



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.)

Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung

Nationaler Gesundheitsbericht 2025



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Nationaler Gesundheitsbericht 2025

Psychische Gesundheit in der Schweiz:

Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel

Claudio Peter, Roselind Lieb, Stéphanie Romanens-Pythoud,

Stefanie J. Schmidt, Urs Hepp

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

Unter Mitarbeit von	Michael P. Hengartner	Daniela Schuler
Fabienne T. Amstad	Dominic Höglinger	Laurence Seematter-Bagnoud
Mauricio Avendano-Pabon	Jolanda Jäggi	Markus Steiner
Niklas Baer	Reto Jörg	Michael Stucki
Giulia Belloni	Andreas Jud	Christoph Thommen
Jael Bernath	Michaela Kaufmann	Alexandre Tuch
Katrin Braune-Krickau	Andreas Krause	Christina Vetsch-Tzogiou
Saskia De Gani	Tanja Kuhn	Agnes von Wyl
Manon Duay	David Lätsch	Gregor Waller
Sarah Fässler	Belinda Müller	Nora Weber
Zora Föhn	Océane Pittet	Frank Wieber
Oliver Grübner	Dominik Robin	Simon Wieser
	Nicolas Schmaeh	Yaroslava Zemlyanska

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Zitierweise

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.)

(2025). *Psychische Gesundheit in der Schweiz:*

Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung.

Nationaler Gesundheitsbericht 2025. Neuchâtel: BFS.

Lektorat und Korrektorat

Apostroph Group

Originaltext

Deutsch oder Französisch

Übersetzung

Sprachdienste BFS (ausser Kapitel 9)

Layout

Publishing und Diffusion PUB, BFS

Grafiken

Obsan

Bilder

© Adobe Stock; © www.freepik.com (Bild Seite 4)

Online

www.gesundheitsbericht2025.ch

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60

Druck in der Schweiz

Verlag

Bundesamt für Statistik (BFS)

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2025

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2508

ISBN

978-2-940670-74-1

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) Claudio Peter, Roselind Lieb,
Stéphanie Romanens-Pythoud, Stefanie J. Schmidt, Urs Hepp

Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung

Nationaler Gesundheitsbericht 2025



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.

Geleitwort



Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider
Vorsteherin Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

«Psychische Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und für die persönliche, gesellschaftliche und sozioökonomische Entwicklung von entscheidender Bedeutung.» (WHO, 2022¹).

Die Covid-19-Pandemie hat die Vulnerabilität vieler Menschen deutlich gemacht und uns daran erinnert, wie wichtig es ist, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu berücksichtigen. Es ist offensichtlich, dass dieses Thema der öffentlichen Gesundheit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und wesentliche Faktoren, wenn es um die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung geht. Diese Situation wirkt sich natürlich auf die Gesundheitskosten aus. Es ist deshalb offensichtlich, dass Herausforderungen wie die Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, die steigende Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund psychischer Probleme oder der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen gezielt angegangen werden müssen.

Die Massnahmenpläne 2025–2028 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und zur nationalen Strategie Sucht nehmen die Förderung der psychischen Gesundheit verstärkt in den Fokus. Dies geschieht im Kontext der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2030. Die Massnahmen, welche durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mitgetragen werden, zielen auf eine Stärkung der kantonalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme ab und integrieren die Prävention psychischer Erkrankungen in die Gesundheitsversorgung sowie in die Arbeitswelt. Die Kantone engagieren sich des Weiteren in zahlreichen Aktivitäten und Kampagnen zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen sowie in der Suizidprävention.

Auch auf Bundesebene ist das Thema psychische Gesundheit stark präsent: 2024 hat der Bundesrat einen Bericht zu den Lehren aus der Covid-19-Pandemie veröffentlicht, mit Fokus auf die Stärkung der psychischen Gesundheit in künftigen Krisen. Im Parlament werden aktuell Fragen zu digitalen Medien, zum Ärztemangel, zur Finanzierung psychischer Angebote und zu Tarifen in der Psychotherapie diskutiert. Zudem legen Bund und Kantone gemeinsam einen Schwerpunkt auf die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung – inklusive der psychiatrischen Versorgung.

Der Nationale Gesundheitsbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz ergänzt diese aktuellen politischen Bemühungen mit einer fundierten Wissensgrundlage. Er fasst den heutigen Kenntnisstand zusammen, weist auf bestehende Lücken hin und liefert damit wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung von Politik und Praxis – nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in Bildung, Arbeit, Sozialpolitik, Umwelt und Wirtschaft, ganz im Sinne von «Mental Health in All Policies».

Um psychische Gesundheit auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene zu fördern, ist sektorübergreifende Zusammenarbeit gefragt. Psychische Gesundheit ist eine gemeinsame Verantwortung – und kann nur durch gemeinsames Engagement wirksam gefördert und langfristig geschützt werden.

¹ WHO, 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Geleitwort	4
Inhaltsverzeichnis	6
Vorwort	10
Die Herausgeberinnen und Herausgeber	12
Einleitung	14
Zusammenfassung	20
Psychischer Gesundheitszustand und Entwicklung	21
Gesellschaft und Umwelt	22
Gesundheitssystem	24
Handlungsempfehlungen	26
01 Die psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung	30
1.1 Einleitung	32
1.2 Positive psychische Gesundheit	35
1.3 Symptome und psychische Erkrankungen	38
1.4 (Ausgewählte) Faktoren und Lebenssituationen und deren Zusammenhang mit psychischer Gesundheit	53
1.5 Diskussion/Fazit	65
1.6 Literaturverzeichnis	67
02 Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	74
2.1 Einleitung	76
2.2 Frühe Kindheit	77
2.3 Schulalter	80
2.4 Jugendalter und junges Erwachsenenalter	87
2.5 Fokusthemen	92
2.6 Fazit	98
2.7 Literaturverzeichnis	101
03 Die psychische Gesundheit von Erwachsenen	106
3.1 Einleitung	108
3.2 Überblick über die psychische Gesundheit von Erwachsenen	109
3.3 Risikofaktoren	121
3.4 Schlussfolgerungen	124
3.5 Literaturverzeichnis	127

04	Die psychische Gesundheit älterer Menschen	130
4.1	Einleitung	132
4.2	Psychische Gesundheit älterer Menschen	133
4.3	Leichte kognitive Störung und Demenz	146
4.4	Schlussfolgerungen	154
4.5	Literaturverzeichnis	155
05	Psychische Gesundheit im sozialen Kontext	158
5.1	Einleitung	160
5.2	Sozialer Status	161
5.3	Soziale Beziehungen und gesellschaftliche Teilhabe	169
5.4	Gewalterfahrungen	179
5.5	Diskussion	187
5.6	Literaturverzeichnis	190
06	Psychische Gesundheitskompetenz	198
6.1	Einleitung	200
6.2	Der Begriff «psychische Gesundheitskompetenz»	201
6.3	Psychische Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Forschungsstand und Erkenntnisse	205
6.4	Fazit	215
6.5	Limitationen und Forschungsbedarf	217
6.6	Literaturverzeichnis	219
07	Digitale Medien: Chancen und Gefahren für die psychische Gesundheit	222
7.1	Einführung	224
7.2	Nutzung digitaler Medien	225
7.3	Chancen digitaler Medien für die psychische Gesundheit	229
7.4	Risiken digitaler Medien für die psychische Gesundheit	235
7.5	Diskussion und Ausblick	249
7.6	Literaturverzeichnis	250
08	Gebaute und natürliche Umwelt	260
8.1	Einleitung	262
8.2	Gebaute Umwelt	264
8.3	Natürliche Umwelt	267
8.4	Zusammenspiel mit sozialem Kontext	275
8.5	Zusammenspiel mit individuellen Eigenschaften	276
8.6	Fazit	279
8.7	Literaturverzeichnis	280

09	Psychische Gesundheit im Kontext von Ausbildung und Arbeit	286
9.1	Einleitung	288
9.2	Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	289
9.3	Psychische Gesundheit von jungen Menschen in der Berufsbildung	310
9.4	Prävention und Massnahmen: Arbeitsplatzergänzung und Arbeitsintegration	315
9.5	Synthese: Herausforderungen und Potenziale	322
9.6	Literaturverzeichnis	325
10	Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention von psychischen Erkrankungen	330
10.1	Einleitung	332
10.2	Aktivitäten in der Schweiz	340
10.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	355
10.4	Literaturverzeichnis	358
11	Die Versorgung psychisch erkrankter Personen	362
11.1	Einleitung	364
11.2	Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung	364
11.3	Inanspruchnahme	368
11.4	Gesundheitsfachkräfte	379
11.5	Regionale Unterschiede und Erreichbarkeit	383
11.6	Qualität der Versorgung und Versorgungssituation	390
11.7	Fazit	395
11.8	Literaturverzeichnis	402
12	Kosten und Finanzierung	404
12.1	Einleitung	406
12.2	Gesellschaftliche Kosten psychischer Erkrankungen	406
12.3	Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen	415
12.4	Wirtschaftlichkeit von Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen	418
12.5	Finanzierung von Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen	420
12.6	Fazit und Ausblick	429
12.7	Literaturverzeichnis	431

13	Diskussion	434
13.1	Ziel und Erarbeitung des nationalen Gesundheitsberichts	435
13.2	Psychische Gesundheit betrifft uns alle – in jedem Lebensbereich	435
13.3	Viele Menschen berichten, dass es ihnen psychisch gut geht	436
13.4	Männer und ältere Menschen berichten von besserer psychischer Gesundheit	437
13.5	Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei jüngeren Personen	438
13.6	Psychische Gesundheit ist eng mit dem sozialen Kontext verbunden, Umweltfaktoren bieten Chancen und Risiken	439
13.7	Mehrheitlich zufriedene Erwerbstätige – Herausforderung, Personen mit psychischen Problemen im Erwerbsleben zu halten	440
13.8	Digitale Medien bieten Chancen und Gefahren für die psychische Gesundheit	441
13.9	Gesundheitsförderung und Prävention: Breites Engagement, aber Mangel an Massnahmenübersicht, Wirkungsnachweisen und nachhaltiger Finanzierung	441
13.10	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung: Was ist zu wahren, was ist zu verändern, worauf ist zu achten?	443
13.11	Bedeutende Datenlücken in allen Themenbereichen – mit Ausnahme des stationären Versorgungsbereichs	445
13.12	Literaturverzeichnis	447
14	Handlungsempfehlungen	448
	Abkürzungsverzeichnis	466

Vorwort



Psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Pfeiler unseres Wohlbefindens und trägt dazu bei, dass wir ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben führen können. Sie ist weit mehr als die Abwesenheit psychischer Erkrankungen – sie umfasst auch die Fähigkeit, den Herausforderungen des Lebens gewachsen zu sein, erfüllende soziale Beziehungen zu führen und sich persönlich weiterzuentwickeln. Psychische Gesundheit ist nicht statisch, sondern verändert sich im Laufe des Lebens, beeinflusst durch individuelle, gesellschaftliche und strukturelle Faktoren.

Nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie ist die psychische Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Sie bleibt angesichts der gesellschaftlichen, digitalen, politischen und ökologischen Entwicklungen, den hohen Anforderungen in Alltag und Beruf oder den Fragen der gesundheitlichen Versorgung ein zentrales Thema. Dabei ist es wichtig zu vergegenwärtigen, dass wir psychische Gesundheit nicht nur durch die Behandlung von Erkrankungen beeinflussen können, sondern auch durch Prävention, durch Förderung psychischer Widerstandskraft und mit der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen – Bereiche, in denen wir gezielt ansetzen können.

Der vorliegende fünfte nationale Gesundheitsbericht bietet eine Grundlage für die Auseinandersetzung mit diesen Themen: Er beleuchtet die Entwicklung der psychischen Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen, zeigt Einflussfaktoren auf, analysiert den Stand von Prävention und Versorgung und diskutiert bestehende Herausforderungen. Ziel ist es, einerseits fundiertes Wissen als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Massnahmen bereitzustellen und andererseits Handlungsfelder und Empfehlungen abzuleiten. Der Bericht ist auch online auf einer eigenen Webseite zu finden: www.gesundheitsbericht2025.ch.

Ein Bericht wie dieser entsteht durch die Zusammenarbeit vieler engagierter Fachpersonen. Unser besonderer Dank gilt allen Autorinnen und Autoren sowie den Expertinnen und Experten, die mit ihrer fachlichen Expertise und ihrem Engagement wesentlich zur Qualität dieses Berichts beigetragen haben. Zudem danken wir allen Helferinnen und Helfern, die durch Übersetzung, Lektorat, Layout, Webseitengestaltung, Datenanalysen, Feedback und weitere wertvolle Beiträge zum Projekt beigetragen haben.

Psychische Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur gemeinsam bewältigt werden kann. Wir hoffen, dass dieser Bericht zu einer faktenbasierten Diskussion beiträgt und Impulse für zukünftige Entwicklungen gibt.

Die Herausgeberinnen und Herausgeber

Claudio Peter

Projektleitung «Nationaler Gesundheitsbericht 2025», Bereichsleitung «Psychische Gesundheit» und «Nationale Gesundheitsberichterstattung» am Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Roselind Lieb

Professorin und Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie und Epidemiologie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel

Stéphanie Romanens-Pythoud

Directrice CORAASP (Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique), Lausanne

Stefanie J. Schmidt

Professorin und Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters, Universität Bern

Urs Hepp

Titularprofessor und Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, hepp-health GmbH

Einleitung



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die psychische Gesundheit als «einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen» (WHO, 2004, S. 12). Trotz der positiv formulierten Definition wird das Thema in der öffentlichen Diskussion häufig auf psychische Beschwerden reduziert. Dies ist nicht verwunderlich, ist doch jede zweite Person im Laufe ihres Lebens direkt von einer psychischen Erkrankung betroffen. Darüber hinaus sind viele von uns als Angehörige, Eltern, Kinder, Partnerinnen, Mitarbeiter oder Freunde mit den Auswirkungen konfrontiert.

Der **Nationale Gesundheitsbericht (NGB) 2025** möchte diesem wichtigen Thema eine Plattform bieten. «Psychische Gesundheit» wird dabei als umfassender Begriff verstanden, der nicht nur das Vorhandensein oder Fehlen von psychischen Beschwerden und Erkrankungen umfasst, sondern auch positive Aspekte wie Lebenszufriedenheit und Glücksempfinden (siehe Kasten). Als konzeptionelle Grundlage dient das Modell des doppelten Kontinuums von Keyes (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung), das aufzeigt, dass eine vollständige psychische Gesundheit sowohl eine gute positive psychische Gesundheit im Sinne des Wohlbefindens als auch die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen erfordert.

Ein Nationaler Gesundheitsbericht hat die Aufgabe, die «gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu beschreiben, Problembereiche zu analysieren und Handlungsbedarfe in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention aufzuzeigen. Ziel ist es, eine **rationale Grundlage für partizipative Prozesse und gesundheitspolitische Entscheidungen** zu schaffen» (Starke, 2019, S. 2¹). Um dies zu gewährleisten, orientiert sich der NGB 2025 an folgenden drei Leitfragen zur psychischen Gesundheit.

- **Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz psychisch?**
Beschreibung der epidemiologischen Situation
- **Wer macht was und funktioniert das gut?**
Analyse der Massnahmen im Kontext von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung
- **Was wissen wir und welche Wissenslücken bestehen?**
Identifikation von fehlenden Informationen und Daten

¹ Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C., Borrmann, B. (2019). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. Journal of Health Monitoring, 4(S1), DOI 10.25646/6058.

Der NGB gliedert sich in zwölf inhaltliche Kapitel, die jeweils spezifische Themen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit beleuchten (siehe Kasten zur Erarbeitung und zum Vorgehen). Die einzelnen Kapitel wurden von verschiedenen Autorinnen und Autoren mit entsprechender thematischer Expertise erarbeitet und von Expertinnen und Experten begutachtet. Im ersten Kapitel steht der psychische Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung (Kapitel 1) im Zentrum, sowie ausgewählte Faktoren und Lebenssituationen und deren Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Darauf folgen drei altersbezogene Vertiefungskapitel zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Kapitel 2), Personen im mittleren Erwachsenenalter (Kapitel 3) und der älteren Personen (Kapitel 4). In diesen Kapiteln werden altersspezifische Ergebnisse und Lebenssituationen diskutiert. In Kapitel 5 liegt der Fokus auf der Bedeutung des sozialen Umfelds für die psychische Gesundheit, während sich Kapitel 6 auf die psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in der Schweiz konzentriert. Kapitel 7 dreht sich um die Chancen und Gefahren der digitalen Medien für die psychische Gesundheit und Kapitel 8 widmet sich der gebauten und natürlichen Umwelt. Das neunte Kapitel befasst sich mit der psychischen Gesundheit im Kontext von Ausbildung und Arbeit. Die Bemühungen im Rahmen der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen in der Schweiz werden in Kapitel 10 diskutiert, während in Kapitel 11 die Versorgungssituation zur Abklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen breit analysiert und dargestellt wird. Das Kapitel 12 fokussiert auf Fragen zu Kosten und zur Finanzierung, welche mit Blick auf die psychische Gesundheit zentral sind. In Kapitel 13 werden die Ergebnisse abschliessend diskutiert und darauf basierend Handlungsempfehlungen abgeleitet (Kapitel 14). Diese stützen sich auf die Ergebnisse der Kapitel, ohne gezielt auf bereits publizierte (inter)nationale Empfehlungen zurückzugreifen.² Der Bericht erhebt den Anspruch, den Kenntnisstand zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz umfassend darzustellen. Aus pragmatischen Gründen konnten jedoch einige mit der psychischen Gesundheit eng verknüpfte Themen wie Demenz, Suchterkrankungen oder Gewalt nicht vertieft behandelt werden.

Der Nationale Gesundheitsbericht 2025 versteht sich nicht nur als faktenbasierte Bestandsaufnahme, sondern auch als Informations- und Impulsgeber. Er zeigt Entwicklungen und Erfolge auf, identifiziert Handlungsfelder und betont die Bedeutung psychischer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

² EKKJ (2024). Nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter – Ein Positionspapier der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ), Bern.
McGorry, Patrick D. et al. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The Lancet Psychiatry, Volume 11, Issue 9, 731–774.

Erarbeitung und Vorgehen

Die Kapitel des NGB wurden basierend auf umfassenden Literaturrecherchen, Analysen vorhandener Datenquellen und Gesprächen mit Expertinnen und Experten erarbeitet. Es wurde die relevante wissenschaftliche Literatur der letzten 20 Jahre bis und mit 2023 recherchiert. Der Fokus lag auf Studien und Daten, die die Situation in der Schweiz auf nationaler Ebene beleuchten. Wo nationale Angaben fehlten, wurden lokale oder internationale Daten beigezogen, um bestimmte Aspekte zu illustrieren. Zu ausgewählten Themen wurde die internationale Literatur berücksichtigt. Die Recherchen wurden im Sommer 2024 abgeschlossen. Da die Literatur stetig wächst, konnten später erschienene Studien nur in Einzelfällen einbezogen werden.

Neben den **Autorinnen und Autoren** aus unterschiedlichen Institutionen unterstützte ein externes Expertengremium das Obsan (Stéphanie Romanens-Pythoud, Stefanie Schmidt, Roselind Lieb und Urs Hepp). Dieses war massgeblich an der inhaltlichen Definition der Kapitel, der Auswahl der Autorinnen und Autoren sowie am Review-Prozess der eingegangenen Manuskripte beteiligt. Ausserdem basieren **Kapitel 13 Diskussion** und **Kapitel 14 Handlungsempfehlungen** auf einem gemeinsamen Workshop. Die thematische Struktur des Berichts sowie die Ergebnisse der Kapitel wurden zudem mit einer **Begleitgruppe** diskutiert, um eine möglichst breite Perspektive sicherzustellen. Externe Expertinnen und Experten wurden für die Begutachtung der Kapitelmanuskripte beigezogen.

Begrifflichkeiten

Der Begriff der **«psychischen Gesundheit»** wird als Oberbegriff über die positiven sowie negativen Aspekte der psychischen Befindlichkeit verwendet (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Die **«positive psychische Gesundheit»** steht für die positiven Aspekte psychischer Gesundheit, wie z. B. Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit bzw. -qualität, Glück. Geht es um die negativen Aspekte, ist es wichtig, zwischen **Symptomen oder Beschwerden (z. B. selbstberichtete Depressionssymptome, gemessen durch Fragebögen / Screening-Instrumente)** und **psychischen Erkrankungen** (durch Fachpersonen diagnostizierte Zustände wie Depressionen oder Angststörungen) zu unterscheiden. Der Begriff der **psychischen Störungen** wird ausschliesslich im Kontext von ICD-Diagnosen verwendet. Der Begriff **Risikofaktor** wird verwendet, wenn empirisch nachgewiesen wurde, dass ein Faktor (z. B. Einsamkeit) zeitlich vor einem erhöhten Risiko für ein bestimmtes Outcome (z. B. Depression) liegt. Der Begriff **Ursache** wird nur verwendet, wenn Kausalität durch Experimente oder Kausalitätskriterien nachgewiesen wurde. **Korrelat** bezeichnet Zusammenhänge zwischen einem Faktor und einer anderen Variable, ohne dass eine zeitliche Abfolge nachgewiesen wurde.

Methodische Anmerkungen

Wird im Bericht von einem Zusammenhang, von Gruppenunterschieden oder von Entwicklungen über die Zeit gesprochen, so sind diese Aussagen statistisch abgesichert. Auf den Begriff der «Signifikanz» wurde aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet. Die grafischen Darstellungen der Ergebnisse zeigen, wenn möglich, die 95%-Vertrauensintervalle (VI), die verwendet werden, um die Unsicherheit von Schätzungen transparent darzustellen.

Zusammenfassung



Psychische Gesundheit ist ein zentrales Element des individuellen Wohlbefindens und der gesellschaftlichen Teilhabe. Der **Nationale Gesundheitsbericht 2025 widmet sich ganz diesem Thema und bemüht sich um einen ausgewogenen Ansatz, der sowohl Aspekte des Wohlbefindens als auch Beschwerden und Erkrankungen berücksichtigt.** Diese beiden Dimensionen schliessen einander nicht aus. Der Bericht analysiert epidemiologische Entwicklungen, gesellschaftliche und umweltbezogene Einflussfaktoren sowie das Gesundheitssystem. Im Auftrag des Obsan erarbeiteten hierzu verschiedene Autorenteams zwölf Fachkapitel basierend auf Literaturrecherchen und Datenanalysen. Recherchiert wurde die relevante wissenschaftliche Literatur der letzten 20 Jahre bis und mit 2023. Der Fokus lag auf nationalen Studien und Daten, für einige Themenbereiche wurde die internationale Literatur zusammengefasst. Die Recherchen wurden im Sommer 2024 abgeschlossen, später erschienene Studien wurden in Einzelfällen berücksichtigt. Ziel des Berichts ist es, fundierte Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit in der Schweiz bereitzustellen und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Psychischer Gesundheitszustand und Entwicklung

Die ersten vier Kapitel des Berichts zeigen, dass es vielen Menschen in der Schweiz psychisch gut geht, die Anteile sich jedoch abhängig vom verwendeten Indikator unterscheiden (im Jahr 2022: 90% mit hoher Lebensqualität, rund 70% fühlen sich glücklich). Psychische Erkrankungen sind verbreitet und betreffen Menschen aller Altersgruppen. Es ist beispielsweise davon auszugehen, dass 20 bis 40% der Bevölkerung der Schweiz im Laufe ihres Lebens einmal an einer Depression erkranken. Psychische Erkrankungen treten häufig gemeinsam auf und hängen auch mit körperlichen Erkrankungen zusammen.

Während der Covid-19-Pandemie war die psychische Belastung in der Bevölkerung erhöht, wobei sich das Befinden parallel zu den Pandemiewellen veränderte und sich nach Ende der Pandemie weitgehend erholte. Bestimmte Bevölkerungsgruppen waren stärker belastet, z. B. Alleinlebende, Personen in prekären finanziellen Verhältnissen oder/und mit psychischen oder körperlichen Vorerkrankungen. **Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nahm die psychische Belastung schon Jahre vor der Pandemie zu. Diese Entwicklung verstärkte sich durch Covid-19.** Bei den 11- bis 15-Jährigen haben die multiplen oder chronischen psychoaffektiven Beschwerden zugenommen (z. B. Traurigkeit, Müdigkeit, Ängstlichkeit); 2022 war fast die Hälfte davon betroffen.

Etwa ein Fünftel der 16- bis 25-Jährigen berichtete über mittelschwere bis schwere Depressionssymptome. Mädchen und Frauen waren in beiden Altersgruppen besonders häufig betroffen.

Die Mehrheit der Erwachsenen (25–64 Jahre) wie auch der älteren Personen (65 Jahre und älter) schätzten 2022 ihre Lebensqualität als (sehr) gut ein. Letztere berichteten auch von einem hohen Mass an Energie und Vitalität. Dennoch sind psychische Probleme verbreitet. Zu den Risikofaktoren für Erwachsene gehören Schlafstörungen, Herausforderungen beim Übergang zur Elternschaft, Konflikte zwischen Beruf und Familie und die Rolle pflegender Angehöriger. **Bei älteren Menschen** können Lebensereignisse wie Krankheit oder der Verlust einer nahestehenden Person das Risiko für psychische Beschwerden erhöhen. Zudem steigt die Prävalenz von Demenz mit zunehmendem Alter an: Schätzungen aus europäischen Daten gehen von etwa 1% bei den 60- bis 69-Jährigen und bis zu 40% bei den über 90-Jährigen aus.

Verlässliche Daten zur Häufigkeit psychischer *Erkrankungen* stammen aus älteren, regionalen Erhebungen. Ob diese in der Schweiz zugenommen haben, lässt sich aufgrund fehlender aktueller Studien zur Prävalenz psychischer Störungen nicht sagen. In den Kapiteln wird auf verschiedene Datenlücken aufmerksam gemacht. Besonders wenig ist über die psychische Gesundheit von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren bekannt, obwohl viele Störungen in diesem Alter erstmals auftreten.

Gesellschaft und Umwelt

Soziale Faktoren wie der sozioökonomische Status, soziale Beziehungen und Gewalterfahrungen stehen gemäss Kapitel 5 in engem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Die Wirkung kann gegenseitig sein: Das soziale Umfeld beeinflusst das Wohlbefinden und die Entstehung psychischer Erkrankungen, und psychische Erkrankungen wirken sich ihrerseits negativ auf den sozialen Status und die gesellschaftliche Teilhabe aus. Ein niedriger *sozialer Status*, gemessen an Bildung, Einkommen oder Vermögen, geht häufig mit einem erhöhten Risiko für psychische Beschwerden einher. Gleiches gilt für einen *Migrationshintergrund* von Personen aus südwesteuropäischen Ländern. Trotz höherer psychischer Belastung nehmen diese Personen nicht häufiger psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch.

Das *familiäre Umfeld* in der Kindheit und Jugend hat einen potenziell langfristigen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern, ein negatives Familienklima und *belastende Kindheitserfahrungen* wie Gewalt oder Probleme im Elternhaus (z. B. Trennung, psychische Erkrankung der Eltern) gelten als Risikofaktoren. *Soziale Beziehungen und gesellschaftliche Teilhabe* fördern hingegen die psychische Gesundheit: Menschen mit guten sozialen Netzwerken, sozialer Unterstützung und geringem Einsamkeitsempfinden sind tendenziell psychisch gesünder.

Einsamkeitsgefühle nahmen jedoch in den letzten Jahren eher zu, insbesondere bei jüngeren Menschen. Psychisch kranke Personen mit schweren und/oder chronischen Verläufen haben zudem ein erhöhtes Risiko für soziale Ausgrenzung. *Gewalterfahrungen* beeinträchtigen die psychische Gesundheit. Kindesmisshandlung (psychisch, körperlich, sexuell) und Vernachlässigung erhöhen das Risiko für psychische Belastungen. Auch Gewalt in der Partnerschaft ist mit psychischen Folgen wie affektiven und neurotischen Störungen sowie erhöhten Suizidversuchsrate verbunden.

Das sechste Kapitel widmet sich der psychischen Gesundheitskompetenz und zeigt: **Die Mehrheit der Bevölkerung stuft die psychische Gesundheit als wichtig ein und es gibt Indizien, die auf eine Zunahme der psychischen Gesundheitskompetenz hinweisen.** Es mangelt aber oft an konkreten Handlungskompetenzen zu deren aktiven Pflege und Förderung. Zudem bestehen nach wie vor Barrieren, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dazu gehört z. B. «andere nicht mit Problemen belasten zu wollen» oder «abwarten, ob das Problem von selbst verschwindet». Das Finden und Verstehen von Informationen über psychische Gesundheit ist für viele Menschen schwierig. Dies gilt insbesondere für ältere Personen, Menschen mit niedrigem Bildungsstand oder ohne Schweizer Staatsbürgerschaft. Jugendliche haben ein gutes intuitives Verständnis für Betroffene und welche Unterstützungsangebote hilfreich sein könnten. Demgegenüber schätzen Lehrpersonen ihre psychische Gesundheitskompetenz oft als gut ein, haben aber Schwierigkeiten, konkret zu handeln und spezifische Warnsignale zu erkennen.

Digitale Medien bieten gemäss internationaler Literatur Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit (Kapitel 7). Chancen bieten sie z. B. durch die Bereitstellung leicht zugänglicher Gesundheitsinformationen, die Erleichterung des Aufbaus und der Pflege von Beziehungen und die Verbesserung der Kommunikation über räumliche Distanzen hinweg. Der Fokus der Forschung lag häufig auf den Risiken; die Zusammenhänge zwischen digitaler Mediennutzung und psychischen Beschwerden sind insgesamt schwach und uneinheitlich. Allerdings zeigt sich: Durch digitale Medien vermittelte Idealbilder können sich negativ auf Selbstwert und Körperbild auswirken, wobei die Intensität und Art der Nutzung eine Rolle spielen. Zudem wird die Nutzung digitaler Medien, insbesondere am Abend, mit schlechterem Schlaf in Verbindung gebracht. Längere Bildschirmnutzungszeiten stehen in Zusammenhang mit schlechteren Aufmerksamkeitsfähigkeiten und ADHS-Symptomen. Eine problematische oder abhängige Nutzung digitaler Medien ist mit einer Vielzahl von biopsychosozialen Problemen verbunden.

Auch die gebaute und natürliche Umwelt steht mit der psychischen Gesundheit in Verbindung (Kapitel 8). Der psychischen Gesundheit förderlich sind eine gute Wohnqualität sowie Grün- und Blauräume (Gewässer). In der Schweiz profitieren alle von einem guten Zugang zu Grünräumen (Wälder, Wiesen etc.). Ein gut ausgebautes Netz für den Fuss-, Velo- und öffentlichen Verkehr kann die Belästigung durch Lärm und Luftschadstoffe reduzieren und die Bewegung fördern, was sich nachweislich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Als hindernde Faktoren identifiziert die internationale

Literatur das Stadtleben, schlechte Wohnqualität, Extremwetterereignisse, steigende Temperaturen, Lärmemissionen, Luftschadstoffe, Chemikalien und Strahlungen. Für die Schweiz werden Lärmschutzmassnahmen empfohlen, da über eine Million Menschen Lärm ausgesetzt ist. Zudem wird als Folge des Klimawandels mit einer zunehmenden Anzahl an Hitzetagen, Hochwassern oder Erdrutschen gerechnet, was sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann. Rückzugs- und Austauschmöglichkeiten im öffentlichen Raum und in Wohnüberbauungen können die negativen Folgen von sozialer Dichte und sozialer Isolation auf die psychische Gesundheit reduzieren. Von zu hoher sozialer Dichte in Wohnungen sind in der Schweiz 6% der Bevölkerung betroffen.

Die hohe Relevanz der Arbeits- und Ausbildungsplätze für die psychische Gesundheit wird in Kapitel 9 hervorgehoben. **Obwohl es den meisten Erwerbstätigen in der Schweiz gut geht und die Arbeitszufriedenheit hoch ist, berichten rund ein Viertel bis ein Drittel von subjektiven Belastungsgefühlen wie Stress oder Erschöpfung.** Das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz ist für die psychische Gesundheit entscheidend.

Rund 20% der Erwerbstätigen haben psychische Probleme, die sich auf die Arbeitstätigkeit auswirken. Bereits in der Berufsbildung werden in mehr als der Hälfte der Lehrverläufe psychische Probleme wahrgenommen. Psychisch bedingte Krankschreibungen dauern im Durchschnitt 7 Monate und enden in der Hälfte der Fälle mit einer Kündigung. Seit den 1990er-Jahren ist ein Anstieg der IV-Renten aus psychischen Gründen bei jungen Menschen unter 30 Jahren zu verzeichnen. Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist im Arbeitsumfeld nach wie vor eine Herausforderung, wobei am Arbeitsplatz Funktionseinschränkungen relevanter sind als Diagnosen. Häufig mangelt es an Zusammenarbeit zwischen Behandelnden, Arbeitgebenden und Mitarbeitenden. Eine besonders wirksame Integrationsmassnahme ist das «Supported Employment». Dabei werden direkt Arbeitsplätze im 1. Arbeitsmarkt vermittelt – und dort werden dann die Fähigkeiten schrittweise trainiert («first place, then train»).

Gesundheitssystem

In der Schweiz sind Bund, Kantone und Gemeinden sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und Nichtregierungsorganisationen wichtige Akteurinnen und Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (GF/P; Kapitel 10). Alle Kantone setzen gezielt Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit um und bündeln diese in einem kantonalen Aktionsprogramm. Ein systematischer Überblick über die Verbreitung aller gesundheitsförderlichen Massnahmen fehlt, die Anzahl evaluierter Projekte ist noch in der Minderheit. Evaluationsergebnisse von Projekten guter Praxis zeigen jedoch ein grosses Potenzial, da bei den jeweiligen Zielgruppen verschiedene Ressourcen für eine bessere psychische Gesundheit gestärkt werden. GF/P ist föderal organisiert und wird

in unterschiedlichen Sektoren umgesetzt (Bildung, Gesundheit, Soziales, Sicherheit etc.). Diese Organisation erfordert eine sorgfältige Koordination, eröffnet aber auch die Chance, in verschiedenen Lebensbereichen wirksam zur psychischen Gesundheitsförderung beizutragen. Oft fehlt den Angeboten eine nachhaltige Finanzierung.

Das Kapitel zur Gesundheitsversorgung zeigt, dass **die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz durch regional unterschiedliche Angebotsstrukturen gekennzeichnet ist**. Kantone der lateinischen Schweiz setzen stärker auf den intermediären und ambulanten Bereich, in der Deutschschweiz spielt die stationäre Versorgung eine grössere Rolle. Neben den institutionellen Angeboten tragen auch die Angehörigen von Betroffenen, Angebote zur beruflichen und sozialen Integration, schulpsychologische Dienste und niederschwellige Angebote wesentlich zur Versorgung bei. Die Erreichbarkeit der psychiatrischen Grundversorgung ist insgesamt sehr gut ausgeprägt, die Versorgungsdichte in ländlichen Regionen deutlich geringer als in städtischen Gebieten. National gibt es Hinweise auf Kapazitätsengpässe, und Leistungserbringende schätzen die Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP), als das Fachgebiet mit der grössten Unterversorgung ein. Eine Herausforderung ist die bevorstehende Pensionierung vieler Psychiaterinnen und Psychiater, da die Lücke nicht mit dem inländischen Nachwuchs gedeckt werden kann. Die Psychiatrie wird zunehmend auf die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte angewiesen sein. Die steigende Zahl der Psychologinnen und Psychologen und das Anordnungsmodell könnten die Situation teilweise entschärfen. Auch digitale Angebote können eine wertvolle Ergänzung darstellen, insbesondere bei räumlichen oder zeitlichen Barrieren.

Der Umbruch mit dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell und die Einführung neuer Tarifstrukturen im ambulanten Bereich werden auch in Kapitel 12 hervorgehoben. **Herausforderungen bei der Finanzierung bestehen bei Leistungen, die ausserhalb der klassischen Tarifstrukturen liegen, wie Leistungen im intermediären Kontext und psychosoziale Leistungen**. Die Ausgaben für GF/P im Bereich psychischer Erkrankungen lag in den letzten fünf Jahren je bei fast 300 Mio. Franken und wurden hauptsächlich für die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung eingesetzt. Ausgaben für die GF/P im Bereich psychischer Gesundheit werden grösstenteils aus öffentlichen und privaten Mitteln finanziert. Der hohe Anteil führt zu Abhängigkeiten von der kantonalen Politik und damit einhergehenden Planungsunsicherheiten. Psychische Erkrankungen sind die zweitteuerste Krankheitsgruppe, knapp hinter den neurologischen Erkrankungen. Die gesellschaftlichen Kosten werden auf 23,1 Mrd. Franken beziffert. Diese setzen sich zusammen aus Gesundheitskosten (9,5 Mrd. Fr.), Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens (1,7 Mrd. Fr.) und Produktionsverlusten (11,9 Mrd. Fr.).

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse aller Kapitel wurden gemeinsam mit den Autorinnen und Autoren sowie der Begleitgruppe diskutiert. Auf dieser Grundlage und auf Basis eigener Diskussionen formulierten die Herausgeber Handlungsempfehlungen in folgenden fünf Bereichen:

1. Psychische Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen

- Psychische Gesundheit – Jede Person kann aktiv beitragen
- Psychische Gesundheit als Querschnittsthema in der Politik verankern
- «Mental Health in All Policies»-Ansatz strategisch verankern
- Entwicklungen beobachten und vorausschauend handeln

2. Evidenzbasierung durch gezielte Datenerhebung und Förderung wissenschaftlicher Studien stärken

- Psychischen Gesundheitszustand regelmässig erheben, Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit miterheben
- Internationale Erkenntnisse nutzen und Zusammenarbeit fördern
- Datenlücken identifizieren und gezielt untersuchen
- Vorhandene Daten nutzbar machen
- Bei Studien und Erhebungen Vergleichsmöglichkeiten berücksichtigen
- Kausale Mechanismen untersuchen
- Hohe Qualität der Forschung sicherstellen
- Finanzielle Mittel für die Bereitstellung und Erhebung von Daten fördern

3. Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen durchführen und evaluieren

- Belastete Bevölkerungsgruppen zielgruppenspezifisch stärken
- Psychische Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen stärken
- Den Ansatz der Früherkennung und Frühintervention bei belasteten und gefährdeten Kindern und Jugendlichen weiterführen
- Ressourcen der Bevölkerung fördern und Resilienz stärken
- Soziale Ungleichheit in der psychischen Gesundheit reduzieren
- Gewaltprävention in allen Altersgruppen ausbauen
- Suizidprävention konsequent weiterentwickeln
- Bewegungsförderung und eine gesunde Umwelt gezielt stärken
- Digitale Medien wo möglich als Chance für die psychische Gesundheit nutzen
- Evidenzbasierte Programme verstärkt umsetzen
- Evaluationen und Wirkungsmessungen der Interventionen durchführen
- Längerfristige Finanzierung der evaluierten Programme gewährleisten
- Wissen sichtbar machen
- Zusammenarbeit verstetigen und weiterentwickeln

4. Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz fördern, Arbeitsmarktintegration sicherstellen

- Auf Ressourcen und Belastungen im Arbeitskontext achten
- Arbeitsmarktintegration sichern
- Kooperation bei psychischen Erkrankungen fördern
- Information und Prävention stärken
- Das Thema «psychische Gesundheit» systematisch in Beratung und Betreuung einbinden

5. Bedarfsgerechte, zugängliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen

- Niederschweligen Zugang und Qualität zur Versorgung «im breiten Sinne» sicherstellen
- Fachkräftemangel aktiv angehen
- Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche sicherstellen
- Systemänderungen evaluieren
- Perspektive der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen und der Fachkräfte in die Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsmodellen systematisch einbeziehen
- Leistungen ausserhalb der klassischen Tarifstrukturen finanzieren
- Regionale Unterschiede analysieren und für gezielte Anpassungen nutzen
- Digitale Medien als Chance für die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung nutzen, Rahmenbedingungen klären

01 Die psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung



Daniela Schuler
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Kernaussagen

- Über 90% der Schweizer Bevölkerung berichten 2022 von einer hohen Lebensqualität und rund 70% fühlen sich glücklich. Trotzdem sind psychische Erkrankungen und deren Symptome in der Bevölkerung weit verbreitet. Es ist davon auszugehen, dass in der Schweiz 20 bis 40% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens einmal die Kriterien für eine Depression erfüllen werden, jede vierte Person einmal die Kriterien für eine Angststörung und jede sechste Person die Kriterien für eine substanzbedingte Störung.
- Während der Covid-19-Pandemie war die psychische Belastung in der Bevölkerung erhöht. Die Situation erholte sich mit dem Ende der Pandemie grösstenteils, wobei sich in bestimmten Bevölkerungsgruppen auch noch nach der Pandemie negative Auswirkungen zeigen. Z. B. sind Depressionssymptome bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufiger als vor der Pandemie. Die Frage, ob psychische *Erkrankungen* in der Schweiz zugenommen haben, kann nicht beantwortet werden, da keine aktuellen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen vorliegen.
- Häufige Komorbiditäten («Begleiterkrankungen») erschweren die Situation von Personen mit einer psychischen Erkrankung. Fast jede zweite Person mit einer psychischen Störung erfüllt gleichzeitig die Kriterien für mindestens eine weitere psychische Diagnose und jede zweite bis dritte Person hat eine begleitende körperliche Erkrankung. Komorbidität geht mit schwereren Verläufen der Erkrankung(en), mit längerer bzw. chronifizierter Krankheitsdauer, mit vermehrten Komplikationen und einer niedrigeren Lebensqualität einher.
- Im Bereich der psychischen Gesundheit bestehen in der Schweiz gesundheitliche Ungleichheiten. Beispielsweise sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, geflüchtete Personen und die LGBT-Bevölkerung hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit benachteiligt.
- Die Ergebnisse zu den Geschlechterunterschieden in der psychischen Gesundheit unterstreichen die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Ansätzen in der Forschung wie auch bei der Entwicklung von Präventionsmassnahmen.
- In der Schweiz gibt es weder periodische Datenerhebungen zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen noch regelmässige Datenerhebungen zu den wichtigsten Aspekten des psychischen Befindens, die ein kontinuierliches Monitoring der psychischen Gesundheit der Bevölkerung ermöglichen würden.

1.1 Einleitung

Epidemiologische Zahlen geben Auskunft zum psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung und bilden damit die Basis, um Prävention und Therapie sowie Gesundheitsförderung und Rehabilitation zielgerecht zu planen (Jacobi et al., 2017). Im Vordergrund des Kapitels stehen Ergebnisse für die Schweiz. Dafür wurden die relevante Literatur aufgearbeitet und wichtige nationale Datenquellen einbezogen.¹ Für einen Vergleich bzw. eine Einordnung der Prävalenzen («Häufigkeitsangaben»), und/oder falls Angaben aus der Schweiz fehlen, werden auch Ergebnisse aus anderen europäischen Ländern oder weltweite Angaben berichtet. Das Kapitel richtet den Fokus auf die Gesamtbevölkerung. Altersspezifische Themen werden in den Vertiefungskapiteln zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Kapitel 2), zum Erwachsenenalter (Kapitel 3) und zur älteren Bevölkerung (Kapitel 4) aufgenommen. Folgende zentrale Fragestellungen werden im Kapitel behandelt:

- Wie verbreitet sind psychische Erkrankungen und psychische Symptome bzw. Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung?
- Wie verbreitet sind Merkmale positiver psychischer Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung?
- Gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen? Wie steht es um die psychische Gesundheit von Personen in vulnerablen Lebenssituationen?

Psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen

Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als «Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann» (WHO Europe, 2019). Dieser «Zustand» ist nicht statisch, sondern ein dynamischer und vielschichtiger Prozess, der sowohl von individuellen Merkmalen wie auch von äusseren Faktoren (soziale Umstände, Umgebung) beeinflusst wird (Lund et al., 2018; WHO, 2001; WHO Europe, 2019). Obwohl die Definition positiv formuliert ist, wurde psychische Gesundheit in der Vergangenheit hauptsächlich mit Fokus auf Erkrankungen untersucht.

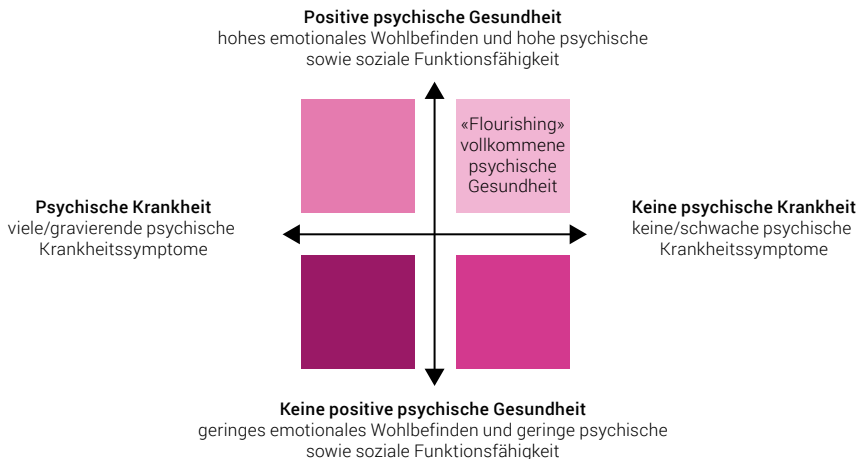
Psychische Erkrankungen gehen mit von der Norm abweichenden Veränderungen der Wahrnehmung, Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen einher (WHO, 2019; WHO Europe, 2019). Sie beeinträchtigen die Menschen in ihrem Alltag, in ihrem Erleben und Verhalten und können ihre Freiheit einschränken. Unter der Symptomatik leiden in den meisten Fällen sowohl die Betroffenen als auch deren Umfeld.

¹ Weitere Informationen dazu unter: www.gesundheitsbericht2025.ch

Früher ging man von einem **bipolaren Konzept** aus mit Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums (Antonovsky, 1997; Lippke & Renneberg, 2006). Die Datenlage deutet jedoch auf zwei separate Dimensionen hin, was u. a. zur Entwicklung des **Modells des doppelten Kontinuums** führte (Keyes, 2005). Das Modell (G1.1) versteht positive psychische Gesundheit² und Krankheit als zwei unterschiedliche, jedoch nicht vollständig unabhängige Dimensionen (Keyes, 2005, 2007; Westerhof & Keyes, 2010). Das eine Kontinuum beschreibt die An- bzw. Abwesenheit positiver psychischer Gesundheit, das andere die An- bzw. Abwesenheit psychischer Erkrankungen (bzw. Beschwerden). Gemäss Modell kann jemand frei von Krankheitssymptomen sein und sich trotzdem als psychisch nicht gesund fühlen (im Modell rechts unten). Die Abwesenheit von psychischer Krankheit beinhaltet also nicht automatisch das Vorhandensein positiver psychischer Gesundheit. Andererseits ist das Fehlen positiver psychischer Gesundheit nicht mit dem Vorhandensein psychischer Krankheit gleichzusetzen. Die «vollkommene psychische Gesundheit» (flourishing [engl.] für aufblühend) lässt sich gemäss Keyes (2002) als eine Kombination aus hohem emotionalem Wohlbefinden (positive Emotionen, Glück, Lebenszufriedenheit), psychischem Wohlbefinden (psychologisches Funktionieren, persönliches Wachstum, Ausschöpfen des eigenen Potenzials) und sozialem Wohlbefinden (gute Beziehungen mit anderen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft) sowie Abwesenheit psychischer Krankheit definieren (im Modell rechts oben).

Modell des doppelten Kontinuums psychischer Gesundheit

G1.1



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

© Obsan 2025

² «Positive psychische Gesundheit» steht für die positiven Merkmale von Gesundheit als übergeordnetem Begriff (vgl. Abschnitt Begrifflichkeiten und Handhabung im Bericht). Im Englischen wird oft auch der Begriff «wellbeing» verwendet (z. B. Fusar-Poli et al., 2020).

Um zu wissen, wie es um die psychische Gesundheit der Bevölkerung steht, braucht es Indikatoren für psychische Krankheit sowie Indikatoren für positive psychische Gesundheit.

Trotz der Komplexität der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit ist aktuell in der Praxis die dichotome (d. h. «entweder-oder») Einteilung von Personen in «gesund» oder «krank» üblich (z. B. für Krankenversicherungs- oder Sozialleistungen). Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die «Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)» der WHO (z. B. ICD-10-GM; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2024) oder das «Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM)» der American Psychiatric Association (z. B. DSM-5; APA, 2013) geben verbindliche Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert zu bezeichnen ist. Zur Vergabe einer **Diagnose** müssen definierte Symptome eine bestimmte Schwere, Intensität, Häufigkeit und/oder Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder zur Beeinträchtigung im Alltagsleben führen (Scharfetter, 2002). **Subklinische Zustände** beziehen sich auf Symptome oder Verhaltensweisen, die nicht die Kriterien für eine Diagnose einer psychischen Störung erfüllen (z. B. zu wenig oder zu schwache Symptome). Diese Zustände können dennoch erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit einer Person haben und Vorläufer für voll ausgeprägte psychische Störungen sein (z. B. subklinische Depression, Volz et al., 2023).

Für die *positive* psychische Gesundheit (vgl. nächster Abschnitt) gibt es keine allgemein gültigen Kriterien, wie sie für psychische Erkrankungen existieren, aber Arbeiten, die relevante Bereiche identifiziert haben (z. B. Fusar-Poli et al., 2020). Bisher unterscheiden sich vorhandenen Studien allerdings stark hinsichtlich der berücksichtigten Konstrukte. Um die positive psychische Gesundheit einer Bevölkerung zu erfassen, werden beispielsweise Indikatoren zu selbst wahrgenommener psychischer Gesundheit, zu Lebenszufriedenheit bzw. -qualität, zu Wohlbefinden oder Glück untersucht (z. B. Government of Canada, 2023).

Begrifflichkeiten und Handhabung im Bericht

In Anlehnung an die obigen Ausführungen wird im nationalen Gesundheitsbericht der Begriff **«psychische Gesundheit»** als Oberbegriff verwendet, der sowohl die positive Dimension (positive psychische Gesundheit) als auch die negative (psychische Erkrankungen, Symptome) umfasst. **«Positive psychische Gesundheit»** steht für die positiven Aspekte der psychischen Gesundheit wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit bzw. -qualität, Glück usw. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, werden die Begriffe **«psychische Erkrankung»** oder «psychische Krankheit» verwendet. Der Begriff

«**psychische Störung**» wird im Kontext von Diagnosen (ICD/DSM) eingesetzt. Im Weiteren wird zwischen Erkrankungen und **Symptomen** einer Erkrankung unterschieden. Wurden valide diagnostische Instrumente (klinische strukturierte Interviews etc.) zur Erfassung der Beschwerden eingesetzt, werden die Krankheitsbegriffe bzw. die Diagnose bzw. «Störung» verwendet (z. B. depressive Erkrankungen bzw. Depressionen). Bei einer Erfassung über Screening-Instrumente (z. B. in Form von Fragebögen bzw. Skalen und subjektiven Einschätzungen), die weniger umfassend sind und nicht alle Regeln der Diagnostik berücksichtigen (vgl. Kasten Epidemiologische Studien: Design/Methoden), wird von Symptomen gesprochen (z. B. Depressionssymptome, Symptome einer Angststörung). Der Ausdruck «**psychische Probleme**» wird in vorliegendem Bericht breiter gefasst und bezieht sich sowohl auf subklinische psychische Beschwerden, die die Diagnosekriterien einer psychischen Erkrankung nicht erfüllen, sowie auf psychische Erkrankungen. Er wird insbesondere im Kontext von subjektiven Einschätzungen im Rahmen von Befragungen verwendet.

1.2 Positive psychische Gesundheit

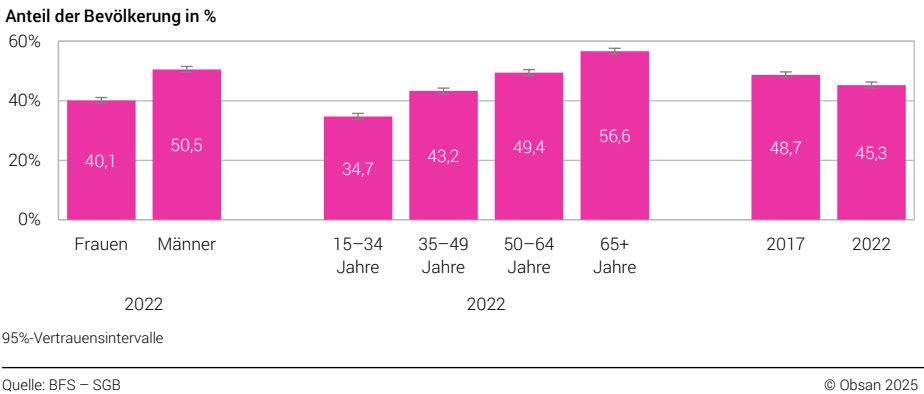
Internationale Studien zur Prävalenz positiver psychischer Gesundheit in einem umfassenden Sinne wie bei Keyes (vgl. Abschnitt Psychische Gesundheit und Psychische Erkrankungen) gibt es (noch) nicht viele. Huppert and So (2013) verglichen das Ausmass an Flourishing bzw. vollkommener psychischer Gesundheit (vgl. Modell des doppelten Kontinuums, G1.1) in verschiedenen europäischen Ländern und stellten dabei grosse Unterschiede fest. Dänemark wies mit Abstand den höchsten Anteil an Flourishing auf (41%), gefolgt von der Schweiz (30%) und Österreich (28%). Deutschland lag im Mittelfeld (20%) und die niedrigsten Anteile mit etwas weniger als 10% waren in der Slowakei, Russland und Portugal zu finden.

Aktuelle Aussagen zur positiven psychischen Gesundheit für die Bevölkerung der Schweiz lassen sich nur auf Ebene einzelner Indikatoren machen. In einer Befragung der CSS im Jahr 2024 antworteten auf die Frage «Wie gut geht es Ihnen emotional bzw. psychisch?» 75% der Studienteilnehmenden mit «immer/meistens gut». In den Jahren davor waren es 68% (2023), 71% (2022) und 74% (2021) (Brügger et al., 2024). In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2022 wurden Lebensqualität sowie Energie und Vitalität als Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit erfasst. Eine grosse Mehrheit der Bevölkerung (92%) schätzte ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut ein. Frauen und Männer taten dies in gleicher Weise und auch über die Altersgruppen waren die Anteile recht ausgeglichen. Die Anteile sind zwischen 2012 und 2022 stabil geblieben. Anders sieht es beim Indikator Energie und Vitalität aus. Zum einen sind die Anteile an hoher Energie und Vitalität zwischen 2017 und 2022 zurückgegangen und zum anderen gab es einen deutlichen Unterschied zwischen Frauen und Männern und zwischen den Altersgruppen (G1.2). Frauen berichteten insgesamt und über alle Altersgruppen hinweg

weniger häufig über hohe Energie und Vitalität als Männer (40% vs. 51%). Ausserdem zeigte sich ein deutlicher Altersgradient: Mit zunehmendem Alter fühlten sich die Befragten häufiger vital und voll Energie (Frauen und Männer).

Hohe Energie und Vitalität

G1.2



Verschiedene Indikatoren positiver psychischer Gesundheit weisen auf ein besseres Befinden der Männer und älteren Personen hin. Junge Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren fallen durch besonders ungünstige Ergebnisse auf.

Die Indikatoren Glücklichkeit (meistens bis ständig: 69,8%), Lebenszufriedenheit (sehr hoch: 32,9%), Lebenssinn (hoch: 36,5%) und Selbstwirksamkeit (hoch: 33,6%) wurden in der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 erfragt (Peter et al., 2023). Einen Unterschied zwischen den Geschlechtern liess sich für die Selbstwirksamkeit feststellen, mit einem höheren Anteil an hoher Selbstwirksamkeit bei den Männern als bei den Frauen (38,3% vs. 29%). Auch die Verteilung über die Altersgruppen war besonders, mit höheren Anteilen im mittleren Alter und geringeren Anteilen in den jüngeren und älteren Altersgruppen. Auffallend war der kleine Anteil 15- bis 24-jähriger Frauen mit einer hohen Selbstwirksamkeit (16,9%). Bei der hohen Lebenszufriedenheit und dem hohen Lebenssinn liess sich wiederum ein Altersgradient feststellen: sie waren mit zunehmendem Alter mehr verbreitet. Dasselbe gilt für das psychische Wohlbefinden. Hier fiel wiederum die Gruppe der 15- bis 24-jährigen Frauen auf, die ihr psychisches Wohlbefinden im Vergleich zu den anderen Personengruppen gering einschätzte. Das Glücklichkeit (meistens bis ständig) war ähnlich verteilt über die Altersgruppen. Glücklichkeit wird auch in der

Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) erfasst (vgl. Kasten Relevante Schweizer Befragungsdaten). Für 2022 lag der Anteil der meistens bis ständig Glücklichen bei 76,6%. Bei Befragten im mittleren Alter (35–64 Jahre) war der Anteil der meistens bis ständig Glücklichen etwas geringer als bei den jüngeren und älteren Befragten (74% vs. je 79%; Schuler et al., 2024).

Relevante Schweizer Befragungsdaten (Selbsteinschätzungen)

Viele Ergebnisse in diesem Kapitel stammen aus Analysen der **Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)** des Bundesamtes für Statistik (BFS). Dabei handelt es sich um eine sich wiederholende Bevölkerungsbefragung (alle 5 Jahre) via Telefon und Fragebogen (kein Interview mit einer Fachperson), bei welcher sich die befragten Personen (ab 15 Jahren) hinsichtlich Gesundheits- und Verhaltensfragen selbst einschätzen (SGB). Mit diesem Setting ist es nicht möglich, Krankheiten zu diagnostizieren, es erlaubt jedoch ein kontinuierliches Monitoring z. B. des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Ersteres gilt auch für die einmalig durchgeführte **Omnibuserhebung Psychische Gesundheit** des Obsan im Jahr 2022, bei der 15-Jährige und Ältere mittels eines Online-Fragebogens befragt wurden (Peter et al., 2023). Im Weiteren werden im Rahmen der **Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)** des BFS jährlich zwei sehr allgemein formulierte Fragen zu Glücklichkeit und Depressivität erfasst (vgl. Schuler et al., 2024). Folgende Indikatoren aus der SGB/Omnibuserhebung Psychische Gesundheit werden im Kapitel wiederholt berichtet: Depressionssymptome (erhoben mit der Skala PHQ-9) und Symptome einer generalisierten Angststörung (GAD-7, beides mit Bezug auf die letzten beiden Wochen), selbstberichtete Depression/Angststörung (basiert auf der Frage an die Teilnehmenden, ob bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine Depression/Angststörung vorlag). Für weitere Angaben zu den Messinstrumenten siehe z. B. Peter et al. (2023).

1.3 Symptome und psychische Erkrankungen

Häufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt

Eine Übersichtsarbeit inklusive Meta-Analyse über weltweite epidemiologische Erhebungen zu psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung (mehrheitlich Personen zwischen 16 und 65 Jahren) während der Jahre 1980 bis 2013 hat gezeigt, dass etwa eine von fünf Personen (17,6%) innerhalb von 12 Monaten die Kriterien für eine der häufig auftretenden psychischen Erkrankungen erfüllte (Steel et al., 2014). Zu den häufig vorkommenden Erkrankungen wurden Depressionen bzw. affektive Störungen, Angststörungen sowie Störungen durch Alkohol (auch in Kombination mit anderen Substanzen) gezählt. Angststörungen wiesen die höchste 12-Monatsprävalenz (vgl. Kasten Epidemiologische Studien) auf (6,7%). Darauf folgten affektive Störungen (5,4%) und Störungen durch Alkohol (3,8%). Für Europa lag die Schätzung der 12-Monatsprävalenz dieser häufigen psychischen Störungen insgesamt bei 17,1%. Die Lebenszeitprävalenz (vgl. Kasten Epidemiologische Studien: Design/Methoden) wurde weltweit auf 29,2% geschätzt, für Europa auf 35,2%.

Höhere Zahlen fanden sich in der prospektiven Zürich-Studie (vgl. Kasten Grosse Schweizer Studien bzw. Forschungsprogramme zur psychischen Gesundheit), der zufolge fast jede zweite Person (48,6%) mindestens eine Episode einer affektiven Störung (24%), einer Angststörung (26%) oder einer substanzbedingten Störung (24%)³ in den untersuchten 20 Jahren erfahren hat (Alter der Kohorte/Gruppe 20–40 Jahre; Angst et al., 2005)⁴. Im Weiteren wiesen 29% irgendwann subklinische Symptome auf. Hier ist anzumerken, dass prospektiv gemessene Lebenszeitprävalenzen bekanntermassen höher ausfallen als retrospektiv gemessene, weil Symptome und Beschwerden im Nachhinein zum Teil nicht mehr erinnert oder anders interpretiert werden (vgl. Kasten Epidemiologische Studien: Design/Methoden).

Bereits vor der Covid-19-Pandemie herrschte in den Medien und in Teilen der Öffentlichkeit die Vermutung, dass psychische Erkrankungen zunehmen (Richter, 2020). Internationale Meta-Analysen zeigten in den zwei Jahrzehnten vor der Pandemie jedoch keine globale Zunahme psychischer Erkrankungen, unter Berücksichtigung, dass die Bevölkerung in diesem Zeitraum ebenfalls gewachsen und älter geworden war (GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018; Richter & Hoffmann, 2019). Auch in Deutschland wurde vor der Pandemie weder für Depressionen im Speziellen noch für die Gesamtheit aller psychischen Erkrankungen ein Anstieg der 12-Monatsprävalenzen verzeichnet (Bretschneider et al., 2018; Jacobi et al., 2014). In Teilen der Bevölkerung gab es jedoch immer wieder beobachtbare Veränderungen, z. B. eine Zunahme von Erkrankungen in einzelnen Altersgruppen, eine Abnahme in anderen (Hapke, 2020).

³ ohne Tabakabhängigkeit

⁴ Kumulative 12-Monatsprävalenzen über die ersten 6 Messungen der Zürich-Studie (1979–1999).

Grosse Schweizer Studien bzw. Forschungsprogramme zur psychischen Gesundheit

Viele der in diesem Kapitel zitierten Studien beziehen sich auf Daten aus den folgenden grossen Schweizer Studien. In der sogenannten **Zürich-Studie**, einer prospektiven Kohortenstudie (Gruppenstudie), wurde eine repräsentative Stichprobe von Personen aus dem Kanton Zürich einem Screening unterzogen und dann eine geschichtete Teilstichprobe (mit einer Überrepräsentation von Risikofällen) während 30 Jahren (1979–2008) siebenmal befragt. Zu Beginn der Studie waren die Teilnehmenden 19/20 Jahre alt, beim siebten Interview 49/50 Jahre alt (Angst et al., 2016).

Die Kohortenstudie **CoLaus/PsyCoLaus** untersucht in einer repräsentativen Stichprobe der Lausanner Bevölkerung Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Störungen sowie den Zusammenhang zwischen beiden. Die psychologische Untersuchung (psychiatrische Interviews und Fragebogen) wurde 2004 eingeführt. Rund 3700 Personen (35–66 Jahre bei Beginn der Studie) haben an der physischen und mindestens einer psychologischen Untersuchung teilgenommen. Die Studie läuft seit 2003/2004 mit regelmässigen Untersuchungen/Interviews etwa alle vier Jahre. CoLaus (colaus-psycolous.ch)

Das **Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP)** war ein von privater Hand finanziertes Forschungsprogramm mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich als Projektträgerin. Das Programm lief von 2009 bis 2015 und gliederte sich in neun Teilprojekte zu verschiedenen Psychiatrie-Themen (Rössler, 2016). Obwohl der Fokus des Projekts auf der Versorgung lag, befasste sich das erste Teilprojekt auch mit der Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung.

Diese Schweizer Studien sind wichtig, da sie relevante Erkenntnisse für den Schweizer Kontext liefern. Die Stichproben sind für regionale Populationen repräsentativ, die Interviews erlauben diagnostische Angaben und die Kohortenstudien erlauben eine längsschnittliche Beobachtung und Aussagen zu Ursache und Wirkung. Einschränkend sind die Regionalität, die kleine Kohortengrösse (Zürich-Studie) und die Unterschiede der diagnostischen Informationen zwischen den Wellen (Zürich-Studie) (z. B. Angst et al., 2005; Angst et al., 2016).

Entwicklung während und nach der Pandemie

Die Covid-19-Pandemie – deren Infektions- und Sterbegeschehen einerseits sowie die behördlichen Reaktionen, Massnahmen und Restriktionen andererseits – beeinflusste das Leben der Schweizer Bevölkerung massgeblich. Es wurden in der Schweiz verschiedene Studien zur Auswirkung der Pandemie durchgeführt. Aufgrund deren Heterogenität und fehlender Vergleichswerte von vor der Pandemie, ist es schwierig, die Folgen für die psychische Gesundheit zu beziffern. Es lassen sich aber generelle Entwicklungen erkennen (Jäggi et al., 2022; Stocker et al., 2021; vgl. auch Bericht des BR in Erfüllung zweier Postulate, 2024). Die Mehrheit der Bevölkerung hat die Pandemie bei guter psychischer Gesundheit bewältigt, bei einem Teil der Bevölkerung hat sich das psychische Befinden allerdings (zumindest zwischenzeitlich) verschlechtert (Jäggi et al., 2022). Das psychische Befinden veränderte sich parallel zu den Pandemiewellen: Mit steigenden Fallzahlen und verstärkten Massnahmen verschlechterte sich das psychische Befinden (Probst-Hensch et al., 2024; Richter, 2023). Gingen die Fallzahlen zurück und wurden die Massnahmen gelockert, zeigte sich wiederum eher eine Entspannung. Gemäss Jäggi et al. (2022) lässt sich diese parallele Entwicklung als normale psychische Reaktion auf eine Krise interpretieren. In G1.3 sind die Anteile der Bevölkerung mit mittlerer bis starker psychischer Belastung abgebildet, wie sie durch den Covid-19 Social Monitor während der Pandemie erhoben wurden (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>). Die erste Befragung im Frühling 2020 ergab einen deutlich höheren Anteil (27%) psychisch belasteter Personen⁵ als im Vergleichsjahr 2017 (SGB; G1.3). Ein zweiter Spitzenwert mit sehr hohen Anteilen psychisch belasteter Personen lässt sich zum Zeitpunkt der zweiten Welle (Ende 2020/Anfang 2021) erkennen. Die Anteile blieben dann bis zur letzten Befragung im Oktober 2022 (23–26%) immer noch höher als der Referenzwert von 2017. Der Wert aus der SGB 2022 liegt mit 17,9% ebenfalls höher als 2017.

Auch wenn die Mehrheit der Bevölkerung nicht substanziell in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt wurde, zeigt sich eine besonders negative Auswirkung der Pandemie auf Bevölkerungsgruppen, die schon vor der Pandemie von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen waren (z. B. Alleinlebende, Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen oder/und mit psychischen oder körperlichen Vor-erkrankungen) sowie auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (Jäggi et al., 2022; Stocker et al., 2021; vgl. auch Bericht des BR in Erfüllung zweier Postulate, 2024). Die Studien lassen darauf schliessen, dass die Pandemie für viele junge Menschen eine vergleichsweise hohe psychische Belastung war. Es gab aber bereits vor der Pandemie Anzeichen für eine zunehmende Tendenz von psychischen Beschwerden bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Gondek et al., 2024; Schuler et al., 2022; Tuch & Schuler, 2020; vgl. auch Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene).

⁵ Mental Health Inventory MHI-5, mittlere bis starke Belastung: Werte ≤ 72

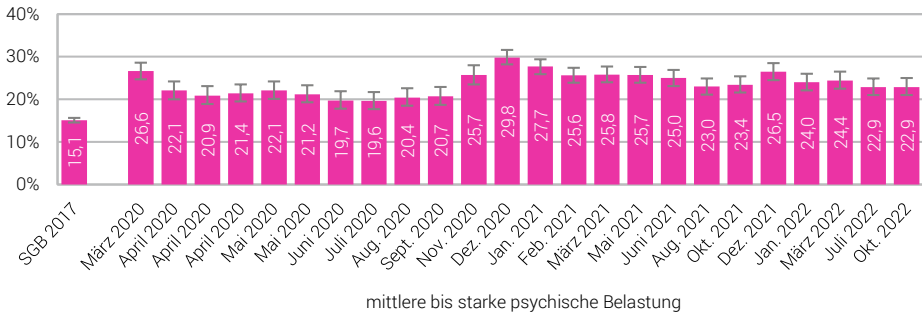
Die Erhebungen, die im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie durchgeführt wurden, erfassten meistens *Symptome* von psychischen Störungen bzw. subjektive Einschätzungen mittels Fragebogen. Diese Ergebnisse können nicht direkt mit Prävalenzwerten psychischer Störungen aus epidemiologischen Studien verglichen werden. Neuere epidemiologische Studien, die die Situation *nach* der Pandemie beschreiben, fehlen (noch) (vgl. Ausnahme Brügger et al., 2024; Abschnitt Positive psychische Gesundheit). Ob psychische *Erkrankungen* in der Schweiz insgesamt pandemiebedingt zugenommen haben oder nicht, lässt sich daher derzeit nicht beurteilen.

Die Mehrheit der Bevölkerung hat die Pandemie bei guter psychischer Gesundheit bewältigt. Negative Auswirkungen zeigten sich aber insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und bei Bevölkerungsgruppen, die bereits vor der Pandemie von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen waren.

Psychische Belastung während der Covid-19 Pandemie

G1.3

Anteil der Bevölkerung in %



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB, ZHAW – Covid-19 Social Monitor

© Obsan 2025

Epidemiologische Studien: Design/Methoden

Um Ergebnisse aus epidemiologischen Studien einordnen und interpretieren zu können, sind sowohl inhaltliche als auch methodische Aspekte zu beachten. Wie wurden die Personen befragt, per Fragebogen im Selbstbericht oder im Interview durch eine Fachperson? Wurden die Personen einmal oder mehrmals befragt? Wer aus der Allgemeinbevölkerung hat bei der Studie mitgemacht, wer nicht? Welche Klassifikationssysteme wurden verwendet und haben sich diese in den letzten Jahren verändert?

In epidemiologischen Studien zu psychischen Erkrankungen wird versucht, **Prävalenzen** (das Vorhandensein einer Störung in einem definierten Zeitraum) oder **Inzidenzen** (das Auftreten einer neuen Störung in einem definierten Zeitraum) zu bestimmen. Häufig wird auf die 12-Monats- oder die Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen fokussiert, wobei es verschiedene Methoden gibt, diese zu erfassen. In *retrospektiven* Studien werden die Teilnehmenden einmal befragt und geben Auskunft zu ihrem psychischen Gesundheitszustand in den letzten 12 Monaten bzw. im bisherigen Leben. Das kann zu Erinnerungsfehlern und Unterschätzungen der Prävalenz führen, da sich die Befragten zum Teil nicht an vergangene Symptome und Beschwerden erinnern oder diese im Nachhinein nicht als solche interpretieren (Andrews et al., 2005; Streiner et al., 2009). *Prospektive* Studien hingegen begleiten Altersgruppen über längere Zeit und befragen die Teilnehmenden wiederholt, was genauere Schätzungen ermöglicht, aber Ereignisse zwischen den Befragungen möglicherweise nicht erfasst. Aus der Literatur ist bekannt, dass prospektiv gemessene Lebenszeitprävalenzen deutlich höher ausfallen als retrospektiv gemessene Lebenszeitprävalenzen (z. B. Andrews et al., 2005; Lorenzo-Luaces, 2015; Takayanagi et al., 2014).

Aus den Ergebnissen einer Stichprobe kann nur dann auf die Grundgesamtheit geschlossen werden, wenn die Stichprobe **repräsentativ** für die Grundgesamtheit ist, d. h. im Idealfall die Grundgesamtheit in allen Merkmalen widerspiegelt. Dies wird optimalerweise durch eine Zufallsstichprobe gewährleistet (jeder Merkmalstragende der Grundgesamtheit hat die gleiche Chance, in die Stichprobe zu gelangen). Ist eine Zufallsauswahl nicht möglich, wird häufig versucht, durch statistische Kontrolle der Merkmale zu einer Stichprobe zu gelangen, die die Grundgesamtheit in den *relevanten* Merkmalen widerspiegelt. Repräsentativität ist nicht dichotom (vorhanden/nicht vorhanden), sondern als Kontinuum zu verstehen (Bortz, 1993; Planing, 2022). Nationale Erhebungen zur (psychischen) Gesundheit schliessen in der Regel Teilpopulationen aus, wie z. B. Personen ohne festen Wohnsitz, Flüchtlinge, Personen in Spitälern, Pflegeeinrichtungen oder Strafvollzugsanstalten. Das Ausschiessen dieser Bevölkerungsgruppen schränkt die Generalisierbarkeit der Erhebungsergebnisse ein (Wright et al., 2023).

Prävalenzen nach Störungsbildern

Nachfolgend werden Prävalenzwerte für unterschiedliche psychische Erkrankungen oder Störungsgruppen und Symptome zusammengetragen. Wo möglich werden Schweizer Studien referenziert. Für eine Einordnung der Prävalenzwerte bzw. falls Angaben aus der Schweiz fehlen, werden auch Ergebnisse aus anderen Ländern präsentiert. Die referenzierten Studien sind unterschiedlich alt und wurden methodisch unterschiedlich durchgeführt (vgl. Kasten Epidemiologische Studien: Design/Methoden). Dies erschwert den direkten Vergleich der Ergebnisse.

Affektive Störungen: Depressionen, bipolare Störung und Symptome

Affektive Störungen sind durch eine phasenweise ausgeprägte Veränderung der Stimmungslage in Richtung eines depressiven oder manischen Pols gekennzeichnet, die mit einer Veränderung des Antriebs einhergeht. Von den unipolaren Verläufen (nur depressive oder nur manische Phasen) sind die bipolaren affektiven Störungen zu unterscheiden, die sich durch sowohl manische als auch depressive oder gemischte Episoden kennzeichnen (Laux, 2003).

Die globale Lebenszeitprävalenz **affektiver Störungen** schätzen Steel et al. (2014) in ihrer Meta-Analyse auf 9,6%. Die 12-Monatprävalenz liegt gemäss Wittchen et al. (2011) für Europa bei 7,8%. Die Ergebnisse der prospektiven Zürich-Studie liegen höher: Ihr zufolge hat rund ein Viertel (24%) der während 20 Jahren begleiteten Gruppe (Alter 20–40 Jahre) mindestens eine Episode einer affektiven Störung erfahren und ebenfalls rund ein Viertel (24,6%) war von entsprechenden subklinischen Zuständen betroffen (Angst et al., 2005).

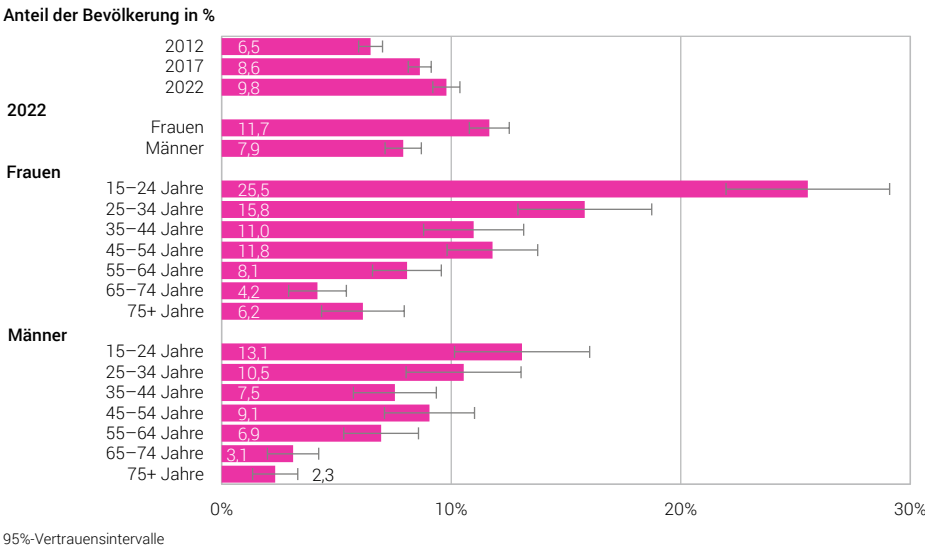
Die Lebenszeitprävalenzen für **Depressionen** in der Schweiz lagen gemäss Zürich-Studie über einen Zeitraum von 30 Jahren (Alter der Gruppe 20–50 Jahre) bei 32% (Angst et al., 2016), gemäss PsyCoLaus Studie sogar bei 43,6% (Preisig et al., 2020; Vandeleur et al., 2017). Die höheren Werte der Lausanner Studie wurden mit methodischen Besonderheiten und den kantonalen bzw. regionalen Unterschieden zwischen der Romandie und der Deutschschweiz erklärt (vgl. Abschnitt Regionale Unterschiede). Die 12-Monatprävalenz wurde in keiner der beiden Studien untersucht, weshalb ein Vergleich mit den europäischen Werten von 6,9% nicht möglich ist (Wittchen et al., 2011). Die Lebenszeitprävalenz für subklinische depressive Zustände lag in Zürich gemäss Angst et al. (2005) bei 10,3%.

Aktuellere Angaben finden sich zu **Depressionssymptomen**, von welchen gemäss SGB 2022 von über einem Drittel der Befragten (35,5%) berichtet haben (bezogen auf die zwei Wochen vor der Befragung). Bei 25,7% handelte es sich um eine *leichte* Symptomatik, bei 9,8% um *mittelschwere bis schwere* Depressionssymptome (G1.4). Frauen berichteten häufiger von Depressionssymptomen als Männer und jüngere Personen häufiger als ältere. Von den 15- bis 24-jährigen Frauen berichtete ein Viertel (25,5%) von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen und ein weiteres Drittel (35,6%) von leichten Symptomen. Die Häufigkeit der mittelschweren bis schweren Depressionssymptome hat 2022 im Vergleich zu 2017 etwas zugenommen. Bereits zwischen 2012 und 2017 gab es eine Zunahme.

Im Vergleich zu Depressionen und Depressionssymptomen existieren für **bipolare Störungen** weniger Daten. Die Lebenszeitprävalenzen liegen gemäss Zürich-Studie bei 3,4% (Angst et al., 2016), gemäss PsyCoLaus Studie bei 1,8% (Glaus et al., 2014).

Mittelschwere bis schwere Depressionssymptome

G1.4



Angststörungen und Symptome

Angststörungen sind gekennzeichnet durch ein übersteigertes Angstempfinden. Die betroffenen Personen erleben ausgeprägte Angst (in keinem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung) und körperliche Angstsymptome, die in der Regel so stark sind, dass sie das tägliche Leben beeinträchtigen (Universitätsspital Zürich (USZ), 2024). Es gibt verschiedene Formen von Angststörungen.

Gut jede vierte Person ist gemäss Zürich-Studie im Verlaufe ihres Lebens von einer Angststörung betroffen (26,3%) (Angst et al., 2005). Weitere knapp 30% erleben entsprechende subklinische Zustände. Gemäss PsyCoLaus-Studie lag die Lebenszeitprävalenz für irgendeine Angststörung etwas tiefer bei 17,9% (Glaus et al., 2014). In Europa erfüllen jährlich etwa 14% die Kriterien einer Angststörung. Sie betreffen Frauen etwa 1,8-mal häufiger als Männer (Wittchen et al., 2011).

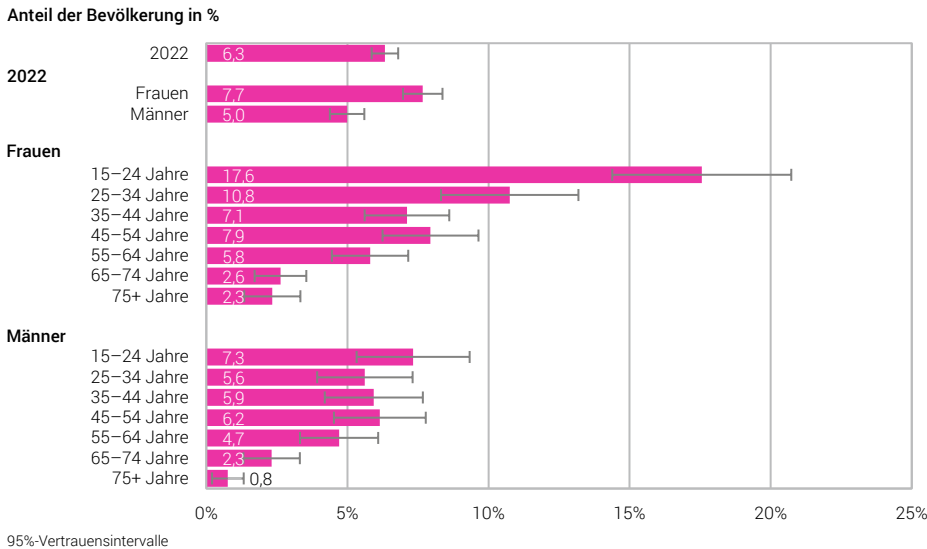
Phobien sind Angststörungen, die an konkrete Auslöser gebunden sind, z. B. bei der Sozialen Phobie die Angst, sich in sozialen Situationen zu blamieren oder unangenehm aufzufallen oder die Angst vor bestimmten Tieren als Beispiel für eine spezifische Phobie (Universitätsspital Zürich (USZ), 2024). Aus der Zürich-Studie ergaben sich Lebenszeitprävalenzen von 26,9% für spezifische Phobien (z. B. Angst vor Spinnen), von 12,6% für soziale Phobien und 6,8% für Agoraphobien (Angst et al., 2016). Die Lebenszeitprävalenzen aus der PsyCoLaus-Studie waren ähnlich hoch für soziale Phobien (12%) und etwas tiefer für Agoraphobien (3,8%; Glaus et al., 2014). Die *Symptome* verschiedener Phobien wurden im Rahmen der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 erhoben (letzte Woche/letzte zwei Wochen). Am häufigsten waren Symptome der sozialen Phobie (10%), seltener Symptome spezifischer Phobien (3%) und der Agoraphobie (2,5%). Frauen waren bei allen Formen häufiger betroffen als Männer (Peter et al., 2023).

Personen mit einer **Panikstörung** erleben wiederkehrend schwere Angstattacken (Panik) ohne erkennbare reale Bedrohung. Wesentliche Symptome sind plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)). Die Lebenszeitprävalenz liegt gemäss Zürich-Studie bei 3,4% (Angst et al., 2005), zum gleichen Ergebnis kam die PsyCoLaus-Studie (3,2%; Glaus et al., 2014). In der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 berichteten 3,1% von Symptomen einer Panikstörung. Frauen waren doppelt so häufig betroffen wie Männer (Peter et al., 2023).

Bei einer **generalisierten Angststörung** (GAD) besteht eine andauernde und unbegründete Angst oder Besorgnis, die nicht auf einen konkreten Auslöser zurückzuführen ist (Universitätsspital Zürich (USZ), 2024). Die Zürich-Studie schätzte die Lebenszeitprävalenz auf 14,1% (Angst et al., 2005), gemäss PsyCoLaus-Studie war sie tiefer und lag bei 2,3% (Glaus et al., 2014). In der SGB 2022 wurden Symptome einer generalisierten Angststörung erfragt (bezogen auf die zwei Wochen vor der Befragung): 20,8% der Befragten berichteten von *leichten* und 6,3% von *mittelschweren bis schweren* Symptomen (G1.5). Die Symptome

waren wiederum häufiger bei Frauen als bei Männern. Und sie waren häufiger bei den jüngeren Befragten als bei den älteren. Auffallend sind die hohen Anteile an sowohl leichten (32%) wie auch mittelschweren bis schweren Symptomen einer generalisierten Angststörung (17,6%) bei den jüngsten Frauen.

Mittelschwere bis schwere Symptome einer generalisierten Angststörung G1.5



Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

Substanzbedingte Störungen, problematischer Gebrauch von Substanzen und substanzungebundene problematische Verhaltensweisen

Substanzbedingte Störungen und problematischer Gebrauch beziehen sich häufig auf den Konsum von Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten (infodrog, 2024). Bei dem zum Ende des Abschnitts erwähnten problematischen Geldspielverhalten bzw. der problematischen Internetnutzung handelt es sich um substanzungebundene problematische Verhaltensweisen (Notari et al., 2022; vgl. Kapitel 7 Digitale Medien). Die Terminologie im Bereich der substanzbedingten Störungen und des problematischen Gebrauchs ist komplex und wird uneinheitlich verwendet. Um die Lesbarkeit dieses Abschnitts zu vereinfachen, wird im Folgenden von substanzbedingten Störungen gesprochen, wenn es sich um diagnostizierte Störungen handelt, und von problematischem Gebrauch, wenn sich die Werte auf selbstberichtete Angaben beziehen.

*Psychische Erkrankungen sind häufig.
In der Schweiz erfüllen rund 20–40% im Verlaufe ihres Lebens
einmal die Kriterien für eine Depression, jede vierte Person
einmal die Kriterien für eine Angststörung und jede sechste
die Kriterien für eine substanzbedingte Störung.*

In der Zürich-Studie wurden Lebenszeitprävalenzen für substanzbedingte Störungen von 18 bis 21% für Alkohol, von 9,5% für Beruhigungsmittel und von 9,3% für Cannabis berichtet (Angst et al., 2016). In der PsyCoLaus-Studie wurde für substanzbedingte Störungen (Alkohol, Cannabis, andere illegale Drogen) eine Lebenszeitprävalenz von 15,5% berechnet (Ajdacic-Gross, Aleksandrowicz et al., 2016), für Alkohol lag sie bei 11,8% und für illegale Drogen bei 6,2% (Glaus et al., 2014).

In der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 wurden die Personen gefragt, ob bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine Sucht/Abhängigkeit von Substanzen (z. B. Alkohol, Tabak, Cannabis, Medikamente, Kokain) vorlag und wenn ja, ob diese von einer Fachperson diagnostiziert worden war. Fast 2% berichteten von einer diagnostizierten substanzbedingten Störung und 10% von einem problematischen Gebrauch (nicht diagnostiziert, (Peter et al., 2023). Ausserdem wurde in der Omnibuserhebung der Alkohol- und der Cannabiskonsum etwas detaillierter erfasst. Rund 10% erfüllten die Bedingungen für einen problematischen **Alkoholgebrauch**. In den Erhebungen von Suchtmonitoring Schweiz lagen die Anteile mit problematischem Alkoholgebrauch 2011 bei knapp 12% und 2015 bei 12,6% (Marmet et al., 2015). Der problematische Alkoholgebrauch war bei Männern häufiger als bei Frauen (13,8% vs. 6,1%).

Zwei Prozent der Bevölkerung wiesen gemäss Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 einen problematischen **Cannabisgebrauch** auf, Männer häufiger als Frauen (2,9% vs. 1,1%). Im Suchtmonitoring Schweiz waren es 2016 1,1% im Total, 2,0%, bei den Männern und 0,3% bei den Frauen (Marmet & Gmel, 2017).

Gemäss SGB 2022 wiesen 4,3% der Schweizer Bevölkerung ein **problematisches Geldspielverhalten** auf – mehr als im Jahr 2017 (3,2%). Männer (5,8%) waren stärker betroffen als Frauen (2,7%). Bei 6,8% zeigte sich 2022 eine **problematische Internetnutzung**. Dies sind deutlich mehr als noch 2017 (3,8%).

Zwangsstörungen und Symptome

Wesentliche Kennzeichen einer Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die im Allgemeinen als sinnlos und ineffektiv erlebt werden. Zwangsgedanken sind Ideen oder Vorstellungen, welche eine Person wiederholt beschäftigen. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden, z. B. Hände waschen oder vorbeifahrende Autos zählen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2024).

Die Schätzungen der Lebenszeitprävalenz von Zwangsstörungen in der Schweiz liegen zwischen 1,3% und 7,8% / 9,2%, abhängig von den zugrundeliegenden Daten und Definitionen (Angst et al., 2016; Fineberg et al., 2013; Rodgers et al., 2015). Weitere rund 10% der Bevölkerung erleben subklinische Zwangszustände (Fineberg et al., 2013). In der Zürich-Studie waren Zwangsstörungen häufiger bei Frauen (5,3% vs. 1,7%), aber subklinische Zustände und auch Symptome einer Zwangsstörung häufiger bei Männern (10,1% vs. 9,3%/13,7% vs. 8,8%; Fineberg et al., 2013).

Im Herbst 2022 berichteten gemäss Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 3,9% der Befragten von Symptomen einer Zwangsstörung in den letzten zwei Wochen. Diese waren bei Männern und Frauen gleich häufig, aber deutlich häufiger in der jungen als in der älteren Bevölkerung (Peter et al., 2023).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Symptome

Eine PTBS kann in Folge eines belastenden Ereignisses von kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass entstehen (z. B. Naturkatastrophe, Krieg, schwere Unfälle). Typische Merkmale einer PTBS sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, zusammen mit einem andauernden Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2024).

Gemäss PsyCoLaus-Studie lag die Lebenszeitprävalenz eines traumatischen Ereignisses bei 21% und fast ein Viertel (23,7%) der betroffenen Personen entwickelten eine PTBS. Die 12-Monatsprävalenz wurde auf 1,1% geschätzt. Obwohl das Risiko, einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu sein, bei Frauen nicht höher war als bei Männern, war die Lebenszeitprävalenz von PTBS bei den Frauen 6,5% doppelt so hoch wie bei den Männern 3,2% (Perrin et al., 2014).

Gemäss Omnibuserhebung Psychische Gesundheit zeigten 4,3% der Befragten im Herbst 2022 Symptome einer PTBS, die Frauen häufiger als die Männer (5,4% vs. 3,3%). Bei Frauen und Männern waren PTBS-Symptome bei den 65-Jährigen und Älteren weniger häufig (1,8%) als bei der jüngeren Bevölkerung. Es liess sich aber kein klarer Altersgradient erkennen (Peter et al., 2023).

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Symptome

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung, die in der Kindheit beginnt, am häufigsten in der Kindheit auftritt, aber auch bis ins Erwachsenenalter andauern kann. Charakteristisch für eine ADHS sind die drei Hauptsymptome: Unaufmerksamkeit, Impulsivität (unüberlegtes Handeln) und Hyperaktivität. Die Symptome können unterschiedlich stark ausgeprägt sein (Retz et al., 2013; Sulkes, 2024).

Für weitere Informationen zu ADHS im Kindes- und Jugendalter siehe Kapitel 2. Für das Erwachsenenalter schätzte eine Schweizer Studie die 12-Monatsprävalenz von ADHS bei jungen Männern (rund 20 Jahre) auf 4% (Estévez et al., 2014). Eine Studie in Deutschland berichtete eine Punktprävalenz in der erwachsenen Bevölkerung (18–64 Jahre) von 4,5% (de Zwaan et al., 2012). Gemäss dieser deutschen Studie, und anderen internationalen Studien, gab es hinsichtlich Prävalenz keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern (Biedermann et al., 2004; Simon et al., 2009). Dies ist insofern erstaunlich, als dass bei den Kindern Jungen doppelt bis dreifach so häufig von ADHS betroffen sind als Mädchen (de Zwaan et al., 2012; vgl. Kapitel 2).

In der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit von 2022 berichteten über 6% der befragten Personen von aktuell vorliegenden ADHS-Symptomen, wobei diese etwas häufiger bei Frauen als bei Männern waren (6,8% vs. 5,5%; Peter et al., 2023).

Essstörungen und Symptome

Essstörungen beeinflussen das Essverhalten und die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Betroffene Personen haben oft ein gestörtes Verhältnis zum Essen, zum eigenen Körperbild und zur Gewichtskontrolle. Die häufigsten Formen sind Bulimie (Ess-Brech-Sucht), Anorexie (Magersucht) und Binge-Eating-Störung (Essattacken; Luzerner Psychiatrie, 2024).

Die Lebenszeitprävalenz von Essstörungen wurde in einer schweizweiten Studie aus dem Jahr 2010 auf 3,5% geschätzt, die 12-Monatsprävalenz auf 1,1% (Mohler-Kuo et al., 2016). Bulimie wies mit 1,7% die höchste Lebenszeitprävalenz auf, gefolgt von Binge Eating mit 1,6% und Anorexie mit 0,7–1,1%. Das subdiagnostische Binge Eating wurde auf 1,2% (Lebenszeitprävalenz) geschätzt. Die Prävalenzraten waren rund drei- bis sechsmal höher bei Frauen als bei Männern (Mohler-Kuo et al., 2016). Eine Ausnahme bildete das subklinische Binge Eating, bei welchem Männer höhere Raten aufwiesen als Frauen (1,6% vs. 0,9%).

Im Herbst 2022 gaben 13% der Schweizer Bevölkerung (ab 15 Jahren) an, Symptome einer Essstörung zu haben. Von diesen haben Frauen häufiger berichtet als Männer (15,4% vs. 10,5%) und jüngere häufiger als ältere Personen (Peter et al., 2023).

Schizophrenie, psychotische Symptome

Schizophrenie ist gekennzeichnet durch grundlegende Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie unangemessene oder verflachte emotionale Reaktionen. Häufige Symptome sind Halluzinationen (häufig das Hören von Stimmen), Wahnvorstellungen, Denkstörungen und gedämpfte Emotionen «Affektverflachung», (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2024). Die Schweizer BEAR-Studie hat Prävalenzen verschiedener Symptomgruppen zur Früherkennung von Psychosen erfasst (Bern-Epidemiological-At-Risk: <https://data.snf.ch/grants/grant/135381>), konkrete Zahlen zur Lebenszeitprävalenz von Schizophrenie in der Schweiz fehlen jedoch. Gemäss internationalen Schätzungen liegt diese bei etwa 0,4–0,7% und ist für Männer und Frauen ähnlich hoch (Rössler et al., 2013; Rössler et al., 2005). Subklinische psychotische Symptome sind deutlich häufiger, hier liegt die Prävalenz bei etwa 5% (Rössler, 2011; van Os et al., 2009). Auch wenn die Schizophrenie keine sehr häufige Erkrankung ist, gehört sie zu den belastendsten und kostspieligsten Krankheiten weltweit (Rössler et al., 2005; vgl. Kapitel 12 Kosten und Finanzierung).

Persönlichkeitsstörungen

Bei einer Persönlichkeitsstörung sind bestimmte Merkmale der Persönlichkeit und des Verhaltens besonders stark ausgeprägt, unflexibel oder wenig angepasst. Es gibt verschiedene Persönlichkeitsstörungen, die nach bestimmten Merkmalen unterteilt werden. Dies betrifft z. B. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren, wie flexibel und angepasst die betroffenen Menschen emotional reagieren oder wie sie zwischenmenschliche Beziehungen gestalten (PDAG, 2024).

Persönlichkeitsstörungen wurden im Vergleich zu anderen psychischen Störungen bisher nur selten in epidemiologischen Studien untersucht. Für die Schweiz liegen keine spezifischen Zahlen vor. Eine auf internationaler Literatur basierende Übersichtsstudie schätzte die Lebenszeitprävalenz einer Persönlichkeitsstörung auf 5 bis 10% (Samuels, 2011). Eine Meta-Analyse zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung westlicher Länder errechnete eine Lebenszeitprävalenz von 12% für irgendeine Persönlichkeitsstörung (Volkert et al., 2018). Persönlichkeitsstörungen zählen damit zu den häufigsten psychischen Störungen im Erwachsenenalter.

Über die Prävalenzen von psychotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen in der Schweiz ist besonders wenig bekannt.

Komorbidität psychischer Störungen

Komorbidität bezeichnet das Vorliegen von mehr als einer spezifischen und diagnostizierbaren gesundheitlichen Störung bei einer Person innerhalb eines definierten Zeitraums (Burke et al., 1990). Gerade bei psychischen Störungen sind Doppel- und Mehrfachdiagnosen häufig. Das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Störungen führt zu einer höheren Chronizität und Komplexität des Krankheitsverlaufs, zu einem schwächeren Ansprechen auf medikamentöse bzw. psychotherapeutische Behandlungen, zu einer grösseren Beeinträchtigung und zu stärkeren Einbussen in der Lebensqualität (Laux, 2017).

In der Zusatzbefragung zur psychischen Gesundheit der Erhebung «Gesundheit Erwachsener in Deutschland» (DEGS1-MH) erfüllten 45% der Teilnehmenden mit psychischen Störungen die Kriterien für mindestens zwei Diagnosen (Jacobi et al., 2017). Weitere internationale Studien zeigten, dass rund die Hälfte bis drei Viertel der Depressionen gemeinsam mit Angststörungen auftraten (Beekman et al., 2000). Ein Zusammenhang zwischen Suchtstörungen und Depressionen bzw. bipolaren Störungen ist vielfach belegt (Lai et al., 2015). Zwei neuere Studien zeigten, dass sich mit der Diagnose einer psychischen Störung das Risiko einer weiteren nachfolgenden Diagnose irgendeiner psychischen Störung erhöht (McGrath et al., 2020; Plana-Ripoll et al., 2019).

Dass die Komorbidität von zwei psychischen Erkrankungen keine Ausnahme ist, zeigt sich auch bei Analysen der SGB. Von den Befragten mit mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen berichteten 2022 47% ebenfalls von (mittel-)schweren Angstsymptomen. Umgekehrt berichteten sogar 72% der Personen mit (mittel-)schweren Angstsymptomen auch von entsprechenden Depressionssymptomen.

*Psychische Erkrankungen treten sehr häufig gemeinsam auf.
Dies führt zu einem komplexeren Krankheitsverlauf
und zu einer schlechteren Lebensqualität.*

Selbstverletzungen, Suizidgedanken/-versuche, Suizide

«Suizidales Erleben und Verhalten» und »Suizidalität« werden als Oberbegriffe verwendet, die Suizidgedanken bis zu vollendeten Suiziden umfassen. «Selbstverletzendes Verhalten» wird dann als suizidales Verhalten definiert, wenn die Absicht, durch die Handlung sterben zu wollen, erkennbar ist (Crosby et al., 2011; Glaesmer et al., 2022; Posner et al., 2007).

Gemäss Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 haben sich rund 2,4% der Bevölkerung in der Schweiz in den 12 Monaten vor der Befragung absichtlich **selbst verletzt**, z. B. durch Schnitte, Verbrennungen oder Ritzen. Ob hierbei eine Sterbeabsicht vorlag, wurde nicht miterhoben (Peter et al., 2023). Gemäss SGB 2022 berichteten 8,4%

der Bevölkerung in den zwei Wochen vor der Befragung davon, «Gedanken gehabt zu haben, dass man lieber tot wäre oder sich Leid zufügen möchte». Bei beiden Indikatoren ist die jüngere Bevölkerung, insbesondere die jungen Frauen, stark betroffen. Im Vergleich zu 2017 ist die Häufigkeit der **Suizidgedanken** bei den Männern stabil, bei den Frauen fällt ein starker Anstieg bei den 15- bis 19-Jährigen auf (2017: 9,7%; 2022: 23,1%). Bei den Frauen dieser Altersgruppe haben sich auch die Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche seit 2017 mehr als verdoppelt, die Rate liegt 2023 leicht tiefer als 2022.

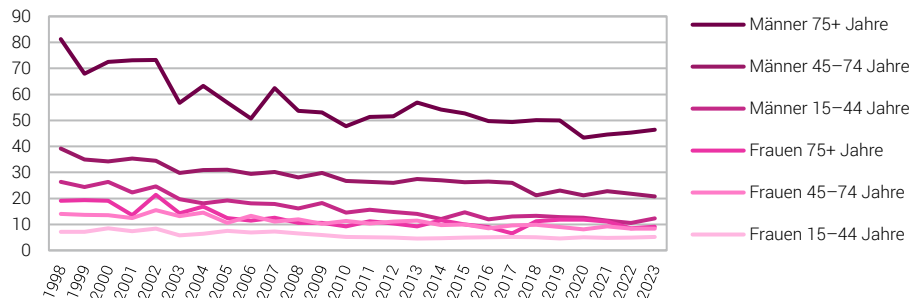
Gemäss SGB 2022 haben 0,3% der befragten Personen in den **letzten 12 Monaten** «versucht, sich das Leben zu nehmen» und 3,9% haben **irgendwann einmal** einen Suizidversuch unternommen. Beide Anteilswerte haben sich seit 2017 nicht verändert. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen ist bei Frauen höher als bei Männern (4,5% vs. 3,3%).

Im Jahr 2023 sind in der Schweiz 994 Personen durch **Suizid** gestorben, die Rate lag bei 11,2 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Männer sterben rund dreimal häufiger durch Suizid als Frauen. Die Suizidrate ist insgesamt rückläufig und lag in den letzten 10 Jahren im europäischen Mittelfeld (Eurostat, 2024). Massnahmen, wie die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z. B. Schusswaffen), eine adäquate Medienberichterstattung, eine Einschränkung des Zugangs zu bestimmten Orten oder Präventionsmassnahmen in der Gesundheitsversorgung haben zur Reduktion der Suizidrate beigetragen (Stulz et al., 2022; WHO, 2021). Die deutlich höchste Rate ist bei den Männern ab 75 Jahren zu beobachten (G1.6). Für einen besseren Überblick wurden in der Abbildung die Altersgruppen entsprechend ihrer Suizidraten zusammengefasst (für detailliertere Info siehe Vertiefungskapitel 2–4). Im Jahr 2023 war bei den Männern Erhängen (36,8% der Suizide) und Schusswaffen (22,5%) die am häufigsten verwendete Suizidmethode, bei den Frauen Erhängen (26,7%) und Sturz (21,6%) sowie Vergiftung (19%). Der Anteil der Schusswaffen als Suizidmethode hat sich bei den Männern reduziert (1998: 40,4% auf 22,5%), bei den Frauen machen Erhängen, Vergiftung und Sturz seit Jahren zwischen 60 und 70% der Suizidmethoden aus. Für weitere Informationen zu suizidalem Erleben und Verhalten in der Schweiz siehe Peter & Tuch (2024).

Zum **assistierten Suizid** zählen «Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung» (SAMW, 2021, S.25). Assistierte Suizide erfolgen in erster Linie aufgrund von chronischen körperlichen Erkrankungen, wie Krebs oder neurodegenerativen Erkrankungen, bei hoffnungsloser Prognose und unerträglichen Beschwerden (BFS, 2016). Die Rate der assistierten Suizide lag 2023 bei 19,5 pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Sie war bei Frauen und Männern etwa gleich hoch und hat bei den 65- bis 79-Jährigen (2013–2023: +132%) und den 80-Jährigen und Älteren beider Geschlechter über die letzten Jahre stark zugenommen (+186%; vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2023).

Suizide (nicht assistiert)**G1.6**

Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



Quelle: BFS – CoD

© Obsan 2025

1.4 (Ausgewählte) Faktoren und Lebenssituationen und deren Zusammenhang mit psychischer Gesundheit

Die Bevölkerung in der Schweiz ist vielfältig. Die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, d. h. möglichst allen die gleichen Chancen zu bieten, gesund zu sein und ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten, stellt daher eine Herausforderung dar für Gesellschaft und Politik. Burla (in press) beleuchtet für die Schweiz bedeutsame Unterschiede in der Gesundheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Zusammenhang mit soziodemografischen, sozioökonomischen und soziokulturellen Ungleichheiten. Nachfolgend werden einige ausgewählte Faktoren und Lebenssituationen beleuchtet, die mit der psychischen Gesundheit in Zusammenhang stehen. Zu verweisen ist auch auf die Kapitel 2 bis 4, wo altersspezifische Lebenssituationen diskutiert werden.

Geschlecht und Alter

In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass es zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen gibt. Bei Frauen zeigen sich häufiger internalisierende psychische Störungen (z. B. Depressionen, Essstörungen, Angststörungen, PTBS, Suizidgedanken), während Männer häufiger von externalisierenden Störungen (z. B. substanzbedingte Störungen, dissoziale Persönlichkeitsstörungen, Suizide) betroffen sind (Asselmann et al., 2019; Rosenfield & Smith, 2009; Wittchen et al., 2011). Das zeigt sich auch im Abschnitt zu den störungsspezifischen Prävalenzen. Die Unterschiede werden auf geschlechtsspezifische, d. h. biologische (Hormone) und auf soziale Differenzen (Geschlechtsstereotypen, Genderrollen und

Sozialisierungsunterschiede) zurückgeführt (Otten et al., 2024). Am häufigsten wurden vermutlich Depressionen und depressive Zustände untersucht. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden bereits im frühen Jugendalter sichtbar, nehmen im frühen Erwachsenenalter etwas ab und bleiben danach stabil (Salk et al., 2017). Die Unterschiede bleiben auch bestehen, wenn demografische und sozioökonomische Variablen berücksichtigt werden (Acciai & Hardy, 2017). Trotzdem wurde wiederholt die Frage aufgeworfen, ob Männer tatsächlich seltener an Depressionen erkranken oder ob Depressionen bei Männern nur häufig unerkannt bleiben. Es konnte gezeigt werden, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern zum Teil auf unterschiedliche Symptome von Depressionen bei Frauen und Männern zurückzuführen sind. So zeigten männliche depressive Patienten im Vergleich zu Patientinnen häufiger Wut und Aggressivität, Reizbarkeit und Überreaktion (Möller-Leimkühler et al., 2007; Winkler et al., 2005). Mittlerweile wurden auch gendersensitive Depressionsscreenings entwickelt, deren Validierung die Bedeutung von Aggressivität und emotionaler Kontrolle als wichtige Komponente für ein erhöhtes Depressionsrisiko bei Männern bestätigen (GSDS-25; Möller-Leimkühler, 2022). Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Ansätzen in der Forschung zur psychischen Gesundheit wie auch bei der Entwicklung von Präventionsmassnahmen.

Es braucht geschlechtsspezifische Ansätze – in der Forschung sowie bei der Entwicklung von Präventionsmassnahmen.

Psychische Erkrankungen beginnen oft früh im Lebensverlauf. Eine internationale Meta-Analyse kam zum Schluss, dass die erste psychische Störung bei einem Drittel (34,6%) der Betroffenen vor dem 14. Lebensjahr, bei fast der Hälfte (48,4%) vor dem 18. Lebensjahr und bei rund 60% vor dem 25. Lebensjahr auftritt (Solmi et al., 2022). Das Medianalter⁶ für den Beginn einer Entwicklungsstörung lag bei 12 Jahren, für Angststörungen, Essstörungen und Zwangsstörungen bei 17, 18 und 19 Jahren, für Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Störungen und Suchterkrankungen bei 25 Jahren und für PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) und affektive Störungen bei 30 und 31 Jahren. Studien, die psychische Störungen/Symptome und positive psychische Gesundheit über die Lebensspanne untersucht haben, zeigten, dass die Psychopathologie im Alter zwar zurückging, die umfassende positive psychische Gesundheit bei den Älteren aber nicht besser war als bei den Jüngeren (Lamers et al., 2013; Westerhof & Keyes, 2010). Jedoch war das emotionale Wohlbefinden (als Teil der positiven psychischen Gesundheit, vgl. Abschnitt Psychische

⁶ Der Median ist der Messwert, der in der Mitte liegt, d. h. die Hälfte der jeweiligen Störungen begann (im erwähnten Alter oder) früher und die andere Hälfte (im erwähnten Alter oder) später.

Gesundheit und psychische Erkrankungen) bei den Älteren höher als bei den Jüngeren. Dies stimmt überein mit den höheren Anteilen von Energie und Vitalität bzw. Lebenszufriedenheit bei den Älteren, die sich gemäss SGB zeigten (vgl. Abschnitt Positive psychische Gesundheit). Die Analysen der SGB und der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit zeigten für verschiedene Störungsbilder eine relativ hohe Symptombelastung in jüngeren Jahren und eine geringere im höheren Alter. Spannend in diesem Zusammenhang ist eine aktuelle deutsche Studie. Sie konnte auf Basis verschiedener Gruppenstichproben zeigen, dass das Alter keinen Einfluss auf die psychische Belastung hatte, wenn Gruppen- und Periodeneffekte sowie das Geschlecht und die Region berücksichtigt wurden (Otten et al., 2024). Diese Gruppen- und Periodeneffekte bedeuten, dass die psychische Belastung nicht nur durch individuelle Merkmale einer Person, sondern auch durch strukturelle gesellschaftliche Faktoren (wie z. B. politische Ereignisse, grosse Krisen, gruppenabhängige Sozialisierungseffekte) beeinflusst wird. Für mehr Angaben zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vgl. Kapitel 2, von Erwachsenen vgl. Kapitel 3 und von älteren Menschen vgl. Kapitel 4.

Bildung und Einkommen

Sozioökonomische Benachteiligung steht in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. In einer Vielzahl von Ergebnissen wurden entsprechende sozioökonomische Gradienten beschrieben (Kirkbride et al., 2024; Lorant et al., 2003; Wang et al., 2010). Der sozioökonomische Status ist ein vielschichtiges Konstrukt und kann auf verschiedene Arten operationalisiert werden. Häufig werden Bildung und/oder Einkommen als Indikatoren dafür herangezogen. In Übereinstimmung mit früheren Analysen von Befragungsdaten (Peter et al., 2023; Schuler et al., 2020) wiesen die Ergebnisse der SGB 2022 auf einen relativ konsistenten Bildungsgradienten bezüglich der psychischen Gesundheit hin: Personen mit Tertiärabschluss zeigten eine bessere psychische Gesundheit, während Personen ohne nachobligatorische Schulbildung ihre psychische Gesundheit bei vielen Indikatoren am schlechtesten einschätzten (z. B. Depressionssymptome, Symptome einer GAD, Lebensqualität). Eine deutsche Studie zeigte, dass ein grosser Teil des Effekts durch psychosoziale Ressourcen und alltägliche Belastungen erklärt wird (Niemeyer et al., 2019). Es wird davon ausgegangen, dass Bildung mit der Entwicklung psychosozialer Ressourcen einhergeht und dass wenige psychosoziale Ressourcen plus Alltagsprobleme das Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome erhöhen. Die Studie zeigte auch, dass ein hohes Mass an Alltagsproblemen/Alltagsstress mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht, unabhängig vom sozialen Status einer Person. Weitere Informationen in Kapitel 5 Sozialer Kontext.

Ebenso wie eine niedrige Bildung steht auch ein niedriges Einkommen in Zusammenhang mit einer schlechteren psychischen Gesundheit (Shields-Zeeman & Smit, 2022). Einige Studien haben allerdings gezeigt, dass berichtete finanzielle Schwierigkeiten ein stärkerer Prädiktor für psychische Erkrankungen sind als das Einkommen (Ahnquist & Wamala, 2011; Lahelma et al., 2006). Die subjektiven finanziellen Schwierigkeiten lassen sich neu mit der SGB 2022 abbilden und zeigten in Verbindung mit Symptomen psychischer Erkrankungen sehr deutliche Ergebnisse: Wurde die eigene finanzielle Situation im Haushalt als schwierig eingeschätzt⁷, waren Depressionssymptome und Symptome einer GAD deutlich häufiger, als wenn die finanzielle Situation als weniger schwierig oder leicht eingeschätzt wurde. Auch hinsichtlich der positiven psychischen Gesundheit zeigten sich ganz deutliche Unterschiede: 76% der Personen in (sehr) schwierigen finanziellen Verhältnissen berichteten von einer (sehr) guten Lebensqualität, während es bei Personen ohne finanzielle Schwierigkeiten 97% waren. Dasselbe Muster zeigte sich bei hoher Energie und Vitalität, hier waren es 32% vs. 54%. Weitere Informationen in Kapitel 5 Sozialer Kontext.

Migrationshintergrund, Nationalität

Im Schweizer Bericht zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung (Guggisberg et al., 2020) wurde festgehalten, dass der psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund schlechter ist als derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die Ergebnisse basieren auf der SGB 2017 und zeigten beispielsweise, dass von 13% der Migrantinnen und Migranten der 1. Generation aus Südwesteuropa eine hohe psychische Belastung berichtet wurde, im Vergleich zu 4% in der Gesamtbevölkerung. Auch aus der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit 2022 ging hervor, dass insbesondere Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa oder Ost- und Südosteuropa psychisch stärker belastet waren als Personen ohne Migrationshintergrund (Peter et al., 2023). Dies galt vor allem für Depressionen und Angststörungen. Bei Personen mit Migrationshintergrund aus Nord- und Westeuropa liessen sich kaum Unterschiede zu Personen ohne Migrationshintergrund feststellen. Guggisberg et al. (2020) stellten fest, dass neben dem sozioökonomischen Status (Bildungsniveau und Einkommen) die zur Verfügung stehende soziale Unterstützung wesentlich zur Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten im Migrationskontext beitrugen. In einer deutschen Studie wurden auch Diskriminierungserfahrungen als relevanter Faktor identifiziert (Bartig et al., 2023).

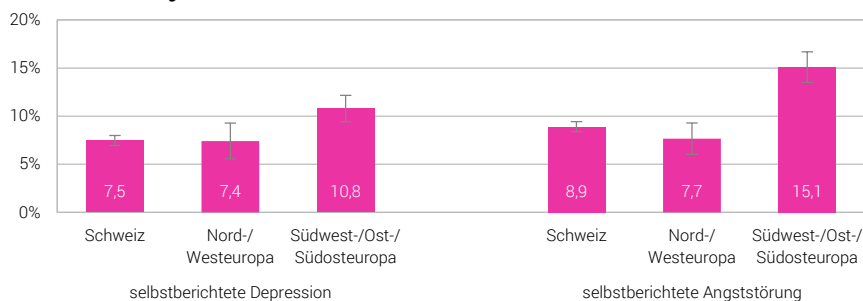
⁷ Die Frage aus der SGB lautete: «Im Hinblick auf das Gesamteinkommen: kommt Ihr Haushalt mit seinen Mitteln aus?» Die Antwortmöglichkeiten reichen von «sehr schwierig» bis «sehr leicht».

Die folgenden Analysen der SGB 2022 wurden aus methodischen Gründen⁸ nicht nach Migrationshintergrund durchgeführt. Als Ersatzgrösse wurde die Nationalität verwendet, obwohl ein Migrationshintergrund nicht notwendigerweise mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit einhergeht. Der Anteil Personen mit Depressionssymptomen und Symptomen einer GAD war gemäss SGB 2022 in der ausländischen Bevölkerung höher als in der Bevölkerung mit Schweizer Staatsangehörigkeit (je rund 12% vs. 9%). Wurde die Staatsangehörigkeit noch nach Herkunftsregion unterteilt, zeigte sich bei den Symptomen einer GAD ein Unterschied zwischen Personen mit Schweizer Nationalität und Personen aus Südwest-, Ost- oder Südosteuropa (6% vs. 9%). Dasselbe Muster liess sich für die selbstberichteten Depressionen und Angststörungen (in den letzten 12 Monaten) erkennen: ein deutlich grösster Anteil bei den Personen aus Südwest-, Ost- oder Südosteuropa (G1.7). Damit übereinstimmend war bei ihnen der Anteil der Personen mit einer (sehr) guten Lebensqualität (87% vs. 91–93%) und einem hohen Mass an Energie und Vitalität (39% vs. 43–47%) am geringsten. Es ist zu berücksichtigen, dass mit den Analysen der SGB keine Aussagen zu Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich oder zu Sans-Papiers möglich sind, da sie nur teilweise im Stichprobenregister enthalten sind (vgl. Kasten Geflüchtete Personen). Und da die SGB ausschliesslich in den drei Landessprachen deutsch, französisch und italienisch durchgeführt wird, fehlen in der Stichprobe Migrantinnen und Migranten, die keine dieser drei Landessprachen hinreichend gut verstehen und sprechen.

Selbstberichtete Depression / Angststörung (letzte 12 Monate), nach Nationalität, 2022

G1.7

Anteil der Bevölkerung in %



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

⁸ Personen mit unzureichenden Sprachkenntnissen müssen einen Teil der Fragen zur Bestimmung des Migrationshintergrundes nicht beantworten. Dadurch fällt ein substanzieller Anteil von Antworten relevanter Personen weg, was zu Verzerrungen führen dürfte.

Geflüchtete Personen

Geflüchtete Menschen sind aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und ihrer Lebenssituation besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Sie sind häufig durch Erlebnisse vor oder während der Flucht belastet und teilweise traumatisiert. Viele haben in ihrem Heimatland und/oder auf der Flucht Gewalt (physisch, psychisch, sexualisiert), Hunger und Zerstörung erfahren oder beobachtet. Die medizinische Versorgung während der Flucht war ungenügend. Zudem sind sie mit allgemeinen migrationsspezifischen Stressfaktoren wie dem Verlust der Sprache, der Kultur, des sozialen Netzes und des sozialen Status konfrontiert. Dazu kommen postmigratorische Stressfaktoren während des teilweise lange andauernden Asylprozesses: Unterbringung in Asylzentren, fehlende Tagesstruktur, fehlende (rechtliche) Möglichkeit für das Ausüben einer Erwerbstätigkeit, knappe finanzielle Mittel, Trennung von Familie und sozialem Netzwerk etc. Besonders zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die vorläufig aufgenommenen Flüchtlinge: Aufgrund ihres rechtlichen Status leben sie meist jahrelang in einem permanenten Provisorium voller Ungewissheit und fehlender Zukunftsperspektiven. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für Flüchtlinge zwar rechtlich gewährleistet, aber mit vielen Hürden verbunden (z. B. Sprachschwierigkeiten, kulturelle Barrieren sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Leistungserbringenden, fehlende Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Personen) (Kiselev et al., 2020). Besondere Bedürfnisse haben unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA), Frauen, traumatisierte Personen sowie Flüchtlinge mit Behinderungen (Cignacco et al., 2017; Müller et al., 2018).

Im Auftrag des BAG wurde 2018 eine Studie zur psychischen Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden durchgeführt, die sich auf Experteninterviews stützt. Darin wurde der Anteil der Personen mit Traumafolgestörungen unter den Asylsuchenden auf 50 bis 60% geschätzt. Das Risiko einer Chronifizierung ist hoch, weshalb eine möglichst frühzeitige Intervention wichtig ist. Ausserdem haben die Folgen der Störungen einen grossen Einfluss auf die sozialen und beruflichen Integrationsfähigkeiten und -möglichkeiten der Betroffenen (Müller et al., 2018).

In einer älteren Studie zu Asylsuchenden in der Schweiz waren schwere Depressionen (31%) und posttraumatische Belastungsstörungen (23%) am häufigsten. Ausserdem hing die Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse stark mit komorbiden psychischen Erkrankungen zusammen (Heeren et al., 2012).

Körperliche Beschwerden

Psychische Störungen sind nicht nur häufig komorbid untereinander (siehe Abschnitt Komorbidität psychischer Störungen), sondern gehen auch häufig mit körperlichen Erkrankungen einher. Für die Prävention und Behandlung ist es von zentraler Bedeutung zu wissen, ob und wo welche Arten von Komorbiditäten bestehen und welche Krankheitsbilder nicht isoliert betrachtet werden sollten. Im Vergleich zu Einzeldiagnosen sind Ko- oder Multimorbiditäten in der Regel mit einer Vielfalt an negativen Folgen verbunden, z. B. mit schwereren Verläufen der Erkrankung(en), niedrigerer Lebensqualität, längerer bzw. chronifizierter Krankheitsdauer, weniger Therapieerfolgen, vermehrten Komplikationen und erhöhter Mortalität (Baer & Cahn, 2009; Härter et al., 2007; Liu et al., 2017; Sartorius, 2013).

Gemäss Hewer and Schneider (2017) bestehen bei rund 30 bis 50% der psychisch schwer erkrankten Personen auch relevante komorbide körperliche Erkrankungen. In einer WHO-Studie wurden die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und nachfolgend aufgetretenen chronischen körperlichen Erkrankungen untersucht (Scott et al., 2016): Zusammenhänge zeigten sich zwischen den untersuchten psychischen Störungen (affektive, Angst- und Impulskontrollstörungen, Störungen durch Substanzmissbrauch) und dem späteren Auftreten körperlicher Erkrankungen wie Arthritis, chronischer Schmerz, Herzerkrankung, Schlaganfall, arterieller Hypertonie, Asthma bronchiale, chronischer Lungenerkrankung, peptischem Ulcus und Krebs. Momen et al. (2020) zeigten, dass, ähnlich wie bei der Komorbidität psychischer Störungen, das Risiko für eine spätere körperliche Erkrankung in den ersten sechs Monaten nach der Diagnose der psychischen Indexstörung am höchsten war und danach abnahm.

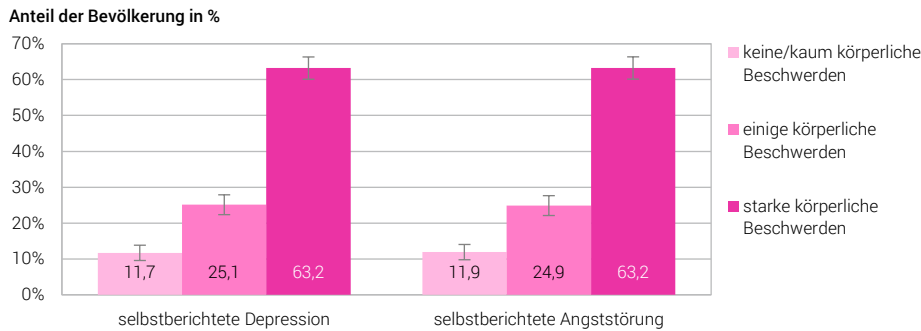
Natürlich kann auch die andere Wirkungsrichtung beobachtet werden (Prince et al., 2007). So haben beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Krebs, HIV bzw. Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt bzw. Schlaganfall ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken (Anderson et al., 2001; WHO, 2003; WHO Europa, 2006). Psychische Störungen können somit den körperlichen Symptomen oder Erkrankungen vorausgehen, andererseits können körperliche Erkrankungen oder deren Behandlung psychische Beschwerden nach sich ziehen.

Psychische und körperliche Erkrankungen gehen häufig miteinander einher.

In Grafik G1.8 ist der Zusammenhang zwischen selbstberichteten Depressionen bzw. Angststörungen und körperlichen Beschwerden⁹ dargestellt. Bei Vorliegen einer selbstberichteten Angststörung nannten 63% ebenfalls starke körperliche Beschwerden und nur eine Minderheit (12%) gab keine oder kaum körperliche Beschwerden an. Dasselbe zeigte sich bei den selbstberichteten Depressionen mit Anteilen von 63% vs. 12%. Entsprechend sieht es bei den Indikatoren zu positiver psychischer Gesundheit aus: Bei Personen mit (sehr) guter Lebensqualität zeigten 22% starke körperliche Beschwerden und 43% keine oder kaum Beschwerden. Waren Energie und Vitalität hoch, berichteten 9% von starken körperlichen Beschwerden, während 60% keine oder kaum Beschwerden haben.

Selbstberichtete Depression / Angststörung (letzte 12 Monate), nach körperlichen Beschwerden, 2022

G1.8



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Regionale Unterschiede

Die Analysen nach Wohnregion weisen auf eine schlechtere psychische Gesundheit von Personen in französisch- oder italienischsprachigen Regionen der Schweiz im Vergleich zu Personen aus den deutschsprachigen Regionen hin. Die Ergebnisse nach Wohn-region sind über die Jahre in der SGB und auch mit der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit konsistent. Die Unterschiede zeigen sich in den Analysen nach Sprach- wie auch nach Grossregionen¹⁰ und ändern sich nicht, wenn nach Geschlecht und Alter standar-

⁹ Die körperlichen Beschwerden werden im Rahmen der SGB mit einem Index abgebildet, der aus Fragen nach Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzstörungen und Schmerzen im Brustbereich zusammengesetzt wird.

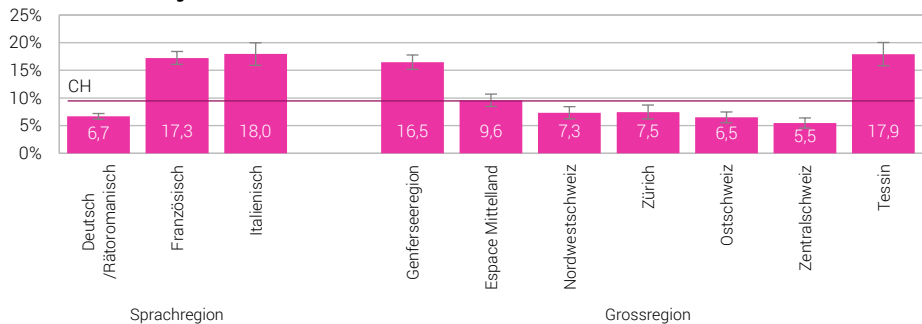
¹⁰ Genferseeregion, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz, Tessin

disiert wird. Besonders auffallend im Jahr 2022 ist die Häufigkeit von selbstberichteten Angststörungen (in den letzten 12 Monaten) in den italienischsprachigen und den französischsprachigen Gebieten (18 und 17%) im Vergleich zum 2,5-mal kleineren Anteil in der Deutschschweiz (7%; G1.9). Auf Ebene der Grossregionen berichteten im Tessin 18% der Befragten über eine Angststörung in den letzten 12 Monaten, in der Genferseeregion waren es 17%. Der Schweizer Durchschnitt lag bei knapp 10%. Diese Besonderheit zeigte sich auch in der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit (Peter et al., 2023) und passt zum regionalen Muster bei der Abgabe von Benzodiazepinen (die u. a. zur Behandlung von Angstzuständen eingesetzt werden) durch ambulante Leistungserbringer (Obsan, 2023a).

Selbstberichtete Angststörung (letzte 12 Monate), nach Regionen, 2022

G1.9

Anteil der Bevölkerung in %



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die Lebensqualität wurde in der Deutschschweiz im Vergleich zu französisch- und italienischsprachigen Regionen häufiger als (sehr) gut eingeschätzt (93% vs. 88/87%). Das widerspiegelt sich auch in den Grossregionen, wo einzig die Genferseeregion und das Tessin unter dem Schweizer Durchschnitt lagen. Bei Energie und Vitalität sieht das Muster nach Grossregionen etwas anders aus: Das Tessin (40%) und die Nordwestschweiz (42%) lagen mit ihren Anteilen unter dem Schweizer Durchschnitt (45%), während die Ost- (49%) und die Zentralschweiz (51%) über dem Schweizer Durchschnitt lagen.

Die Interpretation der (sprach-)regionalen Unterschiede ist aufgrund verschiedener möglicher Ursachen nicht einfach. Sie können auf kulturellen Unterschieden beruhen, auf Unterschieden in der Formulierung der Fragebögen in den verschiedenen Sprachversionen oder auch auf Unterschieden bei regionalen Versorgungs- oder Unterstützungsangeboten.

Häufig interessiert bei regionalen Analysen die Frage nach Stadt vs. Land. Gemäss internationaler Literatur ist die psychische Gesundheit der Stadtbevölkerung im Allgemeinen schlechter als die der Landbevölkerung. Dies wurde auf Umweltfaktoren wie Lärm oder Umweltverschmutzung sowie auf soziale Risikofaktoren wie einen niedrigeren sozioökonomischen Status zurückgeführt (Adli & Schondorf, 2020; Gruebner et al., 2017). Die Analysen der SGB 2022 zeigten entsprechende Unterschiede hinsichtlich selbstberichteter Depression bzw. Angststörung (in den letzten 12 Monaten): 9% der städtischen Bevölkerung berichtete von einer Depression, 11% von einer Angststörung im Vergleich zur ländlichen Bevölkerung mit Anteilen von 7% bzw. 8%. Bezüglich der Symptome einer Depression bzw. einer GAD liess sich nur eine Tendenz zu mehr Symptomen bei Personen in der Stadt und weniger Symptomen bei Personen auf dem Land feststellen (bei überschneidenden Vertrauensintervallen). Für mehr Informationen zum Thema, vgl. Kapitel 8 Gebaute und natürliche Umwelt.

LGBT-Personen

In Übereinstimmung mit internationalen Studien zeigen auch Studien aus der Schweiz, dass lesbische, schwule, bisexuelle, trans und non-binäre Personen von einem schlechteren psychischen Gesundheitszustand betroffen sind als die übrige Schweizer Bevölkerung (Hässler & Eisner, 2024; Krüger et al., 2022). Krüger et al. (2022) zeigten in ihrer Studie, dass die Prävalenz von Depressionen, Suizidgedanken und Suizidversuchen in der LGBT-Bevölkerung¹¹ deutlich höher war als bei der übrigen Schweizer Bevölkerung. Ausserdem waren die untersuchten psychischen und sozialen Ressourcen bei LGBT-Personen geringer ausgeprägt. Weder die individuelle geschlechtliche Identität noch die sexuelle Orientierung sind ursächlich für diese Unterschiede in der psychischen Gesundheit, vielmehr spielen äussere Faktoren (z. B. Schikanierung, Bullying, keine Akzeptanz) und der gesellschaftliche Kontext eine zentrale Rolle. Dies gilt auch für internalisierte Homo-, Bi- oder Transnegativität (Krüger et al., 2022; van Stein et al., 2023). «Inwieweit Menschen ihr Geschlecht, ihre Sexualität und ihre Lebensform selbstbestimmt und frei leben können und mit welchen gesellschaftlichen Ressourcen, Teilhabechancen und Diskriminierungen dies verbunden ist, beeinflusst ihre Lebenslagen und damit auch ihre gesundheitliche Situation.» (Pöge et al., 2020, S.3).

