



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

Psychische Gesundheit

Kennzahlen 2022

Begleitdokument zum Obsan Bulletin 11/2024

Autorinnen und Autoren Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Isabelle Sturny, Claudio Peter

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Methodische Anmerkungen	4
2.1	Vertrauensintervalle	4
3	Psychischer Gesundheitszustand	5
3.1	Glücklich- und Deprimiert-/Entmutigt-Sein (SILC)	5
3.2	Energie und Vitalität, Depressionssymptome, Symptome einer GAS (SGB)	5
4	Inanspruchnahme generell	7
5	Inanspruchnahme ambulant	8
6	Inanspruchnahme stationär	9
7	Suizide und Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche	10
7.1	Suizide	10
7.2	Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche	10
8	Kosten psychischer Erkrankungen	12
9	Literaturverzeichnis	13

1 Einleitung

Nachfolgend werden pro Kapitel die im Bulletin behandelten Themen aufgeführt und die jeweils verwendeten Datenquellen kurz beschrieben, Besonderheiten erwähnt, gegebenenfalls Definitionen erläutert bzw. Methoden beschrieben. Generell wurden Datenquellen ausgewählt, welche jährlich aktualisiert werden und damit das Abbilden einer kontinuierlichen zeitlichen Entwicklung erlauben.

Die Indikatoren zur Inanspruchnahme sind zusätzlich zum Total auch getrennt nach Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen ausgewertet. Die Trennung der beiden Patientengruppen erfolgt nach Alter: Die 0- bis 18-Jährigen werden zu den Kindern und Jugendlichen gezählt, die 19-Jährigen und Älteren zählen zu den Erwachsenen. Dies gilt für den ambulanten wie auch für den stationären Sektor. Diese Unterteilung wurde in Anlehnung an das Angebot psychiatrischer Kliniken vorgenommen, wobei es keine allgemeingültige und scharf gezogene Altersgrenze gibt zwischen der Klientel psychiatrischer Angebote für Kinder und Jugendliche und den Angeboten für Erwachsene. Insbesondere ambulant behandelnde Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater begleiten ihre Patientinnen und Patienten oft bis ins frühe Erwachsenenalter.

2 Methodische Anmerkungen

2.1 Vertrauensintervalle

Wie häufig ist die Schweizer Bevölkerung in den letzten 4 Wochen glücklich gewesen? Wieviele Personen in der Schweiz berichten von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen? Die *wahren* Werte hierzu sind unbekannt, können aber anhand von Befragungsdaten (wie z. B. SILC oder SGB) geschätzt werden. Mit jeder Schätzung geht allerdings eine gewisse Ungenauigkeit oder Unschärfe einher, die man als statistische Unsicherheit bezeichnet. Um diese Unsicherheit abzubilden, werden zu den abgebildeten Anteilen die dazugehörigen Vertrauensintervalle (auch Konfidenzintervalle genannt) dargestellt. Je grösser ein Vertrauensintervall ist, desto grösser ist die statistische Unsicherheit bzw. je kleiner ein Vertrauensintervall ist, desto präziser ist der geschätzte Anteil.

Im Bulletin werden 95%-Vertrauensintervalle ausgewiesen. Ein 95%-Vertrauensintervall enthält den unbekannt, aber wahren Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%. Gruppenunterschiede können anhand von Vertrauensintervallen visuell auf ihre Bedeutsamkeit geprüft werden: Überlappen die Vertrauensintervalle zweier Gruppen, ist von einem unbedeutenden bzw. zufälligen Unterschied auszugehen. Überlappen die Vertrauensintervalle nicht, wird davon ausgegangen, dass es sich um einen statistisch bedeutsamen Unterschied handelt. Für die Analysen von Gruppenunterschieden anhand von Vertrauensintervallen sind folgende zwei Punkte zu beachten:

- Erstens ersetzen sie die statistischen Tests zur Überprüfung von Gruppenunterschieden nicht, sondern stellen eine Annäherung an einen tatsächlichen Unterschied dar.
- Zweitens ist die Genauigkeit der Konfidenzintervalle von der jeweiligen Stichprobengrösse abhängig. So können bei grossen Stichproben selbst minime Unterschiede als bedeutsam interpretiert werden, während grosse – wissenschaftlich etablierte – Unterschiede bei kleinen Stichproben unbedeutsam bleiben.

