



OBSAN BERICHT
15/2020

Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring 2020

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter



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

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorin und Autoren

- Daniela Schuler, Obsan
- Alexandre Tuch, Obsan
- Claudio Peter, Obsan

Unter Mitarbeit von

Isabelle Sturny, Obsan

Reviewboard

- Fabienne Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz
- Monika Diebold, Leiterin Obsan
- Urs Hepp, Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
- Alfred Künzler, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG)
- Clémence Mercay, Obsan
- Lea Pucci, Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Constanze Reim Gautier, Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
- Sacha Roth, Obsan
- Beat Schmid, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
- Niklaus Stulz, Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
- Esther Walter, Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Martin Wicki, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
- Jonathan Zufferey, Obsan

Projektleitung Obsan

Daniela Schuler, Obsan

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 15/2020

Zitierweise

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020*. (Obsan Bericht 15/2020).
Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

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

Originaltext

Deutsch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer 874-2006).

Layout

Obsan

Grafiken

Sektion DIAM, Prepress/Print

Karten

Sektion DIAM, ThemaKart

Titelbild

iStock.com/Matjaz Slanic

Titelseite

Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2020
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2012

ISBN

978-2-940670-00-0



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

Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring 2020

Autorinnen und Autoren

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2020

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4	3 Schutz- und Risikofaktoren	43
1 Einleitung	7	3.1 Schutzfaktoren	44
1.1 Psychische Gesundheit – Psychische Krankheit	7	3.1.1 Hohe Kontrollüberzeugung	44
1.1.1 Begrifflichkeiten und Definitionen	7	3.1.2 Hohe allgemeine Selbstwirksamkeit	45
1.1.2 Zwei-Kontinua-Modell (Keyes)	8	3.1.3 Hohes resilientes Coping	46
1.1.3 Diagnose psychischer Störungen und Handhabung im Bericht	9	3.1.4 Starke soziale Unterstützung	47
1.2 Die Bedeutung psychischer Störungen	9	3.2 Risikofaktoren	50
1.2.1 Verbreitung psychischer Störungen	9	3.2.1 Geringes Bildungsniveau	50
1.2.2 Folgen psychischer Störungen für das Individuum und für die Gesellschaft	11	3.2.2 Migrationshintergrund	50
1.3 Gesundheitspolitik	11	3.2.3 Arbeitslosigkeit oder Invalidität	51
1.3.1 Internationale Policies und Aktivitäten	11	3.2.4 Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems	52
1.3.2 Policies und Aktivitäten in der Schweiz	13	3.2.5 Einsamkeit	52
1.4 Fünfte Auflage des Monitoring-Berichts	16	3.3 Zusammenspiel zwischen Schutz- und Risikofaktoren	56
1.5 Datengrundlage und Methodik	18	4 Inanspruchnahme	59
1.5.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	18	4.1 Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme	60
1.5.2 Medizinische Statistik der Krankenhäuser MS	19	4.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	62
1.5.3 Datenpool SASIS AG	21	4.3 Inanspruchnahme stationärer Leistungen	63
1.5.4 Tarifpool SASIS AG	22	4.3.1 Hospitalisierungsraten	65
1.5.5 Statistik der Invalidenversicherung (IV)	23	4.3.2 Pflagestage	67
1.5.6 Statistik der Todesursachen und Totgeburten	24	4.3.3 Hospitalisierungsraten und Pflagestage: Kantonale Vergleiche	69
1.5.7 Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen SILC	24	4.3.4 Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen	71
1.5.8 Health Behaviour in School-aged Children HBSC	25	4.4 Medikamentenkonsum	75
1.5.9 Methodische Anmerkungen	26	4.4.1 Schlaf- und Beruhigungsmittel	75
2 Psychischer Gesundheitszustand	27	4.4.2 Schmerzmittel	76
2.1 Positive psychische Gesundheit	27	4.4.3 Antidepressiva	76
2.1.1 Lebensqualität	27	5 Spezifische Themenfelder	77
2.1.2 Glücklichein	29	5.1 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen	77
2.1.3 Energie und Vitalität	29	5.2 Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken	82
2.2 Psychische Beschwerden	31	5.2.1 Suizid	83
2.2.1 Psychische Belastung	31	5.2.2 Selbstberichtete Suizidversuche	86
2.2.2 Depressionssymptome und Depression	33	5.2.3 Suizidgedanken	87
2.2.3 Komorbidität	40		

5.3	Kosten psychischer Erkrankungen	89
5.3.1	OKP-Kosten im Psychiatriebereich	90
5.3.2	OKP-Kosten psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen in der Grundversorgung	92
5.3.3	Kosten nicht-ärztlicher Psychotherapien ausserhalb der OKP	92
6	Synthese	93
7	Abkürzungsverzeichnis	98
8	Literaturverzeichnis	99
9	Anhang	110

Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden fünften Monitoring-Bericht gibt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan einen Überblick über die empirischen Fakten zur psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Der Überblick basiert auf verschiedenen repräsentativen Datenquellen. In Abhängigkeit dieser Quellen werden Daten bis in die Jahre 2017, 2018 oder 2019 berücksichtigt.

Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als «ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in dem er etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen» definiert. Diese ressourcen-orientierte Perspektive fokussiert auf die positive psychische Gesundheit, indem sie das menschliche Wohlbefinden und andere positive Aspekte der Psyche ins Zentrum stellt. Dem gegenüber stehen psychische Erkrankungen – in der klinischen Psychologie oftmals als psychische Störungen bezeichnet. Sie beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens und schränken einen Menschen in seinem Alltag ein. Sie können sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler und körperlicher Ebene sowie auf das Verhalten auswirken, und sie gehen einher mit akutem Leiden oder einem deutlich erhöhten Risiko, Schmerz und Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden. Oft beeinflussen sie alle Lebensbereiche, belasten Angehörige und können im schlimmsten Fall sogar zu Suizid führen. Psychische Störungen sind weit verbreitet und zählen zu den häufigsten und am stärksten einschränkenden Krankheiten überhaupt. Dennoch werden psychische Erkrankungen oft nicht erkannt und bleiben vielfach unbehandelt, mit negativen Konsequenzen für das Individuum, sowie auch gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen.

Der Monitoring-Bericht thematisiert den psychischen Gesundheitszustand, Schutz- und Risikofaktoren sowie die Inanspruchnahme von Behandlungen. Zusätzlich werden ausgewählte Themen, wie Invalidität aufgrund psychischer Störungen, fürsorgliche Unterbringungen und freiheitsbeschränkende Massnahmen in psychiatrischen Kliniken, Suizid sowie Kosten psychischer Erkrankungen behandelt. Wo sinnvoll und möglich werden die Ergebnisse in ihrer zeitlichen Entwicklung präsentiert. Zentrale Quelle ist wie bis anhin die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), die mit anderen Erhebungen (Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, IV-Statistik, Statistik der Todesursachen und Totgeburten, Datenpool SASIS AG, Schülerbefragung «Health Beha-

vior of School-Aged Children» HBSC) ergänzt wird. Diese Datenbestände werden periodisch aktualisiert. Die Daten für das Jahr 2020 sind noch nicht erfasst. Die möglichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und die Inanspruchnahme des Versorgungssystems können somit noch nicht abgebildet werden.

Psychischer Gesundheitszustand

Positive psychische Gesundheit: Über 90% der Schweizer Bevölkerung schätzen 2017 ihre *Lebensqualität* als gut oder sogar sehr gut ein und drei Viertel sind ständig oder meistens *glücklich*. Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrer Einschätzung diesbezüglich nicht. Zudem fühlt sich rund die Hälfte der Bevölkerung voller *Energie und Vitalität*. Männer berichten häufiger von diesem positiven Zustand als Frauen. Während die Indikatoren zu Lebensqualität und Glückseligkeit im mittleren Alter eine leichte Baisse zeigen, steigen Energie und Vitalität mit zunehmendem Alter an. Deutlich sind die Unterschiede nach Bildung und nach Grossregion: Personen mit hohem Bildungsniveau (Tertiärstufe) berichten öfters von einer guten Lebensqualität und verspüren mehr Energie und Vitalität als Personen mit einem tieferen Bildungsniveau. Dasselbe gilt für Bewohnerinnen und Bewohner der Zentralschweiz, insbesondere im Vergleich mit Bewohnerinnen und Bewohnern des Tessins.

Psychische Beschwerden: Rund 15% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich 2017 mittel bis stark *psychisch belastet*. In allen Altersgruppen fühlen sich Frauen rund 1,5 Mal häufiger psychisch belastet als Männer. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind es sogar doppelt so viele Frauen wie Männer. Das Ausmass der psychischen Belastung unterscheidet sich auch nach Bildungsniveau. Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung sind häufiger belastet als Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II oder höher. Die regionale Betrachtung zeigt, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner des Tessins und der Genferseeregion deutlich häufiger psychisch belastet fühlen als der Schweizer Durchschnitt. In der Zentral- und Ostschweiz wird dagegen am seltensten von psychischer Belastung berichtet.

Wird spezifisch nach *Depressionssymptomen* gefragt, berichtet im Jahr 2017 über ein Drittel der Bevölkerung von leichten bis schweren Symptomen. Bei rund 3% handelt es sich um eine (eher) schwere, bei 6% um eine mittelschwere und bei 26% um eine leichte Symptomatik. Die Häufigkeit der Depressionssymptome hat zwischen 2012 und 2017 zugenommen. Der Anteil Personen

mit mittelschweren bis schweren Symptomen hat sich insbesondere bei den jungen Männern (16–20 Jahre) und bei den 50- bis 64-jährigen Personen erhöht. Der Anteil an Personen mit einer *diagnostizierten Depression* liegt bei über 5%. Ähnlich wie die Depressionssymptome haben die diagnostizierten Depressionen zwischen 2012 und 2017 zugenommen. Im regionalen Vergleich fällt wiederum das Tessin auf, dessen Werte deutlich über dem Schweizer Durchschnitt liegen. Hingegen berichten Bewohnerinnen und Bewohner der Zentralschweiz am seltensten über Depressionssymptome und diagnostizierte Depressionen. Ganz generell gilt es hier zu beachten, dass die Häufigkeiten der Depressionssymptome und der diagnostizierten Depressionen in der Gesamtbevölkerung unterschätzt sein dürften, da schwer kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, an Befragungen wie der SGB teilzunehmen. Ausserdem werden Personen in Privathaushalten befragt, es finden jedoch keine Befragungen innerhalb von sozial-medizinischen Institutionen (z.B. für Menschen mit psychosozialen Problemen) statt.

Komorbidität: Das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung ist bei psychischen Störungen häufig. Im Jahr 2017 liegen bei Personen mit einer Depression häufiger gleichzeitig zwei oder mehr zusätzliche somatische Erkrankungen vor, als wenn keine Depression besteht. Rund drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung oder schweren Depressionssymptomen haben gleichzeitig starke körperliche Beschwerden.

Schutz- und Risikofaktoren

Ob eine Person eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht, hängt von einer Vielzahl von Einflussgrössen ab. Das können sowohl persönliche Eigenschaften der Person (z.B. bestimmte Persönlichkeitszüge) als auch Merkmale der Umwelt der Person (z.B. familiäres und soziales Umfeld) sein. Solche Einflussgrössen werden in Abhängigkeit von ihrer Wirkung Risiko- oder Schutzfaktoren genannt.

Schutzfaktoren: Die untersuchten Faktoren *hohe Kontrollüberzeugung*, *hohe allgemeine Selbstwirksamkeit*, *hohes resilientes Coping* und *starke soziale Unterstützung* stehen alle in einem protektiven Zusammenhang mit psychischen Beschwerden: Personen, die den jeweiligen Schutzfaktor aufweisen, sind deutlich seltener von psychischen Beschwerden betroffen als Personen ohne diesen Schutzfaktor. Insbesondere sind Personen mit einer hohen Kontrollüberzeugung (4%) – Personen die der Überzeugung sind, ihr eigenes Leben weitgehend selbstbestimmt gestalten zu können – deutlich seltener von psychischen Beschwerden betroffen als Personen mit einer geringen oder mittleren Kontrollüberzeugung (4% vs. 27%). Die Häufigkeiten der untersuchten Schutzfaktoren bewegen sich im Jahr 2017 alle in einem ähnlichen Rahmen, zwischen 30% und 40%.

Risikofaktoren: Die untersuchten Faktoren geringes Bildungsniveau, Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit oder Invalidität, Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems und Einsamkeit stehen alle in einem risikoerhöhenden Zusammenhang mit psychischen Beschwerden. Insbesondere einsame Personen haben ein erhöhtes Risiko, von psychischen Beschwerden betroffen zu sein. Der in der Schweizer Bevölkerung

häufigste (der untersuchten) Risikofaktoren 2017 ist Migrationshintergrund mit einer Häufigkeit von fast 30%. Frauen sind deutlich häufiger von den Risikofaktoren geringes Bildungsniveau, Einschränkungen wegen Gesundheitsproblemen und Einsamkeit betroffen als Männer.

Zusammenspiel zwischen Schutz- und Risikofaktoren: Je mehr der untersuchten Risikofaktoren vorliegen, desto grösser ist der Anteil Personen mit psychischen Beschwerden. Umgekehrt gilt ebenfalls: Je mehr Schutzfaktoren, desto kleiner der Anteil Personen mit psychischen Beschwerden. Es zeigt sich ausserdem, dass Schutzfaktoren ihre protektive Wirkung auch bei Vorhandensein von Risikofaktoren entfalten. Knapp einem Drittel der Bevölkerung stehen die untersuchten Schutzfaktoren nur in geringem Masse zur Verfügung.

Inanspruchnahme

Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme: Der Anteil der Bevölkerung, der sich wegen psychischer Beschwerden behandeln liess, hat im Verlauf der letzten 20 Jahre stetig zugenommen und liegt 2017 bei gut 6%. Der Frauenanteil ist grösser als derjenige der Männer. Die meisten – und vor allem jüngere Personen – wandten sich für die Behandlung an eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Im Vergleich zu früher suchten 2017 deutlich weniger Personen Hilfe für ihre psychischen Beschwerden bei einer Allgemeinmedizinerin bzw. einem Allgemeinmediziner. Anteilsmässig sind es vor allem ältere Personen, die eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt aufsuchten.

Ambulante Leistungen: Die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen hat zwischen 2012 und 2018 – insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen – zugenommen. Dies gilt für die Anzahl Konsultationen pro 1000 Versicherte in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen (+26%), wie auch in der ambulanten Spitalpsychiatrie (+43%). Psychiatrische Praxen werden deutlich häufiger von Frauen aufgesucht als von Männern (60% vs. 40%). In der ambulanten Spitalpsychiatrie hingegen ist die Konsultationsrate der Männer leicht höher als diejenige der Frauen (52% vs. 48%). Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen in nicht-ärztlichen psychotherapeutischen Praxen fehlen.

Stationäre Leistungen: Im Jahr 2018 wurden rund 102'000 Hospitalisierungen aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose gezählt, bei rund 71'000 Patientinnen und Patienten. Dies entspricht einer Rate von 11,9 Behandlungsfällen bzw. 8,3 Patientinnen und Patienten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich zu 2002 hat die Hospitalisierungsrate auf Fallebene um 27% und auf Patientenebene um 13% zugenommen. Auch die Raten bei den Kindern und Jugendlichen sind im stationären Bereich vergleichsweise stark gestiegen. Die mittlere Anzahl Pflage tage pro Klinikaufenthalt hat sich zwischen 2002 und 2018 deutlich reduziert und der Anteil Patientinnen bzw. Patienten mit mehr als einem Klinikaufenthalt pro Jahr hat sich im selben Zeitraum von 22% auf 30% erhöht. Diese Entwicklung ist möglicherweise Folge einer stärkeren Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Angeboten. Insbesondere der

Transfer von chronisch beeinträchtigten Patientinnen und Patienten in ambulante und teilstationäre Versorgungsstrukturen führt im stationären Bereich zu häufigeren kürzeren Aufenthalten. Bei Frauen stehen oftmals andere Störungsbilder im Zentrum als bei Männern. Diese Unterschiede sind zudem altersabhängig. Jedoch gehören Diagnosen aus der Gruppe der Depressionen (F32–F33) sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu den häufigsten Hauptdiagnosen bei einem stationären Aufenthalt.

Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen: 2018 gab es fast 14'000 Fälle von *Fürsorgerischer Unterbringung* in psychiatrischen Einrichtungen. Dies entspricht rund einem Fünftel aller stationären Psychiatrie-Fälle in der Schweiz. Wie schon in den Vorjahren gibt es auch 2018 eine hohe Variabilität der kantonalen Raten fürsorgerischer Unterbringung. Die unterschiedliche kantonale Gesetzgebung, d.h. vor allem die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Anordnungen fürsorgerischer Unterbringungen, wird als mögliche Erklärung für die deutlichen kantonalen Unterschiede angeführt.

Innerhalb der Kliniken wurden bei rund 7% aller Psychiatrie-Fälle *Freiheitsbeschränkende Massnahmen* angewandt. Es handelt sich dabei um Isolationen, Fixierungen, Festhalten und Zwangsmedikationen sowie bewegungseinschränkende Massnahmen im Stuhl und im Bett. Am häufigsten kam Isolation (6%) zum Einsatz, gefolgt von Zwangsmedikation (3%).

Medikamentenkonsum: Rund 4% der Schweizer Bevölkerung nehmen im Jahr 2017 täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, rund 6% verwenden täglich Schmerzmittel. Bei Frauen ist der tägliche Konsum solcher Medikamente weiter verbreitet als bei Männern, und auch mit zunehmendem Alter sowie bei erhöhter psychischer Belastung wird er häufiger. Der Geschlechterunterschied zeigt sich auch beim Konsum von Antidepressiva. Der tägliche Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln und Antidepressiva blieb in den letzten 5 Jahren mehrheitlich stabil, hat jedoch in den Jahren zuvor punktuell zugenommen. So hat sich der Anteil bei den Antidepressiva über die letzten 10 Jahre von rund 3% auf 4% der Schweizer Bevölkerung erhöht.

Spezifische Themenfelder

IV-Renten aufgrund psychischer Störungen: Psychische Erkrankungen sind seit Jahren die häufigste Invaliditätsursache. Im Jahr 2018 haben in der Schweiz mehr als 215'000 Personen eine IV-Rente bezogen und bei fast der Hälfte (47%) war der Berentungsgrund eine psychische Erkrankung. Obwohl der totale Bestand aller IV-Berenteten seit Jahren rückläufig ist, bleibt die Rate der IV-Renten aufgrund psychischer Erkrankung konstant hoch bei rund 20 Bezügerinnen und Bezüger pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Entgegen dem seit 2003 überwiegend abnehmenden Trend bei den Neurenten, zeigen die Neurenten aufgrund von psychischen Erkrankungen bei den 18- bis 24-Jährigen eine steigende Tendenz.

Suizid, Suizidversuche und Suizidgedanken: Im Jahr 2017 haben sich in der Schweiz 1043 Personen durch *nicht-assistierte Suizid* das Leben genommen. Das sind im Durchschnitt fast drei Suizide pro Tag und mehr als vier Mal so viele Todesfälle wie durch Strassenverkehrsunfälle. Die Suizidrate ist in den letzten 20

Jahren deutlich gesunken; dies vor allem aufgrund des Rückgangs bei den Schusswaffensuiziden. Trotzdem bleibt Suizid die häufigste Todesursache bei den 19- bis 34-Jährigen. Bei den *assistierten Suiziden* zeigt sich ein anderes Bild. Diese haben bis 2015 deutlich zugenommen und sich dann bei rund 1000 Suiziden pro Jahr eingependelt. Sie liegen damit auf einem ähnlichen Niveau wie diejenige der nicht-assistierte Suizide. Weiter fällt auf, dass Männer und Frauen ungefähr gleich häufig assistierte Suizid begehen – im Gegensatz zum nicht-assistierten Suizid, welcher bei Männern dreimal häufiger vorkommt.

In der Schweizer Bevölkerung haben 4% der Frauen und 3% der Männer in ihrem Leben einen *Suizidversuch* unternommen. Ausserdem gaben 2017 rund 8% der Schweizer Bevölkerung an, im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung *Suizidgedanken* gehabt zu haben. Suizidgedanken haben seit 2012 zugenommen; damals betrug der Anteil etwas mehr als 6%.

Kosten psychischer Erkrankungen: Die obligatorischen Krankenpflegeversicherungskosten (OKP) im Psychiatriebereich (Spitalpsychiatrie stationär und ambulant, sowie ambulante psychiatrische Praxen) machten 2018 mit 2 Milliarden Franken 6% der gesamten OKP-Kosten aus. Die Kosten in der stationären Spitalpsychiatrie sind zwischen 2017 und 2018 um fast ein Viertel zurückgegangen, was vermutlich auf eine verzögerte Abrechnung von OKP-Leistungen aufgrund der Einführung von TARPSY zurückzuführen ist. Es ist zu erwarten, dass die Zahlen für 2019 entsprechend höher ausfallen. In den ambulanten Bereichen, die nicht von TARPSY betroffen sind, haben die Kosten dagegen weiterhin zugenommen. Betrachtet man die Entwicklung der totalen Kosten im Psychiatriebereich pro versicherte Person zwischen 2012 und 2017, ist eine Zunahme von +13% auszumachen. Im Vergleich dazu haben die OKP-Gesamtkosten im selben Zeitraum um +18% zugenommen.

Fazit

Insgesamt zeigen die Analysen, dass weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, geringer Bildungsgrad und Wohnregion Tessin oder (Grossregion) Genfersee mit einer schlechteren psychischen Gesundheit und einer geringeren Verfügbarkeit von Schutzfaktoren zusammenhängen. Auf spezifischer Ebene ist die Zunahme der psychischen Depressionssymptomatik bei den jungen Männern sowie bei den 50- bis 64-jährigen Personen hervorzuheben. Der Stärkung der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung kommt damit weiterhin eine grosse Relevanz zu. Die Bedeutung der steigenden Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Kontext kann nicht eindeutig auf bestimmte Ursachen, wie beispielsweise eine negative Entwicklung der psychischen Gesundheit, zurückgeführt werden. Sie kann auch als Zeichen eines geänderten patientenseitigen Verhaltens, eines angebotsinduzierten Effekts oder einer höheren Bereitschaft, über psychische Probleme zu sprechen, interpretiert werden. Die Verwendung verschiedener Datenquellen erlaubt eine breite, jedoch lückenhafte Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung, der Risiko- und Schutzfaktoren, sowie der Inanspruchnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen.

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. «Psychische Gesundheit» steht hier als Überbegriff für einen umfassenden Themenbereich und subsummiert den psychischen Gesundheitszustand – positiv wie negativ – der Bevölkerung, wie auch die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung, deren Kosten usw. Im Sinne der Gesundheitsberichterstattung ist der Bericht auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt und bezieht sich daher in weiten Teilen auf die Themen der vier vorherigen Monitoring-Berichte zur psychischen Gesundheit in der Schweiz (Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007; Schuler et al., 2016). Bevor ab Kapitel 2 die Ergebnisse des Monitorings präsentiert werden, erfolgt eine kurze Übersicht zu den Konzepten psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit im engeren Sinne (1.1), zur Bedeutung psychischer Störungen hinsichtlich Verbreitung, Häufigkeitsentwicklung bzw. Folgen für Individuum und Gesellschaft (1.2) sowie zur Gesundheitspolitik im Bereich psychischer Gesundheit auf internationaler, nationaler und kantonaler Ebene (1.3).

Eines vorweg – die Erarbeitung des vorliegenden Monitoring-Berichts erfolgte im Jahr 2020, und damit in einer Zeit, in welcher das Leben der Menschen in beispiellosem Masse durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst wurde. Die gesamtgesellschaftlichen, nationalen wie internationalen Folgen sind auch heute noch kaum abschätzbar. Zahlreiche Studien untersuchen, inwiefern sich diese Pandemie auf die psychische Gesundheit auswirkt (z.B. BPtK, 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Salari et al., 2020; Serafini et al., 2020; Sher, 2020). Der vorliegende Monitoring-Bericht basiert jedoch auf bereits existierenden, nationalen repräsentativen Datenbeständen, die periodisch aktualisiert werden (vgl. 1.5). Die Daten für das Jahr 2020 sind entsprechend noch nicht erfasst. Die möglichen Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit und die Inanspruchnahme des Versorgungssystems werden somit noch nicht abgebildet.

1.1 Psychische Gesundheit – Psychische Krankheit

1.1.1 Begrifflichkeiten und Definitionen

Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als «Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann» (Becker et al., 2004; WHO Regional Office for Europe, 2019). «Zustand» ist nicht als statisch und überdauernd zu verstehen. Vielmehr ist psychische Gesundheit ein vielschichtiger, dynamischer Prozess, der von individuellen Merkmalen und auch massgeblich von äusseren Faktoren, wie den sozialen Umständen, in denen sich Menschen befinden, oder der Umgebung, in der sie leben, beeinflusst wird (WHO, 2001; WHO Regional Office for Europe, 2019; Becker et al., 2004).

Verschiedene Autoren definieren psychische Gesundheit als Wohlbefinden (engl.: wellbeing) mit verschiedenen Komponenten bzw. Dimensionen (z.B. Keyes, 2002; Deci & Ryan, 2000; Seligman, 2012). Keyes (2002) unterscheidet beispielsweise emotionales, psychisches und soziales Wohlbefinden: Emotionales Wohlbefinden umfasst positive Emotionen, Glück, Lebenszufriedenheit (hedonistische Perspektive), psychisches Wohlbefinden meint psychologisches Funktionieren, persönliches Wachstum, Ausschöpfen des eigenen Potenzials (eudaimonische Perspektive) und soziales Wohlbefinden ist gegeben, wenn gute Beziehungen mit anderen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft bestehen.

Psychische Störungen beeinträchtigen das Erleben und Verhalten der Betroffenen. Sie gehen mit von der Norm abweichenden Veränderungen der Wahrnehmung, Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen einher (WHO Regional Office for Europe, 2019; WHO, 2019a). Psychische Störungen beeinträchtigen die Menschen in ihrem Alltag, verunsichern, können Angst machen und ihre Freiheit empfindlich einschränken. Meist leiden die betroffenen Personen selbst, wie auch ihr Umfeld unter der Symptomatik.

Hinsichtlich der Angemessenheit der Begriffe «psychische Störung» und «psychische Erkrankung» bzw. «psychische Krankheit» herrscht eine gewisse Unklarheit. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schreibt dazu Folgendes: «Im psychiatrischen Kontext wird oft der Begriff «Psychische Störung» verwendet. Se-

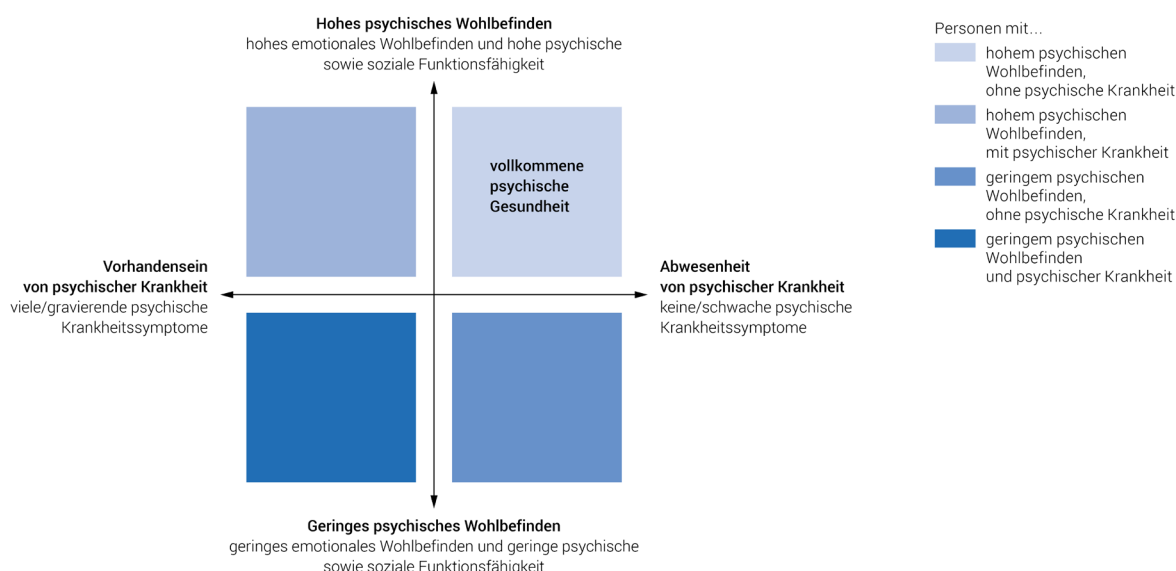
mantisch wird dadurch die Dysfunktion betont. Der Begriff «Psychische Erkrankung» verweist auf den Krankheitswert und den Krankheitsverlauf, die Behandlung, die Pflege und die Betreuung einer Person» (BAG, 2015b, S. 15). Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe synonym verwendet. Der Begriff psychische Beschwerden wird breiter definiert und umfasst sowohl Krankheiten als auch Symptome ohne Krankheitswert.

1.1.2 Zwei-Kontinua-Modell (Keyes)

Laut der Verfassung der WHO ist Gesundheit «ein Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (WHO, 1946). Das hat auch im Bereich der psychischen Gesundheit zur Entwicklung verschiedener Modelle für die Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit geführt. Mehrheitlich wurde von einem **bipolaren Konzept** ausgegangen. Dieses versteht Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums, auf dem man sich auf die eine oder andere Seite bewegen kann. Man ist somit nicht entweder gesund oder krank (dichotom), sondern mehr oder weniger gesund bzw. krank (Antonovsky, 1997; Lippke & Renneberg, 2006). Forschungsarbeiten zeigen aber, dass ein eindimensionaler Ansatz nicht ausreicht, um die Datenlage im Bereich psychischer Gesundheit bzw. Krankheit befriedigend zu erklären. Dieser Umstand führte u.a. zur Entwicklung des sogenannten **Zwei-Kontinua-Modells**, welches den empirischen Fakten besser entspricht (Keyes, 2005).

Wie Grafik G 1.1 illustriert, betrachtet das Modell psychische Krankheit und Gesundheit als zwei unterschiedliche, jedoch nicht vollständig unabhängige Dimensionen und nicht als Pole eines eindimensionalen Kontinuums (Keyes, 2005, 2007; Westerhof & Keyes, 2010). Das eine Kontinuum beschreibt die An- bzw. Abwesenheit von psychischen Krankheiten (resp. Beschwerden) und das andere die An- bzw. Abwesenheit von psychischem Wohlbefinden (positive psychische Gesundheit). Da die beiden Dimensionen nur zu einem gewissen Grad miteinander zusammenhängen, bedeutet dies, dass ein Mensch bei der Dimension der psychischen Krankheit eine andere Ausprägung aufweisen kann als beim psychischen Wohlbefinden. So kann jemand beispielsweise als nicht psychisch krank gelten – also frei von Krankheitssymptomen sein – und sich trotzdem als nicht psychisch gesund fühlen. Im Modell entspricht dies dem Quadranten rechts unten «Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden, ohne psychische Krankheit». Die Abwesenheit von psychischer Krankheit impliziert somit nicht automatisch das Vorhandensein von psychischem Wohlbefinden. Aber auch das Fehlen von psychischem Wohlbefinden ist nicht mit dem Vorhandensein von psychischer Krankheit gleichzusetzen. Es ist aber auch möglich, gleichzeitig Wohlbefinden und psychische Krankheit zu erleben oder umgekehrt, weder psychisch krank zu sein noch gutes Wohlbefinden aufzuweisen. Die «vollkommene» psychische Gesundheit lässt sich gemäss Modell als eine Kombination aus hohem emotionalem Wohlbefinden, psychischer und sozialer Funktionsfähigkeit, sowie Abwesenheit von psychischer Krankheit definieren.

G 1.1 Zwei-Kontinua-Modell Psychischer Gesundheit



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Keyes (2005, 2007) und Westerhof & Keyes (2010)

© Obsan 2020

Das Modell impliziert, dass eine Reduktion von psychischen Krankheiten in der Gesellschaft nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung der psychischen Gesundheit führt, sondern dass psychische Gesundheit – d.h. das emotionale Wohlbefinden und die psychische sowie soziale Funktionsfähigkeit – aktiv gefördert werden muss.

1.1.3 Diagnose psychischer Störungen und Handhabung im Bericht

Trotz der Komplexität der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit ist in der Praxis die dichotome Einteilung von Personen in gesund oder krank oftmals erforderlich (z.B. bei der Entrichtung von Krankenversicherungs- oder Sozialleistungen). Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die «Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10» der WHO (vgl. Kasten: «Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-11») oder das «Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen DSM-5» der American Psychiatric Association (APA, 2013 bzw. Falkai & Wittchen, 2015) geben verbindliche Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert zu bezeichnen ist. Zur Vergabe einer Diagnose müssen die Symptome je nach lebensgeschichtlicher Lage und soziokulturellem Rahmen eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit und Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder zur Beeinträchtigung des Funktionierens führen (Scharfetter, 2002). Die Diagnosestellung erfolgt durch eine klinische Fachperson. Wo genau die Grenze zwischen «gesund» und «krank» gezogen werden soll, ist in vielen Fällen allerdings nicht eindeutig zu beantworten (Jacobi & Barnikol, 2015).

Der vorliegende Bericht basiert grösstenteils auf Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS). Die SGB ist eine Bevölkerungsbefragung via Telefon und Fragebogen (vgl. 1.5.1), bei welcher sich die befragten Personen selbst einschätzen hinsichtlich Gesundheits- oder Verhaltensfragen. Es handelt sich in diesem Fall nicht um eine Diagnosestellung einer klinischen Fachperson. Im Bericht wird daher nicht von psychischen Erkrankungen bzw. Störungen, sondern von *psychischen Problemen*, *psychischer Belastung* oder *Depressionssymptomen* gesprochen. Eine Ausnahme bildet die SGB-Frage nach einer Depression und deren Diagnose im letzten Jahr.

Dagegen bezieht sich die MS (vgl. 1.5.2) auf Hospitalisierungen in Spitälern und Kliniken, bei welchen eine Diagnosestellung durch eine Fachperson Pflicht ist. Das heisst, dass das Unterkapitel zur stationären Inanspruchnahme (4.3) Bezug nimmt auf diagnostizierte psychische Störungen. Daher kann auch auf die Verteilung der unterschiedlichen Diagnosegruppen eingegangen werden.

Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-11

Die WHO hat im Mai 2019 die elfte Version ihres Klassifikationssystems für medizinische Diagnosen, die ICD-11 verabschiedet (für mehr Informationen, siehe WHO: <https://icd.who.int/en>). Die ICD-11 soll offiziell am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Ein Datum zur Einführung der ICD-11 in der Schweiz ist noch nicht bekannt. Augenfällig ist die neue Kodierstruktur, die in der ICD-11 entsprechend den aktuellen medizinischen Erkenntnissen vollkommen überarbeitet wurde. Eine wegweisende Änderung betrifft die Geschlechtsinkongruenz (ICD-10: Transsexualismus), die vom Kapitel der psychischen Störungen (ICD-10) in ein neues Kapitel zu sexueller Gesundheit verschoben wurde. Ausserdem wurden im Bereich der psychischen Krankheiten neu z.B. Spielsucht, Zwanghaftes Sexualverhalten und Trennungsangst in den Katalog aufgenommen, die Kategorie der Hyperkinetischen Störungen wurde ersetzt mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) und der Abschnitt zu den Persönlichkeitsstörungen wurde komplett überarbeitet.

1.2 Die Bedeutung psychischer Störungen

1.2.1 Verbreitung psychischer Störungen

Epidemiologische Zahlen zur Verbreitung psychischer Störungen bilden die Basis, um Prävention und Therapie sowie Gesundheitsförderung und Rehabilitation zielgerecht zu planen (Jacobi et al., 2017). Wittchen und Jacobi stellten 2005 fest, dass fast jede zweite Person irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt. Aus ihrer vielzitierten, 2011 veröffentlichten Übersichtsarbeit, in welcher Studien aus den damaligen EU-27-Staaten sowie aus der Schweiz, aus Island und Norwegen einbezogen wurden, ging hervor, dass pro Jahr mehr als ein Drittel der betroffenen europäischen Bevölkerung – d.h. etwa 164,7 Millionen Menschen – an einer psychischen Störung erkranken. Am häufigsten sind Angststörungen (14,0%), affektive Störungen (7,8%) – mit 6,9% hauptsächlich Depressionen – somatoforme Störungen (4,9%) und Störungen durch Alkohol (3,4%). Frauen sind, mit Ausnahme von Substanz- und psychotischen Störungen, etwa zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer. Zwischen den Ländern oder den Kulturen wurden, ausser bei den Substanzstörungen, keine substanziellen Unterschiede gefunden (für spezifische Angaben für die Schweiz vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003; sowie Maercker et al., 2013).

Die zweite Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS-2) liefert aktuellere Daten zur **Häufigkeit von Depressionssymptomen**. Die Erhebung wurde zwischen 2013 und 2015 in allen Mitgliedstaaten der EU (sowie in Island, Norwegen und der Türkei) durchgeführt; die Schweiz hat an der Befragung nicht teilgenommen. Im EU-Durchschnitt berichten 6,6% der Personen von mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen (in den letzten zwei Wochen),

wobei Frauen (7,9%) eine höhere Prävalenz aufweisen als Männer (5,2%). Deutschland liegt mit 9,2% höher als der EU-Durchschnitt und höher als die meisten anderen EU-Mitgliedstaaten (Hapke et al., 2019). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat Deutschland europaweit die höchste Prävalenzrate depressiver Symptome (11,5%), was insbesondere auf eine Zunahme bei jüngeren Frauen zurückgeführt wurde (Hapke et al., 2019; Bretschneider et al., 2018).

Der jüngste Bericht von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Europäischen Kommission stellt fest, dass psychische Gesundheitsprobleme wie Depressionen, Angststörungen sowie Alkohol- und Drogenkonsumstörungen im Jahr 2016 mehr als jeden sechsten Menschen in der EU betreffen (OECD/EU, 2018).

Eine globale Beurteilung der **Entwicklung der Häufigkeit** von psychischen Störungen ist schwierig, da aktuelle, longitudinale Daten auf nationaler Ebene häufig nicht vorhanden sind (vgl. z.B. Nowotny et al., 2019 für Österreich), oder sich die Entwicklungen in den einzelnen Ländern unterscheiden. Deutsche Studien weisen auf eine stabile Prävalenz der psychischen Störungen hin. Ein Vergleich von zwei repräsentativen Erhebungen (Zusatzmodul «Psychische Gesundheit» der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, 2009–2012; Bundesgesundheitsurvey, 1998) zeigt weder für Depressionen noch für die Gesamtheit sämtlicher psychischer Störungsbilder eine signifikante Zunahme der Jahresprävalenzen (Jacobi et al., 2014; Bretschneider et al., 2018). Amerikanische Studien berichten hingegen von einer Zunahme von Depressionen in der Gesellschaft, insbesondere bei Jugendlichen (Blue Cross Blue Shield, 2018; Weinberger et al., 2018).

Obwohl die Literatur vielfach auf eine **Prävalenzstabilität** von psychischen Krankheiten in der Bevölkerung hinweist, wird verschiedentlich von einer **Zunahme der Inanspruchnahme** des Versorgungssystems aufgrund psychischer Störungen berichtet (Jacobi et al., 2017; Jorm et al., 2017; Nübel et al., 2019; OECD/EU, 2018; Schuler et al., 2019). Eine Studie aus Deutschland zeigt bspw. anhand Analysen der telefonischen Gesundheitsbefragung «Gesundheit in Deutschland aktuell» (GEDA), dass die Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depressionen in der Erwachsenenbevölkerung von 6,3% im Jahr 2009 auf 8,0% im Jahr 2012 anstieg. Diese Entwicklung wurde bei Frauen und Männern beobachtet (Thom et al., 2019). Da es bei der Gesamtbevölkerung in derselben Zeitperiode keine Hinweise auf eine erhöhte Morbidität gibt, deuten die Autoren ihre Ergebnisse als Veränderung in der patientenseitigen Inanspruchnahme sowie der ärztlichen Diagnosestellung, -dokumentation und -kommunikation (Thom et al., 2019). Trotz allem bleiben viele psychische Störungen unbehandelt: Eine in Deutschland durchgeführte Studie zeigt, dass unter den befragten Personen mit einer depressiven Symptomatik rund zwei Drittel innerhalb eines Jahres keine psychothe-

rapeutische oder psychiatrische Behandlung aufgenommen haben (Rommel et al., 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die *Bern Epidemiological At Risk (BEAR) Study*: Gemäss Michel et al. (2018) sind über neun von zehn (93%) der 16- bis 40-jährigen, *aktuell* von Symptomen einer psychischen Störung betroffenen Personen zum Zeitpunkt der Befragung nicht in einer psychiatrisch-psychologischen Behandlung (professionell: durch psychiatrische oder psychologische Fachkräfte; semi-professionell: durch Hausärzte oder andere medizinische Spezialisten). 28,3% der Personen mit einer psychischen Symptomatik sind zwar aktuell nicht in Behandlung, haben sich in der Vergangenheit aber schon Hilfe gesucht. Rund 65% haben noch nie Kontakt zu einer Fachperson aufgenommen. Viele Personen suchen sich erst Hilfe, wenn sich die psychischen Beschwerden negativ auf ihre Funktionsfähigkeit auswirken (Michel et al., 2018).

Neben Prävalenzangaben wird die Bedeutung von Erkrankungen für eine Bevölkerung oft mittels Quantifizierung der so genannten **Krankheitslast** beschrieben. Die Krankheitslast (burden of disease) einer Bevölkerung entspricht der Abweichung des momentanen Gesundheitszustands von der idealen gesundheitlichen Situation (Murray & Lopez, 1996). Masszahl dafür sind die DALYs (disability-adjusted life years bzw. die behinderungsbereinigten Lebensjahre). Die DALYs für die potenzielle Anzahl an gesunden Lebensjahren, die durch Krankheit und Behinderung sowie frühzeitiger Sterblichkeit verlorenen gingen; sogenannte verlorene, gesunde Lebensjahre.

Gemäss der Global Burden of Disease (GBD) Studie ist die durch psychische Störungen induzierte Krankheitslast weltweit gross (GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018). In der Schweiz verursachten psychische Störungen im Jahre 2017 insgesamt 13,9% aller DALYs (weitere 1,9% durch Selbstschädigung).¹ Damit stehen psychische Störungen in Sachen Krankheitslast hinter Krebs (16,4%) und den Erkrankungen des Bewegungsapparats (15,1%) an dritter Stelle noch vor kardiovaskulären Erkrankungen (12,9%). Innerhalb der psychischen Störungen verursachen Alzheimer und andere Formen der Demenz (27,6%), Depressionen (19,3%) und Angststörungen (14,7%) die meisten DALYs, bzw. die höchste Krankheitslast. Diese Rangfolge gilt nicht für die Männer, da Störungen durch psychotrope Substanzen für die höchste Krankheitslast innerhalb der psychischen Störungen verantwortlich sind. Über alle psychischen Störungen gesehen verlieren Frauen in der Schweiz mehr gesunde Lebensjahre als Männer. Bei den Frauen werden 15,5% aller DALYs auf psychische Störungen zurückgeführt, bei den Männern sind es 12,2%. Die hier dargestellten Prozentanteile für die Schweiz sind vergleichbar mit den Zahlen anderer westeuropäischer Staaten, und sie haben sich in den vergangenen Jahren nicht substantiell verändert.

¹ Quelle: Global Health Data Exchange (<http://ghdx.healthdata.org/>). Für die psychischen Störungen wurden die GBD-Kategorien B 5.1 Alzheimer's disease and other dementias, B6 Mental disorders, sowie B7 Substance use disorders berücksichtigt.

1.2.2 Folgen psychischer Störungen für das Individuum und für die Gesellschaft

Es wurde schon darauf hingewiesen, dass bei psychischen Störungen die **Krankheitslast** – die Lebenszeit, die Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung verbringen – besonders ausgeprägt ist. Aber auch die allgemeine **Lebensqualität** psychisch kranker Menschen ist im Vergleich zu anderen Personen deutlich geringer. Erfahrungen von Leiden und Machtlosigkeit, Perspektivlosigkeit sowie das Erleben von Stigmatisierung sind zentrale Faktoren für die erfahrene Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen (z.B. Dey et al., 2020; Peter et al., 2019). Psychische Störungen haben insofern häufig schwere Folgen, als dass sie sich nicht selten auf alle Lebensbereiche auswirken. Oft ist beispielsweise die Arbeitstätigkeit betroffen, was sich in Form einer krankheitsbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Fehlzeiten äussern kann (z.B. Baer et al., 2013). Eine Studie aus Deutschland zeigt, dass viele (teil)stationär behandelte Personen nach Entlassung aus der Psychiatrie nicht wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, was auf die Notwendigkeit einer Unterstützung beim Wiedereinstiegsprozess hinweist (Mernyi et al., 2018). Im schweizerischen Kontext wurde darauf hingewiesen, dass Kontakte zwischen den Führungskräften von psychisch beeinträchtigten Mitarbeitenden und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu einem besseren Arbeitsverhältnis beitragen können (Baer, 2017).

Psychische Erkrankungen sind in der Schweiz seit Jahren die **häufigste Invaliditätsursache** (Baer, 2017), insbesondere bei jungen Personen und Personen im mittleren Alter (vgl. 5.1). Im Weiteren sind psychische Störungen eine Hauptursache für (nicht-assistierte) Suizide (vgl. 5.2). Viele Personen mit einer chronischen psychischen Erkrankung leiden zusätzlich an schweren körperlichen Krankheiten (vgl. 2.2.3). Psychische Erkrankungen sind daher mit einer erhöhten somatisch bedingten **Mortalität** assoziiert. Diese erhöhte Sterblichkeit ist mehrheitlich (zu gut 60%) auf eine Zunahme natürlicher Todesursachen zurückzuführen und zu knapp 40% auf eine Häufung unnatürlicher Todesursachen (Suizid, Unfälle, Gewalttaten) (Walker et al., 2015). Unter den natürlichen Todesursachen finden sich vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, onkologische Erkrankungen und schwere Infektionen (Lesage et al., 2015; Liu et al., 2017). Die verkürzte Lebenserwartung beträgt bei psychisch kranken Personen durchschnittlich zehn Jahre. Bei Personen mit schweren psychotischen, bipolaren und depressiven Erkrankungen sind es bis zu zwanzig Jahre (Liu et al., 2017).

Neben dem Leid, das psychische Störungen für die Direktbetroffenen mit sich bringen können, führen sie auch häufig zu einer starken **Belastung der Angehörigen**. Eltern, Partner, Geschwister oder Kinder psychisch kranker Personen sind psychisch unausgeglichen, verfügen über eine schlechtere Gesundheit, gehen öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt und sind häufiger in akutsomatischen Spitälern hospitalisiert (z.B. Baer & Cahn, 2009a; Dey et al., 2019). Auf gesellschaftlicher Ebene sind auch die finanziellen Auswirkungen zu nennen. Neben den direkten **Kosten**, welche

durch Behandlungen psychischer Störungen entstehen, sind insbesondere die indirekten Kosten, die z.B. durch Produktivitätseinbussen oder Arbeitsabsenzen anfallen, von grosser Bedeutung. Der 2018 veröffentlichte Bericht der OECD und der Europäischen Kommission schätzt die Gesamtkosten psychischer Erkrankungen auf über 600 Milliarden Euro – oder mehr als vier Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP) – in den 28 EU-Ländern (OECD/EU, 2018). Die Kosten setzen sich aus einer geringeren Erwerbsbeteiligung und einer geringeren Produktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen (240 Mrd. EUR, resp. 1,6 Prozent des BIP), aus höheren Ausgaben der Sozialversicherungen (170 Mrd. EUR, resp. 1,2 Prozent des BIP) sowie aus direkten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zusammen (190 Mrd. EUR, bzw. 1,3 Prozent des BIP). Für die Schweiz wurden Gesamtkosten in der Höhe über 21 Mrd. EUR (3,5% des BIP) angegeben (OECD/EU, 2018).

1.3 Gesundheitspolitik

Die Gesundheit und damit auch die psychische Gesundheit hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, wird entsprechend ein sektorenübergreifender Ansatz verfolgt, der neben der Gesundheitspolitik weitere Sektoren, wie z.B. den Bildungs- und Wirtschaftssektor, umfasst («Health in All Policies»; Favre Kruit & Kessler, 2015; WHO, 2014a). In den folgenden Abschnitten werden internationale und nationale Policies und Aktivitäten vorgestellt, die primär dem Gesundheitssektor zuzuordnen sind. Es handelt sich hierbei um eine Auswahl, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

1.3.1 Internationale Policies und Aktivitäten

Die Relevanz der psychischen Gesundheit, nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gesellschaft und für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital, wird in der Politik auf internationaler Ebene mittlerweile anerkannt. So wurde die psychische Gesundheit z.B. in den globalen Referenzrahmen für nachhaltige Entwicklung, in die «Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung» (UNO Generalversammlung, 2015), aufgenommen. Die **Agenda 2030** identifiziert die wichtigsten globalen Herausforderungen und setzt die Leitlinien sowie die Prioritäten der nachhaltigen Entwicklung für die nächsten Jahre. Das Kernstück sind die 17 globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG), die bis 2030 von allen UNO-Mitgliedstaaten erreicht werden sollen. Ziel 3 betrifft die Gesundheit: «Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern». Eines der Unterziele davon (3.4) will «bis 2030 die vorzeitige Sterblichkeit an nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden fördern» (WHO Regional Office for Europe, 2018). Die Zielerreichung im Bereich psychische Gesundheit und Wohlbefinden erfolgt über den SDG-Indikator zur Suizidrate (BFS, 2018).

Das politische Bekenntnis zur psychischen Gesundheit zeigt sich auch an verschiedenen internationalen Bemühungen, Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit zu entwickeln. Einer der ersten entscheidenden Schritte machte die **WHO** mit dem Weltgesundheitsbericht «The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope», mit dem sie damals psychische Gesundheit als eine Priorität auf die globale Agenda setzte (WHO, 2001). Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO verabschiedeten 2005 in Helsinki die «Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit», einen Aktionsplan zur Förderung der psychischen Gesundheit, und schufen damit ein starkes politisches Bekenntnis (WHO Europa, 2006). Es folgten auf Ebene der Europäischen Union verschiedene Arbeiten zur Entwicklung von Strategien und Aktionsrahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit, der Prävention psychischer Erkrankungen und der Verbesserung des Betreuungsangebots sowie zu konkreten Massnahmen und politischen Empfehlungen (vgl. Schuler et al., 2016).

Einige globale Aktivitäten haben sich auf die Förderung guter klinischer Praxis konzentriert: Im Jahr 2008 startete die WHO das «Mental Health Gap Programme»². Dieses Programm fasst die wissenschaftlichen Erkenntnisse für wirksame Interventionen zusammen und bildet damit eine Grundlage für Aktivitäten zum Ausbau der Versorgung psychischer Störungen.

Im Jahr 2013 verabschiedete die WHO einerseits den *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*, ein globaler Aktionsplan zur Verbesserung der psychischen Gesundheit weltweit, inklusive spezifischen Zielen, die innerhalb einer bestimmten Frist erreicht werden sollen (WHO, 2013). Der Aktionsplan wurde mittlerweile bis 2030 verlängert. Andererseits wurde parallel dazu der *European Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO, 2013) konzipiert, welcher spezifisch auf die Bedürfnisse von Ländern mit mittlerem bis hohem Einkommen der Europäischen Region ausgerichtet ist (Muijen, 2014). Der Aktionsplan entspricht dem Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden «Gesundheit 2020» der Europäischen Region und trägt unmittelbar zu dessen Umsetzung bei.

Der Atlas zur psychischen Gesundheit (**Mental Health Atlas**), der 2001 initiiert wurde, um den Mangel an globalen Daten zur psychischen Gesundheit zu beheben, wird über den Fortschritt bei der Erreichung der Ziele und Vorgaben des *Mental Health Action Plan* informieren.³ Bisher wurden 2005, 2011, 2014 und 2017 Daten erhoben zu Politik, Gesetzgebung und Regierungsführung, zu personellen und finanziellen Ressourcen, zu Verfügbarkeit und Bereitstellung von Diensten und zu Überwachungs- und Informationssystemen. Auch auf Länderebene werden vermehrt spezifisch Daten zur Situation der psychischen Gesundheit erhoben und bekannt gemacht (vgl. Kasten: «Monitoring der psychischen Gesundheit: Beispiel Kanada und Deutschland»).

Auch seitens der **OECD** sind Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit zu verzeichnen. So hat sie beispielsweise die Relevanz der Förderung der psychischen Gesundheit mit einem

Kapitel in der Publikation «Health at a glance: Europe 2018» aufgenommen (OECD/EU, 2018). Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im digitalen Zeitalter hat die OECD Evidenz zum Thema zusammengetragen und Empfehlungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen im Online-Umfeld erarbeitet (OECD, 2018). Mit den Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) arbeitet die OECD an der länderübergreifenden Entwicklung von Indikatoren, die die aus Patientensicht relevanten Ergebnisse und Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung messen (www.oecd.org/health/pa-ris/). Themen sind z.B. Zugang zur Gesundheitsversorgung, Wartezeiten, Lebensqualität, Schmerzen, körperliche Funktionsfähigkeit und psychisches Wohlbefinden.

Weiterführende Information

Bundesamt für Raumentwicklung:

www.are.admin.ch/are/de/home/nachhaltige-entwicklung/internationale-zusammenarbeit/agenda2030.html (Zugriff am 10.04.2020)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI:

www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/ (Zugriff am 02.04.2020)

Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten, Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung:

www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung.html (Zugriff am 03.07.2020)

Mental Health Policy der Europäischen Kommission:

http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/ (Zugriff am 22.06.2016)

OECD, Mental Health: www.oecd.org/health/health-systems/mental-health.htm (Zugriff am 31.08.2020)

United Nations, The Sustainable Development Agenda:

www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/ (Zugriff am 10.04.2020)

WHO, World Health Organization Mental Health Programme:

www.who.int/mental_health/ (Zugriff am 22.06.2020)

WHO, ICD-11 Portal: www.who.int/classifications/icd/en/ und <https://icd.who.int/en> (Zugriff am 02.04.2020)

² www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/ (Zugriff am 03.07.2020)

³ www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health-atlas_2017/en/ (Zugriff am 10.04.2020)

Monitoring der psychischen Gesundheit: Beispiel Kanada und Deutschland

Mental Health Surveillance

In verschiedenen Ländern werden Anstrengungen unternommen, die Datenbasis zur psychischen Gesundheit zu verbessern. Mittels unterschiedlicher Indikatoren wird die psychische Gesundheit der Bevölkerung regelmässig erfasst und darüber berichtet. Damit wird eine valide und nachhaltige Datengrundlage für Wissenschaft und Gesundheitspolitik geschaffen, um sowohl den Zustand und die zeitliche Entwicklung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, als auch die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen bewerten und gesundheitspolitische Massnahmen wissenschaftlich begleiten zu können.

Kanada hat neben den Indikatoren zu einigen psychischen Krankheiten und Suizid ein Indikatorensystem für die *positive* psychische Gesundheit der Bevölkerung entwickelt. Das «Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework» liefert Informationen zum positiven psychischen Gesundheitszustand und den damit verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren. Der positive Gesundheitszustand wird anhand von fünf Indikatoren eingeschätzt: (1) selbst beurteilte psychische Gesundheit, (2) Glückseligkeit, (3) Lebenszufriedenheit, (4) psychisches Wohlbefinden (sein Potenzial ausschöpfen können; vgl. 1.1.1) und (5) soziales Wohlbefinden, sich zu einer Gemeinschaft zugehörig fühlen. Die zusätzlichen Indikatoren zu den Risiko- und Schutzfaktoren sind vier Lebensbereichen zugeordnet. Es gibt (1) individuelle Determinanten, z.B. Coping, Selbstwirksamkeit, Gewalterfahrung, (2) familiäre Determinanten, wie der Gesundheitszustand der Familienmitglieder, Haushaltseinkommen, (3) Determinanten auf das Gemeinwesen bezogen, z.B. soziale Unterstützung, Arbeitsumfeld und (4) gesellschaftliche Determinanten, z.B. soziale Ungleichheit, Diskriminierung und Stigmatisierung. <https://health-infobase.canada.ca/positive-mental-health/data-tool/>

In **Deutschland** wird bis 2021 ein umfassendes Indikatorensystem zur psychischen Gesundheit entwickelt (Mental Health-Surveillance). Dieses ist Teil eines Surveillance-Systems für nicht übertragbare Krankheiten, welches im Rahmen der Public Health Aufgaben des Robert Koch-Instituts für Deutschland aufgebaut wird. Im Vorfeld wurde auch für Deutschland festgestellt, dass die Datenlage für psychische Gesundheit «als unzureichend und fragmentiert bewertet werden (muss). Insbesondere zur positiven psychischen Gesundheit stehen kaum Informationen zur Verfügung.» (Robert Koch-Institut, 2019). In einem moderierten Konsensus-Prozess mit Fachpersonen aus Prävention, Versorgung, Gesundheitspolitik und Wissenschaft sowie mit Betroffenenvertretungen soll ein Set von Kernindikatoren psychischer Gesundheit und psychischer Störungen entwickelt werden mit einer nachhaltigen Datenbasis, auf deren Grundlage regelmässig Kennzahlen berichtet werden können.

www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html

1.3.2 Policies und Aktivitäten in der Schweiz

Der 2015 veröffentlichte Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» diene als Grundlage für die Festlegung der gesundheitspolitischen Massnahmen im Bereich psychische Gesundheit im Rahmen von «Gesundheit2020». Der Bericht wurde im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vom BAG, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) verfasst (BAG, 2015b). Er verwies auf schweizweite Lücken in der Ausgestaltung von Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit. Vier Handlungsfelder wurden identifiziert, nämlich (1) im Bereich der Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information, (2) bei der Umsetzung von Aktivitäten innerhalb der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, (3) bei der Interessenwerbung (Advocacy) und Wissensgrundlage sowie (4) bei den Strukturen und Ressourcen. Mit dem Ziel, die psychische Gesundheit zu stärken und psychische Krankheiten zu minimieren, wurden für jedes Handlungsfeld prioritäre Massnahmenbereiche definiert. Ein zentrales Anliegen bestand in der Verbesserung der Koordination bisheriger Aktivitäten im Bereich Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen, sowie der Schaffung von Synergien.

Mit Blick auf die **Koordination von Aktivitäten** kommt dem «Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz» (NPG) seit der Gründung durch Bund (BAG, SECO, BSV), der GDK und der GFCH auf operativer Ebene eine zentrale Rolle zu. Das NPG ist eine nationale Anlaufstelle für Fragen zu regionalen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Früherkennung von psychischen Krankheiten. Es ermöglicht einen Austausch und damit eine bessere Koordination zwischen verschiedenen Akteuren im Bereich psychische Gesundheit.

Auf nationaler Ebene soll die psychische Gesundheit in bestehende **Programme, Strategien und Angebote** eingebracht werden, um die zahlreichen Schnittstellen zu anderen Themen zu nutzen (BAG, 2015b). Laufende Beispiele für diesen Ansatz finden sich in der *Nationalen Strategie Sucht* (BAG, 2015a), sowie der *Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten* (NCD-Strategie) 2017–2024 (BAG & GDK, 2016). Die NCD-Strategie hat zum Ziel, die durch nichtübertragbare Krankheiten verursachte Krankheitslast und die Kosten zu dämpfen, vorzeitige Todesfälle zu verringern und die Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung und Gesellschaft zu erhalten und zu verbessern. Die übergeordneten Ziele der Strategie Sucht bestehen darin, Suchterkrankungen zu verhindern, die gesundheitlichen und sozialen Schäden zu mindern, Hilfe und Behandlung für die Betroffenen sicherzustellen, und die negativen gesellschaftlichen Auswirkungen zu reduzieren. Das aus diesen Strategien entstandene Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM, www.obsan.admin.ch/de/MonAM) beinhaltet zahlreiche Indikatoren, die mit der psychischen Gesundheit eng in Verbindung stehen. Auch im *Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen* wird die Bedeutung der psychischen Gesundheit erwähnt (BAG, 2010).

Der **Aktionsplan Suizidprävention** wurde 2016 von Bund und Kantonen gemeinsam mit der GFCH sowie weiteren Akteuren des Gesundheitswesens und anderer Gesellschaftsbereiche erarbeitet (BAG et al., 2016). Das Ziel des Aktionsplans besteht darin, die Rate nicht-assistierter Suizide und Suizidversuche zu reduzieren. Hierzu wurden vielfältige Massnahmen definiert, wie das Stärken von Ressourcen, die generelle und zielgruppenspezifische Sensibilisierung, die Früherkennung von und Frühintervention bei suizidalen Krisen, eine bedarfsgerechte Betreuung und Behandlung von suizidgefährdeten Menschen, ein erschwerter Zugang zu potenziell tödlichen Mitteln und Methoden, die Unterstützung von Hinterbliebenen und (beruflich) Involvierten, aber auch eine suizidpräventive Medienberichterstattung sowie Monitoring und Forschung.

Seit 2017 stehen der **GFCH**, dank der Erhöhung des Zuschlags auf der Krankenkassenprämie, mehr finanzielle Mittel zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen zur Verfügung. Im Bereich der psychischen Gesundheit konzentriert sich GFCH auf die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen sowie der älteren Menschen. Für beide Zielgruppen wurden die Fokusthemen *Selbstwirksamkeit/Lebenskompetenzen* und *Soziale Unterstützung* ausgewählt, die besonders wichtig erscheinen und die mit den kantonalen Aktionsprogrammen gefördert werden sollen (Amstad & Blaser, 2016). Bei der älteren Bevölkerung wurden zusätzlich die *Betreuenden Angehörigen* spezifisch in den Fokus gestellt. Im Juli 2019 hat die GFCH die «Orientierungsliste KAP 2019» publiziert, eine Zusammenstellung von Interventionen und Massnahmen für die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) in den Bereichen Ernährung und Bewegung sowie psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen (Ackermann et al., 2019). In der Orientierungsliste werden Interventionen und Massnahmen aufgeführt, die sich in der Praxis bewährt haben und die für die Multiplikation in weiteren Kantonen bereit sind.

Mittlerweile engagieren sich alle **Kantone** für den Schutz und die Förderung psychischer Gesundheit. Eine Befragung der kantonalen Verantwortlichen für psychische Gesundheit, durchgeführt 2019 durch das NPG, gibt eine Übersicht über die Aktivitäten in den Kantonen.⁴ Die meisten Kantone sind mit umfassenden kantonalen Programmen aktiv (2019: 21 Kantone), was bedeutet, dass sie Massnahmen auf der Interventions-, der Vernetzungs-, der Policy- und der öffentlichkeitsarbeitsebene umsetzen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Andere haben kein Programm, lancieren aber trotzdem Aktivitäten oder kantonale Kampagnen. Einige Kantone haben sich zusammengeschlossen, z.B. Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden und St. Gallen zusammen mit dem Fürstentum Liechtenstein zum Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit.