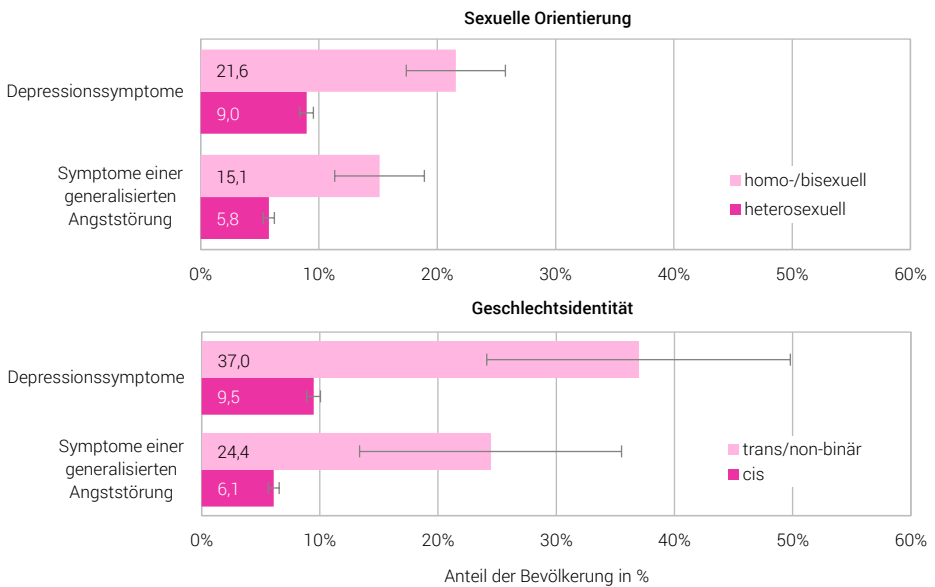
Mit der Abkürzung LGBT werden zwei unterschiedliche Dimensionen einer Person zusammengefasst, die sexuelle Orientierung (LGB) und die Geschlechtsidentität (T). Es handelt sich um eine heterogene Gruppe von Personen, die aber alle einer Minderheit zugehören.

¹¹ Die Abkürzung «LGBTIQ+» umfasst zusätzlich intergeschlechtliche (bezieht sich auf die Geschlechtsmerkmale) und queere Personen (Sammelbegriff für sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten, die sich nicht an einer heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit orientieren). Diese Personengruppen wurden in den erwähnten Erhebungen nicht untersucht.

Die Daten der SGB 2022 erlauben Analysen abhängig von der sexuellen Orientierung (homo-/bisexuell im Vergleich mit heterosexuell) und der Geschlechtsidentität (trans/non-binär im Vergleich mit cis). Die Ergebnisse stimmen mit den oben erwähnten Ergebnissen aus der internationalen und Schweizer Literatur überein. Homo-/bisexuelle Personen nannten im Vergleich zu heterosexuellen Personen mehr als doppelt so häufig Symptome einer Depression bzw. einer generalisierten Angststörung (G1.10). Noch deutlicher waren die Ergebnisse zur Frage nach einer Depression bzw. Angststörung in den letzten 12 Monaten. Diese bejahten trans/nonbinäre Personen 3- bis 5-mal so häufig wie cis Personen. Deutliche Gruppenunterschiede fanden sich auch für Suizidgedanken (vgl. Peter & Tuch, 2024).

Homo- und bisexuelle Personen und noch deutlicher trans und nonbinäre Personen waren in ihrer Lebensqualität und bezüglich Energie und Vitalität im Vergleich zu den Vergleichspersonen deutlich häufiger benachteiligt.

(Mittel-)schwere Symptome einer Depression / generalisierten Angststörung, nach sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, 2022 **G1.10**



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Betreuende Angehörige

Eine schweizweite Studie schätzte den Anteil der betreuenden Angehörigen ab 16 Jahren auf 7,6%, wobei die 50- bis 64-Jährigen den Hauptanteil ausmachten (rund 40%) und die Frauen etwas mehr als die Hälfte (rund 54%; Otto et al., 2019). Auf die jüngeren Betreuenden, die «young carers», wird im Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eingegangen. Die erwachsenen betreuenden Angehörigen schätzten ihre Gesundheit tendenziell schlechter ein als die durchschnittliche Bevölkerung. Knapp 27% berichteten bei den subjektiven Belastungen von Problemen mit der psychischen Gesundheit. Neben negativen wurden aber auch positive Aspekte der Betreuung genannt (z. B. Hilfreiches gelernt zu haben, stolz auf sich zu sein). In der internationalen Literatur sind die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von pflegenden/betreuenden Angehörigen gut dokumentiert, z. B. Depressionen, Ängste, Schlaflosigkeit und soziale Defizite (Gerain & Zech, 2019; Otero et al., 2019). Dasselbe gilt auch für die positiven Auswirkungen wie Befriedigung und Wachstum (Beach et al., 2000; Pristavec, 2019). Pflegende Angehörige, die der Situation auch positive Aspekte abgewinnen konnten, berichteten über weniger Depressionen (Haley et al., 2003). Gemäss einer Befragung im Jahr 2023 in der Deutsch- und der französischsprachigen Schweiz waren 59% schon einmal in der Rolle eines Angehörigen von einem psychisch erkrankten Familienmitglied oder haben eine psychisch erkrankte Person aus dem sozialen Umfeld aktiv unterstützt. Und 73% der Personen, die ein Familienmitglied unterstützt haben oder noch unterstützen, berichteten, dass die Unterstützung für sie eine psychische Belastung war bzw. ist (Sotomo, 2024).

Gemäss SGB 2022 haben 1,2% der Befragten jemandem aufgrund gesundheitlicher Probleme während mind. 12 Monaten mehrmals pro Woche geholfen.¹² Von den betreuenden Angehörigen gaben 15% an, in den letzten 12 Monaten eine Depression gehabt zu haben und 17% berichteten von einer Angststörung. Bei den Befragten ohne entsprechende Betreuungsaufgabe waren es 8% bzw. 10%. Bei nicht Betreuenden lag der Anteil mit (sehr) guter Lebensqualität bei 92%, bei Personen mit Betreuungsaufgaben war der Anteil tiefer und lag bei 83%.

¹² Personen, die über mind. 12 Monate jemandem aufgrund gesundheitlicher Probleme geholfen haben (alle Leistungen, nicht nur Pflege), mind. mehrmals pro Woche, mind. 11 h/Woche

1.5 Diskussion/Fazit

Wie geht es der Schweizer Bevölkerung psychisch? Die Antwort auf diese Frage ist vielschichtig. So schätzen 2022 über 90% ihre Lebensqualität als (sehr) gut ein. Viele sind glücklich (rund 70%), sehr zufrieden mit ihrem Leben (33%) und sehen einen Sinn in ihrem Leben (37%). Gleichzeitig sind psychische Erkrankungen weit verbreitet, treten häufig gemeinsam auf und gehen oft mit körperlichen Beschwerden einher. Dies spiegelt möglicherweise die zwei Dimensionen der psychischen Gesundheit nach Keyes wider und spricht für die Verwendung unterschiedlicher Indikatoren, um den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung abzubilden. Die Schätzungen zur Häufigkeit psychischer *Erkrankungen* basieren auf älteren, regionalen Studien und die Zahlen variieren stark. Eine integrierende Gesamtaussage für die Schweiz oder ein internationaler Vergleich ist deshalb schwierig. Es ist aber davon auszugehen, dass in der Schweiz rund 20–40% der Menschen im Laufe ihres Lebens einmal die Kriterien einer Depression erfüllen, jede vierte Person einmal die Kriterien einer Angststörung und jede sechste Person die Kriterien einer substanzbedingten Störung. Bei solch hohen Zahlen stellt sich die Frage nach der klinischen Bedeutsamkeit einzelner Diagnosen. Insbesondere bei Depressionen scheint es möglich, dass einige Diagnosen nicht als medizinische Erkrankung, sondern eher als normale, vorübergehende Belastungsreaktion zu verstehen sind (Parker, 2007). Auch wenn Diagnosen nicht den Behandlungsbedarf widerspiegeln (Dowrick & Frances, 2013), kann je nach Leidensdruck der betroffenen Person eine gezielte Unterstützung sinnvoll sein.

Aktuellere Zahlen zum psychischen Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung basieren fast ausschliesslich auf Erhebungen und Einzelstudien, welche auf Selbsteinschätzungen beruhen. Diese ermöglichen Aussagen über selbstberichtete *Symptome* oder *Erkrankungen*, diagnostische Erkenntnisse lassen sich daraus jedoch nicht ableiten. Ein direkter Vergleich mit den älteren Ergebnissen ist nicht möglich. Die Studien zeigen jedoch, dass die psychische Belastung der Allgemeinbevölkerung mit der Covid-19-Pandemie zugenommen, sich aber mit dem Ende der Pandemie weitgehend erholt hat. Allerdings gab es grosse Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen. So berichteten 2022 immer noch viele 15- bis 24-jährige Frauen von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen oder Symptomen einer GAD (26% bzw. 18%). Zahlen aus demselben Jahr zeigen, dass sozio-ökonomische Faktoren, wie eine angespannte finanzielle Lage oder ein geringes Bildungsniveau, mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Verbindung stehen (siehe auch Kapitel 5 Sozialer Kontext). Ähnliches zeigt sich bei Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa oder Ost- und Südosteuropa oder bei lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans und non-binären Personen sowie bei betreuenden Angehörigen. Viele Personen sind auch von einer leichteren Symptomatik betroffen (z. B. leichte Depressionssymptome: 26%). Diese können sich festsetzen und chronifizieren, weshalb sie nicht automatisch als unproblematisch

interpretiert werden sollten (z. B. Penttilä et al., 2014). Die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz kann im Vergleich zu den anderen Altersgruppen eher positiv beurteilt werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass gerade kranke ältere Menschen in vielen Erhebungen nicht befragt werden (z. B. in Pflegeheimen, Kliniken). Die Zahl der assistierten Suizide hat bei Personen im höheren Alter stark zugenommen, und die Suizidrate bei Männern ab 75 Jahren ist in der Schweiz am höchsten.

Wie sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung der Schweiz seit Ende der Pandemie im Jahr 2022 entwickelt hat, lässt sich nicht einschätzen, da es für 2023 (noch) kaum Daten gibt. Daten zur Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychologischen Versorgungsangeboten sind nicht geeignet, um Aussagen über die Verbreitung psychischer Erkrankungen zu machen (siehe Kapitel 11 Versorgung). Eine kontinuierliche Berichterstattung ausgewählter Kernindikatoren, die mit validen und international gebräuchlichen Instrumenten erhoben werden, würde eine verlässliche Einschätzung der aktuellen Situation ermöglichen. Die Verwendung einer Auswahl derselben Instrumente in weiteren Erhebungen, die nicht spezifisch auf die psychische Gesundheit ausgerichtet sind (im Sinne des Ansatzes «health in all policies»), würde zusätzliche Vergleiche der Ergebnisse erlauben. Um die Auswirkungen einer Krisensituation abzubilden, sind regelmässige Datenerhebungen erforderlich. Ein 5-Jahres-Rhythmus wie bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ist dafür wenig geeignet. In Deutschland wurde mit dem Aufbau einer nationalen Mental Health Surveillance seit 2019 ein entsprechender Ansatz verfolgt (<https://edoc.rki.de/handle/176904/9115>). Ein Teil der Arbeiten wurde bis Ende 2024 im Zuge des Aufbaus einer übergreifenden Überwachung nichtübertragbarer Erkrankungen fortgeführt (vgl. www.rki.de/mhs).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass weiterhin Anstrengungen angebracht sind, die psychische Gesundheit zu fördern und zu stärken. Das gilt insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die psychisch stark belastet sind. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die viele Sektoren, wie das Gesundheitssystem, Bildungs- oder Erwerbssystem betreffen (siehe z. B. Kapitel 5 Sozialer Kontext, Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit).

1.6 Literaturverzeichnis

- Acciai, F., & Hardy, M. (2017). Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Social Science Research*, 68, 163–175. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.08.003>
- Adli, M., & Schondorf, J. (2020). Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 63(8), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w>
- Ahnquist, J., & Wamala, S. P. (2011). Economic hardships in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009. *BMC Public Health*, 11, 788. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-788>
- Ajdacic-Gross, V., Aleksandrowicz, A., Rodgers, S., Mutsch, M., Tesic, A., Müller, M., Kawohl, W., Rossler, W., Seifritz, E., Castelao, E., Strippoli, M. F., Vandeleur, C., von Kanel, R., Paolicelli, R., Landolt, M. A., Wittthauer, C., Lieb, R., & Preisig, M. (2016). Infectious, atopic and inflammatory diseases, childhood adversities and familial aggregation are independently associated with the risk for mental disorders: Results from a large Swiss epidemiological study. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 419–430. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.419>
- Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., Hengartner, M. P., Aleksandrowicz, A., Kawohl, W., Heekeren, K., Rössler, W., Angst, J., Castelao, E., Vandeleur, C., & Preisig, M. (2016). Pure animal phobia is more specific than other specific phobias: Epidemiological evidence from the Zurich Study, the ZInEP and the PsyCoLaus. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(6).
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–1078.
- Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *British Journal of Psychiatry*, 187, 495–496. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.6.495>
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rossler, W., & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(2), 68–76. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006278>
- 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. <https://doi.org/10.1017/S204579601500027X>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVt-Verlag.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association.
- Asselmann, E., Beesdo-Baum, K., Hamm, A., Schmidt, C. O., Hertel, J., Grabe, H. J., & Pane-Farre, C. A. (2019). Lifetime and 12-month prevalence estimates for mental disorders in northeastern Germany: findings from the Study of Health in Pomerania. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(3), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0911-5>
- Baer, N., & Cahn, T. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In K. Meyer (Ed.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (pp. 211–230). Hans Huber.
- Bartig, S., Bug, M., Koschollek, C., Kajikhina, K., Blume, M., Siegert, M., Heidemann, C., Walther, L., Neuhauser, H., & Hovener, C. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 66(10), 1071–1082. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and Aging*, 15(2), 259–271. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.259>
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Bericht des BR in Erfüllung zweier Postulate. (2024). *Wie steht es um die psychische Gesundheit in der Schweiz und wie kann sie zur Bewältigung künftiger Krisen gestärkt werden? Erkenntnisse aus der Covid-19-Pandemie* (Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 21.3234 Hurni vom 17. März 2021 und 21.3457 WBK-NR vom 15. April 2021). <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20213234/Bericht%20BR%20D.pdf>
- BFS. (2016). *Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.3902305.html>
- Bortz, J. (1993). *Statistik. Für Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag.

- Bretschneider, J., Janitz, S., Jacobi, F., Thom, J., Hapke, U., Kurth, T., & Maske, U. E. (2018). Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry*, 18(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1973-7>
- Brügger, L., Hermann, M., & Wenger, V. (2024). *Wie geht es Ihnen? CSS Gesundheitsstudie 2024*.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2024). *ICD-10-GM Version 2024*. Retrieved 05.09.2024 from <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f40-f48.htm>
- Burke, J. D., Wittchen, H. U., Regier, D. A., & Sartorius, N. (1990). Extracting Information From Diagnostic Interviews on Co-Occurrence of Symptoms of Anxiety and Depression. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 649–667). American Psychiatric Press.
- Burla, L. (in press). *Health Equity Report* (Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit).
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2017). *Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen*. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46834&Load=true>
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
- de Zwaan, M., Gruss, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., Hilbert, A., & Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 79–86. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0211-9>
- Dowrick, C., & Frances, A. (2013). Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*, 347, f7140. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7140>
- Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., & Mohler-Kuo, M. (2014). Prevalence of and associated factors for adult attention deficit hyperactivity disorder in young Swiss men. *PLoS ONE*, 9(2).
- Eurostat. (2024). *Tod durch Selbstmord, nach Geschlecht*. Retrieved 18.04.2024 from <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=de>
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C., Gale, T., Rössler, W., & Angst, J. (2013). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 188–196. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.777745>
- Fusar-Poli, P., de Salazar, P. G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392, 1859–1922
- Gerain, P., & Zech, E. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- Glaesmer, H., Schönfelder, A., & Wagner, B. (2022). Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext von Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen – Theoretische Hintergründe und praktische Implikationen. *Trauma & Gewalt*, 2, 92–107.
- Glaus, J., Vandeleur, C., Gholam-Rezaee, M., Castela, E., Perrin, M., Rothen, S., Bovet, P., Marques-Vidal, P., von Kanel, R., Merikangas, K., Mooser, V., Waterworth, D. M., Waeber, G., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2013). Atypical depression and alcohol misuse are related to the cardiovascular risk in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(4), 282–293. <https://doi.org/10.1111/acps.12057>
- Gondek, D., Vandecasteele, L., Sanchez-Mira, N., Steinmetz, S., Mehmeti, T., & Voorpostel, M. (2024). The COVID-19 pandemic and wellbeing in Switzerland-worse for young people? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00760-w>
- Government of Canada. (2023). *Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework*. Retrieved 22.10.2024 from <https://health-infobase.canada.ca/positive-mental-health/Index>
- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*.

- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 215–224. <https://doi.org/10.1089/109662103764978461>
- Hapke, U. (2020). Psychische Gesundheit in Deutschland. In V. Scherenberg & J. Pundt (Eds.), *Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?* (pp. 25–40). APOLLON University Press.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H. U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354–360.
- Hässler, T., & Eisner, L. (2024). *Schweizer LGBTIQ+ Panel – 2023 Jahresbericht*. www.schweizer-lgbtiq-panel.ch
- Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N., & Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 114. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-114>
- Hewer, W., & Schneider, F. (2017). Somatische Morbidität psychisch Kranker. In F. Schneider (Ed.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2. Auflage* (pp. 571–582). Springer.
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837–861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- infodrog. (2024). *Substanzgebunden | Substanzungebunden*. Retrieved 10.10.2024 from <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/substanzgebunden-substanzungebunden.html>
- Jacobi, F., Becker, M., Mullender, S., Bretschneider, J., Thom, J., & Fichter, M. M. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. (Band 1: Allgemeine Psychiatrie 1, Band 2: Allgemeine Psychiatrie 2, Band 3: Spezielle Psychiatrie 1, Band 4: Spezielle Psychiatrie 2)*. Springer Verlag.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., & Gaebel, W. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022). *Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Aktualisierte Übersichtsstudie*.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12096700>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kiselev, N., Morina, N., Schick, M., Watzke, B., Schnyder, U., & Pfaltz, M. C. (2020). Barriers to access to outpatient mental health care for refugees and asylum seekers in Switzerland: the therapist's view. *BMC Psychiatry*, 20(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02783-x>
- Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2022). *Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht*.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Sarlio-Lahteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1383–1399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.027>
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Keyes, C. L. M. (2013). Mental Health and Illness In Relation to Physical Health Across the Lifespan. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive Psychology. Advances in Understanding Adult Motivation*. Springer.
- Laux, G. (2003). Affektive Störungen: Einleitung und Übersicht. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7_49
- Laux, G. (2017). Depressive Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie. 5. erweiterte und neu bearbeitete. Aufl., . Springer-Verlag*.

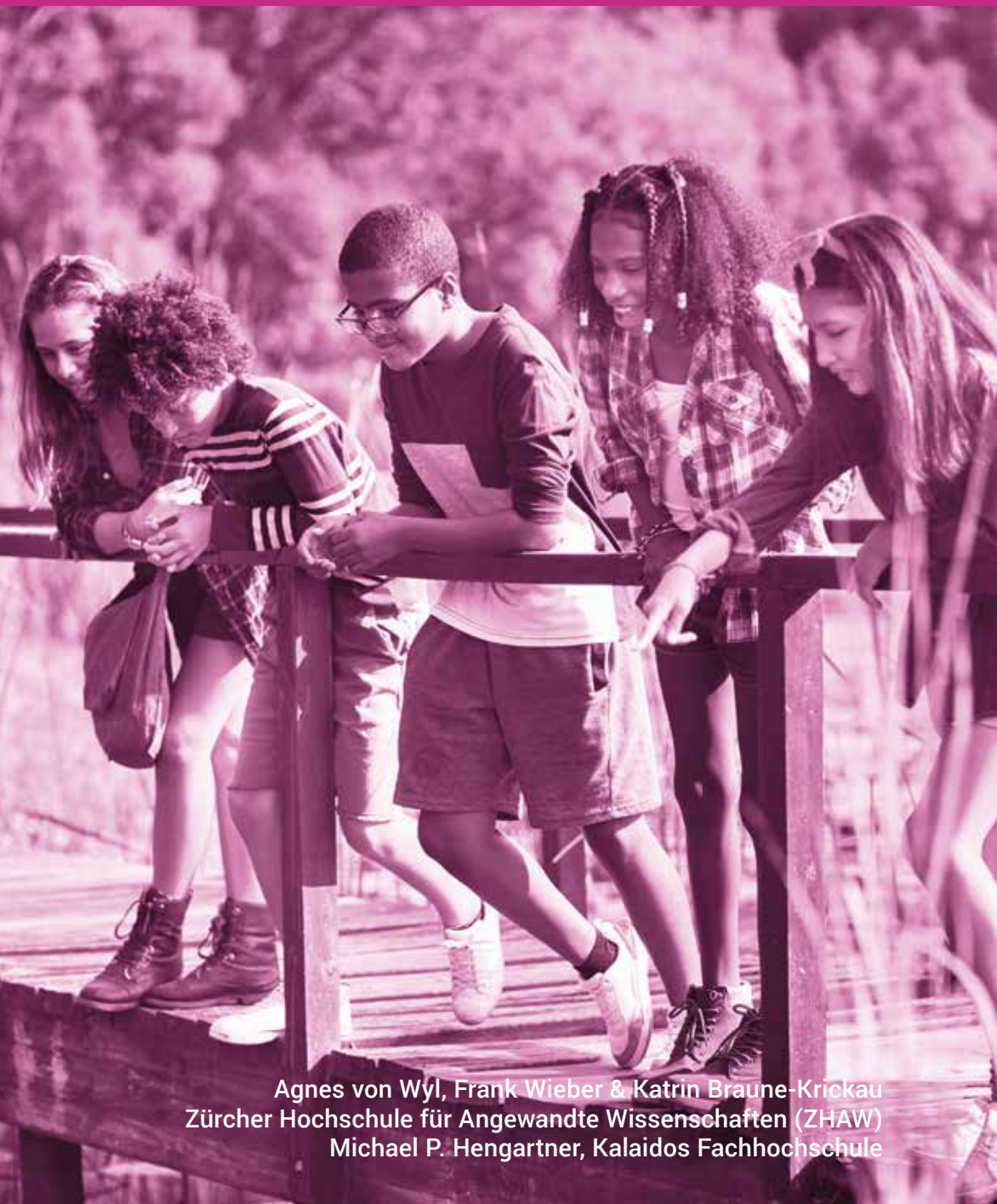
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In *Gesundheitspsychologie* (pp. 7–12). Springer.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., Druss, B., Dudek, K., Freeman, M., Fujii, C., Gaebel, W., Hegerl, U., Levav, I., Munk Laursen, T., Ma, H., Maj, M., Elena Medina-Mora, M., Nordentoft, M., Prabhakaran, D., ... Saxena, S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30–40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Lorenzo-Luaces, L. (2015). Heterogeneity in the prognosis of major depression: from the common cold to a highly debilitating and recurrent illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(6), 466–472. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000542>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Luzerner Psychiatrie. (2024). *Essstörungen*. Retrieved 06.09.2024 from <https://www.lups.ch/homepage/krankheitsbilder/essstorungen/>
- Marmet, S., & Gmel, G. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz.
- Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz – Screening für problematischen Alkoholkonsum im Jahre 2015*. Sucht Schweiz.
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., Florescu, S., ... al., e. (2020). Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>
- Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13).
- Möller-Leimkühler, A. M. (2022). Gender und psychische Störungen: Fokus Männer. In J. Siegrist, U. Stössel, & A. Trojan (Eds.), *Medizinische Soziologie in Deutschland*. Springer VS
- Gesundheit und Gesellschaft. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5>
- Möller-Leimkühler, A. M., Heller, J., & Paulus, N. C. (2007). Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 98(1–2), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.007>
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., Benros, M. E., Borglum, A. D., Christensen, M. K., Dalsgaard, S., Degenhardt, L., de Jonge, P., Debost, J. P. G., Fenger-Gron, M., Gunn, J. M., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Kessler, R. C., Laursen, T. M., Lim, C. C. W., Mors, O., Mortensen, P. B., ... McGrath, J. J. (2020). Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *The New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721–1731. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915784>
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., & Gianola, G. (2018). *Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen* (Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Issue.
- Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM – Population Health*, 7.
- Notari, L., Al Kurdi, C., Delgrande Jordan, M., & Sivanesan, N. (2022). *Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiel, Sexualverhalten, Kaufverhalten, soziale Medien und Internet: Suchtverhalten ohne Substanz? Auslegeordnung zu wissenschaftlichen Evidenzen, Terminologie, Messskalen und Prävalenzen*.
- Otero, P., Torres, A. J., Vazquez, F. L., Blanco, V., Ferraces, M. J., & Diaz, O. (2019). Does the Disease of the Person Receiving Care Affect the Emotional State of Non-professional Caregivers? *Frontiers in Psychology*, 10, 1144. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01144>
- Otten, D., Heller, A., Schmidt, P., Beutel, M. E., & Brahler, E. (2024). Gender differences in the prevalence of mental distress in East and West Germany over time: a hierarchical age-period-cohort analysis, 2006–2021. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(2), 315–328. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02479-z>

- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung (Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit)*.
- Parker, G. (2007). Is depression overdiagnosed? Yes. *BMJ*, 335(7615), 328. <https://doi.org/10.1136/bmj.39268.475799.AD>
- PDAG. (2024). *Persönlichkeitsstörungen*. Retrieved 06.09.2024 from <https://www.pdag.ch/fuer-patientinnen-patienten-und-angehoerige/krankheitsbilder/persoeneichkeitsstoerungen>
- Penttilä, M., Jaaskelainen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettinen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88–94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castela, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 447–457. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0762-3>
- Peter, C., & Tuch, A. (2024). *Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022* (Obsan Bulletin 8/2024).
- Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit - Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023).
- Plana-Ripoll, O., Bøcker Pedersen, C., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Neergaard Greve, A., Gunn, J., Moesgaard Iburg, K., Vedel Kessing, L., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., . . . McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259–270. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Planing, P. (2022). *Statistik Grundlagen*. Springer-Verlag. <https://statistikgrundlagen.de/ebook/>
- Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Guldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(Suppl 1), 2–27. <https://doi.org/10.25646/6449>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Preisig, M., Strippoli, M. F., & Vandeleur, C. L. (2020). PsyCoLaus: une étude prospective des liens entre la santé mentale et les maladies cardiovasculaires. *Praxis (Bern 1994)*, 109(1), 9–12. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003373> (PsyCoLaus: une étude prospective des liens entre la santé mentale et les maladies cardiovasculaires.)
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Masello, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Pristavec, T. (2019). The Burden and Benefits of Caregiving: A Latent Class Analysis. *Gerontologist*, 59(6), 1078–1091. <https://doi.org/10.1093/geront/gny022>
- Probst-Hensch, N., Imboden, M., Jeong, A., Keidel, D., Vermes, T., Witzig, M., Cullati, S., Tancredi, S., Noor, N., Rodondi, P. Y., Harju, E., Michel, G., Frank, I., Kahlert, C., Cusini, A., Rodondi, N., Chocano-Bedoya, P. O., Bardoczi, J. B., Stuber, M. J., . . . Corona Immunitas Research, G. (2024). Long-term trajectories of densely reported depressive symptoms during an extended period of the COVID-19 pandemic in Switzerland: Social worries matter. *Comprehensive Psychiatry*, 130, 152457. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152457>
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Römer, K., & Rösler, M. (2013). [Standardised psychopathological rating scales for the diagnosis of ADHD in adults]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81(7), 381–389. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1335740> (Standardisierte Skalen zur strukturierten Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter.)
- Richter, D. (2020). Die vermeintliche Zunahme psychischer Erkrankungen – Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. *Psychiatr Prax*, 47, 349–351.
- Richter, D. (2023). Psychische Gesundheit während und nach der COVID-19-Krise. Haben psychische Probleme tatsächlich zugenommen? *sozialpsychiatrische informationen*, 4/2023, 23–27.
- Richter, D., & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 427–435. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Rodgers, S., Ajdacic-Gross, V., Kawohl, W., Müller, M., Rössler, W., Hengartner, M. P., Castela, E., Vandeleur, C., Angst, J., & Preisig, M. (2015). Comparing two basic subtypes in OCD across three large community samples: a pure compulsive versus a mixed obsessive-compulsive subtype. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(8), 719–734. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0594-0>

- Rosenfield, S., & Smith, D. (2009). Gender and mental health: do men and women have different amounts or types of problems? In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (pp. 256–267). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984945>
- Rössler, W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 11(48), 885–888.
- Rössler, W. (2016). Einleitung – Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP). In W. Rössler (Ed.), *Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung. Analysen, Konzepte, Erfahrungen aus dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP)* (pp. 11–20). W. Kohlhammer.
- Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., & Angst, J. (2013). Lifetime and 12-month prevalence rates of sub-clinical psychosis symptoms in a community cohort of 50-year-old individuals. *European Psychiatry*, 28(5), 302–307. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.05.001>
- Rössler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399–409. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.009>
- 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. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223–233. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>
- SAMW. (2021). *Medizin-ethische Richtlinien: Umgang mit Sterben und Tod*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Sartorius, N. (2013). Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century. *Psychiatra Danubina*, 25 Suppl 1, 4–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806962>
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Thieme.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020, Issue).
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2022). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19* (Obsan Bulletin 2/2022, Issue). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-04/Obsan_BULLETIN_2022_02_d.pdf
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2024). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2022*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). (2023). *Suizid und Suizidhilfe*. Retrieved 22.10.2024 from <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe>
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Hu, C., de Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150–158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>
- Shields-Zeeman, L., & Smit, F. (2022). The impact of income on mental health. *Lancet Public Health*, 7(6), e486–e487. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00094-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00094-9)
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295.
- Sotomo. (2024). *Stand by You Studie. Situation der Angehörigen und Vertrauten von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz*.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- 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*.
- Streiner, D. L., Patten, S. B., Anthony, J. C., & Cairney, J. (2009). Has 'lifetime prevalence' reached the end of its life? An examination of the concept. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(4), 221–228. <https://doi.org/10.1002/mpr.296>
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, 40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>

- Sulkes, S. B. (2024). *Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADHD)*. Retrieved 12.09.2024 from <https://www.msd-manuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/lern-und-entwicklungsst%C3%B6rungen/aufmerksamkeitsst%C3%B6rung-und-hyperaktivit%C3%A4t-add-adhd>
- Takayanagi, Y., Spira, A. P., Roth, K. B., Gallo, J. J., Eaton, W. W., & Mojtabai, R. (2014). Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 273–280. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3579>
- Tuch, A., & Schuler, D. (2020). Psychische Gesundheit. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Ed.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe Verlag. <https://www.gesundheitsbericht.ch/>
- Universitätsspital Zürich (USZ). (2024). *Angststörungen*. Retrieved 10.10.2024 from <https://www.usz.ch/krankheit/angststoerungen/>
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- van Stein, K. R., Kleinn, N., Randall, A. K., Lannutti, P. J., Gandhi, Y., Martos, T., Meuwly, N., Rosta-Filep, O., Siegel, M., Ditzgen, B., & Fischer, M. S. (2023). Internalisierte Transnegativität, Resilienzfaktoren und psychische Gesundheit in einer Stichprobe geschlechtlicher Minderheiten in Deutschland und der Schweiz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 52(4).
- Vandeleur, C. L., Strippoli, M. F., Castela, E., Gholam-Rezaee, M., Ferrero, F., Marquet, P., Aubry, J. M., & Preisig, M. (2017). The Lausanne-Geneva cohort study of offspring of parents with mood disorders: methodology, findings, current sample characteristics, and perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 1041–1058. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1382-0>
- 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(6), 709–715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Volz, H. P., Stirnweiss, J., Kasper, S., Moller, H. J., & Seifritz, E. (2023). Subthreshold depression – concept, operationalisation and epidemiological data. A scoping review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(1), 92–106. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2087530>
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: the Canadian National Population Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(5), 447–452. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090910>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110–119.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*.
- WHO (2003). *Investing in Mental Health*.
- WHO (2019, 28 November 2019). *Mental disorders*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- WHO (2021). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Europa. (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz vom 12.–15. Januar 2005 in Helsinki*. <https://iris.who.int/handle/10665/326562>
- WHO Europe. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. <https://de.readkong.com/page/psychische-gesundheit-faktenblatt-der-wert-der-8872508>
- Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 303–307. <https://doi.org/10.1159/000086321>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9).
- Wright, E., Pagliaro, C., Page, I. S., & Diminic, S. (2023). A review of excluded groups and non-response in population-based mental health surveys from high-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(9), 1265–1292. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02488-y>

02 Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen



Agnes von Wyl, Frank Wieber & Katrin Braune-Krickau
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Michael P. Hengartner, Kalaidos Fachhochschule

Kernaussagen

- Von den 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz haben im Jahr 2022 67% ein mittleres bis gutes psychisches Wohlbefinden. Die Werte der Mädchen sind niedriger und sinken zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr in stärkerem Ausmass als bei den Jungen.
- Gleichzeitig sind Beschwerden nicht selten: Der Anteil der 11- bis 15-Jährigen mit multiplen wiederkehrenden oder chronischen psychoaffektiven Beschwerden (z. B. Traurigkeit, Müdigkeit, Ängstlichkeit, schlechte Laune, Nervosität, Gereiztheit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten) stieg seit 2018 auf 47% im Jahr 2022 an, wobei 13- und 15-jährige Mädchen besonders betroffen waren.
- Neun von zehn 16- bis 25-Jährigen sind mit ihrem Leben zufrieden. Gleichzeitig empfindet ein Drittel der männlichen und gut die Hälfte der weiblichen 16- bis 25-Jährigen geringe Kontrollüberzeugungen sowie niedrige Energie und Vitalität.
- Rund ein Fünftel der 16- bis 25-Jährigen berichtet von mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen, wovon besonders junge Frauen betroffen sind. Seit 2017 stiegen Symptomaten von Depression und generalisierten Angststörungen.
- Der Missbrauch starker Schmerzmittel und Psychopharmaka bei 16- bis 25-Jährigen stellt ein ernstes Problem dar, insbesondere bei Mischkonsum mit Alkohol, den 8,8% der 15-jährigen Mädchen bereits ausprobiert haben.
- In den Jahren vor und während der Corona-Pandemie verschlechterte sich die psychische Gesundheit über alle Altersgruppen hinweg. Die psychischen Beschwerden nahmen zu, wobei das weibliche Geschlecht stärker betroffen scheint. Inwieweit die Pandemie für diese Entwicklung verantwortlich ist, kann allerdings nicht abschliessend geklärt werden.
- Zwei Drittel der ca. 17 000 in einer sozialpädagogischen Einrichtung fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen sind durch häusliche Gewalt, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch traumatisiert. Drei Viertel sind von externalisierenden oder internalisierenden psychischen Erkrankungen betroffen.
- Verlässliche epidemiologische Quer- und Längsschnittdaten zu psychischen Krankheiten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen fehlen. Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren fehlen gänzlich.

2.1 Einleitung

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Epidemiologie psychischer Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz. Es gliedert sich in die Abschnitte «Frühe Kindheit», «Schulalter» sowie «Jugendalter und junges Erwachsenenalter». Da die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nur vor dem Hintergrund von Entwicklungsprozessen und -anforderungen zu verstehen ist, werden einleitend zu jedem Altersabschnitt die wichtigsten Entwicklungsschritte zusammengefasst. Der frühen Kindheit wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Auf die frühe Kindheit folgt das Schulalter, das die Altersspanne von 6 bis 15 Jahren umfasst. Befragungen in diesem Altersabschnitt finden vor allem an Schulen statt. Die Altersgruppe der 16- bis 25-Jährigen wird im Kapitel «Jugendalter und junges Erwachsenenalter» zusammengefasst. Der englische Begriff «Youth» entspricht dieser Altersgruppe besser. In einem zusätzlichen Kapitel wird auf einige Fokusthemen eingegangen, die vor allem in der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wichtig sind, aber auch jüngere Kinder betreffen können.

In jedem Kapitel wird mit den in der Schweiz vorhandenen Daten ein Überblick über die Epidemiologie der psychischen Gesundheit gegeben. Die leitende Frage lautet: Wie geht es Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz psychisch? Um die Frage zu beantworten, wurde – aufbauend auf vorherigen Literaturarbeiten zu Themen wie dem Obsan-Dossier 62 (von Wyl et al., 2017), dem nationalen Gesundheitsbericht (Tuch & Schuler, 2020) und der Omnibuserhebung 2022 (Peter et al., 2023) – eine breite Internet- und Literaturrecherche durchgeführt, die sowohl Fachdatenbanken als auch Forschungsberichte umfasste und beim Fehlen von Daten auch im angrenzenden Ausland gesucht hat.

Seit den letzten Überblicksberichten stellte die Corona-Pandemie eine einschneidende Zäsur im Alltag der Kinder und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen dar. Es wurde eine Vielzahl von Befragungen zum Wohlbefinden und zur psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie durchgeführt. Um eine Belastungszunahme beschreiben zu können, legt das vorliegende Kapitel den Schwerpunkt auf aktuelle Verlaufsstudien (d. h. Studien über einen längeren Zeitraum hinweg). Nur ausnahmsweise werden zum Vergleich Querschnittstudien (d. h. einmalige Studien) von vor der Corona-Pandemie hinzugezogen. Es wird auch auf fehlende Daten hingewiesen.

2.2 Frühe Kindheit

Entwicklungsprozesse in der frühen Kindheit

Die ersten fünf Lebensjahre umfassen das Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter. Die Entwicklung in diesen Jahren vollzieht sich – eingebettet in die Beziehungswelt des Kindes – auf der Basis neurologischer Reifung und körperlichen Wachstums. Sie ist bezüglich Geschwindigkeit, Komplexität und dem Wechselspiel von Entwicklungsprogression und Entwicklungskrisen einzigartig (Brazelton, 1998; Jenni, 2021). Die Entwicklung verläuft zwar in der Regel entlang der Entwicklungsmeilensteine in einer ähnlichen Abfolge. Bezüglich Intensität verschiedener Entwicklungsphänomene und Entwicklungstempi bestehen jedoch grosse Unterschiede zwischen den Einzelpersonen. Auch können sich verschiedene Entwicklungsprozesse innerhalb eines Kindes unterschiedlich schnell und stark vollziehen (Benz & Scholtes, 2015; Jenni, 2021). Zentrale Entwicklungsprozesse betreffen Fein- und Grobmotorik, Kognition, soziale Kommunikation und Sprache, Emotionsausdruck und -verständnis, Entwicklung von Selbstwahrnehmung und Empathie sowie die Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Eine besondere Rolle spielt der Übergang von der Co- zur Selbstregulation bezüglich körperlicher und affektiver Zustände (Schlaf, Nahrungsaufnahme, Nahrungsausscheidungen, Beruhigung; Kiel et al., 2024). Einen zentralen Aspekt der Selbstregulation stellt die Emotionsregulation dar, die während der ersten Lebensjahre zunehmend spezifischer und zielgerichteter wird und kindliche Anpassungsprozesse unterstützt (Holodynski, 2006; Silkenbeumer et al., 2016). Zwischen Bezugsperson und Säugling etabliert sich im ersten Lebensjahr eine Bindungsbeziehung. Der Säugling entwickelt Bindungsmuster, die verschiedene Aspekte der psychischen Entwicklung prägen (Crittenden, 2016; Grossmann et al., 2006). Neben den beschriebenen grundlegenden Entwicklungsprozessen gibt es auch komplexe Entwicklungsschritte, deren Bewältigung kleine Kinder und ihre Eltern oft stark herausfordern. Sie betreffen beispielsweise die Autonomieentwicklung, die Sauberkeitsentwicklung sowie Trennungen von den Bezugspersonen, die Eingewöhnung in ausserfamiliäre Betreuungskontexte und die Integration in Gruppen von Gleichaltrigen (Zumbach-Basu, 2023).

Positive psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit kann an einer gelingenden sozialen und emotionalen Entwicklung, ebenso wie an der erfolgreichen Anpassung an altersgemässe kontextuelle Anforderungen, festgemacht werden. Sie umfasst die Fähigkeit kleiner Kinder, Emotionen zu erleben, zum Ausdruck zu bringen und zu regulieren, enge und sichere Beziehungen einzugehen, aber auch die Umwelt zu erfahren und zu lernen (Zeanah & Zeanah, 2001). Auch andere Entwicklungsbereiche, wie zum Beispiel die Motorik, können

eine Rolle für die psychische Gesundheit spielen. So haben kleine Kinder einen grossen Bewegungsdrang, der das Erforschen der Umwelt begünstigt (Jenni, 2021). Über die gesamte Altersspanne von 0 bis 5 Jahren liegen in der Schweiz kaum Daten zur psychischen Gesundheit vor. Dazu trägt bei, dass Säuglinge und Kleinkinder nicht zu ihrer psychischen Verfassung befragt werden können. Diese muss indirekt über Elternbefragungen, Entwicklungsuntersuchungen oder Verhaltensbeobachtung erfasst werden.

Die Bewältigung wichtiger Übergänge, wie zum Beispiel der Kindertarteneintritt, geben indirekte Hinweise auf die psychische Gesundheit (O'Connor, 2017). So gelang es drei Viertel der Kinder einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 255 Kindern aus verschiedenen Kindergärten im Kanton Bern gemäss Einschätzung durch die jeweilige Lehrperson gut, sich im Kindergarten einzugewöhnen (Carigiet et al., 2020).

Psychische Erkrankungen und Symptome

In Bezug auf allgemeine Belastungen und Symptome zeigte die oben erwähnte Studie zum Kindertarteneintritt (Carigiet et al., 2020) basierend auf einer Eltern-Einschätzung, dass knapp 15% der Kinder im Alter zwischen 4 und 5 Jahren Symptome (beispielsweise emotionale Probleme oder Verhaltensprobleme) in verschiedenen Bereichen der kindlichen Anpassung haben, ausgehend von der deutschen Normierungsstichprobe (Woerner et al., 2002) entweder im erhöhten (7,6%) oder im stark ausgeprägten Belastungsbereich (7,2%). Diese Symptome haben gemäss elterlicher Angaben bereits vor Kindertarteneintritt bestanden. In der *SPLASHY*-Studie (Messerli-Bürgy et al., 2016, N = 555) wurden die Eltern ebenfalls befragt. Bei 6,9% der Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren lagen zum Zeitpunkt der Erstbefragung 2014 klinisch relevante Verhaltensprobleme vor (definiert als Problemscore oberhalb der 90. Perzentile des untersuchten Samples) und bei 6,8% ein Jahr darauf (Stülz et al., 2019). Bei 3% der Kinder der Gesamtstichprobe und somit bei etwas weniger als der Hälfte der Kinder mit Verhaltensproblemen blieben diese Probleme zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten bestehen. Für jüngere Kinder sind keine epidemiologischen Erhebungen zu allgemeinen Belastungen und Symptomen in der Schweiz vorhanden.

Auch zu spezifischen Störungsbildern, die im Säuglings-, Kleinkind- und Kindertartentalter auftreten, wie Trennungsängsten, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sowie Ausscheidungs-, Anpassungs- oder Traumafolgestörungen liegen keine Angaben zu deren Prävalenz («Häufigkeit») vor. Mit Blick auf spezifische Störungsbilder in den ersten beiden Lebensjahren sind die sogenannten Regulationsstörungen als Symptomkomplex besonders relevant. Diese bezeichnen Schwierigkeiten des Säuglings in der Regulation körperlicher und affektiver Zustände. Sie äussern sich in Ein- und Durchschlafstörungen, Störungen der Nahrungsaufnahme und Schreistörungen (Benz & Scholtes, 2015). Im Rahmen der *SPLASHY*-Studie wurden 452 Eltern rückblickend mit Hilfe eines

Fragebogens zu Regulationsstörungen ihrer Kinder im Säuglingsalter befragt. Bei 18% der Kinder lag gemäss Elterneinschätzung im Säuglingsalter eine Regulationsproblematik vor, wobei am häufigsten von Schlafproblemen berichtet wurde, gefolgt von Fütter- und Schreiproblemen (Messerli-Bürky et al., Sinergia Studie CRS113, noch nicht publiziert). Eine etwas höhere Häufigkeit ergab sich in der 2015 durchgeführten KiD 0-3-Studie aus Deutschland. Dort berichteten 6251 Mütter bei 9,1% der Kinder (Durchschnittsalter = 14 Monate) von mindestens einem Anzeichen exzessiven Weinens, während bei weiteren 2% eine Schreistörung im engeren Sinne und bei 10,7% eine Einschlafproblematik vorlag (Lux et al., 2023).

Psychische Auffälligkeiten bei frühgeborenen Kindern

2023 kamen gemäss Bundesamt für Statistik (BFS, 2024) 6,2% der Kinder zu früh (vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) zur Welt. Früh- und noch stärker extrem frühgeborene Kinder (zwischen der 22. und 27. Schwangerschaftswoche) haben gemäss verschiedener internationaler Studien ein erhöhtes Risiko für Probleme der neurologischen Entwicklung sowie für emotionale oder Verhaltensprobleme. Auch ADHS-Symptome werden mit Frühgeburtlichkeit in Zusammenhang gebracht (Delobel-Ayoub et al., 2009; Elgen et al., 2012; Woodward et al., 2009).

Das *Swiss Neonatal Network* hat ein Register zur Erfassung von zu früh geborenen Kindern aus mehreren Geburtskliniken angelegt. Es liegen Daten zur Entwicklung dieser Kinder während der frühen Kindheit und dem Kindergartenalter vor. Die Eltern von 339 zwischen 2008 und 2011 zu früh geborenen Kindern wurden befragt, als die Kinder 5 Jahre alt waren (Bartal et al., 2020). Im Vergleich mit termingerecht geborenen Kindern zeigten die zu früh geborenen Kinder mehr emotionale Symptome wie zum Beispiel Ängste, Sorgen, Depressivität oder somatische Beschwerden (7,7% vs. 12,7%). Keine Unterschiede lagen hingegen zwischen beiden Gruppen bezüglich Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität, Verhaltensproblemen sowie Schwierigkeiten im Kontakten zu Gleichaltrigen oder prosozialem Verhalten vor.

Es gibt Hinweise auf ein eher hohes Vorkommen von Regulationsproblemen im Säuglingsalter (18%) und ein Auftreten verschiedener Symptome im klinisch auffälligen Bereich zwischen 6,8% und 7,2% im Alter von 2 bis 6 Jahren. Diese Daten basieren jedoch auf Elternbefragungen. Aktuelle Längs- und Querschnittsdaten zu diagnostizierten psychischen Störungen fehlen gänzlich. Dies trifft auch auf das Alter von 6 bis 10 Jahren zu.

2.3 Schulalter

Entwicklungsprozesse im Schulalter

Jenni (2021) beschreibt das Schulalter als wichtige Übergangsphase. Viele der frühkindlichen Entwicklungsprozesse erfahren im Schulalter eine Konsolidierung und Verfeinerung. Auch in diesem Altersbereich spielt die Fähigkeit zur Selbstregulation eine wichtige Rolle. Bedeutsam ist hier die willentliche Handlungskontrolle, die auch der verbesserten emotionalen Selbstregulation zugrunde liegt und erfolgreiche Anpassungsprozesse begünstigt (Eisenberg et al., 2010). Schulkinder sind zunehmend in der Lage, flexibel zu denken und komplexere Denkschemata anzuwenden. Die meta-kognitiven Fähigkeiten erweitern sich und die exekutiven Funktionen werden gestärkt (Jenni, 2021).

Für Schulkinder werden Freundschaften wichtiger. Sie sind aufgrund von sozial-emotionalen Entwicklungsfortschritten gut in der Lage, soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen (Eschenbeck & Knauf, 2018; Havighurst, 1972). Zugleich kommt auch dem Wettbewerb mit anderen Kindern eine immer grössere Bedeutung zu. Mit dem Schuleintritt stellen sich für die Kinder zudem durch die Interaktion mit ihrem erweiterten soziokulturellen Umfeld vielfältige neue Anforderungen. Kinder verbringen nun einen Grossteil der Tageszeit in der Schule, wo erwartet wird, dass sie sich an die schulischen Strukturen anpassen können. Die Kinder erwerben im Schulalter schulische Grundfertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen, für deren Beherrschung sie auch beurteilt werden. Neben personalen Ressourcen trägt eine entwicklungssensitive familiäre und soziale Unterstützung zu einer positiven Entwicklung sowie zum Erwerb von gesundheitsförderlichen Bewältigungsstrategien bei (Bengel et al., 2009; Eschenbeck & Knauf, 2018).

Mit dem Einsetzen der Pubertät bei Mädchen ab etwa 11 Jahren und bei Jungen ab etwa 13 Jahren beginnt eine Phase vielschichtiger Entwicklungsveränderungen. Diese betreffen einerseits körperliche Reifung und Wachstum und andererseits neurologische Umstrukturierungsprozesse insbesondere im limbischen System und präfrontalen Kortex. Sie kann mit vorübergehenden Einschränkungen bezüglich Handlungssteuerung und emotionaler Verarbeitung einhergehen (Konrad & König, 2018). Dies kann trotz kognitiver Fortschritte im abstrakt-logischen Denken dazu führen, dass insbesondere 13- bis 15-Jährige Risiken nicht angemessen einschätzen können, sehr offen für Einflüsse von Gleichaltrigen sind und oft impulsiv handeln. In diesem Alter beginnt auch ein Ablösungsprozess von der Familie. Menschen mit ähnlichen Erfahrungen («Peers») gewinnen an Bedeutung und werden hinsichtlich Selbstwert zunehmend zentral (Eschenbeck & Lohaus, 2022).

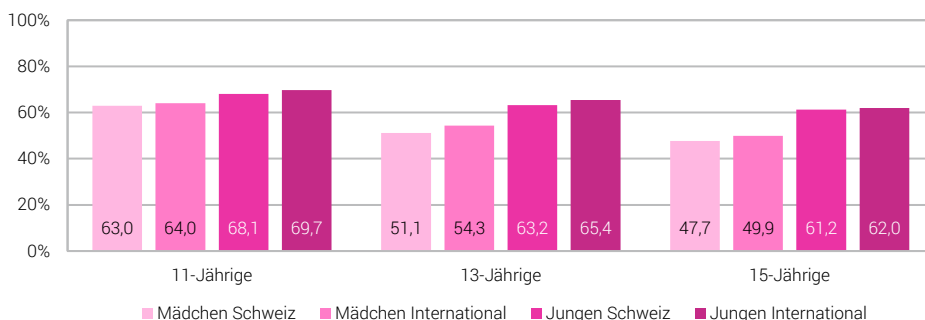
Positive psychische Gesundheit

In der Altersgruppe von 6 bis 10 Jahren fehlen repräsentative Daten zum Wohlbefinden. Für den Altersbereich von 11 bis 15 Jahren liefert die *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) Studie Daten, die seit 2002 alle vier Jahre in der ganzen Schweiz durchgeführt wird. An der HBSC-Studie 2022 nahmen insgesamt 9345 Schülerinnen und Schüler teil. Dabei wurde erstmals auch das emotionale Wohlbefinden erhoben: 67% der 11- bis 15-Jährigen (Jungen: ~77%; Mädchen: ~57%) schätzten ihr emotionales Wohlbefinden als mittel bis hoch ein, 33% als niedrig (Jungen: ~23%; Mädchen: ~43%). Im Vergleich mit 42 anderen Ländern in Europa, Zentralasien und Kanada (Cosma et al., 2023a) lagen die Schweizer Werte 2022 in Bezug auf das emotionale Wohlbefinden im Durchschnitt (G2.1). Mit wenigen Ausnahmen nahm das Wohlbefinden von Jungen und Mädchen in allen Ländern mit zunehmendem Alter von 11 bis 15 Jahren tendenziell ab, und Jungen berichteten häufiger von einem höheren Wohlbefinden als Mädchen. Als eines von acht Ländern hing in der Schweiz das Wohlbefinden nicht davon ab, wie wohlhabend die Familie ist.

Als weitere Indikatoren für die positive psychische Gesundheit erhob die HBSC-Studie die Lebenszufriedenheit und subjektive Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. In Bezug auf die berichtete Lebenszufriedenheit gaben 55% der 11- bis 15-Jährigen an, dass sie mit ihrem Leben sehr zufrieden sind. Dabei schätzten Jungen (~63%) ihre Lebenszufriedenheit häufiger als sehr hoch ein als Mädchen (~47%). 2018 war der Gesamtanteil der sehr zufriedenen Schülerinnen und Schüler mit 62% tendenziell höher, mit Anteilen von 66% bei den Jungen und 57% bei den Mädchen.

Emotionales Wohlbefinden, nach Alter, Geschlecht und Nationalität, 2022

G2.1



Anmerkung: Durchschnittliche Werte des emotionalen Wohlbefindens laut dem WHO-5-Index (0 = niedriges Wohlbefinden; 100 = hohes Wohlbefinden).

Quelle: Sucht Schweiz – HBSC, Cosma et al., 2023a

© Obsan 2025

Bezüglich der subjektiven Gesundheit schätzten insgesamt 85% der befragten Schülerinnen und Schüler ihre Gesundheit 2022 als gut oder sogar ausgezeichnet ein. Diese Zahlen sind bei Jungen in den letzten zwei Jahrzehnten auf einem ähnlichen Niveau geblieben (2002: 92,5%, 2014: 92,7%, 2018: 90,8% 2022: 89%). Bei Mädchen sind jedoch seit 2014 tendenziell tiefere Zahlen zu beobachten (2002: 91,8%, 2014: 90%, 2018: 86,1%, 2022: 80%). Der Anteil an Schülerinnen und Schülern in der Schweiz, die ihre Gesundheit 2022 als exzellent einschätzen, liegt im europäischen Durchschnitt (Cosma et al., 2023a).

Psychische Beschwerden/psychosomatische Komorbidität («Begleiterkrankungen»)

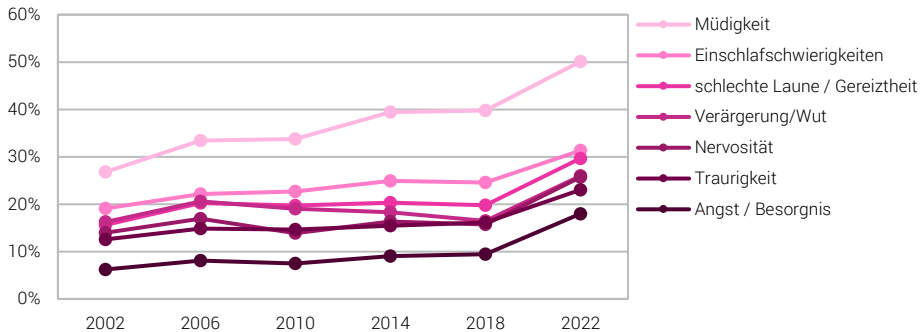
Die HBSC-Studie liefert ebenfalls für psychische Beschwerden und psychosomatische Komorbiditäten Angaben. Es wird erfragt, wie oft bestimmte psychoaffektive Beschwerden (Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Verärgerung, Ängstlichkeit und Einschlafschwierigkeiten) in den letzten sechs Monaten bei den Schülerinnen und Schülern aufgetreten sind. Während der Anteil mit mehrfachen psychoaffektiven Beschwerden von 2002 bis 2014 relativ stabil blieb, ist seit 2018 ein Anstieg zu verzeichnen (G2.2). Im Jahr 2018 berichteten 34% der befragten Schülerinnen und Schüler von mindestens zwei psychoaffektiven Beschwerden, 2022 mit 47% beinahe die Hälfte der Befragten (Balsiger et al., 2023). Dabei sind Geschlechtsunterschiede vorhanden: Der Anteil der betroffenen Schülerinnen beträgt 58%, der Anteil der betroffenen Schüler 35%. Der Anteil der betroffenen Mädchen ist über alle Altersgruppen hinweg höher als der der Jungen. Am stärksten ausgeprägt ist dieser Unterschied bei Traurigkeit (34% vs. 11%). Mit höherem Alter ist ein Ansteigen der Prävalenz der Beschwerden zu beobachten, besonders stark war dieser Anstieg bei der ältesten befragten Gruppe, bei den 13- bis 15-jährigen Mädchen (Delgrande Jordan et al., 2023).

Im Jahr 2022 wurde bei der HBSC-Umfrage das erste Mal das Erleben von psychischem Stress erhoben. Mit einem Wert von 6,6 auf einer Skala von 0 bis 16 lag der durchschnittliche Wert des erlebten psychischen Stresses während des letzten Monats auf einem moderaten Niveau, wobei der Wert bei den Mädchen höher war als bei den Jungen (7,2 vs. 5,9). Mit zunehmendem Alter stieg der Stress bei den Mädchen, jedoch nicht bei den Jungen (Delgrande Jordan et al., 2023).

Auch über alle europäischen Länder hinweg fällt die berichtete psychische Gesundheit der Schülerinnen zunehmend schlechter aus als die der Schüler. Dies gilt vor allem für die Erhebung 2022 im Vergleich zur Erhebung 2018.

Psychoaffektive Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern

G2.2



Anmerkung: Anteil Kinder und Jugendlicher (in Prozent) mit mehrmals wöchentlich oder täglich in den letzten sechs Monaten aufgetretenen Beschwerden.

2002: N=9288, 2006: N=9502, 2010: N=9869, 2018: N=10 970, 2022: N=9046

Quelle: Sucht Schweiz – HBSC

© Obsan 2025

Ausreichender und erholsamer Schlaf ist für immer mehr Kinder und Jugendliche ein Problem. Die Hälfte der 11- bis 15-Jährigen berichtet 2022, dass sie mehrmals wöchentlich oder täglich müde sind, was einer Steigerung um 10% gegenüber 2018 und beinahe einer Verdopplung gegenüber 2002 entspricht. Gleichzeitig sind auch alle weiteren psychoaffektiven Beschwerden in den vier Jahren seit 2018 zwischen 5% und 10% angestiegen. Somit berichten jetzt zwischen 18% und 30% der Kinder und Jugendlichen mehrmals pro Woche oder täglich über Probleme von Angst und Besorgnis bis hin zu schlechter Laune und Gereiztheit.

Psychische Erkrankungen und Symptome

Aktuelle repräsentative Zahlen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen von Schulkindern in der Schweiz aus epidemiologischen Studien, in denen das Vorliegen von psychischen Erkrankungen mit Hilfe diagnostischer Interviews abgeklärt wird, fehlen nach wie vor (vgl. von Wyl et al., 2017; Tuch & Schuler, 2020). Somit ist die *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology* (ZESCAP, z. B. Steinhausen et al., 1998), welche 1994 durchgeführt wurde, nach wie vor die aktuellste Studie. Weltweit wird die Prävalenzrate für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei Schulkindern im Alter von sechs bis elf Jahren auf 12,4% geschätzt (Polanczyk et al., 2015). Neuere repräsentative Daten für die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Europa liegen für die Altersgruppe der 5- bis 18-Jährigen vor: Sacco et al. (2022) berichten von einer Prävalenzrate von 15,5%. In beiden Publikationen handelt es sich um gemittelte Raten aus Punkt- und 12-Monatsprävalenzen.

Hingegen gibt es einige Studien zur Prävalenz (bezogen auf zwei Wochen) psychischer Symptome, in denen Screening-Instrumente, also Fragebögen, eingesetzt wurden. Als Trendstudie führt die Stadt Zürich seit 2007 alle fünf Jahre eine Befragung der Schülerinnen und Schüler der Regelklassen der zweiten Sekundarstufe zu ihrer Gesundheit durch. Die neuesten Daten stammen aus dem Jahr 2022 (Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste, 2023).

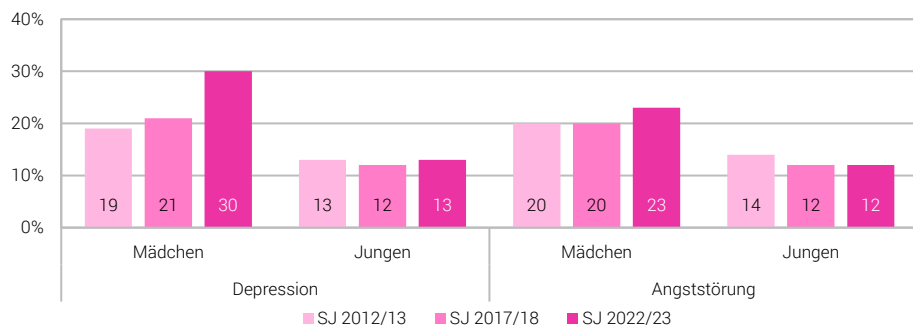
Im Jahr 2022 zeigten sich bei 22% der Schülerinnen und Schüler Hinweise auf eine Angststörung, bei 18% Hinweise auf eine Depression. Beide Beschwerden scheinen vermehrt gemeinsam vorzukommen: 12% der Schülerinnen und Schüler wiesen Hinweise für beide Erkrankungen auf, während bei 10% nur Hinweise auf eine Angststörung und bei 5% nur Hinweise einer Depression vorliegen. Bei Mädchen waren Hinweise auf eine Angststörung und/oder Depression häufiger als bei Jungen. Die Geschlechterunterschiede nahmen bei den Depressionen in den letzten zehn Jahren zu, bei den Angststörungen blieben sie in etwa bestehen (G 2.3).

Weitere Ergebnisse lieferte eine repräsentative Befragung von Schweizer Schulkindern im Alter von 12 bis 17 Jahren (Durchschnittsalter 15 Jahre) zu ihrer psychischen Gesundheit während der Corona-Pandemie (im Sommer 2020 bzw. 2021; Foster et al., 2023a). Untersucht wurden Symptome von Depression, Angststörung, oppositioneller Verhaltensstörung und ADHS mittels Screening-Instrumenten (bezogen auf 2 Wochen). In beiden Jahren wiesen die Symptome bei gut einem Drittel der Mädchen (2020 und 2021: 38,5%) und Jungen (2020: 33,6%; 2021: 29,9%) auf das Vorliegen psychischer Erkrankungen hin.

Hinweise für die Zunahme psychischer Symptome liefern ebenfalls die Befunde der Längsschnittstudie *MEDIATICINO*, welche 2014 erstmals eine Gruppe («Kohorte») von neun bis zehn Jahre alten Schülerinnen und Schüler des Kantons Tessin befragt hatte (Marciano, Schulz & Camerini, 2022a). Der Vergleich mit den Daten aus den Jahren 2019

Hinweise auf Depression/Angststörungen, nach Geschlecht

G2.3



Anmerkung: Anteile der befragten Stadtzürcher Schülerinnen und Schüler (in Prozent) mit Hinweisen auf eine Angststörung oder Depression. SJ = Schuljahr

Quelle: Gesundheitsbefragung der Stadt Zürich

© Obsan 2025

und 2020 zeigte, dass alle erhobenen psychischen Symptome – etwa einer Depression, Angststörung oder Zwangsstörung – sowie der Gesamtwert der psychischen Beschwerden im Vergleich von vor der Pandemie zu nach der Pandemie zugenommen haben (Marciano, Viswanath et al., 2022b).

In Übereinstimmung mit den Schweizer Befunden wurde auch auf europäischer Ebene eine Zunahme von Symptomen psychischer Belastung bei Schülerinnen und Schülern infolge der Pandemie festgestellt: In einer Meta-Analyse zur Veränderung von Symptomen einer Depression (Ludwig-Walz et al., 2022) sowie einer Angststörung (Ludwig-Walz et al., 2023) wurden auch zwei Studien mit kleineren Stichproben aus der Schweiz miteingeschlossen (Borbás et al., 2021; Ertanir et al., 2021). Die Autoren fanden über alle Länder hinweg eine Zunahme von Depressions- sowie Angstsymptomen sowie Länderunterschiede, bei denen strengere Einschränkungen mit einer Zunahme psychischer Symptome zusammenhingen.

Wie ging es den Schweizer Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen während der Corona-Pandemie?

Während der Corona-Pandemie wurden etliche Querschnitts-Erhebungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Vielfach wurde von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit und einer Zunahme von Symptomen psychischer Belastung und psychischen Beschwerden berichtet (siehe Dratva et al., 2022, für einen Überblick über verschiedene Studien). Bei Kindern im Vorschulalter wurde von den Eltern über eine Zunahme oppositionellen Verhaltens seit der Pandemie berichtet (Schmidt et al., 2021). Auch bei Kindern im Schulalter konnte eine Zunahme der psychischen Belastung und der Beschwerden festgestellt werden. Rund ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren fühlten sich aufgrund der Pandemie meistens niedergeschlagen oder hoffnungslos. 15% gaben an, sich sehr ängstlich oder nervös gefühlt zu haben (Delgrande Jordan et al., 2023).

Ebenfalls von einer Verschlechterung infolge der Pandemie berichten Barrense-Dias et al. (2021). Beinahe die Hälfte (41%) der 988 befragten Schweizer Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 19 Jahren gab an, dass sich ihre psychische Gesundheit infolge der Pandemie verschlechtert hat. Ungefähr ein Drittel berichtete von depressiven Symptomen und/oder Angstsymptomen. Bemerkenswert ist, dass nur wenige von ihnen aufgrund der psychischen Beschwerden ärztliche Hilfe suchte. Ein Drittel der Befragten gab an, sich an niemanden zu wenden, wenn sie sich nicht gut fühlen, ein Drittel wendete sich an Freunde und Freundinnen.

Es liegen aber auch Befunde vor, die auf mindestens teilweise positive Auswirkungen der Pandemie hinweisen. In der Stadt Zürich gab die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler der zweiten Sekundarklassen an, dass die Pandemie für sie nicht so schlimm (39%) oder kein Problem (41%) war (Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste, 2023). Weitere Studien konnten auch über positive Auswirkungen der Pandemie berichten. In einer Befragung von Delgrande Jordan et al. (2023) berichten beispielsweise etwas mehr als ein Drittel der 14- bis 15-jährigen befragten Schülerinnen und Schüler, infolge der Pandemie neue Interessen und Hobbies entdeckt zu haben. Beinahe die Hälfte gab an, einen besseren Umgang mit Emotionen und Schwierigkeiten entwickelt zu haben. Spezifisch für die Zeit während der Schulschliessungen konnten positive Auswirkungen verzeichnet werden. Albrecht et al. (2022) vermuten, dass dies unter anderem auch an der verbesserten Schlafqualität infolge des späteren Schulbeginns liegen könnte.

2.4 Jugendalter und junges Erwachsenenalter

Entwicklungsprozesse im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter

Im Jugendalter setzen sich die pubertären Entwicklungsprozesse (siehe 2.3 Schulalter) fort. Im Zentrum stehen Körperwachstum und sexuelle Reifung auf der Basis von hormonellen Veränderungen. Das bei Mädchen im Alter von 12 bis 13 Jahren und bei Jungen im Alter von 14 bis 15 Jahren beschleunigt einsetzende Körperwachstum vollendet sich meistens im Alter von 16 bis 19 Jahren (Konrad & König, 2018). Neurologische Umstrukturierungsprozesse im Gehirn intensivieren sich bei Jugendlichen und erstrecken sich bis ins junge Erwachsenenalter. Diese betreffen unter anderem den präfrontalen Kortex, wobei insbesondere das synaptische Pruning – die Eliminierung von Synapsen, die nicht genutzt werden – zu diesem Reifungsprozess beiträgt (Fleming & McDermott, 2024; Larsen & Luna, 2018). In diesem Zusammenhang kommt es zunächst zu einer erhöhten emotionalen Impulsivität und einer starken Orientierung am Belohnungssystem zu Beginn des Jugendalters. Im Verlauf wird die emotionale Regulationsfähigkeit deutlich verbessert (Lohaus, 2018; Silvers, 2022; Young et al., 2019). Im kognitiven Bereich nehmen die Leistungsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses sowie die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung zu, die Aufmerksamkeitsspanne wird grösser, die kognitive Inhibition und die metakognitiven Fähigkeiten verbessern sich (Lohaus, 2018; Luna et al., 2015; Resch & Parzer, 2022). Psychologisch bedeutsam sind Veränderungen in der Beziehungswelt der Jugendlichen. Die Zugehörigkeit zu Menschen mit ähnlichen Erfahrungen («Peers») sowie Freundschaften und Liebesbeziehungen gewinnen an Bedeutung. Diese sind auch oft hinsichtlich des Selbstwertgefühls und der Werthaltungen ausschlaggebend (Resch & Parzer, 2022). Zwischen Jugendlichen und ihren Eltern kommt es zu einem oft konflikthaften Aushandeln eines neuen Gleichgewichts von Bezogenheit und Autonomie. Die Entwicklung der eigenen Identität im dynamischen Auseinandersetzungsprozess mit der sozialen Umwelt rückt bereits im Jugendalter und noch deutlicher im jungen Erwachsenenalter oder sogar darüber hinaus in den Vordergrund (Arnett, 2024; Marcia et al., 2012). Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsidentität. Der Übergang ins junge Erwachsenenalter ist darüber hinaus verbunden mit der Wahl für einen weiteren Bildungsweg oder – nach Vollendung einer Lehre – mit dem Einstieg ins Berufsleben, der Entwicklung stabiler Beziehungen und dem Auszug aus dem Elternhaus. Diese Schritte können von Instabilität und Wechseln geprägt sein (Arnett, 2024; Havighurst, 1972). Alle beschriebenen Entwicklungsveränderungen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter werden heute von der intensiven Nutzung digitaler Medien begleitet, die mit positiven Nutzungsaspekten einhergehen, jedoch zugleich auch belasten können (Resch & Parzer, 2022). Dies geschieht beispielsweise im Zusammenhang mit Cybermobbing oder übermässiger Nutzung (siehe Kapitel 7 Digitale Medien). Einen förderlichen Umgang mit sozialen Medien sowie mit anderen Konsumangeboten zu finden, gehört daher heute zu den Entwicklungsaufgaben

Jugendlicher und junger Erwachsener (Eschenbeck & Knauf, 2018). Dies gilt auch für den Ausbau von Bewältigungsstrategien, die zu einer Ausgewogenheit von Konsumverhalten und körperlicher und psychischer Regeneration beitragen, z. B. (aktive) Entspannung, Schlaf oder Bewegung (Hurrelmann & Quenzel, 2022).

Positive psychische Gesundheit

Repräsentative Daten zu Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit der 15- bis 24-Jährigen liefern die Omnibuserhebung Psychische Gesundheit im Herbst 2022 und die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). In der Omnibuserhebung werden Konzepte zur psychischen Gesundheit bei den 15- bis 24-jährigen Teilnehmenden erfragt (T 2.1). Im Vergleich mit den älteren Altersgruppen sind die Werte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in allen Bereichen am niedrigsten oder zweit-niedrigsten (Optimismus). Zudem geben weniger weibliche als männliche Personen an, über eine sehr hohe Lebenszufriedenheit, einen hohen Lebenssinn und eine hohe Selbstwirksamkeit zu verfügen sowie meistens bis ständig glücklich zu sein. Mädchen und junge Frauen berichten im Vergleich zu Jungen und jungen Männern auch einen geringeren Selbstwert, weniger Optimismus und ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden.

Bei der SGB-Befragung ist keine spezifische Skala zum psychischen Wohlbefinden enthalten, aber Einschätzungen zur eigenen Energie und Vitalität und zu den Kontrollüberzeugungen als wichtige Aspekte des Wohlbefindens. Bei der Einschätzung der eigenen Energie und Vitalität (T 2.1) zeigen sich für die 15- bis 24-Jährigen ähnlich niedrige Werte wie in der Altersgruppe von 25 bis 34 Jahren und deutlich niedrigere Werte als in den Altersgruppen ab 35 Jahren.

In Bezug auf die Kontrollüberzeugungen schätzen fast die Hälfte der jungen Frauen und ein Drittel der Männer ihre Kontrollüberzeugung als tief ein (T 2.1). Diese Anteile waren 60% bzw. 74% höher als 2017 und die höchsten seit Messbeginn 1992. Auch im Vergleich zur schweizerischen Gesamtbevölkerung hatten die 16- bis 25-Jährigen am wenigsten häufig das Gefühl, ihr Leben selbst bestimmen zu können. Diese Ergebnisse zu den Kontrollüberzeugungen aus den SGB-Daten decken sich – passend zum engen konzeptuellen Zusammenhang – mit denen zur Selbstwirksamkeit aus den Omnibus-Daten.

Mehr als die Hälfte der jungen Frauen und fast ein Drittel der jungen Männer berichten von einem geringen Ausmass an Energie und Vitalität. Bei den jungen Frauen ist dieser Anteil gestiegen und liegt höher als in allen anderen Altersgruppen. Ihre Energie und Vitalität sind dabei sogar niedriger als in der Altersgruppe 75+.

Psychische Gesundheit der 15- bis 24-Jährigen, nach Geschlecht**T.2.1**

Indikator	Anteil der Befragten in % (95%-Vertrauensintervall)			
	2017		2022	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Lebenszufriedenheit (sehr hoch)			15,5 (11,4–19,6)	25,1 (20,3–29,8)
Glücklichsein (meistens bis ständig)			60,1 (54,8–65,4)	68,2 (63,0–73,4)
Lebenssinn (hoch)			23,2 (18,5–27,9)	33,2 (27,9–38,4)
Selbstwirksamkeit (hoch)			16,9 (12,7–21,1)	26,8 (21,9–31,7)
Selbstwert (hoch)			3,3 (3,2–3,4)	3,7 (3,6–3,8)
Optimismus (hoch)			4,7 (4,6–4,9)	5,1 (5,0–5,2)
Psychisches Wohlbefinden			22,6 (22,2–23,1)	24,2 (23,7–24,7)
Energie und Vitalität* (hoch) ¹	33,6 (3,5–36,7)	50,2 (46,6–53,8)	23,5 (20,2–26,8)	44,0 (39,6–48,4)
Energie und Vitalität* (mittel) ¹	25,4 (22,6–28,2)	21,6 (18,8–24,4)	23,3 (20,0–26,6)	27,0 (23,0–31,0)
Energie und Vitalität* (tief) ¹	41,0 (37,8–44,2)	28,2 (24,9–31,5)	53,2 (49,2–57,2)	29,0 (25,1–32,9)
Kontrollüberzeugung (hoch) ¹	29,1 (26,1–32,1)	30,7 (27,5–33,9)	17,2 (14,2–20,2)	27,0 (23,2–30,8)
Kontrollüberzeugung (mittel) ¹	43,4 (40,2–46,6)	45,6 (42,0–49,2)	36,9 (33,1–40,7)	41,1 (36,7–45,5)
Kontrollüberzeugung (tief) ¹	27,5 (24,7–30,3)	23,7 (20,6–26,8)	45,9 (41,9–49,9)	31,9 (27,8–36,0)

* in den letzten vier Wochen

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit,¹ BFS – SGB

© Obsan 2025

Psychische Beschwerden

In der SGB 2022 berichtete ungefähr ein Fünftel der ca. 2000 befragten 15- bis 24-Jährigen von einer mittleren bis hohen psychischen Belastung in den letzten vier Wochen (22,5% gegenüber 17,8% in der Schweizer Gesamtbevölkerung). Seit der Befragung 2017 stieg dieser Anteil stark an (T.2.2). Besonders deutlich war dieser Anstieg bei jungen Frauen zu beobachten (von 19% auf 28,9%), aber auch bei Männern gab es eine Zunahme (von 9,6% auf 16,4%).

Psychische Beschwerden der 15- bis 24-Jährigen, nach Geschlecht T 2.2

Indikator	Anteil der Befragten in % (95%-Vertrauensintervall)			
	2017		2022	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Psychische Belastung* (hoch)	3,9 (2,8–5,0)	[1,2] (0,5–1,9)	8,7 (6,4–11,0)	2,6 (1,5–3,7)
Psychische Belastung* (mittel)	15,1 (12,9–17,3)	8,4 (6,6–10,2)	20,2 (17,3–23,1)	13,8 (11,0–16,6)

* in den letzten vier Wochen
[] Ungenügende Anzahl an Beobachtungen (< 30) mit entsprechend eingeschränkter statistischer Repräsentativität bzw. fehlender statistischer Zuverlässigkeit

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

Psychische Erkrankungen und Symptome

Wie bereits bei den Schulkindern gibt es auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine neueren Prävalenzdaten zu diagnostizierten psychischen Erkrankungen seit der *Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study (ZAPPS*, z. B. Steinhausen & Winkler Metzke, 2007), welche als Fortsetzung der *ZESCAP*-Studie durchgeführt worden ist.

Symptome psychischer Erkrankungen der 15- bis 24-Jährigen, nach Geschlecht T 2.3

Indikator	Anteil der Befragten in % (95%-Vertrauensintervall)			
	2017		2022	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Depressionssymptome* (schwer/eher schwer)	4,0 (2,7–5,3)	2,8 (1,6–4,0)	9,4 (6,8–12,0)	5,0 (3,2–6,8)
Depressionssymptome* (mittelschwer)	10,0 (8,1–11,9)	9,4 (7,2–11,6)	16,2 (13,3–19,1)	8,1 (5,7–10,5)
Symptome einer generalisierten Angststörung* (schwer)			5,8 (3,7–7,9)	[1,7] (0,8–2,6)
Symptome einer generalisierten Angststörung* (mittelschwer)			11,8 (9,2–14,4)	5,6 (3,8–7,4)

* in den letzten zwei Wochen
[] Ungenügende Anzahl an Beobachtungen (< 30) mit entsprechend eingeschränkter statistischer Repräsentativität bzw. fehlender statistischer Zuverlässigkeit

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

Hingegen liegen – anders als bei psychischen Erkrankungen – zu psychischen Symptomen aus der SGB 2022 aktuelle, repräsentative Daten vor. Seit der letzten Befragung 2017 ist bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Anstieg der mittelschweren und schweren depressiven Symptomatik von 13,1% auf 19,1% (T 2.3) festzustellen. In der Gesamtbevölkerung war sowohl die Prävalenz als auch die Zunahme deutlich geringer (von 8,7% auf 9,8%).

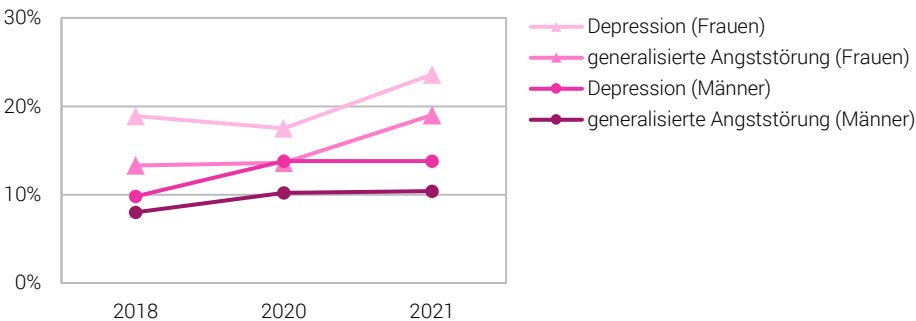
Bei den Symptomen einer generalisierten Angststörung zeigte sich ein vergleichbares Bild. Von den 15- bis 24-Jährigen berichteten 12,3% von mittelschweren bis schweren Symptomen (bezogen auf zwei Wochen). Dies war nahezu doppelt so viel wie in der Gesamtbevölkerung (6,3%). Wie auch bei den depressiven Symptomen waren junge Frauen stärker von Angstsymptomen betroffen als Männer (17,6% vs. 7,3%). In der Gesamtbevölkerung hingegen war diese Geschlechterdifferenz weniger stark ausgeprägt (5% vs. 7,6%).

Rund ein Fünftel (19,1%) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren berichtet von mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen (T 2.3). Besonders junge Frauen sind davon betroffen (25,6%), bei den Männern sind es mit 13,1% deutlich weniger.

Eine weitere Studie, welche ein repräsentatives Abbild von Symptomen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen liefert, ist die *Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)*. 2018 wurden in der Schweiz wohnhafte Personen der Jahrgänge 1996 bis 2000 erstmals zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Im Sommer 2020 und im Sommer 2021 fand eine Nachbefragung statt, in welcher u. a. die Häufigkeiten depressiver Symptome und Angstsymptome über die Corona-Jahre hinweg beobachtet wurden. Die Anzahl der Befragten mit mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen und schweren bis mittelschweren Symptomen einer generalisierten Angststörung (bezogen auf zwei Wochen) blieb von 2018 bis 2020 grösstenteils unverändert (G 2.4). Bei den Männern zeigte sich sowohl im Jahr 2020 als auch 2021 eine Zunahme der depressiven Symptome im Vergleich zu 2018. Bei den Frauen nahmen die klinisch relevanten Depressions- und Angstsymptome im Jahr 2021 im Vergleich zu 2018 zu (Foster et al., 2023b). Die Anzahl junger Erwachsener, welche klinisch bedeutsame ADHS-Symptome aufwiesen, nahm von 2018 bis 2021 kontinuierlich von 8,5% auf 12,2% zu (Foster et al., 2023b).

Prävalenzen von Symptomen einer Depression/generalisierten Angststörung, nach Geschlecht

G2.4



Longitudinale Kohortenstudie, Durchschnittsalter im Jahr 2018: 19,6 Jahre (+/- 1,4)

Quelle: Foster et al. (2023b)

© Obsan 2025

2.5 Fokusthemen

Suizid und selbstverletzendes Verhalten

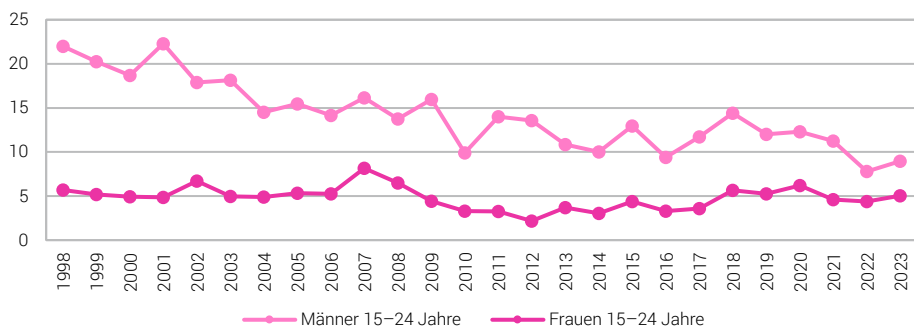
Suizide und Suizidversuche

Wie in allen Altersgruppen ist die Suizidrate bei den 15- bis 24-Jährigen seit 1998 rückläufig und bei den Männern höher als bei den Frauen (Peter & Tuch, 2024). Während bei den 15- bis 24-jährigen Frauen die Suizidrate in diesem Zeitraum mehr oder weniger stabil blieb, ging sie bei den gleichaltrigen Männern zurück, und näherte sich an die Rate der Frauen an (G2.5).

Im Gegensatz zu den Suiziden sind Suizidversuche bei den weiblichen Personen häufiger: Gemäss der SGB (2022) bejahten 4,7% der insgesamt 1745 befragten 15- bis 24-Jährigen, jemals einen Suizidversuch unternommen zu haben. Dabei kommen Suizidversuche bei jungen Frauen mit 6,5% über mehr als doppelt so häufig vor wie bei jungen Männern (3,0%). Bei einer Befragung von Jugendlichen im Alter von 14 bis 19 Jahren im Jahr 2021 (Barrense-Dias et al., 2021) berichteten 8,7% von mindestens einem bisherigen Suizidversuch. Von diesen wiederum hatten knapp 64% mindestens 2 Suizidversuche unternommen. Allerdings war die Erhebung nicht repräsentativ, deshalb sind die höheren Werte vorsichtig zu interpretieren.

Suizidrate der 15- bis 24-Jährigen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, nach Geschlecht

G2.5



Quelle: BFS – CoD

© Obsan 2025

Suizidgedanken und selbstverletzendes Verhalten

Viele Menschen, die Suizidgedanken haben und selbstverletzendes Verhalten zeigen, haben keine Suizidabsicht. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit eines Suizides deutlich erhöht (Liu et al., 2022). In der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit wurde eine repräsentative Stichprobe der schweizerischen Wohnbevölkerung dazu befragt; 700 der Befragten waren 15- bis 24-jährig (Peter et al., 2023). Suizidgedanken waren in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen häufiger als bei den 25-Jährigen und Älteren: 19,2% der jungen Frauen und 11,8% der jungen Männer gegenüber 8,3% der 25-jährigen und älteren erwachsenen Personen gaben an, in den letzten 12 Monaten «ernsthaft oder auch nur flüchtig in Erwägung gezogen zu haben, sich das Leben zu nehmen». Ganz ähnlich ist es bei selbstverletzendem Verhalten: Die 15- bis 24-Jährigen sind mit 8% am häufigsten davon betroffen (Peter et al., 2023), wobei es mit 11% vor allem junge Frauen und weniger junge Männer (5,2%) sind.

Ebenfalls in der Gesundheitsbefragung der Stadt Zürich 2022 (Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste, 2023) wurden Jugendliche aus der zweiten Sekundarstufe (Durchschnittsalter 14,1 Jahre) nach Suizidgedanken und selbstverletzendem Verhalten gefragt. Rund jede sechste der befragten Jugendlichen gab an, sich schon einmal absichtlich selbst verletzt zu haben (16%) oder Suizidgedanken (17%) gehabt zu haben.

Im Rahmen der Längsschnittstudie z-proso (Das Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von der Kindheit ins Erwachsenenalter) wurde selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen, respektive jungen Erwachsenen, zu vier Messzeitpunkten erfragt (im Alter von 13, 15, 17 und 20 Jahren). Sie wurden gefragt, wie oft sie sich im letzten Monat absichtlich selbst verletzt hatten, ohne Unterscheidung nach suizidaler Absicht. Die kumulative Prävalenzschätzung für Selbstverletzungen im Alter von 13 und 20 Jahren

(N 1482) lag bei 27%, wobei die Punktprävalenz im Alter von 13 Jahren am höchsten war (13%) und danach abnahm. Verlaufsbedingt gab es geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den männlichen Befragten war die Punktprävalenz im Alter von 13 Jahren (12%) und bei den weiblichen Befragten im Alter von 15 Jahren am höchsten (16%) (Steinhoff et al., 2021).

Substanzkonsum mit Schwerpunkt Medikamentenmissbrauch

Gemäss SGB 2022 konsumierten 30,4% der 15- bis 24-jährigen Frauen und 38,3% der Männer mindestens ein- bis zweimal pro Woche Alkohol. Gleich drei- bis sechsmal pro Woche Alkohol konsumierten in diesem Alterssegment 3,7% der Frauen und 9,3% der Männer. Die 12-Monatsprävalenz für problematischen Alkoholkonsum lag bei 5,1% bei den Frauen und 4,3% bei den Männern.

Gemäss HBSC-Studie 2022 berichtete fast jede fünfte 14- bis 15-jährige Person von mindestens einmaligem Rauschtrinken und dem Rauchen von E-Zigaretten im letzten Monat (Delgrande Jordan et al., 2023). Damit konsumierten erstmals mehr Jugendliche E-Zigaretten als Zigaretten (12,5%). Während der Cannabiskonsum in den letzten 4 Jahren stabil blieb (14,5% einmaliger Konsum, 7,5% mind. einmaliger Konsum in den letzten 30 Tagen), nahm der Konsum von Snus zu (J: 9,8%; M: 4,9%). Weitere Substanzen wie Kokain, Ecstasy/MDMA und LSD konsumierten in ihrem Leben laut den Angaben der Jugendlichen weniger als 2%.

Seit rund zehn Jahren wird auch der nicht-medizinische Gebrauch psychoaktiver Medikamente vermehrt erforscht und kritisch diskutiert (Baggio et al., 2014; Rougemont-Bücking et al., 2018). Dabei werden Medikamente nicht im Rahmen eines medizinischen Behandlungsplanes eingenommen (d. h. zur Unterstützung bei Krankheiten), sondern zu anderen Zwecken, insbesondere zum Berauschen (z. B. an Partys oder bei Langeweile), zum Abschalten (z. B. bei Kummer oder Sorgen), als Schlafhilfe (z. B. bei hoher abendlicher Anspannung oder Stress) oder zur Leistungssteigerung (z. B. bei Prüfungen oder hoher Arbeitslast). Letzteres wird häufig auch unter dem Begriff *Neuroenhancement* subsumiert (Maier et al., 2013). Aus Gründen der Einfachheit und Verständlichkeit wird im Folgenden der Begriff «Medikamentenmissbrauch» für den Konsum psychoaktiver Medikamente ausserhalb der ärztlichen Indikation verwendet. Wichtig zu betonen ist zudem, dass Medikamente von Personen mit wie auch ohne Verschreibung missbraucht werden können (z. B. bei ADHS: Einnahme von hochdosiertem Methylphenidat im Ausgang zusätzlich zur verschriebenen Tagesdosis zwecks Energetisierung).

In der Schweiz ist die Lebenszeitprävalenzrate des Medikamentenmissbrauchs zwischen 1998 und 2022 bei den 15-jährigen Mädchen mit jeweils 4,8% gleich geblieben, aber bei den gleichaltrigen Jungen von 1,9% auf 4,3% gestiegen (Delgrande Jordan et al., 2023). Besorgniserregend ist zudem die relativ hohe Rate für Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten von 8,8% bei den 15-jährigen Mädchen, welche im Vergleich zur Rate von 5,1% bei den Jungen höher ausfällt.

Bei den 14- bis 15-Jährigen sind Rauschtrinken sowie der Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten und Cannabis verbreitet. Knapp 20%, 12,5% und 7,5% berichten davon, dies mindestens einmal im Monat zu tun.

Als besorgniserregende Entwicklungen haben dabei der Konsum von E-Zigaretten (12,5%) und Snus (8,6%) zugenommen, wie auch der mindestens einmalige Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten, den 5,2% berichten.

Bei den 14-Jährigen fanden sich Werte für den Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten von 4,7% bei den Mädchen und 3,2% bei den Jungen, wobei diese Anteils- werte statistisch nicht signifikant unterschiedlich sind (Delgrande Jordan et al., 2023). Gesondert wurde 2022 nur der Missbrauch von codein- und dextromethorphanhaltigem Hustensaft erfragt, welcher bei den 15-jährigen Mädchen eine Lebenszeitprävalenz von 1,8% erzielte, doch bei den Jungen eine höhere Rate von 6,0%. Bei den 14-Jährigen fielen die Anteile etwas tiefer aus und unterschieden sich nicht signifikant zwischen Mädchen (1,2%) und Jungen (2,8%). Zudem gaben bei den 15-Jährigen die Mädchen mit 4,9% häufiger an, starke Beruhigungsmittel oder Schmerzmittel zu missbrauchen als die Jungen mit 2,3%. Bei den 14-Jährigen waren die Raten bei Mädchen (3,4%) und Jungen (1,6%) niedriger (Delgrande Jordan et al., 2023).

Weitere Daten liefert die *Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-SURF)* mit repräsentativen Daten von fast 6000 jungen Schweizer Männern im Alter von ca. 20 Jahren, welche zwischen 2010 und 2011 rekrutiert wurden. Dort wurden folgende 12-Monatsprävalenzraten für den nicht-medizinischen Gebrauch rezeptpflichtiger Medikamente ermittelt: 6,8% für starke Schmerzmittel (u. a. Opiate), 3,0% für Schlaftabletten (u. a. Z-Substanzen), 2,6% für Beruhigungsmittel (insbesondere Benzodiazepine), 1,9% für Psychostimulanzien (ADHS-Medikamente wie Methylphenidat) und 0,9% für Antidepressiva (Baggio et al., 2014). Im Vergleich dazu lag die 12-Monatsprävalenz von Cannabis bei 30,5%, diejenige von Stimulanzien (MDMA, Amphetamin und Kokain) bei 5,6%, und diejenige von Halluzinogenen (insbesondere LSD und Psilocybin) bei 5,0% (Baggio et al., 2014).

Eine Studie aus dem Jahr 2018 beruht auf Daten von 20-jährigen Frauen und Männern, die ursprünglich aus Zürcher Primarschulen rekrutiert wurden. Sie ergab, dass 16,4% bereits mindestens einmalig Codein, 6,1% (M: 19,1%; F: 13,9%), opiathaltige Schmerzmittel und 5,3% Benzodiazepine für den nicht-medizinischen Gebrauch missbraucht haben (Lebenszeitprävalenzen), mit einem durchschnittlichen Alter von 17 bis 18 Jahren beim Erstkonsum (Quednow et al., 2022). Zum Vergleich fanden sich in der Studie folgende Lebenszeitprävalenzen für den Konsum von illegalen Substanzen: Cannabis 68,4%, Ecstasy 15,4%, Kokain 12,4% und LSD/Psilocybin 8,8%. Die letzteren zwei Studien werden hier vorgestellt, obschon ihre Daten inzwischen etwas veraltet sind. Leider fanden sich keine aktuelleren Schweizer Studien, welche einen Vergleich

der Prävalenzraten für Medikamentenmissbrauch und Substanzkonsum ermöglichen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit für mehr epidemiologische Forschung in diesem Themenbereich. Auch einheitliche Definitionen der Konzepte und Messkonstrukte wären hilfreich.

Junge Menschen in schwierigen Lebenssituationen

Unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer (UMA)

Mindestens 110 Millionen Menschen auf der ganzen Welt waren Mitte 2023 auf der Flucht und damit gezwungen, aus ihrer Heimat zu fliehen. Darunter befanden sich 36,4 Millionen Flüchtlinge, von denen etwa die Hälfte unter 18 Jahren alt war (United Nations Refugee Agency, 2024). In der Schweiz haben im Jahr 2023 insgesamt 30 223 Personen ein Asylgesuch gestellt, 3271 davon (10,8%) waren unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA; Staatssekretariat für Migration, 2024). Diese Jugendlichen mussten oftmals vor und während der Flucht Schreckliches erleben – darunter Gewalt, Hungersnot und Elend. Sie bilden aufgrund ihres jungen Alters und Entwicklungsstandes eine besonders vulnerable Personengruppe. Aber auch das Leben in Asylunterkünften stellt für Kinder und Jugendliche eine besondere Herausforderung dar und dürfte für viele eine Wohnsituation bieten, die ihren Bedürfnissen oftmals nicht gerecht wird (Asefaw et al., 2018).

Für die Schweiz gibt es fast keine Gesundheitsdaten für diese Hochrisikogruppe. Eine Ausnahme bildet eine Studie aus dem Kanton Waadt, welche den Gesundheitszustand von 109 UMA, überwiegend aus Eritrea und Afghanistan, über ein Jahr lang festhielt (Genton et al., 2022). Bei insgesamt 39,4% der Personen wurde innerhalb dieser Zeitspanne im Rahmen ärztlicher Abklärungen eine psychische Erkrankung diagnostiziert: Die häufigsten Diagnosen waren Depressionen (17,4%), Reaktionen auf ausgeprägten Stress und Anpassungsstörungen (13,8%) sowie somatoforme Schmerzstörungen (also körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen, 12,8%) und nicht-organische Schlafstörungen (ebenfalls 12,8%). Diese Ergebnisse passen zu Befunden von Studien aus Deutschland (Gavranidou et al., 2008; Höhne et al., 2023; Rücker et al., 2017; Walg et al., 2017) und Europa (Daniel-Calveras et al., 2022), wonach wahrscheinlich die Mehrheit der UMA psychisch stark belastet ist. Aufgrund der nicht-repräsentativen Stichproben und der Verwendung von Selbstbeurteilungs-Screeningverfahren anstatt klinischer Interviews sind die Generalisierbarkeit und Aussagekraft dieser Daten allerdings begrenzt.

Unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer haben ein hohes Risiko für psychische Erkrankungen. In einer nicht-repräsentativen Studie wurden bei knapp 40% der Kinder und Jugendlichen im Verlauf eines Jahres psychische Erkrankungen diagnostiziert.

Kinder und Jugendliche in stationären Massnahmen

In allen westlichen Industrieländern, so auch in der Schweiz, können circa. 1% der Kinder und Jugendlichen aus unterschiedlichen Gründen nicht bei ihren Eltern aufwachsen (Thoburn, 2007). Eine verlässliche landesweite Jugendhilfestatistik gibt es in der Schweiz nach wie vor nicht. Hochrechnungen zufolge waren 2016 jedoch circa 18 900 Jugendliche davon betroffen (Seiterle, 2018). Die Fremdplatzierungen gründen darin, dass die Versorgung und eine ausreichend gute Entwicklung des Kindes in seinem Herkunftssystem nicht mehr gewährleistet werden kann oder gar das Kindeswohl langfristig oder akut gefährdet ist.

Die Datenerhebungen im Rahmen des *Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen* (MAZ, Schmid et al., 2013) beleuchteten in einer Längsschnittstudie die hohe psychische und psychosoziale Belastung, die mit einer Fremdplatzierung einhergeht. Als Grundlage wurden klinische Interviews zur Diagnostik psychischer Störungen mit 483 in einer Schweizer sozialpädagogischen Einrichtung platzierten Heranwachsenden im Alter von 6 bis 25 Jahren durchgeführt (Dölitzsch et al., 2014). Gesamthaft lag die 3-Monatsprävalenz psychischer Störungen bei 74%, wobei 44% die Diagnosekriterien für mehr als eine psychische Erkrankung erfüllten. Rund die Hälfte der Befragten litten an Verhaltensstörungen (49,4%, N = 480), 24,1% waren von Persönlichkeitsstörungen betroffen (N = 439), 14,6% litten an Angst- und Belastungsstörungen, weitere 14,8% waren von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen betroffen. In einer Teilstichprobe von 397 Jugendlichen berichteten 18,4% von wiederholtem selbstverletzendem Verhalten, 19,4% waren jemals von Suizidgedanken betroffen und 8,9% gaben an, bereits einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. Von selbstverletzendem Verhalten, Suizidgedanken wie auch Suizidversuchen waren weibliche Personen häufiger betroffen (Lüdtke et al., 2018).

Auch die Prävalenz substanzbezogener Störungen ist in dieser Gruppe von Jugendlichen hoch, wobei sie nach dem Austritt aus dem Heim tendenziell zunimmt (Kind et al., 2023). Mit einem längsschnittlichen Design untersuchten Kind et al. (2023) den Verlauf des Substanzkonsums bei 182 der in der MAZ-Studie untersuchten, ehemals in Schweizer Heimen platzierten jungen Erwachsenen (M = 26,7 Jahre) nach ihrem Austritt aus dem Heim. Während bei der ersten Erhebung 41,2% der dazumal Jugendlichen von einem risikoreichen Substanzkonsum berichteten, beliefen sich die 3-Monatsprävalenzraten zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung (10 Jahre später) auf 46,2%. Die Daten der MAZ-Längsschnittstudie veranschaulichen, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in stationären Massnahmen eher die Regel als die Ausnahme sind und häufig komorbid auftreten.

Kinder und Jugendliche in sozialpädagogischen Einrichtungen sind stark belastet: Eine repräsentative Studie fand bei 74% eine psychische Erkrankung. Bei 44% waren sogar die diagnostischen Kriterien mehrerer psychischer Erkrankungen erfüllt.

2.6 Fazit

Wie schon in Berichten aus 2017 (von Wyl et al., 2017) und 2020 (Tuch & Schuler, 2020) festgestellt: Systematische Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz sind rar. Insbesondere Längsschnittstudien fehlen gänzlich. Auch Daten zur Epidemiologie von psychischen Krankheiten – erhoben mit klinischen Interviews – sind praktisch nicht vorhanden. Verlässliche Daten sind jedoch dringend notwendig, um passende präventive und Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche und ihre Familien planen zu können.

Besonders ungünstig ist die Datenlage für die frühe Kindheit und das Vorschulalter: Hier gibt es abgesehen vom Register des *Swiss Neonatal Network* zu Frühgeborenen keine systematischen Erhebungen. Daten für die Phase zwischen Kindergarten und vierter Klasse (6. bis 10. Lebensjahr) fehlen ebenfalls gänzlich. Dies ist problematisch, da bereits in diesem Alter die psychische Gesundheit eine Herausforderung sein kann. So treten neuronale Entwicklungsstörungen (z. B. ADHS) und angst- oder furchtbezogene psychische Erkrankungen (z. B. spezifische Phobien, Trennungsangststörung) am häufigsten erstmalig in diesem Alter auf (Solmi et al., 2022). Für den Zeitraum zwischen dem fünften und neunten Schuljahr (11- bis 15-Jährige) wird in der HBSC-Studie eine repräsentative Auswahl an Kindern und Jugendlichen in der ganzen Schweiz seit 2002 alle vier Jahre zu Aspekten der psychischen Gesundheit befragt. Eine Stärke der HBSC-Befragung ist ausserdem, dass sie auch in den meisten Ländern Europas und Nordamerikas durchgeführt wird. Damit lassen sich auch länderübergreifend Vergleiche ziehen. Für das Jugend- und junge Erwachsenenalter ist vor allem die SGB als Datenquelle zu erwähnen. Neben der SGB lieferte die S-YESMH-Studie Daten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Jahrgänge 1996 bis 2000 über einen längsschnittlichen Zeitraum.

Was sagen nun die wenigen vorhandenen Daten zur psychischen Gesundheit im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter aus? Die HBSC-Daten zeigen, dass das Wohlbefinden bei einem Drittel der Kinder und Jugendliche niedrig ist und dass die psychischen Belastungen über die Zeit zugenommen haben, und zwar besonders deutlich zwischen 2018 und 2022. Bei Mädchen sind diese Befunde stärker ausgeprägt als bei Jungen. Diese Entwicklung entspricht dem übergreifenden Muster, welches sich über die 43 Länder der HBSC-Befragung zeigt, was auf grundlegendere Einflüsse hinweist (Cosma et al., 2023b). Der Vergleich zeigt ausserdem, dass sich die Jugendlichen in der Schweiz in Bezug auf die psychische Gesundheit ähnlich einschätzen wie diejenigen aus Deutschland und Österreich.

Für die Gruppe der jungen Menschen von 16 bis 25 Jahren zeigen die Daten der SGB 2022 und Omnibuserhebung 2022, dass neun von zehn zufrieden mit ihrem Leben sind. Gleichwohl berichteten sie häufiger als ältere Altersgruppen über fehlende Energie und Vitalität sowie niedrige Kontrolle. Schliesslich haben die Symptome von Depression und Angststörungen wie auch Suizidgedanken zwischen 2017 und 2022 zugenommen.

Dies trifft vor allem bei jungen Frauen zu, die auch einen hohen Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten aufweisen, was als Bewältigungsversuch interpretiert werden kann.

Für die allermeisten Befunde gilt: Die aktuellsten Belastungswerte aus dem Jahr 2022 sind deutlich höher als vor der Pandemie und bei Mädchen und jungen Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei Jungen und jungen Männern. Möglicherweise haben die Corona-Massnahmen einen seit längerem beobachtbaren Trend zu schlechterer psychischer Gesundheit verstärkt. Die zunehmenden Belastungswerte werden auch im Zusammenhang mit der sog. Multi- oder Polykrise (z. B. Lawrence et al., 2024) diskutiert. Darunter werden die verschiedenen aktuellen Krisen – Pandemie, Kriege in der Ukraine und im Nahen Osten, Klima-Krise, unsichere ökonomische Lage usw. – verstanden. Gemäss der Einschätzung von Expertinnen und Experten sind Leistungsdruck und Stress, Geschlecht und Geschlechterrollen sowie Soziale Medien drei zentrale Faktoren, welche die psychische Gesundheit der jungen Frauen belasten (Bigler et al., 2024). Die unregulierten sozialen Medien und die künstliche Intelligenz werden ebenfalls von der Lancet Psychiatry Commission als belastende Faktoren genannt, die in Bezug auf das Ausmass der Belastungen von einer globalen Krise der psychischen Gesundheit der Jugend sprechen (McGorry et al., 2024). Auch wenn die Ursachen nicht umfassend verstanden sind, sind die Ergebnisse besorgniserregend und es werden konkrete Massnahmen benötigt. Hierzu haben Bigler et al. (2024) mit Fachpersonen konkrete Vorschläge erarbeitet, die Interventionen, Policy-Änderungen, Vernetzungsaktivitäten und Öffentlichkeitsarbeiten sowie Förderung der Forschung und Evaluation umfassen. Bessere Daten helfen, die Ursachen genauer zu verstehen und entsprechend bei der Prävention und Behandlung früher und passender ansetzen. Jetzt gilt es, die verhaltens- wie auch verhältnisorientierten Massnahmen umzusetzen, wobei alle Akteurinnen und Akteure rund um die Lebenswelten der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefordert sind.

Als spezifische Gruppen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die durch ihre herausfordernde Lebenssituation ein stark erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen, sind UMA und fremdplatzierte Kinder und Jugendliche zu nennen. Während zu UMA kaum Daten vorhanden sind, liegen verlässliche Daten zur Prävalenz psychischer Störungen bei in einer Institution platzierten Kindern und Jugendlichen vor. Sie veranschaulichen, dass psychische Erkrankungen mit einer 3-Monatsprävalenz von fast 75% bei dieser Gruppe eher die Regel als die Ausnahme sind und häufig komorbid auftreten. Ausserdem zeigen sich gehäuft risikoreicher Substanzkonsum sowie – insbesondere bei Mädchen und weiblichen Jugendlichen – selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken und Suizidversuche (Lüdtke et al., 2018). Zwei Drittel von ihnen sind durch häusliche Gewalt, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch traumatisiert. Hier ist die Gesellschaft gefordert, nach passenderen Lösungen zu suchen, damit diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen bessere Chancen auf ein psychisch gesundes Leben haben.

Zusammenfassend zeigen die Daten ab dem Alter von 11 Jahren seit 2018 einen starken Anstieg psychischer Belastungen bei Mädchen, weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen. Sie fühlen sich energielos, nehmen nur eine geringe Kontrolle über ihr Leben wahr und fühlen sich häufig einsam. Die psychische Gesundheit der Jungen, männlichen Jugendlichen und jungen Männer ist besser. Allerdings ist nicht abschliessend geklärt, inwieweit die Belastungen tatsächlich geringer sind oder ob sich diese anders äussern und aufgrund von nicht ausreichend geschlechtersensitiven Messungen, geringeren Teilnahmen an Studien sowie einer weniger aktiven Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten nicht erfasst werden.

Während es Hinweise auf mögliche Ursachen für die hohen Belastungen gibt, sind diese in ihrer Komplexität noch nicht ausreichend verstanden. Mit über einem Drittel der zukünftigen Erwachsenen, die psychisch stark belastet sind, kann die Antwort nicht nur in einem Ausbau der Gesundheitsversorgung liegen, sondern stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Dabei sind alle Akteurinnen und Akteure gefordert, präventiv tätig zu werden. Da die negative Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auch international zu beobachten sind, sind neben nationalen Initiativen (z. B. Zukunftsrat²⁴ «Handlungsempfehlungen zur psychischen Gesundheit», Positionspapier «Nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit im Kinder- und Jugendalter» der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ)) auch eine enge Zusammenarbeit auf internationaler Ebene beziehungsweise die Umsetzung erfolgreicher internationaler Programme sinnvoll (z. B. WHO Mental Health Youth Initiative; WHO-UNICEF «Helping Adolescents Thrive (HAT)» Initiative).

2.7 Literaturverzeichnis

- Albrecht, J. N., Werner, H., Rieger, N., Jenni, O. G., & Huber, R. (2022). Sleep and health-related characteristics among adolescents during COVID-19: An update. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095078>
- Annett, J. J. (2024). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (Third edition). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197695937.001.0001>
- Asefaw, F., Bombach, C., & Wöckel, L. (2018). In der Schweiz lebende Minderjährige mit Fluchterfahrungen. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00605>
- Baggio, S., Studer, J., Mohler-Kuo, M., Daepfen, J.-B., & Gmel, G. (2014). Non-medical prescription drug and illicit street drug use among young Swiss men and associated mental health issues. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(4), 525–530. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0330>
- Balsiger, N., Delgrande Jordan, M., & Schmidhauser, V. (2023). *Gesundheit und Wohlbefinden bei Jugendlichen (Fact Sheet)*. Sucht Schweiz.
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.-C. (2021). *A picture of mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein*. Lausanne, Université – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de santé 323). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/323>
- Bartal, T., Adams, M., Natalucci, G., Borradori-Tolsa, C., & Latal, B. (2020). Behavioral problems in very preterm children at five years of age using the Strengths and Difficulties Questionnaire: A multicenter cohort study. *Early Human Development*, 151, 105200.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA.
- Benz, M., & Scholtes, K. (2015). Von der normalen Entwicklung zur Entwicklungskrise und zur Regulationsstörung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern* (S. 1–14). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40742-0_1
- Bigler, C., Pita, Y., & Amacker, M. (2024). *Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Bericht im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung, Universität Bern.
- Borbás, R., Fehlbaum, L. V., Dimanova, P., Negri, A., Arudchelvam, J., Schnider, C. B., & Raschle, N. M. (2021). Mental well-being during the first months of Covid-19 in adults and children: Behavioral evidence and neural precursors. *Scientific Reports*, 11(1), 17595. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96852-0>
- Brazelton, T. B. (1998). How to help parents of young children: The Touchpoints model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3(3), 481–483.
- Bundesamt für Statistik (2024). *Säuglingssterblichkeit und Gesundheit der Neugeborenen im Jahr 2023, veröffentlicht am 05.09.2024*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.gnpdetail.2024-0120.html>
- Carigiet, T., Troesch, L. M., & Schaller, P. (2020). Gelingt der Übergang in den Kindergarten? Erkenntnisse aus einer Befragung von Kindergartenlehrpersonen und Eltern. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 42(1), 187–209.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023a). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
- Cosma, M. Bersia, S. Abdrakhmanova, P. Badura & I. Gobina. (2023b). *Coping through crisis: COVID-19 pandemic experiences and adolescent mental health and well-being in the WHO European Region: impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/369474>
- Crittenden, P. M. (2016). *Raising Parents. Attachment, representation, and treatment* (second edition). Routledge.
- Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 133, 105865. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105865>
- Delgrande Jordan, M., Balsiger, N., & Schmidhauser, V. (2023). *La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022 et évolution dans le temps – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 149)*. Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech149>

- Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garel, M., Burguet, A., Roze, J. C., Matis, J., Picaud, J. C., Kaminski, M., Larroque, B., & EPIPAGE Study Group (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics*, 123(6), 1485–1492. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1216>
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei schweizer heimgelungenen Jugendlichen. [Multiple diagnoses in Swiss youths in residential care.]. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 23(3), 140–150. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140>
- Dratva, J., Wieber, F., Marti, S., & Klein Swormink, A. M. (2022). Secondary impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults: Mental health and recommendations. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/25710>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. In *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (6 495–525). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Elgen, S.K., Leversen, K.T., Grundt, J.H. et al. (2012). Mental health at 5 years among children born extremely preterm: a national population-based study. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 21, 583–589. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0298-1>
- Ertanir, B., Kassis, W., & Garrote, A. (2021). Longitudinal changes in Swiss adolescent's mental health outcomes from before and during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312734>
- Eschenbeck, H., & Knauf, R.-K. (2018). Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 23–50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_2
- Eschenbeck, H., & Lohaus, A. (2022). Bedeutung von Peerbeziehungen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden von Jugendlichen. In A. Heinen, R. Samuel, C. Vögele, & H. Willems (Hrsg.), *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter: Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisansätze* (S. 101–128). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35744-3_6
- Fleming, L. L., & McDermott, T. J. (2024). Cognitive control and neural activity during human development: Evidence for synaptic pruning. *The Journal of Neuroscience*, 44(26), e0373242024. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0373-24.2024>
- Foster, S., Estevez-Lamorte, N., Walitza, S., Dzemaili, S., & Mohler-Kuo, M. (2023a). Perceived stress, coping strategies, and mental health status among adolescents during the COVID-19 pandemic in Switzerland: A longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 937–949. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02119-y>
- Foster, S., Estevez-Lamorte, N., Walitza, S., & Mohler-Kuo, M. (2023b). The impact of the COVID-19 pandemic on young adults' mental health in Switzerland: A longitudinal cohort study from 2018 to 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224–231. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.17.4.224>
- Genton, P. C., Wang, J., Bodenmann, P., & Ambresin, A.-E. (2022). Clinical profile and care pathways among unaccompanied minor asylum seekers in Vaud, Switzerland. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 34(3), 20190140. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0140>
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (2006). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford Press.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. Longmans Green.
- Höhne, E., Banaschewski, T., Bajbouj, M., Böge, K., Sukale, T., & Kamp-Becker, I. (2023). Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1211–1217. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01926-z>
- Holodynski, M. (2006). *Emotionen-Entwicklung und Regulation*. Springer-Verlag.
- Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2022). *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Beltz Juventa.
- Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen: Praxiswissen über Phasen und Störungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62448-7>
- Kiel, N., Samdan, G., Wienke, A. S., Reinelt, T., Pauen, S., Mathes, B., & Herzmann, C. (2024). From co-regulation to self-regulation: Maternal soothing strategies and self-efficacy in relation to maternal reports of infant regulation at 3 and 7 months. *Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood*, 45(2), 135–152. <https://doi.org/10.1002/imhj.22098>

- Konrad, K., & König, J. (2018). Biopsychologische Veränderungen. In A. Lohaus (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 1–21). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_1
- Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 179–195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>
- Lawrence, M., Homer-Dixon, T., Janzwood, S., Rockstöm, J., Renn, O., & Donges, J. F. (2024). Global polycrisis: The causal mechanisms of crisis entanglement. *Global Sustainability*, 7, e6. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/sus.2024.1>
- Liu, R. T., Walsh, R. F. L., Sheehan, A. E., Cheek, S. M., & Sanzari, C. M. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-Injury in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(7), 718–726. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256>
- Lohaus, A. (2018). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Springer.
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Schmeck, K., Plener, P. L., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(2), 343–354. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0291-8>
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 109.
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2023). Anxiety increased among children and adolescents during pandemic-related school closures in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 74.
- Luna, B., Marek, S., Larsen, B., Tervo-Clemmens, B., & Chahal, R. (2015). An integrative model of the maturation of cognitive control. *Annual Review of Neuroscience*, 38(1), 151–170.
- Lux, U., Müller, M., Reck, C., Liel, C., & Walper, S. (2023). Linking maternal psychopathology to children's excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample—The mediating role of social isolation and bonding difficulties. *Infancy*, 28(2), 435–453. <https://doi.org/10.1111/inf.12514>
- Maier, L. J., Liechti, M. E., Herzig, F., & Schaub, M. P. (2013). To dope or not to dope: Neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. *PLoS ONE*, 8(11), e77967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077967>
- Marcia, J. E., Waterman, A. S., Matteson, D. R., Archer, S. L., & Orlofsky, J. L. (2012). *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. Springer Science & Business Media.
- Marciano, L., Schulz, P. J., & Camerini, A. (2022a). How do depression, duration of internet use and social connection in adolescence influence each other over time? An extension of the RI-CLPM including contextual factors. *Computers in Human Behavior*, 136, 107390. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107390>
- Marciano, L., Viswanath, K., Morese, R., & Camerini, A. (2022b). Screen time and adolescents' mental health before and after the COVID-19 lockdown in Switzerland: A natural experiment. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.981881>
- McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S. J., Browne, V., Dooley, B., Hickie, I., Jones, P., McDaid, D., Mihalopoulos, C., Wood, S. J., El Azzouzi, F., Fazio, J., Gow, E., Hanjabam, S., Heyes, A., Morris, A., Pang, E., ... & Killackey, E. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 731–774.
- Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stülz, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Fares, F., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G., & Puder, J. J. (2016). The Swiss Preschoolers' health study (SPLASHY): Objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatrics*, 16(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0617-7>
- Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Kakebeeke, T. H., Stülz, K., Arhab, A., Zysset, A., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Schneider, S., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J., & Munsch, S. (in preparation). *Do infant regulatory problems mediate the relation between early life stress and preschoolers' behavioral problems?* University of Luzern.
- O'Connor, A. (2017). *Understanding transitions in the early years: Supporting change through attachment and resilience*. Routledge.
- Peter, C. & Tuch, A. (2024). *Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022* (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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.

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Quednow, B., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Ribeaud, D., Eisner, M., & Shanahan, L. (2022). High Prevalence and Early Onsets: Legal and Illegal Substance Use in an Urban Cohort of Young Adults in Switzerland. *European Addiction Research*, 28(3), 186–198. <https://doi.org/10.1159/000520178>
- Resch, F., & Parzer, P. (2022). Adoleszenz. In F. Resch & P. Parzer (Hrsg.), *Risikoverhalten und Selbstregulation bei Jugendlichen: Eine kybernetische Sichtweise* (S. 1–14). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-15455-3_1
- Rougemon-Bücking, A., Grazioli, V. S., Marmet, S., Daeppen, J.-B., Lemoine, M., Gmel, G., & Studer, J. (2018). Non-medical use of prescription drugs by young men: Impact of potentially traumatic events and of social-environmental stressors. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1468706. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468706>
- Rücker, S., Büttner, P., Lambertz, B., Karpinski, N., & Petermann, F. (2017). Resilient oder Risikogruppe? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(4), 242–258. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.4.242>
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child Adolescent Psychiatry* 33, 2877–2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- Schmidt, S. J., Barblan, L. P., Lory, I., & Landolt, M. A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1901407. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1901407>
- Schmid, M., Köchl, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & MAZ-Team. (2013). *Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen*. Zugriff unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>
- Seiterle, N. (2018). *Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2016*. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz.
- Silkenbeumer, J., Schiller, E.-M., Holodynski, M., & Kärtner, J. (2016). The role of co-regulation for the development of social-emotional competence. *Journal of Self-regulation and Regulation*, 2, 17–32.
- Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current Opinion in Psychology*, 44, 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Staatssekretariat für Migration. (2024). *Statistik UMA*. Schweizerische Eidgenossenschaft. https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/asylstatistik/statistik_uma.html
- Stadt Zürich Schulgesundheitsdienste. (2023). *Gesundheit von Schüler*innen der Stadt Zürich. Resultate der Befragung Schuljahr 2022/23*. https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/publikationen-broschueren/resultate-gesundheitsbefragung-jugendliche-stadt-zuerich.html
- Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10082.x>
- Steinhausen, H.C., & Winkler Metzke, C. (2007). Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(5), 508–513. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01721.x>
- Steinhoff, A., Ribeaud, D., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., Quednow, B. B., Hepp, U., Eisner, M., & Shanahan, L. (2021). Self-injury from early adolescence to early adulthood: Age-related course, recurrence, and services use in males and females from the community. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 937–951. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01573-w>
- Stülz, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J., & Munsch, S. (2019). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 439–448. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0849-x>
- Thoburn, J. (2007). *Globalisation and child welfare: some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. Norwich: School of Social Work and Psychosocial Sciences.

- Tuch, A., & Schuler, D. (2020). *Psychische Gesundheit. In Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Hogrefe Verlag.
- United Nations Refugee Agency. (2024). *Zahlen im Überblick*. United Nations. <https://www.unhcr.org/dach/ch-de/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick>
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016*. (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Walg, M., Fink, E., Großmeier, M., Temprano, M., & Hapfelmeier, G. (2017). Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(1), 58–68. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000459>
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(2), 105–112.
- Woodward, L. J., Moor, S., Hood, K. M., Champion, P. R., Foster-Cohen, S., Inder, T. E., & Austin, N. C. (2009). Very preterm children show impairments across multiple neurodevelopmental domains by age 4 years. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 94(5), F339–F344. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146282>
- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, 9(4). <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- Zeanah, C., & Zeanah, P. (2001). Towards a definition of infant mental health. *Zero to Three*, 22(1), 13–20.
- Zumbach-Basu, J. (2023). Bereiche und Phasen der kindlichen Entwicklung. In J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann, & E. Schumann (Hrsg.), *Gute Kinderschutzverfahren: Tatsachenwissenschaftliche Grundlagen, rechtlicher Rahmen und Kooperation im familiengerichtlichen Verfahren* (S. 137–159). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6_9

03 Die psychische Gesundheit von Erwachsenen



Manon Duay, Laurence Seematter-Bagnoud & Mauricio Avendano-Pabon
Unisanté

Kernaussagen

- In der Schweiz schätzten im Jahr 2022 neun von zehn Personen zwischen 25 bis 64 Jahren ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut ein. Zwei Drittel geben ein mittleres oder hohes Energie- und Vitalitätsniveau an. Der Anteil der erwachsenen Personen in der Schweiz mit einem sehr hohen Niveau an Vitalität und Energie nimmt mit dem Alter stark zu. Hingegen fühlen sich 25- bis 64-Jährige seltener glücklich als jüngere Erwachsene unter 25 Jahren und ältere Menschen ab 65 Jahren.
- Trotz der hohen Prävalenz der positiven Indikatoren für die psychische Gesundheit sind Symptome einer Depression oder Angststörung bei Erwachsenen verbreitet. Im Jahr 2022 hatte rund ein Drittel der Erwachsenen in den letzten zwei Wochen depressive Symptome, die bei 11,7% der Frauen und 8,5% der Männer schwer oder mittelschwer ausgeprägt waren.
- Die Informationen zur Prävalenz diagnostizierter psychischer Störungen stammen aus Studien mit kleinen regionalen Stichproben und geben keine zuverlässigen Hinweise für die Gesamtschweiz. Dennoch zeigen diese Studien, dass psychische Störungen bei Frauen häufiger auftreten und die häufigsten Diagnosen Depression, Angststörungen und spezifische Phobien sowie Essstörungen sind. Bei den Männern sind Störungen in Zusammenhang mit Substanzkonsum am stärksten verbreitet.
- Zwei von fünf Erwachsenen hatten mindestens einmal in ihrem Leben Suizidgedanken, wobei die Unterschiede zwischen Frauen und Männern äusserst gering sind. Bei den Männern ist allerdings die Zahl der Suizide höher, während bei den Frauen mehr Suizidversuche verzeichnet werden. Seit den 1980er-Jahren sind die Suizidraten der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz rückläufig.
- Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet drei Typen von Risikofaktoren: individuelle Faktoren, familiäre oder gemeinschaftliche Faktoren sowie strukturelle Faktoren. Schlafstörungen gelten in der Schweizer Literatur als massgeblicher individueller Faktor bei Erwachsenen. Als familiäre oder gemeinschaftliche Faktoren werden insbesondere die Herausforderungen in Zusammenhang mit dem Übergang zur Elternschaft, Konflikte zwischen Arbeit und Familienleben sowie die Rolle von pflegenden Angehörigen hervorgehoben. Ein prägender struktureller Faktor der letzten Jahre war die Covid-19-Pandemie.
- Es ist entscheidend, dass Daten zur Inzidenz psychischer Gesundheitsprobleme nicht nur auf nationaler Ebene, sondern auch auf kantonaler oder regionaler Ebene erhoben und bereitgestellt werden. Diese müssen überdies den sozioökonomischen, beruflichen und familiären Kontext berücksichtigen. Weiter braucht es Daten zum Substanzkonsum und zu den Problematiken in Zusammenhang mit Sucht.

3.1 Einleitung

Die psychische Gesundheit entwickelt sich unter dem Einfluss verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren während des ganzen Lebens (vgl. Kapitel 1–9). Die Zeit zwischen dem 25. und 64. Lebensjahr ist von mehreren wichtigen Übergängen geprägt, die mit grossen Herausforderungen einhergehen. Dazu gehört etwa, Beruf und Familie zu vereinbaren, die Karriere voranzutreiben, Eltern zu werden und zunehmend Verantwortung innerhalb der Familie zu übernehmen (Kirkbride et al., 2024). Gegen Ende 50 beginnen die meisten Erwachsenen in der Schweiz, ihre Pensionierung vorzubereiten – ein Übergang, der gemäss der Literatur mit Veränderungen der psychischen Gesundheit einhergeht (Li et al., 2021).

Auch mehrere relativ neue gesellschaftliche Trends beeinflussen die psychische Gesundheit erwachsener Menschen (Moen, 2022). Dazu gehören die abnehmende wirtschaftliche Sicherheit, die bei jungen Erwachsenen besonders ausgeprägt ist (Guan et al., 2022), der wachsende Konflikt zwischen beruflichen Vorgaben und familiären Verpflichtungen (Hämmig & Bauer, 2009) sowie die demografische Alterung, die den Bedarf an informeller Pflege erhöht (Rocard & Llana-Nozal, 2022) und damit wesentliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen haben kann (Lacey et al., 2019). Auch die Covid-19-Pandemie hatte einen signifikanten Einfluss auf die wichtigsten Übergänge im Erwachsenenleben und die möglichen Ursachen von Stress, die mit der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung zusammenhängen (Foster et al., 2023).

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über die psychische Gesundheit von Erwachsenen zwischen 25 und 64 Jahren in der Schweiz. Es geht auf folgende Fragen ein: Wie steht es um die psychische Gesundheit der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung der Schweiz, sowohl bezüglich psychischer Störungen oder Erkrankungen als auch hinsichtlich der positiven psychischen Gesundheit? Wie hat sich die psychische Gesundheit in den letzten zwei Jahrzehnten entwickelt? Untersucht werden auch die in der Schweizer Literatur erwähnten Risiko- und Schutzfaktoren. Zudem bietet die Analyse Anhaltspunkte zur Vertiefung des Wissens zur psychischen Gesundheit erwachsener Menschen. Das vorliegende Kapitel stützt sich auf eine bewährte Forschungsmethodik und präsentiert eine Zusammenstellung der relevanten wissenschaftlichen Artikel zur Schweiz. Um bestimmte Informationslücken zu schliessen, wurden auch europäische Studien herangezogen. Mehrere Indikatoren stützen sich zudem auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB).

3.2 Überblick über die psychische Gesundheit von Erwachsenen

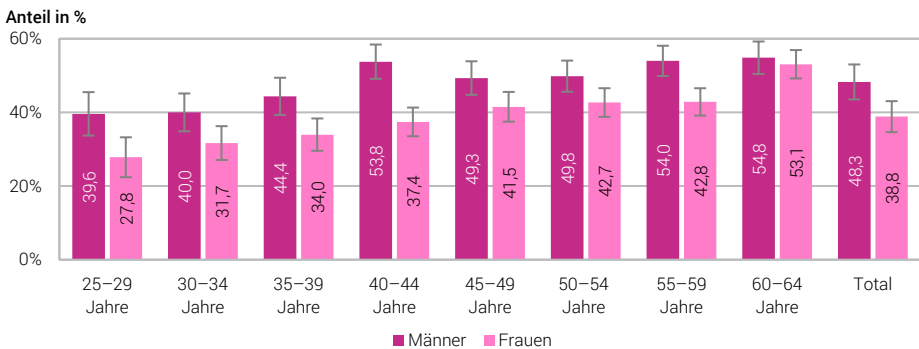
Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit

Psychische Gesundheit ist nicht die Abwesenheit psychischer Probleme, sondern vielmehr ein Zustand des Wohlbefindens, der ein emotionales Gleichgewicht und psychosoziale Kompetenzen umfasst (Shankland, 2019). Dieser Abschnitt konzentriert sich auf die wichtigsten Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit in der Schweiz und in Europa, namentlich Lebensqualität, Glücklichein und Kontrollüberzeugung.

Grafik G3.1 zeigt den Anteil der erwachsenen Bevölkerung, die in der SGB 2022 angaben, in den letzten vier Wochen ein mittleres oder hohes Energieniveau gehabt zu haben. Gemäss diesen Daten fällt das Energie- und Vitalitätsniveau bei Männern höher aus als bei Frauen (48,2% gegenüber 38,8%). Zudem ist es bei den 60- bis 64-Jährigen höher (Männer: 53,1%, Frauen: 54,8%) als bei den 25- bis 29-Jährigen (Männer: 27,8%, Frauen: 39,6%). Die Daten des Eurobarometers ermöglichen Vergleiche mit anderen europäischen Ländern. 2023 wurden die Teilnehmenden dieser Erhebung gebeten, die Antwort auszuwählen, die ihre Gefühlslage im Alltag am besten beschreibt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich der Anteil der Erwachsenen, die sich in den letzten vier Wochen vor der Erhebung energiegeladen fühlten, in den anderen europäischen Ländern nicht zwischen den Altersklassen unterscheidet (European Commission, 2023). Demgegenüber steigt der Anteil der Erwachsenen, die sich ruhig und gelassen fühlten, von 20% bei den 25- bis 39-Jährigen auf 25% bei den 40- bis 54-Jährigen und schliesslich auf 38% bei den über 55-Jährigen.