Bei den Vollerhebungen (Datenpool, Medizinische Statistik der Krankenhäuser; vgl. weitere Kapitel) wird auf die Angabe von Vertrauensintervallen verzichtet, da die Ergebnisse reale Verhältnisse widerspiegeln. Eine Ausnahme machen Gruppenunterschiede mit kleinen Fallzahlen. Hier werden aufgrund der jährlichen Schwankungen ebenfalls Vertrauensintervalle in den Grafiken gezeigt (vgl. Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche).

3 Psychischer Gesundheitszustand

3.1 Glücklich- und Deprimiert-/Entmutigt-Sein (SILC)

Es gibt in der Schweiz keine national repräsentativen jährlichen Daten, die es erlauben, den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfassend abzubilden. Ferner ist es nicht möglich, zu identifizieren, welcher Anteil der Bevölkerung im klinischen Sinne krank ist und/oder eine Behandlung benötigen würde. Aus Mangel an Alternativen wurden daher zwei Indikatoren zu Wohlbefinden aus der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) als Annäherung an den psychischen Gesundheitszustand verwendet.

Die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (Statistics on Income and Living Conditions SILC) des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird seit 2007 jährlich bei einer Stichprobe von rund 8000 Haushalten, das entspricht etwa 18 000 Personen, durchgeführt. 2014 wurde die Erhebung revidiert (neuer Stichprobenrahmen, neues Gewichtungsmo- dell), was zu einem Bruch in der Zeitreihe führte. Die Ergebnisse ab 2014 lassen sich nicht mehr direkt mit jenen der Vorjahre vergleichen. Im Bulletin werden daher die Ergebnisse ab dem Jahr 2014 präsentiert.

Die teilnehmenden Haushalte werden jeweils zu einem breiten Themenspektrum, das auch die Gesundheit und zwei Fragen zum Wohlbefinden umfasst, befragt. Letztere Fragen zu Glücklich- bzw. Entmutigt- und Deprimiert-Sein wurden als Indikatoren für den psychischen Gesundheitszustand ins Bulletin aufgenommen und für die Jahre 2014 bis 2022 abgebildet. Die Befragungen finden jeweils von Januar bis Juni statt.

Wird im Bulletin von einem «Unterschied» berichtet, ist dieser statistisch signifikant (Signifikanzniveau von 5%). Bei den Vollerhebungen (Datenpool, Medizinische Statistik der Krankenhäuser; vgl. weitere Kapitel) wird auf eine Signifikanz-Angabe verzichtet, da die Ergebnisse reale Verhältnisse widerspiegeln.

Weitere Informationen zu SILC unter:

[Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen \(SILC\) | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

3.2 Energie und Vitalität, Depressionssymptome, Symptome einer GAS (SGB)

Diese Ausgabe des Bulletins wurde mit Ergebnissen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2022 des Bundesamtes für Statistik (BFS) ergänzt. Die SGB befragt die Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Krankheitsfolgen, zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu den Versicherungsverhältnissen. Die SGB findet seit 1992 alle fünf Jahre statt.

Energie und Vitalität

Der Index «Vitalität und Energie» entstammt der Vitalitäts-Subskala (EVI) des SF-36. Beim EVI werden die Befragten dazu aufgefordert, einzuschätzen wie oft (immer, meistens, manchmal, selten, nie) sie sich in den letzten vier Wochen «voller Leben», «voller Energie», «erschöpft» oder «müde» gefühlt haben. Die Antworten werden anschliessend in tiefes, mittleres und hohes Energie- und Vitalitätsniveau kategorisiert (OFS, 2019).

Depressionssymptome

Depressionssymptome werden anhand des Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) erfragt. 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).

