



OBSAN BERICHT  
03/2023

# Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022

Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz?  
Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?

Claudio Peter, Alexandre Tuch, Daniela Schuler



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](http://www.obsan.ch) zu finden.

#### **Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

#### **Autor/innen**

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

#### **Begleitgruppe**

Wir bedanken uns ganz herzlich bei Dr. Vladeta Ajdacic-Gross (Universität Zürich, UZH) und Prof. Dr. Martin Preisig (Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV) für die fachliche Begleitung der Omnibuserhebung.

#### **Dank**

Auf Seiten des BFS bedanken wir uns bei Daniel Lörch für die ausgezeichnete Projektleitung und den angenehmen Austausch, sowie bei Christian Pancharid für die methodischen (Vor)Arbeiten. Wir bedanken uns auch bei Frau Susanne Graf und Frau Sabrina Pfister von LINK für die gute Zusammenarbeit.

Ganz herzlichen Dank auch an folgende Personen, die Ihre Expertise eingebracht und uns in spezifischen Fragestellungen unterstützt haben (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. Fabienne Amstad (Gesundheitsförderung Schweiz), Dominique Aubert (Bundesamt für Statistik, BFS), Dr. Niklas Baer (WorkMed), Katherine de Bienassis (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, OECD), Marina Delgrande Jordan (Sucht Schweiz), Dr. Michelle Dey (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW), Dr. Carrie Exton (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, OECD), Dr. Gerhard Gmel (Sucht Schweiz), Prof. Dr. Eva Heim (Universität Lausanne), Emily Hewlett (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, OECD), Prof. Dr. Marc Höglinger (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW), PD Dr. Tobias Krieger (Universität Bern), Dr. Hervé Kuendig (Sucht Schweiz), Dr. Alfred Künzler (Netzwerk Psychische Gesundheit), Prof. Dr. Jürgen Margraf (Universität Bochum), Elvira Mauz und MHS-Team (Robert Koch Institut, RKI), Prof. Dr. Willibald Ruch (Universität Zürich, UZH), Prof. Dr. Stefanie Schmidt (Universität Bern), Silvia Steiner (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, GDK), Dr. Marco Storni (Bundesamt für Statistik, BFS) und Esther Walter (Bundesamt für Gesundheit, BAG)

#### **Projektleitung Obsan**

Claudio Peter

#### **Reihe und Nummer**

Obsan Bericht 03/2023

#### **Zitierweise**

Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

#### **Auskünfte/ Informationen**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel, [obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), Tel. +41 58 463 60 45

#### **Layout**

Obsan

#### **Grafiken**

Obsan

#### **Titelbild**

[iStock.com/MatjazSlanic](https://iStock.com/MatjazSlanic)

#### **Titelseite**

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

#### **Online**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

#### **Print**

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen  
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,  
[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), Tel. +41 58 463 60 60  
Druck in der Schweiz

#### **Copyright**

Obsan, Neuchâtel 2023  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

#### **BFS-Nummer**

873-2303

#### **ISBN**

978-2-940670-32-1



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

# Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022

Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz?  
Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?

**Autorinnen und Autoren  
Herausgeber**

Claudio Peter, Alexandre Tuch, Daniela Schuler  
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2023

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>	3.1.8 Mehrfachbetroffene Personen	41
<b>Résumé</b>	<b>5</b>	3.1.9 Körperliche Beschwerden	42
<b>Sintesi</b>	<b>8</b>	3.1.10 Chronisches psychisches Gesundheitsproblem	43
<b>Summary</b>	<b>10</b>	3.1.11 Einsamkeit	44
<b>1 Einleitung</b>	<b>12</b>	3.2 Psychisches Problem in den letzten 12 Monaten: Hilfesuche	46
<b>2 Methode</b>	<b>13</b>	3.2.1 Wer hat sich welche Hilfe gesucht?	46
2.1 Studiendesign, -ablauf und Stichprobe	13	3.2.2 In Behandlung: Anbieter, Kontext Qualität und Hilfesuchen	47
2.2 Messinstrumente	13	3.2.3 Keine Behandlung trotz psychischer Probleme	51
2.2.1 Subjektive psychische Gesundheit	13	3.2.4 Medikamentenkonsum	52
2.2.2 Positive psychische Gesundheit	14	<b>4 Synthese</b>	<b>55</b>
2.2.3 Symptome psychischer Erkrankungen	15	4.1 Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz psychisch?	55
2.2.4 Selbstverletzung, Suizidgedanken und Suizidversuche	17	4.2 Grosse Unterschiede zwischen der jüngeren und der älteren Bevölkerung	55
2.2.5 Substanzbezogene Abhängigkeit und problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum	17	4.3 Bildung, Migrationshintergrund, Erwerbsstatus und Wohnregion	57
2.2.6 Einschränkungen im Alltag	17	4.4 Selbstverletzungen, Suizidgedanken und Suizidversuche	58
2.2.7 Körperliche Beschwerden	18	4.5 Hilfe suchen bei psychischen Problemen	58
2.2.8 Chronische Erkrankungen	18	4.6 Über- oder Unterschätzung der psychischen Gesundheit?	59
2.2.9 Hilfesuchen bei psychischen Problemen	18	4.7 Limitationen der Erhebung	60
2.2.10 Einsamkeit	19	4.8 Fazit	60
2.2.11 Soziodemografische Faktoren und Wohnregion	19	<b>5 Literaturverzeichnis</b>	<b>61</b>
2.3 Analysen	19	<b>6 Tabellen</b>	<b>66</b>
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>21</b>	<b>7 Anhang</b>	<b>69</b>
3.1 Aktueller psychischer Gesundheitszustand	21		
3.1.1 Subjektive psychische Gesundheit	21		
3.1.2 Positive psychische Gesundheit	22		
3.1.3 Symptome psychischer Erkrankungen	28		
3.1.4 Selbstverletzung, Suizidgedanken und Suizidversuche	35		
3.1.5 Substanzbezogene Abhängigkeit und problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum	37		
3.1.6 Einschränkungen im Alltag aus psychischen Gründen	39		
3.1.7 Schweregrad der psychischen Symptome	40		

# Zusammenfassung

## Einleitung

Mit der im Herbst 2022 durchgeführten Omnibuserhebung *Psychische Gesundheit* soll der psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz in der Breite untersucht werden. Zwei Fragestellungen gaben der Erhebung die inhaltliche Ausrichtung vor:

- 1) Wie steht es um die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz?
  - a) Wie verbreitet ist die *positive psychische Gesundheit*?
  - b) Wie verbreitet sind *Symptome psychischer Erkrankungen*?
- 2) Suchen Personen mit psychischen Problemen Hilfe?
  - a) Wenn ja, wo und bei wem?
  - b) Wenn nein, warum nicht?

## Methode

Im Rahmen einer repräsentativen Online-Befragung der in Privathaushalten lebenden Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren wurden 5502 Personen auf Deutsch, Französisch oder Italienisch zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Erhoben wurden Indikatoren *positiver psychischer Gesundheit* (Lebenszufriedenheit, Glücklichkeit, Lebenssinn, Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Optimismus, psychisches Wohlbefinden) sowie *Symptome psychischer Erkrankungen* (Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)). Ausserdem wurden Selbstverletzung, Suizidgedanken, -pläne oder -versuche, körperliche Beschwerden, chronische Erkrankungen und Einsamkeit abgefragt. Personen mit einem psychischen Problem gaben an, ob und auf welche Weise sie Hilfe gesucht oder in Anspruch genommen haben (darüber reden, sich online oder in einem Buch/Magazin informieren, sich telefonisch beraten lassen, sich behandeln lassen). Darüber hinaus wurden Personen in Behandlung nach dem fachlichen Hintergrund der behandelnden Person sowie nach dem Kontext und der Qualität der Behandlung gefragt.

Neben der Berechnung der Gesamtprävalenzen für die einzelnen Indikatoren erfolgten deskriptive Gruppenvergleiche nach Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund, Urbanität, Grossregion und Sprachregion. In Regressionsmodellen wurden die Gruppenvergleiche zudem für das Alter und das Geschlecht korrigiert. In der Erhebung wurden mittels Fragebögen *Symptome* verschiedener psychischer Erkrankungen ermittelt. Diagnosti-

sche Rückschlüsse sind unzulässig und die Häufigkeit von psychischen Krankheitssymptomen kann überschätzt werden. Für eine Unterschätzung der Häufigkeit psychischer Symptome spricht, dass Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Institutionen leben oder stationär behandelt werden, nicht teilnehmen konnten. **Die Omnibuserhebung lässt keine kausalen Aussagen zu**, da Ursache und Wirkung in solchen Erhebungen nicht trennbar sind.

## Synthese der Ergebnisse

Psychische Probleme sind häufig und wurden in den letzten 12 Monaten von 35% erlebt. In den Wochen vor der Befragung wurden Symptome einer Essstörung (13%), mittelschwere bis schwere Symptome einer Depression oder Angststörung (12% bzw. 9%) sowie Symptome einer sozialen Phobie (10%) vergleichsweise häufig erlebt. Weniger häufig sind Symptome einer ADHS (6%), einer PTBS, einer Zwangs- oder Panikstörung, einer spezifischen Phobie oder einer Agoraphobie (2–4%). Insgesamt gibt eine knappe Mehrheit der Bevölkerung (ca. 52%) an, keine Symptome der abgefragten psychischen Erkrankungen zu haben. Gleichzeitig hat **jede achte Person (13,5%) schwerere Symptomausprägungen**, d.h. dass die **Symptome mit Einschränkungen im Alltag oder mit Suizidgedanken verbunden sind**. Selbstverletzungen (2%), Suizidgedanken (5–8%) und Suizidversuche (jeweils: 4%) sind keine Seltenheit. Mehr als 40% der betroffenen Personen werden nach ihrem Suizidversuch nicht durch eine Fachperson behandelt oder betreut, nur ein Drittel holt sich wegen Suizidgedanken professionelle Hilfe. Das bedeutet, **viele Betroffene werden im Gesundheitssystem nicht «sichtbar»**.

Die psychische Gesundheit hat sich im Vergleich zur Situation vor der Pandemie eher verschlechtert und nicht erholt. Es gibt weniger sehr glückliche oder sehr zufriedene Personen, mittelschwere bis schwere Depressionssymptome (12%) sind häufiger als 2017 (9%) und tendenziell häufiger als 2020 und 2021 (Schuler, Tuch, & Peter, 2020; ZHAW, 2023). Sehr stark angestiegen sind die Einsamkeitsgefühle (14% vs. 5% im Jahr 2017), insbesondere bei den jüngeren Personen (15- bis 24-jährige Frauen: 32%, 15- bis 24-jährige Männer 22%).

**Je höher das Alter der Personen, umso besser die psychische Gesundheit** – darauf weisen die Ergebnisse insgesamt hin. Dass die 65-Jährigen und Älteren ihre psychische Gesundheit deutlich besser einschätzen als die Jüngeren, zeigt sich z.B. am hohen Anteil sehr zufriedener Personen (44% vs. 20–30% bei den 15- bis 54-Jährigen). Psychische Symptome sind bei den 65-Jährigen und Älteren zwar weniger häufig, aber nicht inexistent

(Symptome generalisierter Angststörung: 19%, Suizidgedanken: 7–12%, schwerere Symptomausprägungen insgesamt: 6%). Die 65-Jährigen und Älteren **sind weniger häufig von psychischen Problemen oder Symptomen betroffen, gehen diese aber, wenn sie auftreten, weniger aktiv an**. Bei den älteren Männern ist es jeder Zweite, bei den älteren Frauen jede Dritte, die bei psychischen Problemen *keine* Hilfe in Anspruch nimmt. Die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung wird vermutlich überschätzt, weil Personen, welche in Pflegeheimen leben und eine schlechtere Gesundheit aufweisen, nicht befragt wurden.

**Die junge Bevölkerung ist im Herbst 2022 weiterhin stärker psychisch belastet als vor der Covid-19 Pandemie.** Im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung in der Schweiz schneiden die 15- bis 24-Jährigen bei Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit wie auch bei fast allen erhobenen Krankheitssymptomen schlechter ab (Beispiel: mittelschwere bis schwere Angstsymptome: 17% vs. 9%). Insgesamt werden **schwerere Symptomausprägungen von 36% der jungen Frauen berichtet**. Etwa 11% der 15- bis 24-jährigen Frauen haben sich in den letzten 12 Monaten absichtlich selbst verletzt und rund 14% erwogen, sich das Leben zu nehmen. Bei den jungen Männern sind die Zahlen zwar weniger hoch, jedoch ebenfalls über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (Beispiel: mittelschwere bis schwere Depressionssymptome: 15% vs. 12%; Suizidgedanken letzte 12 Monate: 9% vs. 5%). **Schwerere Symptomausprägungen werden von 15% der jungen Männer erlebt**. Die Mehrheit der jungen Personen sucht sich bei psychischen Problemen Hilfe (Frauen: 85%, Männer: 69%), vor allem beim sozialen Umfeld. *Anteilsmässig* ist das die Mehrheit der jungen Personen. Angesichts der Häufigkeit psychischer Probleme bedeutet es aber, dass eine hohe *Anzahl* junger Personen trotz psychischer Probleme keine Hilfe in Anspruch nimmt.

**Bei vielen Indikatoren der psychischen Gesundheit ist ein Bildungsgradient mit besserer Gesundheit bei Personen mit Tertiärabschluss erkennbar**, während Personen mit Sekundarabschluss I ihre psychische Gesundheit am schlechtesten einschätzen. Dieser Gradient zeigt sich beispielsweise bei Symptomen von Depression (Sek I: 15,8%, Sek II: 11,8%, Tertiär: 8,6%), bei Paniksymptomen (4,7%, 3,4%, 1,5%), oder bei PTBS-Symptomen (6%, 5%, 2%).

**Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa oder Ost- und Südosteuropa sind psychisch eher stärker belastet als Personen ohne Migrationshintergrund.** Dies zeigt sich bei einigen Indikatoren der psychischen Gesundheit (z.B. Symptome einer Panikstörung oder diagnostizierte Depression). Personen mit Migrationshintergrund aus Nord- und Westeuropa unterscheiden sich kaum von Personen ohne Migrationshintergrund. Die deskriptiven Analysen weisen auf eine schlechtere psychische Gesundheit der Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation hin. Dies ist jedoch auf deren jüngeres Alter und nicht auf den Migrationshintergrund per se zurückzuführen.

**Arbeitslose und insbesondere arbeitsunfähige Personen schätzen ihre psychische Gesundheit deutlich schlechter ein als Erwerbstätige und Nichterwerbspersonen.** Die Arbeitsunfähigkeit vieler Befragter könnte unter anderem auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sein – darauf deuten die hohen Anteile

chronischer psychischer (20%) oder psychisch UND körperlich (40%) bedingter Erkrankungen, diagnostizierter Depressionen (36%) oder Angststörungen hin (52%). Arbeitsunfähige Personen sind häufig wegen psychischer Probleme in Behandlung (52%), viele nehmen Psychopharmaka oder Schmerzmittel ein (57,5%). Dies weist auf eine Anbindung ans Versorgungssystem hin.

**Personen in französisch- oder italienischsprachigen Regionen berichten eher von einer schlechteren psychischen Gesundheit als Personen aus deutschsprachigen Regionen.** Dabei ist der Unterschied zwischen den französisch- und den deutschsprachigen Regionen ziemlich konsistent, sowohl bei Indikatoren positiver psychischer Gesundheit (z.B. hohe Lebenszufriedenheit: 29% vs. 35%), wie auch bei Symptomen psychischer Erkrankungen (z.B. Symptome Zwangsstörung: 5% vs. 3%; Symptome sozialer Phobie: 13% vs. 9%). Das Tessin liegt als Grossregion insbesondere bei Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit, wie dem psychischen Wohlbefinden und dem Optimismus, unter dem Schweizer Durchschnitt. Bedeutsame Stadt-Land Unterschiede sind kaum zu beobachten. Dies ist überraschend, da frühere Analysen solche auswiesen (z.B. Analysen Daten SGB 2017) und sich an der Definition der Urbanität nichts geändert hat.

**Fast 10% der Bevölkerung befand sich in den letzten 12 Monaten in einer Behandlung wegen einem psychischen Problem.** Die selbstberichtete Inanspruchnahme ist damit gestiegen (2017: 6%), was aber vermutlich auf die Verwendung einer niederschwelligeren Definition der psychischen Probleme zurückzuführen ist, die auch leichtere psychische Belastungen wie Stress umfasst. Am häufigsten aufgesucht werden psychologische und psychiatrische Fachkräfte sowie Allgemeinärztinnen und -ärzte. Der Anteil der Allgemeinärztinnen und -ärzte ist eher gestiegen, was auf die wichtige Rolle der Hausärzteschaft hinweist. Die mehrheitlich ambulanten Behandlungen werden von den Patientinnen und Patienten als qualitativ hochwertig wahrgenommen.

**Die Gründe, warum Menschen mit psychischen Problemen keine Behandlung in Anspruch nehmen, sind vielfältig.** Klar am häufigsten genannt wird die *Hoffnung, dass das Problem von selbst verschwindet*. Diese Strategie birgt Risiken, da leichtere Symptome sich chronifizieren können. Allerdings entwickeln auch nicht alle Personen, die über einen kürzeren Zeitraum Symptome erleben, eine psychische Erkrankung.

Bei psychischen Problemen wird Hilfe am häufigsten in Form eines Austausches mit dem nahen Umfeld gesucht (rund 65% der Hilfesuchenden). Dies unterstreicht die Bedeutung eines engen sozialen Umfeldes. Die Kontaktaufnahme mit einer telefonischen Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe ist weniger verbreitet (4%), leistet jedoch mit ihrem niederschweligen Zugang einen wichtigen Beitrag für die Versorgung. **Über ein Viertel der Personen (27%) mit psychischen Problemen suchten sich keinerlei Hilfe.**

**Der Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz und der Bereitstellung zugänglicher Hilfs- und Versorgungsangebote durch Fachkräfte kommt nach wie vor eine grosse Relevanz zu.** Über psychische Probleme zu reden ist keine Selbstverständlichkeit und das soziale Umfeld häufig die erste Anlaufstelle – daher ist auch das Wissen über psychische Gesundheit auf Bevölkerungsebene von grosser Bedeutung.

# Résumé

## Introduction

L'enquête Omnibus sur la santé psychique, réalisée en automne 2022, visait à évaluer l'état de *santé psychique* de la population en Suisse à grande échelle. Le contenu de l'enquête s'est axé sur deux types de questions:

- 1) Quel est l'état de santé psychique de la population en Suisse?
  - a) Quelle est l'importance de la *santé psychique positive*?
  - b) Quelle est la prévalence des *symptômes de maladies psychiques*?
- 2) Les personnes souffrant de troubles psychiques demandent-elles de l'aide?
  - a) Si oui, où et auprès de qui?
  - b) Si non, pourquoi?

## Méthode appliquée

Dans le cadre d'une enquête représentative menée en ligne auprès de la population résidant en Suisse âgée de plus de 15 ans vivant dans des ménages privés, 5502 personnes ont été interrogées en allemand, en français ou en italien sur leur état de santé psychique. L'enquête a recueilli des informations sur les indicateurs propres à la *santé psychique positive* (satisfaction dans la vie, bonheur, sens de la vie, sentiment d'auto-efficacité, estime de soi, optimisme, bien-être psychique) et les *symptômes de troubles psychiques* (dépression, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'alimentation, état de stress post-traumatique [ESPT] et troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité [TDAH]). Les questions ont en outre porté sur l'automutilation, les idées suicidaires, les tentatives de suicide, les troubles physiques, les maladies chroniques et la solitude. Les personnes confrontées à un problème psychique ont indiqué si elles ont cherché de l'aide ou eu recours à une prise en charge et, si oui, dans quelle mesure (en parler, s'informer en ligne ou dans un livre/magazine, se faire conseiller par téléphone, se faire soigner). Dans le cas de personnes en traitement, l'enquête s'est enquis des compétences professionnelles de la personne dispensant le traitement ainsi que du cadre et de la qualité du traitement.

L'étude a non seulement calculé la prévalence globale des différents indicateurs, mais aussi établi des comparaisons descriptives selon le sexe, l'âge, le statut d'activité, l'origine migratoire, le degré d'urbanisation, la grande région et la région linguistique. Des modèles de régression ont par ailleurs été appliqués afin de

corriger les comparaisons selon l'âge et le sexe. L'enquête a en outre utilisé des questionnaires spécifiques afin de déterminer les *symptômes* de différents troubles psychiques. Il est cependant impossible d'en tirer des conclusions diagnostiques fiables et il est possible que cette manière de procéder surévalue la fréquence des symptômes psychiques. Il se pourrait aussi que la fréquence de ces symptômes soit sous-estimée, car les personnes vivant en institution ou suivant un traitement hospitalier au moment de l'enquête Omnibus n'ont pas pu y prendre part. **Celle-ci ne permet pas d'établir des conclusions causales**, car ce type d'enquête ne permet pas de distinguer la cause de l'effet.

## Synthèse des résultats

Les problèmes psychiques étaient fréquents et 35% des personnes interrogées en ont rencontré au cours des douze derniers mois. Durant les semaines qui ont précédé l'enquête, elles en ont rencontré différents types assez souvent: troubles de l'alimentation (13%), symptômes modérés à sévères d'une dépression ou d'un trouble anxieux (resp. 12% et 9%) et symptômes d'une phobie sociale (10%). Les symptômes d'un ESPT (6%), de TDAH, d'un trouble obsessionnel compulsif, d'un trouble panique, d'une phobie spécifique ou d'une agoraphobie (2 à 4%) ont été moins fréquents. Dans l'ensemble, une petite majorité de la population (52% env.) a déclaré ne présenter aucun des symptômes psychiques mentionnés dans le questionnaire. Dans le même temps, **une personne sur huit (soit 13,5%) présentait des symptômes plutôt sévères, c'est-à-dire des symptômes qui restreignent les activités de la vie quotidienne ou s'accompagnent d'idées suicidaires**. L'automutilation (2%), les idées suicidaires (5 à 8%) et les tentatives de suicide (au moins une fois au cours de la vie: 4%) étaient loin d'être rares. Après une tentative de suicide, plus de 40% des personnes concernées n'ont pas bénéficié d'un traitement ou d'une prise en charge professionnelle et un tiers seulement de celles qui avaient des pensées suicidaires ont recherché une aide professionnelle. En d'autres termes, **nombre des personnes souffrant de ce type de troubles n'apparaissent pas dans les dossiers du système de santé**.

Par rapport à la situation qui régnait avant la pandémie, la santé psychique s'est plutôt dégradée et ne s'est pas rétablie. En 2022, la part des personnes heureuses ou très satisfaites était en recul, les symptômes dépressifs modérés à sévères étaient plus fréquents (12%) qu'en 2017 (9%) et dénotaient une tendance à la hausse par rapport à 2020 et à 2021 (Schuler et al., 2020;

ZHAW, 2023). Le sentiment de solitude était beaucoup plus répandu (14% contre 5% en 2017), en particulier chez les jeunes (32% chez les femmes de 15 à 24 ans; 22% chez les hommes du même âge).

Dans l'ensemble, les résultats révèlent une chose: **plus une personne est âgée, meilleure est sa santé psychique.** Les personnes âgées de 65 ans ou plus se sont estimées en nettement meilleure santé psychique que les plus jeunes. Preuve en est la forte proportion de personnes très satisfaites dans ce groupe d'âge (44% contre 20 à 30% parmi les personnes de 15 à 54 ans). Si les symptômes psychiques étaient certes moins fréquents chez les 65 ans ou plus, ils n'étaient pas inexistantes pour autant (symptômes d'anxiété généralisée: 19%; idées suicidaires: 7 à 12%; symptômes plutôt graves, au total: 6%). Les personnes âgées de 65 ans ou plus **éprouvaient moins souvent des troubles ou des symptômes psychiques, mais ne cherchaient pas activement à y remédier lorsqu'elles en avaient.** Un homme âgé sur deux et une femme âgée sur trois *n'ont pas* demandé de l'aide en cas de problèmes psychiques. Les résultats surestiment probablement la santé psychique de la population âgée, car l'enquête n'inclut pas les personnes qui vivent dans un EMS et présentent un mauvais état de santé.

**En automne 2022, la population jeune présentait toujours davantage de problèmes psychiques qu'avant la pandémie de COVID-19.** Les 15 à 24 ans ont affiché de moins bonnes valeurs que la population en Suisse pour tous les indicateurs de santé psychique positive et pour presque tous les symptômes ou troubles sur lesquels l'enquête a porté (17% d'entre eux éprouvaient p. ex. des symptômes modérés à sévères de trouble anxieux, contre 9% en moyenne). Dans l'ensemble, **36% des jeunes femmes ont fait état de symptômes plutôt graves.** Au cours des douze derniers mois, environ 11% des femmes de 15 à 24 ans s'étaient automutilées et environ 14% avaient envisagé de mettre fin à leurs jours. Si ces chiffres sont moins élevés chez les jeunes hommes, ils restent supérieurs à la moyenne de la population totale (symptômes dépressifs modérés à sévères: 15% contre 12%; idées suicidaires au cours des douze derniers mois: 9% contre 5%). **Au total, 15% des jeunes hommes éprouvaient des symptômes plutôt sévères.** Lorsque les personnes jeunes souffraient de problèmes psychiques, la majorité d'entre elles (85% des femmes et 69% des hommes) ont surtout cherché de l'aide auprès de leur entourage social. En *proportion*, il s'agit de la majorité des personnes jeunes. Si l'on considère la fréquence des problèmes psychiques, cela signifie cependant qu'un grand *nombre* de jeunes personnes n'ont pas eu recours à une aide en cas de problèmes psychiques.

**De nombreux indicateurs de la santé psychique font apparaître un gradient éducatif:** les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire sont en meilleure santé, tandis que celles ayant achevé une formation du secondaire II donnent la plus mauvaise évaluation de leur santé psychique. Ce gradient s'est par exemple manifesté dans la prévalence de symptômes dépressifs (secondaire I: 15,8%; secondaire II: 11,8%; degré tertiaire: 8,6%) de trouble panique (resp. 4,7%, 3,4% et 1,5%) ou d'ESPT (resp. 6%, 5% et 2%).

**Les personnes appartenant à la première génération issue de la migration en provenance du Sud-Ouest, de l'Est et du Sud-Est de l'Europe ont tendance à être plus atteintes de troubles psychologiques que les personnes non issues de l'immigration.**

C'est ce qui ressort de certains indicateurs de santé psychique (symptômes de trouble panique ou dépression diagnostiquée p. ex.). Les personnes issues de la migration en provenance d'Europe du Nord ou de l'Ouest ne se distinguent guère des personnes non issues de la migration. Les analyses descriptives ont par ailleurs révélé un état de santé psychique plus mauvais chez les personnes de la deuxième génération issue de la migration. Cette situation s'explique toutefois par leur âge (elles sont plus jeunes) que par le fait qu'elles sont issues de la migration.

**Les personnes au chômage et, plus particulièrement, les personnes en incapacité de travailler ont donné une évaluation nettement plus mauvaise de leur santé psychique que les personnes actives occupées et les personnes non actives.**

Chez nombre des personnes interrogées, l'incapacité de travailler pourrait d'ailleurs expliquer l'existence de problèmes psychiques. C'est du moins ce que donnent à penser les proportions élevées de maladies psychiques (20%) ou d'origine psychique ET physique (40%), de dépressions diagnostiquées au plan clinique (36%) ou de troubles anxieux (52%). Les personnes en incapacité de travailler suivaient souvent un traitement pour des troubles psychiques (52%) et beaucoup prenaient des psychotropes médicamenteux contre les douleurs (57,5%). Ces observations dénotent l'existence d'un lien avec le système de soins.

**Les personnes des régions francophone ou italophone se sont estimées plus souvent en mauvais état de santé psychique que celles vivant dans la région germanophone.**

L'écart entre la région francophone et la région germanophone s'avérait assez constant, tant pour ce qui des indicateurs de santé psychique positive (29% contre 35% pour la satisfaction dans la vie p. ex.) que pour les symptômes de maladies psychiques (symptômes d'un trouble obsessionnel compulsif: 5% contre 3%; symptômes de phobie sociale: 13% contre 9%). Parmi les grandes régions, le Tessin s'est placé en dessous de la moyenne suisse, en particulier pour les indicateurs de santé psychique positive, du bien-être psychique et de l'optimisme. L'enquête ne révèle guère de différences significatives entre la ville et la campagne. C'est surprenant, car les analyses précédentes (celles des données de l'ESS 2017, p. ex.) en faisaient état et la définition du caractère urbain n'a en rien été modifiée.

**Au cours des douze mois précédents, près de 10% de la population a suivi un traitement pour soigner un problème psychique.**

Le recours déclaré aux soins de santé a donc augmenté (à 6% en 2017), une hausse vraisemblablement due à une définition plus large des problèmes de santé psychique qui inclut désormais les troubles mentaux plus légers, notamment le stress. Les professionnels le plus souvent sollicités étaient les psychologues, les psychiatres et les médecins généralistes. La part de ces derniers s'est plutôt accrue, ce qui souligne l'importance de la médecine de premier recours. Les patientes et les patients ont estimé que les traitements reçus, en majorité ambulatoires, étaient de qualité élevée.

**Les raisons pour lesquelles les personnes souffrant de problèmes psychiques ont renoncé à un traitement médical sont variées.** *L'espoir que le problème disparaîtra de lui-même*, a de toute évidence été cité le plus souvent. Cette stratégie comporte cependant des risques, car des symptômes légers peuvent devenir chroniques. Par ailleurs, toutes les personnes qui présentent des symptômes sur une brève période ne développent pas forcément une maladie psychique.

En cas de problèmes psychiques, les personnes concernées ont le plus souvent cherché de l'aide en échangeant avec leur entourage proche (65% env. des personnes ayant cherché de l'aide). D'où toute l'importance d'un entourage social proche. Bien que les services de consultation téléphonique et les groupes d'entraide apportent, par leur facilité d'accès, une contribution importante aux soins dispensés, les gens ont moins souvent contacté ce type d'organisme (4%). **Plus d'un quart des personnes souffrant de problèmes psychiques (27%) n'ont pas du tout cherché de l'aide.**

**Comme par le passé, il importe de renforcer la santé psychique de la population en Suisse de même que la mise à disposition d'une aide et de soins appropriés fournis par des professionnels.** Comme il n'est pas facile de parler de ses problèmes psychiques et que l'entourage social assure souvent la première aide, il est également essentiel d'accroître les connaissances sur la santé psychique au sein de la population.

# Sintesi

## Introduzione

L'indagine Omnibus *Salute psichica*, condotta nell'autunno del 2022, esamina lo stato di salute psichica della popolazione in svizzera a grandi linee. I contenuti dell'indagine sono improntati sulle due domande seguenti.

- 1) Qual è la situazione della salute psichica della popolazione in Svizzera?
  - a) Quanto è diffusa la *salute psichica positiva*?
  - b) Quanto sono diffusi i *sintomi delle malattie psichiche*?
- 2) Le persone con un problema psichico cercano aiuto?
  - a) Se sì, dove e da chi?
  - b) In caso di risposta negativa, per quale motivo?

## Metodo

Nell'ambito di un'indagine online rappresentativa della popolazione residente in Svizzera di età pari o superiore a 15 anni che vive in economie domestiche private, a 5502 persone sono state poste domande in merito alla loro salute psichica in tedesco, francese o italiano. Sono stati rilevati indicatori di *salute psichica positiva* (soddisfazione per la propria vita, sentimento di felicità, senso della vita, autoefficacia, autostima, ottimismo, benessere psichico) come pure *sintomi di malattie psichiche* (depressione, disturbi d'ansia e ossessivo-compulsivi, disturbi alimentari, disturbi post traumatici da stress (DPTS), disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD, o DDAI in italiano). Inoltre, sono state poste domande su autolesionismo, pensieri, piani o tentativi di suicidio, disturbi fisici, malattie croniche e solitudine. Le persone con un problema psichico hanno indicato se e in che modo hanno cercato o fatto ricorso a un aiuto (parlarne, informarsi su internet o su un libro/rivista, ricevere una consulenza telefonica, sottoporsi a un trattamento). Le persone in cura sono inoltre state interrogate in merito al background professionale della persona che fornisce il trattamento, nonché sul contesto e sulla qualità del trattamento.

Oltre a calcolare le prevalenze complessive per i singoli indicatori, sono stati effettuati confronti descrittivi tra gruppi in base a sesso, età, statuto occupazionale, passato migratorio, urbanità, Grande Regione e regione linguistica. I confronti tra i gruppi sono stati corretti anche per età e sesso attraverso modelli di regressione. Nella rilevazione le varie malattie psichiche sono state indagate a mezzo di questionari con liste di *sintomi*. Non è ammesso trarre conclusioni diagnostiche e bisogna mettere in conto una possibile sovrastima della frequenza dei sintomi delle malattie psichiche. La ragione per una sottostima della frequenza dei

sintomi psichici potrebbe essere dovuta al fatto che le persone che al momento dell'indagine vivevano in istituti o erano curate in modo stazionario non hanno potuto partecipare. **L'indagine Omnibus non consente di esprimersi sulle cause**, in quanto in questo tipo di indagini causa ed effetto sono inscindibili.

## Sintesi dei risultati

Il problema psichico è diffuso e negli ultimi 12 mesi è stato percepito dal 35% delle persone. Nelle settimane precedenti l'indagine le persone hanno avuto con una frequenza relativamente alta sintomi di un disturbo alimentare (13%), sintomi da moderati a gravi di depressione o di disturbo d'ansia (risp. il 12% e il 9%) o sintomi di una fobia sociale (10%). Meno frequenti invece i sintomi di DDAI (6%), DPTS, disturbo ossessivo-compulsivo, attacco di panico, fobia specifica o agorafobia (2–4%). Nel complesso, una leggera maggioranza della popolazione (ca. il 52%) dichiara di non avere sintomi delle malattie psichiche in questione. Nel contempo, **una persona su otto (13,5%) presentava una sintomatologia piuttosto grave**, vale a dire che i **sintomi comportavano limitazioni nella vita quotidiana o pensieri suicidi**. Autolesionismo (2%), pensieri suicidi (5–8%) e tentativi di suicidio (almeno uno nel corso della vita: il 4%) non sono una rarità. Oltre il 40% delle persone interessate non viene curato o assistito da un professionista dopo il tentativo di suicidio e solo un terzo cerca un aiuto professionale a seguito di pensieri suicidi. Ciò significa che **molte persone interessate da questi problemi non sono «visibili» nel sistema sanitario**.

Rispetto alla situazione precedente alla pandemia, la salute psichica è tendenzialmente peggiorata e da allora non è migliorata. Ci sono meno persone molto felici o molto soddisfatte, i sintomi di depressione da moderati a gravi (12%) sono più diffusi rispetto al 2017 (9%) e tendenzialmente più diffusi rispetto al 2020 e al 2021 (Schuler et al., 2020; ZHAW, 2023). È aumentato in modo molto marcato il senso di solitudine (il 14% rispetto al 5% del 2017), soprattutto tra i giovani (donne dai 15 ai 24 anni: 32%; uomini dai 15 ai 24 anni: 22%).

**Nel complesso, dai risultati emerge che la salute psichica migliora con l'aumentare dell'età delle persone.** Il fatto che le persone dai 65 anni in su valutino la loro salute psichica in modo nettamente migliore rispetto a quelle più giovani lo dimostra, ad esempio, l'elevata quota di persone molto soddisfatte (il 44% contro il 20–30% delle persone dai 15 ai 54 anni). Sebbene meno frequenti, i sintomi psichici tra le persone di 65 anni e più non sono però del tutto assenti (sintomi di disturbo d'ansia generalizzato: 19%; pensieri suicidi: 7–12%; sintomatologia piuttosto grave, nel

complesso: 6%). Le persone dai 65 anni in su **hanno meno probabilità di essere colpite da problema psichico o sintomi di natura psichica, ma sono meno attivi nell'affrontarli quando si presentano**. Tra gli uomini anziani è uno su due, tra le donne anziane una su tre, a *non* cercare aiuto in caso di problema psichico. La salute psichica della popolazione anziana è probabilmente sovrastimata perché le persone che vivono in case di cura e versano in condizioni di salute più precarie non sono state intervistate.

**Nell'autunno del 2022 nella popolazione giovane continuava a sussistere un disagio psichico più forte rispetto a prima della pandemia di COVID-19.** Rispetto alla media della popolazione in svizzera, i giovani dai 15 ai 24 anni si profilano meno bene stando agli indicatori di salute psichica positiva e a quasi tutti i sintomi di malattia rilevati (ad es. sintomi di ansia da moderati a gravi: il 17% contro il 9%). Nel complesso, il 36% delle giovani donne ha manifestato una **sintomatologia piuttosto grave**. Nei 12 mesi precedenti l'indagine, si è auto lesionato intenzionalmente circa l'11% delle donne dai 15 ai 24 anni e circa il 14% ha pensato di togliersi la vita. Tra i giovani uomini le cifre sono meno elevate, ma anche nel loro caso superiori alla media della popolazione complessiva (ad es. sintomi depressivi da moderati a gravi: il 15% contro il 12%; pensieri suicidi negli ultimi 12 mesi: il 9% contro il 5%). Una **sintomatologia piuttosto grave è presente nel 15% dei giovani uomini**. La maggior parte dei giovani, quando sente un problema psichico cerca aiuto (donne: 85%; uomini: 69%), soprattutto nel contesto sociale. *In termini proporzionali*, si tratta della maggioranza dei giovani. Tuttavia, data la frequenza dei problemi psichici, ciò significa che un *numero* elevato di giovani, pur sentendo un problema psichico, non ricorre a nessun aiuto.

**Per molti indicatori della salute psichica risulta chiaramente un gradiente in termini di formazione**, dal quale emerge che la salute è migliore tra le persone con formazione di livello terziario, mentre quelle con formazione di livello secondario I considerano di avere la salute psichica peggiore. Questo gradiente è evidente, ad esempio, per quanto riguarda i sintomi depressivi (formaz. sec. I: 15,8%; formaz. sec. II: 11,8%; formaz. ter.: 8,6%), gli attacchi di panico (4,7%; 3,4%; 1,5%) o i sintomi di DPTS (6%; 5%; 2%).

**Le persone con passato migratorio di prima generazione provenienti dall'Europa sudoccidentale o dall'Europa orientale o sudorientale sono tendenzialmente sottoposte a una sofferenza psicologica maggiore rispetto alle persone senza passato migratorio.** Questo emerge da alcuni indicatori della salute psichica (p. es. sintomi di attacchi di panico o depressione diagnosticata). Le persone con passato migratorio provenienti dall'Europa settentrionale e occidentale, invece, non presentano differenze significative rispetto a quelle senza passato migratorio. Le analisi descrittive evidenziano una salute psichica più scarsa tra le persone con passato migratorio di seconda generazione. Ciò è però da ricondurre alla loro giovane età e non al contesto migratorio in sé.

**I disoccupati e soprattutto le persone che presentano un'incapacità al lavoro valutano la propria salute psichica in modo nettamente peggiore rispetto alle persone occupate e a quelle non attive.** L'incapacità al lavoro di molte persone intervistate potrebbe essere dovuta, tra l'altro, a malattie psichiche: è quanto meno ciò che lasciano intendere le quote elevate di malattie psichiche croniche (20%) o malattie psichiche E fisiche croniche

(40%), depressione diagnosticata (36%) o disturbi d'ansia (52%). Le persone che presentano un'incapacità al lavoro sono spesso in cura per un problema psichico (52%) e molte assumono psicofarmaci o antidolorifici (57,5%). Questo denota che fanno capo al sistema sanitario.

**Le persone che vivono nelle regioni di lingua francese o italiana indicano una salute psichica tendenzialmente peggiore rispetto alle persone che vivono nelle regioni di lingua tedesca.**

La differenza tra le regioni francofone e quelle germanofone è abbastanza consistente, sia per quanto riguarda gli indicatori di salute psichica positiva (ad es. elevata soddisfazione per la propria vita: il 29% contro il 35%), come pure per quanto riguarda i sintomi delle malattie psichiche (ad es. sintomi di disturbi ossessivo-compulsivi: il 5% contro il 3%; sintomi di fobia sociale: il 13% contro il 9%). La Grande Regione Ticino si situa al di sotto della media svizzera, soprattutto per quanto riguarda gli indicatori di salute psichica positiva, come il benessere psichico e l'ottimismo. Lo studio praticamente non rileva divari città-campagna: questo è un dato sorprendente, in quanto alcune analisi precedenti lo evidenziavano (ad es. le analisi dei dati dell'ISS 2017), senza che la definizione di urbanità sia cambiata minimamente.

**Nei 12 mesi precedenti l'indagine quasi il 10% della popolazione era in cura per un problema psichico.** Il ricorso autodichiarato a tali trattamenti è quindi aumentato (2017: 6%), ma ciò è probabilmente dovuto all'utilizzo di una definizione del termine «problemi psichici» che include anche una sofferenza psicologica più lieve, come lo stress. La maggior parte delle consultazioni viene richiesta a specialisti in psicologia e psichiatria e a medici generalisti. La quota di medici generalisti è tendenzialmente aumentata, il che dimostra l'importanza del ruolo che ricopre il medico di famiglia. I trattamenti, perlopiù ambulatoriali, sono percepiti dai pazienti come di alta qualità.

