personen mit höherem Bildungsniveau. Einschätzungen dieser Art können jedoch durch die Tatsache beeinflusst sein, dass Personen mit höherer Bildung die Krankheit besser bewältigen bzw. mit der Erkrankung besser umgehen können. Andere Studien rechnen für den Europäischen Raum mit 4 Prozent Demenzkranken bei den 70- bis 74-Jährigen, ansteigend auf 13 Prozent bei den 80- bis 84-Jährigen und auf 35 Prozent bei den 95-Jährigen und Älteren.²¹²

²¹¹ Mini-Finland Health-survey (1978–1990), zitiert nach AROMAA et al. (1999), S. 137.

²¹² HOFMANN et al. (1991).

Geschätzte Entwicklung von Demenzerkrankungen

Da Demenzerkrankungen im Alter zunehmen, ist aufgrund der steigenden Zahl betagter und hochbetagter Menschen in Zukunft mit einem Ansteigen demenzieller Erkrankungen zu rechnen. In den OECD-Ländern wird von einer Zunahme von 6,14 Millionen Demenzerkrankten zur Jahrtausendwende auf 12,3 Millionen im Jahr 2050 gerechnet.²¹³

HADINGER et al. (1992) haben, ausgehend von den Ergebnissen internationaler Studien, die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich bis 2050 berechnet. Die Prävalenz wird für das Jahr 2010 bei den über 64-Jährigen auf 1.267 Fälle, bei den über 84-Jährigen auf 501 Fälle pro 100.000 der Gesamtbevölkerung geschätzt. Im Jahr 2050 wird sie bei den über 64-Jährigen schon bei 2.509 und bei den über 84-Jährigen bei 1.227 Fällen pro 100.000 der Gesamtbevölkerung liegen. Die Prävalenz der senilen Demenz vom Alzheimer Typ und der Alzheimer Demenz wird nach den Berechnungen von HADINGER et al. im Jahr 2010 bei den über 64-Jährigen auf 760 Fälle, bei den über 84-Jährigen auf 301 Fälle pro 100.000 der Gesamtbevölkerung geschätzt. Im Jahr 2050 wird sie bei den über 64-Jährigen bereits auf 1.505 Fälle und bei den über 84-Jährigen auf 736 Fälle pro 100.000 der Gesamtbevölkerung ansteigen.²¹⁴

Laut neueren Berechnungen (WANCATA, 2002), basierend auf den aktuellen Schätzungen über die künftige Bevölkerungsentwicklung und Meta-Analysen bzw. gepoolten Re-Analysen von Einzelstudien aus Europa oder anderen westlichen Industrieländern über die Epidemiologie von Demenzerkrankungen, wird die Zahl der Demenzerkrankten in Österreich in den nächsten 50 Jahren um mehr als das Zweieinhalbfache steigen, und zwar von 90.500 Erkrankten im Jahr 2000 auf 233.800 im Jahr 2050. Für die Alzheimer Demenz wird ein Anstieg von 57.100 Fällen im Jahr 2000 auf 151.400 Fälle im Jahr 2050 prognostiziert. Die Zahl der an der vaskulären Demenz Erkrankten wird von 15.700 Betroffenen im Jahr 2000 auf 40.200 Erkrankte im Jahr 2050 steigen.

Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auch auf

²¹³ WETTSTEIN (1991).

²¹⁴ HADINGER et al. (1992), zitiert nach Stadt Wien (1999), S. 216.

²¹⁵ WANCATA (2002), S. 53.

die bereits gegenwärtig in der Altenbevölkerung stark verbreiteten leichten kognitiven Einschränkungen (*Mild Cognitive Impairment*), die zwar nicht die diagnostischen Kriterien für Demenzerkrankungen erfüllen, aber zu Behinderungen bei komplexen Alltagsanforderungen führen.²¹⁵