Symptome einer generalisierten Angststörung (GAS)

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).

Weitere Informationen zur SGB unter:

[Schweizerische Gesundheitsbefragung \(SGB\) | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

4 Inanspruchnahme generell

Die Daten zur Inanspruchnahme einer Behandlung wegen psychischen Problemen stammen aus der SGB des BFS (vgl. 2.2). Sie beruhen auf den folgenden zwei Fragen: (1) «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?» und (2) «Was ist die Person von Beruf gewesen, die Sie behandelt hat?». Dabei werden die folgenden Kategorien abgefragt: Psychologe/Psychotherapeut, Psychiater, Allgemeinarzt/Internist, anderer nicht medizinischer Therapeut, anderer Beruf.

5 Inanspruchnahme ambulant

Die Angaben zur Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Behandlungen stammen aus dem Daten- und dem Tarifpool der SASIS AG. Der Datenpool ist eine seit 2001 von santésuisse (Branchenverband der Krankenversicherer) und ab 2009 von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Der Tarifpool wurde 2004 für die Einführung des Tarmed-Tarifs aufgebaut. Beide Datenbanken dienen in erster Linie als Brancheninformationssystem und erlauben es den Krankenversicherern, das Verhalten von Versichertengruppen und Leistungserbringern (u.a. für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie die Entwicklung der Prämien und Kosten im Bereich der OKP zu verfolgen.

Im Datenpool und im Tarifpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Das ist insbesondere bei den Leistungen und Kosten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich relevant, da nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis 2021 nicht selber über die OKP abrechnen konnten und damit deren Patientinnen und Patienten sowie Leistungen und Kosten nicht im Datenpool enthalten sind. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z.B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Die Daten des **Datenpools** werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken in den Jahren 2006 bis 2022 zwischen 97,6% und 100% der versicherten Personen in der Schweiz ab. Um die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG und der Asylstatistik des Staatssekretariats für Migration auf 100% hochgerechnet.

Die Daten können nach Geschäftsperiode (Jahr, in welchem eine Behandlung abgerechnet wurde) und nach Behandlungsperiode (Jahr, in welchem die Behandlung stattfand) ausgewertet werden. Bei der Geschäftsperiode kann das Abrechnungsverhalten der Krankenversicherer einen Einfluss auf die Kosten haben, Daten nach Behandlungsperiode können nur zeitlich verzögert ausgewertet werden. Für die vorliegenden Auswertungen wurde

grundsätzlich die *Behandlungsperiode* gewählt, um das Versorgungsgeschehen realitätsnah abzubilden. Die Zahlen zu den Patientinnen und Patienten (im Gegensatz zu den Kosten) beziehen sich allerdings auf das Geschäftsjahr, eine Analyse nach Behandlungsjahr ist nicht möglich.

Weiter ist festzuhalten, dass es keine Daten zu einzelnen Versicherten gibt, weshalb keine individuellen Krankheitsfälle oder Diagnosen und damit auch keine Behandlungsverläufe verfolgt werden können.

In Ergänzung des Datenpools liefert der **Tarifpool** detaillierte Informationen zu den verrechneten Tarifpositionen (z.B. Tarmed) und Kosten (keine Angaben zu Konsultationen). Der Tarifpool hat schweizweit im Bereich Tarmed-Leistungen von Arztpraxen in den Jahren 2007 bis 2022 einen Abdeckungsgrad von zwischen 61,6% und 100% gegenüber dem Datenpool. Die Daten wurden entsprechend auf 100% hochgerechnet.

Die Analysen basieren auf folgenden Datenständen:

– Datenstand Datenpool:

Die Ergebnisse zur Anzahl Patientinnen und Patienten basieren auf einer Spezialauswertung der SASIS AG vom 11.12.2023.

Die restlichen Ergebnisse basieren auf den Jahresdaten vom 04.06.2024 und auf einer Spezialauswertung der SASIS AG vom 11.12.2023 bzw. 21.02.2024.