**Le ragioni per le quali le persone con problemi psichici non ricorrono a un trattamento sono di varia natura.** Quella più citata è chiaramente la *speranza che il problema si risolva da solo*. Questa strategia comporta dei rischi, poiché sintomi lievi possono divenire cronici. È anche vero, tuttavia, che non tutte le persone che manifestano i sintomi per un breve periodo sviluppano poi una malattia psichica.

Nel caso dei problemi psichici, il modo in cui si cerca aiuto è prevalentemente il dialogo con la cerchia sociale più stretta (ca. il 65% delle persone che chiedono aiuto). Ciò sottolinea l'importanza di disporre di una rete sociale fitta. Il ricorso a un centro di consulenza telefonica o a un gruppo di auto-aiuto è meno frequente (4%), ma offre un contributo di assistenza importante grazie alla sua facile accessibilità. **Oltre un quarto delle persone con problemi psichici (27%) non ha chiesto alcun aiuto.**

**Il rafforzamento della salute psichica della popolazione in svizzera e l'offerta di un aiuto e di un'assistenza accessibili da parte dei professionisti continuano a essere di grande importanza.** Parlare di problemi psichici non è scontato e la cerchia sociale è spesso il primo punto di contatto, pertanto è molto importante che la popolazione abbia delle conoscenze in merito alla salute psichica.

# Summary

## Introduction

The *Mental Health* Omnibus survey conducted in autumn 2022 aimed to broadly examine the mental health of Switzerland's population. The survey's focus was determined by two research questions:

- 1) What is the population's state of mental health in Switzerland?
  - a) How prevalent is *positive mental health*?
  - b) How prevalent are *symptoms of mental illness*?
- 2) Do people with mental health problems seek help?
  - a) If so, where and from whom?
  - b) If not, why not?

## Methods

As part of a representative online survey of the Swiss resident population aged 15 and over living in private households, 5502 people were asked about their mental health in German, French or Italian. Indicators of *positive mental health* (life satisfaction, happiness, meaning in life, self-efficacy, self-worth, optimism, psychological well-being) as well as *symptoms of mental illnesses* (depression, anxiety and obsessive-compulsive disorders, eating disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) were surveyed. In addition, questions were asked about self-harm, suicidal thoughts, plans or attempts, physical complaints, chronic illnesses and loneliness. People with a mental health problem indicated whether and how they had sought or made use of help (talk about it, get information online or in a book/magazine, get advice by phone, get treatment). Furthermore, people receiving treatment were asked about the professional background of the person providing treatment as well as about the context and quality of the treatment.

In addition to calculating overall prevalence for each indicator, descriptive group comparisons were made according to sex, age, employment status, migration background, urbanicity, major region and language region. The group comparisons were also corrected for age and sex in regression models. The survey used questionnaires to identify *symptoms* of various mental illnesses. Diagnoses cannot be made on the basis of answers and the frequency of mental illness symptoms may be overestimated. People living in institutions or receiving inpatient treatment at the time of the survey were unable to participate in the survey. This

would suggest an underestimation of the frequency of mental illness symptoms. **The Omnibus survey does not allow for causal statements**, as cause and effect cannot be separated in such surveys.

## Synthesis of the results

Mental health problems are common and have been experienced by 35% of the population in the last 12 months. In the weeks prior to the survey, symptoms of an eating disorder (13%), moderate to severe symptoms of depression or anxiety disorder (12% and 9% respectively) and symptoms of social phobia (10%) were comparatively frequent. Less frequent were symptoms of ADHS (6%), PTSD, obsessive-compulsive disorder, specific phobia or agoraphobia (2-4%). Overall, a small majority of the population (approx. 52%) stated that they had no symptoms of the mental illnesses surveyed. At the same time, **one in eight people (13.5%) had more severe symptom manifestations**, i.e., the **symptoms were associated with restrictions in everyday life or with suicidal thoughts**. Self-harm (2%), suicidal thoughts (5-8%) and suicide attempts (ever: 4%) are not uncommon. More than 40% of the affected persons are not treated or cared for by a professional after their suicide attempt, and only one third seek professional help for suicidal thoughts. This means that **many affected people are not «visible» in the health system**.

Mental health has tended to deteriorate rather than recover when compared with the pre-pandemic situation. There are fewer very happy or very satisfied people, moderate to severe depression symptoms (12%) are more common than in 2017 (9%) and tend to be more common than they were in 2020 and 2021 (Schuler et al., 2020; ZHAW, 2023). Feelings of loneliness have risen very sharply (14% vs. 5% in 2017), especially among younger people (15- to 24-year-old women: 32%, 15 to 24-year-old men 22%).

The overall results show that the **older the person, the better the mental health**. The fact that 65-year-olds and older rate their mental health significantly better than the younger ones is shown, for example, by the high proportion of very satisfied persons (44% vs. 20-30% among the 15-54-year-olds). Although symptoms of mental illness are less frequent among those aged 65 and older, they are not non-existent (symptoms of generalised anxiety disorder: 19%, suicidal thoughts: 7–12%, severe symptom manifestations overall: 6%). Those 65 and older are **less likely to be af-**

**ected by mental health problems or symptoms, but are less active in addressing them when they do occur.** Among older men, one in two do *not* seek help for mental health problems. Among older women, this figure is one in three. The better state of the elderly population's mental health is probably overestimated because people living in nursing homes and who are in poorer health were not surveyed.

**The young population continued to be more mentally distressed in autumn 2022 than before the Covid-19 pandemic.**

Compared with the average of the Swiss population, 15-24 year olds scored lower on indicators of positive mental health as well as on almost all surveyed symptoms of illness (example: moderate to severe anxiety symptoms: 17% vs. 9%). Overall, **severe symptom manifestations were reported by 36% of young women.** Around 11% of 15 to 24 year-old women have intentionally self-harmed in the last 12 months and about 14% have considered attempting suicide. The figures are lower among young men, but also higher than the average in the total population (example: moderate to severe depression symptoms: 15% vs. 12%; suicidal thoughts in the last 12 months: 9% vs. 5%). **More severe symptom manifestations were experienced by 15% of young men.** The majority of young people seek help for mental health problems (women: 85%, men: 69%), primarily from family and acquaintances. *In percentage terms* this applies to the majority of young people. However, given the prevalence of mental health problems, it means that a large *number* of young people do not seek help despite having mental health problems.

**For many of the mental health indicators, an educational gradient can be seen,** with better health among people with tertiary education, while people with lower secondary education rate their mental health worst. This gradient is apparent, for example, in symptoms of depression (lower sec.: 15.8%, upper sec.: 1.8%, tertiary: 8.6%), for panic symptoms (4.7%, 3.4%, 1.5%), or for PTSD symptoms (6%, 5%, 2%).

**People with a first-generation migration background from Southwestern Europe or Eastern and Southeastern Europe are more likely to be psychologically distressed than those with no migration background.** This is shown by several mental health indicators (e.g. symptoms of a panic disorder or diagnosed depression). Hardly any difference can be detected between people with a migration background from Northern and Western Europe and those with no migration background. The descriptive analyses show poorer mental health among people with a second-generation migration background. However, this is due to their younger age and not to the migration background per se.

**Unemployed people and in particular those who are unable to work, give their mental health a considerably poorer rating than employed and economically inactive persons.** The incapacity to work of many respondents could be due, among other things, to mental illness. The high percentages of chronic mental (20%) or mental AND physical (40%) illnesses, diagnosed depression (35%) or anxiety disorders (52%) point to this. People with an incapacity to work are often treated for mental health problems (52%), and many take psychotropic drugs or painkillers (57,5%). This indicates access to the health care system.

**People in French- or Italian-speaking regions are more likely to report poorer mental health than people from German-speaking regions.** The difference between the French- and German-speaking regions is fairly consistent, both for indicators of positive mental health (e.g. high level of life satisfaction: 29% vs. 35%), and for symptoms of mental illness (e.g. symptoms of an obsessive-compulsive disorder: 5% vs. 3%). symptoms of social phobia: 13% vs. 9%). The major region of Ticino fares less well than the Swiss average, in particular for indicators of positive mental health, such as mental well-being and optimism. No clear differences were observed between rural and urban areas. This is surprising, as previous analyses did show such differences (e.g. SHS 2017 data analyses) and the definition of an urban residence has not changed.

**In the past 12 months, nearly 10% of the population received treatment for a mental health problem.**

The self-reported take-up of health care has hence risen (2017: 6%), but this is probably due to the use of a lower-threshold definition of mental health problems that also includes milder mental distress such as stress. The most frequently consulted health care providers were psychologists and psychiatrists, as well as general practitioners. The percentage of general practitioners consulted has tended to rise, indicating the important role played by these doctors. The mainly outpatient-based treatments are perceived by patients as being of high quality.

**There are many reasons why people with mental health problems do not seek treatment.** The *hope that the problem will go away by itself* is by far the most frequently mentioned. This strategy carries risks, as milder symptoms can become chronic. However, not all people who experience symptoms over a shorter period of time go on to develop a mental illness.

When people have mental health problems, they most often seek help by discussing matters with family or acquaintances (around 65% of those seeking help). This underlines the importance of a close social network. Contacting a telephone counselling service or self-help group is less common (4%), but due to its low-threshold access, makes an important contribution to health care. **Over a third of people (27%) with mental health problems sought no help whatsoever.**

**Improving the mental health of the population in Switzerland and providing accessible help and care by professionals continues to be extremely important.** It is not easy to talk about mental health problems and family or acquaintances are often the first place people seek help. For this reason, knowledge about mental health at the population level is also of great importance.

# 1 Einleitung

Kenntnisse über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung dienen als Grundlage für die gezielte Anpassung, Erweiterung oder Bereitstellung von Hilfs-, Präventions- oder Versorgungsangeboten. Das Obsan hat in seinem Monitoringbericht von 2020 darauf hingewiesen, dass für eine umfassende Beurteilung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz Daten fehlen.

Die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist durch die Covid-19-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen national und international stärker in den Fokus von Politik, Gesellschaft und Wissenschaft gerückt. Internationale Übersichtsarbeiten zeigen, dass sich die Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 negativ auf die psychische Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen wie z.B. Jugendliche ausgewirkt hat (z.B. Bower et al., 2023; Kauhanen et al., 2022; Penninx, Benros, Klein, & Vinkers, 2022; Salanti et al., 2022). Ähnliche Ergebnisse wurden für die Schweiz berichtet (Barrense-Dias, Chok, & Suris, 2021; Jäggi, Stocker, Liechti, Schläpfer, & Künzi, 2022). Wie schon vor der Pandemie beschränkten sich viele dieser Studien aus pragmatischen Gründen auf einzelne Indikatoren der psychischen Gesundheit. Ein umfassenderes Bild des psychischen Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Schweiz fehlt damit nach wie vor.

Mit dem Ziel, die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz in der Breite zu erfassen, wurde im Auftrag des Obsan die Omnibuserhebung «Psychische Gesundheit» durch das Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt. Die Omnibuserhebung des Obsan widmet sich spezifisch den Themen psychische Gesundheit und Hilfesuche bei psychischen Problemen. Mit der im Herbst 2022 durchgeführten Erhebung sollen damit Einzelstudien sowie bereits existierende Erhebungen ergänzt werden. Grundsätzlich sollen mit der Omnibuserhebung zwei Hauptfragen mit spezifischeren Unterfragen beantwortet werden:

1. Wie steht es um die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz?
  - a) Wie verbreitet sind Indikatoren positiver psychischer Gesundheit?
  - b) Wie verbreitet sind Symptome psychischer Erkrankungen?
2. Suchen Personen mit psychischen Problemen Hilfe?
  - c) Wenn ja, wo und bei wem?
  - d) Wenn nein, warum nicht?

Bei allen Fragestellungen werden mögliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen untersucht (Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund). Da sich in der Vergangenheit regionale Unterschiede in der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz gezeigt haben (Schuler et al., 2020), werden auch mögliche Unterschiede nach Wohnregion analysiert (Urbanität, Grossregion, Sprachgemeinde). Weitere Themenschwerpunkte sind Einsamkeit, körperliche Beschwerden, sowie das Vorliegen eines psychisch bedingten chronischen Gesundheitsproblems. Die vorliegende Publikation soll einen ersten Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Studie geben. Vertiefende Analysen können in einem weiteren Schritt folgen.

## 2 Methode

### 2.1 Studiendesign, -ablauf und Stichprobe

Bei der Omnibuserhebung handelt es sich um eine Querschnitterhebung. Die Ziehung der Personenstichprobe erfolgte mittels Zufallsverfahren durch das BFS aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushalterhebungen (SRPH). Die Befragung erfolgte ausschliesslich mit der Zielperson, ein Stellvertreterinterview (Proxy-Interview) wurde nicht angeboten.

Die Omnibuserhebung ist eine online-durchgeführte (CAWI) Personenbefragung. Sie basiert auf einer – nach Grossregionen - geschichteten Zufallsstichprobe. Zur Grundgesamtheit gehörte die ständige, in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung der Schweiz (schweizerische Wohnbevölkerung, ausländische Wohnbevölkerung mit Aufenthaltsstatus B, C oder L (> 12 Monate)) im Alter ab 15 Jahren. Die Ziehung erfolgt aus dem Stichprobenregister für Personen und Haushalte des BFS. Dieses Register enthält die Daten der kommunalen und kantonalen Personenregister.

Den ausgewählten Personen werden neben einem Einladungsschreiben nötigenfalls ein erstes und zweites Erinnerungsschreiben zugestellt. Es wurde kein telefonischer Rückruf durchgeführt. Der Briefinhalt besteht neben inhaltlichen Ausführungen zur Erhebung aus den Zugangsdaten für den Onlinefragebogen, einer Gratis-Telefonnummer oder einer Email für Auskünfte zur Erhebung. Die Befragung wurde auf Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt.

Um den operativen Ablauf der Erhebung (Dauer der Befragung, Webseite) und den Befragungsinhalt zu testen, wurde eine Piloterhebung durchgeführt. Die Personen hatten dabei die Möglichkeit, den Inhalt der Befragung zu kommentieren und sich kritisch gegenüber der Befragung zu äussern. Von den brieflich eingeladenen 1000 Personen machten 291 mit (Rücklaufquote 29%; ohne Erinnerungsschreiben). Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer führten zu Änderungen in der Reihenfolge, zu Formulierungsanpassungen einzelner Fragen sowie zum Austausch einiger Fragen. Die Rücklauf- und Abbruchquoten, wie auch Angaben zu Interesse bezüglich Inhaltes und Erhebungsdauer waren trotz der sensiblen Thematik insgesamt unauffällig.

Die Haupterhebung erfolgte vom 01. September bis zum 01. Dezember 2022. Um die angepeilte Nettostichprobe von 5000 Personen zu erreichen, wurde Ende Oktober eine Reservestichprobe von 1000 Personen aktiviert und der Rekrutierungsprozess wiederholt. Insgesamt haben 5502 Personen an der Erhebung teilgenommen, die effektive Rücklaufquote betrug 49,4%. Überdurchschnittlich ist die Ausschöpfung bei den 15- bis 17-jährigen und den 45- bis 64-jährigen Zielpersonen, die älteste Altersgruppe

ist unterdurchschnittlich vertreten. Aus rechtlichen Gründen stehen ausschliesslich Daten von Personen der Analyse zur Verfügung, welche die Befragung am Ende quittiert und damit der Speicherung der Daten ihr Einverständnis gegeben hat.

### 2.2 Messinstrumente

Das Ziel der Erhebung besteht darin, eine umfassende Aussage zum psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz zu machen. Dabei sollen positive Aspekte der psychischen Gesundheit, wie auch Bereiche der psychischen Erkrankungen abgedeckt werden.

Bei der Auswahl der spezifischen Themenbereiche orientierte man sich an das Kapitel «Psychische und Verhaltensstörungen» der internationalen Klassifikation der Erkrankungen und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; F-Diagnosen), sowie an Publikationen, welche in der Vergangenheit Prävalenzschätzungen für den nationalen und internationalen Kontext dargelegt haben (z.B. Jacobi et al., 2014; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011). Konsultiert wurden ausserdem Expertinnen und Experten aus dem psychiatrisch-epidemiologischen Fachbereich.

Die Auswahl der spezifischen Fragebogen basierte, sofern möglich, auf folgenden Kriterien:

- validierte Fragebogen, welche in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch vorliegen
- beschränkte Anzahl an Items (so kurz wie möglich, so lang wie nötig)
- Lizenzfreie, kostenlose Erhebungsinstrumente.
- Vergleichbarkeit mit dem In- oder Ausland (Verwendung derselben Messinstrumente)

Im Folgenden werden die Fragebogen aus den verschiedenen Themenbereichen beschrieben (für eine Übersicht, siehe Tabelle T 6.1).

#### 2.2.1 Subjektive psychische Gesundheit

Die subjektive *psychische* Gesundheit wurde mit der Frage «Wie ist Ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen?» erhoben. Eine fünfstufige Ratingskala von 1 – exzellent bis 5 – schlecht wurde verwendet. Die Frageformulierung ist an den Canadian Community Health Survey angelehnt (Statistics Canada, 2022) und wird auch in Deutschland verwendet (Mauz et al., 2023).

## 2.2.2 Positive psychische Gesundheit

### *Allgemeine Lebenszufriedenheit*

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wurde mit der Frage «Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrem jetzigen Leben?» ermittelt (mit einer Antwortskala von 0 – gar nicht bis 10 – vollständig zufrieden). Die Frage wird auch in der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) durch das BFS verwendet (Bundesamt für Statistik (BFS), 2022). Die OECD empfiehlt sie als Standardfrage, wenn die psychische Gesundheit in einer Erhebung erfragt werden soll (de Bienassis et al., 2022; OECD, 2013). Im Einklang mit SILC wurde der Anteil der sehr zufriedenen Leute (Werte 9 und 10) berechnet.

### *Glücklichsein*

Glücklichsein wurde mit der Frage «Wie häufig sind Sie in den letzten 4 Wochen glücklich gewesen?» ermittelt, mit einer Antwortskala von 1 – nie bis 5 – ständig. Die Antwortkategorien wurden in 3 Gruppen kategorisiert: meistens/ständig (=«sehr glücklich»), manchmal, selten/nie. Es handelt sich hierbei um eine Frage, welche auch im Rahmen der SILC-Erhebung durch das BFS verwendet wird (Bundesamt für Statistik (BFS), 2022).

### *Lebenssinn*

Der subjektiv empfundene Lebenssinn wurde mit der Frage «Wie sehr haben Sie das Gefühl, dass das, was Sie im Allgemeinen im Leben machen, wertvoll und nützlich ist?» ermittelt. Verwendet wurde eine elfstufige Antwortskala, mit der Spanne 0 – überhaupt nicht bis 10 – vollkommen. Die Frage wurde im Jahr 2013 im Rahmen der SILC-Erhebung durch das BFS verwendet. Die OECD empfiehlt sie als Standardfrage, wenn der Lebenssinn erfragt werden soll (de Bienassis et al., 2022; OECD, 2013). In Übereinstimmung zu europäischen SILC-Analysen wurden die Werte in drei Gruppen eingeteilt, mit hoch (9–10), mittel (6–8) und tief (0–5).

### *Selbstwirksamkeit*

Selbstwirksamkeit steht für die subjektive Erwartung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Die allgemeine Selbstwirksamkeit wurde mit der Kurzskala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASKU; Beierlein, Kemper, Kovaleva, & Rammstedt, 2013) erfasst. Die ASKU besteht aus drei Fragen, welche auf einer Antwortskala von 1 – trifft überhaupt nicht zu bis 5 – trifft voll und ganz zu beantwortet werden. Die ASKU wurde 2017 bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; Bundesamt für Statistik (BFS), 2023b) berücksichtigt. Um die Ergebnisse vergleichen zu können, wurde dieselbe Antwortskala verwendet. Diese entspricht jedoch

nicht dem Originalinstrument, weshalb Vergleiche mit der internationalen Literatur nicht möglich sind. Für die Analysen wurde der Mittelwert, sowie eine Kategorisierung in niedrige (1–3,3 Punkte), mittlere (3,6–4,3 Punkte) und hohe Selbstwirksamkeit ( $\geq 4,6$ ) vorgenommen (Schuler et al., 2020). Diese Kategorisierung basiert auf der Verteilung der Selbstwirksamkeits-Werte der SGB 2017. Der ASKU wurde eine reliable und valide Messung der Selbstwirksamkeit nachgewiesen (Beierlein, 2013).

### *Selbstwert*

Selbstwert umschreibt das Ausmaß, in dem eine Person die eigenen Eigenschaften und Merkmale als positiv wahrnimmt (American Psychological Association, 2022). Dem Single Item Self-Esteem (SISE; Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001) entsprechend wurden die Befragungsteilnehmerinnen und –Teilnehmer gebeten, die Bemerkung «Ich habe ein hohes Selbstwertgefühl» anhand einer fünfstufigen Antwortskala zu beantworten (1 – Trifft überhaupt nicht auf mich zu; 5 – Trifft voll auf mich zu). Die globale Selbstwertfrage SISE basiert auf der weitverbreiteten Rosenberg Self-esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1965) und sie hatte trotz der Kürze ähnlich Korrelationen zu anderen Faktoren wie der RSE (Konvergenz- und Divergenzvalidität; Robins et al., 2001).

### *Optimismus*

Optimismus und Pessimismus werden als Erwartungen hinsichtlich zukünftiger Ereignisse angesehen (Scheier & Carver, 1985). Während Optimisten davon ausgehen, dass ihnen meist «Gutes» widerfährt, neigen Pessimisten dazu «Schlechtes» zu erwarten (Kemper, Beierlein, Kovaleva, & Rammstedt, 2012). Die Skala Optimismus-Pessimismus-2 (SOP2) besteht aus zwei Items. Für die Antworten der Befragungsperson steht eine siebenstufige Ratingskala zur Verfügung, mit den Antwortkategorien «gar nicht optimistisch» (1) bis «sehr optimistisch» (7) bzw. von «gar nicht pessimistisch» (1) bis «sehr pessimistisch» (7). Aus den zwei Items wird ein Mittelwert berechnet, der Wertebereich liegt entsprechend zwischen 1 und 7 (je höher, umso optimistischer). Die Reliabilität des Skalenwerts und verschiedene Aspekte der Konstruktvalidität wurden wissenschaftlich belegt (Kemper et al., 2012).

### *Psychisches Wohlbefinden*

Eine Kurzversion der Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) wurde verwendet, um das psychische Wohlbefinden zu ermitteln (Stewart-Brown et al., 2009; Tennant et al., 2007). Im Vergleich zur Originalversion bilden die Items der Kurzversion (SWEMWBS) vermehrt das eudaimonische Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit ab, und umfassen weniger Gefühle oder das hedonistische Wohlbefinden (Stewart-Brown et al., 2009). Die sieben Fragen der Kurzversion werden auf einer Antwortskala von 1 (niemals) bis 5 (immer) beantwortet. Der rohe Summenwert wird

danach in eine metrische Skala transformiert, wobei der Minimalwert (=7) und Maximalwert (=35) dieselben bleiben. Diese Transformation und die psychometrischen Kriterien der Kurzskala wurden mittels Rasch-Analysen validiert. Es existieren Normwerte der Kurzversion für die englische Bevölkerung (Ng Fat, Scholes, Boniface, Mindell, & Stewart-Brown, 2017).

### 2.2.3 Symptome psychischer Erkrankungen

#### *Depression*

Bei einer Depression leiden die betroffenen Personen unter einer gedrückten Stimmung, einem verminderten Antrieb und Fähigkeit zu Freude, Interesse und Konzentration. Schlaf, Appetit und Selbstvertrauen sind häufig beeinträchtigt. Der Patient Health Questionnaire-9 (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. Hieraus wird ein Indikator berechnet, dessen Schweregrad in vier Kategorien ausgewiesen wird: keine/minimale, leichte, mittelschwere und (eher) schwere Symptomatik (Kroenke, Spitzer, & Williams, 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). Eine Sensitivität von 88% und Spezifität von 88% für Depression wurde für den PHQ-9 berichtet (für den Schwellenwert von 10; Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2010; Kroenke & Spitzer, 2002). Der PHQ-9 wird unter anderem auch in der SGB verwendet.

Um Vergleiche mit Schweizer Studien zu ermöglichen, wurde der PHQ-2 wie auch der PHQ-4 berechnet. Der PHQ-2 besteht aus den ersten beiden Items des PHQ-9 («Wenig Interesse» und «Niedergeschlagenheit»; Kroenke, R.L., & J.B., 2003). Bei einem totalen Wertebereich von 0–6 weisen Werte von 3 oder mehr auf eine erhöhte Belastung hin. Für den PHQ-2 wurden Sensitivitätswerte von 83% and Spezifität von 90% für Depression berichtet (Kroenke et al., 2003).

Der PHQ-4 basiert auf einer Kombination des PHQ-2 mit dem GAD-2 (siehe Generalisierte Angststörung, unten). Der PHQ-4 ist ein kurzes Messinstrument, welches neben der Erfassung der Depressions- und Angststörungssymptome auch als allgemeiner Indikator einer erhöhten psychischen Belastung verwendet werden kann (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009). Der PHQ-4 umfasst einen Wertebereich von 0–12, wobei 3–5 auf geringe, 6–8 auf moderate, und 9–12 Punkte auf starke Belastung hinweisen (Kroenke et al., 2009; Lowe et al., 2010).

Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gefragt, ob bei ihnen in den *letzten 12 Monaten* eine Depression vorlag. Bei Bejahung wurde gefragt, ob diese von einem Arzt oder einer medizinischen Fachperson diagnostiziert worden ist.

#### *Agoraphobie*

Personen mit einer Agoraphobie fürchten, das Haus zu verlassen, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, oder alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Häufig wird eine Agoraphobie von einer Panikstörung begleitet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021). Die Symptome einer Agoraphobie wurden mit einer Subskala des Angstbarometers gemessen (Adolph, Schneider, & Margraf, 2016), welcher auf den Hauptfragen des Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen basiert (Schneider & Margraf, 2011). Die Subskala besteht aus zwei Fragen: «Gab es Situationen wie z.B. Schlangestehen, Autofahren, Kaufhäuser, Menschenmengen oder geschlossene Räume, in denen Sie Angst hatten oder die Sie vermieden haben, d.h. Orte, an denen Sie einen Angstanfall bekommen könnten, ohne dass Ihnen jemand helfen könnte oder Sie flüchten könnten?» Bei Bejahung dieser Frage wurde nachgefragt, ob sich die Person «dadurch in Ihrem Alltag beeinträchtigt» fühlte. Die Bejahung beider Fragen wird als Hinweis für eine Agoraphobie gewertet. Um die aktuelle Symptomatik ermitteln zu können, wurde die Zeitreferenz auf die letzten 2 Wochen gesetzt.

#### *Soziale Phobie*

Unter einer sozialen Phobie wird Furcht vor einer prüfenden Betrachtung durch andere Menschen bezeichnet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021). Symptome einer sozialen Phobie wurden mit dem Mini-Spin (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001), einer aus drei Fragen bestehenden Kurzversion des SPIN (Connor et al., 2000), ermittelt. Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Antwortskala beantwortet. Bei einem Wertebereich von 0 bis 12 Punkten werden sechs Punkte oder mehr als Hinweis für eine soziale Phobie gewertet (Wiltink et al., 2017). Dem Mini-Spin wird eine gute Reliabilität und Validität zugeschrieben, mit einer Sensitivität von 89% und Spezifität von 90% (Connor et al., 2000; Connor et al., 2001; Seeley-Wait E., Abbott M.J., & R.M., 2009).

#### *Spezifische Phobie*

Mit spezifischen Phobien beschränken sich auf ganz spezifische Situationen wie bestimmte Tiere, Höhen, Fliegen, geschlossene Räume, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021). Symptome, die auf eine spezifische Phobie hinweisen, wurden mit einer Subskala des Angstbarometers gemessen (Adolph et al., 2016), welcher auf den Hauptfragen des Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen basiert (Schneider & Margraf, 2011). Die Subskala besteht aus zwei Fragen: «Gab es Dinge, vor denen Sie sich ausgeprägt fürchteten und die Sie, wann immer möglich, versuchten zu vermeiden, z.B. bestimmte Tiere, Höhe, Stürme, Wasser, Blut, Autofahren oder medizinische Behandlungen?» Bei Bejahung dieser Frage wurde

nachgefragt, ob sich die Person «dadurch in Ihrem Alltag beeinträchtigt» fühlte. Die Bejahung beider Fragen wird als Hinweis für eine spezifische Phobie gewertet. Um die aktuelle Symptomatik ermitteln zu können, wurde die Zeitreferenz auf die letzten 2 Wochen gesetzt.

### *Panikstörung*

Panikstörungen zeichnen sich durch wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik) aus. Diese sind nicht vorhersehbar, weil sie sich nicht eine spezifische Situation begrenzen. Wesentliche Symptome sind plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel oder Entfremdungsgefühle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021).

Symptome, welche auf eine Panikstörung hinweisen, wurden mit aus dem aus fünf Fragen bestehenden Panik-Modul des PHQ-D erfragt (Lowe et al., 2003). Jede der fünf Frage kann bejaht oder verneint werden. Die Bejahung von sämtlichen Fragen gilt als Hinweis auf eine Panikstörung. Dem Panik-Modul wurde eine gute Validität und Praktikabilität als Screening-Fragebogen für eine Panikstörung nachgewiesen (Lowe et al., 2008; Lowe et al., 2003).

### *Generalisierte Angststörung*

Eine generalisierte Angststörung beschränkt sich nicht auf bestimmte, spezifische Umgebungsbedingungen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021). Der Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) ist ein Modul des PHQ und ein weitverbreitetes Screeninginstrument zur Erfassung von Symptomen einer generalisierten Angststörung. Als Referenzperiode gelten die letzten 2 Wochen. Die Items werden auf einer vierstufigen Ratingskala beantwortet. Der GAD-7 liefert einen Summenwert zwischen 0 und 21. Werte von 5–9 entsprechen einer milden, 10–14 einer mittelschweren, und 15–21 einer schweren Symptomenausprägung (Lowe et al., 2008). Eine Sensitivität von 89% und Spezifität von 82% für eine generalisierte Angststörung wurde für den GAD-7 berichtet (für den Schwellenwert von 10; Kroenke et al., 2010). Der GAD-7 wird in der SGB 2022 verwendet.

Um Vergleiche mit Schweizer Studien zu ermöglichen, wurde auch der GAD-2 berechnet. Dieser besteht aus den ersten beiden Items des GAD-7 (Nervosität; Sorgen nicht stoppen können; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, 2007; Kroenke et al., 2009). Bei einem Wertebereich von 0–6 weisen Werte von 3 oder mehr auf eine erhöhte Belastung hin.

Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gefragt, ob bei ihnen in den *letzten 12 Monaten* eine Angststörung vorlag. Bei Bejahung wurde gefragt, ob diese von einem Arzt oder einer medizinischen Fachperson diagnostiziert worden ist.

### *Zwangsstörung*

Wesentliche Kennzeichen einer Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen oder Vorstellungen, welche eine Person wiederholt beschäftigen. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021).

Symptome einer Zwangsstörung wurden mit einer Subskala des Angstbarometers gemessen (Adolph et al., 2016), welcher auf den Hauptfragen des Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen basiert (Schneider & Margraf, 2011). Die Subskala besteht aus zwei Fragen: «Litten Sie unter ganz bestimmten, ständig wiederkehrenden, lästigen Gedanken, oder passierte es Ihnen zum Beispiel, dass Sie häufig zu zählen begannen, sich immer wieder wuschen oder ständig kontrollierten, ob Sie etwas erledigt hatten, z.B., ob der Herd abgestellt oder die Türe abgeschlossen war?» Bei Bejahung dieser Frage wurde nachgefragt, ob sich die Person «dadurch in Ihrem Alltag beeinträchtigt» fühlte. Die Bejahung beider Fragen wird als Hinweis für eine Zwangsstörung gewertet. Um die aktuelle Symptomatik ermitteln zu können, wurde die Zeitreferenz auf die letzten 2 Wochen gesetzt.

### *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*

Eine PTBS kann in Folge eines belastenden Ereignisses von kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß entstehen. Typische Merkmale einer PTBS sind das wiederholte Erleben eines Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, zusammen mit einem andauernden Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021).

Symptome einer PTBS wurden mit dem Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD-5) erhoben (Prins et al., 2016; Prins et al., 2003). Die Personen geben dabei an, ob sie schon jemals eine besonders beängstigende, schreckliche oder traumatische Erfahrung, wie einen körperlichen oder sexuellen Übergriff, ein Erdbeben oder Krieg erlebt haben. Bei Bejahung dieser Frage wird nach fünf Symptomen in den letzten 4 Wochen nachgefragt (Alpträume, nicht daran denken wollen, auf der Hut sein, sich abgestumpft fühlen, sich schuldig fühlen). Personen, welche hiervon drei Fragen oder mehr bejahen, zeigen Symptome einer PTBS. Für diesen Schwellenwert wurde eine Sensitivität von 95% und eine Spezifität von 85% berichtet (Prins et al., 2016).

### *Essstörung*

Um Hinweise für eine Essstörung, wie Anorexie oder Bulimie, zu erhalten, wurde der SCOFF (Sick, Control, One, Fat and Food) verwendet (Morgan, Reid, & Lacey, 1999). Dieser besteht aus fünf ernährungsbezogenen Fragen, wie mit dem Essen nicht aufhören können, Gewichtsabnahme, sich bei Völlegefühl übergeben,

Selbstbild und Stellenwert der Ernährung im Leben. Personen, welche zwei oder mehr Fragen bejahen, berichten von Symptomen einer Ernährungsstörung. Der SCOFF ist das weit verbreitetste Screening-Instrument für Ernährungsstörungen, wurde jedoch vor allem in Studien mit jungen Frauen validiert und nur wenig in Bevölkerungsstudien verwendet. Entsprechend sind die Werte bei älteren Personen, insbesondere den Männern, mit Vorsicht zu deuten (Kutz, Marsh, Gunderson, Maguen, & Masheb, 2020).

#### *Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)*

Charakteristisch für eine ADHS sind die drei Hauptsymptome, Unaufmerksamkeit, Impulsivität (unüberlegtes Handeln) und Hyperaktivität. Die Symptome müssen bei einer ADHS jedoch nicht zwingend alle vorhanden sein und können unterschiedlich stark ausgeprägt sein (Retz, Retz-Junginger, Romer, & Rosler, 2013; Sulkes, 2018).

Symptome einer ADHS wurden mit dem Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala V1.1 für Erwachsene (ASRS-v1.1) erhoben (Kessler, Adler, et al., 2005; WHO, 2004). Die Selbstbeurteilungs-Skala wurde von der WHO und der Arbeitsgruppe ADHS bei Erwachsenen erarbeitet. Die Kurzversion der Skala besteht aus sechs Fragen, welche auf einer fünfstufigen Antwortskala beantwortet werden (0=niemals, 4=sehr oft). Bei einem maximalen Summenwert von 24 deuten 14 Punkte oder mehr auf eine auffällige ADHS-Symptomatik hin. Mit der Verwendung dieses Schwellenwertes wurde eine Sensitivität von 65% und eine Spezifität von 94% berichtet (Kessler et al., 2007). Der ASRS-v1.1 wurde ursprünglich für die Jugendlichen ab 18 Jahren validiert. Die Nutzung wurde danach auch für jüngere Jugendliche (ab 13 Jahren) überprüft (Adler et al., 2012).

#### **2.2.4 Selbstverletzung, Suizidgedanken und Suizidversuche**

Um Selbstverletzungen zu erheben, wurde eine Frage verwendet: «Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten absichtlich geschnitten, verbrannt, geritzt oder sich sonst wie verletzt?» (Donath, Bergmann, Kliem, Hillemacher, & Baier, 2019). Diese Frage basiert ursprünglich auf dem Self-harm Inventory (Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998).

Die Fragen zu den Suizidgedanken, -plänen und -versuchen basieren auf dem Mental Health / Suicide Modul des STEPS-Messinstrument der WHO (WHO, 2020). Personen wurden gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten (auch nur flüchtig) erwogen haben, sich das Leben zu nehmen, ob sie für solche Gedanken professionelle Hilfe aufgesucht haben, ob sie Pläne für einen Suizidversuch aufgestellt haben und ob sie jemals oder in den letzten 12 Monaten einen Suizidversuch gemacht haben. Zudem wurde ein Item des PHQ-9 (siehe oben, Depressionssymptome) zu Suizidgedanken separat ausgewertet «Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten»; letzte 2 Wochen).

#### **2.2.5 Substanzbezogene Abhängigkeit und problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum**

Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gefragt, ob in den letzten 12 Monaten eine Sucht/Abhängigkeit von Substanzen (z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis, Medikamente, Kokain) vorlag. Bei Bejahung wurde gefragt, ob diese von einem Arzt oder einer medizinischen Fachperson diagnostiziert wurde.

#### *Problematischer Alkoholkonsum*

Der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) ist ein international anerkannter Standardtest zur Früherkennung von Alkoholproblemen (Marmet, Notari, & Gmel, 2015). Er ermittelt anhand von zehn Fragen die Häufigkeit des Alkoholkonsums, die Konsummenge an Trinktagen und die Häufigkeit starken Konsums, sowie potenziell davon bedingte Konsequenzen (Suchtmonitoring Schweiz, 2013-2022). Der AUDIT bezieht sich auf das Trinkverhalten der letzten 12 Monate. Pro Antwortmöglichkeit werden zwischen 0 und 4 Punkten vergeben. Der totale Wertebereich von 8-11 deutet auf einen «problematischen Alkoholkonsum» hin, 12-15 auf eine «wahrscheinliche alkoholbedingte Störung» und 16+ auf eine «wahrscheinliche Alkoholabhängigkeit». Der AUDIT wurde 2011 und 2015 im Suchtmonitoring Schweiz verwendet (Gmel et al., 2012; Marmet et al., 2015).

#### *Problematischer Cannabiskonsum*

Der Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT; Adamson & Sellman, 2003) ist vom AUDIT abgeleitet und ein weit verbreitetes Instrument zur Ermittlung problematischen Cannabiskonsums. In der Omnibuserhebung wird die revidierte Version, der CUDIT-R, verwendet (Annaheim, Scotto, & Gmel, 2010). Der CUDIT-R besteht aus zehn Fragen, welche sich allesamt auf die letzten sechs Monate beziehen, und deren Beantwortung jeweils mit 0 bis 4 Punkten bewertet wird. Bei einem Maximalwert von 40 Punkten wird ein Schwellenwert von 8 Punkten oder mehr als Hinweis für einen problematischen Cannabiskonsum festgelegt (Marmet & Gmel, 2017). Der CUDIT-R wurde 2012, 2014 und 2016 im Suchtmonitoring Schweiz verwendet (Marmet & Gmel, 2015, 2017; Marmet, Notari, & Gmel, 2013).

#### **2.2.6 Einschränkungen im Alltag**

Um einschätzen zu können, inwiefern sich psychische oder körperliche Beschwerden auf den Alltag auswirken, wurden sechs Fragen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), welche durch das Robert Koch-Institut durchgeführt wurden, verwendet (Jacobi et al., 2013; Jacobi et al., 2002). Je drei Fragen beziehen

sich auf Einschränkungen aufgrund psychischer, respektive körperlicher Beschwerden. Die Personen wurden gefragt, wie viele Tage in den letzten vier Wochen sie aus psychischen (resp. körperlichen) Gründen überhaupt nicht in der Lage waren, ihre Alltagsaktivitäten auszuführen (Arbeit, Haushalt etc.). Bei einer Antwort von einem Tag oder mehr, wurden Personen in einer Erwerbssituation oder im Studium gefragt, wie viele Tage sie in den letzten vier Wochen krankgeschrieben waren. Die dritte Frage (wieder an alle) bezog sich auf zumindest leichte Einschränkungen bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten, die in den letzten 4 Wochen erlebt wurden. Bei allen Fragen konnten maximal 30 Tage angegeben werden (numerische Antwortskala). Die Analysen für diesen Bericht beschränken sich auf die Antworten zu den psychisch bedingten Einschränkungen. Die Antworten der Personen wurden dichotomisiert, in «keine Einschränkung» (0 Tage angegeben) vs. «Einschränkung» (1+ Tage).

### 2.2.7 Körperliche Beschwerden

Aus der SGB wurden acht Fragen zu körperlichen Beschwerden verwendet (Schmerzen, Schwäche, Durchfall, Schlaf, Herzklopfen). Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gaben auf einer dreistufigen Antwortskala an, ob sie die Beschwerden in den letzten vier Wochen überhaupt nicht (1), ein bisschen (2) oder stark (3) hatten. Die spezifischen Beschwerden werden aufsummiert (8–24 Punkte) und in drei Gruppen eingeteilt «keine/kaum Beschwerden» (<10), «einige Beschwerden» (10–11) und «starke» Beschwerden (≥12; Bundesamt für Statistik (BFS), 2020). Diese Gruppeneinteilung bedeutet, dass Personen in die Gruppe mit «starken Beschwerden» eingeteilt werden können, auch wenn sie in keinem einzelnen Bereich «starke» Beschwerden erleben.

