

vsao Journal

Das Journal des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Spannung

Von Masten bis Muskeln

Seite 24

Nephrologie

Zystennieren – ein schwieriges Erbe

Seite 44

Analgetika

Neuropathische Schmerzen

Seite 47

Politik

Medizin und Klimaschutz

Seite 6



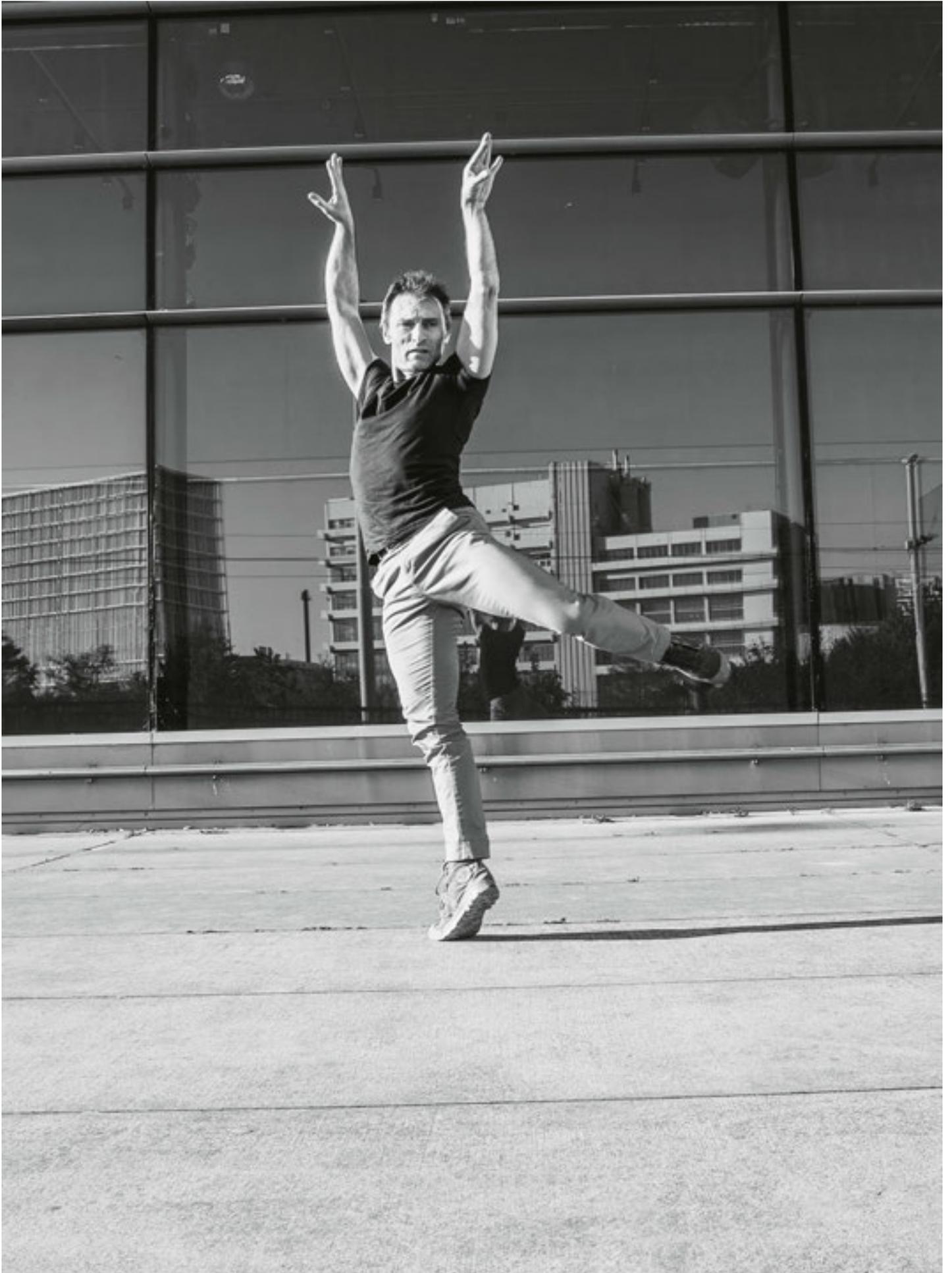


Bild: Nicole Herzel / hwieherzel.com

No health without mental health

Psychische Erkrankungen sind in ressourcenarmen Ländern genauso verbreitet wie in Industriestaaten. Die fachgerechte Versorgung jedoch ist kaum vorhanden. Es besteht ein Spannungsfeld aus Bedarf und Angebot, das schnell abgebaut werden muss.

Monika Müller, MD-PhD, und Catrina Mugglin, MD-PhD,
Co-Präsidentinnen für Delta – develop life through action, 3000 Bern, Schweiz

Wenn wir uns Gedanken zur medizinischen Entwicklungshilfe machen, ist die erste Assoziation oft die Bekämpfung von Mangelernährung, Verbesserung sanitärer Einrichtungen zur Unterbrechung von Transmissionsketten infektiöser Erkrankungen, Behandlung von HIV, Malaria und Tuberkulose und Impfprogramme. Dies, obwohl die epidemiologische Transition auch die ressourcenarmen Länder erreicht hat und die «non-communicable diseases», zu denen auch psychische Erkrankungen gehören, wichtiger werden [1, 2].

Lange Zeit dachte man, dass psychische Erkrankungen lediglich ein Problem der Industriestaaten darstellen. Verschiedene internationale Untersuchungen haben gezeigt, dass psychische Erkrankungen in ressourcenarmen Ländern zunehmen [3, 4]. Die «global burden of disease study» ist die umfassendste Studie zur Untersuchung verschiedener Erkrankungen in Bezug auf ihre Mortalität und Morbidität. Forscher untersuchen systematisch 369 Erkrankungen und deren Folgeerscheinungen in 204 Ländern. Dabei wird nicht nur ihre Häufigkeit untersucht, sondern auch, wie einschränkend eine Erkrankung im Alltag ist und wie sie die Lebensqualität der Betroffenen beeinflusst. Psychische Erkrankungen sind mit