Mittleres oder hohes Energie- und Vitalitätsniveau, 2022

G3.1



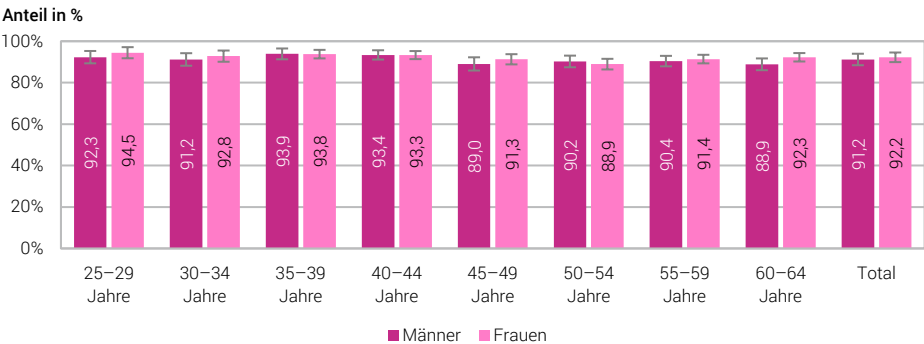
95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Grafik G3.2 präsentiert Daten zur Lebensqualität in der Schweiz gemäss den Ergebnissen der SGB 2022. Der Anteil Erwachsener, die eine gute oder sehr gute Lebensqualität angeben, beläuft sich auf 91,2% bei den Männern und 92,2% bei den Frauen. Dieser Anteil verändert sich mit dem Alter kaum (93,3% bei den 25- bis 29-Jährigen und 90,6% bei den 60- bis 64-Jährigen).

Gute oder sehr gute Lebensqualität, 2022 G3.2



95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

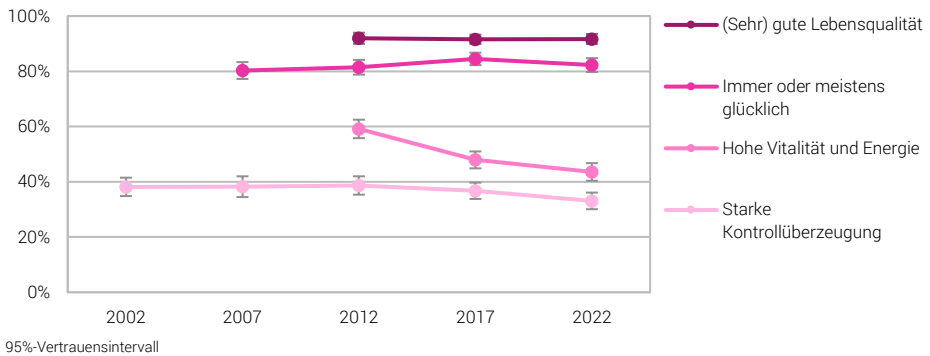
© Obsan 2025

Grafik G3.3 zeigt die positiven Gesundheitsindikatoren der SGB im Zeitverlauf. Die Lebensqualität war über das gesamte vergangene Jahrzehnt hoch, mit 92,0% im Jahr 2012, 91,0% im Jahr 2017 und 91,7% im Jahr 2022. Derselbe Trend lässt sich auch für weitere Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit aus der Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) beobachten (Schuler, 2023). Die Kontrollüberzeugung war zwischen 2002 und 2017 stabil und ging 2022 leicht zurück. Auch beim Energie- und Vitalitätsniveau lässt sich ein Abwärtstrend feststellen, insbesondere zwischen 2012 und 2017. Der Anteil der Erwachsenen in der Schweiz mit einem hohen Energie- und Vitalitätsniveau verringerte sich von 59,1% im Jahr 2012 auf 47,9% im Jahr 2017 und schliesslich auf 43,6% im Jahr 2022. Gleichzeitig blieb der Anteil der Personen, die sich immer oder meistens glücklich fühlen (gemessen anhand des MHI-5 aus der Studie MOS SF-36; (Veit & Ware, 1983)), konstant bei über 80%. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die positiven Indikatoren der psychischen Gesundheit in den letzten zwanzig Jahren nur wenig verändert haben.

Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit von 25- bis 64-Jährigen

G3.3

Anteil in %



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Bei den Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit lässt sich ein sozialer Gradient feststellen. Beispielsweise beläuft sich die Kontrollüberzeugung bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung auf 32,1%, bei jenen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe auf 38,1%. Bei Ersteren geben zudem 82,9% an, eine hohe Lebensqualität zu haben, bei Letzteren sind es 95,0%.

Die Lebensqualität der Bevölkerung in der Schweiz ist hoch. Insgesamt sind die Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit im Zeitverlauf stabil. Der Anteil der Erwachsenen mit einem hohen Energie- und Vitalitätsniveau hat sich leicht verringert (2012: 59,1%; 2017: 47,9%; 2022: 43,6%).

Prävalenz psychischer Probleme und Störungen

In diesem Kapitel wird die Prävalenz von psychischer Belastung, Depression, Angststörungen, substanzbezogenen Störungen sowie bipolaren und psychotischen Störungen beleuchtet. Der Fokus wird auf diese psychischen Störungen gelegt, weil sie bei der erwachsenen Bevölkerung am häufigsten auftreten und weitreichende Folgen für die öffentliche Gesundheit haben. Es werden aber auch Daten zur Prävalenz weniger verbreiteter psychischer Störungen präsentiert, die in der Regel eher auf lokalen Stichproben beruhen und nicht über die Gesamtschweiz Auskunft geben.

Grafik G3.4 stellt anhand einer in Zürich durchgeführten prospektiven Studie die kumulierte Inzidenz verschiedener psychischer Störungen bei 50-Jährigen dar (Angst et al., 2016). Diese Studie umfasste mehrere hundert Personen, die 1978 im Alter von 19 bis 20 Jahren erstmals befragt und anschliessend bis 2008 beobachtet wurden (siehe Kasten «Prospektive Zürcher Kohortenstudie»). Anhand der kumulierten Inzidenz lässt sich die Wahrscheinlichkeit einer Neuerkrankung in einer definierten Risikopopulation beziffern.

Anhand der prospektiven Zürcher Studie lässt sich die kumulierte Inzidenz psychischer Störungen bis zum Alter von 50 Jahren auf 73,9% schätzen (Angst et al., 2016). Dieselbe Studie zeigte auch, dass bei Frauen häufiger eine psychische Störung diagnostiziert wird als bei Männern und dass zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Art der Diagnose Unterschiede bestehen (Papanikola et al., 2015). Die am häufigsten auftretenden Diagnosen bei Frauen sind schwere depressive Erkrankungen (kumulierte Inzidenz: 39,3%), spezifische Phobien (35,1%), generalisierte Angststörungen (23,9%) und Anorexie/Bulimie (16,9%). Bei Männern stehen an erster Stelle Störungen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum (44,3%), gefolgt von schweren depressiven Erkrankungen (25,2%), Problemen mit Drogenkonsum (20,5%), spezifischen Phobien (17,8%) und generalisierten Angststörungen (17,5%) (Amendola et al., 2022; Angst et al., 2016).

Prospektive Zürcher Kohortenstudie

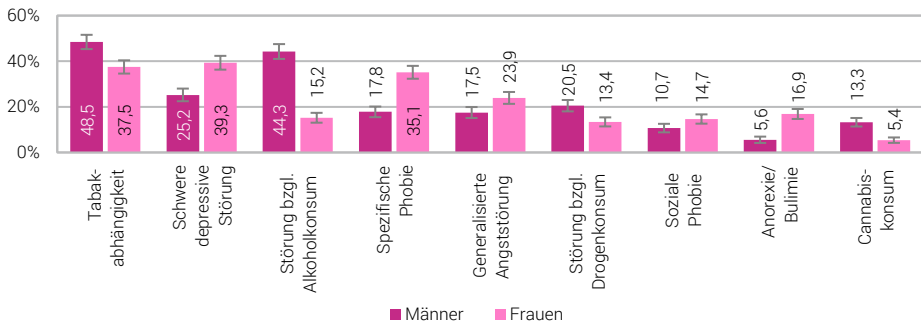
Die prospektive Zürcher Studie bezieht sich auf eine Kohorte von 4547 repräsentativen Probandinnen und Probanden aus dem Kanton Zürich, die 1978 im Alter von 19 bis 20 Jahren evaluiert wurden (Angst et al., 2005). Sie fand über zwanzig Jahre hinweg statt und zielte darauf ab, die Prävalenz und die kumulative Inzidenz psychischer Störungen bei jungen Menschen in Zürich zu schätzen.

Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass psychiatrische Störungen entdeckt werden, wurde eine geschichtete Unterstichprobe von 591 Teilnehmenden (292 Männer und 299 Frauen) mit hohen Werten auf der Symptom Checklist 90-R für Interviews ausgewählt. Sie wurden zwischen 1979 und 2008 siebenmal evaluiert. Die Längsschnittstudie konzentrierte sich auf die Diagnosen Depression, Angststörungen (gemäss DSM-III-Kriterien) und substanzbezogene Störungen (gemäss DSM-IV-Kriterien) (Amendola et al., 2022).

Kumulierte Inzidenz psychischer Störungen bis zum Alter von 50 Jahren

G3.4

Anteil in %



95%-Vertrauensintervall

Quelle: Angst et al., 2016

© Obsan 2025

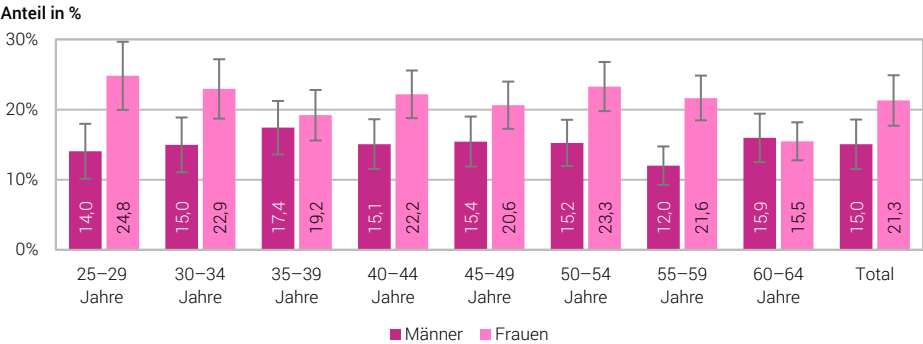
Psychische Belastung, Depression und Angststörungen

In der SGB wird die psychische Belastung mit dem MHI-5 anhand des Messinstruments MOS SF-36 evaluiert (Veit & Ware, 1983). Der MHI-5 misst die psychische Belastung anhand von Symptomen wie Nervosität, Traurigkeit, Verzweiflung, Interessenverlust und Schwierigkeiten bei der Problembewältigung. Gemäss den Daten der SGB 2022 (G3.5) ist die Prävalenz psychischer Belastung bei Frauen höher als bei Männern, insbesondere bei jungen Erwachsenen (24,8% bei Frauen zwischen 25 und 29 Jahren gegenüber 14,0% bei Männern derselben Altersgruppe). Bei den Frauen nimmt die psychische Belastung mit dem Alter ab und liegt bei den 60- bis 64-Jährigen noch bei 15,5%. Die Prävalenz psychischer Belastung bei der erwachsenen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren ist im letzten Jahrzehnt relativ stabil geblieben (2007: 17,2%; 2022: 18,1%).

Depressive Symptome wurden in der SGB 2022 anhand des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ermittelt, der sich auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung bezieht. Rund ein Drittel der Erwachsenen leiden an leichten, mittelschweren oder schweren depressiven Symptomen. Grafik G3.6 illustriert die Prävalenz von mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen, die in der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen bei Frauen 11,7% und bei Männern 8,5% beträgt. Personen ab 65 Jahren sind seltener von depressiven Symptomen betroffen als 25- bis 64-Jährige. Am stärksten betroffen sind 15- bis 24-Jährige (vgl. Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und 4 Ältere Menschen).

Psychische Belastung bei 25- bis 64-Jährigen, 2022

G3.5



95%-Vertrauensintervall

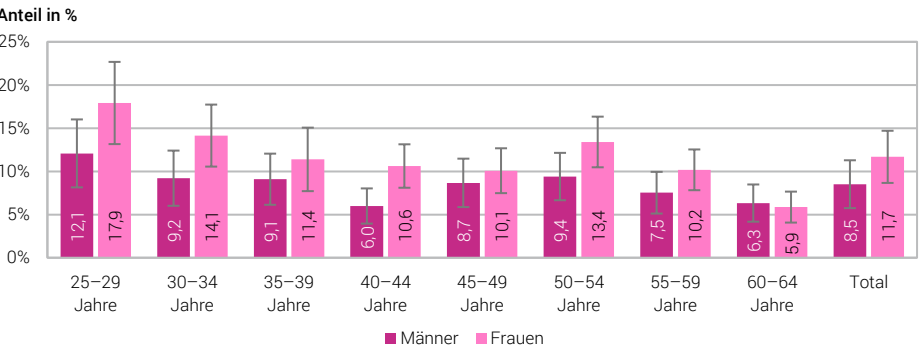
Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Symptome einer generalisierten Angststörung werden in der SGB anhand des GAD-7-Fragebogens (Generalized Anxiety Disorder) ermittelt, der sieben Fragen zum Auftreten von Symptomen einer Angststörung in den vergangenen zwei Wochen umfasst. Gemäss den Daten der SGB 2022 traten bei 7,9% der Frauen und 5,6% der Männer schwere, eher schwere oder mittelschwere Symptome einer generalisierten Angststörung auf. Der Anteil der Erwachsenen mit Symptomen einer Angststörung ist über die Altersgruppen hinweg gleich und schwankt zwischen 8,4% (VI 95%: 6,1%–10,6%) bei den 25- bis 29-Jährigen und 6,5% (VI 95%: 4,9%–8,0%) bei den 55- bis 59-Jährigen. Erst bei den 60- bis 64-Jährigen ist mit 4,0% ein Rückgang festzustellen (VI 95%: 2,9%–5,1%). Da die SGB-Daten erst ab 2022 vorliegen, kann kein zeitlicher Vergleich durchgeführt werden.

Prävalenz mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptome, 2022

G3.6



95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

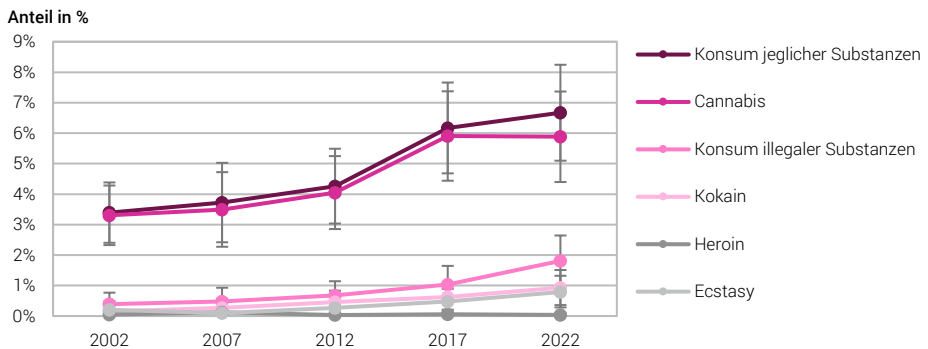
© Obsan 2025

Substanzbedingte Störungen

Die Zürcher Studie untersuchte auch die Entwicklung von substanzbedingten Störungen. Bei den Teilnehmenden zwischen 19 und 50 Jahren nahm die Prävalenz von Störungen in Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen oder Alkohol (Definition gemäss DSM-III und IV) in den letzten zwölf Monaten zu: 1993 waren 20,3% der Männer und 8,4% der Frauen betroffen, 2008 dagegen 25,7% bzw. 16,8% (Amendola et al., 2022).

Auch gemäss den Daten der SGB stieg der Substanzkonsum (einschliesslich Cannabis, Heroin, Kokain und Ecstasy, ohne Alkohol) in den letzten zwölf Monaten insgesamt von 3,4% im Jahr 2002 auf 6,7% im Jahr 2022 an (siehe G3.7). Diese Zunahme zeigte sich insbesondere beim Cannabiskonsum. Demgegenüber gaben weniger als 2,0% der 25- bis 64-Jährigen an, in den letzten zwölf Monaten illegale Substanzen (Kokain, Heroin, Ecstasy) konsumiert zu haben.

Substanzkonsum in den letzten zwölf Monaten

G3.7


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

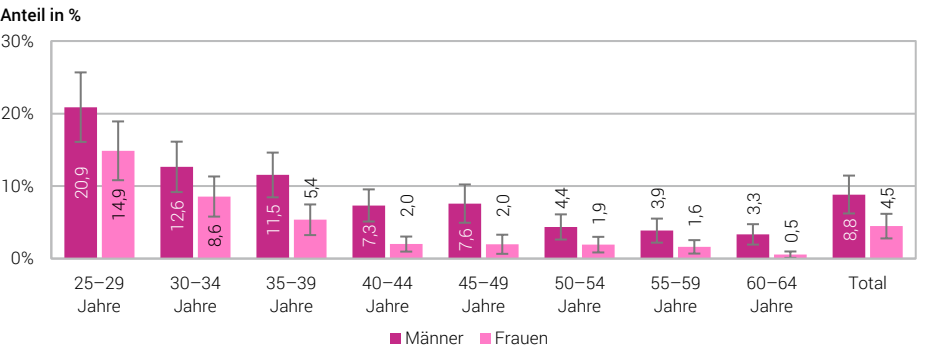
Bei Frauen wird häufiger eine psychische Störung diagnostiziert als bei Männern. Auch die Häufigkeit der einzelnen psychischen Störungen unterscheidet sich nach Geschlecht. Bei Männern sind substanzbedingte Störungen häufiger (Drogen und Alkohol), während Frauen mehr unter Angststörungen und Depressionen leiden.

Männer haben in den 30 Tagen vor der Befragung häufiger Substanzen (Cannabis, Heroin, Kokain und Ecstasy, ohne Alkohol) konsumiert als Frauen (8,8% gegenüber 4,5%). Wie Grafik G3.8 zeigt, geht der Konsum darüber hinaus mit dem Alter zurück. 2022 belief sich die Prävalenz von Substanzkonsum bei den 25- bis 29-Jährigen auf 20,9% (Männer) bzw. 14,9% (Frauen) und bei den 40- bis 44-Jährigen auf 7,3% bzw. 1,0%.

Männer konsumierten 2022 mehr Cannabis (7,8%), Kokain (8,9%) und Heroin (1,5%) als Frauen (3,9%, 4,3% bzw. 0,4%). Interessant ist auch, dass sich der Substanzkonsum nicht nach Bildungsniveau unterscheidet.

Der Anteil der Personen mit einem mittleren oder hohen Risiko hinsichtlich des Alkoholkonsums war 2022 bei Männern und Frauen vergleichbar (4,1% gegenüber 3,0%). Männer neigen jedoch stärker zum regelmässigen – einmal im Monat oder ein- bis mehrmals pro Woche – Rauschtrinken als Frauen (18,5% gegenüber 11,0%).

Substanzkonsum in den letzten zwölf Monaten, 2022 G3.8



Anmerkung: Substanzkonsum beinhaltet Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, ohne Alkohol
95%-Vertrauensintervall

Bipolare Störungen

Unter bipolaren Störungen versteht man affektive Störungen, bei denen sich starke manische und depressive Phasen abwechseln (Fortinash, 2023). Es gibt keine gesamtschweizerisch repräsentative Studie zu bipolaren Störungen.

Die PsyCoLaus-Studie, die bei über 3000 in Lausanne wohnhaften Erwachsenen zwischen 35 und 75 Jahren durchgeführt wurde (vgl. Beschreibung in Kapitel 1 Gesamtbevölkerung), liefert jedoch Hinweise zur Prävalenz bipolarer Störungen gemäss DSM-5 (ausgenommen zykllothyme Störung). Bezogen auf die letzten zwölf Monate belief sich die Prävalenz bipolarer und verwandter Störungen bei Männern auf 3,1% und bei Frauen auf 4,5%. Die Studie untersuchte auch die Prävalenz bipolarer und verwandter Störungen im gesamten Lebensverlauf, die bei Männern auf 6,0% und bei Frauen auf 5,7% geschätzt wird (Fassassi et al., 2014). Konkret erfüllten 1,0% der Teilnehmenden die Diagnosekriterien für eine lebenslange bipolare Störung des Typs I und 0,8% jene für eine bipolare Störung des Typs II. Darüber hinaus berichteten 1,0% über hypomanische Episoden und 3,0% erfüllten die Diagnosekriterien für eine hyperthymische Persönlichkeitsstörung.

Psychotische Störungen

Psychotische Störungen zeichnen sich durch Symptome wie Wahnvorstellungen oder Verfolgungswahn und Halluzinationen, aber auch durch ungeordnetes Denken oder Reden aus. Sie treten vor allem bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf, wobei Männer leicht häufiger betroffen sind als Frauen. Laut einer Studie, die zwischen 2011 und 2014 in Bern bei 2682 Personen zwischen 16 und 40 Jahren durchgeführt wurde, hat jede fünfte Person (21,1%) bereits mindestens ein potenzielles Psychosesymptom verspürt, jede zehnte (13,8%) zum Zeitpunkt der Studie (Schultze-Lutter et al., 2018). Lediglich 1,5% der Befragten zeigten jedoch Symptome, die der Diagnose einer psychotischen Störung entsprechen, und nur bei der Hälfte davon lag eine solche Diagnose bereits vor der Studie vor, was auf das Ausmass der Unterdiagnose bzw. der verzögerten Diagnosen hinweist (Michel et al., 2018).

Entwicklung der psychischen Gesundheit mit dem Alter

Einige Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenz depressiver Symptome mit dem Alter steigt (Arthur et al., 2019; Fiske et al., 2009; Thielke et al., 2010), während andere einen Rückgang von Depression und Angststörungen mit dem Alter feststellen (Scott et al., 2008; Wild et al., 2012). Die Ergebnisse variieren je nachdem, ob sie auf klinischen Diagnosen, Listen mit Symptomen oder einer Messung des psychischen Wohlbefindens beruhen (Carstensen, 2006; Carstensen et al., 2011; Fiske et al., 2009; Mackenzie et al., 2018; Steptoe et al., 2015). Die Daten der SGB 2022 unterstützen die Hypothese, dass sich die psychische Gesundheit mit dem Alter tendenziell positiv entwickelt. Die Kontrollüberzeugung sowie das Energie- und Vitalitätsniveau nehmen beispielsweise mit dem Alter zu, während Symptome einer Depression oder einer Angststörung zurückgehen. Die Indikatorenwerte fallen bei Menschen zwischen 65 bis 74 Jahren allgemein günstiger aus (höhere Werte bei den positiven Indikatoren, tiefere bei den negativen). Bei sehr alten Menschen scheint sich die psychische Gesundheit allerdings wieder leicht zu verschlechtern (siehe Kapitel 4 Ältere Menschen).

Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizidrate und assistierte Suizide

Suizidrate in der Schweiz

Suizid gehört zu den zwanzig häufigsten Todesursachen in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2023). Im Lauf des Jahres 2023 wurden in der Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren in der Schweiz 596 Suizidfälle registriert (ohne assistierten Suizid). Bei den 15- bis 44-Jährigen belief sich die Suizidrate 2023 pro 100 000 Personen auf 12,3 bei Männern und auf 5,2 bei Frauen. Bei den 45- bis 64-Jährigen waren es 20,6 bei Männern und 8,7 bei Frauen. Die Suizidrate ging ab den 1980er-Jahren in allen Altersgruppen stark zurück und dieser Abwärtstrend hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten fortgesetzt (Bund, 2022; Obsan, 2024; Stulz et al., 2022). Bei Schweizer Staatsangehörigen ist die Suizidrate zudem höher als bei ausländischen Personen (Stulz et al., 2022).

Suizidversuche in der Schweiz

Im Gegensatz zu den Todesfällen durch Suizid betreffen Suizidversuche häufiger Frauen als Männer. Gemäss der Zürcher Studie begingen bei den 19- bis 50-Jährigen 8,1% der Frauen und 5,1% der Männer Suizidversuche (Angst et al., 2014). Die SGB 2022 stellt diesen Unterschied auch bei den 25- bis 64-Jährigen fest: 4,8% der Frauen und 3,6% der Männer gaben an, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Suizidgedanken

40,5% der Personen zwischen 19 und 50 Jahren hatten mindestens einmal in ihrem Leben Suizidgedanken, wobei es keine grossen Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt (42,2% gegenüber 38,8%) (Angst et al., 2014). In der SGB 2022 wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken hatten, was 8,3% der Männer und 7,8% der Frauen bejahten. Diese Prävalenz ist in den vergangenen Jahren stabil geblieben (6,4% in der SGB 2012 und 8,1% in der SGB 2022).

Assistierte Suizide

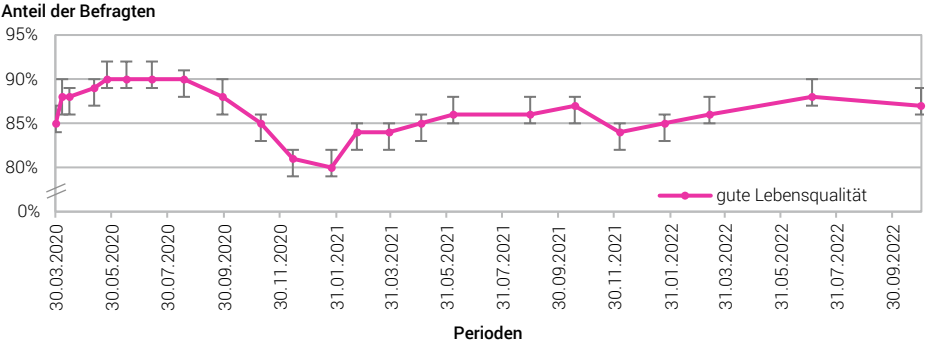
Nur eine kleine Minderheit der assistierten Suizide entfällt auf Personen unter 65 Jahren. In den vergangenen Jahren belief sich der Anteil auf rund 15% (Bundesamt für Statistik, 2023; Steck et al., 2018). In den jüngeren Altersgruppen sind hauptsächlich Personen mit Krebs oder Erkrankungen des Nervensystems betroffen, 5,8% litten an einer Verhaltensstörung oder psychischen Erkrankung (Steck et al., 2018). Die Zahl der assistierten Suizide hat sich im letzten Jahrzehnt deutlich erhöht, insbesondere bei Personen über 65 Jahren (BFS, 2023).

Covid-19-Pandemie und zeitliche Entwicklung

Zwischen März und April 2020 nahmen 1022 Erwachsene zwischen 18 und 78 Jahren an einer landesweiten Online-Befragung im Rahmen des «COVID-19 Social Monitor» teil. Ein Drittel (34%) der Teilnehmenden gab an, dass die Pandemie ihr psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt. Bei über der Hälfte der Befragten (56%) trat mindestens eines der folgenden Symptome auf: Sie fühlten sich ängstlich oder besorgt (29%), einsam (24%), niedergeschlagen oder deprimiert (28%) oder hatten wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten (29%) (Diaz Hernandez et al., 2021). 8% der Teilnehmenden suchten in dieser Zeitspanne wegen psychischer Belastung eine Fachperson für Psychologie oder für die psychische Gesundheit auf. Eine Tessiner Studie bei Personen zwischen 20 und 64 Jahren zeigte, dass sich die Prävalenz mittelschwerer bis schwerer Symptome für Depression, Angststörungen und Stress (DASS-21) während der ersten Covid-19-Welle im Jahr 2020 nahezu verdoppelte (Piumatti et al., 2022). Das Tessin war von der Krise besonders stark betroffen. Angststörungen nahmen dort bei den Teilnehmenden von 4,8% auf 8,1% und Stress von 5,5% auf 8,8% zu. Männer litten in dieser Zeit weniger häufig an Angststörungen und Stress als Frauen (Piumatti et al., 2022).

Der Anteil Personen, die ihre Lebensqualität als hoch einschätzten, sank zwischen Juni 2020 und Januar 2021 von 90% auf 80%, bevor sie wieder anstieg (G3.9) (Moser et al., 2020; Universität de Berne, 2020). Beim Indikator «während der letzten sieben Tage häufig oder sehr oft Stress empfunden» liessen sich zwei Spitzenwerte feststellen: der erste im März 2020 mit 14,1% und der zweite im Dezember 2020 mit 15,6%. Danach sank der Anteil wieder. Die Werte der psychischen Belastung in den letzten sieben Tagen waren im März 2020 hoch (7,7%) und nahmen im Dezember 2020, direkt nach der Verschärfung der Schutzmassnahmen, nochmals markant zu (10,4%). Im Jahr 2023 ging die psychische Belastung wieder auf 6,6% zurück. Bei den Symptomen einer Angststörung blieben die Anteile zwischen Ende 2020 und Ende 2022 stabil zwischen 2,6% und 2,0% (Universität de Berne, 2020). Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass mehrere Indikatoren für psychische Gesundheit und Wohlbefinden während der gesamten Pandemie signifikant zwischen Verbesserungen und Verschlechterungen schwankten.

Anteil der Befragten zwischen 18 und 79 Jahren mit guter Lebensqualität **G3.9**



3.3 Risikofaktoren

Die Risikofaktoren, die in der Schweiz allgemein besser untersucht wurden als die Schutzfaktoren, sind wegweisend für Massnahmen zur Prävention psychischer Probleme. Die WHO unterscheidet drei grosse Kategorien von Risikofaktoren für die psychische Gesundheit: individuelle Faktoren, familiäre oder gemeinschaftliche Faktoren sowie strukturelle Faktoren (World Health Organization, 2022). Viele dieser Faktoren werden in anderen Kapiteln dieses Berichts behandelt. Im vorliegenden Abschnitt geht es um die in der Schweizer Literatur identifizierten Risikofaktoren für die erwachsene Bevölkerung. Der Fokus liegt insbesondere auf den individuellen Faktoren (wie Schlafstörungen), familiären oder gemeinschaftlichen Faktoren in Zusammenhang mit wichtigen Übergängen im Erwachsenenleben sowie Covid-19 als strukturellem Faktor.

In der Schweiz liegen nur wenige Studien zu den Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit vor. Es braucht weitere Längsschnittstudien, um die Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen besser zu verstehen.

Schlafstörungen

Schlafstörungen sind sowohl ein Symptom psychischer Störungen als auch ein individueller Risikofaktor für Depression, Suizid sowie die Verschlimmerung oder das Wiederauftreten depressiver Symptome (Fang et al., 2019). Eine epidemiologische Studie bei 1274 Einwohnerinnen und Einwohnern von Zürich ermittelte die Häufigkeit von Schlafstörungen anhand von vier Kategorien: keine Beschwerden (72,6%), Einschlaf- oder Durchschlafstörungen (15,8%), verzögertes Einschlafen (5,3%) und schwere Schlafprobleme (6,4%) (Rössler et al., 2017). Die Ergebnisse zeigen, dass Schlafstörungen – insbesondere schwere – bei Frauen stärker verbreitet sind und darüber hinaus häufig mit psychischen Störungen wie generalisierten Angststörungen und Depression zusammenhängen. Von Einschlafstörungen oder schweren Schlafproblemen betroffene Personen sind häufiger mit Psychopathologien, beruflicher Erschöpfung und Neurosen konfrontiert, was darauf hinweist, dass Schlafstörungen ein wichtiger Risikofaktor für diese Erkrankungen sind. Dagegen konnte keine Korrelation mit Alkoholmissbrauch festgestellt werden (Rössler et al., 2017). Die prospektive Züricher Studie untersuchte zudem den Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und suizidalem Verhalten über dreissig Jahre hinweg (Rössler et al., 2018). Sie kam zum Schluss, dass Personen mit Schlafstörungen – unabhängig davon, ob diese leicht, mittel oder schwer sind – ein erhöhtes Suizidrisiko haben (Odds Ratios, OR, zwischen 1,9 und 3,3) (Rössler et al., 2018).

Informelle Hilfe für Angehörige

In der Schweiz spielen pflegende Angehörige eine wesentliche Rolle im Gesundheitssystem. Am stärksten vertreten sind dabei die 50- bis 64-Jährigen. Ein Drittel (30%) der pflegenden Angehörigen beurteilen ihren Gesundheitszustand als mittel bis sehr schlecht (Ricka, 2020). Da zu ihrer psychischen Gesundheit allerdings nach wie vor kaum Daten vorliegen, müssen internationale Studien herangezogen werden. Eine systematische Übersichtsarbeit der OECD ermittelte dreizehn Längsschnittstudien zu diesem Thema, die zwischen 2000 und 2022 publiziert wurden. Die Ergebnisse zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen unbezahlter Pflege von Angehörigen und der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen im Erwerbsalter. Während Frauen systematisch negative Auswirkungen verspürten, waren die Ergebnisse bei den Männern nicht einheitlich: Einige Studien beobachteten einen negativen Zusammenhang, während bei anderen gar keine Wechselwirkung festgestellt werden konnte (Ervin et al., 2022). Eine europäische Längsschnittstudie wies insbesondere bei Frauen, die substanzielle Pflegeleistungen für ihre Eltern erbringen, auf einen moderaten negativen Zusammenhang mit schweren depressiven Symptomen gemäss EURO-D-Skala hin (Heger, 2017).

Eine 2015 und 2017 in den Niederlanden durchgeführte Kohortenstudie bei 12 000 Erwerbstätigen ab 45 Jahren ergab, dass Arbeitnehmende, die Angehörige pflegen, mit höherer Wahrscheinlichkeit depressive Symptome entwickeln als jene, die keine Hilfe leisteten (Bijnsdorp et al., 2022).

Die EURO-D-Skala beurteilt Depressionssymptome anhand von zwölf Items, die verschiedene Aspekte einer Depression wie Traurigkeit, Interessenverlust und Schlafstörungen messen. Um den Schweregrad der Depression zu ermitteln, wird jedes der Items mit einer Note von 0 bis 3 bewertet.

Konflikt zwischen beruflichen Anforderungen und familiären Verpflichtungen

Gemäss dem Schweizer Haushalt-Panel berichteten 14% der Erwerbstätigen zwischen 20 und 64 Jahren im Jahr 2000 über Konflikte zwischen ihrer Arbeit und ihrem Privatleben (Antwort auf eine binäre Frage zu diesem Thema). Bei Personen ohne berufliche Qualifikation variierten die Prävalenzen zwischen 6% bei den Männern und 30% bei den Frauen. Bestimmte Gruppen waren stärker betroffen, beispielsweise Personen zwischen 30 und 40 Jahren mit hohem Bildungsniveau sowie Erwerbstätige mit Vollzeitpensum, Überstunden und flexiblen Arbeitszeiten. Auch ein langer Arbeitsweg, die Betreuung von Kleinkindern zuhause und zwei Haushalte innerhalb des Paares waren Risikofaktoren (Hämmig & Bauer, 2009).

Die Erwerbstätigen, die Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie haben, waren stärker gefährdet für Depressionssymptome, ein geringes Energieniveau, wenig Optimismus, Müdigkeit und Schlafstörungen (Hämmig & Bauer, 2009). Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass Probleme mit der psychischen Gesundheit bei Arbeitnehmenden, bei denen ein Ungleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben besteht – insbesondere bei Frauen – häufiger auftreten (siehe auch Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit).

Übergang zur Elternschaft

Die Geburt eines Kindes ist in der Regel ein freudiges Ereignis. Allerdings kann es durch bestimmte Umstände auch «kritisch» werden, beispielsweise, wenn die werdende Mutter zuvor an einer psychischen Störung litt, eine als traumatische empfundene Geburt erlebt hat oder die Eltern bereits ein Kind bei der Geburt verloren haben (Schobinger et al., 2020). Zwischen 2013 und 2019 wurde eine Studie bei 647 Teilnehmenden durchgeführt, die in einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsspital Lausanne (CHUV) behandelt wurden. Gemäss diesen Ergebnissen litten ein Fünftel der Frauen und ein Zehntel der Männer einen Monat nach der Geburt ihres Kindes unter Symptomen für posttraumatischen Stress (Schobinger et al., 2020). Eine andere Schweizer Studie von 2007 untersuchte die Faktoren, die mit Symptomen für Depression oder psychische Belastung zehn Tage nach der Entbindung in Verbindung gebracht werden. Von insgesamt 34 295 Müttern wurden 944 Fälle psychischer Belastung registriert, was 2,8% der Teilnehmerinnen entspricht (Staehelin et al., 2013). Die beiden wichtigsten, mittels logistischen Regressionsmodellen ermittelten Faktoren waren exzessives Schreien des Neugeborenen und die Tatsache, nicht mit dem Partner oder der Partnerin zusammenzuleben. Andere signifikante Faktoren waren unter anderem ein höheres Alter, ein tiefes Bildungsniveau, Schwierigkeiten beim Stillen, Sorgen um das Gewicht des Kindes und neonatale Erkrankungen. Einige Faktoren konnten dagegen mit einer Verringerung des Risikos für psychische Belastung in Verbindung gebracht werden, insbesondere die Tatsache, bereits ein oder mehrere Kinder zu haben, über eine ausländische Staatsangehörigkeit zu verfügen oder vor der Geburt Vollzeit gearbeitet zu haben und die Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen zu wollen (Staehelin et al., 2013).

3.4 Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über die psychische Gesundheit von Erwachsenen in der Schweiz und ihre Entwicklung in den letzten zwei Jahrzehnten. Untersucht wurde auch der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und ihren wichtigsten Determinanten bzw. Risikofaktoren. Psychische Gesundheitsprobleme betreffen einen signifikanten Anteil der Schweizer Bevölkerung. In der Zürcher Studie gaben nahezu drei Viertel der Erwachsenen an, vor dem Alter von 50 Jahren an mindestens einem psychischen Gesundheitsproblem gelitten zu haben. Darüber hinaus fällt die Belastung durch psychische Störungen je nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status sehr unterschiedlich aus (vertiefte Analysen dazu in Kapitel 1 Gesamtbevölkerung und 5 Sozialer Kontext).

Bei erwachsenen Frauen wird häufiger eine psychische Störung diagnostiziert als bei Männern. Sie leiden mit höherer Wahrscheinlichkeit an psychischer Belastung oder Symptomen für Depression oder Angststörungen, insbesondere zu Beginn des Erwachsenenalters. Die Unterschiede verringern sich tendenziell mit zunehmender Nähe zum Rentenalter. Bei Männern ist dagegen die Prävalenz eines problematischen Alkohol- und Drogenkonsums sowie das Suizidrisiko höher als bei Frauen. Diese Unterschiede machen deutlich, dass im Bereich der psychischen Gesundheit bei Versorgungs- und Präventionsmassnahmen geschlechtsspezifische Ansätze notwendig sind. Die Studien zeigen auch, dass Männer aufgrund von Stigmatisierung und Männlichkeitsnormen bei psychischen Problemen wie Depression seltener Hilfe in Anspruch nehmen, was zu geringeren Diagnoseraten führt (Addis & Mahalik, 2003; Oliver et al., 2005). Bei den Frauen müssen wichtige Übergänge wie Schwangerschaft und Geburt berücksichtigt werden, die mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen einhergehen (Staehelin et al., 2013). Bei den Männern ist der Fokus auf die Risikofaktoren in Zusammenhang mit Suizid zu legen, namentlich auf den Zugang zu potenziell tödlichen Mitteln. Zudem gilt es, Massnahmen zur Verringerung der Stigmatisierung und zur Sensibilisierung für psychische Gesundheitsprobleme zu ergreifen. Die Bereitschaft, Hilfe zu suchen, muss erhöht und der Zugang zu angemessenen Dienstleistungen verbessert werden, damit effizient auf die Bedürfnisse reagiert werden kann (Andrade et al., 2014).

Insgesamt zeigen die Daten bei jungen Erwachsenen eine höhere Prävalenz häufiger psychischer Gesundheitsprobleme, während ältere Erwachsene über ein besseres psychisches Wohlbefinden berichten. Zudem verringert sich das Risiko für psychische Störungen mit nahendem Rentenalter. Diese Ergebnisse stimmen mit internationalen Studien überein, die darauf hinweisen, dass das Altern häufig mit einer Verbesserung des hedonischen Wohlbefindens einhergeht. Dazu gehören positive affektive Zustände und Glückseligkeit sowie eine Verringerung negativer Emotionen wie Wut oder Stress, Traurigkeit ausgenommen (Springer et al., 2011; Stone et al., 2010).

Die hohe Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme zu Beginn des Erwachsenenalters lässt sich mit wichtigen Übergängen in Zusammenhang bringen, die häufig mit Stress und Ängsten einhergehen, namentlich der Eintritt in die höhere Bildung und in das Erwerbsleben, das Eingehen von Partnerschaften oder das Erlangen finanzieller Unabhängigkeit (Lee & Gramotnev, 2007; Praharso et al., 2017). Es müssen daher unbedingt Präventionsstrategien verfolgt werden, mit denen sich die Risiken für psychische Störungen und deren negative Auswirkungen auf das Ausbildungs-, Sozial- und Berufsleben junger Erwachsener begrenzen lassen, und so das Auftreten chronischer Probleme mit der psychischen Gesundheit zu vermeiden.

Die Analysen bringen mehrere Faktoren ans Licht, mit denen sich die psychische Gesundheit von Erwachsenen in der Schweiz wahrscheinlich verbessern liesse. Die Forschung zeigt, dass Schlafstörungen nicht nur ein Symptom, sondern auch ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit sind. Zukünftige Studien sollten demnach untersuchen, ob Massnahmen für eine bessere Schlafhygiene, Strategien zur Stressbewältigung und Sensibilisierungskampagnen bezüglich der Wichtigkeit von Schlaf die psychische Gesundheit fördern könnten. Personen, die sowohl beruflichen als auch familiären Pflichten nachkommen, namentlich der Pflege älterer Angehöriger, haben ein höheres Risiko für psychische Gesundheitsprobleme. Die europäischen Studien machen deutlich, dass die unbezahlte und häufig verkannte Rolle pflegender Angehöriger zu Symptomen einer Angststörung oder Depression führen kann (Ervin et al., 2022). Mit Massnahmen wie psychologischer Betreuung, Unterstützung unter Gleichgesinnten oder Entlastungsdiensten kann das psychische Wohlbefinden dieser Personen gefördert werden. Es bedarf allerdings zusätzlicher Forschung, um die Wirksamkeit solcher Massnahmen im Schweizer Kontext zu beurteilen.

In der Schweiz sollten zudem weitere Daten zu den Wechselwirkungen zwischen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und der psychischen Gesundheit von jungen Erwachsenen erhoben werden. Obwohl die Literatur auf einen Zusammenhang zwischen einer schlechten Work-Life-Balance und Symptomen für Depression und Angststörungen hinweist, sind die spezifischen Ungleichgewichte zwischen Arbeit und Privatleben, die diese Verbindung erklären können, unzureichend erschlossen. Ebenso ist kaum geklärt, mit welchen Massnahmen sich der damit verbundene Stress im Schweizer Kontext verringern liesse. Die Literatur weist darauf hin, dass bestimmte strukturelle Veränderungen wie flexible Arbeitsbedingungen beruflichen und familiären Stress reduzieren könnten (Berkman et al., 2023). Dennoch sind vertiefte Untersuchungen nötig, um die Auswirkungen solcher Massnahmen zu evaluieren. Die Belege dafür, dass nach der Geburt des ersten Kindes ein erhöhtes Risiko für Depression und psychische Belastung besteht (Schobinger et al., 2020), zeigen auch die Notwendigkeit von Präventionsmassnahmen für die psychische Gesundheit junger Eltern, damit diese in der Lage sind, sich um ihre Kinder zu kümmern und diese in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

Die Ergebnisse des vorliegenden Kapitels weisen darauf hin, dass grosse gesellschaftliche Veränderungen die psychische Gesundheit tiefgreifend beeinträchtigen können. Die Covid-19-Pandemie hat diesen Zusammenhang deutlich aufgezeigt: Über ein Drittel der Erwachsenen in der Schweiz berichtete, dass sich die Pandemie negativ auf ihr psychisches Wohlbefinden ausgewirkt hat (Diaz Hernandez et al., 2021). Es braucht daher neue Strategien, um auf die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Veränderungen zu reagieren (Damiano et al., 2021). Die beschriebenen Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es ist, die psychische Gesundheit bei der Erarbeitung von Strategien für die öffentliche Gesundheit zu berücksichtigen, um die Resilienz der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz für künftige Krisen zu stärken (WHO Regional Office for Europe, 2022).

3.5 Literaturverzeichnis

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Amendola, S., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Angst, J., & Rössler, W. (2022). Longitudinal reciprocal associations between depression, anxiety, and substance use disorders over three decades of life. *Journal of Affective Disorders*, 302, 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.101>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., . . . Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/s0033291713001943>
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W., & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 14(2), 68–76. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006278>
- Angst, J., Hengartner, M. P., Rogers, J., Schnyder, U., Steinhausen, H. C., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2014). Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(7), 557–565. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0500-1>
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, 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. <https://doi.org/10.1017/s204579601500027x>
- Arthur, A., Savva, G. M., Barnes, L. E., Borjian-Borojony, A., Denning, T., Jagger, C., Matthews, F. E., Robinson, L., Brayne, C., Cognitive, F., & Ageing Studies, C. (2019). Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 1–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.193>
- Berkman, L. F., Kelly, E. L., Hammer, L. B., Mierzwa, F., Bodner, T., McNamara, T., Koga, H. K., Lee, S., Marino, M., Klein, L. C., McDade, T. W., Hanson, G., Moen, P., & Buxton, O. M. (2023). Employee Cardiometabolic Risk Following a Cluster-Randomized Workplace Intervention From the Work, Family and Health Network, 2009–2013. *The American Journal of Public Health*, 113(12), 1322–1331. <https://doi.org/10.2105/ajph.2023.307413>
- BFS (2023). *Statistik der Todesursachen und Totgeburten, 2022*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>
- Bijnsdorp, F. M., van der Beek, A. J., Broese van Groenou, M. I., Proper, K. I., van den Heuvel, S. G., & Boot, C. R. (2022). Associations of combining paid work and family care with gender-specific differences in depressive symptoms among older workers and the role of work characteristics. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(3), 190–199. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4014>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hersfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Damiano, R. F., Di Santi, T., Beach, S., Pan, P. M., Lucchetti, A. L., Smith, F. A., Forlenza, O. V., Fricchione, G. L., Miguel, E. C., & Lucchetti, G. (2021). Mental health interventions following COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review of current recommendations and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(6), 665–678. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1582>
- Diaz Hernandez, L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A. (2021). The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: a cross-sectional survey of the adult Swiss general population. *BMC Family Practice*, 22(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Ervin, J., Taouk, Y., Fleitas Alfonso, L., Peasgood, T., & King, T. (2022). Longitudinal association between informal unpaid caregiving and mental health amongst working age adults in high-income OECD countries: A systematic review. *EClinicalMedicine*, 53, 101711. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101711>
- European Commission. (2023). *Flash Eurobarometer 530: Mental Health Report* <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>
- Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324–2332. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>

- Fassassi, S., Vandeleur, C., Aubry, J. M., Castelao, E., & Preisig, M. (2014). Prevalence and correlates of DSM-5 bipolar and related disorders and hyperthymic personality in the community. *Journal of Affective Disorders*, 167, 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.004>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Fortinash, K. H. W., Patricia. (Ed.). (2023). *Santé mentale et psychiatrie* (3^e édition ed.). Chenelière Education
- Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., & Mohler-Kuo, M. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Young Adults' Mental Health in Switzerland: A Longitudinal Cohort Study from 2018 to 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLoS One*, 17(2), e0264041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8031-7>
- Heger, D. (2017). The Mental Health of Children Providing Care to their Elderly Parent. *Health Economics*, 26(12), 1617–1629. <https://doi.org/10.1002/hec.3457>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Lacey, R. E., McMunn, A., & Webb, E. (2019). Informal caregiving patterns and trajectories of psychological distress in the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 49(10), 1652–1660. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002222>
- Lee, C., & Gramotnev, H. (2007). Life transitions and mental health in a national cohort of young Australian women. *Developmental Psychology*, 43(4), 877–888. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.877>
- Li, W., Ye, X., Zhu, D., & He, P. (2021). The Longitudinal Association Between Retirement and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 190(10), 2220–2230. <https://doi.org/10.1093/aje/kwab125>
- Mackenzie, C. S., Karaoylas, E. C., & Starzyk, K. B. (2018). Lifespan Differences in a Self Determination Theory Model of Eudaimonia: A Cross-Sectional Survey of Younger, Middle-Aged, and Older Adults. *Journal of Happiness Studies*, 19(8), 2465–2487. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9932-4>
- Michel, C., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Demographic and clinical characteristics of diagnosed and non-diagnosed psychotic disorders in the community. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(1), 87–90. <https://doi.org/10.1111/eip.12360>
- Moen, P. (2022). The Uneven Stress of Social Change: Disruptions, Disparities, and Mental Health. *Society and Mental Health*, 12(2), 85–98. <https://doi.org/10.1177/21568693221100171>
- Moser, A., Carlander, M., Wieser, S., Hämmig, O., Puhon, M., & 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, e0242129. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242129>
- Obsan. (2024). *Suizid und Suizidhilfe*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe>
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297–301. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.297>
- Papanikola, G., Borcan, D., Sanida, E., & Escard, E. (2015). Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux. *Revue médicale suisse*, 11, 1750–1754. <https://doi.org/10.53738/REV-MED.2015.11.487.1750>
- Piumatti, G., Levati, S., Amati, R., Crivelli, L., & Albanese, E. (2022). Trajectories of depression, anxiety and stress among adults during the COVID-19 pandemic in Southern Switzerland: the Corona Immunitas Ticino cohort study. *Public Health*, 206, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.005>
- Praharso, N. F., Tear, M. J., & Cruwys, T. (2017). Stressful life transitions and wellbeing: A comparison of the stress buffering hypothesis and the social identity model of identity change. *Psychiatry Research*, 247, 265–275. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.039>
- Ricka, R., von Wartburg, L., Marta Gamez, F, von Greyerz, S. (2020). Rapport de synthèse du programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants 2017–2020».

- Rocard, E., & Llana-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind, OECD Health Working Papers, No. 140, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Glozier, N., Rodgers, S., Haker, H., & Müller, M. (2017). Sleep disturbances in young and middle-aged adults - Empirical patterns and related factors from an epidemiological survey. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.009>
- Rössler, W., Angst, J., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., Berrouguet, S., Ujeyl, M., Glozier, N., & Hengartner, M. P. (2018). Sleep Disturbances and Suicidality-A Longitudinal Analysis From a Representative Community Study Over 30 Years. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 320. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00320>
- Schobinger, E., Stuijzand, S., & Horsch, A. (2020). Acute and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers and Fathers Following Childbirth: A Prospective Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562054>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. et Peter, C. (2023). *Psychische Gesundheit Kennzahlen 2021* (Obsan Bulletin 01/2023).
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Ruhrmann, S., & Schimmelmann, B. G. (2018). Prevalence and clinical relevance of interview-assessed psychosis-risk symptoms in the young adult community. *Psychological Medicine*, 48(7), 1167–1178. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002586>
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Fernandez, A., Gureje, O., He, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Mneimneh, Z., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Tachimori, H., & Williams, D. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659–1669. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003413>
- Shankland, R. (2019). *La psychologie positive*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.shank.2019.01>
- Springer, K. W., Pudrovskaya, T., & Hauser, R. M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.05.008>
- Staehelin, K., Kurth, E., Schindler, C., Schmid, M., & Zemp Stutz, E. (2013). Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care--results from a nested case-control study. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13862. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13862>
- Steck, N., Junker, C., & Zwahlen, M. (2018). Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ Open*, 8(4), e020992. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020992>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985–9990. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, 40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Thielke, S. M., Diehr, P., & Unutzer, J. (2010). Prevalence, incidence, and persistence of major depressive symptoms in the Cardiovascular Health Study. *Aging & Mental Health*, 14(2), 168–176. <https://doi.org/10.1080/13607860903046537>
- Universität Bern. (2020). *COVID-19 Research in Switzerland*. <https://covid19.ctu.unibe.ch/>
- Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730>
- WHO Regional Office for Europe (2022). *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. WHO
- Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., & Raum, E. (2012). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 375–381. <https://doi.org/10.1002/gps.2728>
- World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>

04 Die psychische Gesundheit älterer Menschen



Océane Pittet, Giulia Belloni, Mauricio Avendano-Pabon,
Manon Duay & Laurence Seematter-Bagnoud
Unisanté

Kernaussagen

- Die älteren Menschen in der Schweiz haben grossmehrheitlich eine gute Lebensqualität und mehr als die Hälfte von ihnen ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau. Es liegen jedoch relativ wenige Informationen über die positive Seite der psychischen Gesundheit älterer Menschen vor, da diese meist unter dem Gesichtspunkt psychischer Probleme untersucht wird.
- Depressionssymptome, psychische Belastung und Symptome einer Angststörung sind bei älteren Menschen weniger verbreitet als bei jungen Erwachsenen. Einige Studien zeigen jedoch auch, dass depressive Symptome und Depressionen ab 80 bis 85 Jahren wieder zunehmen und rund ein Drittel der Personen in dieser Altersgruppe betreffen.
- Assistierte Suizide machen heute über die Hälfte der Todesfälle durch Suizid bei älteren Menschen aus. Sie haben stark zugenommen, während die Zahl der nicht assistierten Suizide rückläufig ist.
- Insgesamt waren die positiven und negativen Indikatoren der psychischen Gesundheit bei der älteren Bevölkerung in den letzten Jahren recht stabil. Während der Covid-19-Pandemie war die psychische Gesundheit der älteren Menschen weniger stark beeinträchtigt als jene der jüngeren Bevölkerung. Dennoch waren die psychischen Auswirkungen dieser Zeit auch für ältere Menschen, die physisch und/oder psychisch weniger gesund, sozial isoliert oder finanziell benachteiligt waren, stärker spürbar.
- Demenz steigt mit zunehmendem Alter stark an. Während die Erkrankung bei den 65- bis 69-Jährigen sehr selten ist (weniger als 3 von 100 Personen), ist bei den Personen ab 90 Jahren rund ein Drittel und bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen sogar die Hälfte betroffen. Die Inzidenz von Demenz nach Altersgruppe scheint zwar in mehreren Ländern rückläufig zu sein, aber die zukünftige Entwicklung dieses Trends ist ungewiss. Die für die Schweiz verfügbaren Daten reichen nicht aus, um die Anzahl und den Anteil der betroffenen Personen zu schätzen. Dies schränkt die Planung der benötigten Ressourcen für ihre Pflege ein.
- Ein gutes Bildungsniveau und soziale Kontakte begünstigen die psychische und kognitive Gesundheit im Alter und sollten bei der Planung von Massnahmen für die älteren Menschen somit berücksichtigt werden, damit diese in guter psychischer Gesundheit altern können.

4.1 Einleitung

Die psychische Gesundheit von Seniorinnen und Senioren (d. h. hier sämtliche Personen ab 65 Jahren) hat in den letzten Jahrzehnten an Sichtbarkeit gewonnen und ist angesichts des wachsenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung ein wichtiges Thema.

Die psychische Gesundheit hängt eng mit dem Lebensverlauf zusammen, der seinerseits von unterschiedlichsten Erfahrungen geprägt ist. Negative Ereignisse wie Krankheiten oder Trauerfälle treten bei älteren Menschen häufiger ein als bei der jüngeren Bevölkerung und gehen mit einem Risiko für psychische Probleme einher, insbesondere, wenn sie gehäuft eintreten (Pocnet et al., 2016). Darüber hinaus ist besonders die sehr alte Bevölkerung über 80 Jahren von einem höheren Demenzrisiko betroffen.

Auf der Grundlage der verfügbaren Literatur – die entsprechenden Recherchen sind im blauen Kasten ausführlich beschrieben – zeichnet das vorliegende Kapitel ein Bild des Wissensstands und der Informationslücken zur psychischen Gesundheit der älteren Menschen in der Schweiz. Insbesondere liefern die gesammelten Informationen Anhaltspunkte zu folgenden Fragen:

- Wie steht es um die psychische Gesundheit der älteren Menschen in der Schweiz, sowohl unter positiven Gesichtspunkten wie dem Energieniveau oder der wahrgenommenen Lebensqualität als auch bezüglich negativer Aspekte wie depressiven Erkrankungen, psychischer Belastung oder Angststörungen?
- Wie haben sich diese Indikatoren im Lauf der letzten zehn Jahre, einschliesslich während der Covid-19-Pandemie, entwickelt?
- Welcher Anteil der älteren Bevölkerung ist von kognitiven Störungen oder Demenz betroffen?
- Wo bestehen derzeit noch Wissenslücken?

Zuverlässige und aktuelle Daten zu diesen Indikatoren der psychischen Gesundheit sind unerlässlich für die Planung entsprechender Massnahmen. Angesichts der demografischen Alterung kommt der Politik die Aufgabe zu, das Altern bei guter psychischer Gesundheit zu fördern, d. h. in einem Zustand des Wohlbefindens, der es ermöglicht, wichtige Aufgaben oder Aktivitäten auszuführen und alltägliche Herausforderungen zu bewältigen.

Informationsquellen

Als prioritäre Datenquelle wurden Erhebungen verwendet, die in den letzten zwanzig Jahren in der Schweiz – möglichst auf nationaler Ebene – durchgeführt wurden. Einige der mehrfach erwähnten Studien sind in einem Kasten zusammengefasst. Um die Informationslücken bezüglich Prävalenz psychischer Störungen zu schliessen, wurden europäische Studien herangezogen. Anhand von Daten aus aktuellen systematischen Reviews und Metaanalysen (Zusammenstellungen von Daten aus mehreren vergleichbaren Studien) konnten die Ergebnisse zur zeitlichen Entwicklung und zu den Risiko- und Schutzfaktoren untermauert werden.

4.2 Psychische Gesundheit älterer Menschen

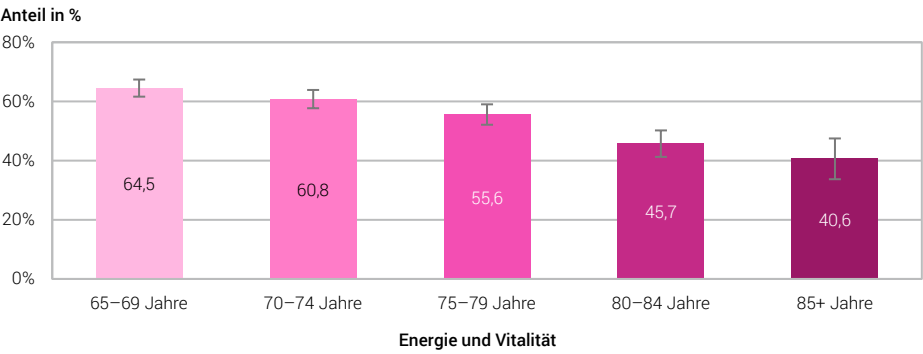
Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit

Eine positive psychische Gesundheit lässt sich anhand von Indikatoren wie Glücklichkeit, Energieniveau oder Lebensqualität sowie weniger direkten Aspekten wie der Kontrollüberzeugung beurteilen (Definitionen vgl. Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Die psychische Gesundheit älterer Menschen unter einem positiven Gesichtspunkt ist nach wie vor wenig erforscht, da der Fokus häufiger auf psychische Probleme und Erkrankungen gelegt wird. Insgesamt ist die psychische Gesundheit der zuhause lebenden Seniorinnen und Senioren relativ gut, insbesondere bei den 60- bis 79-Jährigen. Laut der im Jahr 2022 in der ganzen Schweiz durchgeführten Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC, vgl. Kapitel 1 Gesamtbevölkerung) gaben 79% der Befragten ab 65 Jahren an, sich immer oder meistens **glücklich zu fühlen**. Dieser Anteil ist etwas höher als bei den jüngeren Erwachsenen (71%) (Schuler et al., 2022).

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB, vgl. Kapitel 1 Gesamtbevölkerung) untersucht **das Energieniveau und die Lebensqualität**. Junge Seniorinnen und Senioren (65 bis 69 Jahre) gaben im Jahr 2022 mit 65% am häufigsten ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau an. Dieser Anteil ist höher als bei den jüngeren Erwachsenen (vgl. Kapitel 3 Erwachsene; Grafik G.4.1). Er verringert sich jedoch mit zunehmendem Alter, auf 46% bei den 80- bis 84-Jährigen und auf 41% bei den Personen ab 85 Jahren. Das Energie- und Vitalitätsniveau liegt bei den Männern in allen Altersgruppen rund 10% höher als bei den Frauen.

Anteil älterer Menschen mit einem hohen Energie-,
und Vitalitätsniveau, 2022

G4.1



95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

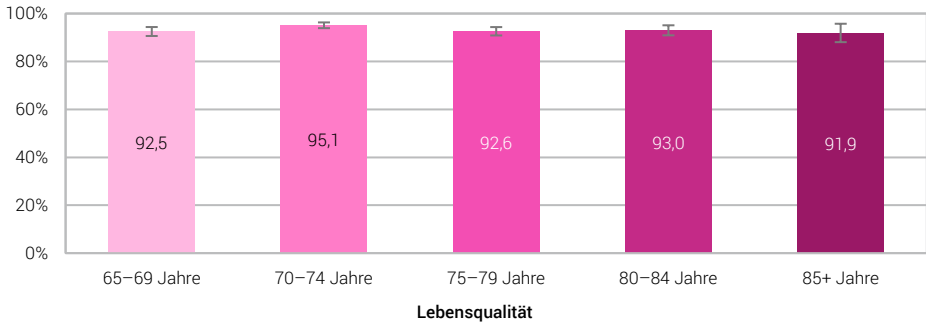
Der Indikator der **Lebensqualität** zeigt eine sehr hohe Zufriedenheit: 2022 schätzten über 90% der Befragten ab 65 Jahren ihre allgemeine Lebensqualität als gut oder sehr gut ein, wobei keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern erkennbar waren und der Anteil auch mit zunehmendem Alter nicht abnahm (Grafik G4.2). Ergänzt werden diese Ergebnisse durch eine zwischen 2011 und 2012 durchgeführte Studie, die anhand einer Stichprobe von über 3000 Seniorinnen und Senioren die Lebensqualität älterer und sehr alter Menschen in der Schweiz untersuchte. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Lebensqualität von hochbetagten Personen (ab 90 Jahren) verglichen mit den 65- bis 79-Jährigen gleich hoch bleibt, obwohl in mehreren für die Lebensqualität wichtigen Dimensionen Verschlechterungen zu beobachten sind, etwa hinsichtlich Mobilität oder Selbstständigkeit bei alltäglichen Aktivitäten (Luthy et al., 2015).

Zwei Drittel der jungen Rentnerinnen und Rentner (65- bis 69-Jährige) geben ein hohes Energieniveau an. Bei den Personen ab 80 Jahren trifft dies auf weniger als die Hälfte zu. Trotz des rückläufigen Energieniveaus mit zunehmendem Alter beurteilen über 90% der Personen ab 80 Jahren ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut.

Anteil älterer Menschen, die ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut bezeichnen, 2022

G4.2

Anteil in %



95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die **Kontrollüberzeugung** ist ein indirekter Indikator der psychischen Gesundheit. Sie wird eher als Ressource betrachtet. In der SGB wird die Kontrollüberzeugung anhand von vier Aspekten bestimmt, die das Gefühl der Kontrolle über Probleme und das Leben im Allgemeinen messen. 2022 gaben rund 80% der älteren Menschen eine mittlere bis starke Kontrollüberzeugung an (82,3% bei den 65- bis 74-Jährigen und 78% bei den Personen ab 75 Jahren). Männer berichten etwas häufiger von einer hohen Kontrollüberzeugung als Frauen, insbesondere in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren (Differenz von 8%).

Häufige psychische Störungen

Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit epidemiologischer Daten zu Personen ab 65 Jahren konzentriert sich der Bericht auf die am besten dokumentierten psychischen Störungen. Anhand der Zahlen zu den am umfassendsten untersuchten Erkrankungen lassen sich die grössten Problematiken für diese Altersgruppe genauer eruieren. Wie die Literaturrecherche zeigt, sind einige psychische Störungen trotzdem noch immer kaum dokumentiert. Die wenigen bestehenden Studien werden eher im klinischen Umfeld mit kleinen Patientengruppen durchgeführt und lassen somit keine Extrapolation auf die gesamte ältere Bevölkerung zu.

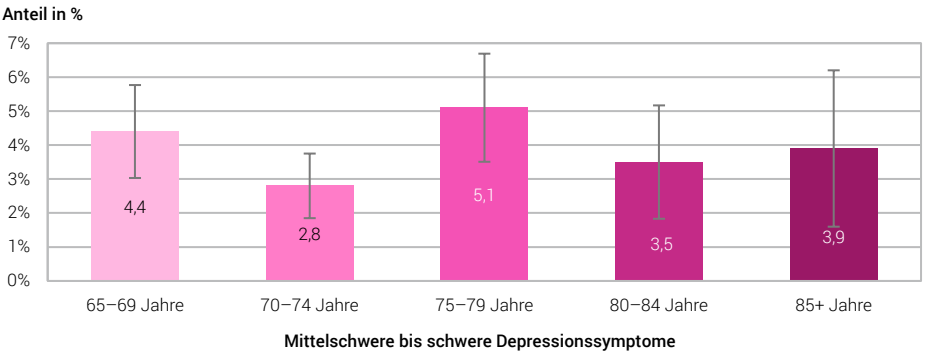
Depression und depressive Symptome

Depressive Symptome und Depressionen (d. h. Störungen, die den Diagnosekriterien einer Depression entsprechen) können die Handlungsfähigkeit der älteren Menschen im Alltag wesentlich beeinträchtigen. In der Schweiz lässt sich das Ausmass dieser Probleme anhand mehrerer Erhebungen und Studien einschätzen.

Die SGB ermittelt den Schweregrad von **depressiven Symptomen** anhand von neun Fragen (PHQ-9-Skala), die sich auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung beziehen. 2022 berichteten rund 4% der Befragten ab 65 Jahren von depressiven Symptomen, die sie als mittelschwer oder schwer einstufen, wobei innerhalb der verschiedenen Altersgruppen keine nennenswerten Trends feststellbar waren (Grafik G 4.3). Darüber hinaus gaben knapp 20% der Befragten leichte depressive Symptome an (je nach Altersgruppe zwischen 17% und 22%). Depressive Symptome treten unabhängig von ihrem Schweregrad bei Seniorinnen und Senioren seltener auf als bei jüngeren Erwachsenen (vgl. Kapitel 3 Erwachsene).

Insgesamt sind Frauen häufiger von leichten depressiven Symptomen betroffen als Männer. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den 65- bis 74-Jährigen mit 21,2% der Frauen gegenüber 13,5% der Männer (Daten 2022).

Anteil älterer Menschen mit depressiven Symptomen, 2022 G4.3



Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

SHARE-Erhebung

Die Erhebung zu Gesundheit, Altern und Ruhestand in Europa (SHARE) untersucht die Gesundheit, die sozioökonomische Stellung sowie das soziale und familiäre Netzwerk älterer Menschen ab 50 Jahren in Europa. Dazu werden die Teilnehmenden, die teils in Privathaushalten und teils in Einrichtungen wie Alters- und Pflegeheimen leben, über einen längeren Zeitraum hinweg regelmässig befragt. Die Datenerhebung erfolgt hauptsächlich durch Telefoninterviews, die seit der ersten Befragung 2004 rund alle zwei Jahre durchgeführt werden. Die Stichprobe für die Schweiz umfasst rund 4000 Personen.

Die SHARE-Erhebung (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, siehe Kasten) untersucht die Häufigkeit **depressiver Symptome** anhand einer anderen Skala als die SGB (EURO-D-Skala: analysiert das Auftreten von zwölf Symptomen im letzten Monat oder zum Befragungszeitpunkt, wobei vier Symptome oder mehr als Hinweis auf eine Depression angesehen werden) (Höglinger et al., 2019). Bei der Auswertung der SHARE-Daten 2014 für die Schweiz, die sich auf über 1500 Personen ab 65 Jahren beziehen, hat sich gezeigt, dass bei den 69- bis 82-Jährigen rund jede fünfte Frau (22% der 69- bis 75-Jährigen bzw. 24% der 76- bis 82-Jährigen) und jeder zehnte Mann (9% bzw. 12%) an depressiven Symptomen leidet. Der Geschlechterunterschied ist also beträchtlich. Die Prävalenz steigt in der Altersgruppe der 83- bis 89-Jährigen an (38% bei den Frauen und 19% bei den Männern). Allerdings sind die Schätzungen aufgrund der geringen Teilnehmerzahl in dieser Altersgruppe ungenau, weshalb die Differenz bei den Männern nicht signifikant ist. Die SHARE-Erhebung stellt mehr Unterschiede zwischen Frauen und Männern fest als die SGB, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass für das Screening depressiver Symptome ein anderer Fragebogen verwendet wird. Weil sich die Ergebnisse auf ein anderes Instrument stützen, ist die Prävalenz depressiver Symptome in den beiden Erhebungen nur bedingt vergleichbar. Dafür ermöglicht die SHARE-Erhebung einen europäischen Vergleich: In der Schweiz ist der Anteil der Personen ab 65 Jahren mit depressiven Symptomen relativ gering und vergleichbar mit jenem der skandinavischen Länder (17%), während er in den südeuropäischen Ländern doppelt so hoch ausfällt (35%; Horackova et al. 2019).

Im europäischen Vergleich gehört die Schweiz zu den Ländern, in denen depressive Symptome bei Personen ab 65 Jahren relativ wenig verbreitet sind.

Andere Studien stützen sich nicht auf die Angaben der Befragten zu ihren depressiven Symptomen, sondern vielmehr auf Depressionsdiagnosen, die bei einer psychiatrischen Konsultation gestellt wurden. Insbesondere stellte die Studie MentDis_ICF65+ (vgl. Kasten unten) fest, dass bei 23% der Befragten zwischen 65 und 84 Jahren zum Erhebungszeitpunkt oder in den zwölf Monaten davor eine schwere depressive Episode diagnostiziert wurde. Die Prävalenz nach Altersgruppe oder Geschlecht wird allerdings nicht präzisiert (Andreas et al., 2017). Es gilt anzumerken, dass ältere Menschen mit Depression möglicherweise dem Risiko einer Unterdiagnose ausgesetzt sind, da ihre Symptome tendenziell weniger charakteristisch ausfallen als jene der jüngeren Erwachsenen: Sie leiden weniger an psychischen Beschwerden als vielmehr an den Auswirkungen auf physischer oder kognitiver Ebene. So äussert sich eine Depression bei einer älteren Person beispielsweise eher in Gedächtnisproblemen als in Suizidgedanken wie bei jüngeren Menschen (Lleshi et al., 2009).

Studie MentDis_ICF65+

Diese epidemiologische Studie wurde 2011 in mehreren europäischen Städten, darunter Genf, sowie in Israel durchgeführt. Sie umfasste eine grosse Population zuhause lebender älterer Menschen. Die Datensammlung erfolgte durch persönliche Interviews bei den Befragten zuhause und ermöglichte die Diagnose psychischer Störungen gemäss den Kriterien des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM).

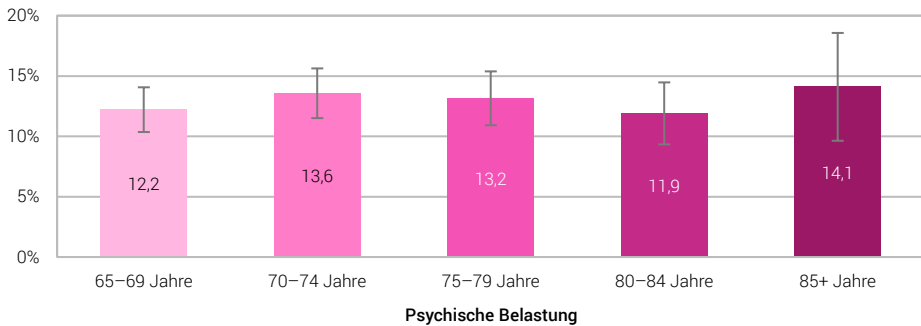
Die Studie MentDis_ICF65+ erhob auch depressive Neuerkrankungen, die in den zwölf Folgemonaten auftraten (Inzidenz). Dadurch liess sich abschätzen, inwieweit schwere depressive Episoden pro 100 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren in Genf verbreitet sind (840/100 000). Diese Inzidenz ist geringer als in den anderen Städten, die an der Studie MentDis_ICF65+ teilgenommen haben (Andreas et al. 2022). Indem die in Genf gemessene Inzidenz auf die Schweiz hochgerechnet wird, kann davon ausgegangen werden, dass jedes Jahr rund 70 000 Personen ab 65 Jahren erstmals in ihrem Leben eine Depression entwickeln oder nach einer früheren Episode einen Rückfall erleiden.

Psychische Belastung und Angststörungen

Psychische Belastung ist ein Zustand psychischen Unwohlseins mit negativen Emotionen, der als Folge einer Häufung von Schwierigkeiten oder belastenden Ereignissen auftreten kann. Die SGB misst diesen Indikator anhand von fünf Fragen zu Nervosität, Entmutigung oder fehlender Gelassenheit. 2022 gaben rund 13% der Befragten ab 65 Jahren (ohne Unterscheidung der Altersgruppen) an, in den letzten vier Wochen Symptome mittlerer oder hoher psychischer Belastung verspürt zu haben (Grafik G 4.4). Dieser Anteil liegt unter jenem der jüngeren Erwachsenen (19% bis 20% bei den 25- bis 54-Jährigen, vgl. Kapitel 3 Erwachsene). Frauen sind eher von psychischer Belastung betroffen als Männer (16% gegenüber 10% der Männer ab 65 Jahren).

Die Studie PsyCoLaus, die in Lausanne zwischen 2003 und 2006 bei einer Kohorte von 5667 Erwachsenen durchgeführt wurde, kam zu ähnlichen Schlüssen wie die SGB: Der Indikator der psychischen Belastung ist seit Beginn der Erhebung 2007 stabil. Zum Erhebungszeitpunkt litt jede zehnte Person zwischen 65 und 75 Jahren an psychischer Belastung, nahezu halb so viele wie bei den 35- bis 44-Jährigen (Schrempf et al., 2023).

Anteil älterer Menschen mit psychischer Belastung, 2022

G4.4
Anteil in %


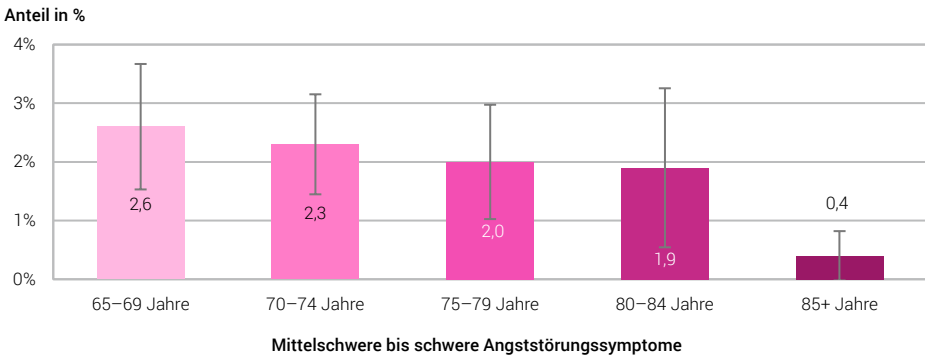
95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Angststörungen sind ebenfalls ein weit verbreitetes psychisches Problem. Die SGB misst das Vorliegen von Symptomen einer «generalisierten Angststörung» anhand des Fragebogens GAD-7. Der Anteil älterer Personen ab 65 Jahren mit mittelschweren bis schweren Angstsymptomen ist sehr tief, wobei sich kein Unterschied zwischen Frauen und Männern feststellen lässt (weniger als 3%, Grafik G 4.5). Diese Werte sind bei den jüngeren Erwachsenen höher (zwischen 7% und 8% je nach Alter).

Anteil älterer Menschen mit Symptomen einer generalisierten Angststörung, 2022 **G4.5**



95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Die 2011 durchgeführte Studie MentDis_ICF65+ (vgl. Kasten weiter vorne) stellte fest, dass bei 14% der Teilnehmenden zwischen 65 und 84 Jahren die **Diagnose einer Angststörung** zum Erhebungszeitpunkt oder in den letzten zwölf Monaten vorlag (Andreas et al. 2017). Nebst den methodischen Differenzen bei der Messung von Angststörungen und den unterschiedlichen Zeitspannen für die Datenerhebung kann auch die Tatsache, dass der Studie ausschliesslich eine Westschweizer Stichprobe zugrunde liegt, die etwas höhere Prävalenz von Angststörungen im Vergleich zur SGB erklären. Die Studie MentDis_ICF65+ untersuchte auch das Neuauftreten von Angststörungen (einschliesslich Phobien und Panikstörungen) in den zwölf Monaten nach der Erhebung. Bei rund 5 von 100 Personen war dies der Fall, was mit den Ergebnissen der anderen teilnehmenden Städte vergleichbar ist (Andreas et al., 2022).

Andere psychische Störungen

Es liegen sehr wenige Informationen zur Häufigkeit anderer psychischer Störungen als Depressionen und Angststörungen – beispielsweise posttraumatisches Stresssyndrom, Schizophrenie usw. – in der älteren Bevölkerung der Schweiz vor. So gab in der 2022 durchgeführten Omnibus-Onlinebefragung zur psychischen Gesundheit in der Schweiz weniger als eine von 100 älteren Personen Symptome an, die auf ein posttraumatisches Stresssyndrom hinweisen (Peter et al., 2023). Auch auf europäischer Ebene ist die Datenlage dürrig, wie eine 2013 publizierte systematische Recherche in der Literatur zeigt (Volkert et al., 2013). Mit einer wenig später (2016) durchgeführten Metaanalyse, für die zehn europäische sowie eine australische Studie herangezogen wurden, liess sich die Inzidenz von Schizophrenie während eines Jahres auf 7,5 Fälle pro 100 000 Personen ab 65 Jahren schätzen. Zum Vergleich: Dieser Wert ist rund 100-mal geringer als die Inzidenzrate von Episoden schwerer Depression (Stafford et al., 2018). Die sehr tiefe Zahl erklärt sich teilweise damit, dass diese bereits sehr seltenen Erkrankungen mehrheitlich bei jungen Erwachsenen auftreten (vgl. Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene). Da es sich häufig um chronische Erkrankungen handelt, altern die Betroffenen mit diesen Beschwerden, weshalb die Inzidenz die Anzahl betroffener Personen nur unzureichend widerspiegelt.

Eine etwas häufiger untersuchte psychische Störung betrifft den Alkoholkonsum. Das zunehmende Bedürfnis, Alkohol zu konsumieren, ein starkes Verlangen nach Alkohol und das Auftreten von Entzugerscheinungen sind Kriterien für eine alkoholbezogene Störung gemäss DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Die im Rahmen der Studie MentDis_ICF65+ (vgl. Kasten weiter vorne) im Jahr 2011 durchgeführten klinischen Interviews zeigten bei neun von 100 Seniorinnen und Senioren eine Abhängigkeit oder einen Missbrauch von Alkohol, wobei Männer stärker betroffen waren als Frauen (Munoz et al. 2018). Diese Prävalenzen verringern sich unabhängig des Geschlechts mit zunehmendem Alter.

Psychische Gesundheit älterer Menschen in Alters- und Pflegeheimen

Wie die in den vorangehenden Abschnitten präsentierten Indikatoren zeigen, erfreuen sich ältere, zuhause lebende Menschen mehrheitlich einer relativ guten psychischen Gesundheit. Bei der in Alters- und Pflegeheimen lebenden älteren Bevölkerung fällt die psychische Gesundheit dagegen schlechter aus, was sich mit physischen und/oder psychischen Erkrankungen (wie Demenz) erklärt, die mit einer Beeinträchtigung der Unabhängigkeit bei Alltagsaktivitäten einhergehen. In diesem Kontext ist es schwieriger, die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen zur Teilnahme an Befragungen zu bewegen, und die gesammelten Daten beziehen sich häufiger auf die psychischen Probleme als auf die gute psychische Gesundheit. Lediglich eine 2020 durchgeführte Studie bei einem kleinen Kollektiv von in Alters- und Pflegeheimen wohnhaften Personen im Kanton Waadt liefert

indirekt Hinweise zu diesem Thema: Die Befragten möchten mehrheitlich weiterhin ihr Leben geniessen, was auf eine gewisse Lebensqualität hindeutet, die sie aufrechterhalten möchten (Bornet et al., 2021).

Auch die 2008–2009 durchgeführte nationale Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (SGB/EGBI; vgl. Kasten unten) ging auf die psychischen Gesundheitsprobleme von Personen in Alters- und Pflegeheimen ein (Kaesler, 2012). Diese litten mit 28% bzw. 13% häufiger unter Depressionen oder Angststörungen als die zuhause lebenden Personen, die im Rahmen der SGB befragt wurden. 7% der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung waren von Psychosen betroffen. Sie waren im Durchschnitt jünger als Personen ohne Psychosen. Im Vergleich zur gesamten Bevölkerung ab 65 Jahren in der Schweiz ist die Prävalenz von Psychosen in Alters- und Pflegeheimen nahezu doppelt so hoch wie bei zuhause lebenden Menschen.

Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (SGB/EGBI)

Diese Erhebung wurde 2008/2009 bei einer repräsentativen Stichprobe von Personen in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz durchgeführt. Sie untersuchte den Gesundheitszustand älterer Menschen in Alters- und Pflegeeinrichtungen anhand von Interviews mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, Fragebogen für das Pflegepersonal und einer Analyse der Krankengeschichten. Unter anderem wurden dabei die Diagnosen Depression, Angststörungen, Psychose und Demenz erfasst.

Eine weitere nationale Studie bezog sich spezifisch auf die psychischen Störungen bei Personen ab 100 Jahren. Nahezu die Hälfte der 169 Teilnehmenden waren von depressiven Symptomen (44,5%) und/oder Angststörungen (42,2%) betroffen. Bei Personen ab 100 Jahren in Alters- und Pflegeheimen (rund zwei Drittel der Teilnehmenden) war das Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, doppelt so hoch wie bei zuhause lebenden Personen – unabhängig von anderen Merkmalen wie dem Geschlecht oder dem Vorliegen von kognitiven Problemen (Uittenhove et al., 2024).

Die psychische Gesundheit älterer Menschen, die in einer Alters- und Pflegeeinrichtung wohnen, ist schlechter als jene von zuhause lebenden Seniorinnen und Senioren. Insbesondere neigen Erstere stärker zu Symptomen einer Depression oder von Angststörungen.

Suizid und assistierter Suizid

Zwischen 2008 und 2019 nahmen sich jährlich rund 20 von 100 000 Personen ab 65 Jahren das Leben (assistierter Suizid ausgenommen). Diese Inzidenz ist doppelt so hoch wie bei jüngeren Erwachsenen (30- bis 64-Jährige) (Stulz et al., 2022). Der Unterschied erklärt sich hauptsächlich damit, dass der Anteil tödlicher Suizidversuche bei älteren Menschen deutlich höher ist als bei jüngeren Personen, insbesondere bei Männern (Peter & Tuch, 2024). Die Inzidenz von Suizid fällt bei älteren Männern doppelt so hoch aus wie bei älteren Frauen. Folglich liegt die Rate der nicht assistierten Suizide mit 54 Suiziden pro 100 000 Personen im Jahr 2023 bei Männern ab 80 Jahren am höchsten. 2003 belief sich die Suizidrate bei Personen ab 80 Jahren auf 32 und bei den 65- bis 79-Jährigen auf 24. Im Jahr 2023 lag sie bei 26 bzw. 17 pro 100 000 Personen (BFS, 2024). Der Rückgang in den letzten 20 Jahren folgt dem Abwärtstrend, der bereits vor den 2000er-Jahren zu beobachten war.

3,1% der 65- bis 74-Jährigen sowie 2,2% der Personen ab 75 Jahren gaben im Rahmen der SGB 2022 an, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben, wobei kein Geschlechterunterschied festzustellen ist. Diese Prävalenz, die sich auf das gesamte Leben bezieht, ist paradoxerweise bei älteren Menschen leicht tiefer als bei der jüngeren Bevölkerung (zwischen 3,9% und 4,7% bei den Altersgruppen zwischen 15 und 64 Jahren). In der SGB wird die Frage nach Suizidversuchen seit 2017 gestellt. 2017 und 2022 ergaben sich bei Personen ab 65 Jahren ähnliche Anteile.

2023 wurden bei den älteren Menschen in der Schweiz 1571 assistierte Suizide registriert. Die Rate der assistierten Suizide hat sich zwischen 2005 und 2014 verdreifacht (2005: 13/100 000 ältere Menschen; 2014: 35/100 000; Steck et al., 2018). Danach stieg sie weiter an und belief sich 2023 auf 47 assistierte Suizide pro 100 000 Personen zwischen 65 und 79 Jahren bzw. 201 pro 100 000 Personen ab 80 Jahren. Die sich verändernde Haltung der Gesellschaft in Bezug auf die Selbstbestimmung am Lebensende und den assistierten Suizid scheint der Hauptgrund für diese Zunahme zu sein (Steck et al. 2018). So ist die Zahl der assistierten Suizide inzwischen höher als jene der nicht assistierten Suizide (Stulz et al., 2022). Assistierter Suizid wird vor allem von älteren Menschen mit unheilbaren Krankheiten in Anspruch genommen und ist darüber hinaus bei Frauen, kinderlosen Personen sowie Alleinlebenden – namentlich nach einer Verwitwung oder Scheidung – stärker verbreitet (Steck et al., 2018, Mazzocato & Benaroyo, 2009). Dennoch stirbt lediglich eine sehr kleine Minderheit der Personen in Palliativpflege durch assistierten Suizid (0,5% der Todesfälle zwischen 1990 und 2000; Mazzocato & Benaroyo, 2009).

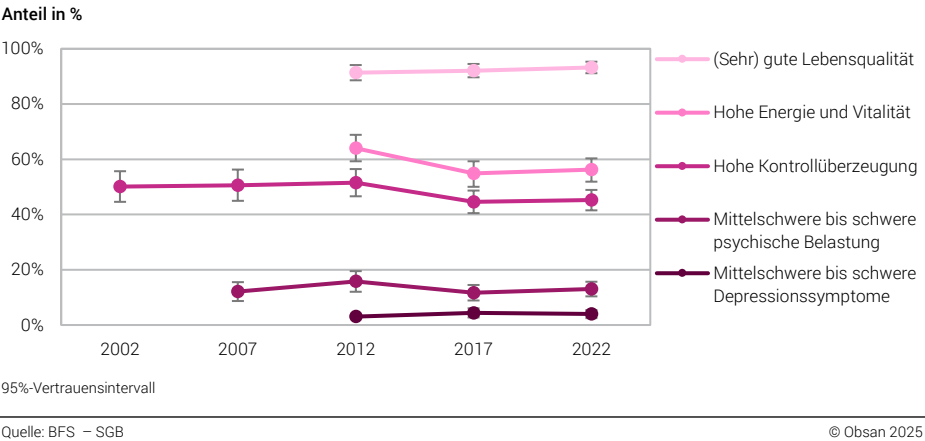
Die Suizidrate der älteren Menschen nimmt seit mehreren Jahrzehnten ab. Suizidversuche enden jedoch bei Seniorinnen und Senioren häufiger mit dem Tod als bei jüngeren Erwachsenen. Darüber hinaus haben assistierte Suizide in den vergangenen zehn Jahren stark zugenommen.

Psychische Gesundheit älterer Menschen im Zeitverlauf

Im Rahmen der alle fünf Jahre durchgeführten SGB wurden zu mehreren Indikatoren der psychischen Gesundheit wiederholt Informationen gesammelt. Diese Daten sind in der Grafik G4.6 zusammengefasst. Der Vergleich der Daten von 2012 und 2022 weist darauf hin, dass der Anteil der Personen mit einem hohen Energie- und Vitalitätsniveau stabil ist. Dies gilt auch für den Indikator der guten Lebensqualität: Der geringfügige Anstieg des Anteils Personen, die ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut einschätzen, lag innerhalb der Fehlermargen der Messungen. Der Indikator einer hohen Kontrollüberzeugung war in den letzten zwei Erhebungswellen bei den Befragten ab 75 Jahren rückläufig und sank von 51% bis 52% bei den Erhebungen 2002, 2007 und 2012 auf 42,4% bei der Erhebung 2022 (Daten in der Grafik nicht dargestellt).

Die Indikatoren für psychische Probleme weisen darauf hin, dass der Anteil der Personen ab 65 Jahren mit mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen oder psychischer Belastung stabil ist. Bezüglich der Angststörungen lässt sich die Entwicklung nicht beurteilen, da dieser Indikator erst 2022 in die SGB aufgenommen wurde. Wie im folgenden Abschnitt beschrieben ist, wurden diese Aspekte jedoch während der Covid-19-Pandemie vertieft untersucht.

Entwicklung der Indikatoren für die psychische Gesundheit G4.6



Die psychische Gesundheit während der Covid-19-Pandemie

Mehrere Studien haben sich mit der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung während der Covid-19-Pandemie befasst. Sie sind die Grundlage für einen Synthesebericht, der im Rahmen des Monitorings des BAG zu diesem Thema erstellt wurde (Jäggi et al., 2022). Insgesamt weisen die Studien darauf hin, dass sich Seniorinnen und Senioren während der Covid-19-Pandemie als resilienter erwiesen als die jüngeren Generationen. Personen ab 65 Jahren gaben ein geringeres Stressniveau und weniger depressive Symptome an als Jugendliche und junge Erwachsene und berichteten von einer höheren Selbstwirksamkeit. Bei einer landesweiten Befragung im März-April 2020 wurden 4110 Personen eingeladen, einen Online-Fragebogen zu ihrer psychischen Gesundheit auszufüllen. Die Studie zeigte, dass lediglich 29% der älteren Menschen zwischen 60 und 79 Jahren aufgrund der Pandemie eine Beeinträchtigung ihres psychischen Wohlbefindens erlebten, gegenüber 45% der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren (Diaz Hernandez et al., 2021). Die Personen mit psychischen Problemen berichteten, dass sie sich ängstlich, einsam oder deprimiert fühlten oder das Interesse und die Freude an ihren Aktivitäten verloren hätten. Die Studie gibt allerdings keine Hinweise auf die Auswirkungen der Pandemie auf die ältere Bevölkerung ab 80 Jahren.

Eine weitere Studie beobachtete im Jahr 2021 über mehrere Monate hinweg die psychische Belastung bei einer Zufallsstichprobe der Genfer Bevölkerung. Bei den Personen ab 65 Jahren war nahezu jede zehnte Person von psychischer Belastung betroffen, was im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen dem tiefsten Anteil entspricht (bis zu 23% bei den 35- bis 44-Jährigen) (Schrempft et al., 2023). Die Autorenschaft verglich die Ergebnisse mit den zwischen 2003 und 2006 in vergleichbaren Altersgruppen erhobenen Daten der PsyCoLaus-Kohorte aus Lausanne. Die ähnliche Prävalenz der psychischen Belastung in dieser Zeitspanne (10,4%) weist darauf hin, dass sich die Covid-19-Pandemie nur bedingt auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung ausgewirkt hat (Schrempft et al., 2023), was auch in anderen europäischen Studien wie der SHARE beobachtet wurde (Wester et al., 2022; Shahaj et al., 2023). Dennoch gehörten ältere Menschen, die einen schlechteren Gesundheitszustand angaben, unter Einsamkeit oder sozialer Isolation litten oder in letzter Zeit ein negatives Ereignis erlebt hatten, zu den Gruppen mit dem höchsten Risiko für psychische Belastung (Diaz Hernandez et al., 2021; Schrempft et al., 2023). Darüber hinaus wurden die am stärksten gefährdeten älteren Menschen, namentlich jene in Alters- und Pflegeheimen, in den meisten auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Studien nicht berücksichtigt, weshalb die Auswirkungen für diese Gruppen nur unzureichend dokumentiert sind (Jäggi et al., 2022).

Die Indikatoren für die psychische Gesundheit von Seniorinnen und Senioren sind über die vergangenen zehn Jahre hinweg stabil geblieben. Insbesondere litten ältere Menschen weniger unter den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie als jüngere Erwachsene.

Einfluss von sozialen Aspekten und Gesundheitsproblemen

Im Alter treten verschiedene Ereignisse auf, die sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken können, z. B. Grosseltern zu werden. Andere – z. B. die Pflege oder der Verlust von Angehörigen oder das Auftreten von physischen Gesundheitsproblemen – können das Risiko psychischer Störungen erhöhen, insbesondere, wenn sie gleichzeitig auftreten (Pocnet et al., 2016). Das Risiko einer psychischen Erkrankung ist beispielsweise bei verwitweten Personen viermal höher als bei nicht verwitweten (Andreas et al., 2022).

Auch die Pensionierung kann ein heikles Ereignis sein, insbesondere angesichts der Veränderungen bezüglich der gesellschaftlichen Stellung und der sozialen Beziehungen. Darüber hinaus übernehmen viele ältere Menschen zunehmend eine Helferrolle, namentlich um die Ehepartnerin, den Ehepartner oder andere pflegebedürftige Familienmitglieder zu unterstützen. Das Altern geht mit physischen und kognitiven Veränderungen einher, die zu funktionellen Einschränkungen führen können.

Im Allgemeinen verringert sich mit zunehmendem Alter tendenziell auch das soziale Netzwerk. Dadurch weisen ältere Menschen ein besonders hohes Risiko der sozialen Isolation auf, das sich wiederum auf die psychische Gesundheit auswirken kann. Kapitel 5 Sozialer Kontext geht daher im Detail auf dieses Thema ein. Die soziale Isolation, die im Rahmen der SGB anhand einer geringen sozialen Unterstützung gemessen wird, betrifft rund 10% der Personen zwischen 65 und 74 Jahren sowie 16% der Personen ab 75 Jahren. Diese Anteile sind höher als jene von jüngeren Erwachsenen (6% bis 10% bei den 25- bis 64-Jährigen; vgl. Kapitel 3 Erwachsene). Sozial isolierte ältere Menschen haben ein höheres Risiko für depressive Symptome und Depression; einige Studien gehen sogar davon aus, dass soziale Isolation das Depressionsrisiko verdoppeln kann (Hajek et al., 2024; Martín-María et al., 2021).

Die übrigen wichtigen Risiko- und Schutzfaktoren für verschiedene psychische Störungen sind bei älteren Menschen und jüngeren Erwachsenen ähnlich. Der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und dem Bildungsstand, der sozioökonomischen Stellung oder dem Migrationshintergrund wird in Kapitel 1 Gesamtbevölkerung beleuchtet, ebenso wie die regionalen Unterschiede in der Schweiz.

4.3 Leichte kognitive Störung und Demenz

Demenz ist ein fortschreitender Rückgang der kognitiven Fähigkeiten, der sich in nicht mit einer anderen Krankheit erklärbaren Problemen mit dem Gedächtnis, der Orientierung, der Entscheidungsfindung oder der Sprache äussert. Man spricht von Demenz, wenn die Probleme so schwerwiegend sind, dass sie das tägliche Leben beeinträchtigen (American Psychiatric Association, 2022). Die am stärksten verbreitete Art von Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, gefolgt von vaskulärer Demenz (Schädigung der

Blutgefässe im Gehirn) und Mischformen (World Health Organization, 2024). Eine leichte kognitive Störung (häufig auch als «Mild Cognitive Impairment» oder MCI bezeichnet) liegt zwischen altersbedingten kognitiven Veränderungen und Demenz – insbesondere Alzheimer – und kann mit der Zeit zu einer Demenz werden. Dabei nehmen die Kompetenzen in mehreren Dimensionen (Gedächtnis, Urteilsvermögen, Problemlösung usw.) ab, ohne dass die Fähigkeit, alltägliche Aufgaben selber auszuführen, beeinträchtigt wird (American Psychiatric Association, 2022).

Kognitive Störungen werden generell kaum erkannt: Lediglich die Hälfte der Demenzfälle in der älteren Bevölkerung soll diagnostiziert sein (Alzheimer Schweiz, 2023; Iliffe et al., 2009). Zu dieser Unterdiagnose tragen mehrere Faktoren bei, namentlich die Tendenz, kognitive Probleme als normale Alterserscheinungen zu betrachten, die Angst vor Stigmatisierung und die Angst vor der Krankheit ohne kurative Behandlung (Iliffe et al., 2009). In epidemiologischen Studien hängt die Identifizierung von Demenzfällen auch von der verwendeten Methode ab (vgl. Kasten).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Prävalenz von Demenz in der Bevölkerung schwer zu schätzen ist, da es an Studien mangelt, die sowohl zuhause lebende als auch in Alters- und Pflegeheimen betreute Personen einbeziehen. Bei Befragungen älterer Menschen, die zuhause leben und teilnahmefähig sind, wird die Prävalenz von Demenz in der Regel unterschätzt. Umgekehrt fällt die Prävalenz bei Personen, die Pflege zuhause in Anspruch nehmen oder in Alters- und Pflegeheimen wohnen, besonders hoch aus, da Demenz in diesen Untergruppen häufig auftritt.

Diagnosekriterien für Demenz und leichte kognitive Störungen

Demenz muss im Rahmen einer gründlichen Untersuchung diagnostiziert werden. Die international anerkannten Diagnosekriterien (DSM) lassen sich in grossen Bevölkerungsstudien aufgrund des Zeitaufwands und der erforderlichen qualifizierten Personalressourcen nicht anwenden. Einige Studien basieren auf Tests zur Früherkennung von kognitiven Störungen wie der «Mini Mental State Examination» (MMSE) oder der «Coginitive Performance Scale» (CPS), deren Ergebnisse jedoch weniger genau sind.

Für leichte kognitive Störungen (MCI) gibt es keine international anerkannten Kriterien, weshalb die Methodik der entsprechenden Studien und die Ergebnisse daraus sehr heterogen ausfallen.

Prävalenz und Inzidenz in der älteren Bevölkerung

In der Schweiz liegen keine neueren Studien zur Häufigkeit leichter kognitiver Störungen und Demenz auf nationaler Ebene vor. Die jüngsten **Bevölkerungsstudien**, die die **Prävalenz von Demenz** nach anerkannten Diagnosekriterien (DSM-III-R) geschätzt haben, liegen mehr als 20 Jahre zurück. Sie wurden 2002 in Zürich (Gostynski et al., 2002) und 1996 in Genf durchgeführt (Herrmann, 1998). und kamen zu vergleichbaren Ergebnissen. Bei beiden lag die geschätzte Prävalenz in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen bei 3% und stieg bei den Personen ab 90 Jahren exponentiell auf nahezu 25% an. Die einzige Studie, die in jüngerer Zeit (2013) im Kanton Genf durchgeführt wurde, bezog sich auf den sehr seltenen Demenztyp Lewy-Körper-Demenz (Prävalenz: 19 Fälle pro 100 000 Personen) und liefert somit kaum Informationen zur Gesamtzahl der von Demenz betroffenen Personen in der Schweiz (Fleury et al., 2018).

Aufgrund der mangelnden Daten stützen sich die von Alzheimer Schweiz veröffentlichten aktuellen Schätzungen der Zahl der Menschen mit Demenz in der Schweiz auf die Ergebnisse einer Metaanalyse europäischer Daten (BASS, 2021). Sie kommen auf folgende Prävalenzen: 1% bei den 60- bis 69-Jährigen, 5% bei den 70- bis 79-Jährigen, 16% bei den 80- bis 89-Jährigen und 40% bei den Personen ab 90 Jahren. Die Schätzung für die Personen ab 90 Jahren fällt höher aus als in den Bevölkerungsbefragungen, die bei zuhause lebenden Personen durchgeführt wurden, da sie auch die in Alters- und Pflegeheimen wohnenden Personen berücksichtigt, die häufiger von Demenz betroffen sind.

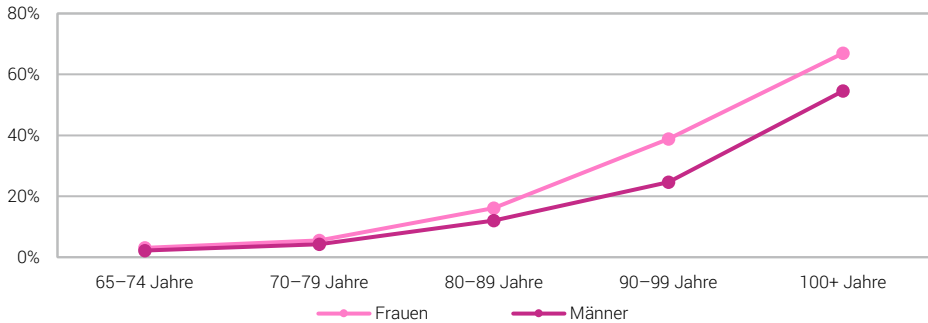
Zusammenfassend unterscheiden sich die Prävalenzschätzungen je nach verwendeter Methode, weshalb sich auch schwer beurteilen lässt, ob die Ergebnisse der 1996 und 2002 in der Schweiz durchgeführten Bevölkerungsbefragungen deutlich anders ausfallen würden, als wenn diese Befragungen heute erfolgen würden. Insgesamt ist die Prävalenz bei Personen unter 70 Jahren sehr tief und steigt anschliessend mit dem Alter exponentiell an, was die nachfolgende Grafik aus einer aktuellen Metaanalyse von 47 Studien illustriert (Cao et al., 2020; Grafik G 4.7). Bei Frauen liegt die Prävalenz höher als bei Männern, wobei die Differenz bei Personen ab 80 Jahren noch deutlicher ausfällt.

Bei den für die vorliegende Analyse durchgeführten Recherchen wurde keine Studie zur Prävalenz von **leichten kognitiven Störungen (MCI)** in der Schweiz gefunden. Lediglich eine Analyse der Daten aus der CoLaus/PsyCoLaus-Studie, die bei der Bevölkerung von Lausanne durchgeführt wurde, liefert einige Anhaltspunkte. Die älteren Befragten nahmen an kognitiven Tests teil und nahezu jede zweite Person zeigte Anzeichen für MCI (Clinical Dementia Rating Score $\geq 0,5$) (Moyano et al., 2023). Diese Prävalenz erscheint hoch verglichen mit den internationalen Schätzungen, die bei den 65-Jährigen auf 2% bis 10% und bei den 85-Jährigen auf 5% bis 25% kommen (Ward et al., 2012). Die Gründe für diesen hohen Wert sind nicht klar, könnten aber mit einer besonderen Auswahl der Teilnehmenden für die kognitiven Tests sowie mit dem für die Diagnose verwendeten Tool zusammenhängen.

Anteil der älteren Menschen mit Demenz

G4.7

Prävalenz in %



Hinweis: Die Überschneidung der ersten beiden Altersgruppen (65- bis 74-Jährige und 70- bis 79-Jährige) erklärt sich damit, dass die Daten aus verschiedenen Studien stammen.

Quelle: angepasst von Cao et al., (2020)

© Obsan 2025

Demenz im Zeitverlauf

Ob und wie sich die Inzidenz von Demenz im Zeitverlauf verändert, ist angesichts der alternden Bevölkerung eine zentrale Frage. Da in der Schweiz keine regelmässigen Studien durchgeführt werden, lässt sich die zeitliche Entwicklung von Demenz nicht abschätzen. Das Thema war aber Gegenstand mehrerer Studien und Metaanalysen. Die jüngsten Metaanalysen, die Daten aus mehreren Dutzend Studien aus den letzten 30 Jahren abdecken, weisen darauf hin, dass die Ergebnisse je nach Region und Zeitspanne leicht unterschiedlich ausfallen. Die meisten Studien aus den USA und Europa zeigen einen Rückgang der Inzidenz von Demenz zwischen 1990 und 2015 (Bohlken et al., 2021; Mukadam et al., 2024; Roehr et al., 2018; Wolters et al., 2020). Eine Metaanalyse von sieben Studien bezifferte den Rückgang auf 13% pro Jahrzehnt, wobei er bei den Männern deutlicher ausfällt (–24%) als bei den Frauen (–8%) (Wolters et al., 2020).

Prävalenz von Demenz bei Personen, die Pflege zuhause in Anspruch nehmen oder in einem Alters- und Pflegeheim wohnen

Bei den **Personen, die Hilfe und Pflege zuhause in Anspruch nehmen**, lässt sich die Zahl der Demenzbetroffenen anhand der Daten schätzen, die zur Ermittlung des Pflegebedarfs erhoben werden. Die Beurteilung, die bei jedem Eintritt durchgeführt wird, umfasst auch ein kognitives Screening anhand der «Cognitive Performance Scale» (CPS). Es handelt sich nicht um eine nachgewiesene Diagnose, sondern um einen mehr oder

weniger starken Verdacht. Da diese Daten für sämtliche Kantone verfügbar sind, stellen sie a priori die beste Datenquelle zur Ermittlung der Prävalenz von Demenz in der Schweiz dar. Leider leisten nur wenige Kantone einen Beitrag zur nationalen Datenbank Home Care Data, weshalb diese nicht als repräsentativ für die gesamte Schweiz angesehen werden kann. Eine Auswertung der entsprechenden Daten von 2019 hat gezeigt, dass bei 9% der Teilnehmenden ab 65 Jahren eine Demenz vermutet wurde (CPS-Score ≥ 3) (BASS, 2021). Bei den Personen ab 95 Jahren belief sich dieser Anteil auf 12% (BASS, 2021). Im Jahr 2004 (vor der Einführung dieses schweizweit einheitlichen Tools) wurde eine nationale Befragung bei 324 Spitex-Organisationen durchgeführt, die ergab, dass 13% der Klientinnen und Klienten potenziell von Demenz betroffen waren (5% hatten in ihrem Dossier eine Demenzdiagnose und zusätzliche 8% wiesen laut dem Pflegepersonal Demenzsymptome auf) (Ecoplan, 2013; Longchamp et al., 2004). Ein Vergleich der beiden Studien gestaltet sich aufgrund der unterschiedlichen Methodik schwierig, doch die Ergebnisse stimmen darin überein, dass rund jede zweite Person, die Spitex-Dienste in Anspruch nimmt, nachweislich oder mutmasslich an Demenz leidet. Der Mangel an Prävalenzdaten nach Altersgruppe erschwert eine Schätzung der Anzahl der betroffenen Personen.

In Europa gibt es zwei Studien, die über die Prävalenz von Demenz in den Patientendossiers der Personen, die Pflege zuhause in Anspruch nehmen, Auskunft geben: In Schweden wird diese auf 9% geschätzt und in Spanien auf 26% (Ponjoan et al., 2019; Schmidt et al. 2024). Die höhere Prävalenz in Spanien hängt vermutlich mit den Bemühungen der Autorschaft zusammen, die Fälle anhand mehrerer Datenquellen und der Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu ermitteln. Sie könnte aber auch auf eine andere Betreuungspolitik für Personen mit Demenz hindeuten, die namentlich häufiger zuhause bleiben als in der Schweiz. Es ist daher schwierig, diese Zahlen mit den Schätzwerten für die Schweiz zu vergleichen.

Die **Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen** werden im Rahmen der Ermittlung ihres Pflegebedarfs ebenfalls auf ihre kognitiven Fähigkeiten beurteilt. Die entsprechenden Daten wurden im Rahmen mehrerer Arbeiten untersucht, die aber selten die gesamte Schweiz abdecken, da in der Schweiz je nach Region drei verschiedene Beurteilungsinstrumente verwendet werden. Weitere Indikatoren sind das Vorliegen einer Demenzdiagnose im Patientendossier oder die Einschätzung des Pflegepersonals hinsichtlich Symptomen, die auf eine Demenz hinweisen könnten.

Tabelle T4.1 fasst die in der Schweiz durchgeführten Studien zusammen. Das OBSAN hat jüngst die Daten der im Jahr 2022 in den Schweizer Alters- und Pflegeheimen erfolgten Beurteilungen ausgewertet. Bei nahezu 60% der Bewohnerinnen und Bewohner wurde eine Demenz vermutet (Evaluation PLAISIR oder RAI-NH mittels CPS hinsichtlich Demenz). In der französischen Schweiz ist die Prävalenz etwas höher als in der Deutschschweiz und im Tessin. Da jedoch in den Studien unterschiedliche Beurteilungsinstrumente verwendet wurden (PLAISIR in der französischen Schweiz und RAI-NH in der Deutschschweiz sowie im Tessin), lässt sich die Differenz nur schwer einordnen. Zwei rund zehn Jahre früher

auf Basis ähnlicher Daten durchgeführte Studien kamen zu vergleichbaren Schätzungen. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Verdacht auf Demenz belief sich in der französischen Schweiz auf 66% und in der Deutschschweiz sowie im Tessin auf 54% (Bartelt, 2012; Ecoplan, 2013) (Alzheimer Schweiz, 2014b; Ecoplan, 2013). Der Anteil Bewohnerinnen und Bewohner, in deren Dossier eine Demenzdiagnose vermerkt war, fiel mit 21% bis 47% systematisch tiefer aus.

Die Studien, die auf einer Einschätzung durch das Pflegepersonal beruhen (Probleme mit Gedächtnis, Orientierung, Entscheidungsfindung usw.) (Kaeser, 2012), sind vergleichbar mit jenen, die sich auf die Evaluation zur Ermittlung des Pflegebedarfs stützen. In einer 2013 auf nationaler Ebene bei den Alters- und Pflegeheimen der drei Sprachregionen der Schweiz durchgeführten Studie wurden 60% der Bewohnerinnen und Bewohner vom Pflegepersonal als demenzkrank eingestuft, wobei bei der Hälfte davon (33%) eine kognitive Demenz diagnostiziert worden war (Zúñiga et al., 2013; Zúñiga et al., 2021). Zudem zeigte sich, dass der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenzsymptomen in der französischen Schweiz (68%) und im Tessin (72%) höher lag als in der Deutschschweiz (55%). Gemäss der 2008/2009 durchgeführten Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI; vgl. Kasten unter Psychische Gesundheit älterer Menschen in Alters- und Pflegeheimen) wiesen 59% der Personen in Alters- und Pflegeheimen Demenzsymptome auf (Ecoplan, 2013; Kaeser, 2012).

Schätzung der Prävalenz von Demenz in Alters- und Pflegeheimen nach verschiedenen Indikatoren T4.1

Erhebungs-jahr	Erhebungsregion	Bewohner/-innen mit Demenz-diagnose	Bewohner/-innen mit Demenzverdacht (CPS oder PLAISIR)	Bewohner/-innen mit Demenzsymptomen (Einschätzung des Pflegepersonals)	Referenz
2022	Deutschschweiz/Tessin	46%	58%	–	OBSAN, 2024
	Französische Schweiz	21%	63%	–	
2013	Ganze Schweiz	33%	–	60%	Zúñiga, 2013
	Deutschschweiz			55%	
	Französische Schweiz			68%	
	Tessin			72%	
2012	Französische Schweiz	41%	66%	–	Ecoplan, 2013
2010	Deutschschweiz + Tessin	47%	54%	–	Bartelt, 2012
2008	Ganze Schweiz	39%	–	59%	SGB/EGBI 2008/2009

Da keine aktuellen Daten zur Prävalenz von Demenz in der Schweiz vorliegen, beruhen die Schätzungen auf internationalen Daten. Demenz steigt mit zunehmendem Alter stark an. Während sie bei den 65- bis 69-Jährigen sehr selten ist (weniger als 3 von 100 Personen), ist bei den Personen ab 90 Jahren rund ein Drittel und bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen sogar die Hälfte betroffen.

Risikofaktoren und Ressourcen

Das **Alter** ist der Hauptrisikofaktor für Demenz (World Health Organization, 2023). Der Zusammenhang mit dem Geschlecht ist hingegen deutlich weniger stark ausgeprägt. Frauen sind zwar bei den Demenzfällen übervertreten (Alzheimer Schweiz, 2023), was aber hauptsächlich auf ihre längere Lebenserwartung gegenüber Männern zurückzuführen ist. Innerhalb derselben Altersgruppe ist die Prävalenz von Demenz bei Frauen nur leicht höher als bei Männern. Dieser Unterschied kann mit hormonellen, genetischen oder sozialen Faktoren wie dem Bildungsstand erklärt werden (Au et al., 2017; Huque et al., 2023; O'Neal, 2024).

Der Zusammenhang zwischen dem **Bildungsstand** und Demenz ist gut dokumentiert, obschon immer noch umstritten ist, ob dieser kausal ist oder nicht (Stephan et al., 2024). Zwei Metaanalysen kamen zum Schluss, dass Personen mit einem niedrigen Bildungsstand ein um 45% bis 60% höheres Demenzrisiko aufweisen als Personen mit einem hohen Bildungsstand (Livingston et al., 2020; Maccora et al., 2020). Darüber hinaus verringert sich das Demenzrisiko mit jedem zusätzlichen Bildungsjahr um rund 7% (Maccora et al., 2020). Die Bildung in der Kindheit und lebenslanges Lernen verbessern die kognitive Reserve und werden mit einer gesünderen Lebensweise in Verbindung gebracht, bei der die Blutgefässe im Gehirn in einem besseren Zustand erhalten werden (Liang et al., 2020; Livingston et al., 2020; Stephan et al., 2024). Modelle gehen davon aus, dass ein tiefer Bildungsstand aufgrund der starken Korrelation mit anderen Risikofaktoren für Demenz wie Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes, depressiven Symptomen und sozialer Isolation für nahezu 20% der Demenzfälle verantwortlich ist (Livingston et al., 2020; Stephan et al. (2024). Kognitive Tests bei 2000 Personen ab 65 Jahren in der Schweiz zeigten, dass ungünstige sozioökonomische Bedingungen im Lauf des Lebens (Bildungsstand und berufliche Stellung der Teilnehmenden und ihrer Eltern, Einkommen) im Alter mit einer schlechteren Leistung in Bezug auf das Gedächtnis, den Wortschatz oder auch die Geschwindigkeit bei intellektuellen Aufgaben einhergehen (Schrempft et al., 2023).

Ein weiterer gut untersuchter Faktor ist die **soziale Isolation**, die gemäss den jüngsten Metaanalysen mit einem um 22% bis 60% höheren Demenzrisiko verbunden ist (Jones et al., 2024; Livingston et al., 2020). Soziale Kontakte und soziales Engagement sind erwiesenermassen Schutzfaktoren, die die kognitiven Reserven stärken und günstige

Verhaltensweise fördern (Livingston et al., 2020; Pennikilampi et al., 2018; Sommerlad et al., 2019). In einer japanischen Studie bei über 13 000 älteren Menschen, die mehrheitlich mindestens 80 Jahre alt waren, wurde ein hohes Mass an sozialen Kontakten (basierend auf dem Zivilstand, Kontakten im Freundeskreis und in der Familie sowie der sozialen und beruflichen Teilhabe) über die zehn Beobachtungsjahre hinweg mit einer Verringerung des Demenzrisikos um nahezu 50% in Verbindung gebracht (Saito et al., 2018). Dieser Zusammenhang erklärt sich mit der besonders hohen Inzidenz von Demenz ab 80 Jahren. Zu analogen Ergebnissen kam auch eine Analyse von dreizehn Studien, die ergab, dass Personen mit häufigen sozialen Kontakten ein geringeres MCI- und Demenzrisiko aufweisen (Mahalingam et al., 2023). Wie bei der Bildung ist es auch hier schwierig, einen Kausalzusammenhang herzustellen, da diverse Faktoren eine Rolle spielen. Darüber hinaus besteht das Risiko einer umgekehrten Kausalität: Frühe kognitive Probleme, die noch nicht erkannt wurden, gehen wahrscheinlich mit einer Verringerung der sozialen Kontakte einher und könnten somit den Zusammenhang ebenfalls erklären.

Verschiedene Studien haben zudem gezeigt, dass Personen mit psychischen Störungen ein höheres Demenzrisiko haben, insbesondere bei schwerwiegenden oder spät auftretenden Problemen (Stafford et al., 2018). Die Recherchen lassen jedoch nicht auf einen Kausalzusammenhang schliessen, da bestimmte psychische Erkrankungen wie Depression auf eine beginnende Demenz hinweisen können.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Demenz betrifft nicht nur die erkrankten Personen. Die Angehörigen – insbesondere Frauen – tragen eine schwere emotionale, physische und finanzielle Last. Ehefrauen, Töchter und andere Angehörige leisten nahezu drei Viertel der Betreuungsstunden für Menschen mit Demenz (Alzheimer Schweiz, 2014a). Zur Pflege kommen Stress, Sorge und Einschränkungen, die mit der Betreuung einhergehen und eine erhebliche Belastung darstellen, die zu Erschöpfung führen kann. Unterstützungsleistungen sind zudem von den Erkrankten und ihren Angehörigen weitgehend selbst zu tragen, was den Zugang zu Entlastungsangeboten erschwert. Für erwerbstätige Personen kann es schwierig sein, Beruf, Familie und die Unterstützung und Pflege von demenzkranken Angehörigen zu vereinbaren (Alzheimer Schweiz, 2021; Alzheimer Schweiz, 2014a).

Für Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen bedeutet der hohe Anteil älterer Menschen mit Demenz, dass sie über qualifiziertes Gesundheits- und Sozialpersonal verfügen müssen, um eine angemessene Betreuung anbieten zu können.

4.4 Schlussfolgerungen

In der Schweiz gibt es mehrere ermutigende Befunde zur psychischen Gesundheit von Seniorinnen und Senioren. Die Mehrheit der älteren Menschen hat eine gute Lebensqualität und ein hohes Energieniveau. Depressionssymptome, psychische Belastung und Symptome einer Angststörung sind bei der älteren Bevölkerung weniger verbreitet als bei jüngeren Erwachsenen und die Schweiz zeichnet sich verglichen mit dem europäischen Durchschnitt durch eine relativ tiefe Prävalenz dieser Störungen aus. Dennoch ist nahezu ein Drittel der Personen ab 80 Jahren von depressiven Symptomen oder Depression betroffen. Daten zu anderen psychischen Störungen sind nach wie vor rar, da sich die Studien meist auf bestimmte Patientengruppen konzentrieren. Weiter ist festzuhalten, dass die positiven und negativen Indikatoren für die psychische Gesundheit in den letzten Jahren stabil geblieben sind. Die Covid-19-Pandemie scheint sich auf die psychische Gesundheit älterer Menschen weniger stark ausgewirkt zu haben als auf jene der jüngeren Bevölkerung.

Demenz ist bei 65- bis 69-Jährigen sehr selten, betrifft jedoch mindestens jede dritte Person ab 90 bzw. 100 Jahren. Da es keine aktuellen Daten auf nationaler Ebene gibt, müssen europäische Daten herbeigezogen werden, um den Anteil und die Anzahl betroffener Personen in der Schweiz zu schätzen. Allgemein betrachtet zeigten die Recherchen, dass die Informationen zur psychischen und kognitiven Gesundheit älterer Menschen lückenhaft bleiben. Insbesondere fehlen Daten zu den Personen, die in Alters- und Pflegeheimen wohnen, aber auch zu den Personen, die zuhause leben und deren sich verschlechternder Gesundheitszustand es ihnen nicht erlaubt, ohne Hilfe an einer Befragung teilzunehmen. Es liegen überdies sehr wenige Informationen zur Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Demenz in der Schweizer Bevölkerung vor. Neue Studien sollten sich auf die Erhebung von Daten konzentrieren, die im Zeitverlauf vergleichbar sind und die gesamte ältere Bevölkerung abdecken. Nur so kann ein vollständigeres Bild des psychischen Gesundheitszustands der Seniorinnen und Senioren in der Schweiz gezeichnet und gleichzeitig die Planung der benötigten Ressourcen beispielsweise für ihre Betreuung sichergestellt werden.

Die Ergebnisse bestätigen, dass mehrere sozioökonomische Faktoren wie das Bildungsniveau und die soziale Teilhabe das Auftreten von depressiven und kognitiven Erkrankungen beeinflussen können. Es ist daher entscheidend, dass die öffentliche Politik eine verbesserte Bildung in der Jugend und lebenslanges Lernen sowie die soziale Unterstützung älterer Menschen vorantreibt. Angesichts des wachsenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung gilt es, nicht nur einen guten psychischen Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren zu fördern, sondern auch die Praxis für die Behandlung ihrer psychischen Probleme bestmöglich anzupassen.

4.5 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., et al. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., et al. (2022). Incidence and risk factors of mental disorders in the elderly: The European MentDis_ICF65+ study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(5), 551–559. <https://doi.org/10.1177/00048674211025711>
- Alzheimer Schweiz (2014a). Angehörigenbefragung.
- Alzheimer Schweiz (2014b). Menschen mit Demenz in Schweizer Pflegeheimen: Vielfältige Herausforderungen.
- Alzheimer Schweiz (2021). Arbeiten und Angehörige pflegen.
- Alzheimer Schweiz (2023). Demenz in der Schweiz 2023. Zahlen und Fakten.
- Au, B., Dale-McGrath, S., & Tierney, M. C. (2017). Sex differences in the prevalence and incidence of mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 176–199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.09.005>
- Bartelt, G. (2012). Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Technischer Bericht.
- BASS (2021). Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz»: Schätzungen zur Anzahl Demenzbetroffener in der Spitex. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien; 2021.
- BFS (2022). Schweizerische Gesundheitsbefragung. BFS: Neuchâtel.
- BFS (2024). Statistik der Todesursachen und Totgeburten. BFS: Neuchâtel.
- Bohlken, J., Riedel-Heller, S., Steininger, G., Kostev, K., & Michalowsky, B. (2021). Trends in Dementia and Mild Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in German General and Specialist Practices Between 2015 and 2019. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(4), 1683–1690. <https://doi.org/10.3233/jad-201385>
- Bornet, M. A., Rubli Truchard, E., Bernard, M., Pasquier, J., Borasio, G. D., & Jox, R. J. (2021). Will to Live in Older Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study in Switzerland. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(5), 902–909. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.05.006>
- Cao, Q., Tan, C. C., Xu, W., et al. (2020). The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(3), 1157–1166. <https://doi.org/10.3233/jad-191092>
- Diaz Hernandez, L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A. (2021). The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: a cross-sectional survey of the adult Swiss general population. *BMC Primary Care*, 22(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Ecoplan. (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage.
- Fleury, V., Brindel, P., Nicastro, N., & Burkhard, P. R. (2018). Descriptive epidemiology of parkinsonism in the Canton of Geneva, Switzerland. *Parkinsonism & Related Disorders*, 54, 30–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2018.03.030>
- Gostynski, M., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J.-P., & Herrmann, F. (2002). Prävalenz der Demenz in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47(5), 330–335. <https://doi.org/10.1007/PL00012643>
- Hajek, A., Sutin, A. R., Posi, G., et al. (2024). Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Ageing & Mental Health*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2385448>
- Herrmann, F. (1998). Démences neurodégénératives : nouvelles données épidémiologiques (Cahiers psychiatriques Genève, Issue).
- Höglinger, M., Francisca, E., & Maurer, J. (2019). Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz: eine Studie basierend auf Daten der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/17131>
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.002>

- Huque, H., Eramudugolla, R., Chidiac, B., et al. (2023). Could Country-Level Factors Explain Sex Differences in Dementia Incidence and Prevalence? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 91(4), 1231–1241. <https://doi.org/10.3233/jad-220724>
- Iliffe S, Robinson L, Brayne C, et al. (2009). Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 895–901. <https://doi.org/10.1002/gps.2204>
- Jäggi, J., Liechti, L., Küni, K., & BASS, B. (2022). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz. BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
- Jones, A., Ali, M. U., Kenny, M., et al. (2024). Potentially Modifiable Risk Factors for Dementia and Mild Cognitive Impairment: An Umbrella Review and Meta-Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 53(2), 91–106. <https://doi.org/10.1159/000536643>
- Kaesler, M. (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09.
- Liang, J. H., et al. (2020). Contributions of Modifiable Risk Factors to Dementia Incidence: A Bayesian Network Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1592–1599
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6)
- Lleshi, V., & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 5, 1785–9.
- Longchamp, C., Aebersold, M., Ratelband-Pally, S.-M., Rousselot, B., & gfs.bern. (2004). Studie «Verbreitung und Versorgung demenzkranker in der Schweiz» Kurzbericht für die Schweiz. Alzheimervereinigung, Yverdon.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A. F., Herrmann, F. R., & Ludwig, C. (2015). Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research*, 24(7), 1687–1696. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0894-2>
- Maccora, J., Peters, R., & Anstey, K. J. (2020). What does (low) education mean in terms of dementia risk? A systematic review and meta-analysis highlighting inconsistency in measuring and operationalising education. *SSM Population Health*, 12, 100654. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100654>
- Mahalingam, G., Samtani, S., Lam, B. C. P., et al. (2023). Social connections and risk of incident mild cognitive impairment, dementia, and mortality in 13 longitudinal cohort studies of ageing. *Alzheimer's & Dementia*, 19(11), 51145128. <https://doi.org/10.1002/alz.13072>
- Martín-María N, Caballero FF, Lara E, et al. (2021). Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 76–85. <https://doi.org/10.1002/gps.5397>
- Mazzocato, C., & Benaroyo, L. (2009). [Desire to die, desire to live at the end of life]. *Revue Médicale Suisse*, 5(203), 10761079. (Désir de mort, désir de vie et fin de vie.)
- Moyano, B. P., Strippoli, M.-P. F., Ranjbar, S., Vandeleur, C. L., Vaucher, J., Preisig, M., & von Gunten, A. (2023). Stability of the Subtypes of Major Depressive Disorder in Older Adults and the Influence of Mild Cognitive Impairment on the Stability. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 503–513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.02.041>
- Mukadam, N., Wolters, F. J., Walsh, S., et al. (2024). Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies. *Lancet Public Health*, 9(7), e443–e460. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00120-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00120-8)
- Muñoz, M., Ausín, B., Santos-Olmo, A. B., et al. (2018). Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: Results from the MentDis_ICF65+ study. *PLoS One*, 13(4), e0196574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196574>
- O'Neal, M. A. (2024). Women and the risk of Alzheimer's disease [Mini Review]. *Frontiers in Global Women's Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1324522>
- Obsan (2023, 11. Dezember). Suizid und Suizidhilfe. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe>
- Penninkilampi, R., Casey, A.-N., Singh, M. F., & Brodaty, H. (2018). The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66, 1619–1633. <https://doi.org/10.3233/JAD-180439>
- Peter, C., Tuch, A. (2024). Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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.
- Pocnet, C., Antonietti, J. P., Strippoli, M. F., Glaes, J., Preisig, M., & Rossier, J. (2016). Individuals' quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits. *Quality of Life Research*, 25(11), 2897–2908. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1296-4>

- Ponjoan, A., Garre-Olmo, J., Blanch, J., et al. (2019). Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 11, 217–228. <https://doi.org/10.2147/clep.S186590>
- Roehr, S., Pabst, A., Luck, T., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 10, 1233–1247. <https://doi.org/10.2147/clep.S163649>
- Saito, T., Murata, C., Saito, M., Takeda, T., & Kondo, K. (2018). Influence of social relationship domains and their combinations on incident dementia: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(1), 7–12. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209811>
- Schmidt-Mende, K., Arvinge, C., Cioffi, G., Gustafsson, L. L., Modig, K., & Meyer, A. C. (2024). Profiling chronic diseases and hospitalizations in older home care recipients: a nationwide cohort study in Sweden. *BMC Geriatrics*, 24(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04796-7>
- Schrempft, S., Pullen, N., Baysson, H., et al. (2023). Prevalence and predictors of psychological distress before, during, and after a COVID-19 pandemic wave in Switzerland, 2021. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.042>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., Peter, C., & Obsan. (2022). Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19 (Obsan Bulletin 02/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., Peter, O., Obsan. (2023). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Shahaj, O., Ksinan Jiskrova, G., Bobák, M., Pikhart, H., & Ksinan, A. J. (2023). Psychological Distress Among Older Adults During the First Wave of SARS-CoV-2 Pandemic: Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *International Journal of Public Health*, 68, 1604372. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1604372>
- Sommerlad, A., Ruegger, J., Singh-Manoux, A., Lewis, G., Livingston, G. (2018). Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 89(3), 231–238. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-316274>
- Stafford, J., Howard, R., & Kirkbride, J. B. (2018). The incidence of very late-onset psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis, 1960–2016. *Psychological Medicine*, 48(11), 1775–1786. <https://doi.org/10.1017/s0033291717003452>
- Steck, N., Junker, C., & Zwahlen, M. (2018). Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ Open*, 8(4), e020992. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020992>
- Stephan, B. C. M., Cochrane, L., Kafadar, A. H., et al. (2024). Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(6), e406–e421. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(24\)00061-8](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(24)00061-8)
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, 40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Uittenhove, K., Rohner, S. L., Falciola, J., et al. (2024). Mental health among centenarians living in Switzerland. *Psychogeriatrics*, 24(4), 887–896. <https://doi.org/10.1111/psyg.13137>
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339–353. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>
- Ward, A., et al. (2012). Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1), 14–21.
- Wester, C. T., Bovil, T., Scheel-Hincke, L. L., Ahrenfeldt, L. J., Möller, S., Andersen-Ranberg, K. (2022). Longitudinal changes in mental health following the COVID-19 lockdown: Results from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Annals of Epidemiology*, 74, 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.05.010>
- Wolters, F. J., Chibnik, L. B., Waziry, R., et al. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, 95(5), e519–e531. <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000010022>
- Weltgesundheitsorganisation. Wichtigste verfügbare Kennzahlen der WHO zur Demenz. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. (abgerufen am: 07.09.2024).
- Zúñiga, F., D. A., C. Serdaly et al. (2013). SHURP 2018 – Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Universität Basel. <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>
- Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S., et al. (2021). SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Universität Basel. <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>

05 Psychische Gesundheit im sozialen Kontext



Jolanda Jäggi & Dominic Höglinger
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS
David Lätsch & Andreas Jud
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Kernaussagen

- Personen mit tiefem Bildungsniveau, geringem Haushaltseinkommen oder einem Migrationshintergrund haben ein grösseres Risiko, von psychischen Beschwerden betroffen zu sein.
- Prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen oder Diskriminierungserfahrungen sind Risikofaktoren für die psychische Gesundheit. Umgekehrt können psychische Erkrankungen negative Folgen für die materiellen Lebensbedingungen und die sozialen Beziehungen haben.
- Soziale Unterschiede bestehen auch in der Häufigkeit und Art der Behandlung bei psychischen Problemen: Trotz häufigerer Betroffenheit sind sozial schlechter gestellte Gruppen nicht öfter in Behandlung als sozial besser gestellte. Sie werden ausserdem eher hausärztlich, medikamentös oder stationär behandelt als in spezialisierten ambulanten Angeboten.
- Soziale Unterstützung ist ein wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit, Einsamkeit ein erheblicher Risikofaktor. Rund 10% der Bevölkerung der Schweiz verfügen kaum über soziale Unterstützung, 6% fühlen sich (sehr) häufig einsam.
- Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (besonders Sucht, Psychosen, bipolare Störungen) sind weitaus häufiger mit sozialer Ausgrenzung konfrontiert als Personen mit schweren körperlichen Krankheiten.
- Kindesmisshandlung und Erfahrungen von Paargewalt sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet mit Betroffenheitswerten im zweistelligen Prozentbereich für verschiedene Gewaltformen.
- *Elder Abuse* umfasst alle absichtlichen oder billigend in Kauf genommenen Schädigungen älterer Menschen in privaten und institutionellen Abhängigkeitsbeziehungen. In der Schweiz ist Elder Abuse noch kaum erforscht. Gemäss internationalen Vergleichswerten und einzelnen Schweizer Studien könnten rund 15% der älteren Menschen betroffen sein.
- Gewalterfahrungen haben sowohl kurz- als auch langfristig erhebliche Folgen für die psychische Gesundheit. Die künftige Forschung wird noch vertiefter analysieren müssen, unter welchen Bedingungen Gewalt zu welchen Formen psychischer Erkrankungen führt.
- Die weite Verbreitung und die schweren psychischen Folgen von Gewalterleben auf allen Altersstufen unterstreichen den Bedarf nach vermehrter Gewaltprävention. Die verbesserte Erforschung von Risikofaktoren sollte künftig auch vermehrt gezielte Prävention bei besonders vulnerablen Gruppen ermöglichen.