### 2.2.8 Chronische Erkrankungen

Aus der SGB wurde die folgende Frage integriert: «Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, welches chronisch oder andauernd ist (Bundesamt für Statistik (BFS), 2023b)? Damit meinen wir Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.» Bei Bejahung konnte die Ursache der Erkrankung angegeben werden (körperlich, psychisch, beides, weder noch). Schliesslich wurden alle Personen gefragt, ob sie wegen des chronischen, gesundheitlichen Problems bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben eingeschränkt sind (überhaupt nicht, nicht stark, stark eingeschränkt). In den Analysen galt der Fokus den Personen mit einer psychisch bedingten chronischen Gesundheitsproblem, sowie den Personen mit psychischer UND körperlicher («beides») Ursache.

### 2.2.9 Hilfesuchen bei psychischen Problemen

Die Fragen zur Hilfesuche bei psychischen Problemen wurden allen Personen gestellt, welche eine diesem Frageblock vorangestellte Frage zu «psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten» bejaht hat. Der Begriff *Psychisches Problem* wurde eher niederschwellig definiert als «negative Empfindungen oder Gedanken», wie beispielsweise «psychische Belastungen (z.B. deprimiert oder ängstlich sein), Stress oder psychische Krankheiten». Die Personen gaben danach an, ob sie folgende Hilfsangebote in den letzten 12 Monaten (bei Bejahung: auch letzte 4 Wochen) in Anspruch genommen haben:

- sich auf einer Internetseite (z.B. [www.santépsy.ch](http://www.santépsy.ch), [www.wiegehts-dir.ch](http://www.wiegehts-dir.ch)) oder in einem Buch oder Magazin informieren;
- mit einer Person aus Ihrem Umfeld sprechen (z.B. Familienmitglied, Freund/in, Arbeitskolleg/in);
- sich telefonisch beraten lassen (z.B. 143 Dargebotene Hand) oder sich in einer (Internet-)Selbsthilfegruppe austauschen;
- in Behandlung sein (SGB-Frage; aufgrund der Präzisierung des Begriffes *Psychisches Problem* ist die Vergleichbarkeit mit früheren SGB-Ergebnissen eingeschränkt).

Die *Personen in Behandlung* wurden zum Beruf der behandelnden Person, zum Behandlungskontext (stationär, ambulant, intermediär, aufsuchend), und ob die Behandlung mit Medikamenten durchgeführt wurde, befragt. Weitere Fragen konzentrierten sich auf die allgemeine Behandlungszufriedenheit (fünfstufige Antwortskala, von ausgezeichnet bis schlecht), sowie auf das Verhalten der behandelnde(n) Person(en), nämlich zum respektvollen Umgang, ob genug Zeit aufgewendet wurde, ob Dinge einfach und verständlich erklärt wurden, und ob die Teilhabe bei der Entscheidungsfindung ermöglicht wurde (de Bienassis et al, 2022). Weiter wurden die Personen nach Gründen gefragt, die sie davon abgehalten hatten, schon früher Hilfe zu suchen. Beispiele waren *finanzielle Gründe, Wartelisten, kein Angebot in der Nähe, keine Zeit oder Angst, was andere Leute denken würden*. Mittels vier Aussagen (ja/nein Antwortformat) konnten die Personen ausserdem den Prozess der Behandlungssuche charakterisieren (Behandlung wurde organisiert; mehrere Anbieter kontaktiert, Suche war kompliziert; Suche war mühsam). Schliesslich wurden die Personen nach der Wartezeit bis zum (gewünschten) Behandlungsstart gefragt (in Wochen).

Personen, welche von psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten berichteten, aber *keine Behandlung* in Anspruch genommen hatten, wurden nach potenziellen Gründen gefragt, wegen derer sie sich nicht behandeln liessen (Antwortbeispiele: finanzielle Gründe, Wartelisten, kein Angebot in der Nähe, keine Zeit oder Angst, was andere Leute denken würden). Bei der Auswahl der Antwortoptionen wurden verschiedene Studien berücksichtigt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2023a; Michel et al., 2018; Nübel, Müllender, Hapke, & Jacobi, 2019).

Alle Erhebungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gaben ihren Medikamentengebrauch in den letzten 7 Tagen an. Diese Frage basiert auf der SGB. Ermittelt wurden die Medikamentengruppen Schlafmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Medikamente

zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein, Antidepressiva, Medikamente zur Stabilisierung der Stimmung, Medikamente gegen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen oder andere (vierstufige Antwortskala, von «täglich» bis «nie»). Die Analysen fokussierten sich auf die Personen mit einer «täglich» Nutzung der entsprechenden Medikamente (Schuler et al., 2020).

Bei Gebrauch eines Medikamentes wurde nachgefragt, ob diese von einem Arzt oder Ärztin verschrieben wurden (Hausarzt oder Hausärztin, Psychiaterin oder Psychiater, anderer Arzt oder Ärztin, nicht verschrieben).

### 2.2.10 Einsamkeit

Die Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen wurden anhand der subjektiv erlebten Einsamkeit ermittelt. Anhand eines SGB-Items wurde erfragt, wie häufig sich die Personen einsam fühlen (nie, manchmal, ziemlich häufig, sehr häufig). Die Personen wurden in zwei Gruppen eingeteilt (nie/manchmal vs. ziemlich/sehr häufig einsam).

### 2.2.11 Soziodemografische Faktoren und Wohnregion

Das Alter und Geschlecht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnte anhand der Registerinformation bestimmt werden. Die höchste abgeschlossene Ausbildung wurde anhand einer Frage aus den Haushalts- und Personenstatistiken (SHAPE) des BFS abgefragt. Es folgte eine Zuordnung der 14 spezifischen Antwortmöglichkeiten zu den drei übergeordneten Kategorien der Bildungsvariable, nämlich Sekundarstufe I, Sekundarstufe II und Tertiärstufe. Der Erwerbsstatus wurde mit einer Frage aus der SILC-Erhebung ermittelt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2023a). Es wurde vier übergeordnete Gruppen gebildet: Erwerbstätige, Nichterwerbspersonen, arbeitslose und arbeitsunfähige Personen.

Der Migrationshintergrund der Personen wurde anhand des Geburtsorts der Person, der Mutter und des Vaters ermittelt (SGB Fragen). Unter Verwendung der BFS-Definition wurden die Personen den drei Gruppen «ohne Migrationshintergrund», «mit Migrationshintergrund der 1. Generation», sowie «mit Migrationshintergrund der 2. Generation» zugeteilt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2017). Die Kategorisierung von Migrationshintergrund in drei Gruppen ist jedoch grob und wird der Heterogenität der Lebensumstände, der Herkunft und Kultur dieser Personen nicht gerecht. Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation wurden daher ihrer Herkunft entsprechend in Subgruppen eingeteilt, da frühere Analysen Unterschiede im Gesundheitszustand aufgezeigt haben (Guggisberg, Bodory, Höglinger, Bischof, & Rudin, 2020): Südwest-Europa (z.B. Italien, Portugal, Spanien), Ost- und Südosteuropa (z.B. Kosovo, Serbien, Türkei), Nord- und Westeuropa (z.B. Deutschland, Frankreich, Österreich), nicht-europäische Staaten (z.B. Brasilien, Eritrea, Sri Lanka) und Schweiz (v.a. Eingebürgerte aus Deutschland, Frankreich und Italien). Mit Blick auf

den Wohnort der Erhebungsteilnehmerinnen und –Teilnehmer sind auf regionaler Ebene Informationen zur Sprachgemeinde (deutsch, französisch, italienisch), der Urbanität (städtisch, intermediär, ländlich) und zu den Grossregionen (Genferseeregion, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz, Tessin; Bundesamt für Statistik (BFS), 2000) vorhanden. Auch diese Informationen basieren auf Registerdaten.

## 2.3 Analysen

In einem ersten Schritt wurden deskriptive bivariate Zusammenhänge zwischen den Indikatoren der psychischen Gesundheit und verschiedenen Faktoren berechnet. In Abhängigkeit der Antwortskalen und dem Vorhandensein eines Schwellenwertes wurden Mittelwerte oder Anteilswerte (%) berechnet. Für sämtliche Ergebnisse werden die 95%-Konfidenzintervalle dargestellt. Die Häufigkeitsanalysen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung, sowie auf spezifische Bevölkerungsgruppen (nach Geschlecht, Alter, Bildung, Migrationshintergrund, Sprachregion, Grossregion, Urbanität). Bei Bildung wurden nur die 25-Jährigen und Älteren berücksichtigt, weil jüngere Personen Ihren Bildungsweg noch nicht zwingend abgeschlossen haben. Deskriptive Gruppenvergleiche wurden auch für chronische psychische Erkrankung, substanzbezogene Abhängigkeit, problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum, körperliche Beschwerden und Einsamkeit erstellt.

Um die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Indikatoren der psychischen Gesundheit auf der einen und den verschiedenen Faktoren auf der anderen Seite zu kennen, wurden in einem weiteren Schritt für die Indikatoren der psychischen Gesundheit mit Schwellenwerten logistische Regressionen durchgeführt und die Odds Ratios (also die relative Chance, respektive das Chancenverhältnis; OR) berechnet. Die OR werden mit 95%-Konfidenzintervallen ausgewiesen. Ein Wert über 1 (inkl. 95%-KI) bedeutet, dass ein psychisches Phänomen bei der einen Gruppe häufiger ist als bei der Referenzgruppe (und umgekehrt für Werte unter 1). Anhand des Wald Chi-Square Test wurde eingeschätzt, ob ein Faktor (z.B. Grossregion) mit dem Indikator der psychischen Gesundheit in Zusammenhang steht ( $p < 0.1$ ). Die OR der spezifischen Gruppenunterschiede (z.B. Vergleich zwischen spezifischen Grossregionen) wurden nur bei einem signifikanten Wald-Test für den Faktor interpretiert.

Bei Indikatoren der psychischen Gesundheit mit Mittelwertangaben wurden basierend auf den t-Werten der linearen Regressionsmodelle die Cohen's  $d$  berechnet, um die Stärke des Zusammenhangs mit den Faktoren und den verschiedenen Indikatoren der psychischen Gesundheit zu identifizieren (Nakagawa & Cuthill, 2007). Cohen's  $d < 0,2$  werden als sehr schwach, zwischen 0,2 und 0,5 als schwach, zwischen 0,5 und 0,8 als moderat und  $> 0,8$  als stark definiert (Cohen, 1988). Auch hier wurden die spezifischen Subgruppenunterschiede nur bei einem signifikanten F-Wert (ANOVA) für den Faktor interpretiert und berichtet. Bei allen Regressionsanalysen wurde jeweils die Subgruppe mit dem grössten Stichprobenumfang als Referenzkategorie verwendet. Es wurde für Alter und/oder Geschlecht kontrolliert.

Sämtliche Analysen basieren auf gewichteten Daten (Gewichtung nach Grossregion, Alter, Geschlecht, Nationalität, Zivilstand, Haushaltgrösse, Haushaltstyp, Sprachregion). Die Gewichtung der Ergebnisdaten besteht aus den drei folgenden Etappen: a) Berechnung Ziehungswahrscheinlichkeit bzw. Ziehungsgewicht, b) Korrektur Antwortausfälle (Non Response Korrektur), und c) Nachschichtung, wobei als Referenzwerte die Populationswerte aus STATPOP (Statistik der Bevölkerung und der Haushalte; Bundesamt für Statistik (BFS), 2023c) dienen.

Die Durchführung der Analysen hängt von der Grösse der Fallzahlen ab: Bei zu kleinen Fallzahlen und damit verbundener grosser statistischer Unsicherheit wurde auf eine Analyse oder eine Interpretation der Ergebnisse verzichtet. Mit «Tendenz» wird auf Ergebnisse hingewiesen, deren Interpretation nicht eindeutig ist (z.B. 95%-Konfidenzintervall einer OR enthält knapp die 1; siehe oben). Die Durchführung einer Vielzahl von Gruppenvergleichen über eine Vielzahl von Indikatoren birgt die Gefahr mit sich, dass einzelne Ergebnisse zufällig zustande kommen. Um dem entgegenzuwirken, wurde bei der Interpretation mehr Wert auf Gesamtaussagen als auf überraschende Einzelergebnisse gelegt.

# 3 Ergebnisse

In Tabelle T 6.2 werden die Eigenschaften der Stichprobe der Omnibuserhebung dargestellt. Alle weiteren Ergebnistabellen sind in einem separaten Dokument aufgeführt und unter folgendem LINK zu finden: [www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2023-bericht-03-begleitdokument](http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2023-bericht-03-begleitdokument).

## 3.1 Aktueller psychischer Gesundheitszustand

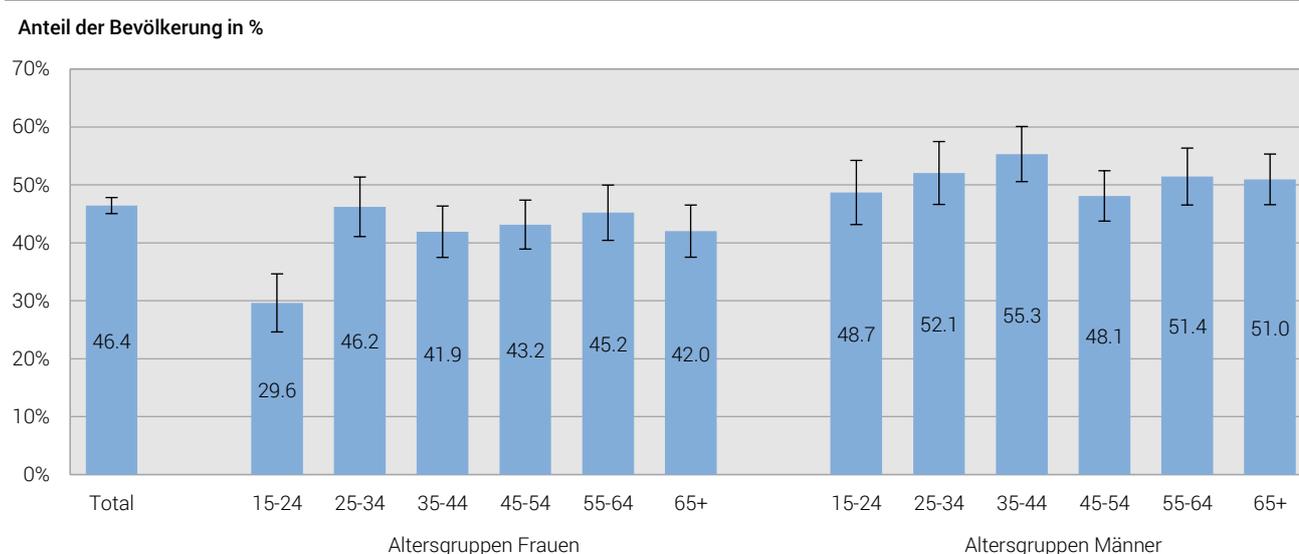
### 3.1.1 Subjektive psychische Gesundheit

Fast die Hälfte aller Befragten berichtet von einer *sehr guten oder exzellenten* psychischen Gesundheit (46,4%; G 3.1), während 15,3% von einer *mittelmässigen oder schlechten* psychischen Gesundheit berichten. Der Anteil an sehr guter/exzellenter psychischer Gesundheit liegt etwas über den Anteilen aus Deutschland aus der ersten Jahreshälfte 2022 (rund 40%; Mauz et al., 2023), ist aber im Vergleich zu kanadischen Daten aus dem Jahr 2021 tiefer (52%; Capaldi, Liu, Ooi, & Roberts, 2022).

Männer schätzen Ihre psychische Gesundheit häufiger als sehr gut/exzellente ein als Frauen (51,1% vs. 41,9%) und es zeigen sich bei ihnen diesbezüglich keine Altersgruppenunterschiede. Bei den Frauen ist der Anteil an sehr guter/exzellenter psychischer Gesundheit bei den 15- bis 24-jährigen Frauen mit rund 30% im Vergleich zu den älteren Frauen gering (42–46%; G 3.1), gleichzeitig ist der Anteil von schlechter psychischer Gesundheit tendenziell höher (6,2% vs. 0,9–3,5%).

Personen mit niedrigerer Bildung (Sek I: 35,1%; Sek II: 46%) schreiben sich weniger häufig eine sehr gute/exzellente psychische Gesundheit zu als Personen mit Tertiärbildung (52%). Dieser Unterschied bleibt auch unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechterverteilung bestehen (OR=0,5, resp. OR=0,8). Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund zeigen sich niedrigere Anteile an sehr guter/exzellenter psychischer Gesundheit bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa (OR=0,8), aber höhere Anteile bei Migrantinnen und Migranten der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten (OR=2,0). Analysen nach Erwerbsstatus zeigen, dass sich arbeitsunfähige (7,1%; OR=0,1) und arbeitslose Personen (33,5%, OR=0,5) viel weniger häufig eine sehr gute/exzellente psychische Gesundheit zuschreiben als die erwerbstätige Bevölkerung.

**G 3.1 Sehr gute/exzellente psychische Gesundheit, nach Geschlecht und Alter, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5498

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Auf grossregionaler Ebene ist der geringe Anteil an sehr guter/exzellenter psychischer Gesundheit im Tessin augenfällig (37,8%). Insgesamt berichten Personen aus den italienischsprachigen Regionen weniger häufig von einer sehr guten/exzellenter psychischen Gesundheit als Personen aus deutschsprachigen Wohnregionen (OR=0,7). Der Urbanisierungsgrad steht hingegen nicht in Zusammenhang mit dem Anteil sehr guter/exzellenter psychischer Gesundheit

### 3.1.2 Positive psychische Gesundheit

#### Lebenszufriedenheit

Rund ein Drittel (32,9%) der befragten Personen ist mit ihrem Leben *sehr zufrieden*. Ein Vergleich mit SILC-Daten zeigt, dass dieser Anteil tiefer liegt als in den Jahren vor (2019: 40%) und während der Covid-19 Pandemie (2021: 36,6%).

Der Anteil der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit ist bei Frauen und Männern relativ ausgeglichen. Auffälliger ist der Altersgradient: Der Anteil der sehr zufriedenen Personen ist bei den 15- bis 24-jährigen am geringsten (Frauen: 15,5%, Männer: 25,1%),

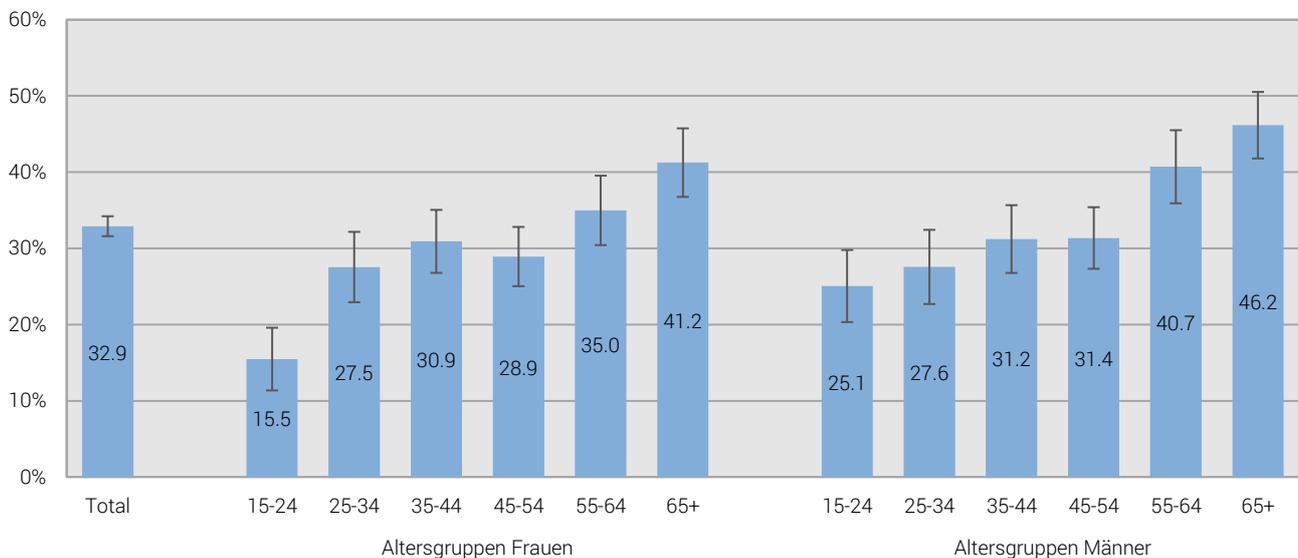
bei den 65-Jährigen und Älteren am höchsten (Frauen: 41,2%, Männer: 46,2%).

Analysen der hohen Lebenszufriedenheit nach Bildung zeigen, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, geringere Anteile bei Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe I oder II im Vergleich zu Personen mit tertiärem Abschluss (OR=0,7, resp. 0,8; G 3.2). Mit Blick auf den Migrationshintergrund lassen sich Unterschiede in der Lebenszufriedenheit erkennen, welche bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation tendenziell geringer ausfällt als bei Personen ohne Migrationshintergrund (24,0% vs. 34,3%, OR=0,8). Arbeitslose (10,8%) oder arbeitsunfähige Personen (8,1%) sind viel weniger häufig sehr zufrieden mit ihrem Leben als erwerbstätige Personen oder Nichterwerbspersonen (31,9%, resp. 37,4%; G 3.2).

Es gibt keine Unterschiede zwischen Personen, die in städtischen Räumen leben gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von intermediären und ländlichen Gebieten. Der Anteil an sehr zufriedenen Personen liegt im Tessin (26,6%) unter dem Schweizer Durchschnitt und unterscheidet sich von deutschsprachigen Grossregionen. Insgesamt fallen die Anteile sehr zufriedener Personen in italienisch- und französischsprachigen Regionen geringer aus als in deutschsprachigen (OR=0,8, resp. OR=0,7).

### G 3.2 Sehr hohe Lebenszufriedenheit, nach Bildung und Erwerbsstatus, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5498

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Glücklichsein

Gemäss der Erhebung geben 69,8% der Bevölkerung in der Schweiz an, in den vier Wochen vor der Befragung *meistens bis ständig* glücklich gewesen zu sein (=sehr glücklich). Rund 6% der Befragten waren *nie bis selten* glücklich (G 3.3). Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anteil der meistens/ständig glücklichen Leute eher tiefer (z.B. 2020: 77,1%; 2021: 73,4%), während der Anteil der selten/nie glücklichen relativ stabil ist (Schuler, Tuch, Sturny, & Peter, 2023).

Der Anteil sehr glücklicher Personen unterscheidet sich nicht zwischen Frauen und Männern. Vergleiche zwischen den verschiedenen Altersgruppen weisen auf keine Unterschiede bei den Männern hin. Die 15- bis 24-jährigen Frauen sind tendenziell weniger häufig sehr glücklich als ältere Frauen, geben aber eher häufiger an, *manchmal* glücklich zu sein.

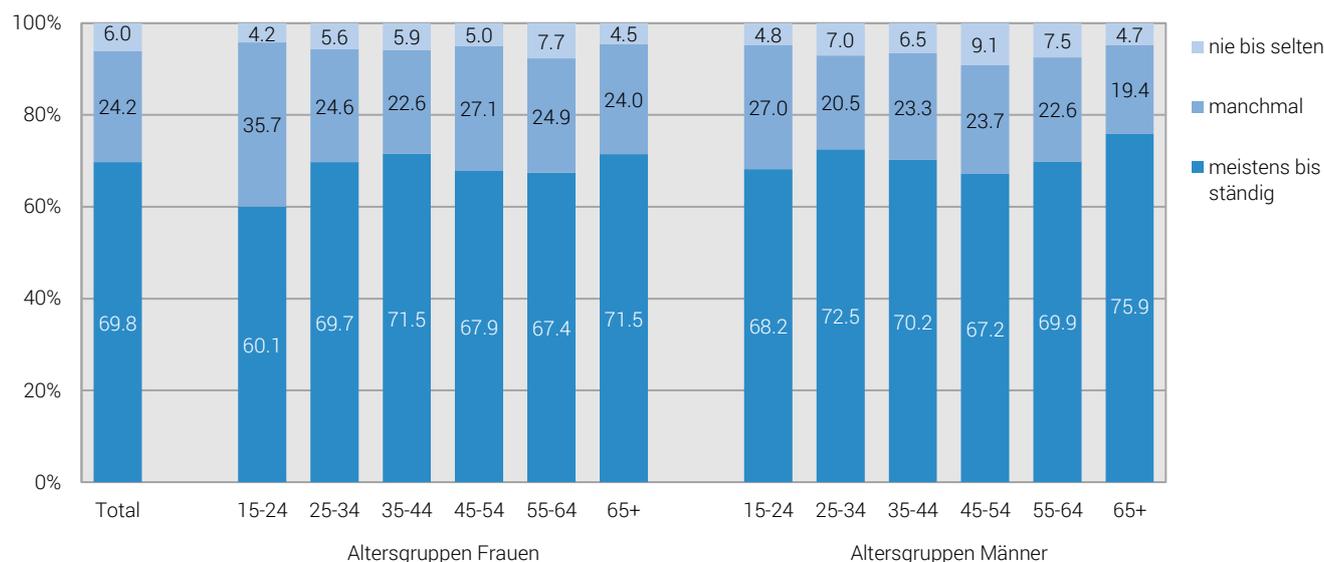
Mit Blick auf Bildung und Migrationshintergrund lassen sich folgende Zusammenhänge erkennen: Personen mit Bildung auf

Sekundarstufe I oder II berichten seltener davon, meistens/ständig glücklich zu sein als Personen mit einer tertiären Ausbildung (64,0%, resp. 68,8% vs. 73,7%). Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa (59,3%), Ost- und Südosteuropa (60,5%), mit Schweizer Staatsbürgerschaft (67,8%) oder aus der 2. Generation (62,1%) sind seltener meistens/ständig glücklich als Personen ohne Migrationshintergrund (72,6%). Diese Unterschiede bleiben unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden bestehen (OR=0,5–0,8). Arbeitslose (51,3%) und arbeitsunfähige Personen (29,5%) berichten viel seltener, meistens/ständig glücklich zu sein als erwerbstätige Personen (71,3%) oder Nichterwerbspersonen (70,2%). Die Gruppenunterschiede sind sehr augenfällig.

Im Vergleich zur restlichen, insbesondere der deutschsprachigen Schweiz empfinden Personen aus dem Tessin seltener meistens/ständig Glück (57,4% vs. Durchschnitt Schweiz 69,8%). Personen aus ländlichen oder intermediären Wohngebieten fühlen sich tendenziell häufiger meistens/ständig glücklich als Personen aus städtischen Wohngebieten (OR=1,2).

### G 3.3 Glücklichsein, nach Geschlecht und Alter, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



n=5499

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

**Lebenssinn**

Mehr als ein Drittel (36,5%) der Befragten berichtet von einem *hohen* Lebenssinn, während 12,6% angeben, ihr Leben als *wenig* sinnvoll zu empfinden (G 3.4). Vergleiche sind mit der SILC-Erhebung aus dem Jahr 2013 möglich, in der 30,6% der Befragten einen hohen und 8,1% einen geringen Lebenssinn empfunden haben (FORS, 2016). Im Vergleich zu 2013 haben die Werte bei der hohen und der niedrigen Ausprägung zugenommen, während der Anteil der mittleren Kategorie abgenommen hat (nicht gezeigt).

Ein hoher Lebenssinn kommt bei Frauen und Männern gleich häufig vor. Auffällig bei den Frauen ist die mit dem Alter graduelle Zunahme von hohem Lebenssinn (15–24: 23,2%; 65+: 44,4%) (G 3.4). Bei den Männern ist die Verteilung relativ ausgeglichen.

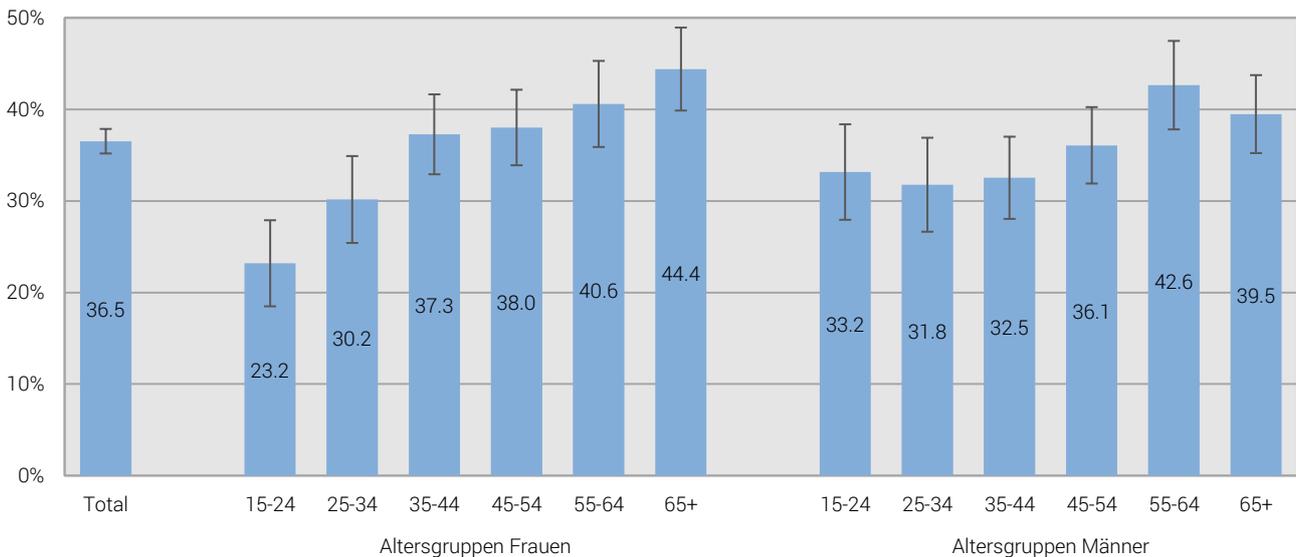
Personen mit Bildung auf Sekundarstufe II berichten tendenziell weniger häufig von hohem Lebenssinn als Personen mit tertiärer Bildung (OR=0,9). Personen mit Migrationshintergrund der

1. Generation aus nicht-europäischen Staaten schreiben sich im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund häufiger einen hohen Lebenssinn zu (OR=1,7). Deutlich zeigt sich hingegen, dass arbeitsunfähige Personen (10,1%) weniger häufig von hohem Lebenssinn berichten als die erwerbstätige Bevölkerung (37,1%, OR=0,2).

Der Anteil Personen mit hohem Lebenssinn unterscheidet sich auf grossregionaler Ebene nur wenig. Insgesamt wird der hohe Lebenssinn aber von Personen aus französischsprachigen Regionen etwas seltener berichtet als von denjenigen aus deutschsprachigen Gemeinden (OR=0,9). Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weisen Personen aus ländlichen oder intermediären Wohngebieten tendenziell häufiger einen hohen Lebenssinn aus als Personen aus städtischen Wohngebieten (OR=1,2, resp. 1,1).

**G 3.4 Hoher Lebenssinn, nach Geschlecht und Alter, 2022**

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5499

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Selbstwirksamkeit

Rund ein Drittel der Befragten berichtet von *hoher* (33,6%) und jede sechste Person von *geringer* Selbstwirksamkeit (16,8%; G 3.5). Hohe Selbstwirksamkeit ist bei Männern häufiger verbreitet als bei Frauen (38,3 vs. 29%). Sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern deutet sich eine tendenziell curvi-lineare Entwicklung der hohen Selbstwirksamkeit an: Sie ist am wenigsten häufig bei den 15- bis 24-Jährigen (21,9%), am häufigsten bei Personen um die 50 Jahre (rund 39%) und wieder etwas weniger ausgeprägt bei den älteren Personen (34%). Es gilt auch darauf hinzuweisen, dass junge Frauen im Vergleich zu allen anderen Personen häufiger von einer geringen Selbstwirksamkeit berichten (30,8%). Im Vergleich zu 2017 (28,6%) hat der Anteil Personen mit hoher Selbstwirksamkeit bei den Frauen und den Männern zugenommen, insbesondere bei den 50- bis 64-Jährigen.<sup>1</sup>

Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II berichten weniger oft von hoher Selbstwirksamkeit als Personen mit einem tertiären Bildungshintergrund (OR=0,5, resp. 0,7). Kein Zusammenhang besteht hingegen zwischen Selbstwirksamkeit und Migrationshintergrund. Arbeitsunfähige

(OR=0,2) und arbeitslose Personen (OR=0,5) schreiben sich weniger häufig eine hohe Selbstwirksamkeit zu als die erwerbstätige Bevölkerung.

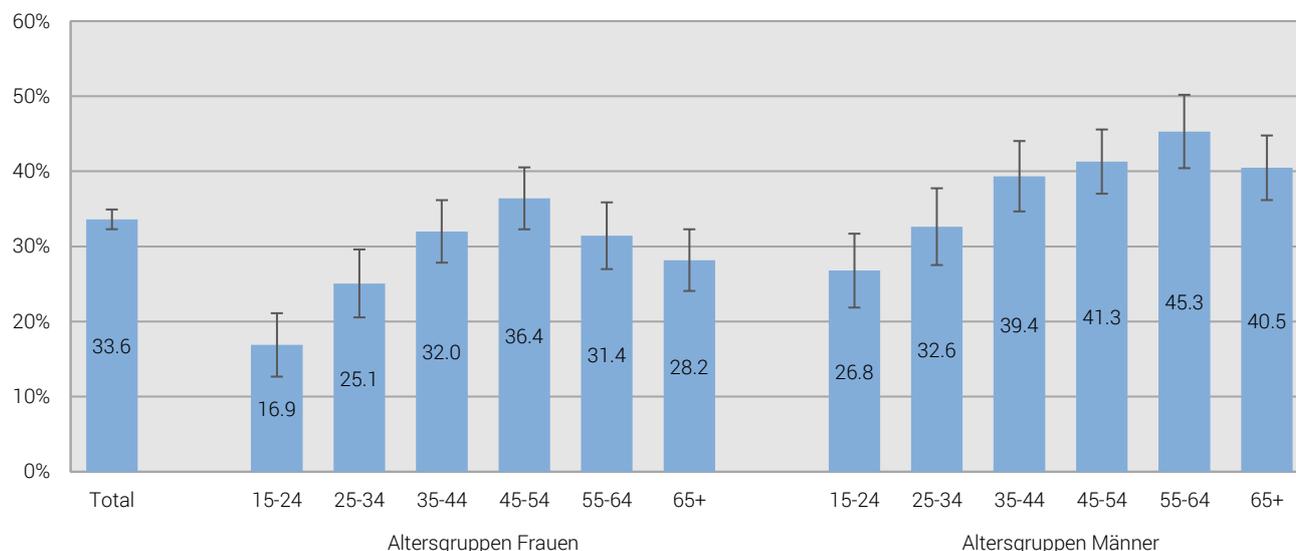
Wie bereits im Jahr 2017 zeigen sich 2022 bei der Ausprägung der Selbstwirksamkeit keine grossregionalen Unterschiede. Auf sprachregionaler Ebene sind hohe Selbstwirksamkeits-Werte bei Personen aus französischsprachigen Regionen jedoch seltener als bei Personen aus deutschsprachigen Wohnregionen (OR=0,7). Tendenziell berichten Personen aus ländlichen Wohnregionen weniger häufig von einer hohen Selbstwirksamkeit als Personen aus einer städtischen Wohnumgebung (OR=0,9).

### Selbstwert

Die Schweizer Allgemeinbevölkerung schreibt sich durchschnittlich einen mittleren bis hohen Selbstwert zu (m=3,8). Der Selbstwert der Frauen ist etwas tiefer als der der Männer (m=3,7 vs. m=3,9). Bei den Männern ist in der Tendenz ein Altersgradient zu erkennen, mit höherem Selbstwert bei höherem Alter (z.B. 15–24: 3,7 vs. 65+: 4,1). Bei den Frauen fällt insbesondere der vergleichsweise tiefe Selbstwert der 15- bis 24-jährigen Frauen auf (m=3,3).

### G 3.5 Hohe Selbstwirksamkeit, nach Geschlecht und Alter, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5493

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

<sup>1</sup> Die Zunahme zeigt sich auch beim Mittelwert: Er (m=4,12) liegt etwas über demjenigen aus der SGB 2017 (m=4,08), vor allem bei den Männern (4,20 vs. 4,13; Frauen: 4,04 vs. 4,03).

Die Unterschiede hinsichtlich Bildung sind gering und mit Blick auf die Effektstärken sehr schwach ausgeprägt ( $d < 0,1$ ). Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa, mit Schweizer Staatsbürgerschaft und aus nicht-europäischen Staaten haben einen höheren Selbstwert als Personen ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind eher schwach ausgeprägt ( $d = 0,2 - 0,4$ ). Arbeitsunfähige ( $m = 3,1$ ) und arbeitslose Personen ( $m = 3,6$ ) haben einen geringeren Selbstwert als erwerbstätige Personen oder Nichterwerbspersonen ( $m = 3,8$ ). Die Effektstärke des Unterschiedes zwischen den arbeitsunfähigen Personen und den anderen beiden Gruppen liegt im schwachen bis mittelgradigen Bereich ( $d = 0,3 - 0,5$ ).

Trotz Unterschieden zwischen einzelnen Grossregionen, mit dem Tessin unter dem Schweizer Durchschnitt liegend, zeigt sich insgesamt ein ausgeglichenes Bild ( $d \leq 0,1$ ). Auch Stadt-Land Vergleiche weisen auf keinen Zusammenhang mit dem Selbstwert hin. Auf sprachregionaler Ebene sind höhere Selbstwert-Ausprägungen in den deutschsprachigen Regionen zu erkennen, die Unterschiede sind jedoch schwach ( $d < 0,2$ ).

*Optimismus*

Der Optimismus von Frauen und Männern ist auf einem mittleren bis hohen Niveau anzusiedeln ( $m = 5,2$ ). Es sind die 15- bis 24-jährigen Frauen ( $m = 4,7$ ), sowie die 25- bis 34-jährigen Männer

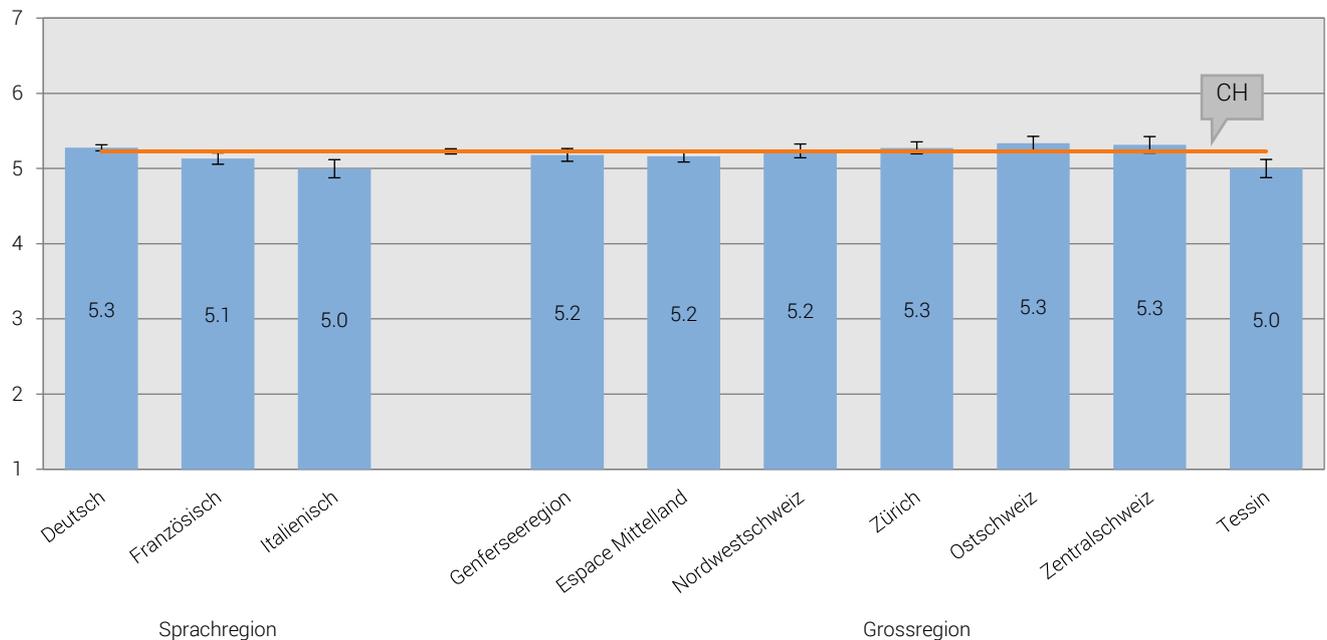
( $m = 5,0$ ), deren Optimismus unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Ein Vergleich mit deutschen Werten aus dem Jahr 2012 zeigt, dass die Werte für Frauen und Männern höher sind als damals in Deutschland (Kemper et al., 2012). Ausserdem zeigt sich ein anderer Alterstrend: In Deutschland ist der Optimismus bei älteren Personen eher geringer ausgeprägt als bei jüngeren Personen. In der Schweiz ist der Optimismus mit oben erwähnten Ausnahmen relativ gleichmässig verteilt.