– Datenstand Tarifpool: Monatsdaten 04.08.2023

Es wird im Bulletin auf eine Signifikanz-Angabe verzichtet, da es sich bei den verwendeten Daten nahezu um eine Vollerhebung handelt und die Ergebnisse daher reale Verhältnisse widerspiegeln.

Im aktuellen Kennzahlen-Bulletin 2022 können für den Bereich der ambulanten Inanspruchnahme nur Aussagen zur Anzahl der *Patientinnen und Patienten* in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen und (neu) in psychologischen Psychotherapiepraxen gemacht werden. Die bisherigen Analysen zur Anzahl der *Konsultationen* in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, in anderen nicht-psychiatrischen ärztlichen Praxen und in der ambulanten Spitalpsychiatrie können aufgrund fehlerhafter Lieferungen von mehreren Krankenversicherern nicht erstellt werden.

Der Bereich der ambulanten **psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen** umfasst Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie» sowie «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie». Dazu gehören bis 2022 auch Leistungen von (in diesen Praxen) delegiert arbeitenden nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

6 Inanspruchnahme stationär

Die Daten zu den Hospitalisierungen stammen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). In der Medizinischen Statistik werden seit 1998 alle Aufenthalte in Schweizer Krankenhäusern erhoben und dabei sowohl soziodemografische Informationen als auch administrative Daten (z.B. Versicherungsart) und medizinische Informationen der Patientinnen und Patienten erfasst.

Die Analysen aus dem Bulletin schliessen alle Hospitalisierungen in *stationären psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen* mit ein. Dies entspricht dem Versorgungsbereich «Psychiatrie» (vgl. Abgrenzung der Versorgungsbereiche unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS>).

Mit der per 1.1.2018 eingeführten Tarifstruktur TARPSY kam es unter anderem zu einer Änderung der Falldefinition innerhalb der Psychiatrie. Unter bestimmten Bedingungen werden Mehrfachaufenthalte von Patientinnen und Patienten neu zu einem einzigen Fall zusammengeführt und in der Statistik einmal und nicht wie bis anhin mehrfach gezählt. D.h. ab 2018 werden im Versorgungsbereich Psychiatrie nicht mehr die Anzahl der tatsächlichen Aufenthalte ausgewiesen, sondern die Anzahl unter TARPSY abgerechneter Fälle. Fallzusammenführungen gab es in vereinzelt Kantonen bzw. Kliniken bereits vor TARPSY, diese waren jedoch unterschiedlich geregelt. In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS lassen sich Fallzusammenführungen (d.h. die entsprechenden Zwischeneintritte) aber erst seit dem Jahr 2018 erfassen. Somit kommt es zwischen 2017 und 2018 zu einem Datenbruch, welcher die Interpretation von zeitlichen Vergleichen erschwert. In den Grafiken des Bulletins wird dies durch eine Trennungslinie hervorgehoben.

Um auch die zeitlichen Entwicklungen der Hospitalisierungsraten seit 2012 abbilden zu können, wurden die ab 2017/2018 unter der neuen Falldefinition zusammengeführten Fälle wieder aufgeteilt. Dadurch konnten die tatsächlichen Spitalaufenthalte ermittelt werden, was der Zählweise der Fälle vor 2017/2018 entspricht. Grundlage hierfür waren die in der MS enthaltenen Informationen zu Zwischenaustritten, die von den Spitälern im Rahmen der Fallzusammenführung gemeldet werden müssen.

Die Analysen zu den hospitalisierten 0- bis 18-Jährigen, die in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden (G7 im Bulletin), basieren auf der Variable 3.5.V04 (Behandlungsbereich) der medizinischen Statistik (MS). Diese Variable gibt an, in welcher Abteilung (Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Forensik) ein Fall

behandelt wurde. Massgeblich für die Erfassung ist jeweils die Austrittsabteilung, also die Abteilung, in der sich die Patientin oder der Patient vor der Entlassung befindet. Für die Analysen wurde berechnet, welcher Anteil der Fälle im Alter von 0 bis 18 Jahren in der Abteilung «Allgemeinpsychiatrie» behandelt wurde.