5.1 Einleitung

Welche Rolle spielt unsere soziale Umwelt für das psychische Wohlbefinden und für die Entstehung psychischer Erkrankungen? Und welche Folgen haben psychische Erkrankungen für unseren sozialen Status, unsere sozialen Beziehungen und unsere Teilhabe an der Gesellschaft? Diese Fragen stehen im Zentrum des vorliegenden Kapitels.

Die Bedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, arbeiten und leben, prägen in Wechselwirkung mit biologischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, genetische Disposition) und individuellen Faktoren (Gesundheitsverhalten, Fähigkeiten zur Stressbewältigung, Selbstbewusstsein) die Gesundheit (siehe auch Kapitel 8 Gebaute und natürliche Umwelt). Die sozialen Einflussfaktoren (in der Literatur auch «soziale Gesundheitsdeterminanten» genannt) können verschiedenen Ebenen zugeordnet werden. Verbreitet ist die Unterscheidung zwischen Faktoren im *unmittelbaren sozialen Umfeld* (Bindungen und soziale Unterstützung im Familien- und Freundeskreis, soziale Inklusion), dem *materiellen Umfeld* (sozioökonomische Situation, Arbeits- und Lebensbedingungen) und dem übergeordneten *sozialen und politischen Kontext* (u. a. Sozial- und Gesundheitspolitik, soziokulturelle Normen und Werte).¹

Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und der Gesundheit sind in der Literatur vielfach belegt, auch für die Schweiz. Je stärker eine Person sozial benachteiligt ist, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass sie von psychischen Beschwerden betroffen ist (Eaton & Muntaner, 2017; Spini et al., 2016). Die Bestimmung von Ursache und Wirkung ist herausfordernd, da meist komplexe Wechselwirkungen zwischen dem sozialen Kontext und der psychischen Gesundheit bestehen (vgl. z. B. Weber, 2020). Der Erklärungsansatz der *sozialen Kausalität* betont, dass sozial schlechter gestellte Personen häufiger von (chronischen) Stressfaktoren wie Arbeitslosigkeit, prekären Arbeitsbedingungen, Armut, belastenden Wohnsituationen, Diskriminierung oder Gewalterfahrungen betroffen sind. Gleichzeitig stehen ihnen weniger soziale und individuelle Ressourcen zur Verfügung, um diese Belastungen abzufedern. Der umgekehrte Erklärungsansatz wird in der Literatur als «Selektionshypothese» oder «sozialer Drift» bezeichnet und geht davon aus, dass sich psychische Erkrankungen negativ auf den sozialen Status auswirken und zu sozialer Ausgrenzung führen können. Dies beispielsweise, weil Betroffene sich nicht im Erwerbsprozess halten können oder ihre Beziehungsfähigkeit krankheitsbedingt beeinträchtigt ist (RKI, 2021; Scheid & Wright, 2017). Die beiden Erklärungsansätze schliessen sich nicht gegenseitig aus. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der soziale Status und die psychische Gesundheit sich wechselseitig im Sinne von Positiv- oder Negativspiralen beeinflussen (Brown & Ciciurkaite, 2017).

¹ Entsprechende Konzepte gehen häufig auf die von Bronfenbrenner (1979) geprägte Unterteilung der materiellen und sozialen Umwelt und/oder das Determinantenmodell von Dahlgren & Whitehead (1992) zurück. Wir stützen uns hier u. a. auf Meyer (2009), Wettstein (2019), Weber (2020), Compton & Shim (2015) und Lund et al. (2018).

Das vorliegende Kapitel stützt sich auf eine Literaturrecherche zum Schweizer Forschungsstand und zu aktuellen internationalen Forschungsergebnissen. Präsentiert werden auch Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und der psychischen Gesundheit anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB).

5.2 Sozialer Status

Untersuchungen über soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit stützen sich häufig auf den sozioökonomischen Status (SES), welcher anhand von Merkmalen wie Bildungsniveau, Einkommen oder Vermögen beschrieben wird. Diese werden in der Literatur als «vertikale» Merkmale bezeichnet, weil sie sich in ein «Oben» und «Unten» einteilen lassen (z. B. tiefes vs. hohes Bildungsniveau). Soziale Ungleichheiten, d. h. die ungleiche Verteilung von finanziellen Ressourcen, Macht und Prestige, stehen aber auch in Zusammenhang mit sogenannten «horizontalen» Merkmalen, die sich nicht hierarchisch anordnen lassen: Geschlecht, Migrationshintergrund, Ethnizität, sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität (Hoebel et al., 2015; Burla, 2023; Weber, 2020).

Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

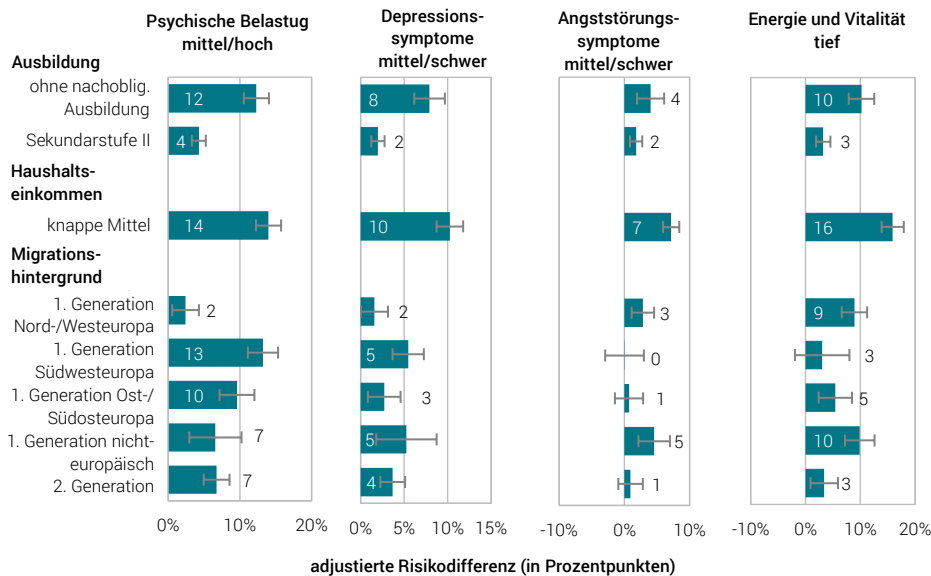
Der psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung unterscheidet sich sowohl bei den Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit als auch bei den Befunden zu psychischen Beschwerden nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Merkmalen (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Zusammenhänge zwischen soziostrukturellen Merkmalen wie Ausbildungsniveau, finanzielle Verhältnisse und Migrationshintergrund und der Betroffenheit von psychischen Beschwerden lassen sich statistisch anhand von Risikounterschieden zeigen (G5.1). Risikounterschiede weisen aus, wie stark sich das Risiko – hier für psychische Belastung, Krankheitssymptome und tiefes Energie- und Vitalitätsniveau – bei Personen mit dem betreffenden Merkmal gegenüber Personen ohne dieses Merkmal («Referenzgruppe») im Schnitt erhöht oder verringert.

Ausbildungsniveau

Konsistent mit internationalen und nationalen Befunden zeigt sich auch in den SGB-Daten ein deutlicher Bildungsgradient bei der psychischen Gesundheit (G5.1): Je tiefer der Bildungsstand, desto höher das Risiko für psychische Beschwerden. Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (rund 14% der Schweizer Erwerbsbevölkerung; BFS, 2023) berichten gegenüber Personen mit Tertiärabschluss (45% der Bevölkerung) wesentlich

Risikounterschiede für psychische Beschwerden,
nach sozialen Merkmalen

G5.1



Lesbeispiel: Das Risiko für mittlere bis schwere Depressionssymptome ist bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung gegenüber Personen mit einer tertiären Ausbildung (Referenzgruppe) um durchschnittlich 8 Prozentpunkte erhöht.
Referenzgruppen: Ausbildung auf Tertiärstufe; Haushaltseinkommen ausreichend; kein Migrationshintergrund.
Die Risikounterschiede sind jeweils nach Alter und Geschlecht adjustiert, um der unterschiedlichen soziodemografischen Zusammensetzung der einzelnen Gruppen Rechnung zu tragen.
Daten: SGB 2017 und 2022 (gepoolt, N = 44 000).
95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB © Obsan 2025

häufiger von psychischen Krankheitssymptomen. Dies gilt nicht nur für Depressions- und Angststörungssymptome (G5.1), sondern auch für Symptome weiterer Krankheitsbilder wie Panikstörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie für selbstberichtete, diagnostizierte Substanzabhängigkeiten (Peter et al., 2023).

Als Erklärung für die berichteten Unterschiede nach Bildungsniveau sind sowohl erhöhte Erkrankungsrisiken für Personen aus tiefen Bildungsschichten denkbar (vermittelt über den beruflichen Status und die Arbeitsbedingungen, das individuelle Gesundheitsverhalten, die psychosozialen Bewältigungsressourcen) als auch negative Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf den Schul- und Bildungserfolg (Bayer-Oglesby et al., 2023).

Je tiefer das Bildungsniveau, desto höher das Risiko für eine schlechtere psychische Gesundheit.

Einkommensniveau

In der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) wird die finanzielle Lage der Haushalte (Einkommen, Vermögen, Verschuldung etc.) detaillierter erhoben als in der SGB. Personen aus der tiefsten Einkommensstufe («unterstes Quintil») berichten in der Erhebung 2022 rund doppelt so häufig von entmutigter oder deprimierter Stimmungslage als der Durchschnitt, während Personen mit hohen Einkommen deutlich weniger in ihrem psychischen Wohlbefinden eingeschränkt sind (BFS, 2024b).

In der Schweiz beziehen pro Jahr durchschnittlich knapp 3% der Bevölkerung wirtschaftliche Sozialhilfe. Überdurchschnittlich häufig handelt es sich dabei um Personen ohne berufliche Ausbildung, Kinder, Ausländerinnen und Ausländer und geschiedene Personen (BFS – Sozialhilfeempfängerstatistik 2022). Anhand eines verknüpften Datensatzes, der Angaben aus der Sozialhilfeempfängerstatistik, den Individualkonten der AHV und dem IV-Rentenregister, der SGB und weiteren national repräsentativen Erhebungen verbindet, zeigen Kessler et al. (2021): Wer auf Sozialhilfe angewiesen ist, leidet rund doppelt so häufig an einer chronischen (körperlichen oder psychischen) Erkrankung als Personen aus mittleren und höheren Einkommensstufen. Sozialhilfebeziehende berichten häufiger von Depressionen (25% vs. 5%) und hohen psychischen Belastungszuständen (18% vs. 3%) als finanziell besser gestellte Personen. Es geht ihnen auch schlechter als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen ohne Sozialhilfebezug (Prävalenzraten, also Häufigkeitsraten, bei Depression und hoher psychischer Belastung je 7%).

Sozialer Status und Suizidalität

Suizide und Suizidversuche sind Ausdruck eines psychischen Ausnahmezustands, welche als Folge einer Kombination verschiedener Faktoren wie z. B. psychische Krankheiten, Vereinsamung, Geldsorgen, existenzielle Sinnkrisen, chronische Schmerzen etc. entstehen kann (Schuler et al., 2020). Während Faktoren wie Bildungsstand oder Erwerbsstatus bei der Verbreitung von selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken eine eher marginale Rolle spielen (Peter et al., 2023), ist bei den vollendeten Suiziden ein Zusammenhang mit dem sozialen Status erkennbar: Bei Männern (nicht aber bei Frauen) ist ein höherer Bildungsstand mit tieferen Suizidraten verbunden (Lorant et al., 2018). Weiter zeigen Daten der Swiss National Cohort ein erhöhtes Suizidrisiko bei arbeitslosen Personen. Über den Erwerbsstatus hinaus stehen auch die berufliche Stellung bzw. berufs- und branchenspezifische Belastungen in Zusammenhang mit dem Suizidrisiko (Guseva Canu et al., 2019).

Armut und psychische Gesundheit

In der Schweiz sind knapp 16% der Bevölkerung von Armut bedroht, haben also ein deutlich tieferes Einkommen als die Gesamtbevölkerung. Gut 8% der Wohnbevölkerung sind von Armut betroffen, haben also ein Einkommen, das unter dem sozialen Existenzminimum liegt (BFS – SILC 2022). Der Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Gesundheit ist wechselseitig: Armut und Armutsgefährdung erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung, und psychisch kranke Personen haben ein erhöhtes Armutsrisiko (Lund et al., 2018; Bösing & Schädle, 2017).

Personen, die aus finanziellen Gründen in mehreren Bereichen des täglichen Lebens in einer Mangelsituation sind (materielle und soziale Deprivation), sind in der Schweiz fast sechsmal häufiger von entmutigten und depressiven Gefühlszuständen betroffen als Personen, die keine solchen Entbehrungen hinnehmen müssen (BFS, 2023). Auswertungen der SGB zeigen, dass Personen mit einem chronisch psychischen Gesundheitsproblem gegenüber der Durchschnittsbevölkerung ein um 16 Prozentpunkte erhöhtes und beinahe doppelt so hohes Risiko haben, mit den finanziellen Mitteln nur mit Mühe auszukommen.

Armut bedeutet chronischen Stress und kann die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigen (Scheid & Wright, 2017). Armutsbetroffene sind ausserdem häufiger ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt, haben weniger Bildungschancen, weisen häufiger ein gesundheitsbelastendes Verhalten auf (z. B. Suchtmittelkonsum) und sind u. a. wegen Stigmatisierung häufiger sozial isoliert als finanziell besser gestellte Personen. Die Abhängigkeit von Sozialleistungen (Arbeitslosen- und Invalidenversicherung, Sozialhilfe) kann aufgrund der Zugangsbedingungen und Auflagen dazu führen, dass sich die Betroffenen fremdbestimmt fühlen und die Überzeugung, das Leben aus eigener Kraft gestalten zu können («Kontrollüberzeugung»), verlieren. Damit fällt ein wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit weg (Kessler et al., 2021; Lätsch et al., 2011; Schuwey & Knöpfel, 2014).

Der Abstieg in die Armut aufgrund einer psychischen Erkrankung erfolgt häufig über Phasen von Erwerbslosigkeit und Erwerbsunterbrüchen (Baer, 2014). Ein frühes Erkrankungsalter kann sich negativ auf die Ausbildung und den Berufseinstieg auswirken (Schulabbrüche, prekäre Jobs). Eine schwere psychische Erkrankung kann auch dazu führen, dass jemand seine Arbeitsstelle verliert und darauf eine instabile Erwerbsbiografie mit wiederholter Arbeitslosigkeit folgt, mit entsprechenden Folgen für das Einkommen (Nordt et al., 2007; Baer, 2014). Fast jede zweite Person mit IV-Rente aufgrund psychischer Krankheiten ist armutsgefährdet, deutlich mehr als bei IV-Beziehenden mit körperlichen Behinderungen (Baer, 2014).

Migrationshintergrund

Rund 40% der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. 32% sind Migrantinnen und Migranten der 1. Generation und 8% gehören zur 2. Generation, wurden also in der Schweiz geboren (BFS, 2024a). Wie die Ergebnisse in G5.1 zeigen, weisen Personen mit Migrationshintergrund insgesamt ein erhöhtes Risiko für psychische Beschwerden auf. Es gibt jedoch Unterschiede je nach Migrationsgeneration und Herkunftsland. Besonders ausgeprägt zeigt sich eine höhere psychische Belastung bei Personen der ersten Migrationsgeneration aus Südwesteuropa (Italien, Spanien, Portugal), während sich Zugewanderte aus Nord- und Westeuropa diesbezüglich nicht wesentlich von Personen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Bei Personen aus nicht-europäischen Staaten handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe aus diversen Herkunftsländern (z. B. Eritrea, Brasilien, USA), was die Interpretation der Ergebnisse erschwert (siehe auch Peter et al., 2023).

Die Migrationsbevölkerung weist insgesamt ein höheres Risiko für psychische Beschwerden auf. Es gibt jedoch Unterschiede in Bezug auf Migrationsgeneration, Herkunftsland und Krankheitsbild.

Das erhöhte Krankheitsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund betrifft nicht alle psychischen Erkrankungen. So findet auch die repräsentative Omnibus-Erhebung vom Herbst 2022 für Depressionen, generalisierte Angststörungen und Panikstörungen eine stärkere Symptombelastung von Personen mit Migrationshintergrund der 1. Generation aus Südwesteuropa, teilweise auch aus Ost- und Südosteuropa. Bei anderen Erkrankungen wie soziale Phobie, Zwangsstörungen, Essstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zeigen sich hinsichtlich der Symptombelastung keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund (Peter et al., 2023).²

In der Literatur wird der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und psychischer Gesundheit häufig darauf zurückgeführt, dass Betroffene vielfach sozioökonomisch tieferen Schichten angehören und eher mit prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen oder Erwerbslosigkeit konfrontiert sind. Darüber hinaus spielt auch die geringere Verfügbarkeit sozialer Ressourcen (soziale Unterstützung, Sozialkapital) eine wichtige Rolle (Guggisberg et al., 2020; Tegegne & Glanville, 2019). Hinzu kommen migrationsbedingte Stressfaktoren wie (traumatische) Fluchterfahrungen, die Trennung vom sozialen und kulturellen Umfeld, die Erfahrung sozialen Abstiegs im Vergleich zum Herkunftsland sowie Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierung aufgrund der Herkunft (Lamprecht, 2006; Levecque & Van

² Dieser Befund dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass Personen mit geringen Kenntnissen einer Landessprache schlechter erreicht und zudem keine Sans-Papiers oder Personen im Asylprozess befragt wurden. Fachpersonen gehen etwa davon aus, dass Traumafolgestörungen bei Personen im Asylprozess stark verbreitet sind (Müller et al., 2018).

Rossem, 2015). Auch für die Schweiz gibt es Hinweise, dass Migrantinnen und Migranten mit Diskriminierungserfahrungen ein erhöhtes Risiko haben, wegen eines (psychischen oder körperlichen) Gesundheitsproblems im Alltag eingeschränkt zu sein (Guggisberg et al, 2011). Diskriminierung wird in der internationalen Literatur zu den relevanten sozialen Gesundheitsdeterminanten gezählt (z. B. Scheid & Wright, 2017; Compton & Shim, 2015, Emmer et al., 2024). Von Diskriminierung sind potenziell nicht nur Personen mit Migrationshintergrund betroffen, sondern soziale Minderheiten und gesellschaftlich marginalisierte Gruppen generell (z. B. ethnische, geschlechtliche oder sexuelle Minderheiten, Armutsbetroffene, Menschen mit Behinderung etc.; siehe auch Kapitel 1 Gesamtbevölkerung und Kapitel 6 Psychische Gesundheitskompetenz).

Inanspruchnahme von Unterstützung und Behandlung

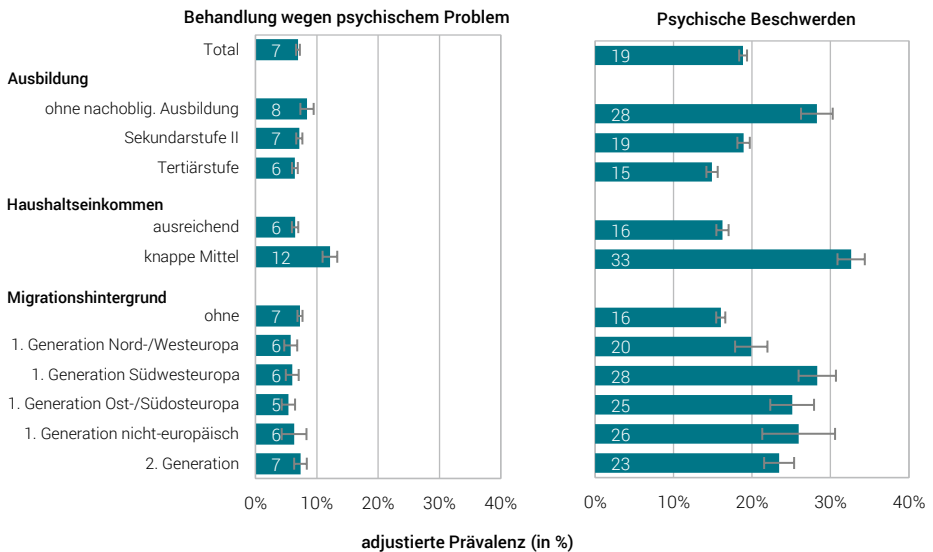
Gesundheitliche Ungleichheit kann auch mit dem sozial unterschiedlich verteilten Zugang zu Gesundheitsleistungen zusammenhängen. Die Gegenüberstellung der Prävalenz (also Häufigkeit, siehe oben) psychischer Beschwerden (psychische Belastung und/oder mittelschwere bis schwere depressive Symptome) mit der Inanspruchnahme von Behandlungen für psychische Probleme (G5.2) legt eine «doppelte Ungleichheit» nahe: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und Personen mit Migrationshintergrund sind wesentlich häufiger von psychischen Beschwerden betroffen, sind aber nicht (oder nur begrenzt) häufiger wegen eines psychischen Problems in Behandlung. Dies ist ein Hinweis auf Unterversorgung, da aufgrund der höheren Prävalenzraten auch eine höhere Inanspruchnahme von Behandlungen naheliegend wäre. Daten der Omnibus-Erhebung von 2022 zeigen, dass bei Personen mit Migrationshintergrund der 2. Generation nicht-diagnostizierte Angst- und Depressionsstörungen vergleichsweise häufig sind. Auch dies ist ein Hinweis dafür, dass sie bei psychischen Beschwerden seltener in Behandlung sind (Peter et al., 2023).

Nebst Unterschieden in der Behandlungshäufigkeit verweisen Forschungsergebnisse aus der Schweiz auch auf soziale Unterschiede bei der Art der Behandlung. Personen mit tiefen Einkommen werden bei psychischen Problemen häufiger hausärztlich betreut und häufiger mit Psychopharmaka behandelt als Personen mit höheren Einkommenschichten (Ulshöfer et al., 2023). Personen mit tiefem Bildungsstand haben ein bis zu dreimal so hohes Risiko, aufgrund einer psychischen Erkrankung hospitalisiert zu werden, wie Personen mit Tertiärausbildung (Bayer-Oglesby et al., 2023). Dies wird mit sozialen Unterschieden in der Möglichkeit und Bereitschaft, frühzeitig spezialisierte ambulante Angebote in Anspruch zu nehmen, in Verbindung gebracht. Denn eine adäquate ambulante Versorgung kann der Verschlechterung der Symptome entgegenwirken und allenfalls stationäre Aufenthalte verhindern (Bayer-Oglesby et al, 2023). Entsprechend wichtig wäre es, den Zugang zu bzw. die rechtzeitige Inanspruchnahme von (spezialisierten)

ambulanten Versorgungsangeboten auch bei sozial schlechter gestellten Personen zu fördern. Dazu wären vertiefende Untersuchungen sinnvoll, um spezifische Hürden für die Inanspruchnahme von Behandlungen bei psychischen Problemen generell und spezifisch für ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen aufzuzeigen.

Psychische Beschwerden: Behandlung vs. Prävalenz, nach sozialen Merkmalen

G5.2



Lesebeispiel: Insgesamt 19 % der Befragten leiden unter psychischen Beschwerden, 7 % waren innerhalb der letzten 12 Monate wegen eines psychischen Problems in Behandlung. Bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung ist der Anteil mit psychischen Beschwerden mit 28 % wesentlich erhöht, nicht jedoch der Anteil von Personen in Behandlung (8 %).

Die Prävalenzraten sind nach Alter und Geschlecht adjustiert, um der unterschiedlichen soziodemografischen Zusammensetzung der einzelnen Gruppen Rechnung zu tragen.

Daten: SGB 2017 und 2022 (gepoolt, N = 44 000).

Psychische Beschwerden: Kombiniertes Indikatoren, umfasst Personen mit einer mittleren bis hohen psychischen Belastung (Häufigkeit negativer bzw. positiver Gefühlszustände in den vergangenen vier Wochen gemäss Mental Health Inventory MHI-5) und/oder mittlere bis schwere Depressionssymptome.

95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Kinder und Jugendliche: Die Bedeutung des familiären Umfelds

Als Einflussfaktoren des familiären Umfelds, welche die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter potenziell längerfristig prägen, gelten der sozioökonomische Status der Eltern, das Familienklima (familiärer Zusammenhalt, Erziehungsstil) sowie belastende Kindheitserlebnisse. Diese sogenannten *adverse childhood experiences* (ACE) werden in zwei Kategorien unterteilt: Gewalterfahrungen (siehe Abschnitt 5.4) und Probleme im Elternhaus, darunter Trennung/Scheidung der Eltern, psychische Erkrankung eines Elternteils, Alkohol- oder Drogenmissbrauch in der Familie oder Gefängnisaufenthalt eines Familienmitglieds (Felitti et al., 1998). Gemäss neueren Erkenntnissen ist auch ein häufiger Wohnortswechsel in der Kindheit und Jugend ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit (Sabel et al., 2024).

Für die Schweiz fehlen weitgehend Daten, um Zusammenhänge zwischen dem familiären Umfeld und der psychischen Gesundheit zu untersuchen. Aus internationalen Längsschnittstudien (d. h. Studien über einen zeitlichen Verlauf hinweg) liegen dazu jedoch Daten und Analysen vor, welche auch für die Schweiz relevant sein dürften.

- **Sozioökonomischer Status der Eltern:** Insgesamt verweisen Forschungsergebnisse auf ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten und geringeres psychisches Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen aus tiefen Bildungs- und Einkommenschichten hin. Ganz besonders gilt dies für armutsbetroffene Kinder und Jugendliche (vgl. z. B. Maurer et al., 2023; Lampert et al., 2019; Laubstein et al., 2016; Volf et al., 2019). Zu den längerfristigen Effekten des Aufwachsens in tieferen sozialen Schichten auf die psychische Gesundheit kommen Studien zu unterschiedlichen Schlüssen. Ein hoher sozioökonomischer Status der Eltern scheint tendenziell vor wiederholten oder chronischen psychischen Gesundheitsproblemen zu schützen (Schaefer et al., 2017). Insgesamt erweisen sich individuelle und soziale Ressourcen (Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, positives Familienklima) sowie psychische Auffälligkeiten in der Kindheit jedoch stärker als mögliche Ursache für die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter als der elterliche sozioökonomische Status (Maurer et al., 2023; RKI, 2020; Kaman et al., 2021).
- **Familienklima:** Längsschnittstudien aus Deutschland und Neuseeland zeigen, dass ein positives Familienklima (z. B. gut miteinander auskommen, auf die Sorgen und Nöte der anderen eingehen) in der Kindheit und Jugend einen protektiven Effekt auf die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter hat (Maurer et al., 2023; Schmidtke et al., 2021; Klasen et al., 2015; Schaefer et al., 2017; Greiner et al., 2019). Familienkonflikte in der Kindheit sind mit einem höheren Risiko für negative psychische Gesundheitsfolgen und geringere soziale Ressourcen verbunden (Einsamkeit, soziale Isolation, fehlendes Vertrauen in andere Menschen, vgl. Santini et al., 2021).

Für die Schweiz fehlen weitgehend Daten, um (längerfristige) Auswirkungen des familiären Umfelds auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen.

- **Belastende Kindheitserlebnisse (ACE):** In der Literatur werden ACE nicht einheitlich kategorisiert (mitunter werden auch Armut, Mobbing/Bullying, Betreuung in Pflegefamilien oder Diskriminierungserfahrungen dazugezählt). Internationale wie auch nationale Studien belegen jedoch übereinstimmend, dass belastende Kindheitserlebnisse das Risiko negativer (psychischer und körperlicher) Gesundheitsfolgen im Lebensverlauf deutlich erhöhen (u. a. Barrense-Dias et al., 2021; RKI, 2020; Schenk et al., 2021). Die Effekte sind kumulativ, d. h. je mehr negative Erfahrungen, desto höher das Risiko einer psychischen Erkrankung (Hughes et al., 2017). Wie erwähnt, werden auch psychische Erkrankungen und Suchtproblematiken der Eltern als ACE eingestuft. Die Wahrscheinlichkeit für Kinder, eine psychische Störung zu entwickeln, ist um den Faktor 3 bis 7 erhöht, wenn sie mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, mit gewissen Unterschieden je nach Störungsbild (Albermann & Müller, 2021). Vielfach kommen zur psychischen Erkrankung oder zur Suchtproblematik weitere Belastungsfaktoren hinzu (z. B. elterliche Trennung, häusliche Gewalt, Arbeitslosigkeit), welche zur sozialen Isolation der Familie beitragen können. Zusammen mit der Tabuisierung der psychischen Erkrankung oder der Suchtproblematik führt dies dazu, dass Kinder und Jugendliche weniger auf familienexterne soziale Unterstützung zurückgreifen können. Ihnen fehlen somit entscheidende Ressourcen zur Bewältigung der hohen Belastungssituation (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

5.3 Soziale Beziehungen und gesellschaftliche Teilhabe

Personen, die sozial gut vernetzt sind, sich eingebunden fühlen, auf Unterstützung zählen können und selten einsam sind, sind sowohl körperlich als auch psychisch gesünder und haben eine höhere Lebenserwartung als Menschen, die wenig sozial integriert sind oder unter sozialer Isolation leiden (Bachmann, 2019). Soziale Ressourcen lassen sich anhand verschiedener Dimensionen beschreiben, z. B. anhand der Grösse, Dichte und weiterer Eigenschaften des sozialen Netzes, des Sozialkapitals (Vertrauen in Mitmenschen, soziale Integration in informelle und formelle Netzwerke) oder der sozialen Unterstützung (Bachmann, 2014b).

Soziale Unterstützung kann verschiedene Formen haben und umfasst praktische Hilfeleistungen (z. B. Fahrdienste, Kinderhüten), Informationen (z. B. dazu, wohin man sich mit bestimmten Problemen wenden kann), emotionale Hilfe (z. T. Trost, Wertschätzung) oder evaluative Hilfe (Feedback zum Verhalten, vgl. Bachmann, 2019). Die Bedeutung

sozialer Unterstützung für die Gesundheit ist breit erforscht. Es wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung die Gesundheit über emotionale und biologische Prozesse einerseits direkt beeinflusst (z. B. Regulierung des Stresshormonspiegels). Andererseits wirkt soziale Unterstützung indirekt als Puffer, um Belastungen abzufedern (Bachmann, 2014a; Schuler et al., 2020). Wer auf eine starke soziale Unterstützung zählen kann, hat weniger psychische Beschwerden als Personen ohne diesen Schutzfaktor (u. a. Wickramaratne et al. 2022).

Ein dauerhafter Mangel an sozialen Ressourcen bedeutet häufig chronische Einsamkeit. Bei der **Einsamkeit** stehen weniger die tatsächlichen sozialen Interaktionen und das soziale Netzwerk im Vordergrund, sondern vielmehr die subjektiv als unzureichend wahrgenommene soziale Einbindung und das unbefriedigte Bedürfnis nach Zuneigung in aktuellen Beziehungen (Schuler et al., 2020). Einsamkeit ist ein wesentlicher gesundheitlicher Risikofaktor für psychische Erkrankungen, aber auch für nicht-übertragbare körperliche Erkrankungen (Holt-Lunstad et al., 2015; Schenk et al., 2021).

Der Begriff der **gesellschaftlichen Teilhabe** wird unterschiedlich definiert (Husi, 2020), und es existieren zahlreiche verwandte, davon nicht klar abgrenzbare Bezeichnungen und Konzepte (z. B. soziale Integration, Inklusion, Partizipation, vgl. Richter, 2023a). **Soziale Ausgrenzung** bezieht sich – als Gegenbegriff zur gesellschaftlichen Teilhabe – auf die fehlende Beteiligung am sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben in der (Mehrheits-)Gesellschaft (Boardman et al., 2022; Morgan et al., 2007; Richter, 2023b).

Soziale Ressourcen und Risikofaktoren

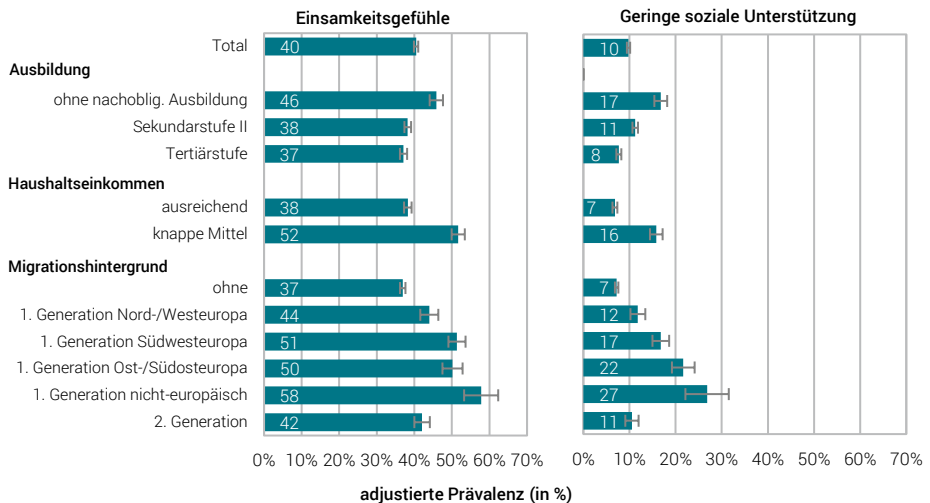
Rund 6% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich ziemlich oder sehr häufig einsam, weitere knapp 35% manchmal (total ca. 40%; SGB 2017/22). Insgesamt 10% aller Befragten haben kaum soziale Unterstützung (G 5.3). Personen ohne nachobligatorische Ausbildung oder mit knappen finanziellen Mitteln sind überdurchschnittlich von Einsamkeit betroffen (46% bzw. 52%) und können deutlich weniger auf soziale Unterstützung zählen (17% bzw. 16%). Personen mit Migrationshintergrund sind ebenfalls überdurchschnittlich von diesen Risikofaktoren betroffen. Besonders ausgeprägt zeigt sich dies bei der 1. Migrationsgeneration aus dem Süden und Osten Europas sowie aus nicht-europäischen Ländern.

Fehlende soziale Unterstützung und Einsamkeit sind bedeutsame Risikofaktoren für die psychische Gesundheit. Diese Risiken sind in der Gesellschaft ungleich verteilt und treffen Personen mit tiefem Bildungs- und Einkommensstand sowie die 1. Migrationsgeneration in besonderem Masse.

Der Anteil einsamer Menschen in der Bevölkerung hat in den vergangenen Jahren allgemein zugenommen, besonders ausgeprägt in den jüngsten Altersgruppen (15–34 Jahre) (Peter et al., 2023). Bei der sozialen Unterstützung sind Vergleiche nur gegenüber 2017 möglich. Der Anteil Personen mit geringer sozialer Unterstützung hat sich in diesem Zeitraum nicht verändert.

Einsamkeitsgefühle und soziale Unterstützung, nach sozialen Merkmalen

G5.3



Lesebeispiel: Insgesamt 10 % der Befragten verfügt über eine geringe soziale Unterstützung, bei Zugewanderten aus Ost-/Südosteuropa (1. Migrationsgeneration) sind es mit 22 % mehr als doppelt so viele.

Die Prävalenzraten sind nach Alter und Geschlecht adjustiert, um der unterschiedlichen soziodemografischen Zusammensetzung der einzelnen Gruppen Rechnung zu tragen.

Daten: SGB 2017 und 2022 (gepoolt, N = 44 000).

Einsamkeitsgefühle: Personen, die sich manchmal, ziemlich häufig oder sehr häufig einsam fühlen.

95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Soziale Unterstützung

Der Anteil Personen mit geringer sozialer Unterstützung steigt mit zunehmendem Alter an, von 5% (15 bis 25-Jährige) auf 17% (Personen ab 75 Jahren), vgl. SGB 2017/22). Bei den Anteilswerten zeigen sich zwar keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede. Insgesamt geht aus der Literatur jedoch hervor, dass die Einbettung in soziale Beziehungen bei Mädchen und Frauen deutlichere protektive Effekte auf die psychische Gesundheit hat und dass Menschen mit ähnlichen Erfahrungen («Peers») und andere Personen ausserhalb des engeren Familienkreises als Quelle sozialer Unterstützung eine bedeutsamere Rolle zu spielen scheinen als bei Jungen und Männern (RKI, 2021; Letkiewicz et al., 2023; Kaman et al., 2021; Schmidtke et al., 2021). Die Forschungsergebnisse sind aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns allerdings nicht immer direkt vergleichbar und durchaus uneinheitlich.

Im Jugendalter nimmt die Integration in der Peer-Gruppe gegenüber der familiären Unterstützung an Bedeutung zu. Die wahrgenommene Unterstützung von Freundinnen und Freunden in dieser Lebensphase ist bis ins Erwachsenenalter mit höherem Wohlbefinden und geringerem Depressionsrisiko verknüpft (Jakobsen et al., 2023; Letkiewicz et al., 2023). Es gibt Hinweise, dass sich eine schlechte Integration in die Peer-Gruppe weniger gut kompensieren lässt als andere Belastungsfaktoren: Betroffene Jugendliche haben sowohl kurz- als auch längerfristig eine vergleichsweise schlechtere psychische Gesundheit (Sandmeier Rupena, 2010).

Gute soziale Beziehungen in der Familie und unter den Peers helfen Kindern und Jugendlichen, Belastungen abzufedern und vermindern das Risiko für psychische Erkrankungen auch längerfristig.

Der protektive Effekt sozialer Unterstützung zeigt sich nicht nur bei der (häufig erforschten) depressiven Symptomatik oder bei Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit (Wohlbefinden, Optimismus, Lebenszufriedenheit etc., vgl. Jakobsen et al., 2023). Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ist soziale Unterstützung ein wichtiger Schutzfaktor, welche die negativen Folgen auch längerfristig abzufedern vermag (Wang et al., 2021).

Einsamkeit

Einsamkeit kommt bei Frauen in allen Altersgruppen häufiger vor als bei Männern. Dies zeigt sich bereits bei 11- bis 15-Jährigen: In der Befragung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2022 geben durchschnittlich 9% der Jungen und 21% der Mädchen an, sich meistens oder immer einsam zu fühlen. Bei beiden Geschlechtern nimmt dieser Wert mit steigendem Alter zu. Signifikant ist dieser Anstieg jedoch nur bei den Mädchen (von 12% bei den 11-Jährigen auf 27% bei den 15-Jährigen, vgl. Delgrande Jordan et al., 2023). Am stärksten von Einsamkeit betroffen sind Jugendliche und junge Erwachsene: Gemäss SGB 2022 fühlen sich 12% der 15- bis 24-jährigen Frauen häufig oder sehr häufig einsam (gleichaltrige Männer: 8%). Mit zunehmendem Alter geht dieser Anteil kontinuierlich zurück; erst bei Personen ab 75 Jahren nehmen Einsamkeitsgefühle wieder leicht zu.

Sehr vereinsamte Menschen haben gemäss einer internationalen Studie eine rund 4-mal häufigere Wahrscheinlichkeit für eine depressive Störung («Major Depression») und eine 5- bis 6-mal häufigere Wahrscheinlichkeit, an einer generalisierten Angststörung zu leiden (Matthews et al., 2022). Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch in der Schweiz nachweisen: Je nach Altersgruppe sind zwischen 55 und 75% der Personen, die sich ziemlich oder sehr häufig einsam fühlen, von psychischen Beschwerden betroffen. Bei nicht einsamen Menschen sind es zwischen 11 und 18% (Schuler et al., 2020). Auch für Schulkinder zeigen die HBSC-Daten substantielle Zusammenhänge zwischen häufigeren Einsamkeitsgefühlen und geringerem emotionalen Wohlbefinden sowie der Häufigkeit chronischer psychoaffektiver Symptome wie Traurigkeit, Gereiztheit oder Schlafstörungen (Delgrande Jordan et al., 2023).

Diese Befunde aus Querschnittserhebungen bestätigten sich auch in Längzeitstudien: Einsamkeit kann sich auch längerfristig negativ auf die psychische Gesundheit auswirken und ist mit einem höheren Risiko für spätere Depressionen, Angststörungen und Demenzerkrankungen verbunden (Wickramaratne et al. 2022; Wang et al., 2023). Gleichzeitig gilt es zu bedenken, dass psychische Erkrankungen auch zu sozialem Rückzug und Einsamkeit führen können, u. a. aufgrund einer krankheitsbedingt negativ verzerrten Wahrnehmung der sozialen Umwelt (RKI, 2021; Müller, 2008).

Soziale Ausgrenzung

Die (fehlende) Beteiligung am sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben der Gesellschaft kann anhand verschiedener Indikatoren dargestellt werden. Auf der Ebene der **sozialen Beziehungen** zeigt sich Ausgrenzung in Form von Einsamkeit und fehlender sozialer Unterstützung, einer geringeren Einbindung in Paarbeziehungen oder auch in der Wohnsituation (alleine oder in einer Institution leben, Wohnungs- oder Obdachlosigkeit, vgl. Textkasten). Personen mit psychischen Erkrankungen sind durchschnittlich seltener in intimen Partnerschaften und verheiratet. Darüber hinaus sind psychische Erkrankungen mit einem erhöhten Scheidungsrisiko verbunden. Sie stellen einerseits eine erhebliche Belastung für die Paarbeziehung dar, andererseits sind Paarkonflikte und Trennungen belastende Situationen, welche psychische Beschwerden auslösen oder akzentuieren können (Richter, 2023a).

Was die Beteiligung am **wirtschaftlichen Leben** betrifft, zeigen Studien aus Deutschland und der Schweiz, dass psychische Krankheiten insbesondere bei chronischen und schweren Krankheitsverläufen mit einer unterdurchschnittlichen Erwerbsquote und einem höheren Risiko für Stellenverlust einhergehen (Richter, 2023a; Kessler et al., 2021; Bösing & Schädle, 2017). Betroffene haben im Berufsleben häufigere Krankheitsausfälle und sind überdurchschnittlich häufig in prekären Beschäftigungsverhältnissen (Müller, 2008; Richter et al., 2006; Baer, 2014). Und unter den Bezügerinnen und Bezüglern von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe finden sich erhebliche Anteile von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (Richter et al., 2006; Wolffers & Reich, 2015; Salzgeber, 2015).

Psychische Erkrankungen mit schweren und/oder chronischen Verläufen sind mit einem deutlich höheren Risiko für soziale Ausgrenzung verbunden als schwere körperliche Krankheiten.

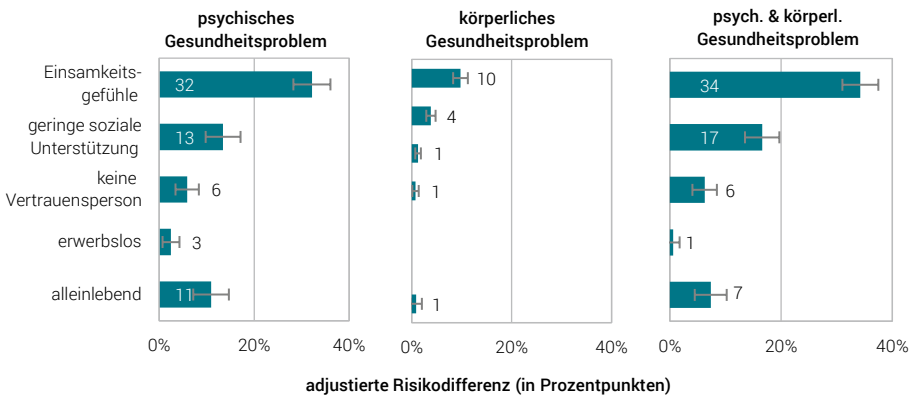
Insgesamt zeigen Forschungsergebnisse, dass psychisch kranke Personen mit schweren und/oder chronischen Krankheitsverläufen ein hohes Risiko für soziale Ausgrenzungserfahrungen haben – deutlich höher als Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen (Richter & Hoffmann, 2017). Dies lässt sich auch anhand von Daten der SGB zeigen: In Anlehnung an Richter & Hoffmann (2017) zeigt G5.4 die Risiken sozialer Ausgrenzung von Personen, welche aufgrund eines psychischen Gesundheitsproblems, aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems oder aufgrund von beiden eingeschränkt sind, und vergleicht diese mit Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen.³ Bei Personen mit

³ Richter & Hoffmann (2017) haben Daten der SGB 2017 ausgewertet, legen der Gruppenbildung jedoch andere Definitionen zugrunde (u. a. schwere Erkrankung operationalisiert als Bezug einer IV-Rente und in Behandlung wegen psychischer Probleme).

Einschränkungen aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme (wie auch mit psychisch-körperlichen Begleiterkrankungen) ist die Wahrscheinlichkeit sozialer Ausgrenzung weitaus stärker ausgeprägt als bei Personen mit Einschränkungen aufgrund körperlicher Gesundheitsprobleme. Absolut gesehen zeigen sich die Risikounterschiede am stärksten ausgeprägt bei Einsamkeitsgefühlen (bei psychischen sowie psychisch-körperlichen Gesundheitseinschränkungen jeweils um gut 30 Prozentpunkte erhöht, bei körperlichen Krankheiten um 10 Prozentpunkte) und mangelnder sozialer Unterstützung (+13 und +17 vs. +4 Prozentpunkte bei körperlichen Krankheiten). Aber auch bei den anderen Dimensionen sozialer Ausgrenzung bestehen substantielle Unterschiede.

Risikounterschiede für ausgewählte Indikatoren sozialer Ausgrenzung, Personen mit Einschränkungen aufgrund von Gesundheitsproblemen im Vergleich zur Restbevölkerung ohne Einschränkungen

G5.4



Lesebeispiel: Das Risiko, einsam zu sein, ist bei Personen, die sich aufgrund eines psychischen Gesundheitsproblems eingeschränkt fühlen, gegenüber gesundheitlich nicht eingeschränkten Personen um durchschnittlich 32 Prozentpunkte erhöht.

Bei Personen, die wegen eines körperlichen Gesundheitsproblems eingeschränkt sind, ist das Risiko für Einsamkeit um 10 Prozentpunkte erhöht.

Referenzgruppe: Personen ohne Einschränkungen wegen eines Gesundheitsproblems.

Die Risikounterschiede sind jeweils nach Alter und Geschlecht adjustiert, um der unterschiedlichen soziodemografischen Zusammensetzung der einzelnen Gruppen Rechnung zu tragen. Erwerbslos: ohne Arbeit auf Stellensuche.

Daten: SGB 2017 und 2022 (gepoolt, N = 44 000).

95%-Vertrauensintervall

Quelle: BFS – SGB

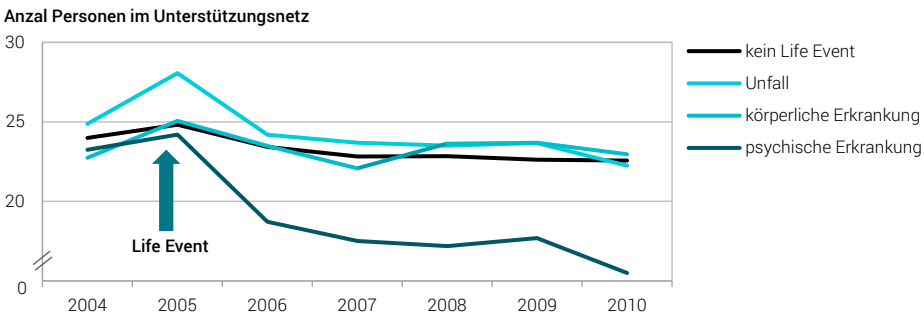
© Obsan 2025

Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen von Längsschnittstudien mit Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen in Behandlung waren oder sind. Müller et al. (2012) zeigen, dass sich diese in ihrer Berufsbiografie, in ihrer Wohnbiografie und ihren Erfahrungen mit intimen Paarbeziehungen von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Viele von ihnen haben «normale» Übergänge wie den Auszug aus dem Elternhaus, den Eintritt ins Berufsleben, das Eingehen einer stabilen Partnerschaft oder die eigene Familiengründung nicht oder nur teilweise vollzogen. In der von Müller (2008) untersuchten Kohorte – Patientinnen und Patienten im Alter von 20 bis 50 Jahren, die aufgrund einer schizophrenen oder affektiven Störung hospitalisiert waren – zeigten nach der stationären Behandlung deutliche Veränderungen bei der Erwerbsintegration und der finanziellen Lage: Der Anteil Personen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt tätig ist, geht nach dem Klinikaufenthalt zurück; die Beschäftigung verlagert sich auf geschützte Arbeitsplätze. Rückläufig ist auch der Anteil derjenigen, der hauptsächlich vom eigenen Einkommen lebt.

Was das soziale Netz und die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung betrifft, stellt Müller (2008) in den Jahren nach dem Klinikaufenthalt keine wesentlichen Veränderungen fest. Auswertungen des Schweizer Haushalts-Panels (SHP) zeigen hingegen, dass bei kritischen Lebensereignissen aller Art (auch dem Auftreten einer psychischen Erkrankung) kurzfristig eine grössere Anzahl Personen im sozialen Unterstützungsnetz verfügbar ist (G 5.5). Im Gegensatz zu verunfallten oder körperlich erkrankten Personen ist nach psychischen Erkrankungen jedoch längerfristig ein Schrumpfen des sozialen Netzwerks zu beobachten (Bachmann, 2014a).

Unterstützungsnetze nach gesundheitlich kritischem Lebensereignis («Life Event»)

G5.5



Quelle: Bachmann (2014a)

© Obsan 2025

Je nach Krankheitsbild ist die Wahrscheinlichkeit für eine soziale Ausgrenzung unterschiedlich stark ausgeprägt: Personen mit bipolaren Störungen, psychotischen Störungen (z. B. Schizophrenie) und Suchterkrankungen sind stärker gefährdet als Personen mit Depressionen (Richter et al., 2006; Mernyi et al., 2018; Müller, 2008). Desintegration und Ausgrenzung werden teilweise mit den Charakteristika der jeweiligen Erkrankungen in Verbindung gebracht (schwere, chronische Verläufe, wiederkehrende Krankheitsepisoden, längerfristige Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der sozialen Fertigkeiten, häufigeres Auftreten von Konflikten). Schwer erkrankte Personen entziehen sich mitunter allen sozialen Strukturen und sind auch für die medizinische Versorgung schwer zu erreichen. Die Betroffenen kommen dann nur bei akuten Krisen, womöglich unfreiwillig in Form von fürsorglichen Unterbringungen, mit dem Hilfesystem in Kontakt (Morandi et al., 2017).

Stigmatisierung trägt wesentlich zur sozialen Ausgrenzung von Personen mit psychischen Erkrankungen bei. Mitbetroffen sind auch die Angehörigen.

Stigmatisierung spielt bei der sozialen Ausgrenzung von Personen mit psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle (siehe Kapitel 6 Psychische Gesundheitskompetenz). Betroffene sind sich in aller Regel der gesellschaftlichen Vorurteile und negativer Stereotypen über psychisch kranke Personen bewusst. Sie erwarten daher, von anderen zurückgewiesen, abgewertet und diskriminiert zu werden. Viele Betroffene haben auch schon stigmatisierende Erfahrungen gemacht (Müller, 2008). Der Umgang mit negativen Stereotypen ist individuell unterschiedlich. Wer sich aber als Reaktion darauf stark zurückzieht, hat entsprechend weniger soziale Ressourcen zur Verfügung. Dies wiederum kann die Genesungschancen und das Wohlbefinden beeinträchtigen (Müller, 2008; Caple et al., 2022). Schliesslich gilt es zu erwähnen, dass auch Angehörige psychisch kranker Personen von sozialer Ausgrenzung betroffen sein können: Sie sind nicht nur emotional belastet, sondern vielfach auch finanziell. Sie leiden unter dem sozialen Ausschluss ihrer Nächsten, sind aber auch selber direkt von Vorurteilen und Stigmatisierung betroffen (Baer & Cahn, 2009; Haslbeck et al., 2015).

Wohnsituation von Personen mit psychischen Erkrankungen

Historisch betrachtet, war der Umgang von Personen mit psychischen Erkrankungen durch gesellschaftlichen Ausschluss geprägt. Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein lebten viele Betroffene in Institutionen und Heimen, getrennt von der Allgemeinbevölkerung. Erst mit der sogenannten Deinstitutionalisierung, d. h. der Schliessung psychiatrischer Anstalten und dem Aufbau «gemeindenaher» Versorgungsformen, versucht man, Personen mit psychischen Erkrankungen sozial zu integrieren (Richter, 2023a, 2023b).

Die Frage nach der Wohnsituation von Personen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz – d. h., zu welchen Anteilen diese in Institutionen oder selbständig, in Einzel-, Paar- oder Familienhaushalten leben, lässt sich aufgrund der Datenlage nur in Teilen beantworten. So zeigen Auswertungen der SGB, dass Personen mit selbstberichteten psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, aber auch zu Personen mit körperlichen Erkrankungen, häufiger alleine leben (G5.4). Da sich die SGB auf Personen in Privathaushalten beschränkt, müssen Informationen zu Personen, die in Institutionen leben, sowie Personen ohne festen Wohnsitz oder Obdachlose, aus Einzelstudien beigezogen werden (zu verschiedenen Kategorien von Wohnungslosigkeit siehe Blaser et al., 2021). Untersuchungen an Patientengruppen legen nahe, dass schwere (stationär behandlungsbedürftige) und chronische psychische Erkrankungen vermehrt mit dazu führen, dass Betroffene alleine oder in einer Institution wohnen (Huguelet et al., 2007; Müller, 2008).

Obwohl schweizweit keine Zahlen dazu vorliegen, wie viele Personen obdachlos sind oder in anderweitig prekären Wohnverhältnissen leben, steht fest, dass Betroffene ein stark erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben (Zur Relevanz der Wohn- und Umweltbedingungen für die psychische Gesundheit siehe Kapitel 8 Gebaute und natürliche Umwelt). Aufgrund von Einzelstudien und internationalen Untersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass eine deutliche Mehrheit der wohn- und obdachlosen Personen mindestens eine psychische Erkrankung hat (Blaser et al., 2021). Einerseits ist Wohn- und Obdachlosigkeit mit hohen Stresslevels verbunden und kann psychische Gesundheitsprobleme auslösen oder verstärken. Andererseits sind psychische Erkrankungen, insbesondere Alkohol- oder Drogensucht, ein Risikofaktor für den Verlust der eigenen Wohnung (Suglia et al, 2015). Erschwerend kommt hinzu, dass Personen in dieser Situation aufgrund finanzieller Probleme, Scham, Resignation oder fehlender Krankheitseinsicht oft nur in Krisensituationen medizinisch versorgt werden – vielfach unfreiwillig. Vor diesem Hintergrund werden aufsuchende Behandlungsmodelle als wichtig erachtet, ebenso Ansätze der Rehabilitation: Ansätze wie «supported housing» oder «housing first», welche das eigenständige Wohnen und die gesellschaftliche Inklusion der Betroffenen fördern (Richter, 2023b; Mötteli et al., 2022; Blaser et al., 2021).

5.4 Gewalterfahrungen

Das Erleben von Gewalt schädigt die psychische Gesundheit. Internationale Studienergebnisse verweisen auf erhöhte Häufigkeiten psychischer Beschwerden von Gewaltbetroffenen aller Altersgruppen (z. B. Alon et al., 2024; Boumpa et al., 2024; Carvalho Silva et al., 2024; Thoma et al., 2021). Je nach Ursprung und Kontext der erfahrenen Gewalt (ob diese beispielsweise durch Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld verübt wird oder durch Fremde) und in Abhängigkeit des Alters unterscheiden sich auch die Folgen für die psychische Gesundheit (z. B. Kaplow & Widom, 2007; Kisely et al., 2020). Die vorliegende Übersicht kann nicht alle Erscheinungsformen von Gewalt mit ihren psychischen Folgen abdecken, sondern konzentriert sich auf drei spezifische Formen von Gewalt in der engeren sozialen Umgebung. Sie betreffen unterschiedliche Altersgruppen und sind in ihrem Umfang und ihren Auswirkungen besonders relevant:

- Kindesmisshandlung als Gewalt durch Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen;
- Partnerschaftsgewalt respektive Gewalt in engen Paarbeziehungen und
- Gewalt gegenüber älteren Personen in Abhängigkeitsverhältnissen (*Elder Abuse*).

Für all diese Gewaltformen gilt, dass sie sich nicht auf strafrechtlich relevante Handlungen beschränken, denn in allen Bereichen sind genügend Befunde vorhanden, die ungünstige Auswirkungen von Gewalt auf die psychische Gesundheit auch ausserhalb des strafrechtlich relevanten Rahmens belegen.

Kindesmisshandlung

Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist durch eine Vielzahl an Begriffen geprägt, die unterschiedlich weit oder eng gefasst werden (Jud & Voll, 2019). International setzt sich zunehmend der Begriff Kindesmisshandlung durch für die Bezeichnung von Gewalt, die an Kindern oder Jugendlichen durch Bezugspersonen ausgeübt wird (vgl. Jud & Voll, 2019; Leeb et al., 2008).⁴ Diese Form von Gewalt ist in ihren Risikofaktoren, ihrer Entstehung und ihren Folgen von anderen Formen der Gewalt an Kindern und Jugendlichen abzugrenzen.

Die aktive Gewaltausübung an Kindern und Jugendlichen – in ihren Erscheinungsformen der psychischen und körperlichen Misshandlung sowie des sexuellen Missbrauchs – tritt oft in Verknüpfung mit Vernachlässigung auf. Vernachlässigungserfahrungen sagen, sozial gesehen, psychische Gesundheit ähnlich bedeutsam vorher wie aktive Gewalteinwirkungen (z. B. Mills et al., 2013).

⁴ Wegweisend war hier der erstmals in einem interdisziplinären Konsens erstellte definitorische Zugang zu Kindesmisshandlung der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC (Leeb et al., 2008).

Verschiedene Studien liefern Hinweise darauf, wie häufig Kinder und Jugendliche in der Schweiz von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung betroffen sind. Eine relevante Quelle sind Erhebungen zum Bestrafungsverhalten von Eltern, die erstmals 2004 durchgeführt wurden und seit 2017 in dichteren Abständen wiederholt werden. Der jüngsten Publikation aus dieser Reihe liegen Daten von 2023 aus dem Selbstbericht von 1605 Eltern zugrunde (Universität Fribourg, 2023). 38% der Eltern berichten, dass sie gegenüber ihren Kindern zumindest gelegentlich körperliche Gewalt anwenden, 6% tun dies regelmässig. Rund ein Fünftel der Eltern (21%) gibt an, regelmässig ein Verhalten zu zeigen, das als psychische Misshandlung verstanden werden kann (z. B. das Kind heftig beschimpfen, es für längere Zeit einsperren, ihm mit Schlägen drohen). Die wohl umfassendste Untersuchung zu Gewalt an Jugendlichen stellt die schweizweite Schülerbefragung im Rahmen der ersten Optimus-Studie dar (Averdijk, Müller-Johnson et al., 2011). Rund drei Viertel der befragten Jugendlichen (N=6749) gaben an, im letzten Jahr mindestens eine Form von Gewalt erlebt zu haben. 18% berichteten von psychischer Misshandlung durch Erwachsene. Auch Misshandlung in der Kernfamilie war verbreitet: 10% berichteten von körperlicher Misshandlung, 0,7% von sexuellem Missbrauch und 4% von Vernachlässigung (Lätsch & Stauffer, 2016).

Die Frage, ob Kinder und Jugendliche mit bestimmten sozialen oder individuellen Merkmalen häufiger als andere von Formen der Kindesmisshandlung betroffen sind, ist für die Schweiz bisher vergleichsweise wenig untersucht. Basierend auf den Daten der Optimus-Studie stellten Schick et al. (2010) fest, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund aus nicht-westlichen Ländern am häufigsten von innerfamiliärer Misshandlung betroffen waren. Die niedrigsten Raten betrafen Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Statistisch war der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und körperlicher bzw. psychischer Misshandlung auch dann noch signifikant, wenn Armut als weiterer möglicher Einfluss berücksichtigt wurde. Bei Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch zeigte sich kein statistischer Zusammenhang, wenn Armut mitberücksichtigt wurde.

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung treten oft gleichzeitig mit weiteren sozialen Risiken auf (z. B. Familienarmut, psychische Erkrankungen von Eltern). Betroffene haben zudem eine erhöhte genetische Vulnerabilität für psychische Erkrankungen (Warrier et al., 2021). Entsprechend anspruchsvoll ist es, den Einfluss von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung auf die psychische Gesundheit kausal eindeutig und exakt zu bestimmen. Dennoch gilt für alle Hauptformen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung als gesichert, dass sie sowohl kurz- als auch langfristig zu erheblichen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen führen (Vizard et al., 2022) und die neurobiologische Entwicklung des Gehirns dauerhaft stören können (Nemeroff, 2016).

Weitere Gewaltformen und ihre Folgen für die psychische Gesundheit

Zu verschiedenen Formen von Gewalterfahrungen gibt es internationale Forschungsarbeiten wie auch Schweizer Studien, welche sich mit psychischen Gesundheitsfolgen befassen. Bereits ausführlich untersucht sind wiederholte aggressive Handlungen unter gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen, die in der deutschsprachigen Literatur oft unter dem Begriff Mobbing (englisch *Bullying*) zusammengefasst werden (z. B. Olweus, 2013). In teils grossen Stichproben wird über (langanhaltende) negative Folgen für die psychische Gesundheit berichtet (Averdijk, Müller et al., 2011; Baumgartner, 2010; Lucia, 2016; Perren et al., 2010; Staubli & Killias, 2011; zu Cybermobbing siehe Kapitel 7 Digitale Medien). Prävalenzangaben schwanken je nach Art des Mobblings oder der Häufigkeit des Auftretens. In einer Zürcher Studie berichten z. B. 8% der befragten Kinder, regelmässig (zumindest wöchentlich) Sticheleien/Provokationen erlebt zu haben. 5,5% haben regelmässig körperliche Gewalt erfahren und bei 3,2% wurden regelmässig Sachen gestohlen oder zerstört (Averdijk, Müller et al., 2011). Rassistisch motivierte Gewalt oder Gewalt gegen soziale Minderheiten (z. B. aufgrund der sexuellen Orientierung) und ihre Folgen für die psychische Gesundheit werden für die Schweiz ebenfalls in verschiedenen Studien aufgegriffen (Baier, 2020; Jaggi et al., 2018). Forschung gibt es auch zu Gewalt am Arbeitsplatz – besonders in sensiblen Settings wie im Spital oder in Gefängnissen (z. B. Isenhardt & Hostettler, 2020; Stahl-Gugger & Hammig, 2022) – und zur Ausbeutung von Arbeitskräften (z. B. Fakhoury et al., 2021). Belegt sind hier jeweils deutlich negative Folgen für die psychische Gesundheit. Auch neuere Forschung zu Gewalt an Lehrpersonen ist zu nennen (Brägger, 2022). Ausbeutung und Gewalt im Freizeitbereich, z. B. in Sport und Kultur, und die damit verbundenen Folgen, sind ebenfalls in verschiedenen Schweizer Studien beleuchtet worden (z. B. Marsollier et al., 2021; Mountjoy et al., 2022).

Spezifisch für die Schweiz liegen mehrere Studien zum Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und einer höheren psychischen Belastung, einer niedrigeren Lebenszufriedenheit und weniger Lebenssinn vor (z. B. Glaus et al., 2021; Rössler et al., 2016; Weibel et al., 2017). In einer längsschnittlichen Befragung von 1609 Schülerinnen und Schülern zeigte sich, dass jene Jugendlichen, die körperliche Misshandlung erlebt hatten, durchschnittlich höhere Ausprägungen an Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen (Kassis et al., 2024). Eine Analyse zu den Daten aus der Optimus-Schülerbefragung ergab, dass Jugendliche, die nur einzelne, isolierte Erfahrungen von Kindesmisshandlung machen, meist in der Lage sind, diese Erlebnisse zu verarbeiten, und in ihrem psychosozialen Funktionsniveau durchschnittlich nicht beeinträchtigt werden (Lätsch et al., 2017). Das gilt jedoch nicht für die psychische Misshandlung, die auch bei isoliertem Vorkommen einen eigenständigen negativen Effekt auf die psychische Gesundheit zu

haben scheint (siehe auch Rameckers et al., 2021). Die psychosoziale Belastung nimmt stark zu, wenn Jugendliche mehrere Formen von Misshandlung und Vernachlässigung erfahren, insbesondere, wenn diese Erfahrungen chronisch sind (Lätsch et al., 2017).

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sind weit verbreitet und sowohl kurz- als auch langfristig mit erheblichen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen verbunden. Sie können auch die Entwicklung des Gehirns beeinflussen.

Eine Lausanner Längsschnittstudie (repräsentativ mit mehr als 5000 Erwachsenen) zeigt auf, dass Erfahrungen von Kindesmisshandlung nicht nur mit einer generellen Erhöhung der psychopathologischen Belastung einhergehen. Es zeigt sich zudem ein besonders deutlicher Zusammenhang mit Angststörungen (Xu et al., 2022). Gewalterfahrungen als mögliche Ursache für Traumafolgestörungen werden in der Schweiz seit längerem intensiv beforscht, sowohl für das Kindesalter (z. B. Bielas et al., 2015; Landolt, 2012) als auch das Erwachsenenalter (z. B. Maercker et al., 2022; Thoma et al., 2021; Thoma et al., 2023). Dabei gilt aber die Aufmerksamkeit meist auch noch anderen Gewaltformen als Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im engeren Sinn.

Daten aus dem «Helffeld», d. h. Informationen aus Institutionen und Organisationen, die bei Kindemishandlung unterstützen, intervenieren und schützen, sind essenziell, um zu verstehen, wie gut betroffene Kinder und Jugendlichen erreicht werden. Im Vergleich mit Prävalenzdaten aus Bevölkerungsstudien können sie z. B. auf eine Unterversorgung vulnerabler Gruppen hinweisen, wenn letztere in Bevölkerungsstudien als häufig betroffen ausgewiesen sind, aber ungenügend Schutz und Hilfestellungen im Versorgungssystem erhalten. Mit der Optimus-Studie III (Jud et al., 2018; Jud et al., 2020) verfügt die Schweiz als einer unter wenigen Staaten weltweit (im Überblick Krüger & Jud, 2015) über eine Untersuchung, die Meldungen zu Kindesmisshandlungen aus dem Bereich des zivilrechtlichen Kindesschutzes (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden KESB und Kinder- und Jugenddienste), der polizeilichen Kriminalstatistik sowie aus spezialisierten Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (z. B. regionale und klinische Kinderschutzgruppen, Opferberatungsstellen) verbindet. Über einheitliche Definitionen wurden in einem Zeitraum von drei Monaten (September bis November 2016) hochgerechnet schweizweit 10 335 Fälle von Kindesmisshandlung bekannt oder angezeigt. Dies entspricht 66 Fällen pro 10 000 Kinder und Jugendliche (Jud et al., 2020) und deckt damit nur einen Bruchteil der Misshandlungserfahrungen an, von denen z. B. in einer früheren Befragung von Schülerinnen und Schüler berichtet wurde (vgl. Lätsch & Stauffer, 2016). In 1156 Fällen wurde bereits in den ersten drei Monaten nach Bekanntwerden des Verdachts auf Kindesmisshandlung eine psychotherapeutische Betreuung für das Kind empfohlen oder eingesetzt:

In 767 Fällen wurde eine psychotherapeutische Betreuung eines anderen Familienmitglieds empfohlen oder eingerichtet. Lücken in der Versorgung können nur durch einen systematischen Blick auf alle für den Kinderschutz relevanten Organisationen und Versorgungsbereiche erkannt werden. Mit dem Postulat 19.3119 von Nationalrätin Yvonne Feri wurde diese systematische Erfassung auf nationaler Ebene gefordert, vom Bundesrat jedoch vorerst abgelehnt (Bundesrat, 2023). Immerhin steigen aktuell die Chancen, dass die Schweiz als einer der wenigen verbliebenen demokratischen und einkommensstarken Staaten ohne Gewaltverbot in der Erziehung ein solches einführt.⁵

Psychische Gesundheit, Misshandlungserfahrung und Fremdplatzierung

Für die Schweiz gut untersucht ist der Zusammenhang zwischen Misshandlungserfahrungen und psychischer Gesundheit bei ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen, wobei hier besonders die national repräsentative Studie MAZ (z. B. Fischer et al., 2016) sowie die Nachfolgestudie JAEL (z. B. Schmid et al., 2022; Seker et al., 2021) von Bedeutung sind. Befragungen von ehemals in einem Kinder- und Jugendheim untergebrachten Personen deuten darauf hin, dass rund drei Viertel der Betroffenen mindestens eine Form von Kindesmisshandlung erlebt haben; emotionale Vernachlässigung scheint dabei am häufigsten zu sein (d'Huart et al., 2022). Eine grössere Anzahl von Misshandlungserfahrungen in der Kindheit und Jugend geht in dieser Population mit stärkeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit im jungen Erwachsenenalter einher (Schmid et al., 2021). Ein höherer Schweregrad der Misshandlung tut dies zudem mit komplexeren und länger anhaltenden Problemen (Bürgin et al., 2023). Dabei scheint besonders Misshandlung mit psychischen Problemen im Erwachsenenalter verknüpft zu sein, während Vernachlässigung stärker mit finanziellen Einbussen und sozialen Folgen zusammenhängt (Schmid et al., 2021). In einer längsschnittlichen Analyse über einen Zeitraum von rund zehn Jahren zeigte sich ein signifikanter Rückgang der Problemlast: So nahm der Anteil an Personen, bei denen eine erhebliche Problembelastung festgestellt wurde, von anfänglich 61% im Jugendalter auf 40% im mittleren Erwachsenenalter ab (Bürgin et al., 2023).

Ob und gegebenenfalls wie lange dieser positive Trend über die Lebensspanne anhält, ist jedoch fraglich. Eine Studie mit älteren Erwachsenen, die vor 1981 im Rahmen fürsorgerischer Zwangsmassnahmen ausserfamiliär platziert wurden und in diesen Settings häufig körperliche und psychische Gewalt erfuhren, deutet darauf hin, dass die Betroffenen im Vergleich mit Kontrollgruppen auch heute noch eine durchschnittlich deutlich erhöhte psychische Belastung aufweisen (Thoma et al., 2021).

⁵ Die Vernehmlassung für die entsprechende Änderung des ZGB wurde am 23. August 2023 eröffnet (<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-97409.html>, Zugriff am 04.10.2024).

Partnerschaftsgewalt

Der nachfolgende Abschnitt bespricht die Forschung zu Gewalt in engen Partnerschaften. Dafür wird häufig der Begriff häusliche Gewalt verwendet, der hier jedoch kritisch gesehen wird, da er auch als Überbegriff dient, der nebst Gewalt in Partnerschaften auch Kindesmisshandlung oder Gewalt gegen ältere Personen im Haushalt umfasst.⁶

Im Jahr 2023 waren gemäss der polizeilichen Kriminalstatistik in der Schweiz 5682 Personen von Partnerschaftsgewalt betroffen, 3116 Personen haben Gewalt von ehemaligen Partnerinnen oder Partnern erfahren (BFS, 2024c). Das entspricht rund 6 bzw. rund 3 Betroffenen pro 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Häufigkeiten bewegen sich in den letzten vier Jahren auf einem vergleichbaren Niveau.⁷ Der unbekannte Teil der Fälle, also das «Dunkelfeld», ist hier erwartungsgemäss deutlich höher. Gemäss Schweizer Crime Survey von 2022 wird eine Lebenszeitprävalenz von knapp 9% für körperliche Gewalt, 2% für sexuelle Gewalt, 13% für psychische Gewalt und 4% für wirtschaftliche Gewalt (z. B. Einziehen/Zurückhalten des Einkommens der Partnerin bzw. des Partners) ausgemacht. Für Frauen zeigt sich in allen Gewaltformen eine höhere Betroffenheit (Baier et al., 2023). Während Migrationshintergrund, Einkommen und Sprachregion keinen oder kaum Zusammenhänge zum Erleben von Partnerschaftsgewalt aufweisen, berichten Personen mit höherem Bildungsniveau bei einigen Gewaltformen von höheren Prävalenzraten als Befragte mit tiefer oder mittlerer Bildung (psychische, sexuelle und wirtschaftliche Partnerschaftsgewalt, nicht aber körperliche Gewalt, vgl. Baier et al., 2023).

Frauen sind häufiger und schwerer von Gewalt in Partnerschaften betroffen als Männer. Häufig dokumentierte psychische Folgen von Partnerschaftsgewalt sind Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

Beim Vergleich mit anderen Schweizer Daten und im internationalen Vergleich fallen teils deutliche Unterschiede zum Crime Survey auf (siehe dazu auch EBG, 2020). Diese sind vermutlich überwiegend auf Unterschiede in der Befragung, der Anzahl verwendeter Fragen und dem Umfang der Definitionen von Partnerschaftsgewalt zurückzuführen. Im Kontext der Gewalt in engen Partnerschaften ist international besonders die Gewalt an Frauen in ihrer Häufigkeit gut untersucht (z. B. FRA, 2014). Deutlich weniger

⁶ In der internationalen Forschungsliteratur wird zunehmend der präzisere Begriff der «Intimate Partner Violence» dem Begriff der «Domestic violence» vorgezogen. Einen Überblick zur Forschung auf dem Gebiet der häuslichen Gewalt im weiteren Sinne bietet das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG, 2021 und 2024).

⁷ Eine Übersicht dazu und weiterführende Daten finden sich auf der Website des Bundesamts für Statistik unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.html>.

untersucht ist Partnerschaftsgewalt an Männern. Jud et al. (2023) legen für Deutschland 2020 erstmals national repräsentative Werte für Frauen und Männer anhand einer übersetzten Version eines WHO-Instruments vor. Rund die Hälfte der befragten Frauen (54%) und Männer (48%) gaben an, in ihrer bisherigen Lebenszeit psychische Paargewalt erfahren zu haben. Bei den übrigen erfragten Formen erfahrener Gewalt – körperliche, sexuelle und wirtschaftliche Gewalt – waren Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer. Darüber hinaus waren Frauen für alle Formen der erlebten Gewalt häufig wiederholt von Gewalterfahrungen betroffen (Jud et al., 2023). Kritisch zu ergänzen ist, dass sowohl national und international in Häufigkeitsstudien selten gefragt (oder dargestellt) wurde, ob die Antworten heterosexuelle oder homosexuelle Paarbeziehungen betreffen.

Obschon durch die für viele deutlich gesteigerte räumliche Enge während der Corona-Pandemie ein erhöhtes Risiko für Partnerschaftsgewalt naheliegt, sind die Befunde dazu uneindeutig. So belegt etwa eine international publizierte Studie für die Schweiz keine Veränderung in der Häufigkeit (Brink et al., 2021).

Neben verschiedenen Studien zu körperlichen und sozialen Folgen von Paargewalt (im Überblick Foran & Phelps, 2013) finden sich auch umfangreiche Forschungsdaten zu psychischen Folgen von Paargewalt, die auf gesteigerte Häufigkeiten verschiedener psychischer Krankheitsbilder und psychisch bedingte Auffälligkeiten wie Schlaf- und Konzentrationsstörungen verweisen (z. B. Goldberg, 2022). Nyberg et al. (2013) verweisen in einer Basler Studie auf eine besonders starke Häufung von affektiven und neurotischen/stressbedingten Störungen. Dieselbe Arbeitsgruppe verweist auf erhöhte Suizidversuchsraten bei Frauen, besonders bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (Brückner et al., 2011). Schweizer Studien erforschen aber auch, unter welchen Bedingungen und bei welchen Merkmalen Resilienz vorhanden ist, d. h. wann trotz einschlägigen Gewalterfahrungen eine psychische Widerstandsfähigkeit besteht, z. B. über eine Längsschnittstudie mit Schweizer Studierenden (Aksoy et al., 2023).

Elder Abuse

Als Elder Abuse gelten gemäss internationaler Definition alle Handlungen, durch die eine ältere Person absichtlich geschädigt wird oder bei der die Schädigung einer älteren Person billigend in Kauf genommen wird. Dies gilt, sofern es sich im Rahmen einer Beziehung abspielt, bei der die ältere Person von der schädigenden Person abhängig ist (Yon et al., 2017). Der Begriff «ältere Person» wird dabei nicht einheitlich verwendet, meist sind Menschen ab 60 oder ab 65 Jahren gemeint.⁸ Mit Handlung kann ein aktives Tun oder ein Unterlassen angesprochen sein. Elder Abuse kann gleich wie Kindesmisshandlung

⁸ Die im internationalen Vergleich genutzten Altersschwellen mögen für ein einkommensstarkes Land wie die Schweiz mit gut ausgebautem Gesundheitssystem etwas tief angesetzt sein. Personen ab 60 Jahren sind hier in der grossen Mehrheit noch nicht in einem fragilen Alter und selten pflegebedürftig.

körperliche, psychische und sexuelle Formen umfassen; eine weitere Hauptform ist die finanzielle Ausbeutung (Wüstemann, 2018). Elder Abuse kommt sowohl in privaten Beziehungen und im häuslichen Bereich (z. B. durch betreuende Angehörige) als auch in professionellen Settings (z. B. Altenpflege) vor.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2015) sind in Ländern mit mittleren bis hohen Einkommen zwischen 2 und 14% der älteren Menschen von Misshandlung und/oder Vernachlässigung betroffen. Diese Zahl bezieht sich dies allerdings auf das umfassendere Phänomen der Gewalt im Alter und nicht nur auf den engeren Begriff von Elder Abuse, der eben auf Gewalt in Abhängigkeitsbeziehungen beschränkt ist. Von noch höheren Raten wird für ältere Menschen berichtet, die demenzkrank sind und/oder in Pflegeheimen betreut werden (Kaskie et al., 2015). In wohlhabenden Ländern scheint das Phänomen seltener als in Ländern mit niedrigem Durchschnittseinkommen (Yon et al., 2017) aufzutreten. Weltweit scheinen zudem Frauen rund eineinhalbmals bis doppelt so häufig betroffen wie Männer (Ho et al., 2017). Die internationale Literatur deutet darauf hin, dass Elder Abuse erhebliche negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann. Belegt sind u. a. erhöhte Risiken für Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Suizidalität (Yunus et al., 2019). Allerdings handelt sich dabei mehrheitlich um querschnittliche Beobachtungsstudien aus westlichen Bevölkerungen, Längsschnittstudien und Studien zu nicht-westlichen Bevölkerungen finden sich deutlich seltener. Auch in der Schweiz fehlen bisher Studien, welche die Folgen von Elder Abuse für die psychische Gesundheit untersuchen. Es erscheint jedoch plausibel, dass die Befunde aus anderen westlichen Ländern hier grundsätzlich übertragbar sein dürften.

In der Schweiz fehlen bisher sowohl Prävalenzstudien als auch Untersuchungen zu den psychischen Folgen von Elder Abuse.

Zur Häufigkeit von Elder Abuse in der Schweiz liegen bisher keine repräsentativen Erhebungen vor. Allein für Misshandlung/Missbrauch im häuslichen Bereich könnte die Häufigkeit gemäss internationalen Vergleichswerten bei ungefähr 15% liegen (Krüger et al., 2020). Hinzu kommen Formen von Elder Abuse in nicht-häuslichen Settings wie Pflegeheimen, die sich in ihrer mutmasslichen Häufigkeit schwer beziffern lassen. Befunde aus Schweizer Studien gibt es jedoch zu spezifischen Settings. So wurden in einer Studie mit 1010 Patientinnen und Patienten in einem Notfallzentrum in der Nordwestschweiz bei 3% der Personen ab 65 Jahren Elder Abuse festgestellt. Verglichen mit der Referenzgruppe waren diese Patientinnen und Patienten im Durchschnitt älter, häufiger kognitiv beeinträchtigt und häufiger hospitalisiert (Riedel et al., 2024). Weiter zeigt eine Befragung von 4600 Pflegekräften, dass 51% im Rahmen ihrer Berufspraxis schon einmal emotionalen Missbrauch, 24% Vernachlässigung und gut 1% körperlichen Missbrauch von älteren

Menschen beobachtet hatten (Blumenfeld et al., 2017). Eine hohe Arbeitsbelastung der Fachkräfte und sexuelle Aggression der Patientinnen und Patienten gegenüber dem Personal ging mit höheren Raten einher. Eine Analyse von 903 Dossiers freiwilliger Meldungen bei der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter im Kanton Zürich ergab, dass 150 Fälle (17%) eine Form von Elder Abuse darstellten, wobei psychische Misshandlung am häufigsten vorkam (Simone et al., 2016). Vereinzelt liegen aus der Schweiz zudem Studien zur Prävention von Elder Abuse vor, wobei neben Fachkräften teils auch ältere Menschen selbst befragt wurden (Roulet Schwab & Wangmo, 2021). Fachkräfte betonen insbesondere die Notwendigkeit einer guten Ausbildung und befürworten eine gezielte Rotation der Pflegekräfte zur Verbesserung der Pflegequalität (Wangmo et al., 2017). Teilweise werden auch interdisziplinäre Ansätze zur Konfliktbewältigung formuliert (Baumeister et al., 2015).

5.5 Diskussion

Psychische Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern entsteht aus dem dynamischen Verhältnis von Ressourcen und Belastungen (Blaser & Amstad, 2016). Im vorliegenden Beitrag wurde deutlich, dass soziale Faktoren dieses Verhältnis entscheidend mitprägen. Bei Merkmalen wie Bildungs- und Einkommensstand, Migrationsstatus und Herkunftsland stehen auch die aktuellen Datenauswertungen der SGB in Einklang mit einer langen Reihe von Forschungsergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit: Personen mit tiefem sozialem Status haben ein wesentlich erhöhtes Risiko, von psychischen Beschwerden betroffen zu sein. Plausibel, aber empirisch aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit nicht einfach nachzuweisen, ist die Kausalitätstheorie: Armut, Erwerbslosigkeit, prekäre Arbeits- und Wohnbedingungen, soziale Ausgrenzung sind mit erheblichem und häufig chronischem Stress verbunden. Dies begünstigt das Entstehen psychischer Erkrankungen. Internationale Forschungsergebnisse stützen diesen Befund insbesondere bei depressiven Erkrankungen und Angststörungen, während bei anderen Krankheitsbildern (Schizophrenie, Suchterkrankung, bipolare Störungen) auch die umgekehrte Wirkungsrichtung sichtbar wird: dass eine Erkrankung negative soziale Folgen haben und die gesellschaftliche Teilhabe einschränken kann (Claes et al., 2022).

Merkmale des sozialen Status stehen stets in Wechselwirkung mit sozialen und individuellen Ressourcen. So können Erfahrungen wie Armut oder Erwerbslosigkeit dazu führen, das Selbstwertgefühl und die Kontrollüberzeugung von Betroffenen beeinträchtigt werden, also Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit wegbrechen (Scheid & Wright, 2017; Lätsch et al., 2011). Umgekehrt hat der vorliegende Beitrag deutlich gemacht, wie wichtig tragende soziale Beziehungen – in der Familie, im weiteren sozialen Umfeld – sind, um vor psychischen Erkrankungen zu schützen und deren Auswirkungen abzufedern.

In der Kindheit und Jugend scheinen stabile, verlässliche Beziehungen in der Familie und unter Peers gar noch relevanter zu sein als der soziale Status der Familie. Familiäre Konflikte, insbesondere aber Vernachlässigung, Gewalterfahrung oder die psychische Erkrankung eines Elternteils, sind erhebliche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Gewalt und Missbrauch in engen Beziehungen sind auch im weiteren Lebensverlauf häufig mit psychischen Belastungs- und Krankheitsfolgen verbunden. Dies gilt für Paargewalt ebenso wie die vergleichsweise noch wenig beforschten Gewaltformen gegenüber älteren Menschen (Elder Abuse).

Ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung kann auf soziale Unterstützung zählen (90%), aber ein tendenziell wachsender Anteil der Bevölkerung ist von Einsamkeit betroffen (6% sind ziemlich oder sehr häufig einsam). Personen mit tiefem sozialem Status haben hier ungünstigere Ausgangslagen als die Durchschnittsbevölkerung: sie sind häufiger einsam und können weniger auf soziale Unterstützung zählen.

Die Datenlage in der Schweiz zeigt klar auf, dass die psychische Gesundheit untrennbar mit dem sozialen Kontext (hier verstanden als Kombination aus sozialen Statusmerkmalen und Merkmalen der sozialen und gesellschaftlichen Integration) verbunden ist. Anhand von Erhebungen wie der SGB lassen sich jedoch keine Analysen zu möglichen Ursache-Wirkungs-Beziehungen vornehmen. Was in der Schweiz weitgehend fehlt, sind national repräsentative Längsschnittstudien, welche detaillierte Daten zur psychischen Gesundheit erfassen (d. h. nach Krankheitsbild differenziert) und es erlauben, Zusammenhänge mit sozialen Merkmalen vertieft zu untersuchen. Um Unterschiede nach Krankheitsbild weiter untersuchen zu können, wären ausserdem weitere Prävalenzstudien wünschenswert. Schliesslich verweist der vorliegende Beitrag auch auf Lücken hinsichtlich der Datenlage zu Gewalt an Kindern und im Bereich Elder Abuse.

Aus einer Public Health Perspektive ist der soziale Kontext für die psychische Gesundheit doppelt relevant. Einerseits gilt es, zur Prävention psychischer Erkrankungen bei den sozialen Risikofaktoren anzusetzen. Andererseits sind soziale Ressourcen in der Behandlung und Rehabilitation von Personen mit psychischen Erkrankungen gezielt zu stärken.

Zusammenfassend: Sozialer Status und soziale Beziehungen sind prägend für die Art und Weise, wie psychische Gesundheit sich entwickelt. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass psychische Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für Desintegration und sozialer Ausgrenzung verbunden sind. Daher ist der soziale Kontext aus gesundheitspolitischer Sicht doppelt relevant. Erstens gilt es, bei sozialen Risikofaktoren anzusetzen, z. B. über Massnahmen zur Bildungsbeteiligung von sozial schlechter gestellten Personen oder durch systematisches Einbinden des Themas «psychische Gesundheit» bei Fachstellen, die mit erwerbslosen Personen zu tun haben. Aufgrund der festgestellten sozialen Unterschiede bei der Häufigkeit und Art der Behandlungen bei psychischen Problemen wäre es wichtig, den frühzeitigen Zugang zu entsprechenden Versorgungsangeboten bei Personen aus tiefen Bildungs- und Einkommensschichten sowie für die Migrationsbevölkerung zu fördern. Die weite Verbreitung und die schweren psychischen Folgen von Gewalterleben auf allen Altersstufen unterstreichen ausserdem den Bedarf nach vermehrter Gewaltprävention. Die verbesserte Erforschung von Risikofaktoren sollte künftig auch vermehrt gezielte Prävention bei besonders vulnerablen Gruppen ermöglichen.

Der zweite Ansatzpunkt betrifft die Versorgung von Personen mit schweren und/oder chronischen psychischen Gesundheitsproblemen. Hier wären sozialpsychiatrische Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte zu fördern, welche die sozialen Beziehungen der Betroffenen gezielt als Ressource nutzen (oder beim Aufbau von Kontakten unterstützen). Mithilfe von Programmen wie «supported employment» oder «supported housing» wäre die Erwerbsintegration und das eigenständige Wohnen zu ermöglichen (Richter, 2023b). Um der sozialen Ausgrenzung von Betroffenen entgegenzuwirken, sind weiterhin Massnahmen zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten notwendig.

5.6 Literaturverzeichnis

- Albermann, K., & Müller, B. (2021). Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Paediatrica*, 32(4), 29–35. <https://doi.org/10.35190/d2021.4.5>
- Aksoy, D., Simoes, C., & Favre, C.A. (2023). Exposure to Intimate-Partner Violence and Resilience Trajectories of Adolescents: A Two-Wave Longitudinal Latent Transition Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph20095676>
- Alon, N., Macrynika, N., Jester, D.J., Keshavan, M., Reynolds, C.F., 3rd, Saxena, S., Thomas, M.L., Torous, J., & Jeste, D.V. (2024). Social determinants of mental health in major depressive disorder: Umbrella review of 26 meta-analyses and systematic reviews. *Psychiatry Research*, 335, 115854. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115854>
- Ambord, S., Eichenberger, Y., & Jordan, M. D. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung. Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)*. Sucht Schweiz.
- Analitis, F., Velderman, M.K., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., Berra, S., Alonso, J., Rajmil, L., & European Kidscreen, G. (2009). Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*, 123(2), 569–577. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0323>
- Averdijk, M., Müller-Johnson, K. & Eisner, M. (2011). *Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation*. UBS Optimus Foundation.
- Averdijk, M., Müller, B., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2011). Bullying victimization and later anxiety and depression among pre adolescents in Switzerland. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), 103–109. <https://doi.org/10.1108/1759659111132927>
- Bachmann, N. (2014a). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz* (Obsan Bulletin 1/2014). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bachmann, N. (2014b). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen. Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N., Meyer, S., & Zumbunn, A., (2020). Lebenswelten, Umweltfaktoren und soziale Rahmenbedingungen. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 34–63). Hogrefe.
- Baer, N. (2014). Psychische Probleme und Armut sind eng miteinander verbunden. *Zeitschrift für Sozialhilfe ZESO*, 1/2014, 22–23.
- Baer, N., & Cahn, T. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211–230). Hans Huber.
- Baier, D. (2020). *Erfahrungen und Wahrnehmungen von Antisemitismus unter Jüdinnen und Juden in der Schweiz*. ZHAW.
- Baier, D., Biberstein, L., & Markwalder, N. (2023). *Betroffenheit von Gewalt in Partnerschaften. Ausmass und Entwicklung in der Schweiz. Ergebnisse von Repräsentativbefragungen*. EBG.
- Baumeister, B., Gehrig, M., Beck, T. & Gabriel, T. (2015). *Schutz in der häuslichen Betreuung alter Menschen: Genese von Misshandlungssituationen in der häuslichen Betreuung alter Menschen und Analyse von Strategien im Umgang mit Gewalt im häuslichen Umfeld*. ZHAW.
- Baumgartner, A. (2010). Das Emotionsverständnis von viktimisierten und mobbenden Kindern im Kindergarten-Ansatzpunkte für eine Prävention? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(7), 513–528. <https://doi.org/10.13109/prkk.2010.59.7.513>
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.-C. (2021). *A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein*. Unisanté.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., & Zumbunn, A. (2023). *Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen* (Obsan Bericht 11/2020). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bielas, H., Jud, A., Lips, U., Reichenbach, J., Wieser, I., & Landolt, M.A. (2015). Preliminary Evidence for a Compromised T-Cell Compartment in Maltreated Children with Depression and Posttraumatic Stress Disorder. *Neuroimmunomodulation*, 22(5), 303–310. <https://doi.org/10.1159/000369349>
- Blaser, A., Iyadurai, G., Schenk, U., Koller, T., Locher, G., Vetsch, N., & Weber, A. (2021). *Forschungsbericht: Psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit*. HSA / FHNW.
- Blumenfeld Arens, O., Fierz, K., & Züñiga, F. (2017). Elder abuse in nursing homes: do special care units make a difference? A secondary data analysis of the Swiss nursing homes human resources project. *Gerontology*, 63(2), 169–179.

- Boardman, J., Killaspy, H., & Mezey, G. (2023). *Social Inclusion and Mental Health* (2. Aufl.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781911623601>
- Bösing, S., & Schädle, J. (2017). Psychisch krank – eine Abwärtsspirale in die Armut? In Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.), *Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017*.
- Boumpa, V., Papatoukaki, A., Kourti, A., Mintzia, S., Panagoulis, E., Bacopoulou, F., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergeantanis, T.N., & Tsitsika, A. (2024). Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1653–1673. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02015-5>
- Brägger, M. (2022). *Gewalterfahrungen von Lehrpersonen im schulischen Kontext*. LCH.
- Brink, J., Cullen, P., Beek, K., & Peters, S. A.E. (2021). Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic in Western and Southern European countries. *European Journal of Public Health*, 31(5), 1058–1063. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab093>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Brown, R. L., & Ciciurcaite, G. (2017). Understanding the Connection between Social Support and Mental Health. In T.L. Scheid & E.R. Wright (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3. Aufl., S. 207–223). Cambridge University Press.
- Brückner, B., Muheim, F., Berger, P., & Riecher-Rössler, A. (2011). Characteristics of suicide attempts among Turkish immigrants living in Basel City – results from the WHO/EURO-Multicentre study. *Nervenheilkunde*, 30(7), 517–522.
- Bundesamt für Statistik BFS (2024a). Bevölkerung nach Migrationsstatus <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>
- Bundesamt für Statistik BFS (2024b). *Häufig entmutigt oder deprimiert sein, 2022*. Subjektive Einschätzung der Gesundheit <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/subjektives-wohlbefinden-und-lebensbedingungen/gesundheit.html>
- Bundesamt für Statistik BFS (2024c). *Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS): Jahresbericht 2023 der polizeilich registrierten Straftaten*. BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS (Hrsg.) (2023). *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2023*. BFS.
- Bundesrat (2023). Analyse der Möglichkeit einer gesamtschweizerischen Zusammenführung von Daten zur Prävalenz und zu Ausprägungsformen von Gewalt an Kindern.
- Bürgin, D., Witt, A., Seker, S., d'Huart, D., Meier, M., Jenkel, N., Boonmann, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2023). Childhood maltreatment and mental health problems in a 10-year follow-up study of adolescents in youth residential care: A latent transition analysis. *Development and Psychopathology*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001426>
- Bütikofer, S., Craviolini, J., Wüest, B., Bosshard, C., Bosshardt, L., & Odermatt, M. (2021). *Bevölkerungsbefragung Gewalt in Paarbeziehungen*. Sotomo.
- Burla, L. (2023). *Gesundheitliche Chancengleichheit: Datenquellen* (Obsan Bericht 09/2023). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Caple, V., Maude, P., Walter, R., & Ross, A. (2023). An exploration of loneliness experienced by people living with mental illness and the impact on their recovery journey: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(6), 1170–1191. <https://doi.org/10.1111/jpm.12945>
- Carvalho Silva, R., Oliva, F., Barlati, S., Perusi, G., Meattini, M., Dashi, E., Colombi, N., Vaona, A., Carletto, S., & Minelli, A. (2024). Childhood neglect, the neglected trauma. A systematic review and meta-analysis of its prevalence in psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 335, 115881. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115881>
- Claes, N., Carré, A., & Smeding, A. (2022). Inégalités sociales de santé mentale, l'apport de la psychologie sociale. *In-Mind FR*, 2(4). <https://fr.in-mind.org/fr/article/inegalites-sociales-de-sante-mentale-lapport-de-la-psychologie-sociale>
- Compton, M.T., & Shim, R.S. (Hrsg.) (2015). *The social determinants of mental health*. American Psychiatric Publishing.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023). *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
- Delgrande Jordan, M., Schmidhauser, V., & Balsiger, N. (2023). *Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech159>
- d'Huart, D., Hutsebaut, J., Seker, S., Schmid, M., Schmeck, K., Bürgin, D., & Boonmann, C. (2022). Personality functioning and the pathogenic effect of childhood maltreatment in a high-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 95–105.

- Dougall, I., Vasiljevic, M., Wright, J. D., & Weick, M. (2024). How, when, and why is social class linked to mental health and wellbeing? A systematic meta-review. *Social Science & Medicine*, 343, 116542. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2023.116542>
- Eaton, W.W., & Muntaner, C. (2017). Socioeconomic Stratification and Mental Disorder. In T.L. Scheid & E.R. Wright (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3. Aufl., S. 239–265). Cambridge University Press.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. (2020). *Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz*.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2021). *Bestandesaufnahme zu Aus- und Weiterbildungsangeboten zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt sowie zu kantonalen Forschungsprojekten*.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2024). *Publikationen des Bundes zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt – August 2018 bis Januar 2024*.
- Emmer, C., Dorn, J., & Mata, J. (2024). The immediate effect of discrimination on mental health: A meta-analytic review of the causal evidence. *Psychological Bulletin*, 150(3), 215–252. <https://doi.org/10.1037/bul0000419>
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Duvoisin, A., Courvoisier, D., & Jackson, Y. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03149-7>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review*, 67, 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.06.013>
- Foran, H. M., & Phelps, R. (2013). Psychological, physical, and economic consequences of intimate partner violence. In H. M. Foran, S. R. H. Beach, A. M. S. Slep, R. E. Heyman, & M. Z. Wamboldt (Eds.), *Family problems and family violence: Reliable assessment and the ICD-11* (pp. 33–42). Springer.
- Fundamental Rights Agency of the European Union FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey: Main results*.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Glaus, J., Pointet Perizzolo, V., Moser, D. A., Vital, M., Rusconi Serpa, S., Urben, S., Plessen, K. J., & Schechter, D. S. (2021). Associations Between Maternal Post-traumatic Stress Disorder and Traumatic Events With Child Psychopathology: Results From a Prospective Longitudinal Study. *Front Psychiatry*, 12, 718108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.718108>
- Goldberg, X. (2022). Female Survivors of Intimate Partner Violence (IPV) and Mental Health. In C. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.), *Handbook of Anger, Aggression, and Violence*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98711-4_82-1
- Greiner, W., Batram, M., & Witte, J. (2019). *Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern*. DAK Gesundheit / medhochzwei.
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Büro BASS.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., Rüesch, P., Abel, T., Ackermann, S., & Müller, C. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Büro BASS / ZHAW / ISPM / M.I.S. Trend.
- Guseva Canu, I., Bovio, N., Mediouni, Z., Bochud, M., & Wild, P., for the Swiss National Cohort (SNC) (2019). Suicide mortality follow-up of the Swiss National Cohort (1990–2014): Sex-specific risk estimates by occupational socio-economic group in working-age population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(12), 1483–1495. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01728-4>
- Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>
- Harrington, K. D., Vasan, S., Kang, J. E., Sliwinski, M. J., & Lim, M. H. (2023). Loneliness and Cognitive Function in Older Adults Without Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 91(4), 1243–1259. <https://doi.org/10.3233/JAD-220832>
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I., & Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen* (Obsan Dossier 46). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Ho, C.S.H., Wong, S.Y., Chiu, M.M. & Ho, R.C.M. (2017). Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta-analysis and Meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27(2), 43–55.
- Hoebel, J., Müters, S., Kuntz, B., Lange, C., & Lampert, T. (2015). Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(7), 749–757. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2166-x>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Huguelet, P., Mohr, S., Boucherie, M., Dupont-Willemin, S., & Borras, L. (2007). Revenus et dépenses des patients souffrant de psychose chronique. *Rev Med Suisse*, 125, 2085–2089.
- Husi, G. (2020). Teilhabe. In J.-M. Bonvin, P. Maeder, C. Knöpfel, V. Hugentobler & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 534–536). Seismo.
- Imbusch, P. (2002). Der Gewaltbegriff. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Eds.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (pp. 26–57). Springer.
- Isenhardt, A., & Hostettler, U. (2020). Inmate Violence and Correctional Staff Burnout: The Role of Sense of Security, Gender, and Job Characteristics. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1–2), 173–207. <https://doi.org/10.1177/0886260516681156>
- Jaggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D.J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nunez, D. (2018). Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jakobsen, A.L., Hansen, C.D., & Andersen, J.H. (2022). The association between perceived social support in adolescence and positive mental health outcomes in early adulthood: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(3), 404–411. <https://doi.org/10.1177/1403494821993718>
- Jud, A., Grafe, B., Meshkova, K., Kavemann, B., Meysen, T., Hoffmann, U., Ziegenhain, U., & Fegert, J. (2023). Prevalence and Predictors of Affirmations of Intimate Partner Violence in Germany: A First Nationwide Study on Victimization in Women and Men. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1–2), NP1473–NP1493. <https://doi.org/10.1177/08862605221092066>
- Jud, A., Kosirnik, C., Mitrovic, T., Ben Salah, H., Fux, E., Koehler, J., Portmann, R., & Knüsel, R. (2018). Mobilizing agencies for incidence surveys on child maltreatment: Success-ful participation in Switzerland and lessons learned. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 3. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13034-017-0211-2>
- Jud, A., Mitrovic, T., Portmann, R., Gonthier, H., Fux, E., Koehler, J., Kosirnik, C., & Knüsel, R. (2020). Multi-sectoral response to child maltreatment in Switzerland for different age groups: Varying rates of reported incidents and gaps in identification. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104798>
- Jud, A., & Voll, P. (2019). The definitions are legion: Academic views and practice perspectives on violence against children. *Sociological Studies of Children and Youth*, 24, 47–66.
- Kaman, A., Otto, C., Klases, F., Westenhöfer, J., Reiss, F., Hölling, H., & Ravens-Sieberer, U. (2021). Risk and resource factors for depressive symptoms during adolescence and emerging adulthood – A 5-year follow-up using population-based data of the BELLA study. *Journal of Affective Disorders*, 280(Pt A), 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.036>
- Kaskie, B.P., Nattinger, M. & Potter, A. (2015). Policies to protect persons with dementia in assisted living: Deja vu all over again? *The Gerontologist*, 55(2), 199–209.
- Kassis, W., Aksoy, D., Favre, C. A., Arnold, J., Gaugler, S., Grafinger, K.E., ... & Magnuson, D. (2024). On the complex relationship between resilience and hair cortisol levels in adolescence despite parental physical abuse: a fourth wave of resilience research. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1345844.
- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J., & Hümbelin, O. (2021). *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden. Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsansprache und Erwerbsreintegration*. BFH und ZHAW.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Klases, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & The BELLA study group. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 695–703. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0637-5>
- Krüger, P., & Jud, A. (2015). Overview of previous agency surveys and national administrative data sets. In A. Jud, L. Jones, & C. Mikton (Eds.), *Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment* (pp. 4–9). World Health Organization.

- Krüger, P., Bannwart, C., Bloch, L. & Portmann, R. (2020). Gewalt im Alter verhindern. Grundlagenbericht. (*Beiträge zur Sozialen Sicherheit No. 2/20*). Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., Mauz, E., Mensink, G., Poethko-Müller, C., Schienkiewitz, A., Starker, A., Zeiger, J., & Kurth, B.-M. (2019). *Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie*. <https://doi.org/10.25646/5867>
- Lamprecht, M., König, C., & Stamm, H. (2006). Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht». *Grundlagendokument*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (2., überarb. und erw. Aufl.). Hogrefe.
- Lätsch, D., Pfiffner, R., & Wild-Näf, R. (2011). *Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern*. BFH.
- Lätsch, D. & Stauffer, M. (2016). Gewalterleben, psychosoziale Beeinträchtigung und professionelle Versorgung gewaltbetroffener Jugendlicher in der Schweiz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 71(1), 1–25.
- Laubstein, C., Holz, G., & Seddig, N. (2016). *Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland*. Bertelsmann Stiftung.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pub/CMP-Surveillance.html>
- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Hogrefe.
- Letkiewicz, A. M., Li, L. Y., Hoffman, L. M. K., & Shankman, S. A. (2023). A prospective study of the relative contribution of adolescent peer support quantity and quality to depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(9), 1314–1323. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13813>
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*, 20(1), 49–65. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.883369>
- Lorant, V., Gelder, R. de, Kapadia, D., Borrell, C., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Rodríguez-Sanz, M., Wojtyński, B., Strand, B.H., Bopp, M., & Mackenbach, J.P. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: The widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 356–361. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.32>
- Lucia, S. (2016). Correlates of bullying in Switzerland. *European Journal of Criminology*, 13(1), 50–66. <https://doi.org/10.1177/1477370815608880>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E.C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M.E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L., & Thoma, M.V. (2022). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 446–460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>
- Marsollier, E., Hauw, D., & Crettaz von Roten, F. (2021). Understanding the Prevalence Rates of Interpersonal Violence Experienced by Young French-Speaking Swiss Athletes. *Frontiers in Psychology*, 12, 726635. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.726635>
- Matthews, T., Bryan, B. T., Danese, A., Meehan, A. J., Poulton, R., & Arseneault, L. (2022). Using a Loneliness Measure to Screen for Risk of Mental Health Problems: A Replication in Two Nationally Representative Cohorts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031641>
- Maurer, J., Meyrose, A.-K., Kaman, A., Mauz, E., Ravens-Sieberger, U., & Reiss, F. (2023). Socioeconomic Status, Protective Factors, and Mental Health Problems in Transition from Adolescence to Emerging Adulthood: Results of the Longitudinal BELLA Study. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01582-1>
- Melchior, M., Moffitt, T.E., Milne, B.J., Poulton, R., & Caspi, A. (2007). Why Do Children from Socioeconomically Disadvantaged Families Suffer from Poor Health When They Reach Adulthood? A Life-Course Study. *American Journal of Epidemiology*, 166(8), 966–974. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm155>
- Mernyi, L., Hölzle, P., & Hamann, J. (2018). Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 45(4), 197–205. <https://doi.org/10.1055/s-0043-101901>
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Hans Huber.
- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B.R.E., & Silva, P.A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096–1131. <https://doi.org/10.1086/210137>

- Mountjoy, M., Vertommen, T., Tercier, S., Greinig, S., & Burrows, K. (2022). SafeSport: Perceptions of Harassment and Abuse From Elite Youth Athletes at the Winter Youth Olympic Games, Lausanne 2020. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 32(3), 297–305. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000989>
- Morandi, S., Silva, B., Golay, P., & Bonsack, C. (2017). Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: An observational study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477–483. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034942>
- Mötteli, S., Adamus, C., Deb, T., Fröbel, R., Siemerku, J., Richter, D., & Jäger, M. (2022). Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.798275>
- Müller, B. (2008). *Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery* [Dissertation]. Universität Zürich.
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., & Gianola, G. (2018). *Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Interface.
- Müller, N. S., Sapin, M., Jacques-Antoine, G., Orita, A., & Widmer, E. D. (2012). Pluralized life courses? An exploration of the life trajectories of individuals with psychiatric disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 266–277. <https://doi.org/10.1177/0020764010393630>
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1420–1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.024>
- Nyberg, E., Stieglitz, R. D., Flury, M., & Riecher-Rössler, A. (2013). Domestic Violence against Women of a Crisis Intervention Population – Forms of Violence and Risk Factors. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 81(6), 331–336. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1335364>
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T., & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 4, 28. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-28>
- 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). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rameckers, S.A., van Emmerik, A.A., Bachrach, N., Lee, C.W., Morina, N., & Arntz, A. (2021). The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105208.
- Richter, D. (2023a). Soziale Inklusion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 171–179). Hogrefe.
- Richter, D. (2023b, 7. März). Psychiatrische Rehabilitation: Verhinderung von Armut und Exklusion. *knoten & maschen*. <https://www.knoten-maschen.ch/psychiatrische-rehabilitation-verhinderung-von-armut-und-exklusion/>
- Richter, D., & Hoffmann, H. (2017). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(04), 1–9. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Richter, D., Eikelman, B., & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Das Gesundheitswesen*, 68(11), 704–707. <https://doi.org/10.1055/s-2006-927288>
- Riedel, H.B., Espejo, T., Dreher-Hummel, T., Bingisser, R., & Nickel, C.H. (2024). Screening for elder mistreatment in a Swiss emergency department: a prospective cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 154(6), 3775–3775.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2020). *Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten (insbesondere ADHS), Adipositas und allergischen Erkrankungen (insbesondere Asthma) bei Kindern und Jugendlichen*. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht zu Vertiefungsstudie der KiGGS-Kohorte.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2021). *Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). RKI. <http://dx.doi.org/10.25646/8831>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H., & Müller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophrenia Research*, 172(1–3), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>

- Roulet Schwab, D., & Wangmo, T. (2021). Perceptions of elder abuse from community-dwelling older persons and professionals working in Western Switzerland. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1–2), NP135–NP161.
- Richter, D. (2014). Sozialer Ausschluss als Folge einer psychischen Erkrankung. *Psychiatrische Pflege Heute*, 20(02), 91–95. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371786>
- Sabel, C. E., Pedersen, C. B., Antonsen, S., Webb, R. T., & Horsdal, H. T. (2024). Changing Neighborhood Income Deprivation Over Time, Moving in Childhood, and Adult Risk of Depression. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.1382>
- Salzgeber, R. (2015). *Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich*. BFH / Städteinitiative Sozialpolitik.
- Sandmeier Rupena, A. (2010). *Psychische Gesundheit und Lebensbewältigung vom Jugendalter ins frühe Erwachsenenalter. Der Einfluss von Beziehungserfahrungen auf die Entwicklung von Ich-Stärke* [Dissertation]. Universität Zürich.
- Santini, Z.I., Koyanagi, A., Stewart-Brown, S., Perry, B.D., Marmot, M., & Koushede, V. (2021). Cumulative risk of compromised physical, mental and social health in adulthood due to family conflict and financial strain during childhood: A retrospective analysis based on survey data representative of 19 European countries. *BMJ Global Health*, 6(3), e004144. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004144>
- Schaefer, J.D., Caspi, A., Belsky, D.W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L.J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T.E. (2017). Enduring Mental Health: Prevalence and Prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 212–224. <https://doi.org/10.1037/abn0000232>
- Scheid, T.L., & Wright, E.R. (2017). The Social Context of Mental Health and Illness. Introduction to Part II. In T.L. Scheid & E.R. Wright (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3. Aufl., S. 173–179). Cambridge University Press.
- Schenk, J., Ledermann, K., & Sölch, C. M. (2021). *Revue systématique de la littérature concernant le lien entre les facteurs psycho-sociaux et les maladies non-transmissibles*. Université de Fribourg.
- Schick, M., Schönbucher, V., Landolt, M. A., Schnyder, U., Xu, W., Maier, T., & Mohler-Kuo, M. (2016). Child maltreatment and migration: a population-based study among immigrant and native adolescents in Switzerland. *Child maltreatment*, 21(1), 3–15.
- Schmid, M., Fegert, J.M., Clemens, V., Seker, S., d'Huart, D., Binder, M., Schröder, M., Friden, L., Boonmann, C., Jenkel, N., Schmeck, K., & Bürgin, D. (2022). Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals ausserfamiliär platzierter junger Erwachsener. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 22–39.
- Schmidtke, C., Geene, R., Hölling, H., & Lampert, T. (2021). *Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozio-ökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2*. <https://doi.org/10.25646/8864>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuwey, C., & Knöpfel, C. (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Caritas-Verlag.
- Seker, S., Habersaat, S., Boonmann, C., Palix, J., Jenkel, N., Fischer, S., Fegert, J. M., Kölsch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2021). Substance-use disorders among child welfare and juvenile justice adolescents in residential care: The role of childhood adversities and impulsive behavior. *Children and Youth Services Review*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105825>
- Simone, L., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T., & Hasler, S. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss medical weekly*, 146(0304), w14273.
- Spini, D., Pin le Corre, S., & Klaas, H.S. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (S. 31–41). Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stahl-Gugger, A., & Hammig, O. (2022). Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Services Research*, 22(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07602-5>
- Staubli, S., & Killias, M. (2011). Long-term outcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. *European Journal of Criminology*, 8(5), 377–385. <https://doi.org/10.1177/1477370811415761>
- Steck, N., Egger, M., Schimmelmann, B. G., & Kupferschmid, S., for the Swiss National Cohort (2018). Suicide in adolescents: Findings from the Swiss National cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1019-6>
- Suglia, S. F., Chambers, E., & Sandel, M. T. (2015). Poor housing quality and housing instability. In M.T. Compton & R. S. Shim (Hrsg.), *The social determinants of mental health* (S. 171–192). American Psychiatric Publishing.
- Sui, Y., Ettema, D., & Helbich, M. (2022). Longitudinal associations between the neighborhood social, natural, and built environment and mental health: A systematic review with meta-analyses. *Health & Place*, 77, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102893>

- Tegegne, M. A., & Glanville, J. L. (2019). The Immigrant-Native Gap in Subjective Well-Being in Western European Countries: Assessing the Role of Social Capital. *International Migration Review*, 53(2), 458–485. <https://doi.org/10.1177/0197918318769309>
- Thoma, M. V., Bernays, F., Eising, C. M., Maercker, A., & Rohner, S. L. (2021). Child mal-treatment, lifetime trauma, and mental health in Swiss older survivors of enforced child welfare practices: Investigating the mediating role of self-esteem and self-compassion. *Child Abuse & Neglect*, 113. <https://doi.org/ARTN 10492510.1016/j.chiabu.2020.104925>
- Thoma, M.V., Castillo, A.N.S., & Maercker, A. (2023). Growing older against the background of a traumatic childhood. Series of studies with older Swiss survivors of compulsory social measures and placement in foster care. *Psychotherapie*. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00678-2>
- Tuch, A. & Schuler, D. (2020). Psychische Gesundheit. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 108–135). Hogrefe.
- Ulshöfer, C., Richner, D., & Bernet, F. (2023). *Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung über das Wissen der Bevölkerung zur Stärkung der psychischen Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz. Universität Fribourg (Hrsg.) (2023). *Resultatebulletin 6/2023: Häufigkeiten in der Anwendung von physischer oder psychischer Gewalt im Rahmen von Eltern-Kind Interaktionen und Erziehung*. https://www.kinderschutz.ch/media/am3h5s5x/20231026_resultatebulletin_2023_de.pdf
- Vizard, E., Gray, J., & Bentovim, A. (2022). The impact of child maltreatment on the mental and physical health of child victims: A review of the evidence. *BJ Psych Advances*, 28(1), 60–70.
- Volf, I., Laubstein, C., & Sthamer, E. (2019). *Wenn Kinderarmut erwachsen wird. Kurzfassung der Ergebnisse der AWO-ISS-Langzeitstudie zu (Langzeit-)Folgen von Armut im Lebensverlauf*. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Wang, S., Molassiotis, A., Guo, C., Leung, I. S. H., & Leung, A. Y. M. (2023). Association between social integration and risk of dementia: A systematic review and meta analysis of longitudinal studies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(2), 632–645. <https://doi.org/10.1111/jgs.18094>
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85, 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
- Wangmo, T., Nordström, K., & Kressig, R. W. (2017). Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. *Geriatric nursing*, 38(5), 385–392.
- Warrier, V., Kwong, A.S., Luo, M., Dalvie, S., Croft, J., Sallis, H.M., Baldwin, J., Munafò, M. R., Nievergelt, C.M., Grant, A.J., Burgess, S., Moore, T.M., Barzilaj, R., McIntosh, A., van Ijendoorn, M.H., & Cecil, C.A. (2021). Gene–environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 373–386.
- Weber, D. (2000). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. GFCH, BAG, GDK.
- Weibel, S., Vidal, S., Olie, E., Hasler, R., Torriani, C., Prada, P., Courtet, P., Guillaume, S., Perroud, N., & Huguelet, P. (2017). Impact of child maltreatment on meaning in life in psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 251, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.026>
- Wettstein, F. (2019). *Was beeinflusst die Gesundheit? Das «Windrad-Modell» als neues Determinantenmodell der Gesundheit*. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Wickramaratne, P. J., Yangchen, T., Lepow, L., Patra, B. G., Glicksburg, B., Talati, A., Adekanattu, P., Ryu, E., Biernacka, J. M., Charney, A., Mann, J. J., Pathak, J., Olsson, M., & Weissman, M. M. (2022). Social connectedness as a determinant of mental health: A scoping review. *PloS One*, 17(10), e0275004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275004>
- Wolffers, F., & Reich, O. (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? *Soziale Sicherheit CHSS*, 02/2015, 89–93.
- World Health Organization (WHO) (Ed.). (2015). *World Report on Ageing and Health*. WHO.
- Wüstemann, T. (2018). Switzerland: fighting the scourge. *Trusts & Trustees*, 24(1), 79–85.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156.
- Xu, Y., Ajdacic-Gross, V., Muller, M., Buadze, A., Seifritz, E., Kleim, B., von Kanel, R., Wagner, E.N., Strippoli, M.F., Castella, E., Preisig, M., & Vandeley, C.L. (2022). Childhood adversity patterns differentially cluster with mental disorders and socioeconomic indicators in a large Swiss community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152282. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152282>

06 Psychische Gesundheitskompetenz



Dominik Robin, Ecoplan
Saskia De Gani
Zentrum für Gesundheitskompetenz, Careum Stiftung

Kernaussagen

- Trotz des Bewusstseins für die Bedeutung der psychischen Gesundheit fehlt es der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung an spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur aktiven Pflege und Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe.
- Personen, die persönliche Erfahrungen mit psychischen Belastungen gemacht haben, sei es bei sich selbst oder in ihrem sozialen Umfeld, weisen eine höhere psychische Gesundheitskompetenz auf und stigmatisieren Personen mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen weniger stark.
- Frauen verfügen über eine höhere psychische Gesundheitskompetenz als Männer, dies gilt settingübergreifend (z. B. Schul- und Bildungsbereich, Gesundheitsbereich) bzw. in allen bisher untersuchten Bevölkerungsgruppen.
- Lehrpersonen schätzen ihre professionelle psychische Gesundheitskompetenz als (sehr) hoch ein, jedoch fehlt es ihnen teilweise an konkreten Handlungskompetenzen. Anders bei Schülerinnen und Schülern: Sie verfügen eher über eine vage Vorstellung von psychischer Gesundheit, wissen aber intuitiv oft, wie sie z. B. Hilfe suchen oder jemandem Hilfe anbieten können.
- Ob die psychische Gesundheitskompetenz in der Schweiz in den vergangenen Jahren zugenommen hat, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Es gibt allerdings einige Indizien, die in diese Richtung weisen.
- In der Schweiz existieren wenige Studien, die die psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen untersucht haben. Bei den existierenden Studien sind methodische Einschränkungen zu verzeichnen.
- Insbesondere gibt es wenig Studien mit repräsentativen Stichproben, regionalen Vergleichen (die meisten Studien basieren auf Erhebungen in der Deutschschweiz) sowie vertiefenden qualitativen Aspekten (z. B. Folgen einer Stigmatisierung). Zudem fehlen Studien zu den Aspekten der psychischen Gesundheitskompetenz, die sich auf die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit beziehen und nicht lediglich die Identifizierung psychischer Krankheiten fokussieren.

6.1 Einleitung

In den letzten Jahren, insbesondere während der Corona-Pandemie, rückte die psychische Belastung der Bevölkerung vermehrt in den Fokus öffentlicher Debatten (Bigler et al., 2024; siehe auch Kapitel 1 zur Gesamtbevölkerung). Dabei stand die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen besonders im Zentrum. Sorgen bereitete beispielsweise der Befund, dass 45% der Kinder und Jugendlichen über ein geringes emotionales Wohlbefinden berichteten und jede und jeder Elfte schon versucht hat, sich das Leben zu nehmen (Barrense-Dias et al., 2021; siehe auch Kapitel 2 zu den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen). Als kritisch wurde auch die Zunahme der Hospitalisierungen von Mädchen und jungen Frauen aufgrund psychischer Erkrankungen gesehen (BFS, 2022; siehe auch Kapitel 11 Versorgung).

Die Auseinandersetzung mit der *psychischen* Gesundheitskompetenz, also der Gesundheitskompetenz in Bezug auf psychische Gesundheit, ist nicht nur aufgrund der Häufigkeit berichteter Belastungen relevant, sondern auch aufgrund einer gesteigerten, gesellschaftlichen Aufmerksamkeit rund um das Thema psychische Gesundheit, die damit einhergeht. Diese gesteigerte Aufmerksamkeit lässt sich etwa in der Berichterstattung der Medien, in sozialen Netzwerken, bei politischen Initiativen (z. B. Schwerpunkt «psychische Gesundheit» des «Zukunftsrats U24») oder der zunehmenden Anzahl von Apps und (digitalen) Coachingangeboten im Bereich der psychischen Gesundheit beobachten (von Kardorff et al., 2025). Die Aufmerksamkeit zeigt sich wohl auch in nationalen Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit wie etwa der Kampagne «Wie geht's Dir» in der Deutschschweiz und «Santépsy.ch» in der lateinischen Schweiz (Ettlin & Geiger, 2023).

Im Wissenschaftsdiskurs äussert sich diese gesteigerte gesellschaftliche Aufmerksamkeit und Relevanz der psychischen Gesundheit in der verstärkten Erforschung der psychischen Gesundheitskompetenz verschiedener Bevölkerungsgruppen (Sweileh, 2021). Der Begriff psychische Gesundheitskompetenz umfasst sowohl das Wissen von Menschen über psychische Gesundheit als auch die Einstellungen und Fähigkeiten, die eigene psychische Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder im Falle einer Belastung oder schwierigen Lebensphase konkrete Hilfe zu suchen. Die Erforschung der psychischen Gesundheitskompetenz ist insofern wichtig, weil sie entscheidend dafür ist, wie gut Menschen ihre eigene psychische Gesundheit wahrnehmen, verstehen und entsprechende Belastungen bewältigen können. Eine hohe psychische Gesundheitskompetenz kann dann – auf Basis eines theoretischen Modells – ein Indikator dafür sein, dass Personen besser in der Lage sind, mit Stress umzugehen, frühzeitig Symptome psychischer Probleme zu erkennen und entsprechend geeignete Hilfe suchen. Eine gute psychische Gesundheitskompetenz ist damit eine Art «Grundbaustein» psychischer Gesundheit.

In diesem Kapitel wurde auf Basis einer «strukturierten Literaturrecherche» (Creswell & Creswell, 2017) erstmals die vorhandene Literatur zum Thema psychische Gesundheitskompetenz mit dem Fokus auf die Schweiz zusammengetragen. Dabei wurde insbesondere folgenden Fragen nachgegangen:

- Was weiss die Schweizer Bevölkerung über psychische Gesundheit? Wie gut ist ihre psychische Gesundheitskompetenz und wie hat sich diese entwickelt?
- Wie informiert sie sich darüber und wie geht sie mit diesen Informationen um? Weiss sie, was sie zur Stärkung der psychischen Gesundheit tun kann (z. B. Entscheidungen treffen, die sich positiv auf ihr seelisches Wohlbefinden auswirken)?
- Wissen Betroffene, Angehörige, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Lehrpersonen, an wen sie sich wenden müssen, wenn ein psychisches Problem vorliegt, sei es bei ihnen selbst oder bei anderen? Wissen sie, wie sie konkret jemandem helfen können?

Als Teil der psychischen Gesundheitskompetenz wurde auch versucht, mehr über die Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen herauszufinden, beispielsweise ob es in der Schweiz im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu Stigmatisierungen kommt.

6.2 Der Begriff «psychische Gesundheitskompetenz»

Herkunft des Begriffs

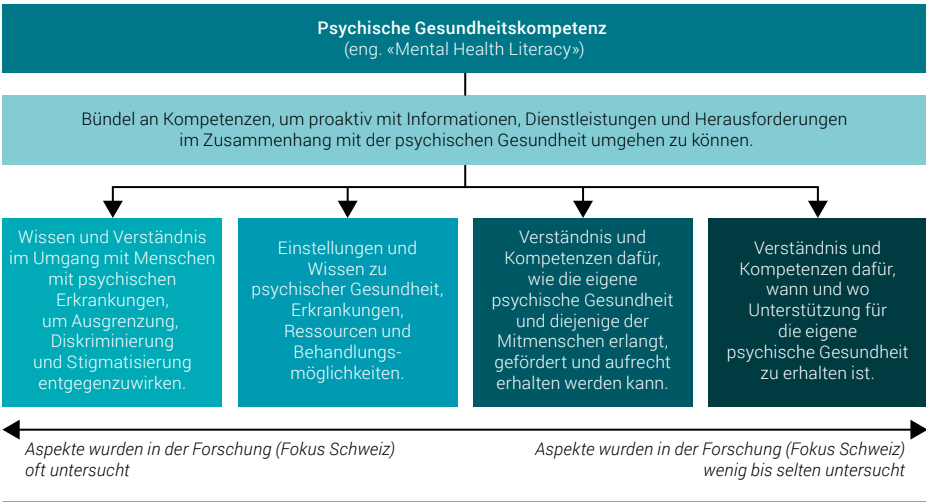
Die *psychische* Gesundheitskompetenz wurde ursprünglich im englischsprachigen Raum als «Mental Health Literacy» beschrieben und diskutiert (Jorm et al., 1997). Sie umfasst nebst den vier klassischen Informationsschritten der *generellen* Gesundheitskompetenz (gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden) auch die Einstellungen und das Wissen in Bezug auf psychische Gesundheit (Jorm, 2020a). Basierend auf diesen ersten Beschreibungen und Diskussionen hat sich der Begriff und dessen Verständnis laufend weiterentwickelt. Aktuell bestehen daher viele unterschiedliche Definitionen dieses Begriffs respektive des Konzepts. Abgeleitet von der Definition für *generelle* Gesundheitskompetenz von Sørensen et al. (2012) und psychischer Gesundheitskompetenz von Kutcher et al. (2016) haben Schneider et al. (2021) beispielsweise eine Definition erarbeitet, die relevante Aspekte aus beiden Konzeptverständnissen verbindet. Dazu gehört nebst den erwähnten Aspekten auch die Entwicklung eines Verständnisses dafür, wie die psychische Gesundheit von Menschen erlangt, gefördert oder aufrechterhalten werden kann, was psychische Erkrankungen sind und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Weiter umfasst das Verständnis den Aspekt des Umgangs mit Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, beispielsweise dahingehend, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht ausgegrenzt, diskriminiert oder stigmatisiert werden.

Ein weiterer relevanter Aspekt der psychischen Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, wann und wo man Unterstützung erhalten kann bzw. die Fähigkeiten, zum richtigen Zeitpunkt zu diesen relevanten Informationen zu gelangen. Zudem geht es auch darum, wie man Kompetenzen zur Verbesserung der eigenen psychischen Gesundheit überhaupt entwickeln und sich um die eigene psychische Gesundheit oder diejenige von anderen kümmern kann.