grossen Beeinträchtigungen im Alltag verbunden und sind in allen Altersgruppen und beiden Geschlechtern für 14 Prozent der «years lived with disability» verantwortlich (siehe Box 1) [3, 5]. Weltweit ist bei Menschen im erwerbsfähigen Alter De-

pression der zweithäufigste Grund für verminderte Lebensqualität und Suizid die dritthäufigste Todesursache [3].

Die Konsequenzen von psychischen Erkrankungen reichen über Gesundheitseinschränkungen der Betroffenen hinaus

Box 1

Indikatoren zur Erfassung der Krankheitsbelastung

Verschiedene Indikatoren ermöglichen die Quantifizierung der Krankheitslast und bieten somit die Möglichkeit, Folgen von Erkrankungen für die Bevölkerung direkt miteinander zu vergleichen.

YLL (Years of life lost): Verlorene Lebensjahre aufgrund vorzeitigen Todes. Eine Krankheit kann dazu führen, dass eine Person frühzeitig stirbt, also ohne diese Krankheit noch jahrelang hätte leben können. Der vorzeitige Tod wird im Vergleich zur Lebenserwartung eines bestimmten Landes ermittelt.

YLD (Years lived with disability): Lebensjahre mit Einschränkungen. Krankheiten gehen oft mit Einschränkungen im Alltag einher. Wie stark diese Einschränkungen sind, wird über sogenannte «disability weights» bewertet. Diese nehmen für perfekte Gesundheit den Wert 0 und für Tod den Wert 1 an. In Umfragen wird dann ermittelt, als wie schlimm ein bestimmter Krankheitszustand bewertet wird. Diese Gewichte werden mit der Zeit, die in diesem Zustand verbracht wird, multipliziert, und ergeben die «years lived with disability».