Um die Öffentlichkeit zu informieren und zu sensibilisieren wurden in der Schweiz verschiedene **Kampagnen** gestartet. Die nationale Kampagne «Reden kann retten» wurde 2016 bis 2018 von der SBB und der Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich gemeinsam entwickelt. Es war das Ziel der Kampagne, das Thema Suizid zu enttabuisieren. Gefährdete Personen und ihr

Umfeld sollen angestossen werden, über Suizidgedanken zu sprechen und Hilfsangebote zu nutzen. Die Westschweizer Kantone und das Tessin betreiben zusammen unter der Leitung der Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales (CLASS) und der Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique (Coraasp) das Projekt «santepsy.ch». Zurzeit wird es umgesetzt mit einer Kampagne mit dem Ziel, «der Bevölkerung bewusst zu machen, dass sich die psychische Gesundheit pflegen lässt – genau wie physische Gesundheit». Auch die Kampagne «Wie geht's dir?» ist breit abgestützt. 2014 von den Kantonen Zürich, Schwyz, Luzern und Bern sowie der Stiftung Pro Mente Sana ins Leben gerufen, haben sich inzwischen viele Kantone der Deutschschweiz und weitere Organisationen der Kampagne angeschlossen. Seit 2018 wird sie im Auftrag von GFCH durchgeführt.

Der Bundesrat hat 2019 die **gesundheitspolitische Strategie 2020–2030** verabschiedet und damit die Agenda mit den zentralen thematischen Schwerpunkten und den daraus abgeleiteten Zielen und Massnahmen der kommenden Dekade definiert (Bundesrat, 2019). Mit Blick auf die psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen sind zwei Ziele hervorzuheben. Gemäss Ziel 2 soll die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung gestärkt werden. Ein adäquater Umgang mit Informationen zu Gesundheit und Krankheiten ist im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit ein wichtiges Anliegen. Ziel 4 «Gesund älter werden» hebt die verstärkte Prävention nichtübertragbarer Krankheiten hervor (Stossrichtung 4.1). Die Prävention von somatischen und psychischen Krankheiten, inklusive Sucht- und Demenzerkrankungen, soll über die gesamte Lebensdauer verstärkt werden. Die Stossrichtung 4.2 fokussiert auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Den jüngsten Generationen soll ein gesunder Start ins Leben ermöglicht werden. Ein besonderes Augenmerk gilt den psychischen Krankheiten.

Einen Überblick zur nationalen Situation im Bereich der psychiatrischen **Versorgung** gibt der Bericht «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» in Erfüllung des Postulats Stähelin (10.3255) (BAG, 2016). Der Schweiz wurde insgesamt eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung bescheinigt, welche psychisch erkrankten Menschen eine bedarfsgerechte Behandlung ermöglicht. Der Bericht identifizierte jedoch einen Weiterentwicklungsbedarf der Angebotsstrukturen im Bereich Psychiatrie. Es wurde vorgeschlagen, die statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zu verbessern, die Koordination der Angebote und die Weiterentwicklung deren Qualität zu optimieren, die intermediären Angebotsstrukturen nachhaltig zu finanzieren und die Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie zu unterstützen.

Im 2016 erarbeiteten Bericht «Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz» wurde untersucht, ob 1) es eine Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Krankheiten und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe gibt, und 2) wie eine geringe Inanspruchnahme vor dem Hintergrund der hohen Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern zu interpretie-

⁴ <https://www.npg-rsp.ch/de/dokumente.html> (Zugriff am 16.04.2020)

ren ist (Stocker et al., 2016). Der Bericht zeigt, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen unzureichend ist. Dies bildet sich u.a. in den langen Wartezeiten und einem Mangel an Angeboten und Fachkräften in allen Regionen ab. Versorgungslücken wurden auch im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Erwachsenen identifiziert, nämlich in ländlichen Regionen oder mit Blick auf spezifische Zielgruppen. Der Bericht hält schliesslich fest, dass viele Psychiaterinnen und Psychiater Teilzeit tätig sind, was bei der Bewertung der (hohen) Psychiaterdichte berücksichtigt werden muss. Insgesamt wird mit Blick auf die Fachkräfte auf ein Ungleichgewicht zwischen Praxis und Institutionen, zwischen Stadt und Land sowie zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen, mit einer Konzentration der Fachkräfte auf die erstgenannten Bereiche (Stocker et al., 2016). Gemäss Bericht äussern sich Zugangsprobleme in langen Wartezeiten, welche u.a. mit einer – aufgrund des Delegationsmodells – ungenügenden Entlastung psychiatrischer Praxen durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erklärt werden.

Ausgehend von der festgestellten Unterversorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde eine Übersicht über die stationären Angebote an der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und der Erwachsenenpsychiatrie (EP) in der Schweiz erstellt (von Wyl et al., 2020). Die im Kontext der Studie befragten Expertinnen und Experten waren sich einig, dass für psychisch kranke Adoleszente in der Transitionsphase (d.h. im Übergang zwischen dem Jugend- und dem Erwachsenenalter) schweizweit eine Versorgungslücke besteht. Diese betrifft sowohl das klinisch-institutionelle Angebot wie auch die grundsätzliche Versorgungskonzeption. Die heute bestehenden transitionopsychiatrischen Angebote reichen weder im stationären noch im tagesklinischen Bereich aus.

Intermediäre psychiatrische Handlungsangebote sollen in der Schweiz weiter gefördert werden. Dazu gehören auch mobile Dienste in der Psychiatrie, d.h. aufsuchende Angebote zur Unterstützung psychisch erkrankter Personen in ihrem (häuslichen) Umfeld. In einem Bericht wurden vier Schlüsselfaktoren erarbeitet, die zum Erfolg von mobilen Diensten beitragen: Vernetzung, Finanzierung, Fachpersonen und Niederschwelligkeit (Stocker et al., 2018). Der Bericht kommt zum Schluss, dass mobile Dienste stationäre Behandlungstage und die damit verbundenen Kosten reduzieren und bestehende Versorgungslücken schliessen können.

Der Bundesrat hat im Juni 2019 eine Vernehmlassungsvorlage verabschiedet, gemäss welcher die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht mehr unter medizinischer Aufsicht (delegierte Psychotherapie), sondern auf ärztliche Anordnung hin selbständig arbeiten können. In diesen Fällen sollen sie ihre Leistungen neu selbständig über die Grundversicherung abrechnen können. Mit dieser Umstellung vom Delegations- zum sogenannten **Anordnungsmodell** soll Menschen mit psychischen Problemen ein erleichterter Zugang zu einer Psychotherapie gewährleistet werden. Im Falle einer Umstellung wird einerseits von einem Kostenanstieg in der Grundversicherung, ander-

erseits von gesamtgesellschaftlichen Kosteneinsparungen ausgegangen. Die OKP-Mehrkosten aufgrund einer Mengenausweitung werden von Kaiser et al. (2019) auf 245 Mio. Franken geschätzt. Künzi et al. (2020) gehen in ihrer Studie von einer möglichen Kostenverminderung zwischen 398 und 731 Mio. Franken bzw. von einem Return on Investment (ROI) von 1,6 bis 3,0 pro 1 investierten Franken aus. Ob es tatsächlich zu einer Gesetzesänderung kommen wird, ist derzeit noch offen.

Bereits 2016 verabschiedete der Bundesrat im Rahmen des Psychologieberufgesetzes die Verordnung über das **Psychologieberuferegister**. Ziel des Registers ist es, die Transparenz und Qualität des Psychotherapieangebots in der Schweiz zu verbessern. Ähnlich zum Register für Medizinalberufe, in welchem seit 2008 u.a. anerkannte Ärztinnen und Ärzte erfasst werden, wurde ein Register erarbeitet, in welchem ausschliesslich Psychologinnen und Psychologen registriert werden, die über eine fundierte, eidgenössisch anerkannte Aus- und Weiterbildung in ihrem Fachgebiet verfügen. Seit 2017 ist das Register für die Öffentlichkeit zugänglich.

Die gesamtschweizerische **Tarifstruktur TARPSY** wurde 2018 für die stationäre Psychiatrie eingeführt. Das Ziel von TARPSY ist es, klare Rahmenbedingungen zu schaffen, die Transparenz und die Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität zu erhöhen sowie den patientenorientierten Ressourceneinsatz zu fördern (SwissDRG, 2016a). Stationäre Leistungen werden seither über leistungsbezogene (in Abhängigkeit von Schweregrad und Diagnose) Tagespauschalen abgegolten (vgl. Kasten: «Änderungen aufgrund TARPSY», 4.3.3). Die Einführung von TARPSY sorgte bei der Erfassung der Hospitalisierungsdaten in den Spitälern für einen Paradigmenwechsel, da Qualität und Quantität der während des Aufenthalts erfassten Informationen massgebend für deren Vergütung sind (BFS, 2020). Erste Analysen durch das BFS zeigen, dass sich mit der Einführung von TARPSY die Anzahl der erfassten Diagnose- und Prozedurencodes erhöht hat (BFS, 2020d).

Weiterführende Information

BAG, Aktionsplan Suizidprävention Schweiz:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html (Zugriff am 12.11.2020)

BAG, Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html (Zugriff am 12.11.2020)

Dialog Nationale Gesundheitspolitik, Psychische Gesundheit:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantone.html (Zugriff am 12.11.2020)

Gesundheitsförderung Schweiz, Kantonale Aktionsprogramme

- Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen:
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche.html> (Zugriff am 24.08.2020)
- Psychische Gesundheit bei älteren Menschen:
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/aeltere-menschen.html> (Zugriff am 24.08.2020)

Gesundheitsförderung Schweiz, Orientierungsliste KAP 2019:
<https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit.html> (Zugriff am 17.04.2020)

NPG, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz:
www.npg-rsp.ch (Zugriff am 22.06.2016), sowie das im NPG integrierte Bündnis gegen Depression: www.buendnis-depression.ch (Zugriff am 22.06.2016)

NPG, Psychische Gesundheit in den Kantonen:
www.npg-rsp.ch/de/dokumente.html (Zugriff am 16.04.2020)

Swiss DRG, Informationen zu TARPSY:
www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy (Zugriff am 12.11.2020)

1.4 Fünfte Auflage des Monitoring-Berichts

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um die fünfte Auflage des Monitoring-Berichts **Psychische Gesundheit in der Schweiz**. Die übergeordnete Struktur und die Themenwahl stimmen mit der letzten Ausgabe von 2016 (Schuler et al., 2016) überein, bei den Unterkapiteln und den einzelnen Analysen wurden zum Teil Anpassungen und Änderungen vorgenommen.

Das Kapitel 2 zum **Psychischen Gesundheitszustand** wurde mit zwei Indikatoren ergänzt und ist nun in zwei Unterkapitel unterteilt: 2.1 Positive psychische Gesundheit, mit den Indikatoren Lebensqualität (2.1.1), Glücklichkeit (2.1.2) sowie Energie und Vitalität (2.1.3), und 2.2 Psychische Beschwerden, mit den Indikatoren Psychische Belastung (2.2.1), Depressionssymptome und Depression (2.2.2) sowie Komorbidität (2.2.3).

Auch das Kapitel 3 zu **Schutz- und Risikofaktoren** ist neu in drei Unterkapitel strukturiert und wurde mit zusätzlichen Faktoren ergänzt. Unter 3.1 werden die Schutzfaktoren Hohe Kontrollüberzeugung (3.1.1), Hohe allgemeine Selbstwirksamkeit (3.1.2), Hohes resilientes Coping (3.1.3) und Starke soziale Unterstützung (3.1.4) näher beschrieben, während unter 3.2 auf die Risikofaktoren Geringes Bildungsniveau (3.2.1), Migrationshintergrund (3.2.2), Arbeitslosigkeit oder Invalidität (3.2.3), Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems (3.2.4) und Einsamkeit (3.2.5) eingegangen wird. Unter 3.3 werden dann Analysen zum Zusammenspiel zwischen Schutz- und Risikofaktoren gezeigt.

In Kapitel 4 wird die **Inanspruchnahme** aufgrund psychischer Probleme (4.1) thematisiert und etwas spezifischer die Inanspruchnahme ambulanter (4.2) und stationärer (4.3) Leistungen.

Unter 4.4 wird ausserdem auf Medikamentenkonsum eingegangen. Jeweils am Ende der Kapitel 2, 3 und 4 wird in einem blauen Kasten das jeweilige Kapitel-Thema mit der Perspektive Kinder und Jugendliche erörtert.

In Kapitel 5 werden die **IV-Berentungen** aufgrund psychischer Störungen (5.1), **Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken** (5.2) und die **Kosten** psychischer Erkrankungen (5.3) zum Thema.

In der Tabelle T 1.1 sind die Kapitel des Berichts mit den entsprechenden Themen bzw. Indikatoren und den zugrundeliegenden Datenquellen aufgeführt. Durch das Zusammenbringen verschiedener Datenquellen kann die Situation der psychischen Gesundheit in der Schweiz verhältnismässig breit erfasst werden. Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtung der Datenbanken und ihres unterschiedlichen Zwecks sind sie untereinander aber nicht direkt vergleichbar.

Aufgrund von Veränderungen in der Datenerhebung oder angesichts neu umgesetzter Definitionen sind Vergleiche der aktuellen Ergebnisse mit denjenigen aus früheren Berichten zum Teil nur begrenzt möglich. In den entsprechenden Fällen wird explizit darauf hingewiesen. Für die Berechnungen wurden jeweils die zum Zeitpunkt der Datenanalyse aktuellsten verfügbaren Datenjahrgänge verwendet. Wo sinnvoll und möglich, werden die Ergebnisse auch im zeitlichen Vergleich präsentiert. In Tabelle T 1.1 ist ersichtlich welche Erhebungsjahre der entsprechenden Datenquelle pro Indikator in den Analysen berücksichtigt wurden. Im nächsten Unterkapitel (1.5) werden die einzelnen Datenbestände und ihre Eigenheiten näher beschrieben.

T 1.1 Übersicht über die Themen bzw. Indikatoren und die ihnen zugrundeliegenden Datenbanken

Indikatoren	Datenquelle	kommentierte Erhebungsjahre
2 Psychischer Gesundheitszustand		
2.1 Positive psychische Gesundheit		
2.1.1 Lebensqualität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2012, 2017
2.1.2 Glücklichein	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen SILC, BFS	2014, 2017
2.1.3 Energie und Vitalität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2012, 2017
2.2 Psychische Beschwerden		
2.2.1 Psychische Belastung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2007, 2012, 2017
2.2.2 Depressionssymptome und Depression	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2012, 2017
2.2.3 Komorbidität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2007, 2012, 2017
Kasten: «Kinder und Jugendliche: Psychischer Gesundheitszustand» Health Behaviour in School-aged Children HBSC, Sucht Schweiz		2002, 2006, 2010, 2014, 2018
3 Schutz- und Risikofaktoren		
3.1 Schutzfaktoren		
3.1.1 Hohe Kontrollüberzeugung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	1992, 1997, 2002, 2007, 2012
3.1.2 Hohe allgemeine Selbstwirksamkeit	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
3.1.3 Hohes resilientes Coping	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
3.1.4 Starke soziale Unterstützung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
3.2 Risikofaktoren		
3.2.1 Geringes Bildungsniveau	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	1997, 2017
3.2.2 Migrationshintergrund	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
3.2.3 Arbeitslosigkeit oder Invalidität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
3.2.4 Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2012, 2017
3.2.5 Einsamkeit	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	1997, 2002, 2007, 2012, 2017
3.3 Zusammenspiel zwischen Schutz- und Risikofaktoren	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
Kasten: «Kinder und Jugendliche: Schutz- und Risikofaktoren»		2017
Health Behaviour in School-aged Children HBSC, Sucht Schweiz		2018
4 Inanspruchnahme		
4.1 Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	1997, 2002, 2007, 2012, 2017
4.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	Datenpool, SASIS AG	2012–2018
4.3 Inanspruchnahme stationärer Leistungen	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS	2002–2018
Kasten: «Kinder und Jugendliche: Inanspruchnahme von ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen»		2012–2018
Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS		2012–2018
4.4 Medikamentenkonsum	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017
5 Spezifische Themenfelder		
5.1 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen	IV-Statistik, BSV	2000–2018
5.2 Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken	Todesursachen-Statistik TUS, BFS	1998–2017
	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, BFS	2017
5.3 Kosten psychischer Erkrankungen	Datenpool, SASIS AG	2006–2018
	Tarifpool, SASIS AG	

BFS=Bundesamt für Statistik, BSV=Bundesamt für Sozialversicherungen

© Obsan 2020

1.5 Datengrundlage und Methodik

Der Monitoring-Bericht basiert auf bereits existierenden Datenbeständen, die periodisch aktualisiert werden. Die Daten stammen einerseits aus Befragungen (Stichproben) sowie aus Registern (Vollerhebungen). Jeder Datenbestand bildet jeweils nur Teilaspekte des ganzen Themenbereichs der psychischen Gesundheit

ab und weist spezifische Stärken und Schwächen auf. Im Anschluss folgt eine kurze Beschreibung der verwendeten Datenquellen mit Hinweisen auf jeweilige Besonderheiten, die es bei der Interpretation zu berücksichtigen gilt.

1.5.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB

Kurzbeschreibung	Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand und dessen Bestimmungsfaktoren, zu Krankheitsfolgen, zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu den Versicherungsverhältnissen der schweizerischen Wohnbevölkerung.
Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS
Grundgesamtheit	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in privaten Haushalten
Erhebungsart	Stichprobenerhebung in Privathaushalten, Zufallsauswahl erfolgt anhand des Stichprobenrahmens für Personen- und Haushalterhebungen (SRPH) des BFS. Die Erhebung besteht aus zwei Teilen: 1. telefonisches Interview (n=22'134) 2. schriftlicher Fragebogen (n=18'832). 75-jährige und ältere sowie gesundheitlich eingeschränkte Personen können eine persönliche Befragung wählen.
Regionalisierungsgrad	Grossregionen, z.T. Kantone (für Kantone mit aufgestockten Stichproben)
Periodizität	Alle fünf Jahre. Bisher: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017. Nächste Befragung: 2022.
Webseite	www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 - Gesundheit → Erhebungen → Schweizerische Gesundheitsbefragung (Zugriff am 30.06.2020)

Aufgrund ihres weiten Themenspektrums und der nationalen Repräsentativität stellt die SGB für die Schweiz eine bedeutende Datenquelle im Bereich Gesundheit dar. Viele Themen werden einzig durch diese Erhebung abgedeckt. Als repräsentative Bevölkerungsbefragung erlaubt die SGB Aussagen über die in Privathaushalten wohnende Gesamtbevölkerung – d.h. über mehr oder weniger gesunde Personen – und nicht über Patientinnen und Patienten, die in Behandlung sind und daher z.B. über die Medizinische Statistik (vgl. nächsten Abschnitt) erfasst werden. Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen und Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen. Im Anhang sind die für die Analysen verwendeten SGB-Fragen aufgeführt. Die verwendeten Indizes wurden entsprechend den Empfehlungen des BFS gebildet (OFS, 2019).

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass ...

- sie auf Selbstangaben beruhen, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht, beispielsweise aufgrund unzureichender Erinnerung, fehlender Auskunftsbereitschaft oder sozialer Erwünschtheit (Bogner & Landrock, 2015; Faeh et al., 2008).
- sie auf Selbstangaben beruhen und keine Diagnosestellung einer klinischen Fachperson abbilden.
- es sich um eine Stichprobenerhebung in Privathaushalten handelt. Personen mit einem längeren Aufenthalt in medizi-

nisch-sozial betreuten Einrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime, Gefängnisse, Institutionen für Personen mit einer Suchtkrankheit oder mit psychosozialen Problemen) werden nicht befragt, weshalb der abgebildete Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung positiver ausfällt, als er real ist.

- kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen; insbesondere auch Personen mit depressiven Symptomen oder anderen psychischen Problemen. Das hat einen weiteren Selektionseffekt in Richtung gesünderer Personen zur Folge, den es gerade bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen gilt.
- Personen, die in prekären Verhältnissen leben, untervertreten sind (ohne festen Wohnort oder gültige Aufenthaltsbewilligung etc.).
- die Befragung lediglich in Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt wurde. Personen, die keine dieser drei Amtssprachen beherrschen, sind de facto von der Erhebung ausgeschlossen. Migrantinnen und Migranten mit unzureichenden Sprachkenntnissen sind untervertreten.
- die Daten mittels Gewichtungen (basierend auf Wohnregion, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Zivilstand, Haushaltsgrösse) auf die gesamte in Privathaushalten lebende Bevölkerung hochgerechnet werden. Bei Ergebnissen, die auf kleinen Häufigkeiten beruhen, wird der Zufallsfehler daher schnell gross. Dank dieser Gewichtungen lassen sich die erwähnten Verzerrungen aber zumindest teilweise ausgleichen.

1.5.2 Medizinische Statistik der Krankenhäuser MS

Kurzbeschreibung	Erfassung aller Hospitalisierungen in den Schweizer Krankenhäusern. Es werden sowohl soziodemografische und medizinische Informationen der Patientinnen und Patienten, als auch administrative Daten der Leistungserbringer erhoben.
Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS
Grundgesamtheit	Alle Hospitalisierungen in Schweizer Krankenhäusern
Erhebungsart	Vollerhebung
Regionalisierungsgrad	Ca. 600 MedStat Regionen
Periodizität	Jährlich, seit 1998
Webseite	www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 - Gesundheit → Erhebungen → Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Zugriff am 30.06.2020)

Da in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser alle Patientinnen und Patienten, die in der Schweiz in einem Spital stationär behandelt wurden, erfasst sind, ergeben die Daten auch ein genaues Bild der in Kliniken der Schweiz stationär behandelten Personen mit psychischen Erkrankungen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass ...

- die Daten die Inanspruchnahme abbilden und nicht die Nachfrage oder Morbidität.
- die Erfassung der Psychiatrie-Zusatzdaten für die Krankenhäuser und Kliniken fakultativ ist. Die Beteiligung ist insgesamt aber hoch. So wurden 2018 für 99,7% aller Psychiatrie-Fälle Zusatzdaten geliefert. 2012 war dies für 87,9% der Fall.
- die Abgrenzung der Versorgungsbereiche und die Falldefinition sich im Vergleich zum letzten Monitoring-Bericht unterscheiden und sich daher auch die Ergebnisse der Zeitreihen unterscheiden können (vgl. Kasten: «Methodische Anmerkungen», nächste Seite).

Methodische Anmerkungen

Abgrenzung der Versorgungsbereiche Psychiatrie, Akutsomatik und Rehabilitation

Zur Unterscheidung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie werden die Fälle der Medizinischen Statistik (MS) anhand des Spitaltyps gemäss Krankenhaustypologie, der Hauptkostenstelle (Variable 1.4.V01) und dem Abrechnungstarif (Variable 4.8.V01) abgegrenzt: In einem ersten Schritt erfolgt auf Basis der Hauptkostenstelle eine Zuweisung zur Psychiatrie (M500) bzw. zur Rehabilitation (M950). Unter den übrigen Fällen werden in einem zweiten Schritt anhand des Spitaltyps weitere Psychiatrie- (K211, K212) bzw. Rehabilitationsfälle (K221) identifiziert. Anschliessend werden in Schritt drei Fälle in geriatrischen Spezialkliniken (K234) bzw. Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) auf Basis des Abrechnungstarifs der Akutsomatik oder der Rehabilitation zugewiesen. Fälle, die in den vorgängigen Schritten (1–3) keinem Versorgungsbereich zugewiesen wurden, werden in Schritt vier der Akutsomatik zugeteilt. Schliesslich werden in einem fünften Schritt bei einzelnen Spitälern Anpassungen hinsichtlich der Abgrenzung vorgenommen, die sich auf die Ergebnisse der Datenplausibilisierung, Erfahrungen des Obsan aus früheren Studien sowie Abklärungen bei den zuständigen Kantonen stützen und in einem zentralen System (ObsanSITE) dokumentiert sind. Folgende Definitionen werden angewendet:

	Kriterium (Variable)	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	
Falldefinition ¹	Statistikfall	A	A, C	A	
Abgrenzung Versorgungs-bereiche	Hauptkostenstelle (HKST) ²	übrige	M500	M950	
	Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie ³		übrige	K211, K212	K221
	Abrechnungstarif ⁴	- in Komb. mit HKST M900	M900 & Tarif = SwissDRG		M900 & Tarif ≠ SwissDRG
		- in Komb. mit Spitaltyp K234	K234 & Tarif = SwissDRG		K234 & Tarif ≠ SwissDRG
	Spitalspezifische Anpassungen (Stand: Dez. 2019)		Spitalspezifische Anpassungen		

¹ A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C: Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt

² M500 = Psychiatrie und Psychotherapie; M900 = Geriatrie; M950 = Physikalische Medizin und Rehabilitation

³ K21 = Psychiatrische Kliniken; K221 = Rehabilitationskliniken; K234 = Geriatrische Kliniken

⁴ Abrechnungstarif: 1 = Behandlungsfall wurde über SwissDRG abgerechnet

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Krankenhausstatistik (KS)

Faldefinition

Ein Fall entspricht grundsätzlich einer Hospitalisierung. Für die Akutsomatik und Rehabilitation werden in einem Jahr nur die Fälle gezählt, die auch in diesem Jahr aus dem Spital bzw. der Klinik entlassen wurden (A-Fälle). Für die Psychiatrie werden zusätzlich auch die Fälle gezählt, die während des gesamten Jahrs hospitalisiert waren, also in diesem Jahr nicht entlassen wurden (C-Fälle). Für die Auswertungen wurden sämtliche Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in allen Versorgungsbereichen berücksichtigt. Als psychiatrische Diagnose gelten alle Diagnosen des Kapitels «Psychische und Verhaltensstörungen» (F00–F99) und der Gruppe «Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems» (G30–G32) der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM).

1.5.3 Datenpool SASIS AG

Kurzbeschreibung	Aggregierte Daten zu den Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden. Der Datenpool ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Versichertengruppen und Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung.
Datenproduzent	SASIS AG
Grundgesamtheit	Krankenversicherer, die beim Datenpool angeschlossen sind
Erhebungsart	Administrativdaten (Teilerhebung anerkannter Krankenversicherer)
Regionalisierungsgrad	Kantone
Periodizität	Jährlich und monatlich, seit 1998
Webseite	www.sasis.ch → Behörden → Datenpool (DP) (Zugriff am 30.06.2020)

Bei der Interpretation der Ergebnisse des Datenpools gilt es folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Die Ergebnisse in diesem Bericht beziehen sich ausschliesslich auf jene Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) durch die Krankenversicherer übernommen werden. Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Berücksichtigt sind nur Fälle, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt wurden. Rechnungen, welche von den Versicherten nicht zur Rückerstattung weitergeleitet werden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z.B. Leistungen der Zusatzversicherungen nach VVG), sind nicht im Datenpool. D.h. die tatsächliche Zahl behandelter Patientinnen und Patienten (nicht nur OKP) und die tatsächlichen Kosten pro Jahr liegen höher als im vorliegenden Bericht angegeben.
- Die Daten werden hier nach dem Geschäftsjahr bzw. Abrechnungsjahr ausgewertet, das heisst dem Jahr, in welchem die Behandlung vom Krankenversicherer abgerechnet wurde. Dieses muss nicht zwingend mit dem Behandlungsjahr übereinstimmen.
- Die Daten des Datenpools werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken zwischen 2012 und 2018 nahezu 100% der versicherten Personen in der Schweiz ab. Um die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG und der Asylstatistik des Staatssekretariats für Migration auf 100% hochgerechnet.
- Der Zugriff auf Daten bezüglich einzelner Leistungserbringer ist mit der dem Obsan zur Verfügung gestellten Version des Datenpools nicht möglich. Auch gibt es keine Daten zu einzelnen Versicherten, weshalb keine individuellen Krankheitsfälle oder Diagnosen und damit auch keine Behandlungsverläufe verfolgt werden können.

1.5.4 Tarifpool SASIS AG

Kurzbeschreibung	In Ergänzung des Datenpools liefert der Tarifpool detaillierte Informationen zu den verrechneten OKP-Tarifpositionen (z.B. Tarmed).
Datenproduzent	SASIS AG
Grundgesamtheit	Krankenversicherer, die beim Tarifpool angeschlossen sind
Erhebungsart	Administrativdaten (Teilerhebung anerkannter Krankenversicherer)
Regionalisierungsgrad	Kantone
Periodizität	Monatlich, seit 2004
Webseite	www.sasis.ch → Behörden → Tarifpool (TP) (Zugriff am 15.10.2020)

Im vorliegenden Bericht wird der Tarifpool zur Auswertung der OKP-Kosten für psychiatrische Leistungen von nicht-psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten (Abrechnung über Tarmed-Kapitel 2⁵) hinzugezogen. Ausserdem wird der Anteil der delegierten Psychotherapie am Total der OKP-Kosten im Tarmed-Kapitel 2 berechnet. Diese Anteile werden für die psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte wie auch für die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung ausgewiesen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse des Tarifpools gilt es folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Im Tarifpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was

als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Die Beschränkung auf die OKP lässt keine Aussagen zu anderen Kostenträgern (VVG, Out of Pocket, IV, etc.) zu.

- Der Tarifpool hat schweizweit im Bereich Tarmed-Leistungen in den Jahren 2012 bis 2017 einen Abdeckungsgrad gegenüber dem Datenpool von zwischen 67,3% und 97,7%. Die Daten wurden entsprechend auf 100% hochgerechnet
- Der Zugriff auf Daten bezüglich einzelner Leistungserbringer ist mit der dem Obsan zur Verfügung gestellten Version des Tarifpools nicht möglich. Auch gibt es keine Daten zu einzelnen Versicherten, weshalb keine individuellen Krankheitsfälle oder Diagnosen und damit auch keine Behandlungsverläufe verfolgt werden können.

⁵ Zu den Tarmed-Kapiteln vgl. z.B. www.tarmed-browser.ch/de/kapitel

1.5.5 Statistik der Invalidenversicherung (IV)

Kurzbeschreibung	Daten zu den Finanzen der IV und zu den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern (aufgeschlüsselt nach verschiedenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Gebrechen, Kanton)
Datenproduzent	Bundesamt für Sozialversicherung BSV
Grundgesamtheit	Personen mit Leistungen der Invalidenversicherung
Erhebungsart	Administrativdaten
Regionalisierungsgrad	Kantone
Periodizität	Jährlich, seit 1983
Webseite	www.bsv.admin.ch → Sozialversicherungen → Invalidenversicherung IV → Statistik (Zugriff am 30.06.2020)

Für den vorliegenden Bericht ist die IV-Statistik insofern interessant, als psychisch bedingte Invaliditätsursachen differenziert werden können. Diesbezüglich muss jedoch Folgendes beachtet werden:

- Die Codierung der Renten-Ursache erfolgt zum Zeitpunkt der Leistungszusprache. Sie beschränkt sich auf jenes Gebrechen, das für die Zusprache entscheidend ist.
- Mehrfacherkrankungen und komplexe gesundheitliche Probleme können mit dem geltenden Codierungssystem nicht abgebildet werden.
- Die Codierung ist mit Unschärfen behaftet, so dass die einzelnen Gebrechenskategorien zum Teil nicht klar gegeneinander abgrenzbar sind. In den Statistiken des BSV werden deshalb in der Regel nur zusammenfassende Hauptkategorien ausgewiesen (z.B. «psychische Erkrankungen» als Oberbegriff für alle Gebrechen mit den Codes 641–649).
- Die von der IV verwendete Klassifikation der verschiedenen psychischen Störungen ist nicht vergleichbar mit den Katego-

rien anerkannter psychiatrischer Diagnoseklassifikationssysteme wie der ICD-10 (WHO, 1994) oder des DSM-5 (APA, 2013). Die neun IV-eigenen Codes (641–649), die nicht nach einzelnen Krankheitsbildern aufgeschlüsselt werden können, werden im Bericht zu folgenden fünf Gruppen zusammengefasst:

- Psychogene Störungen, Psychopathie
 - Schizophrenie
 - Übrige Psychosen
 - Suchterkrankungen
 - Übrige geistige/charakterliche Störungen
- Besonders der IV-Code 646 *Neurotische Störungen und andere als «psychogen» oder «milieureaktiv» bezeichnete Leiden* scheint zu wenig klar definiert und läuft Gefahr, unterschiedliche schwer diagnostizierbare Störungen zu vereinen.

1.5.6 Statistik der Todesursachen und Totgeburten

Kurzbeschreibung	Die Todesursachenstatistik des BFS liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und zeichnet die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz auf. Erhebung der Todesursachen (ICD-10 Code) nach Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz) und Staatsangehörigkeit.
Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS
Grundgesamtheit	Verstorbene Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung
Erhebungsart	Vollerhebung, basierend auf den Angaben der Zivilstandsämter und der die Todesfälle meldenden Ärztinnen und Ärzte
Regionalisierungsgrad	Gemeinden
Periodizität	Jährlich, seit 1876
Webseite	www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 - Gesundheit → Erhebungen → Statistik der Todesursachen und Totgeburten (Zugriff am 30.06.2020)

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

- Änderungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) etwa alle 10 bis 20 Jahre erfolgen und Brüche in den Zeitreihen verursachen.
- die Todesursachen der im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz selten bekannt sind.

1.5.7 Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen SILC

Kurzbeschreibung	Erhebung der Einkommen und Lebensbedingungen auf Haushalts- und Personenebene. Es werden Querschnittdaten (bezogen auf einen gegebenen Zeitpunkt oder Zeitraum) wie auch Längsschnittdaten (bezogen auf Einzelpersonen betreffende Veränderungen im Zeitablauf, die über mehrere Jahre beobachtet werden) erhoben.
Datenproduzent	Bundesamt für Statistik BFS in Zusammenarbeit mit DemoSCOPE
Grundgesamtheit	Ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten (inkl. Personen ohne ständigen Wohnsitz, die in einem Haushalt mit mindestens einer ständig wohnhaften Person leben). Informationen zur sozialen Ausgrenzung und den Wohnbedingungen werden auf Haushaltsebene erhoben. Informationen zur Arbeit, Ausbildung und Gesundheit werden bei Personen ab 16 Jahren erfragt.
Erhebungsart	Stichprobenerhebung bei rund 7000 Haushalten, was etwa 15'000 Personen entspricht. Die Haushalte werden zufällig aus dem Stichprobenregister des BFS gezogen und telefonisch befragt. Die teilnehmenden Personen werden während mehreren Jahren befragt.
Regionalisierungsgrad	Grossregionen
Periodizität	Jährlich, seit 2007
Webseite	www.statistik.ch → Statistiken finden → 20 - Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung → Erhebungen → Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) (Zugriff am 30.06.2020)

Die Erhebung SILC (Statistics on Income and Living Conditions) untersucht die Einkommen und Lebensbedingungen der Haushalte in der Schweiz. Die teilnehmenden Haushalte werden jährlich zu einem breiten Themenspektrum, das auch die Gesundheit und eine Frage zum Glückseligsein umfasst, befragt. Neben dem Basismodul gibt es jährliche Module zu spezifischen Themen. SILC ermöglicht die Beschreibung der sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen sowie ein besseres Verständnis der

einwirkenden Faktoren. SILC wird in über 30 Ländern Europas durchgeführt, was einen internationalen Vergleich der Ergebnisse ermöglicht.

2014 wurde die Erhebung revidiert (neuer Stichprobenrahmen, neues Gewichtungsmodell), was zu einem Bruch in der Zeitreihe führte. Die Ergebnisse ab 2014 lassen sich nicht mehr direkt mit jenen der Vorjahre vergleichen.

1.5.8 Health Behaviour in School-aged Children HBSC

Kurzbeschreibung	Das Projekt «Health Behaviour in School-aged Children» ist eine internationale, alle 4 Jahre stattfindende Untersuchung über Gesundheit und Gesundheitsverhalten 11- bis 15-jähriger Schülerinnen und Schüler. Themen sind u.a. Gesundheitszustand und Wohlbefinden, Ernährung, körperliche Aktivität, Substanzkonsum, Liebe und Sexualität.
Datenproduzent	Sucht Schweiz
Grundgesamtheit	Alle Schulklassen des 5., 6., 7., 8. und 9. Schuljahres (7. bis 11. Jahr HarmoS) – 11- bis 15-jährige Schülerinnen und Schüler – an öffentlichen Schulen in der Schweiz,
Erhebungsart	Die Zufallsauswahl der Schülerinnen und Schüler erfolgt geschichtet nach Kantonen und Schulstufen mittels einer sogenannten Klumpenstichprobe (cluster sampling), wobei die Schulklassen Primäreinheiten und die Schülerinnen und Schüler Sekundäreinheiten bilden. Die Befragung erfolgt im Klassenverband während einer normalen Unterrichtsstunde.
Regionalisierungsgrad	Im Rahmen der nationalen HBSC-Studie hat jeder Kanton die Möglichkeit, eine kantonale Studie in Auftrag zu geben, die eine Analyse auf Kantonsebene und einen Vergleich mit den Resultaten der gesamten Schweiz ermöglicht.
Periodizität	Alle vier Jahre. Bisherige Befragungen: 1986, 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014, 2018.
Webseite	www.hbsc.ch und www.suchtschweiz.ch → Forschung → HBSC (Zugriff am 15.10.2020)

In der HBSC sind spezifisch Fragen zum psychischen Gesundheitszustand enthalten. So werden die Schülerinnen und Schüler beispielsweise gefragt, wie oft bestimmte psychoaffektive Beschwerden in den letzten sechs Monaten bei ihnen aufgetreten sind. Zu diesen Beschwerden gehören Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten (vgl. Kasten «Kinder und Jugendliche: Psychischer Gesundheitszustand», 2.2.3).

Zudem lassen sich der HBSC Angaben zu Risiko- und Schutzfaktoren entnehmen: Z.B. zu Mobbing und Stress in der Schule oder zur wahrgenommenen Unterstützung in der Familie und im Freundeskreis (vgl. Kasten «Kinder und Jugendliche: Schutz- und Risikofaktoren», 3.3).

1.5.9 Methodische Anmerkungen

Statistische Signifikanz und Vertrauensintervall

Stichprobenerhebungen wie die SGB gehen davon aus, dass die Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe (durch die entsprechende Gewichtung) für die ganze Bevölkerung verallgemeinert werden können. Um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einzuschätzen, wird üblicherweise ein Schwellenwert definiert (in der Regel und im vorliegenden Bericht 5%), der das Risiko eines möglichen Irrtums aufzeigt. Auf Basis des Schwellenwerts kann das Vertrauensintervall berechnet werden, das den Bereich angibt, der mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% das «wahre» Ergebnis enthält. Im vorliegenden Bericht werden die meisten Ergebnisse (Grafiken) mit 95%-Vertrauensintervallen (VI) dargestellt. Abweichungen zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen oder Erhebungsjahren sind dann als signifikante Unterschiede interpretierbar, wenn sich deren Vertrauensintervalle nicht überlappen.

Wenn im Text von einem Zusammenhang bzw. Unterschied berichtet wird, ist dieser statistisch signifikant ($p < .05$; keine Überlappung der Vertrauensintervalle). Mit Begriffen wie «Tendenz», «tendenziell» oder «eher» wird auf ein knapp nicht signifikantes Resultat hingewiesen. Bei den Vollerhebungen (Datenpool, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, IV-Statistik, Todesursachenstatistik) wird auf eine Signifikanz-Angabe verzichtet, da es sich um exakte Anteile handelt. Bei der Berechnung von Raten werden jeweils ebenfalls Vertrauensintervalle angegeben.

Standardisierte Raten

Die Standardisierung ist eine statistische Methode, um Raten zwischen Gruppen, die sich in demografischen Strukturen unterscheiden, vergleichbar zu machen. So können sich zum Beispiel Regionen wie Kantone hinsichtlich der Alters- und Geschlechterstruktur unterscheiden. Da insbesondere das Alter einen Einfluss auf die Gesundheit und auf die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen hat, ist es bei regionalen Vergleichen üblich, *altersstandardisierte* Raten zu rechnen, um so die Unterschiede hinsichtlich der Altersstruktur herauszufiltern und die Regionen vergleichbar zu machen. Zudem werden Raten oftmals auch *geschlechtsstandardisiert* (oder für Frauen und Männer separat berechnet), um Verzerrungen aufgrund regionaler Unterschiede bei der Verteilung der Geschlechter zu vermeiden. Auch bei zeitlichen Vergleichen werden oft standardisierte Raten verwendet, weil sich die demografische Struktur einer Bevölkerung über die Zeit verändern kann, und damit jährliche (rohe) Raten nur eingeschränkt miteinander verglichen werden können. Beispielsweise könnte eine steigende Hospitalisierungsrate hauptsächlich mit der Alterung der Bevölkerung zusammenhängen und weniger mit anderen Faktoren, wie z.B. mit gesundheitspolitischen Entscheidungen.

Um eine Rate zu standardisieren, wird der betrachteten Bevölkerung (z.B. eines Kantons) die Alters- und Geschlechtsstruktur einer Referenz-/Standardpopulation unterstellt. Dabei werden die

Raten für jede Altersgruppe nach Geschlecht gemäss der Altersstruktur der Standardpopulation gewichtet. Im vorliegenden Bericht wurde die europäische Standardpopulation 2010 als Standardbevölkerung verwendet (Eurostat, 2013) und die Raten wurden mit der Methode der direkten Standardisierung wie folgt berechnet:

$$\text{Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate} = \frac{\sum (N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

N_{ij} : Zahl der Personen in der Altersgruppe i und Geschlecht j in der Standardpopulation

r_{ij} : Alters- und geschlechtsspezifische Rate

Die Raten beziehen sich auf die ständige Wohnbevölkerung nach Wohnregion. Die 95%-Vertrauensintervalle wurden basierend auf einer Gamma-Approximation der Varianz der Rate berechnet (Tiwari et al., 2006).

Nach der Standardisierung können Raten über die Zeit und zwischen Regionen verglichen werden, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher demografischer Strukturen kommt. Bei der Interpretation von standardisierten Raten ist jedoch zu beachten, dass sie nicht den realen empirischen Werten entsprechen. Vielmehr beschreiben sie, wie die Raten in der betrachteten Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen wären, wenn die demografische Struktur der Bevölkerung derer der Standardpopulation entspräche und somit alters- und geschlechtsstrukturbedingte Effekte aus den Raten «entfernt» würden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2020).

2 Psychischer Gesundheitszustand

Im einleitenden Kapitel 1 wurde die Thematik der psychischen Gesundheit auf theoretischer Ebene erläutert. Im vorliegenden Kapitel werden nun ausgewählte *empirische* Resultate zum psychischen Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung vorgestellt. In einem ersten Teil geht es um Indikatoren der sogenannten positiven psychischen Gesundheit (2.1). Dabei wird näher auf Lebensqualität (2.1.1), Glücklichein (2.1.2) und Energie und Vitalität (2.1.3) eingegangen. Anschliessend folgt ein Unterkapitel zu psychischen Beschwerden (2.2) mit Fokus auf psychische Belastung (2.2.1), Depressionssymptome und Depression (2.2.2) sowie Komorbidität, dem gleichzeitigen Vorliegen psychischer Probleme und zusätzlicher somatischer Beschwerden (2.2.3). Sämtliche Ergebnisse werden hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung analysiert. Des Weiteren werden regionale Unterschiede erörtert.

2.1 Positive psychische Gesundheit

Über 90% der Schweizer Bevölkerung berichtet von einer (sehr) guten Lebensqualität, eine grosse Mehrheit ist glücklich. Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrer Einschätzung diesbezüglich nicht, dagegen fühlen sich Männer deutlich häufiger voll Energie als Frauen. Während die Indikatoren zu Lebensqualität und Glücklichein im mittleren Alter eine leichte Baisse zeigen, steigt die Vitalität mit zunehmendem Alter an. Deutlich sind die Unterschiede nach Bildung und nach Grossregion, wobei die Zentralschweiz positiv auffällt.

Nebst der ursprünglichen, defizitorientierten Perspektive innerhalb der Psychologie hat eine fachliche Sichtweise, die sich auf die Ressourcen und auf die positiven Aspekte der menschlichen Psyche konzentriert, in den letzten zwei Dekaden stark an Bedeutung gewonnen. Die so genannte «Positive Psychologie» legt den Fokus auf positives Erleben, auf positive Charaktereigenschaften und auf ein positives Umfeld der betrachteten Individuen. Das Wissen über diese positiven Merkmale soll genutzt werden, um die Lebensqualität der Menschen zu verbessern und auf diese Weise psychischen Erkrankungen besser vorzubeugen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Um die positive psychische Gesundheit einer Bevölkerung zu erfassen werden beispielsweise Indikatoren zu selbst wahrgenommener psychischer Gesundheit, zu Lebenszufriedenheit bzw. -qualität, zu Wohlbefinden oder Glück untersucht (vgl. Kasten «Monitoring der psychischen Gesundheit: Beispiel Kanada und Deutschland», 1.3.1). In diesem Abschnitt wird die positive psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung mittels drei Indikatoren näher beleuchtet: Lebensqualität (2.1.1), Glücklichein (2.1.2) sowie Energie und Vitalität (2.1.3).

2.1.1 Lebensqualität

Gemäss WHO ist Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext von Kultur und Wertesystemen, in denen man lebt, und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Standards und Sorgen.⁶ Welche Bereiche zur Lebensqualität gezählt und wie sie gewichtet werden, ist individuell und jede Person bestimmt für sich selbst, wie sie ihre Lebensqualität einschätzt. Lebensqualität bezieht sich somit nicht ausschliesslich auf das psychische Befinden.

Lebensqualität wird zum Teil anhand vieler verschiedener Indikatoren gemessen, häufig im Sinne der Lebenszufriedenheit oder anhand ökonomischer Indikatoren (vgl. BFS, 2016b; OECD, 2000). In der SGB (vgl. 1.5.1) wird dagegen ganz direkt erfragt, wie die Person ihre «Lebensqualität im Allgemeinen» einschätzt (vgl. Anhang). Die folgenden Ergebnisse zeigen die Anteile der Befragten, die ihre Lebensqualität als *gut* oder *sehr gut* einschätzen. Es ist möglich, die Lebensqualität für die Jahre 2012 und 2017 auszuweisen.

Über 90% der Befragten (91,7%) schätzen ihre Lebensqualität 2017 als gut oder sogar sehr gut ein (G 2.1). Es gibt bezüglich dieser Einschätzung keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern und auch keinen Unterschied zur Befragung 2012.

Die Lebensqualität wird im mittleren Alter – von den 35- bis 49-Jährigen und den 50- bis 64-Jährigen – tendenziell weniger häufig als (sehr) gut eingeschätzt als von den Jüngeren und den Älteren.

Nach Bildungsstufe betrachtet zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Einschätzung der Lebensqualität. Befragte ohne nachobligatorische Bildung (85,1%) schätzen ihre Lebensqualität deutlich weniger häufig als (sehr) gut ein als Personen mit Sekundarstufe II (91,4%) und Tertiärstufe (95,5%).

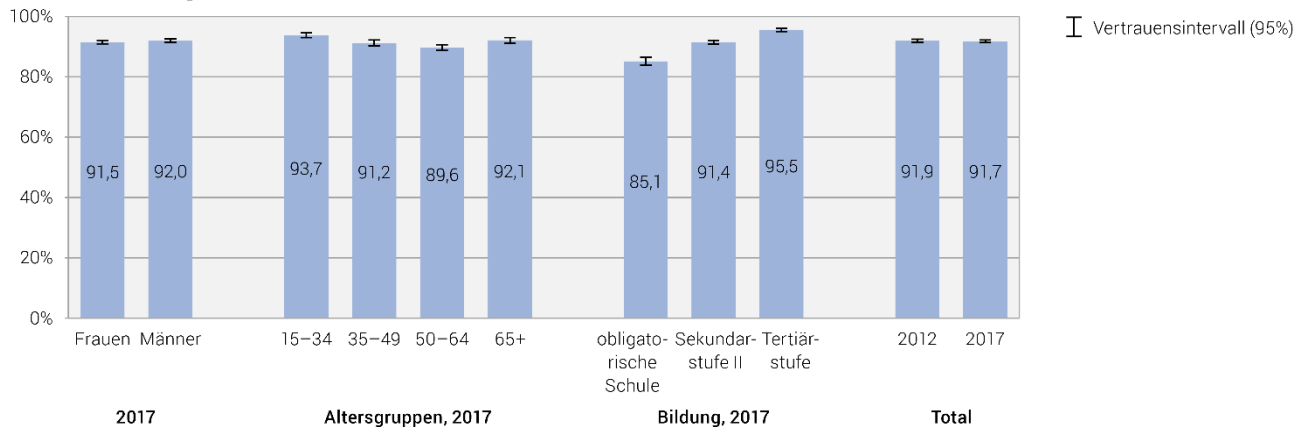
⁶ www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/

Ebenfalls deutliche Unterschiede sieht man bei Betrachtung der Lebensqualität nach Grossregionen. In der Zentralschweiz (94,6%) schätzen die Befragten ihre Lebensqualität überdurchschnittlich häufig als (sehr) gut ein (G 2.2). Das Gegenteil ist in der Genferseeregion (86,5%) und im Tessin (81,8%) der Fall, denn hier

schätzen die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Lebensqualität weniger häufig als (sehr) gut ein als der Schweizer Durchschnitt. Es ist unklar, inwieweit sich die regionalen Differenzen u.a. auch auf Sprach- und/oder Kulturunterschiede in der Beantwortung der Fragen zurückführen lassen.

G 2.1 (Sehr) gute Lebensqualität, nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2012, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



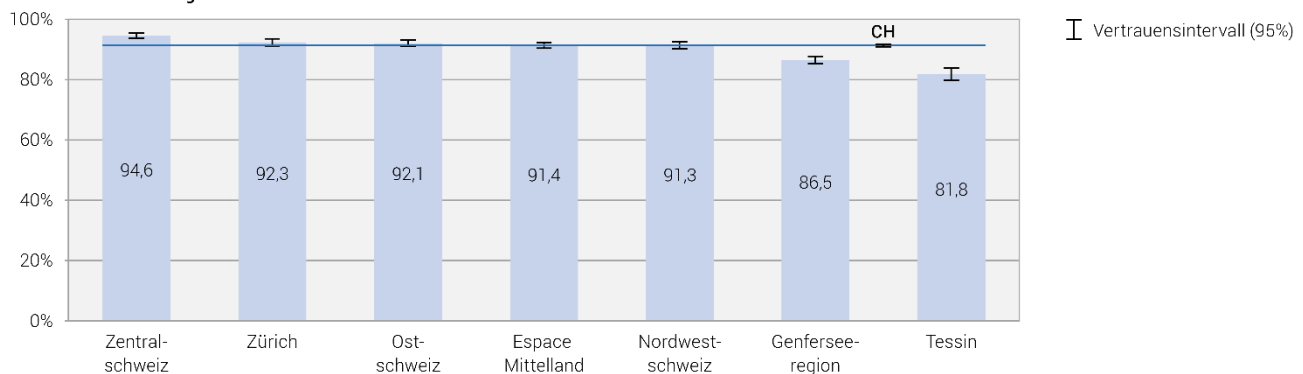
Frauen: n=11'151, Männer: n=10'050

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 2.2 (Sehr) gute Lebensqualität, nach Region, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Zentralschweiz: n=3136, Zürich: n=2325, Ostschweiz: n=3900, Espace Mittelland: n=4205, Nordwestschweiz: n=2324, Genferseeregion: n=3837, Tessin: n=1474

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

2.1.2 Glücklichein

Gemäss dem World Happiness Report (Weltglücksbericht) von 2020 der Vereinten Nationen (UNO) ist die Schweiz das drittglücklichste Land der Welt (Helliwell et al., 2020). Der Ländervergleich wurde mit der sogenannten Cantril-Leiter gemacht: Die Teilnehmer schätzen ihre aktuelle Position auf der 0 bis 10 Skala ein, wobei 0 für das schlechteste vorstellbare Leben, und 10 für das beste vorstellbare Leben stehen. Die Schweizer Bevölkerung schätzte ihr Glück mit 7,56 ein und liegen damit an dritter Stelle, nur übertroffen von Finnland (7,81) und Dänemark (7,65).

In der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC; vgl. 1.5.7) des BFS wird Glücklichein direkt erfragt mit «Wie häufig sind Sie in den letzten 4 Wochen glücklich gewesen?». Im Jahr 2017 – wie auch bereits 2014 – haben drei Viertel der Befragten mit *meistens* oder *ständig* geantwortet (G 2.3). Frauen und Männer unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Einschätzung. Abhängig vom Alter gibt es allerdings deutliche Unterschiede: Die Befragten der mittleren Altersgruppe (35–64 Jahre) sind seltener meistens oder ständig glücklich als die Befragten der jüngsten (16–34 Jahre) und ältesten (65+ Jahre) Altersgruppe.

2.1.3 Energie und Vitalität

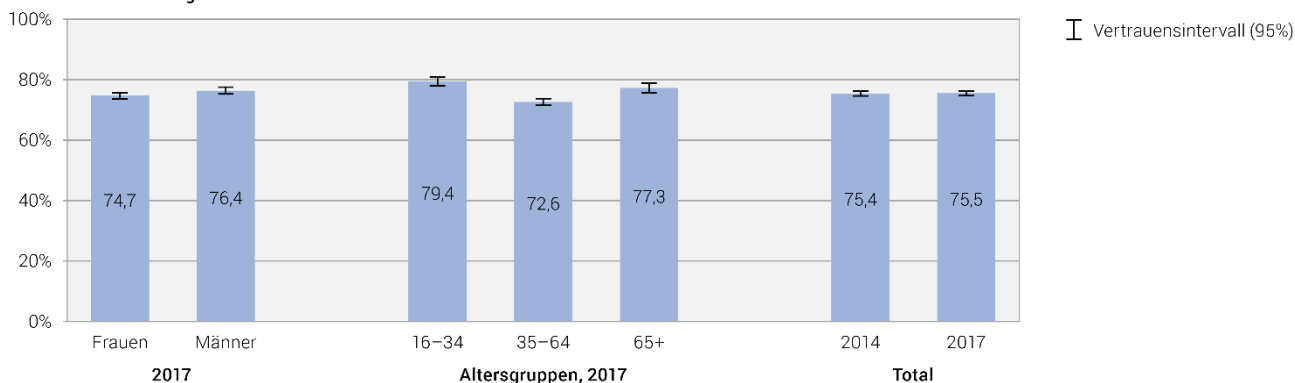
Ein weiterer Indikator für eine *positive* psychische Gesundheit ist «Energie und Vitalität». Dieser Indikator wurde bereits in der letzten SGB-Erhebung mit der Vitalitäts-Subskala (EVI) des SF-36 gemessen (Schuler et al., 2016). Die Messung des Gefühls, (keine) Energie zu haben und sich (nicht) vital zu fühlen, hängt beim EVI nicht nur von physiologischen Zuständen wie beispielsweise Müdigkeit oder somatischer Erkrankung ab, sondern auch psychologische Faktoren wie Begeisterungsfähigkeit oder die allgemeine Gemütsverfassung nehmen Einfluss (Ryan & Frederick, 1997).

Beim EVI werden die Befragten dazu aufgefordert, einzuschätzen wie oft (immer, meistens, manchmal, selten, nie) sie sich in den letzten vier Wochen «voller Leben», «voller Energie», «erschöpft» oder «müde» gefühlt haben (vgl. Anhang). Die Antworten werden anschliessend in *tiefes*, *mittleres* und *hohes Energie- und Vitalitätsniveau*⁷ kategorisiert (OFS, 2019). Die Fragen wurden im Rahmen der SGB 2017 im schriftlichen Teil der Befragung gestellt, in der SGB 2012 waren sie im telefonischen Teil untergebracht. Durch diese Änderung sind die Ergebnisse nur unter Vorbehalt miteinander vergleichbar.

Bei rund 70% der Schweizer Bevölkerung ergab die Befragung 2017 ein *hohes* (48,7%) oder *mittleres* (22,0%) Energie- und Vitalitätsniveau (G 2.4). Hingegen fühlen sich knapp 30% der Schweizerinnen und Schweizer oft energielos und nicht vital. Im Vergleich zu 2012 fühlen sich die Befragten deutlich seltener voll Energie.

G 2.3 Glücklichein, nach Geschlecht und Alter, 2014, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



2014: n=11'168, 2017: n=13'205

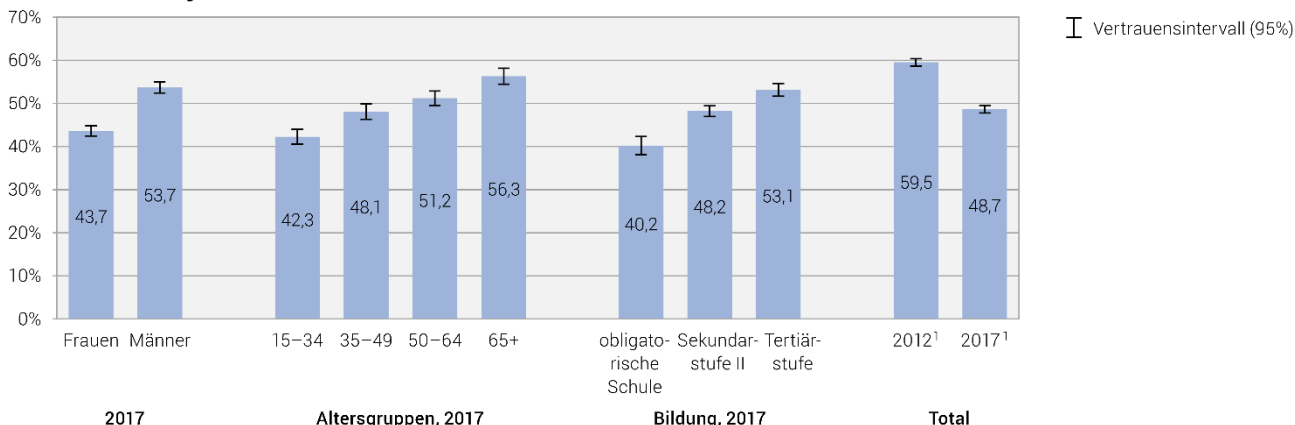
Quelle: BFS – Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)

© Obsan 2020

⁷ Je grösser die Werte, desto höher ist das Energie- und Vitalitätsniveau: EVI-Werte von 0 bis 62 entsprechen einem *tiefen*, Werte von 63 bis 70 einem *mittleren* und von 71 bis 100 einem *hohen* Energie- und Vitalitätsniveau.

G 2.4 Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2012, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



¹ Die Ergebnisse der Jahre 2012 und 2017 sind nur bedingt miteinander vergleichbar, da die entsprechenden Fragen in der SGB 2012 im mündlichen Teil und in der SGB 2017 im schriftlichen Teil der Befragung untergebracht waren.

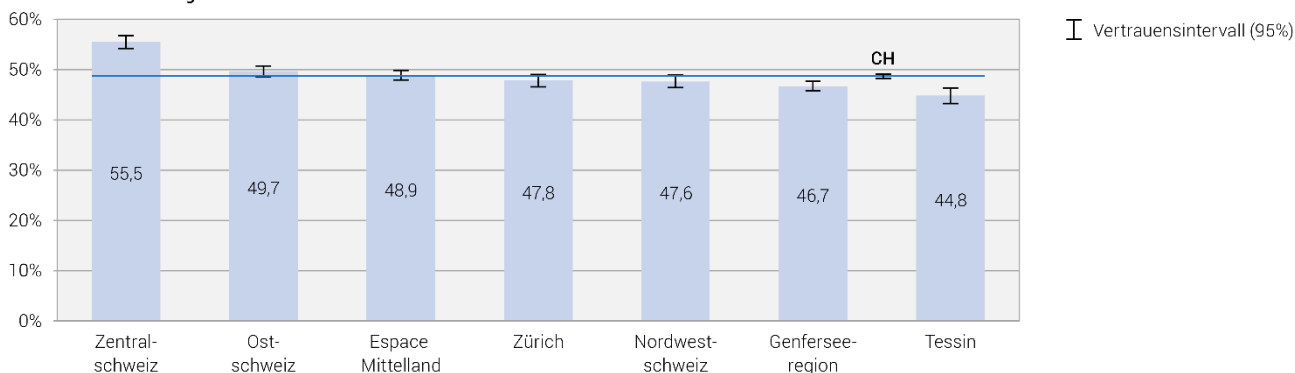
2012: n=20'645, 2017: n=17'872

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 2.5 Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, nach Region, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Zentralschweiz: n=2694, Ostschweiz: n=3332, Espace Mittelland: n=3578, Zürich: n=1962, Nordwestschweiz: n=1957, Genferseeregion: n=3126, Tessin: n=1223

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Bei den Rückmeldungen zum Energie- und Vitalitätsniveau der Schweizer Bevölkerung gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern: Männer (53,7%) zeigen häufiger ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als Frauen (43,7%) und seltener ein tiefes (Männer: 25,6%, Frauen: 33,1%) (G 2.4). Es zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Altersgradient: Mit zunehmendem Alter fühlen sich die Befragten häufiger vital und voll Energie. Und es sind erstaunlicherweise vor allem die Jungen, die von wenig Vitalität und Energie berichten. Es gilt hier zu bedenken, dass im Rahmen der SGB ausschliesslich Personen in Privathaushalten befragt werden. Dadurch sind z.B. ältere Personen, die in Alters- und Pflegeheimen wohnen, untervertreten. In allen Altersgruppen füh-

len sich die Männer häufiger voll Energie als die Frauen. Die Geschlechter- und Altersunterschiede existierten in gleicher Weise bereits 2012.

Im Weiteren besteht ein deutlicher Zusammenhang mit dem Bildungsniveau der Bevölkerung. Hohe Vitalität ist bei Personen mit Tertiärbildung (53,1%) deutlich häufiger als bei Personen ohne nachobligatorische Bildung (40,2%). Umgekehrt geht ein niedriger Bildungsstand öfter mit Energielosigkeit und Vitalitätsmangel einher.

Weiter können auch regionale Unterschiede ausgemacht werden. In der Zentralschweiz (55,5%) berichten überdurchschnittlich viele Personen über einen hohen Vitalitäts- und Energielevel (G 2.5). Dagegen ist der Anteil im Tessin besonders gering (44,8%).

2.2 Psychische Beschwerden

Psychische Belastung und Depressionssymptome kommen bei rund 15–34% der Schweizer Bevölkerung vor. Über 5% der Erwachsenen ab 15 Jahren hatten in den letzten 12 Monaten eine diagnostizierte Depression. Die psychischen Beschwerden sind generell bei Frauen häufiger als bei Männern, und psychische Belastung und diagnostizierte Depressionen scheinen im mittleren Alter besonders häufig. Der zeitliche Vergleich fällt unterschiedlich aus: Die Depressionssymptome haben zwischen 2012 und 2017 zugenommen, die psychische Belastung hat dagegen abgenommen. Bei psychischer Belastung, Depressionssymptomen und Depressionen zeigen sich einheitlich ein deutlicher Bildungsgradient sowie regional auffallend hohe Werte im Tessin und der Genferseeregion.

2.2.1 Psychische Belastung

Psychische Belastungen umfassen ein breites Spektrum von Beschwerden. Sie können von leichteren emotionalen Stresszuständen bis hin zu eigentlichen psychischen Störungen reichen.