Erst eine klare Definition lässt schliesslich auch eine Messung bzw. Erhebung der psychischen Gesundheitskompetenz zu. Basierend auf Erhebungen zum Wissen, den Einstellungen und dem Umgang mit der psychischen Gesundheit können anschliessend wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu Handlungsweisen abgeleitet werden. In Anlehnung an die oben erwähnten und häufig verwendeten Definitionen und Konzepte sowie an das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) getragene Verständnis von *genereller* Gesundheitskompetenz (De Gani et al., 2023b), verstehen wir unter psychischer Gesundheitskompetenz hier ein Bündel von Kompetenzen, um proaktiv mit Informationen, Angeboten und Herausforderungen im Zusammenhang mit der eigenen psychischen Gesundheit als auch derjenigen der Mitmenschen umgehen zu können (vgl. G 6.1).

Begriffsverständnis *psychische* Gesundheitskompetenz

G6.1



© Obsan 2025

Die psychische Gesundheitskompetenz bezieht sich damit darauf, inwieweit Menschen in der Lage sind, Informationen, Angebote und Ressourcen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um ihre psychische Gesundheit zu erhalten und zu fördern, psychische Herausforderungen und Belastungen zu bewältigen und mit psychischen Problemen und Krankheiten umgehen zu können.

Wie oben ausgeführt wurde, sind die verschiedenen Definitionen und Verständnisse des Begriffs psychische Gesundheitskompetenz divers. Standardisierte Untersuchungsinstrumente existieren u. a. auch deshalb bisher nur wenige. Systematische Übersichten dazu liefern Wei et al. (2015) und Tavousi et al. (2022).

Bisherige einzelne Untersuchungen der psychischen Gesundheitskompetenz basieren häufig auf der Verwendung sogenannter Vignetten (Schnurr, 2003). Vignetten sind Szenarien oder Geschichten mit fiktiven Personen, die den Studienteilnehmenden präsentiert werden, um ihre hypothetischen Reaktionen und Entscheidungen zu bestimmten psychischen Störungsbildern zu erfassen oder um zu beurteilen, wie die Personen für ihre eigene psychische Gesundheit oder diejenige aus ihrem sozialen Umfeld sorgen (Beispiel siehe Kasten).

Fallvignette: Peter leidet unter einer Depression

«Ein Freund von Ihnen, Peter, fühlt sich seit einigen Wochen niedergeschlagen und bedrückt. Er hat an den meisten Dingen, die ihm sonst Freude bereiten, das Interesse verloren. Obwohl er tagsüber ständig müde ist, kann er in der Nacht nicht schlafen. Er kann sich beim Arbeiten nicht konzentrieren und schiebt Entscheidungen vor sich her. Alles ist ihm zu viel, er fühlt sich wertlos und als Versager. Seine Freunde und seine Familie haben bemerkt, dass er sich immer mehr zurückzieht. Sie haben zwar versucht, ihn aufzumuntern und mit ihm zu sprechen, aber das hat nichts genützt» (Schmid et al., 2008).

Vignetten werden für eine Vielzahl an Fragestellungen verwendet, beispielsweise um zu untersuchen, wie Menschen auf verschiedene psychische Belastungen reagieren, wie sie mit psychisch kranken Menschen umgehen oder wie sie Hilfe für sich selbst oder andere in psychischen Krisen suchen. Forschende können durch die Verwendung von Vignetten verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheitskompetenz genauer betrachten, darunter das Verständnis der psychischen Gesundheit, die Fähigkeit, psychische Erkrankungen zu erkennen, das Wissen über verfügbare Unterstützungsressourcen und die Bereitschaft, Hilfe zu suchen oder anzubieten.

Stigmatisierung

Im internationalen Handbuch der Gesundheitskompetenz betrachtet Jorm (2019, S. 59) die Stigmatisierung als eine «Dimension» der psychischen Gesundheitskompetenz, merkt aber an, dass die Operationalisierung von Stigmatisierung «komplex» und «multidimensional» sei. Spiker und Hammer (2019) hingegen kritisieren, dass das Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz die Stigmatisierung einschliesse. Dies führe dazu, dass das Konzept zu wenig klar und zu wenig trennscharf sei. Während Stigmatisierung bzw. Stigma im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit in der Soziologie seit jeher eigenständig diskutiert wird (Goffmann, 1963), tritt die Stigmatisierung in der psychiatrisch-medizinischen und psychiatrienahen Literatur über psychische Gesundheitskompetenz, sowie auch den hier zitierten empirischen Studien, tendenziell als Teil der psychischen Gesundheitskompetenz auf.

Im Kontext der hier erwähnten Studien wurden mit der Stigmatisierung meistens Aspekte der Einstellung über psychische Gesundheit erforscht, wobei der Fokus auf Belastungen und Erkrankungen und weniger auf präventiven Elementen lag. Beispielsweise wurde die Stigmatisierung im Zusammenhang von Messungen einer wahrgenommenen Gefährlichkeit untersucht, die von einzelnen Störungsbildern ausgeht (Sowislo et al., 2017). Eine Stigmatisierung tritt beispielsweise dann auf, wenn jemand äussert, dass er oder sie Angst davor hat, eine Person mit einer Depression könne ihm oder ihr gegenüber gewalttätig werden. Dey et al. (2020) untersuchten stigmatisierende Einstellungen auch im Schulsetting, wobei psychische Probleme teilweise mit «gefährlich», «unberechenbar» oder «schwach» assoziiert wurden. In den zitierten Studien wurde jedoch kaum untersucht, welche individuellen Folgen ein anhaftendes Stigma für die Betroffenen hat – also die Frage, was es bedeutet, stigmatisiert zu sein, und wie man damit umgeht.

Die Frage, was es für Betroffene bedeutet, stigmatisiert zu werden – etwa wie sie mit den Folgen eines ihnen anhaftenden Stigmas umgehen – wurde in den zitierten Studien kaum untersucht, wäre aber unseres Erachtens vermehrt zu berücksichtigen (z. B. mit qualitativen Erhebungsmethoden).

Stigmatisierung geht in der Regel mit der Beurteilung eines auffälligen, gefährlichen, anderen oder kranken Verhaltens einher, im Gegensatz zu einem als «normal» und «gesund» wahrgenommenen Verhalten. Oder anders ausgedrückt: Den betroffenen Personen haftet ein Stigma an, da sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung gesellschaftlich diskriminiert werden. Man stelle sich z. B. ein Schulkind vor, das aufgrund seines impulsiven und hyperaktiven Verhaltens im Zusammenhang mit einer ADHS von den Klassenkameradinnen und Kameraden gemobbt wird, als «komisch» oder «verrückt» bezeichnet wird. Stigmatisierungsprozesse

gestalten sich oft «unbewusst» (Lincoln et al., 2015; Singh, 2005). Sie können beispielsweise die Wahrnehmung und Erkennung sowie Thematisierung einer psychischen Erkrankung verzögern, verschleiern oder verharmlosen. Das kann sich in der mangelnden Bereitschaft Betroffener äussern, ein psychisches Problem offenzulegen, darüber zu sprechen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Auseinandersetzung mit stigmatisierenden Einstellungen und den Konsequenzen für Betroffene ist im Kontext psychischer Gesundheit, wichtig und aus unserer Sicht vermehrt zu berücksichtigen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie nun als Dimension der *psychischen* Gesundheitskompetenz oder als eigenständiges (Forschungs-)Konzept auftritt.

6.3 Psychische Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Forschungsstand und Erkenntnisse

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Kapitels existieren in der Schweiz nur wenige Studien zur psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen. Schweizweit wurde lediglich in drei dieser Studien eine Befragung der Gesamtbevölkerung mit einer repräsentativen Stichprobe durchgeführt (Lauber et al., 2003; Richner et al., 2021; Ulshöfer et al. 2023). Die *generelle* Gesundheitskompetenz wurde in der Schweiz in den beiden Bevölkerungserhebungen aus den Jahren 2015 (HLS₁₅-CH) und 2019–2021 (HLS₁₉₋₂₁-CH) umfassend erhoben (Bieri et al., 2016; De Gani et al., 2023a). Sie lieferten bezüglich der psychischen Gesundheitskompetenz aber kaum Erkenntnisse, da nur wenige Elemente mit Bezug zur psychischen Gesundheit abgefragt wurden. Nebst diesen wenigen gesamtschweizerischen Studien gibt es ein paar Studien, die sich auf die psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in einzelnen Deutschschweizer Kantonen fokussiert haben, u. a. in Zürich (Schneider et al., 2021), Bern (Doll et al., 2022; Osman et al., 2023), Basel (Sowislo et al., 2017) und Luzern (Schmid et al., 2008). Dieser starke Fokus auf die Deutschschweiz zeigt bereits auf, dass kantonale Erhebungen keine Rückschlüsse auf die gesamte Schweiz erlauben und (sprach)regionale Unterschiede zu wenig abgebildet werden.

Des Weiteren gibt es Untersuchungen, die sich einzelne Settings bzw. entsprechende Bevölkerungsgruppen in diesen Settings genauer angeschaut haben. Am häufigsten sind hierbei Studien im Schul- und Bildungssetting, die die *psychische* Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen (Dey et al., 2022; Kerry et al., 2024; Robin et al., 2023), der Schülerschaft (Chok et al., 2023; Dey et al., 2018, 2020) und von Studierenden (Lauber et al., 2005) erhoben haben. Ausserdem gibt es mehrere Studien, die die Einstellungen von Gesundheitsfachpersonen gegenüber psychisch erkrankten Menschen fokussiert haben (Des Courtis et al., 2008; Hengartner et al., 2012; Maier et al., 2015). Schliesslich hat eine weitere Studie aus Genf die *psychische* Gesundheitskompetenz von homosexuellen Männern untersucht (Wang et al., 2014). Die Studien sind im Überblick in der folgenden Tabelle abgebildet:

Untersuchungen der psychischen Gesundheitskompetenz im Überblick T6.1

Autorenschaft	Jahr	Zielgruppe	N	Alter	Region
Ulshöfer et al.	2023	Allgemeinbevölkerung	3010	15–95	Gesamtschweiz
Richner et al.	2021	Allgemeinbevölkerung	3297	15–95	Gesamtschweiz
Lauber et al.	2003	Allgemeinbevölkerung	844	16–76	Gesamtschweiz
Schneider et al.	2021	Allgemeinbevölkerung	904	18–88	Zürich
Schmid et al.	2008	Allgemeinbevölkerung	802	15–96	Luzern
Sowislo et al.	2017	Allgemeinbevölkerung	2207	18–65	Basel-Stadt
Osman et al. / Doll et al.	2022, 2023	Allgemeinbevölkerung	1504	16–40	Bern
Dey et al.	2018, 2019, 2020	Schüler/-innen	4983	17–21 u. älter	Deutschschweiz
Chok et al.	2023	Schüler/-innen	28	12–19	Romandie
Lauber et al.	2005	Studierende	225	24 u. jünger – 30 u. älter	Zürich
Robin et al.	2023	Lehrpersonen	425	31 u. jünger – 65 u. älter	Winterthur
Dey et al.	2022	Lehrpersonen	176	39 u. jünger – 60 u. älter	Deutschschweiz
Wang et al.	2013, 2014	Homosexuelle Männer	762	24 u. jünger – 55 u. älter	Genf
Henggartner et al. / Des Courtis et al.	2008, 2012	Gesundheitsfachpersonen*	383	30 u. jünger – 50 u. älter	Deutschschweiz
Maier et al.	2015	Gesundheitsfachpersonen	226	24–79	Zürich

Anmerkung: Berücksichtigt wurde Literatur von 2000 – Sommer 2024.

* Bei diesen beiden Studien wurden Gesundheitsfachpersonen aus der Schweiz und Brasilien miteinander verglichen.

© Obsan 2025

Studien auf nationaler Ebene

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz haben Ulshöfer et al. (2023) eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe in der Schweiz zu ihrem Wissen über Ressourcen zur Förderung der psychischen Gesundheit befragt. Die erste Befragung dieser Studie fand bereits im Jahr 2021 durch Richner et al. (2021) statt. Ulshöfer et al. (2023) haben festgestellt, dass im Jahr 2023 eine Mehrheit der Bevölkerung in der Schweiz (63%) wusste, wie wichtig die psychische Gesundheit ist. Dieser Wert hat sich gegenüber 2021 nicht verändert. Während 2021 46% angaben, zu wissen, was sie konkret tun können, um die eigene psychische Gesundheit zu stärken, waren es 2023 bereits 51%. Dennoch setzten 2021 nur 45% bewusst entsprechende Massnahmen um – ein Wert, der sich im Jahr 2023 nicht verändert hat.

Bei genauerer Betrachtungsweise zeigten sich auch starke Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfestellungen – diese Barrieren haben sich jedoch zwischen 2021 und 2023 etwas verringert. Die häufigste Barriere bestand 2023 darin, dass 32% der

Befragtenangaben, andere nicht mit ihren Problemen belasten zu wollen. Die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme wurden auch in der Omnibuserhebung des Obsan aus dem Jahr 2022 (Peter et al., 2023) erfasst, wobei hier «Abwarten, ob das Problem von selbst verschwindet» den mit Abstand wichtigsten Grund darstellte (56%). In der Studie von Richner et al. (2021) haben sechs von zehn Personen schon einmal Informationen zu psychischer Gesundheit und dem Umgang damit gesucht, gefunden und auch verstanden. Allerdings fiel dies nur 41% der Befragten leicht. Ein ähnliches Bild zeigt sich 2023 in der zweiten Befragung durch Ulshöfer et al. (2023).

Die Fähigkeit, Hilfe zu suchen, Informationen zu verstehen oder vorhandenes Wissen tatsächlich anzuwenden, war in der Studie von Richner et al. (2021) je nach Bevölkerungsgruppe sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dabei liessen die Antworten von Personen über 80 Jahren, mit tiefem Bildungsniveau oder ohne Schweizer Staatsbürgerschaft auf eine geringere psychische Gesundheitskompetenz schliessen. Die Ergebnisse aus dem HLS19-21-CH bestätigen Teile dieser Erkenntnisse: Schon das Finden von Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen und zu Aktivitäten, die gut sind für die psychische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden, wurde häufig als schwierig eingeschätzt (De Gani et al., 2023a).

Die dritte Studie auf nationaler Ebene liegt bereits über 20 Jahre zurück. In dieser Studie haben Lauber et al. (2003) die psychische Gesundheitskompetenz der Gesamtbevölkerung anhand zweier Vignetten untersucht. In der Depressionsvignette wurde gefragt, ob die Personen krank sind (korrekte Antwort) oder sich in einer Krise befinden (falsche Antwort). Dies wurde von 40% korrekterweise als Erkrankung erkannt, während rund 60% der Befragten die dargestellte Person als in einer Krise befindlich einschätzten. Die Schizophrenievignette wurde von knapp drei Vierteln (74%) der Befragten als Erkrankung erkannt, während rund ein Viertel (26%) die Person als in einer Krise befindlich einschätzten. Dabei hatten beispielsweise Menschen, die bereits früher Erfahrungen mit psychischen Belastungen gemacht haben, die Vignetten korrekter eingestuft im Vergleich zu Menschen, die psychiatrische Themen «nur» in den Medien verfolgen. Die Studie kam zum Schluss, dass die psychische Gesundheitskompetenz in der Schweiz im internationalen Vergleich (Jorm et al., 1997) vergleichsweise gering ist (Lauber et al., 2003). Dies gelte insbesondere im Zusammenhang mit Depressionen, die von der Gesamtbevölkerung kaum als tatsächliche Erkrankung erkannt würden. Dies liege daran, dass viele Personen Depressionen als «normalen psychologischen Zustand» (ebd.) im Sinne einer Lebenskrise ansehen und deuten würden. An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass es sich hierbei jedoch um eine bereits sehr alte Studie handelt, die darüber hinaus nur einen Aspekt der psychischen Gesundheitskompetenz beleuchtet. So wurden in dieser Studie die Fähigkeiten, eine bestimmte Störung zu identifizieren, untersucht. Die Kompetenzen, die eigene psychische Gesundheit zu erhalten und zu fördern, eine psychische Belastung bei sich oder jemand anderem zu erkennen, um dann entsprechend angemessen zu handeln (z. B. sich Hilfe zu suchen) wurden jedoch nicht untersucht. Nach unserem Verständnis von psychischer

Gesundheitskompetenz (vgl. G6.1) wären dies aber wichtigere weitere Dimensionen, die es bei der Erforschung und für allgemeinere Aussagen zur psychischen Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung zu berücksichtigen gälte.

In einer weiteren Publikation mit der gleichen Datengrundlage haben die Autorinnen und Autoren die Einstellung der Gesamtbevölkerung hinsichtlich freiwilliger Mitarbeit in der Psychiatrie (z. B. mit den Patienten/-innen spazieren gehen) untersucht (Lauber et al., 2000, 2002). Sie kamen dabei zu folgenden Erkenntnissen: Die Haltung der Befragten war überwiegend offen, hing jedoch von der Form der Freiwilligenarbeit im Rahmen der Psychiatrie ab. So war beispielsweise die Einstellung gegenüber Familienpflege (Pflegen von Angehörigen mit psychischen Erkrankungen zu Hause) insgesamt negativ, die Einstellung gegenüber der Mithilfe in einem Treff für Betroffene sowie in psychiatrischen Einrichtungen positiv. Frauen zeigten insgesamt eine positivere Einstellung als Männer. In der Studie ist die Rede von zwei grundlegenden Verhaltensmustern: der «antipathetischen Person», die psychisch Erkrankten mit sozialer Distanz und negativen Stereotypisierungen gegenübertritt, und der «sozial verantwortungsvollen und engagierten Person», die bereits Erfahrungen in dieser Art von Freiwilligenarbeit gesammelt hat, eine positive Einstellung zur Gemeindepsychiatrie aufweist, Interesse an den Massenmedien zeigt sowie tendenziell einen sozialen Beruf ausübt. Die Autorinnen und Autoren schliessen aus ihren Studien, dass Schweizerinnen und Schweizer zwar grundsätzlich eine hohe Bereitschaft haben, sich freiwillig in der Psychiatrie zu engagieren, das effektive Engagement aber klein sei. Lauber et al. (2000, 2002) sehen ein «ungenutztes Potenzial» an freiwillige Helfenden in der Allgemeinbevölkerung. Sie empfehlen, die «sozial verantwortungsvollen und engagierten Personen» gezielt in den Medien anzusprechen und sich ggf. sogar auf Personen zu fokussieren, die sich bereits im Gemeinwesen engagieren oder einen sozialen Beruf ausüben. Ob sich das effektive Engagement der Freiwilligenarbeit in der Psychiatrie über die letzten zwei Jahrzehnte erhöht hat, kann aufgrund der vorliegenden Studienlagen nicht geklärt werden.

Studien in einzelnen Kantonen

Eine Studie aus dem Kanton Zürich¹ stellte fest, dass knapp die Hälfte der Befragten (45%) eine geringe psychische Gesundheitskompetenz aufwies; 20% zeigten sogar eine problematische und 25% eine unzureichende psychische Gesundheitskompetenz (Schneider et al., 2021). Am meisten Schwierigkeiten hatten die Befragten dabei, Information darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen angemessen umgeht (37%). Konkret betraf dies z. B. den Zugang zu den Informationsquellen und die Kompetenz, abzuwägen, welche Quellen zuverlässige Informationen liefern und welche nicht. Am einfachsten fiel es den Zürcherinnen und Zürchern hingegen, herauszufinden, wo man professionelle Hilfe finden

¹ Der in der Studie verwendete Fragebogen (HLS-ZH-18) basierte auf dem «Swiss Health Literacy Survey», welcher wiederum aus 47 Items des europäischen Fragebogeninstruments (HLS-EU-Q47) adaptiert wurde.

kann. Nur 15% hatten Mühe damit. Die Autorinnen und Autoren kommen zu folgendem Schluss: Ein Grossteil der Zürcher Bevölkerung hat erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen zur psychischen Gesundheit. Die Hauptschwierigkeit betrifft dabei den Zugang zu Informationen über den Umgang mit psychischen Problemen. In der Studie wird aus diesem Grund vorgeschlagen, den Zugang zu Informationen zu erleichtern, z. B. mit entsprechenden gesundheitsförderlichen Angeboten.

Der Zugang zu Informationen im Umgang mit psychischer Gesundheit bereitet einem Grossteil der Schweizer Bevölkerung Mühe. Dazu gehört bspw. das Abwägen, welche Informationsquellen zuverlässig und vertrauenswürdig sind.

Im Kanton Luzern wurden der Wissens- und Informationsstand sowie die Einstellungen bezüglich Depressionen mit Fallvignetten untersucht (Schmid et. al 2008). Fast zwei Drittel der Befragten (62,6%) gaben an, in ihrem Familien- und Freundeskreis jemanden zu kennen, der schon einmal wegen einer Depression in Behandlung war. Während 37,8% der Befragten die Symptome einer Depression nicht als Krankheit erkannten, sahen 62,2% in der vorgelegten Fallvignette psychische Ursachen wie Burnout, psychische Belastungen oder Suizidgedanken. Die Studie zeigte ausserdem, dass Personen, die selbst oder im sozialen Umfeld von Depressionen betroffen waren, diese häufiger als solche erkannten. Befragt nach verschiedenen Therapieformen bei Depressionen, war ein Grossteil der Befragten (70,9%) gegenüber medikamentösen Therapien skeptisch, da eine Abhängigkeit entstehen könnte. Im Gegensatz dazu war die überwiegende Mehrheit (89,0%) von der Hilfestellung, die psychiatrische und psychologische Fachpersonen bieten können, überzeugt. Dennoch schätzten die Befragten professionelle Hilfe insgesamt als weniger gut ein im Vergleich zu Änderungen des Lebensstils und individueller Problembewältigung wie Spaziergänge oder Unterstützung durch den Freundeskreis. Während fast drei Viertel der Befragten (72,0%) es wichtig fanden, das Umfeld zum Thema Depression zu informieren, war auch eine von zehn Personen der Meinung, man solle besser nicht mit anderen über die eigene Depression reden, um Stigmatisierungen zu vermeiden. Bei jeder vierten Person herrschte die Meinung vor, bei Depressionen würde es sich eigentlich gar nicht um eine Krankheit handeln. Zusammenfassend lässt sich aus der Studie ableiten, dass die Befragten insgesamt eine eher ambivalente Einstellung gegenüber Depressionen hatten und dass der Wissens- und Informationsstand gegenüber Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen mangelhaft war.

Eine Studie aus dem Kanton Basel-Stadt befasste sich mit Aspekten der Stigmatisierung und liess die Befragten eine Skala zur wahrgenommenen Gefährlichkeit, die von einer Person mit einer psychischen Störung ausgeht (z. B. ein Verhalten, das andere gefährdet), in Bezug auf zwei Vignetten ausfüllen (Sowislo et al., 2017). Die Vignetten beschrieben Szenarien mit

Bezug zu psychiatrischen Symptomen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) einer Person oder einer psychiatrischen Einrichtung, in die die Person eingewiesen wurde. Insgesamt lassen sich drei zentrale Erkenntnisse ableiten. Erstens: Die wahrgenommene Gefährlichkeit, die von Personen mit Symptomen einer psychischen Erkrankung ausgeht, war höher als die von Personen, die psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen. Dabei gab es Unterschiede je nach psychiatrischer Symptomatik: Jemand mit Alkoholabhängigkeit wurde als gefährlicher für sein Umfeld eingeschätzt als jemand mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zusätzlich spielte das Geschlecht eine Rolle: War die fiktive Person in der Vignette männlich, wurde ein potenziell fremdgefährdendes Verhalten als höher eingeschätzt. Zweitens hatte die Art der psychiatrischen Einrichtung einen Einfluss auf die wahrgenommene Gefährlichkeit: Die Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung eines Allgemeinspitals ging mit einer geringeren wahrgenommenen Gefährlichkeit einher als jene in eine forensische psychiatrische Klinik. Drittens ging eine höhere Vertrautheit mit psychiatrischen Erkrankungen (beispielsweise durch eigene Betroffenheit oder Erfahrungen aus dem Familien- und Freundeskreis) mit einer geringeren wahrgenommenen Gefährlichkeit einher.

Im Kanton Bern wurde die psychische Gesundheitskompetenz auf der Datengrundlage der Studie «Bern Epidemiological At-Risk (BEAR)» von Doll et al. (2022) und Osman et. al (2023) untersucht. Osman et. al (2023) betrachteten den Einfluss der psychischen Gesundheitskompetenz auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei entsprechenden Belastungen. In der Studie wurden zur Untersuchung der psychischen Gesundheitskompetenz Fallvignetten, die auf Depression oder Schizophrenie fokussierten, eingesetzt. Dabei wurde u. a. festgestellt, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Belastungen mit früheren Erfahrungen, insbesondere Kindheitstraumata, zusammenhängt: Teilnehmende, die bereits früher wegen psychischer Belastungen professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, waren später eher bereit, erneut professionelle Hilfe zu suchen.

Die Studie von Doll et al. (2022) berechnete zum ersten Mal in der Schweiz die Verbindung von psychischer Gesundheitskompetenz, Stereotypisierungen und Stigmatisierung in einem komplexen mathematischen Modell. Eine höhere psychische Gesundheitskompetenz ging dabei mit einem tieferen Wunsch der sozialen Distanzierung zu psychisch kranken Menschen sowie der Befürwortung eines biogenetischen Verständnisses als Erklärung für psychische Erkrankungen einher (d. h. psychische Krankheiten werden vorrangig auf biologische und genetische Ursachen zurückgeführt). Beide Studien betonten abschliessend die Notwendigkeit weiterer Forschung, welche Aspekte der Stigmatisierung und Stereotypisierung mit der psychischen Gesundheitskompetenz im Zusammenhang betrachtet. Die Studie von Doll et al. (2022, S. 482) geht davon aus, dass die psychische Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren «stetig zugenommen», die fehlende Hilfesuche und die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen sich aber weniger verbessert hat. Diese über die Jahre verbesserte psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung könne gemäss der Studie auf «Anti-Stigma- und Sensibilisierungskampagnen» (ebd.) zurückgeführt werden. Obwohl auch wir davon ausgehen,

dass verschiedene Kampagnen, z. B. «Wie geht's Dir» (Endes et al., 2023) und «Santépsy.ch» (Ettlin & Geiger, 2023) den offenen Diskurs über psychische Gesundheit in der Schweiz gefördert haben und dies ein Indiz für eine verbesserte psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung darstellen könnte, bleibt die Aussage von Doll et al. (2022) aufgrund fehlender Daten spekulativ und kann nicht abschliessend beurteilt werden. Die im vorliegenden Abschnitt erwähnten Studien bzw. Forschungserkenntnisse könnten unserer Meinung nach noch gezielter genutzt werden, um konkrete Massnahmen und Programme zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings zu lancieren (z. B. für präventive Kampagnen in Schulen oder Weiterbildungen im professionellen Bereich). Diese Forderung wurde zunehmend auch auf politischer Ebene geäussert, z. B. von Pro Juventute und einigen Jungparteien, die sich bezüglich der Gruppe der jungen Menschen «koordinierte Vorstösse in den kantonalen Parlamenten» wünschen.²

Studien im Schul- und Bildungssektor

Die psychische Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern wurde für die Schweiz erstmals im Rahmen der Studie «Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey» (Dey et al., 2018, 2019, 2020) mittels einer repräsentativen Stichprobe erhoben. Die Studie zeigte, dass 17- bis 21-jährige Schülerinnen und Schüler psychische Störungen der «Common Mental Health Disorders» häufig nicht mit passenden Fachbegriffen (z. B. depressiv) beschreiben konnten. Depression wurde von ca. 40% der Jugendlichen am häufigsten als solche erkannt, Schizophrenie jedoch nur von ca. 10% und soziale Phobien von weniger als ca. 10%. Ähnlich war dies in der Studie von Lauber et al. (2005) bei Studierenden, wobei die Symptome einer Depression häufiger erkannt wurden als diejenigen einer Schizophrenie (71% vs. 42%³). Sowohl bei Schülerinnen und Schülern (Dey et al., 2020) als auch bei Studierenden (Lauber et al., 2005) fiel es weiblichen Teilnehmenden leichter als männlichen, die jeweiligen Vignetten zu beschreiben. Im Schulkontext wiesen Dey et al. (2020) ausserdem darauf hin, dass die Schülerinnen und Schüler aber, auch wenn sie den Fachbegriff der jeweiligen psychischen Störung nicht kannten, ein relativ gutes Verständnis für die Person in der beschriebenen Vignette hatten und intuitiv wussten, wie den Betroffenen am besten zu helfen wäre. Die meisten Befragten (ca. 66%), insbesondere Schülerinnen, gaben an, dass sie Hilfe suchen würden, wenn sie ein Problem wie in den Fallvignetten beschrieben hätten. Ausserdem schätzten die Schülerinnen und Schüler die Nützlichkeit einiger Hilfestrategien zur Unterstützung

² Siehe Webseite von Pro Juventute; www.projuventute.ch/de/stiftung/aktuelles/multikrise, Stand: 23.07.2024

³ Die Prozentzahlen ergeben sich aus dem Durchschnitt aller abgefragten Items.

von Gleichaltrigen mit einer psychischen Belastung als wichtig ein (z. B. verständnisvolles Zuhören). Etwas über die Hälfte der Schülerinnen und Schüler erachtete es auch als wichtig, sich Hilfe zu suchen.

Die Befragten zeigten in verschiedenen Fragen stigmatisierende Einstellungen gegenüber den in den Fallvignetten beschriebenen Personen. Beispielsweise stimmten knapp 10% der Aussage zu, dass die Person in der Fallvignette sich «normal» verhalten könnte, wenn sie es nur wollte und durchschnittlich 5% der Befragten⁴ haben den Wunsch geäußert, sich von der Person in der Fallvignette distanzieren zu wollen. Sie würden die Person beispielsweise nicht zu sich nach Hause einladen wollen. Insgesamt kam die Studie zu folgendem Schluss: Die Befragten wiesen in gewissen Bereichen (z. B. Hilfe suchen, Einschätzung von Hilfestrategien) eine hohe psychische Gesundheitskompetenz auf, wohingegen in anderen Bereichen (z. B. Erkennung psychischer Störungen in den Fallvignetten) noch Verbesserungsbedarf bestand. Die Ergebnisse wiesen zudem zu einem «nicht unbedeutenden Masse» (ebd.) auf das Vorhandensein stigmatisierender Einstellungen bezüglich der Thematik hin. Teilnehmer zeigten insgesamt eine geringere psychische Gesundheitskompetenz und äusserten eher stigmatisierende Einstellungen im Vergleich zu den Teilnehmerinnen. Aus unserer Sicht sind die in der Studie erwähnten Kompetenzen, die einen präventiven Charakter haben, wie z. B. zu erkennen, ob es jemandem aus der Klasse schlecht geht und im richtigen Moment Hilfe zu organisieren, als wichtiger zu beurteilen als die Kompetenz, psychische Störungsbilder richtig zu erkennen. Denn es ist die Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen, die Diagnosen zu stellen.

Eine qualitative Studie, die ebenfalls im Schulsetting – mit 12- bis 19-jährigen Schülerinnen und Schülern – durchgeführt wurde, zeigte, dass die Interviewten insgesamt über eine «sehr vage» Vorstellung von psychischer Gesundheit berichteten (Chok et al., 2023). Zum Beispiel konnten die meisten Schülerinnen und Schüler keine einzige psychische Erkrankung benennen. Gefragt nach den Gründen, die die psychische Gesundheit beeinträchtigen könnten, nannten die Interviewten hingegen diverse Gründe. Die Schule wurde dabei als Quelle von Stressfaktoren mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit genannt. Die Corona-Pandemie, aber auch die Klimakrise haben dies gemäss der Selbstwahrnehmung der Befragten zusätzlich verstärkt und führten zu einer von den Interviewten als unstabil wahrgenommenen Zukunft. Ausserdem erzählten die Interviewten, dass ein schlechtes Körperbild ein grosses Problem für ihre psychische Verfassung sei und dass dieser Mechanismus durch soziale Netzwerke verstärkt werde (siehe Kapitel 7 Digitale Medien). Davon berichteten insbesondere die weiblichen Interviewten. Hingegen waren die Schülerinnen und Schüler der Ansicht, dass Freundschaften und allgemein soziale Beziehungen einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die psychische

⁴ Die Prozentzahlen ergeben sich aus dem Durchschnitt über alle abgefragten Items.

Gesundheit darstellen würden. Aufgrund des insgesamt vagen Verständnisses von psychischer Gesundheit kam die Studie zum Schluss, dass die psychische Gesundheitskompetenz wissenschaftlich weiter untersucht und im Schulsetting erhöht werden müsse.

Obwohl Schülerinnen und Schüler im Alter von 12 bis 21 Jahren nur eine sehr vage Vorstellung über psychische Gesundheit haben und psychische Störungen häufig nicht mit passenden Fachbegriffen wie «depressiv» beschreiben konnten, wissen sie intuitiv, wie sie einer Person, die von einer psychischen Belastung betroffen ist, am besten helfen können. Die Kompetenz des «Hilfe-Suchens» als Teilaspekt der psychischen Gesundheitskompetenz ist damit gut abgedeckt.

Die psychische Gesundheitskompetenz ist auch für Lehrpersonen sehr wichtig, da sie in der Lage sein sollten, zu beurteilen, ob es der Schülerschaft gut geht und ob beispielsweise ein psychischer Leidensdruck vorliegt. Wenn Schülerinnen und Schüler an ADHS, Depressionen oder psychischem Stress leiden, sind die Lehrpersonen gefordert. Sie sollten fähig sein, den Handlungsbedarf zu erkennen und Massnahmen zu ergreifen, d. h. das Gespräch mit Eltern zu suchen oder weitere Fachpersonen der schulischen Dienste beizuziehen. Um zu untersuchen, wie es um die professionelle psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen in der Schweiz steht, wurde u. a. von Robin et al. (2021, 2023) eine Studie durchgeführt. Untersucht wurde dabei die professionelle psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen im Hinblick auf psychische Belastungen von Schülerinnen und Schülern. Die Lehrpersonen gaben hierbei eine Einschätzung dazu ab, wie gut sie sich mit der psychischen Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler auskennen. Die in der Studie befragten Lehrpersonen schätzten ihre Fähigkeit, Informationen zum Thema zu finden und verstehen, (sehr) gut ein (52,9% bzw. 47,4%). Allerdings fiel es den Lehrpersonen um einiges schwerer, zu beurteilen, ob Informationen, die sie dazu gefunden hatten (z. B. Richtlinien im Umgang mit ADHS), auch korrekt waren (10,7%). Weiter war es für viele Lehrpersonen schwierig, aus diesen Beurteilungen konkrete Handlungen abzuleiten. Zudem war das Erkennen gewisser psychischer Störungen schwierig: So wurden u. a. Schwierigkeiten berichtet beim Erkennen der wichtigsten Warnsignale, die im Schulalltag auf eine Suizidalität oder eine Essstörung einer Schülerin oder eines Schülers hinweisen. Eine weitere Befragung von Lehrpersonen von Dey et al. (2022), die im Rahmen der «Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey» (Dey et al., 2020) durchgeführt wurde, kam zu ähnlichen Ergebnissen. Auch in dieser Befragung schätzen die Lehrpersonen ihrer professionelle psychische Gesundheitskompetenz selbst als sehr gut ein (durchschnittlich mit dem Wert 8 auf einer Skala von 0 «sehr schlecht» bis 10 «sehr gut»). Beim Beantworten von Fragen zu konkreten

Hilfestellungen zeigten Lehrpersonen allerdings Mühe, u. a., weil ihnen die Erfahrung im Umgang mit psychischen Störungen fehlte. Über beide Studien lässt sich insgesamt festhalten: Lehrpersonen schätzen ihre psychische Gesundheitskompetenz bezüglich der psychischen Belastungen der Schülerinnen und Schüler als sehr gut ein, aber es mangelte ihnen teilweise an konkreten Handlungskompetenzen. Den Lehrpersonen fiel es beispielsweise schwer, konkrete Anzeichen gewisser Belastungen zu erkennen. Wie tief das Verständnis der Lehrpersonen über konkrete Belastungen oder sogar Störungen sein muss, wurde von Robin et al. (2023) im Rahmen der Studie und darüber hinaus in Workshops mit pädagogischen Fachkräften diskutiert. Während die Pädagoginnen und Pädagogen sich eher davon abgrenzten, ein vertieftes Verständnis über Störungsbilder haben zu müssen, waren sie sich einig, dass es wichtig ist, Anzeichen von Belastungen bei Schülerinnen und Schülern erkennen und entsprechend handeln zu können (z. B. das Gespräch mit Eltern zu suchen oder Fachpersonen beizuziehen).

Weitere Studien zu psychischer Gesundheitskompetenz

Hengartner et al. (2012) und Des Courtis et al. (2008) untersuchten die psychische Gesundheitskompetenz in Bezug auf Schizophrenie bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz. Die Fallvignette (Schizophrenie) war 94,7% der Gesundheitsfachpersonen bekannt, die in insgesamt 32 Institutionen in der Deutschschweiz im Bereich psychische Gesundheit tätig waren (Psychiater, Psychologinnen, Sozialarbeiter, Betreuerinnen, Ärzte). Die Gesundheitsfachpersonen zeigten gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie allerdings ein hohes Mass an sozialer Distanz (Hengartner et al., 2012) und Stigmatisierung (Des Courtis et al., 2008). Die befragten Fachkräfte griffen insgesamt mit wenig Bedenken zu Medikamenten zur Behandlung einer Schizophrenie und waren auch bis zu einem gewissen Grad bereit, Nebenwirkungen aufgrund von medikamentösen Behandlungen zu akzeptieren. Trotz dieses Umstands empfahlen die Fachkräfte den Betroffenen auch soziale Interventionen und alternative Behandlungsstrategien. Die im Umgang mit Schizophrenie-Patientinnen und -Patienten niedrige psychische Gesundheitskompetenz (soziale Distanz, Stigmatisierung) und die darin enthaltene, mindestens partielle, negative Einstellung der Gesundheitsfachpersonen lässt Fragen offen. In einer Studie von Maier et al. (2015) mit Gesundheitsfachpersonen (Psychotraumatologen, Psychiaterinnen) in Zürich zeigten die Teilnehmenden z. B. eine positivere Einstellung, hier gegenüber Patientinnen und Patienten mit Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Dies galt insbesondere für ältere Teilnehmende und solche mit mehr Berufserfahrung.

Wang et al. (2013, 2014) haben als bisher Einzige in der Schweiz die psychische Gesundheitskompetenz in der spezifischen Bevölkerungsgruppe homosexueller Männer untersucht. Dabei fokussierten sie sich auf Depressionen, stellten den Männern Fragen zu ihrem psychischen Wohlbefinden und legten ihnen die Vignette einer schweren Depression vor.

Gemäss der Studie wies eine Minderheit der Männer (15,0%) selbst Zeichen einer schweren Depression auf. Die Vignette wurde von einem Grossteil der Gesamtbefragten (44,5%) und von noch mehr Personen (62,0%), die selbst die Symptome einer schweren Depression aufwiesen, erkannt. Weiter waren mehr als die Hälfte der Befragten (51,4%) der Meinung, dass homosexuelle Männer insgesamt anfälliger seien für Depressionen im Vergleich zu heterosexuellen Männern. Als mögliche Gründe dafür wurden Einsamkeit, Probleme in der Liebe oder Diskriminierung genannt. Die Mehrheit der Befragten (88,7%) erachteten Depressionen als heilbar. Ausserdem waren sie der Meinung, unbehandelte Depressionen würden sich mit der Zeit verschlimmern (79,8%). Die befragten Männer äusserten ausserdem einige Bedenken bezüglich Medikamente zur Behandlung einer Depression. Als häufigste Gründe wurden hierbei Nebenwirkungen (80,7%), die Persönlichkeit verändernde Effekte (63,4%) und eine potenzielle Abhängigkeit (66,5%) genannt. Psychologische (77,1%) und ärztliche (75,3%) Fachkräfte wurden von den Befragten als hilfreich eingeschätzt, wohingegen das «allein mit der Depression umgehen» als schädlich eingestuft wurde (55,0%). Der höchste Anteil der befragten Männer bewertete überdies auch nicht-medizinische Optionen wie einen engen Freund (91,6%), Entspannungsübungen oder Meditation (84,4%) und körperliche Aktivität (83,5%) als hilfreiche Massnahmen. Gemäss Wang et al. (2014) gab es viele Ähnlichkeiten zwischen der psychischen Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung und derjenigen der Bevölkerungsgruppe der homosexuellen Männer.

Obwohl ein direkter Vergleich aufgrund einer mangelnden Datenlage nicht möglich ist und es keine Vergleichsstudie gibt, vermuten wir – im Gegenzug zu der Annahme von Wang et al. (2014) –, dass die psychische Gesundheitskompetenz von homosexuellen Männern gegenüber heterosexuellen Männern tendenziell höher ist, weil sie sich eher stärker mit Fragen zur Identität, Sexualität und psychischer Gesundheit auseinandergesetzt haben und dies möglicherweise ihre psychische Gesundheitskompetenz gestärkt haben könnte.

6.4 Fazit

Aus diesen wenigen und sehr heterogenen Studien zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz kann gefolgert werden, dass sich die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung zwar der Relevanz der psychischen Gesundheit bewusst ist, es ihr jedoch an konkreten Handlungskompetenzen fehlt. Damit sind beispielsweise Kompetenzen gemeint, wie man psychische Gesundheit aktiv pflegen, sie entsprechend präventiv fördern oder aktiv professionelle Hilfe in Anspruch nehmen kann. Diese Schlussfolgerungen gelten sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für die einzelnen Bevölkerungsgruppen. Allgemein zeigt sich, dass Menschen, die bereits persönliche Erfahrungen mit psychischen Belastungen gemacht haben, sei es bei sich selbst oder in ihrem sozialen Umfeld, tendenziell eine höhere psychische Gesundheitskompetenz aufweisen. Sie sind eher bereit, anderen zu helfen und Personen mit psychischen Belastungen weniger zu stigmatisieren.

Im Zusammenhang mit den konkreten Handlungskompetenzen sind einige Hindernisse festzustellen: Die Vignettenforschung zeigt beispielsweise, dass manche Teilnehmende psychisch kranke Menschen als gefährlich einstufen oder den Wunsch einer sozialen Distanz zu ihnen äussern. Werden die hier dargelegten Studien zusammen betrachtet, kann einerseits festgestellt werden, dass Frauen über eine höhere psychische Gesundheitskompetenz verfügen als Männer. Dies scheint settingübergreifend und hinsichtlich mehrerer Aspekte zu gelten, d. h. sowohl für die Allgemeinbevölkerung, den Schul- und Bildungsbereich als auch für Gesundheitsfachpersonen. Homosexuelle Männer stellen hier jedoch eine Ausnahme dar. Frauen scheinen folglich eher bereit, über psychische Belastungen zu sprechen oder bei psychischen Belastungen Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ferner stigmatisieren sie psychisch erkrankte Menschen weniger stark. Diese Erkenntnisse sind vergleichbar mit Studien aus anderen Ländern, wie eine repräsentative Studie aus Deutschland zeigt (König et al., 2023). Nebst dem weiblichen Geschlecht und den persönlichen Erfahrungen gibt es weitere Indikatoren einer höheren psychischen Gesundheitskompetenz: Dies sind z. B. die Ausübung eines sozialen Berufs oder die Nähe zum Gemeindewesen.

Drei Studien (Ulshöfer et al., 2023, Lauber et al, 2003, Doll et al. 2022) erwähnen, dass die psychische Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung in den vergangenen Jahrzehnten stetig zugenommen hat. Für eine fundierte Einschätzung dieser Aussagen fehlt es unseres Erachtens jedoch noch an weiteren konkreten Analysen, die beispielsweise technologische (soziale Netzwerke), politische (Zu-/Abnahme der Anzahl an Initiativen und präventiven Massnahmen) oder gesellschaftliche Entwicklungen (z. B. Zu-/Abnahme der Anzahl medialer Diskurse) untersuchen.

Frauen haben tendenziell eine höhere psychische Gesundheitskompetenz als Männer. In der Schweiz konnte dies in verschiedenen Studien für verschiedene Bevölkerungsgruppen, etwa Schülern, Studentinnen, Gesundheitsfachpersonen sowie auch die Allgemeinbevölkerung, festgestellt werden.

6.5 Limitationen und Forschungsbedarf

Bei der Betrachtung dieser Übersicht zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz gilt es gewisse limitierende Aspekte festzuhalten.

Erstens fokussierten die meisten Studien auf das Wissen um psychische Gesundheit und weniger auf den Umgang mit Informationen zu psychischer Gesundheit und daraus abgeleitetes konkretes Verhalten bzw. Entscheidungen im Umgang damit. Somit wurden zentrale (Handlungs-)Kompetenzen und Aspekte der psychischen Gesundheitskompetenz nach dem umfassenden Verständnis von Kutscher et al. (2016) und Schneider et al. (2021) in der Mehrheit der Studien nicht berücksichtigt. Der Schwerpunkt der Erfassung der psychischen Gesundheitskompetenz ist gemäss den zitierten Studien eher auf der Ebene der Versorgung (z. B. Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und therapeutische Hilfesuche) und weniger auf der Ebene der Prävention (z. B. Erlernen von Kompetenzen im Umgang mit psychischer Gesundheit bzw. psychischem Wohlbefinden) angesiedelt (vgl. G6.1). Gerade diese präventiven Kompetenzen wären jedoch relevant, um aus den Studienergebnissen konkrete Handlungsempfehlungen und Massnahmen abzuleiten, wie beispielsweise präventive Kampagnen in Schulen oder Weiterbildungen im professionellen Bereich. Jorm (2020b) plädiert für einen Fokuswechsel von der psychischen Gesundheitskompetenz hin zu Handlungskompetenzen im Umgang mit psychischer Gesundheit.

Zweitens wurden Aspekte der Stigmatisierung im Zusammenhang mit Untersuchungen der psychischen Gesundheitskompetenz nur teilweise integriert. Einige der zitierten Studien äusserten den Bedarf, das Stigma, welches Personen aufgrund einer psychischen Belastung anhaftet, und seine Folgen genauer zu untersuchen. Darauf aufbauend, fehlt es auch an Empfehlungen für präventive Massnahmen, die aus der Empirie abgeleitet sind. Dey et al. (2020) äusserten einen Bedarf an «zielgruppenspezifischen Interventionen» im schulischen Bereich. Rössler (2016) betonte den Bedarf an Versorgung in der Psychiatrie: Im Rahmen verschiedener Teilprojekte des «Zürcher Impulsprogramms» (ZInEP) ergaben sich Hinweise auf Aspekte von Stigmen, die in zukünftige Interventionen einbezogen werden sollten, um Stigmen und ihre Folgen zu verringern. Im internationalen Kontext wiesen auch Thornicroft et al. (2022) in einem im «Lancet» publizierten Positionspapier auf die «schwerwiegenden Folgen» von Stigmatisierung und Diskriminierung hin. Eine Sensibilisierung und Bewusstmachung unbewusster Stigmatisierungsprozesse wäre demnach für die Entwicklung und Stärkung der *psychischen* Gesundheitskompetenz der Bevölkerung relevant.

Drittens wurde in der Schweiz bisher primär mit Depressions- und Schizophrenievignetten gearbeitet, andere Vignetten kamen selten vor. In der Regel war es so, dass Depressionsvignetten weniger gut als tatsächliche Erkrankungen erkannt wurden, als dies bei Schizophrenievignetten der Fall war. Dies könnte u. a. an den doch eher unverkennbaren Symptombeschreibungen der Schizophrenie (z. B. «hört Stimmen» etc.) gelegen haben.

Weiter wurden die Teilnehmenden in manchen Studien gebeten, eine Depression und eine Krise auseinanderzuhalten, was aufgrund einer ähnlichen Symptomatik (z. B. sozialer Rückzug, Traurigkeit) kaum trennscharf möglich ist. Dies könnte deshalb die Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Gesundheitskompetenz verfälscht haben.

Viertens wurde die psychische Gesundheitskompetenz meistens quantitativ gemessen. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war nur eine qualitative Studie zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz verfügbar (Chok et al., 2023). Qualitative Erhebungen erlauben es, spezifische Aspekte im Umgang mit psychischen Belastungen oder in Zusammenhang von Stigmatisierung und Stigmen (z. B. was bedeutet es für Betroffene, wenn man aufgrund seines psychischen Problems ausgegrenzt wird?) genauer zu beleuchten und daraus fokussierte Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmassnahmen zu entwickeln.

Fünftens und abschliessend besteht in der Schweiz insgesamt eine grosse Forschungslücke, was die psychische Gesundheitskompetenz betrifft. Dies wurde durch die Mehrheit der zitierten Studien ebenso festgehalten. So fehlen Studien zu spezifischen Bevölkerungsgruppen und bestimmten psychischen Störungsbildern (z. B. ADHS, Essstörungen). Beispielsweise fehlt es an Untersuchungen im Bereich von Unternehmen und Organisationen. Gerade die Erhebung der psychischen Gesundheitskompetenz von Führungskräften oder HR-Verantwortlichen wäre, aufgrund von diversen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz (Gesundheitsförderung Schweiz, 2022), hoch relevant. So geraten z. B. gerade Menschen mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz häufig in Schwierigkeiten, die auch ihren Arbeitsplatz gefährden könnten (Marelli & Baer, 2023). Gleichzeitig konnten Baer et al. (2018) in einer Untersuchung von Führungskräften in KMUs auch zeigen, dass diejenigen Führungskräfte, die selbst schon Gesundheitsprobleme hatten, auch häufiger Mitarbeitende mit Gesundheitsproblemen wahrnehmen. Ausserdem fehlt es an gesamtschweizerischen Studien, ggf. mit repräsentativen oder mindestens grösseren Stichproben. Die meisten Studien beziehen sich auf eher kleine Stichproben (vgl. dazu Tabelle T6.1) und wurden zudem in der Deutschschweiz durchgeführt: Es fehlt also auch an Studien zu regionalen Unterschieden in der Schweiz, die wiederum zur Entwicklung spezifisch regionaler Unterstützungsmöglichkeiten führen könnten. Schliesslich bedarf es ebenso weiterer Studien, die auf die psychische Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit der Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit fokussieren und weniger auf den Aspekt der Erkennung und Behandlung psychischer Krankheiten.

6.6 Literaturverzeichnis

- Baer, N., Schweighauser, C., Ettlin, P., Frei, A., Werner, F., Bonfadelli, L., & Frick, U. (2018). Bewahrung der Arbeitsfähigkeit kranker Mitarbeitender in KMU. *Soziale Sicherheit CHSS*, 4, 44–50.
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.-C. (2021). A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). <https://doi.org/10.16908/ISSN.1660-7104/323>
- Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, M., Schüpbach, S., & Frind, A. (2016). Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»: Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheit.
- Bigler, C., Pita, Y., & Amacker, M. (2024). Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Mandat für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2024-05/Bericht_2024-05_Psychische%20Gesundheit%20von%20jungen%20Frauen.pdf
- Bundesamt für Statistik BFS (2022). Behandlung von psychischen Störungen bei jungen Menschen, 2020 und 2021. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.23605658.html>
- Chok, L., Suris, J.-C., & Barrense-Dias, Y. (2023). Adolescents' mental health and emotional problems: A qualitative study in Switzerland. *Qualitative Research Journal*, 23(2), 181–190. <https://doi.org/10.1108/QRJ-08-2022-0115>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition. Sage: Thousand Oaks.
- De Gani, S., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. (2023a). Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht mit überarbeiteten Empfehlungen. Careum Stiftung.
- De Gani, S., Beese, A., Guggiari, E., Jaks, R. (2023b). Konzeptpapier zur Gesundheitskompetenz. Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz, Zürich. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern.
- Des Courtis, N., Lauber, C., Costa, C. T., & Cattapan-Ludewig, K. (2008). Beliefs about the mentally ill: A comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 20(6), 503–509. <https://doi.org/10.1080/09540260802565125>
- Dey, M., Marti, L., & Jorm, A. F. (2019). The Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey: Study methodology, survey questions/vignettes, and lessons learned. *The European Journal of Psychiatry*, 33(2), 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.12.001>
- Dey, M., Marti, L., & Jorm, A. F. (2022). Teachers' Experiences with and Helping Behaviour Towards Students with Mental Health Problems. *International Education Studies*, 15(5), 118. <https://doi.org/10.5539/ies.v15n5p118>
- Dey, M., Marti, L., & Vigeli, V. (2018). Schweizer Befragung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen zur psychischen Gesundheitskompetenz und Stigma. Erste Resultate zuhanden der an der Studie beteiligten Schulen – LANGVERSION (ISGF Bericht Nr. 390a/2018). Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235034>
- Doll, C. M., Michel, C., Betz, L. T., Schimmelmänn, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 474–486. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00842-5>
- Endes, S., Kraft, E., Lehmann, J., Büchler, S., & Manike, K. (2023). *Evaluation der Kampagne «Wie geht's dir?» 2018-2022*. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Ecoplan.
- Ettlin, R., Geiger, L. (2023). Report final. Évaluation de la campagne de santé psychique en Suisse. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Socialdesign.
- Goffmann, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster.
- Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y.-P., Rössler, W., & Gattaz, W. F. (2012). Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: A transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(4), 115–121. <https://doi.org/10.5167/UZH-64884>
- Jorm, A. F. (2020a). Eine Einführung in das Konzept Mental Health Literacy. In Bollweg, T.M., Bröder, J., & Pinheiro, P. (Hrsg.), *Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Gesundheit und Gesellschaft*. Springer VS.
- Jorm, A. F. (2020b). We need to move from 'mental health literacy' to 'mental health action'. *Mental Health & Prevention*, 18, 200179. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200179>

- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Hrsg.), *International Handbook of Health Literacy* (S. 53–66). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Jiao, Z. (1997). Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 468–473. <https://doi.org/10.1007/BF00789141>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kerry, M. J., Robin, D., Albermann, K., & Dratva, J. (2024). Measuring mental health action competencies in school teachers: Internal and external validity evidence. *Frontiers in Digital Health*, 6, 1257392. <https://doi.org/10.3389/fdgh.2024.1257392>
- König, L., Hamer, T., & Suhr, R. (2023). Die psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01079-8>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite – an online survey among university students. *BMC Public Health*, 5(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-44>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2000). Bürgerhilfe in der Psychiatrie: Determinanten von Einstellung und tatsächlichem Engagement. *Psychiatrische Praxis*, 27, 347–350.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2002). Determinants of Attitude to Volunteering in Psychiatry: Results of a Public Opinion Survey in Switzerland. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 209–219. <https://doi.org/10.1177/002076402128783253>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248–251. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0439-0>
- Lincoln, A. K., Arford, T., Doran, M. V., Guyer, M., & Hopper, K. (2015). A preliminary examination of the meaning and effect of limited literacy in the lives of people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 43(3), 315–320.
- Maier, T., Moergeli, H., Kohler, M., Carraro, G. E., & Schnyder, U. (2015). Mental health professionals' attitudes toward patients with PTSD and depression. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28693. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28693>
- Marelli, R., & Baer, N. (2023). Psychische Gesundheit und Arbeitsplatz: Welche Werkzeuge stehen Hausärzten zur Verfügung, um ihren Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz die Wiederaufnahme der Arbeit zu erleichtern? *Therapeutische Umschau*, 80(2), 55–60. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001409>
- Osman, N., Michel, C., Schimmelmann, B. G., Schilbach, L., Meisenzahl, E., & Schultze-Lutter, F. (2023). Influence of mental health literacy on help-seeking behaviour for mental health problems in the Swiss young adult community: A cohort and longitudinal case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(3), 649–662. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01483-9>
- Peter, C., Tuch, A., & Schule, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf
- Richner, D., Bernet, F., Ulshöfer, C. T., & Guggenbühl, L. (2021). *Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Robin, D., Albermann, K., & Dratva, J. (2023). Schulprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit. Die psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen als wichtiger Umsetzungsfaktor. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*, 18(1), 59–67. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-01008-1>
- Robin, D., Messerle, N., Mehdiyeva, R., Albermann, K., & Dratva, J. (2021). Schlussbericht. Psychische Gesundheitskompetenz von Lehr- und Betreuungspersonen: Eine Befragung von Lehr- und Betreuungspersonen im Hinblick auf psychische Belastungen, Störungen und Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern in Winterthur. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23295>
- Rössler, W. (2016). Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung. Analysen, Konzepte, Erfahrungen aus dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Schmid, H., Müller, B., & Gutmann, R. (2008). Luzerner Bündnis gegen Depression. Bestandesaufnahme 'Mental health literacy'. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.723900>
- Schnurr, S. (2003). Vignetten in quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns. In *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (S. 393–400).
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2023). Psychische Gesundheit Kennzahlen 2021 (2023 01; Obsan Bulletin). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Singh, I. (2005). Will the 'real boy' please behave: Dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *American Journal of Bioethics*, 5(3), 34–47. <https://doi.org/10.1080/15265160590945129>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sowislo, J. F., Gonet-Wirz, F., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2017). Perceived Dangerousness as Related to Psychiatric Symptoms and Psychiatric Service Use – a Vignette Based Representative Population Survey. *Scientific Reports*, 7(1), 45716. <https://doi.org/10.1038/srep45716>
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: Current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28(3), 238–242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Sweileh, W. (2021). Global research activity on mental health literacy. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00125-5>
- Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLOS ONE*, 17(7), e0271524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Ulshöfer, C., Richner, D., & Bernet, F. (2023). Faktenblatt 86: Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- von Kardorff, E., Harbusch, M., & Robin, D. (2025). Zur Gesellschaft der verletzten Seelen. Neue soziologische Perspektiven auf die Psychiatrie und die Subjekte. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-47031-9>
- Wang, J., Häusermann, M., Berrut, S., & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.011>
- Wang, J., Häusermann, M., & Weiss, M. G. (2014). Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men. *Journal of Affective Disorders*, 155, 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.001>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

07 Digitale Medien: Chancen und Gefahren für die psychische Gesundheit



Gregor Waller & Jael Bernath
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Michael P. Hengartner, Kalaidos Fachhochschule

Kernaussagen

- Forschung zu möglichen Auswirkungen digitaler Medien auf die psychische Gesundheit fokussiert stärker auf Risiken als auf Chancen. Es finden sich aber sowohl positive als auch negative Effekte.
- Digitale Medien können die psychische Gesundheit durch die Stärkung sozialer Beziehungen und den Zugang zu Informationen verbessern.
- Es sind viele Präventions-Apps zur psychischen Gesundheit verfügbar, doch nur wenige sind empirisch auf ihre Wirksamkeit hin überprüft worden.
- Digitale Teletherapie hat sich insbesondere bei Depressionen und Angststörungen als wirksam erwiesen, meist auf der Basis von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen.
- Der Zusammenhang zwischen digitaler Mediennutzung und psychosozialen Problemen wie Depressivität, Ängsten, Aggressivität oder Einsamkeit ist meist schwach. Auch ist der genau Ursache-Wirkungs-Zusammenhang nicht bekannt.
- Idealisierte Darstellungen von Lebenswelten in sozialen Netzwerken können sich negativ auf den Selbstwert und das Körperbild auswirken.
- ADHS und problematische Mediennutzung beeinflussen sich gegenseitig: ADHS erhöht das Risiko, eine problematische Mediennutzung zu entwickeln, gleichzeitig kann eine problematische Nutzung digitaler Medien ADHS-Symptome verstärken.
- Die Nutzung von Bildschirmmedien kurz vor dem Zubettgehen oder in der Nacht kann sich negativ auf die Schlafqualität und -dauer auswirken.
- Informationsüberflutung, Erreichbarkeitsstress oder FOMO (Fear of missing out = Angst, etwas zu verpassen) können Stress verursachen. Die Stärke der Effekte ist dabei sehr individuell.
- Cybermobbing, Hassrede, Cybergrooming und Sextortion sind problematische digitale Phänomene mit potenziell schwerwiegenden Folgen wie Depression, Angststörungen, Suizidgedanken oder sozialer Ausgrenzung. Die Häufigkeitsangaben dieser Phänomene sind je nach Studie sehr unterschiedlich; dies aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Messmethoden.
- Einige Menschen entwickeln ein süchtiges Nutzungsverhalten, welches Leidensdruck und psychosoziale sowie körperliche Beeinträchtigungen schafft.
- Derzeit basieren viele Studien auf Querschnittsanalysen, die keine Aussagen hinsichtlich Ursache und Wirkung zulassen. Zukünftig sind Langzeit- und experimentelle Studien notwendig, die nicht nur die Nutzungsdauer, sondern auch Inhalte, Konsummuster und individuelle sowie kontextuelle Faktoren umfassender untersuchen.

7.1 Einführung

Dieses Kapitel fokussiert auf die komplexen Wechselwirkungen zwischen digitalen Medien und psychischer Gesundheit. Digitale Medien sind alle Arten von Medien, die Informationen in digitaler Form speichern, verarbeiten und übertragen (Manovich, 2001). Sie umfassen eine Vielzahl von Plattformen, Geräten und Anwendungen, wie zum Beispiel Computer, Smartphones, Tablets, Fernseher, Radios, Online-Dienste, Apps, Soziale Netzwerke, Videoplattformen sowie auch Virtual-Reality- oder Augmented-Reality-Systeme.

Digitale Medien durchdringen unseren Alltag von Jahr zu Jahr stärker. Richtig eingesetzt, können sie unser Leben positiv beeinflussen und die psychische Gesundheit steigern (Fuhr et al., 2024). Sie erhöhen beispielsweise die Möglichkeit für soziale Kontakte und Unterstützung, gewähren Zugang zu Ideen und Wissen, auch in Bezug auf Gesundheitsinformationen (Chassiakos et al., 2016). Daneben wird eine inadäquate Nutzung digitaler Medien aber auch mit verschiedenen psychischen Problemen in Verbindung gebracht. Dazu zählen unter anderem exzessives Onlineverhalten («Onlinesucht») (Marciano et al., 2021; Trivedi et al., 2021), Einsamkeit und depressive Verstimmtheit in Zusammenhang mit der Nutzung sozialer Netzwerke (Huang, 2020), wie auch Stress (Shannon et al., 2021) oder ein vermindertes Selbstwertgefühl (Tiwari, 2023). Die aufgeführten Befunde deuten insgesamt darauf hin, dass digitale Medien das Potenzial haben, die psychische Gesundheit zu fördern, jedoch auch negative Folgen nach sich ziehen können. Dies gilt vor allem für vulnerablere Bevölkerungsgruppen wie Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (Nagar, 2023).

Dieses Kapitel stützt sich auf eine systematische Literaturrecherche von nationalen und internationalen Forschungsarbeiten, um als zentrale Fragestellung den möglichen Zusammenhang zwischen der Nutzung digitaler Medien und der psychischen Gesundheit zu beleuchten. Um die im Kapitel beschriebenen Befunde durch Beweismaterial zu stärken, wird, wo vorhanden, auf Längsschnittstudien, Metaanalysen und Übersichtsartikel zurückgegriffen. Solche Forschungsansätze bieten tiefgreifende Einsichten in die Stabilität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

7.2 Nutzung digitaler Medien

Kinder im Vorschulalter

Die repräsentativen Befunde der ADELE+-Studie zeigen (Bernath et al., 2020), dass Schweizer Haushalte, in denen Kinder im Vorschulalter leben, mit einem breiten Medienrepertoire ausgestattet sind. In den Kinderzimmern sind digitale Medien jedoch selten vorhanden, stattdessen finden sich dort vielmehr Musik-Player und Radios. Insgesamt erlauben Eltern ihren Kindern in der Regel nur eine zurückhaltende Nutzung digitaler Medien. Demgegenüber spielen klassische Medien wie Bücher, Radio und Fernsehen eine grössere Rolle in ihrem Alltag. Das Fernsehen ist dabei in dieser Altersgruppe das wichtigste Bildschirmmedium, 70% der Kinder schauen regelmässig fern. Die durchschnittliche täglich Bildschirmzeit für TV und Games beträgt pro Kind 56 Minuten. Es zeigt sich, dass Kinder aus bildungsferneren Haushalten mehr Zeit vor Bildschirmen verbringen als Kinder aus Familien mit einem formal höheren Bildungshintergrund. Die Medieninhalte, die Kinder am häufigsten nutzen, entsprechen grösstenteils ihrem Alter: Das gilt für Bücher, Fernsehprogramme oder Filme ebenso wie für Videospiele. Die Studie hebt hervor, dass die meisten Vorschulkinder wesentlich mehr Zeit mit nicht-medialen Aktivitäten wie Spielen, Sport oder kreativen Tätigkeiten verbringen, die mehr als das Fünffache der Bildschirmzeit ausmachen. Fast alle Haushalte legen Regeln für die Mediennutzung fest, sowohl bezogen auf die Zeit als auch auf die Inhalte, und viele Eltern begleiten ihre Kinder aktiv bei der Nutzung von Bildschirmmedien (Bernath et al., 2020).

Kinder im Primarschulalter

Die MIKE-Studie bietet Einblicke in das Freizeit- und Mediennutzungsverhalten von Primarschulkindern in der Schweiz (Suter et al., 2023). Ein wichtiger Befund ist, dass auch in diese Altersgruppe nonmediale Freizeitaktivitäten den Alltag prägen: Ein Drittel macht täglich Hausaufgaben oder spielt drinnen wie auch draussen. Im Bereich der Mediennutzung spielen traditionelle Medien wie Fernsehen und Musikhören eine grosse Rolle, wobei rund 80% der Kinder diese Medien mindestens einmal pro Woche nutzen. Besonders auffallend im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anstieg der Nutzung von Streaming-Diensten, insbesondere Netflix. YouTube ist ebenfalls sehr beliebt und wird von drei Vierteln der Primarschulkinder mindestens wöchentlich genutzt. Die Nutzung von Handys und Internet nimmt im Laufe der Primarschuljahre zu. Das Gamen ist besonders bei Knaben beliebt und stellt deren bevorzugte digitale Aktivität dar. Gegen Ende der Primarschulzeit nimmt auch die Nutzung sozialer Netzwerke und Messenger zu, wobei WhatsApp und TikTok die am häufigsten genutzten Plattformen sind. Primarschulkinder sammeln in der heutigen Medienwelt sowohl positive als auch negative Erfahrungen.

Fast 80% der Kinder haben im Internet bereits positive Inhalte erlebt, von denen sie etwas gelernt oder die sie fröhlich gestimmt haben. Angsteinflössende Inhalte (50%) oder Begegnungen mit nicht kindgerechten Inhalten (40%) sind aber auch keine Seltenheit. Hier zeigt sich die Wichtigkeit der Begleitung durch Erwachsene, um den Primarschulkindern eine sichere und verantwortungsbewusste Mediennutzung zu ermöglichen. Eltern spielen eine zentrale Rolle im Medienverhalten der Kinder, was sich auch darin zeigt, dass elterliche Mediengewohnheiten oft von den Kindern übernommen werden (Suter et al., 2023).

Eltern spielen eine zentrale Rolle im Medienverhalten der Kinder, da elterliche Mediengewohnheiten oft von den Kindern übernommen werden.

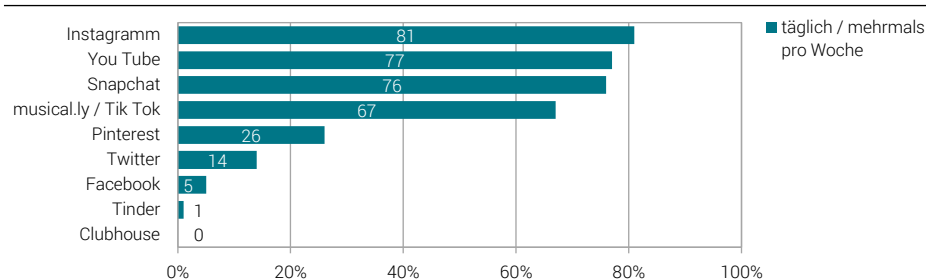
Jugendliche

Die JAMES-Studie liefert wichtige Erkenntnisse über die Mediennutzung von in der Schweiz lebenden Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 19 Jahren (Külling et al., 2022). Haushalte, in denen Heranwachsende leben, sind sehr breit mit unterschiedlichen Medien ausgestattet. Diese Ausstattung hat sich in den letzten Jahren stark verändert (Waller et al., 2021). Fast alle Jugendlichen besitzen ein eigenes Smartphone: ihr Zugangstor zur digitalen Welt. Auch die Internetnutzung ist ein fester Bestandteil ihres Lebens, wobei sie durchschnittlich über drei Stunden täglich online sind, mit einer Zunahme der Nutzungsdauer am Wochenende. Jugendliche aus Familien mit sozioökonomisch tieferem Status nutzen das Netz dabei intensiver als Heranwachsende aus sozioökonomisch besser gestellten Familien. Soziale Netzwerke spielen im Medienalltag von Jugendlichen ebenfalls eine zentrale Rolle. 98% verfügen mindestens bei einem Anbieter über ein Profil: Instagram, YouTube und Snapchat erfreuen sich grosser Beliebtheit (siehe G7.1). Bei neueren Netzwerken wie TikTok und Pinterest sind es die Mädchen, welche als erstes zu den neuen Plattformen wechseln und so den Trend setzen. Die Knaben folgen häufig mit etwas Verzögerung. In der Kommunikation dominiert der Messenger-Dienst WhatsApp, während Alternativen nur eine marginale Rolle spielen. Gaming ist vor allem bei Knaben sehr beliebt. Aber auch Mädchen werden von der Gaming-Industrie zunehmend als Zielgruppe entdeckt. Dies zeigt sich nicht zuletzt im vermehrten Auftreten weiblicher Charaktere in Games. Die Vorliebe der Jugendlichen für «Gratis-Spiele», die oft über In-App-Käufe monetarisiert werden, stellt einen weiteren wichtigen Trend dar. Diese Spiele sind zwar kostenlos herunterzuladen, können aber versteckte Ausgaben beinhalten, die junge Nutzende vor finanzielle Herausforderungen stellen können. Interessant ist auch, dass Jugendliche nicht nur allein spielen, sondern Gaming zunehmend als soziale Aktivität betrachten, bei der sie online mit anderen interagieren.

In Bezug auf Datenschutz und Privatsphäre macht sich etwa ein Viertel der Befragten Sorgen darüber, dass ihre persönlichen Informationen online sichtbar werden. Gleichzeitig ist der Gebrauch von Privatsphäre-Einstellungen rückläufig (Külling et al., 2022).

Nutzung von sozialen Netzwerken durch Jugendliche in der Schweiz, 2022

G 7.1



Quelle: ZHAW – James-Studie

© Obsan 2025

Erwachsene

Der IGEN-Digimonitor 2023 zeichnet ein detailreiches Bild der Mediennutzung von Erwachsenen in der Schweiz (Fischer, 2023). Internet und Fernsehen teilen sich dabei die Spitzenposition: Rund 95% nutzen das Internet (Latzer et al., 2023b), in 93% der Haushalte ist ein Fernsehgerät präsent (Fischer, 2023). 90% greifen auf digitale Plattformen zurück, um sich über aktuelle Nachrichten zu informieren. Online-Nachrichtenportale der klassischen Zeitungsmarken erfreuen sich grosser Beliebtheit. Die Internetnutzung für berufliche und private Zwecke beträgt pro Tag im Schnitt 5,6 Stunden und hat sich seit 2011 vervierfacht (Latzer et al., 2023a). Die meiste Zeit im Internet verbringen die 20- bis 29-Jährigen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 7,9 Stunden täglich. Ihnen folgen die 30- bis 49-Jährigen, die durchschnittlich 6,6 Stunden pro Tag online sind und die 50- bis 69-Jährigen mit 4,8 Stunden. Auch die mobile Internetnutzung ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Mittlerweile greifen 86% der Bevölkerung über ihre Mobiltelefone oder andere mobile Endgeräte auch unterwegs auf das Internet zu (Latzer et al., 2023b). Die erwachsene Bevölkerung spielt auch Videogames: rund 25% tun das täglich, bei den Männern sind es 31%, bei den Frauen 19% (Schuler, 2024).

Erwachsene sind im Schnitt über 6 Stunden pro Tag online.

Gesundheitstracking-Apps erfreuen sich in der Schweiz wachsender Beliebtheit: 53% der Internetnutzenden verwenden sie mittlerweile zur Selbstvermessung, beispielsweise um ihre Schritte zu zählen oder sportliche Aktivitäten aufzuzeichnen. Dieser Trend hat sich seit 2017 deutlich verstärkt, als nur 30% diese Apps nutzten (Latzer et al., 2023a). Die Digitalisierung prägt auch die Freizeitgestaltung: Mittlerweile wird ein Fünftel der Freizeit online verbracht (22%) und jedes zehnte Treffen im privaten Umfeld findet online statt (13%) (Latzer et al., 2023b). Soziale Netzwerke sind ebenfalls ein fester Bestandteil des digitalen Alltags, wobei Instagram mit 2,9 Millionen Nutzenden (42,2%) Facebook (2,8 Millionen Nutzende, 41,7%) als beliebteste Plattform in der Schweiz abgelöst hat (Fischer, 2023). TikTok wächst leicht und erreicht 1,1 Millionen Nutzende. In Bezug auf Altersunterschiede lässt sich festhalten, dass jüngere Menschen häufiger soziale Medien wie Instagram und TikTok nutzen, während ältere Menschen eher auf traditionelle Medien wie TV und Radio zurückgreifen. KI-Chatbots wie ChatGPT haben einen rasanten Aufstieg erlebt und werden in der Schweiz bereits von über einer Million Menschen eingesetzt, was 15% der Bevölkerung entspricht. Diese Entwicklung zeigt das wachsende Interesse an künstlicher Intelligenz und ihren Anwendungsmöglichkeiten im Alltag, wobei besonders junge Menschen und Personen in Ausbildung diese Technologie intensiv nutzen (Fischer, 2023). Die Internetnutzung in der Schweiz birgt auch Herausforderungen: 36% der Nutzenden geben an, mehr Zeit online zu verbringen, als ihnen lieb ist. Ein Viertel der Befragten (24%) glaubt sogar, durch die Internetnutzung wertvolle Zeit für wichtigere Dinge zu verlieren (Latzer et al., 2023b).

Seniorinnen und Senioren

Die Studie «Digitale Senioren 2020» beleuchtet die zunehmende Integration digitaler Medien in das tägliche Leben älterer Menschen in der Schweiz (Seifert et al., 2020). Die Ergebnisse zeigen, dass rund drei Viertel der über 65-Jährigen das Internet regelmässig nutzen. Diese Zahl stellt eine bedeutende Steigerung im Vergleich zur Erhebung von 2015 dar (56%). Täglich nutzen 60% der Internetanwenderinnen und -anwender das Netz, und weitere 27% sind mehrmals pro Woche aktiv. Auch zeigt sich, dass die Internetnutzung stark altersabhängig ist: Während fast alle Seniorinnen und Senioren zwischen 65 und 69 Jahren online sind, sinkt dieser Anteil bei den über 85-Jährigen auf unter 40%.

Drei Viertel der über 65-Jährigen nutzen das Internet regelmässig. Diese Zahl stellt eine bedeutende Steigerung im Vergleich zur Erhebung von 2015 dar (56%).

Die Untersuchung offenbart zudem weiterhin eine geschlechtsspezifische Kluft in der Internetnutzung. Während 84% der Senioren regelmässige Nutzer sind, trifft dies nur auf 67% der Seniorinnen zu. Diese Differenz hat in den letzten Jahren jedoch abgenommen. Personen mit höherer Bildung nutzen das Internet intensiver als jene mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Auch Seniorinnen und Senioren spielen Videogames: von den 65- bis 79-Jährigen machen das rund 24% täglich, von den über 80-Jährigen noch rund 17% (Schuler, 2024). Der Anstieg in der Nutzung mobiler Geräte wie Smartphones und Tablets ist besonders bemerkenswert. Die Verwendungshäufigkeit dieser Geräte hat sich fast verdoppelt: 2014 nutzten 32% der Seniorinnen und Senioren ein Smartphone, 2020 waren es bereits 69%. Ähnliches gilt für Tablets, deren Nutzung von 26% auf 43% gestiegen ist. Die Studie hebt auch die Bedeutung von Wearables wie Fitnessarmbändern (8%) oder Smartwatches (3%) hervor. Obwohl derzeit nur eine Minderheit der älteren Menschen in der Schweiz solche Geräte verwendet, bietet die Technologie grosses Potenzial. Dies gilt besonders im Bereich der Gesundheitsüberwachung und Gesundheitsförderung (Seifert et al., 2020).

7.3 Chancen digitaler Medien für die psychische Gesundheit

Die Forschung konzentriert sich aus verschiedenen Gründen stärker auf die Risiken digitaler Medien als auf deren Chancen. Zum einen ist es leichter, Forschungsgelder für Risiko-fokussierte Studien zu bekommen. Zum anderen werden Studien, die keine Probleme zeigen («Nullbefunde»), seltener veröffentlicht und weniger wahrgenommen («Publikationsbias», van Aert & Niemeyer, 2022). Trotzdem gibt es eine Reihe von positiven Befunden, die wir in diesem Kapitel aufführen.

Positive Effekte auf die psychische Gesundheit und erweiterte Lernerfahrungen durch digitale Medien

Wortschatzentwicklung

In einer Meta-Analyse stellten Mengguo et al. (2023) einen kleinen, aber positiven Zusammenhang ($r=0.23$) zwischen der Nutzung von Bildschirmmedien und der Wortschatzentwicklung bei Kindern bis 6 Jahren fest. Der Effekt zeigt sich sowohl in Bezug auf das Wortverständnis wie auch in Bezug auf die Wortproduktion. Der positive Zusammenhang nimmt mit dem Alter der Kinder zu. Interessanterweise zeigen sich keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, obwohl Mädchen in diesem Alter in der Regel eine schnellere Sprachentwicklung aufweisen (Leaper & Smith, 2004). Auch war der Effekt bei interaktiven Medien stärker als bei nicht-interaktiven. Ebenso fördern

digitale Bücher mit zusätzlichen Hintergrundinformationen und Erklärungen bei Kindern zwischen 1 und 8 Jahren ein tieferes Verständnis des Inhalts im Vergleich zu klassischen Papierbüchern (Furenes et al., 2021). Digitale Bücher sind effektiver für den Wortschatzerwerb als Papierbücher, insbesondere wenn sie ein Wörterbuch enthalten, das seltene Wörter und Ausdrücke definiert. Allerdings ist zu beachten, dass die Lernunterstützung durch Erwachsene beim Lesen von Büchern weiterhin einen Mehrwert bietet, der über die digitalen Erweiterungen hinausgeht (Furenes et al., 2021).

Soziale Netzwerke und Wohlbefinden

Soziale Netzwerke wie Facebook oder Instagram können bei angemessenem Nutzungsverhalten das Wohlbefinden von Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren positiv beeinflussen, wie eine Meta-Synthese von Shankleman et al. (2021) zeigt. Sie erleichtern den Aufbau und die Pflege von Beziehungen, bieten soziale Unterstützung und verstärken das Zugehörigkeitsgefühl. Jugendliche können ihre Identität ausdrücken und weiterentwickeln, was ihr Selbstwertgefühl steigern kann. Ebenso sind soziale Netzwerke das Tor zu einer breiten Palette an Informationen aus dem privaten Umfeld und ermöglichen den Zugang zu Bildungsinhalten, die das Lernen fördern und so zur intellektuellen Entwicklung beitragen können. Nicht zuletzt sind soziale Netzwerke eine Stütze, wenn es um die Bewältigung von negativen Emotionen geht oder sie heben – auch mit humorvollen Inhalten – die Stimmung (Butt, 2020; Drazenovic et al., 2023; Marciano et al., 2021; Shankleman et al., 2021). Übersichtsstudien weisen auch auf positive Effekte von sozialen Netzwerken bei Erwachsenen und Seniorinnen und Senioren hin (Chen et al., 2022; Kusumota et al., 2022). Die Netzwerke verbessern die Kommunikation über geografische Distanzen hinweg und fördern Unabhängigkeit und Selbstvertrauen durch stärkere soziale Teilhabe. Bei Seniorinnen oder Senioren, die allein leben, kann die Nutzung Depressivität verringern (Chen et al., 2022). Colombo-Ruano und Gonzalez-Gonzalez (2022) betonen zudem, dass soziale Netzwerke auch Lerninhalte für Seniorinnen und Senioren bereitstellen können. Ebenso verweisen die Autorinnen darauf, dass die Auseinandersetzung mit sozialen Netzwerken Menschen im fortgeschrittenen Alter kognitiv fit halten kann. Lei et al. (2024) heben hervor, dass ältere Erwachsene soziale Netzwerke anders nutzen als jüngere. Sie konzentrieren sich eher auf die Pflege enger Beziehungen, was sich positiv auf ihr psychosoziales Wohlbefinden auswirken kann.

Internetnutzung und psychische Gesundheit

Die Befunde rund um soziale Netzwerke werden von Aggarwal et al. (2020) auch in Bezug auf die allgemeine Internetnutzung von Seniorinnen und Senioren bestätigt. Zusätzlich wird der Zugang zu Informationen, zum Online-Shopping oder zu Bankgeschäften hervorgehoben: alle Aspekte, die zu einem Unabhängigkeitsgefühl und einer erhöhten Selbstwirksamkeit beitragen. In einer Längsschnittstudie von 2006 bis 2021, bei der über 2 Mio. Menschen im Alter von über 15 Jahren in 168 Ländern befragt wurden, zeigte sich, dass der Zugang zum Internet positiv mit psychischer Gesundheit zusammenhängt. Auch wenn man andere Faktoren wie Einkommen, Bildung, Beruf, Beziehungsstatus, grundlegende Bedürfnisse wie Essen und Trinken oder den Gesundheitszustand berücksichtigt, bleibt der Zusammenhang bestehen. Die Stärke dieses Zusammenhangs war jedoch schwach (Vuorre & Przybylski, 2024).

Videogames: Selbstwert, psychische Gesundheit und Wahrnehmungsaspekte

Aktiv-Videogames, die Bewegung fördern, verbessern gemäss Santos et al. (2021) sowohl die physische als auch psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie reduzieren den Body-Mass-Index (BMI), erhöhen das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit und fördern damit das psychische und soziale Wohlbefinden. In einer Meta-Analyse über 133 Studien fanden Bediou und Kollegen (2023) darüber hinaus einen starken positiven Zusammenhang zwischen dem Spielen von Action-Videogames und kognitiven Aspekten wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und räumlichem Denken.

Prävention und Gesundheitsförderung durch digitale Medien

Gesundheitsinformationen

Digitale Medien haben grosses Potenzial im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und werden bereits vielseitig eingesetzt. Sie sind in der Schweiz eine zentrale Informationsquelle für Gesundheitsthemen und Prävention. 55% der Erwachsenen nutzen laut De Gani et al. (2021) digitale Quellen für Gesundheitsinformationen, hauptsächlich Gesundheitsfachwebsites (61%) und offizielle Behördeninformationen (24%). Soziale Medien und Gesundheitsapps sind mit 8% weniger beliebt (Bühler & Hermann, 2022). Spezifische Daten für Jugendliche in der Schweiz fehlen. Studien aus anderen westlichen Ländern zeigen jedoch, dass vor allem soziale Netzwerke eine wichtige Informationsquelle für Gesundheitsthemen in der Adoleszenz darstellen (Park & Kwon, 2018). Digitale Quellen bieten kostengünstige und leicht zugängliche Gesundheitsinformationen, ermöglichen anonyme Recherchen zu sensiblen Themen und können Betroffene ermutigen, professionelle Hilfe in Anspruch zu

nehmen (Pretorius et al., 2019). Neben diesen Vorteilen stellt die unterschiedliche Qualität der Informationen eine Herausforderung dar. Vielen Personen fällt es aufgrund mangelnder digitaler Gesundheitskompetenz schwer, die Vertrauenswürdigkeit einer Quelle einzuschätzen (De Gani et al., 2021, siehe auch Kapitel 6 Psychische Gesundheitskompetenz).

Digitale Medien haben grosses Potenzial im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und werden bereits vielseitig eingesetzt.

Online-Communitys

Auch innerhalb von Online-Communitys findet ein Austausch von Gesundheitsinformationen und Erfahrungen statt. Er bietet vor allem marginalisierten Gruppen und Personen mit psychischen Erkrankungen wichtige Unterstützung durch Menschen mit ähnlichen Erfahrungen (Birnbaum et al., 2017; Byron & Hunt, 2017; Sweet et al., 2020). Persönliche Erfahrungsberichte über psychische Probleme erzielen auf Plattformen wie Instagram oder TikTok hohe Verbreitungsraten. Studien zeigen, dass die offene Kommunikation über psychische Erkrankungen auf sozialen Medien die Stigmatisierung der Betroffenen reduzieren kann (Zhang et al., 2024).

Gesundheits-Apps zur Gesundheitsförderung und Prävention

Das Angebot an Gesundheits-Apps, insbesondere für psychische Gesundheit, ist in den letzten Jahren in der Schweiz gestiegen. Etwa 30% der Erwachsenen nutzen gelegentlich solche Apps (De Gani et al., 2021). Die Nutzungshäufigkeit unter Jugendlichen ist nicht genau bekannt. Befragungen zeigen aber, dass 15- bis 49-Jährige bei psychischen Problemen häufiger auf digitale Ressourcen wie Podcasts und Apps zurückgreifen als Ältere (Ulshöfer et al., 2023). Eine qualitative Studie zeigt zudem eine hohe Bereitschaft unter Jugendlichen, digitale Tools zur psychischen Gesundheitsförderung zu nutzen (Hanimann et al., 2024).

Wearables wie Fitnessarmbänder und Smartwatches, die zum Beispiel die Schrittzahl erfassen, sind sehr beliebt. Wie eine Meta-Analyse zeigt, motivieren sie nicht nur zu mehr Bewegung, sondern verbessern auch die körperliche Konstitution und die Lebensqualität der Nutzenden (Ghahfarokhi et al., 2022). In den Bereichen Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit existiert zudem ein grosses Angebot an Apps zu Stressmanagement und Achtsamkeit. Eine Übersichtsarbeit bewertet die meisten dieser Apps als akzeptabel bis gut, zeigt jedoch, dass nur 9% wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit

geprüft sind (Paganini et al., 2023). In den wenigen Kontrollstudien mit zufällig zugeteilten Teilnehmenden («randomisiert kontrollierte Studien») zeigen sich bei App-Nutzenden Verbesserungen im Stresserleben, in der Selbstwirksamkeit und der Achtsamkeit.

Neben Stressmanagement-Apps gibt es viele zur Schlafvermessung oder -verbesserung. Studien wie von Doty et al. (2023) zeigen, dass die Apps durch auditive Reize die Zeit bis zum Einschlafen (Schlaflatenz) verkürzen können. Schlafracking-Apps messen Schlafdauer und Schlaflatenz zuverlässig, allerdings weniger genau die Schlafqualität (Reifman et al., 2024). Inwiefern die Selbstvermessung des Schlafes eine positive Wirkung auf das Schlafverhalten hat, ist noch wenig untersucht.

Digitale Medien gewinnen zunehmend auch an Bedeutung in der Prävention psychischer Erkrankungen wie Essstörungen, Depressionen und Angststörungen. Internet-basierte Massnahmen zeigen zwar durchschnittlich nur einen schwachen präventiven Nutzen und die Studienergebnisse sind gemischt sowie die Datenlage oft unzuverlässig (Edge et al., 2023; Sander et al., 2016). Speziell in der Vorbeugung diagnostizierbarer depressiver Episoden weisen Studien auf eine gewisse Wirksamkeit hin, deren Allgemeingültigkeit jedoch begrenzt ist (Ebert et al., 2017; Edge et al., 2023). Insgesamt legen vorhandene Untersuchungen zu Gesundheitsapps nahe, dass diese grosses Potenzial bieten, vor allem wegen ihrer einfachen Verfügbarkeit und Anwendbarkeit. Kritisch gesehen wird jedoch der oft mangelhafte Wirksamkeitsnachweis sowie die unzureichende Transparenz und Sicherheit im Umgang mit persönlichen Daten (Paganini et al., 2023).

Digitale Medien in der Therapie psychischer Erkrankungen

App- und Internet-basierte Therapieprogramme

Wartelisten für Therapieplätze sowie räumliche und zeitliche Herausforderungen machen digitale Therapiemethoden zu einer wichtigen Ergänzung traditioneller Therapieformen. Die Wirksamkeit von App- und Internet-basierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen zur Behandlung häufiger psychischer Störungen ist durch etliche randomisierte kontrollierte Studien (RCT) inzwischen ausreichend gut belegt (Etzelmueller et al., 2020; Hedman et al., 2012). Dies gilt besonders für Depressionen (Sztein et al., 2018) und generalisierte Angststörungen (Eilert et al., 2021). Sowohl geleitete als auch ungeleitete Therapieprogramme sind wirksam, wobei geleitete, die sporadischen Kontakt zu Therapierenden bieten, tendenziell bessere Ergebnisse zeigen (Karyotaki et al., 2021; Oey et al., 2023). Relativ robustes meta-analytisches Beweismaterial für die Wirksamkeit digitaler kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme gibt es zudem auch für Zwangsstörungen (Machado-Sousa et al., 2023), Schlaflosigkeit/Insomnie

(Zachariae et al., 2016), Panikstörungen (Polak et al., 2021), soziale Angststörungen (Guo et al., 2021) und Alkoholmissbrauch (Hadjistavropoulos et al., 2020). In den geprüften Patientenpopulationen scheint die geleitete Internet-basierte kognitive Verhaltenstherapie zudem etwa gleich wirksam zu sein wie die herkömmliche Therapie im persönlichen Setting (Hedman-Lagerlof et al., 2023; Moshe et al., 2021; Zhang et al., 2023). Die wissenschaftliche Fundierung, Nutzerfreundlichkeit und der Datenschutz bei ungeleiteten Selbsthilfe-Apps werfen jedoch Fragen auf (Huguet et al., 2016), weshalb bei der Nutzung solcher Apps Vorsicht geboten ist (Wright et al., 2019). Robustes Beweismaterial für die Wirksamkeit existiert vorrangig für kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme (Linardon et al., 2024). In jüngster Zeit zeigen auch psychodynamische Methoden vielversprechende Ergebnisse (Lindegard et al., 2020; Mechler et al., 2022, 2024). Dazu liegen jedoch weniger Studien vor und die Befunde beruhen auf einer geringen Anzahl von Personen, was nur zurückhaltende Schlussfolgerungen zulässt. Für die systemische oder humanistische Psychotherapie fehlt es weitgehend an wissenschaftlichen Belegen und Nachweisen.

Die Wirksamkeit von Apps und Internet-basierten Programmen ist durch zahlreiche Studien gut belegt. Dies gilt insbesondere bei Depressionen und Angststörungen.

Serious Games

Serious Games sind digitale Spiele, die speziell für Zwecke jenseits der reinen Unterhaltung entwickelt wurden. Sie werden zunehmend als vielversprechendes Instrument zur Unterstützung der psychischen Gesundheit erforscht. Diese Spiele zeigen Potenzial in der Behandlung und Prävention von psychischen Störungen wie Depression, Angst oder ADHS (Kowal et al., 2021) und können traditionelle Interventionsformen ergänzen. Die Games können helfen, kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeitskontrolle und kognitive Flexibilität zu verbessern. Eine Meta-Analyse ergab, dass Serious Games im Vergleich zu keiner Intervention eine moderate Verbesserung der Symptome bewirken können (Ho Ming Lau et al., 2017).

7.4 Risiken digitaler Medien für die psychische Gesundheit

Risiken für die psychische Gesundheit sowie soziale und kognitive Fähigkeiten

Viele Studien untersuchen, wie sich verschiedene Aspekte der Mediennutzung auf die psychische Gesundheit auswirken. Nach wie vor stützt sich der Erkenntnisstand in vielen Bereichen auf Querschnittstudien, die keine Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zulassen. Zudem steht oftmals die Nutzungszeit im Fokus, währenddem inhaltliche, kontextuelle und individuelle Aspekte noch zu wenig berücksichtigt werden.

Allgemeine psychische Belastungen

In den meisten Studien werden Indikatoren psychischer Belastung wie Ängste, Depressivität und Selbstunsicherheit berücksichtigt. Oftmals werden auch zusammenfassende Skalen zu emotionalen Problemen, psychopathologischer Symptomlast oder allgemeine Masse wie Lebenszufriedenheit und psychisches Wohlbefinden verwendet. Da diese Indikatoren stark zusammenhängen – auch mit der digitalen Mediennutzung – werden sie in diesem Kapitel gemeinsam behandelt. Der Zusammenhang zwischen digitaler Mediennutzung und Indikatoren allgemeiner psychischer Belastung ist über alle Studien gemittelt für alle Altersklassen schwach und mitunter inkonsistent (Orben & Przybylski, 2019; Eirich et al., 2022; Ferguson et al., 2022; Firth et al., 2024; Mallawaarachchi et al., 2022; Odgers & Jensen, 2020). Dies bedeutet, dass der Kausaleffekt, d. h. die ursächliche Wirkung, auf der Bevölkerungsebene nicht so stark ist, dass sich dies mit den gängigen Forschungsmethoden zuverlässig abbilden lassen würde. Denn diese Methoden umfassen hauptsächlich querschnittliche Beobachtungsstudien und betrachten oft nur die Bildschirmzeit als Risikofaktor (Ferguson et al., 2022; Odgers & Jensen, 2020; Orben, 2020). Beweiskräftiger sind experimentelle Studien, welche die Auswirkungen reduzierter Nutzungsdauer oder Abstinenz gewisser Apps messen. Diese Studien finden mehrheitlich heraus, dass eine reduzierte Nutzungsdauer oder Abstinenz sozialer Medien, aber insbesondere ein bewusster und reflektierter Umgang, die psychische Gesundheit in verschiedenen Bereichen wie Ängstlichkeit, Depressivität oder Selbstunsicherheit erhöht (Plackett et al., 2023). Im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass digitale Medien sich überwiegend negativ auf das sozio-emotionale Wohlbefinden auswirken, und dass weniger bzw. eine bewusstere und vernünftige Beschäftigung mit ihnen die psychische Gesundheit verbessert. Bis auf den Bereich Depressivität sind aber auch hier die Befunde weder robust noch konsistent. Die meisten Stichproben sind selektiv und nicht repräsentativ (überwiegend studentische Populationen), und die Studienqualität wird meist als schwach bewertet (Plackett et al., 2023).

Es gibt zahlreiche Studien, die einen schwachen Zusammenhang («Korrelation») zwischen digitaler Mediennutzung und sozioemotionalen Problemen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufzeigen. Jedoch bleibt unklar, ob die Mediennutzung diese Probleme verursacht, ob die Probleme zu exzessiver oder problematischer Nutzung führen (und falls ja, bei wem und wie stark) oder ob eine Scheinkorrelation durch unerklärte Drittfaktoren – wie Ausgrenzung oder Schikane in der Schule – besteht. Die Forschung muss daher differenzierter betrachtet werden, um diese Zusammenhänge zu klären (Firth et al., 2024; Odgers & Jensen, 2020; Orben, 2020). In Fachkreisen werden folgende zwei Faktoren als besonders bedeutsam erachtet (Firth et al., 2024; Orben, 2020; Prinstein et al., 2020):

1. **Konsummuster** bzw. die Art der **konsumierten Inhalte** im Gegensatz zur blossen Nutzungsdauer (z. B. primär sozialer Informationsaustausch vs. Konsum zur Unterhaltung oder Ablenkung; Kreierung selbstinszenierender Inhalte vs. informationsvermittelnder Inhalte; Konsum gewaltverherrlichender, sexistischer, oder rassistischer Inhalte vs. Konsum unproblematischer Inhalte).
2. **kontextuelle, soziale und individuelle Merkmale**, welche den Einfluss digitaler Medien auf die psychische Gesundheit moderieren (z. B. akute emotionale Belastung oder Stress als Vulnerabilitätsfaktoren; Konflikte in der Schulklasse, unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale als Verstärker negativer Gefühle; spezifische Entwicklungsübergänge als sensible Zeitfenster).

Mögliche Moderatoren sind zudem Alter und Geschlecht. So fand eine umfangreiche längsschnittliche Analyse, dass der Zusammenhang zwischen Gebrauch sozialer Medien und reduzierter Lebenszufriedenheit in der Jugend besonders ausgeprägt war (Orben et al., 2022, siehe auch Mader et al., 2025). Ebenso zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Jugendalter. Bei weiblichen Jugendlichen sagte eine intensivere Nutzung sozialer Medien prospektiv, d. h. über die nächsten 12 Monate, im Alter von 11 bis 13 sowie wieder im Alter von 19, eine Reduktion in der Lebenszufriedenheit voraus. Dies galt bei männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 15 und ebenfalls im Alter von 19 (Orben et al., 2022).

Die Forschung zu unterschiedlichen Medieninhalten und Konsummustern ist qualitativ oft unzureichend und es mangelt an aussagekräftigem Beweismaterial. Lange konzentrierte sie sich zudem vorrangig auf gewalthaltige Inhalte, insbesondere Videospiele, wobei angenommen wurde, dass deren Konsum zu erhöhter Aggression und Gewalt führt (Anderson et al., 2010, 2017; Huesmann, 2007). Doch wird auch dieser Kausaleffekt immer wieder angezweifelt oder als vernachlässigbar betrachtet, da die Nutzung gewalthaltiger Videospiele in Beobachtungsstudien in natürlicher Umgebung kaum signifikante Unterschiede in Aggressivität und Gewalttätigkeit erklärt (Ferguson, 2015; Ferguson & Kilburn, 2010). Auch wurde inzwischen aufgezeigt, dass ein möglicher Zusammenhang durch selektives Veröffentlichen und fragwürdige Forschungspraktiken (z. B. statistische Modelle so lange anpassen und wiederholen, bis sie die erhofften Resultate zeigen) aufgebläht wurde und zu falsch-positiven Befunden geführt hat (Ferguson, 2020).

Selbstwert und Körperbild

Durch Medien transportierte Idealbilder, z. B. in Zeitschriften, Fernsehen oder im Internet, können sich negativ auf den Selbstwert und das Körperbild von Personen auswirken (Holland & Tiggemann, 2016). Ergebnisse aus korrelativen und längsschnittlichen Studien sind heterogen. Dies macht deutlich, dass es sich um einen komplexen Zusammenhang handelt, dessen Stärke und Richtung durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird (Cingel et al., 2022). Mitentscheidend ist zum einen die Nutzungsintensität. So geht eine exzessive Nutzung mit geringerem Selbstwert einher (Lai et al., 2023). Daneben spielt die Art der Nutzung und die Beschaffenheit der konsumierten Inhalte eine Rolle (Valkenburg, Pouwels, et al., 2021). Beiträge auf sozialen Netzwerken zeigen oftmals positiv verzerrte Lebensrealitäten und realitätsfremde Schönheitsideale. Vergleiche mit kaum zu erreichenden Idealbildern können sich negativ auf den Selbstwert auswirken (Verduyn et al., 2020). Hingegen haben positive soziale Interaktionen und Anerkennung (z. B. in Form von Likes) eine selbstwertstärkende Wirkung. Auch das Anschauen und Verwalten des eigenen Profils wird mit erhöhter Selbstreflexion und positiven Effekten auf den Selbstwert in Verbindung gebracht (Krause et al., 2021).

Wie sich die Nutzung sozialer Netzwerke auf den Selbstwert auswirkt, scheint auch stark von individuellen Unterschieden und Empfindsamkeiten abhängig zu sein (Valkenburg, Beyens, et al., 2021). In einer Längsschnittstudie wurde bei 13- bis 15-jährigen Jugendlichen während drei Wochen mehrmals täglich die Nutzung sozialer Medien und der Selbstwert erhoben. Sie zeigte, dass bei der Mehrheit der Heranwachsenden (88%) kein Zusammenhang zwischen der Social-Media-Nutzung und ihrem Selbstwert besteht, während bei 4% positive und bei 8% negative Effekte zu beobachten sind.

Medial vermittelte Idealbilder können sich negativ auf Selbstwert und Körperbild auswirken.

Unrealistische Schönheitsideale und soziale Vergleichsprozesse spielen auch bei der Entstehung und Veränderung des Körperbilds eine Rolle. Übersichtsarbeiten finden einen Zusammenhang zwischen der Nutzung sozialer Netzwerke und negativem Körperbild sowie problematischem Essverhalten (Mingoia et al., 2017; Saiphoo & Vahedi, 2019; Thompson & Harriger, 2023). Dieser Zusammenhang zeigt sich stärker bei bildbasierten Plattformen, wie z. B. Instagram und Snapchat, als bei Plattformen, in denen Textinhalte stärker vertreten sind (z. B. Facebook oder Twitter/X, Sharma & Vidal, 2023; Vandembosch et al., 2022). Eine Nutzung sozialer Medien, die darauf abzielt, Aufmerksamkeit zu erregen, scheint die Selbstobjektivierung zu verstärken. Selbstobjektivierung bezieht sich auf den Prozess, bei dem Menschen sich selbst vorrangig aus der Perspektive der

Aussenwelt betrachten und bewerten, meist mit Fokus auf das eigene Erscheinungsbild. So zeigen Studien, dass fotobasierte Aktivitäten, wie das Betrachten von Bildern (Mingoia et al., 2017), aber auch das Erstellen (Salomon & Brown, 2021) und Bearbeiten (Tiggemann et al., 2020; Wang et al., 2021) eigener Selfies mit einer verstärkten Selbstobjektivierung und negativem Körperbild in Verbindung stehen. Der Einfluss idealisierter Bilder auf das Körperbild und Essverhalten ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Zum einen scheint das Alter eine Rolle zu spielen. Insbesondere Jugendliche werden als vulnerabel für negative Auswirkungen der Social-Media-Nutzung auf das Körperbild gesehen, da die Adoleszenz für die Entwicklung des Selbst- und des Körperbildes eine sensible Phase darstellt (Rodgers & Rousseau, 2022). Auch lässt die aktuelle Forschung vermuten, dass Mädchen stärker von negativen Effekten betroffen sind als Jungen (Salomon & Brown, 2019; Thelwall & Vis, 2017). Es muss betont werden, dass sich bisherige Forschung zu Social Media und Körperbild hauptsächlich auf Mädchen und junge Frauen konzentrierte. Neuere Studien zeigen jedoch, dass auch bei Jungen (Jarman et al., 2021; Rodgers et al., 2020) und Männern (Tiggemann & Anderberg, 2020) ein Zusammenhang zwischen Social-Media-Nutzung und geringerer Körperzufriedenheit besteht, meist durch die Internalisierung von sportlichen und muskulösen Idealbildern.

Als Gegentrend zu den verbreiteten Idealbildern auf sozialen Netzwerken versteht sich die Bodypositivity-Bewegung. Sie hinterfragt unrealistische Schönheitsideale, fördert die Akzeptanz und Wertschätzung verschiedener Körperformen und ermutigt zu mehr Diversität (Cohen, Irwin, et al., 2019). Einzelne Längsschnittstudien deuten darauf hin, dass das Betrachten von Bodypositivity-Inhalten mit einer höheren Körperzufriedenheit einhergeht (Fioravanti et al., 2023; Stevens & Griffiths, 2020). Eine experimentelle Studie mit jungen Frauen zeigt jedoch auch, dass Bodypositivity-Bilder zu einer stärkeren Selbstobjektivierung führen, im Vergleich zu Bildern ohne Menschen (Cohen, Fardouly, et al., 2019). Um zu klären, unter welchen Bedingungen Bodypositivity-Inhalte die Körperzufriedenheit von Nutzenden verbessern oder aber den Fokus auf das eigene Aussehen noch weiter verstärken, werden weitere Untersuchungen benötigt.

Schlaf

Der Zusammenhang zwischen der Nutzung digitaler Medien und Schlaf wurde bereits intensiv beforscht. Verschiedene Übersichtsarbeiten finden negative Zusammenhänge zwischen der Bildschirmnutzung und Schlaf, insbesondere bei Kindern (Merin et al., 2024), Jugendlichen (de Sa et al., 2023; Kokka et al., 2021; Yu et al., 2024) und jungen Erwachsenen (Brautsch et al., 2023). Die Handynutzung (de Sa et al., 2023) die Social-Media-Nutzung (Yu et al., 2024) und das Gamen (Kemp et al., 2021) werden mit kürzerem Schlaf und schlechterer Schlafqualität in Verbindung gebracht. Eine Meta-Analyse berechnet eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen der täglichen Handynutzungszeit und schlechterer Schlafqualität (Chu et al., 2023). Während viele Studien bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden, existiert deutlich weniger Forschung mit Erwachsenen. Eine Metaanalyse, die auch Studien mit Erwachsenen einschliesst, zeigt jedoch, dass Zusammenhänge zwischen intensiverer Bildschirmnutzung und schlechterer Schlafqualität in allen Altersgruppen zu finden sind (Han et al., 2024). Studien, welche die Tageszeit der Bildschirmnutzung berücksichtigen, finden Hinweise, dass sich insbesondere die abendliche Mediennutzung, bzw. die Nutzung kurz vor dem Schlafen oder in der Nacht, negativ auf den Schlaf auswirkt (Burnell et al., 2024; Foerster et al., 2019; Lemola et al., 2015; Perrault et al., 2019). In einer Studie mit Schweizer Jugendlichen hatte die Reduktion der Bildschirmzeit nach 9 Uhr abends eine längere Schlafdauer und erhöhte Wachheit am Tag zur Folge (Perrault et al., 2019).

Untersuchungen zeigen, dass durch die Nutzung digitaler Medien, insbesondere vor dem Schlafengehen, die Schlafqualität negativ beeinflusst werden kann.

Verschiedene Faktoren werden diskutiert, die für den Zusammenhang zwischen der Nutzung von Bildschirmmedien und der Schlafqualität und -quantität verantwortlich sein könnten. So kann die abendliche Mediennutzung einerseits die Einschlafzeit hinauszögern. Zudem zeigen Experimentalstudien, dass sich das blaue Licht von Bildschirmen hemmend auf die Melatonin-Ausschüttung auswirkt, so den Schlaf-Wach-Rhythmus stören und das Einschlafen erschweren kann (Chinoy et al., 2018; Grønli et al., 2016). Und zuletzt wird auch vermutet, dass die Nutzung digitaler Medien das psychische und physiologische Erregungsniveau erhöhen und so zu Einschlafschwierigkeiten sowie schlechterer Schlafqualität führen kann. Die gilt besonders bei der Nutzung interaktiver Medien wie Social Media oder Kommunikationsapps (Brautsch et al., 2023).

Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass Schlafmangel und schlechte Schlafqualität negative Effekte der digitalen Mediennutzung auf die psychische Gesundheit verstärken. Beeinträchtigter Schlaf erweist sich als Mediator zwischen digitaler Mediennutzung und beeinträchtigter psychischer Gesundheit bei Jugendlichen (Alonzo et al., 2021) oder kognitiven Schwierigkeiten bei Vorschulkindern (Merin et al., 2024).

Stress

Digitale Medien können beim Umgang mit Stress als Ressource dienen, indem sie z. B. soziale Unterstützung bieten oder zur Entspannung beitragen (siehe Abschnitt 7.3). Gleichzeitig kann die intensive Internetnutzung aber auch mit erhöhtem Stresserleben einhergehen. Digitaler Stress kann einerseits durch die Flut an Informationen entstehen, mit denen man im Internet oder durch persönliche Benachrichtigungen (Mails, Messenger, Benachrichtigungen etc.) konfrontiert wird. Informations- und Kommunikationsüberflutung im beruflichen (Reinke & Chamorro-Premuzic, 2014) sowie privaten Kontext (Reinecke et al., 2017) gehen mit einem erhöhten Stresserleben einher und werden mit niedrigerem psychischem Wohlbefinden in Verbindung gebracht (LaRose et al., 2014; Matthes et al., 2020; Reinecke et al., 2017). Eine Studie aus Deutschland (Reinecke et al., 2017) findet im Zusammenhang zwischen Kommunikationsbelastung und Stress altersspezifische Unterschiede. Bei älteren Internetnutzenden geht erhöhte Kommunikationsbelastung (z. B. E-Mail, Nachrichten, etc.) stärker mit empfundenem Stress einher als bei jüngeren. Neben der Belastung durch die grosse Menge an Informationen und Benachrichtigungen kann auch der subjektiv empfundene soziale Druck, über digitale Kanäle ständig erreichbar sein zu müssen, zu einem erhöhten Stresserleben beitragen. Erreichbarkeitsstress geht mit Schuldgefühlen und Ängsten einher (Hall et al., 2021; Khetawat & Steele, 2023). In einer Studie zeigt sich bei Jugendlichen ein stärkerer Zusammenhang von Erreichbarkeitsstress mit Angst- und Depressionssymptomen als bei Erwachsenen (Hall et al., 2021). Fear of missing out (FOMO) ist eine weitere Komponente, die mit digitalem Stress in Verbindung gebracht wird und im Kontext der Social-Media-Nutzung eine Rolle spielt. FOMO beschreibt die Angst, eine lohnende Erfahrung zu verpassen und kann durch die Nutzung sozialer Medien und die Konfrontation mit Beiträgen, in denen andere ihr Leben als besonders aufregend und erfüllend darstellen, verstärkt werden (Wolfers & Utz, 2022). FOMO geht neben erhöhtem Stress mit einer intensiveren Nutzung von Social Media einher (Fioravanti et al., 2021). Zudem finden gewisse Studien einen Zusammenhang von FOMO und verstärkten Gefühlen von Einsamkeit sowie sozialer Isolation (Bonfanti et al., 2023).

Sprachliche und kognitive Fähigkeiten

Kinder kommen heute bereits früh in den Kontakt mit digitalen Medien. Die Frage, ob und wie digitale Medien die Entwicklung von sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten beeinflussen, wird intensiv diskutiert. Studien in diesem Bereich sind jedoch mehrheitlich korrelativ und liefern widersprüchliche Ergebnisse. Verschiedene Studienautorinnen und -autoren vermuten, dass die Auswirkungen digitaler Medien auf sprachliche und kognitive Fähigkeiten weniger von der Nutzungsdauer, sondern stärker von inhaltlichen sowie kontextbezogenen Aspekten abhängen (Anderson & Subrahmanyam, 2017; Guellai et al., 2022). So wird insbesondere das Video- und Fernsehen mit schlechteren Sprachfähigkeiten in Verbindung gebracht (Madigan et al., 2020), während für interaktivere Bildschirmtätigkeiten, wie z. B. die Nutzung von Touchscreen-Geräten, zum Teil auch positive Zusammenhänge mit verschiedenen sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten berichtet werden (Herodotou, 2018). Weiter spielt die Qualität der konsumierten Inhalte und der soziale Kontext eine wichtige Rolle (Madigan et al., 2020). Die Präsenz eines Elternteils bei der Mediennutzung stellt einen moderierenden Faktor dar und scheint potenziell negativen Effekten entgegenzuwirken. Grundsätzlich fehlen in diesem Bereich jedoch Längsschnitt- und Experimentalstudien, die Aufschluss über die Ursache und Wirkung möglicher Zusammenhänge geben würden.

Aufmerksamkeit und ADHS

Neben Auswirkungen auf die kognitive und sprachliche Entwicklung untersuchen viele Studien die Zusammenhänge zwischen der Bildschirmzeit und der Aufmerksamkeit bei Kindern und Jugendlichen. Übersichtsarbeiten stellen fest, dass höhere Bildschirmnutzungszeiten mit schlechteren Aufmerksamkeitsfähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Zusammenhang stehen (Firth et al., 2024; Nikkelen et al., 2014; Santos et al., 2022). Neben Aufmerksamkeitsproblemen wird die Nutzung digitaler Medien auch mit einer erhöhten Hyperaktivität und Impulsivität – den anderen beiden Kernsymptomen von ADHS – in Verbindung gebracht. Ergebnisse aus Metaanalysen bringen insbesondere die problematische Nutzung (siehe weiter unten) verschiedener digitaler Medien mit ADHS-Symptomen in Verbindung (Augner et al., 2023; Ho et al., 2014; Wang et al., 2017; Werling et al., 2022). Ein Zusammenhang zwischen problematischer Mediennutzung und ADHS zeigt sich sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen (Augner et al., 2023; Moshel et al., 2023). Dabei deuten Ergebnisse aus einer Meta-Analyse auf stärkere Zusammenhänge im Erwachsenenalter hin (Augner et al., 2023). Die problematische Nutzung digitaler Medien gilt als eine häufige Begleiterkrankung von ADHS (Michael & Seymour, 2023). Eine Meta-Analyse stellt bei Personen mit problematischer Internetnutzung eine dreifach erhöhte Prävalenz von ADHS fest, im Vergleich zu

gesunden Personen (Wang et al., 2017). Längsschnittstudien deuten darauf hin, dass sich ADHS und problematische Nutzung digitaler Medien gegenseitig beeinflussen (Thorell et al., 2022). Einerseits erweist sich, dass ADHS eine problematische Mediennutzung vorhersagt. Es wird vermutet, dass digitale Medien für Menschen mit ADHS besonders attraktiv sind, da sie deren verstärktes Bedürfnis nach starker Erregung und sofortiger Belohnung befriedigen. Zudem dienen digitale Medien ADHS-Betroffenen möglicherweise auch als Bewältigungsstrategie, um mit Frustrationen, die sie im sozialen, schulischen oder beruflichen Kontext erleben, umzugehen (Melodia et al., 2022). Andererseits kann eine problematische Internetnutzung auch ADHS-Symptome verstärken. Dies könnte durch spezifische Eigenschaften digitaler Medien zustande kommen, oder auch indirekt durch Auswirkungen der Mediennutzung z. B. auf den Schlaf oder soziale Beziehungen (Thorell et al., 2022).

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen problematischer Mediennutzung und ADHS-Symptomen, der wechselseitig ist.

Selbstdiagnosen

Die wachsende Verbreitung von Beiträgen zur psychischen Gesundheit auf sozialen Netzwerken zeigt, dass nicht nur geschönte Realitäten präsentiert, sondern auch schwierige Themen angesprochen werden. Nutzende teilen eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und geben Tipps zur psychischen Gesundheit (Corzine & Roy, 2024). Dies kann positive Auswirkungen haben, in dem dadurch das Bewusstsein für psychische Erkrankungen in der Gesellschaft steigt, der Stigmatisierung entgegengewirkt wird und Betroffene in Online-Communitys soziale Unterstützung erhalten (siehe Kapitel 6 Psychische Gesundheitskompetenz). Solche Beiträge können jedoch, durch eine vereinfachte und inadäquate Darstellung psychischer Erkrankungen, zu einer nachteiligen Überidentifikation mit einer Erkrankung und zu falschen Selbstdiagnosen beitragen (David & Deeley, 2024). Beispielsweise haben sich in den vergangenen Jahren Videos auf YouTube, Instagram und TikTok stark verbreitet, in denen Personen angeben, am Tourette-Syndrom zu leiden. Dabei handelt es sich um eine neuropsychiatrische Erkrankung, bei der sowohl motorische als auch vokale Tics chronisch vorhanden sind. Gleichzeitig beobachten Fachpersonen in verschiedenen Ländern (Pringsheim et al., 2021), unter anderem auch im deutschsprachigen Raum (Müller-Vahl et al., 2022), eine Zunahme an jungen Menschen, die an Tic-ähnlichen Verhaltensweisen leiden. Diese äussern sich oft ähnlich wie die auf Social Media gezeigten Tics. Auch andere psychische Erkrankungen, zum Beispiel ADHS, erhalten innerhalb sozialer Medien grosse Aufmerksamkeit. Eine Inhaltsanalyse von ADHS-bezogenen Beiträgen auf TikTok ergab, dass die Mehrheit der

Videos falsche und irreführende Informationen über ADHS enthalten und die Krankheit stark vereinfacht darstellen (Yeung et al., 2022). Auch wurde inzwischen nachgewiesen, dass Selbstauskunft-Screeningverfahren für ADHS, welche auch im Internet sehr beliebt sind, viele falsche Verdachtsdiagnosen erzeugen (Harrison & Edwards, 2023).

Problematische Medienerfahrungen

Cybermobbing, Hassrede, Cybergrooming und Sextortion sind problematische Phänomene im digitalen Raum mit teils schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen.

Cybermobbing

Unter Cybermobbing versteht man die vorsätzliche und wiederholte Schädigung einer Person über das Internet (Kresic Coric & Kastelan, 2020). Im Gegensatz zu klassischem Mobbing ist für Cybermobbing keine physische Interaktion nötig, die Täterin oder der Täter bleiben meist anonym. Die Betroffenen haben dadurch weniger Verteidigungsmöglichkeiten und die Tat kann rund um die Uhr passieren. Die Verbreitung des Phänomens ist schwierig einzuschätzen und unterscheidet sich von Land zu Land. Die Differenzen in den Prävalenzzahlen hängen auch mit unterschiedlichen Definitionen und Messmethoden zusammen (Jongserl Chun et al., 2020). In der *Health Behavior in School-aged Children*-Studie (HBSC-Studie) 2021 gaben 15% der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren aus einer Vielzahl von europäischen Ländern an, dass sie in den letzten Monaten von Cybermobbing betroffen waren. Rund 12% gaben an, aktiv an Cybermobbing beteiligt gewesen zu sein. In der Schweiz lagen die Werte unter dem Durchschnitt: rund 11% der Jugendlichen gaben an, in den letzten Monaten Cybermobbing aus der Opferperspektive erlebt zu haben und 5% aus der Täterperspektive (Cosma et al., 2024). Insgesamt ist die Prävalenz des Phänomens in der Schweiz in den letzten Jahren leicht angestiegen (Külling et al., 2022). Die Forschung zu Cybermobbing zeigt, dass es vor allem Zusammenhänge zwischen Cybermobbing und verschiedenen negativen Aspekten gibt. Dazu zählen unter anderem Depressionen, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken oder eine verminderte Lebenszufriedenheit (Caceres & Holley, 2023; Giumetti & Kowalski, 2022). Studien zeigen, dass bestimmte Verhaltensweisen das Risiko erhöhen, von Cybermobbing betroffen zu werden. Dazu zählen ein starkes Engagement in sozialen Netzwerken, das Verbreiten von indiskreten oder negativen Inhalten sowie Unachtsamkeit im Umgang mit Daten (Ademiluyi et al., 2022; Giumetti & Kowalski, 2022). Bestimmte Faktoren wie schlechte schulische Leistungen, ein geringes Selbstwertgefühl, geringe Empathie oder ein schwieriges familiäres Umfeld erhöhen das Risiko, Täterin oder Täter zu

werden. Demgegenüber gelten empathisches Verhalten, emotionale Intelligenz, eine positive Eltern-Kinder-Beziehung sowie ein positives Schulklima als Schutzfaktoren vor Cybermobbing (Chengyan Zhu et al., 2021). Cybermobbing und traditionelles Mobbing hängen zum Teil zusammen und können sich gegenseitig verstärken (Ademiluyi et al., 2022). Soziale Unterstützung, sowohl online als auch offline, ist entscheidend für die Reduktion der Auswirkungen oder die Bewältigung von Cybermobbing (Chan et al., 2021).

Cybermobbing ist eine digitale Form von Mobbing ohne physische Interaktion, bei der die Täterschaft oft anonym bleibt und die Opfer rund um die Uhr betroffen sein können.

Hate Speech

Hate Speech richtet sich im Gegensatz zu Cybermobbing auf ganze Gruppen, die aufgrund eines gemeinsamen Merkmals wie zum Beispiel Religion, Ethnie, Geschlecht, Sexualität oder politischer Einstellung mittels aggressiver und beleidigender Sprache online attackiert werden (Castano-Pulgarin et al., 2021). Gemäss eines Übersichtsartikels sind in Europa fast 80% online schon einmal auf Hate Speech gestossen, 40% fühlten sich schon direkt angegriffen. In einer repräsentativen Schweizer Studie sind die Prävalenzraten tiefer: Direkte Angriffe machen hier 7% aus und rund 40% haben das Phänomen schon online beobachtet (Stahel & Baier, 2023). Dabei wurde festgestellt, dass jüngere Menschen häufiger mit Hate Speech konfrontiert werden als ältere: Bei Schweizer Jugendlichen sind es rund 50%, die mindestens wöchentlich damit in Kontakt geraten (Külling et al., 2021). Die Verbreitung von Hate Speech findet meist über soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter/X oder YouTube statt (Chetty & Alathur, 2018). Mögliche Folgen für die Opfer sind psychischer Stress, Angst, Traumatisierung, soziale Ausgrenzung, sinkende Lebenszufriedenheit oder Einsamkeit (Chetty & Alathur, 2018; Quandt et al., 2022; Stahel & Baier, 2023). Die Täterinnen und Täter sind oft ideologisch motiviert. Sie verhalten sich zum Beispiel rassistisch, islamophob, links- oder rechts-extrem. Aber auch andere Ursachen wie persönliche Frustration können dem Phänomen zugrunde liegen (Castano-Pulgarin et al., 2021).

Cybergrooming und Sextortion

Cybergrooming und Sextortion sind verwandte Phänomene, die beide unter mediatisierter sexualisierter Gewalt zusammengefasst werden können (Vobbe & Kärgel, 2022). Diese Form der Gewalt überschreitet Raum und Zeit und kann sowohl zu persönlichen wie auch zu virtuellen sexuellen Übergriffen oder Erpressung führen. Unter Cybergrooming versteht man die systematische Kontaktaufnahme durch Erwachsene. Das Ziel ist, durch Täuschung und Manipulation ein Vertrauensverhältnis zu Minderjährigen aufzubauen, um diese – meist sexuell – auszunutzen (Wachs et al., 2020). Sextortion ist eine Form von Erpressung, um Geld, sexuelle Handlungen oder andere Dinge zu erhalten. Dabei wird angedroht, intimes Bild- oder Audiomaterial des Opfers im Internet oder in geschlossenen Chatgruppen zu teilen (Mondal et al., 2022). Betroffene geraten häufig in sozialen Netzwerken in die Falle. Zum Teil wird ihr Vertrauen mittels Cybergrooming langfristig erschlichen. Sobald intimes Material an die Täterschaft verschickt wurde, dient das als Erpressungsmittel. In der Schweiz wurden 18% der Knaben und 24% der Mädchen zwischen 9 und 16 Jahren online schon mal unerwünscht nach sexuellen Informationen gefragt (Hermida, 2019). Bei den 12- bis 18-Jährigen waren es 60% der Mädchen und 33% der Knaben – Tendenz über die Jahre hinweg steigend (Külling et al., 2022). Neben dem Geschlecht sind Persönlichkeitseigenschaften wie Narzissmus oder Enthemmtheit mit dem Risiko assoziiert, Opfer von mediatisierter sexueller Gewalt zu werden (Hernández et al., 2021). Cybergrooming und Sextortion erfüllen einen Straftatbestand und haben für die Opfer meist schwerwiegende psychische Folgen wie Angstzustände, Depression, posttraumatische Belastungsstörungen oder sozialer Rückzug (Henry & Powell, 2018). Um diesen potenziellen Konsequenzen vorzubeugen, ist die Präventions- und Aufklärungsarbeit in diesem Bereich von grosser Wichtigkeit.

Negativspirale aufgrund algorithmischer Empfehlungen

Welche Inhalte eine Person auf Social-Media-Plattformen sieht, hängt stark von ihren persönlichen Interessen ab. TikTok und andere Netzwerke werden stark von einem Empfehlungsalgorithmus gesteuert. Technische Untersuchungen von Amnesty International zeigen, dass bei Interesse an psychologischen Themen solche Inhalte schnell den Nachrichtenstrom dominieren können (Amnesty International, 2023). Dies kann den Erfahrungshorizont innerhalb sozialer Netzwerke stark einengen und zu einer Überfokussierung auf ein Thema führen. Für Personen mit psychischen Problemen besteht das Risiko, in eine Spirale aus negativen Inhalten zu geraten, die zum Beispiel suizidales Verhalten normalisieren oder romantisieren. Ein Übersichtsartikel weist darauf hin, dass das Anschauen selbstverletzender Inhalte auf sozialen Netzwerken riskant sein kann. Solche Beiträge normalisieren Selbstverletzung als Bewältigungsstrategie, regen zum Posten solcher Bilder an und gehen wenig auf alternative Bewältigungsstrategien oder Therapiemöglichkeiten ein (Susi et al., 2023).

Computerspielsucht und allgemeine problematische digitale Mediennutzung

Computerspielsucht

In den aktuellen psychiatrischen Diagnosemanualen DSM-5-TR und ICD-11 wird erst das süchtige Videospielen («Gaming Disorder») als eigenständige medizinische Diagnose anerkannt. Weltweit liegt die Prävalenz dieser Verhaltenssucht bei etwa 2% (Stevens et al., 2021); sie wird besonders häufig bei männlichen Jugendlichen diagnostiziert (Gao et al., 2022; Stevens et al., 2021). Für die Schweiz gibt es nur wenig verlässliche Daten zur Prävalenz der Computerspielsucht. Laut HBSC-Studie liegt die Screening-Rate des problematischen Computerspielverhaltens bei den 11- bis 15-jährigen Jugendlichen bei 3% (Delgrande Jordan & Schmidhauser, 2023). Hier wird bewusst die Bezeichnung «problematische» Nutzung gewählt, da in dieser Studie keine formal-diagnostische Bewertung erfolgte.

*Computerspielsucht tritt weltweit bei etwa 2% auf.
Besonders betroffen sind männliche Jugendliche.*

Allgemeine problematische digitale Mediennutzung

Süchtige oder problematische Mediennutzung wird inzwischen auch häufig in Verbindung mit Internet- oder Smartphone-Nutzung allgemein oder spezifisch im Gebrauch sozialer Netzwerke untersucht. Hierbei ist es aber wichtig zu betonen, dass es für diese Formen problematischer Nutzung aktuell weder formale Diagnosen noch allgemein akzeptierte Störungskriterien gibt (Gmel et al., 2017; Stortz & Perissinotto, 2024; Varona et al., 2022). Mehrheitlich anerkannt wird jedoch, dass eine intensive Beschäftigung mit dem Medium bzw. eine lange oder exzessive Nutzungsdauer alleine nicht ausreichend sind, um ein problematisches oder süchtiges Verhalten zu beschreiben (Billieux, 2012; Gmel et al., 2017; Varona et al., 2022). In den meisten Definitionen werden darum zusätzlich Suchtkriterien wie Kontrollverlust, Vernachlässigung anderer Aktivitäten sowie Leidensdruck und psychosoziale Beeinträchtigungen berücksichtigt, um zwischen intensiver, aber gesunder Nutzung und problematischer/süchtiger Nutzung zu unterscheiden. Auch gibt es Vorschläge eines ähnlichkeitsbasierten Ansatzes, bei dem der Begriff Verhaltenssucht als Kontinuum verstanden wird. So können unterschiedliche Ausprägungen, von risikoarm über problematische Nutzung bis hin zu suchtartig, graduell abgebildet werden (Stortz & Perissinotto, 2024).

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde 2022 die Screening-Rate für problematische Internetnutzung auf 6,8% geschätzt. Dies stellt eine deutliche Zunahme gegenüber den 3,8% aus dem Jahr 2017 dar (Schuler, 2024). Geschlechtsunterschiede waren nicht feststellbar, es zeigten sich aber ausgeprägte Alterseffekte: In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Rate bei 22,2%, danach fällt sie markant ab – 11,7% bei den 25- bis 34-Jährigen, 7,6% bei den 35- bis 44-Jährigen, 4,0% bei den 45- bis 54-Jährigen, 1,9% bei den 55- bis 64-Jährigen, 0,9% bei den 65- bis 79-Jährigen und 0,7% bei den über 80-Jährigen. Gemäss der ebenfalls repräsentativen JAMES-Studie liegt die Screening-Rate für problematisches digitales Medienverhalten bei Schweizer Jugendlichen bei 8,5% (Willemse et al., 2017). Der Zeitaufwand für Computerspiele und das Streamen von Filmen und Serien bildet hierbei eine wichtige Komponente. Er deutet darauf hin, dass die problematische Nutzung stark auf Computerspiel-Sucht und exzessives Filme/Serien-Schauen zurückzuführen ist (Willemse et al., 2017). Diese Prävalenzrate deckt sich mit der anderen aussagekräftigen Schätzung für die Schweiz. Gemäss Screeningverfahren der HBSC-Studie lag 2022 die Prävalenz der problematischen Nutzung sozialer Medien bei den 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz bei 7%, wobei bei Knaben die Rate mit 4% etwas tiefer ist als bei Mädchen mit 10%; zudem hat die Rate von 2018 bis 2022 leicht zugenommen (Delgrande Jordan & Schmidhauser, 2023).

Global wird die Prävalenz von Smartphone-Sucht in der Allgemeinbevölkerung gemäss einer aktuellen Meta-Analyse von Screening-Raten auf 27,0% geschätzt, die Prävalenz für soziale Medien-Sucht auf 17,4%, und diejenige für Internetsucht auf 14,2% (Meng et al., 2022).