Stationäre Aufenthalte

Die zunehmende Bedeutung der Altersdemenz im letzten Jahrzehnt wird unter anderem aufgrund der Spitalsentlassungsstatistik deutlich. Im Jahr 2000 waren 1,1 Prozent der stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung Wiens und 0,7 Prozent jener Österreichs auf Altersdemenz zurückzuführen. Insgesamt wurden für Wien 5.229 stationäre Aufenthalte (Männer 1.437, Frauen 3.795), für das gesamte Bundesgebiet 16.561 Aufenthalte (Männer 5.453, Frauen 11.108) mit der Hauptdiagnose Altersdemenz registriert. Das entspricht in Wien einer rohen Rate von 187,7 stationären Aufenthalten pro 100.000 bei den Männern und 449,4 pro 100.000 bei den Frauen. Österreichweit war die rohe Rate mit 138,4 bei den Männern und 266,4 bei den Frauen niedriger als in Wien. Auch altersstandardisiert sind in Wien stationäre Aufenthalte aufgrund von Altersdemenz häufiger als im gesamten Bundesgebiet.

Während die rohe Rate der stationären Aufenthalte aufgrund von Altersdemenz bei den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern, besteht im altersstrukturbereinigten Vergleich kaum mehr ein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dies lässt darauf schließen, dass zwar auch in Zukunft mehr Frauen als Männer aufgrund von Altersdemenz stationär aufgenommen werden müssen, dass sich das Problem aber mit zunehmender Lebenserwartung auch bei den Männern verschärfen wird.

Prävention

Das Alter ist einer der wenigen bekannten Risikofaktoren für die *Alzheimer'sche Erkrankung*. Mit Ausnahme von Gehirnverletzungen sind ihre Ursachen kaum zu verhindern. Die Symptome der Krankheit können jedoch gelindert werden durch medikamentöse Therapie und verschiedene Formen der Beschäftigungstherapie

bzw. des Umgangs mit den PatientInnen. Es scheint unwahrscheinlich, dass in absehbarer Zukunft die Risikofaktoren reduziert werden können oder eine Heilung der Krankheit herbeigeführt werden kann. Daher ist auch keine signifikante Änderung in den Inzidenz-Raten der Alzheimer'schen Erkrankung und verwandter Demenzformen zu erwarten.

Die Risikofaktoren für die *vaskuläre Demenz* sind die gleichen wie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. Schlaganfälle (Bluthochdruck, starkes Rauchen, Diabetes, Übergewicht). Das Auftreten dieser Risikofaktoren ließe sich durchaus beeinflussen. Es wird vermutet, dass die Inzidenz der vaskulären Demenz aufgrund präventiver Maßnahmen seit einiger Zeit gesunken ist. Dieser grundsätzlich positive Trend kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Zahl der PatientInnen aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiter steigen wird.

Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen

Um das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuschieben, sind eine frühe Diagnose sowie eine früh einsetzende Therapie (Medikamente, Gedächtnistraining, etc.) von großer Bedeutung. Spezialeinrichtungen wie zum Beispiel Gedächtnisambulanzen bieten wichtige Hilfestellungen in den Bereichen Diagnose, Beratung, Therapie und Behandlung von Demenzerkrankungen. Konzentration und Gedächtnis lassen sich auch im Alter trainieren. Gedächtnistrainingskurse für ältere Menschen sind zum Teil bereits Standardprogramm in den Heimen und den Institutionen der Erwachsenenbildung. Bisherige Studien konnten klar belegen, dass durch Gedächtnistraining und Konzentrationsübungen wirksame Abhilfe geleistet und Abbauprozessen vorgebeugt werden kann.²¹⁶ Als besonders vorteilhaft erwies sich die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining. Auch in diesem Bereich ist Aufklärung wichtig.

Bedarf an institutioneller Hilfe

²¹⁶ OSWALD & RÖDEL (1995).

²¹⁷ WIEGELE et al. (1999).

Da die Zahl der Demenzkranken mit dem Anwachsen der älteren Bevölkerung beachtlich steigen wird, wird auch der Bedarf an institutioneller Hilfe für DemenzpatientInnen steigen. Früher ging man von einer Dauer der Alzheimer'schen Erkrankung von etwa 7 bis 8 Jahren, der vaskulären Demenz von etwa 5 bis 6 Jahren aus. Mit der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit von DemenzpatientInnen und aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ist heute zu erwarten, dass die Alzheimer Demenz im Durchschnitt etwa 10 Jahre und die vaskuläre Demenz etwa 8 Jahre dauert.