DALY (Disability-adjusted life years): Behinderungsbereinigte Lebensjahre, es handelt sich somit um Jahre «verlorener» Gesundheit. Sie werden berechnet aus der Summe der durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre (YLL) und der mit Krankheit oder Behinderung gelebten Lebensjahre (YDL).

Das Lancet ermöglicht die Visualisierung dieser Indikatoren basierend auf den Daten der «global burden of disease study», sodass der Leser regionale Unterschiede und Zeittrends verschiedener Erkrankungen und Risikofaktoren studieren kann.

(<https://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-compare>).

[6]. Psychische Erkrankungen sind mit Armut [7], Stigmatisierung und sozialer Benachteiligung [8] der Betroffenen und ihrer Familien verknüpft. Sie haben auch relevante ökonomische Konsequenzen [9]. Chisholm et al haben den Zusammenhang der zu erwartenden volkswirtschaftlichen Vorteile bei adäquater Therapie von Depression und Angststörungen untersucht [9]. Der wirtschaftliche Gewinn, abgebildet durch wiedergewonnene Ar-

beitsfähigkeit und Produktivität dank einer adäquaten Therapie, übersteigt die durch die Behandlung entstandenen Kosten um ein Mehrfaches. Dieser Zusammenhang wurde in Industriestaaten wie auch in ressourcenarmen Ländern festgestellt.

Im Jahr 2016 formulierte die UN zum ersten Mal die Promotion von psychischer Gesundheit und Prävention von psychischen Erkrankungen als Teil der «sustain-

able development goals» [10]. Nicht zu vergessen ist, dass absolut gesehen die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen in den bevölkerungsreichen Ländern des globalen Südens leben. Somit wächst der Bedarf an professionellen Versorgungsstrukturen in ressourcenarmen Ländern.

Psychiatrische Unterversorgung in ressourcenarmen Ländern

Gemäss WHO tragen die Versorgungssysteme dem wachsenden Problem nur ungenügend Rechnung [11], was zu einer grossen Versorgungslücke führt. Im Jahr 2000 hat die WHO das «mental health atlas project» ins Leben gerufen, um weltweit die vorhandenen Ressourcen im Bereich der psychiatrischen Versorgung abzubilden [12]. Die Datenerhebung stützt sich auf die Angaben der Gesundheitsministerien der WHO-Mitgliedsstaaten. In ressourcenarmen Ländern erhalten rund 90 Prozent aller Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung keine fachgerechte Versorgung [12–14]. In Industriestaaten erhält jeder fünfte Betroffene mit schwerer depressiver Störung den minimalen Behandlungsstandard, wohingegen in ressourcenarmen Ländern lediglich einer von 27 Betroffenen eine adäquate Behandlung bekommt [15]. Im Durchschnitt ist in ressourcenarmen Ländern ein Facharzt oder eine Fachärztin für zwei Millionen Einwohner zuständig, in Industriestaaten für 11500 Einwohner [12, 16, 17]. Unterversorgte Länder geben 0,25 Dollar pro Person und Jahr für psychische Erkrankungen aus und wenden lediglich ein Prozent der jährlichen Gesamtgesundheitsausgaben für psychische Gesundheit auf, wobei hauptsächlich psychiatrische Kliniken finanziert werden [12, 16]. Sozialpsychiatrische, gemeindenahere Einrichtungen fehlen [16, 18].