Relevanz der problematischen oder süchtigen digitalen Mediennutzung

Problematisches oder süchtiges digitales Medienverhalten zeigt bedeutsame Zusammenhänge mit einer Vielzahl von biopsychosozialen Problemen und Störungen. Bei Jugendlichen geht es einher mit höheren Raten an Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, ADHS, sowie übermäßigem Alkoholkonsum. Hinzu kommen Schlafprobleme, ungesunde Ernährung und ein schlechterer allgemeiner körperlicher Gesundheitszustand (Wacks & Weinstein, 2021). Problematische Smartphone-Nutzung hängt mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, Impulsivität, beeinträchtigten kognitiven Funktionen (z. B. Aufmerksamkeitssteuerung) und einem tieferen Selbstwertgefühl zusammen (Wacks & Weinstein, 2021). Problematische Nutzung sozialer Medien wurde zudem mit unsicheren Bindungsstilen in Verbindung gebracht (D'Arienzo et al., 2019) und Internetsucht mit verschiedenen Persönlichkeitseigenschaften (Kayis et al., 2016). Hohe Werte beim Neurotizismus (emotionale Labilität) sind mit einem erhöhten Risiko für Internetsucht verknüpft, während hohe Werte in Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Offenheit mit einem tieferen Risiko einhergehen (Kayis et al., 2016). Bei den obenstehend aufgelisteten Begleiterscheinungen handelt es sich überwiegend um korrelative Zusammenhänge aus Querschnittstudien. Die Frage zu Ursache und Wirkung kann dadurch nicht geklärt werden. Trotzdem verdeutlichen diese Befunde, dass es sich beim problematischen/süchtigen digitalen Medienverhalten um ein ernstzunehmendes psychisches Problem handelt.

7.5 Diskussion und Ausblick

Digitale Medien sind aus dem Alltag von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nicht mehr wegzudenken. Sie werden intensiv genutzt und bieten vielfältige Möglichkeiten zur Unterhaltung, Bildung und sozialen Interaktion. Doch welche Auswirkungen hat die Nutzung digitaler Medien auf die psychische Gesundheit? Die Forschung konzentriert sich nach wie vor stärker auf die Risiken digitaler Medien, weshalb deren Chancen noch weniger gut untersucht sind.

Einerseits können digitale Medien die psychische Gesundheit fördern, beispielsweise durch die Stärkung sozialer Beziehungen, den Zugang zu Informationen und Unterstützung. Auch in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Therapie können digitale Medien unterstützend und nutzbringend eingesetzt werden. Gerade in der Behandlung leichter bis mittelschwerer Depressionen und von Angststörungen werden App- und Internet-basierte Psychotherapie-Programme inzwischen als wirksame Ergänzung zur herkömmlichen Psychotherapie anerkannt. Durch einen breiteren Einsatz dieser Programme können nicht nur Gesundheitskosten eingespart werden. Auch das psychische Versorgungssystem wird dadurch entlastet und Wartezeiten für Psychotherapieplätze können reduziert werden. Andererseits birgt die Nutzung auch Risiken wie Cybermobbing, Schlafstörungen, Stress oder negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und das Körperbild. Zudem kann die Nutzung digitaler Medien mit negativen Erfahrungen einhergehen wie Cybermobbing, Hassrede oder Cybergrooming. Solche problematischen Erfahrungen können mit schwerwiegenden Folgen wie sozialer Ausgrenzung, Depression, Angststörungen oder Suizidgedanken zusammenhängen. Auch die Computerspiel-Sucht und die problematische Nutzung digitaler Medien allgemein werden inzwischen als beeinträchtigende psychische Erkrankung anerkannt.

Die Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen digitaler Medien auf die psychische Gesundheit, zum Beispiel Selbstunsicherheit, Ängste und Depressivität, sind jedoch oft widersprüchlich und lassen Ursache-Wirkung-Aussagen nicht zu. Auch wird immer noch häufig auf die Nutzungszeit fokussiert. Viele Forschende und Fachpersonen sind sich jedoch einig, dass die Nutzungszeit wenig aussagekräftig ist. Medieninhalte, die Art der Nutzung, der soziale Kontext, aber auch persönliche Faktoren spielen eine wichtige Rolle und werden in Studien zu wenig beachtet. Zukünftig wäre es darum wünschenswert, wenn in der Forschung mit aussagekräftigen longitudinalen Studiendesigns und kontrollierten experimentellen Studien die unterschiedlichen Konsummuster, Personenmerkmale, sowie auch Umweltfaktoren differenziert berücksichtigt werden. Nur so lässt sich herausarbeiten, welche Inhalte und welche Art der Nutzung sich für wen und unter welchen Bedingungen negativ auf die psychische Gesundheit auswirken.

7.6 Literaturverzeichnis

- Ademiluyi, A., Li, C., & Park, A. (2022). Implications and Preventions of Cyberbullying and Social Exclusion in Social Media: Systematic Review. *JMIR Formative Research*, 6(1), e30286. <https://doi.org/10.2196/30286>
- Aggarwal, B., Xiong, Q., & Schroeder-Butterfill, E. (2020). Impact of the use of the internet on quality of life in older adults: Review of literature. *Primary Health Care Research and Development*. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000584>
- Alonzo, R., Hussain, J., Stranges, S., & Anderson, K. K. (2021). Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101414>
- Amnesty International. (2023). *Driven into Darkness: How TikTok's 'For You' Feed Encourages Self-Harm and Suicidal Ideation*. <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/7350/2023/en/>
- Amy C. Orben & Andrew K. Przybylski. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3, 173–182. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
- Anderson, C. A., Bushman, B. J., Bartholow, B. D., Cantor, J., Christakis, D., Coyne, S. M., Donnerstein, E., Brockmyer, J. F., Gentile, D. A., Green, S., Huesmann, R., Hummer, T., Krahe, B., Strasburger, V. C., Warburton, W., Wilson, B. J., & Ybarra, M. (2017). Screen violence and youth behavior. *Pediatrics*, 5, Supp 2, S142–S147. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758T>
- Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., Rothstein, H. R., & Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 2, 151–173. <https://doi.org/10.1037/a0018251>
- Anderson, D. R., & Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. [References]. DP - Nov 2017. *Pediatrics*, 5, Supp 2, S57–S61. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758C>
- Augner, C., Vlasak, T., & Barth, A. (2023). The relationship between problematic internet use and attention deficit, hyperactivity and impulsivity: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chires.2023.10.032>
- Bediou, B., Rodgers, M. A., Tipton, E., Mayer, R. E., Green, C. S., & Bavelier, D. (2023). Effects of action video game play on cognitive skills: A meta-analysis. *Technology, Mind, and Behavior*, 4(1). <https://doi.org/10.1037/tmb0000102>
- Bernath, J., Waller, G., & Meidert, U. (2020). ADELE+: Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4-6 Jahre) – Chancen und Risiken für die Gesundheit (Obsan Bericht, 1–03, S. 57). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). <https://doi.org/10.21256/zhaw-20447>
- Billieux, J. (2012). Problematic use of the mobile phone: A literature review and a pathways model. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 299–307. <https://doi.org/10.2174/157340012803520522>
- Birnbaum, M. L., Rizvi, A. F., Confino, J., Correll, C. U., & Kane, J. M. (2017). Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(4), 290–295. <https://doi.org/10.1111/eip.12237>
- Bonfanti, R. C., Salerno, L., Ruggieri, S., & Lo Coco, G. (2023). Interplay Between Fear of Missing Out and Loneliness: A Three-Wave Panel Study During the COVID-19 Pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 26(6), 447–452. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0182>
- Brautsch, L. A. S., Lund, L., Andersen, M. M., Jennum, P. J., Folker, A. P., & Andersen, S. (2023). Digital media use and sleep in late adolescence and young adulthood: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101742>
- Bühler, G., & Hermann, M. (2022). *Umgang mit Gesundheitsinformationen. Zusatzbericht zum Monitor «Datengesellschaft und Solidarität» 2022*. Sotomo.
- Burnell, K., Garrett, S. L., Nelson, B. W., Prinstein, M. J., & Telzer, E. H. (2024). Daily links between objective smartphone use and sleep among adolescents. *Journal of Adolescence*, 96(6), 1171–1181. <https://doi.org/10.1002/jad.12326>
- Butt, M. (2020). Facebook and Mental Health—A Systematic Review of Literature on Adolescents and Young Adults. *Web Technology eJournal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3739943>
- Byron, P., & Hunt, J. (2017). 'That happened to me too': Young people's informal knowledge of diverse genders and sexualities. *Sex Education*, 17(3), 319–332. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681811.2017.1292899>
- Caceres, J., & Holley, A. (2023). Perils and Pitfalls of Social Media Use: Cyber Bullying in Teens/Young Adults. *Primary Care*, 50(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.10.008>

- Castano-Pulgarin, S. A., Suarez-Betancur, N., Vega, L. M. T., & Lopez, H. M. H. (2021). Internet, social media and online hate speech. Systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 58*(6), 101608. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101608>
- Chan, T. K. H., Cheung, C. M. K., & Lee, Z. W. Y. (2021). Cyberbullying on social networking sites: A literature review and future research directions. *Information & Management, 2*. <https://doi.org/10.1016/j.im.2020.103411>
- Chassiakos, Y. L. R., Radesky, J. S., Christakis, D., Moreno, M., & Cross, C. (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics, 138*. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Chen, E., Wood, D., & Ysseldyk, R. (2022). Online social networking and mental health among older adults: A scoping review. *Canadian Journal on Aging, 1*, 26–39. <https://doi.org/10.1017/S0714980821000040>
- Chengyan Zhu, Shiqing Huang, R. Evans, & Wei Zhang. (2021). Cyberbullying Among Adolescents and Children: A Comprehensive Review of the Global Situation, Risk Factors, and Preventive Measures. *Frontiers in Public Health, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.634909>
- Chetty, N., & Alathur, S. (2018). Hate speech review in the context of online social networks. *Aggression and Violent Behavior, 108*–118. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.003>
- Chinoy, E. D., Duffy, J. F., & Czeisler, C. A. (2018). Unrestricted evening use of light-emitting tablet computers delays self-selected bedtime and disrupts circadian timing and alertness. *Physiological Reports, 6*(10), e13692. <https://doi.org/10.14814/phy2.13692>
- Chu, Y., Oh, Y., Gwon, M., Hwang, S., Jeong, H., Kim, H.-W., Kim, K., & Kim, Y. H. (2023). Dose-response analysis of smartphone usage and self-reported sleep quality: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 19*(3), 621–630. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10392>
- Cingel, D. P., Carter, M. C., & Krause, H.-V. (2022). Social media and self-esteem. *Current Opinion in Psychology, 45*, 101304. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101304>
- Cohen, R., Fardouly, J., Newton-John, T., & Slater, A. (2019). #BoPo on Instagram: An experimental investigation of the effects of viewing body positive content on young women's mood and body image. *New Media & Society, 21*(7), 1546–1564. <https://doi.org/10.1177/1461444819826530>
- Cohen, R., Irwin, L., Newton-John, T., & Slater, A. (2019). #bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image, 29*, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.007>
- Colombo-Ruano, L., & Gonzalez-Gonzalez, C. S. (2022). Digital competencies in seniors: Benefits, opportunities, and limitations. *2022 XII International Conference on Virtual Campus (JICV)*, 1–4. <https://doi.org/10.1109/JICV56113.2022.9934319>
- Corzine, A., & Roy, A. (2024). Inside the black mirror: Current perspectives on the role of social media in mental illness self-diagnosis. *Discover Psychology, 4*(1), 40. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00152-3>
- Cosma, A., Molcho, M., & Pickett, W. (2024). A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 2*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/376323>
- D'Arienzo, M. C., Boursier, V., & Griffiths, M. D. (2019). Addiction to social media and attachment styles: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 4*, 1094–1118. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00082-5>
- David, A. S., & Deeley, Q. (2024). Dangers of self-diagnosis in neuropsychiatry. *Psychological Medicine, 54*(6), 1057–1060. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000308>
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. Ph. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Careum Stiftung.
- de Sa, S., Baiao, A., Marques, H., Marques, M. do C., Reis, M. J., Dias, S., & Catarino, M. (2023). The Influence of Smartphones on Adolescent Sleep: A Systematic Literature Review. *Nursing Reports, 13*(2), 612–621. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020054>
- Delgrande Jordan, M., & Schmidhauser, V. (2023). *Comportements en ligne des 11 à 15 ans en Suisse—Situation en 2022 et évolution récente—Résultats de l'étude Health Behavior in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 154)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Doty, T. J., Stekl, E. K., Bohn, M., Klosterman, G., Simonelli, G., & Collen, J. (2023). A 2022 Survey of Commercially Available Smartphone Apps for Sleep: Most Enhance Sleep. *Sleep Medicine Clinics, 18*(3), 373–384. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2023.05.008>

- Drazenovic, M., Vukusic Rukavina, T., & Machala Poplasen, L. (2023). Impact of Social Media Use on Mental Health within Adolescent and Student Populations during COVID-19 Pandemic: Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043392>
- Ebert, D. D., Cuijpers, P., Munoz, R. F., & Baumeister, H. (2017). Prevention of mental health disorders using Internet- and mobile-based interventions: A narrative review and recommendations for future research. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 116. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00116>
- Edge, D., Watkins, E. R., Limond, J., & Mugadza, J. (2023). The efficacy of self-guided internet and mobile-based interventions for preventing anxiety and depression-A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104292>
- Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 38(2), 196–219. <https://doi.org/10.1002/da.23115>
- Eirich, R., McArthur, B. A., Anhorn, C., McGuinness, C., Christakis, D. A., & Madigan, S. (2022). Association of screen time with internalizing and externalizing behavior problems in children 12 years or younger: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 5, 393–405. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0155>
- Etzelmüller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>
- Ferguson, C. J. (2015). Do angry birds make for angry children? A meta-analysis of video game influences on children's and adolescents' aggression, mental health, prosocial behavior, and academic performance. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 646–666. <https://doi.org/10.1177/1745691615592234>
- Ferguson, C. J. (2020). Aggressive video games research emerges from its replication crisis (Sort of). *Current Opinion in Psychology*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.01.002>
- Ferguson, C. J., Kaye, L. K., Branley-Bell, D., Markey, P., Ivory, J. D., Klisanin, D., Elson, M., Smyth, M., Hogg, J. L., McDonnell, D., Nichols, D., Siddiqui, S., Gregerson, M., & Wilson, J. (2022). Like this meta-analysis: Screen media and mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2, 205–214. <https://doi.org/10.1037/pro0000426>
- Ferguson, C. J., & Kilburn, J. (2010). Much Ado About Nothing: The Misestimation and Overinterpretation of Violent Video Game Effects in Eastern and Western Nations: Comment on Anderson et al. (2010). *Psychological Bulletin*, 136(2), 174–178.
- Fioravanti, G., Casale, S., Benucci, S. B., Probst, A., Falone, A., Ricca, V., & Rotella, F. (2021). Fear of missing out and social networking sites use and abuse: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 122. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106839>
- Fioravanti, G., Svicher, A., Ceragioli, G., Bruni, V., & Casale, S. (2023). Examining the impact of daily exposure to body-positive and fitness Instagram content on young women's mood and body image: An intensive longitudinal study. *New Media & Society*, 25(12), 3266–3288. <https://doi.org/10.1177/14614448211038904>
- Firth, J., Torous, J., López-Gil, J. F., Linardon, J., Milton, A., Lambert, J., Smith, L., Jarić, I., Fabian, H., Vancampfort, D., Onyeaka, H., Schuch, F. B., & Firth, J. A. (2024). From 'online brains' to 'online lives': Understanding the individualized impacts of Internet use across psychological, cognitive and social dimensions. *World Psychiatry*, 23(2), 176–190. <https://doi.org/10.1002/wps.21188>
- Fischer, S. (2023). *IGEM-Digimonitor 2023. Die repräsentative Studie zur digitalen Schweiz*. IGEM Interessengemeinschaft-elektronische Medien.
- Foerster, M., Henneke, A., Chetty-Mhlanga, S., & Roosli, M. (2019). Impact of Adolescents' Screen Time and Nocturnal Mobile Phone-Related Awakenings on Sleep and General Health Symptoms: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030518>
- Fuhr, D. C., Wolf-Ostermann, K., Hoel, V., & Zeeb, H. (2024). Digitale Technologien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 67(3), 332–338. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03842-4>
- Furenes, M. I., Kucirkova, N., & Bus, A. (2021). A Comparison of Children's Reading on Paper Versus Screen: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 91, 483–517. <https://doi.org/10.3102/0034654321998074>
- Gao, Y.-X., Wang, J.-Y., & Dong, G.-H. (2022). The prevalence and possible risk factors of internet gaming disorder among adolescents and young adults: Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.049>

- Ghahfarokhi, A. D., Vosadi, E., Barzegar, H., & Saatchian, V. (2022). The Effect of Wearable and Smartphone Applications on Physical Activity, Quality of Life, and Cardiovascular Health Outcomes in Overweight/Obese Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Biological Research for Nursing*, 24(4), 503–518. <https://doi.org/10.1177/10998004221099556>
- Giunetti, G. W., & Kowalski, R. M. (2022). Cyberbullying via social media and well-being. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101314. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101314>
- Gmel, G., Notari, L., & Schneider, E. (2017). *Is there an internet addiction and what distinguishes it from problematic internet use—An attempt to provide working definitions*. Lausanne, Addiction Switzerland. <https://www.suchtschweiz.ch/wp-content/uploads/2023/01/is-there-an-internet-addiction-and-what-distinguishes-it-from-problematic-internet-use-an-attempt-to-provide-working-definitions.pdf>
- Grønli, J., Byrkjedal, I. K., Bjorvatn, B., Nødtvedt, Ø., Hamre, B., & Pallesen, S. (2016). Reading from an iPad or from a book in bed: The impact on human sleep. A randomized controlled crossover trial. *Sleep Medicine*, 21, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.02.006>
- Guellai, B., Somogyi, E., Esseily, R., & Chopin, A. (2022). Effects of screen exposure on young children's cognitive development: A review. *Frontiers in Psychology*, 1, 923370. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923370>
- Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., He, C., Zhang, Q., Liu, B., Dong, X., Yang, Z., Li, Z., & Li, X. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 656–668. <https://doi.org/10.1002/cpp.2528>
- Hadjistavropoulos, H. D., Mehta, S., Wilhelms, A., Keough, M. T., & Sundstrom, C. (2020). A systematic review of Internet-delivered cognitive behavior therapy for alcohol misuse: Study characteristics, program content and outcomes. *Cognitive Behaviour Therapy*, 4, 327–346. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1663258>
- Hall, J. A., Steele, R. G., Christofferson, J. L., & Mihailova, T. (2021). Development and Initial Evaluation of a Multi-dimensional Digital Stress Scale. *Psychological Assessment*, 33(3), 230–242. <https://doi.org/10.1037/pas0000979>
- Han, X., Zhou, E., & Liu, D. (2024). Electronic Media Use and Sleep Quality: Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1), e48356. <https://doi.org/10.2196/48356>
- Hanimann, A., Föhn, Z., Aline, H., & Birgit, L. (2024). *Potenzial digitaler Helfer für die psychische Gesundheit junger Menschen*. Interface Politikstudien Forschung Beratung. <https://www.npg-rsp.ch/news/detail/article/potenzial-digitaler-helfer-luer-die-psychische-gesundheit-junger-menschen-1.html>
- Harrison, A. G., & Edwards, M. J. (2023). The Ability of Self-Report Methods to Accurately Diagnose Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, 27(12), 1343–1359. <https://doi.org/10.1177/10870547231177470>
- Hedman, E., Ljotsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745–764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>
- Hedman-Lagerlof, E., Carlbring, P., Svardman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 2, 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>
- Henry, N., & Powell, A. (2018). Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19, 195–208. <https://doi.org/10.1177/1524838016650189>
- Hermida, M. (2019). *EU Kids Online Schweiz. Schweizer Kinder und Jugendliche im Internet: Risiken und Chancen*. Pädagogische Hochschule Schwyz. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.2916822>
- Hernández, M. P., Schoeps, K., Maganto, C., & Montoya-Castilla, I. (2021). The risk of sexual-erotic online behavior in adolescents—Which personality factors predict sexting and grooming victimization? *Computers in Human Behavior*, 114, 106569. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2020.106569>
- Herodotou, C. (2018). Young children and tablets: A systematic review of effects on learning and development. *Journal of Computer Assisted Learning*, 34(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jcal.12220>
- Ho Ming Lau, J., Smit, T., Fleming, & H. Riper. (2017). Serious Games for Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00209>
- Ho, R. C., Zhang, M. W. B., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., Cheng, C., Yip, P. S., Lam, L. T., Lai, C.-M., Watanabe, H., & Mak, K.-K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-183>

- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Huang, C. (2020). A meta-analysis of the problematic social media use and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 68, 12–33. <https://doi.org/10.1177/0020764020978434>
- Huesmann, L. R. (2007). The Impact of Electronic Media Violence: Scientific Theory and Research. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), S6–S13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.005>
- Huguet, A., Rao, S., McGrath, P. J., Wozney, L., Wheaton, M., Conrod, J., & Rozario, S. (2016). A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. *PLoS ONE*, 11(5), e0154248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154248>
- Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A., & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- Jongserl Chun, Jungup Lee, Jinyung Kim, & Serim Lee. (2020). An international systematic review of cyberbullying measurements. *Computers in Human Behavior*, 113, 106485. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106485>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Maas genannt Bermpohl, F., Furukawa, T. A., & Cuijpers, P. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 4, 361–371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Kayis, A. R., Satici, S. A., Yilmaz, M. F., Simsek, D., Ceyhan, E., & Bakioglu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.012>
- Kemp, C., Pienaar, P. R., Rosslee, D. T., Lipinska, G., Roden, L. C., & Rae, D. E. (2021). Sleep in Habitual Adult Video Gamers: A Systematic Review. *Frontiers in Neuroscience*, 1, 781351. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.781351>
- Khetawat, D., & Steele, R. G. (2023). Examining the association between digital stress components and psychological wellbeing: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 957–974. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00440-9>
- Kokka, I., Mourikis, I., Nicolaidis, N. C., Darviri, C., Chrousos, G. P., Kanaka-Gantenbein, C., & Bacopoulou, F. (2021). Exploring the Effects of Problematic Internet Use on Adolescent Sleep: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020760>
- Kowal, M., Conroy, E., Ramsbottom, N., Smithies, T., Toth, A., & Campbell, M. (2021). Gaming Your Mental Health: A Narrative Review on Mitigating Symptoms of Depression and Anxiety Using Commercial Video Games. *JMIR Serious Games*, 9(2), e26575. <https://doi.org/10.2196/26575>
- Krause, H.-V., Baum, K., Baumann, A., & Krasnova, H. (2021). Unifying the detrimental and beneficial effects of social network site use on self-esteem: A systematic literature review. *Media Psychology*, 1, 10–47. <https://doi.org/10.1080/15213269.2019.1656646>
- Kresic Coric, M., & Kastelan, A. (2020). Bullying through the Internet—Cyberbullying. *Psychiatria Danubina*, 269–272.
- Külling, C., Waller, G., Suter, L., Bernath, J., Willemse, I., & Süss, D. (2021). JAMESfocus: Hassrede im Internet (S. 26). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-23202>
- Külling, C., Waller, G., Suter, L., Willemse, I., Bernath, J., Skirgaila, P., Streule, P., & Süss, D. (2022). JAMES: Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. <https://doi.org/10.21256/zhaw-26216>
- Kusumota, L., Diniz, M. A. A., Ribeiro, R. M., da Silva, I. L. C., Figueira, A. L. G., Rodrigues, F. R., & Rodrigues, R. A. P. (2022). Impact of digital social media on the perception of loneliness and social isolation in older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3526>
- Lai, W., Wang, W., Li, X., Wang, H., Lu, C., & Guo, L. (2023). Longitudinal associations between problematic Internet use, self-esteem, and depressive symptoms among Chinese adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1273–1283. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01944-5>
- LaRose, R., Connolly, R., Lee, H., Li, K., & Hales, K. D. (2014). Connection Overload? A Cross Cultural Study of the Consequences of Social Media Connection. *Information Systems Management*, 31(1), 59–73. <https://doi.org/10.1080/010580530.2014.854097>
- Latzter, M., Festic, N., Krappeler, K., & Odermatt, C. (2023a). *Internetanwendungen und deren Nutzung in der Schweiz* (World Internet Project – Switzerland 2023).
- Latzter, M., Festic, N., Krappeler, K., & Odermatt, C. (2023b). *Internetverbreitung und digitale Bruchlinien in der Schweiz* (World Internet Project – Switzerland 2023).

- Leaper, C., & Smith, T. E. (2004). A meta-analytic review of gender variations in children's language use: Talkativeness, affiliative speech, and assertive speech. *Developmental Psychology, 40*(6), 993–1027. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.6.993>
- Lei, X., Matovic, D., Leung, W.-Y., Viju, A., & Wuthrich, V. M. (2024). The relationship between social media use and psychosocial outcomes in older adults: A systematic review. *International Psychogeriatrics, 36*(9), 714–746. <https://doi.org/10.1017/S1041610223004519>
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F., & Grob, A. (2015). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence, 2*, 405–418. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0176-x>
- Linardon, J., Torous, J., Firth, J., Cuijpers, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). Current evidence on the efficacy of mental health smartphone apps for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis of 176 randomized controlled trials. *World Psychiatry, 1*, 139–149. <https://doi.org/10.1002/wps.21183>
- Lindegard, T., Berg, M., & Andersson, G. (2020). Efficacy of internet-delivered psychodynamic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychodynamic Psychiatry, 4*, 437–454. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.4.437>
- Machado-Sousa, M., Moreira, P. S., Costa, A. D., Soriano-Mas, C., & Morgado, P. (2023). Efficacy of internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 150–162. <https://doi.org/10.1037/cps0000133>
- Mader, Sebastian, Damiano Costantini, Annette Fahr & Marina Delgrande Jordan (2025): The effect of social media use on adolescents' subjective well-being: Longitudinal evidence from Switzerland. *Social Science & Medicine, 365*, 117595. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117595>
- Madigan, S., McArthur, B. A., Anhorn, C., Eirich, R., & Christakis, D. A. (2020). Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 174*(7), 665–675. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0327>
- Mallawaarachchi, S. R., Anglim, J., Hooley, M., & Horwood, S. (2022). Associations of smartphone and tablet use in early childhood with psychosocial, cognitive and sleep factors: A systematic review and meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly, 13*–33.
- Manovich, L. (2001). *The Language of New Media*. MIT Press.
- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A.-L. (2021). Digital Media Use and Adolescents' Mental Health During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Public Health, 1*, 793868. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793868>
- Matthes, J., Karsay, K., Schmuck, D., & Stevic, A. (2020). "Too much to handle": Impact of mobile social networking sites on information overload, depressive symptoms, and well-being. *Computers in Human Behavior, 105*, 106217. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106217>
- Mechler, J., Lindqvist, K., Carlbring, P., Topooco, N., Falkenström, F., Lillengren, P., Andersson, G., Johansson, R., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., Dahl, H.-S. J., Sandell, R., Thorén, A., Ulberg, R., Bergsten, K. L., & Philips, B. (2022). Therapist-guided internet-based psychodynamic therapy versus cognitive behavioural therapy for adolescent depression in Sweden: A randomised, clinical, non-inferiority trial. *The Lancet Digital Health, 4*(8), e594–e603. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(22\)00095-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00095-4)
- Mechler, J., Lindqvist, K., Magnusson, K., Ringström, A., Krafman, J. D., Alvinzi, P., Kassius, L., Sowa, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2024). Guided and unguided internet-delivered psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Npj Mental Health Research, 3*(1), 21. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00063-0>
- Melodia, F., Canale, N., & Griffiths, M. D. (2022). The Role of Avoidance Coping and Escape Motives in Problematic Online Gaming: A Systematic Literature Review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(2), 996–1022. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00422-w>
- Meng, S.-Q., Cheng, J.-L., Li, Y.-Y., Yang, X.-Q., Zheng, J.-W., Chang, X.-W., Shi, Y., Chen, Y., Lu, L., Sun, Y., Bao, Y.-P., & Shi, J. (2022). Global prevalence of digital addiction in general population: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 92*, 102128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102128>
- Mengguo, J., Ting, Y., Kirkorian, H. L., & Mares, M.-L. (2023). Screen media exposure and young children's vocabulary learning and development: A meta-analysis. *Child development. https://doi.org/10.1111/cdev.13927*
- Merin, L., Toledano-Gonzalez, A., Fernandez-Aguilar, L., Nieto, M., del Olmo, N., & Latorre, J. M. (2024). Evaluation of the association between excessive screen use, sleep patterns and behavioral and cognitive aspects in preschool population. A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(12), 4097–4114. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02430-w>

- Michael, T., & Seymour, P. (2023). A brief comprehensive review of the interactions between attention-deficit/hyperactivity disorder and internet gaming disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01215-7>
- Mingoa, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C., & Gleaves, D. H. (2017). The relationship between social networking site use and the internalization of a thin ideal in females: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- Mondal, H., Sahoo, M., & Mondal, S. (2022). Characteristics of Cyber Sextortion in India: Content Analysis of Online Newspapers Published in 2019–2021. *Journal of Psychosexual Health*, 4, 171–177. <https://doi.org/10.1177/26318318221096755>
- Moshe, I., Terhorst, Y., Philippi, P., Domhardt, M., Cuijpers, P., Cristea, I., Pulkki-Raback, L., Baumeister, H., & Sander, L. B. (2021). Digital Interventions for the Treatment of Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 147(8), 749–786.
- Moshel, M. L., Warburton, W. A., Batchelor, J., Bennett, J. M., & Ko, K. Y. (2023). Neuropsychological deficits in disordered screen use behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 34(3), 791–822. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09612-4>
- Müller-Vahl, K. R., Pisarenko, A., Jakubowski, E., & Fremer, C. (2022). Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness. *Brain*, 145(2), 476–480. <https://doi.org/10.1093/brain/awab316>
- Nagar, P. (2023). Digital Detriments: Unraveling the Psychological Consequences of Social Media. *Lloyd Business Review*, 2(1), 1–14. <https://doi.org/10.56595/lbr.v2i1.9>
- Nikkelen, S. W. C., Valkenburg, P. M., Huizinga, M., & Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 50(9), 2228–2241. <https://doi.org/10.1037/a0037318>
- Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>
- Oey, L. T., McDonald, S., McGrath, L., Dear, B. F., & Wootton, B. M. (2023). Guided versus self-guided internet delivered cognitive behavioural therapy for diagnosed anxiety and related disorders: A preliminary meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6, 654–671. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2250073>
- Orben, A. (2020). Teenagers, screens and social media: A narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(4), 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>
- Orben, A., Przybylski, A. K., Blakemore, S.-J., & Kievit, R. A. (2022). Windows of developmental sensitivity to social media. *Nature Communications*, 13(1), 1649. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-29296-3>
- Paganini, S., Meier, E., Terhorst, Y., Wurst, R., Hohberg, V., Schultchen, D., Strahler, J., Wursthorn, M., Baumeister, H., & Messner, E.-M. (2023). Stress Management Apps: Systematic Search and Multidimensional Assessment of Quality and Characteristics. *JMIR MHealth and UHealth*, 1, e42415. <https://doi.org/10.2196/42415>
- Park, E., & Kwon, M. (2018). Health-Related Internet Use by Children and Adolescents: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e7731. <https://doi.org/10.2196/jmir.7731>
- Perrault, A. A., Bayer, L., Peuvrier, M., Afyouni, A., Ghisletta, P., Brockmann, C., Spiridon, M., Vesely, S. H., Haller, D. M., Pichon, S., Perrig, S., Schwartz, S., & Sterpenich, V. (2019). Reducing the use of screen electronic devices in the evening is associated with improved sleep and daytime vigilance in adolescents. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz125>
- Plackett, R., Blyth, A., & Schartau, P. (2023). The impact of social media use interventions on mental well-being: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e44922. <https://doi.org/10.2196/44922>
- Polak, M., Tanzer, N. K., Bauernhofer, K., & Andersson, G. (2021). Disorder-specific internet-based cognitive-behavioral therapy in treating panic disorder, comorbid symptoms and improving quality of life: A meta-analytic evaluation of randomized controlled trials. *Internet Interventions*, 1, 100364. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100364>
- Pretorius, C., Chambers, D., & Coyle, D. (2019). Young People's Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13873. <https://doi.org/10.2196/13873>
- Pringsheim, T., Ganos, C., McGuire, J. F., Hedderly, T., Woods, D., Gilbert, D. L., Piacentini, J., Dale, R. C., & Martino, D. (2021). Rapid Onset Functional Tic Like Behaviors in Young Females During the COVID 19 Pandemic. *Movement Disorders*, 36(12), 2707–2713. <https://doi.org/10.1002/mds.28778>
- Prinstein, M. J., Nesi, J., & Telzer, E. H. (2020). Commentary: An updated agenda for the study of digital media use and adolescent development – future directions following Odgers & Jensen (2020). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 349–352. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13219>

- Quandt, T., Klapproth, J., & Frischlich, L. (2022). Dark social media participation and well-being. *Current Opinion in Psychology*, 7, 101284. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.11.004>
- Reifman, J., Priezev, N. V., & Vital-Lopez, F. G. (2024). Can we rely on wearable sleep-tracker devices for fatigue management? *Sleep*, 47(3), zsad288. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad288>
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M. E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B., Wölfling, K., & Müller, K. W. (2017). Digital Stress over the Life Span: The Effects of Communication Load and Internet Multitasking on Perceived Stress and Psychological Health Impairments in a German Probability Sample. *Media Psychology*, 20(1), 90–115. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1121832>
- Reinke, K., & Chamorro-Premuzic, T. (2014). When email use gets out of control: Understanding the relationship between personality and email overload and their impact on burnout and work engagement. *Computers in Human Behavior*, 36, 502–509. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.075>
- Rodgers, R. F., & Rousseau, A. (2022). Social media and body image: Modulating effects of social identities and user characteristics. *Body Image*, 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.02.009>
- Rodgers, R. F., Slater, A., Gordon, C. S., McLean, S. A., Jarman, H. K., & Paxton, S. J. (2020). A Biopsychosocial Model of Social Media Use and Body Image Concerns, Disordered Eating, and Muscle-Building Behaviors among Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 399–409. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01190-0>
- Saiphoo, A. N., & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
- Salomon, I., & Brown, C. S. (2019). The Selfie Generation: Examining the Relationship Between Social Media Use and Early Adolescent Body Image. *The Journal of Early Adolescence*, 39(4), 539–560. <https://doi.org/10.1177/0272431618770809>
- Salomon, I., & Brown, C. S. (2021). That selfie becomes you: Examining taking and posting selfies as forms of self-objectification. *Media Psychology*, 24(6), 847–865. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15213269.2020.1817091>
- Sander, L., Rausch, L., & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e38. <https://doi.org/10.2196/mental.6061>
- Santos, I. K. D., Medeiros, R. C. da S. C. de, Medeiros, J. A. de, Almeida-Neto, P. F. de, Sena, D. C. S. de, Cobucci, R. N., Oliveira, R. S., Cabral, B. G. de A. T., & Dantas, P. M. S. (2021). Active Video Games for Improving Mental Health and Physical Fitness-An Alternative for Children and Adolescents during Social Isolation: An Overview. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041641>
- Santos, R. M. S., Mendes, C. G., Miranda, D., & Romano-Silva, M. A. (2022). The association between screen time and attention in children: A systematic review. *Developmental Neuropsychology*, 4, 175–192. <https://doi.org/10.1080/87565641.2022.2064863>
- Schuler, D. (2024). *Analysen für NGB-Kapitel. Digitale Medien*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Seifert, A., Ackermann, T., & Schelling, H. R. (2020). *Digitale Senioren 2020. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien durch Personen ab 65 Jahren in der Schweiz*. (III). Pro Senectute Schweiz & Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Shankleman, M., Hammond, L., & Jones, F. W. (2021). Adolescent social media use and well-being: A systematic review and thematic meta-synthesis. *Adolescent Research Review*, 4, 471–492. <https://doi.org/10.1007/s40894-021-00154-5>
- Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P., Hellemans, K., & Guimond, S. (2021). Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 9. <https://doi.org/10.2196/33450>
- Sharma, A., & Vidal, C. (2023). A scoping literature review of the associations between highly visual social media use and eating disorders and disordered eating: A changing landscape. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00898-6>
- Stahel, L., & Baier, D. (2023). Digital hate speech experiences across age groups and their impact on well-being: A nationally representative survey in Switzerland. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 7, 519–526. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0185>
- Stevens, A., & Griffiths, S. (2020). Body Positivity (#BoPo) in everyday life: An ecological momentary assessment study showing potential benefits to individuals' body image and emotional wellbeing. *Body Image*, 35, 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.003>
- Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553–568. <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>

Stortz, C., & Perissinotto, C. (2024). «Problematische/Risikoreiche Bildschirmnutzung» in der Schweiz. Erkenntnisse und Empfehlungen der nationalen Expert:innengruppe «Onlinesucht» Synthesebericht 2021–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Susi, K., Glover-Ford, F., Stewart, A., Knowles Bevis, R., & Hawton, K. (2023). Research review: Viewing self-harm images on the internet and social media platforms: Systematic review of the impact and associated psychological mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1115–1139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13754>

Suter, L., Bernath, J., Willemse, I., Külling, C., Waller, G., Skirgaila, P., & Süß, D. (2023). MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2021. <https://doi.org/10.21256/zhaw-27617>

Sweet, K. S., LeBlanc, J. K., Stough, L. M., & Sweany, N. W. (2020). Community building and knowledge sharing by individuals with disabilities using social media. *Journal of Computer Assisted Learning*, 1, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jcal.12377>

Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8, 527–539. <https://doi.org/10.1177/1357633X17717402>

Thelwall, M., & Vis, F. (2017). Gender and image sharing on Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat and WhatsApp in the UK: Hobbying alone or filtering for friends? *Aslib Journal of Information Management*, 69(6), 702–720. <https://doi.org/10.1108/AJIM-04-2017-0098>

Thompson, J. K., & Harriger, J. A. (2023). Body image and social media: The fault lines are clear – We need a seismic correction. *Body Image*, 45, 142–144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.02.009>

Thorell, L. B., Buren, J., Strom Wiman, J., Sandberg, D., & Nutley, S. B. (2022). Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: A systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02130-3>

Tiggemann, M., & Anderberg, I. (2020). Muscles and bare chests on Instagram: The effect of Influencers' fashion and fitspiration images on men's body image. *Body image*, 35, 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.001>

Tiggemann, M., Anderberg, I., & Brown, Z. (2020). Uploading your best self: Selfie editing and body dissatisfaction. *Body Image*, 33, 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.002>

Tiwari, R. (2023). Mental Health Effects of Social Media on Adolescents. *International Journal for Research in Applied Science and Engineering Technology*, 11(12), 1490–1492. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2023.57651>

Trivedi, C., Mansuri, Z., Vadukapuram, R., & Reddy, A. (2021). Social media and its effect on mental health: Friend or foe? *European Psychiatry*, 64, S758–S758. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2009>

Ulshöfer, C., Richner, D., & Bernet, F. (2023). *Faktenblatt 86. Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung über das Wissen der Bevölkerung zur Stärkung der psychischen Gesundheit*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Valkenburg, P., Beyens, I., Pouwels, J. L., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Social Media Use and Adolescents' Self-Esteem: Heading for a Person-Specific Media Effects Paradigm. *Journal of Communication*, 71(1), 56–78. <https://doi.org/10.1093/joc/jqaa039>

Valkenburg, P., Pouwels, J. L., Beyens, I., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Adolescents' social media experiences and their self-esteem: A person-specific susceptibility perspective. *Technology, Mind, and Behavior*, 2. <https://doi.org/10.1037/tmb0000037>

van Aert, R. C. M., & Niemeyer, H. (2022). Publication Bias. In W. O'Donohue, A. Masuda, & S. Lilienfeld (Hrsg.), *Avoiding Questionable Research Practices in Applied Psychology* (S. 213–242). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04968-2_10

Vandenbosch, L., Fardouly, J., & Tiggemann, M. (2022). Social media and body image: Recent trends and future directions. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.002>

Varona, M. N., Muela, A., & Machimbarrena, J. M. (2022). Problematic use or addiction? A scoping review on conceptual and operational definitions of negative social networking sites use in adolescents. *Addictive Behaviors*, 1, 107400. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107400>

Verduyn, P., Gugushvili, N., Massar, K., Taht, K., & Kross, E. (2020). Social comparison on social networking sites. *Current Opinion in Psychology*, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.002>

Vobbe, F., & Kärger, K. (2022). Mediatisierte sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. In F. Vobbe & K. Kärger (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt und digitale Medien: Reflexive Handlungsempfehlungen für die Fachpraxis* (S. 11–20). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35764-1_2

- Vuorre, M., & Przybylski, A. K. (2024). A Multiverse Analysis of the Associations Between Internet Use and Well-Being. *Technology, Mind, and Behavior*, 5(2: Summer 2024).
- Wachs, S., Michelsen, A., Wright, M. F., Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Yeji Kwon, Eun-Yeong Na, Ruthaychonnee Sittichai, Ritu Singh, R. Biswal, Anke Görzig, & T. Yanagida. (2020). A Routine Activity Approach to Understand Cybergrooming Victimization Among Adolescents from Six Countries. *Cyberpsychology, behavior and social networking*. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0426>
- Wacks, Y., & Weinstein, A. M. (2021). Excessive smartphone use is associated with health problems in adolescents and young adults. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.669042>
- Waller, G., Süß, D., Suter, L., Willemse, I., Külling, C., Bernath, J., Skirgaila, P., & Löpfe, S. (2021). *JAMESfocus: Rückblick auf ein Jahrzehnt Jugendmedienforschung* (S. 29). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-24637>
- Wang, B.-Q., Yao, N.-Q., Zhou, X., Liu, J., & Lv, Z.-T. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>
- Wang, Y., Xie, X., Fardouly, J., Vartanian, L. R., & Lei, L. (2021). The longitudinal and reciprocal relationships between selfie-related behaviors and self-objectification and appearance concerns among adolescents. *New Media & Society*, 23(1), 56–77. <https://doi.org/10.1177/1461444819894346>
- Werling, A. M., Kuzhippallil, S., Emery, S., Walitza, S., & Drechsler, R. (2022). Problematic use of digital media in children and adolescents with a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder compared to controls. A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 1. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00007>
- Willemse, I., Waller, G., Suter, L., Genner, S., & Süß, D. (2017). *JAMESfocus: Onlineverhalten. Unproblematisch – risikohaft – problematisch*. <https://doi.org/10.21256/zhaw-4311>
- Wolfers, L. N., & Utz, S. (2022). Social media use, stress, and coping. *Current Opinion in Psychology*, 1, 101305. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101305>
- Wright, J. H., Mishkind, M., Eells, T. D., & Chan, S. R. (2019). Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy and Mobile Apps for Depression and Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 62. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1031-2>
- Yeung, A., Ng, E., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 67(12), 899–906. <https://doi.org/10.1177/07067437221082854>
- Yu, D. J., Wing, Y. K., Li, T. M. H., & Chan, N. Y. (2024). The Impact of Social Media Use on Sleep and Mental Health in Youth: A Scoping Review. *Current Psychiatry Reports*, 26(3), 104–119. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01481-9>
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia-A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- Zhang, W., Yang, W., Ruan, H., Gao, J., & Wang, Z. (2023). Comparison of internet-based and face-to-face cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 140–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.025>
- Zhang, Z., Morgan, A., Armstrong, G., Campbell, A., & Reavley, N. (2024). Public Mental Illness Disclosure on Social Media and the Effects on Stigma Toward People With Mental Illness: A Systematic Review. *Stigma and Health*. Advance online publication.

08 Gebaute und natürliche Umwelt



Sarah Fässler & Zora Föhn, Interface
Oliver Grübner, Universität Luzern

Kernaussagen

- Es ist schwierig, die Wirkungen eines einzelnen Umweltfaktors wie «Lärm» auf die psychische Gesundheit nachweisen zu können, da sich verschiedene bauliche, natürliche und soziale Faktoren gegenseitig beeinflussen. Diese Wechselbeziehungen werden in den Studien jedoch kaum untersucht.
- Es wird vermutet, dass Lärm, Luftschadstoffe, Chemikalien sowie die soziale Dichte in Städten die Stressverarbeitung im Körper sowie in Gehirnregionen, die mit der Regulation von bedrohlichen Lebenssituation und negativen Emotionen verbunden sind, beeinträchtigen.
- Über eine Million Menschen in der Schweiz sind tags oder nachts Lärm ausgesetzt. Lärmschutzmassnahmen sind insbesondere in Städten wichtig.
- Von zu hoher sozialer Dichte in Wohnungen sind in der Schweiz 6% der Bevölkerung betroffen. Es handelt sich in der Regel um sozial benachteiligte Personen. Rückzugs- und Austauschmöglichkeiten im öffentlichen Raum und in Wohnüberbauungen können die negativen Folgen von sozialer Dichte und sozialer Isolation auf die psychische Gesundheit reduzieren.
- In der Schweiz profitieren selbst die Stadtbevölkerungen von einem guten Zugang zu Grünräumen. Diese können die psychische Gesundheit begünstigen, indem sie für Erholung, Bewegung, sozialen Austausch sorgen und vor Luftschadstoffen schützen.
- Durchgängige und sichere Velowege würden laut Selbsteinschätzung 73% und durchgängige und attraktive Fusswege 67% der Befragten in der Schweiz zu mehr Bewegung motivieren. Bewegung wirkt sich nachweislich positiv auf Depressionen, Angstzustände, Stress und Schlaf aus.
- Gemäss dem Bio-Monitoring-Projekt der Europäischen Union, an dem sich auch die Schweiz beteiligt, wurden bei allen untersuchten Kindern und Jugendlichen Weichmacher und Industriechemikalien (PFAS) gefunden. Diese werden in vielen Übersichtsarbeiten mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in Verbindung gebracht.
- In der Schweiz ist infolge des Klimawandels mit einer zunehmenden Anzahl an Hitzetagen, Hochwassern, Erdbeben, Waldbränden und Ernteeinbüssen zu rechnen. Diese stehen in Verbindung mit verschiedenen psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Posttraumatischen Belastungsstörungen.
- Luftschadstoffe wie Ozon, Feinstaubpartikel und Stickstoffdioxid stehen zwar in Zusammenhang mit einer schlechten psychischen Gesundheit. Es ist jedoch unklar, wie gut diese Befunde auf die Schweiz übertragen werden können, da viele Übersichtsarbeiten Studien aus asiatischen Ländern einbeziehen, die im Gegensatz zur Schweiz nach wie vor von einer hohen Luftverschmutzung betroffen sind.

8.1 Einleitung

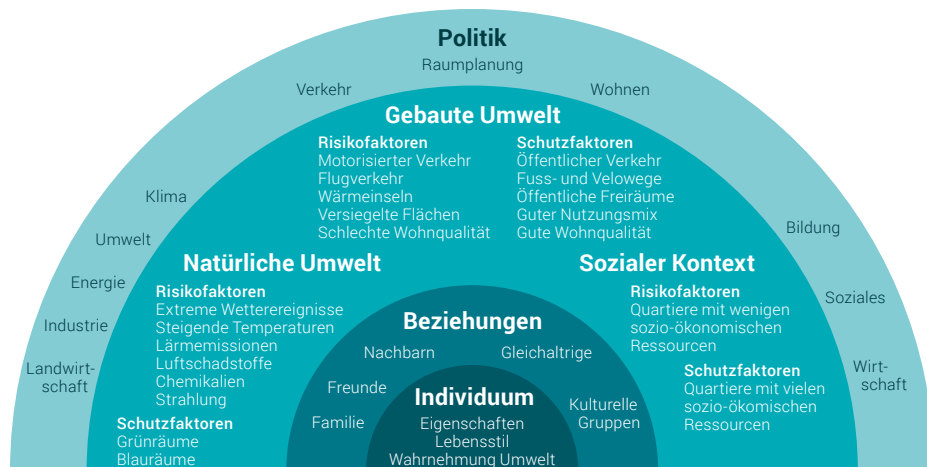
Die psychische Gesundheit wird durch eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst. Welche Rolle spielen dabei die gebaute und natürliche Umwelt? Was wissen wir über deren möglichen Einfluss auf die psychische Gesundheit einer Bevölkerung? Und was bedeutet dies für die Schweiz? Diese Fragen stehen im Zentrum dieses Kapitels.

Um diese Fragen zu beantworten, wurden internationale Übersichtsarbeiten sowie Studien und Daten aus der Schweiz gesucht. Die Befunde dieser Literaturanalyse werden entlang des Gesundheitsdeterminanten-Modells beschrieben und eingeordnet. Dieses Modell zeigt auf, dass Umweltfaktoren auf verschiedenen Ebenen einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben können (vgl. Grafik G8.1). Die Politik auf Ebene von Bund, Kantonen und Gemeinden (erster Kreis) beeinflusst über die Gesetzgebung die gebaute und natürliche Umwelt. Diese weist verschiedene Faktoren auf, welche die psychische Gesundheit fördern können. Dazu zählen beispielsweise Grünflächen, der Fuss- und Veloverkehr sowie eine gute Wohnqualität. Unter den hemmenden Umweltfaktoren für die psychische Gesundheit finden sich eine hohe Belastung durch Lärm, Luftschadstoffe und Chemikalien oder der motorisierte Individualverkehr (zweiter Kreis). All diese Faktoren stehen in einem Wechselspiel zum sozialen Kontext einer Person. Der soziale Kontext muss mitberücksichtigt werden, wenn man die Wirkung der gebauten und natürlichen Umwelt verstehen möchte. Denn sie kann deren Wirkung verstärken oder abschwächen (vgl. Kapitel 5 Sozialer Kontext). Der soziale Kontext umfasst einerseits die sozio-ökonomischen Ressourcen in der Nachbarschaft, andererseits die soziale Unterstützung durch Beziehungen (dritter Kreis). Die gebaute und natürliche Umwelt sowie der soziale Kontext haben einen Einfluss auf das Individuum. Dessen Eigenschaften wie Alter, Lebensstil sowie die subjektive Wahrnehmung der Umwelt haben ebenfalls einen Einfluss auf die psychische Gesundheit und stehen in einem Wechselspiel zur gebauten und natürlichen Umwelt (vierter Kreis).

Die nachfolgend präsentierten Befunde stützen sich auf internationale Übersichtsarbeiten sowie Studien und Daten aus der Schweiz. Sie müssen allerdings mit Vorsicht interpretiert werden. In komplexen Systemen wie der gebauten und der natürlichen Umwelt ist es schwierig, Studien mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe durchzuführen, die eine Wirkung der untersuchten baulichen oder natürlichen Faktoren auf die psychische Gesundheit belegen würden (Bird et al., 2018; Bonaccorsi et al., 2023). Die meisten präsentierten Befunde stützen sich entsprechend auf Studien, die lediglich mögliche Zusammenhänge zwischen baulichen und natürlichen Faktoren sowie der psychischen Gesundheit aufzeigen. Die Interpretation der Ergebnisse wird zusätzlich durch die grosse Heterogenität der Studien erschwert, welche einzelne Faktoren, aber auch die psychische Gesundheit unterschiedlich erfassen. So werden beispielsweise für Studien zu Grünräumen Daten aus Geoinformationssystemen, Regierungsquellen und Selbstauskünften verwendet (Geneshka et al., 2021; Nguyen et al., 2021). Um die Auswirkung auf die psychische Gesundheit zu untersuchen, wird teilweise die Fläche der Grünräume und teilweise die Distanz zu Grünräumen

Umweltbedingungen mit Einfluss auf die psychische Gesundheit

G8.1



Quelle: In Anlehnung an Dahlgren & Whitehead (1991)

© Obsan 2025

untersucht (Zhang et al., 2021). Viele Studien basieren auf eine subjektive Einschätzung von baulichen und natürlichen Faktoren und ziehen zu wenig objektive Messgrößen mit ein (Gong et al., 2016; Lee et al., 2023).

Die psychische Gesundheit dürfte durch eine Vielzahl an unterschiedlichen baulichen, natürlichen und sozialen Faktoren sowie individuelle Eigenschaften beeinflusst werden. In den Studien werden Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Faktoren jedoch kaum berücksichtigt. Häufig werden zum Beispiel psychische Vorerkrankungen nicht erfasst. In Gebieten mit hoher Umweltbelastung ist die psychische Gesundheit möglicherweise schlechter, weil Personen mit psychischen Erkrankungen die Energie und Ressourcen fehlen, um in weniger belastete Gebiete zu ziehen (Clark & Paunovic, 2018; James & O'Shaughnessy, 2023; Thoma et al., 2021).

Auch wenn sich Wirkungen der baulichen und natürlichen Umwelt aus methodischen Gründen nur schwer belegen lassen, heisst es nicht, dass es solche Wirkungen nicht gibt. Es gibt Hypothesen zu möglichen Wirkungsmechanismen, die teilweise in Tierstudien und mit neurobiologischer Bildgebung aus der Hirnforschung am Menschen untersucht wurden. Es wird vermutet, dass Lärm (Hahad et al., 2024), Luftschadstoffe (Thomson, 2019), Chemikalien (James & O'Shaughnessy, 2023), die soziale Dichte in Städten (Adli & Schöndorf, 2020; Ancora et al., 2022; Costa E Silva & Steffen, 2019), die Stressverarbeitung im Körper sowie Gehirnregionen beeinträchtigt, die für die Regulation von Bedrohungen und negativen Emotionen zuständig sind. Die gebaute Umwelt in Städten scheint gemäss Studien mit neurobiologischer Bildgebung zudem Gehirnregionen stärker zu beanspruchen, die mit Wahrnehmung, Konzentration und räumlichen Verarbeitung

verbunden sind. Der Aufenthalt in der Natur scheint hingegen solche Anzeichen geistiger Erschöpfung zu lindern (Ancora et al., 2022; Wolf et al., 2020). Spaziergänge in der Natur führen zudem zu einer verringerten Durchblutung von Gehirnregionen, die mit der Regulation des Stresshormons Cortisol sowie reduzierten Depressionssymptomen in Verbindung stehen (Nieuwenhuijsen et al., 2017).

8.2 Gebaute Umwelt

In diesem Unterkapitel werden bauliche Faktoren von städtischen und ländlichen, Wohn- und Verkehrsräumen in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit beschrieben.

Städtische und ländliche Räume

Das Leben in städtischen Räumen wird mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht als das Leben in ländlichen Gegenden. In der Schweiz berichten 2022 in den Städten mehr Personen von Depressionen und Angststörungen als auf dem Land (vgl. Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Auch der Anteil von Personen, die über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau verfügen, war im Jahr 2022 in der Stadt mit 43,7% tiefer als auf dem Land mit 47,7% und in der Agglomeration mit 48,1% (Obsan, 2024a).

In der internationalen Literatur ist der Zusammenhang zwischen Stadtleben und psychotischen Erkrankungen wie Schizophrenie am besten belegt (Adli & Schöndorf, 2020; Gruebner, Rapp, et al., 2017; Krabbendam et al., 2021). Auch eine Verbindung zwischen Stadtleben und Autismus-Spektrum-Störungen, Angsterkrankungen und affektiven Störungen wie Depression ist gut nachgewiesen (Adli & Schöndorf, 2020; Krabbendam et al., 2021). Eine Übersichtsarbeit mit 20 Einzelstudien aus einkommensstarken Ländern zeigt, dass Menschen in Städten ein um 39% erhöhtes Risiko für affektive Störungen und um 21% erhöhtes Risiko für Angsterkrankungen aufweisen. Weniger aussagekräftige Belege gibt es bezüglich der Verbindung zwischen Stadtleben sowie Substanz- und Essstörungen (Krabbendam et al., 2021). Bezüglich Suiziden ist die Datenlage gemischt. Es gibt sowohl Übersichtsarbeiten, die ein erhöhtes Risiko in der Landbevölkerung (Adli & Schöndorf, 2020), ein erhöhtes Risiko in der Stadtbevölkerung, insbesondere in benachteiligten Quartieren (Satherley et al., 2022), und ein gemischtes Bild zeigen (Ventriglio et al., 2021).

Wie wird der Zusammenhang zwischen städtischem respektive ländlichem Raum und der psychischen Gesundheit begründet? Gemäss der Selektionshypothese ziehen Personen mit psychischen Erkrankungen in die Stadt, weil sie einer grösseren Stigmatisierung solcher Erkrankungen im ländlichen Milieu entkommen möchten oder auf eine bessere Gesundheitsversorgung in Städten hoffen (Adli & Schöndorf, 2020; Krabbendam et al., 2021). Demgegenüber steht die Kausalhypothese, welche das Stadtleben als Ursache für die Häufung

von psychischen Erkrankungen in Städten sieht. Für diese Hypothese spricht, dass beim Schizophrenie-Risiko ein Zusammenhang zwischen Dosis und Wirkung beobachtet werden kann. Je grösser die Stadt und je länger der Aufenthalt in der Stadt in der Kindheit andauert, desto grösser ist das Schizophrenie-Risiko. Auch in der Übersichtsarbeit zu einkommensstarken Ländern blieben die unterschiedlichen Erkrankungsrisiken zwischen Stadt und Land für Angst- und affektive Störungen bestehen, auch nachdem verschiedene andere Risikofaktoren berücksichtigt wurden. Dies spricht für die Kausalhypothese (Adli & Schöndorf, 2020).

Was genau am Stadtleben das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht, ist allerdings unklar. Es wird vermutet, dass die Unterschiede zwischen Stadt und Land auf ein Zusammenspiel verschiedener baulicher, natürlicher und sozialer Faktoren zurückzuführen sind. Versiegelte Flächen sowie Wärmeinseln in dicht besiedelten Räumen führen auch in der Schweiz dazu, dass die Stadtbevölkerung der Hitze stärker ausgesetzt ist als die ländliche Bevölkerung. Zudem ist die Lärmbelastung in Schweizer Städten grösser als auf dem Land. Hitze (vgl. Abschnitt Steigende Temperaturen) und Lärm (vgl. Abschnitt Lärmemissionen) stehen in Zusammenhang mit verschiedenen psychischen Erkrankungen. Auch ein schlechter Zugang zu Grünflächen (Ancora et al., 2022; Gong et al., 2016; Rautio et al., 2018; Riva et al., 2022) und eine stärkere Belastung durch Luftschadstoffe (Ventriglio et al., 2021) werden in der internationalen Literatur als mögliche Gründe für die schlechtere psychische Verfassung der Stadtbevölkerung aufgeführt. Der Zugang zu Grünräumen ist auch in Schweizer Städten gegeben (vgl. Abschnitt Grünräume) und die Luftqualität ist verhältnismässig gut (vgl. Abschnitt Luftschadstoffe). Daher dürften diese beiden Umweltfaktoren in der Schweiz weniger relevant für die Stadt-Land-Unterschiede bei psychischen Erkrankungen sein als in anderen Ländern. Schliesslich leben in Schweizer Städten leicht mehr ärmere Menschen und die soziale Unterstützung ist geringer als auf dem Land (vgl. Abschnitt 8.4). Psychische Probleme treten eher in Quartieren auf, die durch hohe Arbeitslosigkeit, Unsicherheit und tiefe Einkommen oder Bildung gezeichnet sind (Gruebner, et al., 2017). Das Stadtleben wird zudem mit Dichtestress und sozialer Isolation in Verbindung gebracht (Krabbendam et al., 2021).

Verschiedene bauliche Merkmale können gemäss internationaler Literatur zu einer besseren psychischen Gesundheit beitragen. Durch ein verstärktes Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln sowie das Bevorzugen des Langsamverkehrs durch Fuss- und Velowege kann die Belästigung durch Lärm und Luftschadstoffe reduziert und die Bewegung gefördert werden (Bird et al., 2018). Bewegung wirkt sich nachweislich positiv auf die psychische Gesundheit aus (Singh et al., 2023, vgl. Abschnitt Lebensstil). Massnahmen zur Verkehrsberuhigung wie leise Strassenbeläge, Verkehrshindernisse, Strassentunnels, Beschränkungen für Lastwagen oder Anpassungen bei Flugbahnen und -routen stehen in Zusammenhang mit besserem Schlaf und einer geringeren Lärmbelastigung (WHO Regional Office for Europe, 2018). Schliesslich können Freiräume, Begegnungsstätten, öffentliche Gebäude und Stadtquartiere mit einem guten Nutzungsmix soziale Beziehungen stärken (Bird et al., 2018; Bonaccorsi et al., 2023; Ventriglio et al., 2021).

Wohnräume

Wohnräume weisen bauliche Merkmale auf, die ihre Bewohnenden vor Hitze, Kälte, Feuchte, Schimmel und Lärm schützen und Tageslicht, sozialen Austausch sowie Rückzugsmöglichkeiten bieten. In der Schweiz profitieren viele, aber nicht alle Menschen von einer guten Wohnqualität. Im Jahr 2020 lebten 11,4% der Bevölkerung in einer zu feuchten und 7,3% in einer zu dunkeln Wohnung. Weitere 17,9% der Bevölkerung waren Strassen- oder Nachbarschaftslärm ausgesetzt. Im Jahr 2022 lebten zudem 5,8% der Bevölkerung in einer überbelegten Wohnung (Bundesamt für Statistik, 2022b).

In der internationalen Literatur wird Energieeffizienzmassnahmen wie gut isolierte Gebäude, mehrfachverglaste Fenster und verbesserte Heizungssysteme (Bird et al., 2018; Ige et al., 2019; Liddell & Guiney, 2015; Riva et al., 2022; Thomson et al., 2013) sowie Lärmschutzmassnahmen (Riva et al., 2022) ein positiver Einfluss auf die psychische Gesundheit zugeschrieben. Auch ausreichend Tageslicht am Morgen wird in Zusammenhang mit einem verbesserten Schlaf und geringeren Depressionssymptomen diskutiert. Zu wenig Fenster stehen dagegen mit Stress-, Angst- und Depressionssymptomen in Zusammenhang (Riva et al., 2022). Feuchtigkeit und Schimmel werden mit einer schlechten psychischen Verfassung, Stress und depressiven Symptomen in Verbindung gebracht (Liddell & Guiney, 2015; Riva et al., 2022). Lärm von Nachbarn wird mit mehr Stress-, Angst- und Depressionssymptomen sowie Schlafproblemen in Verbindung gebracht (Riva et al., 2022). Fehlende Möglichkeiten für soziale Interaktionen, insbesondere in Hochhäusern, Mehrfamilienhäusern und oberen Wohngeschossen, werden mit Stress-, Angst- und Depressionssymptomen in Zusammenhang gebracht (Evans, 2003; Riva et al., 2022). In überfüllten Wohnungen leiden die Menschen dagegen an einem Mangel an Privatsphäre und Kontrolle, was zu einer schlechteren psychischen Gesundheit führen kann. Überfüllte Wohnungen sind zudem mit Stress- und Depressionssymptomen assoziiert (Riva et al. 2022, Singh et al., 2019; Ziersch & Due, 2018).

Wie wird der Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Gesundheit begründet? Aus den Studien geht nicht klar hervor, ob die beschriebenen Zusammenhänge wirklich auf die baulichen Faktoren und nicht auf die geringen sozio-ökonomischen Ressourcen der Bewohnenden zurückzuführen sind (Riva et al., 2022). Eine schlechte Wohnqualität dürfte zusammen mit verschiedenen Formen sozio-ökonomischer Benachteiligung zu negativen Folgen für die psychische Gesundheit führen. So wird in der internationalen Literatur vermutet, dass Energieschutzmassnahmen die psychische Gesundheit erhöhen, indem sie Sorgen betreffend hoher Ausgaben für die Heizung und die Folgen von Kälte für die Gesundheit reduzieren (Liddell & Guiney, 2015; Riva et al., 2022). In der Schweiz sind Personen, die in feuchten, dunklen und lärmigen Wohnungen wohnen, häufiger sozioökonomischen Benachteiligungen ausgesetzt. Von einer schlechten Wohnqualität sind Personen stärker betroffen, die ihre Wohnung mieten, arbeitslos sind, aus dem Ausland stammen, in dicht besiedelten Gebieten wohnen und über wenig Einkommen oder Bildung verfügen (Bundesamt für Statistik, 2022b).

8.3 Natürliche Umwelt

In diesem Unterkapitel werden Faktoren der natürlichen Umwelt diskutiert, die in Verbindung zur psychischen Gesundheit stehen.

Grünräume

Grünräume umfassen Wälder, Pärke, Gärten, Weiden, Wiesen, Bäume und Sträucher, aber auch begrünte Dächer und Wände. Die Statistik der Schweizer Städte mit 170 städtischen Gemeinden zeigt, dass der Zugang zu Grünflächen in der Schweiz gut ist. Wälder nehmen 32% und Landwirtschaftsflächen 31% der städtischen Gesamtfläche ein. In den sechs Grossstädten mit über 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner ist lediglich der Anteil Landwirtschaftsfläche mit 14% wesentlich kleiner. Weitere 2% der Fläche sind Erholungs- und Grünanlagen wie öffentliche Parkanlagen, Sportstätten, Campingplätze, Schrebergärten und Friedhöfe (Schweizerischer Städteverband & Bundesamt für Statistik, 2022).

Ein Aufenthalt in Grünräumen ist gemäss der internationalen Literatur mit einer besseren psychischen Gesundheit (Bird et al., 2018; Kumar et al., 2019; Nieuwenhuijsen et al., 2017; Yang et al., 2023) und positiven Emotionen wie Glücksgefühle, Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden assoziiert (Bratman et al., 2019; Lawrance et al., 2022; Yang et al., 2023). Grünräume stehen zudem in Verbindung mit reduzierten Symptomen verschiedener psychischer Erkrankungen wie Depression, Ängsten (Bratman et al., 2019), Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen und Schizophrenie (Bratman et al., 2019; Geneshka et al., 2021; Rautio et al., 2018; Vanaken & Danckaerts, 2018; Yang et al., 2023; Zhang et al., 2023).

Wie wird der Zusammenhang zwischen Grünräumen und psychischer Gesundheit begründet? Es wird vermutet, dass Grünräume als solches eine Wirkung auf die psychische Gesundheit haben, indem sie den psychischen und körperlichen Stress reduzieren (Stress Reduction Theory) und die Erschöpfung infolge hoher Konzentration und Aufmerksamkeit (Attention Restoration Theory) lindern (Nieuwenhuijsen et al., 2017; Ventriglio et al., 2021). Diese Theorien werden auch durch Befunde aus der Hirnforschung gestützt (vgl. Abschnitt 8.1). Grünräume haben möglicherweise aber auch eine Wirkung auf die psychische Gesundheit im Zusammenspiel mit anderen natürlichen Umweltfaktoren. Grünräume können die Hitze reduzieren (Nieuwenhuijsen et al., 2017; Wolf et al., 2020; vgl. Abschnitt Steigende Temperaturen). Weiter können sie die Luftqualität beeinflussen (vgl. Abschnitt Luftschadstoffe). Allerdings bestehen sowohl zum Zusammenhang zwischen Grünflächen und Luftqualität untereinander als auch zwischen diesen beiden Faktoren und der psychischen Gesundheit widersprüchliche Ergebnisse (Kumar et al., 2019; Zhang et al., 2021). Grünflächen stehen zudem in Verbindung mit vermehrter körperlicher Aktivität und in der Folge psychischem Wohlbefinden (Zhang et al., 2021) und psychischer Gesundheit

(Bird et al., 2018, vgl. Abschnitt Lebensstil). Schliesslich können Grünflächen auch zu sozialen Beziehungen und so zu einer besseren psychischen Gesundheit beitragen (Bratman et al., 2019; Nieuwenhuijsen et al., 2017; Zhang et al., 2021).

Blauräume

Blauräume umfassen Gewässer wie Seen, Flüsse oder das Meer. In der Schweiz bieten zahlreiche Flüsse und Seen einen guten Zugang zu Blauräumen als Ressource für die psychische Gesundheit.

In einer internationalen Übersichtarbeit wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Blauräumen und psychischer Gesundheit festgestellt (Gascon et al., 2017). Am besten belegt ist eine Verbindung zwischen Blauräumen und verbesserter Stimmung sowie verbesserten affektiven Ergebnissen (wie beispielsweise eine Reduktion von Angst). Ein positiver Zusammenhang besteht insbesondere für Küstengewässer und weniger für Binnengewässer. Es scheint positiver für die psychische Gesundheit zu sein, sich an Küsten aufzuhalten, statt sich lediglich in der Nähe von Küstengewässern zu befinden (WHO Regional Office for Europe, 2021).

Wie wird der Zusammenhang zwischen Blauräumen und psychischer Gesundheit begründet? Blauräume haben einen positiven Einfluss auf körperliche Aktivitäten, wie Schwimmen (Filipova et al., 2020; Gascon et al., 2017), welche wichtig für die psychische Gesundheit sind (vgl. Abschnitt Lebensstil). Ebenso bieten sie Gelegenheit für soziale Kontakte (Filipova et al., 2020; vgl. Abschnitt Soziale Beziehungen). Es wird vermutet, dass sich Blauräume, genau wie Grünflächen, positiv auf die psychische, physiologische und kognitive Stressverarbeitung auswirken.

In der Schweiz ist infolge des Klimawandels mit einer zunehmenden Anzahl Hitzetagen, Hochwassern, Erdbeben, Waldbränden und Ernteeinbüssen zu rechnen. Diese stehen in Verbindung mit verschiedenen psychischen Erkrankungen, insbesondere posttraumatischen Belastungsstörungen.

Extremwetterereignisse

Extremwetterereignisse wie Superstürme, Hurrikans, Zyklone, Tornados oder Starkregen treten in Folge des Klimawandels weltweit vermehrt auf (Clayton, 2021; Lawrance et al., 2022). In der Schweiz steigt infolge des Klimawandels das Risiko für Hochwasser und Erdbeben, die zu Personen- und Sachschäden führen können. Hingegen ist unklar, ob der Klimawandel auch zu mehr Stürmen in der Schweiz führt. Von Hochwasser sind

sowohl städtische als auch ländliche Gegenden in der Nähe von Gewässern betroffen. Erdbeben treten insbesondere in den Alpen, Voralpen und einigen Gebieten im Jura auf (Köllner et al., 2017).

Die internationalen Übersichtsarbeiten belegen einen Zusammenhang zwischen Extremwetterereignissen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen bei der betroffenen Bevölkerung (Chique et al., 2021; Clayton, 2021; Cruz et al., 2020; Cuijpers et al., 2023; Huang et al., 2023; Keya et al., 2023; Lee & First, 2022; Makwana, 2019). Die Befunde zum Zusammenhang zwischen Extremwetterereignissen und Suiziden sind widersprüchlich (Gawrych, 2022; Kölves et al., 2013; Rahmani et al., 2023). Die Extremwetterereignisse erhöhen das Risiko von Überschwemmungen und Erdbeben und gehen oftmals mit der Zerstörung von Infrastruktur und dem Verlust von Menschenleben einher. Auch Überschwemmungen und Erdbeben stehen primär in einem Zusammenhang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Symptomen von Depressionen und Angststörungen (Fernandez et al., 2015; Golitaleb et al., 2022; Kennedy et al., 2015).

Wie wird der Zusammenhang zwischen Extremwetterereignissen und der psychischen Gesundheit begründet? Bei Extremwetterereignissen handelt es sich um belastende Lebensereignisse, welche zu psychischen Problemen führen können (siehe auch Kapitel 1 Gesamtbevölkerung).

Steigende Temperaturen

Steigende Temperaturen und stärkere Hitzewellen sind weitere Folgen des Klimawandels (Cianconi et al., 2020; Lawrance et al., 2022). Die steigenden Temperaturen führen zu mehr Trockenheit und in der Folge zu Waldbränden (Köllner et al., 2017). In der Schweiz tritt Hitze vermehrt in tieferen Lagen auf, in deren Bereich ein Grossteil der schweizerischen Bevölkerung lebt. Aufgrund des Wärmeinsel-Effekts sind grössere Agglomerationen und Städte besonders betroffen. Der Temperaturunterschied zwischen Stadt und Land kann bis zu zehn Grad betragen und ist in der Nacht besonders ausgeprägt. Waldbrände dürften dagegen die ländliche Schweiz stärker betreffen. Sie entstehen am häufigsten im Tessin, dem Wallis, dem Bündnerland sowie Föhngebieten auf der Alpen-nordseite (Köllner et al., 2017).

Verschiedene internationale Meta-Analysen zeigen einen Zusammenhang zwischen steigenden Temperaturen und Suiziden respektive Todesfällen infolge von psychischen Erkrankungen (Cuijpers et al., 2023; Lawrance et al., 2022; Yu et al., 2020). Andere zeigen hingegen einen Höhepunkt bei Suiziden im Frühling und einen Tiefpunkt im Winter auf (Yang et al., 2020). Wie sich schnelle Temperaturanstiege oder Hitzewellen auf das Suizidrisiko auswirken, ist weniger klar. Die Luftfeuchtigkeit scheint ein wichtigerer Treiber für das Suizidrisiko zu sein (Lawrance et al., 2022). Auch eine Schweizer Einzelstudie,

welche 24 067 Suizide zwischen 1995 und 2016 untersuchte, stellt einen positiven, wenn auch nichtlinearen Zusammenhang zwischen Temperatur und Suiziden fest (Bär et al., 2022). Infolge von Hitzewellen werden zudem mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Ängsten, Schizophrenie, Suchterkrankungen, affektiven und bipolaren Störungen in Notfallstationen und psychiatrischen Institutionen hospitalisiert (Charlson et al., 2021; Corvetto et al., 2023; Hwong et al., 2022; Lawrance et al., 2022). Hitze wird zudem mit Depressions- und Angstsymptomen sowie einer Zunahme von negativen Emotionen in Verbindung gebracht (Charlson et al., 2021; Cianconi et al., 2020; Hwong et al., 2022; Lawrance et al., 2022).

Extreme Trockenheit wird eine Verbindung zu Stress sowie Angst- und Depressions-symptomen zugeschrieben (Salvador et al., 2023; Stanke et al., 2013; Thoma et al., 2021). Es wird zudem von einem Zusammenhang zwischen Dürre und erhöhten Suizidgedanken und -raten berichtet, wobei die Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen gelangen (Stanke et al., 2013; Thoma et al., 2021; Varshney et al., 2023). Waldbrände werden bei den davon betroffenen Personen mit mehr psychischen Erkrankungen, insbesondere Posttraumatischen Belastungsstörungen, in Verbindung gebracht (Evans et al., 2022; To et al., 2021; Varshney et al., 2023).

Wie wird der Zusammenhang zwischen steigenden Temperaturen und der psychischen Gesundheit begründet? Die Hitze kann zu Schlafproblemen und in der Folge zu Erschöpfung führen. Sie kann zudem einen Einfluss auf Botenstoffe im Gehirn wie Serotonin und Dopamin, haben, welche dafür sorgen, dass Menschen emotional ausgeglichen und motiviert sind (Cianconi et al., 2020). Die höheren Hospitalisierungsraten von psychisch kranken Menschen bei Hitze werden gemäss internationaler Literatur damit erklärt, dass Medikamente gegen Psychosen oder Ängste dazu führen, dass die Betroffenen weniger schwitzen und Wasser trinken (Thoma et al., 2021). Die psychische Gesundheit kann jedoch auch aufgrund negativer Folgen von Hitze auf die Gesellschaft und die Wirtschaft beeinträchtigt werden (Cianconi et al., 2020). Von psychischen Problemen infolge von Trockenheit sind beispielsweise insbesondere im Landwirtschaftssektor arbeitende Personen betroffen, deren Lebensunterhalt durch die Dürre beeinträchtigt wird (Vins et al., 2015).

Lärmemissionen

Lärmemissionen können beispielweise durch Flug-, Strassen- und Schienenverkehr oder Windturbinen ausgelöst werden. Ein möglicher Einfluss von Lärm auf die psychische Gesundheit betrifft in der Schweiz potenziell viele Personen. In der Schweiz waren 2015 tagsüber 1,1 Millionen und nachts 1 Million Menschen von Strassenverkehrslärm betroffen. 16 000 Personen sind tagsüber und 87 000 Personen nachtsüber Eisenbahnlärm ausgesetzt. Von Fluglärm betroffen sind am Tag 24 000 Personen und in der Nacht

75 000 Personen. Städte und Agglomerationen leiden am stärksten unter Verkehrslärm. Über 90% der betroffenen Personen leben in grösseren Zentren (Bundesamt für Umwelt, 2023). In einer schweizerischen Kohortenstudie wird von einem Zusammenhang zwischen Strassen- und Schienenlärm und Suiziden durch Vergiftung, Hängen, Waffen und Springen beobachtet (Wicki et al., 2023).

Gemäss der internationalen Literatur steht Fluglärm in Zusammenhang mit Depressions- und Angstsymptomen (Clark & Paunovic, 2018; Hegewald et al., 2020). Die Ergebnisse zu Strassenlärm sind widersprüchlich. In zwei Übersichtsarbeiten wird eine Verbindung zwischen Lärm sowie Depressionen (Dzhambov & Lercher, 2019) und Ängsten (Dzhambov & Lercher, 2019; Lan et al., 2020) beschrieben. Ein solcher Zusammenhang wird in zwei weiteren Übersichtsarbeiten verneint (Clark & Paunovic, 2018; Hegewald et al., 2020). Der Strassenlärm scheint allerdings einen Effekt auf die objektiv gemessenen Schlafmuster sowie die subjektiv empfundenen Schlafstörungen zu haben (Basner & McGuire, 2018). Schlafmangel wirkt sich nachweislich auf das Erleben von psychischen Problemen wie Depressionen und Ängsten aus (Scott et al., 2021). Der Schienenlärm scheint zudem mit Schlafproblemen (Basner & McGuire, 2018), aber nicht mit anderen psychischen Erkrankungen in Verbindung zu stehen (Clark & Paunovic, 2018; Hegewald et al., 2020). Bezüglich des Lärms von Windturbinen wird entweder von keinen (Clark & Paunovic, 2018) oder uneinheitlichen Befunden bezüglich Schlaf und psychischen Problemen berichtet (Freiberg et al., 2019).

Wie wird der Zusammenhang zwischen Lärmemissionen und psychischer Gesundheit begründet? Es wird vermutet, dass sich Lärm auf die Stressverarbeitung im Körper auswirkt und zu einer erhöhten Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin und Cortisol führt (Clark & Paunovic, 2018; Hahad et al., 2024; Lee et al., 2023).

In der Schweiz sind 1 Million Menschen von Lärm betroffen. Der Zusammenhang zwischen Lärm und Schlafproblemen bei Erwachsenen sowie Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptomen bei Kindern ist gut belegt (vgl. Abschnitt Alter).

Luftschadstoffe

Zu den Luftschadstoffen zählen Ozon (O_3), Feinstaubpartikel ($PM_{2.5}$, PM_{10}) und Stickstoffdioxid (NO_2). Diese stammen aus dem motorisierten Strassenverkehr, der Industrie, der Bauwirtschaft, Heizungen und natürlichem Staub (Kumar et al., 2019). Diese Schadstoffe gelangen mit jedem Atemzug in die Lunge und können kurz- oder langfristig Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. In der Schweiz ist die Luftbelastung seit Mitte der 1980er-Jahre deutlich zurückgegangen. Die Jahresmittelwerte für grössere

Feinstaubpartikel (PM10) wurden 2022 an den meisten Messstationen des Nationalen Beobachtungsnetzes für Luftfremdstoffe (NABEL) eingehalten. Bei den Stickstoffen wurden die Jahresmittelgrenzwerte nur an verkehrsnahen Standorten überschritten. Nur beim Ozon wurden die Grenzwerte an allen und bei kleineren Feinstaubpartikeln (PM2.5) an den meisten Standorten überschritten (Bundesamt für Umwelt, 2023). Inwiefern die Luftverschmutzung in der Schweiz zu psychischen Problemen führt, ist schwer zu beurteilen. Viele der nachfolgend beschriebenen Übersichtsarbeiten beziehen Daten aus asiatischen Ländern mit ein, die eine deutlich stärkere Luftverschmutzung aufweisen als die Schweiz. Die Jahresmittelwerte für PM2.5 in der Schweiz sind beispielsweise dreimal tiefer als die Werte in China und fünfmal tiefer als die Werte in Indien (IQAir, 2023).

In verschiedenen internationalen Studien konnten Zusammenhänge zwischen der Tageskonzentration dieser Schadstoffe und den täglichen Spital- und Notfallbesuchen aufgrund psychischer Störungen aufgezeigt werden (Bernardini et al., 2020). Die langfristige Belastung durch grössere Feinstaubpartikel (PM10) wird mit Depressionssymptomen (Tzivian et al., 2015) und, bei einer kurzfristigen Belastung, mit einem erhöhten Suizidrisiko (Braithwaite et al., 2019) in Verbindung gebracht. Mehrere Übersichtsarbeiten haben zudem eine Verbindung zwischen dem Auftreten von Depressionssymptomen und einer langfristigen Belastung mit kleineren Feinstaubpartikeln (PM2.5, Braithwaite et al., 2019; Buoli et al., 2018; Cao et al., 2024) sowie Angstzuständen gefunden (Tzivian et al., 2015). Eine erhöhte Feinstaub-Belastung (PM2.5) während der Schwangerschaft wird mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASD) bei Kindern assoziiert (Buoli et al., 2018).

Eine längerfristige Belastung durch Ozon- und Stickstoffdioxid-Werte in der Luft steht in Verbindung mit einer Zunahme von Depressionssymptomen (Tzivian et al., 2015). Für Stickstoffdioxid-Konzentrationen im Sommer gibt es überdies Hinweise auf ein erhöhtes Risiko, dass sich bestehende depressive Erkrankungen verschlechtern (Buoli et al., 2018). Die Belastung durch erhöhte Stickstoffdioxid-Konzentrationen in Strassenverkehrsabgasen wird in einer Querschnittsstudie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für selbstberichtete Angstzustände in Verbindung gebracht (Tzivian et al., 2015). Schliesslich gibt es Hinweise darauf, dass eine kurzzeitig erhöhte Stickstoffdioxid- und Ozon-Exposition mit einer Zunahme von Selbstverletzungen einhergeht (Buoli et al., 2018).

Wie wird der Zusammenhang zwischen Luftschadstoffen und psychischer Gesundheit begründet? Es wird vermutet, dass Luftschadstoffe sich negativ auf die Stressverarbeitung im Körper auswirken und so zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen führen können. Der Einfluss von Luftschadstoffen auf die Stressverarbeitung wird möglicherweise durch weitere Stressfaktoren wie sozio-ökonomische Belastungen und Lärm zusätzlich verstärkt (Thomson, 2019).

Chemikalien

Zu den Chemikalien zählen endokrine Disruptoren (EDCs), das heisst Fremdstoffe, die Hormone nachahmen oder blockieren können. Dabei kann es sich um Pestizide, Industriechemikalien (v. a. per- und polyfluorierte Alkylverbindungen PFAS), Weichmacher (Phthalate), Flammenschutzmittel (polybromierte Diphenylether), Lösungsmittel und seltener Phenole (z. B. als Teil von Kunststoffen) handeln. Sie finden sich in Kunststoffbehältern, Lebensmittelverpackungen, Körperpflegeprodukten, medizinischen Produkten und Baumaterialien (James & O'Shaughnessy, 2023). Ausserdem umfassen Chemikalien verschiedene Schwermetalle wie Blei, Mangan, Kupfer, Quecksilber und Cadmium. Schwermetalle befinden sich beispielsweise in Düngemitteln, Elektrotechnik, Haushaltswaren, Motorfahrzeugen oder Meeresfrüchten (James & O'Shaughnessy, 2023). Da die beschriebenen Chemikalien in zahlreichen Produkten eingesetzt werden, ist davon auszugehen, dass allfällige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit auch die Menschen in der Schweiz betreffen. Gemäss dem Bio-Monitoring-Projekt der Europäischen Union, an dem sich auch die Schweiz beteiligt, wurden bei allen untersuchten Kindern und Jugendlichen Weichmacher und Industriechemikalien (PFAS) gefunden. Bei PFAS waren die Werte bei einem Viertel der untersuchten Werte so hoch, dass gesundheitliche Folgen nicht ausgeschlossen werden können (Uhl et al., 2023).¹

Alle endokrinen Disruptoren stehen vor allem mit problematischen externalisierenden und internalisierenden Verhaltensweisen in der Kindheit in Zusammenhang. Externalisierende Verhaltensweisen wie Aggressionen und Regelverletzungen sind nach aussen gerichtet. Zu internalisierenden Verhaltensweisen zählen sozialer Rückzug, Interessensverlust, Traurigkeit und Angstgefühle (James & O'Shaughnessy, 2023). Flammenschutzmittel mit polybromierten Diphenylethern (PBDE) werden zusätzlich mit Panik und Trennungsangst bei Kindern in Verbindung gebracht (James & O'Shaughnessy, 2023). Weichmacher wie Phthalate sind mit ADHS bei Kindern assoziiert (Nilsen & Tulve, 2020; Praveena et al., 2020). Die verfügbaren Studien zur Bisphenolexposition deuten darauf hin, dass diese Chemikalien zu nach aussen gerichteten Verhaltensauffälligkeiten auch bei Mädchen und zu Depressionssymptomen insbesondere bei Knaben führen können (James & O'Shaughnessy, 2023). Zum Einfluss von Pestiziden auf die psychische Gesundheit gibt es nur wenige Studien. Diese zeigen Zusammenhänge mit Verhaltensproblemen und Depressionssymptomen bei Kindern auf (James & O'Shaughnessy, 2023). Auch bei in der Landwirtschaft arbeitenden Personen wird der Pestizideinsatz mit Depressionssymptomen in Verbindung gebracht (Cancino et al., 2023).

¹ Die Belastung mit Chemikalien wird unterschiedlich erfasst. Bei Weichmachern und Bisphenol wird der Gehalt häufig im Urin bestimmt. Bei Flammenschutzmittel wird der Gehalt in der Regel im Blutserum bestimmt. Die Nabelschnur wird beispielsweise für die Bestimmung des Blei- oder Mangangehalts verwendet. Letzter kann beispielsweise auch über abgeschnittene Fussnägel bestimmt werden (James & O'Shaughnessy, 2023).

Eine Belastung mit Blei wird in verschiedenen Studien in Verbindung mit Schizophrenie gebracht (Ordemann & Austin, 2016; van den Bosch & Meyer-Lindenberg, 2019). Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen einer Bleibelastung und Ängsten und Depressionen sind widersprüchlich (Dickerson et al., 2020; van den Bosch & Meyer-Lindenberg, 2019). Störungen des Kupferhaushalts im Körper werden mit Depressionen in Verbindung gebracht. So zeigen Studien, dass Patientinnen und Patienten mit Depressionen höhere Kupferwerte im Blut aufweisen als die Kontrollgruppe ohne Depressionen (Ni et al., 2018). Eine Subgruppenanalyse zeigte, dass insbesondere bei Kindern und Erwachsenen ein starker Zusammenhang zwischen erhöhten Kupferwerten und Depressionen besteht (Ni et al., 2018). Einzelne Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen höheren Konzentrationen von Mangan, Arsen, Strontium (Dickerson et al., 2020) und Cadmium (van den Bosch & Meyer-Lindenberg, 2019) und Depressionssymptomen.

Wie wird der Zusammenhang zwischen Chemikalien und psychischer Gesundheit begründet? Es wird vermutet, dass die Chemikalien unter anderem die Kommunikation über Botenstoffe wie Serotonin und Dopamin im Gehirn verändern, die Genaktivität im Gehirn modifizieren, die Stressverarbeitung beeinträchtigen und entzündliche Prozesse im Nervensystem begünstigen. Diese Auswirkungen werden möglicherweise durch psychosoziale Stressfaktoren verstärkt (James & O'Shaughnessy, 2023).

Chemikalien wie Weichmacher und Industriechemikalien (PFAS) werden mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in Verbindung gebracht. Bei allen untersuchten Kindern und Jugendlichen im Bio-Monitoring-Projekt der Europäischen Union mit Beteiligung der Schweiz wurden diese beiden Chemikalien gefunden.

Strahlung

Es gibt verschiedene Studien, die einen Zusammenhang zwischen Nuklearunfällen wie in Tschernobyl und Atombombenabwürfen wie in Hiroshima und der psychischen Gesundheit aufzeigen (Bromet et al., 2011; Bromet & Havenaar, 2007; Longmuir & Agyapong, 2021; Weiland et al., 2016). Es ist unklar, ob diese Ergebnisse auf die traumatischen Ereignisse oder die Strahlenexposition zurückzuführen sind. Es konnten keine Studien zum Zusammenhang zwischen nicht-ionisierender Strahlung, beispielsweise von Mobilfunkantennen und Handys, und psychischen Erkrankungen identifiziert werden. Studien zur Mobilfunknutzung als Indikator für nicht-ionisierende Strahlen zeigen allerdings einen Zusammenhang mit der Lebensqualität. Ein Zusammenhang mit Schlafproblemen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen konnte in zwei Übersichtsarbeiten nicht nachgewiesen werden (Bodewein et al., 2022; van den Bosch & Meyer-Lindenberg, 2019).

8.4 Zusammenspiel mit sozialem Kontext

In diesem Unterkapitel wird erläutert, welche Zusammenhänge es zwischen gebauter und natürlicher Umwelt und dem sozialen Kontext gibt. Dieser umfasst soziale Ressourcen und Beziehungen (für vertiefende Informationen, siehe Kapitel 5 Sozialer Kontext).

Soziale Ressourcen

Der sozio-ökonomische Status scheint eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen am stärksten und konsistentesten vorherzusagen (Bonaccorsi et al., 2023). In der Schweiz liegt die Armutsquote bei 8,2% der Bevölkerung. In dicht besiedelten Gebieten ist sie mit 9,2% leicht höher (Bundesamt für Statistik, 2022a). Ein Leben in einem Quartier mit wenig sozio-ökonomischen Ressourcen steht in Verbindung mit einer schlechten psychischen Verfassung und Depressionssymptomen (Gruebner, Lowe, et al., 2017; Krabbendam et al., 2021; Riva et al., 2022; Sui et al., 2022). Es ist aber unklar, wie soziale Ressourcen die Auswirkungen der gebauten Umwelt auf die psychische Gesundheit beeinflussen. Es wird vermutet, dass sozio-ökonomische Bedingungen wichtiger sind als raumplanerische Massnahmen (Bonaccorsi et al., 2023).

Die natürliche Umwelt kann ebenfalls nicht isoliert vom sozialen Kontext betrachtet werden. So können Extremwetterereignisse und steigende Temperaturen infolge des Klimawandels zu Nahrungsmittelknappheit, Wirtschaftskrisen, gewaltsamen Konflikten und unfreiwilliger Migration führen, welche zusätzlich massive psychische Risiko- und Belastungsfaktoren darstellen (Heinz & Meyer-Lindenberg, 2023; Kim et al., 2014). Sozio-ökonomisch benachteiligte Gruppen wachsen eher in Quartieren auf, die stärker von Umweltbelastung betroffen sind. Hingegen reduzieren Grünflächen möglicherweise gesundheitliche Ungleichheiten zwischen finanziell gut und schlecht situierten Personen. So zeigte eine Studie einen Unterschied von 20% im psychischen Wohlbefinden zwischen gut und schlecht situierten Personen in Gegenden mit schlechtem Zugang zu Grünflächen. Dieser Unterschied lag in Gegenden mit gutem Zugang zu Grünflächen nur bei 12% (Nieuwenhuijsen et al., 2017).

Soziale Beziehungen

Positive soziale Interaktionen und soziale Unterstützung sind für die psychische Gesundheit von entscheidender Bedeutung. Sie stellen wichtige Schutzmechanismen gegen die Entwicklung verschiedener psychischer Störungen dar (vgl. Kapitel 5 Sozialer Kontext). In der Schweiz berichteten 2022 45,7% der Menschen in Städten, 48,5% in Agglomerationen und 52,6% auf dem Land von starker sozialer Unterstützung (Obsan, 2024b).

Dennoch sind Einsamkeitsgefühle relativ verbreitet. 35,9% der Bevölkerung leiden manchmal, 4,4% ziemlich häufig und 2% sehr häufig unter Einsamkeitsgefühlen (Bundesamt für Statistik, 2023).

Gemäss der internationalen Literatur sind Menschen im städtischen Raum und in Wohnräumen häufig sozialem Stress ausgesetzt, der entweder durch eine zu hohe soziale Dichte oder soziale Isolation verursacht wird und sich möglicherweise negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt (Adli & Schöndorf, 2020; Ancora et al., 2022; vgl. Abschnitt Städtische und ländliche Räume). Auch Klima- und Umweltstressfaktoren können soziale Netzwerke destabilisieren, soziale Unterstützungsketten unterbrechen und den sozialen Zusammenhalt verringern. So wurde beispielsweise in Städten als Folge der Luftverschmutzung ein geringerer Austausch zwischen Nachbarn beobachtet. Dies wird mit Depressionssymptomen in Verbindung gebracht (Thoma et al., 2021). Ressourcen und Unterstützung (auf Englisch «social capital») innerhalb einer Familie können Kinder vor Verhaltensproblemen infolge einer Chemikalienexposition schützen (James & O'Shaughnessy, 2023).

Die gebaute und natürliche Umwelt kann nicht isoliert vom sozialen Kontext beachtet werden. Es bestehen zahlreiche Wechselbeziehungen.

8.5 Zusammenspiel mit individuellen Eigenschaften

In diesem Unterkapitel wird aufgezeigt, welche Zusammenhänge es zwischen gebauter bzw. natürlicher Umwelt und individuellen Eigenschaften, Lebensstilen und Wahrnehmung der Umwelt gibt.

Alter

Individuelle Eigenschaften wie das Alter beeinflussen, wie die gebaute und natürliche Umwelt auf die psychische Gesundheit einwirken. In der internationalen Literatur wird insbesondere auf Unterschiede bei Kindern und älteren Menschen zu anderen Altersgruppen hingewiesen. Unterschiede zwischen Geschlechtern werden nicht systematisch und nur basierend auf Einzelstudien diskutiert und darum hier nicht aufgeführt.

Kinder und Jugendliche befinden sich in einer besonders vulnerablen Lebensphase (siehe auch Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene). Stresserfahrungen im Kindes- und/oder Jugendalter können sich auf die Gehirnstrukturen und -funktionen der betroffenen Minderjährigen und in der Folge auf ihre psychologische Entwicklung auswirken (Thoma et al., 2021). So wird vermutet, dass eine Kindheit in der Stadt zu einer höheren Stressempfindlichkeit des Gehirns führen kann und dies zusammen mit

anderen psychischen, sozialen und genetischen Risikofaktoren zu einem höheren Risiko für psychische Krankheiten führt (Adli & Schöndorf, 2020; Krabbendam et al., 2021; Lecic-Tosevski, 2019). Weiter wird Strassen- und Bahnlärm mit emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern in Verbindung gebracht (Clark & Paunovic, 2018; Schubert et al., 2019). Strassenlärm korreliert zudem mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptomen bei Kindern (Clark & Paunovic, 2018; Schubert et al., 2019). Schliesslich können Grünflächen eine schützende Wirkung auf Kinder haben. Bei jungen Menschen fällt die angstlindernde Wirkung von Grünräumen stärker aus bei Menschen mittleren Alters (Zhang et al., 2023).

Ältere Menschen scheinen stärker unter den Folgen des Klimawandels wie Extremwetterereignisse und Hitze zu leiden als andere Altersgruppen. Die Wärmeregulation ihres Körpers funktioniert schlechter, sie erholen sich schlechter von einem Flüssigkeitsmangel, leben häufiger allein und verfügen über ein kleineres soziales Netzwerk (Thoma et al., 2021). Steigende Temperaturen und Hitzewellen stehen entsprechend in Verbindung mit höheren Suizidraten bei älteren Menschen (Palinkas & Wong, 2020; Thoma et al., 2021) und einem höheren Risiko für eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik (Charlson et al., 2021). Ältere Menschen waren zudem stärker von Posttraumatischem Stress infolge des Hurrikans «Sandy» betroffen (Thoma et al., 2021).

Lebensstil

Für die psychische Gesundheit ist insbesondere ein bewegungsreicher Lebensstil von Bedeutung. In der Schweiz war eine Person 2021 durchschnittlich 35 Minuten pro Tag zu Fuss oder Velo unterwegs, was die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation von 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche übertrifft. In der Stadt sind Personen mit 37 Minuten länger zu Fuss oder Velo unterwegs als Personen aus der Agglomeration mit 32 Minuten und Personen auf dem Land mit 30,8 Minuten (BAG & Obsan, 2023a). 72,8% der befragten Personen gaben 2022 an, dass sie sich mit durchgängigen und sicheren Velowegen noch mehr bewegen würden. Für 66,8% wäre dies bei durchgängigen und attraktiven Fusswegen der Fall. Höhere Frequenzen des öffentlichen Verkehrs würden 45,5% und nähere Haltestellen 37,4% dazu motivieren, sich mehr zu Fuss oder per Velo zu bewegen (BAG & Obsan, 2023b).

Die Wirkung von körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit ist in internationalen Studien sehr gut belegt. Eine umfassende internationale Übersichtsarbeit, die auf Kontrollstudien mit insgesamt 128 119 zufällig zugeteilten Teilnehmenden basiert, wurde durchgeführt. Sie zeigt deutlich, dass körperliche Aktivität sowohl bei gesunden Personen als auch bei Personen mit psychischen Erkrankungen die Symptome von Depressionen und Angstzuständen verbessert, Stress reduziert und den Schlaf verbessert (Singh et al., 2023). Die körperliche Aktivität wird durch einen guten Zugang zum

öffentlichen Verkehr sowie Velo- und Fusswege, die Priorisierung des aktiven Verkehrs gegenüber dem motorisierten Individualverkehr sowie Verkehrssicherheitsmassnahmen begünstigt. Auch gut erschlossene und kompakte Quartiere mit einem ausgewogenen Nutzungsmix stehen in Verbindung mit körperlicher Aktivität. Grünflächen und deren ästhetische Qualität stehen ebenfalls in Beziehung zu zusätzlicher körperlicher Aktivität (Bird et al., 2018).

Mehr Bewegung stärkt die psychische Gesundheit. Ein gut ausgebauter öffentlicher Verkehr und gut ausgebaute Velo- und Fusswege sowie kurze Wege zu Arbeitsstätten, Schulen, Gesundheitseinrichtungen, Läden und Kulturbetrieben fördern die Bewegung.

Wahrnehmung

Die psychische Gesundheit wird nicht nur über objektive Risikofaktoren in der gebauten und natürlichen Umwelt beeinflusst, sondern auch über die subjektive Wahrnehmung dieser Faktoren. Am häufigsten wird die Wahrnehmung des Klimawandels diskutiert, welcher eine Reihe von Emotionen wie Stress, Sorgen, Ängste, Ärger, Kummer, Schuld und Hoffnungslosigkeit auslösen kann (Lawrance et al., 2022). Wenn das Bewusstsein für den Klimawandel höher ist, dann korreliert dies mit einer geringeren Widerstandfähigkeit, Depressionen, Ängsten, Stress, Drogenkonsum und Suizidgedanken (Gianfredi et al., 2024). Auch Personen, die sich Umweltverschmutzung ausgesetzt fühlen, scheinen unabhängig vom effektiven Verschmutzungsgrad von negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit betroffen zu sein (Baker et al., 2024). Die Schweizer Kohortenstudie SAPALDIA (Gruppenstudie) zeigt, dass das subjektiv wahrgenommene Lärmniveau einen Einfluss auf das Depressionsrisiko hat. Das objektive, berechnete Lärmniveau ist nur dann von Bedeutung, wenn eine Person verschiedenen Lärmquellen ausgesetzt ist oder in einer von Fluglärm belastenden Zone über längere Zeit wohnen bleibt.

8.6 Fazit

Die Übersicht macht deutlich, dass zahlreiche hindernde Faktoren wie Stadtleben, schlechte Wohnqualität, Extremwetterereignisse, steigende Temperaturen, Lärmemissionen, Luftschadstoffe, Chemikalien und Strahlungen sowie fördernde Faktoren wie Grün- und Blauräume, gute Wohnqualität und attraktive öffentliche Verkehrsmittel in Beziehung zur psychischen Gesundheit stehen. Wirkungen können in der Regel nur über Studien nachgewiesen werden, in welchen Personen zufällig einer Interventions- und einer Kontrollgruppe zugewiesen werden. Dies ist bei den beschriebenen Umweltfaktoren schwierig (Bird et al., 2018; Bonaccorsi et al., 2023). Es gibt aber Hypothesen, dass Lärm, Luftschadstoffe, Chemikalien sowie die soziale Dichte in Städten die Stressverarbeitung im Körper sowie Gehirnregionen beeinträchtigen, die für die Regulation von Bedrohungen und negativen Emotionen zuständig sind. Diese Hypothesen werden teilweise mittels Studien an Tieren und neurobiologischer Bildgebung bei Menschen gestützt. Nur weil in Studien Wirkungen nicht deutlich nachgewiesen werden konnten, heisst es nicht, dass es keine Wirkungen gibt. Es ist davon auszugehen, dass sich verschiedene Faktoren in der baulichen, natürlichen und sozialen Umwelt gegenseitig beeinflussen und so ihre Wirkung auf die psychische Gesundheit entfalten.

Im Anbetracht der Befunde in der internationalen Literatur und der Lage in der Schweiz gibt es in der gebauten und natürlichen Umwelt insbesondere fünf Ansatzpunkte, um die psychische Gesundheit zu stärken. Erstens braucht es Lärmschutzmassnahmen für die rund eine Million Menschen in Städten und Agglomerationen, die von Lärm betroffen sind. Der Zusammenhang zwischen Lärm und Schlafproblemen bei Erwachsenen sowie Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptomen bei Kindern ist gut belegt. Zweitens wären insbesondere in Städten raumplanerische und energetische Massnahmen notwendig, um die Menschen von den zunehmend auftretenden Hitzewellen infolge des Klimawandels zu schützen. Steigende Temperaturen stehen in Verbindung zu Suiziden, häufigeren Einweisungen in Notfallstationen und psychiatrische Institutionen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sowie Depressions- und Angstsymptomen. Insbesondere ältere Menschen und Personen mit psychischen Erkrankungen gelten als Risikogruppe. Drittens braucht es einen besseren Schutz vor Chemikalien wie Weichmachern und Industriechemikalien (PFAS). Bei allen Kindern und Jugendlichen, welche im Rahmen des europäischen Bio-Monitorings untersucht wurden, wurden diese Chemikalien gefunden. Diese stehen in Verbindung zu Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. Viertens hat Bewegung eine nachweisbare Wirkung auf die psychische Gesundheit. Ein gut ausgebautes Netz für den Fuss-, Velo- und öffentlichen Verkehr sowie gut erschlossene und kompakte Quartiere mit einem ausgewogenen Nutzungsmix begünstigen einen aktiven Lebensstil. Fünftens ist es wichtig, den sozialen Kontext mitzuberücksichtigen. Genügend Rückzugs- und Austauschmöglichkeiten im Raum und in Wohnüberbauungen können die negativen Folgen von sozialer Dichte und sozialer Isolation auf die psychische Gesundheit eindämmen.

8.7 Literaturverzeichnis

- Adli, M., & Schöndorf, J. (2020). [Does the city make us ill? The effect of urban stress on emotions, behavior, and mental health]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(8), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w>
- Ancora, L. A., Blanco-Mora, D. A., Alves, I., Bonifácio, A., Morgado, P., & Miranda, B. (2022). Cities and neuroscience research: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 983352. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.983352>
- Baker, E., Barlow, C. F., Daniel, L., Morey, C., Bentley, R., & Taylor, M. P. (2024). Mental health impacts of environmental exposures: A scoping review of evaluative instruments. *The Science of the Total Environment*, 912, 169063. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.169063>
- Bär, S., Bundo, M., de Schrijver, E., Müller, T. J., & Vicedo-Cabrera, A. M. (2022). Suicides and ambient temperature in Switzerland: A nationwide time-series analysis. *Swiss Medical Weekly*, 152, w30115. <https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30115>
- BAG & Obsan (2023a). MonAM-Indikator: Aktive Mobilität: zu Fuss / Velo (Alter: 6+). <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/aktive-mobilitaet-zu-fuss-velo-alter-6>
- BAG & Obsan (2023b). MonAM-Indikator: Aktive Mobilität: Meinung der Bevölkerung zu strukturellen Massnahmen (Alter: 15+). <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/aktive-mobilitaet-meinung-der-bevoelkerung-zu-strukturellen-massnahmen-alter-15>
- Basner, M., & McGuire, S. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Effects on Sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph15030519>
- Bernardini, F., Trezzi, R., Quartesan, R., & Attademo, L. (2020). Air Pollutants and Daily Hospital Admissions for Psychiatric Care: A Review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(12), 1270–1276. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800565>
- Bird, E. L., Ige, J. O., Pilkington, P., Pinto, A., Petrokofsky, C., & Burgess-Allen, J. (2018). Built and natural environment planning principles for promoting health: An umbrella review. *BMC Public Health*, 18(1), 930. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5870-2>
- Bodewein, L., Dechent, D., Graefrath, D., Kraus, T., Krause, T., & Driessen, S. (2022). Systematic review of the physiological and health-related effects of radiofrequency electromagnetic field exposure from wireless communication devices on children and adolescents in experimental and epidemiological human studies. *PLOS ONE*, 17(6), e0268641.
- Bonaccorsi, G., Milani, C., Giorgetti, D., Setola, N., Naldi, E., Manzi, F., Del Riccio, M., Dellisanti, C., & Lorini, C. (2023). Impact of Built Environment and Neighborhood on Promoting Mental Health, Well-being, and Social Participation in Older People: An Umbrella Review. *Annali Di Igiene?: Medicina Preventiva e Di Comunità*, 35(2), 213–239. <https://doi.org/10.7416/ai.2022.2534>
- Braithwaite, I., Zhang, S., Kirkbride, J. B., Osborn, D. P. J., & Hayes, J. F. (2019). Air Pollution (Particulate Matter) Exposure and Associations with Depression, Anxiety, Bipolar, Psychosis and Suicide Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Environmental Health Perspectives*, 127(12), 126002. <https://doi.org/10.1289/EHP4595>
- Bratman, G. N., Anderson, C. B., Berman, M. G., Cochran, B., de Vries, S., Flanders, J., Folke, C., Frumkin, H., Gross, J. J., Hartig, T., Kahn, P. H., Kuo, M., Lawler, J. J., Levin, P. S., Lindahl, T., Meyer-Lindenberg, A., Mitchell, R., Ouyang, Z., Roe, J., ... Daily, G. C. (2019). Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Science Advances*, 5(7), eaax0903. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax0903>
- Bromet, E. J., & Havenaar, J. M. (2007). Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: A 20-year review. *Health Physics*, 93(5), 516–521. <https://doi.org/10.1097/01.HP.0000279635.14108.02>
- Bromet, E. J., Havenaar, J. M., & Guey, L. T. (2011). A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*, 23(4), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.01.501>
- Bundesamt für Statistik (2022a). *Armutsquote, nach verschiedenen Merkmalen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-deprivation/armut.assetdetail.30526410.html>
- Bundesamt für Statistik (2022b). *Entbehrungen in Bezug auf die Wohnung, nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/schweiz-wohnen.assetdetail.30526500.html>

- Bundesamt für Statistik (2023). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022*. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/28625352/master>
- Bundesamt für Umwelt (2023). *Stand der Lärmbelastung in der Schweiz*. <https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/laermbelastung-in-der-schweiz.html>
- Buoli, M., Grassi, S., Caldiroli, A., Carnevali, G. S., Mucci, F., Iodice, S., Cantone, L., Pergoli, L., & Bollati, V. (2018). Is there a link between air pollution and mental disorders? *Environment International*, 118, 154–168. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.05.044>
- Cancino, J., Soto, K., Tapia, J., Muñoz-Quezada, M. T., Lucero, B., Contreras, C., & Moreno, J. (2023). Occupational exposure to pesticides and symptoms of depression in agricultural workers. A systematic review. *Environmental Research*, 231(Pt 2), 116190. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116190>
- Cao, T., Tian, M., Hu, H., Yu, Q., You, J., Yang, Y., An, Z., Song, J., Zhang, G., Zhang, G., Wu, W., & Wu, H. (2024). The relationship between air pollution and depression and anxiety disorders – A systematic evaluation and meta-analysis of a cohort-based study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 70(2), 241–270. <https://doi.org/10.1177/00207640231197941>
- Charlson, F., Ali, S., Benmarhnia, T., Pearl, M., Massazza, A., Augustinavicius, J., & Scott, J. G. (2021). Climate Change and Mental Health: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094486>
- Chique, C., Hynds, P., Nyhan, M. M., Lambert, S., Boudou, M., & O'Dwyer, J. (2021). Psychological impairment and extreme weather event (EWE) exposure, 1980-2020: A global pooled analysis integrating mental health and well-being metrics. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 238, 113840. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2021.113840>
- Cianconi, P., Betrò, S., & Janiri, L. (2020). The Impact of Climate Change on Mental Health: A Systematic Descriptive Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 74. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00074>
- Clark, C., & Paunovic, K. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Quality of Life, Wellbeing and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2400. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112400>
- Clayton, S. (2021). Climate Change and Mental Health. *Current Environmental Health Reports*, 8(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00303-3>
- Corvetto, J. F., Helou, A. Y., Dambach, P., Müller, T., & Sauerborn, R. (2023). A Systematic Literature Review of the Impact of Climate Change on the Global Demand for Psychiatric Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1190. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021190>
- Costa E Silva, J. A., & Steffen, R. E. (2019). Urban environment and psychiatric disorders: A review of the neuroscience and biology. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 100S, 153940. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2019.07.004>
- Cruz, J., White, P. C. L., Bell, A., & Coventry, P. A. (2020). Effect of Extreme Weather Events on Mental Health: A Narrative Synthesis and Meta-Analysis for the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8581. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228581>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Kumar, M., Brander, L., Kumar, P., & Karyotaki, E. (2023). Impact of climate events, pollution, and green spaces on mental health: An umbrella review of meta-analyses. *Psychological Medicine*, 53(3), 638–653. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003890>
- Dickerson, A. S., Wu, A. C., Liew, Z., & Weisskopf, M. (2020). A Scoping Review of Non-Occupational Exposures to Environmental Pollutants and Adult Depression, Anxiety, and Suicide. *Current Environmental Health Reports*, 7(3), 256–271. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00280-7>
- Dzhambov, A. M., & Lercher, P. (2019). Road Traffic Noise Exposure and Depression/Anxiety: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4134. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214134>
- Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536–555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- Evans, J., Bansal, A., Schoenaker, D. A. J. M., Cherbuin, N., Peek, M. J., & Davis, D. L. (2022). Birth Outcomes, Health, and Health Care Needs of Childbearing Women following Wildfire Disasters: An Integrative, State-of-the-Science Review. *Environmental Health Perspectives*, 130(8), 86001. <https://doi.org/10.1289/EHP10544>
- Fernandez, A., Black, J., Jones, M., Wilson, L., Salvador-Carulla, L., Astell-Burt, T., & Black, D. (2015). Flooding and mental health: A systematic mapping review. *PloS One*, 10(4), e0119929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119929>

- Filipova, T., Kopsiek, L., Gerritsen, E., Bodin, E., Brzezinski, B., & Rubio-Ramirez, O. (2020). *Mental health and the environment: How European policies can better reflect environmental degradation's impact on people's mental health and well-being* [Hintergrunddokument]. Institute for European Environmental Policy (IEEP) and the Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal).
- Freiberg, A., Schefter, C., Girbig, M., Murta, V. C., & Seidler, A. (2019). Health effects of wind turbines on humans in residential settings: Results of a scoping review. *Environmental Research*, 169, 446–463. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.11.032>
- Gascon, M., Zijlema, W., Vert, C., White, M. P., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2017). Outdoor blue spaces, human health and well-being: A systematic review of quantitative studies. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 220(8), 1207–1221. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2017.08.004>
- Gawrych, M. (2022). Climate change and mental health: A review of current literature. *Psychiatria polska*, 56(4), 903–915. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/131991>
- Geneshka, M., Coventry, P., Cruz, J., & Gilbody, S. (2021). Relationship between Green and Blue Spaces with Mental and Physical Health: A Systematic Review of Longitudinal Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9010. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179010>
- Gianfredi, V., Mazziotto, F., Clerici, G., Astorri, E., Oliani, F., Cappellina, M., Catalini, A., Dell'Osso, B. M., Pregliasco, F. E., Castaldi, S., & Benatti, B. (2024). Climate Change Perception and Mental Health. Results from a Systematic Review of the Literature. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(1), 215–229. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14010014>
- Golitaleb, M., Mazaheri, E., Bonyadi, M., & Sahebi, A. (2022). Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder After Flood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 890671. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.890671>
- Gong, Y., Palmer, S., Gallacher, J., Marsden, T., & Fone, D. (2016). A systematic review of the relationship between objective measurements of the urban environment and psychological distress. *Environment International*, 96, 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2016.08.019>
- Gruebner, O., Lowe, S. R., Sykora, M., Shankardass, K., Subramanian, S. V., & Galea, S. (2017). A novel surveillance approach for disaster mental health. *PLoS One*, 12(7), e0181233–e0181233.
- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Hahad, O., Kuntic, M., Al-Kindi, S., Kuntic, I., Gilan, D., Petrowski, K., Daiber, A., & Münzel, T. (2024). Noise and mental health: Evidence, mechanisms, and consequences. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 35, 16–23. <https://doi.org/10.1038/s41370-024-00642-5>
- Hegewald, J., Schubert, M., Freiberg, A., Romero Starke, K., Augustin, F., Riedel-Heller, S. G., Zeeb, H., & Seidler, A. (2020). Traffic Noise and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6175. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176175>
- Heinz, A., & Meyer-Lindenberg, A. (2023). [Climate change and mental health. Position paper of a task force of the DGPPN]. *Der Nervenarzt*, 94(3), 225–233. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01457-9>
- Huang, W., Gao, Y., Xu, R., Yang, Z., Yu, P., Ye, T., Ritchie, E. A., Li, S., & Guo, Y. (2023). Health Effects of Cyclones: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiological Studies. *Environmental Health Perspectives*, 131(8), 86001. <https://doi.org/10.1289/EHP12158>
- Hwong, A. R., Wang, M., Khan, H., Chagwedera, D. N., Grzenia, A., Doty, B., Benton, T., Alpert, J., Clarke, D., & Compton, W. M. (2022). Climate change and mental health research methods, gaps, and priorities: A scoping review. *The Lancet. Planetary Health*, 6(3), e281–e291. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00012-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00012-2)
- Ige, J., Pilkington, P., Orme, J., Williams, B., Prestwood, E., Black, D., Carmichael, L., & Scally, G. (2019). The relationship between buildings and health: A systematic review. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 41(2), e121–e132. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy138>
- IQAir. (2023). *World Air Quality Report*. https://www.iqair.com/dl/2023_World_Air_Quality_Report.pdf
- James, A. A., & O'Shaughnessy, K. L. (2023). Environmental chemical exposures and mental health outcomes in children: A narrative review of recent literature. *Frontiers in Toxicology*, 5, 1290119. <https://doi.org/10.3389/ftox.2023.1290119>
- Kennedy, I. T. R., Petley, D. N., Williams, R., & Murray, V. (2015). A systematic review of the health impacts of mass Earth movements (landslides). *PLoS Currents*, 7, ecurrents.dis.1d49e84c8bbe678b0e70cf7fc35d0b77. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.1d49e84c8bbe678b0e70cf7fc35d0b77>

- Keya, T. A., Leela, A., Habib, N., Rashid, M., & Bakthavatchalam, P. (2023). Mental Health Disorders Due to Disaster Exposure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 15(4), e37031. <https://doi.org/10.7759/cureus.37031>
- Kim, K.-H., Kabir, E., & Ara Jahan, S. (2014). A review of the consequences of global climate change on human health. *Journal of Environmental Science and Health. Part C, Environmental Carcinogenesis & Ecotoxicology Reviews*, 32(3), 299–318. <https://doi.org/10.1080/10590501.2014.941279>
- Köllner, P., Gross, C., Schächli, B., Füssler, J., Lerch, J., & Nauser, M. (2017). *Klimabedingte Risiken und Chancen: Eine schweizweite Synthese*. Bundesamt für Umwelt.
- Kölves, K., Kölves, K. E., & De Leo, D. (2013). Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.037>
- Krabbendam, L., van Vugt, M., Conus, P., Söderström, O., Abrahamyan Empson, L., van Os, J., & Fett, A.-K. J. (2021). Understanding urbanicity: How interdisciplinary methods help to unravel the effects of the city on mental health. *Psychological Medicine*, 51(7), 1099–1110. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000355>
- Kumar, P., Druckman, A., Gallagher, J., Gatersleben, B., Allison, S., Eisenman, T. S., Hoang, U., Hama, S., Tiwari, A., Sharma, A., Abhijith, K. V., Adlakha, D., McNabola, A., Astell-Burt, T., Feng, X., Skeldon, A. C., de Lusignan, S., & Morawska, L. (2019). The nexus between air pollution, green infrastructure and human health. *Environment International*, 133(Pt A), 105181. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105181>
- Lan, Y., Roberts, H., Kwan, M.-P., & Helbich, M. (2020). Transportation noise exposure and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Research*, 191, 110118. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110118>
- Lawrance, E. L., Thompson, R., Newberry Le Vay, J., Page, L., & Jennings, N. (2022). The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: A Narrative Review of Current Evidence, and its Implications. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 34(5), 443–498. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2128725>
- Lecic-Tosevski, D. (2019). Is urban living good for mental health? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 204–209. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000489>
- Lee, S., & First, J. M. (2022). Mental Health Impacts of Tornadoes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13747. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113747>
- Lee, Y., Lee, S., & Lee, W. (2023). Occupational and Environmental Noise Exposure and Extra-Auditory Effects on Humans: A Systematic Literature Review. *GeoHealth*, 7(6), e2023GH000805. <https://doi.org/10.1029/2023GH000805>
- Liddell, C., & Guiney, C. (2015). Living in a cold and damp home: Frameworks for understanding impacts on mental well-being. *Public Health*, 129(3), 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.11.007>
- Longmuir, C., & Agyapong, V. I. O. (2021). Social and Mental Health Impact of Nuclear Disaster in Survivors: A Narrative Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 11(8), 113. <https://doi.org/10.3390/bs11080113>
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090–3095. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19
- Nguyen, P.-Y., Astell-Burt, T., Rahimi-Ardabili, H., & Feng, X. (2021). Green Space Quality and Health: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11028. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111028>
- Ni, M., You, Y., Chen, J., & Zhang, L. (2018). Copper in depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Research*, 267, 506–515. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.049>
- Nieuwenhuijsen, M. J., Khreis, H., Triguero-Mas, M., Gascon, M., & Dadvand, P. (2017). Fifty Shades of Green: Pathway to Healthy Urban Living. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(1), 63–71. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000549>
- Nilsen, F. M., & Tulve, N. S. (2020). A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environmental Research*, 180, 108884. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108884>
- Obsan (2024a). Indikator: Energie- und Vitalitätsniveau. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/energie-und-vitalitaetsniveau>
- Obsan (2024b). Indikator: Soziale Unterstützung. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/soziale-unterstuetzung>
- Ordemann, J. M., & Austin, R. N. (2016). Lead neurotoxicity: Exploring the potential impact of lead substitution in zinc-finger proteins on mental health. *Metallomics?: Integrated Biometal Science*, 8(6), 579–588. <https://doi.org/10.1039/c5mt00300h>
- Palinkas, L. A., & Wong, M. (2020). Global climate change and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 32, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.023>

- Praveena, S. M., Munisvaradass, R., Masiran, R., Rajendran, R. K., Lin, C.-C., & Kumar, S. (2020). Phthalates exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A systematic review of epidemiological literature. *Environmental Science and Pollution Research International*, 27(36), 44757–44770. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-10652-z>
- Rahmani, M., Silverman, A. L., Thompson, A., & Pumariega, A. (2023). Youth Suicidality in the Context of Disasters. *Current Psychiatry Reports*, 25(11), 587–602. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01454-4>
- Rautio, N., Filatova, S., Lehtiniemi, H., & Miettunen, J. (2018). Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 92–103. <https://doi.org/10.1177/0020764017744582>
- Riva, A., Rebecchi, A., Capolongo, S., & Gola, M. (2022). Can Homes Affect Well-Being? A Scoping Review among Housing Conditions, Indoor Environmental Quality, and Mental Health Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15975. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315975>
- Salvador, C., Nieto, R., Vicente-Serrano, S. M., García-Herrera, R., Gimeno, L., & Vicedo-Cabrera, A. M. (2023). Public Health Implications of Drought in a Climate Change Context: A Critical Review. *Annual Review of Public Health*, 44, 213–232. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071421-051636>
- Satherley, R.-M., Hazell, C. M., Jones, C. J., & Hanna, P. (2022). A Systematic Review of the Effects of Urban Living on Suicidality and Self-Harm in the UK and Ireland. *Journal of Urban Health?: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 99(3), 385–408. <https://doi.org/10.1007/s11524-022-00611-z>
- Schubert, M., Hegewald, J., Freiberg, A., Starke, K. R., Augustin, F., Riedel-Heller, S. G., Zeeb, H., & Seidler, A. (2019). Behavioral and Emotional Disorders and Transportation Noise among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3336. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183336>
- Schweizerischer Städteverband, & Bundesamt für Statistik. (2022). *Statistik der Schweizer Städte 2022*. https://staedteverband.ch/cmsfiles/jahrbuchstv_2022_web.pdf?v=20240625170736
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101556. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101556>
- Singh, A., Daniel, L., Baker, E., & Bentley, R. (2019). Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(2), 262–272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.018>
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, bjsports-2022-106195. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>
- Stanke, C., Kerac, M., Prudhomme, C., Medlock, J., & Murray, V. (2013). Health effects of drought: A systematic review of the evidence. *PLoS Currents*, 5, ecurrents.dis.7a2cee9e980f91ad7697b570bcc4b004. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.7a2cee9e980f91ad7697b570bcc4b004>
- Sui, Y., Ettema, D., & Helbich, M. (2022). Longitudinal associations between the neighborhood social, natural, and built environment and mental health: A systematic review with meta-analyses. *Health & Place*, 77, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102893>
- Thoma, M. V., Rohleder, N., & Rohner, S. L. (2021). Clinical Ecopsychology: The Mental Health Impacts and Underlying Pathways of the Climate and Environmental Crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 675936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.675936>
- Thomson, E. M. (2019). Air Pollution, Stress, and Allostatic Load: Linking Systemic and Central Nervous System Impacts. *Journal of Alzheimer's Disease?: JAD*, 69(3), 597–614. <https://doi.org/10.3233/JAD-190015>
- Thomson, H., Thomas, S., Sellstrom, E., & Petticrew, M. (2013). Housing improvements for health and associated socioeconomic outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD008657. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008657.pub2>
- To, P., Eboime, E., & Agyapong, V. I. O. (2021). The Impact of Wildfires on Mental Health: A Scoping Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 11(9), 126. <https://doi.org/10.3390/bs11090126>
- Tzivian, L., Winkler, A., Dlugaj, M., Schikowski, T., Vossoughi, M., Fuks, K., Weinmayr, G., & Hoffmann, B. (2015). Effect of long-term outdoor air pollution and noise on cognitive and psychological functions in adults. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2014.08.002>

- Uhl, M., Schoeters, G., Govarts, E., Bil, W., Fletcher, T., Haug, L. S., Hoogenboom, R., Gundacker, C., Trier, X., Fernandez, M. F., Calvo, A. C., López, M. E., Coertjens, D., Santonen, T., Murinová, ? P., Richterová, D., Brouwere, K. D., Hauzenberger, I., Kolossa-Gehring, M., & Halldórsson, Þ. I. (2023). PFASs: What can we learn from the European Human Biomonitoring Initiative HBM4EU. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 250, 114168. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2023.114168>
- van den Bosch, M., & Meyer-Lindenberg, A. (2019). Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. *Annual Review of Public Health*, 40, 239–259. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044106>
- Vanaken, G.-J., & Danckaerts, M. (2018). Impact of Green Space Exposure on Children's and Adolescents' Mental Health: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2668. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122668>
- Varshney, K., Makleff, S., Krishna, R. N., Romero, L., Willems, J., Wickes, R., & Fisher, J. (2023). Mental health of vulnerable groups experiencing a drought or bushfire: A systematic review. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 10, e24. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.13>
- Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M., De Berardis, D., & Bhugra, D. (2021). Urbanization and emerging mental health issues. *CNS Spectrums*, 26(1), 43–50. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001236>
- Vins, H., Bell, J., Saha, S., & Hess, J. J. (2015). The Mental Health Outcomes of Drought: A Systematic Review and Causal Process Diagram. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 13251–13275. <https://doi.org/10.3390/ijerph121013251>
- Weiland, N., Steiner, D. M., & Grosche, B. (2016). [Effects on health of the Chernobyl accident : 30 years on]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(9), 1171–1177. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2415-7>
- WHO Regional Office for Europe. (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279952/9789289053563-eng.pdf?sequence=1>
- WHO Regional Office for Europe. (2021). *Green and blue spaces and mental health: New evidence and perspectives for action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342931>
- Wicki, B., Schäffer, B., Wunderli, J. M., Müller, T. J., Pervilhac, C., Rösli, M., & Vienneau, D. (2023). Suicide and Transportation Noise: A Prospective Cohort Study from Switzerland. *Environmental Health Perspectives*, 131(3), 37013. <https://doi.org/10.1289/EHP11587>
- Wolf, K. L., Lam, S. T., McKeen, J. K., Richardson, G. R. A., van den Bosch, M., & Bardekjian, A. C. (2020). Urban Trees and Human Health: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4371. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124371>
- Yang, Y., Zhang, Y., & Sheng, S. (2023). Residential greenness for mitigating impacts of extreme heat events on depression and supporting mental health. *Frontiers in Public Health*, 11, 1310410. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1310410>
- Yu, J., Yang, D., Kim, Y., Hashizume, M., Gasparrini, A., Armstrong, B., Honda, Y., Tobias, A., Sera, F., Vicedo-Cabrera, A. M., Kim, H., Iñiguez, C., Lavigne, E., Ragettli, M. S., Scovronick, N., Acquafina, F., Chen, B., Guo, Y. L., de Sousa Zanotti Stagliori Coelho, M., ... Chung, Y. (2020). Seasonality of suicide: A multi-country multi-community observational study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e163. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000748>
- Zhang, R., Zhang, C.-Q., & Rhodes, R. E. (2021). The pathways linking objectively-measured greenspace exposure and mental health: A systematic review of observational studies. *Environmental Research*, 198, 111233. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111233>
- Zhang, X., Zhang, Y., Yun, J., & Yao, W. (2023). A systematic review of the anxiety-alleviation benefits of exposure to the natural environment. *Reviews on Environmental Health*, 38(2), 281–293. <https://doi.org/10.1515/revveh-2021-0157>
- Ziersch, A., & Due, C. (2018). A mixed methods systematic review of studies examining the relationship between housing and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds. *Social Science & Medicine (1982)*, 213, 199–219. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.045>

09 Psychische Gesundheit im Kontext von Ausbildung und Arbeit



Tanja Kuhn, Niklas Baer, Nicolas Schmaeh & Nora Weber, WorkMed
Michaela Kaufmann, Andreas Krause & Markus Steiner
Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)

Kernaussagen

- Erwerbstätigen in der Schweiz geht es überwiegend gut. Die Arbeitszufriedenheit ist hoch, Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz stehen für die meisten Erwerbstätigen in einem guten Verhältnis. Doch Belastungen und Ressourcen schliessen sich nicht gegenseitig aus: Rund ein Viertel bis ein Drittel der Erwerbstätigen ist von subjektiven Belastungsgefühlen wie Stress oder Erschöpfung betroffen. Dabei gibt es Branchen mit besonders hohen Anteilen von körperlichen wie auch psychisch belastenden Arbeitsbedingungen, wie das Gastgewerbe und das Gesundheits- und Sozialwesen.
- Für die psychische Gesundheit entscheidend ist das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. Wichtige Faktoren sind dabei die Beziehung zur vorgesetzten Person sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Abgesehen von allfälligen Belastungen durch die Arbeit haben in der Schweiz rund 20% der Erwerbstätigen eine psychische Problematik, die sich auf die Arbeit auswirkt. Meist besteht diese Problematik schon seit dem jungen Erwachsenenalter. Das zeigt, dass eine psychische Erkrankung nicht a priori eine Erwerbsfähigkeit ausschliesst. Ein grundlegendes Problem liegt darin, dass es noch viel zu selten zu einem Austausch zwischen Behandelnden, Arbeitgebenden und Mitarbeitenden mit psychischen Erkrankungen kommt. Ein solcher ist jedoch für die Bearbeitung von Problemen am Arbeitsplatz unverzichtbar.
- Krankschreibungen aus psychischen Gründen dauern im Schnitt 7 Monate, starten fast immer Vollzeit, werden meist durch Arbeitsplatzkonflikte ausgelöst und enden in der Hälfte aller Fälle mit der Kündigung. Hier sind alle Beteiligten gefordert: die Unternehmen mit vermehrten und ernsthafteren präventiven Interventionen, die Behandelnden mit einer arbeitsorientierteren und differenzierteren Krankschreibungspraxis und die Arbeitnehmenden mit einem proaktiveren Handeln.
- IV-Renten aus psychischen Gründen nehmen bei Menschen unter 30 Jahren seit den 90er-Jahren kontinuierlich zu. Meist zeigt sich im Vorfeld der IV-Berentung eine frühzeitig abgebrochene Ausbildung. Die frühe und koordinierte Unterstützung in der Ausbildung ist zentral, denn ein erfolgreicher Übergang ins Berufsleben ist wegweisend für den späteren Verbleib im Arbeitsmarkt. Dafür müssen auch Berufsfachschulen und Lehrbetriebe vermehrt unterstützt werden.
- Die psychische Gesundheit muss vom Arbeitgeber gemäss Arbeitsgesetz geschützt werden. Darüber hinaus sind Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in Unternehmen freiwillig, wobei vor allem die grossen Unternehmen Aktivitäten durchführen. Nachhaltige präventive Massnahmen sollten nicht nur geeignet sein, arbeitsbedingte Gesundheitsschäden der Mitarbeitenden zu verhindern, sondern auch der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu begegnen und alle Angestellten fitter zu machen im Umgang mit Problemen.