Bei Demenz lässt sich (vor allem im fortgeschrittenen Stadium) eine Heimunterbringung kaum vermeiden. Allein Lebende, bei denen eine Demenzerkrankung auftritt, müssen meist bereits in Heimen untergebracht werden, bevor sie regelmäßige Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen.

Die Stützung pflegender Angehöriger (durch Bereitstellung ambulanter Dienste wie etwa Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Beratungsangebote) kann helfen, dass DemenzpatientInnen (zumindest eine Zeit lang) zu Hause gepflegt werden können. Entlastend für die Pflegenden sind kurzfristige Betreuungsmöglichkeiten (z. B. Kurzzeitpflege, Urlaubspflege, Tagesbetreuung). Eine zeitweise Entlastung kann wesentlich dazu beitragen, die Institutionalisierung hinauszuschieben oder zu vermeiden.

Qualifizierung des Personals im Umgang mit DemenzpatientInnen

Vielversprechend in der Betreuung von Demenzkranken ist der Einsatz von Validation – ein Ansatz, der von Naomi FEIL in den USA entwickelt wurde. Validation ist einerseits eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit, andererseits eine konkrete Umgangsform mit Verwirrten und Demenzkranken. Validation zielt vor allem darauf ab, die hinter dem verwirrten Verhalten liegenden Gefühle zu verstehen, wodurch es leichter gelingt, das Verhalten der Verwirrten, ihre Erlebens- und Sichtweise zu akzeptieren. Evaluationsergebnisse zeigen, dass Validation nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die BetreuerInnen Entlastung bringt.²¹⁷

Beratung pflegender Angehöriger

Ein Problem ist nicht nur der hohe Pflegebedarf von Dementen, der mit dem Fortschreiten der Krankheit deutlich steigt. Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die PatientInnen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Helfen können hier Aufklärung und Beratung pflegender Angehöriger. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

5.3.5 Komorbidität

Nicht selten treten mehrere psychische Gesundheitsprobleme gleichzeitig auf. So etwa sind Depressionen häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet.²¹⁸ Von PatientInnen, welche Alkohol- und Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen, haben zwischen 30 Prozent und 90 Prozent eine „duale Störung“.²¹⁹ Alkoholbedingte psychische

Störungen finden sich auch häufig (12 bis 50 Prozent) bei Personen mit Schizophrenie.

Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Eine große Rolle spielen dabei psychosomatische Erkrankungen, d. h. somatische Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.²²⁰ Krankheiten wie HIV, AIDS, Diabetes oder Krebs können zum Auftreten von Depressionen beitragen oder eine bereits bestehende Depression verstärken.²²¹

Eine repräsentative Studie in den USA kam zu dem Ergebnis, dass 79 Prozent aller psychisch Kranken von Komorbidität betroffen waren. Lediglich bei 21 Prozent der PatientInnen war außer einer einzelnen psychischen Störung keine andere Krankheit festzustellen.²²² Die Komorbidität hat bedeutende Implikationen für die Identifikation, Behandlung und Rehabilitation Betroffener. Komorbidität erhöht den Leidensdruck der Betroffenen und ist meist auch für die Angehörigen sehr belastend.

²¹⁸ ZIMMERMAN et al. (2000).

²¹⁹ GOSSOP et al. (1998), RASHLIESEL et al. (1999).

²²⁰ DGPPN (1997), S. 5 f.

²²¹ GEERLINGS et al. (2000).

²²² KESSLER et al. (1994).

**VI.
GESUNDHEIT VON FRAUEN
UND MÄNNERN**

***THE HEALTH SITUATION
OF WOMEN AND MEN***

INHALT

6	GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN	243
6.1	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BEFUNDE ZU MORBIDITÄT UND MORTALITÄT	244
6.2	ERKLÄRUNGSANSÄTZE	246

Beratung pflegender Angehöriger

Ein Problem ist nicht nur der hohe Pflegebedarf von Dementen, der mit dem Fortschreiten der Krankheit deutlich steigt. Schwierigkeiten entstehen oft durch falsches Verhalten der Angehörigen. Die PatientInnen reagieren dann gereizt und aggressiv oder depressiv und ziehen sich zurück. Helfen können hier Aufklärung und Beratung pflegender Angehöriger. Auch Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Schwierigkeiten bei der Pflege von Demenzkranken.