Die Versorgungsforschung hat gezeigt, dass die moderne psychiatrische Versorgung auf einer sorgfältigen Balance zwischen stationärer und gemeindenaher Psychiatrie beruht [19]. Während rund 97 Prozent der Industriestaaten diese Angebote kombinieren, ist das in nur rund der Hälfte der ressourcenarmen Länder der Fall. Die Behandlung beschränkt sich in der Regel auf vormundschaftliche Langzeitplatzierungen in psychiatrischen Kliniken bei praktisch inexistentem ambulanten Sektor. Falls ambulante Angebote vorhanden sind, sind sie weitgehend privat organisiert und von öffentlichen finanziellen Mitteln abgeschnitten. Die Betrof-

Box 2

Betreutes Wohnen «Snehatheeram» in Kerela, Südindien, für schwer psychisch kranke und obdachlose Frauen

Mini ist 45 Jahre alt und leidet an einer paranoiden Schizophrenie, die über Jahre nicht behandelt wurde. Nach der Geburt ihres Kindes hat sie eine schwere Psychose entwickelt, in der sie sich stark bedroht gefühlt hat. In dieser Situation hat sie ihr neugeborenes Kind umgebracht. Dieses traurige Phänomen, «Infantizid» genannt, ist ein bekanntes Problem bei unbehandelten Psychosen nach der Niederkunft. Es unterstreicht die Wichtigkeit einer adäquaten psychiatrischen Versorgung der Betroffenen. «Ich hatte ein sehr schweres Leben. Meine Eltern waren Holzsammler, und ich habe nie die Schule besucht. Mein Mann starb, als ich schwanger war. Nach der Geburt des Kindes ging es mir nicht gut, ich habe grosse Angst gehabt, verfolgt zu werden. Schliesslich bin im Gefängnis gelandet. Die Leute haben gesagt, ich hätte mein Kind umgebracht. Ich kann mich nicht mehr an diese Zeit erinnern. Die Leiterinnen von «Snehatheeram» haben ermöglicht, dass ich vom Gefängnis nach Kerela umziehen konnte. Hier habe ich endlich meinen Seelenfrieden. Die Tabletten helfen mir, und ich kann die Realität wieder von der Vorstellung unterscheiden. Ich habe alles, was ich brauche, Essen mit Curry und Fisch, Kleidung und Liebe.»



Fisch ist ein wichtiges Nahrungsmittel im wasserreichen Kerela. Bewohnerinnen und Betreuerinnen säubern den frisch gefangenen Fisch, der von einem Anwohner gespendet wurde.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben oft Schwierigkeiten, den Alltag alleine zu bewältigen und sind auf längerfristige Unterstützung angewiesen. Delta unterstützt das betreute Wohnprojekt «Snehatheeram», damit obdachlose Frauen mit schwerer psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung trotz fehlendem sozialem Netz professionelle Behandlung und einen sicheren Wohnort erhalten. Unter anderem fördern wir die Integration der betroffenen Frauen in die Gesellschaft, indem wir regelmässig Ausflüge mit den Bewohnerinnen ermöglichen. Zudem sind die Frauen in die täglichen Arbeiten im Haushalt und der dazugehörigen Landwirtschaftszone integriert, was zur Tagesstrukturierung als wichtige psychosoziale Basisintervention beiträgt.



Ausflug mit den Bewohnerinnen an den indischen Golf



fenen bezahlen den Grossteil ihrer Gesundheitsausgaben selbst. Dies verstärkt die Unterversorgung zusätzlich, da die Betroffenen sich adäquate professionelle Behandlung aus eigener Finanzkraft nicht leisten können.

Psychische Erkrankungen sind somit die am meisten vernachlässigten Gesundheitsprobleme in ressourcenarmen Ländern. Auch die internationale Gemeinschaft versagt weitgehend, wenn es um die Finanzierung von Programmen zur Förde-

rung der psychischen Gesundheit geht: Nur 0,85 Dollar per DALY (Behinderungsbereinigte Lebensjahre, s. Box 1) geben staatliche Entwicklungsfonds für psychische Erkrankungen aus. Demgegenüber stehen 144 Dollar für HIV/AIDS und 48 Dollar für Tuberkulose und Malaria [14, 20]. Dies unterstreicht die Wichtigkeit von NGO im Bereich psychischer Gesundheit. Delta – develop life through action ermöglicht als Schweizer Start-up-NGO fachgerechte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ressourcenarmen Ländern. Wir engagieren uns in der Ausbildung von Fachkollegen, übernehmen Behandlungskosten für Patienten, die sich eine adäquate Therapie aus eigener Finanzkraft nicht leisten können, unterstützen einheimische Institutionen im Aufbau ihrer Gesundheitsdienstleistungen und fördern die Integration von Betroffenen in Beruf und Gesellschaft (Box 2 und 3).