Personen mit tertiärem Bildungsabschluss zeigen sich optimistischer als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe I oder II, wobei diese Unterschiede bestenfalls schwach ausgeprägt sind ( $d \leq 0,2$ ). Auch hinsichtlich des Migrationshintergrunds sind keine wesentlichen Unterschiede auszumachen ( $d \leq 0,2$ ). Hingegen zeigen sich klare Unterschiede im berichteten Optimismus von arbeitsunfähigen und arbeitslosen Personen ( $m = 4,3$ , resp.  $m = 4,7$ ) im Vergleich zu erwerbstätigen oder Nichterwerbspersonen ( $m = 5,3$ , resp.  $m = 5,2$ ). Diese Unterschiede sind schwach bis mittelgradig ausgeprägt ( $d = 0,3 - 0,5$ ).

Stadt-Land Unterschiede sind nicht feststellbar. Die im Kanton Tessin wohnhaften Personen zeigen sich weniger optimistisch ( $m = 5,0$ ) als der Schweizer Durchschnitt (G 3.6) und insgesamt drückt sich dies auch in geringerem Optimismus von Personen aus italienischsprachigen gegenüber deutschsprachigen Regionen aus. All diese Unterschiede sind jedoch schwach ausgeprägt ( $d < 0,2$ ).

**G 3.6 Optimismus, nach Region, 2022**

Mittelwert (zwischen 1 und 7)



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5497

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Psychisches Wohlbefinden

Auf einer Skala von 7 bis 35 liegt der Durchschnittswert für das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung in der Schweiz bei 25,5. Bei Frauen und Männern zeigt sich tendenziell ein Altersgradient in dem Sinne, dass das psychische Wohlbefinden mit höherem Alter sukzessive zunimmt (z.B. Männer 15–24: m=24,2; 65+: m=27,1). Hervorzuheben ist die Gruppe der 15- bis 24-jährigen Frauen, deren psychisches Wohlbefinden im Vergleich zu allen anderen Personen gering ausfällt (m=22,6)

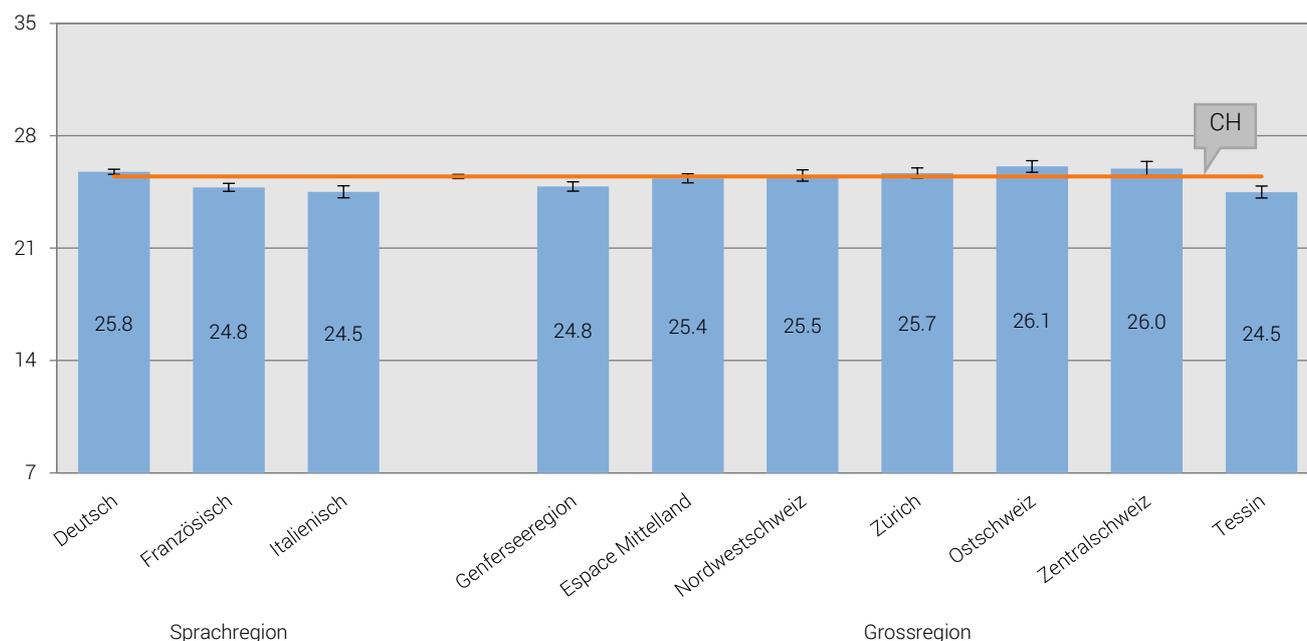
Die Schweizer Werte sind rund 2 Punkte höher als die Normwerte der britischen Bevölkerung aus den Jahren 2010–2013 (Ng Fat et al., 2017). Dies gilt für Männer und Frauen sämtlicher Altersgruppen, insbesondere jedoch für die älteren Personen. Der auf deskriptiver Ebene ersichtliche Unterschied im psychischen Wohlbefinden zwischen Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I (m=25,3) und Personen mit tertiärer

Bildung (m=26,0) ist sehr schwach ( $d < 0,2$ ). Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigt sich auch kein Zusammenhang mit Migrationshintergrund ( $d \leq 0,1$ ). Auffälliger ist das geringe psychische Wohlbefinden von arbeitsunfähigen (m=21,4) und arbeitslosen Personen (m=23,1) im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung (m=25,3) oder den Nichterwerbspersonen (m=26,0). Diese Unterschiede sind schwach bis mittelgradig ausgeprägt ( $d = 0,2 - 0,7$ ).

Das Tessin (m=24,5) und die Genferseeregion (m=24,8) liegen in Bezug auf das psychische Wohlbefinden unter dem Schweizer Durchschnitt (G 3.7). Diese grossregionalen Unterschiede sind schwach ausgeprägt ( $d < 0,2$ ). Es lassen sich keine Stadt-Land Unterschiede erkennen. Im sprachregionalen Vergleich fällt das psychische Wohlbefinden der Befragten aus dem deutschsprachigen Raum (m=25,8) höher aus als das der Befragten aus französisch- oder italienischsprachigen Regionen (m=24,8, resp. m=24,5;  $d = 0,2 - 0,3$ ).

**G 3.7 Psychisches Wohlbefinden, nach Region, 2022**

Durchschnittlicher Summenwert (zwischen 7 und 35)



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5483

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### 3.1.3 Symptome psychischer Erkrankungen

#### Depressionssymptome

Über ein Drittel der Befragten (35,9%) berichten zum Zeitpunkt der Erhebung von Depressionssymptomen (PHQ-9) (G 3.8). Bei 12,3% handelt es sich um eine *mittelschwere bis schwere* und bei rund 23,7% um eine *leichte* Symptomatik. Frauen geben generell öfter an, von Depressionssymptomen betroffen zu sein als Männer (leicht: 25,7% vs. 21,5%; mittel–schwer: 14,1% vs. 10,4%). Bei den Frauen berichtet über ein Drittel der 15- bis 24-jährigen (35,1%) von leichten und fast jede weitere Dritte von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen (30,4%). Sowohl bei leichter wie auch bei mittelschwerer bis schwerer Symptomatik reduziert sich dieser Anteil mit höherem Alter der Frauen kontinuierlich (z.B. 65+: leichte Symptome bei 20,9%, mittelschwere bis schwere Symptomatik bei 6,4%). Bei den Männern sind leichte und mittelschwere bis schwere Depressionssymptome etwas gleichmässiger über die verschiedenen Altersgruppen verteilt, werden aber von den 65-Jährigen und Älteren seltener berichtet.

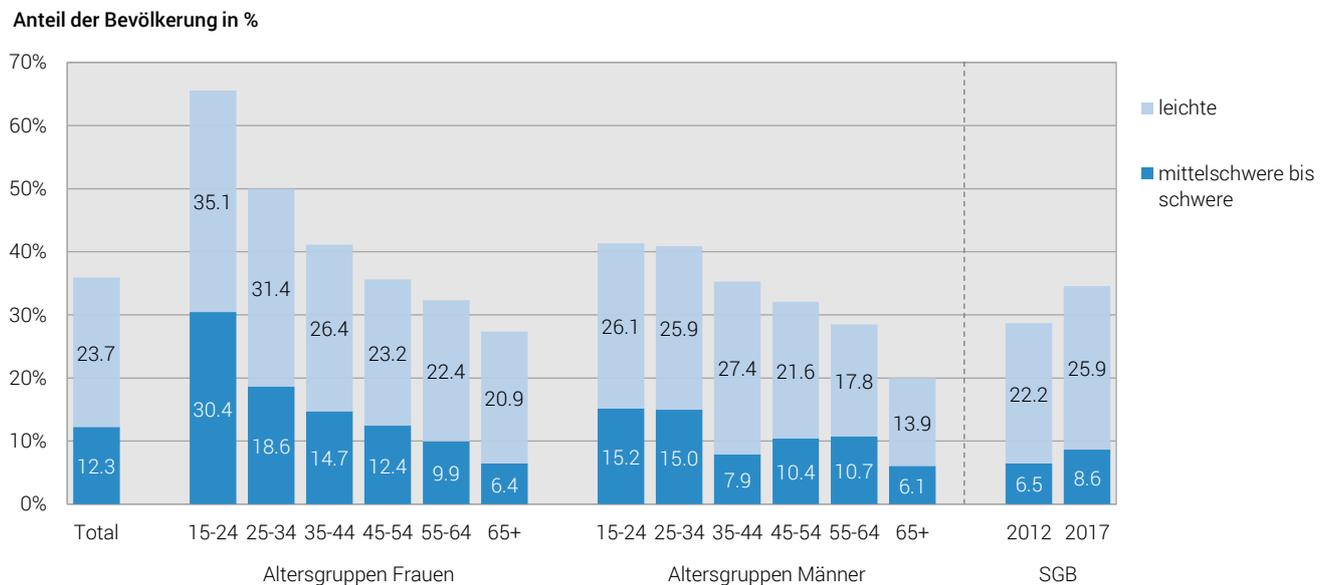
Die Häufigkeit der mittelschweren bis schweren Depressionssymptome hat im Vergleich zu 2017 zugenommen (SGB-Daten 2017: 9%). Diese ist insbesondere auf die 15-34-jährigen Frauen zurückzuführen. Ein Vergleich mit der Studie Covid-19 Social Monitor zeigt, dass schwerwiegendere Depressionssymptome zum Zeitpunkt der Befragung eher wieder häufiger vorkommen als z.B. im Frühling/Sommer 2021 (als Vergleich dient hier der PHQ-2).

Dies gilt für beide Geschlechter, wie auch für sämtliche Altersgruppen (ZHAW, 2023). Ein Vergleich mit deutschen Daten aus der ersten Jahreshälfte 2022 deutet auf höhere Anteile schwererer Depressionssymptome in Deutschland hin (PHQ-2: 9,6% vs. Deutschland: rund 17%; Mauz et al., 2023).

Mittelschwere bis schwere Depressionssymptome kommen bei Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II häufiger vor als bei Personen mit tertiärer Bildung (15,8% resp. 11,8% vs. 8,6%; OR=2,2, resp. OR=1,5). Auch bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa sind mittelschwere bis schwere Depressionssymptome häufiger als bei Personen ohne Migrationshintergrund (OR=1,8). Besonders auffällig ist die Häufigkeit der mittelschweren bis schweren Depressionssymptome bei erwerbslosen Personen (arbeitslos: 24,3%; arbeitsunfähig: 50,6%).

Zwischen Depressionssymptomen und einer ländlichen bzw. städtischen Wohnregion lässt sich kein Zusammenhang erkennen. Die grossregionalen, deskriptiven Analysen zeigen, dass leichte Depressionssymptome häufiger im Tessin berichtet werden als im Schweizer Durchschnitt (29,3% vs. 23,7%) und häufiger als in der Zentral- und Ostschweiz. Bei den mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen fallen die tendenziell geringeren Anteile in Zürich im Vergleich zum Espace Mittelland (OR=0,7) und der Genferseeregion auf. Insgesamt berichten Personen wohnhaft in französischsprachigen Regionen häufiger von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen als Personen in deutschsprachigen Regionen (15,2% vs. 11,2%; OR=1,4).

**G 3.8 Depressionssymptome, nach Geschlecht und Alter, 2012, 2017, 2022**



Datenbruch zwischen 2017 und 2022: Bei der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit handelt es sich um eine online Befragung, bei der SGB um eine telefonische/schriftliche Befragung.

n=5490

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Die Symptome der verschiedenen psychischen Erkrankungen geben ein Bild über den psychischen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung (und den Wochen davor). Weiter wurden die Erhebungsteilnehmenden gefragt, ob sie in den *vergangenen 12 Monaten* eine Depression oder Angststörung hatten und ob diese von einer Ärztin, einem Arzt oder einer medizinischen Fachperson diagnostiziert worden ist (siehe 3.2.3). Damit ergeben sich Informationen, die über den aktuellen psychischen Gesundheitszustand hinausgehen.

### Diagnostizierte und nicht-diagnostizierte Depression

Über 11% der Schweizer Bevölkerung berichten von einer Depression in den letzten 12 Monaten, wovon rund die Hälfte (5,8%) von einem Arzt oder einer Person aus dem medizinischen Bereich diagnostiziert wurde. Im Vergleich zu 2017 haben die nicht-diagnostizierten Depressionen zugenommen (SGB 2017: 1,2%).

Die diagnostizierten Depressionen werden von Frauen häufiger berichtet als von Männern (7,0% vs. 4,5%). Bei den nicht-diagnostizierten Depressionen gibt es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Die Anteile der nicht-diagnostizierten Depressionen liegen bei den Männern über alle Altersgruppen hinweg in einem ähnlichen Bereich, während diagnostizierte Depressionen tendenziell häufiger bei den 55- bis 64-jährigen Männern vorkommen. Bei den Frauen gibt es einzelne Altersgruppenunterschiede, mit tendenziell höheren Werten bei den 15- bis 24-jährigen (Beispiel nicht-diagnostizierte Depression: 12,1% vs. 3,5% bei 45-jährigen und älteren Frauen).

Im Vergleich zu Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss (4,5%) kommen diagnostizierte Depressionen häufiger bei Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe I oder II vor (8,8% resp. 6,1%). Bei den nicht-diagnostizierten Depressionen zeigt sich ein Gruppenunterschied in der Tendenz (Sek I vs. Tertiär, mit OR=1,5). Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund berichten Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa (OR=1,8) und mit Schweizer Staatsbürgerschaft (OR=1,5) häufiger von diagnostizierten Depressionen. Tendenziell ist dies auch bei Personen aus Ost- und Südosteuropa der Fall (OR=1,7). Bei den nicht-diagnostizierten Depressionen sind es Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa (OR=1,8), aus aussen-europäischen Staaten (OR=2,4), sowie der 2. Generation (OR=1,8), die häufiger von nicht-diagnostizierten Depressionen berichten als Personen ohne Migrationshintergrund. Über die Hälfte der arbeitsunfähigen Personen haben eine diagnostizierte Depression (51,5%). Doch auch bei arbeitslosen Personen ist der Anteil an diagnostizierten und nicht-diagnostizierten Depressionen im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung erhöht (OR=2,1 resp. 2,9).

Es zeigen sich keine Unterschiede auf Ebene der Gross- oder Sprachregionen. Im Vergleich zur städtischen Wohnbevölkerung berichten Personen aus intermediären Regionen seltener von diagnostizierten (OR=0,7) und Personen aus ländlichen Regionen seltener von nicht-diagnostizierten Depressionen (OR=0,6).

### Diagnostizierte und nicht-diagnostizierte Angststörung

In den letzten 12 Monaten haben 16,5% Angststörungen erlebt (6,4% diagnostiziert, 10,1% nicht diagnostiziert). Diagnostizierte (8,2% vs. 4,6%) und tendenziell auch nicht-diagnostizierte Angststörungen werden von Frauen häufiger berichtet als von Männern. Generell gibt es bei den Männern wenig Altersgruppenunterschiede. Auffällig ist der insgesamt hohe Anteil von Angststörungen bei den jungen Frauen: Rund 20% der 15- bis 24-jährigen Frauen berichten von nicht-diagnostizierten und weitere 13,5% von diagnostizierten Angststörungen.

Unabhängig von Alter und Geschlecht sind diagnostizierte wie auch nicht-diagnostizierte Angststörungen bei Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II häufiger als bei Personen mit tertiärer Bildung (OR=1,3–1,7). Dasselbe gilt für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa und mit Schweizer Staatsbürgerschaft im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund (OR=1,5–2,5). Diagnostizierten Angststörungen werden seltener von Migrantinnen und Migranten aus nicht-europäischen Staaten berichtet (OR=1,5), während bei den nicht-diagnostizierten Angststörungen die Häufigkeit bei den Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation auffällt (OR=1,5). Wiederum fällt der vergleichsweise hohe Anteil an arbeitsunfähigen Personen mit einer diagnostizierten Angststörung auf (36,3%). Nicht-diagnostizierte Angststörungen werden von arbeitsunfähigen wie auch von arbeitslosen Personen oder Nichterwerbspersonen häufiger berichtet als von der erwerbstätigen Bevölkerung (OR: 1,4–3,7).

Im Gegensatz zu den Depressionen zeigen sich bei den Angststörungen erhebliche grossregionale Unterschiede, wobei die Genferseeregion und das Tessin mit hohen Anteilen an diagnostizierten wie auch nicht-diagnostizierten Angststörungen auffallen. So berichtet in der Genferseeregion rund jede vierte und im Tessin fast jede dritte Person von einer diagnostizierten oder nicht-diagnostizierten Angststörung. Die Analysen auf Ebene der Sprachregion widerspiegeln die grossregionalen Ergebnisse, mit hohen Anteilen von (nicht)-diagnostizierten Angststörungen in den französisch- respektive italienischsprachigen Regionen. Personen wohnhaft in intermediären Regionen berichten weniger häufig von diagnostizierten Angststörungen als die städtische Wohnbevölkerung (OR=0,7).

**Agoraphobie**

Laut Erhebung waren 2,5% der Befragten in den *zwei Wochen* vor der Befragung von Symptomen einer Agoraphobie betroffen, 4,5% geben an, *früher* betroffen gewesen zu sein. Im Folgenden wird näher auf die Ergebnisse zu Agoraphobie in den zwei Wochen vor der Befragung eingegangen.

Frauen berichten tendenziell häufiger als Männer von Symptomen einer Agoraphobie (3,1% vs. 1,9%). Es sind in erster Linie die jungen Frauen (15–24 Jahre), die den Unterschied machen (10,5%), denn bei den Männern zeigen sich über die Altersgruppen keine Unterschiede.

Zwischen Agoraphobiesymptomen und Bildung oder Migrationshintergrund zeigt sich kein Zusammenhang. Erwerbslose, d.h. arbeitslose oder arbeitsunfähige Personen, berichten häufiger von Symptomen einer Agoraphobie (11,6%) als Erwerbstätige (2,0%) oder Nichterwerbspersonen (2,4%). Diese Häufigkeitsunterschiede im Vergleich zu erwerbstätigen Personen bleiben auch unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht teilweise sehr gross (Nichterwerbspersonen: OR=1,6; arbeitslose Personen: OR=3,5; arbeitsunfähige Personen: OR=12,7).

Es gibt einzelne grossregionale Unterschiede: Am auffälligsten ist Zürich, das einen vergleichsweise kleinen, unter dem Schweizer Durchschnitt liegenden Anteil von Personen mit Agoraphobie verzeichnet (1,1%). Es zeigen sich keine Stadt-Land Unterschiede. Allerdings werden Symptome einer Agoraphobie von Personen aus französisch- oder italienischsprachigen Regionen häufiger berichtet als von Personen aus deutschsprachigen Regionen (beide OR=2,0).

**Soziale Phobie**

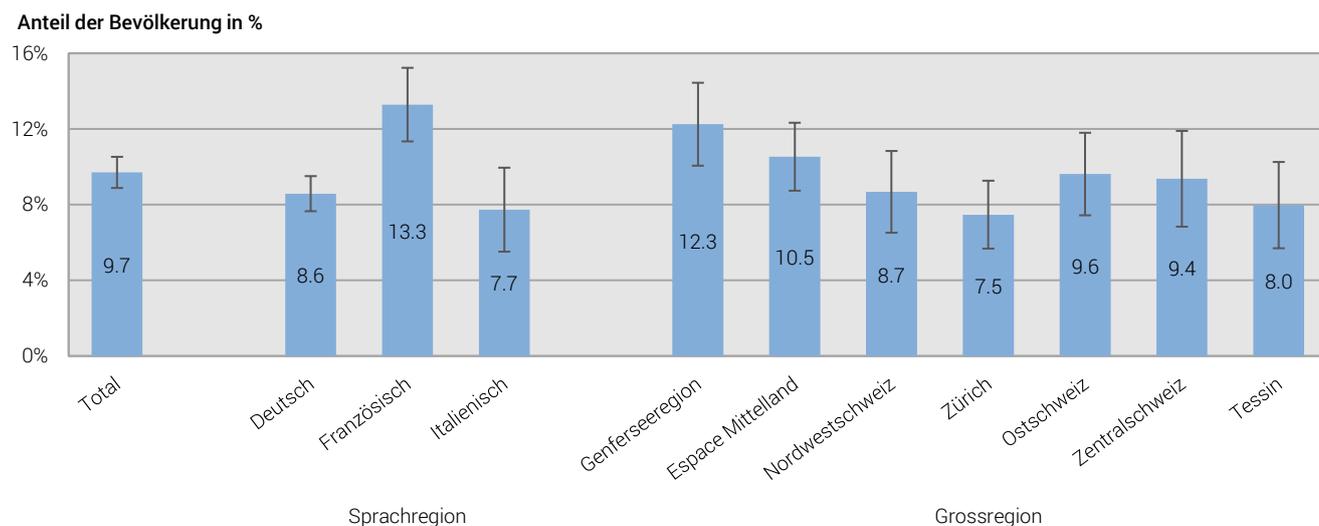
Knapp 10% der Befragten berichten von Symptomen einer Sozialen Phobie, Frauen häufiger als Männer (11,3% vs. 8,1%). Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der Symptome ab. Das gilt für beide Geschlechter. Am häufigsten berichten 15- bis 24-jährige Frauen von Symptomen Sozialer Phobie (28,9%). Bei den gleichaltrigen Männern sind es 17,1%. Bei einem Vergleich mit deutschen Bevölkerungsnormen von 2017 (Wiltink et al., 2017) zeigt sich in der aktuellen Erhebung eine deutlich höhere Betroffenheit: Die Symptome Sozialer Phobie sind insbesondere bei Frauen und Männern unter 30 Jahren deutlich häufiger (Deutschland: 1–3%).

Nach Bildung lässt sich auf deskriptiver Ebene kein Unterschied feststellen. Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigt sich, dass Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I häufiger von Symptomen einer sozialen Phobie berichten als Personen mit tertiärer Bildung (OR=1,5). Auch der Migrationshintergrund steht unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht nicht in Zusammenhang mit den Symptomen einer sozialen Phobie.

Bei den arbeitsunfähigen Befragten sind Symptome sozialer Phobie deutlich häufiger (30%) als bei arbeitslosen (13,3%), erwerbstätigen Personen (9,5%; OR=5,4) oder Nichterwerbspersonen (8,7%).

Es sind keine Stadt-Land Unterschiede ersichtlich. Personen aus der Grossregion Zürich (7,5%) berichten weniger häufig von Symptomen einer sozialen Phobie als Personen aus der Genferseeregion (12,3%) oder aus dem Espace Mittelland (10,5%). Personen wohnhaft in französischsprachigen Regionen berichten insgesamt häufiger von Symptomen einer sozialen Phobie als Personen in deutschsprachigen Regionen (13,3% vs. 8,6%; OR=1,6; G 3.9).

**G 3.9 Symptome sozialer Phobie, nach Region, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5489

### Spezifische Phobie

Rund 3% der Befragten erlebten in den *zwei Wochen* vor der Erhebung Symptome einer Spezifischen Phobie, fast 4% erlebten die Symptome *früher* in ihrem Leben. Im Folgenden geht es um die Symptome in den vergangenen zwei Wochen.

Frauen berichten häufiger als Männer von Symptomen einer spezifischen Phobie (3,8% vs. 2,1%) und bei beiden Geschlechtern nehmen die Symptome mit zunehmendem Alter tendenziell ab (z.B. Frauen 15–24: 7,0% vs. 65+: 1,8%).

Im Vergleich zu Personen mit einer tertiären Bildung haben Personen mit Bildung auf Sekundarstufe II häufiger Symptome einer spezifischen Phobie (3,5% vs. 2,0%; OR=1,8). Kein Zusammenhang zeigt sich mit Migrationshintergrund. Augenfällig ist die Häufigkeit der Symptome einer spezifischen Phobie bei arbeitsunfähigen Personen (18,6%, OR im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung=11,2%).

Es lassen sich keine Stadt-Land Unterschiede feststellen. In den Grossregionen variieren die Anteile mit Symptomen spezifischer Phobien zwischen 1,3% (Tessin) und 4,7% (Genferseeregion). Einzig der Tessiner Wert liegt unter dem Schweizer Schnitt von 3,0%. Wird für Alter und Geschlecht kontrolliert, unterscheiden sich das Tessin (OR=0,4) und Zürich (OR=0,5) vom Espace Mittelland. Die grossregionalen Unterschiede widerspiegeln sich in den Analysen nach Sprachregion: Personen in italienischsprachigen Regionen berichten weniger häufig, solche in französischsprachigen Regionen häufiger von Symptomen als Personen in deutschsprachigen Regionen (OR=0,5, resp. OR=1,5).

### Panikstörung

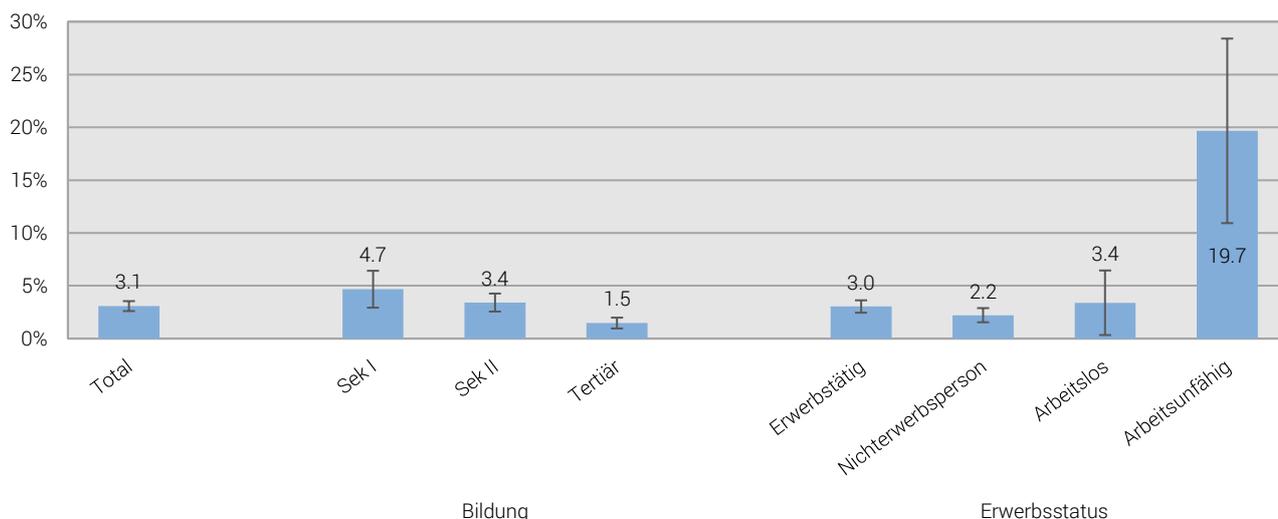
Gemäss Erhebung zeigen 3,1% der Befragten Symptome einer Panikstörung. Wiederum sind die Symptome bei Frauen (4,0%) häufiger als bei Männern (2,1%). Bei den Männern sind die Paniksymptome über die Altersgruppen hinweg relativ gleichmässig verteilt, mit Ausnahme des geringen Vorkommens bei den 65-Jährigen und Älteren (0,7%). Bei den Frauen fallen neben der ältesten Altersgruppe (0,7%) auch die vergleichsweise hohen Werte bei den 15- bis 24-Jährigen (9,9%) auf.

Bei Personen mit Bildung auf Sekundarstufe I (4,7%; OR=3,6) oder Sekundarstufe II (3,4%; OR=2,4) sind Paniksymptome häufiger als bei Personen mit tertiärer Bildung (1,5%; G 3.10). Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- oder Südosteuropa, sowie tendenziell auch aus Südwesteuropa berichten häufiger (OR=1,8–1,9), Personen aus nicht-europäischen Staaten weniger häufig (OR=0,1) von Paniksymptomen als Personen ohne Migrationshintergrund. Mit Blick auf den Erwerbsstatus fallen die hohen Anteile der Paniksymptome bei den arbeitsunfähigen Personen auf (19,7%; G 3.10). Diese kommen bei dieser Personen- gruppen viel häufiger vor als bei der erwerbstätigen Bevölkerung (OR=8,8).

Es zeigen sich keine Stadt-Land Unterschiede. Auch zwischen den Grossregionen lassen sich auf deskriptiver Ebene keine bedeutsamen Unterschiede feststellen. Werden jedoch Alters- und Geschlechterunterschiede zwischen den Regionen mitberücksichtigt, so weisen Zürich und die Zentralschweiz geringere Werte aus als das Espace Mittelland (OR=0,5). Insgesamt berichten Personen aus französischsprachigen Regionen häufiger von Paniksymptomen als Personen aus deutschsprachigen Regionen (OR=1,5).

**G 3.10 Symptome einer Panikstörung, nach Bildung und Erwerbsstatus, 2022**

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

Bildung: Personen ab 25 Jahren

n=5494

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Generalisierte Angststörung (GAS)

Rund 23% der Befragten berichten von *leichten* GAS-Symptomen, bei 6,2% sind die Symptome *mittelschwer* und bei 2,8% handelt es sich um *schwere* Symptome. Bei den Frauen sind die Symptome häufiger als bei den Männern (leichte Symptome: 25,7% vs. 20,4%; mittelschwere bis schwere Symptome: 10,6% vs. 7,5%). Auffällig ist der hohe Anteil der leichten (37%) wie auch mittelschweren bis schweren Symptome (24,9%) bei den 15- bis 24-jährigen Frauen (G 3.11). Über sämtliche Schweregradstufen hinweg kommen GAS-Symptome bei den 65-jährigen und älteren Frauen und Männern am seltensten vor (zusammen rund 19%).

Ein Vergleich mit deutschen Daten aus der ersten Jahreshälfte 2022 weist auf einen ähnlich hohen Anteil an mittelschweren bis schweren Symptomen hin (GAD-2: 11,7% vs. Deutschland: 11,1%; Mauz, 2022). Bei der Schweizer Studie Covid-19 Social Monitor sind schwerwiegende GAS-Symptome zu einem ähnlichen Messzeitpunkt weniger häufig (GAD-2,  $\geq 5$  Punkte: 3,6% vs. 2,0%; ZHAW, 2023).

Bei Personen mit Bildung auf Sekundarstufe I oder II liegt der Anteil an mittelschweren bis schweren GAS-Symptomen höher als bei Personen mit einer tertiären Bildung (OR=2,2, resp. 1,4). Diese erhöhte Häufigkeit dieser Symptome ist auch bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa, Ost- und Südosteuropa, wie auch mit Schweizer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund zu beobachten (OR=1,6–2,3). Der auf deskriptiver Ebene hohe Anteil der mittelschweren bis schweren GAS-Symptome bei Personen

mit Migrationshintergrund der 2. Generation ist auf das jüngere Alter dieser Personen zurückzuführen und in den multivarianten Analysen nicht mehr ersichtlich. Über vier von zehn Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit berichten von mittleren bis schweren GAS-Symptomen (41,2%). Auch bei arbeitslosen Personen (18,0%) ist der Anteil deutlich höher als bei Erwerbstätigen (8,5%) oder Nichterwerbspersonen (7,7%).

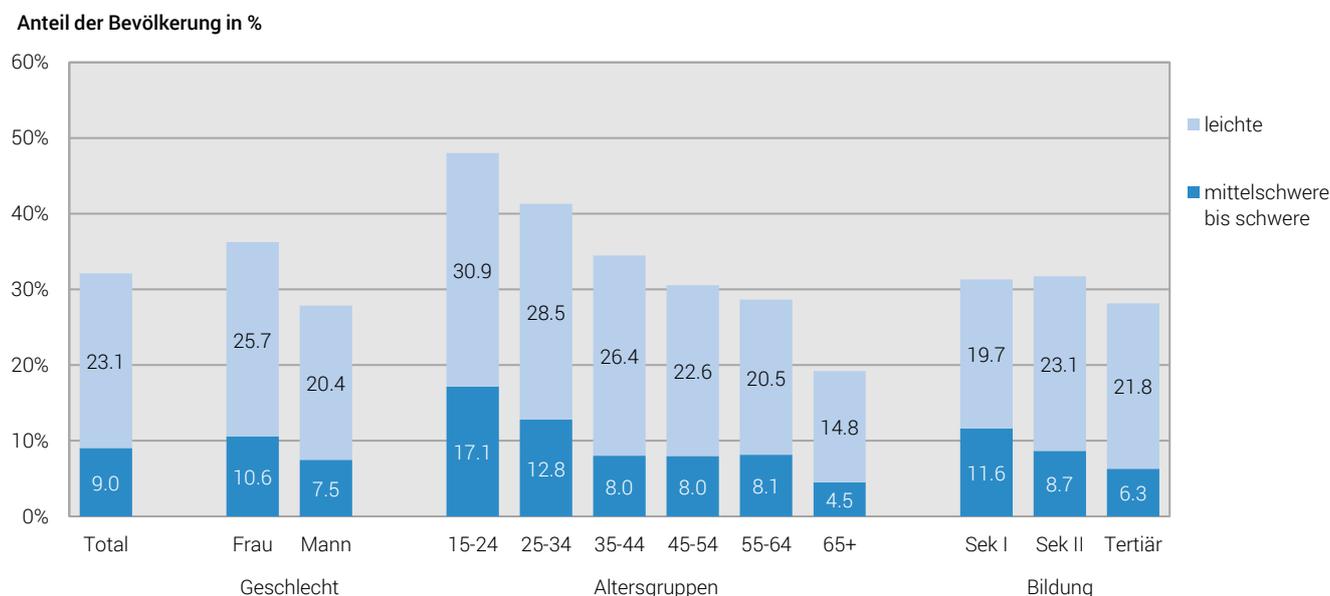
Es sind keine Stadt-Land Unterschiede ersichtlich. Die Anteile von Personen mit leichten GAS-Symptomen sind im Tessin vergleichsweise häufig und liegen über dem Schweizer Durchschnitt (23,1%). Mittelschwere bis schwere Symptome variieren zwischen den Grossregionen von 6,9% in Zürich bis 13,6% im Tessin. Die grossregionalen Unterschiede widerspiegeln sich auf Ebene der Sprachregionen, mit mehr mittelschweren bis schweren GAS-Symptomen in italienisch-, respektive französischsprachigen als in deutschsprachigen Regionen (OR=2,0, resp. 1,6).

### Zwangsstörung

Knapp 4% der Befragten erlebten in den *zwei Wochen* vor der Erhebung Symptome einer Zwangsstörung, 2,2% erlebten die Symptome *früher* in ihrem Leben. Im Folgenden geht es um die Symptome in den vergangenen zwei Wochen.

Die Symptome von Zwang sind bei Frauen und Männern gleich häufig. Es zeigt sich ein Unterschied nach Alter: Die Männer und Frauen der jüngsten Generation (15–24 Jahre: 8,2%) sind häufiger betroffen als die ältere Bevölkerung (65+ Jahre: 1,2%).

**G 3.11 Symptome generalisierter Angststörung, nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2022**



Bildung: Personen ab 25 Jahren  
n=5488

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Zwangssymptome werden von Personen mit Bildung auf Sekundarstufe I häufiger berichtet als von Personen mit tertiärer Bildung (5,0% vs. 2,8%; OR=2,2). Keine Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Migrationshintergrundes, die höheren Anteile bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa und Ost- und Südosteuropa sind tendenzieller Natur. Bei Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit ist der Anteil mit 20% viel höher als bei Erwerbstätigen oder Nichterwerbspersonen (rund 3,5%).

Auf grossregionaler Ebene lassen sich keine substanziellen Unterschiede erkennen. Auf Ebene der Sprachregionen sind höhere Anteile in französischsprachigen als in deutschsprachigen Regionen zu verzeichnen (OR=1,5). Zwangssymptome werden im städtischen Wohngebiet öfters berichtet als in intermediären Wohnregionen (4,6% vs. 2,3%)

### Posttraumatische Belastungsstörung

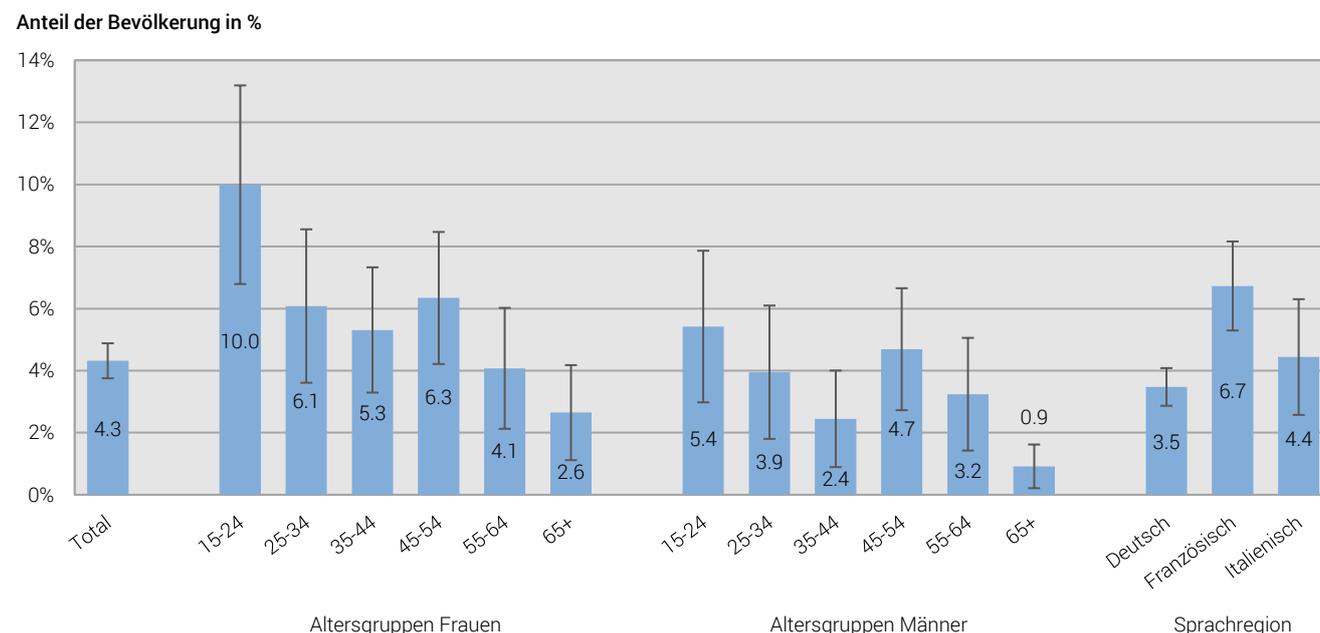
Gemäss Erhebung zeigen 4,3% der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Bei Frauen kommen diese Symptome häufiger vor als bei Männern (5,4% vs. 3,3%). Bei Frauen und Männern sind

PTBS-Symptome bei den 65-Jährigen und Älteren weniger häufig (1,8%) als bei der jüngeren Bevölkerung, es lässt sich aber kein klarer Altersgradient erkennen (G 3.12).

Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II berichten häufiger von PTBS-Symptomen als Personen mit tertiärer Bildung (OR=2,7, resp. OR=2,0). Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und PTBS-Symptomen feststellen. Hingegen kommen PTBS-Symptome besonders häufig bei Personen vor, die arbeitslos (8,5%) oder arbeitsunfähig sind (26,5%). Diese Anteile sind viel höher als bei erwerbstätigen Personen oder Nichterwerbspersonen (je 3,8%). Im Vergleich zu erwerbstätigen Personen treten PTBS-Symptome bei arbeitslosen (OR=2,2) und arbeitsunfähigen Personen (OR=10,5) viel häufiger auf.

Es zeigen sich keine Stadt-Land Unterschiede. Auf Ebene der Grossregionen gibt es einzelne Unterschiede: So sind PTBS-Symptome in den Regionen Zürich, Ostschweiz und Nordwestschweiz seltener als im Espace Mittelland (OR zwischen 0,5 und 0,6). Personen wohnhaft in französischsprachigen Regionen berichten häufiger von PTBS-Symptomen als Personen in deutschsprachigen Regionen (6,7% vs. 3,5%; OR=2,0). Die italienischsprachigen Regionen liegen dazwischen und unterscheiden sich nicht von den anderen beiden Sprachgruppen.

**G 3.12 Symptome posttraumatischer Belastungsstörung, nach Geschlecht, Alter und Region, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5488

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

**Essstörung**

Bei 13% der Bevölkerung in der Schweiz zeigen sich Symptome einer Essstörung. Diese sind bei Frauen weiterverbreitet als bei Männern (15,4% vs. 10,5%). Bei den Männern zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen (z.B. 15–24 Jahre: 16,5%; 35–44 Jahre: 8,5%), aber es ist kein klarer Altersgradient ersichtlich (G 3.13). Anders bei den Frauen: Fast jede dritte (31,7%) der 15- bis 24-jährigen Frauen berichtet von Symptomen einer Essstörung. Dieser Anteil geht mit zunehmendem Alter zurück (z.B. 25–34 Jahre: 21,6%, 65+ Jahre: 5%).