In der SGB wird *psychische Belastung* mittels Fragen nach der Häufigkeit von drei negativen Gemütszuständen (Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Entmutigung oder Depressiertheit) und von zwei positiven Gemütszuständen (Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Glücksgefühle) in den vergangenen vier Wochen geschätzt (*Mental Health Inventory* MHI-5; Veit & Ware, 1983; vgl. Anhang). Die Kategorisierung des Indikators in *keine/geringe*, in *mittlere* und in *starke* psychische Belastung⁸ kann nicht mit einer medizinischen Diagnosestellung gleichgesetzt werden. Sie erlaubt jedoch eine Identifikation von Personengruppen in der Bevölkerung, die von schwerwiegenden psychischen Problemen betroffen sind. So weist eine mittlere psychische Belastung auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung hin und bei einer starken Belastung ist das Vorliegen

einer psychischen Störung aus klinischer Sicht sehr wahrscheinlich (OFS, 2019). Das MHI-5 wurde erstmals in der SGB 2007 zur Erfassung der psychischen Belastung verwendet. Somit sind Aussagen zu drei Zeitpunkten in den zehn Jahren möglich (2007, 2012, 2017).

Im Jahr 2017 resultierte bei 15,1% der Schweizer Bevölkerung eine mittlere bis starke psychische Belastung (G 2.6). In den Jahren 2012 (18,0%) und 2007 (17,0%) waren diese Anteile höher. Der Anteil der *stark* psychisch Belasteten hat sich 2017 (4,0%) im Vergleich zu 2012 (4,6%) und 2007 (4,3%) nicht bedeutsam verändert. Der Anteil Personen mit einer *mittleren* Belastung ist 2017 (11,0%) im Vergleich zu den anderen beiden Messzeitpunkten 2012 (13,4%) und 2007 (12,8%) kleiner.

Im Jahr 2017, wie auch in den Jahren davor, berichten Frauen (18,3%) deutlich häufiger von mittlerer und starker psychischer Belastung als Männer (11,7%). In allen Altersgruppen fühlen sich Frauen rund 1,5 Mal häufiger psychisch belastet als Männer. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind es sogar doppelt so viele Frauen wie Männer. Bei Frauen und Männern ist die mittlere und insbesondere die starke psychische Belastung in den mittleren Altersgruppen (35 bis 64 Jahre) in der Tendenz am häufigsten. Bei den befragten 65-Jährigen und Älteren ist die mittlere und insbesondere auch die starke psychische Belastung seltener als in den anderen Altersgruppen.

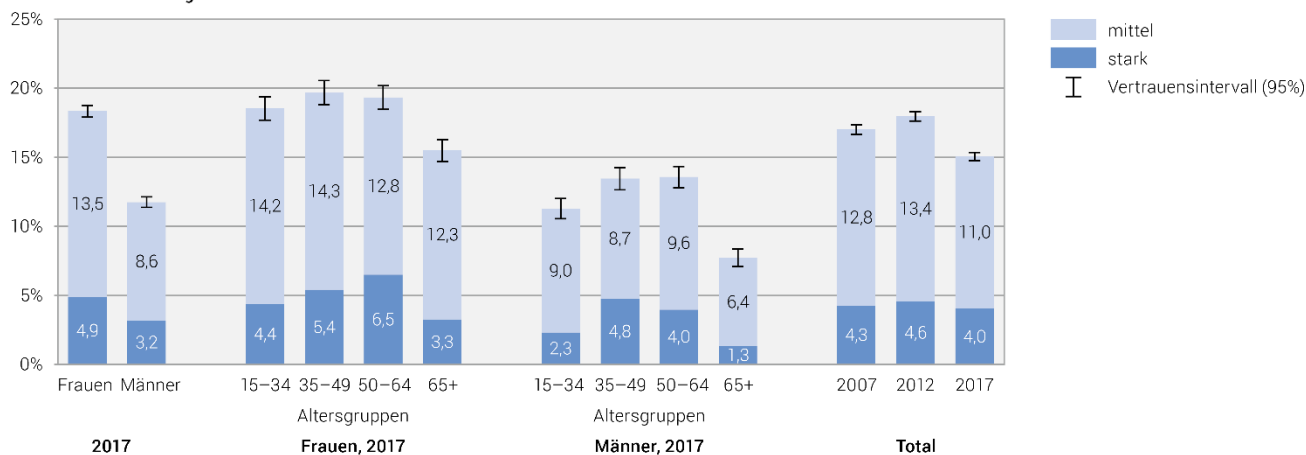
Das Ausmass der psychischen Belastung unterscheidet sich auch nach Bildungsniveau der Befragten. Bei höherer Bildung ist die psychische Belastung seltener: 21,6% der Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung geben an, sich psychisch mittel bis stark belastet zu fühlen. Bei den Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II sind es 15,3% und bei denjenigen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe noch 11,5%.

Die regionale Betrachtung zeigt, dass sich die Befragten im Tessin (24,3%) und in der Genferseeregion (21,6%) am häufigsten mittel und insbesondere auch stark psychisch belastet fühlen (G 2.7); deutlich häufiger als der Schweizer Durchschnitt. In der Zentralschweiz (8,9%) und der Ostschweiz (11,9%) wird dagegen unterdurchschnittlich oft von psychischer Belastung berichtet.

⁸ Je kleiner die Werte, desto höher ist die psychische Belastung: MHI-5-Werte von 100 bis 73 entsprechen *keiner/einer geringen*, von 72 bis 53 einer *mittleren* und von 52 bis 0 einer *starken* psychischen Belastung.

G 2.6 Psychische Belastung, nach Geschlecht und Alter, 2007, 2012, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *mittlere* + *starke* psychische Belastung.

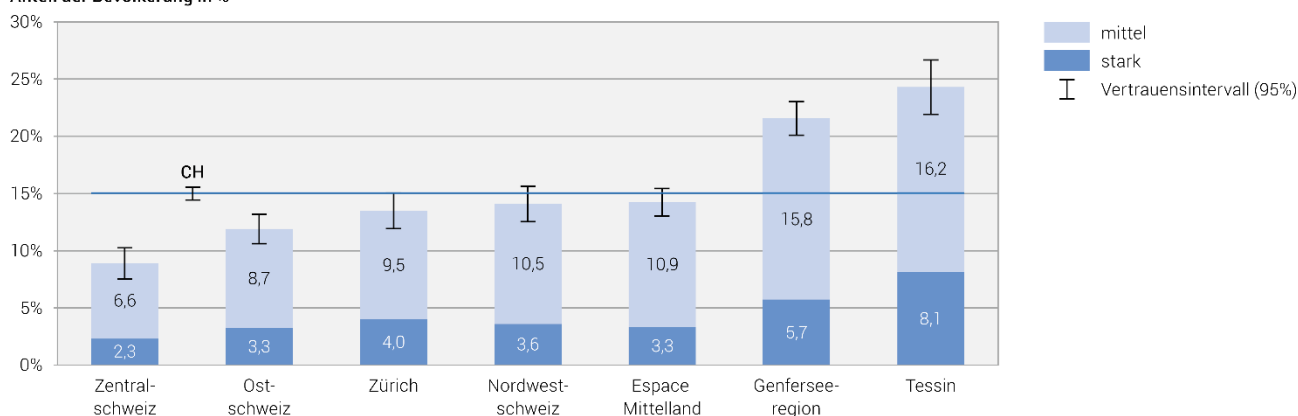
2007: n=17'634, 2012: n=20'652, 2017: n=20'941

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 2.7 Psychische Belastung, nach Region, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *mittlere* + *starke* psychische Belastung.

Zentralschweiz: n=3114, Ostschweiz: n=3863, Zürich: n=2297, Nordwestschweiz: n=2308, Espace Mittelland: n=4155, Genferseeregion: n=3736, Tessin: n=1468

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

2.2.2 Depressionssymptome und Depression

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind oft mit grossem Leiden, mit Behinderungen in Alltag, Beziehungen und Beruf sowie mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden. Im Lebensverlauf betreffen sie rund jede dritte Person, sie beginnen typischerweise zwischen dem 25. und dem 30. Lebensjahr – was im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen früh ist – und sie weisen häufig einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf auf (Hengartner, 2017). Zudem treten Depressionen oftmals gleichzeitig mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf (vgl. 2.2.3).

Depressionssymptome und Depressionen können sich bereits bei einem leichteren Verlauf einschränkend auswirken (Baer et al., 2013). Sie gelten als häufige Ursache für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und für Frühberentung (Stamm & Salize, 2006; vgl. 5.1). Depressionen sind die am häufigsten behandelten psychiatrischen Diagnosen in Schweizer Spitälern und sie verursachen die meisten Pflgetage (vgl. 4.3.2). Sie gehören zudem zu den Krankheiten, die für die höchsten Krankheitslasten verantwortlich sind (vgl. 1.2.1).

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse zur Häufigkeit von Depressionssymptomen und Depressionen in der Schweizer Bevölkerung stammen aus der SGB 2017. Im ersten Teil (Depressionssymptome) widerspiegeln die Ergebnisse die eigene Einschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer depressiven Verstimmung.

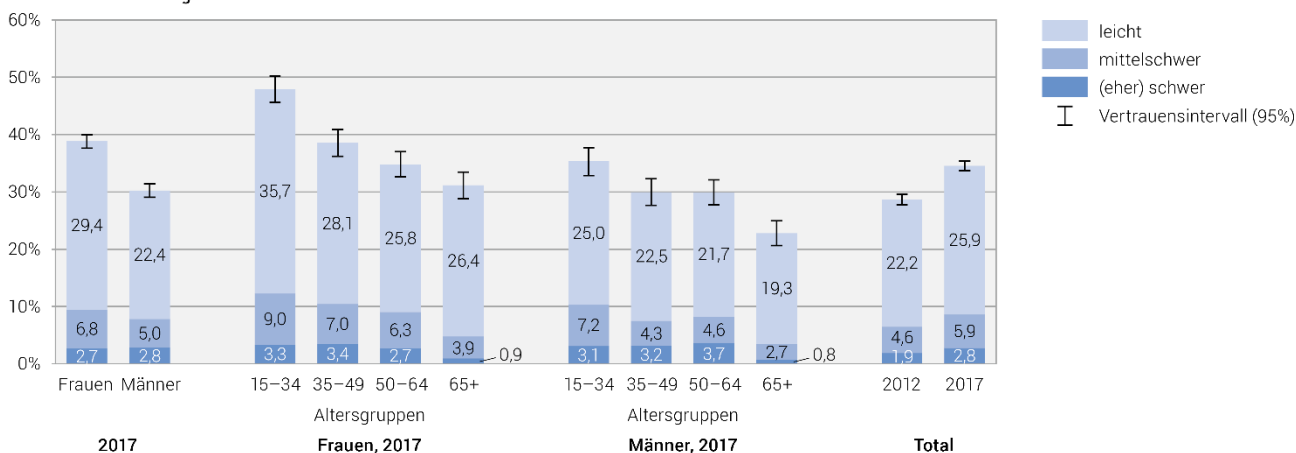
Da es sich um selbstberichtete Symptome handelt und nicht um ärztlich gestellte Diagnosen, ist hier die Rede von *Depressionssymptomen*. Im zweiten Teil (Depression) entstammen die Ergebnisse der direkten Frage nach einer Depression in den letzten 12 Monaten und ob diese von einer Fachperson diagnostiziert worden ist. Wurde die Depression von einer Fachperson diagnostiziert, wird nachfolgend der Begriff *Depression* verwendet. Wurde die Depression nicht diagnostiziert, ist im Anschluss von *Depression ohne Diagnose* die Rede.

Selbstberichtete Depressionssymptome

Seit der Erhebung der SGB 2012 werden die Depressionssymptome mit dem sogenannten *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; vgl. Anhang) erhoben. Der Fragebogen PHQ-9 besteht aus neun Fragen zur Häufigkeit von Beeinträchtigungen durch Symptome depressiver Erkrankungen, die im Zeitraum der letzten zwei Wochen vor der Befragung aufgetreten sind.⁹ Hieraus wird ein Indikator berechnet, dessen Schweregrad in vier Kategorien ausgewiesen wird: *keine/minimale*, *leichte*, *mittelschwere* und *(eher) schwere* Symptomatik¹⁰ (Kroenke et al., 2001; Löwe & Spitzer, 2001). Bei einer (eher) schweren Symptomatik liegt mit grosser Wahrscheinlichkeit eine diagnostizierbare Depression im Sinne einer Major Depression (nach DSM-IV) vor (Kroenke et al., 2001).

G 2.8 Depressionssymptome, nach Geschlecht und Alter, 2012, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *leicht* + *mittelschwer* + *(eher) schwer*.
n=18'230

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

⁹ Durch die Fragen werden die neun Kriterien einer Major Depression gemäss DSM-IV abgedeckt: Interesslosigkeit; Niedergeschlagenheit; Schwermut; Hoffnungslosigkeit; Schlafstörungen; Müdigkeit; Energielosigkeit; verminderter oder übermässiger Appetit; schlechte Meinung von sich selbst, Gefühle des Versagens; Konzentrationsschwierigkeiten; verlangsamte Bewegung/Sprache oder Ruhelosigkeit; Gedanken über Tod oder Selbstverletzung

¹⁰ Der PHQ-9 liefert einen Schweregrad-Wert zwischen 0 und 27. Werte von 5–9 entsprechen leichten, 10–14 mittelschweren, 15–19 eher schweren und 20+ schweren Depressionssymptomen.

Die Analysen der Daten der SGB 2017 zeigen, dass über ein Drittel der Befragten (34,6%) von Depressionssymptomen berichten (G 2.8). Bei 2,8% handelt es sich um eine (*eher*) *schwere*, bei 5,9% um eine *mittelschwere* und bei 25,9% um eine *leichte* Symptomatik. Die Häufigkeit der Depressionssymptome aller drei Schweregrade hat im Vergleich zu 2012 zugenommen. Der Anteil Personen mit mittelschweren bis schweren Symptomen hat sich zwischen 2012 und 2017 insbesondere bei den jungen Männern (16–20 Jahre: von 7,0% auf 14,1%) und bei den 50- bis 64-jährigen Personen (von 5,1% auf 8,6%) erhöht. Ganz generell gilt es hier zu beachten, dass insbesondere die Häufigkeit der schwereren Symptome in der Gesamtbevölkerung unterschätzt sein dürfte, da Personen, welche in Institutionen leben, nicht in die Befragung mitbezogen werden. Dazu kommt, dass es für schwer depressive Personen unter Umständen schwierig oder nicht möglich ist, den Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen.

Frauen (38,8%) geben generell öfter an, von Depressionssymptomen betroffen zu sein als Männer (30,2%). Berücksichtigt man den Schweregrad, existiert ein Unterschied zwischen Frauen und Männern im Falle von leichter und mittelschwerer Symptomatik, aber nicht bei schweren Symptomen. Der Geschlechterunterschied entspricht auch internationalen Ergebnissen (A Karger, 2014; Parker & Brotchie, 2010a). Als Erklärung dafür werden neben biologischen Faktoren beispielsweise eine grössere Häufung psychosozialer Stressoren bei Frauen sowie Auswirkungen struktureller Formen der Diskriminierung diskutiert (Hapke et al., 2019; Platt et al., 2016).

Depressionssymptome sind bei den Jungen stark verbreitet, mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der betroffenen Personen ab (G 2.8). Bei den Frauen werden die Depressionssymptome

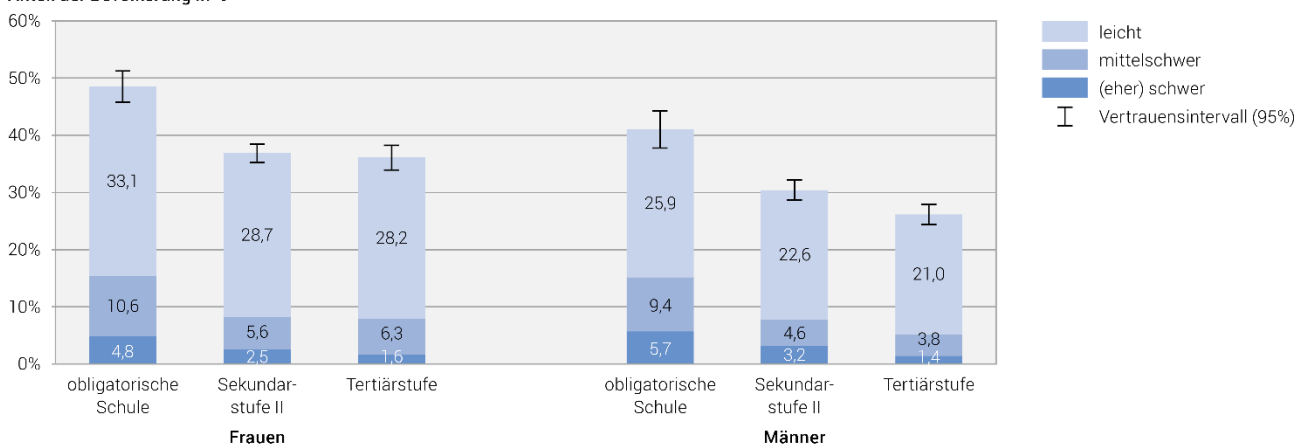
aller drei Schweregrade über die Altersgruppen in der Tendenz seltener. Fast die Hälfte der 15- bis 34-Jährigen (48,0%) berichtet von einer depressiven Symptomatik im Vergleich zu 31,2% bei den 65-Jährigen und älteren Frauen. Bei den Männern gibt es ebenfalls einen deutlichen Unterschied zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe: Die 15- bis 34-Jährigen berichten zu 35,3% und die 65-Jährigen und Älteren zu 22,8% von Depressionssymptomen.

Betrachtet man die Depressionssymptome schliesslich nach Bildungsniveau, so lässt sich ein deutlicher Bildungsgradient erkennen: Je höher die Bildung der Befragten, desto weniger sind sie von Depressionssymptomen betroffen. Der Bildungsgradient ist bei den Männern über alle drei Schweregrade beobachtbar. Bei den Frauen zeigt sich der Unterschied zwischen obligatorischer Schule und den höheren Bildungstufen (G 2.9).

Die Verteilung der Depressionssymptome nach Grossregionen zeigt ein ähnliches Bild wie bereits bei den Indikatoren zu (tiefer) Energie und Vitalität und zu psychischer Belastung. Im Tessin geben die Befragten generell am häufigsten an, Depressionssymptome zu haben (G 2.10). Bezieht man den Schweregrad mit ein, sind im Tessin vor allem die leichten Depressionssymptome weit verbreitet: Jede/r Dritte ist davon betroffen (33,5%). Die mittelschweren bis schweren Symptome sind in der Genferseeregion tendenziell häufiger als im Tessin. Ein deutlicher signifikanter Unterschied zeigt sich zwischen den Sprachregionen: In der französisch- und italienischsprachigen Schweiz (12,0%) ist die Betroffenheit bzgl. mittelschweren bis schweren Symptomen höher als in der deutschsprachigen Schweiz (7,3%; nicht dargestellt).

G 2.9 Depressionssymptome, nach Geschlecht und Bildung, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *leicht* + *mittelschwer* + (*eher*) *schwer*.

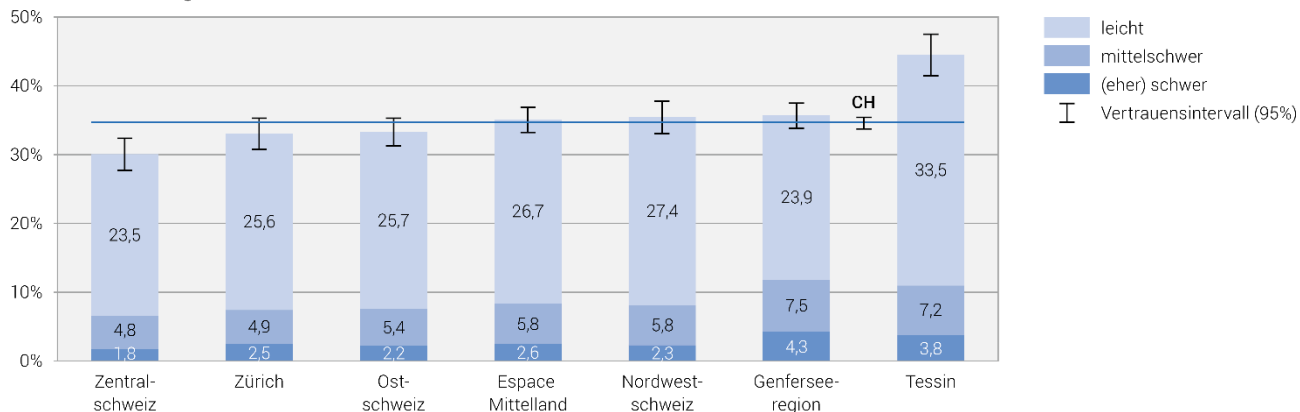
Frauen: n=9591, Männer: n=8600

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 2.10 Depressionssymptome, nach Region, 2017

Anteil der Bevölkerung in %

Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *leicht* + *mittelschwer* + *(eher) schwer*.

Zentralschweiz: n=2716, Zürich: n=2003, Ostschweiz: n=3390, Espace Mittelland: n=3638, Nordwestschweiz: n=1980, Genferseeregion: n=3217, Tessin: n=1286

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

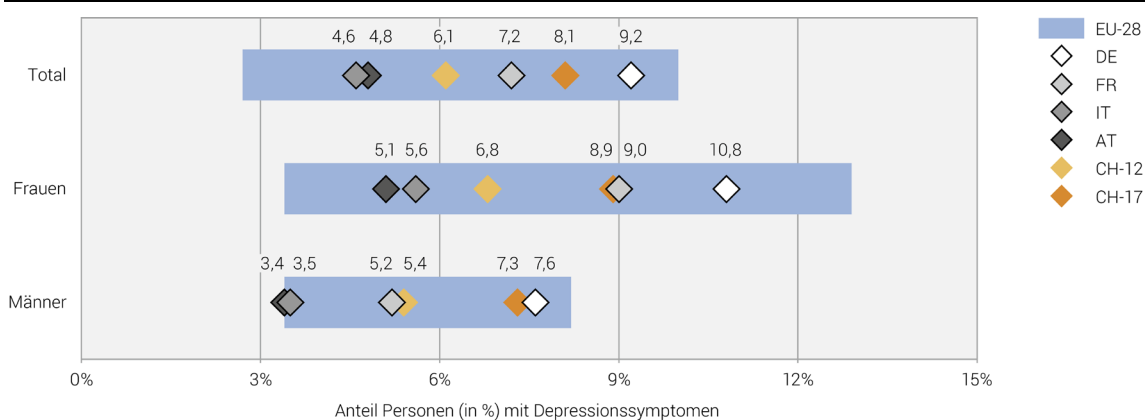
Depressionssymptome im europäischen Vergleich

Im Rahmen der zweiten Welle der europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS 2) wurde in den damals 28 EU-Ländern das Vorliegen von depressiver Symptomatik in der jeweiligen Bevölkerung erfragt. Die Erhebung fand zwischen 2013 und 2015 statt (Hapke et al., 2019). Die Depressionssymptome wurden mit dem 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erhoben, der im Vergleich zum PHQ-9, wie er in der SGB verwendet wird, nur 8 und nicht 9 Fragen enthält (vgl. 2.2.2; Anhang). Die Frage nach den *Gedanken über Tod oder Selbstverletzung* fällt im PHQ-8 weg.

In der folgenden Grafik ist die Prävalenz von Depressionssymptomen (mittelschwer bis schwer) in der Schweiz, den Nachbarländern und in der EU (EU-28 ohne Belgien, die Niederlande und Spanien) abgebildet. Für die EU wurde jeweils der Bereich zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Wert eingefärbt, so dass die Bandbreite der Prävalenzwerte ersichtlich wird, für die Schweiz und die Nachbarländer sind die länderspezifischen Prävalenzwerte aufgeführt. Da die Schweiz an der EHIS-2 Erhebung nicht teilgenommen hat, wurden für die Schweiz die PHQ-8 Werte aus der SGB 2012/2017 berechnet. Obwohl damit dasselbe Messinstrument verwendet wird, ist ein Vergleich mit den europäischen Ländern nur unter Vorbehalt möglich, da die Daten in unterschiedlichen Jahren erhoben wurden.

Die Prävalenz einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik in der Schweiz entsprach 2012 mit 6,1 % dem EU-Durchschnitt (6,6%; nicht abgebildet). Im Jahr 2017 ist die Prävalenz mit 8,1% in der Schweiz höher als im EU-Durchschnitt und höher als in den Nachbarländern, mit Ausnahme von Deutschland (9,2%). Die Schweiz liegt mit ihrem Wert zwischen und vergleichsweise nahe bei Frankreich (7,2%) und Deutschland (9,2%), die Werte von Italien und Österreich sind deutlich kleiner. Werden die Prävalenzwerte nach Geschlecht betrachtet, bleiben die Werte von Italien und Österreich für Männer und Frauen jeweils deutlich unter dem Schweizer Wert. Bei den Frauen liegen die Werte der Schweiz (8,9%) und von Frankreich (9,0%) nahe beisammen, während die Depressionssymptome bei den deutschen Frauen (10,8%) auffallend häufig sind. Bei den Männern dagegen sind die Schweizer (7,3%) und die Prävalenzwerte von Deutschland (7,6%) vergleichbar, während die depressive Symptomatik bei den französischen Männern (5,2%) weniger häufig ist.

Prävalenz mittelschwerer bis schwerer Depressionssymptome in der Schweiz (2012 und 2017), ihren Nachbarländern und der EU-28 (2013–2015)



Anmerkung: EU-28=Niedrigster bis höchster Wert der EU-28-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen (ohne Belgien, die Niederlande und Spanien; vgl. Hapke et al., 2019). DE=Deutschland, FR=Frankreich, AT=Österreich, IT=Italien, CH-2012=Schweiz 2012, CH-2017=Schweiz 2017. Die Daten – ausser die Werte für die Schweiz – wurden entsprechend der europäischen Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) altersstandardisiert. Mittelschwere bis schwere Depressionssymptome: PHQ-8 $\geq$ 10 Punkte.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), European Health Interview Survey wave 2 (EHIS 2)

© Obsan 2020

Depression

In der SGB 2017 wird erfragt, ob man in den letzten 12 Monaten eine Depression gehabt hat, und wenn ja, ob diese von einer Fachperson diagnostiziert worden ist (vgl. Anhang). Der Zeitraum (letzte 12 Monate; Jahresprävalenz) auf den sich die Frage bezieht, ist ein anderer als bei den Depressionssymptomen (letzte 2 Wochen; Periodenprävalenz). In der Erhebung von 2012 wurden die Fragen etwas anders gestellt: Man wollte von den Befragten wissen, ob sie in den letzten 12 Monaten wegen einer Depression in ärztlicher Behandlung waren oder ob sie eine Depression hatten, aber nicht in Behandlung waren. Die Ergebnisse der beiden Jahre sind also nicht direkt vergleichbar. Da die Fragen aber trotzdem ähnlich sind – mit einer ärztlichen Depressionsbehandlung ist normalerweise auch eine Diagnosestellung verbunden – wird das Jahr 2012 später im Abschnitt dennoch als ergänzende Information hinzugezogen.

In der Grafik G 2.11 sind pro Merkmal jeweils zwei Säulen abgebildet. Die dunkle Säule zeigt den Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten eine diagnostizierte Depression hatten, die helle Säule steht für die Befragten, die nach eigenen Angaben eine Depression hatten, aber bei denen keine Diagnose gestellt wurde. Über die Gründe, weshalb keine Diagnose vorliegt – z.B. ob (noch) keine Behandlung aufgesucht wurde oder die/der Behandelnde keine Diagnose gestellt hat – ist nichts bekannt.

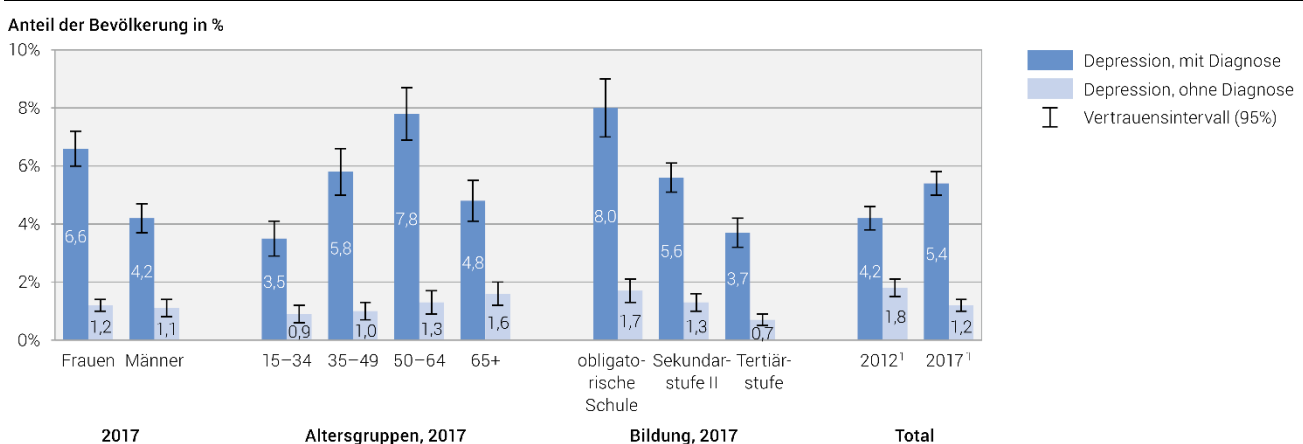
In den 12 Monaten vor der Befragung hatten 5,4% der Befragten eine diagnostizierte Depression, bei den Frauen waren es 6,6% und bei den Männern 4,2% (G 2.11). Die Befragten der jüngsten Altersgruppe (15–34 Jahre) hatten vergleichsweise selten eine diagnostizierte Depression (3,5%), die 50- bis 64-Jährigen dagegen

am häufigsten (7,8%). Wie bereits bei den selbst berichteten Depressionssymptomen zeigt sich auch bei der diagnostizierten Depression ein deutlicher Bildungsgradient: Am häufigsten sind die Depressionen bei den Befragten mit höchstens obligatorischer Schulbildung (8,0%), bei denjenigen mit Sekundarstufe II sind es 5,6% und bei den Personen mit Tertiärstufe 3,7%.

Um zu prüfen, ob es – wie bei den Depressionssymptomen – auch bei den diagnostizierten Depressionen Hinweise auf eine Zunahme gab, wurde in der Grafik G 2.11 auch das Gesamtergebnis für das Jahr 2012 abgebildet, obwohl der Vergleich nur mit Vorsicht gemacht werden kann. Die Anteile von 4,2% in 2012 und 5,4% in 2017 lassen vermuten, dass es auch hier eine Zunahme gegeben haben könnte.

Der Anteil der Personen, die bejahen, eine Depression gehabt zu haben, ohne dass eine Diagnose gestellt wurde, ist mit 1,2% im Vergleich zu den diagnostizierten Depressionen kleiner. Die Anteile der Frauen und Männer unterscheiden sich nicht. In der Tendenz wird der Anteil mit zunehmendem Alter grösser, er liegt bei 0,9% bei den 15- bis 34-Jährigen und bei 1,6% bei den 65-Jährigen und Älteren. Hinsichtlich Bildungsstufe zeigt sich ein Unterschied zwischen Tertiärstufe (0,7%) und den anderen beiden Bildungsniveaus, Sekundarstufe II 1,3% und obligatorische Schule 1,7%. Interessant ist der zeitliche Vergleich, der impliziert, dass der Anteil Personen mit Depression, aber ohne Diagnose, eher abgenommen zu haben scheint. Wenn das tatsächlich so wäre, könnte es ein Hinweis darauf sein, dass Personen mit Depressionen heute häufiger eine Behandlung aufsuchen als noch vor fünf Jahren (und deshalb eine Diagnose erhalten haben; vgl. auch 4.1).

G 2.11 Depression (in den letzten 12 Monaten) mit und ohne Diagnose, nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2012, 2017

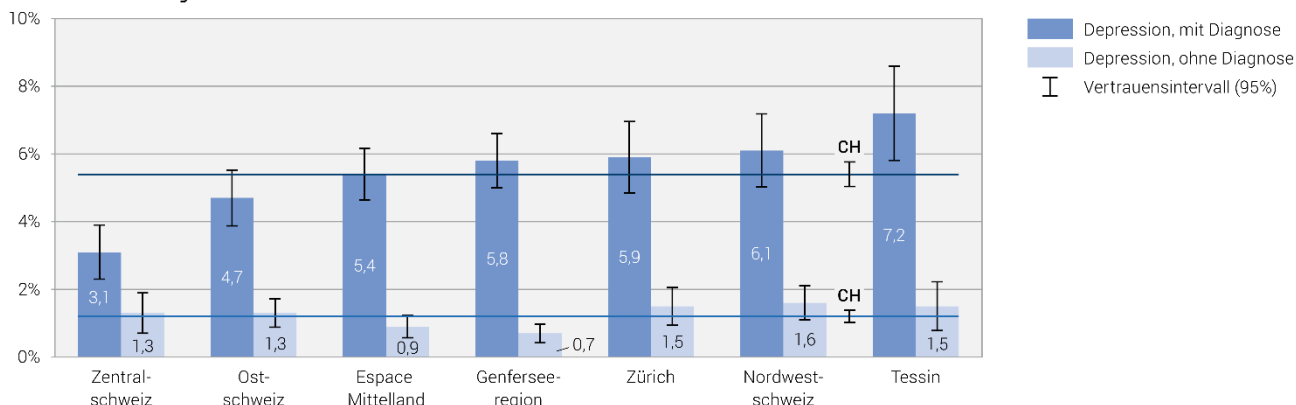


¹ Die Ergebnisse 2012 und 2017 sind nur mit Vorbehalt vergleichbar, da sich der Wortlaut der Frage geändert hat.

n=22'092

G 2.12 Depression (in den letzten 12 Monaten) mit und ohne Diagnose, nach Region, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Zentralschweiz: n=3257, Ostschweiz: n=4048, Espace Mittelland: n=4363, Genferseeregion: n=3998, Zürich: n=2455, Nordwestschweiz: n=2454, Tessin: n=1517

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

In Grafik G 2.12 ist die regionale Verteilung der diagnostizierten Depressionen und der Depressionen ohne Diagnose abgebildet. Bei den diagnostizierten Depressionen fallen wiederum, wie bei den Depressionssymptomen, die Zentralschweiz mit unterdurchschnittlich wenigen und das Tessin mit überdurchschnittlich vielen Depressionen auf. Die anderen Regionen liegen im Bereich des gesamtschweizerischen Werts. Bei den nicht-diagnostizierten Depressionen fällt die Genferseeregion auf, deren Anteil tendenziell kleiner als der Anteil der Gesamtschweiz ist.

Die hier präsentierten Ergebnisse zu den selbstberichteten Depressionssymptomen und zu den diagnostizierten Depressionen lassen sich nicht direkt miteinander vergleichen, da sie sich u.a. auf unterschiedliche Zeitdauern beziehen: Die Fragen zu den Depressionssymptomen beziehen sich auf die letzten vier Wochen vor der Befragung, während sich die Frage nach einer diagnostizierten Depression auf die letzten 12 Monate bezieht. Es zeigen sich aber bei beiden Indikatoren übereinstimmende Muster, beispielsweise die erhöhte Betroffenheit der Frauen, der deutliche Bildungsgradient, die regionalen Unterschiede und die Zunahme

zwischen 2012 und 2017. Eine Ausnahme sind die abweichenden Altersverläufe: Die 15- bis 34-Jährigen weisen am häufigsten eine depressive Symptomatik auf. Diese nimmt danach mit zunehmendem Alter ab. Dagegen nimmt die Häufigkeit der diagnostizierten Depressionen im Altersverlauf zu, bis sie im Alter zwischen 50 und 64 Jahren am höchsten ist. Danach geht sie wiederum zurück. Diese charakteristischen Altersverläufe wurden auch in anderen Gesundheitserhebungen so berichtet (Busch et al., 2011; Busch et al., 2013; Strine et al., 2008). Mögliche Erklärungen sind z.B. das späte Aufsuchen einer Behandlung, Schutz- und Risikofaktoren, die altersabhängig unterschiedlich wirksam sind, biografische Einflüsse, vermehrte untypische Depressionen im Alter, die abhängig vom Instrument nicht erfasst und auch seltener diagnostiziert werden. Ausserdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch selteneres Erinnern, Wahrnehmen oder Berichten von depressiven Symptomen und Erkrankungen bei älteren Personen beeinflusst werden (Mauz & Jacobi, 2008; Weyerer & Bickel, 2007; Wittchen et al., 2010).

Rückgang der psychischen Belastung und Zunahme der Depressionssymptome: Wie passt das zusammen?

Beim Vergleich der zeitlichen Entwicklung der psychischen Belastung und der Depressionssymptome fällt auf, dass zwischen 2012 und 2017 die psychische Belastung bei den Befragten abgenommen hat, während die Depressionssymptome zugenommen haben. Es wurden einige Analysen vorgenommen, um diesen scheinbaren Widerspruch erklären zu können. Ausserdem wurden die Ergebnisse in den Kontext der Literatur gestellt. Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden:

- (1) Die Zunahme der Depressionssymptome (PHQ-9) ist wesentlich deutlicher ausgeprägt, als die Abnahme bei der psychischen Belastung (MHI-5). Betreffend Summenwert hat derjenige des MHI-5 um lediglich 1% zugenommen (was eine Abnahme der Belastung bedeutet). Im Vergleich dazu hat der Summenwert des PHQ-9 um 14% zugenommen (was einer Zunahme der Depressionssymptome entspricht). Betrachtet man die Veränderung nach Schweregrad, ist es bei der psychischen Belastung die mittlere und weniger die starke psychische Belastung, die zurückgegangen ist. Die Depressionssymptome haben in jedem Schweregrad zugenommen. Nach Geschlechtern betrachtet, haben bei den Männern die (eher) schweren und bei den Frauen die mittelschweren Depressionssymptome zugenommen.
- (2) Unterschiede in der Erhebung: (1) Die Fragen nach der psychischen Belastung werden im *telefonischen* Interview der SGB gestellt, die Fragen nach den Depressionssymptomen sind dagegen im *schriftlichen* Teil der Befragung untergebracht. (2) Die psychische Belastung bezieht sich auf die letzten *vier* Wochen, die Fragen nach den Depressionssymptomen beziehen sich auf die letzten *zwei* Wochen. (3) Die Reihenfolge und Einordnung der Fragen im Fragebogen hat sich zwischen 2012 und 2017 geändert, evtl. könnten sogenannte Positionseffekte (die Reihenfolge der Fragen beeinflusst das Antwortverhalten; z.B. Petersen, 2002) einen Einfluss auf die Ergebnisse haben.
- (3) Die Abnahme von hoher Energie und Vitalität (vgl. 2.1.3) zwischen 2012 und 2017 und die Zunahme der diagnostizierten Depressionen (vgl. 2.2.2) im selben Zeitraum scheinen mit der Zunahme der Depressionssymptome einherzugehen. Hier muss allerdings angemerkt werden, dass der zeitliche Vergleich bei beiden Indikatoren nur unter Vorbehalt möglich ist, da die Fragen zu Energie und Vitalität von der telefonischen (SGB 2012) in die schriftliche Befragung (SGB 2017) verschoben wurde und sich die Erhebungsfragen zu den diagnostizierten Depressionen zwischen 2012 und 2017 geändert haben.
- (4) Die Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH; Werlen et al., 2020) liefert aktuelle Schweizer Daten, die die Häufigkeit der Depressionssymptome gemäss SGB 2017 stützen. Die S-YESMH ist eine schweizweite repräsentative Befragung zu Symptomen von Depression (ebenfalls mittels PHQ-9), Generalisierter Angststörung und ADHS bei 17- bis 22-Jährigen. Sie wurde 2018 durchgeführt. Laut S-YESMH berichteten 17,7% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von mittelschweren bis schweren Symptomen einer Depression, gemäss SGB 2017 sind es für dieselbe Altersgruppe (17–22 Jahre) 13,5%. Die Zahlen der S-YESMH liegen 2018 also sogar noch höher als die der SGB 2017.
- (5) International wird in der Literatur verschiedentlich von einer Zunahme der Depressionen berichtet (z.B. Jorm et al., 2017). Das kann den Zuwachs selbstberichteter Symptome, wie z.B. in den USA zwischen 2005 und 2015 (Weinberger et al., 2018) betreffen oder den Anstieg der selbstberichteten ärztlichen Diagnose einer Depression, wie z.B. in Deutschland zwischen 2009 und 2012 (Thom et al., 2019) oder Kanada zwischen 2003 und 2007 (Simpson et al., 2012). Dies würde unserem – mit Vorsicht zu interpretierenden – Ergebnis der Zunahme der diagnostizierten Depressionen entsprechen (vgl. 2.2.2). Diese Zunahme wird allerdings meistens als Ergebnis von Veränderungen in der patientenseitigen Inanspruchnahme sowie der ärztlichen Diagnosestellung, -dokumentation und -kommunikation interpretiert.

2.2.3 Komorbidität

Das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung ist bei psychischen Störungen häufig. Personen mit einer Depression berichten häufiger von zwei oder mehr zusätzlichen chronischen Erkrankungen als Personen, die keine Depression haben. Rund drei Viertel der Bevölkerung mit starker psychischer Belastung oder schweren Depressionssymptomen haben gleichzeitig starke körperliche Beschwerden.

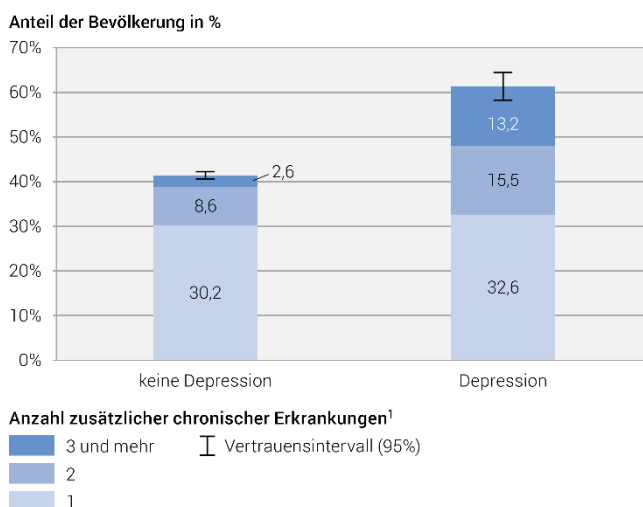
Komorbidität bezeichnet das Vorliegen von mehr als einer spezifischen und diagnostizierbaren gesundheitlichen Störung bei einer Person innerhalb eines definierten Zeitraums (Burke et al., 1990). Gerade bei psychischen Störungen sind Doppel- und Mehrfachdiagnosen häufig. Das gilt einerseits für das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehr *psychischen* Erkrankungen. So fanden beispielsweise Kessler et al. (2005) in ihrer Untersuchung in den USA bei 45% der psychisch Erkrankten mindestens eine weitere, d.h. also komorbide *psychische* Störung (12-Monats-Komorbidität). Laut der Erhebung «Gesundheit Erwachsener in Deutschland und dem Zusatzsurvey zur psychischen Gesundheit» (DEGS1-MH) hatten 55% der Personen mit einer psychischen Erkrankung *eine* entsprechende Diagnose und alle anderen zwei Diagnosen oder mehr (Jacobi et al., 2017). Es gibt Kombinationen von Störungsbildern, die besonders häufig sind. Rund die Hälfte bis drei Viertel der Depressionsfälle treten beispielsweise gemeinsam mit Angststörungen auf (Beekman et al., 2000), zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit Depression leiden ebenfalls an chronischen Schmerzen (Ohayon & Schatzberg, 2010) und eine starke Assoziation zwischen Suchtstörungen und Depressionen bzw. bipolaren Störungen ist vielfach belegt (Lai et al., 2015). Das gemeinsame Auftreten von Depressionen und weiteren psychischen Störungen führt zu einer höheren Chronizität und Komplexität des Krankheitsverlaufs, zu einem schwächeren Ansprechen auf medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen, zu einem höheren psychosozialen Behinderungsgrad und zu stärkeren Einbussen in der Lebensqualität (Laux, 2017).

Darüber hinaus gehen psychische Störungen (oder Kombinationen davon) auch sehr häufig mit (chronischen) *körperlichen* Erkrankungen einher. Gemäss Hewer und Schneider (2017) bestehen bei rund 30% bis 50% der psychisch schwer erkrankten Personen auch relevante komorbide somatische Erkrankungen. In einer WHO-Studie wurden die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und nachfolgend aufgetretenen chronischen somatischen Erkrankungen untersucht (Scott et al., 2016): Signifikante Assoziationen zeigten sich zwischen den untersuchten psychischen Störungen (affektive, Angst- und Impulskontrollstörungen, Störungen durch Substanzmissbrauch) und dem späteren Auftreten somatischer Erkrankungen wie Arthritis, chronischer Schmerz, Herzerkrankung, Schlaganfall, arterieller Hypertonie, Asthma bronchiale, chronischer Lungenerkrankung, peptischem Ulcus und Krebs.

Natürlich kann auch die andere Wirkungsrichtung beobachtet werden. So haben beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Krebs, HIV bzw. Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt bzw. Schlaganfall ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken (Anderson et al., 2001; WHO, 2003; WHO Europa, 2006). Psychische Störungen können somit dem Beginn körperlicher Symptome oder Erkrankungen *vorausgehen*, andererseits können somatische Erkrankungen oder deren Behandlung psychische Beschwerden oder Störungen *nach sich ziehen*.

Für die Prävention und Behandlung ist es von zentraler Bedeutung zu wissen, ob und wo welche Arten von Komorbiditäten bestehen und welche Krankheitsbilder nicht isoliert betrachtet werden sollten. Zudem ist es wichtig, bestehende Komorbiditäten frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Denn im Vergleich zu Einzeldiagnosen sind Ko- oder Multimorbiditäten in der Regel mit einer Vielfalt an negativen Folgen verbunden. Genannt werden können schwerere Verläufe der Erkrankung(en), niedrigere Lebensqualität, längere bzw. chronifizierte Krankheitsdauer, weniger Therapieerfolge, vermehrte Komplikationen und erhöhte Mortalität (Baer & Cahn, 2009b; Härter et al., 2007; Liu et al., 2017; Sartorius, 2013).

G 2.13 Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei (Nicht-) Vorhandensein einer Depression, 2017



¹ Diabetes, Asthma, Allergien, Arthrose/Arthritis, Osteoporose, Chronische Bronchitis, COPD, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Harninkontinenz

Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien «1» + «2» + «3 und mehr».

n=22'100

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

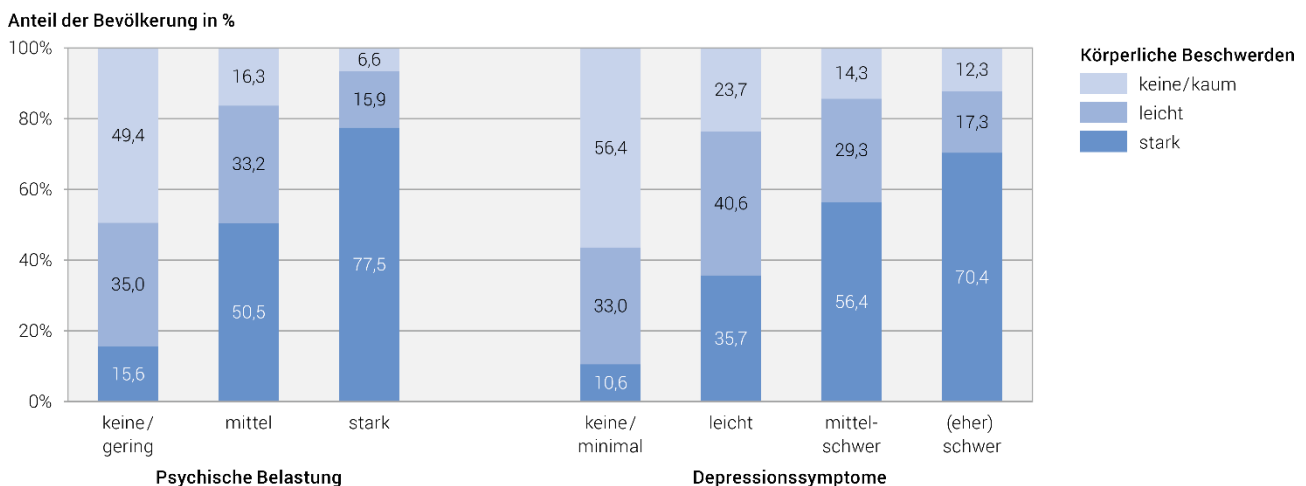
Die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse stammen aus der SGB 2017. Zum einen wird auf den Zusammenhang von Depression und der *Anzahl* zusätzlicher chronischer Erkrankungen eingegangen, zum anderen liegt der Fokus auf dem Zusammenhang zwischen psychischer Belastung bzw. Depressionssymptomen und zusätzlichen körperlichen Beschwerden. Die körperlichen Beschwerden werden im Rahmen der SGB 2017 mit einem Index abgebildet, der aus Fragen nach Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzstörungen und Schmerzen im Brustbereich zusammengesetzt wird (vgl. Anhang).

Grafik G 2.13 zeigt die Häufigkeit zusätzlicher chronischer Erkrankungen bei Vorhandensein bzw. bei Nicht-Vorhandensein einer Depression. Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung an einer Depression erkrankt sind, berichten deutlich

häufiger von *zwei oder drei und mehr* zusätzlichen chronischen Erkrankungen als Personen, die keine Depression erwähnen.

Wie zu erwarten, gehen keine oder geringe psychische Belastung bzw. Depressionssymptome mehrheitlich mit kaum oder leichten körperlichen Beschwerden einher (G 2.14). Dagegen finden sich bei über 70% der Personen mit starker psychischer Belastung bzw. (eher) schweren Depressionssymptomen auch starke körperliche Beschwerden. Frauen (82,1%) berichten häufiger als Männer (70,3%) von gleichzeitig auftretender starker psychischer Belastung und starken körperlichen Beschwerden (nicht abgebildet). Unter den stark psychisch belasteten Personen weisen die 50- bis 64-Jährigen tendenziell den grössten Anteil mit zusätzlichen starken körperlichen Beschwerden auf (81,0%). Es gibt zwischen den Altersgruppen jedoch keine bedeutsamen Unterschiede.

G 2.14 Körperliche Beschwerden, nach psychischer Belastung und Depressionssymptomen, 2017



Psychische Belastung: n=19'860, Depressionssymptome: n=17'329

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Weiterführende Information

BFS, Indikatoren der Lebensqualität:

www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/city-statistics/indikatoren-lebensqualitaet.html (Zugriff am 15.06.2020)

OECD, Better Life Index:

www.oecdbetterlifeindex.org/de/countries/schweiz/ (Zugriff am 15.06.2020)

OECD, How's Life: www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm (Zugriff am 15.06.2020)

Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM), Lebensqualität:

www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/ncd-und-lebensqualitaet-alter-15

www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/gesundheitsbezogene-lebensqualitaet-alter-6-16 (Zugriff am 15.06.2020)

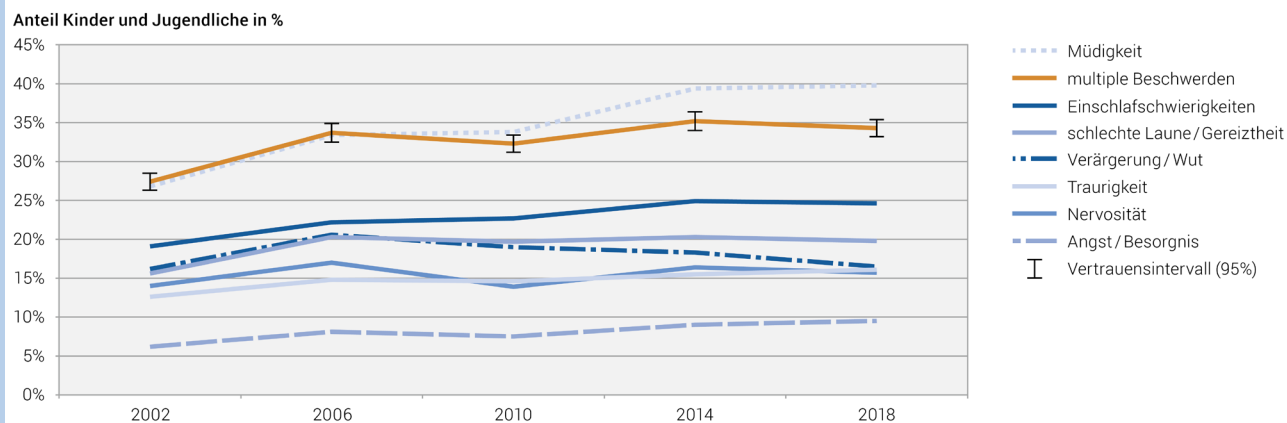
Kinder und Jugendliche: Psychischer Gesundheitszustand

Ein aktueller Überblick zum psychischen Gesundheitszustand von Kinder und Jugendlichen in der Schweiz ist dem Nationalen Gesundheitsbericht 2020 des Obsan zu entnehmen (vgl. Kapitel «Psychische Gesundheit», Tuch & Schuler, 2020). Der Bericht kommt zum Schluss, dass sich anhand der zur Verfügung stehenden Daten nur wenige qualifizierte Aussagen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen machen lassen. Am eindeutigsten scheint der Befund, dass eine überwiegende Mehrheit ein hohes Mass an Wohlbefinden zeigt. Dies gilt sowohl für die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit als auch der Lebensqualität. Die Daten lassen aber nur eine relativ oberflächliche Beurteilung des Wohlbefindens zu. Spezifischere Daten zu den verschiedenen Facetten von Wohlbefinden, wie z.B. Lebenszufriedenheit, persönliches Wachstum oder Autonomie, existieren kaum.

Die Einschätzung der Situation bezüglich psychischer Störungen und Auffälligkeiten (fehlen fundierte diagnostische Aussagen, ist bei Kindern häufig von psychischen Auffälligkeiten die Rede; Tuch & Schuler, 2020) gestaltet sich schwieriger. Aktuelle störungsspezifische Angaben für die Schweiz fehlen gänzlich und die Aussagekraft der Angaben zu psychischen Auffälligkeiten variiert stark nach Altersgruppe. Insbesondere ist über die psychische Gesundheit respektive Krankheit von Kindern im Vorschulalter wenig bekannt, obwohl man davon ausgeht, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter genauso häufig sind wie später in der Entwicklung und eine frühzeitige Erkennung sich günstig auf den weiteren Verlauf auswirken könnte.

Bei den 11- bis 15-Jährigen ist die Datenlage etwas besser. Für diese Altersgruppe liefert die Schülerbefragung «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC; vgl. 1.5.8) repräsentative Angaben zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten (vgl. Ambord et al., 2020). In der HBSC sind auch Fragen zum psychischen Gesundheitszustand enthalten. So werden die Schülerinnen und Schüler beispielsweise gefragt, wie oft bestimmte psychoaffektive Beschwerden in den letzten sechs Monaten bei ihnen aufgetreten sind. Zu diesen Beschwerden gehören Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten. Die untenstehende Grafik zeigt, wie sich der Anteil jener 11- bis 15-Jährigen, die mindestens zwei dieser Beschwerden (multiple Beschwerden) wiederholt beziehungsweise chronisch (d.h. mindestens mehrmals wöchentlich) erlebt haben, entwickelt hat. Ebenfalls ersichtlich in der Abbildung ist die Entwicklung der einzelnen Beschwerden. Der Anteil Kinder und Jugendlicher mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden hat zwischen 2002 und 2014 von 27,4% auf 35,2% zugenommen. 2018 beträgt er 34,3% und ist damit ähnlich hoch wie 2014. Besonders zugenommen haben Müdigkeit und Einschlafschwierigkeiten (plus 13,0 beziehungsweise plus 5,5 Prozentpunkte zwischen 2002 und 2018). In der aktuellen HBSC-Erhebung berichten rund 27,1% der Jungen und 41,8% der Mädchen von multiplen psychoaffektiven Beschwerden. Müdigkeit und Einschlafprobleme gehören bei beiden Geschlechtern zu den am häufigsten genannten Beschwerden (39,8% bzw. 24,6% der 11- bis 15-Jährigen).

Wiederholte bzw. chronische psychoaffektive Beschwerden bei den 11- bis 15-Jährigen, 2002–2018



Anmerkung: Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die in den vergangenen 6 Monaten mehrmals wöchentlich oder täglich Beschwerden zeigten.

2002: N=9288, 2006: N=9502, 2010: N=9869, 2014: N=9632, 2018: N=10'970

Quelle: Sucht Schweiz – «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)

© Obsan 2020

Aufgrund der Datenlage lässt sich insgesamt aber nur ein sehr fragmentiertes Bild der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeichnen, so dass es derzeit nicht möglich ist, eine allgemeine Schlussfolgerung zur Situation in der Schweiz zu ziehen. Verlässliche epidemiologische Zahlen zur psychischen Gesundheit wären aber eine wichtige Grundlage für eine datengestützte Planung der Prävention und Gesundheitsversorgung.

3 Schutz- und Risikofaktoren

Ob eine Person eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht, hängt von einer Vielzahl von Einflussgrössen ab. Das können sowohl persönliche Eigenschaften der Person (z.B. genetische Veranlagungen oder bestimmte Persönlichkeitszüge) als auch Merkmale der Umwelt der Person (z.B. familiäres und soziales Umfeld oder sozioökonomischer Status) sein. Solche Einflussgrössen werden in Abhängigkeit von ihrer Wirkung Risiko- oder Schutzfaktoren genannt. Im Kontext von psychischer Gesundheit wird oftmals auch von Belastungen und Ressourcen gesprochen. Im vorliegenden Kapitel werden die Begriffe Risikofaktoren und Belastungen sowie Schutzfaktoren und Ressourcen als Synonyme verwendet.

Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Schutzfaktoren hingegen verringern die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Erkrankung, indem sie die Wirkung der Risikofaktoren abmildern oder aufheben (vgl. Schneider & Margraf, 2009). Risiko- und Schutzfaktoren können sich in Abhängigkeit von Alter und Lebensverlauf ändern (vgl. Lebensphasenmodelle, z.B. Spiess & Schnyder-Walser, 2018). Insbesondere Übergänge zwischen verschiedenen Lebensphasen und besondere Ereignisse, wie z.B. der Eintritt ins Berufsleben, Elternschaft, Scheidung, der Tod einer nahestehenden Person oder eine Migrationserfahrung, erhöhen das Risiko für gesundheitliche und psychische Erkrankungen. Andererseits können auch neue Ressourcen dazukommen.

Wissen über Schutz- und Risikofaktoren ist insbesondere im Kontext der Gesundheitsförderung und der Prävention zentral. So können beispielsweise Programme zur gezielten Stärkung von Schutzfaktoren (z.B. Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, Braungardt et al., 2011) entwickelt werden, um die psychische Gesundheit zu fördern.

Anhand der SGB 2017 lassen sich repräsentative Aussagen zu einzelnen Schutz- und Risikofaktoren machen. Für die folgenden Analysen wurden personale und soziale Faktoren gewählt, deren Einfluss auf die psychische Gesundheit bereits aus der Literatur bekannt ist. Es handelt sich somit um eine auf wissenschaftlicher Evidenz beruhende Zusammenstellung wichtiger Faktoren, jedoch nicht um eine umfassende Übersicht.

Nachfolgend werden zuerst die ausgewählten Schutzfaktoren (3.1) und dann die Risikofaktoren (3.2) thematisiert. Die Faktoren werden in einem ersten Schritt jeweils kurz erläutert und beschrieben. Danach wird die Prävalenz des Faktors in der Schweizer Bevölkerung ausgewiesen. Die Prävalenzen sind wesentlich, um die Bedeutung der Faktoren für die Bevölkerung besser abschätzen zu können. Sie sind insbesondere für die Gesundheitsförderung und Prävention von Belang: Sollen beispielsweise Programme zur Förderung besonders einflussstarker oder besonders seltener Schutzfaktoren entwickelt werden bzw. Programme gegen besonders einflussstarke oder gegen besonders häufige Risikofaktoren? Schliesslich wird der Zusammenhang mit psychischen Beschwerden aufgezeigt. Für die Analysen zum Zusammenhang mit psychischen Beschwerden gilt: Personen haben «psychische Beschwerden» wenn sie mittelschwere bis schwere Depressions-symptome (PHQ-9; Werte > 9) oder eine mittlere bis starke psychische Belastung aufweisen (MHI-5; Werte < 73). Das trifft auf rund 18% aller Befragten zu, auf 15% der Männer und auf 21% der Frauen. Die Zusammenhänge werden nach Altersgruppen ausgewiesen, weil sich die Relevanz bestimmter Schutz- und Risikofaktoren über das Alter und unterschiedliche Lebenssituationen ändern kann.

Bei allen hier beschriebenen Schutz- und Risikofaktoren stellt sich die Frage nach der Kausalität. Zum Beispiel: Macht Einsamkeit psychisch krank oder macht eine psychische Erkrankung einen Menschen einsam? Diese Frage kann anhand der zur Verfügung stehenden Datenquellen nicht geklärt werden und bei vielen Faktoren sind Wirkungen in beide Richtungen denkbar.

Unter 3.1 werden die drei personalen Schutzfaktoren Hohe Kontrollüberzeugung (3.1.1), Hohe allgemeine Selbstwirksamkeit (3.1.2), Hohes resilientes Coping (3.1.3) und der soziale Schutzfaktor Starke soziale Unterstützung (3.1.4) thematisiert. Unter 3.2 folgen die Risikofaktoren Geringes Bildungsniveau (3.2.1), Migrationshintergrund (3.2.2), Arbeitslosigkeit oder Invalidität (3.2.3), Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems (3.2.4) und Einsamkeit (3.2.5). Der Abschnitt 3.3 widmet sich dann dem Zusammenspiel zwischen den Schutz- und den Risikofaktoren.

3.1 Schutzfaktoren

Alle untersuchten Schutzfaktoren stehen in einem protektiven Zusammenhang mit psychischen Beschwerden: Personen, die den jeweiligen Schutzfaktor aufweisen, sind deutlich seltener von psychischen Beschwerden betroffen als Personen ohne diesen Schutzfaktor. Die Prävalenzen der untersuchten Schutzfaktoren bewegen sich im Jahr 2017 alle in einem ähnlichen Rahmen, zwischen 30% und 40%.

Nachfolgend werden drei personale und ein sozialer Schutzfaktor näher beschrieben, deren Prävalenzen und der Zusammenhang mit psychischen Beschwerden aufgezeigt. Die Analysen fokussieren auf hohe Ausprägungen der jeweiligen Schutzfaktoren, d.h. es wird gezeigt, wie gross die Bevölkerungsgruppen sind, die angeben, dass ihnen die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stehen. Zum Teil werden ausgesuchte Ergebnisse zur geringen Ausprägung ergänzt, woraus der Anteil der Personen ersichtlich wird, dem die Ressource fehlt.