5.3.5 Komorbidität

Nicht selten treten mehrere psychische Gesundheitsprobleme gleichzeitig auf. So etwa sind Depressionen häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet.²¹⁸ Von PatientInnen, welche Alkohol- und Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen, haben zwischen 30 Prozent und 90 Prozent eine „duale Störung“.²¹⁹ Alkoholbedingte psychische

Störungen finden sich auch häufig (12 bis 50 Prozent) bei Personen mit Schizophrenie.

Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Eine große Rolle spielen dabei psychosomatische Erkrankungen, d. h. somatische Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.²²⁰ Krankheiten wie HIV, AIDS, Diabetes oder Krebs können zum Auftreten von Depressionen beitragen oder eine bereits bestehende Depression verstärken.²²¹

Eine repräsentative Studie in den USA kam zu dem Ergebnis, dass 79 Prozent aller psychisch Kranken von Komorbidität betroffen waren. Lediglich bei 21 Prozent der PatientInnen war außer einer einzelnen psychischen Störung keine andere Krankheit festzustellen.²²² Die Komorbidität hat bedeutende Implikationen für die Identifikation, Behandlung und Rehabilitation Betroffener. Komorbidität erhöht den Leidensdruck der Betroffenen und ist meist auch für die Angehörigen sehr belastend.

²¹⁸ ZIMMERMAN et al. (2000).

²¹⁹ GOSSOP et al. (1998), RASHLIESEL et al. (1999).

²²⁰ DGPPN (1997), S. 5 f.

²²¹ GEERLINGS et al. (2000).

²²² KESSLER et al. (1994).

5.3 Ausgewählte psychische Störungen

Zusammenfassung

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte psychische Störungen anhand verschiedener Parameter (Symptome, Verbreitung, Ursachen, Behandlung, Maßnahmen) beschrieben. Eingegangen wird auf Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie und Demenz sowie auf Aspekte der Komorbidität psychischer Störungen.

Angststörungen

Zu den Angststörungen zählen Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und Phobien. Neben dem subjektiven Erleben von Angst sind Angststörungen meist auch von körperlichen Beschwerden (Schwindel, Brustschmerzen, etc.) und Verhaltensänderungen (Beeinträchtigungen im sozialen Bereich) begleitet. Angststörungen sind weit verbreitet. Allerdings ist die Prävalenz je nach Art der Störung verschieden. Am häufigsten sind spezifische Phobien wie Höhenangst und Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie). Dagegen treten z. B. Panikstörungen relativ selten auf. Frauen berichten auch häufiger über Nervosität bzw. Angstzustände. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde für die Wiener Bevölkerung für Nervosität/Angstzustände eine Punktprävalenz von 5,8 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von 10,9 Prozent ermittelt, wobei Frauen insgesamt deutlich häufiger als Männer von derartigen Symptomen betroffen sind. Angaben dieser Art sind jedoch nicht mit der Diagnose „Angststörung“ gleichzusetzen.

Depression

Bei der Depression handelt es sich um eine Störung des Gefühls- und Gemütslebens, die durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit charakterisiert ist. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer. Auch depressive Stimmungen finden sich bei Frauen häufiger. Im Mikrozensus 1999 gaben von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung in Wien 3,3 Prozent der Männer und 4,5 Prozent der Frauen Niedergedrücktheit (Depressionen) an, wobei der Anteil der Betroffenen mit dem Alter zunimmt.

Summary: Some Common Mental and Behavioural Disorders

The following section describes some common mental and behavioural disorders using a number of different parameters (symptoms, prevalence, determinants, treatment and measures). It focuses on anxiety disorders, depression, schizophrenia, dementia, and aspects of comorbidity of mental disorders.