Bei Bildung und Migrationshintergrund lässt sich kein Zusammenhang mit Essstörungssymptomen erkennen. Essstörungssymptome sind bei arbeitslosen und arbeitsunfähigen Personen häufig (24,7%, resp. 22,9%). Im Vergleich zu erwerbstätigen Personen kommen Essstörungssymptome bei arbeitslosen oder arbeitsunfähigen Personen häufiger vor (OR=2,3, resp. OR=2,0).

Es zeigen sich keine Stadt-Land oder grossregionalen Unterschiede. Hingegen berichten Einwohnerinnen und Einwohner aus französischsprachigen Regionen weniger häufig von Essstörungssymptomen als Personen aus deutschsprachigen Regionen (10,8% vs. 13,6%; OR=0,7; G 3.13).

**Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)**

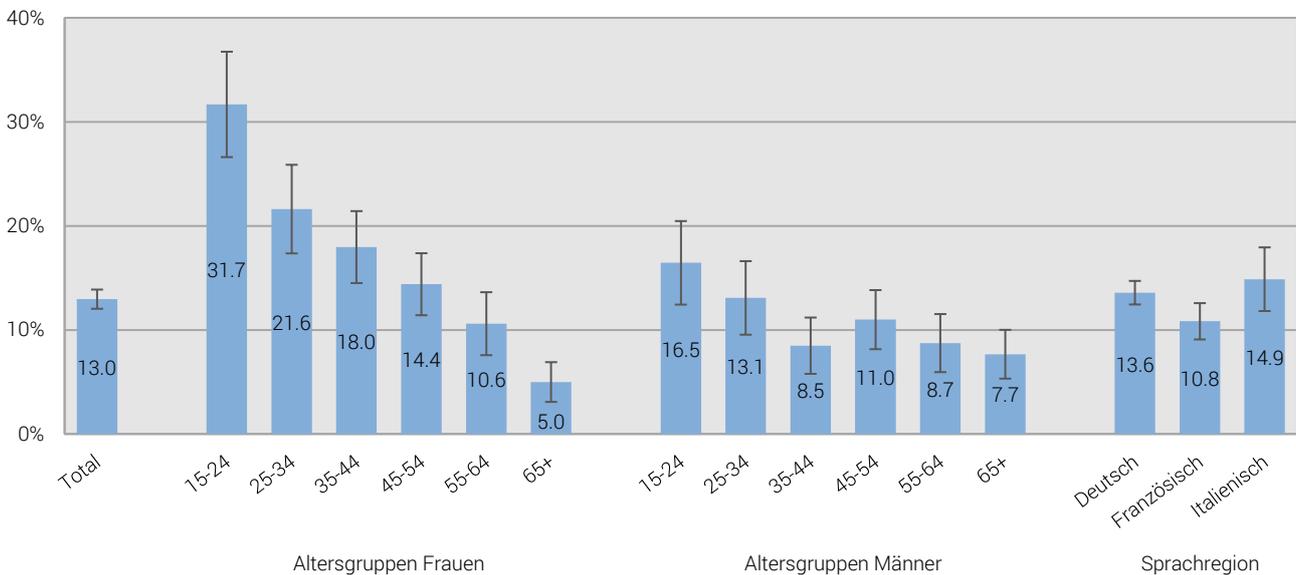
Über 6% der befragten Personen berichten von ADHS-Symptomen, wobei diese etwas häufiger bei Frauen vorkommen als bei Männern (6,8% vs. 5,5%). Die ADHS-Symptome vor allem bei den 15- bis 34-jährigen Männern (rund 10%), während bei den Frauen vor allem die 15- bis 24-jährigen von den Symptomen berichten (17,5%).

Es besteht kein Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und Bildung. Unabhängig von Alters- und Geschlechtereffekten erleben Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa (OR=2,0) wie auch der 2. Generation häufiger ADHS-Symptome (OR=1,5) als Personen ohne Migrationshintergrund. Es zeigen sich Unterschiede zwischen den Erwerbsgruppen, wobei die ADHS-Symptome insbesondere bei den arbeitsunfähigen Personen verbreitet sind (32% vs. 5,2% bei den Erwerbstätigen).

Stadt-Land Unterschiede sind keine ersichtlich. Im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt (6,1%) werden ADHS-Symptome jedoch häufiger in der Genferseeregion (9,9%) und seltener in der Ostschweiz berichtet (3,5%). Im Vergleich zu den deutschsprachigen Gemeinden werden ADHS-Symptome häufiger in den französischsprachigen Regionen berichtet (OR=1,9), während der höhere %-Anteil in den italienischsprachigen Regionen tendenzieller Natur ist (OR=1,5; 95%-KI: 1,0–2,2).

**G 3.13 Symptome Essstörung, nach Geschlecht, Alter und Region, 2022**

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5484

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### 3.1.4 Selbstverletzung, Suizidgedanken und Suizidversuche

#### Selbstverletzung

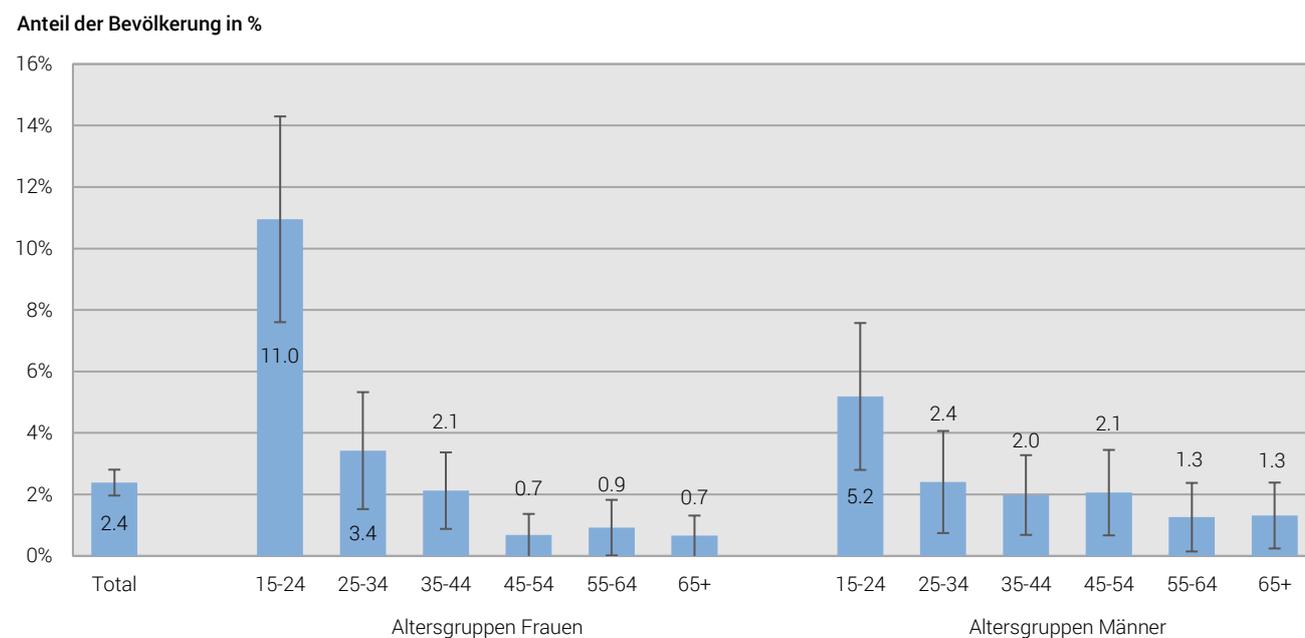
Rund 2,4% der Bevölkerung in der Schweiz haben sich in den letzten 12 Monaten absichtlich selbst verletzt, z.B. durch Schnitte, Verbrennungen oder Ritzen. Insgesamt sind Frauen und Männer etwa gleich häufig betroffen. Nach Alter aufgeschlüsselt zeigt sich, dass selbstverletzendes Verhalten in der jüngsten Altersgruppe (15–24 Jahre) mit 8,0% deutlich häufiger vorkommt als in den anderen Gruppen. Mit einem Anteil von 11,0% sind es vor allem junge Frauen, die sich absichtlich verletzen (G 3.14). Bei den 15- bis 24-jährigen Männern ist dieser Anteil zwar niedriger (5,2%), aber auch deutlich über dem Gesamtdurchschnitt.

Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II verletzen sich häufiger als Personen mit einer tertiären Bildung

(3,4% resp. 1,8% vs. 1,0%). Diese Unterschiede bleiben auch bei Berücksichtigung von Alter und Geschlecht bestehen (OR=4,3, resp. OR=1,9). Die vergleichsweise hohen Anteilswerte bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation sind hingegen auf Alterseffekte zurückzuführen – nach deren Berücksichtigung sind mit Blick auf Migrationshintergrund keine Gruppenunterschiede ersichtlich. Es besteht auch kein Zusammenhang mit Erwerbsstatus.

Es gibt keine Hinweise auf Stadt-Land Unterschiede. Auf Ebene der Grossregionen zeigt sich ein relativ ausgeglichenes Bild. Die im Schweizer Schnitt geringen Anteile des Tessins (0,8%) werden bei den Vergleichen der Sprachregionen deutlicher: Insgesamt sind Selbstverletzungen in den italienischsprachigen Regionen am seltensten, in den französischsprachigen Regionen (3,4%) am häufigsten. Die deutschsprachigen Regionen liegen dazwischen (2,1%).

G 3.14 Selbstverletzung (letzte 12 Monate), nach Geschlecht, Alter und Bildung, 2022



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5498

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

*Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und Betreuung/Behandlung*

Zwei unterschiedlich formulierte Fragen geben Hinweise zu Suizidgedanken. Eine Frage aus dem PHQ-9 bezieht sich auf «Gedanken, dass man lieber tot wäre oder sich Leid zufügen möchte» [in den letzten 2 Wochen]. Über 8% der Bevölkerung haben dies mindestens an einzelnen Tagen erlebt, wobei sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen. Bei den Männern sind die Suizidgedanken über die Altersgruppen hinweg zwischen 6,3% (35–44 Jahre) und 11,8% (15–24 Jahre) relativ gleichmässig verteilt (G 3.15). Bei den Frauen ist ein hoher Anteil von fast 20% bei den 15- bis 24-jährigen ersichtlich. Im Vergleich zu 2017 hat sich die Häufigkeit von Suizidgedanken insgesamt nicht gross verändert. Auffällig ist jedoch die Entwicklung bei den jungen Frauen (2017: 9,0%; Peter & Tuch, 2019).

Die Suizidgedanken hängen nicht mit Bildung oder Migrationshintergrund zusammen, treten jedoch bei jeder dritten arbeitsunfähigen Person auf (33,5%). Mit Blick auf die Wohnregion zeigen sich keinerlei Unterschiede (Stadt-Land, Gross-, Sprachregion).

Die zweite Frage bezieht sich auf Suizidgedanken («ernsthaft oder auch nur flüchtig in Erwägung gezogen, sich das Leben zu nehmen») in den vergangenen 12 Monaten. Fast fünf Prozent der Bevölkerung haben diese bejaht. Dieser Prozentwert unterscheidet sich nicht zwischen Männern und Frauen. Bei den Männern zeigen sich einzelne Altersgruppenunterschiede, aber kein klarer Altersgradient. Fast jede achte Frau im Alter von 15 bis 24 Jahren hatte in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken (13,8%).

Es zeigt sich kein Zusammenhang mit Bildung und Migrationshintergrund. Arbeitsunfähige Personen berichten vergleichsweise häufig von Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten

(15,1%). Mit Blick auf die Wohnregion zeigen sich keinerlei Unterschiede (Stadt-Land, Gross-, Sprachregion).

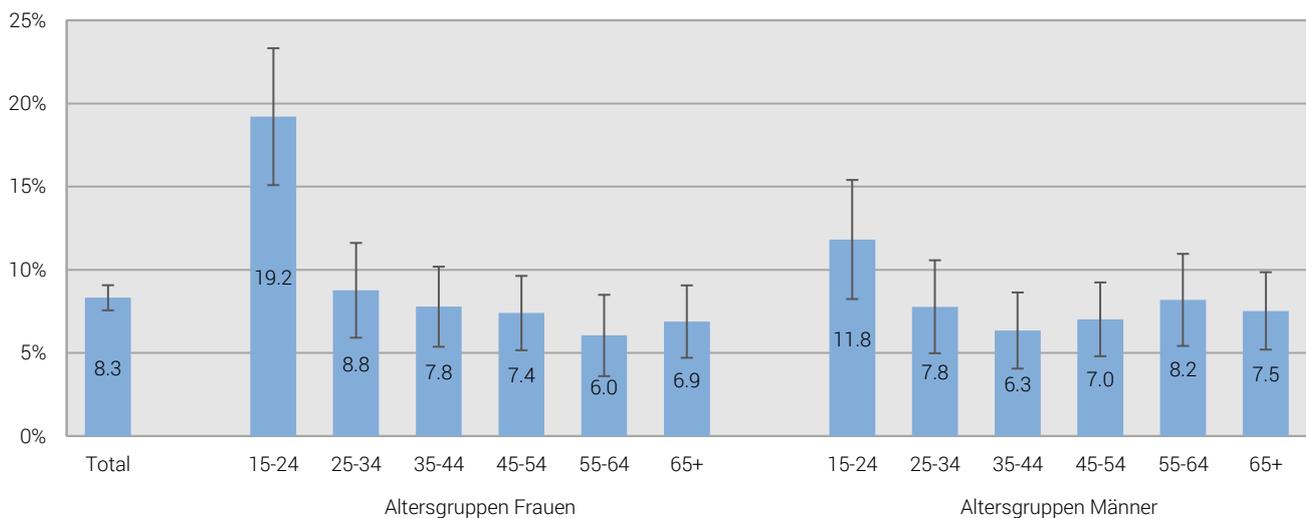
Fast ein Viertel (23,7%) der Personen mit Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten haben sich auch einen Plan gemacht, wie sie sich das Leben nehmen würden. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und der damit verbundenen Unsicherheit bezüglich der statistischen Bedeutsamkeit wurde auf eine weitere, vertiefte Analyse verzichtet. Von den Personen, welche in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken hatten, haben sich rund ein Drittel (34,1%) wegen dieser Gedanken professionelle Hilfe geholt.

Gemäss Erhebung haben 0,3% der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate versucht, sich das Leben zu nehmen; Männer und Frauen ungefähr gleich häufig. Diese Werte entsprechen den Ergebnissen der SGB aus dem Jahre 2017. Über die verschiedenen Altersgruppen hinweg fällt der vergleichsweise hohe Anteil von 1,4% bei den 15- bis 24-jährigen Frauen auf. Die Fallzahlen sind insgesamt jedoch klein und dadurch verbunden mit einer grossen Unsicherheit bezüglich der statistischen Bedeutsamkeit der Ergebnisse. Es wurden daher keine weiteren Gruppenvergleiche durchgeführt.

Die Lebenszeitprävalenz – d.h. ob eine Person *jemals* einen Suizidversuch unternommen hat – liegt bei 3,8%. Sie ist bei Frauen höher als bei Männern (5,0% vs. 2,6%). Auch diese Werte entsprechen den Anteilen der SGB 2017. Grundsätzlich ist der Lebenszeitprävalenz ein Vergleich bezüglich Alter nicht sinnvoll, weil das Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs nicht bekannt ist und je nach Person unterschiedlich weit in der Vergangenheit liegen kann. Dennoch ist es augenfällig, dass es bei den Männern keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt, wohingegen die Lebenszeitprävalenz bei den 15- bis 24-jährigen Frauen mit 9,4% tendenziell hoch ausfällt.

**G 3.15 Suizidgedanken (letzte 2 Wochen), nach und Geschlecht und Alter, 2022**

**Anteil der Bevölkerung in %**



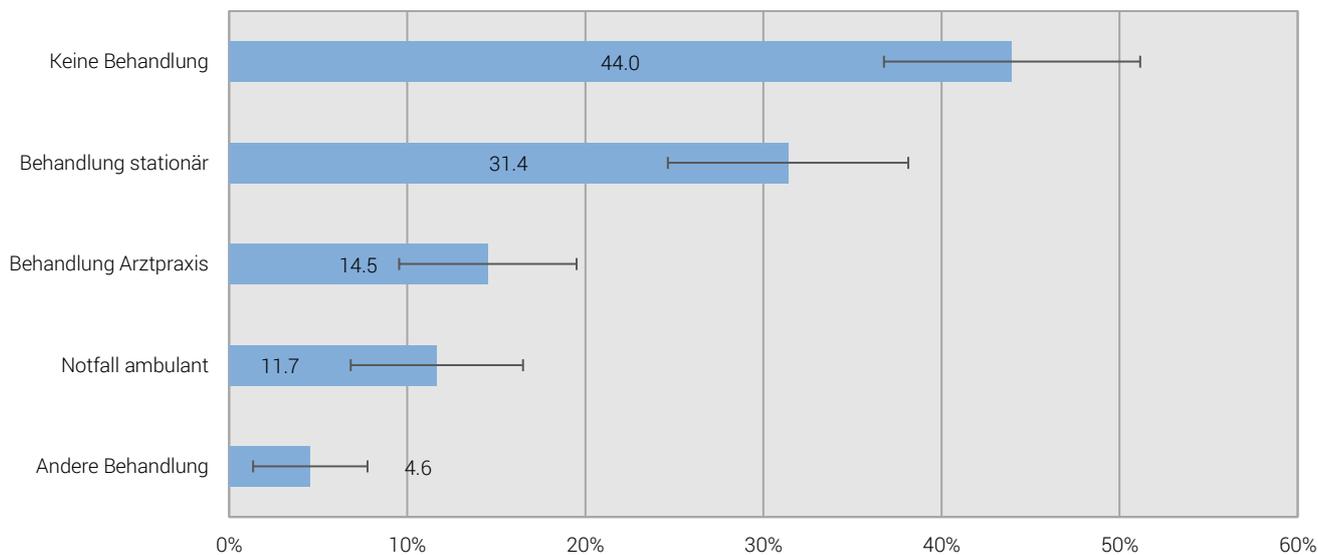
Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5493

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

**G 3.16 Betreuung/Behandlung nach Suizidversuch (jemals)**

**Anteil Personen mit Suizidversuch (jemals) in %**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=201

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Personen, welche von einem Suizidversuch berichteten (unabhängig vom Zeitpunkt), wurden gefragt, ob sie unmittelbar nach Ihrem letzten Suizidversuch von einer Fachperson behandelt oder betreut worden sind (Mehrfachantworten möglich). Rund 44% der betroffenen Personen wurden *nicht* behandelt oder betreut (G 3.16). Rund ein Drittel (31,4%) wurden stationär in einem Spital oder einer psychiatrischen Klinik behandelt (mindestens eine Übernachtung), 11,7% ambulant im Notfall eines Spitals oder einer psychiatrischen Klinik, 14,5% in einer Arztpraxis (z.B. Hausarzt, Psychiater) oder psychotherapeutischen Praxis und 4,6% durch eine andere Person (z.B. Seelsorge, Beratungstelefon, Psychiatrie-Spitem).

**3.1.5 Substanzbezogene Abhängigkeit und problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum**

*Substanzbezogene Abhängigkeit*

Von den befragten Personen berichten fast 2% von einer *diagnostizierten* substanzbezogenen Abhängigkeit, 10% von einer *nicht-diagnostizierten* Abhängigkeit. Grundsätzlich werden nicht-diagnostizierte Substanzabhängigkeiten häufiger von Männern als von Frauen berichtet (12,2% vs. 7,8%), während es keine Unterschiede bei den diagnostizierten Substanzabhängigkeiten gibt.

Mit Blick auf die Verteilung über die Altersgruppen fallen bei den Männern vor allem die vergleichsweise geringen Anteile der nicht-diagnostizierten Substanzabhängigkeiten bei den 65-Jähri-

gen und Älteren auf (5,0%). Bei den Frauen zeigt sich ein mehrheitlich ausgeglichenes Bild, mit einzelnen Altersgruppenunterschieden bei den nicht-diagnostizierten Substanzabhängigkeiten (z.B. 25–34 Jahre: 11,3% vs. 45–54 Jahre: 5,5%).

Diagnostizierte Substanzabhängigkeiten werden von Personen mit Bildung auf Sekundarstufe I häufiger berichtet als von Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss (OR=2,7). Die nicht-diagnostizierten substanzgebundenen Abhängigkeiten kommen bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa (OR=0,6), sowie aus nicht-europäischen Staaten (OR=0,2) seltener vor als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Aufgrund der geringen Fallzahlen können keine Angaben zu den diagnostizierten Substanzabhängigkeiten gemacht werden. Ein vergleichsweise hoher Anteil von arbeitsunfähigen Personen gibt an, eine diagnostizierte Substanzabhängigkeit zu haben (18,2%). Bei den nicht-diagnostizierten Abhängigkeiten sind keine Unterschiede zwischen den Erwerbsgruppen ersichtlich.

Stadt-Land Vergleiche zeigen keine Gruppenunterschiede. Die Verteilung über die Grossregionen sind unauffällig, auch wenn Personen aus französischsprachigen Regionen insgesamt häufiger von diagnostizierten und tendenziell häufiger von nicht-diagnostizierten Suchabhängigkeiten berichten als Personen aus deutschsprachigen Regionen (OR=1,8 resp. OR=1,2).

*Problematischer Alkoholkonsum*

Von den befragten Personen weisen 6,1% einen *problematischen* Alkoholkonsum auf, 2,2% eine *wahrscheinliche alkoholbedingte Störung* und 1,6% eine *wahrscheinliche Alkoholabhängigkeit*. Im Vergleich zum Suchtmonitoring Schweiz hat sich der Anteil an problematischem Alkoholkonsum eher reduziert (2015: 9,2%; 2011: 8,9%), während die Häufigkeit einer wahrscheinlichen alkoholbedingten Störung (2015: 2,4%; 2011: 2,0%) oder Alkoholabhängigkeit stabil scheinen (2015: 1,0%; 2011: 0,9%; Marmet et al., 2015). Im Folgenden werden die drei Gruppen zusammengefasst (fast 10%) und unter dem Label des «zumindest problematischen Alkoholkonsums» näher untersucht.

Der zumindest problematische Alkoholkonsum ist bei Männern häufiger als bei Frauen (13,8% vs. 6,1%). Bei den Frauen nimmt er mit höherem Alter tendenziell ab (G 3.17). Auch bei den Männern sind es die 15- bis 24-Jährigen, die rund doppelt so häufig (21,5%) einen zumindest problematischen Alkoholkonsum aufweisen als Männer über 45 Jahre. Analysen zu Bildung zeigen, dass Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe I weniger häufig von einem zumindest problematischen Alkoholkonsum berichten als Personen mit einer tertiären Bildung (OR=0,5). Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa, Ost- und Südosteuropa, sowie aus nicht-europäischen Staaten weisen seltener einen zumindest problematischen Alkoholkonsum auf als Personen ohne Migrationshintergrund (OR=0,2–0,4). Es besteht kein Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus.

Auf grossregionaler Ebene liegen die Anteile der Personen mit einem zumindest problematischen Alkoholkonsum zwischen

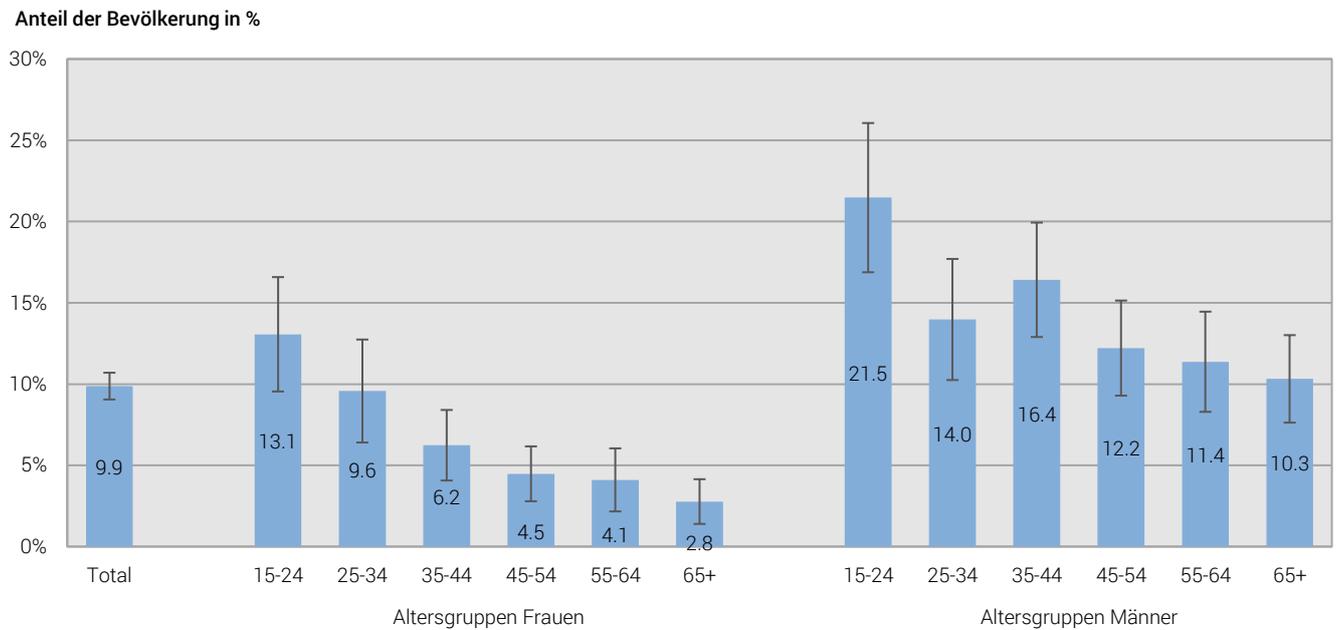
7,3% und 11,6%. Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigen sich insgesamt höhere Anteile in französischsprachigen als in deutschsprachigen Regionen (OR=1,4). Stadt-Land Analysen zeugen von keinen wesentlichen Unterschieden

*Problematischer Cannabiskonsum.*

Zwei Prozent der Bevölkerung weisen einen problematischen Cannabiskonsum auf, Männer häufiger als Frauen (2,9% vs. 1,1%). Im Vergleich zum Suchtmonitoring Schweiz hat sich der Anteil an problematischem Cannabiskonsum bei Frauen und Männern etwas erhöht (2016: Total 1,1%, Männer 2,0%, Frauen 0,3%; Marmet & Gmel, 2017). Bei den Männern zeigen sich Unterschiede in den Anteilswerten zwischen den unter und über 45-Jährigen (4,5–6,5% vs. 0,6–1,4%). Auch bei den Frauen über 45 Jahren ist ein problematischer Cannabiskonsum äusserst selten (0,2–0,7%).

Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen problematischem Cannabiskonsum und Bildung, er ist jedoch bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation weniger häufig vor als bei Personen ohne Migrationshintergrund (OR=0,5). Aufgrund der geringen Fallzahlen sind genauere Analysen hinsichtlich der Herkunft nicht möglich. Arbeitslose oder arbeitsunfähige Personen berichten häufiger von einem problematischen Cannabiskonsum als erwerbstätige Personen (OR=3,2, resp. OR=5,1) oder Nichterwerbspersonen. Weder auf Ebene Stadt-Land, noch Grossregion oder Sprachregion lassen sich Unterschiede erkennen.

**G 3.17 Zumindest problematischer Alkoholkonsum, nach Geschlecht und Alter, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5482

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Zusammenhang mit Depressions- und anderen Symptomen

Anhand der Depressionssymptome (PHQ-9) und einer Symptomatik bei mindestens einer psychischen Erkrankung wird deskriptiv der zum Befragungszeitpunkt erhobene, psychische Gesundheitszustand von Personen mit (zumindest) problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum, oder einer substanzbezogenen Abhängigkeit abgebildet (G 3.18). Personen mit zumindest problematischem Alkoholkonsum berichten häufiger von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen (18,4% vs. 11,5%) wie auch von einer erhöhten Symptomatik (43,5% vs. 27,8%) als Personen ohne problematischen Alkoholkonsum. Dasselbe Muster zeigt sich für den problematischen Cannabiskonsum und der substanzbezogenen Abhängigkeit, wobei die Personen mit einer diagnostizierten Abhängigkeit am häufigsten von Depressions- (46,4%) oder anderen Symptomen berichten (63,5%).

Über sämtliche erhobene Symptome psychischer Erkrankungen oder Indikatoren positiver psychischer Gesundheit hinweg zeigt sich ein starker Zusammenhang mit den erhobenen Suchthematiken, wobei Personen mit (nicht-)diagnostizierter Substanzabhängigkeit und Personen mit (zumindest) problematischem Alkohol- respektive Cannabiskonsum jeweils eine schlechtere psychische Gesundheit ausweisen als Personen ohne substanzbezogene Abhängigkeit und ohne problematischen Alkohol- respektive Cannabiskonsum. Bei der diagnostizierten Substanzabhängigkeit variieren die OR hinsichtlich Symptome psychischer Erkrankungen zwischen 2,1–11,6 und hinsichtlich Indikatoren positiver psychischer Gesundheit zwischen OR=0,2–0,4, respektive d=0,4–0,8. Bei der nicht-diagnostizierten Substanzabhängigkeit liegen die OR für die Symptome psychischer Erkrankungen bei 1,3–2,5, bei den Indikatoren positiver psychischer Gesundheit bei

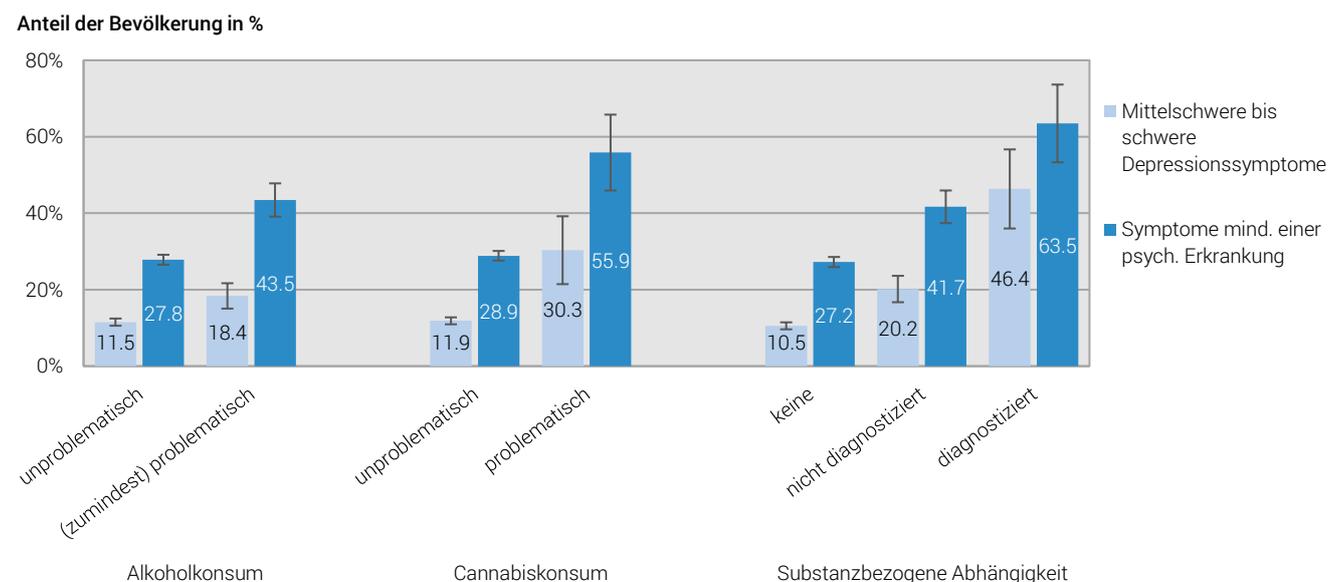
0,6–0,8, respektive d=0,1–0,3. Beim problematischen Alkoholkonsum liegen die OR bezüglich Symptome psychischer Erkrankungen zwischen 1,5–2,7 und bezüglich Indikatoren positiver psychischer Gesundheit zwischen 0,5–0,7, respektive d=0,2–0,4. Beim problematischen Cannabiskonsum liegen die OR bezüglich Symptome psychischer Erkrankungen zwischen 1,4–4,7 und bezüglich Indikatoren positiver psychischer Gesundheit zwischen 0,4–0,5, respektive d=0,2–0,5.

### 3.1.6 Einschränkungen im Alltag aus psychischen Gründen

Insgesamt sind es 17,5% der Gesamtbevölkerung, welche von leichten und/oder starken Alltagseinschränkungen aus psychischen Gründen berichten. Über 16% der Befragten berichten, in den *letzten 4 Wochen* mindestens einen Tag aus psychischen Gründen *leicht* eingeschränkt gewesen zu sein. *Starke* Einschränkungen im selben Zeitraum über mindestens einen Tag erlebten 8,7%. Von der erwerbstätigen Bevölkerung waren 1,8% aus psychischen Gründen mindestens einen Tag von der Arbeit krankgeschrieben. Wenn nicht genauer spezifiziert geht es im Folgenden um die psychisch bedingten Funktionseinschränkungen im Alltag insgesamt (leicht und/oder stark).

Die Einschränkungen kommen insgesamt bei Frauen häufiger vor als bei Männern (21,1% vs. 13,9%). Während bei den Männern die psychisch bedingten Einschränkungen relativ gleichmässig über die Altersgruppen verteilt sind, zeigt sich bei den Frauen der deutlich höchste Anteil bei der jüngsten (15–24 Jahre: 42,8%) und der niedrigste Anteil bei der ältesten Altersgruppe (65+: 8,4%).

**G 3.18 Psychische Symptome**, nach Alkoholkonsum, Cannabiskonsum und Substanzabhängigkeit, 2022



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5502

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Der Bildungsgrad und der Migrationshintergrund stehen nicht in Zusammenhang mit *leichten*, aber mit den *starken* psychisch bedingten Einschränkungen im Alltag. So sind starke Einschränkungen häufiger bei Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II im Vergleich zu tertiärer Bildung (OR=2,1, resp. 1,3) und bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund (OR=1,9).

Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht berichten im Vergleich zu den Erwerbstätigen Nichterwerbspersonen (OR=1,3), arbeitslose (OR=2,1) und insbesondere arbeitsunfähige Personen (OR=11,3) häufiger von psychisch bedingten Einschränkungen.

Weder auf Ebene Stadt-Land noch auf Ebene der Sprachregionen lassen sich Unterschiede erkennen. Insgesamt sind die %-Anteile auch über die Grossregionen ähnlich verteilt.

### 3.1.7 Schweregrad der psychischen Symptome

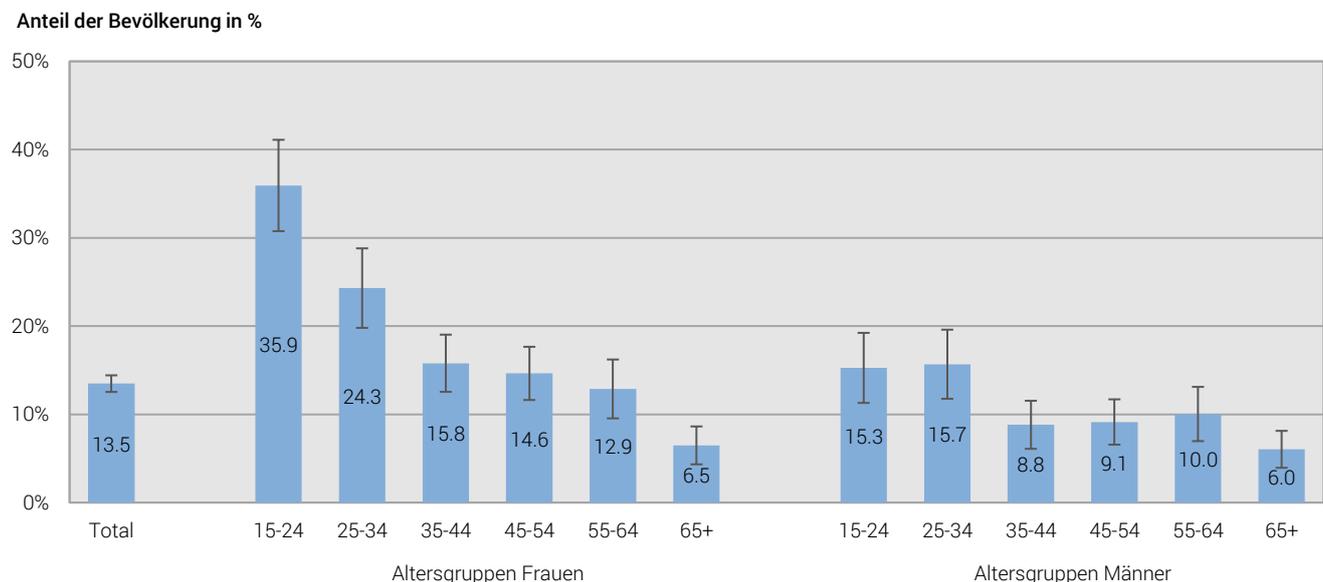
Um etwas genauere Aussagen über die Häufigkeit und den Schweregrad psychischer Symptome insgesamt machen zu können, wurde in drei Schritten vorgegangen. In *Schritt 1* wurde der Anteil der Personen mit Symptomen (Werte über Schwellenwert) bei mindestens einer der erhobenen psychischen Erkrankungen betrachtet. Knapp die Hälfte der Personen (48,3%) berichtet zum

Zeitpunkt der Befragung über Symptome bei mindestens einer psychischen Erkrankung. Zählt man den (zumindest) problematischen Alkohol- oder Cannabiskonsum hinzu, erhöht sich der Anteil auf 52,1%.

In einem *zweiten Schritt* wurden leichte Symptome einer Depression oder einer generalisierten Angststörung (PHQ-9 bzw. GAD-7) *nicht* berücksichtigt. Der Anteil der Personen mit erhöhter psychischer Symptomatik reduzierte sich dadurch auf 29,4% (mit mindestens problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum: 35,6%). Um den Anteil der Personen mit *schwereren* psychischen Symptomen zu kennen, wurde in einem *dritten Schritt* zusätzlich der Anteil der Personen mit einer psychisch bedingten Einschränkung im Alltag (leicht und/oder stark) oder mit Suizidgedanken herausgefiltert (Kessler, Demler, et al., 2005), 2005). Dies ergab einen Anteil von 13,5% (G 3.19); mit zumindest problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum: 14%). Im Folgenden wird auf diese schwereren psychischen Symptome ohne problematischen Alkohol- oder Cannabiskonsum näher eingegangen.<sup>2</sup>

Schwerere psychische Symptome treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern (16,6% vs. 10,3%). Bei den Frauen nimmt die Häufigkeit mit zunehmendem Alter ab: Von den 15- bis 24-jährigen Frauen berichtet mehr als ein Drittel (35,9%) von schwereren psychischen Symptomen, von den 65-jährigen und Älteren sind es 6,5% (G 3.19). Bei den Männern ist die Verteilung über die Altersgruppen etwas ausgeglichener: Rund 15% der 15- bis 34-Jährigen berichten von schwereren psychischen Symptomen gegenüber 6,0% der 65-Jährigen und Älteren.

**G 3.19 Schwerere psychische Symptome, nach Geschlecht und Alter, 2022**



Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

<sup>2</sup> Die Ergebnisse bleiben unter Einbezug von (zumindest) problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum sehr ähnlich.

Schwerere psychische Symptome werden von Personen mit Bildung auf Sekundarstufe I tendenziell häufiger berichtet als von Personen mit tertiärer Bildung (OR=1,3). Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund berichten Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten weniger häufig von schwereren Symptomen (OR=0,4). Bei Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit ist der Anteil mit 55,5% viel höher als bei Erwerbstätigen oder Nichterwerbspersonen (rund 12,5%).

Auf Ebene der Urbanität und der Sprachregionen lassen sich keine substanziellen Unterschiede erkennen. Personen aus den Grossregionen der Nordwestschweiz, Zürich und der Ostschweiz berichten jedoch weniger häufig von schwereren Symptomen als Personen aus dem Espace Mittelland (OR=0,7).