3.1.1 Hohe Kontrollüberzeugung

Das Konstrukt der «Kontrollüberzeugung» geht auf die so genannte «Soziale Lerntheorie» von Rotter (1966) zurück und bezieht sich darauf, in welchem Ausmass eine Person glaubt, dass das Auftreten eines Ereignisses in ihrem Leben abhängig von ihrem Verhalten ist. Menschen mit einer hohen Kontrollüberzeugung sind überzeugt, dass sie das eigene Leben weitgehend selbstbestimmt gestalten können (internale Kontrollüberzeugung). Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung nehmen dagegen ihr Leben als hauptsächlich von äusseren Faktoren wie Zufall,

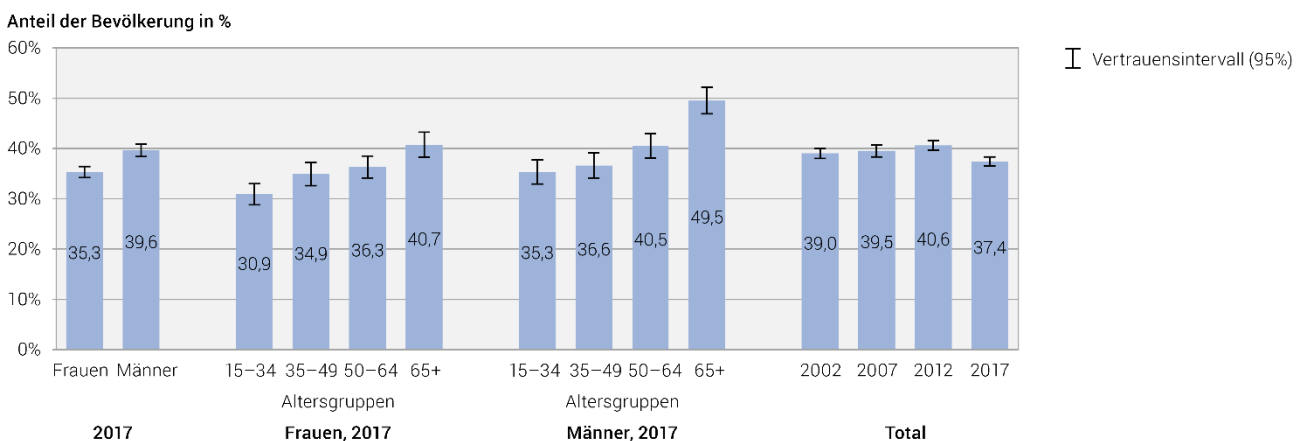
Schicksal oder anderen Menschen gesteuert wahr (externale Kontrollüberzeugung).

Empirische Studien haben gezeigt, dass eine hohe Kontrollüberzeugung mit einer besseren selbst eingeschätzten Gesundheit, mit einer höheren Lebenszufriedenheit, weniger Depressionssymptomen und einer niedrigeren Mortalität zusammenhängt (z.B. Haidt & Rodin, 1999; Lachman & Weaver, 1998; Seeman & Lewis, 1995). Die in der SGB verwendete «Mastery-Skala» (vgl. Anhang) geht auf die Pearlin-Mastery-Scale zurück (Pearlin et al., 1981). Sie ist ein weit verbreitetes Instrument zur Messung von Kontrollüberzeugung (Rüesch et al., 2006). Die Kategorisierung erfolgt in *geringe*, *mittlere* und *hohe* Kontrollüberzeugung (OFS, 2019). Für die folgenden Analysen wird die *hohe* Kontrollüberzeugung als Schutzfaktor definiert.

Gemäss Daten der SGB 2017 zeigen 37,4% der Schweizer Bevölkerung eine *hohe* Kontrollüberzeugung (G 3.1). Männer weisen häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung aus als Frauen. Ältere Personen verfügen häufiger über eine hohe Kontrollüberzeugung als jüngere. Rund ein Drittel der 15- bis 34-jährigen Frauen im Vergleich zu 40,7% der 65-jährigen und älteren Frauen zeigen eine hohe Kontrollüberzeugung. Bei den Männern ist die Zunahme im Alter noch auffälliger: Bei rund der Hälfte der 65-jährigen und älteren Männer besteht eine hohe Kontrollüberzeugung.

Im Vergleich zu den SGB-Erhebungen 2002, 2007 und 2012 ist 2017 der Anteil an hoher Kontrollüberzeugung in der Bevölkerung etwas kleiner. Im Vergleich zu 2012 zeigt sich das insbesondere bei den 65-Jährigen und Älteren, die 2017 seltener eine hohe Kontrollüberzeugung zeigen (nicht abgebildet). In den Grossregionen Zentralschweiz (42,7%) und Ostschweiz (40,6%) schätzen überdurchschnittlich viele Personen ihre Kontrollüberzeugung als hoch ein, im Tessin (29,3%) und der Genferseeregion (31,1%) sind es auffallend wenige (nicht abgebildet).

G 3.1 Hohe Kontrollüberzeugung, nach Geschlecht und Alter, 2002–2017



2002: n=14'359, 2007: n=12'992, 2012: n=17'267, 2017: n=18'161

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Im Durchschnitt sind es 23,4% der Bevölkerung, die eine *geringe* Kontrollüberzeugung aufweisen. Vor allem junge Frauen (15–34 Jahre) zeigen mit 26,6% überdurchschnittlich häufig eine geringe Kontrollüberzeugung. Im Gleichschritt mit der Abnahme der hohen Kontrollüberzeugung 2017 hat die geringe Kontrollüberzeugung im Vergleich zu den Vorjahren zugenommen.

Von den Personen mit *hoher* Kontrollüberzeugung sind rund 4% von psychischen Beschwerden betroffen, die Jüngsten (15–34 Jahre) mit 6% etwas häufiger als die Ältesten (65+ Jahre) mit 3% (G 3.6). Im Vergleich dazu sind es bei *geringer oder mittlerer* Kontrollüberzeugung rund 27% bei den Jüngsten und 19% bei den Ältesten. In relativen Risiken ausgedrückt (vgl. Kasten: «Methodisches: Relative Risiken»): Die 15- bis 64-Jährigen mit einer *hohen* Kontrollüberzeugung haben ein 5-mal kleineres Risiko psychische Beschwerden zu haben als diejenigen mit *geringer bis mittlerer* Kontrollüberzeugung ($RR=0,2$, d.h. das Risiko ist um den Faktor 0,2 kleiner). Bei den 65-Jährigen und Älteren ist das Risiko sogar 10-mal kleiner ($RR=0,1$).

Methodisches: Relative Risiken

Mittels univariater logistischer Regression wurde der Zusammenhang zwischen den einzelnen Risiko- bzw. Schutzfaktoren und psychischen Beschwerden geprüft. Als Mass für den Zusammenhang zwischen Risiko- bzw. Schutzfaktor und psychischen Beschwerden wurden für jeden Faktor einzeln die Odds Ratios (OR) inklusive den entsprechenden 95%-Vertrauensintervallen berechnet (vgl. Wille et al., 2008). Zur Vereinfachung der Interpretation wurden neben den OR zusätzlich die relativen Risiken (RR) berechnet (vgl. McNutt et al., 2003; Schmidt & Kohlmann, 2008).

3.1.2 Hohe allgemeine Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung steht für die subjektive Erwartung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bzw. Kompetenz bewältigen zu können (z.B. Bengel & Lyssenko, 2012; Schwarzer, 2004). Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit (engl.: self-efficacy) geht auf Bandura zurück (Bandura, 1977). Die *allgemeine* Selbstwirksamkeit bezieht sich auf alle Lebensbereiche und kann somit als eine optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz verstanden werden (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Die bereichs- oder situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung dagegen bezieht sich auf einzelne Bereiche wie z.B. das Vertrauen in berufliche Fähigkeiten. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit sehen schwierige Aufgaben eher als Herausforderungen, die gemeistert werden können (Brinkmann, 2014). Dagegen empfinden Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung schwierige Aufgaben eher als Bedrohungen, die es zu meiden gilt. Es sind somit nicht nur die Fähigkeiten, die eine Person dazu bringen, anspruchsvolle Aufgaben anzugehen, sondern es hängt zu einem grossen Teil damit zusammen, wie die Person ihr Können ein-

schätzt. Das Konzept der Selbstwirksamkeit ist mit der Kontrollüberzeugung verwandt, aber nicht deckungsgleich (Roepke & Grant, 2011). So kann eine Person grundsätzlich glauben, dass das Auftreten eines Ereignisses vom eigenen Verhalten abhängig ist (hohe Kontrollüberzeugung), sich aber nicht in der Lage fühlen, das Verhalten entsprechend zu steuern (geringe Selbstwirksamkeit).

Selbstwirksamkeit gilt als einer der empirisch am besten belegten Schutzfaktoren (Bengel & Lyssenko, 2012). Studien zeigen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in unterschiedlichen Lebensbereichen positive Auswirkungen hat. Sie weist z.B. positive Zusammenhänge mit Optimismus und Arbeitszufriedenheit auf und negative mit Ängstlichkeit und Arbeitsstress (Bandura, 1997; Luszczynska et al., 2005). Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung haben ein grösseres Durchhaltevermögen bei Rückschlägen oder Hindernissen und bewerten ihre eigenen Bewältigungsanstrengungen günstiger als Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung (z.B. Bengel & Lyssenko, 2012; Ruholl, 2007; Schwarzer, 1992). Schliesslich gibt es zahlreiche Befunde, wonach Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung kritische Lebensereignisse besser bewältigen (Bengel & Lyssenko, 2012; Benight & Bandura, 2004; Luszczynska et al., 2005).

Die SGB 2017 beinhaltet zum ersten Mal die Kurzskala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASKU, vgl. Anhang; Beierlein et al., 2012). Die Selbstwirksamkeit wird mittels drei Fragen ermittelt. Für die folgenden Analysen wurde eine Kategorisierung in *niedrige, mittlere* und *hohe* Selbstwirksamkeit vorgenommen (OFS, 2019). Für die folgenden Analysen gilt *hohe* Selbstwirksamkeit als Schutzfaktor.

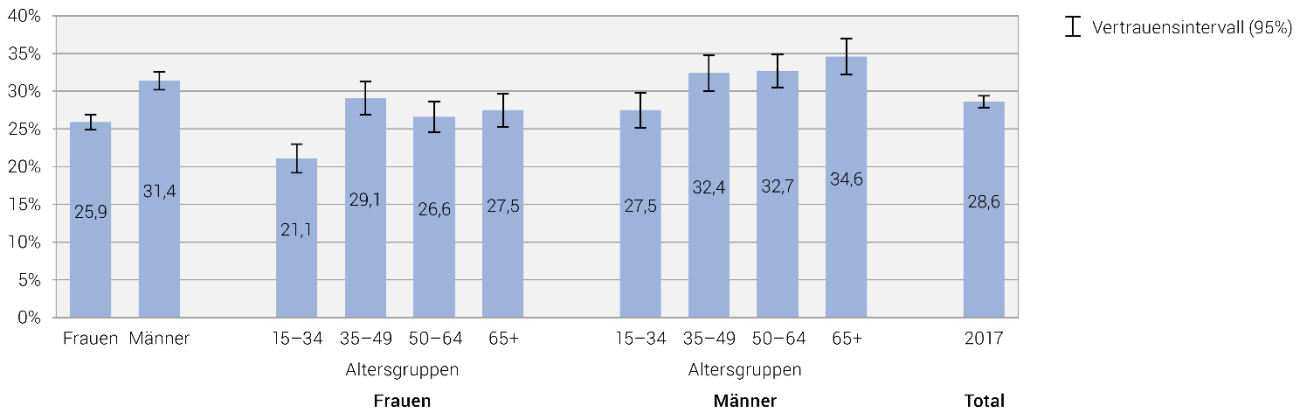
Gemäss der SGB 2017 zeigen 28,6% der Bevölkerung eine *hohe* Selbstwirksamkeit (G 3.2). Wie auch bei der Kontrollüberzeugung sind es die Männer, die häufiger eine hohe Selbstwirksamkeit zeigen: 31,4% der Männer, aber nur 25,9% der Frauen zeigen den Schutzfaktor. Wird die Verteilung nach Altersgruppen betrachtet, zeigt sich bei den Männern eine ähnliche Entwicklung wie bei der hohen Kontrollüberzeugung, nämlich eine Zunahme im höheren Alter: 27,5% mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung sind es bei den 15- bis 34-jährigen Männern und 34,6% bei den 65-jährigen und älteren. Der Anteil der Frauen mit hoher Selbstwirksamkeit ist bei den 15- bis 34-jährigen mit gut einem Fünftel (21,1%) vergleichsweise klein. Im mittleren und höheren Alter liegen die Anteile zwischen 26,6% und 29,1%.

Zwischen den Grossregionen gibt es bezüglich der Häufigkeit von hoher Selbstwirksamkeit keine bedeutsamen Unterschiede (nicht dargestellt).

Bezüglich *geringer* Selbstwirksamkeitserwartung ist der Anteil bei den 65-jährigen und älteren Frauen auffallend hoch: Er liegt bei knapp einem Viertel (24,0%), während es im Schweizer Durchschnitt 16,1% sind. Der im Vergleich grosse Anteil an geringer Selbstwirksamkeit kommt nicht durch eine Verringerung der hohen Selbstwirksamkeit zustande – deren Anteil bleibt bei den Frauen im mittleren wie höheren Alter vergleichbar –, sondern durch eine Abnahme bei der mittleren Selbstwirksamkeit.

G 3.2 Hohe allgemeine Selbstwirksamkeit, nach Geschlecht und Alter, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



n=18'426

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit haben deutlich seltener psychische Beschwerden als Personen mit einer niedrigen oder mittleren Selbstwirksamkeit (G 3.6). Rund 10% der 15- bis 64-Jährigen mit hoher Selbstwirksamkeit sind von psychischen Beschwerden betroffen, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 5%. Im Vergleich dazu bejahen bei den Personen ohne diesen Schutzfaktor zwischen 15% (65+ Jahre) und rund 23% (15–64 Jahre) die Fragen nach psychischen Beschwerden.

3.1.3 Hohes resilientes Coping

Der Begriff Coping umfasst die verschiedenen Strategien, welche Personen bei belastenden Lebenssituationen anwenden, um diese zu bewältigen. Beispiele hierfür sind: eine aktive Suche nach Lösungen, die Vermeidung eines Problems, Hilfe und Rat durch Freunde und Familie, eine kognitive Neubewertung der Situation – die Liste liesse sich beliebig erweitern. In der Literatur werden konkrete Bewältigungsstrategien in verschiedene übergeordnete Strategietypen kategorisiert, z.B. problem-orientiertes oder emotions-orientiertes Coping (für eine Übersicht, siehe z.B. Skinner et al., 2003). Der Begriff Coping umfasst die Strategien, mit welchen mit Belastungen umgegangen wird, jedoch nicht, ob diese Strategien erfolgreich waren. Wie wirksam eine bestimmte Copingstrategie ist, hängt auch von der jeweiligen Situation ab. In der Literatur wird verstärkt ein Augenmerk auf die Coping-Flexibilität gelegt, und damit auf die Annahme, dass nicht bestimmte Copingstile für die Bewältigung von Belastungen zentral sind, sondern wie flexibel die Personen das ihnen zur Verfügung stehende Repertoire an Copingstrategien passend auf die spezifische Situation ausrichten (Bonanno & Burton, 2013).

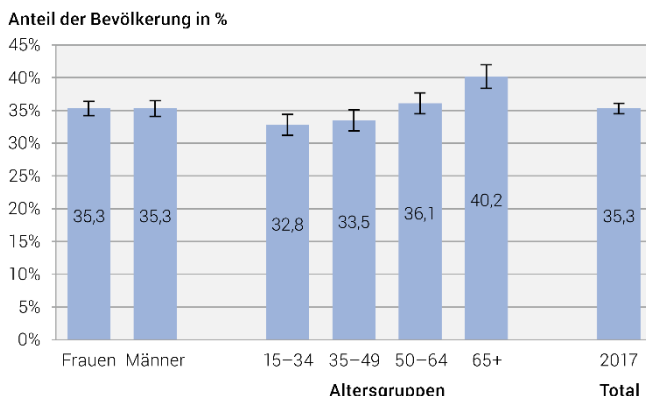
Die SGB 2017 enthält die «Brief Resilience Coping Scale» (BRCS, vgl. Anhang; Kocalevent et al., 2014; Sinclair & Wallston, 2004), welche folgende vier Verhaltensweisen erfragt: 1) kreativer Umgang mit schwierigen Situationen, 2) die Fähigkeit, die eigenen

Reaktionen unter Kontrolle zu haben, 3) die Möglichkeit, sich nach einer schwierigen Situation zu entwickeln, und 4) aktiv nach Wegen suchen, um widerfahrene Verluste auszugleichen. Das Messinstrument ermittelt gemäss den Entwicklern das Ausmass eines kognitiven, handlungsorientierten Bewältigungsverhaltens, welches einen positiven Umgang mit schwierigen Lebenssituationen ermöglicht (Kocalevent et al., 2014). Dieser Logik entsprechend werden Personen mit hohen Werten als «resiliente Coper» bezeichnet. Der Begriff «Resilienz» steht für psychische Widerstandsfähigkeit im Kontext von schwierigen Lebenssituationen (Southwick et al., 2014); entsprechend können unter «resilienten Copern» Personen verstanden werden, welche gemäss Selbsteinschätzung kritische Ereignisse gut bewältigen. Im Folgenden wird «hohes resilientes Coping» als Schutzfaktor behandelt und es wird der Anteil an «resilienten Copern» in der Schweizer Bevölkerung angegeben. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass dieser Kategorisierungsansatz in der Coping- und Resilienzliteratur kritisiert wird, weil 1) die Wirksamkeit von Coping-Strategien auch situations- und nicht nur personenabhängig ist, und 2) Coping-Strategien grundsätzlich getrennt von deren Wirkung betrachtet werden sollten (z.B. Bonanno et al., 2011; Lazarus & Folkman, 1984).

Gemäss Daten der SGB 2017 sind 35,3% der Schweizer Bevölkerung resiliente Coper, mit identischer Häufigkeit bei Frauen und Männern (G 3.3). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der resilienten Coper in der Bevölkerung: bei den 15- bis 34-Jährigen sind es rund 33%, bei der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren über 40%. Diese Tendenz ist bei Frauen und Männern zu beobachten (nicht abgebildet).

In den Grossregionen Ostschweiz (39,8%) und Zentralschweiz (39,1%) sind die jeweiligen Anteile an resilienten Copern höher als im Schweizer Durchschnitt (35,3%; nicht abgebildet). Die Genferseeregion (26,4%) fällt mit einem besonders geringen Anteil an resilienten Copern auf. Die restlichen Regionen liegen mit ihren

G 3.3 Hohes resilientes Coping, nach Geschlecht und Alter, 2017



┐ Vertrauensintervall (95%)

n=18'329

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Anteilen zwischen 35% und 38% und unterscheiden sich nicht bedeutsam vom Schweizer Durchschnitt.

Resiliente Coper zeigen deutlich seltener psychische Beschwerden als Personen, die kein hohes resilientes Coping zeigen: Bei den 15- bis 64-Jährigen sind es rund 12% im Vergleich zu 23%, bei den 65-Jährigen und Älteren 7% im Vergleich zu 16% (G 3.6).

3.1.4 Starke soziale Unterstützung

Soziale Kontakte zu haben und sich mit anderen Menschen verbunden und von ihnen unterstützt zu fühlen, ist zentral für das Wohlbefinden und die Gesundheit, sowohl psychisch als auch körperlich. Soziale Ressourcen wie beispielsweise die soziale Unterstützung haben eine erhebliche Wirkung auf Mortalität respektive Lebenserwartung wie auch auf Krankheitsrisiken, Genesungschancen und Genesungsdauer (für einen Überblick vgl. Bachmann, 2014).

Soziale Unterstützung und soziale Integration senken beispielsweise die Risiken von Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten. Fehlende soziale Unterstützung hingegen gehört ebenso zu den gesundheitlichen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder Mangel an Bewegung. Ein Mangel an sozialer Unterstützung kann zu erhöhtem Stresshormonspiegel, zu geschwächter Immunabwehr, zu höherem Blutdruck und zu mehr Angst und Depression führen (Cacioppo & Patrick, 2008). Es wird vermutet, dass sich soziale Unterstützung einerseits direkt auf das Wohlbefinden auswirkt und andererseits indirekt als Puffer wirkt, wenn eine Person vermehrter Belastung ausgesetzt ist (Turner & Turner, 1999).

In der SGB 2017 wurde zum zweiten Mal die so genannte «Oslo-Skala» (Brevik & Dalgard, 1996) zur Erhebung der sozialen Unterstützung verwendet (vgl. Anhang). Aus den drei Fragen zur

Anzahl nahestehender Personen, zum Mass an Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben und zum Ausmass der Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe wird ein Index mit drei Kategorien gebildet: *geringe*, *mittlere* und *starke* soziale Unterstützung. Die *starke* soziale Unterstützung wird hier als Schutzfaktor definiert. Da in der SGB 2017 eine der drei Fragen modifiziert wurde, ist ein Vergleich mit der SGB 2012 nicht mehr möglich.

Im Jahr 2017 geben 45,4% der Schweizer Bevölkerung an, in ihrem Leben eine *starke* soziale Unterstützung zu erfahren (G 3.4). Es gibt dabei keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern.

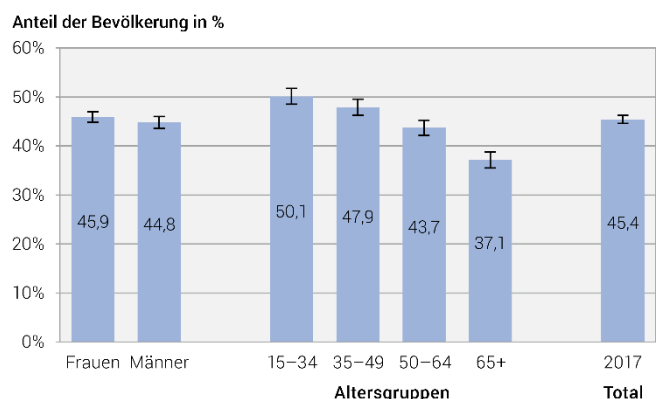
Mit zunehmendem Alter wird die starke soziale Unterstützung seltener. Bei den 15- bis 34-Jährigen kann jede und jeder zweite darauf zählen, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es noch 37,1%.

Die starke soziale Unterstützung ist in den Grossregionen Zentralschweiz (51,6%) und Ostschweiz (49,6%) weiter verbreitet als im Schweizer Durchschnitt (45,4%; G 3.5). Im Tessin (35,1%) und der Genferseeregion (38,3%) berichten auffallend wenige Personen von starker sozialer Unterstützung.

10% der Schweizer Bevölkerung schätzen ihre soziale Unterstützung als *gering* ein, die Älteren häufiger als die Jüngeren. Bei den 15- bis 34-Jährigen sind es 5,8%, die von geringer sozialer Unterstützung berichten, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 15,7%. Geringe soziale Unterstützung ist bei Personen mit geringem Bildungsniveau häufiger als bei denjenigen mit höherem Bildungsabschluss.

Personen, die auf eine starke soziale Unterstützung zählen, zeigen weniger psychische Beschwerden (8%–13%) als Personen ohne diesen Schutzfaktor (16%–26%) (G 3.6). In beiden Gruppen zeigen die 65-Jährigen und Älteren weniger psychische Beschwerden als die Personen der jüngeren Altersgruppen. Bei den Personen mit geringer oder mittlerer sozialer Unterstützung ist dieser Alterseffekt deutlicher als bei Personen mit hoher Unterstützung.

G 3.4 Starke soziale Unterstützung, nach Geschlecht und Alter, 2017



┐ Vertrauensintervall (95%)

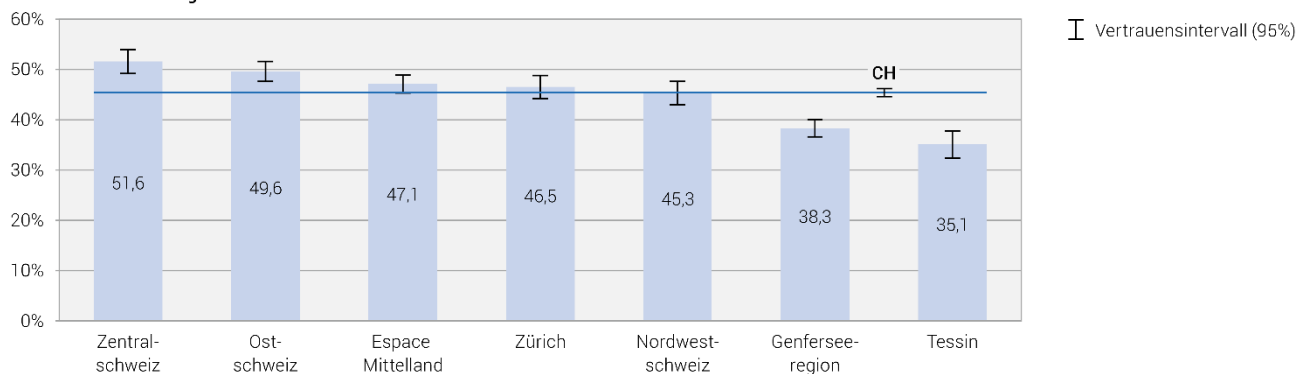
n=20'335

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 3.5 Starke soziale Unterstützung, nach Regionen, 2017

Anteil der Bevölkerung in %

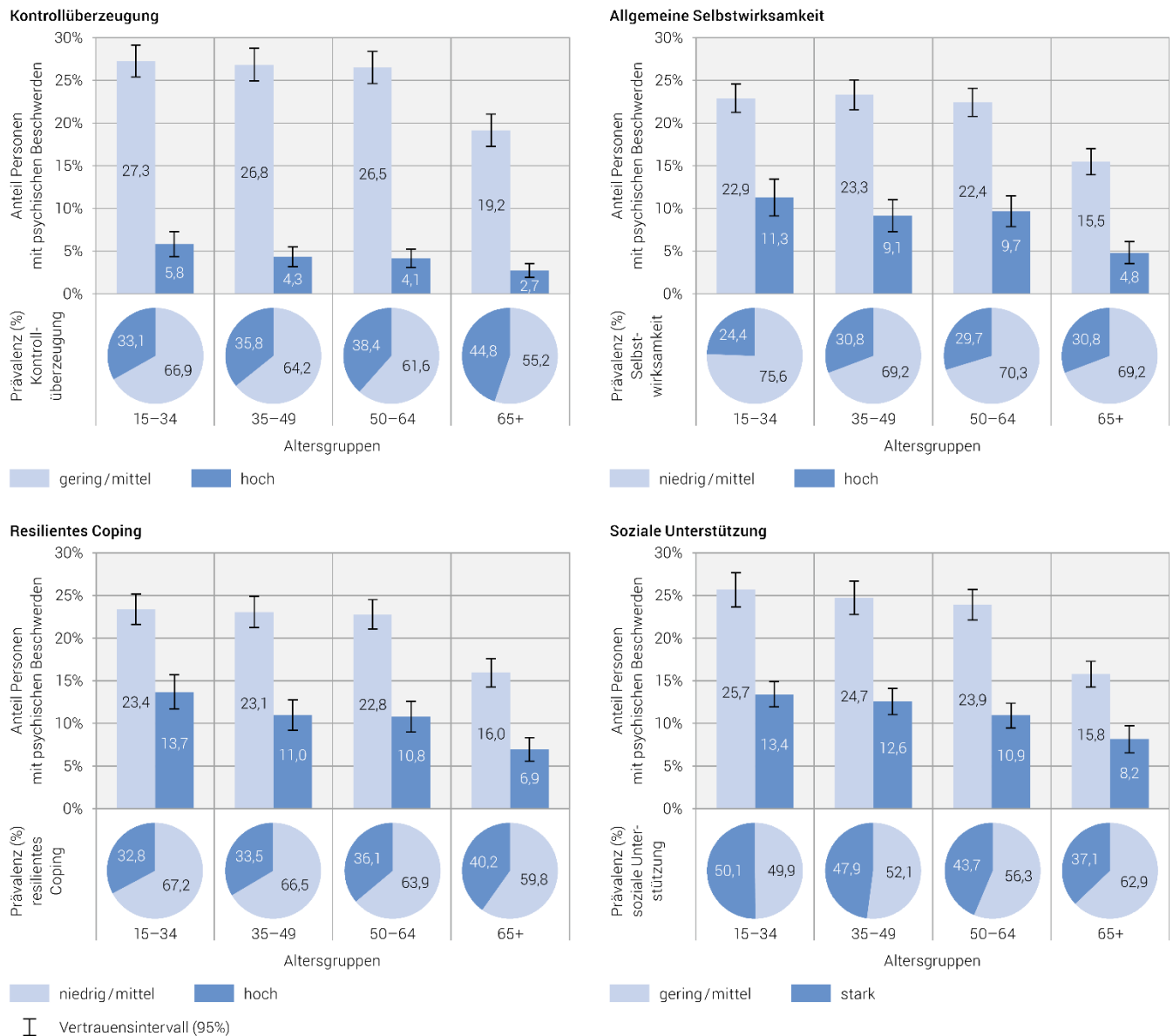


Zentralschweiz: n=3024, Ostschweiz: n=3746, Espace Mittelland: n=4041, Zürich: n=2246, Nordwestschweiz: n=2226, Genferseeregion: n=3644, Tessin: n=1408

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 3.6 Psychische Beschwerden in Abhängigkeit der untersuchten Schutzfaktoren, nach Alter, 2017



Lesebeispiel: 5,8% der 15- bis 34-Jährigen mit hoher Kontrollüberzeugung sind von psychischen Beschwerden betroffen. Bei geringer oder mittlerer Kontrollüberzeugung sind es 27,3%. Die Prävalenz für eine hohe Kontrollüberzeugung beträgt 33,1%. D.h. rund ein Drittel der 15- bis 34-Jährigen weist ein hohes Mass an Kontrollüberzeugung auf; demgegenüber stehen rund zwei Drittel (66,9%) mit einem geringen oder mittleren Mass an Kontrollüberzeugung.

Anmerkung: Personen haben «psychische Beschwerden», wenn sie mittelschwere bis schwere Depressionssymptome (PHQ-9; Werte > 9) oder eine mittlere bis starke psychische Belastung aufweisen (MHI-5; Werte < 73).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

3.2 Risikofaktoren

Alle hier untersuchten Risikofaktoren stehen in einem risikoerhöhenden Zusammenhang mit psychischen Beschwerden. Insbesondere einsame Personen haben ein erhöhtes Risiko, von psychische Beschwerden betroffen zu sein. Der in der Schweizer Bevölkerung häufigste (der untersuchten) Risikofaktoren 2017 ist Migrationshintergrund mit einer Prävalenz von fast 30%. Frauen sind deutlich häufiger von geringem Bildungsniveau, Einschränkungen wegen Gesundheitsproblemen und von Einsamkeit betroffen als Männer.

Nachfolgend wird auf ausgewählte Risikofaktoren eingegangen. In diesem Kontext interessieren die «Risiko-Ausprägungen» der einzelnen Faktoren, also z.B. ein *geringes* Bildungsniveau. Die übrigen Ausprägungen, wie etwa *hohes* Bildungsniveau werden dagegen nicht behandelt. Die einzelnen Risikofaktoren werden jeweils kurz beschrieben, es wird auf die Prävalenz des Risikofaktors in der Bevölkerung eingegangen und danach der Zusammenhang mit psychischen Beschwerden aufgezeigt.

3.2.1 Geringes Bildungsniveau

Bildung gehört zu den wichtigsten sozialen Determinanten von Morbidität und Mortalität (Kuntz, 2011). Der Bildungsstand wird neben der beruflichen Stellung und dem Einkommen oft als Indikator zur Beschreibung der sozialen Ungleichheit herangezogen (vgl. Kasten «Bildung und soziale Ungleichheit», am Ende des Unterkapitels). Der Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit ist durch eine Vielzahl von Studien empirisch belegt (z.B. Fryers et al., 2003; Kuntz, 2011; Lorant et al., 2003). Ein geringes Bildungsniveau geht mit mehr psychischen Belastungen und Erkrankungen einher. Bildung wirkt sich auf verschiedenen Ebenen auf gesundheitsrelevante Faktoren aus: Der Bildungsgrad beeinflusst zum einen den beruflichen Status und damit auch die Arbeitsbedingungen und das Einkommen, im Weiteren das individuelle Gesundheitsverhalten und drittens agiert Bildung auch als psychosoziale Bewältigungsressource (Kuntz, 2011).

Der Bildungsstand der Schweizer Bevölkerung wird typischerweise anhand der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE und der Strukturerhebung SE (beide durch das BFS) ausgewiesen, die Daten der SGB kommen jedoch zu ähnlichen Resultaten. Abhängig von der befragten Grundgesamtheit und vom Kontext können die Angaben leicht voneinander abweichen. Es gilt zu beachten, dass bei den Ergebnissen zum Bildungsstand oftmals ausschliesslich die 25- bis 64-jährige Bevölkerung abgebildet wird, weil erst dann die (Erst)Ausbildung abgeschlossen ist. Die Bildungsverteilung nach SGB bezieht sich hier jedoch auf die Bevölkerung ab 15 Jahren.

Im Jahr 2017 verfügte knapp ein Fünftel (18,6%) der Befragten der SGB über keinen Abschluss einer nachobligatorischen Ausbildung, hier definiert als Risikofaktor *geringes Bildungsniveau*. Bei den Frauen (21,2%) ist der Anteil deutlich ausgeprägter als bei den Männern (16,1%) und bei älteren Personen höher als bei jüngeren. Im Vergleich zur SGB 2012 (18,0%) hat sich der Anteil der Befragten mit geringer Bildung nur unwesentlich verändert. Vor 20 Jahren, 1997, lag der Anteil noch deutlich höher, bei gut einem Viertel (25,7%).

Anhand der SGB-Daten lässt sich zeigen, dass Personen ohne nachobligatorische Bildung deutlich häufiger von psychischen Beschwerden betroffen sind als die Befragten mit höherem Bildungsabschluss (G 3.10). Dieser Unterschied zeigt sich in allen Altersgruppen, wobei die Differenz bei den 50- bis 64-Jährigen besonders deutlich ist: 29% der 50- bis 64-Jährigen mit geringem Bildungsniveau zeigen psychische Beschwerden im Vergleich zu 16% der Gleichaltrigen mit höherem Bildungsabschluss.

3.2.2 Migrationshintergrund

In der Literatur wird Migrationshintergrund einerseits als Risikofaktor für die Gesundheit aufgeführt, was z.B. auf die psychosoziale Belastung durch die Migration (Trennung von Familie, Fluchterfahrung) und auf Fremdenfeindlichkeit zurückgeführt werden kann. Andererseits ist zu beobachten, dass insbesondere gesunde und aktive Menschen migrieren und sie zum Zeitpunkt der Migration eine eher überdurchschnittlich gute Gesundheit aufweisen («healthy-migrant»-Effekt). Es wird argumentiert, dass weniger die Migration an sich zu einem schlechteren Gesundheitszustand führt, sondern der vielfach niedrige sozioökonomische Status und die Lebens- und Arbeitsbedingungen Gründe dafür sind (Dyck et al., 2019; Razum, 2009; Razum et al., 2008; Spallek & Razum, 2016).

Der Migrationsstatus der Schweizer Bevölkerung wird vom BFS typischerweise anhand der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE oder der Strukturerhebung SE ausgewiesen (BFS, 2020a). Bei der Definition des Migrationsstatus orientiert sich das BFS an den Empfehlungen der UNO, und damit an einer Definition, die nicht nur nach Ausländern und Schweizern unterscheidet, sondern auch einen indirekten Migrationsbezug aufgrund der Migrationserfahrung der Eltern berücksichtigt.¹¹ Die Daten der SGB werden nach Nationalität (Schweizer vs. Ausländer) gewichtet, dennoch kann es bei den Ergebnissen aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheit und Ausrichtung der Erhebungen zu kleinen Abweichungen kommen. Der Definition des BFS entsprechend wurden für die folgenden Analysen Personen mit Migrationshintergrund der *ersten Generation*, das heisst im Ausland geborene Personen (BFS, 2017), als Risikogruppe definiert.

Gemäss SGB 2017 macht die Bevölkerung mit Migrationshintergrund der ersten Generation rund 30% der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten in der Schweiz aus,

¹¹ www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html (Zugriff am 24.09.2020)

mit gleichen Anteilen bei den Frauen wie bei den Männern. Die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen hat mit 38,3% den höchsten Anteil an Migrantinnen und Migranten, bei den 65-Jährigen und Älteren ist der Anteil etwa halb so gross (20,9%).

Im Vergleich zu den Personen ohne Migrationshintergrund zeigt die Risikogruppe über alle Altersgruppen hinweg häufiger psychische Beschwerden (G 3.10). In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen gibt es besonders viele Befragte mit Migrationshintergrund und psychischen Beschwerden (29%) im Vergleich zu den anderen Altersgruppen (20%–23%). Bei den 50- bis 64-Jährigen mit Migrationshintergrund der 1. Generation ist die Wahrscheinlichkeit psychische Beschwerden zu haben doppelt so hoch (RR=2,0) wie bei den Gleichaltrigen ohne entsprechenden Migrationshintergrund.

Diese Ergebnisse stimmen mit einer aktuellen Studie überein, in welcher die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz untersucht wurde (Guggisberg et al., 2020; vgl. auch BFS, 2020b). Die Studie zeigt deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich Gesundheitszustand sowie gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen. Neben den körperlichen zeigen Migrantinnen und Migranten auch häufiger psychische Beeinträchtigungen wie krankhafte Schlafstörungen, hohe psychische Belastung und Depressionssymptome. Gemäss der Studie sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund zu einem grossen Teil darauf zurückzuführen, dass Migrantinnen und Migranten über weniger gesundheitsrelevante Ressourcen verfügen. Untersucht wurden das Bildungsniveau, das Einkommen, die vorhandene soziale Unterstützung und die Erwerbsintegration. Im Weiteren wurde deutlich, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist und es

vor allem hinsichtlich der Verteilung der sozioökonomischen Ressourcen wie Bildung und Einkommen grosse Unterschiede gibt.

3.2.3 Arbeitslosigkeit oder Invalidität

Arbeitslosigkeit bzw. ohne Arbeit zu sein ist ein bekannter Risikofaktor für psychische Erkrankungen. Eine Studie aus Deutschland kommt z.B. zum Schluss, dass arbeitslose Personen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen, öfter krank sind, mehr Beschwerden haben und sich auch häufiger gesundheitsriskant verhalten (Kroll et al., 2016). Ohne Arbeit zu sein ist in der Regel mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensführung der Betroffenen verbunden und kann sich einerseits direkt auf die psychische Gesundheit auswirken, z.B. durch geringere Lebenszufriedenheit, Stigmatisierung, Verlust des Selbstwertgefühls und Verlust von sozialen Kontakten. Andererseits zeigen sich mit dem niedrigeren Einkommen sowie dem damit verbundenen Verlust an Partizipationsmöglichkeiten und dem Verlust von festen Tages- und Zeitstrukturen auch indirekte Effekte (OECD, 2012; Paul & Moser, 2009). Arbeitslosigkeit ist ausserdem mit einer stärkeren Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und mit höheren Sterblichkeitsraten verbunden. Umgekehrt sind psychische Erkrankungen ein wichtiger Prädiktor für Arbeitslosigkeit und in deren Folge auch für Verschuldung oder Verarmung (WHO, 2012).

Die Zahlen zur Arbeits- oder Erwerbslosigkeit in der Schweiz basieren meistens auf der Arbeitslosenstatistik des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO, der Erwerbslosenstatistik gemäss Internationalem Arbeitsamt ILO (BFS) oder der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE (BFS). Aufgrund unterschiedlicher Definitionen können die Ergebnisse voneinander abweichen. In den

Exkurs: Bildung, soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit

Der überwiegende Teil gesundheitlicher Ungleichheit in einer Bevölkerung lässt sich durch sozioökonomische Unterschiede erklären (Marmot, 2005, 2010; Mielck, 2005). Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass Mortalität und Morbidität mit sinkendem sozioökonomischen Status zunehmen (Camenzind & Wiedenmayer, 2016; DREES & Santé publique France, 2017; Lampert et al., 2016; Schnyder-Walser et al., 2015; Wilkinson & Marmot, 2003). Dieser Zusammenhang zeigt sich ebenfalls bei der psychischen Gesundheit (Bachmann & Neuhaus, 2010; Fryers et al., 2003; Gilman et al., 2002; Mauz & Jacobi, 2008; Mielck, 2005).

Zur Beschreibung sozialer Ungleichheit wird nebst der beruflichen Stellung und dem Einkommen auch häufig der Bildungsstand herangezogen (vgl. 3.2.1). Bildung eignet sich insofern als Indikator des sozialen Status, als dass eine höhere Bildung häufig auch mit einer höheren beruflichen Stellung und einem höheren Einkommen einhergeht (Abel et al., 2007; Babitsch, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009).

Wie aber lässt sich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit beschreiben und erklären? Der Gesundheitszustand hat einerseits einen Einfluss auf die soziale Position («Krankheit macht arm»), der soziale Status – und das hat sich als der bedeutendere Zusammenhang erwiesen – wirkt sich andererseits aber auch auf den Gesundheitszustand aus («Armut macht krank») (BPTK, 2020; Mielck, 2012). Die Lebensverhältnisse beeinflussen den Gesundheitszustand direkt: So haben Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status häufiger schlechtere Arbeitsbedingungen (psychische und physische Arbeitsbelastungen) und Wohnverhältnisse. Die Lebensverhältnisse wirken aber auch indirekt über Ressourcen, gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit. Personen aus tieferen Bildungsschichten verfügen beispielsweise über weniger Ressourcen, z.B. was die Beschaffung und das Verständnis von Gesundheitsinformationen betrifft, weniger Erholungsmöglichkeiten aufgrund ihrer Wohnumgebung und erfahren weniger soziale Unterstützung als Personen aus höheren Bildungsschichten. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist ebenfalls sozial unterschiedlich verteilt: So hat es z.B. in sozial benachteiligten Gebieten weniger Therapieangebote und die Versorgung von bildungsfernen Schichten wird durch soziale/kulturelle Barrieren erschwert (z.B. Arzt-Patienten-Beziehung) (vgl. Mielck, 2000, 2012; Tiesmeyer et al., 2008; Verlinde et al., 2012; vgl. auch BFS, 2020c).

folgenden Analysen der SGB-Daten werden Personen zur Risikogruppe gezählt, wenn sie entweder arbeitslos und auf Stellensuche oder wenn sie ohne Arbeit sind und eine IV-Rente beziehen. Denn wie Baer et al. (2018) in ihrer Studie zur Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten festgestellt haben, ist der Wunsch nach einer Erwerbstätigkeit und damit nach «Normalität» und Zugehörigkeit für viele IV-Versicherte zentral. Für die Analysen wurden ausschliesslich die 15- bis 64-jährigen Personen eingeschlossen.

Beim Risikofaktor Arbeitslosigkeit / Invalidität fällt die im Vergleich zu anderen Risikofaktoren niedrige Prävalenz auf: Gut 5% der 15- bis 64-Jährigen berichten gemäss SGB 2017 von Arbeitslosigkeit oder Invalidität, Frauen und Männer etwa gleich häufig. Zwischen den Altersgruppen gibt es keine bedeutsamen Unterschiede, Frauen sind in der Tendenz eher im mittleren (35–49 Jahre) und höheren Erwerbsalter (50–64 Jahre) betroffen, Männer eher im höheren Erwerbsalter.

Ein Drittel bis die Hälfte der Personen, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Invalidität ohne Arbeit sind, haben psychische Beschwerden (G 3.10). Die Häufigkeit psychischer Beschwerden nimmt mit ansteigendem Alter zu: Die 15- bis 34-Jährigen (32%) sind zu knapp einem Drittel betroffen, besonders stark betroffen sind die 50- bis 64-Jährigen (48%). Zum Vergleich: Von den Personen, die nicht arbeitslos oder invalid sind, sind rund 17% von psychischen Beschwerden betroffen. Das heisst, das Risiko von psychischen Beschwerden betroffen zu sein ist bei den arbeitslosen oder invaliden Personen 1,7- bis 3,5-mal so hoch ($RR=1,7$ bzw. $RR=3,5$).

3.2.4 Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems

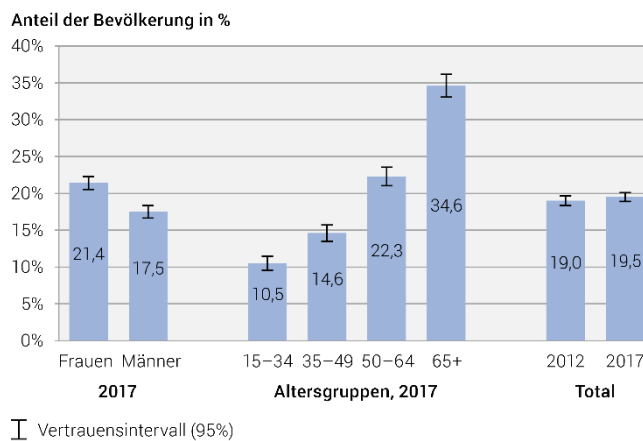
Körperliche Krankheiten, insbesondere chronische Erkrankungen oder Behinderungen, erhöhen das Risiko, psychische Belastung bzw. psychische Erkrankung zu erfahren (Prince et al., 2007; WHO, 2012). Beispiele für Herausforderungen, mit denen es umzugehen gilt, sind Einschränkungen in Alltagsaktivitäten, Schmerzen, ein veränderter Lebensstil aufgrund der Krankheit oder die Aussicht auf eine längere Krankheit oder einen vorzeitigen Tod. In der SGB wird nach Einschränkungen im Alltag aufgrund chronischer gesundheitlicher Probleme gefragt (vgl. Anhang). Befragte, die die Frage nach den Einschränkungen bejahen und die angeben, dass es sich bei ihnen um Probleme mit körperlicher Ursache handelt, gehören nachfolgend zur Risikogruppe.

Fast ein Fünftel der Bevölkerung fühlt sich im Alltag wegen chronischen körperlichen Problemen eingeschränkt. Das gilt für 2017 wie auch für 2012 (G 3.7). Frauen (21,4%) sind deutlich häufiger betroffen als Männer (17,5%) und mit zunehmendem Alter werden die Gesundheitsprobleme mit Einschränkungen häufiger: Bei den 15- bis 34-Jährigen sind 10,5% betroffen, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 34,6%.

Wie in Grafik G 3.10 ersichtlich ist die Risikogruppe mit den körperlichen Einschränkungen deutlich häufiger von psychischen Beschwerden betroffen als die Befragten ohne Einschränkungen.

Eine Ausnahme bildet die jüngste Altersgruppe (15–34 Jahre), bei der die Tendenz zwar ebenfalls besteht, es aber keinen statistisch signifikanten Unterschied gibt. Bei den übrigen drei Altersgruppen ist die Wahrscheinlichkeit psychische Beschwerden zu haben bei der Risikogruppe rund 1,8-mal höher ($RR=1,8$) als bei den Personen ohne Einschränkungen durch Gesundheitsprobleme.

G 3.7 Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems, nach Geschlecht und Alter, 2012, 2017



2012: n=21'498, 2017: n=21'985

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

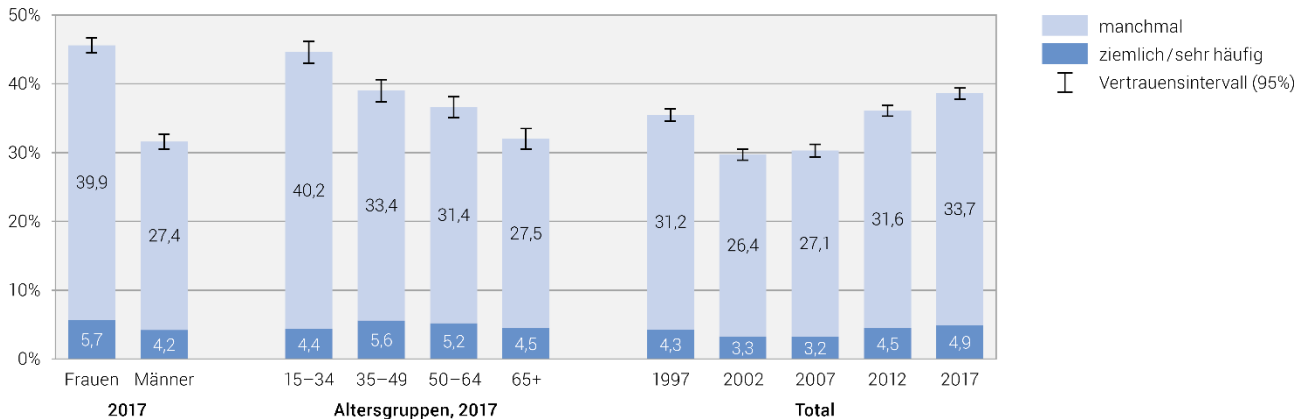
3.2.5 Einsamkeit

Einsamkeit wird definiert als emotionale Stresserfahrung, die mit der Wahrnehmung von unzureichenden sozialen Beziehungen einhergeht. Dabei geht es nicht (nur) um die tatsächlich vorhandenen sozialen Interaktionen, sondern um das Gefühl der sozialen Isolation und das unbefriedigte Bedürfnis nach Zuneigung in aktuellen Beziehungen (Cacioppo et al., 2014; Hawkey & Cacioppo, 2010). Einsamkeit kann vorübergehend auftreten, sie kann aber auch über lange Zeit andauern, was mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Verhalten einhergeht (Cacioppo et al., 2015; Heinrich & Gullone, 2006; Rico-Uribe et al., 2016). Einsamkeit steht in Zusammenhang mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Holt-Lunstad et al., 2015), sie hängt u.a. zusammen mit psychischen Erkrankungen wie Psychosen und Depressionen sowie mit Suizid (Cacioppo et al., 2006; DeNiro, 1995; Hawkey & Cacioppo, 2010; Peter & Tuch, 2019; Stravynski & Boyer, 2001). Ausserdem ist das Gesundheitsverhalten von einsamen Personen weniger gesundheitsförderlich als von nicht einsamen Personen, z.B. besteht ein erhöhter Alkoholkonsum (Richard et al., 2017).

In der SGB wird nach der Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen gefragt (vgl. Anhang). Die Antworten *ziemlich häufig* und *sehr häufig* wurden für die folgenden Analysen zusammengefasst und als Risikofaktor definiert.

G 3.8 Einsamkeitsgefühle, nach Geschlecht und Alter, 1997–2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *manchmal* + *ziemlich/sehr häufig*.

2017: n=13'204, 2012: n=20'841, 2007: n=17'890, 2002: n=18'735, 1997: n=12'752

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017

© Obsan 2020

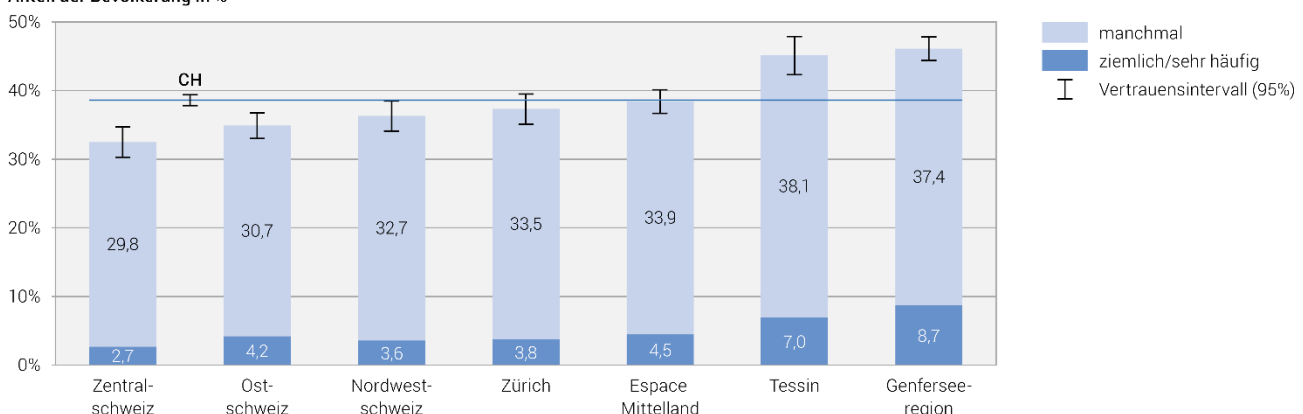
Die Prävalenzen der Einsamkeit sind im Vergleich mit den anderen Risikofaktoren auffallend niedrig. Rund 5% der Befragten berichten von *ziemlich* oder *sehr häufigen* Einsamkeitsgefühlen. Aber rund ein Drittel der Schweizer Bevölkerung gibt an, sich *manchmal* einsam zu fühlen (G 3.8). Zusammen sind das 38,6%, mehr als in den untersuchten Jahren davor (2012: 36,1%, 2007: 30,3%, 2002: 29,7%, 1997: 35,5%). Frauen (2017: 45,6%) berichten deutlich häufiger von Einsamkeitsgefühlen als Männer (31,6%). Dieser Geschlechterunterschied besteht über die gesamte Lebensspanne. Generell berichten die Jungen häufiger von Einsamkeitsgefühlen als die Älteren. Das gilt deutlich für die manchmal auftretenden

Einsamkeitsgefühle. Die ziemlich oder sehr häufigen Einsamkeitsgefühle sind bei den Frauen über das Alter ähnlich verteilt (5,2%–5,9%). Bei den Männern sind es in der Tendenz die 35- bis 49-Jährigen (5,4%), die am meisten von häufigen Einsamkeitsgefühlen betroffen sind und die 65-Jährigen und Älteren, die am wenigsten davon betroffen sind (3,1%).

Die Einsamkeitsgefühle sind überdurchschnittlich häufig in den Grossregionen Genferseeregion und Tessin (G 3.9) und kommen in geringerem Masse in der Zentralschweiz und der Ostschweiz vor.

G 3.9 Einsamkeitsgefühle, nach Region, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Vertrauensintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *manchmal* + *ziemlich/sehr häufig*.

Zentralschweiz: n=3129, Ostschweiz: n=3893, Nordwestschweiz: n=2324, Zürich: n=2319, Espace Mittelland: n=4198, Tessin: n=1473, Genferseeregion: n=3835

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

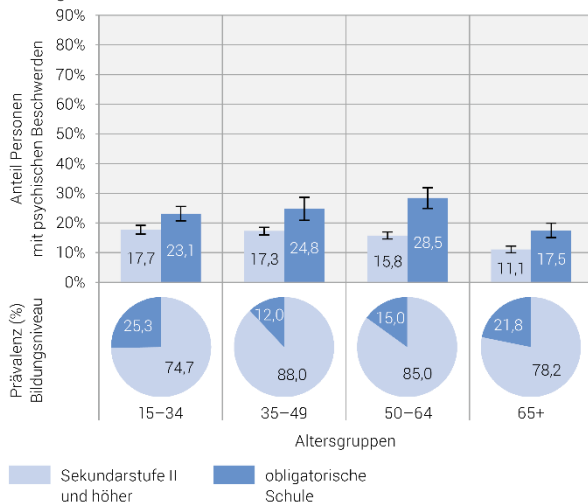
© Obsan 2020

Der Risikofaktor Einsamkeit fällt mit vergleichsweise hohen Werten betreffend psychischer Beschwerden auf: Die Hälfte bis drei Viertel der Personen mit ziemlich oder sehr häufigen Einsamkeitsgefühlen sind von psychischen Beschwerden betroffen, die 50- bis 64-Jährigen eher häufiger und die 65-Jährigen und Älteren eher seltener als die übrigen Altersgruppen (G 3.10). Als Vergleich: Bei den Personen ohne Einsamkeitsgefühle (manchmal oder nie)

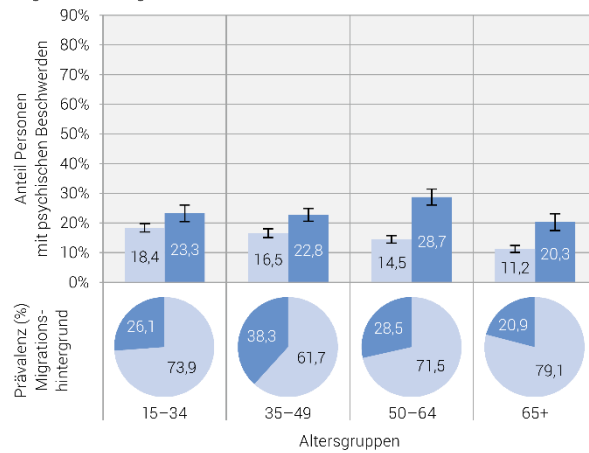
sind rund 15% von psychischen Beschwerden betroffen. Einsame 15- bis 34-Jährige haben ein 3,6-fach höheres Risiko ($RR=3,6$) für psychische Beschwerden und bei einsamen 50-Jährigen und Älteren ist das Risiko, psychische Beschwerden zu haben, 5-mal höher ($RR=4,9/5,0$) als bei nicht einsamen Gleichaltrigen.

G 3.10 Psychische Beschwerden in Abhängigkeit der untersuchten Risikofaktoren, nach Alter, 2017

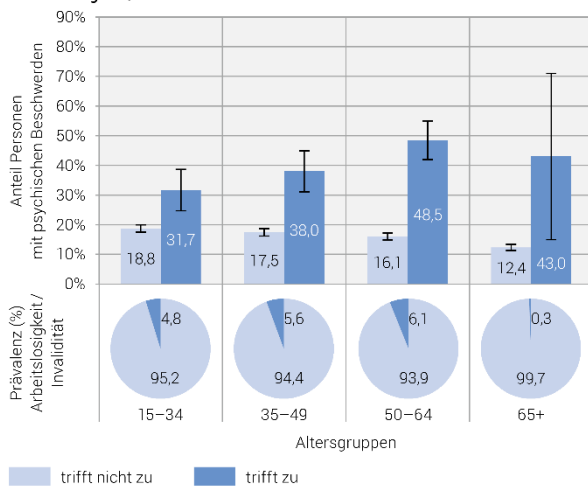
Bildungsniveau



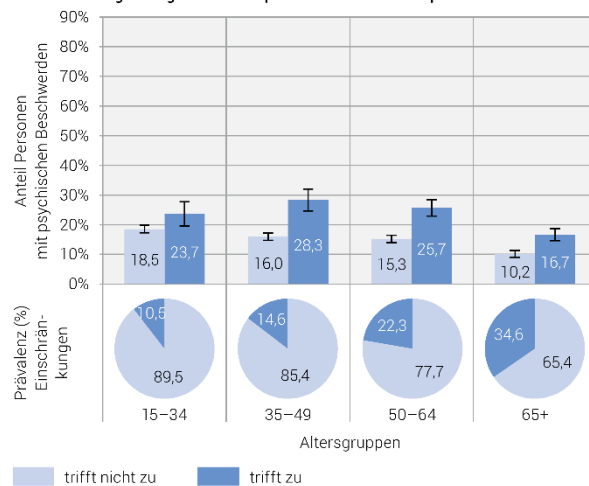
Migrationshintergrund



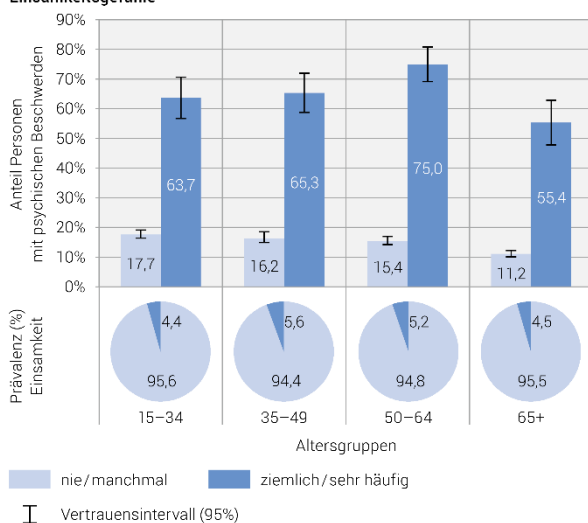
Arbeitslosigkeit/Invalidität



Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems



Einsamkeitsgefühle



Lesebeispiel: Personen mit einem geringen Bildungsniveau sind häufiger von psychischen Beschwerden betroffen. Bei den 35- bis 49-Jährigen ohne nachobligatorische Ausbildung berichten 24,8% von psychischen Beschwerden. Dieser Anteil liegt bei gleichaltrigen Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II und höher mit 17,3% tiefer. Die Prävalenz für ein geringes Bildungsniveau beträgt bei den 35- bis 49-Jährigen 12,0%. D.h. bei etwas mehr als jeder achten Person, ist die obligatorische Schule der höchste Bildungsabschluss.

Anmerkung: Personen haben «psychische Beschwerden», wenn sie mittelschwere bis schwere Depressionssymptome (PHQ-9; Werte > 9) oder eine mittlere bis starke psychische Belastung aufweisen (MHI-5; Werte < 73).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

3.3 Zusammenspiel zwischen Schutz- und Risikofaktoren

Je mehr der untersuchten Risikofaktoren vorliegen, desto grösser ist der Anteil Personen mit psychischen Beschwerden. Umgekehrt gilt ebenfalls: Je mehr Schutzfaktoren, desto kleiner der Anteil Personen mit psychischen Beschwerden. Es zeigt sich ausserdem, dass Schutzfaktoren ihre protektive Wirkung auch bei Vorhandensein von Risikofaktoren entfalten. Knapp einem Drittel der Bevölkerung stehen die untersuchten Schutzfaktoren nur in geringem Masse zur Verfügung.

In Grafik G 3.11 ist das Zusammenspiel zwischen den vorne beschriebenen Schutz- und Risikofaktoren dargestellt. Es ist gut erkennbar, dass mit zunehmender Anzahl von Risikofaktoren der Anteil Personen mit psychischen Beschwerden zunimmt. Sind keine Schutzfaktoren und keine Risikofaktoren vorhanden, sind 22,7% der Befragten von psychischen Beschwerden betroffen. Sind aber zwei oder mehr Risikofaktoren präsent, liegt der Anteil bei 52,2%. Weiter wird deutlich, dass mit mehr zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren der Anteil Personen mit psychischen Beschwerden abnimmt. Wie bereits dargelegt sind 22,7% von psychischen Beschwerden betroffen, wenn weder Schutz- noch Risikofaktoren vorliegen. Kommt ein Schutzfaktor dazu, sind es 13,4%, bei zwei Schutzfaktoren noch 5,3%. Ausserdem lässt sich

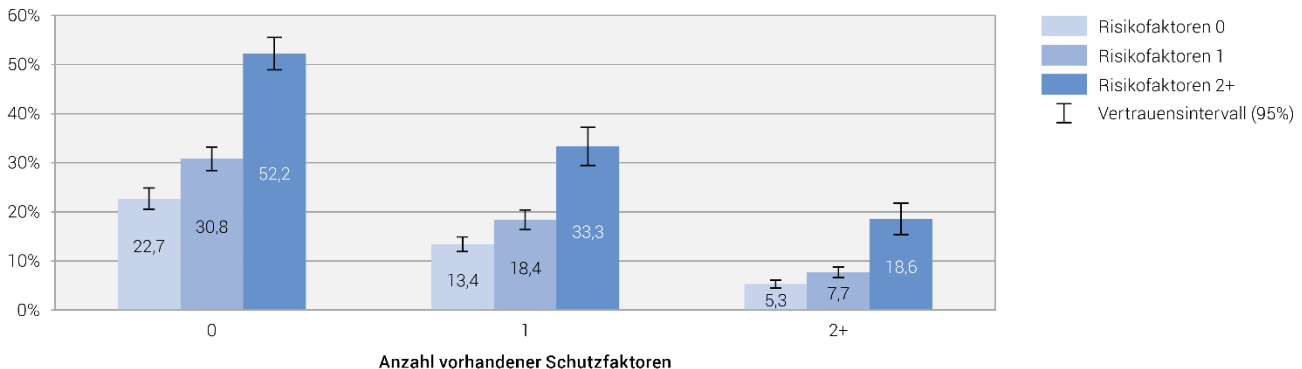
erkennen, dass das Vorhandensein von Schutzfaktoren eine protektive Wirkung gegenüber Risikofaktoren hat. Auch wenn Risikofaktoren vorhanden sind, zeigen Personen, denen Schutzfaktoren zur Verfügung stehen, weniger häufig psychische Beschwerden als ohne Schutzfaktoren. Hier muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass über die Kausalität dieser Zusammenhänge keine Aussage möglich ist.