Es wird im Bulletin auf eine Signifikanz-Angabe verzichtet, da es sich bei den verwendeten Daten um eine Vollerhebung handelt und die Ergebnisse daher reale Verhältnisse widerspiegeln.

Weitere Informationen zur Medizinischen Statistik unter:

[Medizinische Statistik der Krankenhäuser | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/de/inf/medstat)

7 Suizide und Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche

7.1 Suizide

Die Angaben zu den Suiziden entstammen der Statistik der Todesursachen des BFS. Diese liefert einen Überblick über das Sterbgeschehen und die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz.

Weitere Informationen zur Todesursachenstatistik des BFS unter: [Statistik der Todesursachen und Totgeburten | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

Weitere Informationen zur Berechnung der Suizidfälle und -raten und jährlich aktualisierte Zahlen sind im Suizid-Indikator des Obsan verfügbar: [Suizid und Suizidhilfe | Obsan \(admin.ch\)](#)

7.2 Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche

Mutmassliche Suizidversuche wurden nach dem von Zellweger und Bopp (2020) vorgeschlagenen Verfahren identifiziert. Die nachfolgend dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien wurden hierarchisch implementiert. Das bedeutet, dass Fälle, die bereits durch ein vorhergehendes Kriterium ein- oder ausgeschlossen wurden, nicht mehr durch ein nachfolgendes Kriterium umklassifiziert werden. Die einzigen Ausnahmen sind die Kriterien F9 und F10 zur Bestimmung der endgültigen Falldefinition.

Enge Definition

- (E1) **Absichtliche Selbstbeschädigung (X84.9) als Diagnose-Zusatz:** Als Erstes wurden alle Fälle mit X84.9 als Diagnose-Zusatz als mutmasslicher Suizidversuch kategorisiert.
- (E1_suizid) **Austrittsentscheid Suizid:** Alle Fälle mit Austrittsentscheid «51» (Patient hat sich suizidiert) gemäss BFS-Variable 3.5.V01 der Psychiatriezusatzdaten wurden als mutmasslicher Suizidversuch kategorisiert.

- (Ex₁) **Akzidentelle Vergiftung (X49.9) als Diagnose-Zusatz:** Alle Fälle mit Diagnose-Zusatz X49.9 wurden als kein Suizidversuch kategorisiert.
- (E2) **Absichtliche Selbstbeschädigung (X84.9) als Nebendiagnose:** Alle übrigbleibenden Fälle mit X84.9 in einer Nebendiagnose wurden ebenfalls als mutmasslicher Suizidversuch kategorisiert.
- (E3) **Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese (Z91.8):** Fälle mit Z91.8 als Haupt- oder Nebendiagnose wurden als mutmasslicher Suizidversuch kategorisiert.
- (E4) **Absichtliche Selbstverletzung (CHOP-Codes Z94.A1.24 oder Z94.A2.34):** HoNOS: übrigbleibenden Fälle mit «absichtliche Selbstverletzung» (Erwachsene) oder «absichtliche Selbstverletzung» (Kinder und Jugendliche) wurden als mutmasslicher Suizidversuch kategorisiert.

Weite Definition

- (Wx₁) **Unfall:** Im Anschluss an die enge Definition wurden alle dort nicht Kategorisierten mit W49.9, W64.9 oder V99 als Diagnose-Zusatz oder X00-X39, X49.9, X59.9, X85-Y09, Y40-84 als Hauptdiagnose, Diagnose-Zusatz oder in einer Nebendiagnose als kein Suizidversuch interpretiert.
- (Wx₂) **Qualifizierte Vergiftung oder Verletzung:** Von den auch jetzt noch nicht Kategorisierten wurden Hospitalisierungen mit in Frage kommenden Codes für «qualifizierte Vergiftung oder Verletzung» (S40-S69, T17-T18, T36-T57, T60, T65.0-.8) in Kombination mit einer der folgenden Bedingungen (W5-W9) als mutmassliche Suizidversuche kategorisiert.
- (W5) **Wx₂ & F-Code als Hauptdiagnose oder F60 als Nebendiagnose:** Von den auch jetzt noch nicht Kategorisierten wurden Hospitalisierungen mit «qualifizierte Vergiftung oder Verletzung» und einem F-Code als Hauptdiagnose

oder F60 unter den Nebendiagnosen als mutmasslicher Suizidversuch eingestuft.