### 3.1.8 Mehrfachbetroffene Personen

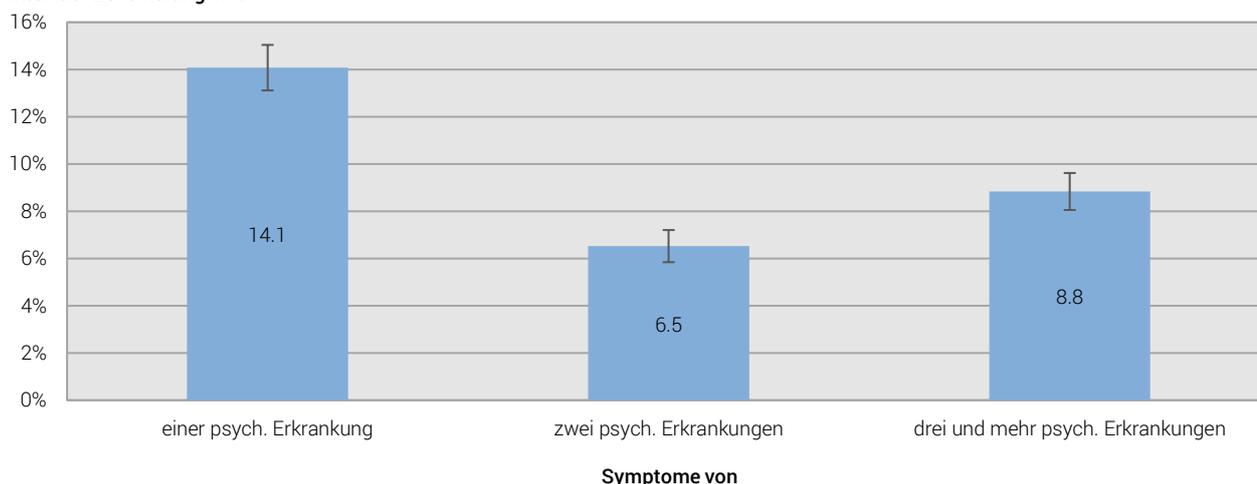
Insgesamt weisen knapp 30% der Befragten deutliche Symptome *mindestens einer* psychischen Erkrankung aus<sup>3</sup>: Bei 14,1% der Befragten handelt es sich um Symptome *einer* psychischen Erkrankung, bei 6,5% um Symptome von *zwei* Erkrankungen und bei 8,8% um Symptome von *drei oder mehr* Erkrankungen (G 3.20). Zählt man den (zumindest) problematischen Alkohol- oder Cannabiskonsum hinzu, steigt der Gesamtanteil auf knapp 36%, wobei 17,8% Symptome *einer*, 7,9% Symptome von *zwei* und 9,8% Symptome von *drei oder mehr* Erkrankungen zeigen. Die häufigsten Kombinationen sind Symptome von Depression plus Symptome generalisierter Angststörung und Symptome von Depression plus Symptome generalisierter Angststörung plus Symptome Sozialer Phobie. Im Folgenden wird näher auf die Personen eingegangen, welche von Symptomen von zwei Erkrankungen oder mehr berichten (=Mehrfachbetroffene, ohne problematischer Alkohol- oder Cannabiskonsum<sup>4</sup>).

Frauen berichten häufiger als Männer von mehreren Symptomen (17,8% vs. 12,9%). Sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern ist der Anteil der mehrfachbetroffenen Personen mit zunehmendem Alter seltener (z.B. Frauen 15–24 Jahre: 41,9% vs. 65 Jahre und älter: 6,1%). Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II sind häufiger von mehreren psychischen Symptomen betroffen als Personen mit Tertiärabschluss (OR=1,8, resp. 1,4). Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa (OR=1,6) und mit Schweizer Staatsbürgerschaft (OR=1,3) sind häufiger von mehreren Symptomen betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund. Arbeitsunfähige wie auch arbeitslose Personen berichten im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung besonders oft von mehreren Symptomen (OR=8,5, resp. 2,3).

Auf Ebene Stadt-Land lassen sich keine Unterschiede erkennen. Grossregionale Analysen zeigen, dass Personen aus der Genferseeregion (OR=1,3) häufiger von mehreren psychischen Symptomen berichten als Personen aus dem Espace Mittelland. Insgesamt zeigt sich dies auch auf sprachregionaler Ebene, da Personen in französischsprachigen und tendenziell auch italienischsprachigen Regionen häufiger von mehreren psychischen Symptomen berichten als Personen aus deutschsprachigen Regionen.

## G 3.20 Personen mit Symptomen mehrerer psychischer Erkrankungen, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5463

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

<sup>3</sup> Ohne leichte Symptome einer Depression oder einer generalisierteren Angststörung (PHQ-9 bzw. GAD-7), siehe 4.1.7.

<sup>4</sup> Die Ergebnisse bleiben unter Einbezug von zumindest problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum sehr ähnlich.

### 3.1.9 Körperliche Beschwerden

Von den Befragten berichten 22% von *keinen/kaum* körperlichen Beschwerden, 32,6% von *einigen* und 45,4% von *starken* Beschwerden. Im Vergleich zu früheren SGB-Befragungen hat sich der Anteil der Personen mit *starken* Beschwerden fast verdoppelt (SGB 1992–2017: 20–26%). Analysen auf Itemebene zeigen, dass diese im Vergleich zu 2017 deutliche Zunahme auf häufigere Rückenbeschwerden, Schwächegefühl und Einschlafprobleme zurückzuführen sind.<sup>5</sup>

Die starken körperlichen Beschwerden sind häufiger bei Frauen als bei Männern (54,5% vs. 36,2%). Während zwei von drei jungen Frauen von starken Beschwerden berichten (66,4%), nehmen diese mit zunehmendem Alter eher ab (65+: 45,5%). Bei den Männern zeigen sich keine Altersunterschiede.

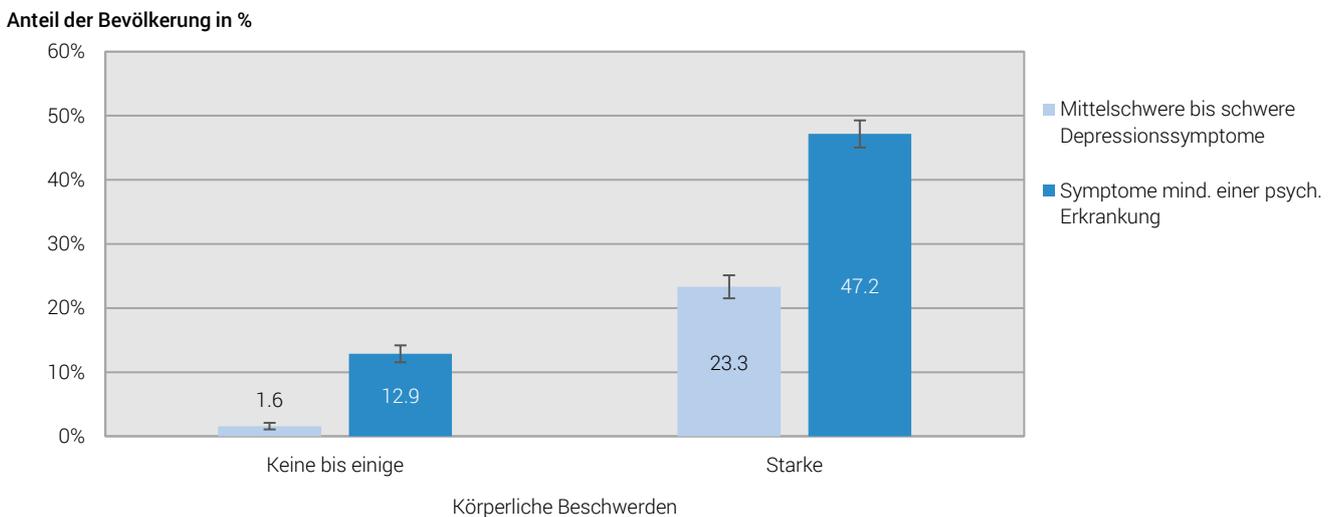
Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen starken körperlichen Beschwerden und Bildung. Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht sind die Beschwerden jedoch seltener bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten (OR=0,4) als bei Personen ohne Migrationshintergrund, während sie tendenziell häufiger bei Personen der 2. Generation vorkommen (OR=1,2). Mit Blick auf die Erwerbssituation zeigt sich, dass arbeitslose (59,8%; OR=1,9) und insbesondere ar-

beitsunfähige Personen (80%; OR=5,8) häufiger körperliche Beschwerden haben als erwerbstätige Personen (44,2%). Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich Grossregionen, Sprachregionen oder Urbanität.

Der zum Befragungszeitpunkt erhobene psychische Gesundheitszustand von Personen mit körperlichen Beschwerden wird in G 3.21 anhand der Depressionssymptome (PHQ-9) und einer erhöhten Symptomatik bei mindestens einer psychischen Erkrankung beispielhaft abgebildet und er wird mit dem psychischen Gesundheitszustand von Personen ohne körperliche Beschwerden verglichen. Personen mit körperlichen Beschwerden berichten häufiger von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen (23,3% vs. 1,6%) wie auch von einer erhöhten Symptomatik einer psychischen Erkrankung als Personen ohne körperliche Beschwerden (47,2% vs. 12,9%; mit zumindest problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum: 52,5% vs. 19,3%).

Über sämtliche erhobene Symptome psychischer Erkrankungen (OR: 3,2–18,9) oder Indikatoren positiver psychischer Gesundheit (OR: 0,3–0,4 resp.  $d=0,5-0,7$ ) hinweg zeigt sich ein Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden, wobei Personen mit starken körperlichen Beschwerden jeweils eine schlechtere psychische Gesundheit ausweisen als Personen mit keinen/leichten körperlichen Beschwerden. Es gilt jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Analysen keine Kausalitätsaussagen zulassen.

**G 3.21 Psychische Symptome, nach starken körperlichen Beschwerden, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5137–5143

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

<sup>5</sup> Bei diesem Index ist zu berücksichtigen, dass Personen mit mehreren leichten Beschwerden zur Gruppe der «starken Beschwerden» gezählt werden (siehe 2.2.7).

### 3.1.10 Chronisches psychisches Gesundheitsproblem

Rund 36% der Befragten haben ein langandauerndes, chronisches Gesundheitsproblem: 2,8% berichten von einem chronischen Problem mit *psychischer* Ursache, 22,1% von einem Problem mit *körperlicher* Ursache, bei 8,4% ist die Ursache *psychischer UND körperlicher* Natur und bei 2,5% *weder psychisch noch körperlich* bedingt. Etwa vier von fünf Personen mit einem chronischen psychischen Gesundheitsproblem sind hiervon im Alltag eingeschränkt (Total: 2,3%). Bei Personen mit einem psychisch UND körperlich bedingten Problem sind es über vier von fünf Personen (Total: 7,1%). Im Folgenden wird nun auf die chronischen Probleme mit psychischer Ursache eingegangen<sup>6</sup>. Danach folgen die Analysen zu chronischen Gesundheitsproblemen mit psychischer UND körperlicher Ursache<sup>7</sup>.

Chronische Gesundheitsprobleme mit *psychischer* Ursache werden von Frauen und Männern gleich oft berichtet. Grundsätzlich berichten die 65-jährigen und älteren Frauen und Männer am seltensten von chronischen *psychischen* Gesundheitsproblemen (1,0%). Während sich bei den Männern keine weiteren Altersgruppenunterschiede zeigen, sind die chronischen psychischen Gesundheitsprobleme bei den 15- bis 24-jährigen Frauen tendenziell am häufigsten (5,9%).

Es zeigt sich kein Zusammenhang mit Bildung. Werden Alter und Geschlecht berücksichtigt, so berichten Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten seltener von chronischen psychischen Gesundheitsproblemen als Personen ohne Migrationshintergrund (OR=0,3). Sehr verbreitet sind die chronischen psychischen Gesundheitsprobleme bei den arbeitsunfähigen Personen (18,4%).

Chronische psychische Gesundheitsprobleme kommen in den Grossregionen ähnlich häufig vor. Unterschiede zwischen Stadt und Land oder zwischen den drei Sprachregionen sind keine festzustellen.

*Psychisch UND körperlich* bedingte chronische Gesundheitsprobleme sind bei Frauen und Männern etwa gleich häufig. Am seltensten sind sie bei den 15- bis 24-Jährigen (4,2%).

Psychisch UND körperlich bedingte chronische Gesundheitsprobleme sind bei Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe I oder II häufiger als bei Personen mit tertiärem Bildungsabschluss (OR=1,4 resp. 1,3). Werden Alter und Geschlecht berücksichtigt, so berichten Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa (OR=1,9) häufiger von chronischen

psychisch UND körperlich bedingten Gesundheitsproblemen als Personen ohne Migrationshintergrund, Personen aus nicht-europäischen Staaten dagegen seltener (OR=0,5). Sehr stark verbreitet sind diese Gesundheitsprobleme bei den arbeitsunfähigen Personen (43,1%).

Psychisch UND körperlich bedingte chronische Gesundheitsprobleme kommen in den Grossregionen ähnlich häufig vor. Mit Blick auf die Sprachregionen sind diese Gesundheitsprobleme in den französisch- (OR=0,8) und tendenziell auch in den italienischsprachigen Regionen (OR=0,7) seltener als in deutschsprachigen Regionen. In intermediären Wohnregionen kommen psychisch UND körperlich bedingte chronische Gesundheitsprobleme weniger häufig vor als in städtischen Wohngebieten (OR=0,7).

Der zum Befragungszeitpunkt erhobene, psychische Gesundheitszustand von Personen mit chronischen psychischen Problemen (oder psychisch UND körperlich bedingten Problemen) wird in G 3.22 anhand der Depressionssymptome (PHQ-9) und einer erhöhten Symptomatik bei mindestens einer Erkrankung beispielhaft, deskriptiv abgebildet und mit dem psychischen Gesundheitszustand von Personen ohne chronischem Gesundheitsproblem verglichen.

Personen mit einer *psychisch* bedingten oder *psychisch UND körperlich* bedingten chronischen Erkrankung berichten deutlich häufiger von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen (51,6%, resp. 38,9% vs. 8,1%) oder von einer schwereren psychischen Symptomatik (76,4% resp. 62,9% vs. 25,1%; mit zumindest problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum: 77,4%, resp. 67,7% vs. 31,7%) als Personen ohne chronische Erkrankungen.

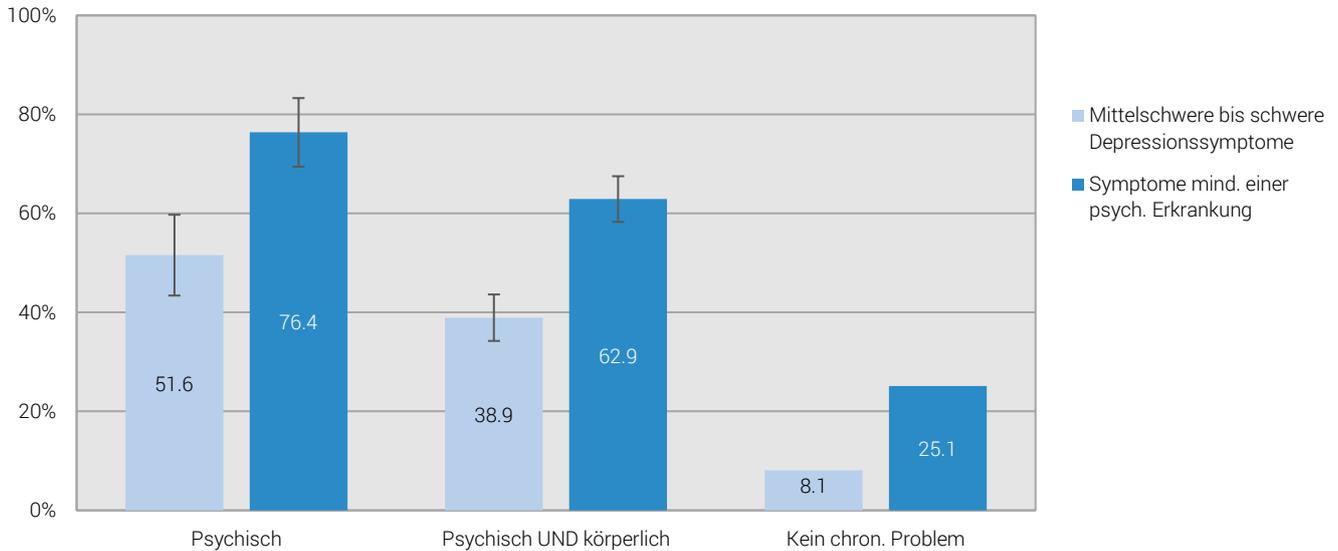
Über sämtliche erhobene Symptome psychischer Erkrankungen oder Indikatoren positiver psychischer Gesundheit hinweg zeigt sich ein starker Zusammenhang mit chronischen psychischen Gesundheitsproblemen, wobei Personen mit entsprechenden Problemen jeweils eine schlechtere psychische Gesundheit ausweisen als Personen ohne chronische Erkrankung. Sind die chronischen Probleme *psychisch* bedingt, variieren die OR bezüglich Symptome psychischer Erkrankungen zwischen 2,9–16,1 und bezüglich Indikatoren positiver psychischer Gesundheit zwischen 0,04–0,2, respektive  $d=0,8–1,2$ . Sind die chronischen Probleme *psychisch UND körperlich* bedingt, variieren die OR hinsichtlich Symptome psychischer Erkrankungen zwischen 3,5–9,8 und hinsichtlich Indikatoren positiver psychischer Gesundheit zwischen 0,1–0,3, respektive  $d=0,6–0,9$ . Es gilt jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Analysen keine Kausalitätsaussagen zulassen.

<sup>6</sup> Unabhängig von der erlebten Funktionseinschränkung. An den Ergebnissen ändert sich wenig.

<sup>7</sup> Als Vergleichsgruppe dienten jeweils die Personen ohne eine chronische Krankheit.

**G 3.22 Psychische Symptome**, nach starken körperlichen Beschwerden, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5487–5497

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

**3.1.11 Einsamkeit**

Von den befragten Personen fühlen sich 13,5% *ziemlich oder sehr häufig* einsam. Einsamkeit kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern (15,3% vs. 11,7%). Auffällig ist der hohe Anteil von Einsamkeit bei den 15- bis 24-Jährigen: Fast ein Drittel der jungen Frauen (31,7%) und jeder fünfte junge Mann (22,3%) fühlen sich ziemlich oder sehr häufig einsam. Bei den anderen Altersgruppen schwankt der Anteil von 11–18% (Frauen), respektive 6–13% (Männer).

Die Prozentwerte sind deutlich höher als noch 2017, wo sich 4,9% ziemlich oder häufig einsam fühlten (SGB). Diese grosse Veränderung betrifft alle Altersgruppen, am stärksten jedoch die jüngsten Generationen (15–34 Jahre: von 4,4% im Jahr 2017 auf 20,6%).

Personen mit Bildung auf Sekundarstufe I fühlen sich häufiger einsam als Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss (OR=1,8). Deutliche Unterschiede zeigen sich auf der Ebene des Migrationshintergrundes, da sich sowohl die Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation (OR=1,4) als auch der 1. Generation häufiger einsam fühlen als Personen ohne Migrationshintergrund (Südwesteuropa: OR=1,8; Nord- und Westeuropa: OR=1,7; mit Schweizer Staatsbürgerschaft: OR=1,3). Arbeitsunfähige Personen berichten häufig von Einsamkeitsgefühlen (33,1%), deutlich häufiger als erwerbstätige Personen (OR=3,9).

Auffällig sind die grossregionalen Unterschiede: Einsamkeit ist besonders in der Genferseeregion (20,3%) und im Kanton Tes-

**Einsamkeit: Personen mit Depression/Angststörung oder mit psychisch bedingtem chronischem Gesundheitsproblem**

Neben den erwähnten Ergebnissen, die auf einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand bei einsamen Menschen hinweisen, kann umgekehrt auch die Einsamkeit von Personen mit einer Depression oder Angststörung (vs. keine Depression oder Angststörung), oder einem psychisch bedingtem chronischen Gesundheitsproblem (vs. kein Gesundheitsproblem) gezeigt werden.

Viele Personen mit einem psychisch bedingtem chronischen Gesundheitsproblem (41,3%), einer (nicht-)diagnostizierten Depression (rund 43%) oder Angststörung (36–40%) fühlen sich ziemlich/sehr häufig einsam. Einsamkeit ist bei diesen Personen häufiger als bei Personen ohne die erwähnten Gesundheitsprobleme (9–11%).

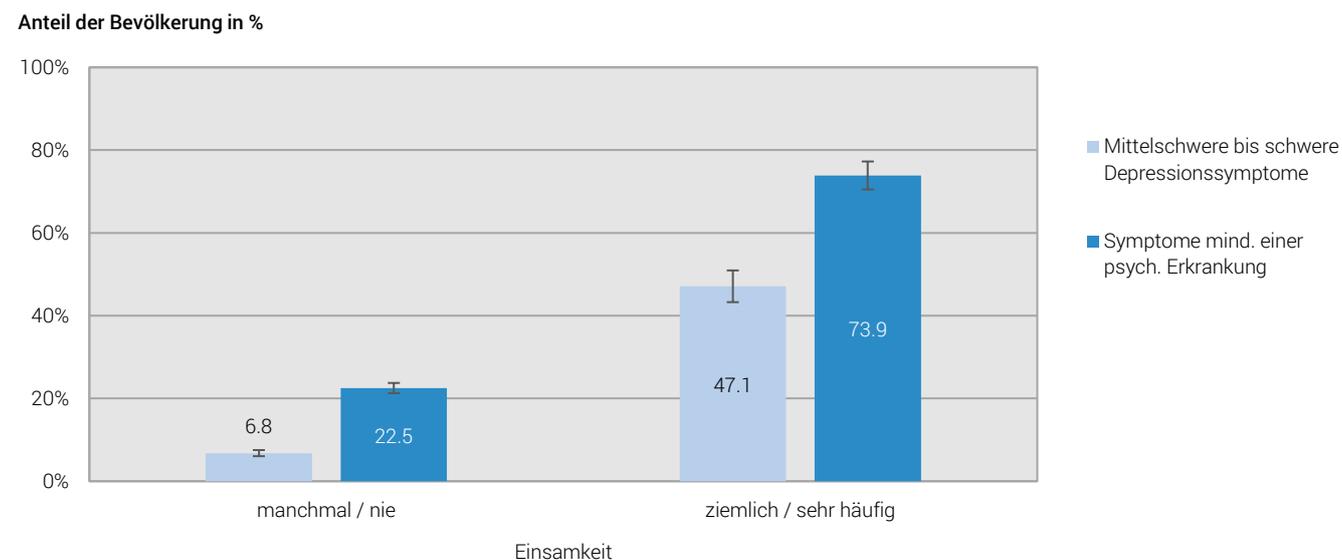
sin (17,8%) verbreitet. Dies widerspiegelt sich auch in den Analysen nach Sprachregion: Personen aus französisch- oder italienischsprachigen berichten häufiger von Einsamkeitsgefühlen als Personen aus deutschsprachigen Regionen (OR=2,0, resp. 1,8). Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung. Hingegen berichten Personen wohnhaft in einer intermediären Region weniger häufig von Einsamkeit als die städtische Bevölkerung (OR=0,8).

Um den Zusammenhang zwischen der erlebten Einsamkeit und dem psychischen Gesundheitszustand zu untersuchen,

wurde die psychische Gesundheit beispielhaft anhand der Depressionssymptome und einer erhöhten Symptomatik bei mindestens einer psychischen Erkrankung den beiden Einsamkeitsgruppen gegenübergestellt (G 3.23). Personen, die sich ziemlich oder sehr häufig einsam fühlen, berichten viel häufiger von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen (47,1% vs. 6,8%) oder irgendeiner erhöhten psychischen Symptomatik (73,9% vs. 22,5%; mit zumindest problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum: 76,8% vs. 29,2%) als Personen, die sich manchmal/nie einsam fühlen.

Über sämtliche erhobene Symptome psychischer Erkrankungen (OR: 3–11) oder Indikatoren positiver psychischer Gesundheit (OR: 0,1–0,4; resp.  $d=0,8-1,3$ ) hinweg zeigt sich ein starker Zusammenhang mit Einsamkeit, wobei einsame Menschen immer eine schlechtere psychische Gesundheit ausweisen. Es gilt jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Analysen keine Kausalitätsaussagen zulassen.

**G 3.23 Psychische Symptome, nach Einsamkeit, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5486–5494

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### 3.2 Psychisches Problem in den letzten 12 Monaten: Hilfesuche

Im Folgenden wird die Hilfesuche bei psychischen Problemen nach den verschiedenen soziodemographischen und regionalen Faktoren analysiert und dargestellt. Einige Fragen wurden nur bestimmten Personen gestellt, z.B. Personen, die sich in Behandlung befinden. Dementsprechend reduzieren sich die Antworten auf eine Teilmenge der Gesamtstichprobe. Dadurch werden die Fallzahlen teils zu klein, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Aus diesem Grund wurde teilweise auf Gruppenvergleiche verzichtet. Es gilt: Werden die Faktoren (z.B. Bildung, Sprachregion) genannt, sind die Ergebnisse interpretierbar. *Werden die Faktoren im Text nicht genannt, wurde auf eine Auswertung verzichtet.* An einzelnen Stellen wird dies noch einmal explizit erwähnt.

#### 3.2.1 Wer hat sich welche Hilfe gesucht?

Rund 34,7% der Befragten haben in den letzten 12 Monaten ein psychisches Problem erlebt (negative Empfindungen oder Gedanken, wie beispielsweise psychische Belastungen (z.B. deprimiert oder ängstlich sein), Stress oder psychische Erkrankungen) – Frauen häufiger als Männer (40,7% vs. 28,6%) und jüngere Menschen häufiger als Ältere (z.B. 15–24 Jahre: 46,5% vs. 65+ Jahre: 22,8%). Junge Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren sind am stärksten betroffen (61,0%).

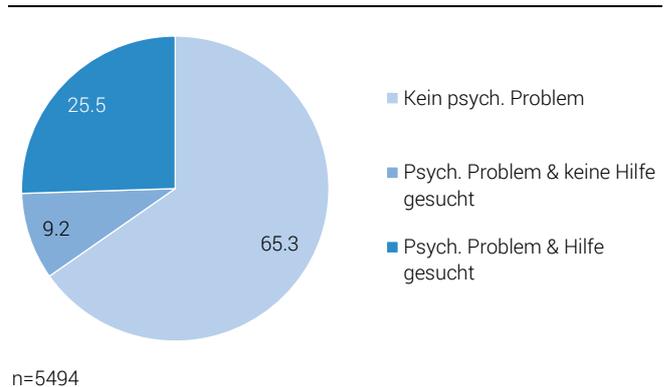
Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I geben seltener an, ein psychisches Problem gehabt zu haben als Personen mit einer tertiären Bildung (OR=0,7). Das Gleiche gilt für Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Ost- und Südosteuropa (OR=0,6) und aus nicht-europäischen Staaten (OR=0,4) im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Arbeitslose und arbeitsunfähige Personen berichten häufiger von einem psychischen Problem als Erwerbstätige (OR=1,7 bzw. OR=7,5).

Bezüglich grossregionaler Unterschiede zeigt sich ein Spektrum von 29,5% mit psychischem Problem in der Ostschweiz bis 37,9% in der Nordwestschweiz. Weder hinsichtlich Sprachregion noch Urbanität lässt sich ein bedeutender Zusammenhang mit der Frage nach einem psychischen Problem feststellen.

Drei Viertel der Personen mit einem psychischen Problem (73,4%) geben an, sich in diesem Zeitraum deswegen *Hilfe gesucht* zu haben (mit jemandem reden, sich online oder in einem Buch informieren, telefonische Beratung oder Selbsthilfegruppe, Behandlung). Dies entspricht 25,5% der Gesamtbevölkerung (G 3.24). Frauen suchten häufiger Hilfe als Männer (80,3% vs. 63,4%) und Personen in jüngeren Altersgruppen häufiger als 65-Jährige und Ältere (71,3–79,7% vs. 58,5%). Dieser Alterseffekt ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten.

Arbeitsunfähige und Nichterwerbspersonen haben bei psychischen Problemen häufiger Hilfe gesucht als Erwerbstätige (OR=5,6 bzw. OR=1,5). Die anderen untersuchten Faktoren – Bildung, Migrationshintergrund, Grossregion, Sprachregion und Urbanität – stehen nicht eindeutig mit der Hilfesuche in Verbindung.

G 3.24 Hilfesuche bei psychischem Problem (letzte 12 Monate), 2022



Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Personen mit einem psychischen Problem suchten am häufigsten in ihrem Umfeld Unterstützung: 64,7% geben an, z.B. mit einem Familienmitglied, einer Freundin, einem Freund oder einer Arbeitskollegin, einem Arbeitskollegen *über ihr Problem gesprochen* zu haben (G 3.25). Frauen geben häufiger als Männer an, mit jemandem über ihre psychischen Probleme zu reden (71,7% vs. 54,5%). Das Gleiche gilt für jüngere Menschen im Vergleich zu älteren, z.B. 74,2% der 25- bis 34-Jährigen verglichen mit 46,4% der 65-Jährigen und Älteren. Frauen zwischen 25 und 34 Jahren sprechen am häufigsten über ihr Problem (84,8%). Nichterwerbspersonen sprechen häufiger mit einer Person aus ihrem Umfeld als Erwerbstätige (OR=1,5). Für Bildung, Migrationshintergrund, Grossregion, Sprachregion und Urbanität kann kein eindeutiger Zusammenhang mit Hilfesuchen im nahen Umfeld festgestellt werden.

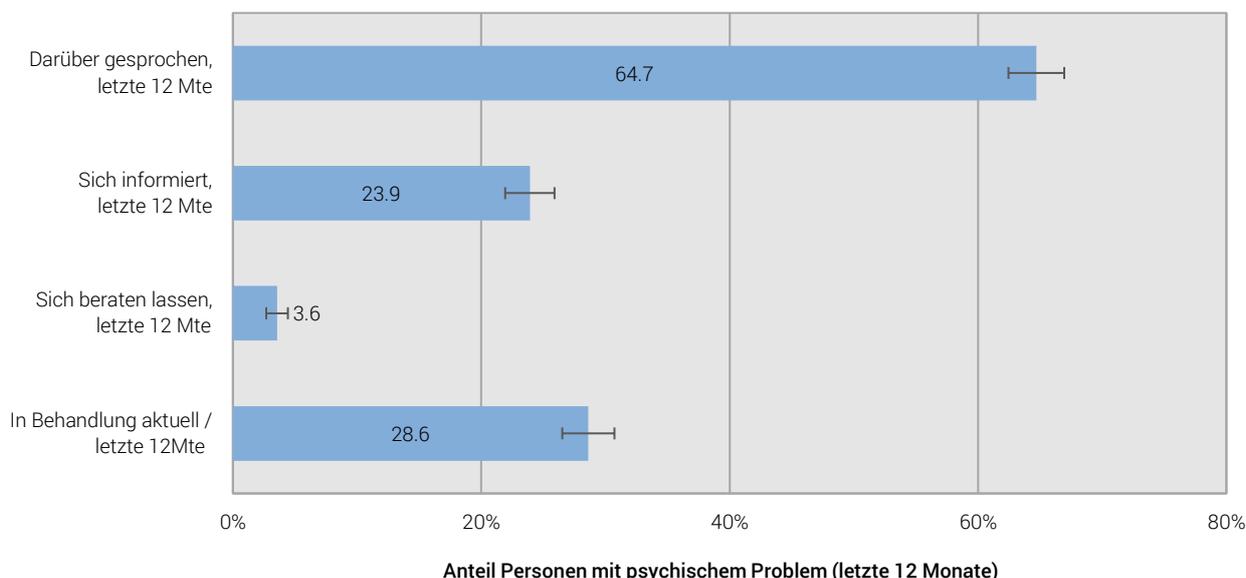
Rund 24% *informierten* sich online oder anhand eines Buches oder Zeitschrift über ihr psychisches Problem. Männer und 65-Jährige und Ältere tun dies weniger häufig als Frauen (18,5% vs. 27,6%) bzw. jüngere Altersgruppen (11,6% vs. 23,1–28,6%).

Personen mit Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I und Sekundarstufe II informieren sich seltener über ihre psychische Gesundheit als Personen mit Bildung auf Tertiärstufe (OR=je 0,6). Arbeitsunfähige und Nichterwerbspersonen informieren sich häufiger als Erwerbstätige (OR=2,4 bzw. OR=1,6).

Hinsichtlich Grossregionen informieren sich am häufigsten Personen aus der Genferseeregion (32,0%) und am wenigsten häufig Personen aus der Nordwestschweiz (19,8%) und der Ostschweiz (19,1%). Personen aus französischsprachigen Regionen informieren sich bei psychischen Problemen häufiger als Personen aus deutschsprachigen (OR=1,6). Für die Faktoren Migrationshintergrund und Urbanität kann kein eindeutiger Zusammenhang festgestellt werden.

Knapp 4% der Personen mit einem psychischen Problem liessen sich *telefonisch beraten* (z.B. 143 Dargebotene Hand) oder tauschten sich in einer *Selbsthilfegruppe* mit anderen Betroffenen aus. Frauen und Männer tun dies ähnlich häufig (4,0% vs. 3,0%) und auch bezüglich der Altersgruppen sind keine eindeutigen Unterschiede auszumachen.

**G 3.25 Hilfesuche bei psychischem Problem (letzte 12 Monate): Quellen der Unterstützung, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=1931–1932

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten lassen sich viel häufiger beraten als Personen ohne Migrationshintergrund (OR=7,4), aber dieses Ergebnis ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur mit Vorsicht zu interpretieren. Nichterwerbspersonen lassen sich häufiger beraten als Erwerbstätige (OR=2,5). Personen aus französischsprachigen Regionen lassen sich seltener beraten als Personen aus deutschsprachigen Regionen (OR=0,4). Bezüglich der anderen Faktoren (Bildung, Grossregion und Urbanität) zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede.

Weiter geben 28,6% der Personen mit einem psychischen Problem in den letzten 12 Monaten an, dass sie aktuell wegen einem psychischen Problem *in Behandlung* sind oder innerhalb der letzten 12 Monate waren. Weitere 21,7% haben zumindest daran gedacht, sich wegen der Probleme behandeln zu lassen und rund die Hälfte der Personen mit psychischen Problemen haben nicht über eine Behandlung nachgedacht. Weitere Merkmale von Personen die in Behandlung sind, werden unter 3.2.2 genauer analysiert. Auf die Personen, die trotz psychischem Problem nicht in Behandlung sind, wird unter 3.2.3 eingegangen.

**3.2.2 In Behandlung: Anbieter, Kontext Qualität und Hilfesuchen**

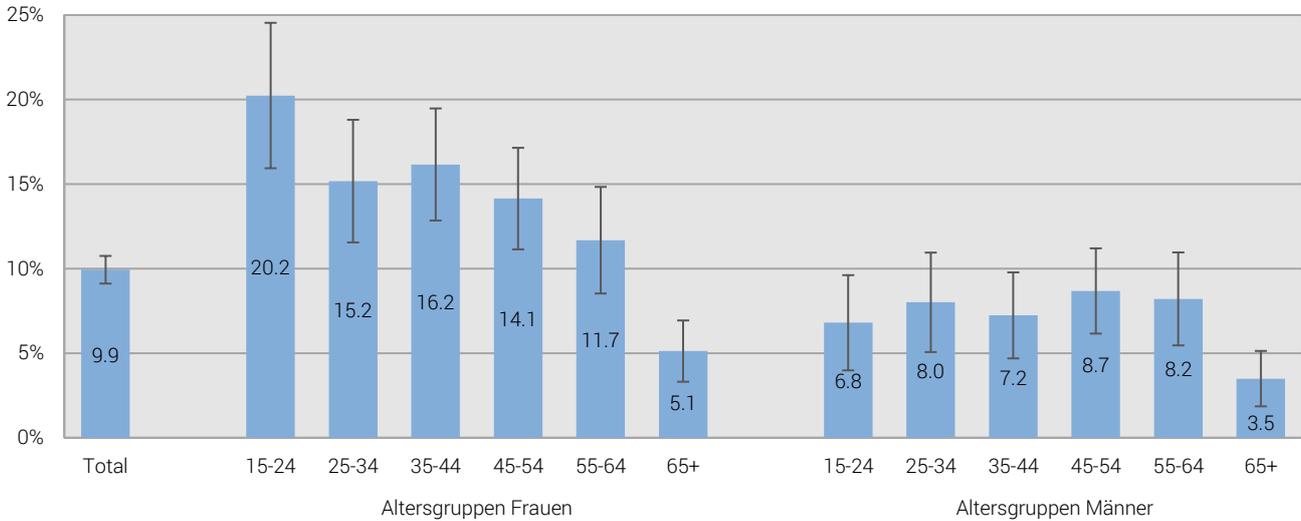
Rund 10% der Schweizer Wohnbevölkerung haben sich in den 12 Monaten vor der Befragung wegen eines psychischen Problems in Behandlung begeben – 6,4% befinden sich aktuell noch in Behandlung und 3,5% haben die Behandlung bereits abgeschlossen. Frauen liessen sich in den letzten 12 Monaten häufiger behandeln

als Männer (12,9% vs. 6,9%). Zudem ist ein Altersgradient festzustellen, insbesondere 65-Jährige und Ältere waren weniger häufig in Behandlung als Personen in jüngeren Altersgruppen (4,3% vs. 9,9%–13,4%; G 3.26). Stellt man den Anteil der Personen, die sich in Behandlung befinden bzw. befanden (9,9%), älteren SGB-Daten gegenüber, so ist ein Anstieg zu verzeichnen: 2017 betrug der Anteil gemäss SGB 6,1% (vgl. Schuler et al., 2020). Die Zahlen sind jedoch nicht unmittelbar vergleichbar, da in der Omnibuserhebung «psychische Probleme» konkreter definiert wurden, in der SGB nicht.

Erwerbslose sind häufiger in Behandlung als Erwerbstätige (OR=4,9), wobei dies für arbeitsunfähige Personen am deutlichsten gilt (OR=12,0). Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus nicht-europäischen Staaten sind weniger häufig in Behandlung (aktuell oder in den letzten 12 Monaten) als Personen ohne Migrationshintergrund (OR=0,4). Dasselbe ist für Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation zu beobachten (OR=0,5). Bewohnerinnen und Bewohner von ländlichen und intermediären Regionen neigen dazu, weniger häufig Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt insbesondere für Personen aus intermediären Regionen im Vergleich zu Personen aus städtischen Regionen (OR=0,8). Bezüglich der Faktoren Bildung, Grossregion und Sprachregion zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede.

**G 3.26 Behandlung psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Alter, 2022**

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5493

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

**Anbieter**

Die meisten Personen, die in den vergangenen 12 Monaten eine Behandlung wegen psychischer Probleme aufgesucht haben, liessen sich von einer Psychologin oder einem Psychologen behandeln (54,8%). An zweiter Stelle stehen Psychiaterinnen und Psychiater (40,8%) und an dritter Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte (z.B. Hausarzt; 31,4%)<sup>8</sup>. Nur wenige Personen suchten andere Behandelnde auf: andere Ärztinnen und Ärzte (3,2%), komplementärmedizinische (10,6%) oder andere nicht-medizinische Therapeutinnen und Therapeuten (7,6%), sowie andere Berufe (3,9%; G 3.27). Die Verteilung der aufgesuchten Leistungserbringer hat sich im Vergleich zu 2017 (SGB) nicht wesentlich verändert, mit der Ausnahme, dass nicht mehr Psychiaterinnen und Psychiater, sondern Psychologinnen und Psychologen die am häufigsten aufgesuchten Fachkräfte sind (vgl. Schuler et al., 2020). Die Anteile sind nur bedingt vergleichbar, da die «psychischen Probleme» als Behandlungsursache konkreter definiert wurden als in der SGB.

Mit der Ausnahme, dass Frauen etwas häufiger komplementärmedizinische Angebote in Anspruch nehmen als Männer (13,9% vs. 4,5%), gibt es bezüglich der Wahl der Leistungserbringer keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Beim Vergleich der Altersgruppen fällt auf, dass hinsichtlich des Aufsuchens einer Psychologin oder eines Psychologen respektive einer Allgemeinärztin oder eines Allgemeinarztes ein deut-

licher Altersgradient besteht. Je jünger die Personen, desto häufiger gehen sie wegen eines psychischen Problems zur Psychologin oder zum Psychologen, und je älter die Personen, desto häufiger suchen sie eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt auf. So gingen beispielsweise 71,4% der 15- bis 24-Jährigen wegen ihres Problems zu einer psychologischen Fachkraft, verglichen mit nur 33,8% der 65-Jährigen und Älteren. Andererseits gingen 62,2% der 65-Jährigen und Älteren mit ihrem Problem zu einer Allgemeinmedizinerin, einem Allgemeinmediziner, während es bei den 15- bis 24-Jährigen nur 17,7% waren. Psychiaterinnen und Psychiater werden von allen Altersgruppen mit ähnlicher Häufigkeit aufgesucht (30–52%). Bei den anderen Behandelnden wurden keine deutlichen Unterschiede in Bezug auf das Alter festgestellt.

Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II suchen seltener eine Psychologin oder einen Psychologen (OR=0,6) und eher eine Allgemeinärztin, einen Allgemeinarzt (OR=1,6) auf und Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe I gehen weniger häufig zu einer komplementärmedizinischen Fachperson als Personen mit Tertiärbildung (OR=0,2). Personen, die arbeitsunfähig sind, suchen wegen eines psychischen Problems häufiger eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt und auch häufiger eine Psychiaterin oder einen Psychiater auf als Personen, die berufstätig sind (OR=2,4 bzw. 2,5). Nichterwerbstätige und Arbeitsunfähige gehen seltener zu nicht-medizinischen Therapeutinnen und Therapeuten als Erwerbstätige (OR=0,5 bzw. OR=0,1).