Unter 3.1 und 3.2 wurden die einzelnen Schutz- und Risikofaktoren beschrieben und deren Prävalenzen jeweils nach Geschlecht und Alter präsentiert. Im Zusammenhang mit der Grafik G 3.11 stellt sich allerdings auch die Frage nach den kumulierten Prävalenzen der beschriebenen Schutz- und Risikofaktoren. Jeweils knapp ein Drittel der Schweizer Bevölkerung verfügt über *keine* der untersuchten Schutzfaktoren (28,4%, nicht abgebildet) – d.h. keine hohe Ausprägung – oder über *einen* dieser Schutzfaktoren (29,4%). Und je einem Fünftel stehen *zwei* (20,9%) oder *drei oder mehr* (21,3%) Schutzfaktoren zu Verfügung.

Bei den Risikofaktoren präsentiert sich die kumulierte Prävalenz wie folgt: Fast die Hälfte (46,3%) der Schweizer Bevölkerung hat *keine* der untersuchten Risikofaktoren¹², nahezu zwei Fünftel (37,4%) ist *einer* dieser Faktoren ausgesetzt, 12,5% sind von *zwei* der Risikofaktoren betroffen und 3,8% von *drei oder mehr*. Diese kumulierten Häufigkeiten beziehen sich ausschliesslich auf die hier untersuchten Schutz- und Risikofaktoren, die aus der SGB ausgewählt wurden und keine generelle Übersicht darstellen. Die Zahlen sind vor diesem Hintergrund mit Vorsicht zu interpretieren.

G 3.11 Psychische Beschwerden nach der Zahl von Schutz- und Risikofaktoren, 2017

Anteil Personen mit psychischen Beschwerden in %



Anmerkung: Die folgenden Schutz- bzw. Risikofaktoren wurden berücksichtigt: Hohe Kontrollüberzeugung, hohe Selbstwirksamkeit, hohes resilientes Coping, starke soziale Unterstützung, geringes Bildungsniveau, Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit/Invalidität, körperlich bedingte Einschränkungen, Einsamkeit. Personen haben «psychische Beschwerden», wenn sie mittelschwere bis schwere Depressionssymptome (PHQ-9; Werte > 9) oder eine mittlere bis starke psychische Belastung aufweisen (MHI-5; Werte < 73).

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

¹² D.h. kein geringes Bildungsniveau, keine ziemlich oder sehr häufigen Einsamkeitsgefühle, keine Einschränkungen, keinen Migrationshintergrund, keine Arbeitslosigkeit / Invalidität

Kinder und Jugendliche: Schutz- und Risikofaktoren

In der SGB 2017 wurden Eltern zu psychischen Auffälligkeiten ihrer unter 15-jährigen Kinder befragt. Anhand von drei Fragen aus dem SDQ-Fragebogen (*Strength and Difficulties Questionnaire*; vgl. z.B. Goodman, 1997; vgl. Anhang) wurden die Kinder hinsichtlich Hyperaktivität, emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten eingeschätzt. Für die Auswertungen zu Schutz- und Risikofaktoren wurden Kinder als psychisch auffällig klassifiziert, wenn sie von ihren Eltern bei mindestens einer der drei SDQ-Fragen mit der Ausprägung «eindeutig zutreffend» bewertet wurden. Auf diese Weise wurden rund 8% der Kinder als psychisch auffällig klassifiziert. Anhand dieser Einteilung und der Angaben zu den befragten Eltern selbst konnten die folgenden Risikofaktoren identifiziert werden.

Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, 2017

Risikofaktor	0- bis 5-Jährige			6- bis 10-Jährige			11- bis 14-Jährige		
	PR	RR	95%-VI	PR	RR	95%-VI	PR	RR	95%-VI
Depressive Symptome bei einem Elternteil	6%	1.7*	(1.1–2.7)	7%	2.6*	(1.6–3.8)	8%	4.0*	(2.7–5.6)
Hohe psych. Belastung eines Elternteils	12%	1.5*	(1.1–2.2)	12%	2.0*	(1.3–2.8)	13%	3.5*	(2.4–4.9)
Schlechter allgemeiner Gesundheitszustand eines Elternteils	5%	1.7*	(1.0–2.8)	7%	1.9*	(1.2–3.0)	9%	1.9*	(1.2–3.1)
Elternteil mit einer körperlichen chron. Erkrankung	18%	1.0	(0.6–1.4)	23%	1.8*	(1.2–2.4)	28%	2.2*	(1.5–3.1)
Einschränkung im Alltag durch chron. Krankheit eines Elternteils	13%	1.5*	(1.0–2.1)	16%	1.8*	(1.2–2.5)	18%	1.7*	(1.1–2.5)
Geringer Bildungsgrad eines Elternteils (oblig. Schule)	5%	2.4*	(1.5–3.6)	7%	1.3	(0.7–2.3)	9%	0.7	(0.3–1.5)
Kind wohnt nur mit einem Elternteil zusammen	2%	1.2	(0.5–2.6)	5%	1.0	(0.5–2.1)	8%	1.8*	(1.0–2.9)

$N_{\text{Kinder } 0-5} = 1908-1928$; $N_{\text{Kinder } 6-10} = 1896-1921$; $N_{\text{Kinder } 11-14} = 1546-1569$

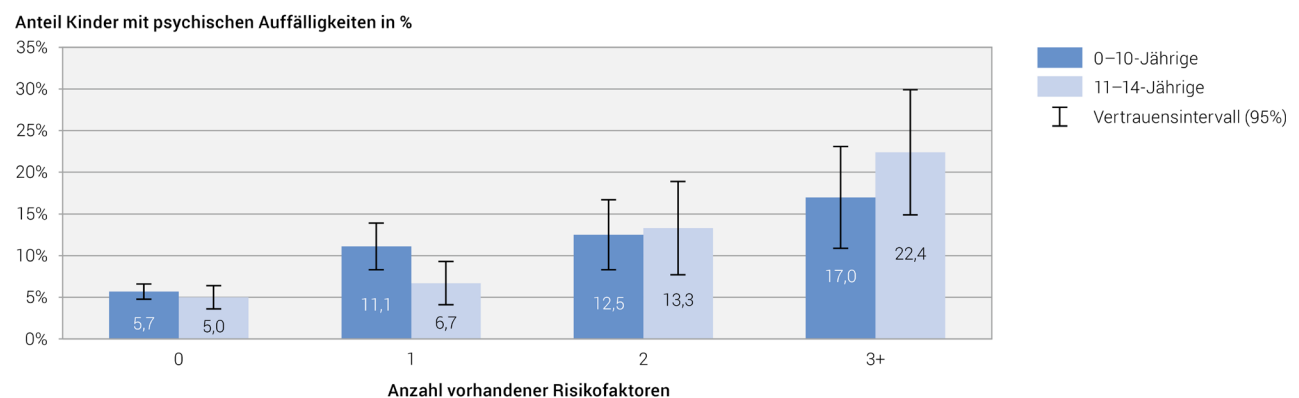
Anmerkung: * = Ergebnis statistisch signifikant bei $p < 0.05$; PR = Prävalenz des Risikos (z.B. der Anteil 0–5-jähriger Kinder mit einem depressiven Elternteil beträgt 6%); RR = Relatives Risiko: Faktor um welchen sich ein Risiko (psychische Auffälligkeit) zwischen zwei Gruppen (z.B. Kinder mit chron. krankem Elternteil vs. Kinder ohne chron. kranke Eltern) unterscheidet; VI = Vertrauensintervall.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Insbesondere Kinder mit einem psychisch oder physisch belasteten Elternteil haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Auffälligkeit. So haben beispielsweise 0- bis 5-jährige Kinder mit einem Elternteil mit depressiven Symptomen ein 1,7-mal höheres Risiko für eine psychische Auffälligkeit als Kinder ohne depressive Eltern. Bei den 6- bis 10-jährigen Kindern ist das Risiko 2,6-mal so hoch und bei den 11- bis 14-jährigen Kindern sogar 4,0-mal so hoch. Obschon die Risiko-Prävalenz für den Faktor *Elternteil mit depressiven Symptomen* mit 6 bis 8% vergleichsweise tief liegt, ist die Risiko-Prävalenz für psychische oder körperliche Belastung eines Elternteils relativ hoch: 18–28% der Kinder zwischen 0 und 14 Jahren haben mindestens einen Elternteil mit einer körperlichen chronischen Erkrankung und 12–13% mit einer hohen psychischen Belastung. Insgesamt sind rund 30% der 0- bis 10-Jährigen mindestens einem der hier analysierten Risiken ausgesetzt. Bei 10% sind mindestens zwei und bei 6% drei und mehr Risiken vorhanden. Im Vergleich zu jüngeren Kindern ist die Risiko-Prävalenz bei den 11- bis 14-Jährigen höher. Rund 40% sind mindestens einem, 17% mindestens zwei und 9% drei und mehr der analysierten Risiken/Belastungen ausgesetzt. Wie in der folgenden Grafik ersichtlich korreliert die Akkumulation von Risiken bzw. Belastungen in der Tendenz mit einem höheren Anteil psychischer Auffälligkeiten.

Psychische Auffälligkeiten in Abhängigkeit der Anzahl vorhandener Risikofaktoren, 2017



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Neben der SGB 2017 lassen sich auch anhand der Schülerbefragung HBSC 2018 für 11- bis 15-Jährige Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten identifizieren. Schülerinnen und Schüler wurden als auffällig eingestuft, wenn sie wiederholt bzw. chronisch an mindestens zwei psychoaffektiven Beschwerden litten (vgl. Kasten: «Kinder und Jugendliche: Psychischer Gesundheitszustand», 2.2.3). Die Analysen ergaben, dass Mobbing und Stress in der Schule – aber vor allem Mobbing online – in deutlichem Zusammenhang mit psychoaffektiven Beschwerden stehen. Kinder und Jugendliche, die online gemobbt wurden, hatten ein 4,4-fach und Schülerinnen und Schüler, die in der Schule gemobbt werden, ein 2,9-fach höheres Risiko für psychoaffektive Beschwerden. Auch Schülerinnen und Schüler, die Stress durch die Arbeit für die Schule erleben, zeigen häufiger psychoaffektive Beschwerden (2,7-mal häufiger). Die wahrgenommene Unterstützung in der Familie, die Beziehungen zu Mitschülerinnen und Mitschülern, die Beziehungen zu Lehrpersonen sowie die wahrgenommene Unterstützung im Freundeskreis hatten hingegen eine protektive Wirkung gegenüber psychoaffektiven Beschwerden. Interessant ist auch, dass die wahrgenommene Unterstützung im Freundeskreis als Schutzfaktor eine geringere Bedeutung hat als die Unterstützung in der Familie sowie die Beziehung zu Mitschülerinnen und -schüler bzw. zu Lehrpersonen.

Weiterführende Information

BAG, Chancengleichheit und Gesundheit:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html (Zugriff am 05.06.2020)

Gesundheitsförderung Schweiz, Chancengleichheit/Chancengerechtigkeit:

https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/berichte/Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_der_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf (Zugriff am 12.11.2020)

Gesundheitsförderung Schweiz, Selbstwirksamkeit, Soziale Unterstützung: <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche/fokusthemen.html> (Zugriff am 12.11.2020)

Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM), Chancengleichheit: www.obsan.admin.ch/de/gesellschaft-und-regulierung/chancengleichheit (Zugriff am 05.06.2020)

4 Inanspruchnahme

Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote (Koopmans et al., 2005). Jedoch lösen insbesondere Depressionen, Angststörungen und somatoforme (Schmerz-) Störungen auch eine gesteigerte Nutzung allgemeinmedizinischer Dienstleistungen und – da sie in rund der Hälfte der Fälle nicht erkannt werden – von (teilweise vermeidbaren) spezialisierten somatischen Angeboten aus (Barsky et al., 2006; Fritze et al., 2001; Gili et al., 2011; Kruse et al., 2004; Mitchell et al., 2009; Savageau et al., 2006).

Je schwerer und chronischer die psychische Erkrankung ist und je mehr parallele Erkrankungen eine Person aufweist (Komorbidität, Multimorbidität), desto mehr Leistungen werden in der Regel in Anspruch genommen. Auf der anderen Seite behindern Einstellungen wie beispielsweise die Meinung, dass man mit seinen Problemen selbst zurechtkommen muss, das Aufsuchen von Hilfe (Clement et al., 2015; Eichenberger, 2002; Sareen et al., 2007; Schnyder et al., 2017).

Für den Verlauf von psychischen Erkrankungen ist es entscheidend, wann und bei wem professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Bei ungenügender Versorgung psychischer Erkrankungen besteht ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung sowie Suizidalität (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Lambert et al., 2013; Wang et al., 2005). Zudem kann eine ungenügende Versorgung zu direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Folgekosten führen, beispielsweise durch IV-Berentungen und Arbeitsausfälle (Trautmann et al., 2016; siehe auch Kapitel 5.1 und 5.3).

Studien zeigen, dass ein Grossteil der psychisch kranken Menschen unbehandelt bleiben – sei es, weil die Erkrankungen von Fachpersonen nicht erkannt werden und/oder weil die Betroffenen von sich aus keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Kessler & WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Studien aus Deutschland zeigen beispielsweise, dass 18,9% der Personen mit einer Diagnose einer psychischen Störung oder gut 30% der Personen mit aktueller depressiver Symptomatik von einer Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen im letzten Jahr berichten (Mack et al., 2014; Rommel et al., 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die *Bern Epidemiological At Risk (BEAR) Study*: Gemäss Michel et al. (2018) waren 93% der 16- bis 40-Jährigen, die aktuell von Symptomen einer psychischen Störung betroffenen waren, zum Zeitpunkt der Befragung nicht in einer psychiatrisch-psychologischen Behandlung. Viele Personen suchen sich erst Hilfe, wenn sich die psychischen Beschwerden negativ auf ihre Funktionsfähigkeit auswirken (Michel et al., 2018). Künzi, Stocker und Schläpfer

(2020) schätzen aufgrund einer Modellrechnung, dass bei 13.8% der Schweizer Wohnbevölkerung ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht – während sich bereits 6% in Behandlung befinden. D.h. bei 7,8% der Bevölkerung (rund 0,7 Mio. Personen) liegt ein ungedeckter Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung vor.

Nachfolgend wird auf die Inanspruchnahme verschiedener Angebote des Gesundheitswesens durch Personen mit psychischen Erkrankungen eingegangen. Es werden dafür unterschiedliche Datenquellen verwendet, da für die Schweiz keine Quelle existiert, welche die ganze Versorgungslandschaft abdeckt. Die Eigenheiten jeder einzelnen Datenbank bringen es mit sich, dass in der Regel keine direkten Vergleiche zwischen den Ergebnissen verschiedener Datenquellen möglich sind.

Die Resultate zur Inanspruchnahme werden durch einen Abschnitt zur Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme (4.1) – über unterschiedliche Angebote hinweg – eingeleitet. Dafür werden die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) herangezogen. In einem zweiten Abschnitt wird auf Behandlungen in psychiatrischen Arztpraxen sowie Ambulatorien, das heisst auf den ambulanten Versorgungsbereich eingegangen (4.2). Hierfür werden Versicherungsdaten aus dem Datenpool der SASIS AG analysiert. Der Bereich der stationären Versorgung in Kliniken und Spitälern (4.3) wird auf der Grundlage der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) abgebildet. Zahlen zur Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen bei Kindern und Jugendlichen sind im Kasten «Kinder und Jugendliche: Inanspruchnahme von ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen» dargestellt. Abschliessend wird das Thema Medikamentenkonsum (4.4) anhand der Ergebnisse der SGB behandelt.

4.1 Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme

Der Anteil der Bevölkerung, der sich wegen psychischer Probleme behandeln lässt, hat im Verlauf der letzten 20 Jahre stetig zugenommen und liegt 2017 bei gut 6%. Der Frauenanteil ist grösser als derjenige der Männer. Die meisten – und vor allem jüngere Personen – wandten sich für die Behandlung an eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson. Im Vergleich zu früher suchten 2017 deutlich weniger Personen Hilfe für ihre psychischen Probleme bei einer Allgemeinmedizinerin bzw. einem Allgemeinmediziner.

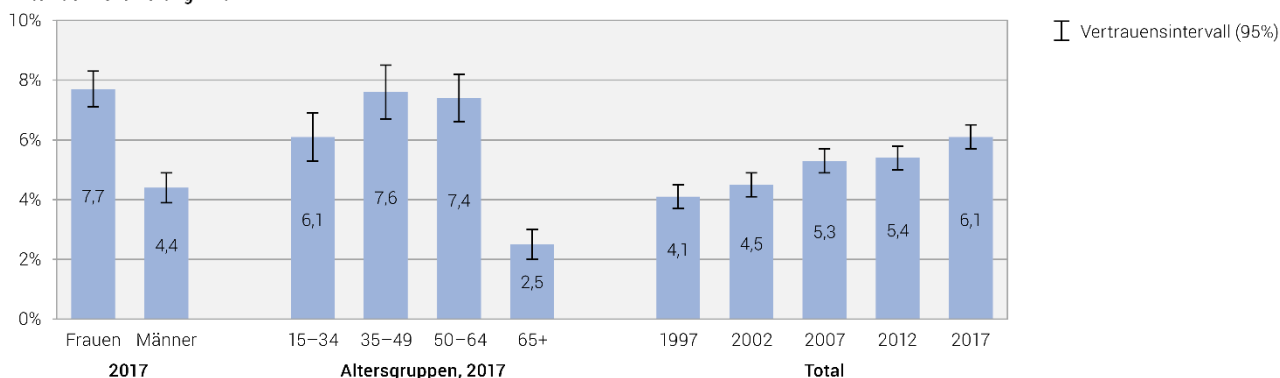
Die Daten zur Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen stammen aus der SGB und beruhen auf

den folgenden zwei Fragen: (1) «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?» und (2) «Was ist die Person von Beruf gewesen, die Sie behandelt hat?» (vgl. Anhang).

Gemäss der SGB haben sich 6,1% der Schweizer Wohnbevölkerung in den 12 Monaten vor der Befragung wegen psychischer Probleme in Behandlung begeben (G 4.1); Frauen taten dies öfter als Männer (7,7% vs. 4,4%). In den Altersgruppen der 35- bis 49-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen war der Anteil der Personen mit Behandlung am grössten (7,6% bzw. 7,4%). Bei den 65-Jährigen und Älteren haben sich dagegen lediglich 2,5% wegen psychischer Probleme behandeln lassen. Dieses Muster bezüglich der Altersgruppen zeigt sich sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern. Zwischen 1997 und 2017 ist eine stetige Zunahme der Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund psychischer Probleme auszumachen (von 4,1% auf 6,1%); dieser Anstieg lässt sich für beide Geschlechter beobachten.

G 4.1 Behandlung psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Alter, 1997–2017

Anteil der Bevölkerung in %



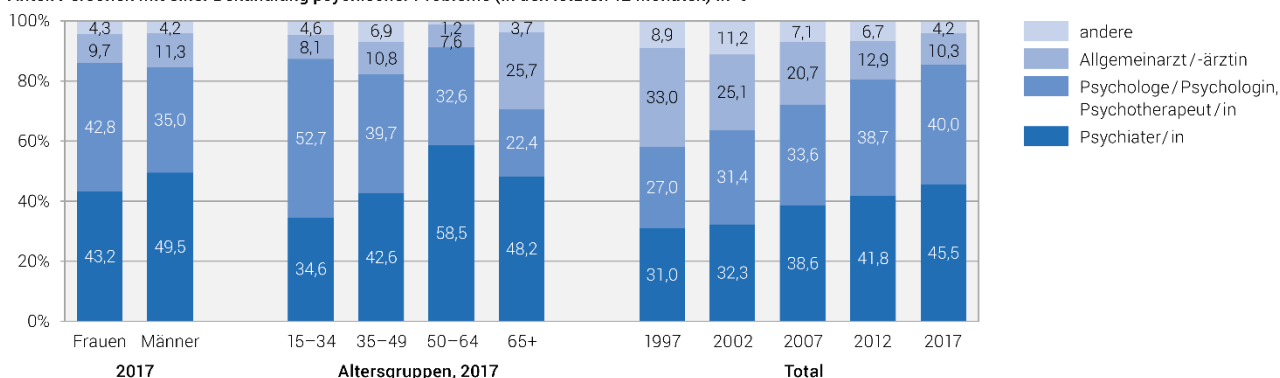
2017: n=21'207; 2012: n=20'867; 2007: n=18'745; 2002: n=19'698; 1997: n=13'002

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 4.2 Leistungserbringende von Behandlungen psychischer Probleme, nach Geschlecht und Alter der Patientinnen/Patienten, 1997–2017

Anteil Personen mit einer Behandlung psychischer Probleme (in den letzten 12 Monaten) in %



2017: n=21'207; 2012: n=20'867; 2007: n=18'745; 2002: n=19'698; 1997: n=13'002

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Auf Ebene der Grossregionen liegen die Anteile derer, die eine Behandlung aufsuchten, zwischen 3,8% in der Zentralschweiz und 6,8% im Tessin. Der Anteil der Zentralschweiz liegt unterhalb des gesamtschweizerischen Anteils von 6,1%. Die Anteile der anderen sechs Grossregionen liegen zwischen 5,7% und 6,8% und somit im Bereich des gesamtschweizerischen Werts (nicht dargestellt).

Die meisten Personen, die in den vergangenen 12 Monaten eine Behandlung wegen psychischer Probleme aufgesucht haben, liessen sich von einer Psychiaterin oder einem Psychiater behandeln (45,5%; G 4.2). An zweiter Stelle stehen Psychologinnen und Psychologen bzw. nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (40,0%) und an dritter Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte (10,3%). Nur wenige Personen suchen andere Behandelnde auf (4,2%; andere Ärztinnen und Ärzte, Komplementärmedizinische oder andere nicht-medizinische Therapeutinnen und Therapeuten, sowie andere Berufe).

Zwischen Frauen und Männern gibt es bezüglich der Wahl der Leistungserbringer keine Unterschiede. Beim Vergleich der Altersgruppen fällt auf, dass jüngere Personen (15–34 Jahre) am häufigsten psychologische Fachkräfte aufsuchten (52,7%). Die nächstältere Gruppe der 35- bis 49-Jährigen suchte etwa gleich häufig Hilfe bei psychologischen Fachkräften (39,7%) und Psychiaterinnen/Psychiatern (42,6%). Bei Personen zwischen 50 und 64 Jahren kamen deutlich häufiger Psychiaterinnen bzw. Psychiater zum Zuge (58,5%). Die 65-Jährigen und Älteren schliesslich gingen ebenfalls primär zu einer Psychiaterin oder einem Psychiater (48,2%). Zudem liessen sie sich im Vergleich zu den anderen Altersgruppen auch vermehrt von Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten behandeln (25,7%). Generell gilt: Je älter die Personen, umso eher suchen sie bei psychischen Problemen eine Ärztin oder einen Arzt

(Psychiater/innen und Allgemeinpraktiker/innen) auf und weniger psychologische Fachkräfte.

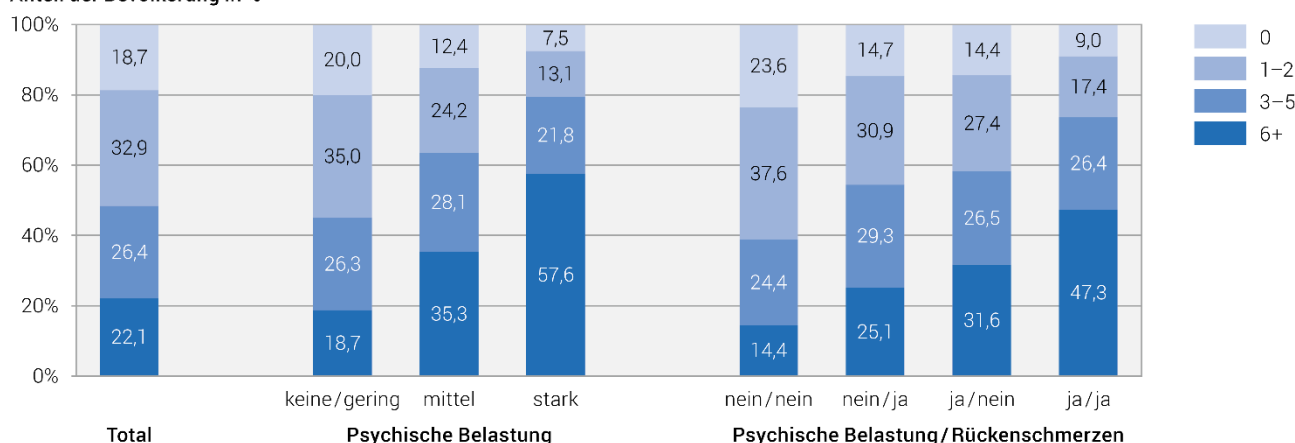
Die Verteilung der aufgesuchten Leistungserbringer hat sich seit 1997 deutlich verändert: Im Jahr 2017 nahm die Bevölkerung bei psychischen Problemen bzw. Erkrankungen häufiger Dienstleistungen von (spezialisierten) psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen in Anspruch. Deutlich zurückgegangen im Vergleich zu 1997 ist die Inanspruchnahme von Behandlungen bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (G 4.2).

Psychische Beschwerden gehen allgemein mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher. Je stärker die psychische Belastung, umso häufiger suchen die Betroffenen Arztpraxen auf: Gemäss SGB 2017 ging mehr als die Hälfte (57,6%) der Befragten mit starker psychischer Belastung innerhalb eines Jahres sechs Mal und mehr zur Ärztin bzw. zum Arzt (irgendeiner Fachrichtung). Von den Personen ohne oder mit geringer psychischer Belastung suchten hingegen lediglich 18,7%, also drei Mal weniger, sechs Mal pro Jahr eine Ärztin oder einen Arzt auf (G 4.3). Andererseits haben 7,5% trotz starker psychischer Belastung in den vergangenen 12 Monaten nie eine Ärztin oder einen Arzt konsultiert.

In der Grafik G 4.3 finden sich ebenfalls Ergebnisse zur Häufigkeit von Arztkonsultationen bei gleichzeitigem Vorhandensein von körperlichen und psychischen Beschwerden. Dies wird anhand des Beispiels von psychischer Belastung und Rückenschmerzen aufgezeigt. Es ist deutlich ersichtlich, dass Personen mit psychischer Belastung und Rückenschmerzen am häufigsten ärztliche Behandlungen in Anspruch nahmen – häufiger als Personen mit psychischer Belastung ohne Rückenschmerzen oder als Personen mit Rückenschmerzen ohne psychische Belastung.

G 4.3 Anzahl Arztbesuche (letzte zwölf Monate), nach psychischer Belastung und psychischer Belastung/Rückenschmerzen, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



Anmerkung: Die Kategorie «Psychische Belastung = ja» entspricht einer mittleren bis starken psychischen Belastung (MHI-5-Werte < 73; vgl. «Psychische Belastung», 2.2.1).

Total: n=21'117, Psychische Belastung: n=20'837, Psychische Belastung/Rückenschmerzen: n=20'831

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

4.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen hat zwischen 2012 und 2018 zugenommen. Dies gilt für die Anzahl Konsultationen pro 1000 Versicherte in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen (+26%), wie auch in der ambulanten Spitalpsychiatrie (+43%). Psychiatrische Praxen werden deutlich häufiger von Frauen aufgesucht als von Männern (60% vs. 40%). In der ambulanten Spitalpsychiatrie hingegen ist die Konsultationsrate der Männer leicht höher als diejenige der Frauen (52% vs. 48%). Daten zur Inanspruchnahme nicht-ärztlicher psychotherapeutischer Praxen fehlen.

Im Jahr 2018 haben sich rund 513'000 Patientinnen und Patienten in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis behandeln lassen (von Psychiater/-innen sowie von bei ihnen delegiert arbeitenden psychologischen Psychotherapeut/-innen). In den Daten sind nur OKP-pflichtige Leistungen enthalten, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung vorlag (vgl. Datenpool 1.5.3). Nicht enthalten sind beispielsweise Leistungen nicht-ärztlicher psychotherapeutischer Praxen, die ausserhalb der delegierten Psychotherapie stattgefunden haben.

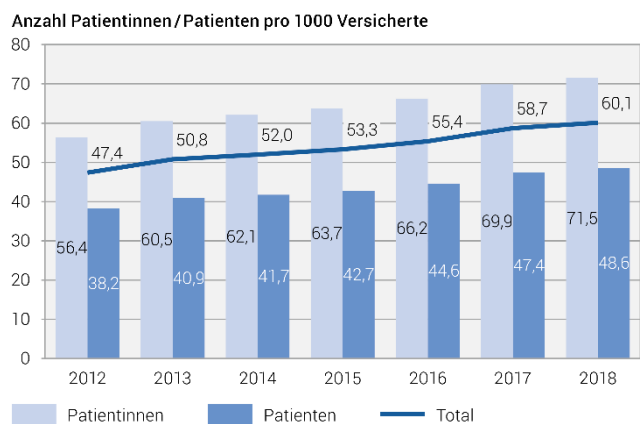
Auf die Bevölkerung bezogen entspricht das einer Rate von rund 60 Personen pro 1000 Versicherte (G 4.4). Zwischen 2012 und 2018 hat die Rate stetig zugenommen – je nach Jahr zwischen +2,3% und +7,1%. Das ergibt eine Zunahme von total +26,7% innerhalb von sechs Jahren. Im Vergleich dazu kam es bei den Arztpraxen der Allgemeinmedizin (Hausärzt/-innen) im gleichen Zeitraum zu einem Anstieg von +13,6%. Somit hat die Inanspruchnahme im psychiatrischen Bereich deutlich stärker zugenommen als in der Allgemeinmedizin. Die Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen hat sich bei den Frauen und Männern im gleichen Mass gesteigert. Allerdings sind es mehr Frauen als Männer, die ein solches therapeutisches Angebot in Anspruch nehmen. 2018 waren es 71,5 Patientinnen gegenüber 48,6 Patienten pro 1000 Versicherte.

Insgesamt nahmen die Patientinnen und Patienten 2018 rund 4,8 Millionen Konsultationen in Anspruch, was 562 Konsultationen pro 1000 Versicherten entspricht. Bei den Frauen sind es 677, bei den Männern 446 pro 1000. Zwischen 2012 und 2018 hat die Anzahl Konsultationen pro 1000 Versicherte um 25,6% zugenommen. Pro Patientin und Patient resultierten durchschnittlich 9,4 Konsultationen (Frauen: 9,5; Männer: 9,2).

In der ambulanten Spitalpsychiatrie – hier ist in der Datenquelle ausschliesslich die Anzahl Konsultationen und nicht die Anzahl Patientinnen und Patienten verfügbar – wurden 2018 rund 2,2 Millionen Konsultationen in Anspruch genommen, was etwa 259 Konsultationen pro 1000 Versicherten entspricht (vgl. G 4.5). Im Gegensatz zu den psychiatrischen Praxen ist in der ambulanten Spitalpsychiatrie seit 2016 die Konsultationsrate höher bei den Männern als bei den Frauen: 271 vs. 248

Konsultationen pro 1000 Versicherte im Jahr 2018. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied liegt bei den Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen, wie die Methadon-/Heroinabgabe. Sie erfolgt oft durch institutionelle ambulanten Institutionen und generiert in der Regel sehr hohe Konsultationszahlen, da die Patientinnen und Patienten mehrmals wöchentlich, wenn nicht gar täglich, vorbeikommen. Männer sind deutlich häufiger von Abhängigkeitserkrankungen betroffen als Frauen (Hiltebrand et al., 2018; Maffli et al., 2020).

G 4.4 Patientinnen und Patienten in ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, 2012–2018



Anmerkung: Bei der Anzahl Patientinnen/Patienten pro 1000 Versicherte handelt es sich um rohe Raten.

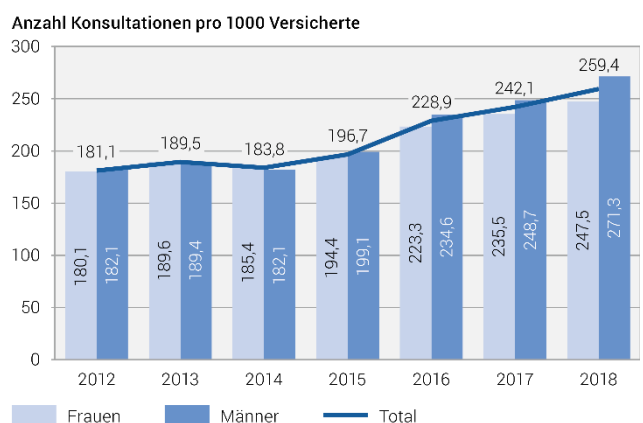
Patientinnen: n=227'655–306'905, Patienten: n=150'628–206'852

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

Datenstand: Spezialauswertung SASIS AG vom 08.08.2019

©Obsan 2020

G 4.5 Konsultationen in der ambulanten Spitalpsychiatrie, 2012–2018



Anmerkung: Bei der Anzahl Konsultationen pro 1000 Versicherte handelt es sich um rohe Raten.

Konsultationen Frauen: n=727'257–1'062'531, Konsultationen Männer: n=717'084–1'154'737

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan Datenstand: Spezialauswertung SASIS AG vom 08.08.2019

© Obsan 2020

Im Vergleich zu 2012 hat die Konsultationsrate in der ambulanten Spitalpsychiatrie um 43,2% zugenommen, bei den Männern (+49,0%) mehr als bei den Frauen (+37,4%). Die Rate hat bei beiden Geschlechtern über den Beobachtungszeitraum – mit Ausnahme von 2014 (-3,0%) – jährlich zwischen 4,7% und 16,4% zugenommen.

In der Schweiz existiert keine Statistik mit nationalen Daten zu den Behandlungen durch nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ausserhalb delegierter Psychotherapie arbeiten. Einzig in einer durch die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) in Auftrag gegebenen Studie lassen sich diesbezüglich Zahlen finden (Stettler et al., 2013). Gemäss dieser haben im Jahr 2012 in der Schweiz rund 260'000 Patientinnen und Patienten 3,1 Millionen Konsultationen bei nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Über ein Drittel der Konsultationen wurde im Rahmen der delegierten Psychotherapie in einer Arztpraxis erbracht (ca. 85'000 Patient/-innen). Etwas weniger als ein Drittel erfolgte im selbständigen Bereich (ca. 78'000 Patient/-innen), die restlichen Konsultationen fielen im ambulanten oder stationären Bereich von psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen an (97'000 Patient/-innen). Im Vergleich dazu wurden 2012 etwas mehr als 290'000 Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Praxen durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater behandelt.

Weiterführende Information

Obsan, Publikationen zum Thema:

www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/ambulante-behandlung-fuer-psychisch-krankte
(Zugriff am 26.05.2020)

4.3 Inanspruchnahme stationärer Leistungen

Im Jahr 2018 wurden rund 102'000 Hospitalisierungen aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose gezählt bei rund 71'000 Patientinnen und Patienten (11,9 Behandlungsfälle bzw. 8,3 Patient/-innen pro 1000 Einwohner/-innen). Im Vergleich zu 2002 hat die Hospitalisierungsrate auf Fallebene um 27% und auf Patientenebene um 13% zugenommen. Die mittlere Anzahl Pflgetage pro Klinikaufenthalt hat sich zwischen 2002 und 2018 deutlich reduziert und der Anteil Patientinnen bzw. Patienten mit mehr als einem Klinikaufenthalt pro Jahr hat sich im selben Zeitraum von 22% auf 30% erhöht. Mit Ausnahme von Depressionen, stehen bei Frauen oftmals andere Störungsbilder im Zentrum als bei Männern. Diese Unterschiede sind zudem altersabhängig. Der stationäre Behandlungsaufwand der psychiatrischen Hospitalisierungen lag 2018 bei 318 Pflgetagen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner und ist somit tiefer als 2002 (-16%). Der Behandlungsaufwand ist geschlechter-, alters- sowie diagnoseabhängig und unterscheidet sich zwischen den Kantonen deutlich.

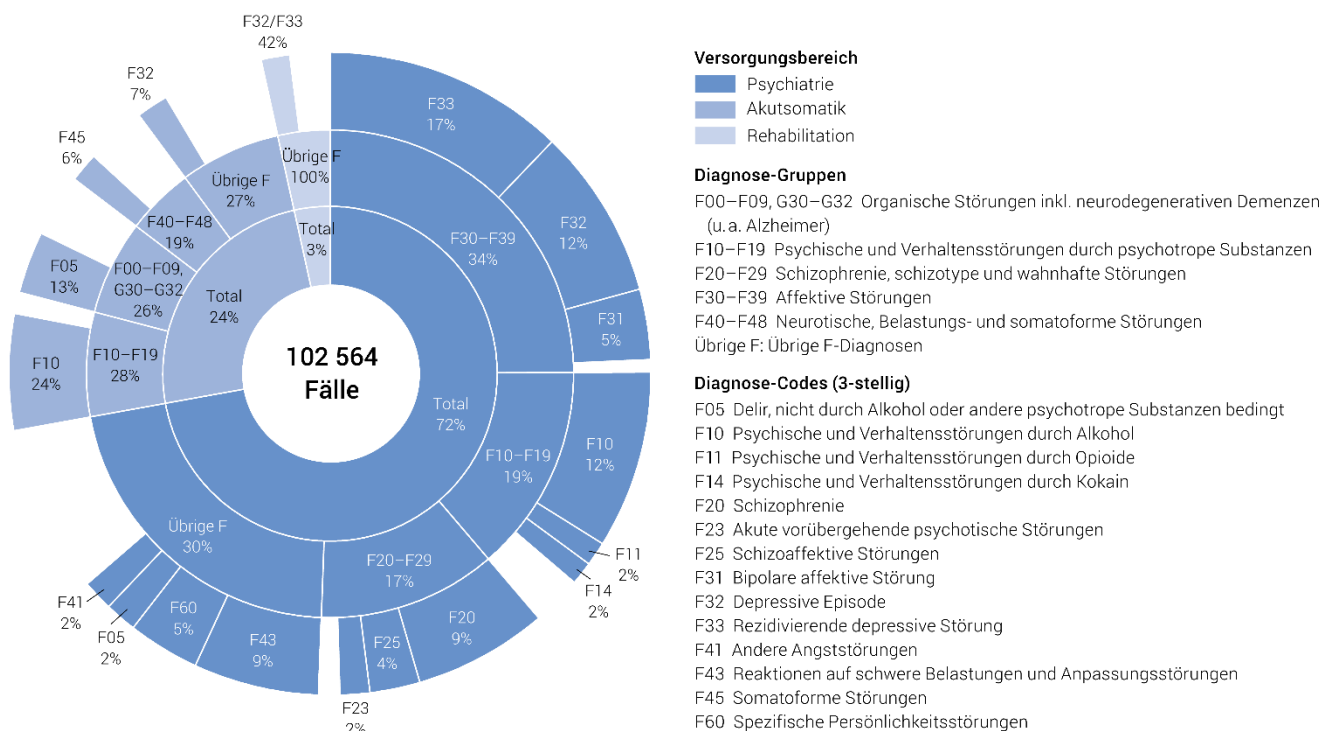
Psychische Erkrankungen können einen stationären Aufenthalt in einer Klinik oder einem Spital erfordern. Dabei werden Personen mit psychiatrischen Diagnosen nicht ausschliesslich in psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen von Spitälern hospitalisiert. Zwar ist in erster Linie der Versorgungsbereich «Psychiatrie» von Relevanz aber – in etwas geringerem Ausmass – auch die Versorgungsbereiche «Akutsomatik» und «Rehabilitation». Entsprechend beziehen sich die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse nicht nur auf Hospitalisierungen aus dem Versorgungsbereich Psychiatrie, sondern auf die Gesamtheit der stationär hospitalisierten Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (vgl. Kasten «Methodische Anmerkungen», 1.5.2).¹³

Wie sich die psychiatrischen Hospitalisierungen auf die drei Versorgungsbereiche verteilen und welches dabei die häufigsten Diagnosen sind, ist in Grafik G 4.6 dargestellt. Ein Grossteil der Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose wird in der Psychiatrie hospitalisiert (72%). Bei rund einem Viertel der Fälle kam es zu einer Hospitalisierung in der Akutsomatik und bei 3% in der Rehabilitation.

In der *Psychiatrie* gehörten Diagnosen aus dem Bereich der «Affektiven Störungen» (F30–F39) zu den häufigsten Hauptdiagnosen (34%) gefolgt von den Diagnosegruppen «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (F10–F19; 19%) und «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (F20–F29; 17%). Der am häufigsten vergebene Diagnose-Code in der Psychiatrie war «Rezidivierende depressive Störung» (F33); bei 17% der Psychiatrie-Fälle wurde dieser als Hauptdiagnose kodiert.

¹³ Die Daten zur stationären Inanspruchnahme stammen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (vgl. 1.5.2)

G 4.6 Hospitalisierungen bei psychischen Erkrankungen, nach Versorgungsbereich und Hauptdiagnose (Fälle), 2018



Anmerkung: Die Prozentangaben für die Diagnosen-Gruppen und Codes beziehen sich jeweils auf die Gesamtfallzahl des entsprechenden Versorgungsbereichs. Der Versorgungsbereich Psychiatrie weist zusätzliche 467 Fälle mit einer Hauptdiagnose ausserhalb des Kapitels V (F00–F99) bzw. der Gruppe G30–G32 auf. Die Mehrheit dieser Fälle (rund 60%) haben Diagnosen aus den Kapiteln «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen» (Z00–Z99) und «Krankheiten des Nervensystems» (G00–G99). Bei weiteren 108 Fällen fehlt die Hauptdiagnose. Diese insgesamt 575 Fälle sind hier nicht dargestellt und werden auch nicht in den Auswertungen berücksichtigt.

Fälle Psychiatrie: n=73'903, Fälle Akutsomatik: n=25'112, Fälle Rehabilitation: n=3549

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2020

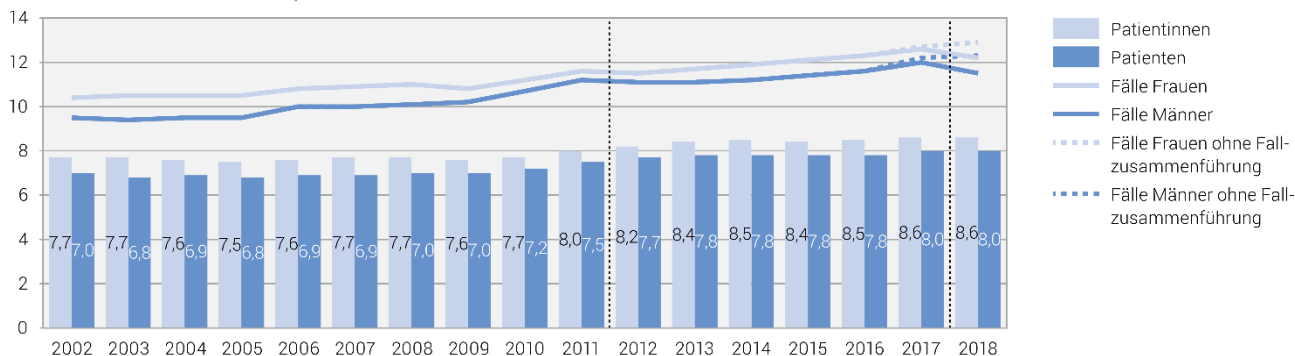
In der *Akutsomatik* sind Diagnosen aus der Gruppe der «Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (F10–F19) besonders häufig (28%) – vor allem Störungen durch Alkohol (F10) werden im Akutspital behandelt (24%), wobei es sich meistens um akute Alkoholintoxikationen handelt. Ebenfalls relativ häufig sind Diagnosen aus der Gruppe der «Organischen

Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen» (F00–F90, G30–G32; 26%) – insbesondere das Delir (F05; 13%).

In der *Rehabilitation* gehören die «Depressiven Episoden» (F32) und die «Rezidivierende depressive Störung» (F33) zu den häufigsten F-Diagnosen (beide zusammen 42%).

G 4.7 Standardisierte Hospitalisierungsraten bei psychischen Erkrankungen (Fälle und Patientinnen/Patienten), 2002–2018

Fälle bzw. Patientinnen/Patienten pro 1000 Einwohner/innen



Anmerkung: Die Rate wurde hinsichtlich Alter standardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9). Aufgrund der Einführung von TARPSY werden bestimmte Fälle ab 2018 zusammengeführt (vgl. «Neue Falldefinition» in Kasten «Änderungen aufgrund TARPSY», 4.3.3).

Fälle Frauen: n=38'873–56'553, Fälle Männer: n=33'810–52'452

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

4.3.1 Hospitalisierungsraten

In der Schweiz kam es 2018 zu 102'564 stationären Aufenthalten aufgrund einer psychiatrischen Hauptdiagnose von in der Schweiz wohnhaften Personen. Dies entspricht einer standardisierten Rate von 11,9 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. In Grafik G 4.7 sind die Hospitalisierungsraten für Frauen und Männer für die Jahre 2002 bis 2018 aufgeführt. Die Raten sind getrennt für Behandlungsfälle und für Patientinnen bzw. Patienten angegeben: Bei den Fällen wird jeder einzelne Klinik- oder Spitalaufenthalt gezählt (unabhängig von der Person), bei den Patientinnen und Patienten werden die Personen gezählt, die ihrerseits mehrere Aufenthalte gehabt haben können. Im Vergleich zu 2002 (7,4 Patienten/innen pro 1000 Einwohner/innen) liegt die Patientenrate 2018 um 12,8% höher bei 8,3 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Rate der Fälle hat im gleichen Zeitraum um 19,3% zugenommen, von 9,9 auf 11,9 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Ohne Fallzusammenführung (vgl. Kasten «Methodische Anmerkungen», 1.5.2), d.h. wenn kurz aufeinanderfolgende Aufenthalte einzeln gezählt werden, liegt die Rate 2018 bei 12,6 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, was einer Zunahme von 26,7% für den Zeitraum 2002–2018 entspricht. Die unterschiedlichen Entwicklungen bei den Patientinnen und Patienten (+12,8%) und den Fällen (+19,3% bzw. +26,7%) deuten darauf hin, dass die Mehrfachaufenthalte zugenommen haben: Die durchschnittliche Anzahl der Spital-/Klinikaufenthalte pro Patientin bzw. Patient ist von 1,36 (2002) auf 1,52 (2018) gestiegen, was einer Zunahme um 12,2% entspricht. Der Anteil Patientinnen bzw. Patienten mit mehr als einem Aufenthalt pro Jahr stieg von 22,3% (2002) auf 29,6% (2018) an. Diese Entwicklung wurde in der Vergangenheit

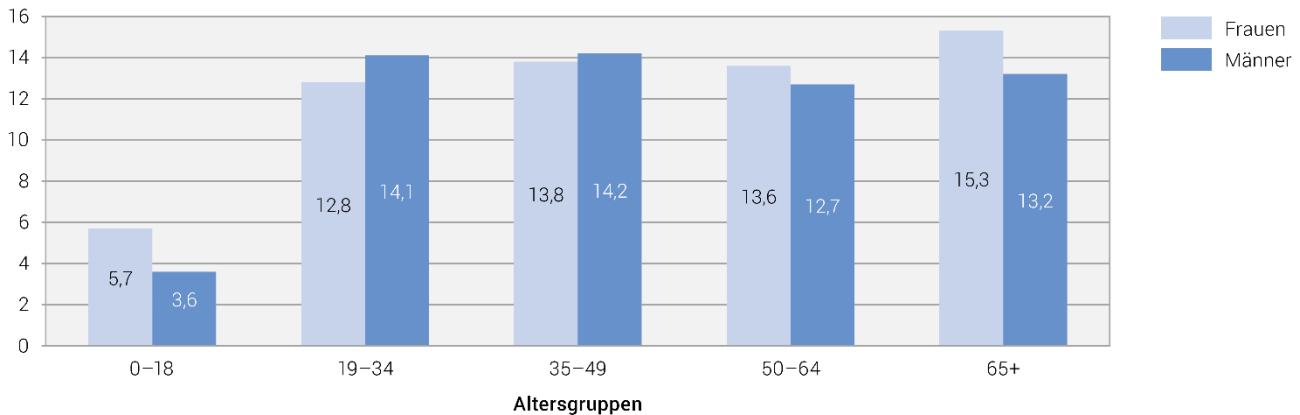
als Folge einer stärkeren Patientenbewegung zwischen stationären und ambulanten Angeboten (bei bewussten frühzeitigen Entlassungen) beschrieben (Kuhl, 2008). Insbesondere der Transfer in die ambulanten und teilstationären Versorgungsstrukturen von chronisch beeinträchtigten Patientinnen und Patienten führte im stationären Bereich zu häufigeren kürzeren Aufenthalten (Jäger & Rössler, 2012).

Es werden leicht mehr Frauen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt als Männer: 2018 waren es 8,6 Patientinnen und 12,9 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen verglichen mit 8,0 Patienten und 12,3 Fällen pro 1000 Einwohner (G 4.7). Mit einem Frauenanteil von rund 52% ist das Verhältnis Frauen zu Männer über die Zeit relativ stabil geblieben.

Neben dem globalen Geschlechterunterschied gibt es auch altersspezifische Geschlechterunterschiede bei der Hospitalisierungsrate: Frauen werden im Kindes- und Jugendalter (0–18 Jahre) sowie im späteren Erwachsenenalter (50–64 und 65+ Jahre) häufiger wegen einer psychischen Erkrankung hospitalisiert als Männer. Männer hingegen werden im frühen Erwachsenenalter (19–34 Jahre) häufiger hospitalisiert als Frauen. Bei Männern kommt es am häufigsten im mittleren Alter (35–49 Jahre) zu einer Hospitalisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung; bei den Frauen hingegen im höheren Alter (65 Jahre und älter) (G 4.8). Im Unterschied zum Monitoring-Bericht 2016 (Schuler et al., 2016) sind im aktuellen Bericht die Hospitalisierungsraten in der Gruppe der 65-Jährigen und älteren deutlich höher. Dies liegt daran, dass in dieser Ausgabe zusätzlich Diagnosen aus der Gruppe der «Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems» (G30–G32) berücksichtigt wurden (vgl. 1.5.2). Alzheimer und andere Demenzen, die sich unter anderem hinter diesen Codes verbergen, treten vermehrt im höheren Alter auf.

G 4.8 Hospitalisierungsrate bei psychischen Erkrankungen (Fälle), nach Geschlecht und Alter, 2018

Fälle pro 1000 Einwohner/innen



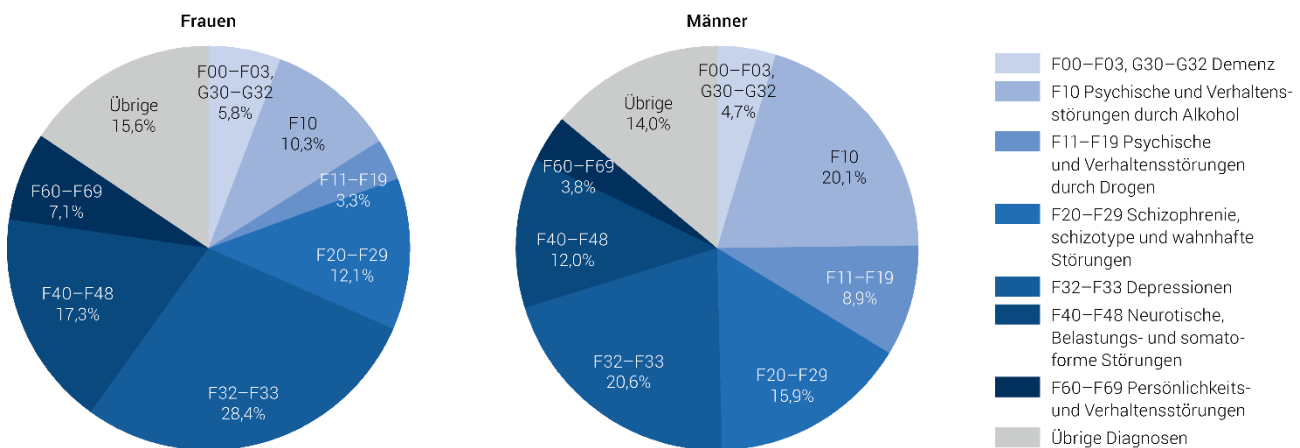
Anmerkung: Bei den Hospitalisierungsraten handelt es sich um rohe Raten.

Fälle Frauen: n=53'346, Fälle Männer: n=49'218

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

G 4.9 Verteilung der Hospitalisierungen nach psychiatrischen Diagnosen (Fälle), nach Geschlecht, 2018



Fälle Frauen: n=53 346, Fälle Männer: n=49 218

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2020

Frauen und Männer unterscheiden sich auch hinsichtlich der Häufigkeit der bei stationären Aufenthalten diagnostizierten psychischen Störungen. Die 2018 bei den Frauen mit Abstand am häufigsten gestellten Diagnosen gehörten zur Diagnosegruppe der Depressionen (28,4%). Darauf folgen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (17,3%), Schizophrenien (12,1%) und Störungen durch Alkohol (10,3%). Bei den Männern sind die häufigsten Diagnosen etwas gleichmässiger verteilt: Depressionen (20,6%) und Störungen durch Alkohol (20,1%), darauf folgen Schizophrenien (15,9%) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (12,0%). Besonders deutlich ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern bei Diagnosen aus der

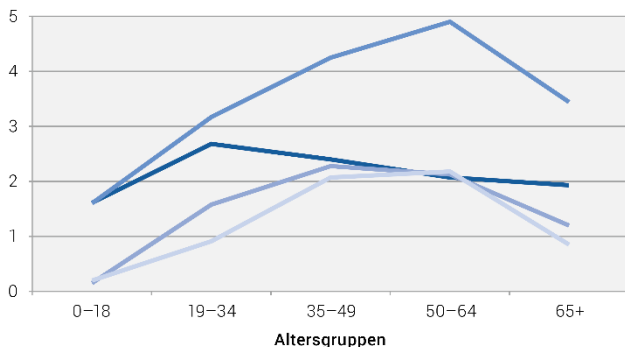
Gruppe der «Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Drogen» (F10–F19): 13,6% vs. 28,9% (G 4.9).

In Grafik G 4.10 sind die für Frauen und Männer je häufigsten stationär behandelten psychischen Erkrankungen nach Alter abgebildet. Bei den Frauen sind Fälle von Depressionen in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen am häufigsten. Bei den Störungen durch Alkohol und bei den Schizophrenien sind die 35- bis 49- und die 50- bis 64-Jährigen die am stärksten betroffenen Altersklassen. Diagnosen der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind im jungen Erwachsenenalter (19–34 Jahre) am häufigsten vertreten und nehmen mit den höheren Altersgruppen ab. Bei den Männern sind Störungen durch Alkohol und Depressionen bei den 50- bis 64-Jährigen am häufigsten.

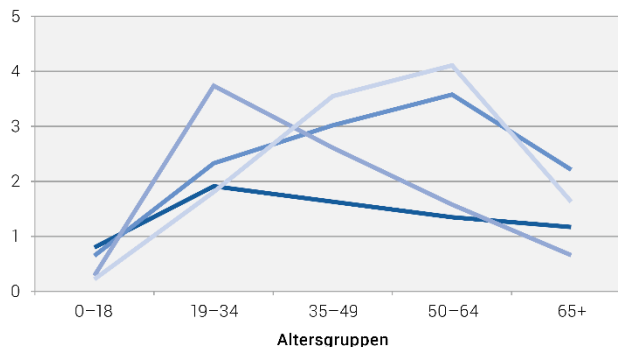
G 4.10 Hospitalisierungsraten der häufigsten psychiatrischen Diagnosen (Fälle), nach Geschlecht und Alter, 2018

Fälle pro 1000 Einwohner/innen

Frauen



Männer



— F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol — F32–F33 Depressionen
— F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen — F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Anmerkung: Bei den Hospitalisierungsraten handelt es sich um rohe Raten. Die Referenzpopulation bezieht sich jeweils auf die entsprechende Altersgruppe. Z.B. Bei den Frauen gibt es in der Altersklasse 50–64 Jahre rund 5 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen zwischen 50 und 64 Jahren, die aufgrund einer Depression (F32–F33) hospitalisiert wurden.
Fälle Frauen: n=36'335, Fälle Männer: n=33'759

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

Hospitalisierte Fälle von Schizophrenien sind bei Männern im jungen Erwachsenenalter (19–34 Jahre) besonders häufig und gehen in den höheren Altersgruppen zurück. Hospitalisierungsraten bei Kindern und Jugendlichen sind im Kasten «Kinder und Jugendliche: Inanspruchnahme von ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen» dargestellt (vgl. 4.3.4).

4.3.2 Pflegetage

2018 betrug die mittlere Anzahl Pflegetage für eine Hospitalisierung mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose 26,9 Tage. Frauen und Männer unterschieden sich dabei kaum (26,9 vs. 26,8 Tage). Der Median¹⁴ der Anzahl Pflegetage lag bei beiden Geschlechtern wesentlich tiefer (17 bzw. 16 Tage). Zwischen 2002 und 2018 hat sich die mittlere Anzahl Pflegetage deutlich reduziert. Sie ist bei beiden Geschlechtern um 10–11 Tage zurückgegangen.

Das jährliche Pflegetagevolumen entspricht der Summe der Anzahl Pflegetage aller Hospitalisierungen innerhalb eines Jahres. Im Folgenden wird das Pflegetagevolumen als standardisierte Rate («Pflegetagerate», d.h. Anzahl Pflegetage pro 1000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner) dargestellt. Durch die Standardisierung werden bei Vergleichen (z.B. zwischen den Kantonen) die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und deren Entwicklung über die Zeit berücksichtigt.

Über die Zeit gesehen hat sich die Pflegetagerate in den stationären Einrichtungen kontinuierlich reduziert. Wurden im Jahr

2002 für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose 381 Pflegetage pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgewendet, sind es 2018 noch 318 Pflegetage (G 4.11).

Die Pflegetagerate zeigt Unterschiede nach Geschlecht und Alter: Während bei den Frauen mit zunehmendem Alter die Pflegetageraten tendenziell steigen, nehmen die Raten bei den Männern mit zunehmendem Alter ab. So ist bei den Frauen die Pflegetagerate in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren und bei den Männern in der Gruppe der 19- bis 34-Jährigen am höchsten. Bei den Kindern und Jugendlichen liegt die Rate erwartungsgemäss wesentlich tiefer. Dies, da ein Grossteil der psychischen Erkrankungen sich in diesem Alter noch nicht manifestiert hat und eine stationäre Behandlung nur in Ausnahmefällen angezeigt ist (Tuch & Schuler, 2020). Unabhängig vom Alter liegt die Pflegetagerate im stationären Bereich insgesamt bei den Frauen etwas höher als bei den Männern.

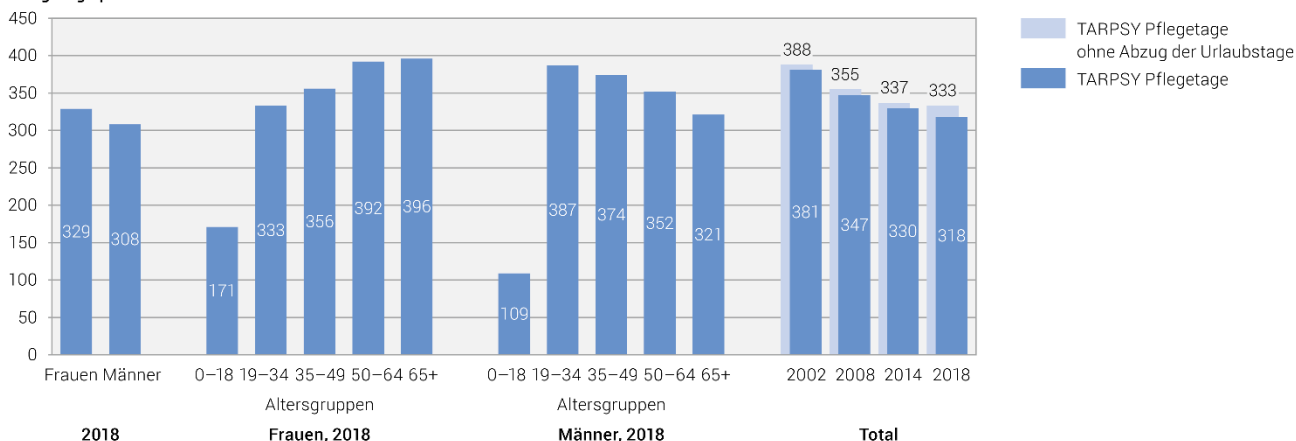
Die Pflegetagerate unterscheidet sich deutlich nach der Art der Erkrankung: Die Diagnose mit der höchsten Pflegetagerate ist für Frauen wie auch für Männer die Depression mit 113 bzw. 76 Pflegetagen pro 1000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Darauf folgen bei den Frauen mit grossem Abstand Schizophrenien (46 Pflegetage) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (41 Pflegetage). Bei den Männern sind hinter Depressionen Schizophrenien (62 Pflegetage) und Störungen durch Alkohol (44 Pflegetage) die Diagnosen mit den meisten Pflegetagen (G 4.12).

¹⁴ Der Median bezeichnet denjenigen Messwert der genau in der Mitte liegt. D.h. die Hälfte der Fälle weisen (gleichviel oder) weniger Pflegetage auf, die andere Hälfte (gleichviel oder) mehr. Der Median ist robuster gegen stark abweichende Werte als der Mittelwert. Aufgrund

einiger weniger Fälle mit sehr langen Hospitalisierungsdauern sind die Mittelwerte der Anzahl Pflegetage um einiges höher als die Mediane.

G 4.11 Pflegetageraten bei psychischen Erkrankungen, nach Geschlecht und Alter, 2002, 2008, 2014 und 2018

Pflegetage pro 1000 Einwohner/innen



Anmerkung: Bei den Pflegetageraten 2018 nach Geschlecht und Altersklassen handelt es sich um rohe Raten. Die Raten 2018 nach Geschlecht sind hinsichtlich Alter standardisiert und die Raten Total nach Jahr sind hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9).