- (Wx₃) **Wx₂ & DRG B64x, K60x oder Z65B:** Von den übrigen Fällen wurden Patientinnen/Patienten mit «qualifizierter Vergiftung oder Verletzung» und DRG B64x, K60x oder Z65B als kein Suizidversuch kategorisiert.
- (W6) **Wx₂ & DRG B66C oder Uxxx,Vxxx,Wxxx,Xxxx (ohne X60A):** Von den auch jetzt noch nicht Zugeteilten wurden mindestens 15-Jährige mit «qualifizierter Vergiftung oder Verletzung» und DRG B66C oder Uxxx,Vxxx,Wxxx,Xxxx (Ausnahme X60A) als mutmasslicher Suizidversuch eingestuft.
- (W7) **Wx₂ & Hauptbehandlung gemäss Liste:** Hospitalisierungen mit «qualifizierter Vergiftung oder Verletzung» *in Kombination* mit einer der folgenden Hauptbehandlungen wurden als mutmassliche Suizidversuche eingestuft.

Z34.04 «Einsetzen eines interkostalen Katheters zur Drainage»

Z45.13.10 «Oesophagogastroduodenoskopie»

Z83.62.13-Z83.65.16 «Naht an Sehne, Muskel oder Faszie»

Z86.52.16-Z86.59 «Naht an Haut und Subkutangewebe»

Z89.04 «Sonstige Befragung und Beurteilung»

Z94.11-19 «Psych. Diagnostik», u.a. Z94.13 «Abklärung zur fürsorglichen Unterbringung»

Z94.A1.xx HoNOS-Scale 1 «überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten»

Z94.A2.xx HoNOS-Scale 2 «absichtliche Selbstverletzung»

Z94.32-39 «Krisenintervention»

Z98.01-17 «Entfernung eines intraluminalen Fremdkörpers» - Z99.B7.10-Z99.C1.10 «Komplexbehandlung»

- (W8) **Wx₂ & Nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt (Y34.9):** Hospitalisierungen mit «qualifizierter Vergiftung oder Verletzung» *in Kombination* mit Y34.9 als Hauptdiagnose, Diagnosezusatz oder Nebendiagnose wurden als mutmassliche Suizidversuche eingestuft.

Endgültige/Finale Falldefinition

- (F9) **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung in der Akut-somatik (F60.3):** Alle Hospitalisierungen in einem akutsomatischen Spital mit einem F60.3-Code wurden als mutmassliche Suizidversuche eingestuft, wenn dieser Code als Hauptdiagnose – oder mit einer nicht somatischen Hauptdiagnose (also einem F-, R-, S- oder T-Code) als Zusatz- oder Nebendiagnose angegeben wurde.
- (F10) **Psychiatrische Folge-Hospitalisierung ausschliessen:** Ein Psychiatrieaufenthalt, der nahtlos auf einen Akut-somatik-Aufenthalt folgt, der bereits als mutmasslicher Suizidversuch klassiert wurde, wurde daher für die endgültige

Falldefinition nicht als erneutes Ereignis akzeptiert, sondern als psychiatrische «Folge-Hospitalisierung» betrachtet und ist somit *kein Suizidversuch*.

8 Kosten psychischer Erkrankungen

Die Kosten psychischer Erkrankungen werden mittels Angaben aus dem Datenpool und dem Tarifpool der SASIS AG aufgezeigt (vgl. Kapitel 3).

