

# R I S I K O M O D E L L E

RISIKOMODELLE

# WANN UND WO ERKRANKT DIE PSYCHE?

SIEGFRIED WEYERER

**Zeit und Raum spielen bei der Verbreitung von Krankheiten eine wichtige Rolle: Treten Erkrankungen zeitlich und örtlich begrenzt in einer starken Häufung auf, spricht man von einer Epidemie. Zur Wissenschaftsdisziplin der Epidemiologie, die das Auftreten und die Verbreitung von Krankheiten untersucht, gehört auch der in Deutschland lange Zeit vernachlässigte Zweig der psychiatrischen Epidemiologie. Diese beschäftigt sich mit der räumlichen und zeitlichen Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und untersucht dabei beispielsweise, warum manche Erkrankungen in bestimmten Regionen oder zu bestimmten Zeiten häufiger auftreten, was psychische Krankheiten auslösen kann oder ob das therapeutische Angebot auch die tatsächliche Nachfrage deckt.**

# M

Mit der rasanten Ausbreitung des Corona-Virus, aus der in kurzer Zeit eine Pandemie, also eine weltweite Epidemie wurde, ist auch der Begriff der Epidemiologie in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Ursprünglich befasste sich diese Disziplin mit Epidemien übertragbarer Krankheiten – wie nun COVID-19 –, später weitete sich der Gegenstandsbereich aber auf das gesamte Spektrum akuter und chronischer Erkrankungen aus, so dass sich auch der Fachbereich der psychiatrischen Epidemiologie entwickelte. Diese Forschungsrichtung, die in Deutschland lange unterentwickelt blieb, befasst sich mit der räumlichen und zeitlichen Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim, das eine Vorreiterrolle bei der Etablierung der psychiatrischen Epidemiologie in Deutschland spielt, forschen Epidemiologen unter anderem zu Alkoholsucht bei Senioren oder zur stationären Betreuung von Demenzzkranken – in diese Forschungsarbeit soll dieser Beitrag einen Einblick geben.

Inhaltlich wie methodisch arbeiten psychiatrische Epidemiologen mit Partnerdisziplinen wie Klinischen Fächern, Statistik, Sozialwissenschaften und demographischer Forschung zusammen. Denn bei der räumlichen und zeitlichen Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung geht es auch darum, welche Rolle demographische, genetische, Verhaltens- und Umweltfaktoren für die unterschiedliche Häufigkeit spielen, mit der psychische Probleme auftreten – man spricht hier von deskriptiver Epidemiologie. Um Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren von Krankheitsepisoden und Krankheitsfolgen besser zu verstehen, untersuchen wir außerdem die Bedingungen des Auftretens und des Verlaufs psychischer Störungen. Vor allem soll die epidemiologische Forschung Hypothesen zu spezifischen Faktoren, die die Verteilung einer bestimmten Erkrankung in einer definierten Bevölkerungsgruppe beeinflussen, entwickeln und überprüfen. Die Ermittlung individueller Krankheitsrisiken ist vor allem dann wichtig, wenn sich diese mit präventiven Maßnahmen mindern oder ausschalten lassen. Außerdem stellt die Epidemiologie fest, in welchem Umfang Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung besteht und ob dieser Bedarf durch bestehende Einrichtungen gedeckt wird. Dafür sind zusätzlich

sogenannte Feldstudien in der Allgemeinbevölkerung nötig, um Angaben über Anzahl und Art der Krankheitsfälle und der Versorgungsbedürfnisse einer bestimmten Bevölkerung zu erhalten – so lässt sich die Differenz von versorgtem und unversorgtem Bedarf ermitteln.

#### Vier verschiedene Studienarten

In der Epidemiologie unterscheiden wir zwischen Querschnittsstudien, Längsschnittstudien, Fall-Kontroll-Studien und Interventionsstudien. Unter einer Querschnittsstudie versteht man die einmalige Untersuchung einer geographisch definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt. Da mit ihrer Hilfe die Verbreitung, also die Prävalenz von Krankheiten ermittelt wird, bezeichnet man sie auch als Prävalenzstudie. Die im Rahmen von Querschnittsuntersuchungen gewonnenen Prävalenzdaten liefern wichtige Informationen für die Planung im medizinischen und psychosozialen Bereich. Im Vergleich zu Querschnittsuntersuchungen haben sogenannte prospektive Längsschnittstudien, bei denen über einen bestimmten Zeitraum Daten gesammelt werden, vor allem folgende Vorteile: Die Beziehungen zwischen Risikofaktoren und Erkrankungen lassen sich in eine zeitliche Ordnung bringen, die eine

**„Die psychiatrische Epidemiologie beschäftigt sich mit der räumlichen und zeitlichen Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung.“**

Grundvoraussetzung dafür ist, dass man Kausalzusammenhänge erkennt. Sie ermöglichen eine genaue Bestimmung der Inzidenz, des natürlichen Verlaufs und des Ausgangs einer Krankheit.