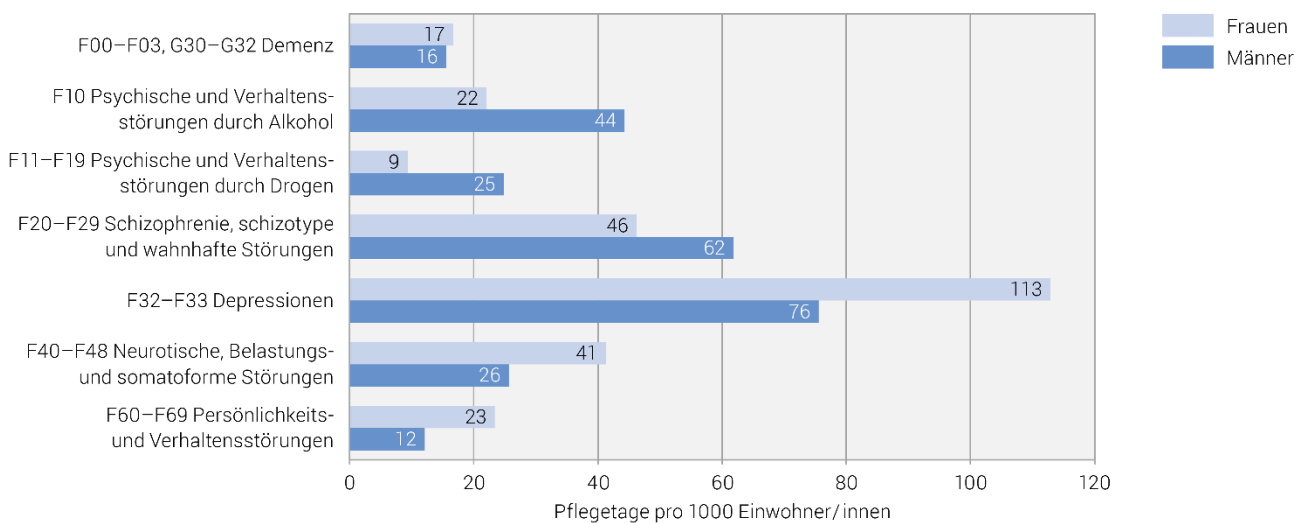
Die in der Grafik dargestellten Pflegetage wurden gemäss TARPSY-Definition berechnet. Für den zeitlichen Vergleich werden zusätzlich die Pflegetage ohne Abzug von Urlaubstagen dargestellt (vgl. Kasten «Änderungen aufgrund TARPSY», 4.3.3).

Anzahl Fälle: 2002: n=72'683, 2008: n=81'754, 2014: n=95'993, 2018: n=102'564

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

G 4.12 Pflegetagerate, nach häufigsten psychiatrischen Diagnosen und Geschlecht, 2018



Anmerkung: Die Pflegetageraten wurden hinsichtlich Alter standardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9).

Fälle Frauen: n=45'007, Fälle Männer: n=42'311

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

4.3.3 Hospitalisierungsraten und Pflegetage: Kantonale Vergleiche

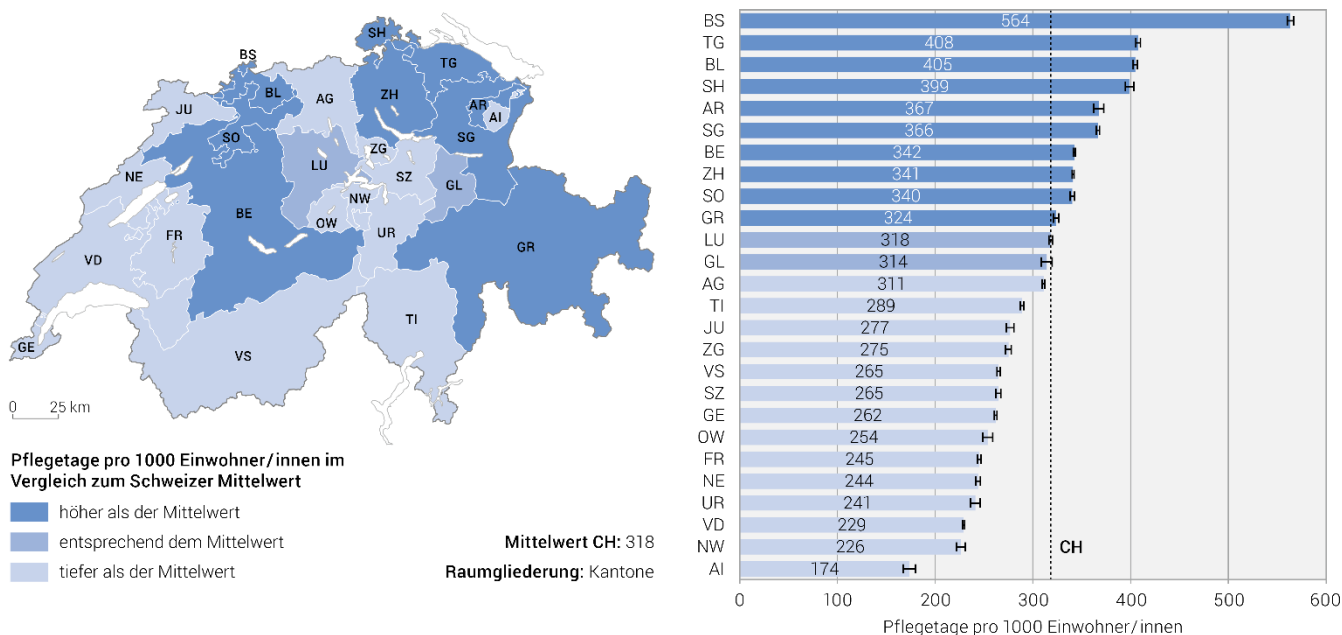
Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen. Der Kanton Basel-Stadt fällt mit einer vergleichsweise hohen standardisierten Pflegetagerate von 564 Tagen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Im Gegensatz dazu weist der Kanton Appenzell Innerrhoden mit 174 Pflegetagen pro 1000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner die niedrigste Rate auf. Bei den standardisierten Hospitalisierungsraten zeigen die Kantone Appenzell Innerrhoden mit 6,6 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner und Basel-Stadt mit 19,2 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ebenfalls die tiefsten respektive höchsten Werte im kantonalen Vergleich (G 4.13). Bezüglich der medianen Anzahl Pflegetage fällt auf, dass – mit Ausnahme des Kantons Glarus – die Westschweizer Kantone die tiefsten Werte aufweisen: Waadt und Valais mit je 13 Tagen, gefolgt von Genf, Freiburg und Glarus mit je 14 Tagen und Neuenburg und Jura mit 15 bzw. 16 Tagen. Die längsten Aufenthaltsdauern (Median) finden sich in den Inner-schweizerkantonen Luzern mit 22 Tagen und Zug mit 24 Tagen. Der gesamtschweizerische Median, als Vergleich, liegt bei 17 Pflegetagen (nicht abgebildet).

Die beachtliche Variationsbreite zwischen den Kantonen bezüglich Hospitalisierungsraten sowie Pflegetagen lässt sich kaum mit heterogenen regionalen Häufigkeiten psychischer Erkrankungen begründen – obschon diesbezüglich eine gewisse Variation zu erwarten ist. Beispielsweise ist in Deutschland in urbanen Gebieten die Prävalenz psychischer Störungen höher als in

ländlich geprägten Gebieten (Dekker et al., 2008). Auswertungen des Obsan zur Häufigkeit von Depressionssymptomen bestätigen diese Stadt-Land-Diskrepanz auch für die Schweiz.¹⁵ Setzt man jedoch auf kantonaler Ebene die Pflegetagerate oder die Hospitalisierungsrate in Zusammenhang mit dem Anteil Personen die in Städten leben (als Mass für die Urbanisierung eines Kantons), so lässt sich kein statistisch eindeutiger Stadt-Land-Effekt erkennen. Eine plausible Erklärung für die kantonale Variationsbreite bei den Hospitalisierungsraten bzw. Pflegetagen scheinen die Unterschiede in Behandlungsphilosophien bzw. unterschiedlichen Strukturen der psychiatrischen Versorgung mit ungleicher Gewichtung der gemeindeintegrierten Angebote zu sein (Brenner et al., 2003). Zudem soll gemäss Brenner et al. (2003) in der Schweiz die geographische Zugänglichkeit eine wesentliche Rolle spielen: Die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote steht in direktem Zusammenhang mit Anfahrtszeiten, wobei eine Anfahrtszeit von über einer halben Stunde die stationäre Inanspruchnahme um bis zur Hälfte reduziert. Besonders betroffen hiervon sind Kantone, die im Rahmen der Grundversorgung eine ausserkantonale psychiatrische Behandlung vorsehen. Eine aktuellere Studie mit Daten aus dem Kanton Aargau konnte den Effekt der geographischen Zugänglichkeit für die ambulante nicht aber für die stationäre Inanspruchnahme nachweisen (Stulz et al., 2018). Kuhl und Herdt (2007) betonen in ihrer versorgungsepidemiologischen Studie zudem die Relevanz der unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen (Erwerbslosenquote, Ausbildungsstand, Ausländeranteil) der Kantone. Wurden diese in die Berechnung der behandelten Bevölkerungsanteile einbezogen, fielen die kantonalen Differenzen deutlich geringer aus.

¹⁵ Vgl. Indikator «Häufigkeit von Depressions-Symptomen» unter www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome

G 4.13 Pflegetageraten bei psychischen Erkrankungen, nach Wohnkanton, 2018



Anmerkung: Die Raten wurde hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet. Dadurch werden bei räumlichen Vergleichen die kantonale Bevölkerungsstruktur und deren Entwicklung berücksichtigt (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9).
n=99'861

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

Änderungen aufgrund TARPSY

Neue Falldefinition

Mit der per 1.1.2018 eingeführten Tarifstruktur TARPSY kam es unter anderem zu einer Änderung der Falldefinition innerhalb der Psychiatrie. Unter bestimmten Bedingungen werden Mehrfachaufenthalte von Patientinnen und Patienten neu zu einem einzigen Fall zusammengeführt und in der Statistik einmal und nicht wie bis anhin mehrfach gezählt. D.h. ab 2018 werden im Versorgungsbereich Psychiatrie nicht mehr die Anzahl der tatsächlichen Aufenthalte ausgewiesen, sondern die Anzahl unter TARPSY abgerechneter Fälle. Fallzusammenführungen gab es in vereinzelt Kantonen bzw. Kliniken bereits vor TARPSY, diese waren jedoch unterschiedlich geregelt. In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS lassen sich Fallzusammenführungen (d.h. die entsprechenden Zwischeneintritte) aber erst seit dem Jahr 2017 erfassen. Somit kommt es zwischen 2017 und 2018 (und in bestimmten Fällen bereits zwischen 2016 und 2017) zu einem Datenbruch, welcher die Interpretation von zeitlichen Vergleichen erschwert. In diesem Kapitel werden für 2017 und 2018 jeweils die Fallzahlen und Auswertungen gemäss TARPSY Falldefinition gezeigt. Zur besseren Interpretation von zeitlichen Verläufen, werden gegebenenfalls auch Auswertungen basierend auf den «tatsächlichen» Spital-/Klinikaufenthalten – also ohne Fallzusammenführung nach TARPSY – beigegezogen.

Das Problem einer neuen Falldefinition besteht auch in der Akutsomatik. Dort wurden seit der Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG (per 1.1.2012) ebenfalls bestimmte Fälle zusammengeführt, was zu einem Bruch in der Zeitreihe zwischen 2011 und 2012 geführt hat (siehe Tuch et al., 2018, S.18 ff.).

Abrechenbare Pflegetage

Vor der Einführung von TARPSY (2018) existierte keine nationale einheitliche Definition für «abrechenbare Pflegetage» und Psychiatrieaufenthalte wurden kantonal unterschiedlich vergütet. Mit TARPSY lässt sich gemäss SwissDRG die Anzahl abrechenbarer Pflegetage nun anhand folgender Formel berechnen:

Anzahl Pflegetage für Fälle ohne Verlegung = Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage + 1

Anzahl Pflegetage für Fälle mit Verlegung = Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage

Als abrechenbare Pflegetage gelten demnach der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts inklusive Austrittstag aber ohne Verlegungstag. Vollständige Urlaubstage zählen nicht zur Aufenthaltsdauer (SwissDRG, 2016b). Die im Kapitel dargestellten Pflegetage wurden gemäss TARPSY-Definition berechnet. Da Urlaubstage von Patient/innen erst seit 2018 einheitlich in der Statistik erfasst werden, ist die Berechnung der TARPSY-Pflegetage in den Jahren zuvor mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Daher werden für zeitliche Vergleich zusätzlich die Pflegetage ohne Abzug von Urlaubstagen dargestellt.

4.3.4 Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen

2018 gab es fast 14'000 Fälle von «Fürsorgerischer Unterbringung» in psychiatrischen Einrichtungen. Dies entspricht rund einem Fünftel aller stationären Psychiatrie-Fälle in der Schweiz. Innerhalb der Kliniken wurden bei rund 7% aller Psychiatrie-Fälle «Freiheitsbeschränkende Massnahmen» (z.B. Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen) angewandt.

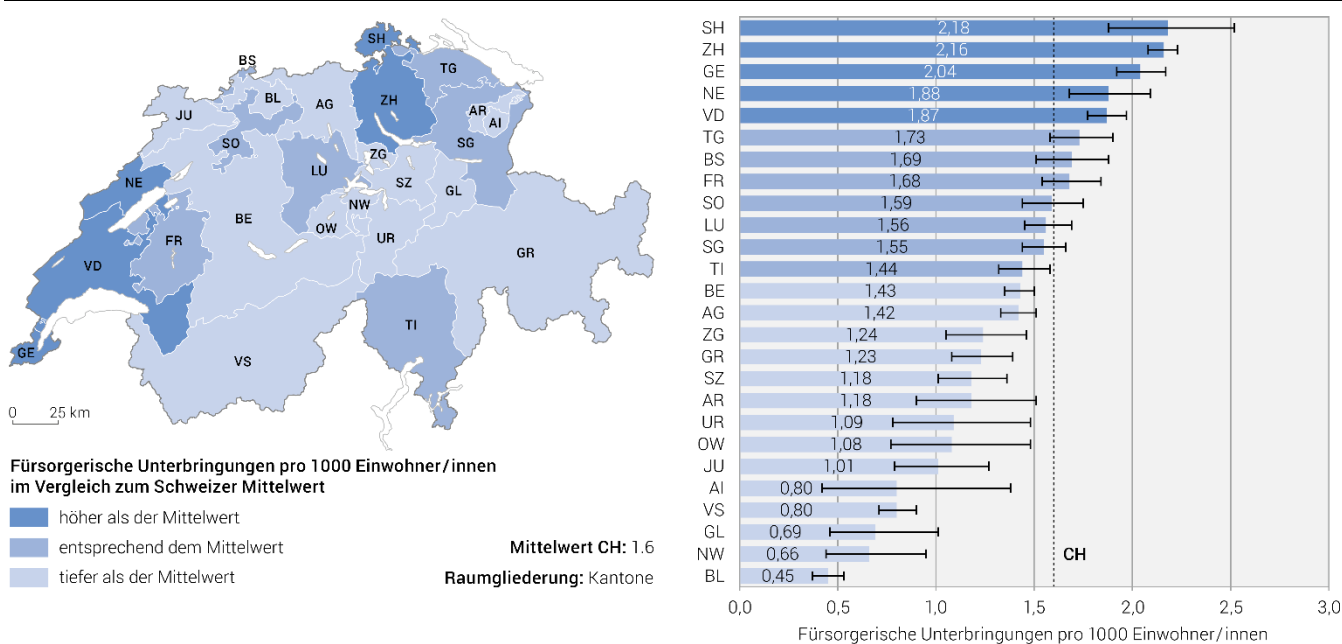
In der Schweiz kann eine Person gegen ihren Willen zur Behandlung und Betreuung in eine geeignete Institution eingewiesen werden. Es handelt sich dabei um eine «Fürsorgerische Unterbringung», wie sie im Schweizerischen Zivilgesetzbuch geregelt ist. Für die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung muss zwingend eine psychische Störung, eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung vorliegen, die eine Behandlung oder Betreuung erforderlich macht, welche auf keine andere Weise erbracht werden kann. Die Unterbringung liegt in der Zuständigkeit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des entsprechenden Kantons. Die Kantone können ausserdem

Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztgruppen bezeichnen, die neben der KESB eine Unterbringung für maximal sechs Wochen anordnen können. Die ärztliche Anordnung wird spätestens dann von der KESB geprüft. Eine fürsorgerische Unterbringung greift schwerwiegend in das Grundrecht der persönlichen Freiheit ein und ist darum nur als letztes mögliches Mittel einzusetzen (Gassmann & Bridler, 2016).

Zudem können im Rahmen von «Freiheitsbeschränkenden Massnahmen» Patientinnen und Patienten während eines Spital-/Klinikaufenthalts, im Fall einer ernsthaften Selbst- oder Drittgefährdung, medizinischen Massnahmen (z.B. Zwangsmedikationen, Fixierungen, etc.) – wiederum ohne deren Zustimmung – ausgesetzt werden. Solche Massnahmen dürfen nur unter Anordnung der medizinischen Leitung einer Institution durchgeführt werden.

Eine vollständige und exakte Erfassung der fürsorgerischen Unterbringungen und der freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie ein entsprechendes Monitoring sind aufgrund der Sensibilität des Themas wünschenswert. Auf nationaler Ebene werden gegenwärtig aber entsprechende Daten nur in der stationären Psychiatrie (und zum Beispiel nicht in Pflegeheimen) systematisch erfasst. Die nachfolgenden Analysen basieren auf diesen Daten.

G 4.14 Fürsorgerische Unterbringungen, nach Wohnkanton (standardisierte Rate pro 1000 Einwohner/innen), 2018



Anmerkung: Die Raten wurde hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet. Dadurch werden bei räumlichen Vergleichen die kantonale Bevölkerungsstruktur und deren Entwicklung berücksichtigt (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9).
n=13'768

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

Fürsorgerische Unterbringung (FU)

Das Obsan hat bereits verschiedentlich Analysen zur fürsorgerischen Unterbringung in der Psychiatrie vorgenommen und publiziert (z.B. Camenzind & Sturny, 2015; Christen & Christen, 2005; Schuler et al., 2016). In einem 2018 veröffentlichten Bulletin standen die Beschreibung der Patientinnen und Patienten, die 2016 fürsorgerisch in der Psychiatrie untergebracht wurden, sowie kantonale Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit fürsorgerischer Unterbringungen im Fokus (Schuler et al., 2018). Zudem wurden – mit gewissen Einschränkungen – die zeitliche Entwicklung der fürsorgerischen Unterbringungen dargestellt und die Schweizer Zahlen mit denen anderer Länder verglichen. Weiter wurde auf die hohe Variabilität der kantonalen Raten fürsorgerischer Unterbringung hingewiesen. Aktuelle Zahlen zur fürsorgerischen Unterbringung sind auf der Webseite des Obsan publiziert.¹⁶ Im vorliegenden Monitoring-Bericht werden die wichtigsten Entwicklungen anhand der aktuellen Zahlen zur fürsorgerischen Unterbringung kurz dargestellt und beschrieben. Für detailliertere Darstellungen wird auf das besagte Bulletin und die Obsan Webseite verwiesen.

Im Versorgungsbereich «Psychiatrie» (vgl. Kasten «Methodische Anmerkungen», 1.5.2) kam es 2018 zu 13 768 fürsorgerischen Unterbringungen von in der Schweiz wohnhaften Personen. Das sind 18,5% aller Psychiatrie-Fälle und es entspricht einer nach Geschlecht und Alter standardisierten Rate von 1,60 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Wie 2016 gibt es auch 2018 eine hohe Variabilität der kantonalen Raten fürsorgerischer Unterbringung (vgl. G 4.14). Am höchsten sind die Raten in den Kantonen Schaffhausen (2,18), Zürich (2,16) und Genf (2,04). Die Raten der Kantone Neuchâtel (1,88) und Waadt (1,87) sind zwar etwas tiefer, liegen aber dennoch über dem Schweizer Durchschnitt. Die tiefsten Raten fürsorgerischer Unterbringung weisen die Kantone Baselland (0,45), Nidwalden (0,66) und Glarus (0,69) auf. Die unterschiedliche kantonale Gesetzgebung, d.h. vor allem die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Anordnungen fürsorgerischer Unterbringungen, wurden verschiedentlich als mögliche Erklärung für die deutlichen kantonalen Unterschiede angeführt (z.B. Christen & Christen, 2005; Kuhl, 2008). Je nach kantonalen Regelungen kann ausschliesslich die KESB oder zusätzlich ein vom Kanton enger oder weiter definierter Ärztekreis eine Unterbringung anordnen. Es konnte jedoch kein statistisch signifikanter Einfluss dieser Regelungen auf die Raten fürsorgerischer Unterbringung bestätigt werden (Schuler et al., 2018). Mögliche Gründe für die kantonal

unterschiedlichen Raten fürsorgerischer Unterbringungen könnten jedoch in der Vielfältigkeit der kantonalen Versorgungs- und Behandlungsstrukturen, in Differenzen hinsichtlich institutioneller Rahmenbedingungen sowie allgemein im kanton unterschiedlichen Umgang mit Menschen mit einer psychischen Krankheit liegen (Camenzind & Sturny, 2015; Christen & Christen, 2005; Kuhl, 2008). Wiederholt wird in der Literatur auch auf die Erfahrung und Aus- bzw. Weiterbildung der Anordnenden als Faktor für Qualität und Häufigkeit fürsorgerischer Unterbringungen hingewiesen (Hotzy et al., 2018; Kieber-Ospelt et al., 2016).

Wie sich die Anzahl der fürsorgerischen Unterbringungen schweizweit über die Zeit entwickelt hat, ist schwierig einzuschätzen. Aufgrund der mangelnden Vollständigkeit der Daten vor 2016 und der Änderung der Falldefinition in der Psychiatrie in 2018 bzw. 2017 sind die Zahlen der verschiedenen Jahre nicht direkt vergleichbar (vgl. Fallzusammenführungen in Kasten «Änderungen aufgrund TARPSY», 4.3.3). Unter Berücksichtigung der Fallzusammenführungen lässt sich vermuten, dass die Rate fürsorgerischer Unterbringungen zwischen 2016 und 2018 relativ stabil geblieben ist und sich ungefähr zwischen 1,6 und 1,7 Unterbringungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner bewegt hat.

Die aktuellen Schweizer Raten fürsorgerischer Unterbringung sind im Vergleich mit internationalen Raten aus früheren Studien hoch, allerdings vergleichbar mit den deutschsprachigen Nachbarländern (Schuler et al., 2018).

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Der Verein ANQ führt in der Schweiz seit 2012 nationale Qualitätsmessungen im Bereich der stationären Psychiatrie durch. Neben der oben bereits erwähnten Fürsorgerischen Unterbringung, werden vom ANQ auch die angewandten «Freiheitsbeschränkenden Massnahmen» (FM) in den Kliniken erfasst. Es handelt sich dabei um Isolationen, Fixierungen, Festhalten und Zwangsmedikationen sowie bewegungseinschränkende Massnahmen im Stuhl und im Bett.

Das Ausmass der Anwendungen dieser Massnahmen wird für die Jahre 2013 bis 2018 in Tabelle T 4.1 präsentiert. Der Anteil der gemeldeten Fälle mit mindestens einer FM am Total aller stationären Psychiatrie-Fälle liegt über die Jahre gesehen stabil zwischen 6,8% und 7,0%. Für das Jahr 2018 beträgt dieser 6,8%. Die am häufigsten angewendete Massnahme ist «Isolation» gefolgt von «Zwangsmedikation» (T 4.1).

¹⁶ www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/fuersorgerische-unterbringung-schweizer-psychiatrien

T 4.1 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) in der Psychiatrie, 2013–2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Anzahl Psychiatrie-Fälle Total	64'648 (100%)	67'214 (100%)	69'066 (100%)	72'218 (100%)	72'040 (100%)	65'459 (100%)
Anzahl Psychiatriefälle mit mindestens einer FM	4395 (6.8%)	4643 (6.9%)	4811 (7.0%)	5060 (7.0%)	4980 (6.9%)	4425 (6.8%)
Anzahl Fälle mit Isolationen	2554 (4.0%)	2893 (4.3%)	3560 (5.2%)	3876 (5.4%)	4019 (5.6%)	3822 (5.8%)
Anzahl Fälle mit Fixierungen	478 (0.7%)	505 (0.8%)	608 (0.9%)	578 (0.8%)	593 (0.8%)	516 (0.8%)
Anzahl Fälle mit Zwangsmedikation	1232 (1.9%)	1476 (2.2%)	1800 (2.6%)	1878 (2.6%)	1931 (2.7%)	1884 (2.9%)
Anzahl Fälle mit Bewegungseinschränkungen (inkl. Festhalten)	506 (0.8%)	598 (0.9%)	737 (1.1%)	719 (1.0%)	686 (1.0%)	573 (0.9%)

Quelle: ANQ – Nationaler Vergleichsbericht stationäre Erwachsenenpsychiatrie

© Obsan 2020

Weiterführende Information

Obsan, Indikatoren und Publikationen zum Thema:

www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-behandlung-fuer-psychisch-krankte
(Zugriff am 26.05.2020)

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/ (Zugriff am 26.08.2020)

BAG, Menschen mit psychisch-somatischer Komorbidität (KoV):

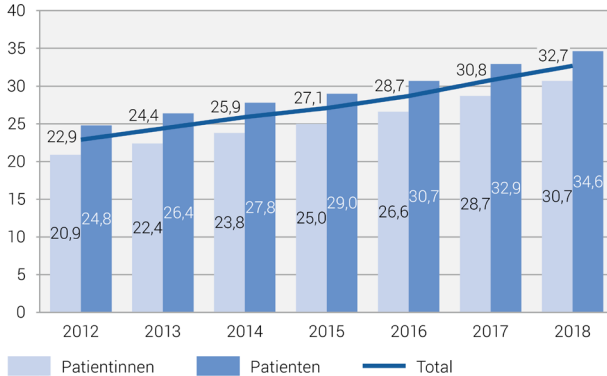
www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/menschen-mit-psychisch-somatischer-komorbiditaet-kov.html
(Zugriff am 26.08.2020)

Kinder und Jugendliche: Inanspruchnahme von ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen

Die Inanspruchnahme von ambulanten wie auch stationären psychiatrischen Leistungen hat insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen zugenommen. Im Zeitraum 2012–2018 nahm die Anzahl der in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen behandelten 0- bis 18-jährigen Patientinnen und Patienten pro 1000 Versicherte um 42,7% zu. Ähnliches gilt für die Konsultationsrate in der ambulanten Spitalpsychiatrie (+36,7%). Und auch im stationären Bereich kam es im selben Zeitraum zu einer deutlichen Zunahme (+27,7%) der Hospitalisierungsrate (Anzahl Patient/innen pro 1000 Einwohner/innen). Im Vergleich dazu haben die Raten der 19-Jährigen und Älteren etwas weniger stark zugelegt – mit Ausnahme der ambulanten Spitalpsychiatrie: +24,8% waren es in den psychiatrischen Praxen, +44,4% in der ambulanten Spitalpsychiatrie und +2,4% in der stationären Psychiatrie. Sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich war der Anstieg bei den Mädchen deutlicher ausgeprägt als bei den Jungen: Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen (+46,6% vs. +39,6%), ambulante Spitalpsychiatrie (+44,6% vs. +30,6%) und stationäre Psychiatrie (+36,0% vs. +17,6%). Anteilsmässig gibt es 2018 im ambulanten Bereich aber immer noch mehr junge Patienten als Patientinnen (ca. 54% vs. 46%). Im stationären Bereich hingegen ist der Anteil der jungen Frauen höher (59% vs. 41%). Bei beiden Geschlechtern ist die Depressive Episode (F32) die häufigste Hauptdiagnose bei einem stationären Aufenthalt. Sie macht rund 20% aller Aufenthalte bei den 0- bis 18-Jährigen aus. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sind mit 16% die zweithäufigsten Diagnosen (ebenfalls bei beiden Geschlechtern).

Junge Patient/innen (bis 18 Jahre) in ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, 2012–2018

Anzahl Patientinnen / Patienten pro 1000 Versicherte



Es werden rohe Raten dargestellt. Die Referenzpopulation bezieht sich auf die 0- bis 18-Jährigen.

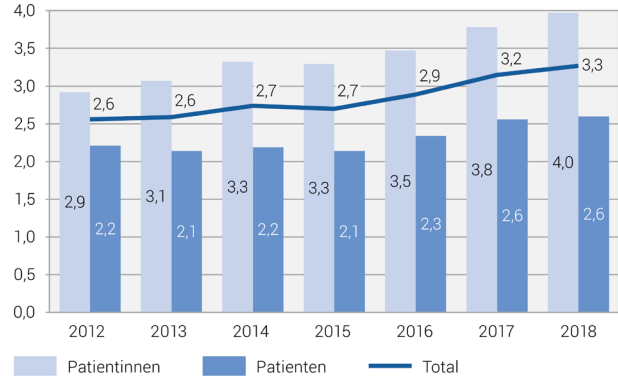
Patientinnen: n=15'309–23'438, Patienten: n=19'129–28'000

Quelle: SASIS AG – Datenpool/Auswertung Obsan

Datenstand: Spezialauswertung SASIS AG vom 08.08.2019 © Obsan 2020

Junge stationär behandelte Patient/innen (bis 18 Jahre) mit einer psychischen Erkrankung, 2012–2018

Anzahl Patientinnen / Patienten pro 1000 Einwohner/innen



Es werden rohe Raten dargestellt. Die Referenzpopulation bezieht sich auf die 0- bis 18-Jährigen.

Patientinnen: n=1901–3127, Patienten: n=1376–2167

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik

der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2020

Als besondere Herausforderung gilt in diesem Kontext der Übergang von der Kinder- und Jugend- zur Erwachsenenpsychiatrie. Durch das Erreichen der Volljährigkeit kommt es im Versorgungssystem zu einem Zuständigkeitswechsel, welcher oft mit Unterbrüchen in der Behandlung, beispielsweise durch Wechsel der psychiatrischen Fachperson und der zuständigen Institution, einhergeht. Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie kommt zum Schluss, dass in der Schweiz nur wenige stationäre und tagesklinische Angebote einen sogenannten transitionspsychiatrischen Fokus verfolgen, d.h. die Behandlungskontinuität beim Übergang von der Kinder- und Jugend- zur Erwachsenenpsychiatrie sicherstellen (von Wyl et al., 2020).

4.4 Medikamentenkonsument

Rund 4% der Schweizer Wohnbevölkerung nehmen täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, rund 6% verwenden täglich Schmerzmittel. Bei Frauen ist der tägliche Konsum solcher Medikamente weiter verbreitet als bei Männern, und auch mit zunehmendem Alter sowie bei erhöhter psychischer Belastung wird er häufiger. Der Geschlechterunterschied zeigt sich auch beim Konsum von Antidepressiva.

Der Einsatz von Medikamenten ist für die Gesundheit der Bevölkerung von grosser Bedeutung. Medikamente können entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Verlängerung der Lebenserwartung bis ins hohe Alter beitragen. Neben ihrem Nutzen können Medikamente aber auch zu unerwünschten Nebenwirkungen führen und ein Risiko von Missbrauch bergen. Ein solcher liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in unnötiger Menge eingenommen wird. Eine längerfristige Einnahme von bestimmten Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen) sowie von opioiden Schmerzmitteln kann zu einer Abhängigkeit führen. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten aus der SGB erlauben es allerdings nicht, zwischen angemessenem und unangemessenem Medikamentenkonsument zu unterscheiden.

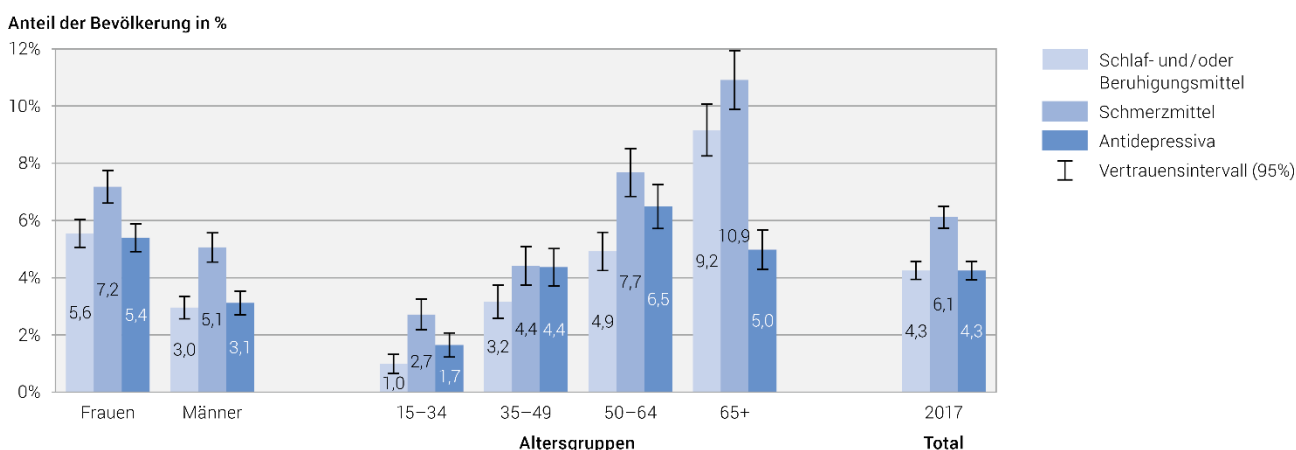
In den sieben Tagen vor der Befragung 2017 haben 50,3% der Schweizer Bevölkerung irgendein Medikament eingenommen: 55,0% der Frauen und 45,5% der Männer. Vor fünfundzwanzig Jahren (1992) waren dies noch 38,3% gewesen. Neben dem generellen Medikamentenkonsument wird in der SGB auch nach dem Konsum von spezifischen Medikamentengruppen gefragt. Nachfolgend wird näher auf Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und Antidepressiva eingegangen.

4.4.1 Schlaf- und Beruhigungsmittel

In der Woche vor der Befragung 2017 haben 4,3% der Schweizer Bevölkerung täglich Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel eingenommen (G 4.15). Frauen taten dies fast doppelt so häufig (5,6%) wie Männer (3,0%). Mit zunehmendem Alter wird der Konsum häufiger: 1,0% der 15- bis 34-Jährigen nehmen täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 9,2%. Im zeitlichen Verlauf blieb der Anteil der Befragten mit täglichem Konsum von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln relativ stabil und lag zwischen 4,2% und 4,8% (G 4.16).

Mit höherer psychischer Belastung werden häufiger Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen. 2017 nahmen von der nicht oder nur wenig psychisch belasteten Bevölkerung in der Schweiz 2,2% täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein. Bei den psychisch stark Belasteten waren es 27,8%.

G 4.15 Tägliche Einnahme von Medikamenten (letzte 7 Tage), nach Geschlecht, Alter und Medikament, 2017



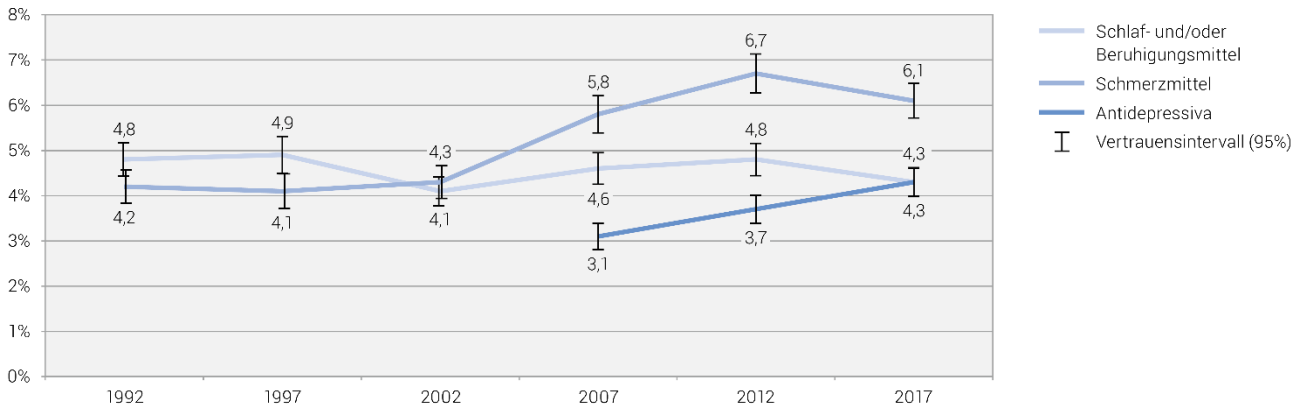
n=21'813–21'814

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

G 4.16 Tägliche Einnahme von Medikamenten (letzte 7 Tage), nach Medikament, 1992–2017

Anteil der Bevölkerung in %



n= 21'357

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

4.4.2 Schmerzmittel

In der Woche vor der Befragung haben 24,1% mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen. Dieser Anteil hat sich in den letzten 25 Jahren verdoppelt (1992: 12,4%). Auch der tägliche Konsum von Schmerzmitteln hat zugenommen. Zwischen 1992 und 2002 gaben 4,1% bis 4,3% der Befragten an, täglich Schmerzmittel zu sich zu nehmen. 2017 verwenden 6,4% der Schweizer Bevölkerung täglich Schmerzmittel (leicht weniger als 2012) (G 4.16). Wie bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln sind es mehr Frauen (7,2%) als Männer (5,1%), und der tägliche Konsum wird mit zunehmendem Alter häufiger: von 2,7% bei den 15- bis 34-Jährigen bis 10,9% bei den 65-Jährigen und Älteren (G 4.15).

Psychisch belastete Personen gebrauchen häufiger Schmerzmittel. In der SGB 2017 gaben 21,2% der psychisch stark belasteten Befragten an, täglich Schmerzmittel zu sich zu nehmen. Bei den nicht oder nur wenig Belasteten berichteten nur 4,3% von täglichem Schmerzmittelkonsum.

4.4.3 Antidepressiva

Im Jahr 2017 nahmen 4,3% der Schweizer Bevölkerung in der Woche vor der Befragung täglich Antidepressiva ein. Dieser Anteil hat im Verlauf der Jahre stetig zugenommen und liegt 2017 höher als 2007 (G 4.16). Es gilt zu berücksichtigen, dass der *tägliche* Konsum von Antidepressiva bei einer Depressionsbehandlung die Regel ist. Frauen (5,4%) benutzen häufiger Antidepressiva als Männer (3,1%) (G 4.15). Personen in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen nehmen am häufigsten Antidepressiva (6,5%) ein, gefolgt von den 65-Jährigen und Älteren (5,0%) und den 35- bis 49-Jährigen (4,4%). Auch bei den Antidepressiva fällt der Konsum bei den 15- bis 34-Jährigen am geringsten aus (1,7%).

Psychisch stark belastete Personen nehmen zu 34,5% täglich Antidepressiva ein. Ist die psychische Belastung gering oder liegt

keine psychische Belastung vor, ist der Antidepressiva-Konsum erwartungsgemäss selten (1,9%). 45,9% der Personen, die im Jahr vor der Befragung wegen eines psychischen Problems in Behandlung gewesen waren, nahmen in der Woche vor der Befragung täglich Antidepressiva ein.

Laut einer Studie der Universität Zürich wird in der Schweiz der Grossteil der Antidepressiva durch Hausärztinnen und Hausärzte verschrieben: Haller et al. (2019) haben anhand von Abrechnungsdaten von Krankenkassen ermittelt, dass 2016 über die Hälfte aller Verschreibungen auf Hausärztinnen und Hausärzte zurückgingen. Gemäss den Richtlinien der APA wird zur Behandlung von Depressionen primär der Einsatz von Psychotherapie empfohlen. Nur bei schweren Depressionen ist neben Psychotherapie eine zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka angezeigt (APA, 2010).

Weiterführende Information

BAG, Suchtmonitoring, Psychoaktive Medikamente:
www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/medikamentenmissbrauch.html
 (Zugriff am 26.05.2020)

Suchtmonitoring Schweiz, Schlaf- und Beruhigungsmittel:
www.suchtmonitoring.ch/de/6.html?schlaf-und-beruhigungsmittel (Zugriff am 26.05.2020)

Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM), Medikamente:
www.obsan.admin.ch/de/substanzen-verhalten-und-krankheiten/medikamente (Zugriff am 26.05.2020)

5 Spezifische Themenfelder

Im folgenden Kapitel werden drei Themen aufgenommen, die im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit von besonderer Relevanz sind. Das erste Unterkapitel (5.1) widmet sich dem Thema psychisch bedingter IV-Berentungen. Das Unterkapitel 5.2 befasst sich mit dem Thema Suizid, Suizidversuche und Suizidgedanken, welche als Folge psychischer Krankheiten auftreten können. Und schliesslich wird unter 5.3 auf die Kostenfolgen psychischer Erkrankungen in der Schweiz eingegangen, dies mit Fokussierung auf die bei der OKP anfallenden Kosten.

5.1 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen

Psychische Erkrankungen sind seit Jahren die häufigste Invaliditätsursache. Im Jahr 2019 war bei knapp der Hälfte der fast 218'000 Rentenbezügerinnen und -bezüger der Berentungsgrund eine psychische Erkrankung. Der totale Bestand aller IV-Berenteten ist seit Jahren rückläufig, doch die Rate der IV-Renten aufgrund psychischer Erkrankung bleibt konstant hoch. Entgegen dem seit 2003 überwiegend abnehmenden Trend bei den Neurenten, zeigen die Neurenten aufgrund von psychischen Erkrankungen bei den 18- bis 24-Jährigen eine steigende Tendenz.

Unter Invalidität wird «die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit»¹⁷ verstanden, die durch eine gesundheitliche Beeinträchtigung verursacht wird. «Erwerbsunfähigkeit» bezieht sich gemäss Sozialversicherungsrecht nicht nur auf Erwerbsarbeit, sondern auch auf den bisherigen Aufgabenbereich einer Person (z.B. Tätigkeiten im Haushalt, Kindererziehung, Ausbildung). Die Invalidenversicherung wurde mit den letzten Revisionen zunehmend in eine Eingliederungsversicherung umgestaltet. Es gilt: «Eingliederung vor Rente» und eine Rentenzahlung soll erst erfolgen, wenn die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nicht mehr möglich ist.

Anspruch auf eine IV-Rente in der Schweiz haben Personen zwischen 18 und 64/65 Jahren, die während eines Jahres ohne

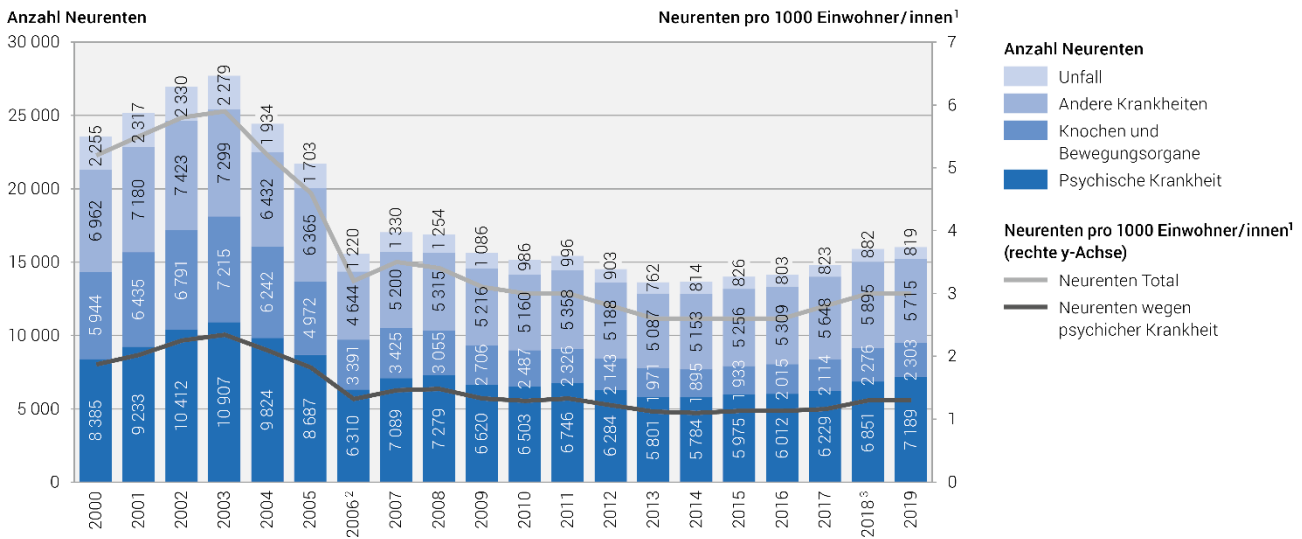
wesentliche Unterbrüche durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind. Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40% besteht heute kein Anspruch auf eine IV-Rente. Der Anspruch auf eine IV-Rente erlischt, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder mit Erreichen des Pensionsalters bzw. dem Erhalt einer AHV-Rente. Die Leistungen der IV umfassen neben den Renten auch Massnahmen der Frühintervention (vorbeugen gesundheitsbedingter Probleme am Arbeitsplatz, wie anpassen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse und Berufsberatung), Eingliederungsmassnahmen (Massnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, wie medizinische Massnahmen, Integrationsmassnahmen, berufliche Massnahmen, Hilfsmittel) und Hilflosenentschädigung (finanzielle Unterstützung, wenn behinderte Personen auf die Hilfe Dritter angewiesen sind). Die Massnahmen und die Hilflosenentschädigung werden im Rahmen dieses Kapitels nicht behandelt.

Es gibt grundsätzlich zwei Messgrössen, die im Zusammenhang mit IV-Renten verwendet werden: Die eine ist der *Rentenbestand*, d.h. die Gesamtzahl der IV-Bezügerinnen und -Bezüger. Die andere ist die Anzahl jährlicher *Neurenten*, d.h. IV-Renten, die in einem bestimmten Jahr *neu* gesprochen werden. Beide Grössen werden hier absolut und auch im Verhältnis zur Bevölkerung als Raten beschrieben. Nachfolgend wird kurz auf den Rentenbestand eingegangen, das Kapitel konzentriert sich danach aber auf die Neurenten, an deren Entwicklung sich z.B. die Auswirkungen von IV-Revisionen erkennen lassen.

Gemäss den Daten der IV-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV; vgl. 1.5.5) haben im Jahr 2019 in der Schweiz 217'687 Personen eine IV-Rente bezogen; 53,1% waren Männer und 46,9% Frauen. Bei fast der Hälfte (48,0%) war der Berentungsgrund eine psychische Erkrankung. Seit 2006 nimmt der *totale Bestand aller IV-Berenteten* absolut und als Anteil an der Bevölkerung kontinuierlich ab. Das gilt hingegen nicht für die Renten aufgrund psychischer Erkrankungen: Dieser Bestand hat in absoluten Zahlen bis 2019 leicht zugenommen, und die Rate von IV-Renten wegen psychischen Erkrankungen liegt seit 2005 recht konstant bei rund 20 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Erwerbsalter (18 Jahre bis Pensionsalter; nicht abgebildet).

¹⁷ www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/leistungen-iv.html (Zugriff am 13.02.2020)

G 5.1 Anzahl IV-Neurenten nach Invaliditätsursache und Rate der Neurenten (pro 1000 Einwohner/innen¹), 2000–2019



¹ Einwohner/innen im Erwerbsalter, d.h. 18 Jahre bis Pensionsalter

² Die starke Abnahme 2006 ist auf eine Verfahrensänderung zurückzuführen.

³ Anpassung der Bemessung des Invaliditätsgrades bei Teilerwerbstätigen.

Quelle: BSV – IV-Statistik

© Obsan 2020

Die Abnahme des gesamten Rentenbestands geht vor allem auf den Rückgang der *Neurenten* zurück. Nach 2003 (4. IV-Revision, vgl. unten) hat deren Anzahl deutlich abgenommen und sich anschliessend auf einem deutlich tieferen Niveau als zu Beginn der 2000er-Jahre stabilisiert (G 5.1). Die starke, vorübergehende Abnahme 2006 ist auf Verzögerungen im Zusammenhang mit der Wiedereinführung des Vorbescheids in der IV zurückzuführen (BSV, 2013). In den Jahren 2013 und 2014 waren bisher am wenigsten Neurentenbezügerinnen und -bezüger zu verzeichnen, die Zahlen sind seither wieder etwas angestiegen.

Nicht nur bei der Anzahl, sondern auch bei der Rate der Neurenten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Erwerbsalter zeigt sich in den letzten beiden Jahren ein leichter Anstieg von 2,6 (2016) auf 3,0 (2019) (G 5.1, rechte y-Achse). Die Zunahme der Neurenten ab 2018 wird hauptsächlich auf die per 1.1.2018 angepasste Bemessung des Invaliditätsgrades bei Teilerwerbstätigen zurückgeführt (Leuenberger & Mauro, 2018). Durch die Bemessungsanpassung wird die Wechselwirkung zwischen Erwerbstätigkeit und Haushalt im Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf konsequent berücksichtigt. Die neue Berechnung des Invaliditätsgrads kann bei Teilerwerbstätigen mehr Rentenansprüche zur Folge haben.

Die Rate der Neurenten aufgrund von psychischen Erkrankungen zeigt eine ähnliche Entwicklung wie die Gesamtrate, aber mit einer etwas geringeren Abnahme (G 5.1). Sie blieb seit 2013 stabil bei rund 1,1 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Erwerbsalter. In 2018 und 2019 lag sie bei 1,3.

In Grafik G 5.2 ist die Entwicklung der Neurenten wegen psychischen Krankheiten für die einzelnen Altersgruppen abgebildet.

Bei den 25- bis 64-Jährigen zeigt sich dieselbe Entwicklung wie bei den Raten in Grafik G 5.1: der starke Rückgang nach 2003, eine Stabilisierung von etwa 2013 bis 2016 und in den letzten drei Jahren eine leichte Zunahme. Ganz anders sieht es bei den 18- bis 24-Jährigen aus: Die Rate der Neurenten ist nach 2003 nicht gesunken, sondern blieb ziemlich stabil bei etwa 1,5 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im entsprechenden Alter und pendelte nach 2010 zwischen 1,6 und 1,7. Im Jahr 2018 ist die Rate auf 1,9 angestiegen, 2019 liegt sie bei 2,0. In dieser Altersgruppe sind die Neurenten wegen psychischer Erkrankungen also nie richtig zurückgegangen, sondern sie haben über die Jahre eher zugenommen.

Grafik G 5.3 zeigt deutlich, dass psychische Krankheiten 2019 und schon über die letzten fast 20 Jahre stets die häufigste Ursache für Invalidität waren. Seit 2008 liegt der Anteil Neuberentungen wegen psychischen Krankheiten stabil bei rund 43%. In den Jahren davor waren die Anteile etwas kleiner. Im Jahr 2019 liegt der Anteil Neuberentungen wegen psychischen Krankheiten im Total bei 44,9%, bei den Frauen sind es 48,5%, bei den Männern 41,8%. Im Vergleich zu den Frauen spielen bei den Männern Unfälle und andere Krankheiten eine grössere Rolle.

Gut 60% der psychisch bedingten Neurenten gingen 2019 auf «psychogene Störungen und Psychopathie» zurück (G 5.3, Kreisdiagramm). In dieser Kategorie sind hauptsächlich Persönlichkeitsstörungen, wiederkehrende depressive Erkrankungen sowie somatoforme Schmerzstörungen zu finden (Baer et al., 2009). Schizophrenien machten 9,4% und «übrige Psychosen» 14,4% aller psychisch bedingten Neuberentungen aus. Bei Frauen wurden

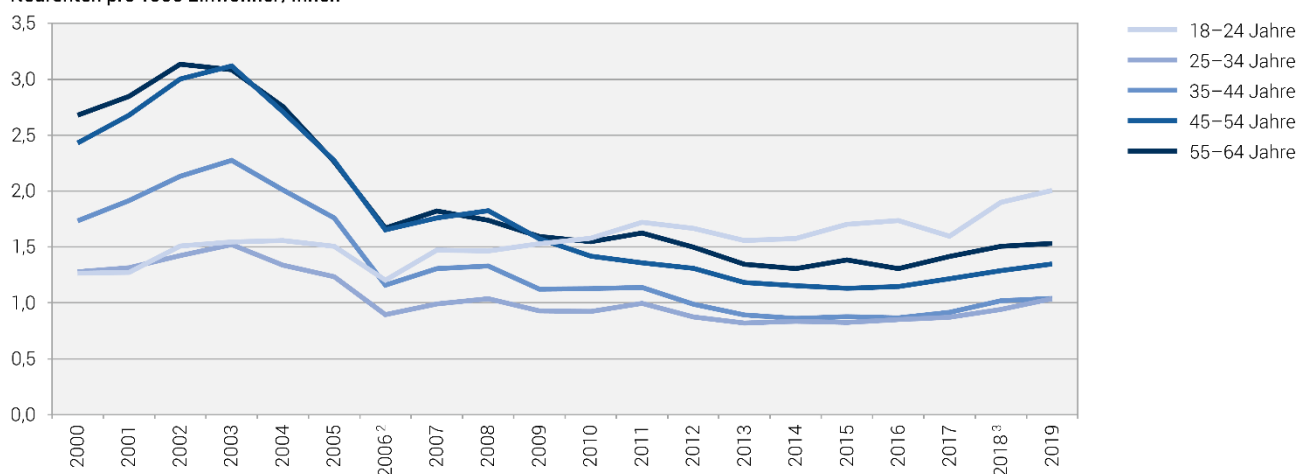
anteilmässig häufiger Neurenten aufgrund psychogener Störungen und Psychopathien gesprochen als bei Männern (Frauen: 67,2% vs. Männer: 54,3%), solche aufgrund von Schizophrenien dagegen deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen (Männer: 12,5% vs. Frauen: 6,2%; nicht abgebildet).

In Grafik G 5.4 ist der Anteil Neuberentungen 2019 in der Schweiz nach Alter und Invaliditätsursache dargestellt. Bereits bei den Jüngsten (18- und 19-Jährige) sind psychische Erkran-

kungen mit 50,9% die häufigste Ursache für eine IV-Berentung, gefolgt von Geburtsgebrechen mit 40,4%. Der Anteil Neurenten aufgrund von Geburtsgebrechen nimmt schon in jungen Jahren stark ab, der Anteil der psychisch bedingten Renten dagegen zu. Bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen bleiben die psychischen Störungen häufigste Ursache für eine Invalidenrente. Am grössten ist der Anteil psychisch bedingter Neurenten bei den 25- bis 29-Jährigen mit gut 77,7%.

G 5.2 Rate der Neurenten wegen psychischen Erkrankungen (pro 1000 Einwohner/innen¹), nach Alter, 2000–2019

Neurenten pro 1000 Einwohner/innen¹



¹ Einwohner/innen im Erwerbsalter, d.h. 18 Jahre bis Pensionsalter

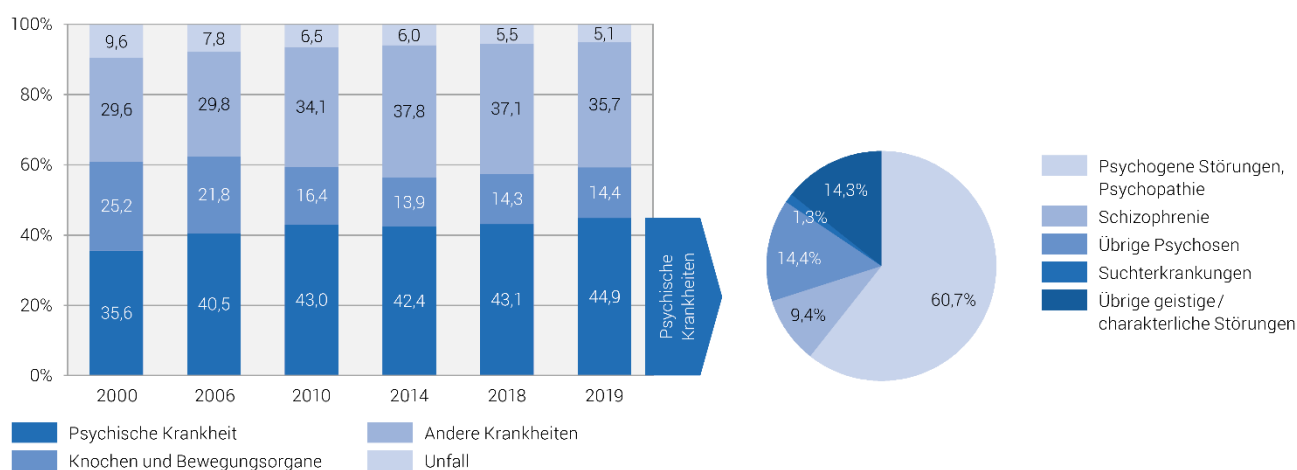
² Die starke Abnahme 2006 ist auf eine Verfahrensänderung zurückzuführen.

³ Anpassung der Bemessung des Invaliditätsgrades bei Teilerwerbstätigen.

Quelle: BSV – IV-Statistik

© Obsan 2020

G 5.3 Anteil Neuberentungen, nach Invaliditätsursache, 2002–2019



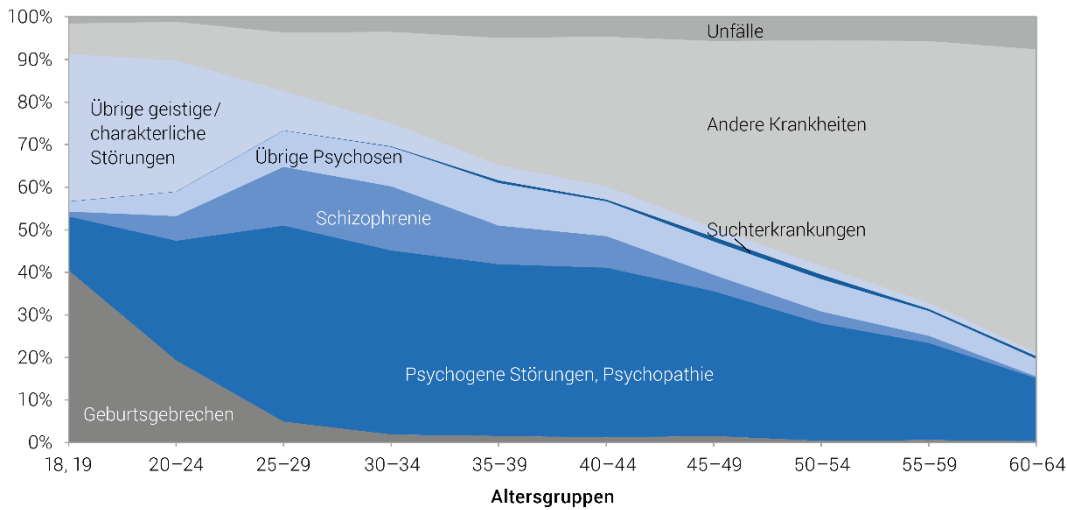
Anmerkung: Geburtsgebrechen sind in der Kategorie «Andere Krankheiten» subsumiert.

2000: n=23'546, 2006: n=15'565, 2010: n=15'136, 2014: n=13'646, 2018: n=15'904, 2019: n=16'026

Quelle: BSV – IV-Statistik

© Obsan 2020

G 5.4 Anteil Neuberentungen, nach Alter und Invaliditätsursache, 2019



n=15'904

Quelle: BSV – IV-Statistik

© Obsan 2020

IV-Revisionen

Der langjährige Rückgang der Anzahl Neurenten (G 5.1) und damit auch des Rentenbestands lässt sich vermutlich zum grössten Teil auf die vierte und fünfte Gesetzesrevision der IV mit Inkrafttreten 2004 und 2008 zurückführen (BSV, 2010, 2011; Modetta, 2009). Mit der vierten Revision wurden die «Regionalen Ärztlichen Dienste» (RAD) geschaffen, die die Anspruchsberechtigungen für den IV-Rentenbezug nach national einheitlichen Kriterien beurteilen und koordinieren. Die fünfte IVG-Revision fokussierte unter dem Leitsatz «Eingliederung vor Rente» mehr auf Eingliederungsmassnahmen wie die Früherfassung und auf Frühinterventionen. Die IVG-Revision 6a (in Kraft seit 2012) setzte auf weitere Massnahmen zur Verstärkung der Wiedereingliederung und auf vermehrte Arbeitsanreize auf Seiten der IV-Rentnerinnen und IV-Rentner sowie auf der Arbeitgeberseite. Eine weitere Reformvorlage, die «Weiterentwicklung der Invalidenversicherung», wurde im Juni 2020 vom Parlament verabschiedet. Die Inkraftsetzung der Gesetzesrevision ist für Januar 2022 vorgesehen. Sie fokussiert mit Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf zwei Bevölkerungsgruppen, bei welchen die bisherigen IVG-Revisionen weniger erfolgreich waren als erwartet. Das Ziel, Invalidisierung vorzubeugen und die Eingliederung zu verstärken, soll in erster Linie durch eine intensivere Begleitung der Betroffenen erreicht werden. Im Weiteren ersetzt die Vorlage das heutige Rentenmodell mit Schwellen durch ein stufenloses System.¹⁸

Mitte Juli 2019 gab es ausserdem eine wegweisende Änderung der Rechtssprechung bezüglich der Invalidisierung von

Suchterkrankungen (BSV, 2019). Bisher erhielten Versicherte mit einer Suchterkrankung erst dann Leistungen der IV, wenn die Sucht in eine Krankheit oder einen Unfall mündete oder wenn diese infolge einer Krankheit oder eines Unfalls entstand. Seit Mitte Juli 2019 wird Sucht als Krankheit verstanden und die Situation einer betroffenen Person wird individuell geprüft und aufgrund objektiver Massstäbe beurteilt wie bei anderen psychischen Erkrankungen. Es gilt die Schadenminderungspflicht, d.h. von einer betroffenen Person kann eine aktive Teilnahme an einer zumutbaren, medizinischen Behandlung verlangt werden, ansonsten kann eine Rente gekürzt oder gestrichen werden (vgl. z.B. Bolliger et al., 2020).

Forschungsprogramme BSV

Seit 2006 führt die Invalidenversicherung mehrjährige Forschungs- und Evaluationsprogramme zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes durch. Von 2016 bis 2020 läuft das dritte Forschungsprogramm (FoP3-IV); nach FoP-IV (2006–2009) und FoP2-IV (2010–2015).¹⁹ Die Syntheseberichte der abgeschlossenen Forschungsprogramme fassen die wichtigsten Erkenntnisse der je 20 Projekte zusammen (BSV, 2010; BSV, 2015b). Auf Projekte im engen Zusammenhang mit IV-Berentungen aus *psychischen Gründen* der beiden ersten Forschungsprogramme wurde im letzten Monitoringbericht zur psychischen Gesundheit kurz eingegangen (Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2016).

¹⁸ www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/reformen-revisionen/weiterentwicklung-iv.html (Zugriff am 18.02.2020)

¹⁹ www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungsbereiche/forschungsprogramme-zur-invalidenversicherung--fop-iv-.html (Zugriff am 18.02.2020)

Gemäss dem FoP3-IV-Konzept (BSV, 2015a) ist es das Ziel des dritten Programms, «den aktuellen Bedürfnissen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Invalidenversicherung gerecht zu werden, wobei den entsprechenden politischen Entwicklungen (z.B. der seit 1.1.2012 in Kraft getretenen 6. IVG-Revision oder der Strategie der Weiterentwicklung der IV) Rechnung getragen werden soll.» Nachfolgend wird kurz auf einige Projekte eingegangen, deren Ergebnisse für die Thematik der IV-Berentungen aus *psychischen Gründen* relevant sein können.