<sup>8</sup> Mehrfachnennungen möglich, da mehrere Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt sein können.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Grossregion Zürich gehen seltener zur Allgemeinmedizinerin oder zum Allgemeinmediziner als Personen aus dem Espace Mittelland (OR=0,4), dafür häufiger zur Psychologin oder zum Psychologen (OR=1,9). Im Vergleich zu den anderen Grossregionen gehen Personen aus der Zentralschweiz am häufigsten zur Allgemeinärztin, zum Allgemeinarzt und Personen aus Zürich am häufigsten zur Psychologin oder zum Psychologen.

Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen konsultieren häufiger Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner als Bewohnerinnen und Bewohner städtischer Regionen (OR=1,8). Und Personen aus Regionen mit intermediärer Urbanität suchen häufiger eine Komplementärmedizinerin oder einen Komplementärmediziner auf als Personen aus städtischen Regionen (OR=2,3).

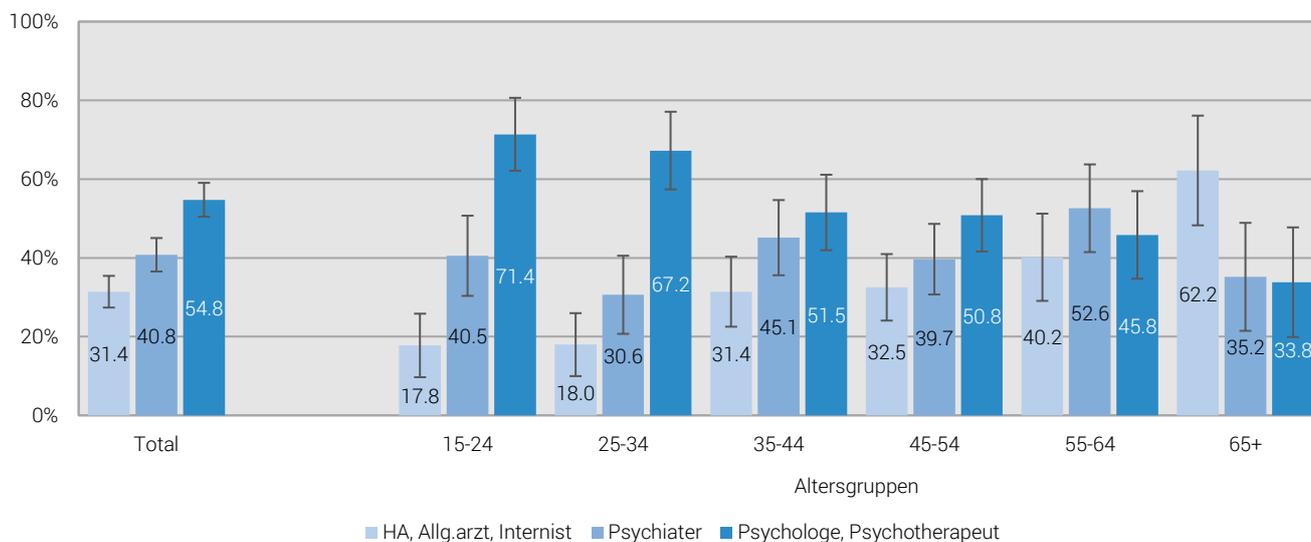
Die überwiegende Mehrheit der Behandlungen erfolgte ambulant, z.B. in Form von Konsultationen in einer Praxis oder einem Ambulatorium (95,8%). Nur wenige Personen berichten von einem stationären Aufenthalt (1,4%), einer teilstationären/intermediären Behandlung, wie z.B. einer Tagesklinik (1,6%) oder einer

aufsuchenden Behandlung am Wohnort der Person, wie z.B. ambulante psychiatrische Pflege, Home-Treatment oder mobile Krisenintervention (3,7%).

Personen mit psychischen Problemen, die in den letzten 12 Monaten in ambulanter Behandlung waren oder sich derzeit in ambulanter Behandlung befinden, unterscheiden sich nicht signifikant nach Alter oder Geschlecht. Hingegen sind Unterschiede bei den räumlichen Faktoren zu beobachten. Bei psychischen Problemen besuchen Personen aus ländlichen Regionen häufiger eine ambulante Therapie als Personen aus städtischen Regionen (OR=13,4) und Personen aus italienischsprachigen Regionen suchen seltener eine ambulante Therapie auf als Bewohnerinnen und Bewohner deutschsprachiger Regionen (OR=0,2). Zweites zeigt sich auch bei den Analysen zu den Grossregionen. Personen mit psychischen Problemen aus dem Tessin lassen sich anteilmässig seltener ambulant behandeln als beispielweise Personen aus der Ostschweiz oder dem Espace Mittelland (85,8% vs. 100,0% bzw. 96,8%).

**G 3.27 Leistungserbringende von Behandlungen psychischer Probleme (letzte 12 Monate), nach Geschlecht und Alter der Patientinnen/Patienten, 2022**

**Anteil Personen in Behandlung wegen psychischem Problem (letzte 12 Monate)**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=556

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

*Behandlungskontext*

Arbeitsunfähige Personen mit psychischen Problemen suchen weniger häufig eine ambulante Behandlung auf als Erwerbstätige (OR=0,2). Bei den aufsuchenden Behandlungen ist festzustellen, dass Nichterwerbstätige und Erwerbsunfähige solche Dienste häufiger in Anspruch nehmen als Erwerbstätige (OR=4,5 bzw. OR=7,9). Auffallend ist ausserdem, dass Bewohnerinnen und Bewohner italienischsprachiger Regionen häufiger eine aufsuchende Behandlung in Anspruch nehmen als Personen aus deutschsprachigen Regionen (OR=4,4). Ein Blick auf die Grossregionen bestätigt dieses Bild: Im Tessin ist der Anteil der Personen, die angeben, eine aufsuchende Behandlung zu erhalten, mit 14,4% vergleichsweise hoch. In den anderen Regionen ist dieser Anteil deutlich niedriger und reicht von 2,0% (Zentralschweiz) bis 4,9% (Espace Mittelland).

*Qualität*

Insgesamt beurteilen die befragten Personen die erhaltene Behandlung (durch die behandelnde/n Fachperson/en) als qualitativ hochwertig: 28,5% finden die Qualität *gut*, 39,1% *sehr gut* und 25,5% *ausgezeichnet*. Nur 5,7% finden die Behandlung weniger gut und 1,2% schlecht (G 3.28).

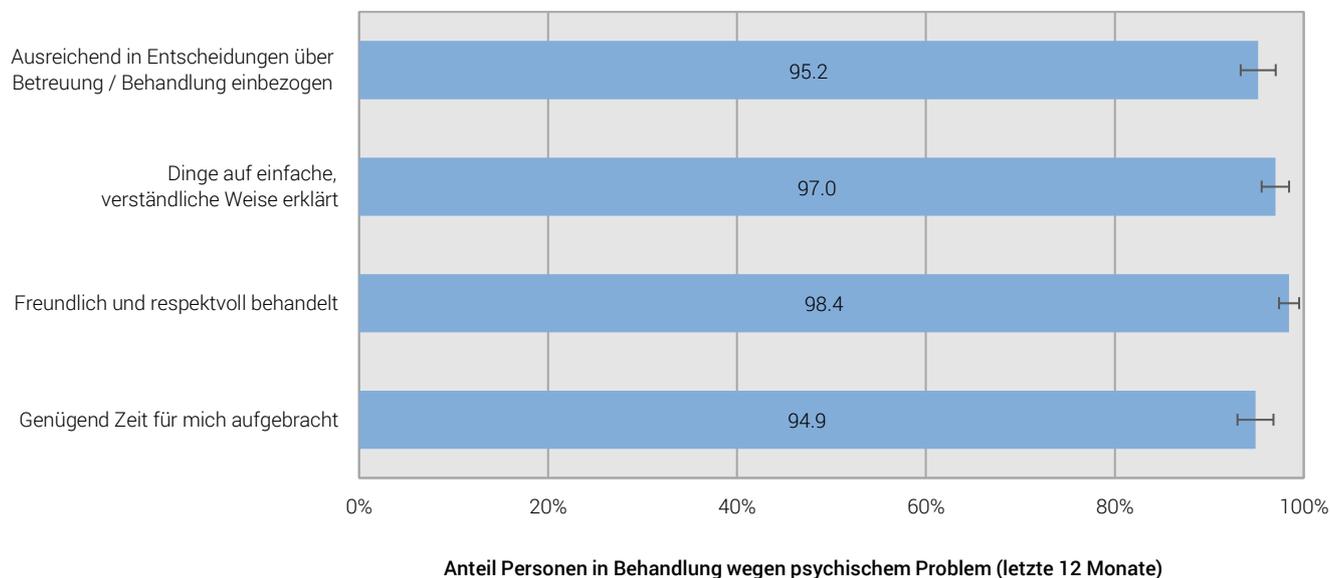
Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe bewerten im Durchschnitt die Qualität der Behandlung etwas höher als Perso-

nen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (d=0,3). Arbeitsunfähige Personen bewerten die Qualität der erhaltenen Behandlung als weniger gut im Vergleich zu Arbeitslosen (d=0,3), Erwerbstätigen (d=0,5) und Nichterwerbspersonen (d=0,3). Einwohnerinnen und Einwohner italienischsprachiger Regionen bewerten die Behandlung schlechter als Einwohnerinnen und Einwohner deutschsprachiger Regionen (d=0,3). Dieser Unterschied zeigt sich auch in den Grossregionen: Personen aus dem Tessin bewerten die Behandlung schlechter als Personen aus der Grossregion Zürich (d=0,2).

Die deutliche Mehrheit der Befragten, die in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren, ist der Meinung, dass sie während der Behandlung freundlich und respektvoll behandelt wurden (98,4%), dass man sich genügend Zeit für sie genommen hat (94,9%), dass man ihnen alles einfach und verständlich erklärt hat (97,0%) und dass sie ausreichend in Entscheidungen über ihre Betreuung und Behandlung einbezogen wurden (95,2%; G 3.28).

Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II finden etwas weniger häufig, dass man sich genügend Zeit für sie genommen hat, als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=0,2). Alle anderen untersuchten Faktoren zeigten keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit oder waren aufgrund fehlender Varianzen schwer zu interpretieren (Zustimmungsraten von 100%).

**G 3.28 Hohe Qualität der erhaltenen Behandlung, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=551–555

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Früher Hilfe suchen

38,4% derjenigen, die in den letzten 12 Monaten wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren oder noch sind, geben an, dass es *bestimmte Gründe gab, die sie daran gehindert haben, früher Hilfe zu suchen*. Rund 23% wollten in der Hoffnung warten, dass das Problem von selbst verschwinden würde, 13,2% hatten Angst davor, was andere Leute denken würden, 12,4% wussten nicht, an wen sie sich wenden sollten, 9,9% nannten finanzielle Gründe, 9,5% dachten, dass eine Behandlung sowieso nicht helfen würde, 6,3% hatten keine Zeit, 4,9% hatten Angst davor, gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen zu werden, 4,2% wussten von langen Wartelisten, 1,7% fanden kein Angebot in der Nähe und 8,5% nannten andere Gründe.

### 3.2.3 Keine Behandlung trotz psychischer Probleme

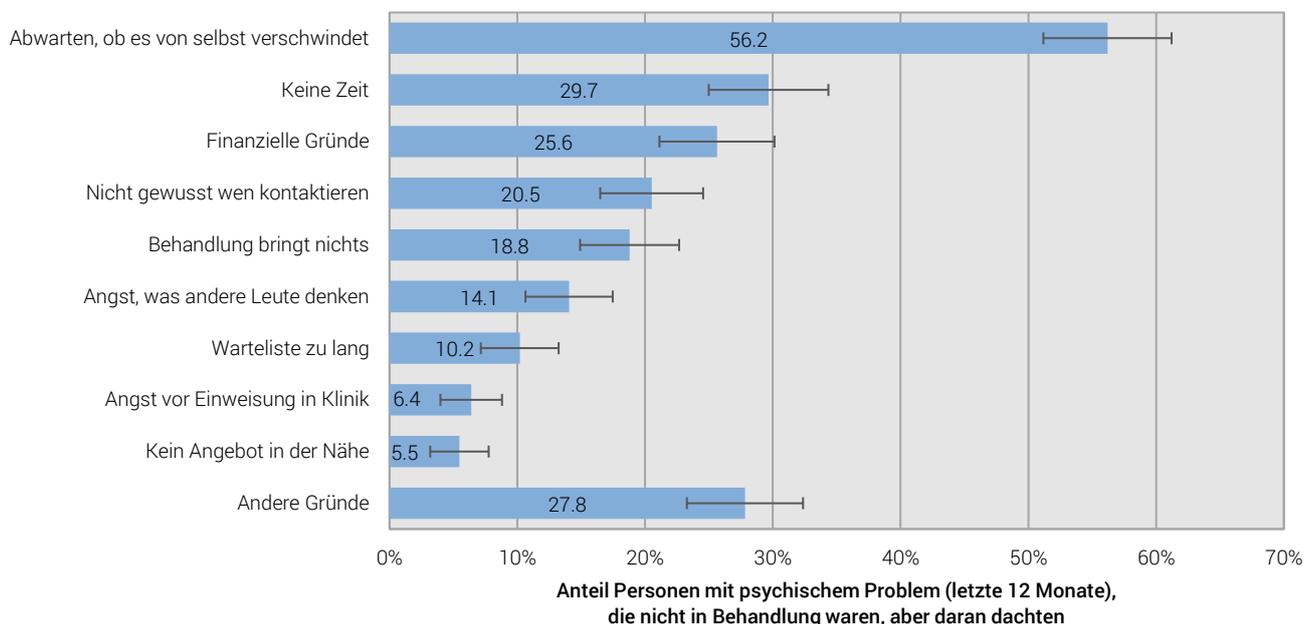
Von den Personen, die angeben, in den letzten 12 Monaten ein psychisches Problem gehabt zu haben, waren 71,4% in den letzten 12 Monaten *nicht* in Behandlung. Von diesen geben 30,3% an, mindestens einmal daran gedacht zu haben, sich behandeln zu lassen. Frauen und Männer haben dies etwa gleich häufig getan, jüngere Personen jedoch häufiger als ältere und Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II seltener als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=0,7).

Für die Faktoren Erwerbsstatus, Grossregion, Sprachregion und Urbanität können keine Unterschiede festgestellt werden.

Als Gründe, keine Behandlung in Anspruch zu nehmen, nennen 56,2% die Hoffnung, dass das Problem von selbst verschwinden würde, 29,7% keine Zeit, 25,7% finanzielle Gründe, 20,5% die Unkenntnis, wen zu kontaktieren, 18,8% die Überzeugung, dass eine Behandlung sowieso nicht helfen würde, 14,1% die Angst davor, was andere Leute denken würden, 10,2% die langen Wartelisten, 6,4% die Angst davor, gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen zu werden, 5,5% kein Angebot in der Nähe und 27,8% andere Gründe (G 3.29).

Männer hatten häufiger das Gefühl, dass eine Behandlung nicht helfen würde als Frauen (OR=1,9, für Alter korrigiert). Jüngere Menschen geben häufiger an, sich aus finanziellen Gründen nicht behandeln zu lassen als ältere Menschen. Z.B. nannten 40,6% der 25- bis 34-Jährigen und 9,4% der 65-Jährigen und Älteren diesen Grund. Als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme nennen jüngere Menschen häufiger als ältere Menschen die Angst davor, was andere Leute denken könnten. Z.B. taten dies 28,9% der 15- bis 24-Jährigen verglichen mit 0 bis 8,5% bei den Altersgruppen 35 Jahre und älter. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden keine weiteren Analysen durchgeführt.

**G 3.29 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Behandlung trotz psychischer Probleme, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=417

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### 3.2.4 Medikamentenkonsument

#### Schlafmittel

In der Woche vor der Befragung haben 5% mindestens einmal ein Schlafmittel eingenommen, 2,2% konsumierten Schlafmittel *täglich*. Frauen tun dies tendenziell häufiger (2,6%) als Männer (1,8%). Mit zunehmendem Alter wird der Konsum häufiger: 0,7% der 15- bis 24-Jährigen nehmen täglich Schlafmittel ein, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 4,1% (G 3.30). Der tägliche Schlafmittelgebrauch hat im Vergleich zu 2017 eher abgenommen, ein Unterschied zeigt sich insbesondere bei den über 65-jährigen Frauen (5,2% vs. 8,9% im Jahr 2017, SGB).

Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II nehmen häufiger täglich Schlafmittel ein als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=3,3 bzw. OR=2,0). Nichterwerbspersonen und Arbeitsunfähige nehmen häufiger täglich Schlafmittel ein als erwerbstätige Personen (OR=1,7 bzw. OR=7,9).

Bewohnerinnen und Bewohner französischsprachiger Regionen konsumieren häufiger täglich Schlafmittel als Bewohnerinnen und Bewohner deutschsprachiger Regionen (OR=1,9). Keine Unterschiede finden sich bei den Faktoren Grossregion und Urbanität.

Bei 53,4% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 21,0% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 3,6% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 22,0% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

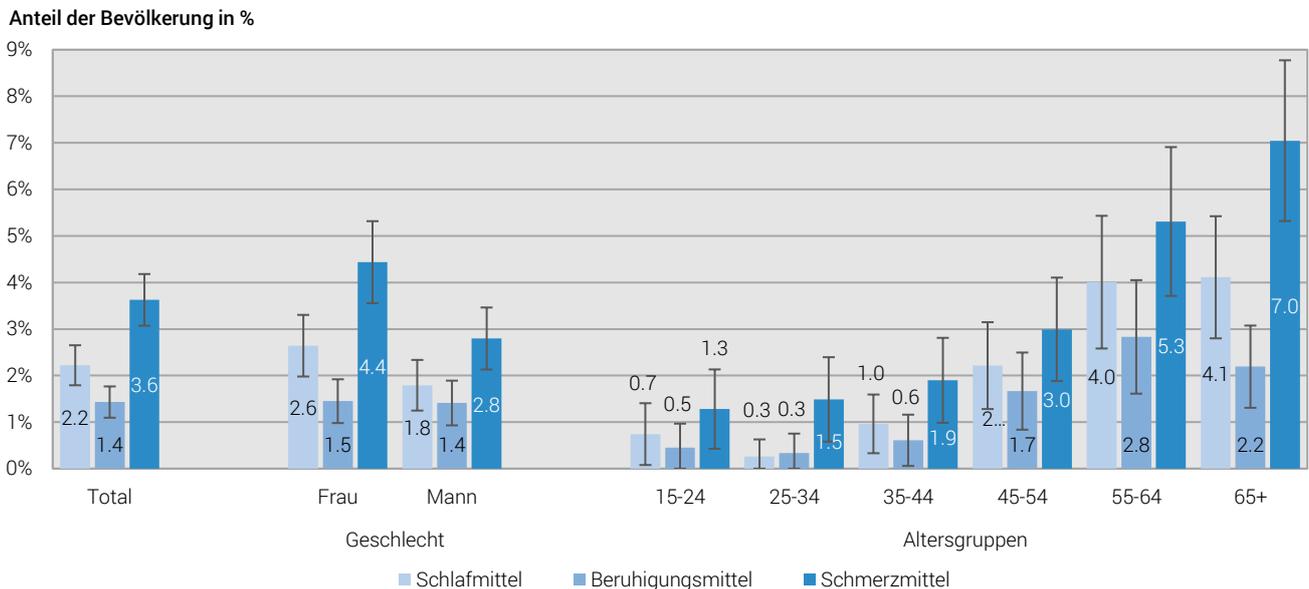
#### Beruhigungsmittel

In der Woche vor der Befragung haben 3,6% mindestens einmal ein Beruhigungsmittel eingenommen, 1,4% konsumierten Beruhigungsmittel *täglich*. Frauen tun dies ähnlich häufig wie Männer. Ältere Personen (ab 55 Jahren) konsumieren häufiger täglich Beruhigungsmittel als jüngere Personen: Zum Beispiel nehmen 0,3% der 25- bis 34-Jährigen täglich Beruhigungsmittel ein, bei den 55- bis 64-Jährigen sind es 2,8% (G 3.30).

Arbeitsunfähige Personen nehmen häufiger täglich Beruhigungsmittel ein als erwerbstätige Personen (OR=31,7). Keine Unterschiede finden sich bei den Faktoren Bildung, Grossregion, Sprachregion und Urbanität.

Bei 49,2% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 31,1% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 5,3% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 14,3% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

**G 3.30 Tägliche Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln (letzte 7 Tage), nach Geschlecht, 2022**



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%  
n=5483

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

### Mittel gegen Schmerzen

In der Woche vor der Befragung haben 23,5% mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen, 3,6% konsumierten Schmerzmittel *täglich*. Im Vergleich zu älteren SGB-Werten ist der Anteil gering (z.B. SGB 2017: 6,1%).

Es sind mehr Frauen (4,4%) als Männer (2,8%), die täglich Schmerzmittel einnehmen. Der tägliche Konsum von Schmerzmitteln wird mit zunehmendem Alter häufiger: von 1,3% bei den 15- bis 34-Jährigen bis 7,0% bei den 65-Jährigen und Älteren (G 3.30). Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II nehmen häufiger täglich Schmerzmittel ein als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=2,7 bzw. OR=1,5). Personen mit einem Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa, Ost- und Südosteuropa, sowie mit einer Schweizer Staatsbürgerschaft nehmen häufiger täglich Schmerzmittel ein als Personen ohne Migrationshintergrund (OR=1,8–2,9). Arbeitsunfähige Personen nehmen häufiger täglich Schmerzmittel ein als erwerbstätige Personen (OR=14,6). Keine Unterschiede finden sich bei den Faktoren Grossregion, Sprachregion und Urbanität.

Bei 49,1% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 1,5% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 8,7% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 40,7% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

### Medikamente gegen Depression

In der Woche vor der Befragung nahmen 4,3% mindestens einmal Antidepressiva ein, 3,8% konsumierten *täglich* Antidepressiva. Dieser Anteil ist im Vergleich zu älteren Daten stabil (SGB 2017: 4,3%). Es sind mehr Frauen (5,2%) als Männer (2,4%), die täglich Antidepressiva einnehmen. Die 55- bis 64-Jährigen sind die Gruppe, die am häufigsten täglich Antidepressiva einnimmt (6,3%), während die 25- bis 34-Jährigen am seltensten Antidepressiva konsumieren (1,9%; G 3.31).

Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I nehmen häufiger täglich Antidepressiva ein als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=1,8). Arbeitslose und arbeitsunfähige Personen nehmen häufiger täglich Antidepressiva ein als erwerbstätige Personen (OR=2,4 bzw. OR=17,7). Keine Unterschiede finden sich bei den Faktoren Migrationshintergrund, Grossregion, Sprachregion und Urbanität.

Bei 39,0% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 54,2% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 4,1% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 2,7% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

### Medikamente zur Stabilisierung der Stimmung

In der Woche vor der Befragung haben 2% mindestens einmal ein Medikament zur Stabilisierung der Stimmung eingenommen, 1,6% konsumierten solche Medikamente *täglich*. Frauen (1,8%) tun dies tendenziell häufiger als Männer (1,3%). Die 55- bis 64-Jährigen sind die Gruppe, die am häufigsten täglich ein Medikament zur Stabilisierung der Stimmung einnimmt (2,7%), während die 25- bis 34-Jährigen am seltensten solche Medikamente verwenden (0,2%; G 3.31). Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II nehmen häufiger täglich Medikamente zur Stabilisierung der Stimmung ein als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=2,2 bzw. OR=1,9). Nichterwerbspersonen und arbeitsunfähige Personen nehmen häufiger täglich Medikamente zur Stabilisierung der Stimmung ein als erwerbstätige Personen (OR=2,2 bzw. OR=22,3). Keine Unterschiede finden sich bei den Faktoren Grossregion, Sprachregion und Urbanität.

Bei 30,2% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 52,5% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 7,0% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 10,3% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

### Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein

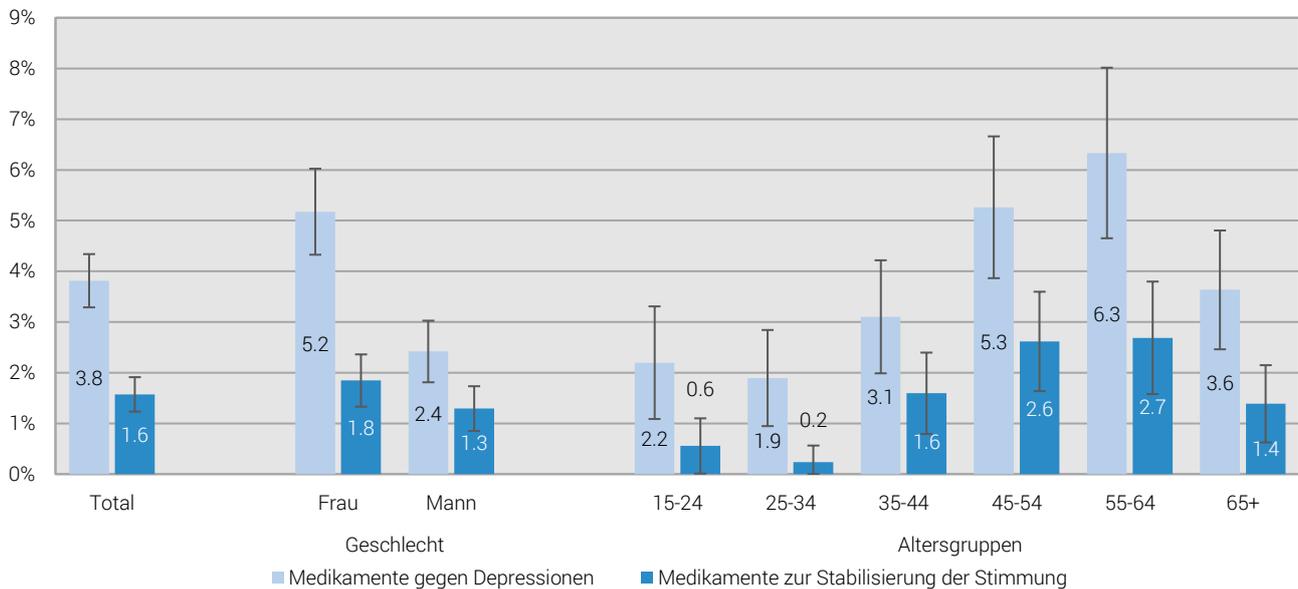
In der Woche vor der Befragung haben 1,3% mindestens einmal ein Medikament zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein eingenommen, 0,8% konsumierten solche Medikamente *täglich*. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zu 2017 nicht verändert (SGB: 0,7%).

Frauen tun dies ähnlich häufig (0,6%) wie Männer (0,9%). Auch zwischen den Altersgruppen gibt es keine eindeutigen Unterschiede. Aufgrund der geringen Fallzahl werden keine Analysen in Bezug auf die anderen Faktoren durchgeführt.

Bei 25,0% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 45,5% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 6,4% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 23,1% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

**G 3.31 Tägliche Einnahme von Medikamenten gegen Depression bzw. zur Stabilisierung der Stimmung (letzte 7 Tage), nach Geschlecht und Alter, 2022**

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5480–5483

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

*Medikamente gegen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen*

In der Woche vor der Befragung haben 0,5% mindestens einmal ein Medikament gegen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen eingenommen, 0,4% verwendeten solche Medikamente *täglich*. Frauen tun dies ähnlich häufig wie Männer. Auch zwischen den Altersgruppen gibt es keine eindeutigen Unterschiede.

Nichterwerbspersonen und Arbeitsunfähige nehmen häufiger täglich Medikamente gegen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein als erwerbstätige Personen (OR=4,6 bzw. OR=25,4). Keine Unterschiede finden sich bei den Faktoren Bildung, Grossregion, Sprachregion und Urbanität.

Bei 11,9% der Personen wurde das Medikament von der Hausärztin oder vom Hausarzt verschrieben, bei 69,1% von der Psychiaterin oder vom Psychiater und bei 1,9% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt. Bei den restlichen 17,2% gab es keine Verordnung durch eine Ärztin, einen Arzt.

*Mindestens eines der genannten Medikamente*

Über 27% der befragten Personen haben in der Woche vor der Befragung *mindestens einmal* eines der oben genannten Medikamente genommen, 9% täglich.

Bei Frauen ist der *tägliche* Medikamentengebrauch häufiger als bei Männern (11,3% vs. 6,9%). Bei Männern ist der tägliche Medikamentengebrauch bis zum Alter von 44 Jahren relativ ausgeglichen, während ältere Männer eher häufiger Medikamente einnehmen. Bei den Frauen ist in der Tendenz mit zunehmendem Alter ein häufigerer Medikamentengebrauch zu erkennen, wobei die 25- bis 34-jährigen Frauen am seltensten und die 55-Jährigen und älteren Frauen am häufigsten die genannten Medikamente einnehmen.

Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundarstufe I oder II nehmen häufiger täglich mindestens eines der genannten Medikamente ein als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (OR=1,8, resp. OR=1,6). Kein Zusammenhang zeigt sich mit Migrationshintergrund.

Arbeitsunfähige Personen haben im Vergleich zur erwerbsfähigen Bevölkerung deutlich häufiger mindestens ein Medikament täglich eingenommen (OR=18,4) und auch bei den Nichterwerbspersonen ist ein häufigerer Gebrauch zu beobachten (OR=1,4). Es sind keine Stadt-Land, grossregionale oder sprachregionale Unterschiede zu erkennen.

## 4 Synthese

Die im Herbst 2022 durchgeführte Omnibuserhebung *Psychische Gesundheit* liefert gesamtschweizerisch repräsentative Ergebnisse und ermöglicht mit der breiten Erfassung verschiedener Indikatoren der psychischen Gesundheit umfassendere Aussagen zum psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz, zu ihrem Hilfesuchverhalten sowie zu den Erfahrungen von sich in Behandlung befindenden Personen. Damit erweitert sie den aktuellen Kenntnisstand zur Thematik bedeutend und legt mit der Verwendung von Fragebogen, die von der OECD international zur Untersuchung der psychischen Gesundheit empfohlen werden (de Bienassis et al., 2022; OECD, 2013), eine Basis für länderübergreifende Vergleiche. Die vorliegende Publikation gibt einen ersten Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Studie.

### 4.1 Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz psychisch?

**Eine knappe Mehrheit der Bevölkerung (ca. 52%) berichtet, keine der untersuchten psychischen Krankheitssymptome in den Wochen vor der Befragung erlebt zu haben. Aber: Psychische Probleme sind häufig und wurden in den letzten 12 Monaten von rund einem Drittel der Bevölkerung erlebt. Etwa jede achte Person (13,5%) hat zum Befragungszeitpunkt schwerere Symptomausprägungen, da die Symptome mit Einschränkungen im Alltag oder Suizidgedanken verbunden sind. Das sind hochgerechnet etwa 975'000 Personen.**

Chronische Probleme mit psychischer Ursache sind mit 3% nicht selten, aber, und das ist auffällig, besonders häufig bei den 15- bis 24-jährigen Frauen (6%; siehe auch Abschnitt 4.2). Neben den körperlichen chronischen Erkrankungen (22%) sind auch die chronischen Probleme mit psychischer UND körperlicher Ursache sehr verbreitet (über 8%). Die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche zeigt sich auch darin, dass Personen mit körperlichen Beschwerden vermehrt über psychische Symptome berichten (47%).

Mit Blick auf die spezifischen Krankheitssymptome zeigt sich, dass insbesondere Symptome einer Essstörung (13%), mittelschwere bis schwere Symptome einer Depression oder Angststörung (12% bzw. 9%) sowie Symptome einer sozialen Phobie (10%) in den Wochen vor der Befragung vergleichsweise häufig erlebt wurden. Weniger häufig sind Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (6%), einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Zwangs- oder Panikstörung, einer spezifi-

schon Phobie oder einer Agoraphobie (2–4%). Rund 15% der Personen zeigen Symptome *mehrerer* dieser psychischen Erkrankungen.

Beim Vergleich der Ergebnisse mit der internationalen Literatur müssen Unterschiede im Zeitpunkt, in der Methodik und auch im länderspezifischen Kontext berücksichtigt werden. Entsprechend gross ist die Bandbreite an psychisch belasteten Personen gemäss aktueller Literatur (z.B. Depressions- oder Angstsymptome: 20-35%; Bower et al., 2023; Penninx et al., 2022). Dennoch, **die psychische Belastung scheint in der Schweiz im Vergleich zur vorpandemischen Situation insgesamt weiterhin erhöht.** Mittelschwere bis schwere Depressionssymptome (12,3%) sind häufiger als 2017 (SGB: 9%) und es zeigt sich auch im Vergleich zur erhöhten psychischen Belastung in 2020 und 2021 kein Rückgang (Moser et al., 2020; ZHAW, 2023). Im Vergleich zu Deutschland scheint die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz zwar eher besser (z.B. sehr gute psychische Gesundheit: 46% vs. 40%; mittelschwere bis schwere Depressionssymptome (PHQ-2): 9,6% vs. 16,9%;, allerdings stammen die deutschen Daten aus dem *ersten* Halbjahr 2022 (Mauz et al., 2023).

### 4.2 Grosse Unterschiede zwischen der jüngeren und der älteren Bevölkerung

**Die psychische Belastung der jungen Bevölkerung ist auch im Herbst 2022 noch stark erhöht. Damit zeigt sich keine Erholung, sondern die Ergebnisse stehen weiterhin im Einklang mit der wissenschaftlichen Literatur der Pandemiezeit, die vielfach auf die kritische psychische Situation junger Menschen hingewiesen hat** (Bower et al., 2023; Jäggi et al., 2022; Kauhanen et al., 2022; Penninx et al., 2022). Bei vielen Indikatoren positiver psychischer Gesundheit schneiden die 15- bis 24-Jährigen schlechter ab als ältere Personen, bei fast allen erhobenen psychischen Erkrankungen berichten sie vermehrt von Symptomen. **Besonders ausgeprägt ist dies bei den jungen Frauen:** Jede vierte der 15- bis 24-jährigen Frauen berichtet von mittelschweren bis schweren Angstsymptomen (25%), rund 30% von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen und 29% von Symptomen einer sozialen Phobie. Schwerere Symptomausprägungen werden zum Befragungszeitpunkt von 36% der jungen Frauen berichtet. Etwa jede zehnte Frau im Alter von 15 bis 24 Jahren hat sich in den letzten 12 Monaten absichtlich selbst verletzt (11%), und rund 14% erwogen, sich das Leben zu nehmen.

**Bei den jungen Männern sind die Zahlen zwar weniger hoch, jedoch deutlich über dem Durchschnitt** (mittelschwere bis schwere Depressionssymptome: 15,2%; Symptome sozialer Phobie: 17,1%; Selbstverletzung: 5,2%; Suizidgedanken letzte 12 Monate: 8,5%). Schwerere Symptomausprägungen werden von 15% der jungen Männer erlebt. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass sich die Situation der jungen Menschen nicht beruhigt hat und unterstreicht damit die Dringlichkeit, deren psychische Gesundheit weiter zu stärken und schützen.

Bei den jungen Frauen suchen fünf von sechs (85%) Personen bei psychischen Problemen Hilfe (nämlich: darüber reden, sich online/via Buch informieren, telefonisch beraten, sich behandeln lassen). Am häufigsten wird mit dem sozialen Umfeld über das psychische Problem gesprochen. Bei den jungen Männern suchen 69% eine Form von Unterstützung. Auch wenn das *anteilmässig* die Mehrheit der Jungen ist, bedeutet dies angesichts der weiten Verbreitung psychischer Probleme in dieser Population, dass es in der Schweiz eine hohe *Anzahl* junger Personen gibt, nämlich rund 375'000, die trotz psychischer Probleme keine Hilfe in Anspruch nehmen. Bei den jungen Personen, die aufgrund ihrer psychischen Probleme über eine Behandlung nachdenken, ist das *Abwarten, bis das Problem verschwindet*, der häufigste Grund für den (vorläufigen) Verzicht auf eine Behandlung. Darin unterscheiden sie sich nicht von älteren Personen. Die 15- bis 24-Jährigen weisen jedoch einen höheren Anteil an Personen auf, die sich aus Angst vor einer Stigmatisierung («Angst, was die anderen denken») nicht in Behandlung begeben (29%). Die Bedeutung solcher Ängste ist nicht zu unterschätzen, da diese auch längerfristig die Entscheidung beeinflussen, Hilfe in Anspruch zu nehmen oder nicht (Doll et al., 2021).

**Die 65-Jährigen und Älteren schätzen ihre psychische Gesundheit insgesamt deutlich besser ein als die Jüngeren.** Dies zeigt sich bei einigen Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit, wie beispielsweise dem hohen Anteil sehr zufriedener Personen (41–46% vs. 15–31% bei den 15- bis 54-Jährigen). Psychische Symptome sind zwar weniger häufig als bei den jüngeren Personen, aber dennoch verbreitet: Symptome einer generalisierten Angststörung sind auch bei den 65-Jährigen und Älteren häufig (19%), Suizidgedanken keineswegs selten (7–12%) und schwerere Symptomausprägungen über alle Krankheitsbilder hinweg kommen bei über 6% vor. Etwa jede fünfte (ältere) Person (23%) berichtet von psychischen Problemen in den letzten 12 Monaten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die 65-Jährigen und Älteren **seltener von psychischen Problemen oder Symptomen betroffen sind, diese aber, wenn sie auftreten, weniger aktiv angehen als jüngere Menschen.** Bei den älteren Männern ist es jeder Zweite, bei den älteren Frauen jede Dritte, die bei psychischen Problemen *keine* Hilfe in Anspruch nimmt. Dass ältere Personen seltener Hilfe suchen, zeigt sich auf verschiedenen Ebenen: Sie informieren sich seltener im Internet oder in einem Buch/einer Zeitschrift über das psychische Problem, sie sprechen seltener mit ihrem sozialen Umfeld darüber, und sie begeben sich auch seltener in eine Behandlung als die jüngeren Personen mit psychischen Problemen.

Auffällig ist in dieser Gruppe der vergleichsweise hohe Anteil an Personen, die täglich Schmerzmittel (7%), Antidepressiva (4%), Schlafmittel (4%) oder Beruhigungsmittel (2%) einnehmen (in letzten 7 Tagen vor der Befragung). Diese Werte liegen über dem Durchschnitt der unter 65-jährigen Bevölkerung. Der häufigere Medikamentengebrauch könnte darauf zurückzuführen sein, dass fast zwei Drittel der 65-Jährigen und Älteren bei psychischen Problemen den Hausarzt aufsuchen. Etwa die Hälfte der Verordnungen der oben genannten Medikamentengruppen wurde von ihnen ausgestellt. Der häufigere Gebrauch könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass körperliche Probleme mit Psychopharmaka (off-label) bekämpft werden (z.B. Antidepressiva bei Schlafstörungen und Schmerz; Schäfer, Reinders, Riedel, & Haug, 2020; Skånland & Cieślak-Pobuda, 2019).

Die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung könnte aus zwei Gründen überschätzt sein: So wurden ältere Menschen, die in Pflegeheimen leben und eine schlechtere Gesundheit aufweisen, in der Omnibuserhebung nicht befragt. Zweitens ist zu beachten, dass aufgrund der webbasierten Methodik (Online-Befragung) die Rücklaufquote bei den älteren Menschen etwas geringer war als bei den anderen Personengruppen (Voorpostel et al., 2020). Sollten die «digitalen» 65-Jährigen und Älteren psychisch gesünder sein, kann eine Überschätzung der psychischen Gesundheit nicht ausgeschlossen werden.

«65 Jahre und älter» ist eine sehr breite Alterskategorie, die genauer untersucht werden müsste, zum Beispiel mit spezifischem, zusätzlichem Fokus auf die 80-Jährigen und Älteren. Aus Überlegungen der Fallzahlen und der entsprechend grösseren statistischen Unsicherheit wurde hier darauf verzichtet.

**Die psychische Gesundheit der Personen im frühen bis mittleren Erwachsenenalter (25–64 Jahre) lässt sich zwischen derjenigen der Jüngeren und Älteren einordnen.** Nur in Einzelfällen stehen die Ergebnisse dieser (breiten) Altersgruppe hervor: So sind beispielsweise die 25- bis 34-jährigen Männer etwas weniger optimistisch als die jüngeren und älteren Männer. Auffallend ist die hohe Selbstwirksamkeit, welche sowohl bei Frauen wie auch bei Männern im mittleren Erwachsenenalter stärker ausgeprägt ist als bei jüngeren und älteren Personen. Zu erwarten war die geringere Selbstwirksamkeit bei den älteren Personen. Dies wurde in Zusammenhang mit dem verwendeten Messinstrument schon so beobachtet (Beierlein et al., 2013) und könnte mit den im höheren Alter aufkommenden körperlichen Einschränkungen zusammenhängen, die sich auf den Alltag auswirken und entsprechend die subjektive Erwartung reduzieren, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können (=Selbstwirksamkeit). Die geringere Ausprägung der Selbstwirksamkeit bei den jüngeren Personen könnte mit der hohen psychischen Belastung in Verbindung stehen.

Bei Personen im frühen bis mittleren Erwachsenenalter handelt es sich um eine besonders heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Lebenssituationen und entsprechend verschiedenen Stressoren. Obwohl sich die psychische Gesundheit insgesamt relativ ausgeglichen präsentiert, ist innerhalb der Gruppe von Unterschieden auszugehen, die im Rahmen der vorliegenden

Analysen nicht näher untersucht wurden. Wichtige Einflussgrößen sind beispielsweise Trennungen oder Scheidungen, die Wohnsituation (alleine leben), sowie die finanzielle oder familiäre Situation (z.B. alleinerziehend; siehe z.B. Baer, Schuler, Füglist-Dousse, & Moreau-Gruet, 2013).