Dagegen geht man bei Fall-Kontroll-Studien von Personen mit einer bestimmten Krankheit aus (Indexgruppe) und vergleicht diese mit solchen, welche diese Krankheit nicht haben (Kontrollgruppe). Diese Studien bieten sich vor allem dann an, wenn Risikofaktoren für seltene Erkrankungen oder die Wirksamkeit von Interventionen ermittelt werden sollen. Mithilfe von Interventionsstudien oder experimentellen Studien ist es möglich, Ursache-Wirkung-Beziehungen dadurch zu untersuchen, dass der vermutete kausale Faktor bei weitgehender Kontrolle der Untersuchungsbedingungen modifiziert wird. Die randomisierte kontrollierte Studie – randomisiert bedeutet, dass die Probanden zufällig auf Gruppen verteilt werden – ist am besten geeignet, um die Wirksamkeit einer Intervention zu bewerten, und liefert die zuverlässigsten Ergebnisse. Sowohl aus praktischen als auch aus ethischen Gründen sind in der Epidemiologie experimentelle Designs aber häufig nicht möglich, weswegen man auf das Quasi-Experiment zurückgreift. Dieses unterscheidet sich vom Experiment dadurch, dass die Teilnehmer nicht zufällig auf Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt werden, das heißt, man untersucht natürlich existierende, nicht-randomisierte Gruppen – zum Beispiel Demenzkranke in „Special Care Units“ und traditionell integrativ betreute Demenzkranke. Das zentrale Problem solcher Studien ist die sogenannte Selbstselektion der Untersuchungspersonen: Da diese nicht zufällig auf die beiden Gruppen verteilt wurden, sondern ihre Betreuungseinrichtung selbst gewählt haben, können sich dadurch Faktoren ergeben, die das Ergebnis beeinflussen. Beispielsweise können in einer besonderen und dadurch teureren Dementenbetreuung wohlhabende Patienten leben, deren finanziell besser gestellter Lebensstil sich auf ihre Gesundheit ausgewirkt hat, was das Studienergebnis beeinflusst. Im Rahmen von Evaluationsstudien müssen solche Selektionseffekte berücksichtigt und mögliche Störeffekte zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe mithilfe elaborierter Datenanalyseverfahren ausgeglichen werden.

Die zunehmende Lebenserwartung und eine auf niedrigem Niveau stagnierende Geburtenrate wirken sich auf alle Lebensbereiche aus, vor allem auch auf die Epidemiologie und die Versorgung psychischer und körperlicher Erkrankungen. Der demographische Wandel bestimmt in hohem Maß, wie sich die Morbidität, also die Häufigkeit von Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe, und der künftige Bedarf an Versorgungseinrichtungen verändern werden. Beispielsweise ist in den kommenden Jahrzehnten mit einer beträchtlich wachsenden Zahl

pflegebedürftiger Menschen zu rechnen, von denen ein hoher Anteil an einer Demenz leiden wird – weil es generell mehr ältere, vor allem hochbetagte Menschen geben wird. Wegen dieser demographisch bedingten Zunahme von psychischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen wurde die Arbeitsgruppe „Psychiatrische Epidemiologie und demographischer Wandel“ am ZI gegründet. Zwei Forschungsbereiche unserer Arbeitsgruppe stelle ich im Folgenden exemplarisch vor: Alkoholkonsum im höheren Lebensalter als Beispiel für die deskriptive/analytische Epidemiologie sowie Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung als Beispiel für eine quasi-experimentelle Studie.