Entsprechende Projekte im dritten Forschungsprogramm sind z.B. die Studie zur Zulassungsbeschränkung von jungen Erwachsenen zu Invalidenrenten, wozu auch ein Vergleich der Reformen und Erfahrungen verschiedener Länder gemacht wurde (Prins, 2017). Die Studie hat gezeigt, dass sich die Zulassungsbeschränkungen zu Invalidenrenten für junge Erwachsene stark auf andere sozialstaatliche Einrichtungen auswirken, da der Lebensunterhalt dieser jungen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gesichert bleiben muss. Dies stellt hohe Kooperationsanforderungen an zahlreiche Akteure wie Sozialversicherungen, Sozialhilfe, Bildungs- oder Gesundheitssystem. Erste Resultate dieser Fokusänderung zeigen ein durchzogenes Bild: einige Massnahmen scheinen rasch zu greifen, andere ziehen Folgeprobleme nach sich.

Da bei den jungen Erwachsenen bisher kein allgemeiner Rückgang der IV-Renten festgestellt werden konnte, ist die berufliche Eingliederung von Jugendlichen ein zentrales Thema der Weiterentwicklung der IV. Ein Projekt (Schmidlin et al., 2017) hat sich daher den Angeboten für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen beim Übergang von der Sekundarstufe I zur Sekundarstufe II konzentriert. Dabei wurde z.B. eine Angebotslücke für Jugendliche mit psychischen Problemen, die eigentlich eine Tagstruktur mit enger Begleitung bräuchten, festgestellt.

Ebenfalls im Rahmen von FoP3-IV wurde erstmals eine Studie durchgeführt, in der Personen, die Eingliederungsmassnahmen erhalten haben, zum Eingliederungsverlauf und zur Wirkung der Massnahmen befragt wurden (Baer et al., 2018). Laut den Befragten kommt der persönlichen und kontinuierlichen Beziehung zur IV-Beratungsperson und dem partizipativen Vorgehen eine hohe Bedeutung zu. Wichtig ist auch die enge und gute Zusammenarbeit mit den Behandelnden und den Arbeitgebenden. Weiter wurde gezeigt, dass die Chancen einer erfolgreichen beruflichen Integration bei einer psychischen Erkrankung geringer sind als bei einer körperlichen (muskuloskelettalen) Erkrankung. Dies gilt besonders für Versicherte mit psychotischen Störungen. Ausserdem macht die Befragung deutlich, wie eng psychische und somatische Beschwerden zusammenhängen: 80% der Versicherten mit psychischen Störungen haben körperliche Beschwerden und 60% der Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen sind psychisch belastet.

Ein Bericht, der zwar ausserhalb des IV-Forschungsprogramms entstand, aber aufgrund der Relevanz vom BSV mitfinanziert wurde, geht detailliert auf die Beziehung zwischen psychiatrischen Patientinnen und Patienten, Behandelnden und Arbeitgebenden ein (Baer et al., 2017). Er zeigt auf, dass, verglichen mit

der Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit Arbeitsproblemen, die Häufigkeit von Kontakten zwischen Behandelnden und Arbeitgebenden, Case Managern von Privatversicherungen sowie Beraterinnen und Beratern der IV-Stellen gering ist. Dies entspricht den Ergebnissen eines früheren Berichts (Bolliger & Féraud, 2015). Dabei kann ein fehlender Kontakt bei längerer Arbeitsunfähigkeit oder bei Konflikten kündigungsfördernd sein. Bei den meisten Patientinnen und Patienten haben sich funktionelle Beeinträchtigungen, Arbeits- und Ausbildungsprobleme schon früh gezeigt. Eine bessere Früherkennung und Koordination unter den verschiedenen Akteuren, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulpsychologischer Dienst, Jugendberatung in den Gemeinden, Schulsozialarbeit, IV etc. müssten angestrebt werden. Der Bericht zeigt auch, dass es bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine deutliche Diskrepanz gibt zwischen Empfehlungen der befragten Psychiaterinnen und Psychiater und deren realer Praxis. Es werden z.B. sehr klagsame Patientinnen und Patienten länger krankgeschrieben als nicht klagsame, obwohl das Klagen von den Psychiaterinnen und Psychiatern nicht als relevantes Kriterium für Arbeitsunfähigkeit aufgeführt wurde. Die Entwicklung von sachlich fundierten Leitlinien für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit könnte hier Abhilfe schaffen, so die Empfehlungen des Berichts.

In einer weiteren FoP3-IV-Studie wurde eine Untersuchung zu Auflagen zur Schadensminderung durchgeführt (Bolliger et al., 2020). Gemäss schweizerischem Sozialversicherungsrecht ist eine versicherte Person verpflichtet, «alles ihr Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer und das Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit zu verringern, um den Eintritt einer Invalidität zu verhindern» (Bolliger et al., 2020, S.1). Diese Schadensminderungspflicht kann die IV-Stelle einfordern, indem sie einer versicherten Person entsprechende Auflagen macht (z.B. eine medizinische Behandlung). Hält sich die versicherte Person nicht an die Auflage, kann die IV-Stelle als Sanktion die IV-Leistung kürzen oder einstellen. Aus der Studie geht hervor, dass solche Auflagen selten sind und die Anteile zwischen den Kantonen recht stark variieren. Sie betreffen 2016 rund 2% der Leistungsbeziehenden von Renten oder Eingliederungsmassnahmen. Die wichtigste Zielgruppe von Auflagen sind Personen mit psychischen Erkrankungen: 77% der Rentenbeziehenden mit einer Auflage weisen eine psychische Beeinträchtigung auf. Sie sind damit überproportional vertreten: 2016 war bei 46,3% aller Rentenbeziehenden der Rentengrund eine psychische Beeinträchtigung.

Weiterführende Information

BFS, Invalidenversicherung:

www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialversicherungen/iv.html (Zugriff am 20.02.2020)

BSV, Invalidenversicherung IV:

www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv.html (Zugriff am 20.02.2020)

BSV, Mehrjährige Forschungsprogramme zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (FoP-IV, FoP2-IV, FoP3-IV):

www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungsbereiche/forschungsprogramme-zur-invalidenversicherung--fop-iv-.html (Zugriff am 20.02.2020)

Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM), IV-Neurenten aufgrund Krankheit:

www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/iv-neurenten-aufgrund-krankheit-alter-18-rentenalter (Zugriff am 13.05.2020)

5.2 Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken

Im Jahr 2017 haben sich in der Schweiz 1043 Personen durch nicht-assistierte Suizid das Leben genommen, Männer rund drei Mal häufiger als Frauen. Die Suizidrate ist in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken; dies vor allem aufgrund des Rückgangs bei den Schusswaffensuiziden. Trotzdem bleibt Suizid die häufigste Todesursache bei den 19- bis 34-Jährigen. In der Schweizer Bevölkerung haben 4% der Frauen und 3% der Männer in ihrem Leben Suizidversuche unternommen. Rund 8% der Schweizer Bevölkerung gaben an, im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben.

Suizidprävention ist eine globale Herausforderung. Weltweit sterben jährlich rund 800'000 Menschen durch Suizid (WHO, 2019b). In der Schweiz nehmen sich pro Tag zwei bis drei Menschen das Leben (assistierter Suizid nicht mitgezählt). Und täglich werden 20 bis 30 Personen nach einem Suizidversuch medizinisch betreut (BAG et al., 2016; Muheim et al., 2013; Ostertag et al., 2019; Steffen et al., 2011). Die Dunkelziffer ist allerdings hoch, denn viele Suizidversuche werden nicht erkannt oder nicht gemeldet und bleiben daher unbehandelt (vgl. 5.2.2). Folglich stellen Zahlen über Suizide die Spitze eines Eisbergs dar, denn die Zahl der Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen oder an einen Suizid denken, liegt erheblich höher (WHO, 2014b, 2019b).

Unter Suizid wird gemäss WHO eine Handlung mit tödlichem Ausgang verstanden, bei der das handelnde Individuum die Absicht hatte, das eigene Leben zu beenden. Die Kategorisierung als absichtliche Handlung wird in Fachkreisen mittlerweile kritisch diskutiert: Ein Suizidversuch erfolgt oft in einem psychischen Ausnahmezustand und mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit (BAG et al., 2016; Gysin-Maillart & Michel, 2013). Er scheint für die betroffene Person der einzige Ausweg aus einer für sie unerträglichen Situation. Suizid ist in diesem Fall nicht Ausdruck von persönlicher Freiheit, sondern von Hoffnungslosigkeit (Michel, 2012). Überlebende eines Suizidversuchs berichten denn auch von einem Trancezustand oder dass sie sich wie im Nebel gefühlt haben (Calati et al., 2017). Die meisten Personen, die einen Suizidversuch überlebt haben, sind im Nachhinein froh, überlebt zu haben (BAG et al., 2016).

Suizide oder Suizidversuche sind meist Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren, z.B. psychische Krankheiten wie Depressionen, Persönlichkeits- oder Suchterkrankungen, Vereinsamung, Geldsorgen, existenzielle Sinnkrisen, chronische Schmerzen usw. (BAG, 2016; Beautrais, 2000; Groupe Romand Prévention Suicide, 2019). Der wichtigste bekannte Risikofaktor für einen Suizid ist ein früher erfolgter Suizidversuch. Nach einem Suizidversuch ist das Suizidrisiko über Jahrzehnte hinweg massiv erhöht (Bostwick et al., 2016). Aus einer Studie zum suizidalen Verhalten in der Agglomeration Bern geht hervor, dass bei 44% der erfassten Suizidversuche bereits früher mindestens ein Suizidversuch unternommen wurde (Steffen et al., 2011). Daher spielt bei der Prävention von Suiziden die konsequente und

langfristige Nachbehandlung von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine bedeutende Rolle (BAG et al., 2016; Peter & Tuch, 2019; Steffen et al., 2011).

Suizidfälle haben auch beträchtliche indirekte Folgen: Durchschnittlich sind vier bis sechs Angehörige und Nahestehende unmittelbar betroffen (BAG et al., 2016). Hinterbliebene haben ihrerseits ein erhöhtes Suizidrisiko (Aguirre & Slater, 2010). Wenn Suizide im öffentlichen Raum stattfinden, z.B. bei einem Sprung von einem Gebäude oder vor den Zug, kann es zudem zur Traumatisierung von Drittpersonen kommen.

Assistierter Suizid (Sterbehilfe)

Gemäss den medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zählen zum assistierten Suizid «Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushängung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung» (SAMW, 2018, S. 26). Assistierte Suizide erfolgen in erster Linie aufgrund von chronischen körperlichen Erkrankungen, wie Krebs oder neurodegenerative Erkrankungen, bei hoffnungsloser Prognose und unerträglichen Beschwerden (BFS, 2012, 2016c). Bei Fällen von assistiertem Suizid muss die oder der Betroffene zuvor bei voller Urteilsfähigkeit einen dauerhaften Sterbewunsch äussern (Tag, 2016). Dagegen sind viele nicht-assistierte Suizide Folge psychischer Erkrankungen oder schwerer psychosozialer Krisen. Der Sterbewunsch ist bei nicht-assistierten Suiziden oft vorübergehend und die Urteilsfähigkeit zum entsprechenden Zeitpunkt beeinträchtigt (BAG et al., 2016; Gysin-Maillart & Michel, 2013).

5.2.1 Suizid

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf der Todesursachenstatistik des BFS (vgl. 1.5.6). Der Fokus liegt auf den nicht-assistierten Suizidfällen. Wird in der Folge von Suizid geschrieben, bezieht sich das stets auf Fälle von nicht assistiertem Suizid. Die Zahlen zu den assistierten Suiziden – Suizide, welche mehrheitlich aufgrund einer körperlichen Erkrankung erfolgen (siehe Kasten: «Assistierter Suizid (Sterbehilfe)») – werden jeweils auch ausgewiesen, aber nur in einzelnen Fällen kommentiert.

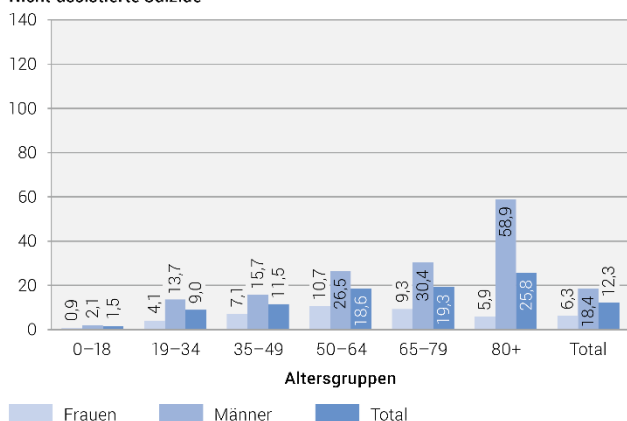
Im Jahr 2017 sind in der Schweiz 1043 Menschen – 270 Frauen und 773 Männer – durch nicht-assistierten Suizid gestorben. Das sind im Durchschnitt fast drei Suizide pro Tag und mehr als vier Mal so viele Todesfälle wie durch Strassenverkehrsunfälle. Zudem ist eher von einer statistischen Unterschätzung der Suizidzahlen auszugehen, da nicht alle Fälle als solche identifiziert werden können. Dies geschieht z.B. bei einem als Verkehrsunfall «getarnten» bzw. interpretierten Suizid.

Es sterben in der Schweiz deutlich mehr Männer als Frauen durch Suizid: 2017 war die Suizidrate der Männer mit 18,9 Suizidfällen pro 100'000 Männer drei Mal so hoch wie bei den Frauen mit 6,2 Fällen pro 100'000 Frauen. In Grafik G 5.5 sind die Schweizer Suizidraten 2017 nach Geschlecht und Alter abgebildet. Man erkennt, dass sich der Geschlechterunterschied in allen Altersgruppen abzeichnet. Auffallend ist ausserdem die Suizidrate bei den 80-jährigen und älteren Männern: Sie fällt mit 58,9 Fällen pro 100'000 Männer im Vergleich zu den Raten der anderen Altersklassen sowie im Vergleich zu den Raten der Frauen ausgesprochen hoch aus.

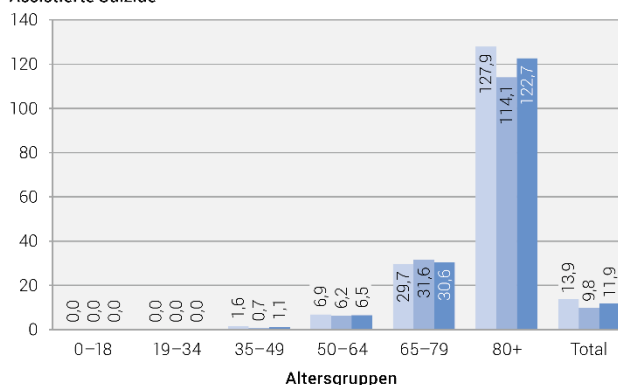
G 5.5 Suizidrate nach Alter und Geschlecht, 2017

Fälle pro 100 000 Einwohner/innen

Nicht-assistierte Suizide



Assistierte Suizide



Anmerkung: Es werden rohe Raten dargestellt.

Nicht-assistierte Suizide: Fälle Frauen: n=270, Fälle Männer: n=773;

Assistierte Suizide: Fälle Frauen: n=596, Fälle Männer: n=413

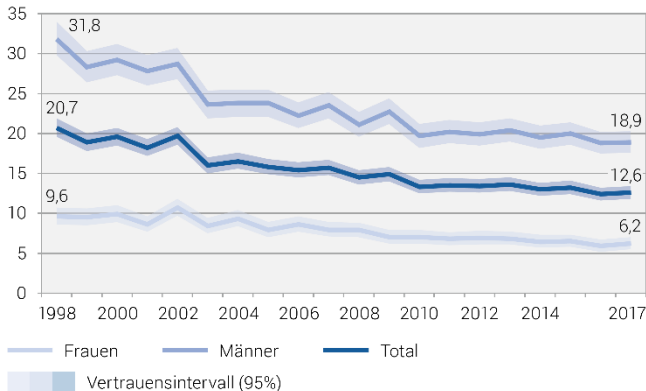
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

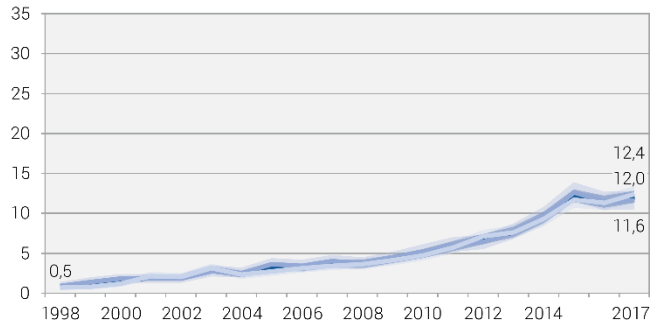
G 5.6 Suizidrate nach Geschlecht, 1998–2017

Fälle pro 100 000 Einwohner/innen

Nicht-assistierte Suizide



Assistierte Suizide



Anmerkung: Vor 1998 können Suizide nicht von Sterbehilfefällen unterschieden werden. Daher wird die Zeitreihe ab 1998 dargestellt. Die Rate 'Total' wurde hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert und die Raten 'Männer' und 'Frauen' hinsichtlich Alter. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9).

Nicht-assistierte Suizide: Fälle Frauen: n=257–397, Fälle Männer: n=723–989;

Assistierte Suizide: Fälle Frauen: n=23–596, Fälle Männer: n=20–426

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

Die hohen Suizidraten im Alter sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass im jungen und mittleren Alter Suizide im Vergleich zu tödlich verlaufenden Erkrankungen eine zentrale Todesursache sind. So war Suizid im Jahr 2017 die häufigste Todesursache bei den 19- bis 34-Jährigen: 27% aller Todesfälle gingen in dieser Altersgruppe auf suizidale Handlungen zurück. Mit 13% der Todesfälle gehörte Suizid auch bei den 35- bis 49-Jährigen zu den häufigeren Todesursachen. Obwohl die Suizidraten bei den 80-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen sehr hoch sind, gehört Suizid nicht zu den häufigsten Todesursachen in dieser Altersgruppe: 0,4% der Todesfälle liessen sich auf nicht-assistierte Suizid und 1,4% auf assistierte Suizid zurückführen.

In Grafik G 5.6 sind die Suizidraten nach Geschlecht sowie im Total für beide Geschlechter von 1998 bis 2017 abgebildet. Vor 1998 ist eine Unterscheidung zwischen nicht-assistierte und assistierte Suiziden nicht möglich, weshalb hier auf die Darstellung früherer Jahre verzichtet wird. Von 1998 bis 2010 war die Rate der nicht-assistierte Suizide deutlich rückläufig, sie reduzierte sich im Durchschnitt um jährlich -3,6%. Zwischen 2010 und 2017 nahm die Suizidrate weiterhin ab, jedoch deutlich weniger stark (im Durchschnitt um jährlich -0,8%). Aktuell (2017) liegt die Suizidrate bei 12,5 Suizidfällen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der deutliche Unterschied zwischen Männer und Frauen ist über die Jahre stabil geblieben.

Bei den assistierten Suiziden zeigt sich hingegen ein anderes Bild. Die Rate hat bis 2015 deutlich zugenommen und sich dann auf einem Niveau von ungefähr 12 Suiziden pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner eingependelt. 2017 beträgt die Rate 12,0 und ist somit ähnlich hoch wie diejenige der nicht-assistierte Suizide. Weiter fällt auf, dass Männer und Frauen ungefähr gleich

häufig assistierten Suizid begehen – im Gegensatz zum nicht-assistierte Suizid, welcher bei Männern dreimal häufiger vorkommt.

Es bestehen deutliche kantonale Unterschiede bezüglich den Suizidraten (G 5.7). Die Kantone Tessin und Genf weisen mit 9,2 bzw. 9,6 Suiziden pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner die tiefsten Raten von nicht-assistiertem Suizid auf, die Kantone Appenzell Innerrhoden und Jura die Höchsten (22,0 bzw. 21,2 Suizide pro 100'000 Einwohner/innen). Berücksichtigt man die 95%-Vertrauensintervalle, so sind es lediglich die Kantone Tessin, Genf und Jura, die von der gesamtschweizerischen Suizidrate abweichen. Obwohl Appenzell Innerrhoden insgesamt die höchste Suizidrate aufweist, weicht diese statistisch gesehen nicht bedeutsam vom gesamtschweizerischen Wert ab; die untere Grenze des Vertrauensintervalls liegt innerhalb des schweizerischen Intervalls. Diese statistische Unsicherheit – bzw. das breite Vertrauensintervall – entsteht beim Kanton Appenzell Innerrhoden durch die relativ kleinen Fallzahlen.

Bei den *assistierten* Suiziden zeigt sich eine andere Verteilung: In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Zürich und Basel sind die Raten schweizweit am höchsten und in den Kantonen Obwalden, Uri und Appenzell Innerrhoden am tiefsten. Weshalb sich die assistierten und nicht-assistierte Suizidraten kantonal derart unterscheiden, ist nicht klar. Es fällt jedoch auf, dass in katholischen Kantonen fast ausschliesslich unterdurchschnittliche Raten an assistierten Suiziden ausgewiesen werden. Diese Beobachtung stimmt mit den Ergebnissen von Steck et al. (2018) überein. In ihrer Studie zu sozioökonomischen Prädiktoren von assistiertem Suizid in der Schweiz, zeigte sich, dass Personen ohne Religionszugehörigkeit oder mit protestantischem Glauben häufiger assistierten Suizid begehen als Personen katholischen Glaubens.

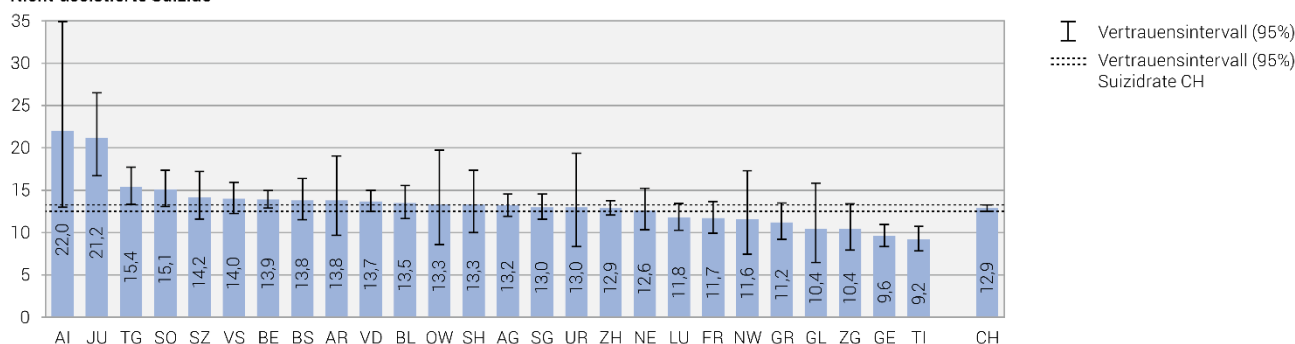
In den meisten Kantonen zeigt sich bei den *nicht-assistierten* Suiziden in etwa dasselbe Geschlechter-Verhältnis wie auf Ebene der Gesamtschweiz. Der Männeranteil liegt zwischen 70% und 80%. Einen leicht höheren Männeranteil weisen die Kantone Appenzell Ausserrhoden (84%), Uri (83%), Appenzell Innerrhoden (83%), Glarus (82%) und Solothurn (81%) auf, einen etwas tieferen die Kantone Tessin (69%), Zug (68%), Schaffhausen (66%) und Basel-Stadt (62%). Bei den *assistierten* Suiziden ist das Geschlechter-Verhältnis ausgeglichener. Der Männeranteil bewegt sich in den meisten Kantonen zwischen 40% und 55%.²⁰ Nur die Werte der Kantone Jura und Glarus liegen oberhalb dieses Intervalls (64% bzw. 57%) und die Werte der Kantone Genf (38%), Fribourg (38%), Tessin (37%) und Basel-Stadt (31%) unterhalb.

Die Verfügbarkeit von Suizidmethoden spielt eine wichtige Rolle, ob und auf welche Art Suizid begangen wird. So fanden sich in der Vergangenheit z.B. deutliche kantonale Unterschiede in Bezug auf Suizide durch Sturz in die Tiefe: Untersuchungen zeigen, dass Kantone mit wenigen hohen Brücken (von denen in suizidaler Absicht gesprungen werden kann) eine geringere Anzahl von Suizidsprüngen verzeichnen (Reisch et al., 2007). Und: Internationale und nationale Studien belegen, dass eine Erschwerung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden Suizide verhindern kann, da nicht zwangsläufig auf andere Methoden ausgewichen wird (Florentine & Crane, 2010).

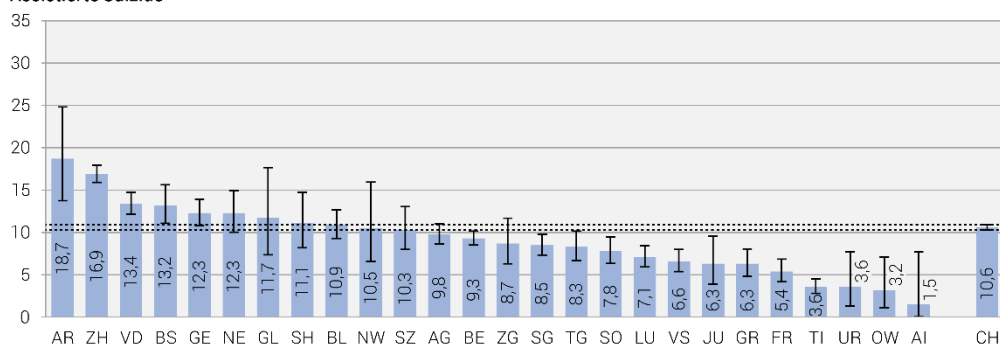
G 5.7 Suizidrate nach Wohnkanton, 2013–2017 (gepoolt)

Fälle pro 100 000 Einwohner/innen

Nicht-assistierte Suizide



Assistierte Suizide



Anmerkung: Die Raten beziehen sich auf einen Zeitraum von 5 Jahren (2013–2017) und wurden hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet (vgl. «Methodische Anmerkungen», 1.5.9).

Nicht-assistierte Suizide 2013–2017: n=5228; Assistierte Suizide 2013–2017: n=4231

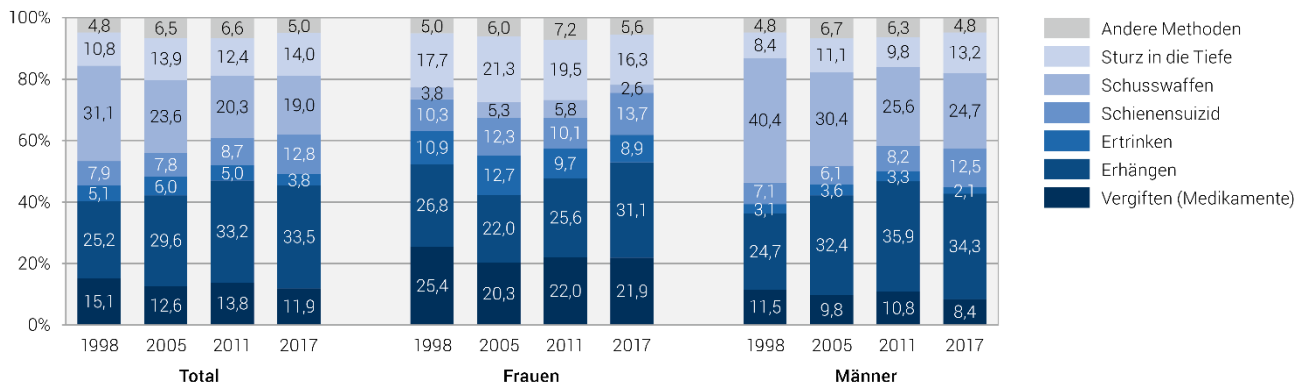
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

²⁰ Aufgrund der kleinen Fallzahlen kann für die Kantone Appenzell Innerrhoden und Uri kein akkurates Geschlechter-Verhältnis berechnet werden.

G 5.8 Verteilung der nicht-assistierten Suizide entsprechend der Suizidmethode, nach Geschlecht, 1998–2017

Anteil der nicht-assistierten Suizide



Frauen: 1998: n=339, 2005 n=300, 2011: n=277, 2017: n=270; Männer: 1998: n=989, 2005 n=809, 2011: n=757, 2017: n=773

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2020

Die Grafik G 5.8 zeigt die prozentuale Verteilung nicht-assistierter Suizide entsprechend der Suizidmethode zwischen 1998 und 2017. Schusswaffensuizide sind deutlich zurückgegangen. Mit knapp einem Drittel aller nicht-assistierten Suizide (31,1%) machten sie 1998 den grössten Anteil aus; 2017 betrug ihr Anteil noch 19% – hinter Erhängen (33,5%) die zweithäufigste Suizidmethode. Der markante Rückgang bei den Suiziden durch Schusswaffen steht gemäss Expertenmeinungen primär mit einer geringeren Verfügbarkeit von Schusswaffen in der Bevölkerung in Verbindung (Habenstein et al., 2013) und ist insbesondere ab 2003 auf die Armereform XXI zurückzuführen (Reisch et al., 2013).

Die Verteilung der Suizidmethoden unterscheidet sich teilweise zwischen den Geschlechtern. So suizidieren sich Frauen vergleichsweise häufiger durch Vergiften als Männer (21,9% vs. 8,4%), während Männer deutlich häufiger als Frauen Schusswaffen benutzen (24,7% vs. 2,6%). Hinsichtlich den restlichen Methoden gibt es keine grösseren relativen Unterschiede zwischen Frauen und Männer. Insgesamt hat sich die geschlechterspezifische Verteilung über die Jahre nur geringfügig verändert.

Gemäss den Zahlen der WHO liegt die Suizidrate der Schweiz²¹ (11,3 Suizide pro 100'000 Einwohner/innen) im europäischen Vergleich deutlich unter derjenigen der WHO-Region *Europa* (12,9). Die Rate der Schweiz ist kleiner als diejenige der Nachbarländer Frankreich (12,1) und Österreich (11,4), aber grösser als in Deutschland (9,1) und Italien (5,5). Die mit Abstand höchste aufgeführte Suizidrate in der europäischen Region findet sich in Russland (26,5), die tiefste Rate in Aserbaidschan (2,6). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2016 und stammen aus der «Global Health Observatory data repository» der WHO (Vardell, 2020).²²

Ein fortlaufende Aktualisierung dieses Daten- und Informationsarchiv ist im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung der «Agenda 2030» der UNO zu erwarten (vgl. 1.3.1).

5.2.2 Selbstberichtete Suizidversuche

Neben den vollzogenen Suiziden interessieren in der Prävention vor allem auch die Suizidversuche. Suizidversuche werden erstmals in der SGB 2017 im schriftlichen Teil erfragt mit «Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?» (vgl. Anhang). Bei einer Ja-Antwort wird nachgefragt: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?». Folglich werden in der SGB Suizidversuche mit Sterbeabsicht erhoben. Zum Teil werden in anderen Studien sämtliche selbstschädigende Handlungen als suizidales Verhalten aufgefasst, unabhängig davon, ob eine Sterbeabsicht vorlag oder nicht (z. B. Ostertag et al., 2019). Diese Definitionsunterschiede gilt es zu berücksichtigen, wenn die Ergebnisse verschiedener Studien verglichen werden.

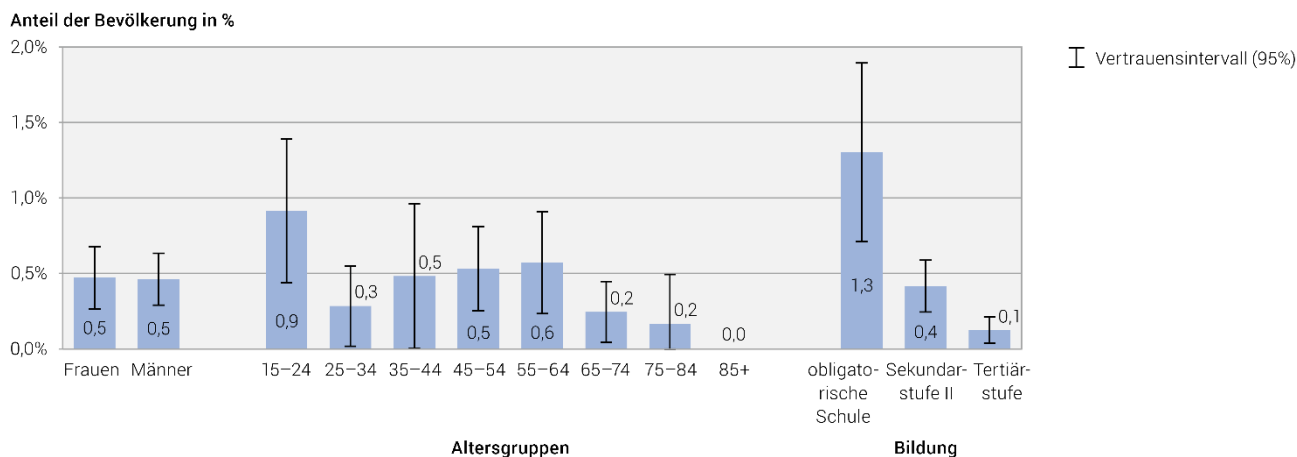
Gemäss der SGB 2017 haben 0,5% der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate versucht, sich das Leben zu nehmen; Männer und Frauen ungefähr gleich häufig. Das sind 467 Personen mit (mindestens) einem Suizidversuch pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Hochgerechnet auf die gesamte Wohnbevölkerung ab 15 Jahren entspricht dies rund 33'000 Personen. Bezüglich Alter findet man keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (G 5.9).

²¹ Die von der WHO publizierten Schweizer Suizidraten stimmen nicht gänzlich mit denen des Obsan überein. Der Grund dafür ist, dass die WHO die Raten anhand der WHO-Standardpopulation (Ahmad et al.,

2001) und das Obsan anhand der europäischen Standardpopulation (Eurostat, 2013) standardisiert.

²² <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEAS-DRV?lang=en>

G 5.9 Suizidversuche (Jahresprävalenz), nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2017



n=18'724

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Die Lebenszeitprävalenz – d. h. ob eine Person jemals einen Suizidversuch unternommen hat – liegt bei 3,4%. Das bedeutet, dass – gemäss Berichterstattung in der SGB – zwischen 214'000 und 259'000 Personen in der Schweiz mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen haben. Im Gegensatz zur Jahresprävalenz (in den letzten 12 Monaten), liegt bei der Lebenszeitprävalenz ein Geschlechterunterschied vor: Der Anteil Frauen, die über einen Suizidversuch berichten, ist etwas höher als jener der Männer (3,9% vs. 2,9%). Bei der Lebenszeitprävalenz ist hier ein Vergleich bezüglich Alter nicht sinnvoll: Das Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs ist nicht bekannt und kann je nach Person unterschiedlich weit in der Vergangenheit liegen.

Bezüglich der Jahresprävalenz von Suizidversuchen lassen sich keine regionalen Unterschiede finden, weder auf Ebene der Grossregionen noch der Sprachregionen. Auch gibt es keine Unterschiede zwischen Personen, die in städtischen Räumen leben gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von intermediären (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) und ländlichen Gebieten. Aufgrund der Stichprobengrössen lassen sich keine verlässlichen Angaben zu kantonalen Vergleichen machen.

Personen mit einem Migrationshintergrund weisen in der Tendenz eine etwas höhere Jahresprävalenz auf (0,7% vs. 0,3%). Werden zusätzlich Alter, Geschlecht und Bildung berücksichtigt, wird der Unterschied statistisch signifikant.

Ein Zusammenhang besteht zwischen Suizidversuchen (Jahresprävalenz) und dem Bildungsniveau. Personen, deren höchster Bildungsabschluss die obligatorische Schule darstellt, geben häufiger an, einen Suizidversuch in den letzten 12 Monaten unternommen zu haben (Grafik G 5.9).

Mehr als zwei Drittel (69,1%) der Personen mit einem Suizidversuch in den letzten 12 Monaten berichten zum Zeitpunkt der Befragung von Depressionssymptomen von mittlerer bis hoher

klinischer Bedeutsamkeit (PHQ-9 Werte >9). Bei gut einem Drittel (33,1%) der Personen, bei denen der Versuch schon länger zurückliegt, sind aktuell ebenfalls Depressionssymptome in diesem Ausmass vorhanden (G 5.10). Beide Anteile liegen deutlich höher als bei Personen ohne Suizidversuch (7,6%).

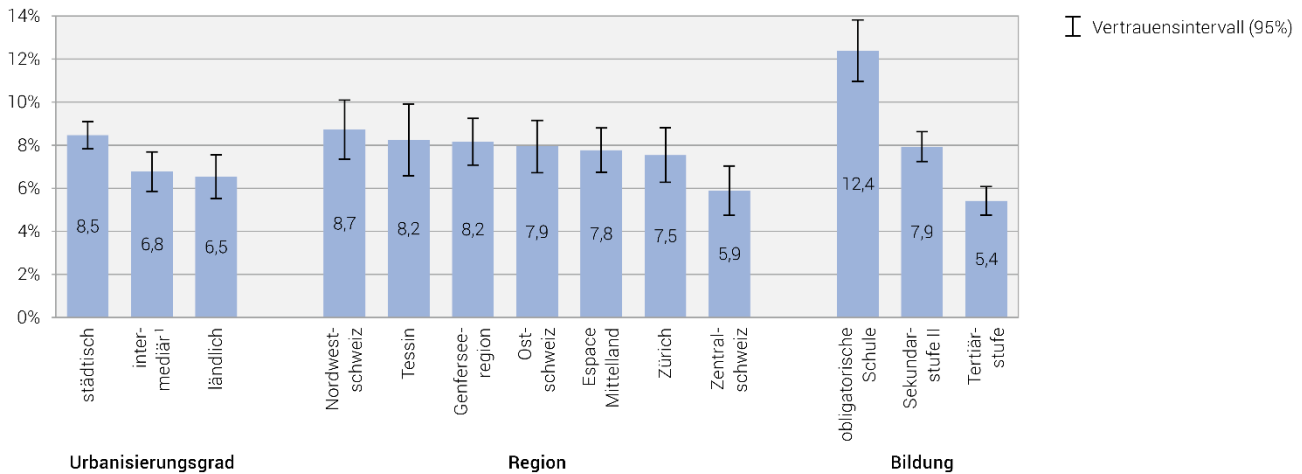
5.2.3 Suizidgedanken

Die SGB 2017 enthält – wie bereits 2012 – im schriftlichen Teil eine Frage zu Suizidgedanken: «Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerde beeinträchtigt gefühlt: Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?». Diese Frage ist Bestandteil des Patient Health Questionnaires (PHQ-9; vgl. Anhang), einem Fragebogen für Depressionssymptome. Suizidgedanken und -handlungen sind gemäss ICD-10 Symptome einer schweren Depression (Diagnosecode F32.2/3). Für die Auswertungen wurden die Antwortkategorien zu Suizidgedanken «an einzelnen Tagen», «an mehr als der Hälfte der Tage» und «beinahe jeden Tag» zu einer Kategorie zusammengefasst.

Rund 7,8% der Schweizer Bevölkerung (ab 15 Jahren) gaben 2017 an, im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben. Dies entspricht einer Rate von 7796 Betroffenen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Hochgerechnet auf die gesamte Wohnbevölkerung ab 15 Jahren sind dies rund 541'000 Personen. Frauen und Männer sind ungefähr gleich oft betroffen (7,5% vs. 8,1%). Auch zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang mit dem Lebensalter.

G 5.10 Suizidgedanken, nach Urbanisierungsgrad, Grossregion und Bildung, 2017

Anteil der Bevölkerung in %



¹ Dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren.

n=18'557

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2012 ist der Anteil Personen mit Suizidgedanken von 6,4% auf 7,8% gestiegen. Die Zunahme ist bei den Männern (6,3% vs. 8,1%; +29%) stärker ausgeprägt als bei den Frauen (6,6% vs. 7,5%; +14%; Tendenz). In der Tendenz haben Suizidgedanken in allen Altersklassen zugenommen.

Im regionalen Vergleich zeigen sich keine grösseren Unterschiede zwischen den Grossregionen. Einzig Personen aus der Zentralschweiz geben etwas seltener Suizidgedanken an als Personen aus der Nordwestschweiz und der Genferseeregion (G 5.10). Auch hier lassen sich aufgrund der Stichprobengrössen keine verlässlichen Angaben zu kantonalen Vergleichen machen. Personen, die in städtischen Räumen leben, äussern öfters Suizidgedanken als Bewohnerinnen und Bewohner von intermediären (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) und ländlichen Gebieten (G 5.10).

Die Häufigkeit von Suizidgedanken unterscheidet sich in Abhängigkeit des Bildungsniveaus (G 5.10). Personen ohne nachobligatorische Bildung berichten am häufigsten von Suizidgedanken (12,4%), gefolgt von Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (z. B. Berufslehre oder Matura; 7,9%) und Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (z. B. Universität oder Fachhochschule; 5,4%). Personen mit Migrationshintergrund berichten öfters von Suizidgedanken als diejenigen ohne Migrationshintergrund (9,2% vs. 7,0%).

Auch Suizidgedanken stehen oftmals in Zusammenhang mit einer Depression. So weisen beinahe die Hälfte (45,6%) der Personen mit Suizidgedanken Depressionssymptome von mittlerer bis hoher klinischer Bedeutsamkeit auf (PHQ-8 Werte >9); bei Personen ohne Suizidgedanken sind es 4,9%.

Weiterführende Information

BAG, Aktionsplan Suizidprävention Schweiz:
www.bag.admin.ch/suizidpraevention (Zugriff am 26.06.2020)

BAG & Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich, Reden kann retten: www.reden-kann-retten.ch (Zugriff am 17.09.2020)

BFS, Sterblichkeit, Todesursachen:
www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html (Zugriff am 26.06.2020)

GRPS, Groupe Romand Prévention Suicide:
www.preventionsuicide-romandie.ch (Zugriff am 03.09.2020)

Obsan, Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung:
www.obsan.admin.ch/de/publikationen/suizidgedanken-und-suizidversuche-der-schweizer-bevoelkerung (Zugriff am 26.06.2020)

STOP SUICIDE, pour la prévention du suicide des jeunes:
www.stopsuicide.ch (Zugriff am 03.09.2020)

5.3 Kosten psychischer Erkrankungen

Der Psychiatriebereich machte 2018 mit 2 Milliarden Franken 6% der gesamten obligatorischen Krankenpflegeversicherungskosten (OKP-Kosten) aus. Die Kosten in der stationären Spitalpsychiatrie sind zwischen 2017 und 2018 um fast ein Viertel zurückgegangen, was vermutlich auf eine verzögerte Abrechnung von OKP-Leistungen aufgrund der Einführung von TARPSY zurückzuführen ist. Es ist zu erwarten, dass die Zahlen für 2019 entsprechend höher ausfallen. In den ambulanten Bereichen haben die Kosten dagegen weiterhin zugenommen. Zusätzlich wurden in Praxen von Grundversorgerinnen und Grundversorgern psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen erbracht, die sich für 2017 auf 64,4 Millionen Franken beziffern liessen. Knapp zwei Drittel davon gingen auf die delegierte Psychotherapie zurück. Betrachtet man die Entwicklung der totalen Kosten im Psychiatriebereich pro versicherte Person zwischen 2012 und 2017, ist eine Zunahme von +13% auszumachen. Im Vergleich dazu haben die OKP-Gesamtkosten im selben Zeitraum um +18% zugenommen.

Psychische Störungen gehen einerseits mit einschneidenden Belastungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld einher, andererseits verursachen sie auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. Diese wurden in den vergangenen Jahren in verschiedenen Studien untersucht, wobei die Ergebnisse divergieren.

In der viel zitierten europäischen Studie «Costs of disorders of the brain in Europe 2010» wurden die gesellschaftlichen Kosten psychischer und neurologischer Erkrankungen geschätzt und länderspezifisch ausgewiesen (Gustavsson et al., 2011). Die detaillierten Kostenschätzungen für die Schweiz wurden von Maercker et al. (2013) publiziert: Für psychische Erkrankungen²³ beliefen sie sich 2010 auf 11 Milliarden Franken (vgl. auch Schuler et al., 2016). In einem Bericht der OECD und der Europäischen Kommission (OECD/EU, 2018; vgl. 1.3.1) wurden die Kosten aus der Studie von Gustavsson et al. (2011) für das Jahr 2015 extrapoliert und, wo möglich, mit neuen länderspezifischen Daten angereichert. Daraus resultierte für die Schweiz für 2015 eine Kostenschätzung psychischer Störungen von 23 Milliarden Franken bzw. 3,5% des BIP. Zum Vergleich: In Deutschland (4,8%), Frankreich (3,7%) und Österreich (4,3%) entsprachen die Kosten jeweils einem höheren BIP-Anteil, in Italien (3,3%) einem kleineren als in der Schweiz. Die Kosten der Schweiz setzten sich wie folgt zusammen (OECD/EU, 2018):

Direkte Kosten

- Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (27%)
- Ausgaben der Sozialversicherungen (32%)

Indirekte Kosten

- Geringere Erwerbsbeteiligung und geringere Produktivität von Personen mit psychischen Erkrankungen (41%)

In einer weiteren Studie wurden die Kosten der wichtigsten Gruppen nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD)²⁴ in der Schweiz für das Jahr 2011 verglichen (Wieser et al., 2014). Für die psychischen Störungen bezogen sich die Autoren zu grossen Teilen ebenfalls auf die Ergebnisse von Gustavsson et al. (2011). Die Schätzung der direkten medizinischen Kosten von psychischen Störungen lag bei 4 bis 6,3 Milliarden Franken, an dritter Stelle hinter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (10,3 Mrd. Franken) und muskuloskelettalen Erkrankungen (8,7 bis 11,4 Mrd. Franken). Die indirekten Kosten²⁵ waren bei den psychischen Erkrankungen mit 10,6 Milliarden Franken besonders hoch, nur noch übertroffen von den muskuloskelettalen Erkrankungen (12 Mrd. Franken).

In einer neueren Studie in Österreich wurden, auf Basis einer Bevölkerungsstudie (18- bis 65-Jährige in Privathaushalten), die mit psychischen Erkrankungen verbundenen Mehrkosten untersucht (Laszewska et al., 2020). Die durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten für Gesundheits- und Sozialfürsorge sowie Produktivitätsverluste waren bei den Befragten mit mindestens einer psychischen Erkrankung doppelt so hoch wie bei den Befragten ohne psychische Erkrankung. Fast 80% der Kostendifferenz zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen gingen auf indirekte Kosten, d.h. auf Produktivitätsverluste durch Arbeitslosigkeit (48%), Frühpensionierung (25%) und Arbeitsausfall (3%) sowie auf informelle Pflege (3%) zurück. In der Studie wurden ausserdem die Kosten nach Schweregrad der psychischen Störungen verglichen: Bei psychischen Störungen mit schwerem Ausmass fielen die direkten Kosten deutlich höher aus, bei den indirekten Kosten gab es zwischen den Schweregraden keinen signifikanten Unterschied (Laszewska et al., 2020). Das bedeutet, dass auch leichtere psychische Erkrankungen sehr kostenintensiv sein können.

Die geschätzten Kosten in den aufgeführten Studien variieren relativ stark. Mögliche Gründe dafür sind die unterschiedlichen untersuchten Zeiträume, die ungleiche Auswahl der berücksichtigten psychischen Erkrankungen und dass die Ergebnisse jeweils auf zahlreichen Annahmen und Approximationen beruhen. Über alle Studien hinweg kann festgehalten werden, dass bei psychischen Störungen die indirekten Kosten (z.B. durch Produktivitätsverluste, informelle Pflege) mit rund 40 bis 50% besonders hoch sind.

Unterschiede ergeben sich auch im Vergleich zu den nachfolgenden Ergebnissen. Um die Kosten zu schätzen, wurden in den

²³ Substanzabhängigkeit, Angststörungen, Essstörungen, Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotische Störungen, Somatoforme Störungen, Störungen im Kindes- und Jugendalter

²⁴ Untersucht wurden: Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Chronische Atemwegserkrankungen, Demenz, Psychische Störungen, Diabetes, Muskuloskelettale Erkrankungen

²⁵ Absentismus, vorzeitige Pensionierung, informelle Pflege; mortalitätsbedingte Produktivitätsverluste sind nicht enthalten

zuvor referenzierten Studien zumeist die Kosten pro Patientin bzw. Patient ermittelt und dann auf die Anzahl erkrankter Personen hochgerechnet. Die Kostenaufstellung im Anschluss verfolgt einen anderen Ansatz. Es werden die tatsächlich angefallenen obligatorischen Krankenpflegeversicherungskosten (OKP-Kosten) nach Versorgungsbereich dargestellt.

Die folgenden Ergebnisse zu den Kosten psychischer Erkrankungen in der Schweiz widerspiegeln nur *direkte OKP-Kosten der Gesundheitsversorgung* (keine direkten Kosten der Sozialversicherungen und keine indirekten Kosten). Sie basieren auf Versicherungsdaten des Datenpools der SASIS AG (vgl. 1.5.3) und werden stellenweise mit Daten des Tarifpools (Informationen zu Tarifpositionen; vgl. 1.5.4) ergänzt. Die Daten umfassen ausschliesslich Leistungen, bzw. die dadurch entstandenen Kosten, die im Rahmen der OKP abgerechnet und deren Rechnungen bei den Krankenversicherern eingereicht wurden. Rechnungen, die von den Versicherten nicht zur Rückerstattung weitergeleitet wurden (z.B. aufgrund von hohen Franchisen), oder Leistungen, die nicht von der OKP übernommen wurden, sind in den Auswertungen nicht erfasst (Sturny & Schuler, 2011). Die Analysen beziehen sich auf die Bruttokosten der OKP, die alle Rechnungen (die im Rahmen der OKP vergütet werden) inklusive der Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) umfassen. Für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich des Schweizer Gesundheitssystems können mit dem Datenpool der SASIS AG die OKP-Leistungen folgender Leistungserbringer analysiert werden:

- Psychiaterinnen und Psychiater in ambulanten Arztpraxen, inkl. delegierte Psychotherapie²⁶
- Ambulante Spitalpsychiatrie: Leistungen in psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen somatischer Spitäler²⁷
- Stationäre Spitalpsychiatrie: Leistungen in psychiatrischen Kliniken und in psychiatrischen Abteilungen somatischer Spitäler²⁷

Nachfolgend wird unter 5.3.1 auf die Kosten aller aufgeführten Leistungserbringer eingegangen. Im zweiten Teil des Abschnitts werden, als Indikator für die durchschnittliche Kostenbelastung, die Kosten pro versicherte Person aufgeführt. Unter 5.3.2 werden die Kosten psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen der Grundversorger quantifiziert.²⁸ Da Behandlungen durch nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten nur in den OKP-Daten enthalten sind, sofern es sich um delegierte Psychotherapien handelt, wird unter 5.3.3 auf eine Schätzung der Kosten der nicht-ärztlichen Psychotherapien *ausserhalb* der OKP hingewiesen.

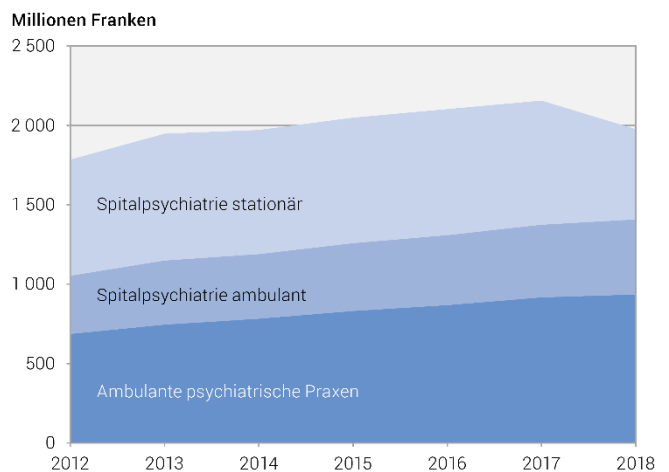
²⁶ Psychotherapien durch nicht-ärztliche Therapeutinnen bzw. Therapeuten, die bei einer Fachärztin, einem Facharzt angestellt sind. Die Abrechnung über die Grundversicherung erfolgt durch die Ärztin, den Arzt (vgl. auch 1.3.2).

²⁷ Inkl. Sonderauswertung der SASIS AG zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen in anderen Institutionen (z.B. psychiatrische Dienste, Institutionen der Suchthilfe, Tageskliniken)

5.3.1 OKP-Kosten im Psychiatriebereich

Im Jahr 2018 lagen die OKP-Kosten im Psychiatriebereich (Spitalpsychiatrie stationär und ambulant, ambulante psychiatrische Praxen) bei 2 Milliarden Franken und machten damit 6% der OKP-Gesamtkosten (32,8 Mrd. Franken) aus. Seit 2013 hat der Anteil der Psychiatriekosten am Gesamttotal der OKP-Kosten ausgehend von 7,0% kontinuierlich leicht abgenommen.

G 5.11 OKP-Kosten im Psychiatriebereich (in Mio. CHF), 2012–2018



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

Datenstand: Jahresdaten 20.05.2019

© Obsan 2020

Die Entwicklung der Psychiatriekosten ist in Grafik 5.11 abgebildet. Die Psychiatrie-Gesamtkosten haben zwischen 2012 und 2017 kontinuierlich zugenommen. 2018 sind sie erstmals zurückgegangen, im Vergleich zum Vorjahr um -8,3%. Diese Kostenabnahme ist ausschliesslich auf die stationäre Spitalpsychiatrie zurückzuführen.

Im Jahr 2018 betrug der Anteil des *stationären Spitalbereichs* 28,8% der Psychiatrie-Gesamtkosten bzw. 568 Millionen Franken. Zwischen 2014 und 2017 lagen die Anteile jeweils deutlich höher, zwischen 40 und 36% (über die Jahre abnehmend), und die Kosten relativ konstant bei rund 785 Millionen Franken. Zwischen 2017 und 2018 sind die Kosten um -27,3% zurückgegangen, obwohl die Hospitalisierungsraten in etwa gleich geblieben sind (vgl. 4.3.1). Die Abnahme geht einher mit der Einführung des TARPSY per 2018 (vgl. 1.3.2 und Kasten «Änderungen aufgrund TARPSY», 4.3.3). Ob jedoch die TARPSY-Einführung eine echte Kostensenkung bewirkt hat, oder ob allenfalls die Abrechnung gewisser

²⁸ Diese Kosten werden anhand des Tarifpools analysiert, da die entsprechenden Leistungen im Datenpool nicht identifizierbar sind (vgl. 1.5.3, 1.5.4).

OKP-Leistungen aufgrund von TARPSY verzögert wurde und sich die Leistungen daher erst im Jahr 2019 in den Zahlen niederschlagen, wird sich zeigen. Erste Schätzungen des BFS gehen eher von einer Erhöhung der Kosten in Zusammenhang mit TARPSY aus (BFS, 2020d).

In der *ambulanten Spitalpsychiatrie* haben die Kosten zwischen 2012 und 2018 kontinuierlich und insgesamt um +28,6% zugenommen (G 5.11). Die Zunahme 2018 im Vergleich zu 2017 liegt bei +3,2%. Im Jahr 2018 verursachte der Bereich Spitalpsychiatrie ambulant 23,9% der Kosten, bzw. 473 Millionen Franken. In den Jahren davor waren die Anteile etwas kleiner und lagen bei rund 21%.

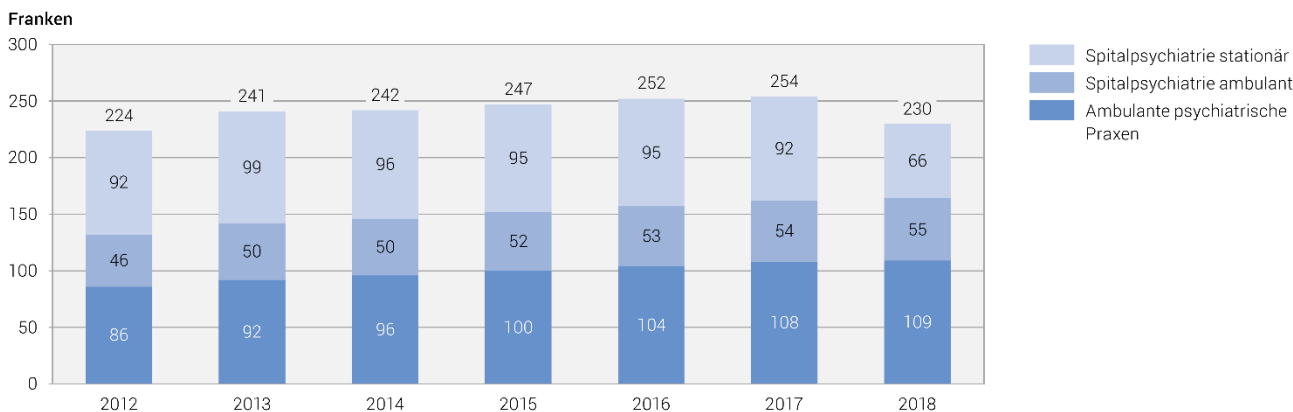
Knapp die Hälfte der OKP-Kosten im Psychiatriebereich geht 2018 auf die *ambulanten psychiatrischen Praxen* zurück: 47,3% bzw. 935 Millionen Franken (G 5.11). Zwischen 2012 und 2017 lagen die Anteile zwischen 38 und 42%. Im Verlaufe der beobachteten Jahre zeigt sich ein deutlicher Kostenanstieg: Die Zunahme zwischen 2012 und 2018 liegt bei +36,5%, im Vergleich zu 2017 sind die Kosten 2018 um +2,2% höher. Der Kostenanteil der delegierten Psychotherapie in psychiatrischen Arztpraxen hat über die Jahre zugenommen: 2012 waren es 22% und 2017²⁹ 28% (nicht abgebildet).

OKP-Psychiatrie-Kosten pro versicherte Person

Die Kosten pro versicherte Person sind ein Mass für die durchschnittliche Kostenbelastung pro Person der Wohnbevölkerung, unabhängig davon, ob sie diese Leistungen bezogen hat oder nicht. Im Vergleich zu den vorher erwähnten Gesamtkosten sind die Durchschnittskosten um das Bevölkerungswachstum korrigiert. Die OKP-Psychiatriekosten liegen 2018 pro versicherte Person bei 230 Franken (G 5.12), ähnlich wie 2012 (224 Franken). Das kommt daher, dass die Kosten in der stationären Spitalpsychiatrie wie im Total (G 5.11), trotz Bevölkerungswachstum auch pro Person abgenommen haben. Sie liegen 2018 bei 66 Franken pro versicherte Person, so tief wie nie zuvor im untersuchten Zeitraum. Dagegen haben die Kosten pro versicherte Person in der ambulanten Spitalpsychiatrie seit 2012 um einen Fünftel zugenommen. In den ambulanten psychiatrischen Praxen liegt die Zunahme bei gut einem Viertel, von 86 Franken (2012) auf 109 Franken (2018).

Betrachtet man ausschliesslich die Entwicklung der Kosten zwischen 2012 und 2017 (da die Entwicklung der stationären Spitalpsychiatrie zwischen 2017 und 2018 nicht schlüssig interpretiert werden kann) liegt der Anstieg der OKP-Kosten pro versicherte Person im Psychiatriebereich bei +13,7%. Im Vergleich dazu haben die OKP-Gesamtkosten pro versicherte Person zwischen 2012 und 2017 um +17,8% zugenommen, von 3260 auf 3842 Franken.

G 5.12 OKP-Kosten im Psychiatriebereich pro versicherte Person, 2012–2018



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

Datenstand: Jahresdaten 20.05.2019

© Obsan 2020

²⁹ Zum Zeitpunkt der Analysen waren die entsprechenden Zahlen des Tarifpools für das Jahr 2018 noch nicht verfügbar.

5.3.2 OKP-Kosten psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen in der Grundversorgung

Auch in Praxen der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktische Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen³⁰) werden psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen abgerechnet. Diese sind in den zuvor aufgeführten 2 Milliarden Franken Psychiatriekosten (5.3.1) *nicht* enthalten.³¹ Die Kosten für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen, erbracht durch Grundversorgerinnen und Grundversorger, lagen 2017 bei 64,4 Millionen Franken. Die Kosten haben seit 2012 (37,8 Mio Franken) um rund 70% zugenommen. Im Jahr 2017 gingen knapp zwei Drittel (63,6%) der Kosten auf delegierte Psychotherapie zurück. Dieser Anteil ist über die beobachteten Jahre ziemlich stabil geblieben.

5.3.3 Kosten nicht-ärztlicher Psychotherapien ausserhalb der OKP

Die Kosten der Leistungen nicht-ärztlicher und nicht delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sind in den bisher gezeigten Ergebnissen nicht enthalten. Die Kosten für entsprechende Therapien müssen privat finanziert werden, d.h. Out-of-Pocket (Selbstzahlungen) oder über Zusatzversicherungen. Kaiser et al. (2019) schätzten diese privat finanzierten Kosten der nicht-ärztlichen Psychotherapie auf 173 Millionen Franken im Jahr 2018.

Weiterführende Information

BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html (Zugriff am 15.10.2020)

Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM):

- Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs: www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/volkswirtschaftliche-kosten-von-n cds (Zugriff am 15.10.2020)
- Kosten des Gesundheitswesens: www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/kosten-des-gesundheitswesens (Zugriff am 15.10.2020)
- Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/kosten-der-obligatorischen-krankenpflegeversicherung-okp (Zugriff am 15.10.2020)

³⁰ Die Kategorie der Gruppenpraxen ist keine reine Grundversorgerkategorie, da auch Spezialisten/innen enthalten sind.

³¹ Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen von Grundversorgern/innen sind im Datenpool nicht identifizierbar. Deshalb wird hier auf den Tarifpool (vgl. 1.5.4) zurückgegriffen.

6 Synthese

In den folgenden Abschnitten werden der aktuelle Stand, die wesentlichsten zeitlichen Entwicklungen, sowie Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen, Bildungsstatus und Regionen im Bereich des psychischen Gesundheitszustandes, der Risiko- und Schutzfaktoren, sowie der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychologischen Leistungen diskutiert.

Glückliche Schweizer Bevölkerung, jedoch zunehmende Depressionssymptome, häufigere Suizidgedanken, geringere Kontrollüberzeugung und verbreitete Einsamkeit

Insgesamt lässt sich für die Entwicklung von 2012 bis 2017 festhalten, dass die Schweizer Bevölkerung stabil von einer (sehr) guten **Lebensqualität** berichtet (91,7%). Gemäss World Happiness Report haben nur zwei Länder glücklichere Einwohnerinnen und Einwohner als die Schweiz (Helliwell et al., 2020).