### 4.3 Bildung, Migrationshintergrund, Erwerbsstatus und Wohnregion

**Relativ konsistent und im Einklang mit der Literatur (Schuler et al., 2020) ist der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Bildung: Bei vielen Indikatoren lässt sich ein Bildungsgradient mit besserer Gesundheit bei Personen mit Tertiärabschluss erkennen, während Personen mit Sekundarabschluss I ihre psychische Gesundheit am schlechtesten einschätzen.** Dieser Gradient zeigt sich beispielsweise bei Symptomen von Depression (Sek I: 15,8%, Sek II: 11,8%, Tertiär: 8,6%), bei Paniksymptomen (4,7%, 3,4%, 1,5%), bei PTBS-Symptomen (6%, 5%, 2%) oder auch beim Gebrauch von Psychopharmaka (z.B. Schlafmittel, Stimmungsaufheller). Diese Unterschiede bleiben auch nach Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden bestehen. Es zeigen sich kaum Unterschiede im Hilfe-suchverhalten, mit einer Ausnahme: Personen mit Tertiärbildung informieren sich bei psychischen Problemen eher im Internet oder in Büchern als Personen der beiden anderen Bildungsgruppen. Dies könnte auf eine höhere psychische Gesundheitskompetenz (mental health literacy) bei den Tertiärbildeten zurückgeführt werden (z.B. Schneider, Jaks, Nowak-Flück, Nicca, & De Gani, 2021).

**Es sind eher Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa oder Ost- und Südosteuropa, die psychisch stärker belastet sind als Personen ohne Migrationshintergrund.** Dies zeigt sich nicht systematisch über alle Indikatoren der psychischen Gesundheit, aber insbesondere bei Symptomen einer Panikstörung oder generalisierten Angststörung, wie auch bei den selbstberichteten Angststörungen oder Depressionen. Personen mit Migrationshintergrund aus Nord- und Westeuropa unterscheiden sich kaum von Personen ohne Migrationshintergrund, Personen aus nicht-europäischen Staaten fallen eher mit einer *besseren* psychischen Gesundheit auf. Mit Ausnahme dieser letztgenannten Gruppe entsprechen die Ergebnisse den Analysen der SGB-Daten aus dem Jahr 2017, auch wenn die Gesamttendenz bei der Omnibuserhebung weniger konsistent und eher auf Ebene einzelner Indikatoren zu beobachten ist (Guggisberg et al., 2020). Bei den Personen aus nicht-europäischen Staaten handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe verschiedener Herkunftsländer (z.B. Brasilien, Eritrea) und entsprechend schwierig sind die Ergebnisse zu deuten.

Die *deskriptiven* Analysen weisen häufig auf eine schlechtere psychische Gesundheit der Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation hin. Dies ist jedoch auf deren jüngeres Alter und nicht auf den Migrationshintergrund per se zurückzuführen. Entsprechend ändern sich die Ergebnisse, wenn das jüngere Alter in

den Analysen berücksichtigt wird. Unabhängig hiervon sind bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation die *nicht*-diagnostizierten Angst- und Depressionsstörungen vergleichsweise häufig, was damit zusammenhängen könnte, dass sie bei psychischen Problemen seltener in Behandlung sind.

Die oben erwähnten SGB-Analysen zeigten, dass die psychische Belastung in Abhängigkeit der Staatsangehörigkeit unterschiedlich stark ausgeprägt und zu einem bedeutenden Teil auf den *Mangel von gesundheitsbezogenen Ressourcen* zurückzuführen ist (Guggisberg et al., 2020). Die Omnibuserhebung wurde in den Landessprachen Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt, was die Teilnahme für Personen ohne (oder mit ungenügenden) Sprachkenntnissen weniger wahrscheinlich macht. Wie bei der SGB wurden keine Sans-Papiers und keine Personen im Asylprozess befragt. Sollte es sich hierbei um Personen mit wenig gesundheitsbezogenen Ressourcen handeln, so dürften in den vorliegenden Ergebnissen die Unterschiede mit Blick auf den Migrationshintergrund unterschätzt werden.

**Die Analysen nach Erwerbsstatus zeigen klare Gruppenunterschiede: Arbeitslose und insbesondere arbeitsunfähige Personen schätzen ihre psychische Gesundheit deutlich schlechter ein als Erwerbstätige und Nichterwerbspersonen.** Dies zeigt sich bei praktisch allen Indikatoren, sowohl im Bereich der positiven psychischen Gesundheit als auch bei den Symptomen psychischer Erkrankungen. Diese Unterschiede sind nicht überraschend, da die erwerbstätige Bevölkerung in der Regel gesünder und damit arbeitsfähig ist (Li & Sung, 1999). Ähnliche Ergebnisse wurde auch mit älteren SGB-Daten gezeigt (Baer et al., 2013). Dennoch sind die Unterschiede als sehr stark einzuordnen.

Die Arbeitsunfähigkeit vieler Befragter könnte unter anderem auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sein – darauf deuten die hohen Anteile chronischer psychischer (20%) oder psychisch UND körperlich (40%) bedingter Erkrankungen, diagnostizierter Depressionen (36,3%) oder Angststörungen hin (51,5%). Arbeitsunfähige Personen sind häufig wegen psychischer Probleme in Behandlung (52,3%) und viele nehmen Psychopharmaka oder Schmerzmittel ein (57,5%), was auf eine Anbindung ans Versorgungssystem hinweist. Die zum Befragungszeitpunkt schlechte psychische Gesundheit deutet auf eine herausfordernde Lebenssituation der Betroffenen hin und es ist wichtig, dass diese Leute, auch mit Blick auf die Erwerbstätigkeit, die Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Dies gilt auch für die arbeitslose Bevölkerung, deren schlechterer psychischer Gesundheitszustand eine Folge der Arbeitslosigkeit sein könnte. Allerdings erlaubt die Erhebung keine kausalen Aussagen, die Personen könnten ihren Arbeitsplatz auch aufgrund psychischer Probleme verloren haben.

**Die Analysen nach Wohnregion weisen häufig auf eine schlechtere psychische Gesundheit von Personen in französisch- oder italienischsprachigen Regionen hin.** Dabei taucht der Unterschied zwischen den französisch- und den deutschsprachigen Wohnregionen recht konsistent auf: Bei den verschiedenen Indi-

katoren positiver psychischer Gesundheit, wie der Lebenszufriedenheit, dem Lebenssinn oder der Selbstwirksamkeit, schätzen sich Personen aus französischsprachigen Regionen schlechter ein als Personen aus deutschsprachigen Regionen (z.B. hohe Lebenszufriedenheit: 29,2% vs. 34,6%). Gleichzeitig berichten sie auch häufiger von Symptomen psychischer Erkrankungen wie den verschiedenen Angststörungen. Das Tessin liegt als Grossregion insbesondere bei Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit, wie der Lebenszufriedenheit, dem psychischen Wohlbefinden und dem Optimismus, unter dem Schweizer Durchschnitt.

Viele der erwähnten regionalen Unterschiede sind, statistisch gesprochen, schwach ausgeprägt. Entsprechend fällt auf, wie häufig Angststörungen in den französischsprachigen (26%, insbesondere Genferseeregion) und den italienischsprachigen Gebieten berichtet werden (33%; Deutschsprachige Schweiz: 12%). Es ist nicht davon auszugehen, dass es sich hierbei um ein zufälliges Einzelergebnis handelt, da sich ein ähnliches regionales Muster bei der Abgabe von Benzodiazepinen (die u.a. zur Behandlung von Angstzuständen eingesetzt werden) durch ambulante Leistungserbringer zeigt (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2023a). Grundsätzlich ist die Interpretation der (sprach-)regionalen Unterschiede aufgrund verschiedener möglicher Ursachen nicht einfach. Sie könnten auf kulturellen Unterschieden beruhen, auf Formulierungsunterschieden zwischen den Sprachversionen der Fragebögen oder aber auch auf unterschiedlichen regionalen Versorgungs- oder Förderangeboten.

**Es ist eher überraschend, dass bedeutsame Stadt-Land Unterschiede kaum zu beobachten sind,** denn Analysen von SGB-Daten aus dem Jahr 2017 wiesen diese aus (Schuler et al., 2020). Auch die internationale Literatur zeigt, dass die psychische Gesundheit der Stadtbevölkerung im Allgemeinen schlechter ist als die der Landbevölkerung, was auf Umweltfaktoren wie Lärm oder Umweltverschmutzung sowie auf soziale Risikofaktoren wie einen niedrigen sozioökonomischen Status zurückgeführt wird (Gruebner et al., 2017). Ob Unterschiede sichtbar werden, hängt jedoch auch davon ab, wie Urbanität definiert und kategorisiert wird (Peen et al., 2007). Im Falle der Omnibuserhebung ist die Definition nicht für die überraschenden Ergebnisse verantwortlich, da die SGB-Definition verwendet wurde.

#### 4.4 Selbstverletzungen, Suizidgedanken und Suizidversuche

**Selbstverletzungen (2%), Suizidgedanken (5–8%) und Suizidversuche (jemals: 4%) sind keine Seltenheit.** Sie kommen in allen Altersgruppen vor, insbesondere bei der jüngeren Bevölkerung und hier besonders ausgeprägt bei den jungen Frauen (siehe Abschnitt 4.1). Mehr als 40% der betroffenen Personen werden nach ihrem Suizidversuch nicht durch eine Fachperson behandelt oder betreut, und nur etwa ein Drittel holt sich wegen Suizidgedanken professionelle Hilfe. **Das bedeutet, dass viele Betroffene im Gesundheitssystem nicht «sichtbar» werden.**

Die Häufigkeit der Suizidgedanken und der selbstberichteten Suizidversuche ist im Vergleich zu 2017 (SGB) *insgesamt* stabil geblieben. Anders bei den jungen Frauen, bei denen Suizidgedanken (in den zwei Wochen vor der Befragung) beinahe doppelt so häufig sind (20% vs. 9%). Diese Entwicklung steht im Einklang mit dem Anstieg der Spitalaufenthalte wegen vermuteter Suizidversuche junger Frauen, der während der Covid-19 Pandemie beobachtet wurde (Schuler et al., 2023). Auch wenn die Suizidrate insgesamt in den letzten Jahren zurückgegangen ist (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2023b), sind Massnahmen zur Suizidprävention für sämtliche Altersgruppen weiterhin von grosser Relevanz.

#### 4.5 Hilfe suchen bei psychischen Problemen

**Nahezu 10% der Bevölkerung befanden sich in den letzten 12 Monaten in einer Behandlung wegen einem psychischen Problem,** die überwiegende Mehrheit davon ambulant. Die selbstberichtete Inanspruchnahme ist im Vergleich zu den SGB-Daten gestiegen (2017: 6%), was aber vermutlich auf eine niederschwelligere Definition der psychischen Probleme zurückzuführen ist, die auch leichtere psychische Belastungen wie Stress einschliesst. Dennoch stimmt die steigende Tendenz mit dem Anstieg der Patientenraten im ambulanten Kontext überein (Schuler et al., 2023). Aufgesucht werden vermehrt Psychologinnen und Psychologen, psychiatrische Fachkräfte sowie Allgemeinärztinnen und -ärzte. Der vergleichsweise hohe Anteil der Allgemeinärztinnen und -ärzte kann möglicherweise als Hinweis darauf gewertet werden, dass diese bei leichteren Belastungen aufgesucht werden. Entsprechend wichtig ist die Rolle der Hausärzteschaft auch im Bereich der psychischen Gesundheit.

Die Behandlungen werden als qualitativ hochwertig wahrgenommen: Die allermeisten Patientinnen und Patienten bewerten die Qualität der erhaltenen Behandlung als (sehr) positiv, nur 7% beurteilen die Qualität als weniger gut oder schlecht. Rund 95% der Personen berichten zudem von genug aufgewendeter Zeit, einer verständlichen Erklärung, Einbezug in Entscheidungen und einem respektvollen Umgang durch die behandelnde(n) Person(en). Dieser Wert ist im internationalen Vergleich eher hoch (de Bienassis et al., 2022).

**Die Gründe, die dazu führen, dass Menschen mit psychischen Problemen keine Behandlung in Anspruch nehmen sind vielfältig. Personen, die sich trotz psychischer Probleme nicht behandeln lassen, nennen als häufigsten Grund die Hoffnung, dass das Problem von selbst verschwindet (56%).** Diese Strategie ist mit Risiken verbunden: Symptome sind nicht mit einem Behandlungsbedarf gleichzusetzen und es entwickeln nicht alle Personen, die über einen kürzeren Zeitraum Symptome erleben, eine psychische Erkrankung (Adolph et al., 2016). Allerdings können sich Symptome festsetzen und chronifizieren (z. B. Penttilä, Jääskeläinen, Hirvonen, Isohanni, & Miettunen, 2014). Entsprechend sollten auch die häufigen, leichten Depressions- oder

Angststörungssymptome (je 23%) nicht per se als unproblematisch interpretiert werden. Auch niedrige Werte (auf der Skala) des Cannabiskonsums deuten nicht automatisch auf einen unproblematischen Gebrauch hin (Marmet & Gmel, 2017).

Rund 30% der Personen geben als Grund, sich nicht behandeln zu lassen, an, *keine Zeit zu haben*, 26% erwähnen *finanzielle Gründe*. Gründe, die sich auf die Behandlungsangebote beziehen, werden weniger oft genannt (*weiss nicht, wen kontaktieren*: 21%, *lange Wartelisten*: 10%, die *Angst, gegen eigenen Willen in eine Klinik eingewiesen zu werden*: 6%, *Mangel an Angebot in der Nähe*: 5%). Dies überrascht und muss vorsichtig interpretiert werden, denn für den ambulanten Bereich wurde von den psychiatrischen und psychologischen Fachverbänden für die Zeit der Pandemie auf eine Verschärfung der Versorgungssituation hingewiesen, insbesondere für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Stocker et al., 2021). Systematische Befragungen der Leistungsanbieter, z.B. zu abgewiesenen Personen oder Wartelisten, bieten präzisere Informationen zur Versorgungssituation.

**Bei psychischen Problemen wird Hilfe am häufigsten in Form eines Austausches mit dem nahestehenden Umfeld gesucht (rund 65% der Hilfesuchenden), was die Bedeutung eines engen sozialen Umfeldes unterstreicht. Entsprechend ist die starke Zunahme der Einsamkeit (2017, SGB: 4,9% vs. 13,5%) hervorzuheben und als bedeutende, negative Entwicklung zu werten**, da gerade in herausfordernden Situationen Ansprechpersonen und damit Unterstützungsmöglichkeiten fehlen könnten.

Sich online oder in einem Buch über die psychische Gesundheit informieren, wie auch eine Behandlung durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson oder, vor allem bei älteren Personen, durch die Hausärzteschaft sind weitere Möglichkeiten, die von je rund einem Viertel der Hilfesuchenden genutzt werden. Die Kontaktaufnahme mit einer telefonischen Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe ist vergleichsweise weniger verbreitet (4%). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass solche Angebote gerade während der Covid-19 Pandemie verstärkt genutzt wurden und mit ihrem niederschweligen Zugang einen wichtigen Beitrag für die Versorgung leisten (Stocker et al., 2021). Eine in Kürze erscheinende Studie wird vertiefte Informationen zu den Barrieren, dem Bekanntheitsgrad verschiedener niederschwelliger Angebote und zum gesundheitsförderlichen Verhalten hinsichtlich der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz liefern (Gesundheitsförderung Schweiz, 2023).

## 4.6 Über- oder Unterschätzung der psychischen Gesundheit?

**Wird in der Erhebung die Häufigkeit psychischer Symptome über- oder unterschätzt? Eine klare Einordnung ist schwierig, denn mehrere Aspekte deuten in die eine oder andere Richtung.**

Es ist zu beachten, dass keine von Fachpersonen gestellten Diagnosen, sondern hauptsächlich selbstberichtete *Symptome* psychischer Erkrankungen erhoben wurden. Die Erfassung von Symptomen mit Screening-Instrumenten erlaubt keine diagnostischen Rückschlüsse, da die Einteilung in z.B. hoch/niedrig oder auffällig/unauffällig mit Unsicherheiten behaftet ist (Penninx et al., 2022). Dies kann zu einer Überschätzung der Verbreitung psychischer Krankheitssymptome führen. Um eine Diagnose zu stellen und den Schweregrad einer psychischen Symptomatik (und den damit verbundenen Behandlungsbedarf) genauer einschätzen zu können, wären strukturierte klinische Interviews durch Fachpersonen notwendig (siehe z.B. Ajdacic-Gross et al., 2014; Angst et al., 2016; Preisig et al., 2009). Um eine Annäherung an den Schweregrad zu erreichen, wurden in der vorliegenden Erhebung neben den Symptomen auch die erlebten Einschränkungen im Alltag und das Vorhandensein von Suizidgedanken als Indikatoren berücksichtigt (Kessler, Demler, et al., 2005). Dennoch wird auch dieses stufenweise Vorgehen der Komplexität einer Einschätzung der «Behandlungsbedürftigkeit» nicht gerecht.

Es kann die Hypothese aufgestellt werden, dass Personen, die sich für das Thema psychische Gesundheit interessieren, eher an einer Befragung zur psychischen Gesundheit teilnehmen und dementsprechend offener darüber sprechen und Probleme kommunizieren. In diesem Fall wird die Häufigkeit der Symptome in der Bevölkerung überschätzt. Die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen sind jedoch unterschiedlich und es ist entsprechend anzunehmen, dass über gewisse psychischen Probleme eher gesprochen wird als über andere (z.B. Dey et al., 2020).

**Eher für eine Unterschätzung der Häufigkeit psychischer Symptome auf Ebene der Gesamtbevölkerung spricht, dass Personen, die aktuell in Institutionen leben oder stationär behandelt werden, nicht an der Erhebung teilnehmen konnten** (Marmet et al., 2015; Schuler et al., 2020). Zudem kann es für schwer psychisch kranke Personen schwierig oder unmöglich sein, die Fragen zu beantworten (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013). Aufgrund der Sensibilität des Themas ist es denkbar, dass psychische Probleme oder ein problematischer Alkohol- oder Cannabiskonsum nur ungern offengelegt werden, auch wenn die Hemmschwelle bei einer telefonischen Befragung oder einem persönlichen Gespräch vermutlich höher gewesen wäre als bei der online durchgeführten Omnibuserhebung (Voorpostel et al., 2020). Eher für eine Unterschätzung der Problemlast spricht auch die Tatsache, dass nicht alle psychischen Krankheitsbilder erfasst wurden. Beispielsweise wurden Persönlichkeitsstörungen – die in Ländern mit hohem Einkommen, wie der Schweiz, häufig sind – nicht berücksichtigt (Volkert, Gablonski, & Rabung, 2018; Winsper et al., 2020).

## 4.7 Limitationen der Erhebung

Die vorliegende Erhebung hatte zum Ziel, die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz und ihr Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen zu untersuchen. Der Fokus des Berichts liegt auf der Analyse einer Vielzahl spezifischer Indikatoren psychischer Gesundheit. Trotz des Stichprobenumfangs von rund 5500 Personen sind bei relativ «seltene» Phänomenen die Analysemöglichkeiten aufgrund der geringen Fallzahlen und der damit verbundenen statistischen Unsicherheit begrenzt. Entsprechend sind dann vertiefende Analysen, z.B. Untersuchungen spezifischer Subgruppen, wenig sinnvoll. Aufgrund der grösseren Stichprobe werden vertiefte Analysen zu einzelnen Indikatoren der psychischen Gesundheit, sowie weitere Zusammenhangsanalysen mit Schutz- oder Risikofaktoren mit der SGB 2022 möglich. Beim Vergleich der Erhebungen ist zu berücksichtigen, dass sich die Methoden unterscheiden (Omnibusbefragung: online, SGB 2022: telefonisches Interview und schriftlicher Fragebogen).

**Die Omnibuserhebung erlaubt keine Aussagen über den psychischen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren.** Viele psychischen Erkrankungen manifestieren sich jedoch erstmals in der Kindheit, weshalb die Früherkennung auch für die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit der betroffenen Personen von zentraler Bedeutung ist (Tuch & Schuler, 2020). Studien und Erhebungen zur psychischen Gesundheit der allerjüngsten Bevölkerungsgruppe, wie die Gesundheitsbefragung bei Schulkindern (HBSC; Sucht Schweiz, 2023), sind daher von grosser Relevanz.

**Befragungen wie die Omnibuserhebung lassen keine kausalen Aussagen zu, da Ursache und Wirkung nicht trennbar sind.** So ist beispielsweise bekannt, dass sich die subjektiv empfundene Einsamkeit negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey, & Thisted, 2006; Rico-Uribe et al., 2016). Gleichzeitig kann eine psychische Erkrankung zu sozialem Rückzug und Einsamkeitsgefühlen führen (Mann et al., 2022). Entsprechend ist auch unklar, worauf sich die im Herbst 2022 erhöhte Belastung begründet. In der Vergangenheit stand vermehrt der Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie und den damit verbundenen Massnahmen im Zentrum der Argumentation. Neben dem Krieg in der Ukraine, dem weit verbreiteten Konsum kritischer digitaler Medieninhalte, den Sorgen bezüglich des Klimawandels oder der seit einiger Zeit von Fachleuten berichteten Unterversorgung psychisch belasteter Menschen sind weitere mögliche Belastungsfaktoren zu nennen. Insbesondere bei der jüngeren Bevölkerung könnte sich all dies negativ auf die aktuelle Einschätzung der psychischen Gesundheit ausgewirkt haben.

## 4.8 Fazit

Die Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz ist nach wie vor von grosser Bedeutung: Die im Herbst 2022 durchgeführte Omnibuserhebung *Psychische Gesundheit* zeigt, dass die seit der Covid-19 Pandemie beobachtete Zunahme der psychischen Belastung, insbesondere bei jüngeren Menschen, nicht zurückgegangen ist. Der Mehrheit der Bevölkerung geht es psychisch gut, aber viele sind von psychischen Problemen oder Symptomen betroffen. Die Befragung zeigt, dass die Inanspruchnahme von Hilfe in solchen Fällen keine Selbstverständlichkeit ist, insbesondere bei der älteren Bevölkerung. Die Bereitstellung von niederschweligen Hilfsangeboten und zugänglichen Versorgungsangeboten durch Fachpersonen bleibt daher zentral. Aber auch auf individueller Ebene ist es wichtig, sich für das eigene Umfeld einzusetzen, mögliche Belastungen anzusprechen oder Zeit für einen Austausch anzubieten.

# 5 Literaturverzeichnis

- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review, 22*(3), 309-315.
- Adler, L. A., Shaw, D. M., Spencer, T. J., Newcorn, J. H., Hammerness, P., Sitt, D. J., . . . Faraone, S. V. (2012). Preliminary examination of the reliability and concurrent validity of the attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale v1.1 symptom checklist to rate symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 22*(3), 238–244. doi: <https://doi.org/10.1089/cap.2011.0062>
- Adolph, D., Schneider, S., & Margraf, J. (2016). German Anxiety Barometer-Clinical and Everyday-Life Anxieties in the General Population. *Frontiers in Psychology, 7*, 1344. doi: [10.3389/fpsyg.2016.01344](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01344)
- Ajdacic-Gross, V., Muller, M., Rodgers, S., Warnke, I., Hengartner, M. P., Landolt, K., . . . Rossler, W. (2014). The ZInEP Epidemiology Survey: background, design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23*(4), 451-468. doi: [10.1002/mpr.1441](https://doi.org/10.1002/mpr.1441)
- American Psychological Association (2022). APA Dictionary of Psychology - Self esteem, from <https://dictionary.apa.org/self-esteem>
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(1), 24-32. doi: [10.1017/S204579601500027X](https://doi.org/10.1017/S204579601500027X)
- Annaheim, B., Scotto, T.J., & Gmel, G. (2010). Revising the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) by means of item response theory. *International journal of methods in psychiatric research, 19*(3), 142-155.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.C. (2021). A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein. Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de santé 323).
- Beierlein, C., Kemper, C.J., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2013). Kurzskala zur Erfassung allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartungen (ASKU). *Methoden, Daten, Analysen, 7*(2), 251-278. doi: [10.12758/mda.2013.014](https://doi.org/10.12758/mda.2013.014)
- Bower, Marlee, Smout, Scarlett, Donohoe-Bales, Amarina, O'Dean, Siobhan, Teesson, Lily, Boyle, Julia, . . . Teesson, Maree (2023). A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. [Review]. *Frontiers in Psychiatry, 14*. doi: [10.3389/fpsyg.2023.1107560](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1107560)
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2000). Grossregionen und Kantone der Schweiz, from <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/1031445>
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). Schweizerische Gesundheitsbefragung: Dokumentation der Indizes von 1992 bis 2017. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC), from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/erhebungen/silc.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2023a). Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC), from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/erhebungen/silc.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2023b). Schweizerische Gesundheitsbefragung, from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2023c). Statistik der Bevölkerung und der Haushalte, from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021, 27.09.2021). ICD-10-GM Version 2022, from <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/index.htm>
- 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). *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 733-739.
- 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.
- Capaldi, C. A., Liu, L., Ooi, L. L., & Roberts, K. C. (2022). Self-rated mental health, community belonging, life satisfaction and perceived change in mental health among adults during the

- second and third waves of the COVID-19 pandemic in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 42(5), 218-225. doi: 10.24095/hpcdp.42.5.05
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed)*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386. doi: 10.1192/bjp.176.4.379
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 137-140. doi: 10.1002/da.1055
- de Bienassis, K., Hewlett, E., Kendir, C., Kristensen, S., Mainz, J., & Klazinga, N. (2022). Establishing standards for assessing patient-reported outcomes and experiences of mental health care in OECD countries: Technical report of the PaRIS mental health working group pilot data collection *OECD Health Working Papers* (Vol. 135). Paris: OECD Publishing.
- 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), e0235034. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235034>
- Doll, C. M., Michel, C., Rosen, M., Osman, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2021). Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: a 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 432. doi: 10.1186/s12888-021-03435-4
- Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. *BMC Pediatrics*, 19(1), 45. doi: 10.1186/s12887-019-1404-z
- FORS (2016). Sozialbericht 2016, from <http://socialreport.ch/chapter-2/interest-in-political-news/occupying-oneself-with-current-affairs-and-politics-2008-radio3322.html?lang=de>
- Gesundheitsförderung Schweiz (2023). Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Faktenblatt. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz - voraussichtliche Veröffentlichung: Juni 2023.
- Gmel, G., Kuendig, H., Maffli, E., Notari, L., Wicki, M., Georges, A., . . . Schaub, M. (2012). Suchtmonitoring Schweiz / Jahresbericht – Daten 2011. Bern: Sucht Schweiz.
- Gruebner, O., Rapp, M.A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 121-127. doi: 10.3238/arztebl.2017.0121
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2020). Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 - Schlussbericht. Bern: BüroBASS.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87. doi: 10.1007/s00115-013-3961-y
- Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Höfler, M., Siegert, J., . . . Wittchen, H. U. (2013). The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(2), 83-99. doi: 10.1002/mpr.1387
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Sommer, S., Lieb, R., Höfler, M., & Pfister, H. (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Methods Psychiatr Res*, 11(1), 1-18. doi: 10.1002/mpr.118
- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022). Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz. Aktualisierte Übersichtsstudie. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., . . . Sourander, A. (2022). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-19. doi: 10.1007/s00787-022-02060-0
- Kemper, C.J., Beierlein, C., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2012). *Eine Kurzsкала zur Messung von Optimismus-Pessimismus: Die Skala Optimismus-Pessimismus-2 (SOP2)*. GESIS Working Papers 2012|15. Köln.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52-65. doi: 10.1002/mpr.208
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., . . . Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. doi: 10.1017/s0033291704002892
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523. doi: 10.1056/NEJMsa043266
- Kroenke, K., R.L., Spitzer, & J.B., Williams (2003). The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41, 1284–1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006
- Kroenke, K., & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. doi: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Monahan, P.O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment,

- comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 6(146), 317-325.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50, 613– 621.
- Kutz, A. M., Marsh, A. G., Gunderson, C. G., Maguen, S., & Masheb, R. M. (2020). Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 885-893. doi: 10.1007/s11606-019-05478-6
- Li, C.-Y., & Sung, F.-C. (1999). A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occupational Medicine*, 49, 225–229.
- Lowe, B., Decker, O., Muller, S., Brahler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274. doi: 10.1097/MLR.0b013e318160d093
- Lowe, B., Grafe, K., Zipfel, S., Spitzer, R. L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S., & Herzog, W. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 515-519. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00072-2
- Lowe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., . . . Brahler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019
- Löwe, B.P., & Spitzer, R.L. (2001). Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual. Komplettversion und Kurzform. Karlsruhe: Pfizer GmbH.
- Mann, Farhana, Wang, Jingyi, Pearce, Eiluned, Ma, Ruimin, Schliefl, Merle, Lloyd-Evans, Brynmor, . . . Johnson, Sonia (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2161-2178. doi: 10.1007/s00127-022-02261-7
- Marmet, S., & Gmel, G. (2015). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2014. Lausanne, Schweiz: Sucht Schweiz.
- Marmet, S., & Gmel, G. (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne, Schweiz: Sucht Schweiz.
- Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2013). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2012. Lausanne, Schweiz: Sucht Schweiz.
- Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2015). Suchtmonitoring Schweiz – Screening für problematischen Alkoholkonsum im Jahr 2015. Lausanne, Schweiz: Sucht Schweiz.
- Mauz, E., Walther, L., Junker, S., Kersjes, C., Damerow, S., Eicher, S., . . . Thom, J. (2023). Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1065938
- Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S. J., Groth, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry*, 54, 1-9. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.009
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467-1468. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467
- Moser, A., Carlander, M., Wieser, S., Hämmig, O., Puhan, M. A., & Höglinger, M. (2020). The COVID-19 Social Monitor longitudinal online panel: Real-time monitoring of social and public health consequences of the COVID-19 emergency in Switzerland. *PLOS ONE*, 15(11), 15(11), e0242129. doi: doi.org/10.1371/journal.pone.0242129
- Nakagawa, Shinichi, & Cuthill, Innes C. (2007). Effect size, confidence interval and statistical significance: a practical guide for biologists. *Biological Reviews*, 82(4), 591-605. doi: https://doi.org/10.1111/j.1469-185X.2007.00027.x
- Ng Fat, L., Scholes, S., Boniface, S., Mindell, J., & Stewart-Brown, S. (2017). Evaluating and establishing national norms for mental wellbeing using the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. *Quality of Life Research*, 26(5), 1129-1144. doi: 10.1007/s11136-016-1454-8
- Nübel, J., Müllender, S., Hapke, U., & Jacobi, F. (2019). Epidemie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten. *Nervenarzt*, 90, 1177–1186. doi: https://doi.org/10.1007/s00115-019-0681-y
- OECD (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*.
- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R. A., Have, M. T., de Graaf, R., & Beekman, A. T. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 984-989. doi: 10.1007/s00127-007-0256-2
- Penninx, Bwjj, Benros, M. E., Klein, R. S., & Vinkers, C. H. (2022). How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nature Medicine*, 28(10), 2027-2037. doi: 10.1038/s41591-022-02028-2
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 88–94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753
- Peter, C., & Tuch, A. (2019). Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung (Obsan Bulletin 7/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Preisig, M., Waeber, G., Vollenweider, P., Bovet, P., Rothen, S., Vandeleur, C., . . . Muglia, P. (2009). The PsyCoLaus study: methodology and characteristics of the sample of a population-based survey on psychiatric disorders and their association with genetic and cardiovascular risk factors. *BMC Psychiatry*, 9, 9. doi: 10.1186/1471-244X-9-9
- Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Marx, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., . . . Tiet, Q. Q. (2016). The Primary Care

- PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1206-1211. doi: 10.1007/s11606-016-3703-5
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R.P., Hugelshofer, D.S., Shaw-Hegwer, J., . . . Sheikh, J.I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14.
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Romer, K., & Rosler, M. (2013). Standardised psychopathological rating scales for the diagnosis of ADHD in adults. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 81(7), 381-389. doi: 10.1055/s-0033-1335740
- Rico-Urbe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., . . . Miret, M. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS one*, 11(1), e0145264.
- Robins, Richard W., Hendin, Holly M., & Trzesniewski, Kali H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151-161. doi: 10.1177/0146167201272002
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salanti, G., Peter, N., Tonia, T., Holloway, A., White, I.R., Darwish, L., . . . Investigators, MHCovid Crowd (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Associated Control Measures on the Mental Health of the General Population: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 175(11), 1560-1571.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<973::aid-jclp11>3.0.co;2-h
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*, 88(6), 791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Schäfer, W., Reinders, T., Riedel, O., & Haug, U. (2020). How often are antidepressants prescribed off-label among older adults in Germany? A claims data analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(4), 1778-1789.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. doi: https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219
- Schneider, M., Jaks, R., Nowak-Flück, D., Nicca, D., & De Gani, S.M. (2021). Mental Health Literacy in Zurich: A First Measurement Attempt Using the General HLS-EU-Q47. *Frontiers in Public Health*, 9, 723900. doi: 10.3389/fpubh.2021.723900
- Schneider, S., & Margraf, J. (2011). *Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen für DSM IV-TR*. Berlin: Springer.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2023). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2023a). Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung - Benzodiazepine, from [https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/\\_021/a](https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_021/a)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2023b, 17.04.2023). Suizid und Suizidhilfe, from <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe>
- Seeley-Wait E., Abbott M.J., & R.M., Rapee (2009). Psychometric properties of the minisocial phobia inventory. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11, 231-236. doi: 10.4088/PCC.07m00576
- Skånland, S.S., & Ciešlar-Pobuda, A. (2019). Off-label uses of drugs for depression. *European Journal of Pharmacology*, 865, 172732. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2019.172732>
- Statistics Canada (2022). Canadian Community Health Survey - Annual Component (CCHS), from <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&id=1314175>
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 15. doi: 10.1186/1477-7525-7-15
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2021). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Sucht Schweiz (2023). HBSC: Gesundheitsbefragung bei Schulkindern, from <https://www.suchtschweiz.ch/die-forschungsabteilung/forschung-beobachten-und-verstehen/hbcs-gesundheitsbefragung-bei-schulkindern/>
- Suchtmonitoring Schweiz (2013-2022). Glossar - AUDIT.
- Sulkes, S.B. (2018). Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADD, ADHD), from <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/lern-und-entwicklungsst%C3%B6rungen/aufmerksamkeitsst%C3%B6rung-und-hyperaktivit%C3%A4t-add-adhd>
- Tennant, Ruth, Hiller, Louise, Fishwick, Ruth, Platt, Stephen, Joseph, Stephen, Weich, Scott, . . . Stewart-Brown, Sarah (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63. doi: 10.1186/1477-7525-5-63
- Tuch, A., & Schuler, D. (2020). Psychische Gesundheit. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Ed.), *Gesundheit in der Schweiz - Kinder, Jugendliche und junge*

- Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Volkert, J., Gablonski, T.C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *213*, 709–715.
- Voorpostel, M., Kuhn, U., Tillmann, R., Monsch, G.-A., Antal, E., Ryser, V.-A., . . . Dasoki, N. (2020). Introducing web in a refreshment sample of the Swiss Household Panel: Main findings from a pilot study *FORS Working Paper Series, paper 2020-2*. Lausanne: FORS.
- WHO (2004). *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)*.
- WHO (2020). The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS) Geneva: WHO.
- Wiltink, J., Kliem, S., Michal, M., Subic-Wrana, C., Reiner, I., Beutel, M. E., . . . Zwerenz, R. (2017). Mini - social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 377. doi: 10.1186/s12888-017-1545-2
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., . . . Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, *216*(2), 69–78. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- 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. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- ZHAW (2023). COVID-19 Social Monitor, from <https://covid19.ctu.unibe.ch/#>

# 6 Tabellen

## T 6.1 Messinstrumente

Thematischer Bereich	Messinstrument	Referenz
<b>Subjektive psychische Gesundheit</b>	Frage aus Canadian Community Health Survey	Statistics Canada, 2022
<b>Positive psychische Gesundheit</b>		
Lebenszufriedenheit	Frage aus Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)	BFS, 2022
Glücklichsein	Frage aus SILC	BFS, 2022
Lebenssinn	Frage aus SILC 2013	BFS, 2022
Selbstwirksamkeit	Kurzskala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASKU)	Beierlein et al., 2013
Selbstwert	Single Item Self-Esteem (SISE)	Robins et al., 2001
Optimismus	Skala Optimismus-Pessimismus-2 (SOP2)	Kemper et al, 2012
Psychisches Wohlbefinden	Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)	Tennant et al., 2007; Stewart-Brown et al., 2009
<b>Symptome psychischer Erkrankungen</b>		
Depression	Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)	Kroenke et al., 2001; Löwe & Spitzer, 2001
Agoraphobie	Angstbarometer (Subskala)	Adolph et al., 2016
Soziale Phobie	Mini-Spin	Connor et al, 2001
Spezifische Phobie	Angstbarometer (Subskala)	Adolph et al., 2016
Panikstörung	Patient Health Questionnaire (PHQ-D), Panik-Modul	Lowe et al., 2003
Generalisierte Angststörung	Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	Lowe et al., 2008
Zwangsstörung	Angstbarometer (Subskala)	Adolph et al., 2016
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD-5)	Prins et al., 2003; 2016
Essstörung	SCOFF (Sick, Control, One, Fat and Food)	Morgan et al., 1999
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala V1.1 für Erwachsene (ASRS-v1.1)	WHO 2004; Kessler et al., 2005
<b>Selbstverletzung, Suizidgedanken und Suizidversuche</b>		
Selbstverletzung	Einzelne Frage	Sansone et al., 1998
Suizidgedanken, -pläne, -versuche	Mental Health / Suicide Modul des STEPS	WHO, 2020
<b>Problematischer Alkohol- und Cannabiskonsum</b>		
Alkoholkonsum	Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	Saunders et al., 1993
Cannabiskonsum	Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised (CUDIT-R)	Annaheim et al, 2010
<b>Einschränkungen im Alltag</b>	Aus Bundes-Gesundheitssurvey und Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)	Jacobi et al., 2002; 2013
<b>Körperliche Beschwerden</b>	Fragen aus Schweizerischer Gesundheitsbefragung (SGB)	BFS, 2020
<b>Chronische Erkrankungen</b>	Fragen aus SGB	BFS, 2023
<b>Einsamkeit</b>	Frage aus SGB	BFS, 2023

© Obsan 2023

## T 6.2 Stichprobe der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

Faktor	N	%
<b>Total</b>	5 502	100%
<b>Geschlecht</b>		
Mann	2 663	48%
Frau	2 839	52%
<b>Altersgruppen</b>		
15-24	700	13%
25-34	763	14%
35-44	952	17%
45-54	1 127	20%
55-64	884	16%
65+	1 076	20%
<b>Bildung (ab 25 Jahren)</b>		
Sek I	601	11%
Sek II	1 835	33%
Tertiär	2 362	43%
n. a. *	704	13%
<b>Erwerbsstatus</b>		
Erwerbstätig	3 581	65%
Nichterwerbsperson	1 715	31%
Arbeitslos	109	2%
Arbeitsunfähig	96	2%
n. a.	1	0%
<b>Migrationshintergrund</b>		
ohne Migrationshintergrund (MH)	3 497	64%
MH 1. Generation: Schweiz	555	10%
MH 1. Generation: Nord- und Westeuropa	340	6%
MH 1. Generation: Südwesteuropa	314	6%
MH 1. Generation: Ost- und Südosteuropa	215	4%
MH 1. Generation: Ausserhalb Europas	157	3%
MH 2. Generation	414	8%
n. a.	10	0%
<b>Urbanität</b>		
Städtisch	3 388	62%
Intermediär	1 247	23%
Ländlich	867	16%
<b>Sprachregion</b>		
Deutsch	3 681	67%
Französisch	1 272	23%
Italienisch	549	10%

Faktor	N	%
<b>Grossregion</b>		
Genferseeregion	942	17%
Espace Mittelland	1 177	21%
Nordwestschweiz	715	13%
Zürich	896	16%
Ostschweiz	703	13%
Zentralschweiz	527	10%
Tessin	542	10%
<b>Körperliche Beschwerden</b>		
keine bis einige Beschwerden	2 792	51%
starke Beschwerden	2 351	43%
n. a.	359	7%
<b>Chronische psychische Krankheit</b>		
körperlich	1 171	21%
psychisch	156	3%
beides	456	8%
weder noch	139	3%
keine chron. Krankheit	3 575	65%
<b>Einsamkeit</b>		
manchmal/nie	4 762	87%
ziemlich/sehr häufig	732	13%
n. a.	8	0%

n. a.: keine Antwort; \* Bei den Analysen mit dem Faktor Bildung wurden nur die 25-Jährigen und Älteren berücksichtigt, weil jüngere Personen Ihren Bildungsweg noch nicht zwingend abgeschlossen haben. Die jüngeren Personen werden daher unter «n. a.» ausgewiesen.

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

# 7 Anhang

Die weiteren Tabellen sind in folgendem Dokument zusammengefasst: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2023-bericht-03-begleitdokument>



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.