#### Alkohol im Alter – eine wachsende Herausforderung

Dem Thema Sucht im höheren Alter wurde lange Zeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Aufgrund der demographischen Entwicklung und neuerer epidemiologischer Befunde hat die Fragestellung jedoch erheblich an Bedeutung gewonnen:

- Der Anteil älterer Menschen ist in den vergangenen Jahrzehnten stark gestiegen und wird weiter zunehmen. Wenn man davon ausgeht, dass das Auftreten von Suchtproblemen konstant bleibt, wird sich schon allein dadurch die Gesamtzahl der suchtkranken älteren Menschen erhöhen.
- Es spricht sogar einiges dafür, dass Suchterkrankungen im höheren Alter überproportional steigen werden. Eine maßgebliche Rolle spielt dabei, dass die zwischen 1946 und 1964 geborene Baby-Boom-Generation überdurchschnittlich viel Alkohol konsumiert und dieses Konsummuster im höheren Alter häufig beibehalten wird. Ein Indikator für diese Entwicklung ist der Pro-Kopf-Konsum an Reinalkohol, der in Deutschland von 3,2 Liter im Jahr 1950 auf 12,9 Liter im Jahr 1980 gestiegen ist. Danach ging der Alkoholkonsum leicht zurück, im weltweiten Vergleich gehört Deutschland aber immer noch zu den Hochkonsumländern.
- Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von alkoholkranken Menschen ist in Zukunft mit mehr alt gewordenen Suchtkranken zu rechnen.
- Menschen können aber auch erst im Alter abhängig werden, denn dann gibt es eine Reihe besonderer Risiken für Suchtgefährdung: Mit steigendem Alter sterben vermehrt Partner oder Freunde, nach Beendigung der Berufstätigkeit verkleinert sich das soziale Netzwerk und finanzielle Einbußen sind möglich – all das kann ältere Menschen anfällig machen, zu Suchtmitteln zu greifen. Zudem treten körperliche und psychische Beschwerden wie beispielsweise Schmerzen und Schlafstörungen häufiger auf, und auch Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nehmen zu, was weitere Risiken für eine erhöhte Suchtgefährdung bedeutet.



**APL. PROF. DR. SIEGFRIED WEYERER** ist seit 2000 außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und Leiter der Arbeitsgruppe „Psychiatrische Epidemiologie und demographischer Wandel“ am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI). Nach dem Studium der Psychologie und der Soziologie an den Universitäten München und Salzburg (Österreich) und anschließender Promotion arbeitete er ab 1976 an der Psychiatrischen Universitätsklinik München. Im Rahmen des an der Universität Heidelberg angesiedelten Sonderforschungsbereichs 116 „Psychiatrische Epidemiologie“ war er stellvertretender Projektleiter der Oberbayerischen Feldstudie. 1985 wechselte er an das ZI und habilitierte sich 1994 in Heidelberg für das Fach Epidemiologie. Zu Siegfried Weyerers Forschungsschwerpunkten gehören unter anderem die Untersuchung von Häufigkeit, Verlauf, Risiken und Folgen psychischer Erkrankungen auf verschiedenen Versorgungsebenen.

Kontakt: [siegfried.weyerer@zi-mannheim.de](mailto:siegfried.weyerer@zi-mannheim.de)

Im Vierten Altenbericht der Bundesregierung wurde zu Recht beklagt, dass ältere Menschen in Bevölkerungsstudien nicht oder nur teilweise berücksichtigt werden. Unsere Arbeitsgruppe hat Ergebnisse zu der bislang einzigen größeren Studie zum Alkoholkonsum bei Hochaltrigen in Deutschland veröffentlicht. Im Rahmen einer Hausarztstudie in sechs großstädtischen Regionen Deutschlands wurden mehr als 3.000 Personen ab 75 Jahren, die keine

#### Zentrum zur Erforschung und Behandlung psychischer Störungen

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim verzahnt Krankenversorgung, Forschung und Lehre im Bereich psychischer Störungen. Mit dieser Zielsetzung wurde es im Mai 1975 als Landesstiftung des öffentlichen Rechts mit Mitteln des Bundes, des Landes Baden-Württemberg und der VolkswagenStiftung gegründet. In den vier Kliniken des ZI werden jährlich mehr als 3.000 psychisch kranke Menschen aller Altersstufen mit modernsten Therapiemethoden stationär und teilstationär behandelt. Ergänzend bieten alle vier Kliniken ein breites Spektrum ambulanter Behandlungen an. Gleichzeitig ist das Institut ein weltweit anerkanntes Zentrum innovativer Psychiatrieforschung; es ist eng mit der Universität Heidelberg verknüpft und pflegt zahlreiche wissenschaftliche Kooperationen mit nationalen und internationalen Einrichtungen.