Die im Bulletin beschriebenen OKP-Kosten im Psychatriebereich umfassen sämtliche Leistungen, die über die OKP abgerechnet wurden (Behandlungen inkl. Medikamente, Analysen, MiGeL etc.), inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten), aber exklusive kantonale Beiträge an die Spitalfinanzierung. Es wurde nach Behandlungsjahr ausgewertet. Für die Berechnung der Kosten wurden die ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, die psychologischen Psychotherapiepraxen (neu ab 2022), psychiatrische Leistungen in anderen ambulanten Praxen, die ambulante und stationäre Spitalpsychiatrie sowie Heime für psychosoziale Fälle berücksichtigt. Der Bereich der ambulanten *psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen* umfasst Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» sowie «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie». Dazu gehören bis Ende 2022 auch Leistungen von (in diesen Praxen) delegiert arbeitenden nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Psychiatrische Leistungen in *anderen ambulanten Praxen* umfassen nicht-psychiatrische Praxen¹ mit Einzelleistungen und Pauschalen aus dem Tarmed Kapitel 2 (Psychiatrie) und sonstigen psychiatrierelevanten Pauschalen. Ausserdem wurden die Tarmed-Positionen «00.0520 Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.» und «00.0525 Psychosomatische Einzeltherapie, pro 5 Min.» berücksichtigt. Die *ambulante Spitalpsychiatrie* umfasst die ambulanten Angebote psychiatrischer Kliniken sowie psychiatrischer Abteilungen von nicht-psychiatrischen Spitälern. Ausserdem wurden psychiatrie-relevante Leistungen der Spitalkategorie «Spezialfälle» miteinbezogen. Intermediäre Dienste wie z. B. Tageskliniken sind in den Analysen enthalten, wenn deren Leistungen über eine ZSR-Nummer ([Zahlstellenregister](#)) abgerechnet werden, die der oben definierten Spitalpsychiatrie (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen, Spezialfälle Psychiatrie) zugeordnet ist. Ansonsten sind die Leistungen nicht enthalten. Der Bereich der *stationären Spitalpsychiatrie* umfasst stationäre Leistungen psychiatrischer Kliniken sowie psychiatrischer Abteilungen von nicht-psychiatrischen Spitälern. Ausserdem

wurden psychiatrie-relevante stationäre Leistungen der Spitalkategorie «Spezialfälle» miteinbezogen. Für den Abdeckungsgrad und Datenstand siehe Kapitel 3.

¹ Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztinnen/Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin, Gemischte Gruppenpraxen, Spezialfälle

9 Literaturverzeichnis

Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J. & Caputi, P. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29–38. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000128>

Fischer, B. & Bill, M. (2024) Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie: Erster Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Polynomics, Olten. [Erster Monitoringbericht zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie](#)

Kupferschmid, S., Stulz, N., Dubno, B., Walitza, S. & Weber, S. (2023). Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie – Auswirkungen auf die Rehospitalisierungsrate. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*, 174(3), 85–87. [Jugendliche in der Erwachsenen-psychiatrie – Auswirkungen auf die Rehospitalisierungsrate](#)

Peter, C. & Tuch, A. (2024). Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Suizidales Erleben und Verhalten | OBSAN](#)

Salk, R. H., Hyde, J. S. & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822.

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2018). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2016 (Obsan Bulletin 5/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Psychische Gesundheit | OBSAN](#)

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2019). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2017 (Obsan Bulletin 8/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Psychische Gesundheit | OBSAN \(admin.ch\)](#)

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2022). Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19 (Obsan Bulletin 02/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Psychische Gesundheit | OBSAN \(admin.ch\)](#)

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2023). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Psychische Gesundheit | OBSAN \(admin.ch\)](#)

Stocker, D., Stettler, P., Jaggi, J., Bischof, S., Guggenbuhl, T., Ab-rassart, A., Rüesch, P. & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Zellweger, U. & Bopp, M. (2020). Analyse der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2008–2018 bezüglich Suizidversuche im Kanton Zürich.