Hinweise für eine negative Entwicklung von 2012 bis 2017 lassen sich jedoch im Bereich der psychischen Beschwerden feststellen. So haben **Depressionssymptome** in sämtlichen Schweregraden zugenommen. 2017 berichten 25,9% der Schweizer Bevölkerung von milden, 5,9% von mittelschweren und 2,8% von schweren Depressionssymptomen (2012: 22,2%, 4,6%, und 1,9%). Der europäische Vergleich ist nur unter Vorbehalt möglich, weil diese Daten nicht in denselben Jahren erhoben wurden (EHIS-2, 2013–2015, vgl. Kasten «Depressionssymptome im europäischen Vergleich», 2.2.2). Dennoch: Während die mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik der Schweizer Bevölkerung 2012 dem europäischen Durchschnitt von 2013–2015 entsprach, liegt sie 2017 darüber (Hapke et al., 2019). Italien und Österreich haben einen geringeren, Frankreich einen ähnlichen, und Deutschland einen höheren Anteil an betroffenen Personen als die Schweiz im Jahr 2017.

Auch die **diagnostizierten Depressionen** (selbstberichtet, in den letzten 12 Monaten) haben von 4,2% in 2012 auf 5,4% in 2017 zugenommen. Die Zunahme muss nicht zwingend eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung bedeuten, sondern kann beispielsweise auch Folge einer gesteigerten Bereitschaft sein, bei psychischen Problemen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (siehe unten; Thom et al., 2019). Im Vergleich zu Deutschland ist der Anteil der Menschen in der Schweiz mit einer diagnostizierten Depression gering (CH 2017: 5,4% vs. DE 2014/15: 8,1%; siehe Thom et al., 2017). **Suizidgedanken** haben in der Schweizer Bevölkerung zugenommen, von 6,4% im Jahr 2012 auf 7,8% im Jahr 2017. Im gleichen Zeitraum ist die Suizidrate nur leicht zurückgegangen. Im Jahr 2017 berichtete

eine von 200 Personen, in den letzten 12 Monaten einen Suizidversuch begangen zu haben. Längsschnittdaten sind dazu keine vorhanden (Peter & Tuch, 2019).

Es gibt Hinweise, dass die tatsächliche Häufigkeit starker psychischer Beschwerden unterschätzt sein dürfte. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) werden Personen in Privathaushalten befragt, es finden jedoch keine Befragungen innerhalb von Psychiatrien oder sozial-medizinischen Institutionen wie z.B. Institutionen für Suchtkranke oder für Personen mit psychosozialen Problemen statt. Als weiterer möglicher Selektionseffekt kommt dazu, dass Personen mit schwerwiegenden psychischen Beschwerden seltener an Erhebungen teilnehmen als gesunde Personen (z.B. Busch et al., 2013).

Hinsichtlich der Schutz- und Risikofaktoren fällt die negative Entwicklung bei der Kontrollüberzeugung und der Einsamkeit auf. Rund 37% der Schweizer Bevölkerung sind 2017 der Ansicht, ihr Leben mehrheitlich selbstbestimmt gestalten zu können. Dies ist der geringste Anteil seit 2002. Hervorzuheben ist auch, dass sich über 38% der Schweizer Bevölkerung manchmal bis häufig einsam fühlen. Das ist der höchste Anteil seit 20 Jahren.

Steigende Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen, steigende Kosten im ambulanten Bereich

Die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen hat sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich stetig zugenommen. Der Anteil der Personen, welche sich aufgrund psychischer Probleme (innerhalb eines Jahres) haben behandeln lassen, ist zwischen 1997 und 2017 von 4,1% auf 6,1% gestiegen. Dabei werden vermehrt **spezialisierte Fachpersonen** konsultiert: In den letzten 20 Jahren wurde die Behandlung immer häufiger durch psychiatrische oder psychologische Fachkräfte geleistet (von 58% auf 85,5%), während der Anteil der Behandlungen durch Allgemeinärztinnen und -ärzte, sowie andere Behandelnde zurückging. Der tägliche Konsum (in den letzten 7 Tagen) von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln und Antidepressiva blieb in den letzten 5 Jahren stabil, hat jedoch in den Jahren zuvor punktuell zugenommen. So hat sich der Anteil bei den **Antidepressiva** in den letzten 10 Jahren erhöht, von 3,1% auf aktuell 4,3% der Schweizer Bevölkerung.

Die **Inanspruchnahme** ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen hat zwischen 2012 und 2018 zugenommen. Dies gilt für die Anzahl Konsultationen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, wie auch in der ambulanten Spitalkpsychiatrie. Hinsichtlich der stationären Leistungen lässt sich

eine Zunahme der Hospitalisierungsrate auf Fall- und auf Patientenebene beobachten; die im Ausmass unterschiedlichen Entwicklungen der Fall- und Patientenzahlen (+27%, resp. +13%) sind als Zunahme der Mehrfachaufenthalte zu werten.

Die Gründe für eine erhöhte Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen sind vielschichtig (Thom et al., 2019). Es ist eher unwahrscheinlich, dass sich die Inanspruchnahme einzig erhöht hat, weil die psychischen Beschwerden zugenommen haben. Denn: Die Erhöhung der psychischen Beschwerden zeigt sich seit 2012, der Trend zu einer zunehmenden Inanspruchnahme manifestierte sich schon Jahre vorher. Ausserdem weisen internationale Studien auch auf eine zunehmende Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen hin, wenn der psychische Gesundheitszustand auf Bevölkerungsebene stabil ist (z.B. Jacobi et al., 2017; Jorm et al., 2017; Nübel et al., 2019; OECD/EU, 2018). Weitere mögliche Erklärungen für die Zunahme der Inanspruchnahme werden diskutiert, z.B. angebotsinduzierte Effekte, eine zunehmende Mitteilungsbereitschaft oder das umfassendere Wissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung und bei Fachpersonen (Dey et al., 2016; Rommel et al., 2017; Thom et al., 2019). Letzteres geht mit einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz, mit einer besseren Erkennung von psychischen Störungen und mit einer grösseren Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, einher (z.B. Angermeyer et al., 2014; Bonabi et al., 2016; Ernst, 2015). Allerdings lassen sich viele Personen mit einer psychischen Krankheit nicht behandeln. Der genaue Anteil lässt sich nur schwer beziffern. Eine kürzlich durchgeführte Studie im Kanton Bern zeigt, dass über 90% der Menschen mit Symptomen einer psychischen Störung keinen Kontakt mit einer Fachperson haben (Michel et al., 2018). Neuesten Schätzungen zufolge gibt es bei 7,8% der Schweizer Bevölkerung einen ungedeckten Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. Dies sind knapp 0,7 Mio. Menschen (Künzi et al., 2020). Es gilt zu berücksichtigen, dass Diagnosen, welche aus einem klinischen Interview resultieren, kein hinreichendes Kriterium für einen Behandlungsbedarf darstellen, da Funktionsbeeinträchtigungen und das erlebte Leiden bei derselben Diagnose variieren können (Grobe et al., 2019; Jacobi & Barnikol, 2015).

Im ambulanten Setting geht die Tendenz der steigenden Kosten mit der zunehmenden Inanspruchnahme ambulanter Leistungen einher. Die im stationären Bereich beobachtete Kostensenkung von 2017 auf 2018 ist nur unter Vorbehalt zu interpretieren, da aufgrund der Einführung von TARPSY vermutlich gewisse OKP-Leistungen verzögert abgerechnet werden. Es ist zu erwarten, dass die Zahlen für 2019 entsprechend höher ausfallen.

Frauen weisen eine schlechtere psychische Gesundheit auf als Männer, Männer begehen öfter Suizid

Vergleichbar mit früheren Monitoring-Berichten (Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2016) finden sich auch 2017 deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Sinne einer mehrheitlich ungünstigeren Position der Frauen. Frauen empfinden zwar ein zu Männern vergleichbar hohes Mass an Lebensqualität, berichten jedoch seltener von hoher Energie und Vitalität und häufiger

von psychischen Beschwerden. Auch Schutzfaktoren, wie die Kontrollüberzeugung und die Selbstwirksamkeit, sind auf einem tieferen Level angesiedelt. Frauen fühlen sich häufiger als Männer einsam, berichten jedoch zu selben Anteilen wie Männer von einer starken sozialen Unterstützung. Die Rate der nicht-assistierten Suizide ist bei den Männern in Abhängigkeit des Alters rund zwei bis zehn Mal höher, doch ist der Anteil der Frauen, die jemals einen Suizidversuch unternommen haben, höher als jener der Männer (3,9% vs. 2,9%). Auch in der internationalen Literatur werden entsprechende Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausgewiesen (z.B. für Depressionssymptomatik, siehe Karger, 2014; Parker & Brotchie, 2010b). Dennoch gilt es darauf hinzuweisen, dass bestimmte Störungsbilder bei Männern weiter verbreitet sind, so z.B. Alkohol- oder Suchtprobleme (z.B. Angst et al., 2016).

Frauen scheinen psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen eher in Anspruch zu nehmen, aber dies ist teilweise altersabhängig. Insgesamt waren Frauen 2017 in den letzten 12 Monaten vor der Befragung häufiger als Männer in Behandlung aufgrund psychischer Probleme (7,7% vs. 4,4%). Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und Antidepressiva werden von Frauen öfters eingenommen als von Männern. Psychiatrische Praxen werden deutlich häufiger von Frauen aufgesucht (60% vs. 40%), allerdings ist dies bei der jungen Generation bis 18 Jahre umgekehrt. In der ambulanten Spitalpsychiatrie ist die Konsultationsrate der Männer leicht höher als diejenige der Frauen, was auf Suchtbehandlungen zurückgeführt werden könnte, welche bei Männern häufiger sind. Im stationären Bereich liegen die Hospitalisierungsraten der Frauen bei den Jugendlichen unter 18 Jahren, sowie bei den 65-Jährigen oder Älteren höher als bei den Männern. In den anderen Altersgruppen sind die Hospitalisierungsraten der Männer eher höher.

Unterschiede in der psychischen Gesundheit und der Inanspruchnahme zwischen den verschiedenen Altersgruppen

Für die verschiedenen Altersgruppen lassen sich mit Blick auf die psychische Gesundheit, sowie die Risiko- und Schutzfaktoren einige Hauptcharakteristika herauslesen. Es gibt keine «psychisch gesündeste Generation», es gilt zu differenzieren.

Insbesondere bei **Kindern und Jugendlichen** lassen sich anhand der zur Verfügung stehenden Daten nur wenige qualifizierte Aussagen zur psychischen Gesundheit machen. So ist über die positive psychische Gesundheit und die psychischen Beschwerden von Kindern im Vorschulalter wenig bekannt (für eine Vertiefung der Thematik, siehe Tuch & Schuler, 2020). Analysen der HBSC-Schülerbefragung zeigen, dass eine überwiegende Mehrheit der 11- bis 15-Jährigen ein hohes Mass an Wohlbefinden zeigt. Jedoch hat der Anteil der 11- bis 15-Jährigen mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden zwischen 2002 und 2014 von 27,4% auf 35,2% zugenommen. Besonders zugenommen haben Müdigkeit und Einschlafschwierigkeiten (Ambord et al., 2020; Tuch & Schuler, 2020). 2018 ist der Anteil ähnlich hoch wie 2014. Es scheint aber indiziert, diese ungünstige Entwicklung engmaschig weiterzuverfolgen (Obsan, 2020).

Die **Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen (15–34 Jahre)** in der Schweiz berichten von einer hohen Lebensqualität und hohen Glückswerten. Diese werden insgesamt höher eingestuft als von den älteren Personen. Das Gegenteil ist jedoch bei anderen Indikatoren festzustellen. So ist die Vitalität und Energie bei den 15- bis 34-Jährigen vergleichsweise gering. Die Suizidrate ist in den letzten Jahren leicht rückläufig (Tuch & Schuler, 2020), trotzdem bleibt Suizid die häufigste Todesursache bei den 19- bis 34-Jährigen. Der Anteil an mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen hat bei den 16- bis 20-jährigen Männern zugenommen (7,0% auf 14,1%). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den IV-Neurenten wegen psychischer Erkrankungen: Entgegen dem generell abnehmenden Trend nahmen diese bei den 18- bis 24-Jährigen in letzter Zeit eher zu.

Positiv hervorzuheben ist, dass jede und jeder zweite 15- bis 34-Jährige in der Schweiz von starker sozialer Unterstützung berichtet. Damit haben viele Zugang zu einer wertvollen Ressource, welche sich direkt positiv auf das Wohlbefinden auswirkt und negative Lebensereignisse abfedern kann (z.B. Gariépy et al., 2016). Andererseits lässt sich eine vergleichsweise geringe Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit erkennen. Eine gezielte Stärkung solcher personalen Ressourcen könnte sich auch positiv auf die psychische Gesundheit auswirken (z.B. Schutte & Malouff, 2019).

Bei der **35- bis 64-jährigen Schweizer Bevölkerung** zeigen sich im Vergleich zu den anderen Altersgruppen ein geringeres Wohlbefinden, eine relativ hohe psychische Belastung und ein hoher Anteil an diagnostizierten Depressionen. Bei den Frauen ist die Rate der nicht-assistierten Suizide im Alter von 50 bis 64 Jahren am höchsten (Peter & Tuch, 2019). Andere Indikatoren, wie die Ausprägung sämtlicher Schutzfaktoren oder der Depressionssymptome, sind im Vergleich zu den anderen Altersgruppen im durchschnittlichen Bereich anzusiedeln. Über alle Altersgruppen hinweg hat sich die Depressionssymptomatik jedoch bei den 50- bis 64-jährigen Frauen und Männern seit 2012 am stärksten erhöht. Es gilt, diesen Trend wachsam im Auge zu behalten.

Die **65-Jährigen und Älteren** zeichnen sich durch eine hohe selbstberichtete Energie und Vitalität, einen geringen Anteil an Depressionssymptomen sowie hohe personale Schutzfaktoren aus. Jedoch ist bei den 80-jährigen und älteren Männern die Suizidrate (nicht-assistiert) am höchsten. Und im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung berichten die 65-Jährigen und Älteren seltener von einer starken sozialen Unterstützung. Es scheint daher angemessen, eine Stärkung des sozialen Austausches in Programmen der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen (Bachmann, 2020).

Hinsichtlich der **Inanspruchnahme** von psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten lässt sich über alle Altersstufen hinweg eine Zunahme erkennen, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting. Die Inanspruchnahme von stationären wie auch ambulanten Leistungen (in Praxen oder der Spitalpsychiatrie) hat im Zeitraum von 2012 bis 2018 insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen zugenommen (siehe auch Schuler et al., 2019). Die Zunahme war bei den 0- bis 18-Jährigen höher als bei den 19-Jährigen und Älteren (Ausnahme ambulante Spitalpsychiatrie) und sie betraf sowohl die Anzahl Patientinnen und Patienten als auch die Anzahl Konsultationen. Auffallend ist, dass sich 65-

Jährige und Ältere substantiell weniger oft wegen psychischen Problemen behandeln lassen als die jüngeren Personen, dies aber vergleichsweise oft bei Allgemeinärztinnen und -ärzten (25,7% vs. 7,6–10,8%).

Deutlicher Bildungsgradient über sämtliche Indikatoren der psychischen Gesundheit

Besonders eindeutig sind die Ergebnisse zum Bildungsstand: Personen mit einem hohen Bildungsgrad erfreuen sich einer besseren psychischen Gesundheit, eines höheren Wohlbefindens und geringeren psychischen Beschwerden, sowie einer besseren Verfügbarkeit von Schutzfaktoren. Diese Ergebnisse sind nicht überraschend: Bildung zählt zu den zentralen sozialen Determinanten von Mortalität und Morbidität (z.B. Furnée et al., 2008; Kuntz, 2011) und sie wird neben der beruflichen Stellung und dem Einkommen als Indikator der sozialen Ungleichheit herangezogen. Insgesamt handelt es sich bei Menschen mit einem geringen Bildungsgrad um eine vulnerable Zielgruppe, die es zu unterstützen gilt.

Regionale Unterschiede beim psychischen Gesundheitszustand und bei der Inanspruchnahme

Wie bereits in den Jahren 2007 und 2012 zeigen sich 2017 erhebliche regionale Unterschiede über sämtliche Indikatoren der psychischen Gesundheit hinweg. Es ist unklar, inwieweit sich die regionalen Differenzen u.a. auch auf Sprach- und/oder Kulturunterschiede in der Beantwortung der Fragen zurückführen lassen. Die Bevölkerung der Zentralschweiz schreibt sich insgesamt den besten psychischen Gesundheitszustand zu – über praktisch sämtliche Indikatoren. Auf der anderen Seite der Skala fallen die Grossregionen Tessin und Genfersee auf. So liegt 2017 im Tessin (81,8%) und in der Genferseeregion (86,5%) der Anteil der Personen mit einer (sehr) guten Lebensqualität schweizweit am tiefsten. Im Tessin berichten über 24% und in der Genferseeregion 21% der Bevölkerung von einer mittleren bis starken psychischen Belastung. Im Vergleich dazu sind es in der Zentralschweiz nur knapp 9% und im gesamtschweizerischen Mittel 15%. Die Tessiner Bevölkerung zeigt 2017 auch am häufigsten Depressionssymptome, wobei sich vor allem der Anteil mit einer leichten Symptomatik (33,5%) von anderen Schweizer Grossregionen abhebt (23,5%–27,4%). Hinweise auf ein gegenteiliges Muster zeigen sich bei den Raten der nicht-assistierten Suizide, wo die Kantone Genf und Tessin schweizweit die geringsten Werte aufweisen.

Auch mit Blick auf die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote sind grosse regionale Unterschiede zu erkennen. Auf Ebene der Grossregionen liegen die Anteile derer, die eine Behandlung wegen psychischer Probleme aufsuchten, zwischen 3,8% in der Zentralschweiz und 6,8% im Tessin, was die oben ausgeführte Tendenz bezüglich der psychischen Gesundheit widerspiegelt. Bei den Hospitalisierungsraten zeigen der Kanton Appenzell Innerrhodens die tiefsten, Basel-Stadt die höchsten Werte im kantonalen Vergleich. In der Vergangen-

heit wurde diese Variationsbreite zwischen den Kantonen weniger in regionalen Unterschieden in der Häufigkeit psychischer Krankheiten begründet, als vielmehr den unterschiedlichen Strukturen der psychiatrischen Versorgung mit ungleicher Gewichtung der gemeindeintegrierten Angebote zugeschrieben (Brenner, 2003). Zudem wurde auch die Relevanz der unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen (Erwerbslosenquote, Ausbildungsstand, Ausländeranteil) der Kantone hervorgehoben; wurden diese in die Berechnung der behandelten Bevölkerungsanteile einbezogen, fielen die kantonalen Differenzen geringer aus (Kuhl und Herdt, 2007). Aktuellere Studien betonen auch die Zugänglichkeit, resp. die Distanz zu den Anbietern von ambulanten psychiatrisch-psychologischen Leistungen (Stulz et al., 2018; Zulian et al., 2011).

Datenbasis ist breit, aber lückenhaft

Eine Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung, der Risiko- und Schutzfaktoren, sowie der Inanspruchnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen ist aufgrund der vorliegenden Datenlage nur mit Einschränkungen möglich. Epidemiologische Daten zur Häufigkeit und Verbreitung psychischer Störungen in der Schweiz fehlen gänzlich, für sämtliche Altersstufen. Daten der SGB liefern zwar Hinweise auf die Prävalenzen einiger psychischer Beschwerden, jedoch decken die Fragen nur einen kleinen Bereich des Gesamtspektrums an psychischen Störungen ab (siehe z.B. Jacobi, 2014). Des Weiteren basieren die Angaben auf Selbstauskünften, und werden nicht mit strukturierten klinischen Interviews durch eine Fachperson erhoben. Die SGB ermöglicht ein Monitoring über alle 5 Jahre, erlaubt jedoch keine Aussagen zu kurzfristigen Auswirkungen von (inter-)nationalen Ereignissen auf die psychische Gesundheit. Jährliche Erhebungen wie beispielsweise die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) oder das Schweizerische Haushaltspanel (SHP) beinhalten nur einzelne Fragen zur psychischen Gesundheit (siehe Schuler et al., 2019). Die Kombination von regelmässiger (z.B. alle 1-2 Jahre) Erhebung mit validierten Messinstrumenten würde es erlauben, die psychische Gesundheit und deren Entwicklung zeitnah abzubilden (für Kinder und Jugendliche, siehe z.B. Millennium Cohort Study oder BELLA-Studie³²).

Der insgesamt fragmentierte Überblick zur psychischen Gesundheit ist nicht nur in der Schweiz, sondern auch im Ausland zu beobachten. In einzelnen Ländern werden Anstrengungen unternommen, die Datenbasis zur psychischen Gesundheit zu erweitern (vgl. Kasten «Monitoring der psychischen Gesundheit: Beispiel Kanada und Deutschland», 1.3.1). Um einen internationalen Vergleich zu gewährleisten, wäre eine Koordination bei der Auswahl der Messinstrumente anzustreben. Die Teilnahme an internationalen Erhebungen, wie beispielsweise an der EHIS-2 oder am International Health Policy Survey des Commonwealth Fund (2019), ermöglicht, nationale Daten und Trends mit anderen Ländern zu vergleichen. Dabei kommt den Berichterstattungen der

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (z.B. OECD, 2019) oder der WHO (z.B. WHO, 2018) eine tragende Rolle zu.

Mit Blick auf den nationalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskontext lassen sich in den vergangenen Jahren Bemühungen erkennen, welche zu einer vollständigeren Darstellung der Inanspruchnahme führen könnten. Vergleichsweise umfassend sind die Daten zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen. Die Inanspruchnahme im ambulanten Setting (Praxen und Ambulatorien) kann derzeit anhand von Abrechnungsdaten der Krankenkassen abgebildet werden. Detaillierte Informationen zu den Diagnosen und Behandlungen sind dabei nicht verfügbar. Ausserdem fehlen Daten zur Inanspruchnahme nicht-delegierter nicht-ärztlicher psychotherapeutischer Leistungen vollständig, da diese nicht von der Grundversicherung abgedeckt werden. In der vom BFS 2015 neu eingeführten Erhebung «Patientendaten Spital Ambulant» (PSA) sind zwar detailliertere Informationen auf Fall-Ebene enthalten. Die Variable «Diagnose» ist jedoch keine Pflichtangabe und es ist unklar, wie einheitlich und vollständig diese von den verschiedenen Leistungserbringern dokumentiert werden (BFS, 2016a). Um die Behandlungs- und Betreuungsprozesse (Patientenpfade) zu verstehen, müssten Datensätze von stationären, intermediären und ambulanten Institutionen und Praxen verknüpft werden.

Auswirkungen auf die psychische Gesundheit durch COVID-19 Pandemie?

Es lassen sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts keine präzisen Angaben dazu machen, wie die COVID-19-Pandemie die psychische Gesundheit und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems beeinflussen wird. Die Resilienz-Forschung zeigt, dass Menschen ganz unterschiedlich mit kritischen Lebensereignissen umgehen und sich viele Personen dabei eine gute psychische Gesundheit bewahren (Bonanno et al., 2011). Dennoch wird auf Populationsebene, im Durchschnitt, verschiedentlich von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit ausgegangen (z.B. Holmes et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020), und es bleibt zu hoffen, dass sich allfällige negative Effekte nicht chronifizieren. Die potenziellen Auswirkungen sind von verschiedensten Faktoren abhängig (z.B. leben mit Risikovor-erkrankungen, Folgen für den schulischen oder beruflichen Alltag, familiäre Situation und Kontakt mit anderen Menschen, finanzielle Unsicherheit, eigenes Bewältigungsverhalten, Mehrfachbelastungen, Dauer von Massnahmen etc.). Entsprechend weisen (laufende) Schweizer Studien zu den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie nicht auf ein einheitliches psychisches Reaktionsmuster hin, da negative, stabile, aber auch positive Verläufe beobachtet werden (Stocker et al., 2020). Die Krise könnte die Bedeutung der im vorliegenden Monitoring-Bericht dargestellten Risikofaktoren, wie bspw. Einsamkeit, noch verstärken. Damit kommt der Bereitstellung und dem Zugang zu Schutzfaktoren, wie der sozialen Unterstützung durch Freunde und Familie oder durch nieder-

³² www.bella-study.org/

schwellige Unterstützungsangebote, insbesondere für Menschen, die mit Vorbelastungen oder Risikofaktoren leben, eine zentrale Rolle zu. Nützliche Informationen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit sind beispielsweise auf den Webseiten von santépsy³³ oder vom Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz erhältlich (vgl. NPG, 2020).

Fazit

Die Beurteilung der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2017 gleicht einem Puzzle, dem viele Teile fehlen. Deskriptive Analysen zeigen, dass weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, geringer Bildungsgrad, und Wohnregion Tessin oder (Grossregion) Genfersee mit einer schlechteren psychischen Gesundheit und einer geringeren Verfügbarkeit von Schutzfaktoren zusammenhängen. Auf spezifischer Ebene ist die Zunahme der psychischen Depressionssymptomatik bei den jungen Männern, sowie der vergleichsweise starke Zuwachs der Depressionssymptomatik bei den 50- bis 64-jährigen Personen hervorzuheben. Der Stärkung der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung kommt damit weiterhin eine grosse Relevanz zu. Die steigende Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Kontext kann nicht eindeutig auf eine bestimmte Ursache, wie beispielsweise einer negativen Entwicklung der psychischen Gesundheit, zurückgeführt werden. Sie kann auch als Zeichen eines geänderten patientenseitigen Verhaltens, eines angebotsinduzierten Effekts oder einer offeneren Mentalität, über psychische Probleme zu sprechen, interpretiert werden.

³³ www.santepsy.ch/de/seiten/sante-mentale-covid-19/ (Zugriff am 07.12.2020)

7 Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	KS	Krankenhausstatistik
ASKU	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала	KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Grundversicherung nach KVG)
BAG	Bundesamt für Gesundheit	MHI	Mental Health Inventory
BFS	Bundesamt für Statistik	MOS SF	Medical Outcomes Study Short Form
BIP	Bruttoinlandprodukt	MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
BRCS	Brief Resilience Coping Scale	N, n	Anzahl der Befragten
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen	NCD	Non-Communicable Disease (nicht übertragbare Krankheit)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales	NPG	Netzwerk Psychische Gesundheit
DALY	Disability Adjusted Life Years (Verlorene gesunde Lebensjahre)	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DRG	Diagnosis Related Groups	OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)	PHQ	Patient Health Questionnaire
EHIS	European Health Interview Survey	RR	Relatives Risiko
EU	Europäische Union	SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
EVI	Index für Energie und Vitalität	SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
FM	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	SDG	Sustainable Development Goals
FoP-IV	Forschungsprogramme zur Invalidenversicherung	SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
FU	Fürsorgerische Unterbringung	SE	Strukturerhebung
GBD	Global Burden of Disease	SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz	SHP	Schweizer Haushalt-Panel
HBSC	Schülerbefragung Health Behaviour in School-aged Children	SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
HIV	Human immunodeficiency virus	STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)	TUS	Todesursachen-Statistik
IV	Invalidenversicherung	VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Zusatzversicherungen nach VVG)
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung	VI	Vertrauensintervall
KESB	Erwachsenen- und Kinderschutzbehörde	WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

8 Literaturverzeichnis

- Abel, T., Duetz Schmucki, M. & Huwiler-Müntener, K. (2007). Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie. In: F. Gutzwiller & F. Paccaud (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin - Public Health (S. 23-34). Bern: Hans Huber.
- Ackermann, G., Amstad, F. & et al. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Aguirre, R. & Slater, H. (2010). Suicide prevention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*(34): 529-540.
- Ahmad, O.B., Boschi-Pinto, C., Lopez, A.D., Murray, C.J., Lozano, R. & Inoue, M. (2001). *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva: World Health Organization.
- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie* (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ambord, S., Eichenberger, Y. & Delgrande Jordan, M. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung - Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC)*. Forschungsbericht Nr. 113. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Amstad, F. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In: M. Blaser & F. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne Grundlagenbericht*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6): 1069-1078.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Carta, M.G. & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6): 390-395.
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K.R., Hengartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. et al. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25: 24-32.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- APA (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd edition*. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Babitsch, B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bachmann, N. (2020). *Soziale Ressourcen Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Baer, N. (2017). Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten. *Praxis*, 106(6): 311-317.
- Baer, N. & Cahn, T. (2009a). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211-230). Bern: Hans Huber.
- Baer, N. & Cahn, T. (2009b). Troubles psychiques. In: K. Meyer (Hrsg.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (S. 181-198). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Baer, N., Frick, U., Besse, C., Cuonz, N. & Matt, M. (2018). *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U., Rota, F., Vallon, P., Aebi, K., Romann, C. et al. (2017). *Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BAG (2010). *Nationales Programm, HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS), 2011–2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2015a). *Nationale Strategie Sucht, 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2015b). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG & GDK (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- BAG, GDK & GFCH (2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2): 191-215.
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *Am J Health Promot*, 12(1): 8-10.
- Barsky, A., Orav, E. & Bates, D. (2006). Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care*, 44: 803-811.
- Beautrais, A.L. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1): 11-23.
- Beekman, A.T., de Beurs, E., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R. & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 157(1): 89-95.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C.J. & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)*. Köln: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Benight, C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42: 1129-1148.
- Bundesrat (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BFS (2012). *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2016a). *Ambulante Krankenhauspatientinnen und -patienten im Jahr 2014: erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2016b). Indikatoren der Lebensqualität: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/city-statistics/indikatoren-lebensqualitaet.html (Zugriff am 16.06.2020).
- BFS (2016c). *Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2017). *Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2018). MONET 2030: Suizidrate: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet-2030/alle-nach-themen/3-gesundheit/suizidrate.html (Zugriff am 22.09.2020).
- BFS (2020a). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung oder Strukturerhebung: Welche Quelle ist zur Ausweisung des Migrationsstatus zu verwenden? Empfehlungen des BFS*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2020b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Gesundheit der Migrationsbevölkerung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2020c). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Soziale Ungleichheiten und körperliche Gesundheit*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2020d). *Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel TARPSY 2018*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Blue Cross Blue Shield (2018). *Major Depression: The Impact on Overall Health*. US: Blue Cross Blue Shield.
- Bogner, K. & Landrock, U. (2015). *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen (Version 1.1) (GESIS Survey Guidelines)*. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Bolliger, C., Champion, C., Gerber, M., Fritschi, T., Neuenschwander, P., Kraus, S. et al. (2020). *Auflagen zur Leistungsgewährung im*

- Rahmen der Schadenminderungspflicht der Invalidenversicherung. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bolliger, C. & Féraud, M. (2015). *Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E. et al. (2016). Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use A Longitudinal Study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(4): 321-324.
- Bonanno, G.A. & Burton, C.L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspect Psychol Sci*, 8(6): 591-612.
- Bonanno, G.A., Westphal, M. & Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*, 7: 511-535.
- Bostwick, J.M., Pabbati, C., Geske, J.R. & McKean, A.J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American journal of psychiatry*, 173(11): 1094-1100.
- BPTK (2020). *Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen. BPTK-Hintergrund zur Forschungslage*. Berlin: Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPTK).
- Braungardt, T., Schindler, N., Vogel, M. & Schneider, W. (2011). Förderung der Gesundheit und der psychosozialen Selbstwirksamkeit bei Langzeitarbeitslosen: Wirksamkeit eines manualisierten Gruppenprogramms. *Psychotherapeut*, 56(1): 40-46.
- Brenner, H.D., Rössler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35): 1777-1786.
- Bretschneider, J., Janitz, S., Jacobi, F., Thom, J., Hapke, U., Kurth, T. et al. (2018). Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. *BMC Psychiatry*, 18(1): 394.
- Brevik, J.I. & Dalgard, O.S. (1996). *The Health Profile Inventory*. Oslo.
- Brinkmann, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Deutschland: Pearson Studium.
- BSV (2010). *Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006-2009*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2011). *IV-Statistik 2010*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2013). *IV-Statistik 2012*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2015a). *Drittes mehrjähriges Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung 2016-2020 (FoP3-IV). Konzept vom 27.8.2015*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2015b). *Synthesebericht zum zweiten IV-Forschungsprogramm (2010-2015)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2019). *IV-Rundschreiben Nr. 395*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Burke, J., Wittchen, H., Regier, D. & Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*: 649-667.
- Busch, M., Hapke, U. & Mensink, G. (2011). *Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl*, 56: 733-739.
- Cacioppo, J. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.
- Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., Cole, S.W., Capitanio, J.P., Goossens, L. & Boomsma, D.I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspect Psychol Sci*, 10(2): 202-212.
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1): 140-151.
- Cacioppo, S., Capitanio, J.P. & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a neurology of loneliness *Psychol Bull.*, 140(6): 1464-1504.
- Calati, R., Bensassi, I. & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: meta-analyses. *Psychiatry research*, 251: 103-114.
- Camenzind, P. & Sturny, I. (2015). Psychiatrie und Psychotherapie. In: W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017*. Bern: Hogrefe.
- Camenzind, P. & Wiedenmayer, G. (2016). *Gesundheitsverhalten in der Schweiz – sozioökonomische und kulturelle Unterschiede unter der Lupe (Obsan Bulletin 2/2016)*. Neuchâtel.
- Christen, L. & Christen, S. (2005). *Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie Zusatzdaten 2000-2002*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. et al. (2015). What is the impact of mental health-

- related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1): 11-27.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4): 227-268.
- Dekker, J., Peen, J., Koelen, J., Smit, F. & Schoevers, R. (2008). Psychiatric disorders and urbanization in Germany. *BMC public health*, 8: 17.
- DeNiro, D.A. (1995). Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*, 16(3): 185-200.
- Dey, M., Paz Castro, R., Haug, S. & Schaub, M.P. (2019). Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5): 563-577.
- Dey, M., Paz Castro, R., Jorm, A.F., Marti, L., Schaub, M.P. & Mackinnon, A. (2020). Stigmatizing attitudes of Swiss youth towards peers with mental disorders. *PLoS one*, 15(7).
- Dey, M., Reavley, N.J. & Jorm, A.F. (2016). Young people's difficulty in talking to others about mental health problems: An analysis of time trends in Switzerland. *Psychiatry research*, 237: 159-165.
- DREES & Santé publique France (2017). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris.
- Dyck, M., Wenner, J., Wengler, A., Bartig, S., Fischer, F., Wandschneider, L. et al. (2019). Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. *Bundesgesundheitsblatt*, 62: 935-942.
- Eichenberger, A. (2002). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen*. Institute für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Ernst, J. (2015). Psychische Erkrankungen – Die wahrgenommene Stigmatisierung ist rückläufig. *Psychother Psych Med*, 65(03/04): 89-89.
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population. *eurostat methodologies and working papers*: 121.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolerio, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13-14): 204-210.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Favre Kruit, C. & Kessler, C. (2015). *Gesundheitsfolgenabschätzung. Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 33, Bern und Lausanne.
- Florentine, J.B. & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine*, 70(10): 1626-1632.
- Fritze, J., Sass, H. & Schmauss, M. (2001). *Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Ueber-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5): 229-237.
- Furnée, C.A., Groot, W. & Maassen van den Brink, H. (2008). The health effects of education: a meta-analysis. *European journal of public health*, 18(4): 417-421.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H. & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209: 284-293.
- Gassmann, J. & Bridler, R. (2016). Fürsorgerische Unterbringung. In: C. Fountoulakis, K. Affolter-Fringeli et al. (Hrsg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Expertenwissen für die Praxis* (S. 329-402). Zürich: Schulthess Verlag.
- GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392: 1859-1922.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020). Definition: Altersstandardisierung: www.gbe-bund.de/gbe10/F?F=10215D (Zugriff am 25.09.2020).
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Rahmenbedingungen für ein Kantonales Aktionsprogramm* Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gili, M., Luciano, J.V., Serrano, M.J., Jiménez, R., Bauza, N. & Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(10): 744-749.
- Gilman, S.E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G.M. & Buka, S.L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal Epidemiology*, 31(2): 359-367.
- Grobe, T.G., Kleine-Budde, K., Bramesfeld, A., Thom, J., Bretschneider, J. & Hapke, U. (2019). Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen*, 81(12): 1011-1017.
- Groupe Romand Prévention Suicide (2019). *Rapport final : Analyse socio-économique « Observatoire Romand des Tentatives de Suicide », sur mandat de l'OFSP*. Berne.

- Guggisberg, J., Bodory, H., Bischof, S., Höglinger, D. & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*: Forschungsmandat im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(10): 718-779.
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). *Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual*. Bern: Hans Huber.
- Habenstein, A., Steffen, T., Bartsch, C., Michaud, K. & Reisch, T. (2013). Chances and limits of method restriction: a detailed analysis of suicide methods in Switzerland. *Archives of suicide research*, 17(1): 75-87.
- Haidt, J. & Rodin, J. (1999). Control and efficacy as interdisciplinary bridges. *Rev. Gen. Psychol.*, 3(317-37).
- Haller, E., Watzke, B., Blozik, E., Rosemann, T., Reich, O., Huber, C.A. et al. (2019). Antidepressant prescription practice and related factors in Switzerland: a cross-sectional analysis of health claims data. *BMC Psychiatry*, 19(1): 196.
- Hapke, U., Cohrdes, C. & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4): 62–70.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. et al. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*, 76: 354–360.
- Hawkey, L.C. & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*, 40(2): 218-227.
- Heinrich, L.M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*, 26(6): 695-718.
- Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J. & De Neve, J.-E. (2020). *World Happiness Report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Hengartner, M. P. (2017). *Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen (Obsan Bulletin 5/2017)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hewer, W. & Schneider, F. (2017). Somatische Morbidität psychisch Kranker. In: F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 2. Auflage (S. 571–582). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H. & Schaub, M. (2018). *Heroingestützte Behandlung in der Schweiz. Resultate der Erhebung 2017*. Zürich: ISGF.
- Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L. et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6): 547-560.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2): 227-237.
- Hotzy, F., Kieber-Ospelt, I., Schneeberger, A.R., Jaeger, M. & Olbrich, S. (2018). Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Administration And Policy In Mental Health*, 45(2): 254–264.
- Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86(1): 42-50.
- Jacobi, F., Becker, M., Mullender, S., Bretschneider, J., Thom, J. & Fichter, M.M. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen. In: H.-J. Möller, G. Laux et al. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. (Band 1: Allgemeine Psychiatrie 1, Band 2: Allgemeine Psychiatrie 2, Band 3: Spezielle Psychiatrie 1, Band 4: Spezielle Psychiatrie 2): Springer Verlag.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1): 77-87.
- Jäger, M. & Rössler, W. (2012). Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Der Nervenarzt*, 83(3): 389-402.
- Jorm, A.F., Patten, S.B., Brugha, T.S. & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*, 16(1): 90-99.
- Kaiser, B., Frey, M. & Huddleston, C. (2019). *Kostenfolgen eines Wechsels vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell für Leistungen der psychologischen Psychotherapie für die OKP*: BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG.
- Karger, A. (2014). Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57: 1092–1098.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617-627.
- Kessler, R.C. & WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581-2590.
- Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*, 43(2): 207-222.

- Keyes, C.L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3): 539.
- Keyes, C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2): 95.
- Kieber-Ospelt, I., Theodoridou, A., Hoff, P., Kawohl, W., Seifritz, E. & Jaeger, M. (2016). Quality criteria of involuntary psychiatric admissions – before and after the revision of the civil code in Switzerland. *BMC Psychiatry*, 16: 291.
- Kocalevent, R.-D., Mierke, A. & Brähler, E. (2014). BRCS - Brief Resilient Coping Scale. In: C. J. Kemper, E. Brähler et al. (Hrsg.), *Psychologische und sozial-wissenschaftliche Kurzskalen* (1. Aufl., S. 43-45). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Koopmans, G., Donker, M. & Rutten, F. (2005). Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 341-350.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606-613.
- Kroll, L.E., Müters, S. & Lampert, T. (2016). *Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Why does the general practitioner overlooks psychological disorders in his patient? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(2): 45-51.
- Kuhl, H.C. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2008* (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuhl, H.C. & Herdt, J. (2007). *Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuntz, B. (2011). Bildung und Gesundheit. In: H. C. Schott T. (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: VS Verlag für Sozialwissenschaften*.
- Künzi, K., Stocker, D. & Schläpfer, D. (2020). *Volkswirtschaftlicher Nutzen des Anordnungsmodells und damit eines niederschwelligeren Zugangs zu ambulanter Versorgung bei psychischen Erkrankungen*. Bern: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.
- Lachman, M.E. & Weaver, S.L. (1998). The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3): 763-773.
- Lai, H.M., Cleary, M., Sitharthan, T. & Hunt, G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154: 1-13.
- Lambert, M., Bock, T., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., Gumz, A. et al. (2013). Mental health of children, adolescents and young adults - part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81.11 614.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J. & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 2(59): 153–165.
- Laszewska, A., Wancata, J., Jahn, R. & Simon, J. (2020). The excess economic burden of mental disorders: findings from a cross-sectional prevalence survey in Austria. *Eur J Health Econ*, 21(7): 1075-1089.
- Laux, G. (2017). Depressive Störungen. In: H.-J. Möller, G. Laux et al. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie*. 5. erweiterte und neu bearbeitete. Aufl., . Berlin - Heidelberg - New York: : Springer-Verlag.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lesage, A., Rochette, L., Emond, V., Pelletier, E., St-Laurent, D., Diallo, F.B. et al. (2015). A Surveillance System to Monitor Excess Mortality of People With Mental Illness in Canada. *Can J Psychiatry*, 60(12): 571-579.
- Leuenberger, R. & Mauro, G. (2018). Änderungen bei der gemischten Methode. *Soziale Sicherheit CHSS*, 1/2018: 40-46.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12): Springer.
- Liu, N.H., Daumit, G.L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P. et al. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1): 30-40.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157(2): 98-112.
- Löwe, B.P. & Spitzer, R.L. (2001). *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual; Komplettversion und Kurzform*: Pfizer GmbH.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2): 80–89.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the

- DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH) *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3): 289-303.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Med Wkly*, 143(w13751).
- Maffli, E., Eichenberger, Y., Delgrande Jordan, M., Labhart, F., Gmel, G. & Kretschmann, A. (2020). *act-info Jahresbericht 2018*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464): 1099-1104.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. The Marmot Review.
- Mauz, E. & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 35: 343-352.
- McNutt, L.A., Wu, C., Xue, X. & Hafner, J.P. (2003). Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. *Am J Epidemiol*, 157(10): 940-943.
- Mernyi, L., Hölzle, P. & Hamann, J. (2018). Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 45(04): 197-205.
- Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S.J., Groth, N., Schimmelmann, B.G. & Schultze-Luttera, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry*, 54: 1–9.
- Michel, K. (2012). *Suizid ist keine überlegte Handlung*: Fachinformationen Suizidalität.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: E. Brähler, J. Kiess et al. (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (S. 129–145). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mitchell, A.J., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690): 609-619.
- Modetta, C. (2009). *Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M. et al. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*, 143(w13759).
- Muijen, M. (2014). The future role of psychiatry in Europe – The WHO European Mental Health Action Plan. *Die Psychiatrie*, 11(1): 11-18.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T. & Griebler, R. (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- NPG (2020). Coronavirus und psychische Gesundheit: www.npg-rsp.ch/de/metanav/an-betroffene-angehoerige-hilfe-suchende/coronavirus-und-psychische-gesundheit.html (Zugriff am 21.09.2020).
- Nübel, J., Müllender, S., Hapke, U. & Jacobi, F. (2019). Epidemie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten. *Nervenarzt*, 90: 1177–1186.
- Obsan (2020). *Gesundheit in der Schweiz - Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Bern: Hogrefe Verlag.
- OECD (2000). Better Life Index: www.oecd-betterlifeindex.org/de/#/111111111111 (Zugriff am 16.06.2020).
- OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD.
- OECD (2018). *Children & Young People's Mental Health in the Digital Age. Shaping the Future*. OECD.
- OECD (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators: www.oecd-ilibrary.org/sites/d4e9f522-en/index.html?itemId=/content/component/d4e9f522-en&mimeType=text/html# (Zugriff am 21.09.2020).
- OECD/EU (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- OFS (2019). *Enquête suisse sur la santé 1992 à 2017. Documentation des indices de 1992 à 2017*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), Section Santé de la population (GESB).
- Ohayon, M.M. & Schatzberg, A.F. (2010). Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *J Psychiatr Res*, 44(7): 454-461.
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., Brovelli, S., Bertran, M., Cromec, I. et al. (2019). The implementation and first insights of the French-

speaking Swiss programme for monitoring self-harm. *Swiss Med Wkly*, 149:w20016.

Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M. & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Front. Psychol.*, 11(1491).

Parker, G. & Brotchie, H. (2010a). Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*, 22(5): 429-436.

Parker, G. & Brotchie, H. (2010b). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5): 429-436.

Paul, K.I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74: 264-282.

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav*, 22(4): 337-356.

Peter, C. & Tuch, A. (2019). Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung (Obsan Bulletin 7/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Peter, O., Lang, J., Stein, K., Wirth, K. & Jungbauer, J. (2019). "Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir" – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. *Psychiat Prax*, 46: 27–33.

Petersen, T. (2002). *Das Feldexperiment in der Umfrageforschung*. Frankfurt: Campus.

Pfefferbaum, B. & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6): 510-512.

Platt, J., Prins, S., Bates, L. & Keyes, K. (2016). Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Soc Sci Med*, 149: 1-8.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370: 859-877.

Prins, R. (2017). *Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen. Ausgewählte Reformen und Erfahrungen aus fünf Ländern*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, 2. aktualisierte Aufl. (S. 267-282). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. et al. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Reisch, T., Schuster, U. & Michel, K. (2007). Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 681-687.

Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A. & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American journal of psychiatry*, 170(9): 977-984.

Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C.L., Schmid, M., Barth, J. & Eichholzer, M. (2017). Loneliness Is Adversely Associated With Physical and Mental Health and Lifestyle Factors: Results From a Swiss National Survey. *PloS one*, 12(7).

Rico-Uribe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M. et al. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PloS one*, 11(1): e0145264.

Robert Koch-Institut (2019). *Forschungsprojekt - Mental Health Surveillance für Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Roepke, S.K. & Grant, I. (2011). Toward a More Complete Understanding of the Effects of Personal Mastery on Cardiometabolic Health. *Health Psychol.*, 30(5): 615–632.

Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L.E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4).

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1): No. 609.

Rüesch, P., Bartlomé, P. & Huber, C. (2006). *Evaluation von Messinstrumenten für den strategischen Bereich «psychische Gesundheit/Stress»*. Bern: Erarbeitet im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.

Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring / La santé psychique en Suisse - Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Ruholl, S. (2007). *Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen*.

Ryan, R.M. & Frederick, C. (1997). On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality*, 65(3): 529-565.

Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M. et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57).

SAMW (2018). *Medizin-ethische Richtlinien: Umgang mit Sterben und Tod*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. www.samw.ch/sterben-und-tod.

- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B., Clara, I., Ten Have, M., Belik, S. et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58: 357-364.
- Sartorius, N. (2013). Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century. *Psychiatr Danub*, 25 Suppl 1: 4-5.
- Savageau, J., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M. & Cashman, S. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med*, 19: 265-275.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidlin, S., Borer, J., Clerc, R. & Allemann, E. (2017). *Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Schmidt, C.O. & Kohlmann, T. (2008). When to use the odds ratio or the relative risk? *International journal of public health*, 53(3): 165.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schnyder-Walser, K., Ruffin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse „Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts“*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 210(4): 261-268.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring (Arbeitsdokument 24)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2018). *Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/2018)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2019). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2017 (Obsan Bulletin 8/2019)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schutte, N.S. & Malouff, J.M. (2019). The Impact of Signature Character Strengths Interventions: A Meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 20: 1179–1196.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 217–243). Washington: Hemisphere Publishing Corp.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik - Beiheft*, 44: 28-53.
- Scott, K.M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J.M. et al. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2): 150-158.
- Seeman, M. & Lewis, S. (1995). Powerlessness, health, and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Soc.Sci.Med.*, 41: 517–525.
- Seligman, M. (2012). *Flourish: Wie Menschen aufblühen*. München, Deutschland: Kösel.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L. & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8): 531-537.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*, 113(10): 707-712.
- Simpson, K.R., Meadows, G.N., Frances, A.J. & Patten, S.B. (2012). Is mental health in the Canadian population changing over time? *Can J Psychiatry*, 57(5): 324-331.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1): 94-101.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull*, 129(2): 216-269.
- Southwick, S.M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5: 1-14.
- Spallek, J. & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 153-166). Wiesbaden: Springer.
- Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument*. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

- Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). Bildung als Gesundheitsressource. In: K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber.
- Stamm, K. & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Hrsg.), *Volkkrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven* (S. 109-120). Berlin: Springer.
- Steck, N., Junker, C. & Zwahlen, M. (2018). Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ open*, 8(4): e020992.
- Steffen, T., Maillart, A., Michel, K. & Reisch, T. (2011). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S. & Künzi, K. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. Im Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A. et al. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stravynski, A. & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav*, 31(1): 32-40.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Balluz, L.S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J.T. et al. (2008). Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatr Serv*, 59(12): 1383-1390.
- Stulz, N., Pichler, E.M., Kawohl, W. & Hepp, U. (2018). The gravitational force of mental health services: distance decay effects in a rural Swiss service area. *BMC Health Serv Res*, 18(1): 81.
- Sturny, I. & Schuler, D. (2011). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010*. Neuchâtel: Obsan.
- SwissDRG (2016a). *Das Wichtigste zu TARPSY*. Bern: SwissDRG.
- SwissDRG (2016b). SwissDRG-Version 5.0 Abrechnungsversion (2016/2016). Definitionshandbuch. Band 5 Anhänge. Anhang C: CCs, CC-Ausschlüsse, CCL und PCCL-Berechnung: http://www.drugs.ch/fileadmin/user_upload/SwissDRG_2.0/SwissDRG_2_0_PCCL.pdf (Zugriff am 10.8.20).
- Tag, B. (2016). Strafrecht am Ende des Lebens–Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid in der Schweiz. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 128(1): 73-88.
- The Commonwealth Fund (2019). 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians www.commonwealthfund.org/series/international-health-policy-surveys (Zugriff am 21.09.2020).
- Thom, J., Hoebel, J., Nübel, J., Kurth, T. & Hapke, U. (2019). Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. *Psychiatrische Praxis*, 46(06): 310-316.
- Thom, J., Kuhnert, R., Born, S. & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3): 72-79.
- Tiesmeyer, K., Brause, M., Lierse, M., Lukas-Nülle, M. & Hehlmann, T. (2008). *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber.
- Tiwari, R.C., Clegg, L.X. & Zou, Z. (2006). Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates. *Statistical methods in medical research*, 15(6): 547-569.
- Trautmann, S., Rehm, J. & Wittchen, H.U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep*, 17(9): 1245-1249.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tuch, A. & Schuler, D. (2020). Psychische Gesundheit. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Turner, R.J. & Turner, J.B. (1999). Social integration and support. In: C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Hrsg.), *Handbook of the sociology of mental health* (S. 301-320). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- University College London. Millennium Cohort Study: <https://cls.ucl.ac.uk/cls-studies/millennium-cohort-study/> (Zugriff am 21.09.2020).
- UNO Generalversammlung (2015). *Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 25. September 2015*.
- Vardell, E. (2020). Global Health Observatory Data Repository. *Medical Reference Services Quarterly*, 39(1): 67-74.
- Veit, C.T. & Ware, J.E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, 51(5): 730-742.

- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M. & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health*, 11(12): 1475–9276.
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeli, L., Haemmerle, P. et al. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugendund Erwachsenenalters in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Walker, E.R., McGee, R.E. & Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4): 334-341.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B. & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6): 603-613.
- Weinberger, A.H., Gbedemah, M., Martinez, A.M., Nash, D., Galea, S. & Goodwin, R.D. (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychol Med*, 48(8): 1308-1315.
- Werlen, L., Puhon, M.A., Landolt, M.A. & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC public health*, 20(1): 1470.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2): 110-119.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). Epidemiologie depressiver Erkrankungen und suizidaler Handlungen. In: S. Weyerer & H. Bickel (Hrsg.), *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter* (S. 115–136). Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. Official Records of the World Health Organization no 2. (Deutsche Übersetzung siehe Systematische Sammlung des Bundesrechts, SR 0.810.1 Verfassung der Welgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946). New York: WHO.
- WHO (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. World Health Organization.
- WHO (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020* (Nr. 9241506024). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014a). *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Geneva: WHO.
- WHO (2014b). *Preventing Suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- WHO (2018). *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2019a, 28 November 2019). Mental disorders: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders (Zugriff am 30.03.2020).
- WHO (2019b). Suicide: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide (Zugriff am 10.08.2020).
- WHO Europa (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz vom 12.-15. Januar 2005 in Helsinki*. Kopenhagen: WHO Europa.
- WHO Regional Office for Europe (2013). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2018). *Fact sheets on sustainable development goals: health targets: Mental Health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2019). *Psychische Gesundheit - Faktenblatt*. Geneva: World Health Organization.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, M., Pletscher, K. et al. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberger, U. & group, B.s. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 Suppl 1: 133-147.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357-376.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Zulian, G., Donisi, V., Secco, G., Pertile, R., Tansella, M. & Amadeo, F. (2011). How are caseload and service utilisation of psychiatric services influenced by distance? A geographical approach to the study of community-based mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(9): 881-891.

9 Anhang

T A.1 Ausführungen zu den verwendeten SGB-Indikatoren, SGB 2017

Indikator	Fragelaut/Antwortmöglichkeiten	Verwendete Kategorien
Lebensqualität	Fragelaut: <i>Jetzt möchte ich gerne wissen, wie Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen einschätzen?</i> Antwortvorgabe: <i>Sehr gut; gut; weder gut noch schlecht; schlecht; sehr schlecht</i>	Kategorisierung in: - Sehr gut; gut - Weder gut noch schlecht; schlecht; sehr schlecht
Energie und Vitalität, EVI MOS SF-36 VT	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt?</i> a) <i>Voller Leben</i> b) <i>Voller Energie</i> c) <i>Erschöpft</i> d) <i>Müde</i> Antwortvorgabe: <i>immer ; meistens ;manchmal; selten; nie</i>	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - tief - mittel - hoch
Psychische Belastung MOS SF-36 MHI-5	Fragelaut: <i>Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Gefühlszustände vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie sich so in den letzten 4 Wochen immer, meistens, manchmal, selten oder nie gefühlt haben:</i> 1) <i>Sehr nervös</i> 2) <i>So niedergeschlagen oder verstimmt, dass Sie nichts hat können aufmuntern</i> 3) <i>Ruhig, ausgeglichen und gelassen</i> 4) <i>Entmutigt und deprimiert</i> 5) <i>Glücklich</i> Antwortvorgabe: <i>immer ; meistens ;manchmal; selten; nie</i>	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - keine/gering - mittel - stark
Depressionssymptome Suizidgedanken (Frage i) PHQ-9	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt...</i> a) <i>Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?</i> b) <i>Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?</i> c) <i>Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf?</i> d) <i>Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben?</i> e) <i>Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen?</i> f) <i>Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben?</i> g) <i>Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen?</i> h) <i>Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?</i> i) <i>Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?</i> Antwortvorgabe: <i>Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag</i>	Indexbildung nach OFS, 2019 Depressionssymptome, Kategorisierung in: - keine/minimal - leicht - mittelschwer - (eher) schwer Suizidgedanken, Kategorisierung in: - überhaupt nicht - an einzelnen Tagen; an mehr als der Hälfte der Tage; beinahe jeden Tag

Indikator	Fragelaut/Antwortmöglichkeiten	Verwendete Kategorien
Depression Chronische Erkrankungen	Fragelaut: <i>Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt?</i> a) Asthma b) Allergien wie Heuschnupfen, Hautallergien (Dermatitis), Lebensmittelallergie etc. c) Arthrose, Arthritis d) Osteoporose e) Chronische Bronchitis, COPD (chronisch obstruktiven Lungenkrankheit), Emphysem (Lungenblähung) f) Herzinfarkt g) Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinnsel) h) Krebs i) Depression j) Harninkontinenz (Probleme, die Blase zu kontrollieren) Antwortvorgabe: Ja; Nein Fragelaut: <i>Ist die Depression von einem Arzt oder einer anderen Person aus dem medizinischen Bereich diagnostiziert worden?</i> Antwortvorgabe: Ja; Nein	Depression, Kategorisierung in: - Depression, mit Diagnose - Depression, ohne Diagnose Anzahl chronische Erkrankungen, Kategorisierung in: - 1 - 2 - 3 und mehr
Körperliche Beschwerden (ohne Fieber, ohne Schulter-/Nacken-/Armschmerzen)	Fragelaut: <i>Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben:</i> a) Rücken- oder Kreuzschmerzen b) allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit c) Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch d) Durchfall, Verstopfung oder beides e) Einschlaf- oder Durchschlafstörungen f) Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen g) Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern h) Schmerzen oder Druck im Brustbereich i) (Fieber) j) (Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen) Antwortvorgabe: überhaupt nicht; ein bisschen; stark	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - keine/kaum - leichte - starke
Kontrollüberzeugung «Mastery-Skala»	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?</i> a) Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig. b) Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen. c) Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe. d) Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert. Antwortvorgabe: stimme voll und ganz zu; stimme eher zu; stimme eher nicht zu; stimme überhaupt nicht zu	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - gering - mittel - hohe
Allgemeine Selbstwirksamkeit, Kurzsкала ASKU (Fragen a, b, c) Resilientes Coping, BRCS (Fragen d, e, f, g)	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.</i> a) In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen b) Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern c) Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen d) Ich versuche, mir etwas einfallen zu lassen, wie ich schwierige Situationen meistern kann	Indexbildung nach OFS, 2019 Allgemeine Selbstwirksamkeit, Kategorisierung in: - niedrig - mittel - hoch

Indikator	Fragelaut/Antwortmöglichkeiten	Verwendete Kategorien
	e) <i>Egal, was mir passiert, ich glaube, ich habe meine Reaktionen unter Kontrolle</i> f) <i>Ich glaube, ich kann mich weiterentwickeln, wenn ich mich mit schwierigen Situationen auseinandersetze</i> g) <i>Ich suche aktiv nach Wegen, um die Verluste auszugleichen, die mir in meinem Leben widerfahren sind</i> Antwortvorgabe: <i>Trifft überhaupt nicht zu; Trifft eher nicht zu; Teils – teils, Trifft eher zu; Trifft voll und ganz zu</i>	Resilientes Coping, Kategorisierung in: - niedrig - mittel - hoch
Soziale Unterstützung (Oslo-Skala)	Fragelaut: <i>Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ein ernstes persönliches Problem haben?</i> Antwortvorgabe: <i>0; 1-2; 3-5; 6 oder mehr</i> Fragelaut: <i>Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie machen?</i> Antwortvorgabe: <i>viel; ziemlich viel; weder viel noch wenig; wenig; kein Interesse</i> Fragelaut: <i>Wie einfach wäre es für Sie, Hilfe von Nachbarn zu bekommen, wenn Sie diese benötigen?</i> Antwortvorgabe: <i>sehr leicht; leicht; möglich; schwierig; sehr schwierig</i>	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - gering - mittel - stark
Bildung	Höchstes abgeschlossenes Ausbildungsniveau (Kombination mehrerer Fragen)	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - Obligatorische Schule - Sekundarstufe II - Tertiärstufe
Migrationsstatus	Bevölkerung mit Migrationshintergrund (Kombination mehrerer Fragen) vgl. BFS: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html (Zugriff am 09.12.2020)	Indexbildung nach OFS, 2019 Kategorisierung in: - Migrationshintergrund der 1. Generation - Kein Migrationshintergrund der 1. Generation
Arbeitslosigkeit / Invalidität	Nichterwerbspersonen und Erwerbslose, die arbeitslos, auf Stellensuche oder invalid sind. (Kombination mehrerer Fragen)	Kategorisierung in: - arbeitslos / invalid - anderes
Einschränkungen wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems	Fragelaut: <i>Seit mindestens 6 Monaten, wie sehr sind Sie eingeschränkt durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben? Würden Sie sagen, Sie sind...</i> 1 - Stark eingeschränkt 2 - Eingeschränkt, aber nicht stark 3 - Überhaupt nicht eingeschränkt Fragelaut: <i>Ist das gesundheitliche Problem Ihrer Meinung nach körperlich, psychisch oder geistig bedingt?</i> 1 - Körperlich bedingt 2 - Psychisch (oder geistig) bedingt 3 - Beides (körperlich UND psychisch oder geistig) 4 - Weder körperlich noch psychisch (oder geistig)	Kategorisierung in: - eingeschränkt (stark; nicht stark) und körperlich bedingt - anderes
Einsamkeit	Fragelaut: <i>Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das... vor?</i> Antwortvorgabe: <i>sehr häufig; ziemlich häufig; manchmal; nie</i>	Kategorisierung in: - nie - manchmal - ziemlich/sehr häufig

Indikator	Fragelaut/Antwortmöglichkeiten	Verwendete Kategorien
Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (< 15 Jahre) Items aus SDQ	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Wie gut trifft folgende Beschreibung auf diese Kinder zu?</i> 1) <i>Ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen</i> 2) <i>Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit</i> 3) <i>Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend</i> Antwortvorgabe: <i>nicht zutreffend; teilweise zutreffend; eindeutig zutreffend</i>	Kategorisierung in: - psychisch auffällig («eindeutig zutreffend» bei mind. einer Frage) - nicht psychisch auffällig
Behandlung wegen psychischer Probleme	Fragelaut: <i>Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?</i> Antwortvorgabe: <i>Ja; Nein</i>	Kategorisierung in: - ja - nein
Leistungserbringende von Behandlungen psychischer Probleme	Fragelaut: <i>Was ist die Person von Beruf gewesen, wo Sie behandelt hat?</i> Antwortvorgabe (3 mögliche Antworten): <i>Psychologe, Psychotherapeut, Psychiater; Allgemeinarzt/Internist; anderer Arzt; komplementärmedizinischer Therapeut (z.B. Naturheilpraktiker, Magnetopath, Ayurveda, Yoga); anderer nicht medizinischer Therapeut (z.B. Tanz-, Mal-, Theatertherapeut, Schamane); anderer Beruf</i>	Kategorisierung in: - Psychiater/in - Psychologe/Psychologin; Psychotherapeut/in - Allgemeinarzt/-ärztin - Andere
Medikamenteneinnahme, allgemein	Fragelaut: <i>Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?</i> Antwortvorgabe: <i>Ja; Nein</i>	Kategorisierung in: - ja - nein
Medikamenteneinnahme, spezifisch	Fragelaut: <i>Ich lese Ihnen eine Liste von Medikamenten vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, wie oft Sie das in den letzten 7 Tagen genommen haben:</i> ... c) <i>Schlafmittel (z.B. Imovane, Sonata)</i> d) <i>Mittel gegen Schmerzen</i> e) <i>Beruhigungsmittel (z.B. Valium, Ativan, Xanax, Temesta)</i> ... h) <i>Medikamente gegen Depression (z.B. Prozac, Paxil, Effexor)</i> Antwortvorgabe: <i>täglich; mehrmals; etwa 1mal in den letzten 7 Tagen; nie</i>	Kategorisierung in: - täglich - anderes
Selbstberichtete Suizidversuche, jemals	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?</i> Antwortvorgabe: <i>Ja; Nein</i>	Kategorisierung in: - ja - nein
Selbstberichtete Suizidversuche, in den letzten 12 Monaten	Fragelaut (schriftlicher Fragebogen): <i>Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?</i> Antwortvorgabe: <i>Ja; Nein</i>	Kategorisierung in: - ja - nein

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2017

© Obsan 2020



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.