Die Forscher\*innen am ZI haben es sich zur Aufgabe gemacht, neue Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen zu entwickeln und vorhandene Therapien zu verbessern. Vorrangiges Ziel ist es, psychotherapeutische und pharmakologische Wirkmechanismen zu identifizieren, zu etablieren und schließlich zu personalisieren. Die am ZI tätigen Professor\*innen werden von der Universität Heidelberg unter Beteiligung des Zentralinstituts berufen. Sie sind Mitglieder der Universität und erfüllen Lehraufträge insbesondere an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg.

[www.zi-mannheim.de](http://www.zi-mannheim.de)

Demenz hatten und in Privathaushalten lebten, auch nach ihrem aktuellen Alkoholkonsum befragt: rund 50 Prozent der Patienten waren abstinent, rund 43 Prozent hatten einen nicht-riskanten Alkoholkonsum (tägliches Konsum: weniger als 20 Gramm bei Frauen und weniger als 30 Gramm bei Männern), 6,5 Prozent einen riskanten Alkoholkonsum und 0,8 Prozent einen schädlichen Alkoholkonsum (tägliches Konsum: mehr als 40 Gramm bei Frauen und

mehr als 60 Gramm bei Männern). Sowohl beim riskanten Alkoholkonsum (Männer: 12,1 Prozent; Frauen: 3,6 Prozent) als auch beim schädlichen Alkoholkonsum (Männer: 1,2 Prozent; Frauen: 0,5 Prozent) zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

In deutschen Altenpflegeheimen ist der aktuelle Alkoholkonsum relativ niedrig, wie eine von uns durchgeführte repräsentative Studie ergeben hat. Ein großes Problem sind jedoch Bewohner, die bereits eine Alkoholdiagnose haben, wenn sie in das Heim aufgenommen werden. Viele Altenpflegeheime scheinen Versorgungsfunktionen für alt gewordene Alkoholranke zu erfüllen, was vor allem dann eine besondere Herausforderung für die Pflegekräfte ist, wenn Verhaltensprobleme wie aggressives Verhalten auftreten. Auf diese Anforderungen scheinen die Pflegekräfte nur unzureichend vorbereitet zu sein. Eine Schulung des Pflegepersonals im Umgang mit Alkoholkranken, eine adäquate personelle Ausstattung sowie eine konsiliarische Beratung durch Suchtberatungsstellen sind dringend erforderlich.

#### Wie schädlich wirkt sich Alkohol aus?

Welcher Zusammenhang besteht zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungen? Die wenigen epidemiologischen Untersuchungen, die höhere Altersgruppen einschlossen, kamen mehrheitlich zu ähnlichen Befunden wie bei den Jüngeren: Zwischen der Menge des Alkoholkonsums und der Entstehung verschiedener Erkrankungen sowie der Überlebenszeit besteht eine J- oder U-förmige Beziehung. Das heißt, in geringer bis moderater Dosis ist Alkoholkonsum nicht schädlicher als völlige Abstinenz (J-Form) oder sogar günstiger, er entfaltet also eine förderliche Wirkung (U-Form). Höhere Konsummengen hingegen können die physische und psychische Gesundheit umfassend schädigen und sind mit schwerwiegenden sozialen Folgen und erheblich reduzierter Lebenserwartung verknüpft.

Die beschriebenen U- oder J-Zusammenhänge bestätigten sich mehrfach, insbesondere für kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle und für die Mortalität, aber auch für demenzielle Erkrankungen, die den Hauptgrund für schwere Pflegebedürftigkeit im Alter darstellen. An diesen Ergebnissen wird oft kritisiert, dass die positiven Auswirkungen eines leichten oder moderaten Alkoholkonsums dadurch zu erklären sind, dass sich in der Gruppe der Alkoholabstinenten ehemalige Alkoholranke befinden. Studien, die explizit dieser Frage nachgegangen sind, zeigen aber nach wie vor eine signifikante Reduktion des Demenzrisikos, auch wenn ehemalige Alkoholranke aus der Gruppe der Abstinenten ausgeschlossen werden. Demgegenüber besteht kein Zweifel, dass dauerhafter Alkoholmissbrauch das Risiko für das Auftreten kognitiver

**„In den kommenden Jahrzehnten ist mit einer beträchtlich wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen, von denen ein hoher Anteil an einer Demenz leiden wird.“**

Beeinträchtigungen und demenzieller Erkrankungen erheblich erhöht.