9.1 Einleitung

Arbeitsplätze und Ausbildungsstätten sind zentrale Lebensorte, an denen 84% der Schweizer Bevölkerung im Erwerbsalter einen Grossteil des Tages verbringen (Bundesamt für Statistik, 2024a). Arbeit kann zu einer guten psychischen Gesundheit beitragen. Verglichen mit erwerbslosen Personen erleben Personen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, vermehrt Sinnerleben, Erfolgserlebnisse, eine Tagesstruktur und soziale Teilhabe (Waddell & Burton, 2006).

Arbeit ist jedoch nicht nur eine Ressource, sondern kann auch Stress verursachen. Die psychische Gesundheit kann gefährdet werden, beispielsweise durch Arbeitsplatzkonflikte, Überforderung oder fehlende Wertschätzung. Wer nicht arbeitet und beispielsweise Sozialhilfe erhält, ist überdurchschnittlich häufig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen, die Lebenszufriedenheit ist reduziert und die psychischen Belastungen sind erhöht (Kessler et al., 2021). Dabei spielen mehrere Wechselwirkungen eine Rolle: Arbeitslosigkeit kann zu psychischer Belastung führen, aber auch: psychisch belastete Personen (also Personen, die Symptome einer psychischen Erkrankung aufweisen) sind eher arbeitslos oder inaktiv.

Wie Arbeit und psychische Gesundheit zusammenhängen, muss demnach aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Arbeit und Ausbildung können die psychische Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung fördern bzw. gefährden. Insofern ist es wichtig, Arbeitsbedingungen und deren Veränderungen zu untersuchen. Andererseits stellt sich die Frage, wie sich psychische Belastungen oder Erkrankungen bei Mitarbeitenden auf die Arbeit auswirken. Genauer gesagt geht es darum, inwiefern psychische Belastungen oder Erkrankungen die eigene Arbeitssituation beeinträchtigen und sich auf Arbeitsleistung sowie Anwesenheit bzw. Abwesenheit am Arbeitsplatz auswirken (zur Wechselwirkung von Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit vgl. Guthier et al., 2020).

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie es den Erwerbstätigen in der Schweiz bei der Arbeit geht. Dabei spielen (belastende) Arbeitsbedingungen gleichwohl wie das Vorhandensein arbeitsbezogener Ressourcen (betriebliche oder persönliche Ressourcen) eine Rolle. Es wird wiederholt auf das Konzept der *psychischen Belastung* Bezug genommen. In den Arbeitswissenschaften ist dies als neutraler Begriff zu verstehen und umfasst alles, was von aussen einwirkt. Im Folgenden ist *psychische Belastung* jedoch als ein Gefühl von subjektiver Belastung zu verstehen. Dies beinhaltet (unerwünschte) Gefühle wie beispielsweise Stress, Nervosität oder Erschöpfung. Mit Arbeitsproblemen bzw. Auffälligkeiten aus psychischen Gründen sind Probleme bei der Arbeit gemeint, die aufgrund von psychischen Symptomen oder Erkrankungen zu einer Leistungsminderung oder zu Verhaltensauffälligkeiten führen (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung für weitere begriffliche Definitionen).

Das Kapitel ist anhand nachfolgender Themen und Leitfragen gegliedert:

- Inwiefern sind Arbeit und Ausbildung für die psychische Gesundheit förderlich bzw. belastend?
- Was hilft psychisch belasteten Personen bzw. Personen mit einer psychischen Erkrankung, sich im Arbeitsmarkt zu halten bzw. die Berufsausbildung erfolgreich zu absolvieren?
- Welche Massnahmen sind vorhanden, um psychisch belastete Personen im Arbeitskontext zu unterstützen? Was sind die Herausforderungen? Was funktioniert gut? Was wissen wir und was noch nicht?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden mittels systematischer Literaturrecherche Publikationen in den letzten 20 Jahren (2005–2024) identifiziert. Zudem wurden Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992–2022 (SGB) und Daten der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit aus dem Jahr 2022 analysiert (Peter et al., 2023).

9.2 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Die Erwerbsquote der Schweiz ist die dritthöchste in der OECD. Auch der Anteil der Teilzeiterwerbstätigen ist in der Schweiz mit rund 30% im internationalen Vergleich sehr hoch. Ähnliches gilt für die Löhne, wo die Schweiz im Jahr 2022 an vierter Stelle stand (OECD, 2022). Im European Working Conditions Survey, der Vergleiche zwischen der Schweiz und der EU (EU-27) zulässt, zeigte sich im Jahr 2021, dass das berichtete Wohlbefinden von Erwerbstätigen in der Schweiz im obersten Drittel aller befragten Länder liegt. Während in der Schweiz der Anteil von Erwerbstätigen mit schweren depressiven Symptomen (3%) oder Depressionsgefährdung (14%) insgesamt 17% beträgt, liegt der EU-Durchschnitt bei 22% (6% und 16%). In den angrenzenden Ländern betragen die entsprechenden Werte 20% (Österreich), 24% (Deutschland und Italien) und 25% (Frankreich). Ob die psychische Gesundheit der Erwerbstätigen in der Schweiz effektiv besser ist als in Europa oder ob beispielsweise Personen mit einer psychischen Erkrankung in der Schweiz eher aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, ist unklar (Krieger & Arial, 2023).

Die Arbeitsbedingungen in der Schweiz wurden zudem in vielerlei Hinsicht besser beurteilt als im europäischen Vergleich. Dies zeigte sich beispielsweise in folgenden Bereichen:

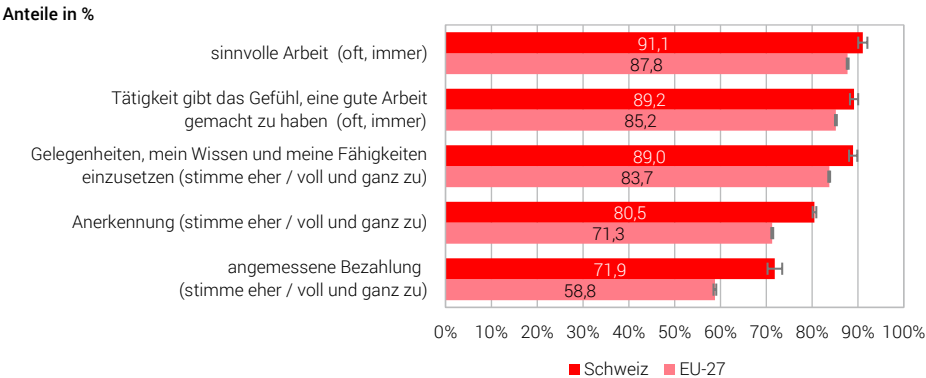
- wichtige Entscheidungen beeinflussen können (CH: 62,5% vs. EU-27: 56,0%)
- bessere Karrierechancen (CH: 58,6% vs. EU-27: 50,0%)
- mehr Weiterbildungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (CH: 56,4% vs. EU-27 48,7%)
- besseres Verhältnis von entlastenden und belastenden Faktoren: In der Schweiz berichten 26,7%, dass die Anzahl der belastenden Faktoren die der entlastenden Faktoren bei der Arbeit übersteigt. Der Durchschnitt in der EU-27 liegt höher bei 30,9%. (Krieger & Arial, 2023).

Auch äussere Anreize waren in der Schweiz attraktiv: Die Schweiz lag im Europavergleich hinter Österreich auf Rang 2, wenn es um die Zufriedenheit mit Lohn und Anerkennung der Arbeit ging. 72% der Erwerbstätigen in der Schweiz waren zufrieden mit ihrem Lohn und 81% erfuhren die Anerkennung, die sie sich wünschten (Krieger & Arial, 2023), vgl. nachfolgende Grafik G9.1. Die Schweizer Arbeitsbedingungen waren durch eine relativ hohe Arbeitsintensität gekennzeichnet, wobei das Arbeitstempo und der Termindruck in der Schweiz im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch waren (Krieger & Arial, 2023).

In der Schweiz existieren verschiedene Datenquellen zur Arbeits- und Gesundheitssituation von Erwerbstätigen zu ähnlichen Themen, aber mit teils unterschiedlichen Fragen und Methoden (Krause, 2016). Die Begrifflichkeiten sind nicht immer einheitlich, weswegen zu Beginn der folgenden Unterkapitel jeweils kurz erläutert wird, was gemeint ist.

Extrinsische und intrinsische Belohnung,
Schweiz und Europa (EU-27), 2021

G9.1



Anmerkung EU-27: abhängige Erwerbstätige ohne Landwirtschaft
95%-Vertrauensintervalle

Quelle: Krieger & Arial (2023)

© Obsan 2025

Belastende Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit

Wenn es um die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz geht, spielen belastende Arbeitsbedingungen eine bedeutsame Rolle (Niedhammer et al., 2021). Diese entstehen durch unzulängliche Arbeitsgestaltung und -organisation sowie durch ein ungünstiges soziales Umfeld bei der Arbeit. Unter «belastenden Arbeitsbedingungen» werden beispielsweise *Zeitdruck bei der Arbeit, unklare Arbeitsaufgaben, arbeitsorganisatorische Probleme,*

Überforderung oder *soziale Belastungen* verstanden. Weitere belastende Arbeitsbedingungen sind *hohe psychologische Anforderungen*, *Wertekonflikte*, *emotionale Beanspruchung*, *Stress*, *geringe Unterstützung*, *Diskriminierung*, *Gewalt und Angst am Arbeitsplatz* (Elfering et al., 2018). Diese werden in der Schweiz durch wiederkehrende Befragungen erhoben (Gesundheitsförderung Schweiz, Job-Stress-Index). Weitere relevante belastende Arbeitsbedingungen sind beispielsweise *prekäre und unsichere Anstellungsbedingungen* (Pulford et al., 2022), *emotional belastende Arbeit wie Kundenkontakt* (Krieger & Arial, 2021) und die *ungenügende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben* (Hämmig & Bauer, 2014; vgl. auch Fallbeispiel Teil 1).

Das Ausmass erlebter belastender Arbeitsbedingungen (physisch wie psychosozial) ist nicht in allen Wirtschaftsbranchen gleich hoch (Bundesamt für Statistik, 2024b): Besonders hohe Anteile von Beschäftigten mit hohen Belastungen zeigen sich im Gastgewerbe (67% der Beschäftigten mit mindestens 3 psychosozialen Risiken) und im Gesundheits- und Sozialwesen (55%). Weitere Branchen mit einem über 50% hohen Anteil an Beschäftigten mit belastenden Arbeitsbedingungen sind Handel/Reparatur von Motorfahrzeugen sowie in der Logistik.

Fallbeispiel zu möglichen gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz, 1. Teil: Arbeitsbedingungen spielen auch bei Frau E. eine Rolle.

Frau E. ist 43-jährig, arbeitet als Allrounderin seit 2 Jahren im Büro eines KMU in der Reinigungsbranche. Sie hat eine KV-Ausbildung absolviert und ist verantwortlich für buchhalterische Belange in Absprache mit der Treuhandfirma. Zudem betreut sie die einfache Personaladministration und unterstützt die Geschäftsführerin im Offert- und Rechnungswesen. Im Büro arbeitet sie überwiegend **allein** oder zusammen mit der Geschäftsführerin. Der ganze Betrieb beschäftigt 6 Mitarbeitende, hauptsächlich Reinigungspersonal.

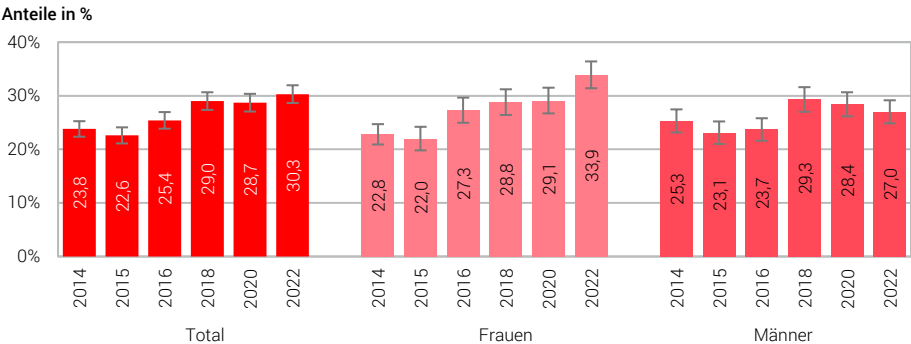
Frau E. fühlt sich in letzter Zeit zunehmend belastet. Viele **Abläufe** sind **chaotisch**, das merkt sie auch kritisch und selbstbewusst bei der Chefin an. Diese will nichts davon hören.

In letzter Zeit kommt es vermehrt zu Kundenreklamationen, die Frau E. am Telefon entgegennehmen muss. Sie ist gemäss ihrem Stellenbeschrieb **nicht** dafür **zuständig** und beschwert sich bei der Chefin. Diese zeigt **wenig Verständnis**, Frau E. fühlt sich von ihrer Chefin gemobbt. Frau E. entwickelt Einschlafprobleme und fühlt sich zunehmend erschöpft. Sie zieht sich zurück, isst nicht mehr mit ihrer Chefin zu Mittag und vernachlässigt Hobbies am Abend.

Obwohl das Wohlbefinden in der Schweiz, verglichen mit den EU-27-Ländern, hoch ist, zeigen sich auch Belastungen. Rund 1/3 der Erwerbstätigen in der Schweiz fühlte sich sehr häufig *erschöpft*, *gestresst* oder *unzufrieden* am Arbeitsplatz (Pekruhl & Vogel, 2018; Krieger et al., 2017; Tritschler et al., 2022, Krieger und Arial, 2023).

Insbesondere von Erschöpfung betroffen waren Schichtarbeitende und Arbeitnehmende mit Arbeitszeiten von mehr als 10 Stunden täglich (Pekruhl & Vogel, 2018). Der Anteil an Erwerbstätigen, die sich emotional erschöpft fühlten, hat in den letzten 10 Jahren zugenommen – zwischen 2014 und 2022 von 24% auf rund 30% – wie aus der nachfolgenden Grafik G9.2 anhand von Daten der Gesundheitsförderung Schweiz (2022) ersichtlich ist.

Anteil der Erwerbstätigen mit berichteter emotionaler Erschöpfung G9.2



Anmerkung: Emotionale Erschöpfung wird mit 8 Aussagen wie «Ich habe bei der Arbeit immer häufiger das Gefühl, emotional ausgelaugt zu sein» gemessen.

95%-Vertrauensintervalle

Quelle: Ulshöfer & Jensen (2022)

© Obsan 2025

Gemäss der SGB 2022 hat sich der Anteil der Personen, die sich bei der Arbeit gestresst fühlten, zwischen 2012 und 2022 von 18% auf 23% erhöht (Bundesamt für Statistik, 2024c). Trischler et al (2022) stellen fest, dass das arbeitsbedingte Stresserleben über die Zeit auf hohem Niveau stabil bleibt und in einigen Faktoren eine Verschlechterung sichtbar wird: Während die Belastungen durch *Unterbeschäftigung* oder *Arbeitsintensität* in den letzten 12 Jahren abnahmen (teils weiterhin auf hohem Niveau), blieben einige Belastungen unverändert (z. B. *Vereinbarkeit von Beruf und Familie*). Gleichzeitig wurden die Belastungen durch die Arbeitsbedingungen (z. B. *Monotonie* und *Arbeitsunsicherheit*) grösser. Das bedeutet, dass Erwerbstätige vermehrt *negative Arbeitsbedingungen* wahrnehmen und die *Arbeitsatmosphäre* subjektiv weniger positiv bewerten.

Wie es um die psychische Belastung der Erwerbstätigen in der Schweiz steht, wird seit 2014 regelmässig mit dem Job-Stress-Index untersucht. Der Index ermittelt das durchschnittliche Verhältnis von arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen (Elfering et al., 2018). 2022 lag der Job-Stress-Index bei 50,7 von 100, was im Mittel ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen arbeitsbezogenen Ressourcen und Belastungen anzeigt. Im Vergleich

zu 2014 (Mittelwert von 50) war der Wert geringfügig höher. Die meisten Erwerbstätigen sind in einer Situation, in der sich die Belastungen und die Ressourcen am Arbeitsplatz etwa die Waage halten. Im Vergleich zu 2020 ist dieser Wert ähnlich hoch, auch während der Corona-Pandemie hat sich der Index nicht verändert. Der Anteil an Personen mit ungünstigen Arbeitsbedingungen – also mit mehr Stressoren als Ressourcen – betrug im Jahr 2022 28,2%. Auch dieser Anteil hat sich gegenüber 2020 nicht signifikant verändert (29,6%).

Der Anteil von rund 30% der Erwerbstätigen in der Schweiz, die gemäss Job-Stress-Index belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind, decken sich mit den Ergebnissen des European Working Conditions Survey von 2021: Rund 1/3 der Erwerbstätigen in der Schweiz gaben dabei an, mehr arbeitsbezogene Belastungen als Ressourcen bei der Arbeit zu erleben. Daten der SGB zeigten zudem: 49% der erwerbstätigen Frauen und 46% der erwerbstätigen Männer waren 2022 mindestens von drei von insgesamt neun Arten belastender Arbeitsbedingungen betroffen. Eine Zunahme zeigt sich beim Anteil erwerbstätiger Frauen, die nach eigenen Angaben am Arbeitsplatz sexuell belästigt wurden. Dieser Anteil hat sich nahezu verdreifacht – von 0,6% im Jahr 2012 auf 1,7% im Jahr 2022. Bei Männern zeigt sich ein Anstieg bei der Mühe, Arbeit und Familienpflichten zu vereinbaren (8% im Jahr 2012 vs. 12% im Jahr 2022). Nicht verändert hat sich zwischen 2012 und 2022 der Anteil an Personen, die über einen geringen Gestaltungsspielraum verfügen oder sich emotional beansprucht fühlen. Frauen äusserten sich in beiden Fällen generell stärker betroffen als Männer. Die einzige belastende Arbeitsbedingung, die zurückgegangen ist, ist die Angst um Arbeitsplatzverlust (Bundesamt für Statistik, 2024b).

Eine Ausnahmesituation, sowohl beruflich als auch in Bezug auf die allgemeine psychische Gesundheit, stellte die Corona-Pandemie dar. Die Ergebnisse einer Längsschnittstudie zeigten, dass die Pandemie für Erwerbstätige, die beruflich sowieso schon belastet waren, ein zusätzlicher Stressfaktor war. Für Erwerbstätige, die solchen Belastungen nicht ausgesetzt waren, war es hingegen eine zusätzliche Ressource, ganz im Homeoffice arbeiten zu können. Mehr Ressourcen als Belastungen zu haben, war bereits zuvor eine günstige Ausgangslage und für die Bewältigung der Pandemie ein Schutzfaktor (Galliker et al., 2024.)

Belastungen und Ressourcen schliessen sich nicht gegenseitig aus: Rund 1/4 bis 1/3 der Arbeitnehmenden fühlen sich erschöpft, gestresst oder unzufrieden. Die emotionale Erschöpfung am Arbeitsplatz hat zugenommen. Insgesamt zeigt sich aber im Job-Stress-Index ein ausgewogenes Verhältnis: Das bedeutet, dass sich die meisten Erwerbstätigen in der Schweiz in einer Situation befinden, in der sich die Belastungen und die Ressourcen am Arbeitsplatz etwa die Waage halten.

Arbeitsbezogene Ressourcen

Betriebliche Bedingungen

Neben belastenden Arbeitsbedingungen gibt es auch «arbeitsbezogene Ressourcen» für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Dies ist beispielsweise der Handlungsspielraum bei der Arbeit, die Ganzheitlichkeit der Aufgaben (Aufgaben können selbst geplant und umgesetzt werden, zudem erfolgen Rückmeldungen zum Arbeitsergebnis), ein unterstützendes Vorgesetztenverhalten und der Grad an allgemeiner Wertschätzung. Sowohl belastende Arbeitsbedingungen als auch arbeitsbezogene Ressourcen hängen mit Stressempfinden und Zufriedenheit am Arbeitsplatz zusammen.

Neben den belastenden Arbeitsbedingungen oder subjektiv empfundenen Belastungen wie Erschöpfung oder Stress gibt es auch ressourcenorientierte Studienergebnisse, beispielsweise zur *Arbeitszufriedenheit* in der Schweiz. 88% der Erwerbstätigen in der Schweiz waren 2015 überwiegend zufrieden mit ihrer Arbeit (Pekruhl & Vogel, 2018). Rund 90% der Erwerbstätigen aus der Schweiz empfanden 2021 ihre Arbeit als sinnvoll und hatten den Eindruck, ihr Wissen einsetzen zu können (Krieger & Arial, 2023).

Auch arbeitsbezogene Ressourcen im Sinne von betrieblichen Bedingungen in Bezug auf die psychische Gesundheit bei der Arbeit wurden mit Schweizer Daten untersucht. Wichtig sind die Arbeitsanforderungen und das Ausmass an Teilnahme: Das Wohlbefinden am Arbeitsplatz in der Schweiz war besonders hoch, wenn die Arbeitsplatzanforderungen durchschnittlich und das Kontrollerleben über die eigenen Aufgaben hoch waren (Urbana-viciute et al., 2021).

Als weitere Faktoren zeigten sich das Führungsverhalten und das Organisationsklima als zentral für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Führungskräften kommt eine wichtige Rolle zu. Eine wertschätzende, unterstützende und respektvolle vorgesetzte Person wirkte beispielsweise als Schutz vor Arbeitsstress (Stocker et al., 2019). Auch ein faires, vertrauensvolles Klima hängt mit der Zufriedenheit am Arbeitsplatz zusammen. Die Vereinbarkeit von Arbeitszeit mit sozialen und privaten Verpflichtungen wird ebenfalls mit der psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht (Hämmig et al., 2009; Hämmig & Bauer, 2009, 2014).

Weitere arbeitsbezogene Ressourcen sind das Begrenzen der Arbeitszeit, die Freizeit als Kontrast zur Arbeit zu nutzen, sich einen Ausgleich durch Pausen zu schaffen oder Schwierigkeiten bei der Arbeit aktiv anzusprechen, sprich eine «arbeitsbezogene Selbstsorge» zu pflegen (Mustafić et al., 2023).

Persönliche Ressourcen

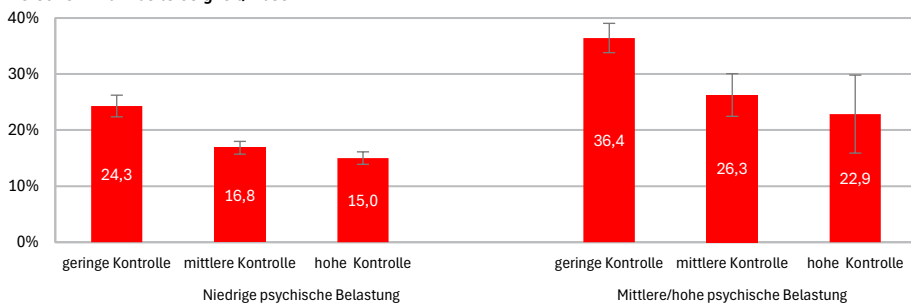
Arbeitsbezogene Ressourcen können neben den genannten betrieblichen Bedingungen auch persönliche Ressourcen sein wie die Fähigkeit, in der Freizeit abschalten zu können (Sonnentag et al., 2010), optimistisch zu bleiben oder das Gefühl zu haben, das Leben selbst in der Hand zu haben.

Dies zeigt sich nachfolgend in den Daten der SGB 2022 (Grafik G9.3) an den Zusammenhängen zwischen allgemeiner psychischer Belastung, Kontrollüberzeugung und der Arbeitssituation (Arbeitslosigkeit bzw. Absenz aus körperlichen oder psychischen Gründen in den letzten 4 Wochen).

Arbeitslosigkeit / Absenz nach psychischer Belastung und Kontrollüberzeugung, 2022

G9.3

Personen mit Arbeitslosigkeit/Absenz



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB

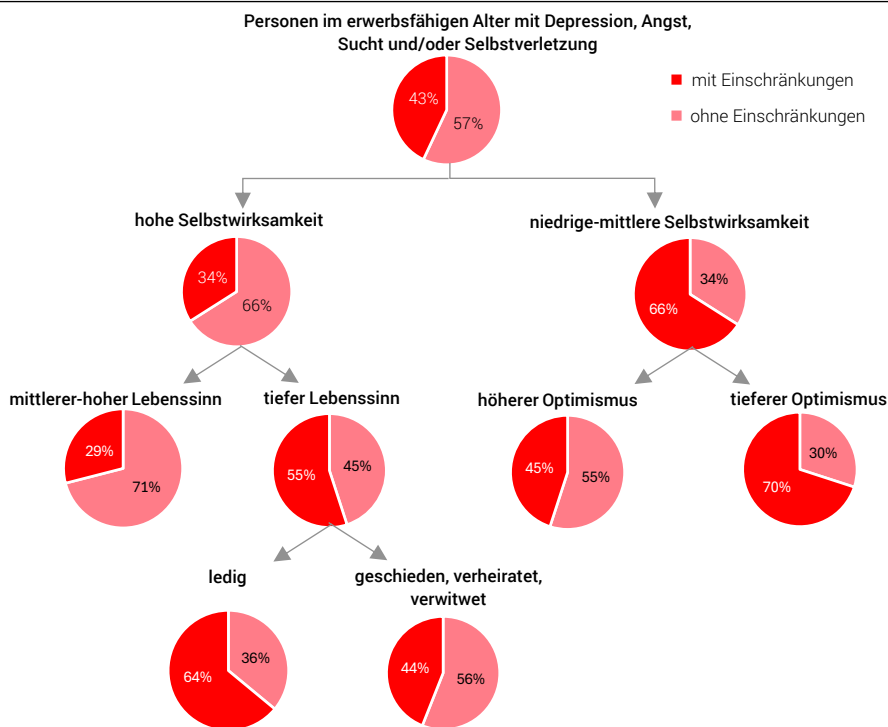
© Obsan 2025

Rund ein Viertel (24,3%) der Befragten mit niedriger psychischer Belastung, aber geringer Kontrollüberzeugung – der Überzeugung, das Leben nicht wirklich selbst in der Hand zu haben – waren 2022 arbeitslos oder arbeitsunfähig (absent). Es handelt sich dabei um eine psychisch/symptomatisch eher «gesunde» Gruppe, die sich dem Leben ausgeliefert fühlt. Betrachtet man diejenige Gruppe mit den genau gegenteiligen Ausprägungen, nämlich mit hoher psychischer Belastung, aber mittlerer oder hoher Kontrollüberzeugung, sind ebenfalls rund ein Viertel (22,9% bzw. 26,3%) arbeitslos oder arbeitsunfähig. Ob jemand arbeitet oder nicht, hängt demnach nicht ausschliesslich mit der eigenen psychischen Gesundheit zusammen, sondern auch mit dem Erleben, die Umstände beeinflussen zu können. Da es sich bei der SGB um Querschnittsdaten handelt, kann mit Blick auf diese Zusammenhänge auch umgekehrt argumentiert werden, dass arbeitslose/arbeitsunfähige Personen je nach Kontrollempfinden eine höhere psychische Belastung haben als arbeitende Personen.

Anhand einer eigenen Datenanalyse der Omnibus-Erhebung 2022 (Peter et al., 2023) lässt sich die Bedeutung von persönlichen Ressourcen für die Zusammenhänge zwischen Krankheitssymptomen und psychisch bedingten Einschränkungen im Alltag exemplarisch zeigen (Grafik G9.4): Hierfür wurden ausschliesslich Personen im erwerbsfähigen Alter betrachtet, die berichteten, in den letzten 12 Monaten eine Depression, Angst- oder Suchterkrankung gehabt oder sich selbst verletzt zu haben. Es wurde analysiert, welche persönlichen Merkmale (subjektiv empfundener Lebenssinn¹, Selbstwirksamkeit, Optimismus, Alter, Zivilstand, Partnerschaft, Migrationshintergrund, Sprachregion, Urbanisierungsgrad, Bildung und Geschlecht)

Zusammenhang von Arbeits- / Alltagseinschränkung und personenbezogenen Faktoren, 2022

G9.4



Lesebeispiel: 43 % der erwerbsfähigen Personen mit einer berichteten psychischen Erkrankung oder mit Selbstverletzung (N=1490) sagen, dass sie im Alltag eingeschränkt sind. Selbstwirksamkeit unterscheidet am besten zwischen den eingeschränkten und den nicht-eingeschränkten Personen: Erwerbsfähige mit *hoher* Selbstwirksamkeit berichten zu 34 % über Alltagseinschränkungen, Personen mit *geringer/mittlerer* Selbstwirksamkeit zu 66%.

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2025

¹ Das Konstrukt «Lebenssinn» («Wie sehr haben Sie das Gefühl, dass das, was Sie im Allgemeinen im Leben machen, wertvoll und nützlich ist?») (de Bienassis et al., 2022) kann sowohl als Resultat der Lebensumstände und -ereignisse verstanden werden, wie auch als relativ überdauerndes persönliches Merkmal, wie in dieser Analyse.

mit Einschränkungen einen Zusammenhang haben, «normale Alltagsaktivitäten (Arbeit, Haushalt usw.) auszuführen». Die Analyse ist ein sogenannter Entscheidungsbaum. Dies ist ein Verfahren (Breiman, Friedman, Olshen, & Stone, 1983), das untersucht, welche Merkmale hierarchisch am besten zwischen in Arbeit und Haushalt eingeschränkten und nicht eingeschränkten Personen unterscheiden.

Insgesamt erleben 43% aller befragten erwerbsfähigen Personen mit einer berichteten psychischen Erkrankung oder mit Selbstverletzung (N=1490), dass sie im Alltag eingeschränkt sind. Das Merkmal, das am besten zwischen den eingeschränkten und den nicht-eingeschränkten Personen unterscheidet, ist die Selbstwirksamkeit: Erwerbsfähige mit berichteten psychischen Erkrankungen, die eine hohe Selbstwirksamkeit berichten, berichten noch zu 34% über Alltagseinschränkungen. Umgekehrt haben Personen mit geringer Selbstwirksamkeit zu 66% Einschränkungen, also rund doppelt so häufig. Als weitere wichtige Faktoren zeigen sich bei den Personen mit höherer Selbstwirksamkeit der subjektiv empfundene Lebenssinn bzw. bei den Personen mit geringerer Selbstwirksamkeit der Grad an Optimismus. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit, die ihr Leben als sinnhaft erleben, sind trotz psychischer Erkrankungen «nur» noch zu 29% im Alltag eingeschränkt (dies betrifft 58% der hier untersuchten Stichprobe, G9.4). Personen mit geringer Selbstwirksamkeit und fehlendem Optimismus hingegen sind dies zu 70% (betrifft 25% der hier untersuchten Stichprobe). Damit spielt es neben den Lebensumständen und gesundheitlichen Faktoren auch eine Rolle, ob Personen die Erwartung haben, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können (Selbstwirksamkeit), ihr Leben als nützlich und wertvoll zu empfinden (Lebenssinn) oder optimistisch in die Zukunft zu schauen. Diese Faktoren moderieren den Zusammenhang zwischen psychischen Problemen oder Erkrankungen und Einschränkungen im Alltag in einem stärkeren Ausmass als die ebenfalls untersuchten soziodemografischen Merkmale.

Auch Gander et al. (2021) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass persönliche Ressourcen berufsbezogen eine Rolle spielen. In ihrer Studie haben sie die psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit von 1231 Erwerbstätigen in der Schweiz untersucht. Dabei zeigte sich über 2 Jahre hinweg (Längsschnittstudie), dass Lebenszufriedenheit vorhersagt, später Arbeit zu *finden*. Psychische Probleme hingegen sagen vorher, diese zu *verlieren*. Die Ergebnisse zeigen, dass Lebenszufriedenheit, weil sie relativ stabil ist, eine wichtige persönliche Ressource für beruflichen Erfolg sein kann (Lucas & Donnellan, 2012).

Neben belastenden Arbeitsbedingungen gibt es eine Reihe von Arbeitsmerkmalen, die mit Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden zusammenhängen, beispielsweise ein wertschätzendes Führungsverhalten, ein faires und vertrauensvolles Arbeitsklima oder Handlungsspielraum. Auch hängen Selbstwirksamkeit, Kontrollgefühl, Optimismus, empfundener Lebenssinn oder Lebenszufriedenheit mit dem Grad von Arbeitseinschränkungen oder -unfähigkeit zusammen.

Fokusthema Burnout

Geht es um arbeitsbezogenen Stress, ist der Begriff «Burnout» sehr verbreitet. Burnout ist keine Diagnose, sondern beschreibt eine berufsbezogene, chronische Erschöpfung. Bereits im Namen ist der Ausdruck enthalten, «ausgebrannt» zu sein, also über seine Grenzen hinaus gearbeitet zu haben. Burnout wurde von der WHO als arbeitsassoziiertes Syndrom in das International Classification System of Diseases (ICD) aufgenommen (ICD-11). Dies ist ein wichtiger Schritt, da es die Bedeutung des Arbeitskontextes für die psychische Gesundheit betont und die Unternehmen, die eine Fürsorgepflicht haben, sensibilisieren kann.

Die Abgrenzbarkeit von Burnout zu psychischen Erkrankungen wie beispielsweise depressiven Episoden ist schwierig, da Burnout- und Depressionssymptome sehr stark zusammenhängen (Bianchi & Brisson, 2019). In einer umfassenden Meta-Übersichtsarbeit und Meta-Analyse von 72 Übersichtsartikeln zu den Zusammenhängen von *belastenden Arbeitsbedingungen* und somatischen respektive psychischen *Erkrankungen* zeigte sich eine Vielzahl von Zusammenhängen. Dabei zeigten sich Zusammenhänge, die, wenn man sich mit dem Thema Burnout beschäftigt, relevant sind. Arbeitsbezogene Belastungen wie *Arbeitsstress* sowie *lange Arbeitsdauer* hingen beispielsweise mit der Krankheit *Depression* zusammen (Niedhammer et al., 2021). Beachtet man, wie stark Burnout und Depressionen zusammenhängen, ist dies ein relevantes Ergebnis.

Gleichzeitig gibt es in der neueren Forschung in der Schweiz aber auch Hinweise, welche das Burnout als eigenständiges Syndrom wie auch den ausschliesslichen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen in Frage stellen, beispielhaft hier einige Untersuchungen von Bianchi et al. (2018; 2019; 2021).

Weiter ist fraglich, ob die Entwicklung eines Burnouts in erster Linie vom Arbeitskontext bestimmt wird. Interessanterweise sehen das Personen mit Burnoutsymptomen selbst nur teilweise so: In einer Befragung von rund 470 Fachpersonen im Gesundheitswesen gaben 44% an, die Arbeit sei die Hauptursache von ihrem Burnout, 43% gaben an, dass die Arbeit *nicht* die Hauptursache sei und 13% gaben keine Ursache an (Bianchi et al., 2019). In einer weiteren Befragung von rund 270 Lehrpersonen zeigte sich, dass Burnout- und Depressionssymptome nicht stärker mit betrieblichen Faktoren als mit Persönlichkeitseigenschaften assoziiert sind (Bianchi et al., 2018). In einer weiteren Untersuchung wurden rund 5000 Lehrpersonen aus Frankreich, Spanien und der Schweiz befragt. Es zeigte sich, dass der stärkste einer Vielzahl untersuchter Prädiktoren für ein Burnout in allen Länderstichproben die Persönlichkeitseigenschaft «Neurotizismus» war – gefolgt von Arbeit-Freizeit-Konflikten und Arbeitsstress (Bianchi et al., 2021). Das ist bemerkenswert, da Burnout als ein arbeitsbezogenes Syndrom verstanden wird (siehe oben) und im Alltag gemeinhin damit assoziiert wird, dass die Arbeitsbelastung zu hoch ist und die betreffenden Arbeitnehmenden besonders zuverlässig und ehrgeizig sind. Neurotizismus (Costa & McCrae, 1980) als stärkster Prädiktor hingegen verweist auf ein Persönlichkeitsmerkmal, die psychische Instabilität.

Psychische Erkrankungen und Erwerbstätigkeit

Die Erwerbsquote von Personen mit psychischen Erkrankungen ist gegenüber Personen ohne psychische Erkrankungen reduziert. Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die arbeitstätig sind, leiden an einer «moderat»² ausgeprägten psychischen Erkrankung, ein kleinerer Teil weist eine schwere psychische Erkrankung auf. Die Erwerbsquote von Personen mit «moderat schweren» Erkrankungen ist in der Schweiz wie auch in anderen Industrieländern im Vergleich mit psychisch gesunden Personen um rund 10% reduziert. Bei Personen mit schwereren Erkrankungen ist die Erwerbsquote um zusätzliche 10–15% reduziert (OECD, 2012; 2015). Nach Angaben der OECD sind 70% der Personen, bei welchen eine psychische Erkrankung vorliegt, im Arbeitsmarkt tätig. Das heisst, dass in der Mehrheit der Fälle eine Erwerbstätigkeit möglich ist, auch mit psychischer Erkrankung. Wie viele Erwerbstätige in der Schweiz psychische Probleme aufweisen, wurde auch von HR-Verantwortlichen und Vorgesetzten geschätzt. Man kann dabei von rund 20% der Erwerbstätigen ausgehen, wobei dies gemäss eigener Aussage auch auf die HR-Verantwortlichen und Vorgesetzten selbst zutrifft (Baer et al, 2017b). Angestellte mit psychischen Erkrankungen berichten selbst deutlich häufiger (in 3 von 4 Fällen) von Produktivitätseinbussen in den letzten 4 Wochen als Erwerbstätige ohne psychische Erkrankung (in 1 von 4 Fällen; OECD, 2012; 2015).

Erwerbsstatus und psychische Erkrankungen

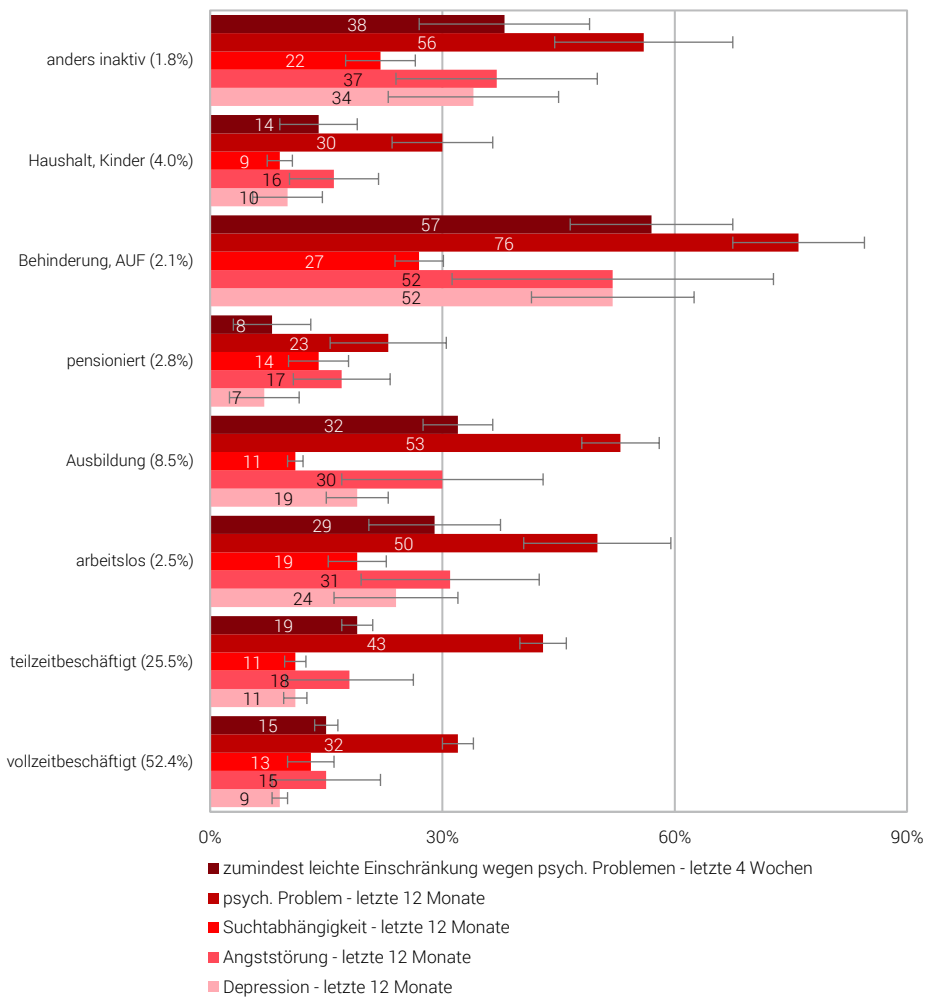
Das Vorhandensein berichteter psychischer Erkrankungen und Probleme in den letzten 12 Monaten (im Sinne von negativen Empfindungen oder Gedanken, zum Beispiel psychische Belastungen wie deprimiert oder ängstlich sein, Stress) sowie von Alltagseinschränkungen in den letzten 4 Wochen unterscheidet sich teilweise deutlich je nach Erwerbsstatus (Grafik G9.5). Dies verdeutlichen Analysen der Omnibuserhebung 2022 (Peter et al., 2023). Die möglichen Kausalitäten – Personen mit psychischen Problemen sind seltener erwerbstätig bzw. Erwerbslosigkeit fördert psychische Probleme – können hier nicht geklärt werden.

Psychisch am wenigsten belastet waren die Früh-Pensionierten, die Vollzeit-erwerbstätigen und Personen, die in Kinderbetreuung und Haushalt beschäftigt sind (Militär- und Zivildienstleistende werden hier nicht berücksichtigt, da zu wenige Werte vorhanden sind (n<20)). Die Teilzeiterwerbstätigen gaben häufiger als Vollzeit-erwerbstätige an, in den letzten 12 Monaten psychische Probleme gehabt zu haben (43% vs. 32%), zudem erlebten sie in den letzten 4 Wochen häufiger Einschränkungen im Alltag (9% vs. 5%).

² OECD, 2015: als «moderat» werden hierbei nach ICD oder DSM diagnostizierte psychische Erkrankungen aufgeführt, bei denen hauptsächlich die Stimmung beeinträchtigt ist und/oder Ängste zentral sind (z. B. Depressionen und Angststörungen). Zu den «schweren» Erkrankungen liegt im OECD-Bericht keine Definition vor.

Arbeitslose, Auszubildende und «anders» inaktive Personen – hier sind vor allem Sozialhilfebezügerinnen und -bezüger anzunehmen – berichten häufiger von Depressionen, psychischen Problemen und Alltagseinschränkungen im Vergleich mit Vollzeitbeschäftigten. Hier stellt sich die Frage, wie viele Personen Sozialhilfe beziehen, weil sie eigentlich psychisch krank sind und wie viele Personen im Verlauf der Inaktivität psychisch krank werden.

Selbstberichtete psychische Erkrankungen / Probleme / Alltagseinschränkungen, nach Erwerbsstatus (15–64 Jahre), 2022 G9.5



Anmerkung: Ohne Militär- und Zivildienstleistende.

95%-Vertrauensintervalle

Sehr schlecht ist die psychische Gesundheit bei Personen mit Behinderung oder Arbeitsunfähigkeit (AUF). Rund 3 von 4 Personen der behinderten oder arbeitsunfähigen Personen hatten in den letzten 12 Monaten ein psychisches Problem und fast 60% berichteten von Einschränkungen im Alltag (Grafik G 9.5).

Typische Problemmuster bei psychischen Erkrankungen

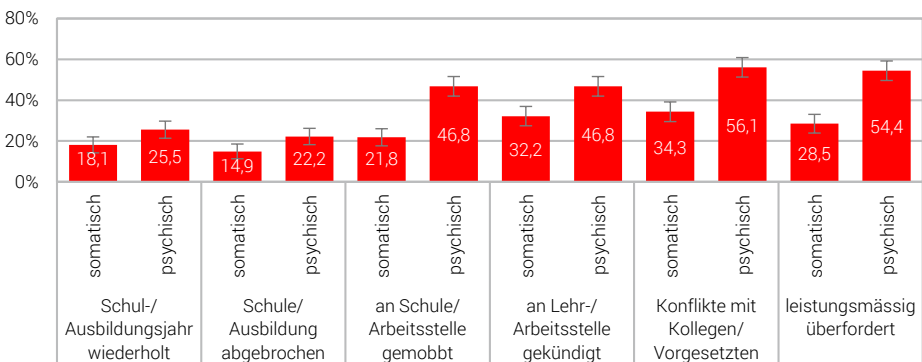
Arbeitsprobleme aus psychischen Gründen sind oft mit Überforderung aller Beteiligten verbunden, denn psychische Erkrankungen weisen einige Besonderheiten auf: Sie beginnen früh (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung) und führen oft schon in der Schule oder in der Ausbildung zu Auffälligkeiten oder Einschränkungen (siehe Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene), was den Einstieg in das Berufsleben erschwert. Der Verlauf psychischer Erkrankungen ist zudem oft wiederkehrend, schwankend oder andauernd (z. B. Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2005). Das bedeutet, dass Personen mit psychischen Arbeitsproblemen im Erwachsenenalter häufig auch eine belastete Schul- und Arbeitsbiografie aufweisen (vgl. Baer 2018a).

Eine Zufallsstichprobe von rund 1000 IV-Versicherten mit Krankheiten des Bewegungsapparates oder psychischen Erkrankungen in bzw. nach Eingliederungsmassnahmen wurde befragt. Bei Personen mit einer psychischen Erkrankung zeigten sich deutlich

Auffälligkeiten in der Arbeitsbiografie von Personen in IV-Eingliederungsmassnahmen, 2017

G9.6

Anteile in %



Anmerkungen

somatisch: Personen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates

psychisch: Personen mit psychischen Erkrankungen

95%-Vertrauensintervalle

Quelle: Baer et al. (2018a)

© Obsan 2025

häufiger Auffälligkeiten in der Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsbiografie (Baer et al., 2018a). Versicherte mit psychischen Erkrankungen berichten häufiger über Konflikte am Arbeitsplatz, Leistungsprobleme oder Kündigungen, verglichen mit Personen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates (Grafik G9.6).

Eine schweizweite Befragung der Psychiaterinnen und Psychiater im Jahr 2015 (Baer et al., 2017a) hat Behandelnde zu ihren erwerbstätigen Patientinnen und Patienten, die Probleme am Arbeitsplatz haben, befragt. Gemäss den rund 750 teilnehmenden Behandelnden lag bei 68% ihrer erwerbstätigen Patientinnen und Patienten, welche Probleme am Arbeitsplatz haben, ein «typisches Problemmuster» vor, das sich durch die Ausbildungs- und Arbeitsbiografie zieht. Die Kategorisierung der beschriebenen Problemmuster zeigte besonders häufig ein Muster mit hohem Pflichtbewusstsein, Überengagement, Rigidität und Kränkbarkeit, das zu Arbeitskonflikten und Erschöpfung führt (siehe hierzu Fallbeispiel Teil 2).

Ein weiteres Muster ist eine Neigung zu wiederholten Arbeitskonflikten, Stellenwechseln und externalisierendem Verhalten. Auffällig sind zudem Verläufe, wo es infolge von Ängsten und Vermeidungsverhalten bei Veränderungen am Arbeitsplatz (Wechsel der vorgesetzten Person, Reorganisation etc.) regelmässig zu längeren Krankschreibungen kommt. Diese Muster sind häufig interaktioneller Art, was die Lösung solcher Arbeitsprobleme erschwert.

Dass derartige Verhaltensmuster bei psychisch beeinträchtigten Personen mit relevanten Arbeitsproblemen so häufig vorkommen, hängt auch damit zusammen, dass es sich häufig um Menschen mit einer Persönlichkeitsakzentuierung oder einer Persönlichkeitsstörung handelt. Die Befragung der Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz zeigte,

Fallbeispiel, 2. Teil: Auch bei Frau E. gibt es ein Muster in der Arbeitsbiografie.

Aufgrund der Schlafprobleme geht Frau E. zur Hausärztin und wird krankgeschrieben. Diese fragt etwas genauer zum empfundenen Mobbing nach und erkundigt sich nach früheren Arbeitsstellen. Frau E. berichtet von **Stellenwechseln** ca. im 3 Jahres-Rhythmus und dass sie wiederholt an Vorgesetzte gerate, die undankbar seien, obwohl sie sich immer sehr **für den Betrieb verausgabt**. Seit der Lehre passiere es immer wieder, dass sie sich besonders bemühe, beispielsweise die Homepage überarbeite oder Schau-fenster den Jahreszeiten entsprechend dekoriere. Das werde überhaupt nicht gewürdigt, im Gegenteil, sie werde scharf angegangen. Auch mit der aktuellen Chefin könne sie nicht mehr zusammenarbeiten, ein normales Gespräch sei mit ihr nicht möglich.

In der Zwischenzeit hat die Hausärztin Frau E. an einen Psychotherapeuten verwiesen. Dieser benennt das **Muster** mit Frau E.: Es sind **immer die Vorgesetzten Schuld und sie verfällt rasch in Überengagement**. Dabei übernimmt sie Aufgaben, die nicht in ihren Bereich gehören und erwartet Anerkennung dafür.

dass 67% ihrer erwerbstätigen Patientinnen und Patienten mit Arbeitsproblemen eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung aufweisen (Baer et al., 2017a). Ein nahezu identisches Resultat ergab eine vertiefte Dossieranalyse von rund 900 IV-Berenteten aus «milieureaktiven und psychogenen» Gründen (Baer et al., 2009). Auch hier war bei 68% der Fälle eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung dokumentiert. Die 4 häufigsten Arten von Persönlichkeitsstörungen waren bei beiden Untersuchungen dieselben, nämlich in dieser Reihenfolge: ängstlich-vermeidende, emotional-instabile, abhängige sowie narzisstische Muster. Diese Daten weisen grundsätzlich darauf hin, dass neben der psychiatrischen Diagnose vor allem auch die Persönlichkeit für Arbeitsplatzert halt und Reintegration bedeutsam ist. Die Persönlichkeit prägt Wahrnehmung und Verhalten; eine Persönlichkeitsstörung geht oft mit Schwierigkeiten in der Lebensführung und in der Interaktion mit anderen Menschen einher (vgl. auch Bianchi et al., 2021).

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

In einer Befragung von 750 KMU im Kanton Basel-Landschaft wurde Geschäftsführenden und Führungskräften bei der Anstellung in einem «experimentellen» Teil eine Liste von 9 fiktiven Bewerbungspersonen vorgelegt. Sie wurden gebeten, ein Ranking zu erstellen, wen sie als erstes, zweites, drittes etc. anstellen würden. 8 dieser 9 Personen seien sehr zuverlässig und einsatzbereit, seit 3 Jahren voll arbeitsfähig und stabil, hätten aber alle eine potentiell chronische Erkrankung (Diabetes, Rheuma, chronische Darmentzündung, Harnblasenkrebs, Multiple Sklerose, Depression, Alkoholabhängigkeit sowie Schizophrenie). Die 9. Bewerbungsperson wurde als wenig zuverlässig und einsatzbereit geschildert, aber als «gesund». Führungskräfte wählten die unzuverlässige und wenig einsatzbereite Person im Durchschnitt an erster Stelle, sie wäre in 100 Bewerbungsverfahren 50-mal auf dem ersten Platz gewesen. Dies, obwohl die Befragten zuvor angegeben hatten, dass «Zuverlässigkeit» für sie der wichtigste «Soft-Faktor» für die Auswahl von Bewerbungspersonen sei. Die Plätze 2 bis 6 im Ranking belegten die Bewerbenden mit den körperlichen Erkrankungen, die Plätze 7 bis 9 diejenigen mit psychischen Erkrankungen. In 100 Bewerbungsverfahren waren die 3 Bewerbenden mit psychischen Erkrankungen zusammengekommen 3-mal auf dem ersten Platz (Baer, 2007).

Obwohl es sich hier um eine schon etwas ältere und regionale Studie handelt, ist angesichts der Stigmaforschung nicht davon auszugehen, dass sich in anderen Regionen andere Resultate zeigen würden. Vielmehr sind Vorurteile sowie erwartete oder erlebte Diskriminierung nach wie vor nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen Ländern häufig (Thornicroft et al., 2022; Thornicroft, 2009).

In einer Befragung im Jahr 2015 von rund 1500 Deutschschweizer Führungskräften gaben rund 90% bzw. 80% an, dass es ihnen selbst bzw. dem Team für den Umgang mit der Situation helfen würde, wenn Mitarbeitende mit psychischen Problemen diese

offenlegen würden. Rund 40% der Führungskräfte würden zudem Mitarbeitende nicht behalten wollen, die ihre psychischen Probleme im Vorstellungsgespräch verschwiegen hätten. Gleichzeitig aber würden rund 60% der Führungskräfte Personen nicht anstellen, die im Vorstellungsgespräch berichten, dass sie psychische Probleme gehabt haben (Baer et al., 2017b). Angesichts solch negativer Bilder und widersprüchlicher Aussagen von Führungskräften gegenüber psychischen Problemen ist es nachvollziehbar, dass in rund 70% der Problemsituationen am Arbeitsplatz die Mitarbeitenden ihre psychischen Probleme nicht offenlegen (Baer et al., 2015). Die Kehrseite zeigt sich bei der Hemmung der Führungskräfte, Mitarbeitende auf psychische Auffälligkeiten anzusprechen. Sie realisieren zwar die Auffälligkeiten, sprechen die betreffende Person aber oft erst spät darauf an, wenn überhaupt (Baer et al., 2017b).

Trotz steigender Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (siehe Kapitel 11 Versorgung) und womöglich einer gewissen Enttabuisierung psychischer Probleme (siehe Kapitel 6 Psychische Gesundheitskompetenz) ist anzunehmen, dass Stereotype, Scham und Hemmungen nach wie vor eine zentrale Barriere für Arbeitsplatzert halt und Reintegration darstellen. Nordt et al. (2006) konnten in umfangreichen Deutschschweizer Untersuchungen von Laien und Fachpersonen (Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater) zu Stereotypen und sozialer Distanz gegenüber psychisch kranken Personen zeigen, dass Fachpersonen trotz ihres Wissens weder weniger Stereotype noch eine geringere soziale Distanz gegenüber Personen mit einer psychischen Erkrankung haben als Laien. Diese weit verbreiteten Stereotype haben schliesslich auch weitreichende negative Effekte auf das Selbstbild psychisch kranker Personen, weil sie diese Bilder verinnerlichen (Rüsch et al., 2014). Dies weist darauf hin, dass Stigmatisierung und erlebte Diskriminierung im Arbeitsumfeld einen negativen Effekt auf das Selbstwerterleben haben und zu Entmutigung und Resignation führen können (Rüsch et al., 2014).

Funktionseinschränkungen am Arbeitsplatz

Für die Arbeit relevanter als zugrundeliegende Diagnosen sind die unmittelbaren Funktionseinschränkungen, die sich aus der Erkrankung ableiten lassen. Personen, die beispielsweise unter einer Depression leiden, können in unterschiedlicher Art und Schwere eingeschränkt sein. Wie schwer jemand beeinträchtigt ist, hängt neben den direkten Folgen der Erkrankung zudem von Merkmalen der Person (soziale Kompetenzen, Anstrengungsbereitschaft, Selbstwirksamkeit etc.) sowie von Umgebungsfaktoren (Arbeitsbedingungen, Tätigkeit, soziale Unterstützung, Verfügbarkeit wirksamer Hilfen etc.) ab. Auf diesem Hintergrund definiert die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) «Behinderung» denn auch als Zusammenspiel von krankheits-, person- und umweltbezogenen Faktoren (WHO, 2001).

Ein hilfreiches Instrument zur Einschätzung von Funktionseinschränkungen bei Personen mit psychischen Erkrankungen ist das Mini-ICF-APP, ein Rating zur Fremd- und Selbstbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die ICF (Linden et al., 2009; Baron, 2019). Das Mini-ICF-APP besteht aus 13 Fragen zu unterschiedlichen Fähigkeiten, beispielsweise der Fähigkeit, Regeln und Routinen am Arbeitsplatz einhalten zu können, der Durchhalte- und Widerstandsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit oder der Wegefähigkeit. Der Grad der Einschränkung ergibt sich aus dem Vergleich der Fähigkeiten einer Person mit den Anforderungen am bestehenden Arbeitsplatz.

Jede dieser Fähigkeiten kann grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen eingeschränkt sein. Zum Beispiel kann die Fähigkeit, morgens pünktlich zu erscheinen (Regeln und Routinen), bei einer Depression eingeschränkt sein, weil der Antrieb dazu fehlt. Oder sie kann es bei Zwangsstörungen sein, weil man mehrmals nochmals kontrollieren muss, ob man die Haustüre abgeschlossen hat und dadurch Zeit verliert. Oder dies gilt bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, weil man sich im Gegensatz zu allen anderen nicht an solche Regeln gebunden fühlt (Linden et al., 2015).

Die praktische Bedeutung von Instrumenten wie dem Mini-ICF-APP liegt darin, dass sie eine Brücke schlagen zwischen der Psychopathologie bzw. den Krankheitssymptomen einerseits und den Anforderungen am Arbeitsplatz andererseits. Funktionseinschränkungen sind eine «Sprache», die alle Beteiligten (die betroffenen Personen, die Behandelnden und die Arbeitgeber) verstehen.

Dies ist heute noch nicht Standard: So werden beispielsweise in Arztberichten zuhnden der Krankentaggeldversicherungen nur selten konkrete Funktionseinschränkungen genannt – und wenn, dann werden meist «Konzentrationsprobleme genannt (Baer et al., 2022). In rund 50% der hausärztlichen Berichte und einem Viertel der psychiatrischen Berichte werden gar keine Funktionseinschränkungen erwähnt. Insofern ist unklar, warum eine versicherte Person nicht arbeiten kann. Symptome (Ängste, Zwänge, Flashbacks etc.) werden zwar beschrieben, aber diese sagen von sich aus meist noch nichts über die Arbeitsfähigkeit aus.

Eine psychische Erkrankung führt nicht automatisch zu Arbeitsproblemen. Es kommt darauf an, wie schwer jemand dadurch in der Bewältigung seiner oder ihrer Aufgaben beeinträchtigt ist. Das zeigt sich in den Funktionseinschränkungen, die auch wesentlich vom Arbeitskontext abhängig sind.

Belastungen für das Arbeitsumfeld

Leistungs- und insbesondere Verhaltensprobleme sind nicht nur für Betroffene selbst belastend, sondern oft auch für die Arbeitsumgebung. Arbeitsprobleme aufgrund von psychischen Erkrankungen lösen häufig eine emotionale Dynamik am Arbeitsplatz aus. Vorgesetzte und Teammitglieder erleben oft Mitgefühl, aber auch Ärger und Überforderungsgefühle. In einer Befragung von rund 1000 Vorgesetzten und Personalverantwortlichen in der Region Basel konnte unter anderem gezeigt werden, dass Ärger und Überforderungsgefühle der Personalverantwortlichen im Verlauf derartiger Problemsituationen konstant hoch bleiben, das Mitgefühl mit den betroffenen Mitarbeitenden aber deutlich sinkt (Baer et al., 2011).

In derselben Befragung gaben die Führungskräfte/HR zu ihren realen Erfahrungen mit psychisch belasteten Mitarbeitenden besonders häufig folgende für sie auffälligen Verhaltensweisen an: eigene Fehler abstreiten und anderen die Schuld geben (46%), Launenhaftigkeit (39%), Konzentrationsprobleme (35%), Anweisungen nicht umsetzen (34%), Aufgaben nicht zu Ende bringen (34%), Vergesslichkeit (31%), Entwertung von Arbeitskolleginnen und -kollegen (29%), mangelndes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen (28%), fehlende Eigeninitiative (26%), Entwertung von Vorgesetzten (26%) oder mangelnde Impulskontrolle (20%). Besonders selten hingegen werden Auffälligkeiten genannt wie «hatte Angst vor harmlosen Dingen» (4%), «wirkte wie unter Zwang» (7%) oder «wirkte verladen» (7%). Obwohl Angststörungen besonders häufig sind, wurden sie von Vorgesetzten besonders selten als herausfordernd angesehen. Am häufigsten geschildert wurden rückblickend entweder Verläufe und Konstellationen eines Arbeitsverhältnisses, in denen es zu Spannungen und Konflikten kommt, wo Regeln nicht eingehalten werden und wo auch die betroffenen Mitarbeitenden keine Verantwortung für das eigene Verhalten übernehmen. Oder es wurden depressiv anmutende Auffälligkeiten genannt, die sich vor allem auf die Leistung auswirken.

Die Belastung für die Arbeitskolleginnen und -kollegen von psychisch auffälligen Mitarbeitenden kann sehr gross sein. Dies zeigte zum Beispiel eine Befragung von rund 300 Führungskräften im Kanton Bern (Baer et al., 2017). In rund 85% der Situationen kam es seitens des Teams zu Beschwerden bei den Vorgesetzten über die psychisch auffällige Person. In mehr als einem Viertel der geschilderten Fälle mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden kam es im Verlauf der Anstellung gar dazu, dass sich die Kolleginnen und Kollegen überlegen, wegen dieser Situation die Stelle zu wechseln. Auch Führungskräfte waren oft belastet: Zwei Drittel fühlten sich frustriert, hilflos und ohnmächtig, 55% gerieten wegen dieser Situationen in Konflikte mit dem Team oder ihren eigenen Vorgesetzten und fast 40% hatten Probleme mit dem Abschalten nach der Arbeit.

Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen

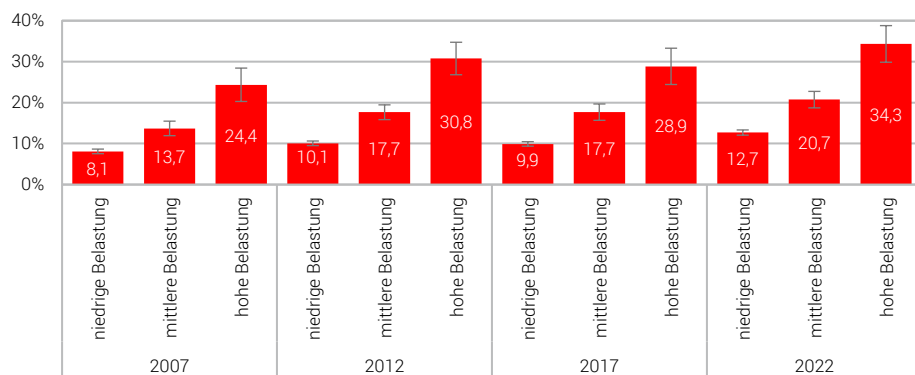
Arbeitsabsenzen, insbesondere Langzeitabsenzen, sind hinsichtlich Verbleib im Arbeitsmarkt von besonderer Bedeutung: längere Absenzen sind das häufigste Eingangstor in Arbeitslosigkeit und Invalidität (OECD, 2012; OECD, 2015). Absenzen aus psychischen Gründen nehmen zu, zumindest in den Industrieländern (OECD, 2015). In der Schweiz werden Daten zu Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen nicht systematisch erhoben. Aus der SGB sind jedoch Daten verfügbar, wie viele Absenztage psychisch belastete Erwerbstätige aus gesundheitlichen (körperlichen oder psychischen) Gründen hatten.

Grafik G9.7 zeigt den Anteil von Erwerbstätigen mit niedriger, mittlerer und hoher psychischer Belastung, die mindestens 1 Absenztage aus «gesundheitlichen» Gründen in den letzten 4 Wochen berichten. Zu beachten ist dabei, dass das Jahr 2022 pandemiebedingt nur bedingt vergleichbar ist. Die Grafik zeigt über alle Jahre erwartungsgemäss, dass mit zunehmendem Grad der psychischen Belastung der Anteil von Personen mit Absenzen ansteigt. Zudem ist der Anteil von Personen mit niedrigen und mittleren psychischen Belastungen, die Absenzen hatten, zwischen 2007 und 2022 angestiegen. Bei den psychisch hoch belasteten Personen kann nur im Vergleich der Jahre 2007 und 2022 von einem Anstieg ausgegangen werden, wobei die Fallzahlen in dieser Gruppe deutlich geringer sind als bei den niedrig und mittel belasteten Personen.

Erwerbstätige mit mind. 1 Absenztage in den letzten 4 Wochen, nach psychischer Belastung

G9.7

Anteile in %



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2025

Zu den Umständen von Krankschreibungen aus psychischen Gründen gibt es Daten aus einer Dossieranalyse von rund 1330 Arbeitsunfähigkeitsfällen der SWICA-Krankentaggeldversicherung mit einer Dauer von mehr als 2 Wochen (Baer et al., 2022). Diese dauern oft lange, im Durchschnitt rund 7 Monate, wobei die Hälfte 5 Monate und länger dauert (Median). Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen variiert je nach Branche zwischen 171 Tagen im Baugewerbe bis zu 255 Tagen im Erziehungswesen, 262 Tagen in der Finanzbranche und 267 Tagen in der Öffentlichen Verwaltung. Multivariate Analysen zeigen u. a. einen Zusammenhang folgender Faktoren bezüglich einer längeren Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

- **soziodemografische/biografische Faktoren:** höheres Alter der versicherten Person, Belastungen in der Herkunftsfamilie, frühe Auffälligkeiten in Schule und an Arbeitsstellen, soziale Isolation
- **arbeitsbezogene Faktoren:** Hoher Erfolgsdruck, hohe emotionale Anforderungen, hohe Disziplinanforderungen, häufige monotone Bewegungen, Grösse des Unternehmens
- **krankheitsbezogene Faktoren:** Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung, affektive Störung, in psychiatrischer Behandlung (statt in hausärztlicher).

Es handelt sich beim Beginn der Arbeitsunfähigkeit in rund 95% der Fälle um Vollzeitkrankschreibungen (und in rund 75% der Fälle bleibt die volle Krankschreibung bis zum Wiedereinstieg bestehen, graduelle Abstufungen sind demnach die Ausnahme). Rund 50% der aus psychischen Gründen krankgeschriebenen Angestellten verlieren im Rahmen der Krankschreibung ihre Stelle. In rund zwei Drittel der Fälle wird ihnen gekündigt, in einem Drittel der Fälle kündigen sie selbst. Konflikte am Arbeitsplatz, erlebte Frustrationen und Kränkungen sind zudem mit 57% aller Fälle der häufigste Auslöser (nicht unbedingt die Ursache) für Krankschreibungen aus psychischen Gründen. Die mehrheitlich konfliktbedingten Krankschreibungen tragen erfahrungsgemäss dazu bei, dass eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit oft nicht in Frage kommt oder gewünscht wird. Der enge Zusammenhang von Krankschreibungen und Konfliktsituationen weist darauf hin, dass es sich dabei nicht nur um individuelle Probleme handelt, sondern auch um eine Dynamik, wie alle Beteiligten in Unternehmen mit Problemsituationen umgehen.

Die Rolle der Behandelnden

Bei der Entstehung und beim Umgang mit Krankschreibungen haben Behandelnde eine zentrale Rolle. Sie beurteilen die Arbeitsfähigkeit und sind im Behandlungskontakt mit den krankgeschriebenen Personen. Eine schweizweite Befragung der Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz mit rund 750 Teilnehmenden (Baer et al., 2017a) weist darauf hin, dass die Behandlungspersonen die Arbeitssituation ihrer Klientel als wichtig einstufen. Der Umgang mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen war für Psychiaterinnen und

Psychiater hingegen eine anspruchsvolle und auch mit Unsicherheiten verbundene Aufgabe. Sie wollten nicht schaden und waren nicht selten unsicher, ob eine Rückkehr an den Arbeitsplatz genau das bewirken könnte. Zudem waren sie fachlich bei der Prognosestellung besonders häufig unsicher. Am schwierigsten fanden die Behandelnden jedoch, mit Patientinnen und Patienten umzugehen, die medizinisch ungerechtfertigterweise ein Zeugnis wünschen, die übermässig auf ein Zeugnis drängen oder Krankschreibungen als «Problemlösestrategie» verwenden. Hinzu kommt, dass die Behandelnden bei den eigenen Patientinnen und Patienten deutlich mehr Funktionseinschränkungen wahrnahmen, als sie theoretisch jemandem mit derselben Diagnose zuschreiben würden. Je nach Störungsbild wurden zwei- bis dreimal so viel Einschränkungen bei der eigenen Patientin oder dem eigenen Patienten wahrgenommen, verglichen mit einer unbekannten Person mit derselben Diagnose (Baer et al., 2017a).

In der SWICA-Dossieranalyse zu den Arbeitsunfähigkeiten (Baer et al., 2022) zeigte sich ein ähnliches Resultat: Je länger die Behandlung dauerte, desto protektiver wirkten die Arztberichte zuhanden der Versicherung. Hierbei spielte die Kommunikation zwischen den Beteiligten eine wichtige Rolle. Psychiaterinnen und Psychiater – und auch Hausärztinnen und Hausärzte – waren fast immer ausschliesslich mit der Schilderung ihrer Patientinnen und Patienten vertraut. In Arztberichten bei Arbeitsunfähigkeiten wurden nahezu nie Informationen des Arbeitgebers eingeholt. Bei vielen psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie) kann die Eigen- und Fremdwahrnehmung aber abweichen, da auch Exekutivfunktionen, z. B. Entscheidungen treffen, betroffen sind. Die Kenntnis der Wahrnehmung seitens Arbeitgeber kann hier wichtige Informationen geben, vor allem auch, weil die Mehrheit der Arbeitsunfähigkeiten durch Arbeitsplatzkonflikte ausgelöst wird. Diese einseitige Informationssammlung hat Folgen: Bei 75% aller Patientinnen und Patienten mit Arbeitsproblemen gaben die Psychiaterinnen und Psychiater an, den Eindruck zu haben, diese gegen «unfaire oder diskriminierende» Behandlung durch die Arbeitsumgebung schützen zu müssen (Baer et al., 2017a).

Findet ein Kontakt zwischen Arbeitgebenden und Behandelnden statt, wird dieser jedoch meist als hilfreich erlebt. Das Angebot einer aktiven Mithilfe beim Wiedereinstieg durch die Behandlungsperson an die Führungskraft reduziert das Kündigungsrisiko deutlich (Baer et al., 2017b). Dies war bisher eher die Ausnahme: lediglich 20% aller Führungskräfte gaben im Jahr 2015 an, dass sie jemals als Führungsperson in solchen Situationen von einer psychiatrischen Behandlungsperson unterstützt wurden (Baer et al., 2017b).

9.3 Psychische Gesundheit von jungen Menschen in der Berufsbildung

Die Berufsbildung stellt in der Schweiz den häufigsten Bildungsweg dar: 2022/23 befanden sich rund 212 400 Personen in der beruflichen Grundbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) oder Eidgenössischem Berufsattest (EBA). Rund zwei Drittel der Absolventinnen und Absolventen der Sekundarstufe I treten in eine Berufsbildung ein. Diese stellt zudem den frühestmöglichen Eintritt in den Arbeitsmarkt dar und ist auch deshalb von besonderem Interesse für präventive Massnahmen. 2022 konnten Basler und Kriesi in ihrer Studie zeigen, dass dieses duale System die Schlüsselqualifikationen oder überfachlichen Kompetenzen (wie Anstrengungsbereitschaft, Persistenz und Volition) bei Jugendlichen optimal fördert und die Entwicklung einer beruflichen Identität begünstigt.

Aus präventiver Perspektive und aufgrund des frühen Ersterkrankungsalters ist es sinnvoll, bereits in Schule und Ausbildung ein besonderes Augenmerk auf die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie Lernenden und Studierenden zu legen. Die Übergänge in die verschiedenen Sekundarstufen II stellen für Jugendliche eine neue Herausforderung an ihre kognitive, motivationale und soziale Leistungsfähigkeit dar (Silbereisen & Weichold, 2012). Jugendliche müssen sich an die neue Schul- bzw. Ausbildungssituation anpassen, neue Beziehungen zu Gleichaltrigen und Erwachsenen knüpfen, sich an einen neuen Tagesrhythmus gewöhnen und sich mit den neuen Leistungsanforderungen auseinandersetzen (Neuenschwander, 2012).

Die Jugendlichen, welche eine Berufslehre absolvieren, müssen zusätzlich den Erwartungen seitens des Lehrbetriebes nachkommen. Der Lehrbetrieb verlangt von den Jugendlichen eine Sozialisation in eine neue Rolle als Lernende und stellt hohe Anforderungen an die Selbstorganisation. Diese können mindestens zeitweise und in der Anfangsphase als belastend erlebt werden (Berweger et al., 2013).

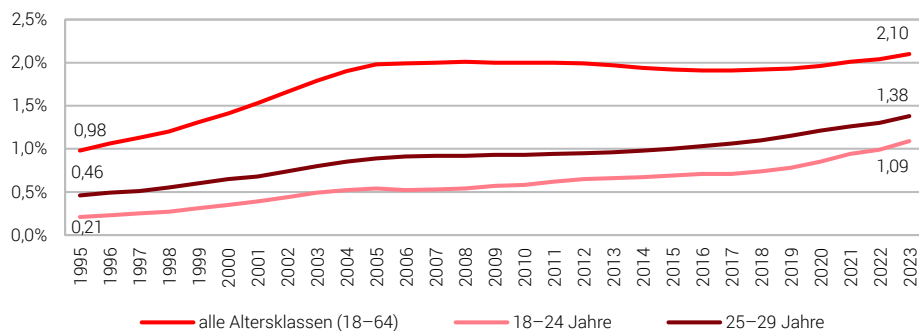
Eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung ist ein wichtiger Faktor für das Bestehen im Arbeitsmarkt. Das Fehlen einer Ausbildung wiederum ist ein Risikofaktor für spätere Langzeitarbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug oder Invalidität (OECD, 2015).

IV-Renten aus psychischen Gründen bei 18- bis 29-Jährigen

Seit den 90er-Jahren zeigt sich eine stetige Zunahme von IV-Renten bei unter 30-jährigen Erwachsenen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2023). Gesamthaft hat sich der Anteil der IV-Renten in der Schweiz über alle Altersgruppen infolge verschiedener IV-Reformen, Bundesgerichtsentscheide und einer ab rund 2004 strikteren Berentungspraxis stabilisiert, steigt aber in den letzten Jahren wieder an (Grafik G9.8).

IV-Rentenbezüger/-innen aus psychischen Gründen, in Prozent der Erwerbsbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe

G9.8



Quelle: BSV – IV-Statistik

© Obsan 2025

Der Anteil der IV-Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger aus psychischen Gründen unter 25 Jahren hat sich in den letzten knapp 30 Jahren verfünffacht, derjenige der 25- bis 29-Jährigen hat sich verdreifacht (Grafik G9.8). Dies ist die höchste Zunahme aller Altersgruppen. Die Ursachen für diese Entwicklung sind wohl multifaktoriell, aber bis heute ungeklärt. Mögliche Gründe wären einerseits, dass professionelle psychiatrische Abklärungen und Behandlungen bei Jugendlichen vermehrt und immer früher stattfinden. Andererseits sind als Gründe auch eine Enttabuisierung oder ein Nachholphänomen von früher seltener behandelten psychisch kranken Jugendlichen denkbar. Eine Invalidisierung in sehr jungem Alter ist meistens auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen. Das liegt auch am frühen Beginn psychischer Erkrankungen (McGrath et al., 2023).

Es kommt bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen doppelt so häufig zu Schul- und Ausbildungsabbrüchen wie bei Jugendlichen ohne psychische Probleme (OECD, 2015). Allerdings muss bei diesen sogenannten «Lehrvertragsauflösungen» differenziert werden (Stalder & Lüthi, 2017): 84% der Lernenden finden nach einer Lehrvertragsauflösung einen neuen Lehrbetrieb im selben Beruf, davon 43% direkt anschliessend, 21% nach bis zu einer 1-jährigen Unterbrechung und 20% nach einer längeren Dauer. 5 Jahre nach der Lehrvertragsauflösung verfügen 75% über einen Abschluss. Allerdings sind die Lehrvertragsauflösungen aus gesundheitlichen Gründen eine Risikogruppe, da der Wiedereinstieg in eine Ausbildung oft lange dauert.

Als Anlaufstelle für Jugendliche mit Schwierigkeiten in der Sekundarstufe II wurde zwischen 2008 und 2015 durch den Bund das «Case Management Berufsbildung» eingeführt (Egger et al., 2016) und wird bis heute in den Kantonen gefördert. Es besteht aber auch noch Potenzial in der Zusammenarbeit: Ein Austausch mit Behandlungspersonen der Lernenden mit psychischen Belastungen ist selten, und es fehlen spezialisierte und

leicht zugängliche Anlaufstellen zur Unterstützung der Berufsbildnerinnen und Berufsbildner. Etwas mehr als die Hälfte der Berufsbildenden in der Deutschschweiz äussert einen Bedarf nach fachlicher (psychologischer oder psychiatrischer) Unterstützung in Situationen mit psychisch belasteten Lernenden (Schmocker et al., 2022).

Die diagnostischen Hauptgründe für eine frühe IV-Berentung aus psychischen Gründen waren bis im Jahr 2014 Minderintelligenz, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen. Auffallend war noch vor 10 Jahren, dass nicht wenige Personen vor der Berentung gar keine oder maximal eine Eingliederungsmassnahme erhielten (Baer et al., 2015). Die Invalidenversicherung hat speziell mit Blick auf die Kinder und Jugendlichen per 1.1.2022 die Gesetzesrevision «Weiterentwicklung der IV» umgesetzt. Diese sieht u. a. eine verstärkte Beratung und Begleitung sowie häufigere – und auch wiederholbare – Eingliederungsmassnahmen vor. Die Wirkungen dieser Revision sind heute noch nicht abschätzbar.

Merkmale desintegrierter Jugendlicher

Im Jahr 2022 befanden sich 6,8% der Jugendlichen zwischen 18 und 24 Jahren ohne Abschluss der Sekundarstufe II ausserhalb des Bildungssystems (Bundesamt für Statistik, 2023). Analysen zeigen, dass desintegrierte Jugendliche, also Jugendliche, die weder in einer Ausbildung noch in einer weiterführenden Schule sind (die so genannten «NEET» – Not in Employment, Education or Training), deutlich häufiger psychisch krank sind als Jugendliche, die sich in einem Schul- oder Erwerbskontext befinden (OECD, 2015). Jugendliche ohne Lehrstelle unterscheiden sich gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen in einem Erwerbskontext auch in Persönlichkeitseigenschaften: positiv mit dem Finden einer Lehrstelle hängen die Eigenschaften Entschlossenheit und Umgangsfähigkeit zusammen. Zudem ist die Emotionsregulation sowie die Selbstkontrolle bei Jugendlichen ohne Lehrstelle tiefer und es zeigen sich mehr Verhaltensauffälligkeiten (Baggio et al., 2015; Sabatella & Wyl, 2018). Es handelt sich demnach um eine vulnerable Gruppe.

Angeboten wie beispielsweise Brückenangeboten oder Motivationssemestern kommt daher eine bedeutende Rolle in der Früherkennung zu. Dabei ist die frühe und adäquate Unterstützung von Heranwachsenden mit psychischen Erkrankungen in der Prävention von Ausgliederung zentral. Kinder und Jugendliche, die früh psychisch erkranken und entsprechend ihren Einschränkungen unterstützt werden, beispielsweise durch eine Sonderschule, können später eher am Erwerbsleben teilnehmen (Baumann et al., 2018). Belastete Jugendliche, die keine derartige Unterstützung erhalten, also eher «unter dem Radar» laufen und in die Regelschule integriert sind, haben ein höheres Risiko, die Schulzeit nicht regulär abzuschliessen (Baumann et al., 2018). In einer qualitativen Untersuchung mit Interviews mit Lernenden und Berufsbildenden kommen Duc & Lamamra (2022) zum Schluss, dass der Übergang von der Schule in die Berufswelt eine herausfordernde Aufgabe ist, sowohl psychisch, physisch als auch ethisch: Lernende

im schweizerischen dualen System stünden dabei besonders in einem Spannungsfeld zwischen dem Anspruch, produktiv zu arbeiten und dem Trainingscharakter einer Lehre. Die Berufsbildung als potenziell psychisch belastende Zeit solle demnach dem Thema «Gesundheit in der Ausbildung» mehr Beachtung schenken.

Trotz der Bedeutung eines erfolgreichen Überganges von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt ist die Datenlage zu Ausbildung und psychischer Gesundheit bisher gering. Beispielsweise ist nicht bekannt, welche Rolle psychische Erkrankungen bei Lehrabbrüchen spielen. Auch wäre es wichtig zu wissen, wie es Lernenden trotz psychischer Belastungen gelingt, ihre Lehre abzuschliessen, und was Lehrbetrieb und Berufsschule dazu beitragen können.

Lehrverläufe und deren Merkmale

Erfahrungen mit Jugendlichen in der Deutschschweiz, die sich in einer Berufslehre befinden und psychische Probleme zeigen, wurden 2022 genauer untersucht. Es handelte sich um eine Querschnittsbefragung von Berufsbildenden in der Deutschschweiz. Rund 6400 Berufsbildende haben zumindest teilweise an dieser Befragung teilgenommen, rund 2900 Personen vollständig (Schmocker et al., 2022). Die Resultate zeigten, dass in 59% der Lehrverläufe irgendwelche psychischen Probleme wahrgenommen wurden. 56% der Lernenden mit problematischen Lehrverläufen konnten diese während der Lehre bewältigen («problematisch-gelöst»), bei 44% der problematischen Lehrverläufe konnte keine Lösung gefunden werden («problematisch-ungelöst»). Das bedeutet nicht, dass eine psychische Erkrankung in all diesen Fällen vorlag – und doch unterschieden sich die problematischen Lehrverläufe systematisch von den unproblematischen. Dies gilt sowohl beim Ausmass der wahrgenommenen Einschränkungen als auch bei psychosozialen und familiären Belastungen. 40–50% aller Lernenden mit einem von den Berufsbildenden als «problematisch» eingeschätzten Lehrverlauf befanden sich wegen psychischer Belastung oder Erkrankung in Behandlung, was auf relevante gesundheitliche Probleme hinweist. Bei den als unproblematisch wahrgenommenen Lernenden betrug der Anteil der Behandelten 4,6%.

In wichtigem Zusammenhang (multivariat) mit einem problematischen Verlauf stehen Suchtprobleme, Migrationshintergrund sowie familiäre und psychosoziale Belastungen. Unproblematische Verläufe hingegen wurden mit dem Vorhandensein von guten Freunden sowie einer aktiven Freizeitgestaltung in Verbindung gebracht (Schmocker et al., 2022).

Auch die wahrgenommenen Funktionseinschränkungen der Lernenden waren von Bedeutung. Untersucht wurden rund 30 mögliche Funktionseinschränkungen. Bei Lernenden, die gemäss den Berufsbildenden Probleme hatten, sowohl Regeln einzuhalten als auch sich im Arbeitsteam sozial zu integrieren, kam es in 48% der Fälle zu einer Lehrvertragsauflösung (gegenüber rund 20% Auflösungen bei allen geschilderten Fällen, also mit und ohne

Probleme in der Lehre). Waren weder Regeleinhaltung noch Teamintegration auffällig, kam es lediglich in 10% zu einer Vertragsauflösung. Weitere wichtige Funktionen bei Lernenden waren die Konzentrationsfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die emotionale Stabilität. Dies weist darauf hin, dass letztlich grundlegende Kompetenzen entscheidend sind, ob die Berufsbildung erfolgreich bestanden werden kann.

Auch der Umgang mit den eigenen Belastungen spielte eine Rolle (Grafik G9.9). Lernende, die ihre Probleme offen ansprechen, sich bemühen, Lösungsvorschläge umzusetzen, sich an Abmachungen halten, trotz schlechtem Befinden zur Arbeit kommen, bei Absenzen im Kontakt mit dem Lehrbetrieb bleiben und den Problemen nicht ausweichen, waren in den Lehrverläufen, wo die Probleme gelöst werden konnten, häufiger vertreten.

Schutzfaktoren für Arbeitsprobleme bei Jugendlichen sind soziale Unterstützung, eine aktive Freizeitgestaltung, eine offene Haltung gegenüber persönlichen Problemen und abwechslungsreiche Aufgaben im Lehrbetrieb. Wichtig ist aber auch, wie Jugendliche mit Herausforderungen umgehen. Die frühe Unterstützung und die Koordination der Hilfen sind zentral. Denn Jugendliche, die sich nicht in einem Erwerbs- oder Schulkontext befinden, sind häufig psychisch krank.

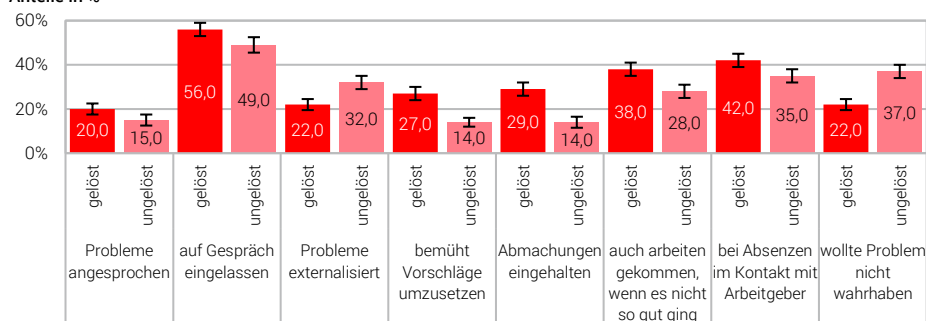
Es zeigten sich zudem betriebliche Merkmale mit engem Zusammenhang zum Lehrverlauf: In Betrieben, in denen aus Sicht der Berufsbildenden wenig Offenheit gegenüber persönlichen Problemen der Lernenden besteht, kam es doppelt so häufig zu problematischen Verläufen wie in Betrieben mit Offenheit. Dasselbe gilt in Betrieben, wo die Lernenden aus Sicht der Berufsbildenden einen hohen Anteil an Routinetätigkeiten ausführen müssen, die sie als wenig sinnvoll erleben – gegenüber Betrieben mit weniger Routineaufgaben (Schmocker et al., 2022).

Die Rolle externer betrieblicher und schulischer Ressourcen in der Lehre zeigte sich auch in der Studie von Lüthi et al. (2021): Lernende liessen sich in Profile mit vielen, durchschnittlichen oder wenigen Ressourcen bei der Arbeit und in der Berufsschule einteilen. Als Ressourcen wurden beispielsweise das Arbeitsklima in der Schule und im Betrieb, die Autonomiemöglichkeiten der Lernenden in Schule und Betrieb oder die Qualität der Instruktionen in Schule und Betrieb erhoben. 44% der Lernenden wiesen dabei sowohl im Betrieb als auch in der Schule hohe Ressourcen auf. 38% verfügten über durchschnittliche Ressourcen und 13% über viele Ressourcen am Arbeitsplatz und wenige Schulressourcen. 5% der Lernenden schliesslich hatten wenige Ressourcen am Arbeitsplatz und auch lediglich durchschnittliche Ressourcen in der Schule zur Verfügung.

Bewältigung von Arbeitsproblemen in der Lehre in problematischen Verläufen, die gelöst bzw. nicht gelöst werden konnten, 2021

G9.9

Anteile in %



95%-Vertrauensintervalle

Quelle: Schmocker et al. (2022)

© Obsan 2025

9.4 Prävention und Massnahmen: Arbeitsplatzerhalt und Arbeitsintegration

Die psychische Gesundheit muss vom Arbeitgeber geschützt werden (Art. 6 ArG und Art. 2 ArGV 3). Ausserdem sorgt der Jugendarbeitsschutz gemäss Arbeitsgesetz mit Vorschriften dafür, dass Lernende in Schweizer Betrieben unter sicheren Arbeitsbedingungen arbeiten (ArGV 5). Dies setzt eine Grundlage; die Förderung der psychischen Gesundheit und die genaue Art der Massnahmen am Arbeitsplatz sind in Unternehmen weitestgehend freiwillig. Dabei gibt es Angebote für Mitarbeitende wie beispielsweise betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Fast drei Viertel der Betriebe in der Schweiz mit 50 oder mehr Mitarbeitenden setzen gemäss einer Erhebung bei rund 800 Betrieben bereits BGM-Massnahmen um (in der Deutschschweiz häufiger als in der Romandie und im Tessin), ein Viertel davon (26%) sogar systematisch (Füllemann et al., 2021). BGM wird eher in grösseren Betrieben systematischer umgesetzt. Seit 2016 hat sich der Umsetzungsgrad von BGM aber vor allem in mittleren Unternehmen (100–249 Mitarbeitende) erhöht. Ob die Massnahmen längerfristig umgesetzt werden, hängt stark davon ab, ob sie in den Betrieben auch strategisch verankert werden. Die Betriebe äusserten zudem einen besonderen Bedarf nach Massnahmen im Bereich Stress und psychische Gesundheit.

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz investiert auch in die Prävention der (psychischen) Gesundheit der Bevölkerung. Besonders engagierte Unternehmen (Anzahl: 106, Stand Dezember 2023), die ein systematisches BGM pflegen, werden mit dem Label «friendly work space» ausgezeichnet. Es sind erwartungsgemäss bisher die eher grossen oder thematisch affinen Unternehmen, die einen solchen Zertifizierungsprozess

durchlaufen. Eine Herausforderung liegt nach wie vor darin, auch die kleineren Unternehmen für nachhaltige gesundheitsfördernde Massnahmen zu gewinnen, wobei Gesundheitsförderung Schweiz auch hier Angebote entwickelt hat. Beispielsweise wurden das Leadership-Kit und die HR-Tool-Box lanciert – kostenlos verfügbare Sammlungen an Werkzeugen für HR und Führungskräfte. Es gibt zunehmend auch frei verfügbare Online-Werkzeuge wie beispielsweise die Web-App «Etwas tun?!», ein Sensibilisierungs- und Lerntool für alle Mitarbeitenden zum Umgang mit psychischen Herausforderungen am Arbeitsplatz (siehe: Angestellte.ch).

Zudem gibt es eine Vielzahl von privaten Anbietern betrieblicher Unterstützungsleistungen. Durch Privatversicherungen (vor allem Krankentaggeld-Versicherungen, aber auch weitere) sind – vor allem im Absenzfall, zunehmend aber auch präventiv – unterstützende Massnahmen wie Case Management möglich.

Relevant sind auch Online-Health-Interventionen, wenn es um die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden geht. Es handelt sich dabei um verschiedene Online-Interventionen, die sich meist über einige Wochen erstrecken und beispielsweise Informationen zu Stressmanagement am Arbeitsplatz, kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken oder Achtsamkeitsübungen. Eine internationale Meta-Analyse, die 108 Studien berücksichtigt, konnte zeigen, dass Online-Health-Interventionen wirksam sind. Insgesamt zeigte sich über alle analysierten E-Health Angebote ein positiver Effekt auf die psychische Gesundheit im Sinne einer Reduktion von Depressions- oder Angstsymptomen oder Stresserleben (Stratton et al., 2017).

Sensibilisierung und Schulung von Führungskräften

Kommt es im Zusammenhang mit psychischen Belastungen zu Problemen am Arbeitsplatz, sind oft Arbeitsplatzanpassungen nötig. Eine Studie des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO, 2018) zeigt: Arbeitgebende sehen psychosoziale Risiken tendenziell als individuelle Probleme, Merkmale der Arbeitssituation (z. B. unklare Schnittstellen) werden etwas seltener beachtet. Diese Haltung wird in qualitativem Datenmaterial (dokumentierte Interviews mit Arbeitgebenden) sichtbar. Arbeitgebende sind im Rahmen der Fürsorgepflicht dazu verpflichtet, Arbeitsbedingungen zu gewährleisten, die die (psychische) Gesundheit nicht gefährden. Inspektionsbesuche des SECO sowie Gerichtsurteile in den letzten Jahren, die die Unternehmen vermehrt in die Pflicht nehmen, fördern dabei die Umsetzung. Beispielsweise hat das SECO von 2014 bis 2018 Unternehmen vermehrt in Bezug auf psychosoziale Risiken (im Sinne von belastenden Arbeitsbedingungen) kontrolliert; es handelte sich um einen sogenannten «Vollzugsschwerpunkt». Es wurden 185 Unternehmen kontrolliert, wobei die Inspektorinnen und Inspektoren eher beratend als kontrollierend vorgegangen sind. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Betriebsgrösse und Wirkung der Inspektionsbesuche. In kleineren Betrieben

(<100 Mitarbeitende) hat sich die Situation verglichen mit der Ausgangslage stärker verbessert als in grossen Betrieben mit 100 und mehr Mitarbeitenden. Beispielsweise haben sich «Kompetenzen zu psychosozialen Risiken» über alle befragten Firmen und Branchen stärker verbessert als bei Firmen ohne Inspektionsbesuch (SECO, 2018).

Im Umgang mit Auffälligkeiten am Arbeitsplatz aus psychischen Gründen herrscht noch viel Unsicherheit: Rund 90% von im 2015 befragten Deutschschweizer Führungskräften gaben an, bei psychischen Auffälligkeiten von Mitarbeitenden zuerst einmal abzuwarten, und «nicht übereilt zu reagieren» (Baer et al., 2017b). Auch bei den Berufsbildenden ist die Unsicherheit, wie sie mit Lernenden mit Suchtproblemen oder anderen psychischen Problemen umgehen sollen, viel grösser als in anderen herausfordernden Situationen wie beispielsweise, wenn Lernende demotiviert sind (Schmocker et al., 2022).

Vorgesetzten kommt eine wichtige Rolle in der Integration von Mitarbeitenden mit einer psychischen Erkrankung zu (siehe Fallbeispiel, Teil 3). Erhalten sie ein Training, wie man mit Mitarbeitenden mit psychischen Erkrankungen oder Belastungen umgehen soll, wirkt sich das positiv auf den Arbeitsplatzzerhalt aus (Kreissner, 2019). Ein Jahr nach entsprechendem Training sind 41% der betroffenen Mitarbeitenden noch angestellt. Vorgesetzte, die kein solches Training erhalten haben, beschäftigen ein Jahr später lediglich noch 24% der betroffenen Mitarbeitenden (Boehm et al., 2020). Zudem wirken Vorgesetzte als Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung depressiver Symptome: je mehr die Führungsqualität aus Respekt, Lob, Förderung und Hilfsbereitschaft besteht, desto weniger treten bei den Mitarbeitenden Depressionssymptome auf (Kizuki & Fujiwara, 2020). Weitere Daten sind aus der Schweiz nicht verfügbar, jedoch zeigt sich die Wirksamkeit von Führungskräfte-Trainings auch im Ausland: eine Übersichtsarbeit über 188 Studien kommt zum Schluss: Training von Vorgesetzten und Informationen zur psychischen Gesundheit und belastende Arbeitsbedingungen wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden aus, zumindest kurzfristig (Tsutsumi, 2011). Wichtig im Führen von Mitarbeitenden mit psychischen Erkrankungen ist dabei das Erkennen, dass es sich um psychisch belastete Mitarbeitende handelt, ein Verständnis für die Situation zu entwickeln und danach Handlungen umzusetzen (Martin et al., 2018). Damit Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen angesprochen werden, sind der Mut, psychische Auffälligkeiten zu diskutieren und Stigmata in diesem Bereich bei Vorgesetzten zentrale Faktoren (Bryan et al., 2018).

Wirksamkeit von Integrationsmassnahmen

Es gibt viele unterschiedliche Massnahmen verschiedener Akteurinnen und Akteure und mit unterschiedlichen Zielen. Zu einigen Massnahmen gibt es Belege und Nachweise, zu vielen noch kaum. Zur Übersicht der folgenden Beispiele wird unterteilt zwischen Massnahmen zum Arbeitsplatzzerhalt und Massnahmen zur Integration.

Massnahmen zum Arbeitsplatzerhalt

Kommt es zu Krankschreibungen aus psychischen Gründen, findet der allfällige Wiedereinstieg zuerst meist betriebsintern statt – via Führungskräfte, Personalverantwortliche, in grossen Unternehmen allenfalls betriebsinternes Gesundheitsmanagement, Sozialdienst, Case Management etc. Zudem bieten vor allem private Krankentaggeldversicherungen mit Case/Care Management, die Invalidenversicherung (IV) mit der Frühintervention sowie private Unternehmen Unterstützung an. Dabei kommen vielfältige Massnahmen zum Einsatz: Case Management, Coaching, Runde Tische mit allen Beteiligten zur Abstimmung und Planung des Wiedereinstiegs, die kontinuierliche Steigerung des Pensums und der Aufgabenkomplexität.

Case Management ist eine etablierte, häufig eingesetzte Methode in der Reintegration und wurde kürzlich besonders bei Personen mit einer psychischen Erkrankung evaluiert und als wirksam ausgewiesen (PK Rück, 2022). Als Datengrundlage stand der Datenpool eines Pensionskassen-Rückversicherers zur Verfügung, es wurden insgesamt 20 014 Fälle analysiert. Es wurden Fälle, die Case Management erhalten haben, mit ähnlichen Fällen ohne Case Management verglichen und durch Gewichtung ein statistischer, hypothetischer Zwilling konstruiert. Anschliessend wurde eine hypothetische Wiedereingliederungsrate berechnet. Unter diesen Voraussetzungen wurde das Invaliditätsrisiko bei von psychischen Erkrankungen Betroffenen durch Case Management um 33% reduziert – dies im Vergleich zu einer Reduktion um 16% über alle Krankheitsbilder hinweg (PK Rück, 2022).

Ist der Stellenerhalt von Mitarbeitenden gefährdet bzw. kommt es zu Problemen am Arbeitsplatz, ist eine unkomplizierte Meldung bei der IV-Stelle durch die Arbeitgebenden möglich und es können Unterstützungsleistungen via Frühinterventionsmassnahmen gesprochen werden. Dies wurde in früheren Jahren allerdings selten genutzt: 2015 gaben lediglich 6% der Führungskräfte im Zusammenhang mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden an, diese bei der IV-Stelle gemeldet zu haben (Baer et al., 2017b). Seit Beginn dieser Massnahmen im Jahr 2008 ist jedoch die Anzahl von IV-Frühinterventionsmassnahmen jährlich durchschnittlich um rund 1000 Massnahmen gestiegen – von rund 1100 (2008) auf rund 17 000 (2023). Berufsbildende nutzen das Instrument zur «Früherfassung» – mit dem sie belastete Jugendliche früh bei der IV melden können – jedoch bisher noch selten. Mit einer solchen Meldung kann die IV die Jugendlichen kontaktieren, worauf es zu einer IV-Anmeldung kommen kann. Lediglich rund 2–3% der Lernenden mit psychischen Problemen werden allerdings bei der IV gemeldet (Schmocker et al., 2022).

Massnahmen zur Integration

Nach einem Stellenverlust bietet die *Arbeitslosenversicherung* via Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV) Hand. Seit 2019 besteht im Kanton Basel-Landschaft die Fachstelle Eingliederung, ein Pilotprojekt des SECO mit einem neuartigen Ansatz: Stellensuchende mit physischen oder psychischen Erkrankungen erhalten auf Wunsch engere Begleitung durch ein breiteres Repertoire an Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen. Dieses wie auch andere Pilotprojekte des Seco werden wissenschaftlich ausgewertet. Mit der Fachstelle Eingliederung anerkennt das SECO, dass die Gründe für Arbeitslosigkeit nicht immer scharf trennbar sind und auch Stellensuchende, die beim RAV gemeldet sind, von psychischen Erkrankungen betroffen sein können (Seco-Homepage, Impulsprogramm Massnahme 5, 2024). Die Arbeitslosenversicherung ist versicherungsrechtlich gesehen für Stellenverlust aus wirtschaftlichen Gründen zuständig.

Wichtige Arbeit leisten zudem auch die Stellen zur *interinstitutionellen Zusammenarbeit* (IIZ). Sobald mehrere Sozialversicherungen involviert sind, kommt die IIZ zum Tragen, um diese zu koordinieren. Da es sich bei psychischen Erkrankungen oft um komplexe Fälle handelt, sind die IIZ-Stellen zentrale Anlaufstellen in der Koordination der beruflichen Integration. Einzelne Kantone, beispielsweise der Kanton Aargau, verfolgen dabei den innovativen Ansatz des «Kooperation Arbeitsmarkts» bei dem eine Person sowohl die Rolle als IV- als auch als RAV-Ansprechperson innehat. Ein anderes Beispiel ist der Kanton Luzern, wo RAV, IV und Sozialdienste unter einem organisatorischen Dach – Wirtschaft, Arbeit, Soziales (WAS) – zusammengeführt wurden.

Mit der Weiterentwicklung der *Invalidenversicherung* per 01.2022 wurde der Fokus stärker auf Junge und psychisch erkrankte Versicherte gelegt. Zudem sind Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung seit 2019 nicht mehr automatisch von den Leistungen der IV ausgeschlossen.

Die Bedeutung früher Interventionen zeigen IV-Zahlen (Schmidlin & Champion, 2021): Dauert es nach der IV-Anmeldung mehr als ein halbes Jahr, bis erste Integrationsmassnahmen starten, halbieren sich die Erfolgchancen auf Eingliederung. Bei den IV-Integrationsmassnahmen handelt es sich um besonders niederschwellige Eingliederungsmassnahmen mit einer vergleichsweise tiefen Erfolgsquote. Dabei zeigt sich, dass durchschnittlich 2 Integrationsmassnahmen pro versicherte Person zugesprochen werden. Mit bis zu 3 Integrationsmassnahmen steigt die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Abschlusses, ab der 4. Massnahme steigen die Chancen nicht weiter. Die besten Chancen auf Erfolg bestehen, wenn die Integrationsmassnahme zumindest teilweise im 1. Arbeitsmarkt stattfindet und ein Job-Coach involviert ist.

Drei Jahre nach der letzten Integrationsmassnahme sieht die berufliche Situation von Massnahmeempfängerinnen und -empfängern (mit physischen wie psychischen Einschränkungen) wie folgt aus:

Berufliche Situation nach niederschweligen IV-Integrationsmassnahmen, 2015–2017 (gepoolt) **T9.1**

Stand 3 Jahre nach niederschwelliger Integrationsmassnahme	Anteil
Integration in den 1. Arbeitsmarkt	37%
IV-Rentenbezug (Vollrente)	25%
IV-Rentenbezug (Teilrente)	16%
Bezug Arbeitslosenentschädigung	2%
Bezug Sozialhilfe	9%
keine Erwerbstätigkeit, kein Bezug aus Sozialvers. / Sozialhilfe	10%
verstorben	1%

Quelle: Schmidlin & Champion, 2021

© Obsan 2025

Da 68,5% der Massnahmenempfängerinnen und -empfänger eine psychische Haupterkrankung aufweisen, sind diese Zahlen hier von Bedeutung, auch wenn die Erfolgsquoten bei psychisch Kranken wohl geringer ausfallen. Gründe für Abbrüche bei Integrationsmassnahmen sind meist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, fehlende Fortschritte oder eine mangelhafte Motivation oder Kooperation der Versicherten (Schmidlin & Champion, 2021).

Die Schweiz verfügt heute über ein breites, differenziertes und wachsendes Angebot an Unterstützungsmassnahmen, damit psychisch belastete Personen die Arbeitsstelle halten oder an einem neuen Arbeitsplatz integriert werden können. Neben der Unterstützung durch die Invalidenversicherung haben Massnahmen von Privatversicherungen deutlich zugenommen. Auch wurden Pilotprojekte mit einem neuen Mindset durch die Arbeitslosenversicherung gestartet. Generell geht der Trend zunehmend in Richtung frühe Massnahmen in einem Umfeld im ersten Arbeitsmarkt.

Dass man im Vergleich zu körperlich eingeschränkten Personen bei solchen mit psychischen Einschränkungen von einem geringeren Erfolg ausgehen kann, zeigt eine Untersuchung von IV-Massnahmenempfängerinnen und -empfängern in der Schweiz: während psychisch kranke Versicherte (bzw. die grösste Gruppe der sogenannt «Psychogenen und milieureaktiven Störungen») rund ein Jahr nach IV-Eingliederungsmassnahmen zu 25% wieder erwerbstätig sind, ist der entsprechende Anteil bei Versicherten mit muskuloskelettalen Erkrankungen ist mit 45% fast doppelt so hoch. «Erfolg» wurde dabei folgendermassen festgelegt: ohne IV-Rente, nicht arbeitslos und mindestens 1000 Fr. Erwerbseinkommen pro Monat (Baer et al., 2018a).

Die mit seit mehr als 40 Jahren am längsten und am besten untersuchte und auch als besonders wirksam erwiesene Methode für die Eingliederung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist das so genannte «Supported Employment». Nach dem Prinzip «first place, then train» werden Betroffene nicht mehr (wie das früher meist der Fall war) in geschützten Werkstätten auf den Arbeitsmarkt vorbereitet, sondern direkt an Arbeitsplätze im 1. Arbeitsmarkt vermittelt – und dort werden dann Fähigkeiten schrittweise trainiert. Zudem findet die Eingliederungsarbeit in einem interdisziplinären Team statt (Drake et al., 1996). Dieses und weitere Prinzipien von Supported Employment sind evidenzbasiert und wurden immer wieder auf ihre Gültigkeit untersucht (vgl. Hoffmann & Richter, 2020). Diese Evidenzbasierung ist schon ein wichtiger Unterschied zu vielen anderen Eingliederungsmassnahmen.

Supported Employment zeigt dabei vor allem dahingehend Wirkung, dass häufiger eine Anstellung gefunden und wieder Einkommen generiert wird als in Vergleichsgruppen (Suijkerbuijk et al., 2017; Besse et al., 2016; Marino & Dixon, 2014; Modini et al., 2016). Relativierend ist festzuhalten, dass die Schwelle, was als erfolgreiche Anstellung gilt, teils sehr tief gehalten wurde. Beispielsweise werteten einige Studien bereits einen Verdienst von 10 Fr. pro Stunde während mindestens 2 Wochen als Erfolg. Zudem zeigte sich kein nachhaltiger Effekt: 3–5 Jahre nach durchlaufener Massnahme zeigten sich keine relevanten Unterschiede mehr bzgl. Anstellungsverhältnis und Lohn (Hoffmann et al., 2014; Jäger et al., 2013; Pichler et al., 2021).

In der Schweiz sind viele Unterstützungsmöglichkeiten zur Wiedereingliederung vorhanden. Diesbezüglich machten Studien aber auch darauf aufmerksam, dass ein unbegrenztes Integrationsbudget für die Integration nicht immer förderlich ist, oder es zumindest nicht schadet, wenn die Kosten gedeckelt werden (Rössler et al., 2020; Rössler et al., 2019). Avenir Suisse (Cosandey et al., 2021) stellte fest: IV-Stellen, die viele Eingliederungsmassnahmen durchführen, sind nicht unbedingt effektiver (im Sinne von weniger Rentenzusprachen), aber teurer.

Schliesslich verfügt die Schweiz über eine traditionell gut ausgebaute Versorgung mit Werk-, Abklärungs-, Ausbildungs- und Trainingsstätten im 2. Arbeitsmarkt. Es gibt auch Mischformen, zum Beispiel sogenannte Sozialfirmen, die angepasste Plätze für gesundheitlich eingeschränkte Personen anbieten, im oder nahe am 1. Arbeitsmarkt tätig sind und sich neben Subventionen auch über einen relevanten Markterlös finanzieren (Ferrari et al., 2016). Die IV vermittelt häufig Versicherte mit eher deutlicheren Einschränkungen oder bei noch ungenügender psychischer Stabilität in ein aufbauendes Training oder eine Ausbildung im 2. Arbeitsmarkt. Dort werden Pensum und Leistung in einem beschützenden Umfeld mit ausgebildetem Personal, meist Fachpersonen aus den Bereichen Sozialarbeit, Psychologie und Arbeitsagogik, begleitet (Deuchert et al., 2013; Hoffmann & Richter, 2020). Weitergehende Bemühungen für eine verstärkte Integration von Menschen mit Behinderung in den 1. Arbeitsmarkt sind auch hier wichtig: Diese Menschen benötigen spezifische Hilfestellungen, die sie vor Überforderung und Destabilisierung schützen. Aber dieser Schutz kann grundsätzlich auch im 1. Arbeitsmarkt gegeben werden.

Da zudem die Anforderungen in der beruflichen Grundbildung mit EFZ- und EBA-Abschlüssen für junge Menschen mit Einschränkungen nach der obligatorischen Schulzeit zu hoch sein können, hat der Branchenverband insos 2007 die Praktische Ausbildung (PrA) entwickelt, die bis heute rund 10 000 Personen absolviert haben. Besonders häufige Ausbildungsbereiche sind zum Beispiel Hauswirtschaft, Küche oder Logistik, insgesamt werden aber rund 80 verschiedene Berufsmöglichkeiten angeboten (siehe Homepage insos, Faktenblatt PrA).

9.5 Synthese: Herausforderungen und Potenziale

Die Mehrheit der Erwerbstätigen in der Schweiz (88%) sind zufrieden mit ihrer Arbeit (vgl. Abschnitt Arbeitsbezogene Ressourcen). Gleichzeitig fühlt sich rund ein Drittel der Erwerbstätigen nach der Arbeit sehr häufig oder gar ständig erschöpft und berichtet mehr Belastungen als Ressourcen am Arbeitsplatz (vgl. Abschnitt Belastende Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit). Erschöpfungsgefühle sind nicht mit einer psychischen Erkrankung gleichzusetzen, dennoch handelt es sich um eine ernstzunehmendes und zunehmend erlebtes Phänomen.

Es braucht eine integrative Perspektive von Arbeit und psychischer Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit sind komplexer, als man zunächst denken könnte. Es gibt Arbeitsbedingungen, die psychische Krisen oder gar Erkrankungen auslösen können. Von besonderer Bedeutung sind dabei das Arbeitsklima, die Beziehung zur vorgesetzten Person und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (vgl. Abschnitt Arbeitsbezogene Ressourcen). Es gibt auf der anderen Seite vorbelastete Mitarbeitende, die mit ihren Leistungseinschränkungen oder Verhaltensauffälligkeiten Vorgesetzte überfordern können (vgl. Abschnitt Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen). Und es gibt einen grossen Bereich dazwischen, wo sowohl ungünstige Arbeitsbedingungen wie auch psychische Vorbelastungen zusammenkommen können. Hinzu kommt die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen mit ihren Folgen von Scham bei den betreffenden Mitarbeitenden und Hemmungen bei den Vorgesetzten, sachlich und rasch zu intervenieren (vgl. Abschnitt Funktionseinschränkungen am Arbeitsplatz).

Das Verhalten ist entscheidend – bei Mitarbeitenden wie Vorgesetzten

Um effektiv handeln zu können, sind Forschungsergebnisse nötig, welche ein vertieftes Verständnis ermöglichen, wie trotz Problemen Lösungen gefunden werden können. Wichtig sind dabei auf Unternehmensebene der Ausbau von Schutzfaktoren wie gute Führung, faire Arbeitsbedingungen oder ein sicheres Anstellungsverhältnis (vgl. Abschnitt Arbeitsbezogene Ressourcen). Ebenso wichtig ist die Stärkung personenbezogener Schutzfaktoren wie beispielsweise Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und ein hohes Sinnerleben (vgl. Abschnitt Psychische Erkrankungen und Erwerbstätigkeit). Dabei ist die Menge der Schutzfaktoren bzw. belastenden Arbeitsbedingungen zentral.

Da der Umgang mit Problemsituationen oft entscheidender ist als das psychische Problem selbst, sollten in Unternehmen und Ausbildungsbetrieben klare Erwartungen kommuniziert werden, wer sich in Problemsituation wie verhalten sollte (vgl. Abschnitt Funktionseinschränkungen am Arbeitsplatz). Hier wären zunächst die Unternehmen in der Pflicht, eine Kultur zu etablieren, wie mit psychischen Problemen umgegangen werden soll. Die zunehmend entstehenden BGM-Massnahmen wie Führungskurse, Online-Tools etc. sind hier wichtig. Psychische Erkrankungen lassen sich oft nicht einfach verhindern, die Eskalation von Konflikten, Krankschreibungen und Stellenverluste hingegen teilweise schon.

Medikalisierung von Arbeitsproblemen

Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle aus psychischen Gründen nehmen in der Schweiz wie auch in anderen Industrieländern zu (vgl. Abschnitt Die Rolle der Behandelnden). Gleichzeitig nehmen immer mehr Personen wegen psychischer Erkrankungen eine Behandlung in Anspruch. Womöglich als «unerwünschter Nebeneffekt» dieser eigentlich erfreulichen Entwicklung kommt es häufiger zu Krankschreibungen – nur wer in Behandlung ist, erhält allenfalls ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Es liegt nahe, anzunehmen, dass wir heute im Vergleich zu früher psychische Erkrankungen bewusster wahrnehmen und anders damit umgehen.

Während die bewusstere Wahrnehmung gewollt war, fehlt es bei allen Beteiligten noch an einem wirksamen Umgang mit den zunehmend wahrgenommenen Problemen. Dies gilt auch für die Behandelnden: Krankschreibungen aus psychischen Gründen sind meistens Vollzeit und dauern im Schnitt 7 Monate. In der Hälfte aller Krankschreibungen aus psychischen Gründen wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst. Eine mehr rehabilitativ orientierte und teils auch restriktivere Krankschreibungspraxis könnte dabei den Arbeitsplatzerhalt fördern.

Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten zentral

Ärztinnen und Ärzte wie auch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten ein breiteres Behandlungsverständnis entwickeln, das die Arbeitssituation ihrer Klientinnen und Klienten stärker in den Fokus rückt und Arbeit vermehrt auch als stabilisierenden Faktor versteht (vgl. Abschnitt Die Rolle der Behandelnden). Die herkömmlichen Behandlungsstrategien wie reine Entlastung und oft längere Krankschreibungen kommen zu spät und lösen die Probleme nicht, sondern führen meist zur Kündigung. Herausfordernd zeigt sich dabei, in der Behandlung und im Arbeitskontext einen Umgang und eine gemeinsame Sprache zu finden. Eine gemeinsame Sprache stellen die Funktionseinschränkungen dar, beispielsweise das Mini-ICF-APP (vgl. Abschnitt Belastungen für das Arbeitsumfeld). Um diese als Grundlage für die gemeinsame Zusammenarbeit zu benennen, braucht es den Austausch unter den Beteiligten. Zudem gibt es noch Potenzial, bestehende Angebote stärker zu nutzen. Beispielsweise werden Mitarbeitende mit psychischen Auffälligkeiten immer noch selten – und wenn oft erst sehr spät – bei der IV gemeldet (vgl. Abschnitt Wirksamkeit von Integrationsmassnahmen). Relevante psychische Arbeitsprobleme lassen sich normalerweise nur gemeinsam lösen.

Belastete Jugendliche und Berufsbildende benötigen mehr Unterstützung

Die Zunahme der IV-Renten aus psychischen Gründen ist bei Menschen unter 30 Jahren besonders ausgeprägt, der Rentenbestand hat sich in den letzten rund 30 Jahren bei den unter 25-Jährigen verfünffacht (vgl. Abschnitt IV-Renten aus psychischen Gründen bei 18- bis 29-Jährigen).

Insgesamt kommt dem Ausbildungsbereich eine zentrale Rolle zu, da hier der Grundstein für die weitere berufliche Karriere gelegt wird. Eine abgeschlossene Ausbildung erhöht die Arbeitsmarktchancen generell und insbesondere von psychisch belasteten Personen. Gerade weil psychische Erkrankungen oft früh beginnen, ist es wichtig, Jugendliche mit psychischen Belastungen besonders zu unterstützen. Dies ist umso wichtiger, als die IV-Neurenten aus psychischen Gründen 2023 so stark angestiegen sind wie noch nie zuvor.

9.6 Literaturverzeichnis

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Buffaerts, R., Brugha, T. & Bryson, H. (2004). Prevalence of Mental Disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. ESEMed Projects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 420, 217.
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I. & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17, 1–13.
- Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? *Zeitschrift für Sozialhilfe*, 1, 104.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen; Typologisierung der Personen, ihrer Belastungen, Erkrankungen und Berentungsverläufe. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/09*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2011). «Schwierige» Mitarbeiter – Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 1/11*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Juvalta, S., Altwicker-Hámori, S., Frick, U., & Rüesch, P. (2015). Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. *Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 16/15*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., Aebi, C., Rota, F., Romann, C., Vallon, P., & Kurmann, J. (2017a). Patienten mit Arbeitsproblemen Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 11/17*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., Auerbach, S., & Basler, M. (2017b) «Der tägliche Wahnsinn». Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Online-Publikation: <https://workmed.ch/wp-content/uploads/hslu-2017-psychisch-krank-ma-studie.pdf>
- Baer, N., Frick, U., Besse, C., Cuonz, N., Matt, M. (2018a). Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit; [Bern: BSV]. *Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 8/18*: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen.html>
- Baer, N., Frick, U., Besse, C., Cuonz, N., & Matt, M. (2018b). Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 8/18*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., Aebersold, P., Ammann, J., Baer, J., Caduff, S., Flammer, F., Grütter, M., Käser, F., Matt, M., Meier, E., Müller, R., Plattner, Z., Schwarz, L., Scherzmann, A., Stalder, K., Wade, A., Wiesli, F., Wollschläger, M., Wyss, C., & Ritler, R. (2022). Krankenschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren – Eine Analyse von Versichertendossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung. Online Publikation 2022, <https://workmed.ch/wp-content/uploads/studie-krankschreibungen-aus-psychischen-grunden-ch.pdf>
- Baggio, S., Iglesias, K., Deline, S., Studer, J., Henchoz, Y., Mohler-Kuo, M., & Gmel, G. (2015). Not in Education, Employment, or Training status among young Swiss men. Longitudinal associations with mental health and substance use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 56(2), 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.006>
- Baron, S. (2019). Erfassung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit dem Mini-ICF-APP und Mini-ICF-APP-S. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32, 237-250.
- Basler, A., & Kriesi, I. (2022). Die Veränderung informeller Kompetenzen zwischen dem Ende der obligatorischen Schulzeit und dem frühen Erwachsenenalter. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 48(2), 285–315.
- Baumann, I., Altwicker-Hámori, S., Juvalta, S., Baer, N., Frick, U., & Rüesch, P. (2018). Employment prospects of young adults with mental disorders. *Swiss Journal of Sociology*, 44(2), 259–280. <https://doi.org/10.1515/sjs-2018-0012>
- Berweger, S., Krattenmacher, S., Salzmann, P., & Schönenberger, S. (2013). LiSA Lernende im Spannungsfeld von Ausbildungserwartungen, Ausbildungsrealität und erfolgreicher Erstausbildung.
- Besse, C., Silva, B., Dutoit, M., & Bonsack, C. (2016). Individual placement and support (IPS) for people with mental illness: A retrospective naturalistic study. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(7), 215–221. <https://doi.org/10.4414/sanp.2016.00434>
- Bianchi, R., & Brisson, R. (2019). Burnout and depression: Causal attributions and construct overlap. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1574–1580. <https://doi.org/10.1177/1359105317740415>
- Bianchi, R., Manzano-García, G., & Rolland, J.-P. (2021). Is Burnout Primarily Linked to Work-Situated Factors? A Relative Weight Analytic Study. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.623912>

- Bianchi, R., Mayor, E., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2018). Burnout and depressive symptoms are not primarily linked to perceived organizational problems. *Psychology, Health & Medicine*, 23(9), 1094–1105. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1476725>
- Boehm, S., Baumgärtner, M., & Brzykcy, A. (2020). The Role of Leadership Behaviour for the Workplace Inclusion and Job Retention of Employees with Psychological Disabilities. *The Palgrave Handbook of Disability at Work*. 443–448. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42966-9_25
- Breiman, L., Friedman, J.H., Olshen, R.A., and Stone, C.J. (1983). Classification and Regression Trees. Wadsworth, Belmont, Ca.
- Bryan, B. T., Gayed, A., Milligan-Saville, J. S., Madan, I., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Managers' response to mental health issues among their staff. *Occupational Medicine*, 68(7), 464–468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy103>
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2024). IV Statistik 2023.
- Bundesamt für Statistik (2023). Jugendliche ausserhalb des Bildungssystems. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfrhftsmessung/indikatoren/erwerbsquote.html>
- Bundesamt für Statistik (2024a). Erwerbsquote in der Schweiz. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/fruehzeitige-schulabgaenger.html>
- Bundesamt für Statistik (2024b). Schweizerische Gesundheitsbefragung: Arbeit und Gesundheit 2012–2022 Immer mehr Menschen sind bei der Arbeit gestresst. Medienmitteilung 05/2024.
- Bundesamt für Statistik (2024c). Schweizerische Gesundheitsbefragung: Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand, 2012–2022.
- Cosandey, J., Taboada, D., & Neuenschwander, S. (2021). Eingliedern statt ausschliessen. *avenir-suisse*. <https://www.avenir-suisse.ch/publication/invaliditaet-ingliedern-statt-ausschliessen/>. Zugriff: 10.07.2024
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.
- Deuchert, E., Kauer, L., & Meisen Zannol, F. (2013). Would you train me with my mental illness? Evidence from a discrete choice experiment. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16(2), 67–80.
- Duc, B., & Lamamra, N. (2022). Apprentices' health: Between prevention and socialization. *Safety Science*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105584>
- Egger, Dreher, & Partner AG. (2016). Schlussbericht. Nationale Evaluation Case, Management Berufsbildung.
- Elfering, A., Brunner, B., Igic, I., Keller, A. C., & Weber, L. (2018). Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress. In R. Fuchs & M. Gerber (Eds.), *Handbuch Stressregulation und Sport* (pp. 123–141). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49411-0_6-1
- Ferrari, D., Adam, S., Amstutz, J., Avilés, G., Crivelli, G., Greppi, S., Lucchini, A., Pozzi, D., Schmitz, D., Wüthrich, B., & Zöbeli, D. (2016): Sozialfirmen in der Schweiz. Grundlagen zur Beantwortung des Postulats Carobbio Guscetti «Rolle der Sozialfirmen» (13.3079). *Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 9/16*. Bern, BSV.
- Füllmann, D., Schönholzer, T., Flückiger, N., Nauser, O., Jenny, G., Jensen, R. & Krause, A. (2021). Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz: Monitoring-Ergebnisse 2020. Arbeitspapier 54. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Galliker, S., Igic, I., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B., & Wieser, S. (2018). Job-Stress-Index 2018. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz. Kommentierter Tabellenband. Bern, Zürich: Universität Bern, ZHAW.
- Galliker, S., Igic, I., Semmer, N. K., & Elfering, A. (2024). Stress at Work and Well-being Before and During the COVID-19 Pandemic: A 1-Year Longitudinal Study in Switzerland. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 66(1), 56–70. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002995>
- Gander, F., Hofmann, J., & Ruch, W. (2021). From Unemployment to Employment and Back: Professional Trajectories and Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 16(2), 739–751. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09797-y>
- Gerber, M., Feldmeth, A. K., Lang, C., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., & Pühse, U. (2015). The Relationship between mental Toughness, stress, and Burnout among Adolescents: a longitudinal study with swiss vocational students. *Psychological Reports*, 117(3), 703–723. <https://doi.org/10.2466/14.02.PR0.117c29z6>
- Gesundheitsförderung Schweiz (2023). Job-Stress-Index 2022. Monitoring von Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz (2022). Job-Stress-Index 2022. Faktenblatt 72. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Guthier, C., Dormann, C., & Voelkle, M. C. (2020). Reciprocal effects between job stressors and burnout: A continuous time meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1146–1173. <https://doi.org/10.1037/bul0000304>

Hämmig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8031-7>

Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2014). Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. *Occupational Medicine* (Oxford, England), 64(1), 34–38. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt127>

Hämmig, O., Gutzwiller, F., & Bauer, G. (2009). Work-life conflict and associations with work- and nonwork-related factors and with physical and mental health outcomes: A nationally representative cross-sectional study in Switzerland. *BMC Public Health*, 9, 435. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-435>

Headley, B., Muffels, R. & Wagner, G. G. (2013). Choices Which Change Life Satisfaction: Similar Results for Germany, Britain and Australia. *Social Indicators Research*, 112(3), 725–748, 2013.

Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1183–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>

Hoffmann, H., & Richter, D. (2020). Supported employment in Switzerland—Are we on track? Psychiatric rehabilitation journal. <https://psycnet.apa.org/record/2019-78138-001>

ICD-11: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281> Zugriff: 01.09.2024

Jäger, M., Paras, S., Nordt, C., Warnke, I., Bärtsch, B., Rössler, W., & Kawohl, W. (2013). How sustainable is supported employment? A follow-up investigation. *Neuropsychiatrie*, 27(4), 196–201. <https://doi.org/10.1007/s40211-013-0085-3>

Jäggi, J., Liechti, L., Künzi, K. (2022). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J., & Hübelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

Keyes, C. (2007). Promoting And Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Study for Improving National Mental Health. 2007, *American Psychologist*, 62(2), 95.

Kizuki, M., & Fujiwara, T. (2020). Quality of supervisor behaviour, workplace social capital and psychological well-being. *Occupational Medicine*, 70(4), 243–250. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa070>

Krause, A. in Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Kapitel 9 Psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne

Kreissner, M. (2019). Psychische Erkrankung im Arbeitskontext: Einfluss von Führung auf den Arbeitsplatzverhalt von psychisch erkrankten Mitarbeitern. Dissertation Nr. 4898. Universität St. Gallen (HSG), St. Gallen, Schweiz.

Krieger, R., Graf, M., & Vanis, M. (2017). 6. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015. Bern: SECO.

Krieger, R., & Arial, M. (2021). Ausgewählte Ergebnisse der Europäischen Unternehmensbefragung über neue und aufkommende Risiken 2019. Bern: SECO.

Krieger, R., & Arial, M. (2023). Arbeitsbedingungen und Gesundheit in der Schweiz und Europa. Bern: SECO.