Box 3

Delta – develop life through action ermöglicht fachgerechte Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ressourcenarmen Ländern

Sie möchten sich ebenfalls für unterversorgte psychisch kranke Menschen in ressourcenarmen Ländern einsetzen, Ihre zeitlichen Ressourcen sind aber limitiert? Dann werden Sie Gönnerin oder Gönner bei Delta und unterstützen Sie unsere Arbeit durch einen jährlichen Beitrag! Wir bieten Ihnen:

- die Möglichkeit zum Steuerabzug Ihres Gönnerbeitrages
- unkomplizierte Anpassung Ihres jährlichen Gönnerbeitrages (Bronze: 100 CHF, Silber: 150 CHF, Gold: 200 CHF)
- die Möglichkeit zur Sichtbarmachung Ihres Engagements auf Ihrer Website
- eine professionelle Projektumsetzung durch unseren unbürokratischen Verein

Ihr Link zu unserem gratis «Global Mental Health» Webinar



CH-3000 Bern
+41 77 400 91 40
info@delta-ngo.ch
www.delta-ngo.ch
IBAN: CH37 0900 0000 6026 1042 8

Referenzen

1. Santosa, A., and P. Byass, *Diverse Empirical Evidence on Epidemiological Transition in Low- and Middle-Income Countries: Population-Based Findings from INDEPTH Network Data*. PLoS One, 2016. 11(5): p. e0155753.
2. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. Lancet, 2018. 392(10159): p. 1789–1858.
3. Collaborators, G.B.o.D., *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. Lancet, 2018. 392(10159): p. 1789–1858.
4. Steel, Z., et al., *The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013*. International journal of epidemiology, 2014. 43(2): p. 476–493.
5. Whiteford, H. A., et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2013. 382(9904): p. 1575–86.

6. Patel, V., et al., *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. The Lancet, 2018. 392(10157): p. 1553–1598.
7. Lund, C., et al., *Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries*. Lancet, 2011. 378(9801): p. 1502–14.
8. Thornicroft, G., et al., *Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination*. The Lancet, 2016. 387(10023): p. 1123–1132.
9. Chisholm, D., et al., *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*. Lancet Psychiatry, 2016. 3(5): p. 415–24.
10. United Nations, Sustainable Development Goals. Geneva. 2016. <https://sustainabledevelopment.un.org/>
11. WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2013. www.who.int
12. WHO, *Mental Health Atlas 2017*. World Health Organisation. Geneva. 2017.
13. Patel, V., and M. Prince, *Global mental health: a new global health field comes of age*. JAMA, 2010. 303(19): p. 1976–7.

14. Patel, V., et al., *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. Lancet, 2018. 392(10157): p. 1553–1598.
15. Thornicroft, G., et al., *Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries*. Br J Psychiatry, 2017. 210(2): p. 119–124.
16. Saxena, S., et al., *Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency*. The Lancet, 2007. 370(9590): p. 878–889.
17. Kakuma, R., et al., *Human resources for mental health care: current situation and strategies for action*. Lancet, 2011. 378(9803): p. 1654–63.
18. Thornicroft, G., T. Deb, and C. Henderson, *Community mental health care worldwide: current status and further developments*. World Psychiatry, 2016. 15(3): p. 276–286.
19. Thornicroft, G., and M. Tansella, *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence*. Br J Psychiatry, 2004. 185: p. 283–90.
20. Charlson, F. J., et al., *Donor Financing of Global Mental Health, 1995–2015: An Assessment of Trends, Channels, and Alignment with the Disease Burden*. PLoS One, 2017. 12(1): p. e0169384.