Die Befunde, die unsere Arbeitsgruppe erstmals in Deutschland bei 75-jährigen und älteren Menschen erhoben hat, stehen in Einklang mit Ergebnissen aus dem Ausland: Auch nach Kontrolle einer Vielzahl anderer Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Alleinleben, Rauchen, Depression, leichte kognitive Störungen, körperliche Erkrankungen oder genetisches Risiko hatten Personen, die wenig oder mäßig Alkohol tranken, eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit, im Laufe eines Beobachtungszeitraums von drei Jahren an einer Demenz zu erkranken. Bezogen auf alle Demenzen war das Risiko um 29 Prozent niedriger, bezogen auf die Alzheimer-Erkrankung um 42 Prozent.

#### **Stationäre Betreuung von Demenzkranken**

Ein weiteres Gebiet, mit dem sich unsere Arbeitsgruppe beschäftigt, ist die stationäre Betreuung von Demenzkranken. Eigenen Untersuchungen zufolge leiden über zwei Drittel der Bewohner in deutschen Altenpflegeheimen an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Neben den kognitiven Einbußen treten häufig auch psychiatrische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten auf, die die Lebensqualität der Betroffenen, aber auch der Mitbewohner sowie der Pflegepersonen erheblich beeinträchtigen können.

Vor dem Hintergrund dieser Probleme wurden in Hamburg neue Versorgungskonzepte für Demenzkranke mit Verhaltens-

auffälligkeiten entwickelt. Diese können sowohl nach dem „Domusprinzip“ als auch nach dem „Integrationsprinzip“ gestaltet werden: Das Domusprinzip ist eine spezialisierte „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung der Demenzkranken, die getrennt von nicht-dementen Bewohnern (segregativ) gemeinsam in einem demenzgerecht gestalteten Wohnbereich – einer Special Care Unit – leben. Integrationsprinzip (teilsegregative Betreuung) bedeutet, dass Demenzkranke grundsätzlich mit nicht-dementen Bewohnern in einem Wohnbereich zusammenleben, tagsüber aber für eine bestimmte Zeit in einer speziellen Gruppe nur für Demenzkranke betreut werden.

Wie unterscheidet sich die Lebens- und Betreuungsqualität von Demenzkranken, die nach dem Domusprinzip segregativ betreut werden, und Demenzkranken, die nach dem Integrationsprinzip teilsegregativ versorgt werden? In der Stadt Hamburg fanden sich jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile zwischen beiden Gruppen: Im Integrationsprinzip war die Aktivitätenrate höher als im Domusprinzip und ließ sich über die Zeit auch besser aufrechterhalten. Zudem kamen Angehörige häufiger zu Besuch und konnten auch häufiger bei Pflege und Betreuung eingebunden werden. Bei den Bewohnern im Domusbereich wurden dagegen wesentlich häufiger Informationen zur Biographie erhoben, wodurch sich mehr Anknüpfungspunkte für eine individuell abgestimmte und damit bessere Therapie ergaben. Zudem wurden deutlich mehr Demenzkranke gerontopsychiatrisch behandelt, was sich ebenfalls positiv auf deren Therapie auswirkte, weil sie beispielsweise mehr Antidementiva bekamen, die den Krankheitsverlauf etwas aufhalten können.

**„Viele Altenpflegeheime  
scheinen Versorgungsfunktionen  
für alt gewordene  
Alkoholkranke zu erfüllen.“**

# THE WHEN AND WHERE OF MENTAL ILLNESS

SIEGFRIED WEYERER

The aim of psychiatric epidemiology is to determine the occurrence and distribution of mental disorders across people, time and space and to investigate the causes and consequences of these disorders. The practical importance of psychiatric epidemiology lies above all in the development of methods for the prevention and treatment of mental health problems and in the evaluation of the institutions responsible for providing care to the mentally ill.

Increasing longevity and a stagnating low birth rate have affected all areas of modern life, particularly in terms of the epidemiology of mental and physical diseases and the provision of care for those affected. Alterations in morbidity, as well as the future demand for care-providing institutions, will be determined to a great extent by the changing demographics.