Anxiety disorders

This term comprises panic disorders, generalised anxiety disorders, and phobias. In addition to the subjective anxiety experienced, anxiety disorders usually also include physical symptoms (vertigo, chest pain, etc.) and alterations of behaviour (with adverse social consequences). Anxiety disorders are quite common, their prevalence, however, differs depending on the type of disorder. Specific phobias such as acrophobia and claustrophobia are the most common, while panic disorders are relatively rare. Women reported nervousness and anxiety more frequently than men. The results of the Vienna Health and Social Survey show a point prevalence of 5.8 percent and a lifetime prevalence of 10.9 percent for nervousness and anxiety for the Viennese population. The prevalence is significantly higher for women than for men. These responses to a survey, however, cannot be equated with the diagnosis of "anxiety disorder".

Depression

Depression is a mood alteration characterised by depressed mood, sadness, and loss of interest and enjoyment. Depression and depressed mood is more frequent among women than among men. In the 1999 Mikrozensus survey, 3.3 of all men and 4.5 of all women living in private households in Vienna reported depression. The prevalence increases with age.

Depressionen sind häufig von anderen Erkrankungen und Beschwerden begleitet. Vor allem bei älteren Frauen wirken sich gesundheitliche Probleme deutlich auf die Psyche aus.

Nach vorgenommener Schätzung entfallen ca. 1,6 Prozent der stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung Wiens auf depressive Erkrankungen. Frauen sind häufiger aufgrund von Depressionen in stationärer Behandlung als Männer. Es wird geschätzt, dass sich etwa 3 bis 4 Prozent der Erkrankten im weiteren Verlauf das Leben nehmen.

Schizophrenie

Schizophrenien sind zwar relativ selten, verdienen jedoch aufgrund ihres Schweregrads und der Folgen für die Betroffenen besondere Beachtung. Bei der Schizophrenie ist die gesamte Persönlichkeit auf unterschiedliche Art und Weise fremdgesteuert.

Eine beachtliche Zahl der Betroffenen versucht sich im Verlauf der Erkrankung das Leben zu nehmen. Circa 30 Prozent der von Schizophrenie Betroffenen haben einen (oder mehrere) Suizidversuche hinter sich. Über 10 Prozent sterben durch Suizid. Insgesamt verkürzt die Schizophrenie die Lebensspanne um durchschnittlich 10 Jahre.

Demenz

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, bei der es zur Beeinträchtigung intellektueller Funktionen (Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechen- und Lernfähigkeit, Sprache, Urteilsvermögen) und zunehmender Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen kommt. Die Prävalenz der Demenzerkrankungen in Wien (und Österreich) kann zur Zeit nur ausgehend von Ergebnissen internationaler Studien geschätzt werden, wobei die Zahl der Betroffenen mit zunehmendem Alter deutlich steigt (bei den 85-Jährigen und Älteren wird der Anteil auf etwa 35 Prozent geschätzt). Insgesamt wird für Wien (ebenso wie für Österreich) in Zukunft ein deutliches Ansteigen demenzieller Erkrankungen erwartet.

Depression is often accompanied by other illnesses and conditions. In particular for elderly women, physical health problems have a strong negative impact on mental health.

Estimates show that approximately 1.6 percent of all hospital stays of the Viennese population are due to depression. Women are more often in inpatient treatment due to depression than men. It is estimated that 3 to 4 percent of all depression patients commit suicide.

Schizophrenia

While schizophrenia is comparatively rare, it does merit special attention due to the severity of the disorder and its impact on the lives of the patients. Schizophrenia is a severe personality disorder which is characterised by a loss of the feeling of individuality, uniqueness and self-direction.

A substantial number of individuals with schizophrenia attempt suicide at some point during the course of their illness. Approximately 30 percent of patients diagnosed with schizophrenia have attempted suicide at least once. Suicide mortality is approximately 10 percent. Overall, schizophrenic illness reduces an affected individual's lifespan by an average of 10 years.

Dementia

Dementia is a progressive disorder characterised by a loss of mental faculties (memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement), leading to an increasing dependence on other people's assistance. The prevalence of dementia in Vienna (and Austria) can currently be estimated only on the basis of international studies. The proportion of dementia patients increases substantially with age (it is estimated at approximately 35 percent for people aged 85 and older). The prevalence of dementia is expected to increase markedly for Vienna (as well as for Austria overall).