The main task of the research group “Psychiatric Epidemiology and Demographic Change” is the planning, coordination and implementation of research projects in the area of descriptive and analytical epidemiology of psychiatric disorders, particularly those occurring in old age. The cited research results are from two areas that are widely neglected in psychiatric epidemiology: alcohol consumption in old age and its impact on dementia, and the evaluation of special care units and traditional care in dementia. ●



**“Psychiatric epidemiology investigates the spatial and temporal distribution of mental illness in a population.”**

ADJ. PROF. DR SIEGFRIED WEYERER has been an adjunct professor at Heidelberg University's Medical Faculty Mannheim and head of the research group “Psychiatric Epidemiology and Demographic Change” at the Central Institute of Mental Health in Mannheim (ZI) since 2000. He studied psychology and sociology at the universities of Munich and Salzburg (Austria) and, after completing his doctorate in 1976, accepted a position at the psychiatric university hospital in Munich. He was part of Collaborative Research Centre 116 “Psychiatric Epidemiology” at Heidelberg University, serving as project leader of the field study in Upper Bavaria. In 1985 he transferred to the ZI, and in 1994 completed his habilitation in epidemiology in Heidelberg. Siegfried Weyerer investigates the frequency, progression, risks and effects of mental illness at various care levels.

Contact: [siegfried.weyerer@zi-mannheim.de](mailto:siegfried.weyerer@zi-mannheim.de)

# „Trotz ihrer Bedeutung ist die psychiatrische Epidemiologie in deutschen Forschungseinrichtungen noch unzureichend institutionalisiert.“

Wir haben auch untersucht, in welchen Bereichen die besondere Dementenbetreuung in Hamburg Vorteile gegenüber der traditionell integrativen Versorgung Demenzkranker bringt, für die wir die Stadt Mannheim als Beispiel genommen haben: Hier schnitt das Hamburger Modellprogramm bei einer Reihe von Indikatoren der Lebensqualität deutlich besser ab. So drückten die Bewohner häufiger positive Gefühle aus, es gab mehr kompetenzfördernde Aktivitäten, Angehörige und Ehrenamtliche wurden stärker eingebunden, die Bewohner hatten mehr Sozialkontakte zum Personal und es gab weniger freiheitsentziehende Maßnahmen und eine bessere gerontopsychiatrische Versorgung.

## Großer Bedarf an mehr Forschung

Das sind zwei Beispiele für eine Forschungsarbeit, die in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg im Vergleich zu anderen westlichen Ländern lange unterentwickelt war. Erst ab Beginn der 1970er-Jahre konnte mit dem an der Universität Heidelberg angesiedelten Sonderforschungsbereich „Psychiatrische Epidemiologie“ das Defizit in der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung zunächst vor allem auf dem Gebiet der deskriptiven Epidemiologie abgebaut werden. Mit einem weiteren in Heidelberg angesiedelten Sonderforschungsbereich über „Indikatoren und Risikomodelle für Entstehung und Verlauf psychischer Störungen“ bekam Deutschland seit Mitte der 1980er-Jahre auch auf dem Gebiet der analytischen Epidemiologie Anschluss an den internationalen Forschungsstand. Das ZI wurde bald nach seiner Gründung Collaborating Centre der Weltgesundheitsorganisation (WHO), so dass unsere Arbeitsgruppe wichtige Impulse für innovative Konzepte zur Betreuung demenzkranker Menschen

in Pflegeeinrichtungen geben konnte. Ebenfalls wichtig für die epidemiologische Forschung in Deutschland, die sich seither auch in der internationalen Zusammenarbeit etablierte, waren seit den 1990er-Jahren Public-Health-Verbünde in mehreren Bundesländern.

Insgesamt jedoch ist in Deutschland die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Epidemiologie psychischer Störungen im Vergleich zu anderen quantitativ bedeutsamen Erkrankungen eher bescheiden. Dabei wäre eine stärkere psychiatrisch-epidemiologische Forschung dringend nötig, wenn man deren versorgungspolitische Relevanz betrachtet: Nicht nur müssen wir, wie zuvor beschrieben, mit mehr älteren Menschen mit psychischen Problemen und Suchterkrankungen rechnen, sondern viele psychische Erkrankungen verlaufen auch chronisch, was einen beträchtlichen Behandlungsbedarf mit sich bringt. Trotz ihrer Bedeutung ist die psychiatrische Epidemiologie in deutschen Forschungseinrichtungen aber noch unzureichend institutionalisiert – während es beispielsweise in den USA seit Jahrzehnten entsprechende Postgraduiertenprogramme für Mediziner und Sozialwissenschaftler gibt, fehlt diese Ausbildungsmöglichkeit hierzulande gänzlich. Eine Änderung dieser Situation ist dringend geboten. ●