Linden M, Baron S, Muschalla B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Bern: Verlag Hans Huber.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2015). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen – Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2015

- Lucas, R.E., & Donnellan, M.B. (2012). Estimating Reliability of Single-Item Life Satisfaction Measures: Results from Four National Panel Studies. *Social Indicators Research*, 105, 323-331.
- Lüthi, F., Stalder, B., & Elfering, A. (2021). Apprentices' resources at work and school in Switzerland: A person-centred approach. *International Journal for Research in Vocational Education and Training*, 8(2), 224–250. <https://doi.org/10.13152/IJRVET.8.2.5>
- Marino, L. A., & Dixon, L. B. (2014). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 210–215. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000058>
- Martin, A., Woods, M., & Dawkins, S. (2018). How managers experience situations involving employee mental ill-health. *International Journal of Workplace Health Management*, 11(6), 442–463. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-09-2017-0069>
- McGrath, J.J., et al. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*, 10(9), 668–681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M., J., Killackey, E., Glozier, N., & Harvey, S.B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 14–22
- Mustafić, M., Krause, A., Dorsemagen, C., Baeriswyl, S., & Knecht, M. (2023). Fragebogen zur Messung arbeitsbezogener Selbstsorge (SESO) – Gesundheitsförderliche Routinen für die beschleunigte, ergebnisorientierte Arbeitswelt. *Psychologie des Alltagshandelns*, 16(2).
- Neuenschwander, M. P. (2012). Schule und Beruf: Wege in die Erwerbstätigkeit (1. Aufl.). VS-Verlag.
- Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709–14. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- OECD (2012). Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- OECD (2014) Mental Health and Work: Switzerland. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD (2022) Beschäftigungsquote: <https://www.oecd.org/berlin/statistiken/beschaeftigungsrate.htm>
 Erwerbsquote: <https://www.oecd.org/berlin/statistiken/beschaeftigungsrate.htm>
 Teilzeitquote: <https://data.oecd.org/emp/part-time-employment-rate.htm#indicator-löhne>
 Löhne: <https://data.oecd.org/earnwage/average-wages.htm> Zugriff 16.06.2024
- Pekruhl, U., & Vogel, C. (2018). Zusammenhänge zwischen ausgewählten Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit, Engagement und Erschöpfung von Arbeitnehmenden in der Schweiz.
- 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.
- Pichler, E., Stulz, N., Wyder, L., Heim, S., Watzke, B., & Kawohl, W. (2021). Long-term effects of the individual placement and support intervention on employment status: 6-year follow-Up of a randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 12, 709732. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.709732>
- PK Rück AG (2022). Wirksamkeitsstudie Wiedereingliederung.
- Pulford, A., Thapa, A., Thomson, R. M., Guilding, A., Green, M. J., Leyland, A., Popham, F., & Katikireddi, S. V. (2022). Does persistent precarious employment affect health outcomes among working age adults? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(11), 909–917. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219292>
- Richter, D. (2020). Die vermeindliche Zunahme psychischer Erkrankungen—Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 47(07), 349–351. <http://dx.doi.org/10.1055/a-1228-9503>
- Rössler, W., Kawohl, W., Nordt, C., Haker, H., Rüsch, N., & Hengartner, M. P. (2020). «Placement budgets» for supported employment: Impact on employment rates in a multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(6), 308–313. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.154>

- Rössler, W., Ujeyl, M., Kawohl, W., Nordt, C., Lasalvia, A., Haker, H., & Hengartner, M. P. (2019). Predictors of employment for people with mental illness: Results of a multicenter randomized trial on the effectiveness of placement budgets for supported employment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 518. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00518>
- Rüsch, N., Nordt, C., Kawohl, W., Brantschen, E., Bärtsch, B., Müller, M., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Work-related discrimination and change in self-stigma among people with mental illness during supported employment. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 65(12), 1496–1498. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400073>
- Sabatella, F., & Wyl, A. von. (2018). Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf (rayyan-1167749024). Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-55733-4.pdf>
- Schmidlin, S., & Champion, C. (2021). Integrationsmassnahmen unterstützen berufliche Eingliederung. <https://sozial-sicherheit.ch/de/integrationsmassnahmen-unterstuetzen-berufliche-eingliederung/>.
- Schmocker, B., Kuhn, T., Frick, U., Schweighauser, C., Baumgartner, R., Diesch, R., Frei, A., & Baer, N. (2022) Umgang mit psychisch belasteten Lernenden. Eine Befragung von Berufsbildner*innen in der Deutschschweiz. Online Publikation 2022, <https://workmed.ch/wp-content/uploads/2022-03-30-studienbericht-bb-befragung.pdf>
- SECO (2018). Wirkung des Vollzugsschwerpunkts der Arbeitsinspektion zu psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz. Bern.
- SECO (2024) Impulsprogramm Massnahme 5: https://www.arbeit.swiss/secoalv/de/home/menue/institutionen-medien/projekte-massnahmen/bundesmassnahmen_2020_2022.html
- Silbereisen, R. K., & Weichold, K. (2012). Jugend (12–19 Jahre). In W. Scheider & W. Lindenberg (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7. überarb. Aufl., S 235–258). Beltz Verlag.
- Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 965–976. <https://doi.org/10.1037/a0020032>
- Stalder, Barbara E.; Lüthi, Fabienne (2017). Nach der Lehrvertragsauflösung packen viele Lernende die zweite Chance. *Education*, 17(1), S. 40–41.
- Stocker, D., Keller, A. C., Meier, L. L., Elfering, A., Pfister, I. B., Jacobshagen, N., & Semmer, N. K. (2019). Appreciation by supervisors buffers the impact of work interruptions on well-being longitudinally. *International Journal of Stress Management*, 26(4), 331–343. <https://doi.org/10.1037/str0000111>
- Stratton, E., Lampit, A., Choi, I., Calvo, R. A., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2017). Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(12), e0189904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189904>
- Suijkerbuijk, Y., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbiere, M., & Anema, J.R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nr. 9 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A.A., Baker, S. et al. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*, 400, 1438–1480.
- Tritschler, N., Meier, L., & Elfering, A. (2022). Potenzielle Ursachen und Entwicklung von arbeitsbedingtem Stress, Befinden und Arbeitsbedingungen von Schweizer Erwerbstätigen. Bern: SECO.
- Tsutsumi, A. (2011). Development of an Evidence-based Guideline for Supervisor Training in Promoting Mental Health: Literature Review. *Journal of Occupational Health*, 53(1), 1–9. <https://doi.org/10.1539/joh.R10002>
- Ulshöfer, C. & Jensen, R. (2022). Job-Stress-Index 2022 Monitoring von Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Faktenblatt 72.
- Urbanaviciute, I., Massoudi, K., Toscanelli, C., & De Witte, H. (2021). On the dynamics of the psycho-social work environment and employee well-being: A latent transition approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094744>
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). Is work good for your health and well-being? TSO. <https://huddersfield.box.com/s/kmyygl6clmsap4m3femp6wb7joaxd87d>
- Webapp «Etwas Tun». <https://angestellte.ch/angebote/apps-und-tools/etwastun>
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42407>

10 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention von psychischen Erkrankungen



Kernaussagen

- Die Förderung der psychischen Gesundheit im Sinne des Wohlbefindens und die Prävention psychischer Erkrankungen ergänzen sich gegenseitig, indem Ressourcen aufgebaut und Belastungsfaktoren minimiert werden.
- Durch die Stärkung von internen und externen Ressourcen zur Förderung der psychischen Gesundheit wird auch psychischen Erkrankungen, Gewalt sowie Sucht und Suizid präventiv entgegengewirkt.
- Alle Kantone in der Schweiz setzen gezielt Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit um und bündeln diese in einem kantonalen Aktionsprogramm.
- Eine fundierte Aussage über die Verbreitung aller Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz ist nicht möglich. Bewährte Vorgehensweisen aus der Praxis («Beispiele guter Praxis», also evaluierte und in der Umsetzung verbreitete und bewährte Projekte) zeigen jedoch, dass diese ihre Reichweite über die letzten Jahre vergrössern konnten.
- Projekte guter Praxis zeigen gute Ergebnisse bei den jeweiligen Zielgruppen in Bezug auf die Stärkung verschiedener Ressourcen (wie zum Beispiel die Stärkung der sozialen Integration, der Wissenszuwachs in Bezug auf Gesundheitsthemen oder auch die Verstärkung der Kompetenzen in der Emotionsregulation).
- Die Chancengleichheit ist eine grosse Herausforderung der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere aufgrund der Intersektionalität (Kumulation von Benachteiligungsfaktoren).
- Die föderale Struktur und die fehlende gesetzliche Grundlage erschweren die finanzielle und strukturelle Verankerung von Gesundheitsförderungs-Massnahmen.
- Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen liegt in der Verantwortung zahlreicher Sektoren (Bildung, Gesundheit, Soziales, Sicherheit, etc.) und muss dementsprechend in allen Sektoren verstärkt verfolgt werden.

10.1 Einleitung

Im Rahmen der psychischen Gesundheit sind die Gesundheitsförderung und die Prävention wichtige Bestandteile einer umfassenden Übersicht über das Gesundheitsgeschehen in der Schweiz. In diesem Kapitel stehen folgende Fragestellungen im Zentrum:

- Was wird von welchen Akteur/-innen in der Schweiz getan, um die psychische Gesundheit der in der Schweiz lebenden Bevölkerung zu stärken? Wie wirken diese Projekte und Massnahmen?
- Wird genug für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen getan?
- Welches sind die grössten Herausforderungen für die Gesundheitsförderung und die Prävention und wie könnten diese angegangen werden?

Um die Fragen anhand der relevanten Literatur zu beantworten, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Ausserdem wurde mit verschiedenen nationalen Institutionen Kontakt aufgenommen, um umfassende Informationen zu ihren Aktivitäten zu erhalten.

In diesem Kapitel bezieht sich der Begriff «psychische Gesundheit» ausschliesslich auf die positive psychische Gesundheit gemäss Kapitel 1 Psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Die Begriffsnutzung im vorliegenden Kapitel entspricht der Sprache, die im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention üblich und der Definition der WHO angelehnt ist (2019). Die Verwendung unterscheidet sich von anderen Kapiteln, in denen «psychische Gesundheit» als Oberbegriff für den allgemeinen Zustand der Psyche genutzt wird.

Definition Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention haben als gemeinsames Ziel, einen individuellen oder auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen. Während die Gesundheitsförderung sich auf Interventionen oder Massnahmen bezieht, «die der Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Bevölkerung dienen» (Hurrelmann et al., 2018, S. 24), bezeichnet die Prävention Massnahmen, die dem «Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen» (Hurrelmann et al., 2018, S. 24). Beide Interventionsformen ergänzen einander, haben ein gemeinsames Ziel, fokussieren aber auf unterschiedliche Prinzipien. Die Gesundheitsförderung zielt mit ihrer salutogenetischen Perspektive auf die Stärkung von Ressourcen. Eine mögliche Erkrankung ist nicht zentral. Die Prävention schliesst hingegen auch eine pathogenetische Sichtweise mit

ein, da es auch darum geht, Risikofaktoren spezifischer Krankheiten zu erkennen, um frühzeitig eingreifen zu können (Hurrelmann et al., 2018; Riedel-Heller, Reininghaus & Schomerus, 2023).

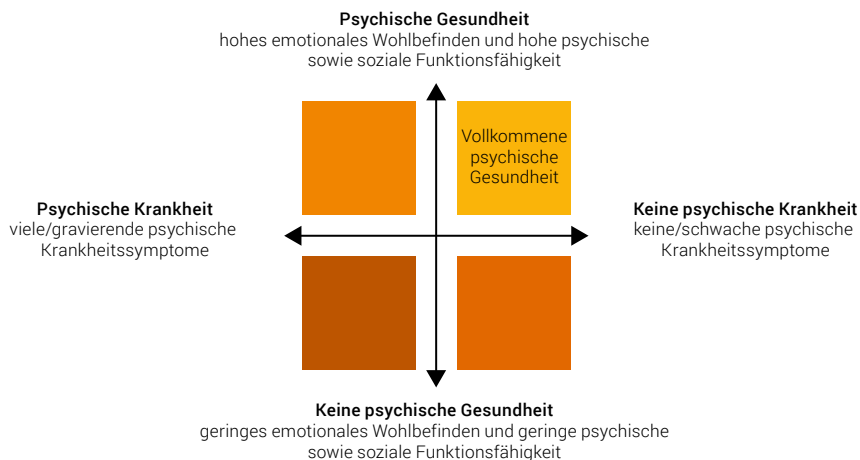
Gemeinsames Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention ist der Gesundheitsgewinn: Sowohl die Gesundheitsförderung mit ihrer salutogenetischen Sichtweise wie auch die Prävention mit ihrem zusätzlichen pathogenetischen Blick möchten die Gesundheit auf individueller und kollektiver Ebene erhöhen und verbessern (Hurrelmann et al., 2018).

Bezogen auf die Krankheitsphasen, werden verschiedene Arten von Prävention unterschieden: die *Primärprävention* (das Eingreifen, bevor erkennbare Krankheitssymptome erkennbar sind), die *Sekundärprävention* (Eingreifen bei einer bereits manifesten Krankheit) und die *Tertiärprävention* (Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einer Krankheit) (Leppin, 2018). Die mittlerweile gebräuchlichere Unterscheidung bezieht sich auf verschiedene Zielgruppen von Interventionen. Es wird zwischen *universeller Prävention* (flächendeckende Interventionen für die gesamte Bevölkerung), *selektiver Prävention* (Interventionen für Zielgruppen mit Risikofaktor einer Krankheitsentwicklung) und *indizierter Prävention* (für Personen mit einer bereits feststellbaren, aber minimalen psychopathologischen Auffälligkeit) unterschieden (Leppin, 2018). Interventionen der Gesundheitsförderung sind traditionell häufig universell ausgerichtet, wobei sie in den letzten Jahren im Zusammenhang mit dem Bestreben, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen, vermehrt auch selektiv angewendet werden (z. B. mit Projekten für und mit Personen in vulnerablen Lebenslagen). Die selektive Herangehensweise sowohl in der Gesundheitsförderung wie auch in der Prävention erlaubt eine zielgruppengerechtere Ausrichtung der Massnahmen, was das Wirkungspotential bei der definierten Zielgruppe erhöht (vgl. Dodge, 2019).

Um das Zusammenspiel zwischen der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen zu verstehen, ist das Konzept des doppelten Kontinuums (Keyes, 2005; Fusar-Poli et al., 2020) hilfreich (G 10.1, für mehr Information, siehe auch Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Während in der Förderung der psychischen Gesundheit Interventionen auf die vertikale Achse fokussieren, möchte die Prävention psychischer Erkrankungen die horizontale Achse beeinflussen (Fusar-Poli et al., 2020). Das gemeinsame Ziel des Gesundheitsgewinns (und der Abwesenheit der Krankheit) ist im oberen rechten Quadranten zu erkennen (siehe G 10.1). Die beiden Achsen sind nicht unabhängig voneinander zu verstehen, sondern stehen moderat in Wechselwirkung (Keyes, 2007). Die einander ergänzende und überschneidende Funktionsweise von Gesundheitsförderung und Prävention verdeutlicht Grafik G 10.1.

Modell des doppelten Kontinuums psychischer Gesundheit

G 10.1



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Keyes (2005, 2007) und Westerhof & Keyes (2010).
Entspricht Grafik G1.1, abweichend lediglich in der verwendeten Terminologie (vgl. Kasten Abschnitt 10.1).

© Obsan 2025

Wirkungsweise von Gesundheitsförderung und Prävention

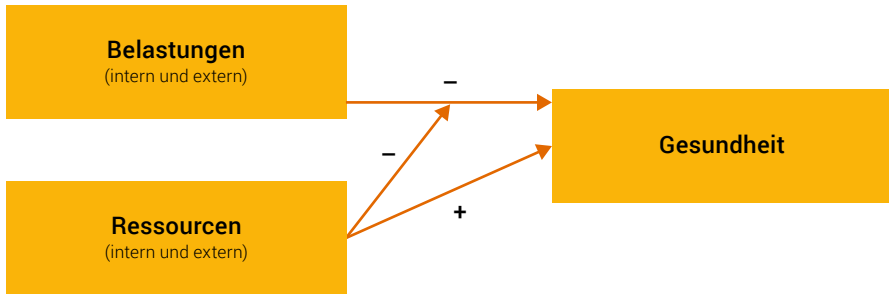
Die Entstehung oder auch Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit lässt sich schematisch am Ressourcen-Belastungs-Modell (siehe G 10.2, Blaser & Amstad, 2016) zeigen. Während Belastungen sich negativ auf die Gesundheit auswirken, puffern Ressourcen den negativen Effekt von Belastungen ab und wirken generell positiv auf die psychische Gesundheit. Ressourcen können einerseits in der Person selbst liegen (interne Ressourcen), andererseits können sie auch auf die Verhältnisse bzw. die Umwelt zurückzuführen sein (externe Ressourcen).

Während Belastungen sich negativ auf die Gesundheit auswirken, puffern Ressourcen den negativen Effekt von Belastungen ab und wirken generell positiv auf die psychische Gesundheit.

Eine wichtige Ressource in Bezug auf die psychische Gesundheit ist zum Beispiel die *Selbstwirksamkeit* (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004; Sheeran et al., 2016). Sie beschreibt die subjektive Überzeugung, gewünschte Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen erfolgreich bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Ressourcen-Belastungs-Modell

G 10.2



Quelle: Blaser & Amstad (2016)

© Obsan 2025

Eine weitere Ressource mit konsistenten positiven Effekten auf die psychische Gesundheit ist die soziale Unterstützung (Harandi, Taghinasab & Nayeri, 2017; Wang, Chung, Wang, Yu & Kenardy, 2021). Soziale Unterstützung beschreibt die Vermittlung von Hilfe zwischen Mitgliedern eines sozialen Netzes. Dies kann praktische Hilfe, Wertschätzung oder auch der Austausch von Informationen sein (Bachmann, 2014). Zahlreiche weitere Ressourcen haben einen Effekt auf die psychische Gesundheit (Salazar de Pablo et al., 2020). Dazu gehören beispielsweise verschiedene Lebenskompetenzen. Das sind Fertigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu steuern und auszurichten sowie ihre Fähigkeit, sich zu entwickeln, mit den Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben und selbst Veränderung zu bewirken. Dazu gehören u. a. kreatives und kritisches Denken (kognitive Fertigkeiten), Kommunikation und Beziehungsfähigkeit (soziale Fertigkeiten) oder auch Achtsamkeit und Selbstakzeptanz (Selbstmanagement-Strategien; WHO, 1997; Eschen & Zehnder, 2019).

Infobox: Wirkungsnachweise in der Gesundheitsförderung und Prävention

In der Gesundheitsförderung und Prävention ist es wichtig, die getroffenen Massnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Einerseits kann somit die Massnahme legitimiert werden und andererseits können mit Evaluationen Erfolgsfaktoren und Schwachpunkte erkannt werden, die bei der Umsetzung und Verbreitung von Massnahmen berücksichtigt bzw. optimiert werden müssen (Guggenbühl, 2017).

Zum «Goldstandard» unter den Wirkungsevaluationen zählen Kontrollstudien mit zufällig zugeteilten Teilnehmenden, bei denen vor und nach einer Intervention bestimmte Ausprägungen von Merkmalen untersucht werden (z. B. Selbstwirksamkeit). Erwartet wird eine Veränderung des Merkmals durch die Intervention bei der Personengruppe, die an der Intervention teilgenommen hat. Idealerweise tritt dieser Effekt nicht nur unmittelbar nach der Intervention, sondern auch noch nach einem bestimmten Zeitraum, also nachhaltig, auf. Zusätzlich werden dieselben Merkmale bei einer Kontrollgruppe, welche nicht an der Intervention teilgenommen hat, (auch über die Zeit) gemessen (Meyer, 2018). Zeigt die Interventionsgruppe eine signifikant grössere Veränderung als die Kontrollgruppe, kann von einer Wirkung der Intervention ausgegangen werden. Dabei sollte die Zuteilung der Personen auf eine der beiden Gruppen zufällig (randomisiert) geschehen, damit die Verteilung von Merkmalen innerhalb der Stichprobe zufällig und möglichst gleichmässig ausfällt.

Die Bildung von parallelen und repräsentativen Gruppen sowie die zufällige Verteilung auf die Gruppen ist in der Evaluationspraxis eine grosse Herausforderung (z. B. aufgrund der Teilnahmemotivation oder aus ethischen Überlegungen). Gesundheitsmerkmale werden ausserdem von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Einen Effekt einer Intervention aus der Vielzahl von Einflussfaktoren herauszufiltern, benötigt ein sorgfältiges und aufwändiges Studiendesign. Solche komplexen Evaluationsstudien bringen die Herausforderung mit sich, dass sie mit hohen finanziellen Kosten verbunden sind (Süss & Trojan, 2018).

In der Gesundheitsförderung und Prävention übersteigen die Kosten einer Evaluation häufig das Umsetzungsbudget eines Projekts, sodass die Rechtfertigung der Finanzierung einer Evaluation in Frage gestellt wird. Häufig werden deshalb formative Evaluationen, bei denen Erfolgsfaktoren und Verbesserungspunkte eines Projekts untersucht werden, einer summativen Wirkungsevaluation mit randomisiertem Kontrollgruppendesign vorgezogen. Eine sich ergänzende Vorgehensweise bezüglich Evaluationen wäre jedoch wesentlich. Formative Evaluationen sind wichtig, um beispielsweise herauszuarbeiten, wie die Teilnahme an und die effiziente Umsetzung von Interventionen erhöht werden kann. Summative Wirkungsevaluationen sind jedoch essenziell, um die Effektivität von Interventionen und somit auch deren Legitimität nachweisen zu können (Guggenbühl, 2017).

Es kann beobachtet werden, dass ein häufig gewählter Ansatz darin besteht, evaluierte Projekte («good practice») aus dem Ausland an die Schweizer oder sprachregionalen Verhältnisse zu adaptieren.

Nahtstellen und Schnittmengen

Ressourcen stärken nicht nur die psychische Gesundheit, sondern fördern ebenfalls andere Dimensionen der Gesundheit. Ausserdem wirken Ressourcen nicht nur in der Prävention verschiedenster psychischer Erkrankungen, sondern auch in der Prävention von Gewalt, Sucht und Suizid. Zahlreiche Nahtstellen und Schnittmengen zu anderen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Folge.

Ressourcen wirken nicht nur in der Prävention verschiedenster psychischer Erkrankungen, sondern auch in der Prävention von Gewalt, Sucht und Suizid.

Gesundheitsförderungsabsichten: Bewegung, Ernährung

Neben der psychischen Gesundheit spricht die WHO auch die physische und soziale Gesundheit an. Wichtige Gesundheitsförderungsthemen für die physische Gesundheit sind ausreichend Bewegung und eine gesunde Ernährung (Boucard, Blair, & Haskell, 2012; Sofi, Cesari, Abbate, et al., 2008). Die physische und die psychische Gesundheit stehen dabei nicht nebeneinander, sondern beeinflussen sich gegenseitig (für einen Überblick bei Kindern: Schiftan & Wittgenstein Mani, 2022a; bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Schiftan & Wittgenstein Mani, 2022b; bei älteren Menschen: Weber, 2022). So konnte zum Beispiel konsistent nachgewiesen werden, dass Bewegung auch eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit hat (Buecker, Simacek, Ingwersen, Terwiel & Simonsmeier, 2021).

Es gibt Ressourcen, die sowohl für die Förderung der psychischen Gesundheit als auch für die Förderung der gesunden Bewegung oder Ernährung wichtig sind. Dies lässt sich am Beispiel der Selbstwirksamkeit verdeutlichen. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung fördert nicht nur die psychische Gesundheit im Allgemeinen, sondern bewirkt auch, dass sich Menschen vermehrt bewegen (z. B. Szczuka, Banik, Abraham, Kulis & Luszczynska, 2020; Liu, Wo & Ming, 2015). Indem die Selbstwirksamkeit gefördert wird, können also gleichzeitig mehrere Dimensionen der Gesundheit gefördert werden.

Präventionsabsichten: Suchtprävention, Gewaltprävention, Suizidprävention

Ressourcen werden auch in der Suchtprävention, der Gewaltprävention und der Suizidprävention gestärkt. So zeigt eine Studie von Unisanté aus Lausanne (Bize, Stadelmann, Debons, Amiguet, Vujovic & Lucia, 2020), dass Jugendliche nach dem Gewaltpräventionsprogramm «Herzprung – Freundschaft, Liebe und Sexualität ohne Gewalt» (in der Romandie: «Sortir Ensemble et Se Respecter») ihre Bedürfnisse in Beziehungen besser ausdrücken und besser Grenzen setzen konnten als vorher. Emotionsregulation und die Förderung sozialer Kompetenzen, was wichtige Ressourcen in der Förderung der psychischen Gesundheit sind, spielen also auch in der Gewaltprävention eine wichtige Rolle.

Infobox: Aktionsplan Suizidprävention

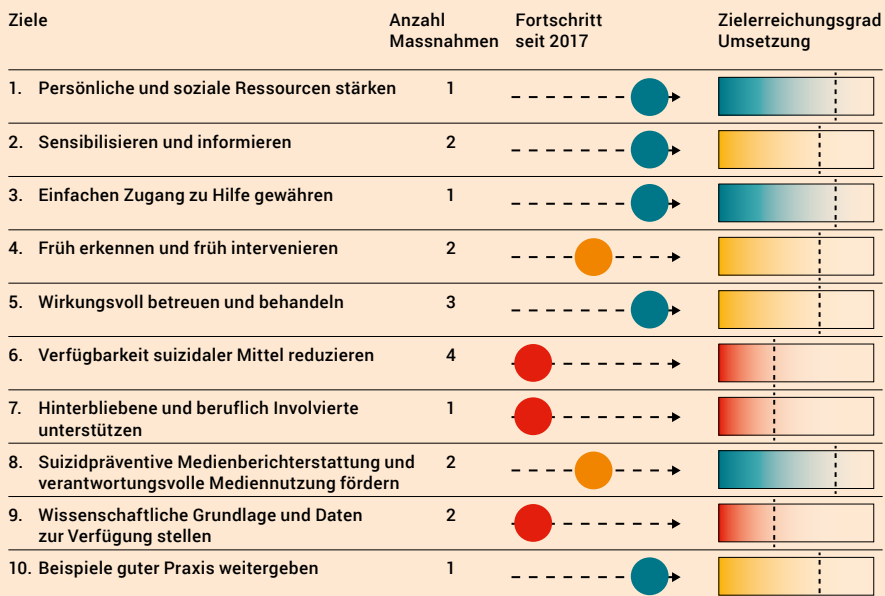
Der Aktionsplan Suizidprävention (Walter, Duetz Schmucki, Bürli, Amstad, Haas, Schibli & Kaufmann, 2016) zeigt eindrücklich die Verschmelzung von Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen (als primärer Einflussfaktor auf Suizidalität). Obwohl in der Schweiz keine Zahlen bezüglich «Suizidgründen» vorliegen, schätzt die WHO (2014), dass bei rund 90% der erwachsenen Personen, die einen Suizidversuch begehen, Symptome einer psychischen Erkrankung (v. a. Depressionen) vorliegen. Dies resultiert in einer Schnittmenge von Interventionen, welche die Förderung der psychischen Gesundheit, der Prävention von psychischen Erkrankungen sowie der Suizidprävention beabsichtigen.

Die erste Massnahme des Aktionsplans Suizidprävention heisst: «Menschen in der Schweiz verfügen über persönliche und soziale Ressourcen, die ihnen psychische Widerstandskraft im Umgang mit Belastungen geben» (Walter et al., 2016). Es werden somit explizit persönliche (interne) und soziale (externe) Ressourcen angesprochen, die gefördert werden sollen.

Grafik G10.3 zeigt einen Überblick über alle Massnahmen des Aktionsplans mit einer Beurteilung der Umsetzung des jeweiligen Handlungsbereichs fünf Jahre nach Lancierung des Aktionsplans (Trageser, Petry, von Stokar & Reisch, 2021). Die erste Massnahme, «persönliche und soziale Ressourcen stärken», wird in der Schweiz mit den kantonalen Aktionsprogrammen zur Förderung der psychischen Gesundheit umgesetzt.

Stand der Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention, 2021

G10.3



Quelle: Trageser et al. (2021)

© Obsan 2025

10.2 Aktivitäten in der Schweiz

Das folgende Kapitel beschreibt, welche Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention psychischer Erkrankungen von welchen Akteur/-innen für welche Zielgruppen in der Schweiz umgesetzt werden.

Akteur/-innen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention

Die Art der Akteur/-innen in Gesundheitsförderung und Prävention (im Folgenden mit GF/P abgekürzt) unterscheidet sich in der Schweiz kaum von der Verteilung der Kompetenzen im Gesundheitsbereich im Allgemeinen (Amstad, Ducarroz, Dobler & Mullis, 2020). Neben international wichtigen Akteur/-innen (z. B. WHO, OECD) spielen in der Schweiz Bund, Kantone und Gemeinden, (Fach-)Hochschulen und gemeinnützige Stiftungen sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und Nichtregierungsorganisationen eine wichtige Rolle bei der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen.

Bund

Auf Bundesebene fehlen spezifische gesetzliche Grundlagen zur Förderung der psychischen Gesundheit, was die Integration von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in die Regelstruktur und somit ins ordentliche Budget erschwert. Nichtsdestotrotz ist einerseits die psychische Gesundheit – im Einklang mit der Definition von Gesundheit (WHO, 1997) – in allen rechtlichen Erlassen, welche die Gesundheit betreffen, implizit mitgemeint. Andererseits sind im Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» (BAG, 2015) nationale Handlungsfelder definiert, die sowohl vom Bund wie auch von den Kantonen und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt bzw. umgesetzt werden. Der überarbeitete Massnahmenplan «Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (NCD) verankert das Thema strategisch, indem die Förderung der psychischen Gesundheit explizit aufgenommen wird (Massnahmenplan NCD-Strategie; BAG 2024).

Der Bund übernimmt im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit vor allem Koordinationsaufgaben sowie das Erarbeiten nötiger Wissensgrundlagen (Pucci-Meier, Steiner & Amstad, 2022). Die Suchtstrategie (2017–2024; BAG), die Demenzstrategie (2014–2019) sowie der Aktionsplan Suizidprävention (2016) betreffen die Prävention psychischer Erkrankungen: Sucht und Demenz werden als psychische Erkrankungen klassifiziert und Suizidalität geht sehr häufig mit psychischen Erkrankungen einher

(Fu et al., 2023). Da sich diese Strategien jedoch in Organisation und Finanzierung stark von der NCD-Strategie unterscheiden, klammert das vorliegende Kapitel die Suchtprävention wie auch die Demenzprävention aus. Die Suizidprävention in der Schweiz ist im vorderen Abschnitt in der Infobox Aktionsplan Suizidprävention dargestellt.

Nationale Akteur/-innen

Auf nationaler Ebene initiiert, koordiniert und evaluiert die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zahlreiche Aktivitäten im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit. Sie arbeitet für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sowie älteren Menschen eng mit den Kantonen zusammen, indem sie Kantonale Aktionsprogramme (KAP) fachlich und finanziell unterstützt (siehe Infobox KAP). Die Stiftung unterstützt ausserdem Kampagnen und Projekte in ihrer Entwicklung, Koordination, Verbreitung oder Etablierung in der gesamten Schweiz und arbeitet mit Dachorganisationen und Berufsverbänden zusammen. Bezüglich der Zielgruppe der Erwachsenen arbeitet die Stiftung im betrieblichen Gesundheitsmanagement mit Organisationen, Verbänden und Betrieben zusammen. Ausserdem unterstützt sie 2024 acht kantonale bzw. überkantonale Foren des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Aargau, Bern-Solothurn, Ostschweiz, Region Basel, Romandie, Tessin, Zentralschweiz und Zürich). Um die Prävention in der Gesundheitsversorgung voranzutreiben, unterstützt und koordiniert die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zudem Projekte, welche durch Konsortien aus der Wissenschaft und der Gesundheitsversorgung umgesetzt werden. Ausserdem ist sie zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit, dem Bundesamt für Sozialversicherung und der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz Initiatorin und Trägerin des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz (NPG).

Das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG) dient der multisektoralen (d. h. aus zahlreichen verschiedenen Sektoren bestehenden) Vernetzung von Akteur/-innen und Massnahmen im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit bzw. der Verminderung psychischer Erkrankungen. Es stellt Synergien unter den Akteur/-innen her und macht Massnahmen sicht- und nutzbar. Auf diese Weise werden die verbreitete Nutzung und Effizienz der Massnahmen erhöht und die Akteur/-innen gestärkt. Es umfasst mittlerweile 538 Mitgliedorganisationen (Stand April 2025), die sich für die psychische Gesundheit oder die Prävention psychischer Erkrankungen engagieren. Unter den Mitgliedorganisationen befinden sich alle 26 Kantone der Schweiz. Das Netzwerk hat eine multisektorale Trägerschaft (BAG, BSV, GDK, Gesundheitsförderung Schweiz), die in der Evaluation als Erfolgsfaktor dargestellt wird (Hadorn, Stauffer, Birboutsakis, Ruedin, & Hediger, 2023). Diese Multisektoralität wurde mit dem Austritt des Staatssekretariats für Wirtschaft im Jahr 2025 jedoch etwas geschwächt.

Kantone

In der Schweiz ist GF/P Kantonssache. Alle Kantone haben mittlerweile Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit lanciert. Seit 2017 unterstützt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz kantonale Aktionsprogramme (KAP). Im Jahr 2025 setzen alle Kantone mindestens ein solches KAP zur Förderung der psychischen Gesundheit um. Alle Schweizer Kantone koordinieren ihre Aktivitäten im Gesundheitsförderungsbereich über die Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF). Die lateinischen Kantone sind zudem in der CPPS (Commission de Prévention et de Promotion de la Santé) organisiert und setzen gemeinsam Projekte in diesem Bereich um.

Alle 26 Kantone setzen Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit um und bündeln diese Massnahmen in kantonalen Aktionsprogrammen.

Gemeinden

Den Gemeinden und Städten kommt in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zu. Oftmals werden Projekte auf Gemeinde- bzw. Städteebene umgesetzt. Über die Strukturen und Verantwortungen der Gemeinden wird der Zugang zu spezifischen Zielgruppen (z. B. über die offene Kinder- und Jugendarbeit) erst möglich, was Gemeinden zu wichtigen, an der Umsetzung beteiligten, Akteur/-innen macht (Pucci-Meier, Steiner & Amstad, 2022).

Nichtregierungsorganisationen (NGOs), Fachverbände, Hochschulen

Konkrete Projekte und Initiativen werden oft von Nichtregierungsorganisationen und Fachverbänden in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Kantonen umgesetzt. NGOs und Fachverbände sind häufig themen- oder zielgruppenspezifisch organisiert oder fokussieren auf ein bestimmtes Setting. Auch Hochschulen ermöglichen es, themen- und zielgruppenspezifische Forschungsergebnisse konkret umzusetzen. Die Aktivitäten sind vielfältig und umfassen wichtige Entwicklungs- und Evaluationsprojekte. Somit leisten diese Akteur/-innen einen wichtigen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen in der Schweiz (Pucci-Meier, Steiner & Amstad, 2022).

Arten von GF/P-Massnahmen

In der Gesundheitsförderung und Prävention werden in der Schweiz fünf (auf Erfahrung beruhende) Erfolgsfaktoren von Programmen unterschieden (Balthasar & Lussi, 2020). Vier dieser Faktoren beziehen sich auf verschiedene Massnahmenebenen, auf welchen Gesundheitsförderungsprogramme umgesetzt werden sollten. Bei den vier Massnahmenebenen handelt es sich um (Gesundheitsförderung Schweiz, 2023):

- **Interventionen** sind fachlich begründete, systematisch und idealerweise partizipativ gestaltete Massnahmen und Prozesse zur Veränderung von strukturellen Gegebenheiten (Verhältnisse) sowie Kompetenzen und Verhaltensweisen von Menschen (Verhalten), mit dem Ziel, Gesundheit zu fördern bzw. Krankheiten vorzubeugen. Auf dieser Ebene wird mit der Zielgruppe direkt gearbeitet.
- **Policy-Massnahmen** zielen auf eine langfristige Verankerung des Themas in regulatorischen Bestimmungen, strategischen Grundlagen oder kantonalen Strukturen und Prozessen. Sie bereiten politische Entscheide vor und sind auf nachhaltige strukturelle Veränderungen mit grosser Reichweite ausgerichtet.
- **Vernetzungsaktivitäten** haben als primäres Ziel, Akteur/-innen rund um ein Thema zusammenzubringen, den Erfahrungsaustausch sowie ein gemeinsames Verständnis des Themas zu fördern, voneinander zu lernen und die Angebote zu koordinieren. So werden Synergien genutzt und Kräfte für gemeinsame Aktivitäten gebündelt. Aktivitäten auf dieser Ebene richten sich an Fachpersonen.
- **Öffentlichkeitsarbeit** hat als primäres Anliegen, die Öffentlichkeit, spezifische Zielgruppen, Fachpersonen und/oder politische Entscheidungstragende für Themen zu sensibilisieren, darüber zu informieren und/oder zu mobilisieren.

Es ist wichtig, dass die Massnahmen über diese vier Ebenen hinweg aufeinander abgestimmt und miteinander verknüpft sind. Als fünfter Erfolgsfaktor wird die Planungs- und Organisationsqualität eines Programmes genannt. Um die Wirksamkeit auf Massnahmenebene zu erhöhen, sollten Qualitätskriterien von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten möglichst eingehalten werden (für einen Überblick über die Qualitätskriterien siehe Gesundheitsförderung Schweiz, 2018).

Infobox: Kantonale Aktionsprogramme (KAP)

Kantonale Aktionsprogramme (KAP) haben eine einheitliche Struktur der vier Ebenen aus dem Erfolgsfaktorenmodell, was die Zusammenarbeit auf nationaler Ebene sowie den Wissens- und Informationsaustausch unter den Akteur/-innen erleichtert. Gesundheitsförderung Schweiz beteiligt sich (abhängig von der Bevölkerungszahl des Kantons und von der finanziellen Kantonsbeteiligung) an der Finanzierung der Programme. Dies ermöglicht eine gewisse finanzielle Sicherheit während der Vertragsdauer (vier Jahre). Die finanzielle Verankerung in der Regelstruktur bleibt jedoch ein wichtiges Ziel (Trageser, Fries, Wick & Stokar, 2023).

Seit 2007 setzen die beteiligten Kantone Aktionsprogramme zur Förderung der Bewegung und der gesunden Ernährung bei Kindern und Jugendlichen um. 2017 wurden die KAP um das Thema der psychischen Gesundheit und um die Zielgruppe der älteren Menschen erweitert. Der letzte Zwischenbericht der KAP-Evaluation hat ergeben, dass sich die KAP im Untersuchungszeitraum 2021–2024 weiter in Richtung psychische Gesundheit ausweiten (Trageser, Fries, Wick & Stokar, 2023). Dies bedeutet, dass die Anzahl an Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit stetig wächst. Ausserdem werden Projekte zur Förderung der Bewegung und einer gesunden Ernährung um Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit erweitert bzw. ergänzt.

Zielgruppenspezifische Massnahmen

Im Folgenden werden GF/P-Aktivitäten in der Schweiz zusammengefasst dargestellt. Bevor auf selektive und indizierte GF/P-Aktivitäten eingegangen wird, werden zunächst eher allgemeine Gesundheitsförderungs- und universelle Präventionsaktivitäten beschrieben. Dies betrifft Massnahmen, die über die Lebensspanne, das heisst nach Lebensphase, geordnet sind. Das Kapitel fokussiert auf nationale oder zumindest sprachregionale Engagements. Einzelne kantonale oder kommunale Aktivitäten werden beispielhaft berücksichtigt. Zu den einzelnen Lebensphasen sowie zu einigen Personengruppen mit spezifischen Vulnerabilitätsmerkmalen wird ein Beispielprojekt guter Praxis («Projekt guter Praxis») erläutert, wobei ein spezielles Augenmerk auf dessen Verbreitung in der Schweiz liegt. Projekte guter Praxis bringen wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis zusammen. Sie erfüllen diverse Qualitätskriterien (siehe Ekeles, Kilian, von Rüden & Ackermann, 2021), wobei im Speziellen die nachgewiesene Wirksamkeit des Projekts erwähnt werden sollte.

Exkurs: Aktivitäten zur Gesundheitsförderung während der Corona-Pandemie

Während der Corona-Pandemie haben sich die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen stark geändert und stellten für die Akteur/-innen im Feld eine grosse Herausforderung dar (Kessler, 2021).

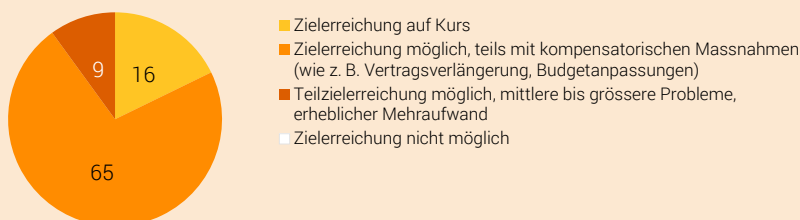
Viele bestehende Massnahmen wurden an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst (G 10.4). Trotzdem war es schwierig, die Ziele unter den veränderten Bedingungen weiterhin zu erreichen. Eine Einschätzung zu 90 Gesundheitsförderungsprojekten in den Bereichen der Förderung der psychischen Gesundheit, der Bewegungsförderung und der Förderung einer gesunden Ernährung ergab mehrheitlich nur begrenzte Möglichkeiten, die Ziele unter den erschwerten Bedingungen zu erreichen.

Es zeigte sich, dass mit kompensatorischen Massnahmen die meisten Projekte dennoch umgesetzt werden konnten. Kessler (2021) stellt fest, dass unterschiedlichste Projekte mit unterschiedlichen Zielgruppen viele Gemeinsamkeiten an Lösungsansätzen sammelten, welche zum Teil weiter genutzt werden konnten. Zum Beispiel stellte sich der persönliche Kontakt über das Telefon oder Online-Plattformen sowohl bei Ernährungsprojekten mit älteren Menschen als wichtig heraus wie auch bei Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen. Explizit zeigten sie vier Pandemiebezogene Lernfelder auf: Gruppenangebote weiterführen (angepasst an veränderte Rahmenbedingungen), digitale Zugänge zu Zielgruppen schaffen, Kontakt halten insbesondere zu vulnerablen Personen, sich auf Organisationsebene laufend an Entwicklungen anpassen. Einig waren sich die Akteur/-innen, dass die Förderung der psychischen Gesundheit für alle Zielgruppen im Allgemeinen eine höhere Priorität erhalten sollte, vor allem in Bezug auf

- die Förderung der Selbstwirksamkeit, Resilienz oder Lebenskompetenzen,
- Massnahmen gegen Einsamkeit, der Förderung der Solidarität und der sozialen Unterstützung sowie
- die Früherkennung von und -intervention bei psychisch belasteten Personen.

Einschätzung der Möglichkeit der Zielerreichung bei 90 Projekten während der Covid-19-Pandemie, 2021

G 10.4



Quelle: Darstellung basierend auf Auswertung «interne Einschätzung durch Gesundheitsförderung Schweiz» vom 16.3.2021, aktualisiert mit dem Jahresbericht 2020

© Obsan 2025

Allgemeinbevölkerung

Universelle PF/P-Massnahmen sind selten, da sie kostspielig und schwierig umzusetzen sind. Eine Ausnahme bilden hier die beiden sprachregionalen, aber *nationalen Kampagnen* zur Sensibilisierung und Information zur psychischen Gesundheit. In der Deutschschweiz handelt es sich um die Kampagne *Wie geht's Dir?* und in der lateinischen Schweiz um die Kampagne *santépsy.ch* (*salutepsi.ch*). Die Kampagnen wurden von Gesundheitsförderung Schweiz in Auftrag gegeben und von den Deutschschweizer Kantonen mit Pro Mente Sana bzw. den lateinischen Kantonen mit der Coraasp (Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique) umgesetzt.

Die Kampagnen werden in allen Kantonen umgesetzt. In Kantonen mit KAP zur Förderung der psychischen Gesundheit sind die Kampagnen im Aktionsprogramm integriert und somit beispielsweise durch Vernetzungsmassnahmen oder durch die Öffentlichkeitsarbeit mit anderen Massnahmen verknüpft.

In der Deutschschweiz wird die Kampagne «Wie geht's Dir?» und in der lateinischen Schweiz die Kampagne «santépsy.ch» eingesetzt, um die Bevölkerung zur psychischen Gesundheit zu sensibilisieren und zu informieren.

Die Kampagnen bestehen seit 2014 für die Deutschschweiz und seit 2018 für die Westschweiz. Beide Kampagnen haben seit ihrem Beginn stetig an Aufmerksamkeit gewonnen. 51% der Deutschschweizer Bevölkerung kennen *Wie geht's Dir* und 61% der Bevölkerung der lateinischen Schweiz kennen *santépsy.ch* (Gesundheitsförderung Schweiz, 2022). Die Evaluationen zeigten, dass mehr als 400 000 Menschen eine der jeweiligen Kampagnenwebseiten besuchten. Ausserdem stimmten 80% der Besuchenden der Aussage zu, dass die Kampagnen dazu anregen, über psychische Probleme zu reden (Endes, Kraft, Lehmann, Büchler & Manike, 2023; Ettlin & Geiger, 2023).

Vor über 20 Jahren entwickelte die Universität Nürnberg das auf mehreren Ebenen wirkende, auf Erfahrung gründende Programm *Bündnisse gegen Depression*, dessen Lizenz für die Schweiz übernommen und angepasst werden konnte (Schibli, Huber & Wyss, 2010). Der Kanton Zug trat als Pilotkanton auf. Acht Kantone setzten in der Folge Massnahmen im Kontext des Bündnisses gegen Depression um, welche auf die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe abzielen (ZG, AR, BE, GE, GR, LU, TG, BS). KAPs zur Förderung der psychischen Gesundheit, deren Anzahl ab 2017 stark zunahm, zielen nicht wie die Bündnisse auf die Prävention von Depressionen, sondern verfolgen einen gesundheitsförderlichen, transdiagnostischen Ansatz (bei vielen psychischen Erkrankungen wirksam).

Die Präventionsmassnahmen gegen Depression wurden deshalb zu Gunsten der Massnahmen zur Gesundheitsförderung aufgegeben bzw. in die Aktionsprogramme integriert. 2025 existiert nur noch das Berner Bündnis gegen Depression.

Kinder/Jugendliche¹

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird seit 2017 von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz mit KAPs gestärkt. Setzten 2017 noch 11 Kantone ein Aktionsprogramm zur Förderung der psychischen Gesundheit um, sind es im Jahr 2025 alle Kantone.

In den 26 Kantonen werden 661 Massnahmen² auf allen vier KAP-Ebenen (vgl. Abschnitt Arten von GF/P-Massnahmen) umgesetzt, die in den kantonalen Aktionsprogrammen gebündelt und koordiniert werden. Zusätzlich existieren in vielen Kantonen weitere Aktivitäten, die meist von Nichtregierungsorganisationen oder Fachverbänden ergänzend umgesetzt werden. An einem Beispiel guter Praxis wird im Folgenden die Verbreitung einer Massnahme zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen aufgezeigt.

MindMatters ist ein aus Australien stammendes, wissenschaftlich fundiertes Schulprojekt (Rowling & Mason, 2000; Franze & Paulus, 2009; Franze et al., 2007), welches als Ziel hat, die psychische Gesundheit umfassend an Schulen zu fördern. Neben Unterrichtsmaterialien werden Schulungsmaterialien für Mitarbeitende sowie Module für die gesamte Schule (wie beispielsweise zur Förderung eines wertschätzenden Schulklimas) zur Verfügung gestellt. Auch Evaluationsergebnisse aus der Schweiz aus deskriptiven quantitativen Erhebungen bei Schülerinnen und Schülern sowie Interviews mit Lehrpersonen und Projektumsetzenden zeigen, dass sozioemotionale Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern gefördert (zum Beispiel im Umgang mit Gefühlen, dem Stresserleben und psychischen Belastungen) und die sozialen Beziehungen aller in der Schule Beteiligten (beispielsweise fühlen sich Schülerinnen und Schüler wertgeschätzt und sicher) gestärkt werden. Das Projekt lässt sich in den Zyklen I, II und III sowie in Brückenangeboten anwenden, da es stufenspezifische Materialien zur Verfügung stellt. Die Begleitung der Schulen vor Ort sowie die Weiterbildung der Lehrpersonen sind weitere wichtige Erfolgsfaktoren des Projekts (Grünenfelder, Palanza & Zumbach, 2024).

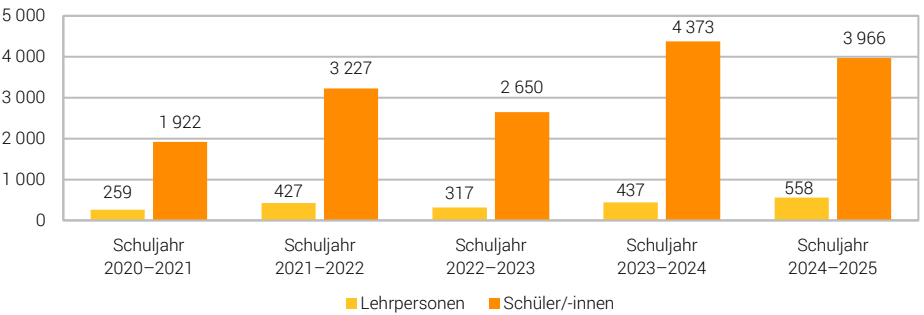
MindMatters ist aktuell in 12 Kantonen strukturell verankert (Schuljahr 2023/2024; z. B. indem es in das KAP eingebunden ist). Grafik G 10.5 zeigt, wie viele neuer Schulstandorte und Lehrpersonen für das Projekt pro Schuljahr gewonnen werden konnten.

¹ Eine Zusammenfassung zu den wissenschaftlichen Grundlagen zur Gesundheitsförderung bei Kindern finden sich in Amstad et al. (2022a) und bei Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen in Amstad et al. (2022b).

² Es gibt Kantone, die mehrere Massnahmen unter einer Oberkategorie zusammenfassen. Das bedeutet, dass diese Zahl eine Mindestanzahl darstellt, welche eher als Richtwert zu verstehen ist.

Bis im April 2025 konnten so in der Deutschschweiz 28 176 Schülerinnen und Schüler und geschätzte 5100 Schülerinnen und Schüler in der Romandie sowie 3800 Lehrpersonen an 236 Schulstandorten vom Projekt profitieren.

Jährliche (nicht-kumulierte) Zielgruppenerreichung von Mindmatters G10.5



Quelle: 2025 persönliche Korrespondenz, MindMatters, Radix © Obsan 2025

Erwachsene

Verschiedene Kantone setzen Massnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen um. Vor allem Eltern und betreuende Angehörige stehen hierbei im Fokus, da diese eine «Multiplikatorenrolle» in Bezug auf ihre Kinder bzw. ihre zu betreuenden Personen einnehmen. Davon verspricht man sich, dass die Stärkung der psychischen Gesundheit von Eltern bzw. betreuenden Angehörigen eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit ihrer anvertrauten Personen haben kann (Kessler & Boss, 2019). Aus diesem Grund sind Eltern sowie betreuende Angehörige als Zielgruppe in den KAPs eingeschlossen: Eltern in den Aktionsprogrammen der Kinder und Jugendlichen und betreuende Angehörige in den Programmen der älteren Menschen. Ein Beispiel guter Praxis, das in KAPs integriert ist, heisst AEMMA «Apprendre à être mieux pour mieux aider». Das in Kanada entwickelte und auf die Schweiz adaptierte Projekt AEMMA stellt in erster Linie eine psychoedukative Intervention dar. Betreuende Angehörige von demenzerkrankten Personen erlernen ein besseres eigenes Stressmanagement. Ausserdem können sie sich mit Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, austauschen. Teilnehmende empfanden nach dem Programm eine Verbesserung ihrer Belastungssituation, weniger Stress und eine höhere Selbstwirksamkeit (Pihet & Kipfer, 2018). Das Projekt erreichte bis Ende 2023 80 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie 162 pflegende und betreuende Angehörige. Es wird in sechs Kantonen (FR, GE, JU, NE, VD, VS) umgesetzt und ist in einem KAP integriert.

Erwachsene Personen zu erreichen ist eine Herausforderung, da die Lebenswelten je nach Lebensentwurf sehr unterschiedlich und schwer zu erschliessen sind. Am einfachsten zugänglich sind erwachsene Personen über Ihre Erwerbstätigkeit (vgl. hierzu Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit).

Seit 2025 haben 5 Kantone (BS, BL, SO, GE, TI) mit Pilotprogrammen zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen begonnen, die nicht über die Erwerbstätigkeit angesprochen werden. Beispielsweise fokussiert ein Programm auf die Förderung der psychischen Gesundheit von Armutsbetroffenen oder ein anderes stellt das Thema Einsamkeit in den Mittelpunkt. Die Pilotprogramme werden evaluiert, um Erkenntnisse darüber zu erlangen, ob und wie Erwachsene ausserhalb ihrer Erwerbstätigkeit oder Erziehungs- bzw. Betreuungsrolle angesprochen werden können. Die Herausforderung bei den Pilotprogrammen ist, Massnahmen auf allen Ebenen aufeinander abgestimmt zu lancieren, um den Erfolg zu stärken (Balthasar & Lussi, 2020). Isolierte Massnahmen der Öffentlichkeitsarbeit oder Vernetzung reichen für ein Programm nicht aus.

Eine schweizweit verbreitete Präventionsmassnahme mit dem Fokus auf Erwachsene sind die *Erste-Hilfe-Kurse für psychische Gesundheit (ensa)*, welche von der Stiftung Pro Mente Sana angeboten werden. *Ensa* ist ein im Jahr 2000 in Australien entwickeltes Programm, um Erste Hilfe zu leisten, wenn Personen aus dem eigenen Umfeld psychische Probleme oder Krisen durchleben. Die Ersthelferinnen und Ersthelfer unterstützen, bis professionelle Hilfe verfügbar ist. Im *ensa*-Kurs werden neben grundlegenden Themen, die es bei psychischen Problemen zu beachten gilt, vier häufige psychischen Erkrankungen in ihren Grundzügen kennengelernt (Depression, Angststörungen, Psychosen³ und Suchterkrankungen). Dies erhöht die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden. Eine in der Romandie durchgeführte wissenschaftliche Studie (mit Kontrollgruppe) konnte zeigen, dass die Teilnehmenden sechs und zwölf Monate nach dem Kurs mehr Wissen über psychische Erkrankungen aufwiesen und ein grösseres Selbstvertrauen hatten, anderen in psychischen Krisen zu helfen. Diese Effekte wurden sowohl in Bezug auf ihre Ausgangswerte wie auch im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nachgewiesen (Dzemaili, Pasquier, Oulevey Bachmann & Mohler-Kuo, 2023).

Erste-Hilfe-Kurse gibt es auch mit dem Fokus «Jugendliche» für Personen, die mit Jugendlichen arbeiten (z. B. Lehrpersonen oder Personen der Jugendarbeit), oder mit Fokus Führungspersonen, die den Kurs in Hinblick auf ihre Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitenden absolvieren. Im Jahr 2023 wurden über 9000 Ersthelferinnen und Ersthelfer ausgebildet (Pro Mente Sana, 2024).

³ Psychosen haben eine vergleichsweise geringe Prävalenz und gehören zu den eher seltenen Störungsbildern. Im Rahmen der Prävention stehen sie meist wegen des langfristigen Verlaufs und den grossen individuellen und gesellschaftlichen Folgen im Fokus.

Infobox: Fachkräfte im Bildungsbereich

Ange­si­chts der kom­ple­xen Wirk­zu­sam­men­hän­ge der Lehr­per­so­nen­ge­sun­de­heit und der Schü­ler­in­nen- und Schü­ler­ge­sun­de­heit er­schei­nen Ak­ti­vi­tä­ten zur För­der­ung der psy­chischen Ge­sun­de­heit im Bil­dungs­be­reich be­son­ders in­ter­es­san­t (Acher­mann Fawcett, Keller & Gabola, 2018).

Schule handelt ist ein Pro­jekt, bei dem es um die För­der­ung der psy­chischen Ge­sun­de­heit von Lehr­per­so­nen, Schulleitenden und weite­ren Mit­ar­bei­ten­den einer Schule geht. Es wird durch die Ge­sun­de­heits­stif­tung Radix in Zu­sam­men­ar­beit mit Pädagogischen Hochschulen in der ge­sam­ten Schweiz ver­brei­tet. Das Pro­jekt hilft Schulen, ihre Res­sur­cen und Be­las­tun­gen zu ana­ly­sieren, um ge­zielte Mass­nahmen um­set­zen zu könn­en. Ta­belle T10.1 zeigt die Ver­brei­tung von Schule handelt.

Schule handelt ist ausserdem in drei KAPs (GL, GR, SH) in­te­griert und somit mit an­de­ren Mass­nahmen ver­knüpft.

Verbreitung von *Schule handelt* seit 2015 (Stand 31. Dezember 2024) T 10.1

Umsetzung <i>Schule handelt</i>	Schulen	Lehrpersonen, Schulleitende	Schülerinnen und Schüler
D-CH	148	8 782	59 960
F-CH	29	3 411	24 597
I-CH	1	37	137
Total	188	12 230	84 694

Quelle: *Schule handelt* (Jahresbericht) © Obsan 2025

Ältere Personen ⁴

Zahlreiche Kantone setzen Aktionsprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen (d. h. ab 65 Jahre) um. Im Jahr 2017 waren es 11 Kantone, 2025 sind es 25 Kantone (Ausnahmen GL), die ein solches Programm umsetzen. In diesen Programmen werden 458 Massnahmen⁵ umgesetzt, welche auf allen vier Ebenen einzuordnen sind.

Am Beispiel des Projekts *Tavolata* wird die Verbreitung einer Intervention guter Praxis für die Förderung der sozialen Unterstützung und Teilhabe für und mit älteren Menschen aufgezeigt. Das Projekt stärkt mittels selbstorganisierter Tischgemeinschaften auch die Lebenskompetenzen der Teilnehmenden, insbesondere die kommunikative und soziale Kompetenz sowie die Emotionsregulation (Thorshaug, Rickenbacher & Fässler, 2023).

⁴ Eine Zusammenfassung der wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen findet sich in Weber (2022).
⁵ Diese Zahl ist ebenfalls als Richtwert zu verstehen (vgl. Fussnote 1).

Infobox: Fachkräfte im Pflegebereich

Sowohl der Bildungsbereich (siehe Infobox) wie auch die Pflege gehören zu den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Beide Branchen verzeichnen eine hohe psychische Belastung der Fachkräfte (Jacobs, Kuhlmeier, Gress, Klauber & Schwinger, 2019; Sandmeier, Mustafic & Krause, 2020). Gerade in der Langzeitpflege ist die psychische Gesundheit des Pflegepersonals beeinträchtigt (Maier, 2011).

Ein schweizweit verbreitetes Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Pflegenden ist «Job-Stress-Analysis», welches spezifisch auf den Langzeitpflegebereich ausgerichtet ist. Im Projekt werden, analog zu Schule handelt, Ressourcen, Belastungen sowie der Gesundheitszustand der Mitarbeitenden analysiert, um darauf aufbauend gezielte Massnahmen zur Gesundheitsförderung abzuleiten und umzusetzen. Viele Rahmenbedingungen im Bereich der Pflege sind von den jeweiligen Einrichtungen nicht beeinflussbar, sondern von aussen vorgegeben (z. B. von der Leistungsfinanzierung). Trotzdem gibt es Handlungsspielraum in den Bereichen Wertschätzung und Dienstplangestaltung oder im Umgang mit herausforderndem Verhalten von zu Pflegenden (Stocker, Jäggi, Künzi, Göbel & Zumstein, 2020). Das Projekt wurde bis 2025 in 69 Betrieben in allen Sprachregionen der Schweiz umgesetzt.

Tavolata wird in 25 Kantonen umgesetzt und ist in vier KAPs (BL, NW, OW, UR) integriert. Es fungiert als Netzwerk und organisiert verschiedene Informationsveranstaltungen und Austauschformate. Die Trägergemeinschaft unterhält eine Webseite, vermittelt interessierte Personen und bietet Unterstützung bei der Gründung neuer Tischgemeinschaften oder während schwieriger Gruppenprozesse. *Tavolata* ist in allen Sprachregionen verbreitet und zählte im Jahr 2023 263 Tischgemeinschaften mit jeweils vier bis acht Personen (Tavolata, 2025).

Personen in vulnerablen Lebenssituationen

Die psychische Gesundheit ist in der Schweiz ungleich verteilt. Personen in vulnerablen Lebenssituationen, wie beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, einem geringen Bildungsgrad oder zur Gruppe der LGBTI-Personen gehören, berichten von einer tieferen psychischen Gesundheit (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Selektive Präventionsaktivitäten sind also sinnvoll (siehe Abschnitt Definition Gesundheitsförderung und Prävention).

Mit dem Ziel, die Chancengleichheit zu fördern, werden in der Schweiz Projekte für und mit diesen Zielgruppen umgesetzt (für eine Übersicht, siehe Weber, 2020). In der Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen zählt die Erreichbarkeit

von sozial benachteiligten Zielgruppen zu den grössten Herausforderungen (Hurrelmann, Richter, Klotz & Stock, 2018). Die Ansprache, der Zugang und die Verständlichkeit von Botschaften sind nur einige Beispiele, die es bei der Erreichbarkeit von Zielgruppen zu beachten gilt. Beispielsweise erreichen Gesundheitsbotschaften für pflegende Angehörige nur diejenigen Personen, die sich auch als solche identifizieren bzw. fühlen. Gerade bei Young Carers ist dies oft nicht der Fall (Leu, Frech, Wepf, Sempik, Joseph, Helbling, et al., 2019). Aufsuchende Angebote sind eine gute Methode, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Zudem ist es schwierig zu überprüfen, wie hoch die Teilnahme bestimmter Personengruppen an bestimmten Aktivitäten ist, wenn Evaluationen mit expliziter Befragung der Zugehörigkeit zu einer der genannten Personengruppen fehlen (Thorshaug, Schwegler & Müller, 2021).

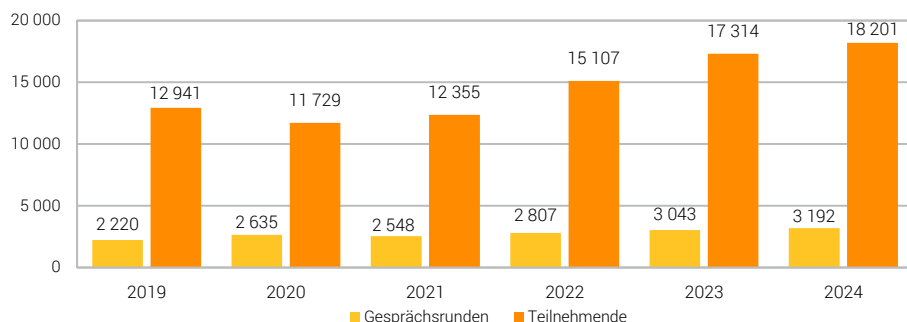
Die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Zielgruppen zählt zu den grössten Herausforderungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen.

Werden Projekte guter Praxis zur Förderung der psychischen Gesundheit analysiert (für eine Übersicht siehe Ackermann & Amstad et al., 2022), zeigt sich, dass viele Projekte Personengruppen ansprechen, die oft mehrere Vulnerabilitätsmerkmale aufweisen (siehe dazu auch Infobox: Intersektionalität). Aussagen über einzelne Personengruppen werden somit noch schwieriger.

Femmes-Tische (und seit 2014 auch Männertische) sind moderierte Gesprächsrunden in verschiedenen Sprachen, wobei die drei häufigsten Sprachen im Jahr 2023 Albanisch, Arabisch und Deutsch (für Fremdsprachige) waren. Das Projekt spricht Personen mit Migrationserfahrung an, die über herkömmliche Angebote kaum erreicht werden. Es agiert als Peer-to-Peer-Angebot, indem die Teilnehmenden in kleinen Runden Fragen zu Familie, Gesundheit und Integration diskutieren. Eine Übersicht über die beliebtesten Themen im Jahr 2024 zeigt, dass das Thema «Psychische Gesundheit» an dritter Stelle steht nach den Themen «Gesund sein – gesund bleiben» und «Medienkompetenz». Die Geschäftsstelle von *Femmes-Tische/Männer-Tische* schafft mit der nationalen Koordination wichtige Rahmenbedingungen für die Arbeiten der kantonalen sowie kommunalen Standorte. Dabei sichert sie die Qualität, unterstützt die Multiplikation in den Regionen, leistet wichtige Vernetzungs- sowie Öffentlichkeitsarbeit und verantwortet die qualitative Weiterentwicklung des Angebots. Teilnehmende (und Moderierende) berichten über einen Wissenszuwachs, ein verstärktes Verantwortungsbewusstsein, eine positivere Einstellung sowie Verhaltensänderungen, Empowerment, soziale Teilhabe und eine psychische Entlastung der Teilnehmenden. Die Evaluation sieht zentrale Erfolgsfaktoren im niederschweligen Zugang, den Diskussionsrunden in der Herkunftssprache,

Anzahl Gesprächsrunden und Teilnehmende von, Femmes-Tische/Männer-Tische, über fünf Jahre

G10.6



Quelle: Jahresbericht Femmes-Tische (2023)

© Obsan 2025

der Berücksichtigung des spezifischen Rollenverständnisses (Gender-Ansatz) sowie der bedürfnisgerechten Wissensvermittlung und dem partizipativen Ansatz des Angebots (Schuway, Müller de Menezes & Chiapparini, 2021).

Grafik G 10.6 zeigt die Anzahl Gesprächsrunden. Im Jahr 2024 fanden 3192 Gesprächsrunden mit über 18 000 Teilnehmenden statt, geleitet von 371 Moderierenden. *Femmes-Tische/Männer-Tische* ist in 21 Kantonen verbreitet und in 17 KAPs verankert.

PAT – mit Eltern lernen ist ein evidenzbasiertes Projekt, das sich um psychosozial belastete Familien kümmert (beispielsweise durch Arbeitslosigkeit oder aufgrund einer Suchtproblematik). Mit diesem aufsuchenden Elternbildungsprogramm werden Familien ab der Geburt eines Kindes während drei Jahren durch ausgebildete Mütter-/Väter-Beratende unterstützt. So werden die Erziehungskompetenzen gestärkt, eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind(ern) gefördert, das Wissen über die frühkindliche Entwicklung verbessert und Entwicklungsverzögerungen und/oder Gesundheitsprobleme früh erkannt. Ausserdem wird die Familie mit ihrem Umfeld besser vernetzt, die Lebensumstände und Gesundheit der ganzen Familie werden verbessert und sie wird auf den Kindergarten vorbereitet. Ergebnisse aus der Begleitforschung haben gezeigt, dass Kinder aus der Interventionsgruppe signifikante Entwicklungsvorteile gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe aufwiesen (Neuhauser et al., 2018; Jungmann et al., 2017). Konkret zeigte sich dies u. a. in einem grösseren Wortschatz, weniger ängstlichem Verhalten und einer besseren Impulskontrolle. Die Effekte des Projekts liessen sich nicht nur bei den Kindern feststellen, sondern auch in Bezug auf das Verhalten der Mütter (z. B. feinfühligeres Verhalten) oder durch die Integration der unterstützten Familien in ihr Quartier bzw. in die Gemeinde. Das Projekt ist in acht Kantonen verbreitet (BS, GR, LU, SG, TG, TI, ZG, ZH) und in sechs KAPs integriert und somit mit anderen Massnahmen verknüpft.

Das Projekt *AltuM* (Alter und Migration) unterstützt ältere Migrantinnen und Migranten sowie ihre Angehörigen mit gezielten, gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten. Eine Evaluation zeigte mit Interviews, dass das Projekt das Wissen der Teilnehmenden über verschiedene Themen des Alterns verbessert sowie das Zugehörigkeitsgefühl, die Selbstständigkeit und die Gesundheit der Teilnehmenden fördert (Thorshaug, Stamm, Martin & Müller, 2021). Eine besondere Stärke des Projekts ist, dass die Teilnehmenden in der Entwicklung der Angebote aktiv einbezogen und regionale sowie lokale Angebote mit dem Projekt programmhaft verbunden werden. So können *AltuM*-Standorte auch Projekte wie Erzählcafés umsetzen, die für die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter empfohlen werden (Ackermann & Amstad, 2022). Weitere Erfolgsfaktoren sind die transkulturelle Kompetenz der Programmmitarbeitenden sowie der niederschwellige Ansatz. *AltuM* ist in sechs Kantonen verbreitet (AG, BS, BL, VD, GE, ZH) und in vier KAPs integriert.

Infobox: Intersektionalität (Weber, 2020)

Verschiedene Benachteiligungen stehen in theoretischen Modellen und Berichten zum Gesundheitszustand von Personengruppen jeweils nebeneinander und lassen sich somit gut voneinander unterscheiden. In der Realität überschneiden sich diese Benachteiligungen jedoch häufig. Verschiedene Ungleichheitsmerkmale beeinflussen sich gegenseitig. In der Regel verschärfen die Merkmale die gesellschaftliche Benachteiligung. Ein häufig zitiertes Bild ist eine schwarze Frau, die gleichzeitig von Rassismus und Sexismus betroffen ist.

Die Intersektionalität zeigt auf, dass sich Ungleichheitsmerkmale kumulieren und in ihrem Gesamtbild zu betrachten sind. Ein Ungleichheitsmerkmal zieht in der Regel andere nach sich: Zum Beispiel führt eine tiefe Bildung normalerweise zu tiefem Einkommen, was wiederum eher in einer ungünstigen Wohnsituation resultiert.

Das Thema der Chancengleichheit in der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen stellt eine grosse Herausforderung dar, die durch das Phänomen der Intersektionalität noch verschärft wird.

Prävention in der Gesundheitsversorgung

Die Prävention in der Gesundheitsversorgung kann auch als selektive und nicht nur als indizierte Prävention angeschaut werden. Personen, welche über die Gesundheitsversorgung erreicht werden, können auch in Bezug auf (noch) nicht vorhandene Krankheiten präventiv angesprochen werden. Beispielsweise könnten Menschen mit Diabetes über die Gesundheitsversorgung an Interventionen teilnehmen, die einer Depression vorbeugen. In der Schweiz wird dieses Setting der Prävention in der Versorgung auf nationaler Ebene seit 2017 bewirtschaftet. Gesundheitsförderung Schweiz unterstützte seit 2019 76 Projekte. Über die Hälfte dieser Projekte konzentrieren sich auf die Vorbeugung psychischer (Wieder-)Erkrankungen. Bei wenigen der geförderten Projekte liegt bereits eine Evaluation vor, die, wenn sie vorliegt, ein Potenzial der Vorbeugung aufzeigt (z. B. Rhiner, Schwarz & Halbright, 2023). Ein zentrales Anliegen der Prävention in der Gesundheitsversorgung ist ausserdem, die Diskontinuität zwischen der somatischen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu beheben. Fachleute arbeiten gezielt darauf hin, dass die Vernetzung zwischen den (oft getrennt organisierten) Versorgungsbereichen besser funktioniert.

10.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention von psychischen Erkrankungen sind wichtige Bausteine im Gesundheitsgeschehen in der Schweiz. Obwohl viele Projekte (noch) nicht über eine systematische Evaluation verfügen, zeigen die Evaluationsergebnisse der dargestellten Projekte ein grosses Potenzial: Personale und soziale Ressourcen sind in Bezug auf die psychische Gesundheit zentral. Daher ist deren Aufbau als Ziel gesundheitsfördernder und präventiver Massnahmen sinnvoll.

Obwohl viele Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte (noch) nicht über eine systematische Evaluation verfügen, zeigen Evaluationsergebnisse von Projekten guter Praxis ein grosses Potenzial in Bezug auf Stärkung der psychischen Gesundheit.

Es ergeben sich jedoch verschiedene Herausforderungen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen in der Schweiz, denen es zu begegnen gilt (G10.7):

1. Chancengleichheit fördern

Die Chancen auf eine gute psychische Gesundheit sind auch in der Schweiz ungleich verteilt. Interventionen für Personengruppen mit einzelnen oder mehreren Vulnerabilitätsmerkmalen (Intersektionalität) sind deshalb wichtig, um das erhöhte Risiko einer beeinträchtigten Gesundheit zu minimieren. Umgekehrt sollten Personen mit spezifischen Vulnerabilitätsmerkmalen in Projekten automatisch mitberücksichtigt werden (Mainstreaming). Personen mit Vulnerabilitätsmerkmalen zu erreichen, ist stets eine besondere Herausforderung. Eine gute Möglichkeit, um den Zugang zu diesen Zielgruppen zu finden, sind aufsuchende Angebote. Ebenfalls wesentlich ist eine verstärkte Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur/-innen im Gesundheits- und Sozialbereich (Weber, 2020). Diese Erfolgs- und Qualitätskriterien benötigen finanzielle und strukturelle Ressourcen.

2. Flächendeckende Verbreitung in der Schweiz anstreben

Erfreulicherweise sind die kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit fast über die gesamte Schweiz verbreitet. Jedoch bedeutet dies nicht, dass in den Kantonen die Interventionen flächendeckend umgesetzt werden. Dies zeigt sich an den Verbreitungszahlen der konkreten Projekte. Auch vor dem Hintergrund der Chancengleichheit ist es wichtig, dass die wirkungsvollen Massnahmen in der gesamten Schweiz umgesetzt werden. Die föderalen Strukturen der Schweiz stellen hier erschwerte Rahmenbedingungen dar. Diese gilt es durch verstärkte Überzeugungsarbeit und Anpassungen an sprachregionale sowie bisweilen lokale Gegebenheiten zu unterstützen. Diese zusätzlichen Aufgaben der Projekttragenden sollten anerkannt und finanziert werden.

3. Finanzielle Verankerung der Angebote in die Regelstrukturen vorantreiben

In der Schweiz werden wirksame Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit umgesetzt (siehe Beispiele guter Praxis). Die Finanzierung ist jedoch häufig nicht längerfristig gesichert. Den Angeboten fehlt häufig die nachhaltige Verankerung in den Regelstrukturen (z. B. in der Verankerung im ordentlichen Budget), was die Finanzierung sowie Vernetzung erleichtern würde. Das Fehlen der gesetzlichen Grundlage sowie die föderale Struktur der Gesundheitsverantwortung erschwert die nationale Koordination sowie Verankerung zusätzlich. Projekte sind deshalb häufig mit der Finanzierungssuche beschäftigt, obwohl ein Fokus auf die Verbreitung und Qualitätssicherung der Massnahmen wichtig wäre. Die Integration von einzelnen Massnahmen und Interventionen in kantonale Aktionsprogramme ist wichtig, da dies die programmhafte Abstimmung mit anderen Massnahmen sichert und damit die Effektivität erhöht. Finanziell ist damit jedoch lediglich eine Teilfinanzierung gesichert. Im erfolgreichen Fall einer starken Verbreitung reicht das Geld nicht für die breitere Umsetzung und bremst so die Multiplikation. Längerfristig fehlt das Geld für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung.

4. Multisektorale Verantwortung wahrnehmen

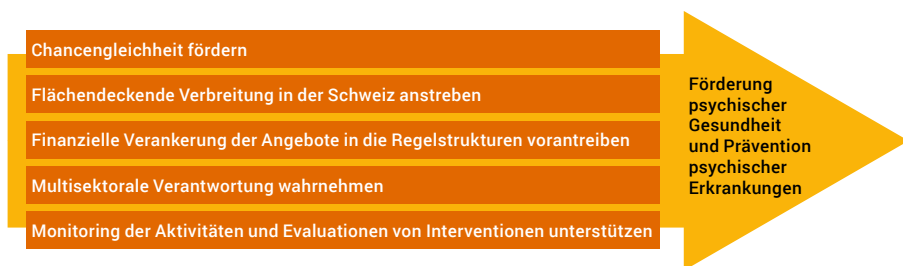
Einerseits werden Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in unterschiedlichsten Settings umgesetzt, wie z. B. im Bildungsbereich, im Gesundheitsbereich oder auch im Bereich der Sicherheit und im Sozialwesen. Andererseits wirken Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit auch in anderen Gebieten, wie zum Beispiel in der Gewaltprävention. Die Überschneidungen sollen eine Chance für Interventionen darstellen. Gleichzeitig birgt dies die Gefahr, dass sich auf Behördenebene niemand verantwortlich fühlt. Dies erschwert es wiederum, Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit zu verankern. Die gemeinsame Fokussierung auf wirksame Massnahmen und die multisektorale Finanzierung durch verschiedene Behörden sollte deshalb angestrebt werden.

5. Monitoring der Aktivitäten und Evaluationen von Interventionen unterstützen

In der Schweiz werden nicht alle gesundheitsförderlichen Aktivitäten systematisch erhoben und evaluiert. Informationen über GF/P-Aktivitäten in der Schweiz (z. B. über die Verbreitung) werden über einzelne Projekte oder auf einer übergeordneten Ebene der Programme (KAP) gesammelt. Projekte, die als Beispiele guter Praxis beschrieben sind, zeigen vielversprechende Ergebnisse. Das Fehlen eines systematischen Überblicks bedeutet, dass fundierte Aussagen über die genaue Verbreitung aller gesundheitsförderlichen Massnahmen in der Schweiz bis jetzt nicht gemacht werden können. In der ganzen Schweiz werden Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit umgesetzt. Wo wie viele Personen damit erreicht werden, ist jedoch nicht bekannt. Systematische Daten würden differenziertere Aussagen über den Bedarf erlauben. Hochwertige Evaluationen können Aussagen über die Wirkungsweise von Interventionen machen. Jedoch befindet sich die Zahl der Projekte mit einer Evaluation noch in der Minderheit.

Empfehlungen zur verstärkten Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention psychischer Erkrankungen in der Schweiz

G10.7



© Obsan 2025

10.4 Literaturverzeichnis

- Achermann Fawcett, E., Keller, R. & Gabola, P. (2018). *Bedeutung der Gesundheit von Schulleitenden und Lehrpersonen für die Gesundheit und den Bildungserfolg von Schülerinnen und Schülern*. Wissenschaftlich Grundlagen für das Argumentarium «Gesundheit stärkt Bildung». Allianz Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule.
- Ackermann, G. & Amstad, F.T. et al. (2022). *Orientierungsliste KAP 2022*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F.T. et al. (2022a). *Gesundheitsförderung für und mit Kindern – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis. Grundlagenbericht 8*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F.T. et al. (2022b). *Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und junge Erwachsene – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis. Grundlagenbericht 8*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F.T., Kucarroz, L., Dobler, S. & Mullis, S. (2020). Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Bern: Hogrefe.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. (Obsan Dossier 27). Neuenburg.
- BAG (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) & Gesundheitsförderung Schweiz (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) & Gesundheitsförderung Schweiz (2024). *Massnahmenplan 2025–2028 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Balthasar, A. & Lussi, I. (2020). Erfolgsfaktoren für kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht zuhanden der Arbeitsgruppe «Massnahmenbereich 1» der NCD-Strategie, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Bize, R., Stadelmann, S., Debons, J., Amiguet, M., Vujovic, K. & Lucia, S. (2020). Evaluation des Programms «Sortir Ensemble et Se Respecter» und «Herzsprung – Freundschaft, Liebe und Sexualität ohne Gewalt»: das Wichtigste in Kürze. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020 (Raisons de Santé: Les Essentiels 18b) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/18b>
- Blaser, M. & Amstad, F.T. (Hrsg.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6*, Bern und Lausanne.
- Bouccard, C., Blair, S.N., & Haskell, W.L. (2012). *Physical activity and health*. Human Kinetics.
- Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S. & Simonsmeier, B.A. (2021). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals: a meta-analytic review. *Health psychology Review*, 15, 574–592.
- Dodge, K. (2019). Annual Research Review: Universal and targeted strategies for assigning interventions to achieve population impact. *The Journal of child psychology and psychiatry*, 61, 255–267.
- Dzemali, S.; Pasquier, J.; Oulevey Bachmann, A.; Mohler-Kuo, M. (2023). The Effectiveness of Mental Health First Aid Training among Undergraduate Students in Switzerland: A Randomized Control Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1303.
- Endes, S., Kraft, E., Lehmann J., Büchler, S. & Manike, K. (2023). Evaluation der Kampagne «Wie geht's dir?» 2018–2022. *Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Ecoplan.
- Elkeles, T., Kilian, H., von Rüden, U. & Ackermann, G. (2021). Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i141-2.0>
- Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen*. Grundlagenpapier Arbeitspapier 49. Bern und Lausanne : Gesundheitsförderung Schweiz.

- Etlin, R. & Geiger, L. (2023). *Évaluation de la campagne de santé psychique en Suisse latine. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Lausanne: social design.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Femmes-Tische (2025). Jahres- und Wirkungsbericht 2024.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). MindMatters. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 221–227.
- Franze, M., & Paulus, P. (2009). MindMatters – a programme for the promotion of mental health in primary and secondary schools: Results of an evaluation of the German language adaptation. *Health Education*, 109(4), 369–379.
- Fu, X. L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Wu, H., Du, L., Chen, H. L., & Shi, Y. Q. (2023). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D.H., Correll, C.U., Kessing, L. V. et al. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Qualitätskriterien für Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Übersicht über die Kriterien und Anwendungsmöglichkeiten auf quint-essen.ch. Arbeitspapier 44*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Grünenfelder, R., Palanza, A., & Zumbach, D. (2024). *Evaluation MindMatters. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich: Grünenfelder Zumbach GmbH – Sozialforschung und Beratung
- Guggenbühl, L. (2017). Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren. Einblicke in die Arbeitsweise des Wirkungsmanagements von Gesundheitsförderung Schweiz sowie in die Ergebnisse der Gesundheitsförderungskonferenz 2017 zum Thema «Gesundheitsförderung wirkt!», Arbeitspapier 42. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Hadorn, S., Stauffer, B., Birboutsakis, J., Ruedin, B., & Hediger, M. (2023). *Evaluation des Netzwerks Psychische Gesundheit NPG*. Kompetenzzentrum für public management der Universität Bern.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212.
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Gress, S., Klauber, J & Schwinger, A. (2019). *Pflege-Report 2019*. Berlin: Springer.
- Jungmann, T., Sierau, S., Dähne, V., Serbati, S., Dugravier, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Nursing and Health Sciences*, 3(3).
- Kessler, C. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung: Erfahrungen aus der Praxis und Perspektiven, Stand 2021*. Arbeitspapier 56. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kessler, C. & Boss, V. (2019). Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen. Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In: K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L. et al. (2019). Counting young carers in Switzerland – a study of prevalence. *Children & Society*, 33, 53–67.
- Liu, M., Wu L. & Ming, Q. (2015). How does physical activity intervention improve self-esteem and self-concept in children. And adolescents? Evidence from a meta-analysis. *PLoS ONE*, 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134804>
- Maier, M. (2011). Psychische Belastung des Personals in Institutionen der Langzeitpflege. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 223–228.
- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., & de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357–372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>

- Meyer, T. (2018). Evidenzbasierte Entscheidungen. In: C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Neuhauser, A., Ramseier, E., Schaub, S., Burkhardt, A., & Lanfranchi, A. (2018). Mediating Role of Maternal Sensitivity: Enhancing Language Development in At-Risk Families. *Infant Mental Health Journal*, 39(5):522–536.
- Pihet, S. & Kipfer, S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*, 18, 209–222.
- Pro Mente Sana (2024). Jahresbericht 2023. *Aktiv für die psychische Gesundheit: Fokussierung auf unsere Angebote*.
- Pucci-Meier, L, Steiner S. & Amstad, F.T. (2022). Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz: Handlungsfelder. In: Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Prävention von chronischen Krankheiten: Strategien und Beispiele aus der Schweiz*. Bern: Hogrefe.
- Resmark, G. & Zipfel, S. (2018). Prävention von Anorexia nervosa. In: K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Richardson R, Dale HE, Robertson L, Meader N, Wellby G, McMillan D, & Churchill R. (2023). Mental Health First Aid as a tool for improving mental health and well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD013127. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013127.pub2>
- Riedel-Heller, S.G., Reininghaus, U. & Schomerus, G. (2023). Public mental health: Kernstück oder Stiefkind von Public Health? *Bundesgesundheitsblatt*, 66, 356–362.
- Rhiner, F., Schwarz, C. & halbright, R. (2023). Evaluationsbericht «Brückenbauer:innen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten». Thalwil: NCBI Schweiz.
- Rolling, L. & Mason, J. (2006). A Case Study of Multimethod Evaluation of Complex School Mental Health Promotion and Prevention: The MindMatters Evaluation Suite. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 15, 125–136.
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D.H., Correll, C.U., Kessing, L.V., Pfennig, A. et al. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 41, 28–39.
- Sandmeier, A., Mustafic, M., & Krause, A. (2020). 14 Gesundheit und Selbstregulation in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung. *Handbuch Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 123.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. *Zeitschrift für Pädagogik*. 44, 28–53.
- Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022a). Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit. In: F.T. Amstad et al., *Gesundheitsförderung für und mit Kindern. Grundlagenbericht 8*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022b). Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit. In: F.T. Amstad et al., *Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Grundlagenbericht 9*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Schuwey, C., Müller de Menezes, R. & Chiapparini, E. (2021). *Evaluation Femmes-Tische und Männer-Tische. Schlussbericht zuhnden von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Berner Fachhochschule, Departement Soziale Arbeit.
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M., ... & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health psychology*, 35(11), 1178.
- Sofi, F., Cesar, F., Abbate, R. et al. (2008). Adherence to mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 337.
- Stocker, D., Jäggi, J., Küenzi, K., Goebel, S. & Zumstein, N. (2020). *Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – FWS Job-Stress-Analysis: Praxisbeispiel für Alters- und Pflegeheime. Faktenblatt 46*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Süß, W., & Trojan, A. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien*, 6, 405–418.
- Szczuka, Z., Banik, A., Abraham, C., Kulis, E., & Luszczynska, A. (2020). Associations between self-efficacy and sedentary behaviour: a meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(3), 271–289. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1784419>
- Tavolata (2025). Jahresbericht 2024. *Füreinander kochen, miteinander essen und genießen*.
- Thorshaug, K., Rickenbacher, J. & Fässler, S. (2023). Evaluation «Tavolata». Bericht zuhnden Gesundheitsförderung Schweiz. Interface Politikstudien Forschung Beratung.

- Thorshaug, K., Schwegler, C. & Müller, F. (2021). *Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status? Methodische Ansätze zur Evaluation der Zielgruppenerreichung*. Luzern: interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Thorshaug, K., Stamm, M., Martin, J. & Müller, F. (2021). Evaluation von HEKS Alter und Migration (AltuM). Schlussbericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Trageser, J., Fries, S., Wick, A. & Stokar, T. (2023). Nationale Evaluation der kantonalen Aktionsprogramme für die Jahre 2021–2024. Zwischenbilanz. Zwischenbericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz. Zürich.
- Trageser, J., Petry, C., von Stokar, Th., & Reisch, T. (2021). *Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention. Schlussbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Walter, E., Duetz Schmucki, M., Bürli, C., Amstad, F., Haas, A. Schibli, D. & Kaufmann, M. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 85, 101998.
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz : Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht 10*. Bern : GFCH, BAG, GDK.
- Weber, D. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis. Grundlagenbericht 10*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17, 110–119.
- WHO (1997). Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63552>
- WHO (2014). *Preventing suicide – A global imperative*. World health Organization WHO.

11 Die Versorgung psychisch erkrankter Personen



Alexandre Tuch & Reto Jörg
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Kernaussagen

- Regionale Unterschiede bei den psychiatrischen Versorgungsstrukturen: Während in der lateinischen Schweiz die ambulante und intermediäre Versorgung (z. B. Praxen, Ambulatorien und Tageskliniken) tendenziell stärker vertreten ist, überwiegt in der Deutschschweiz das stationäre Angebot (z. B. Kliniken und psychiatrische Abteilungen in Akutspitälern).
- Die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen ist in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.
- In der Schweiz gibt es jährlich rund 18 000 fürsorgerische Unterbringungen, Tendenz steigend. Besonders häufig werden weibliche Teenager zwischen 15 und 19 Jahren, junge Männer zwischen 18 und 31 Jahren sowie ältere Menschen ab 80 Jahren gegen ihren Willen in eine stationäre Einrichtung eingewiesen.
- Bei etwa 9% der Hospitalisierungen in psychiatrischen Einrichtungen werden freiheitsbeschränkende Massnahmen wie Zwangsmedikation und Fixierung eingesetzt.
- Die Leistungserbringer beobachten einen Fachkräftemangel sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dies gilt trotz einer Zunahme der Vollzeitäquivalente von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychologinnen und Psychologen in Spitälern und Praxen zwischen 2015 und 2023. Angesichts der ebenfalls gestiegenen Inanspruchnahme bleibt jedoch offen, ob die vorhandenen Personalressourcen ausreichen, um den Bedarf in allen Bereichen zu decken.
- Über 93% der Bevölkerung können Angebote der psychiatrischen Grundversorgung (z. B. Kliniken und Spitäler mit Aufnahmepflicht) innerhalb von 30 Minuten erreichen. In peripheren ländlichen Regionen sind jedoch Erreichbarkeit und Versorgungsdichte (Anzahl Psychiater/-innen und Psychologen/-innen pro Kopf) deutlich schlechter als in städtischen Gebieten.
- Die Versorgungsqualität wird aktuell als hoch eingeschätzt. Aufgrund des von den Leistungserbringer wahrgenommenen Fachkräftemangels und der steigenden Inanspruchnahme besteht jedoch das Risiko einer zukünftigen Verschlechterung.

11.1 Einleitung

Das vorliegende Kapitel soll einen Überblick geben, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz behandelt werden und welchen Zugang sie zu den Angeboten haben. Folgende zentrale Leitfragen sollen beantwortet werden, um ein Fazit zur aktuellen Lage in der Schweiz zu ziehen:

- **Struktur und Organisation der psychiatrischen Versorgung:** Wie ist die psychiatrische Versorgung in der Schweiz strukturiert und welche Unterschiede bestehen zwischen den Kantonen/Regionen?
- **Bedarfsgerechte Versorgung:** Ist die psychiatrische Versorgung in der Schweiz angemessen auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet? Gibt es genügend Angebotsstrukturen mit den entsprechenden Fachkräften, um den Bedarf zu decken, und ist deren Finanzierung angemessen?
- **Zugang zu und Verfügbarkeit von psychiatrischen Angeboten:** Sind die Angebote der psychiatrischen Versorgung für alle zugänglich? Gibt es regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit psychiatrischer Angebote?
- **Qualität und Standards der psychiatrischen Versorgung:** Wie hoch wird die Qualität der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz eingestuft?
- **Aktuelle und zukünftige Herausforderungen:** Vor welchen Herausforderungen steht die psychiatrische Versorgung in der Schweiz, z. B. in Bezug auf Fachkräftemangel und steigende Inanspruchnahme? Welche Möglichkeiten gibt es, diesen Herausforderungen in Zukunft zu begegnen?

Um diese Fragen zu beantworten, werden verschiedene Datenquellen herangezogen und spezifische Auswertungen vorgenommen. Eine Übersicht über die verwendeten Datenquellen ist im Kasten «Datengrundlagen» am Ende des Kapitels zu finden. Eine ausführliche Beschreibung der methodischen Vorgehensweise ist in einem separaten Begleitdokument enthalten.¹

11.2 Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfasst unterschiedliche Strukturen. Dazu gehören zunächst psychiatrische und psychologische Angebotsstrukturen, die auf die medizinisch-therapeutische Behandlung psychischer Störungen ausgerichtet sind (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien und Tageskliniken, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychotherapeutisch tätige Psychologinnen und Psychologen). Ergänzt werden diese Strukturen durch:

¹ Siehe: https://www.gesundheitsbericht2025.ch/docs/NGB_Begleitdokument.pdf

- spezielle Wohnformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (betreute Wohnplätze, Wohnheime und heimähnliche Einrichtungen)
- Angebote zur beruflichen und sozialen Integration, dazu gehören u. a. Werkstätten, Arbeitsintegrationsprogramme, Tagesstätten (siehe dazu auch Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit)
- weitere Angebote, die nicht der «klassischen» Gesundheitsversorgung zuzuordnen sind (siehe dazu Kasten «Weitere Angebote»)

Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf die psychiatrischen und psychologischen Angebotsstrukturen und somit (vor allem) auf Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden. Angebote zur Förderung der sozialen und beruflichen Integration sind zwar ein wichtiger Bestandteil der Versorgung psychisch kranker Menschen, werden aber im Rahmen dieses Kapitels nicht behandelt.

Das psychiatrisch-psychologische Versorgungsangebot lässt sich grob in drei Strukturen unterteilen:

Die **stationären Strukturen** umfassen das medizinisch-therapeutische Angebot in psychiatrischen Kliniken, Akutspitälern und sozialmedizinischen Institutionen. Im Bereich der sozialmedizinischen Institutionen sind für die Psychiatrie insbesondere die Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen und die stationären Angebote im Suchtbereich relevant (vgl. Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK), n. d.). Aufgrund der lückenhaften Datenlage zu diesen spezialisierten Institutionen wird im weiteren Verlauf des Kapitels nicht mehr auf den sozialmedizinischen Bereich eingegangen.

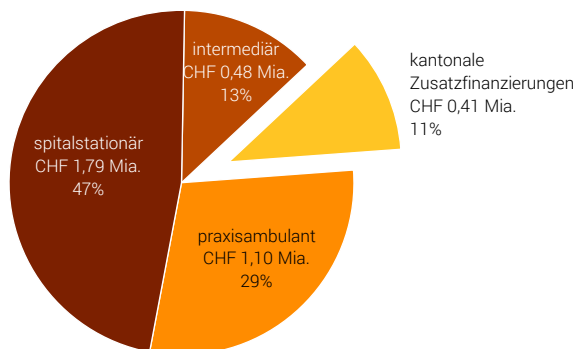
Die **praxisambulanten Strukturen** umfassen Sprechstunden bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung, niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die **intermediären Strukturen** umfassen Angebote, die zwischen den ambulanten Sprechstunden und den stationären Versorgungsstrukturen angesiedelt sind. Dazu gehören Ambulatorien, Tageskliniken sowie aufsuchende Angebote wie Home Treatment und mobile Dienste. Diese Angebote sind häufig in Spitälern und Kliniken verankert und werden als «spitalambulante Leistungen» ausgewiesen (siehe auch BAG, 2016).

In der Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Personen wird unterschieden zwischen stationären (v. a. psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinspitälern), praxisambulanten (v. a. niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychotherapeutisch tätige Psychologinnen und Psychologen) sowie intermediären Strukturen (v. a. Ambulatorien, Tageskliniken und mobile Dienste).

Leistungsvolumen nach Angebotsstruktur, 2021

G11.1



Anmerkung: Die Grafik wurde dem Obsan-Bulletin 03/2024 entnommen. Detaillierte Informationen zur Datengrundlage finden sich dort (vgl. Tuch et al., 2024).

Quellen: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool; BFS – KS / Auswertung Obsan, Datenstand: 16.8.2023

© Obsan 2025

Um einen Eindruck der Grössenverhältnisse zu erhalten, zeigt Grafik G11.1 die relativen Anteile des Leistungsvolumens für die psychiatrischen Angebotsstrukturen, also wieviel Geld dafür ausgegeben wurde. Als Messgrösse wird das über die OKP und die Kantone finanzierte Leistungsvolumen in Schweizer Franken bzw. in Prozent verwendet. Der grösste Anteil entfällt auf den spitalstationären Bereich mit 1,79 Milliarden Franken im Jahr 2021, was 47% des Gesamtvolumens entspricht. Das Leistungsvolumen im praxisambulanten Bereich beläuft sich auf 1,10 Milliarden Franken bzw. 29%. Schliesslich entfallen 13% auf Leistungen im intermediären Bereich und 11% auf Leistungen, die über kantonale Zusatzfinanzierungen getragen werden. Dazu gehören v. a. so genannte gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL).

GWL sind vom Kanton finanzierte Leistungen, die von der OKP nicht oder nur ungenügend abgedeckt werden. In der Psychiatrie betrifft dies insbesondere die intermediären Strukturen (vgl. dazu Müller et al., 2019), da diese Angebote über die ambulanten Tarife oft nicht kostendeckend betrieben werden können. Die kantonale Unterstützung durch GWL ist zeitlich befristet und von politischen Entscheidungen abhängig. Die dauerhafte Aufrechterhaltung GWL-geförderter Angebote ist daher entsprechend herausfordernd. Eine nachhaltige Finanzierung ist für intermediäre Angebote umso wichtiger, als in diesen Strukturen häufig Menschen behandelt werden, die oft gleichzeitig von psychischen und sozialen Problemen betroffen und daher auf eine stabile Tagesstruktur angewiesen sind (BAG, 2016; siehe auch Kapitel 12 Kosten und Finanzierung).

Die Organisation der Versorgung kann von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich sein. Die regionalen Unterschiede werden im Abschnitt Versorgungsstrukturen (Versorgungsmix) näher beschrieben.

Weitere Angebote

Neben den im Text beschriebenen Strukturen gibt es auch wichtige Angebote, die nicht der klassischen Gesundheitsversorgung zuzuordnen sind. Dazu gehören beispielsweise schulpsychologische Dienste und niedrigschwellige Angebote wie die Telefonseelsorge.

Schulpsychologische Dienste bieten Unterstützung und Beratung für Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrer bei psychischen und sozialen Problemen, die das schulische Umfeld betreffen; psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen finden in diesem Rahmen jedoch nicht statt. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der frühzeitigen Erkennung und Intervention bei psychischen Gesundheitsproblemen und tragen zur Förderung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit von Schülerinnen und Schülern bei. Die Datenlage zu schulpsychologischen Diensten ist jedoch oft begrenzt, da diese Angebote nicht flächendeckend standardisiert und dokumentiert sind.

Niedrigschwellige Angebote wie die Telefonseelsorge bieten unkomplizierten und anonymen Zugang zu Unterstützung in Krisensituationen. Sie sind eine wichtige Anlaufstelle für Menschen in akuten psychischen Notlagen und können rund um die Uhr in Anspruch genommen werden. Diese Dienste sind oft auf Spenden und ehrenamtliche Mitarbeit angewiesen, was die systematische Erfassung und Analyse ihrer Inanspruchnahme erschwert. Aufgrund der schwierigen Datenlage in diesen Bereichen wird auf diese Angebote im weiteren Verlauf des Kapitels nicht näher eingegangen. Es gilt darauf hinzuweisen, dass auch Angehörige von Personen mit psychischen Beschwerden einen wichtigen Beitrag zur Versorgung leisten (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung).

11.3 Inanspruchnahme

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) waren 7,8% der Schweizer Wohnbevölkerung im Jahr 2022 in den 12 Monaten vor der Befragung wegen psychischer Probleme in Behandlung, Frauen häufiger als Männer (9,5% vs. 6,0%). In den Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen, der 35- bis 49-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen ist der Anteil der Personen, die sich in Behandlung befinden, ähnlich hoch (9,9%, 9,7% bzw. 8,2%). Dagegen sind nur 2,6% der 65-Jährigen und Älteren wegen psychischer Probleme in Behandlung. Zwischen 1997 und 2022 ist bei beiden Geschlechtern ein stetiger Anstieg der Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund psychischer Probleme zu beobachten (von 4,1% auf 7,8%). In allen Altersgruppen, mit Ausnahme der 65-Jährigen und Älteren, ist ein Anstieg zu verzeichnen, wobei dieser in der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen am stärksten ausgeprägt war (+5,6%).

Von den Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung wegen psychischer Probleme in Behandlung waren, wurden 50,5% von einer Psychiaterin oder einem Psychiater, 48,7% von einer Psychologin oder einem Psychologen und 17,2% von einer Hausärztin oder einem Hausarzt behandelt. In der Befragung waren Mehrfachnennungen möglich. Bei der Wahl des Leistungserbringers gibt es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Allerdings zeigen sich Unterschiede nach Alter. Jüngere Personen (15–34 Jahre) suchen beispielsweise am häufigsten Psychologinnen und Psychologen auf (59,8%). Die 65-Jährigen und Älteren wenden sich in erster Linie an eine Psychiaterin bzw. an einen Psychiater (52,4%). Die Verteilung der aufgesuchten Leistungserbringer hat sich seit 1997 verändert: Personen mit psychischen Problemen lassen sich zunehmend bei (spezialisierten) psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen behandeln. Der Anteil der Behandlungen bei Hausärztinnen und Hausärzten ist hingegen deutlich zurückgegangen, von 34,2% im 1997 auf 17,2% im 2022.

Spitalstationärer Bereich

Psychische Erkrankungen können einen stationären Aufenthalt erforderlich machen. Dabei werden die Patientinnen und Patienten nicht ausschliesslich in psychiatrischen Kliniken, sondern auch in Allgemeinspitälern, Rehabilitationskliniken und anderen Spezialkliniken, wie etwa Kliniken für Geriatrie oder Pädiatrie hospitalisiert (vgl. Krankenhausstypologie, Bundesamt für Statistik, 2023). Betrachtet man alle Hospitalisierungen aufgrund einer psychischen Erkrankung² im Jahr 2023, so wurden 56,6% (64 689 Fälle) in psychiatrischen Kliniken versorgt. Die restlichen Fälle verteilten sich auf Allgemeinspitäler

² Als Hospitalisierung wegen einer psychischen Erkrankung gelten Spitalaufenthalte mit einer Hauptdiagnose aus dem Kapitel «psychische und Verhaltensstörungen» gemäss ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification).

(37,4%), Rehabilitationskliniken (4,0%) und andere Spezialkliniken (2,0%). Bei diesen Fällen handelt es sich teils um Behandlungen in Allgemeinspitälern mit einem psychiatrischen Leistungsauftrag (z. B. psychiatrische Abteilung im Akutspital) und teils um somatische oder rehabilitative Behandlungen von Personen mit psychischen Erkrankungen (z. B. intensivmedizinische Massnahmen bei Alkoholvergiftung oder psychosomatische Rehabilitation bei psychisch bedingten chronischen Schmerzen).

Die im weiteren Verlauf des Kapitels präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die psychiatrische Versorgung im engeren Sinne (im Folgenden als «Psychiatrie» bezeichnet). Damit sind stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik oder in psychiatrischen Abteilungen eines Allgemeinspitals gemeint. Dabei handelt es sich um Fälle, bei denen die psychiatrische und nicht die somatische oder rehabilitative Behandlung im Vordergrund steht (detaillierte Definition im Begleitdokument, siehe Fussnote 1).

Hospitalisierungen (Anzahl Fälle und Anzahl Patientinnen und Patienten)

In der Psychiatrie gehörten Diagnosen aus dem Bereich der «Affektiven Störungen» (ICD F30–F39) zu den häufigsten Hauptdiagnosen (34%), gefolgt von den Diagnosegruppen Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen und Alkohol» (F10–F19; 21%) und «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (F20–F29; 15%). Der am häufigsten vergebene Diagnose-Code war «Rezidivierende depressive Störung» (F33); bei 17% der Psychiatrie-Fälle wurde dieser als Hauptdiagnose kodiert.

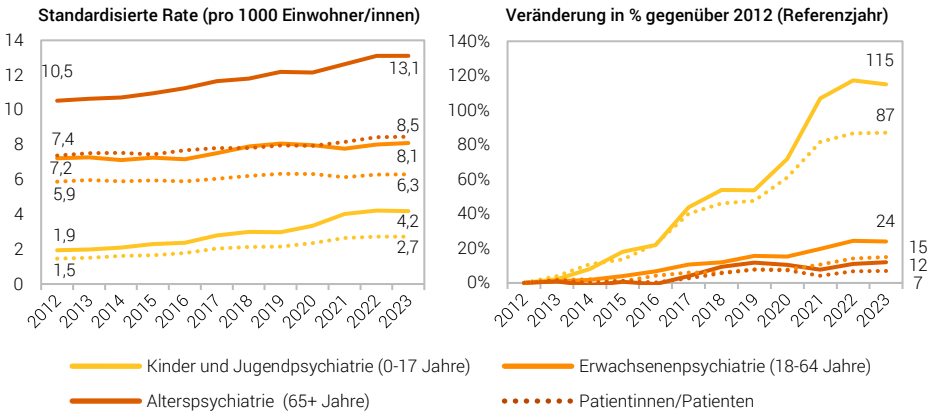
In der psychiatrischen Versorgung werden üblicherweise drei altersspezifische Bereiche unterschieden: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis 17 Jahren, die Erwachsenenpsychiatrie (18 bis 64 Jahre) und die Alterspsychiatrie mit Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren. Im Jahr 2023 wurden 5783 Kinder und Jugendliche, 65 830 Erwachsene und 13 008 ältere Menschen in der Psychiatrie hospitalisiert. Dies entspricht geschlechts- und altersstandardisierten Raten von 3,7, 11,8 bzw. 7,4 Hospitalisierungen pro 1000 Personen der jeweiligen Altersgruppe.^{3,4} Wie Grafik G11.2 zeigt, hat die Inanspruchnahme vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich zugenommen. Zwischen 2012 und 2023 kam es zu einer Verdoppelung der Hospitalisierungsrate (+115%). Auch in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Alterspsychiatrie ist die Inanspruchnahme im gleichen Zeitraum gestiegen, allerdings moderater (+24% bzw. +12%). Zu berücksichtigen ist dabei, dass eine Patientin oder ein

³ Standardisierte Raten ermöglichen es, zeitliche Vergleiche zu ziehen, indem sie Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung über die Zeit hinweg ausgleichen. Dadurch wird sichergestellt, dass Veränderungen in den Hospitalisierungsraten nicht auf demografische Verschiebungen, sondern auf tatsächliche Veränderungen in der Krankheitslast oder der Versorgung zurückzuführen sind.

⁴ Die Fallzahlen und standardisierten Raten stimmen nicht mit denen in der Grafik überein. Im Text werden die Zahlen nach der seit Einführung von TARPSY (2018) gültigen Falldefinition angegeben, in der Grafik basieren die Zahlen aus Gründen der zeitlichen Vergleichbarkeit auf der zuvor gültigen Falldefinition.

Hospitalisierungen in der Psychiatrie, 2012-2023

G11.2



Anmerkung: Die Veränderung gegenüber dem Referenzjahr (rechte Grafik) basiert auf alters- und geschlechtsstandardisierten Raten. Um einen Bruch in der Zeitreihe zu vermeiden, wurde die durch die Einführung von TARPSY bedingte Fallzusammenführung rückgängig gemacht, sodass jeder einzelne Spitalaufenthalt gezählt wird. Daher entsprechen die in der linken Grafik und im Text dargestellten Raten nicht den in der rechten Grafik dargestellten Prozentwerten.

Die gestrichelten Linien zeigen jeweils die Entwicklung auf Patientenebene (anstatt auf Fallebene) für die drei altersspezifischen Psychiatriebereiche (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenen-psychiatrie, Alterspsychiatrie).

Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Patient mehrmals pro Jahr hospitalisiert werden kann. Betrachtet man die Entwicklung auf der Ebene der Anzahl individueller Patientinnen und Patienten pro 1000 Personen, so ergibt sich eine Zunahme um 87%, 15% bzw. 7% (vgl. gestrichelte Linien in G11.2).

Die unterschiedlichen Entwicklungen bei den Patientinnen und Patienten und den Fällen deuten darauf hin, dass die Mehrfachaufenthalte zugenommen haben: Die durchschnittliche Anzahl der Spital-/Klinikaufenthalte pro Patientin bzw. Patient ist von 1,38 (2012) auf 1,49 (2023) gestiegen (Zunahme von 7,7%). Der Anteil Patientinnen bzw. Patienten mit mehr als einem Aufenthalt pro Jahr stieg von 23,4% (2012) auf 26,7% (2023) an. Am deutlichsten stiegen die Mehrfachaufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 1,32 auf 1,51 Aufenthalte pro Jahr und Person (+14,1%), gefolgt von der Erwachsenenpsychiatrie (von 1,42 auf 1,53 Aufenthalte; +8,1%) und der Alterspsychiatrie (von 1,22 auf 1,28 Aufenthalte; +4,7%). Diese Entwicklung ist eine Folge der Behandlungspraxis in der modernen Psychiatrie, die darauf abzielt, lange Klinikaufenthalte möglichst zu vermeiden (Forster, 1997; WHO, 2021). Gemäss Aussagen von Fachleuten (vgl. Pellegrini et al., 2024) ist es von Vorteil, wenn die Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich in ihr privates Umfeld zurückkehren können und die Klinikaufenthalte so kurz wie möglich sind. Deshalb wird in den allermeisten Fällen auch eine ambulante (oder intermediäre) Nachbehandlung angestrebt. Dementsprechend ist in der Psychiatrie schon seit längerem eine verstärkte Patientenbewegung zwischen stationären und ambulanten Angeboten

(mit bewussten frühzeitigen Entlassungen) zu beobachten (Kuhl, 2008). Insbesondere die Verlagerung chronisch kranker Patientinnen und Patienten in ambulante und tagesklinische Versorgungsstrukturen hat zu häufigeren und kürzeren Aufenthalten mit vermehrten stationären Wiedereintritten geführt (Jäger & Rössler, 2012).

Mehrfachaufenthalte haben zugenommen, was auch eine Folge der Behandlungspraxis in der modernen Psychiatrie ist. Diese zielt darauf ab, lange Klinikaufenthalte möglichst zu vermeiden und Patientinnen und Patienten möglichst schnell in ihr privates Umfeld zurückkehren zu lassen.

Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Anzahl der Pflegetage pro stationärem Aufenthalt in der Psychiatrie ist zwischen 2012 und 2023 von 35,7 Tagen auf 34,3 Tage gesunken. Am deutlichsten ist der Rückgang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – von 45,3 Tagen auf 35,7 Tage, gefolgt von der Alterspsychiatrie – von 43,3 Tagen auf 39,2 Tage. In der Erwachsenenpsychiatrie ist der Rückgang vergleichsweise moderat (von 33,8 auf 33,2).

Die Aufenthaltsdauer variiert nicht nur nach Altersgruppe, sondern auch stark nach Diagnose. So sind beispielsweise in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Aufenthalte bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit durchschnittlich 26 Tagen deutlich kürzer als bei Essstörungen (F50), bei denen die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 73 Tage beträgt. In der Erwachsenenpsychiatrie ist die Aufenthaltsdauer bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) mit 28 Tagen ebenfalls deutlich kürzer als bei Schizophrenie (F20) mit 43 Tagen.

Aber auch innerhalb der Diagnosen unterscheidet sich die Aufenthaltsdauer zum Teil deutlich. Als Beispiel hierzu können Essstörungen (F50) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dienen: Die Aufenthaltsdauer der mittleren 50% der Fälle variiert zwischen 28 und 101 Tagen.

Pflegetagevolumen

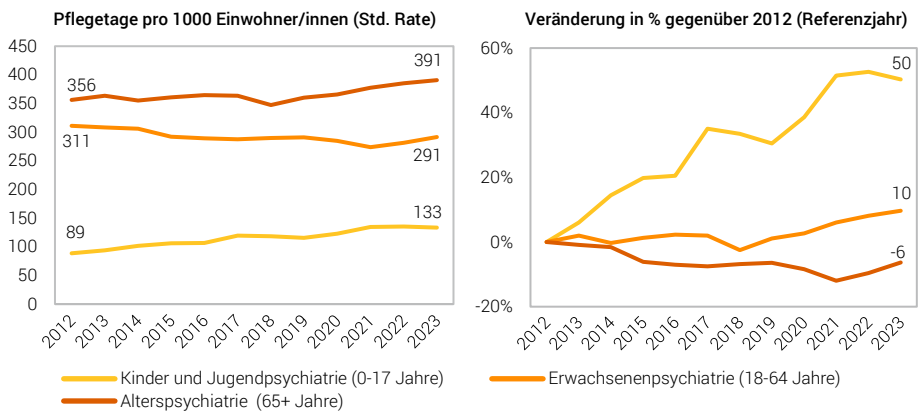
Das jährliche Pflegetagevolumen entspricht der Summe der Pflegetage aller Hospitalisierungen innerhalb eines Jahres (also der Anzahl Tage, an denen ein Bett belegt war). Das Pflegetagevolumen ist ein Indikator für den Umfang der stationären Versorgung in einem bestimmten Zeitraum und wird häufig zur Kapazitätsplanung herangezogen (z. B. Personalbedarf, Bettenkapazität und benötigte finanzielle Mittel).

Im Vergleich zu den Hospitalisierungsraten (Fälle sowie Patientinnen und Patienten) stieg das Pflegetagevolumen im Zeitraum von 2012 bis 2023 deutlich weniger stark. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie beispielsweise erhöhte sich hat das Pflegetagevolumen um 50% (G 11.3), während die Zahl der Fälle um 115% und die Zahl der Patientinnen und Patienten um 87% gestiegen ist. In der Alterspsychiatrie ist im gleichen Zeitraum das Pflegetagevolumen gar um 6% zurückgegangen.

Die Zahl der Hospitalisierungen in der Psychiatrie ist in den letzten 10 Jahren gestiegen. Gleichzeitig werden die Spitalaufenthalte im Schnitt kürzer, das gilt insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für die Alterspsychiatrie. Insgesamt gibt es also mehr Fälle mit kürzerer Aufenthaltsdauer, so dass das Pflegetagevolumen nur moderat ansteigt. In der Alterspsychiatrie ist es sogar rückläufig.

Pflegetagevolumen in der Psychiatrie, 2012-2023

G11.3



Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Fürsorgerische Unterbringung

Bei einer Fürsorgerischen Unterbringung (FU) werden Patientinnen und Patienten ohne ihre Zustimmung in die Psychiatrie eingewiesen. Laut Schweizerischem Zivilgesetzbuch darf eine Person, die an einer psychischen Störung oder einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, gegen ihren Willen in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, falls die notwendige Behandlung oder Betreuung nicht anders (z. B. ambulant) erfolgen kann. Dabei sind die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen. Die Anordnung einer FU obliegt grundsätzlich der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des zuständigen Kantons. In den meisten Fällen wird die FU jedoch von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet. Ist Gefahr im Verzug, so ermöglicht das Gesetz eine ärztliche Anordnung der FU, um eine umgehende Unterbringung zu gewährleisten. Die Kantone können spezifische Ärztgruppen benennen, die in solchen Notfällen eine FU für maximal sechs Wochen anordnen dürfen. Spätestens nach dieser Frist wird die ärztlich angeordnete Unterbringung von der KESB überprüft, um die weitere Notwendigkeit der Massnahme zu beurteilen.

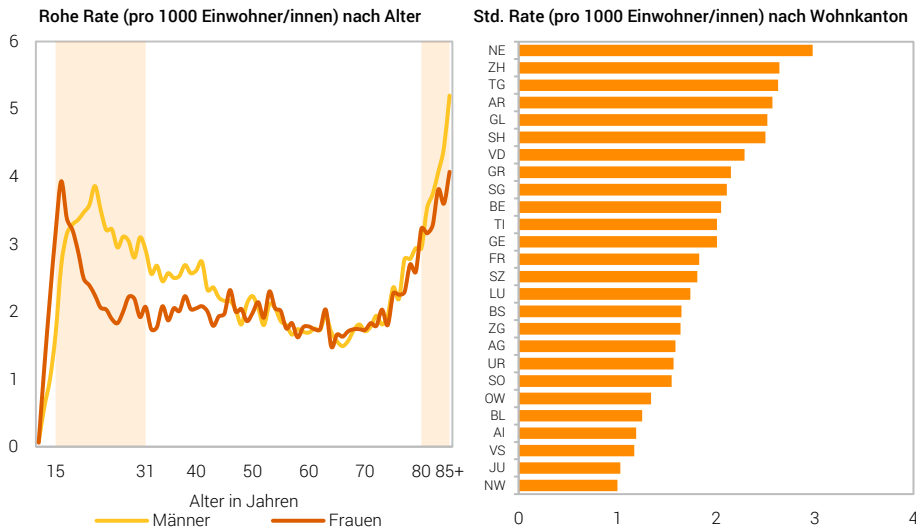
Im Jahr 2023 wurden in der Schweiz 18 347 Fälle von FU gezählt, was einem Anstieg von rund 33% im Vergleich zu 2018 entspricht, als 13 768 FU verzeichnet wurden. Selbst unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums zeigt sich ein Anstieg der FU um 27% (standardisierte Rate im Jahr 2018: 1,60 Fälle pro 1000 Personen, im Jahr 2022: 2,03 Fälle pro 1000 Personen).

Besonders betroffen sind weibliche Teenager zwischen 15 und 19 Jahren, junge Männer zwischen 17 und 31 Jahren sowie ältere Personen ab 80 Jahren (G11.4). Bei älteren Personen gehen die meisten FU auf Diagnosen aus der Gruppe «Organische Störungen, einschliesslich neurodegenerativer Demenzen» (F00–F09, G30–G32) zurück, wie zum Beispiel Alzheimer. Im Gegensatz dazu ist das Spektrum der Diagnosen bei jüngeren Betroffenen wesentlich vielfältiger, wobei Schizophrenien (F20–29) und affektive Störungen (F30–39) zu den häufigsten Diagnosen zählen.

Die Häufigkeit der Anordnung einer FU variiert stark zwischen den Kantonen (siehe G11.4). So lag beispielsweise die FU-Rate im Jahr 2023 im Kanton Neuenburg bei 2,98 Fällen pro 1000 Personen, im Kanton Nidwalden hingegen um ein Vielfaches tiefer bei 1,00. Diese Unterschiede lassen sich teilweise mit den kantonal unterschiedlichen Anordnungs Kompetenzen (z. B. alle Ärztinnen und Ärzte vs. nur Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie) und weiteren Faktoren wie Urbanität, behördliche Beistandschaften und regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen erklären (vgl. Jäger et al., 2024).

**Fürsorgerische Unterbringungen in der Psychiatrie,
gepoolt 2021–2023 (nach Alter), 2023 (nach Wohnkanton)**

G11.4



Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

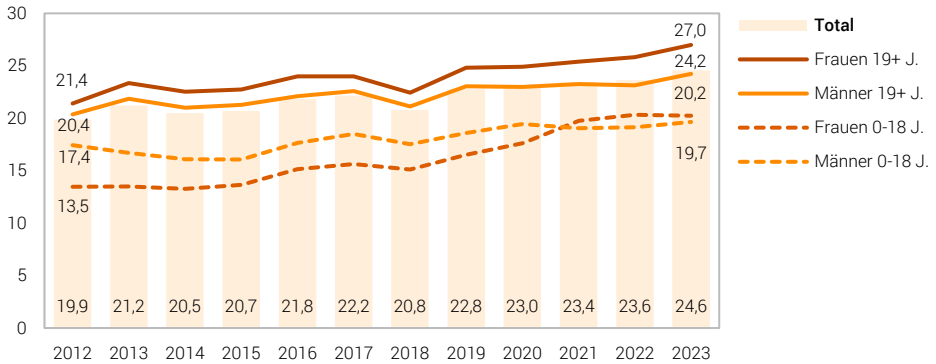
Spitalambulanter (intermediärer) Bereich

In der ambulanten Spitalpsychiatrie wurden im Jahr 2023 etwa 220 000 Patientinnen und Patienten durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder durch Psychologinnen und Psychologen behandelt. Das entspricht 24,6 Personen pro 1000 Versicherte (siehe G11.5). Zum Vergleich: Im Jahr 2012 waren es noch 19,9 Personen pro 1000 Versicherte. Insgesamt entspricht das einer Zunahme um 23,6% respektive einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 1,9%. Die Zunahme ist stärker ausgeprägt bei Frauen. Bei Frauen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren betrug die Zunahme zwischen 2012 und 2023 50,1% (durchschnittlich 3,8% pro Jahr), bei Frauen ab 19 Jahren 26,1% (durchschnittlich 2,1% pro Jahr).

Patientinnen und Patienten in der ambulanten Spitalpsychiatrie, 2012–2023

G11.5

Patient/innen pro 1000 Versicherte



Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan, Datenstand: 13.9.2024

© Obsan 2025

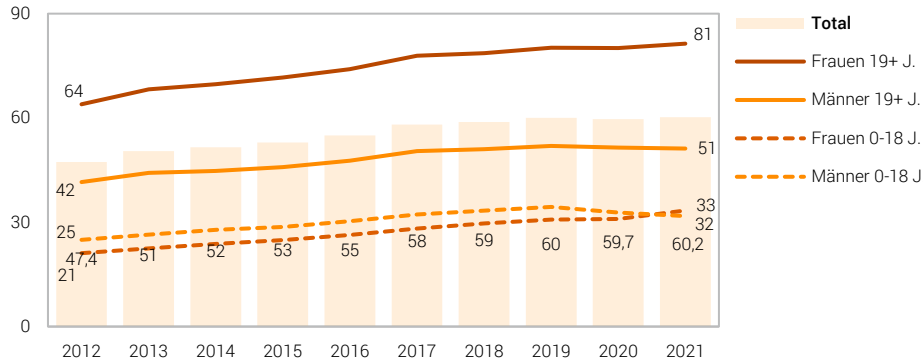
Praxisambulanter Bereich

Im Jahr 2021 wurden rund 531 000 Patientinnen und Patienten (das entspricht 60,2 Personen pro 1000 Versicherte) von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einer Psychologin bzw. einem Psychologen in einer Praxis behandelt (G11.6). Im Jahr 2012 lag diese Zahl bei 47,4 Personen pro 1000 Versicherte, was einem Anstieg von 27,1% innerhalb von neun Jahren entspricht (durchschnittlicher jährlicher Anstieg von 2,7%). Der stärkste Zuwachs in diesem Zeitraum zeigt sich bei den 0- bis 18-jährigen Frauen, mit einer Zunahme von 58,1% (durchschnittlicher jährlicher Anstieg von 5,2%). Mit der Umstellung auf das Anordnungsmodell Mitte 2022 (siehe «Kasten Systemwechsel zum Anordnungsmodell») hat sich die Zählweise der Patientinnen- und Patientenzahlen im Datenpool geändert (siehe Begleitdokument für weitere Informationen). Daher ist eine einheitliche zeitliche Interpretation über das Jahr 2021 hinaus nicht mehr möglich, und die Daten für 2022 und 2023 werden hier nicht dargestellt. Die Auswirkungen der Umstellung auf das Anordnungsmodell, insbesondere die Kostenentwicklung, sind im Monitoringbericht zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie beschrieben (Tuch, Fischer & Jörg, 2025).

Patientinnen und Patienten in ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, 2012–2021

G11.6

Patient/innen pro 1000 Versicherte



Anmerkung: Mit der Umstellung auf das Anordnungsmodell und der Einführung des Tarifs 581 Psychotherapie KVG Mitte 2022 hat sich die Zählweise der Patientenzahlen im Datenpool geändert. Daher werden in der Grafik nur die Daten bis 2021 dargestellt, da eine zeitliche Entwicklung über 2021 hinaus nicht mehr einheitlich interpretiert werden kann.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan, Datenstand: 13.9.2024 © Obsan 2025

Systemwechsel zum Anordnungsmodell

In ambulanten Praxen und Diensten können seit Juli 2022 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbständig und auf eigene Rechnung zu Lasten der OKP tätig sein, wenn eine ärztliche Anordnung vorliegt (Anordnungsmodell). Die delegierte Tätigkeit war bis Ende 2022 ebenfalls noch möglich, seit Januar 2023 gibt es die delegierte Psychotherapie nicht mehr. Bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestand somit im zweiten Halbjahr 2022 ein Nebeneinander von Delegations- und Anordnungsmodell. Für weitere Informationen siehe Neuregelung der psychologischen Psychotherapie (BAG).

Medikamente (Arzneimittelgebrauch)

Gemäss SGB 2022 haben in der Woche vor der Befragung 4,0% der Schweizer Bevölkerung täglich **Schlaf- oder Beruhigungsmittel** eingenommen (G11.7). Frauen nehmen sie häufiger (4,8%) als Männer ein (3,1%). Mit zunehmendem Alter wird der Konsum häufiger: 1,6% der 15- bis 34-Jährigen nehmen täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 7,5%. Im Zeitverlauf zeigt sich ein leicht rückläufiger Trend: Der Anteil der Befragten, die täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen reduzierte sich zwischen 1992 und 2022 von 4,8% auf 4,0%.

Auch die Abgabe von Benzodiazepinen im ambulanten Bereich nahm zwischen 2015 und 2022 ab (Obsan, 2023a). Benzodiazepine sind die wichtigste Gruppe von Psychopharmaka innerhalb der Schlaf- und Beruhigungsmittel. Sie wirken angstlösend, beruhigend, schlaffördernd, muskelentspannend und krampflösend und werden deshalb bei Angstzuständen, Schlafstörungen, starker Anspannung und Nervosität (z. B. vor Operationen) eingesetzt.

Gemäss der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit vom Herbst 2022 gaben 5% der Befragten an, in der Woche vor der Befragung mindestens einmal ein Schlafmittel eingenommen zu haben. Bei 53,4% der Personen wurde das Schlafmittel von der Hausärztin oder dem Hausarzt, bei 21,0% von der Psychiaterin oder dem Psychiater und bei 3,6% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt verschrieben. Bei den restlichen 22,0% lag keine ärztliche Verordnung vor. Weiter gaben 3,6% an, mindestens einmal ein Beruhigungsmittel in der Woche vor der Befragung zu sich genommen zu haben. Die Beruhigungsmittel wurden bei 49,2% der Personen von der Hausärztin oder vom Hausarzt, bei 31,1% von ihrer Psychiaterin oder ihrem Psychiater und bei 5,3% von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt verordnet. Bei den restlichen 14,3% gab es keine ärztliche Verschreibung (Peter et al., 2023).

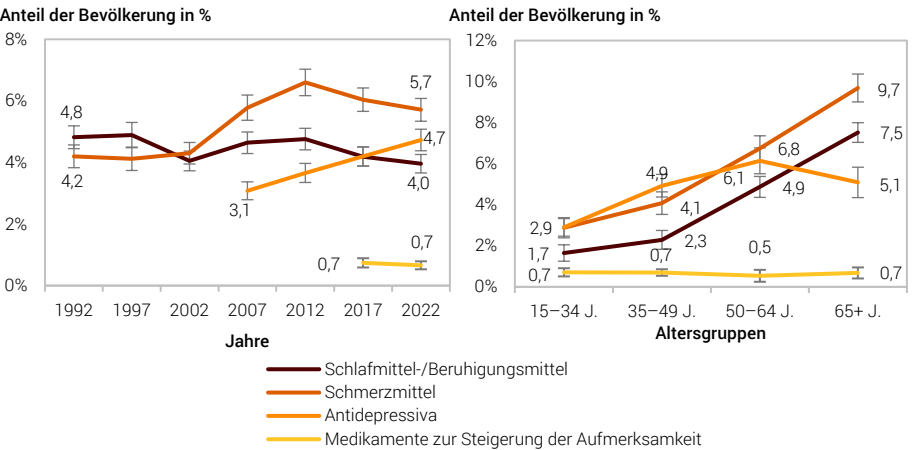
Im Jahr 2022 haben gemäss SGB 4,7% der Schweizer Bevölkerung in der Woche vor der Befragung täglich **Antidepressiva** eingenommen (G11.7). Dieser Anteil hat im Laufe der Jahre stetig zugenommen und ist 2022 höher als 2007 (3,1%). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Behandlung von Depressionen mit Antidepressiva eine tägliche Einnahme die Regel ist. Frauen (5,9%) nehmen häufiger Antidepressiva ein als Männer (3,5%). Die 15- bis 34-Jährigen nehmen Antidepressiva seltener täglich ein (2,9%) als die 35-Jährigen und Älteren (4,9% bis 6,1%). Im Vergleich zu 2017 hat der Konsum bei den 15- bis 34-Jährigen jedoch zugenommen (1,7% gegenüber 2,9%). Laut dem Schweizerischen Versorgungsatlas hat die Abgabe von Antidepressiva durch ambulante Leistungserbringer zwischen 2015 und 2022 leicht um 2,9% zugenommen (Obsan, 2023b).

Gemäss der Omnibusbefragung zur psychischen Gesundheit vom Herbst 2022 wurden den Personen, die angaben, Antidepressiva einzunehmen, diese zu 30% von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt verschrieben. In den meisten Fällen erfolgte die

Verschreibung durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater (50%). Etwa 7% der Personen gaben an, dass eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt das Medikament verschrieben hatte und bei etwa 10% lag keine ärztliche Verschreibung vor (Peter et al., 2023).

In der Woche vor der Befragung nahmen gemäss SGB-2022 5,7% täglich **Schmerzmittel** ein (G11.7). Dieser Anteil lag zwischen 1992 und 2002 tiefer (4,1% bis 4,3%), stieg dann zwischen 2005 und 2012 auf 5,8% bzw. 6,6% an und ging zwischen 2017 und 2022 wieder auf 6,0% bzw. 5,7% zurück. Wie bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln sind es mehr Frauen (6,9%) als Männer (4,5%), und der tägliche Konsum wird mit zunehmendem Alter häufiger: von 2,9% bei den 15- bis 34-Jährigen bis 9,7% bei den 65-Jährigen und Älteren.

Tägliche Einnahme von Medikamenten (letzte 7 Tage), 1992–2022 G11.7



Anmerkung: Fehlerbalken stellen 95%-Vertrauensintervalle dar.

Quelle: BFS – SGB / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Die Abgabe von Opioiden, starken Schmerzmitteln mit hohem Abhängigkeitspotenzial, ist gemäss dem Schweizerischen Versorgungsatlas rückläufig. Zwischen 2015 und 2022 reduzierte sich die Abgabe von Opioiden im ambulanten Bereich um 7,6% (Obsan, 2023c).

Nach der Omnibuserhebung wurden Schmerzmittel bei 49,1% der Personen von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt, bei 1,5% von der Psychiaterin bzw. dem Psychiater und bei 8,7% von einer anderen Ärztin bzw. einem anderen Arzt verordnet. Bei den restlichen 40,7% gab es keine ärztliche Verschreibung (Peter et al., 2023).

Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit, wie z. B. Ritalin, Medikinet, Concerta, Modasomil wurden gemäss SGB im Jahr 2022 nur von 0,7% der Bevölkerung eingenommen, genauso häufig wie im Jahr 2017. Hinsichtlich des Alters und des Geschlechts lassen sich keine Unterschiede im Konsum feststellen.

Im Gegensatz zur SGB zeigt der Versorgungsatlas eine Zunahme der Abgabe von ADHS-Medikamenten durch ambulante Leistungserbringer. Zwischen 2015 und 2022 hat die abgegebene Menge pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner um rund 76% zugenommen, wobei die Zunahme bei den 19-Jährigen und Älteren (+113%) stärker ausfiel als bei den 0- bis 18-Jährigen (+35%). Der Atlas zeigt aber auch, dass diese Medikamente deutlich häufiger an jüngere Personen zwischen 11 und 18 Jahren abgegeben werden als an Erwachsene (Obsan, 2023d). Die abweichenden Ergebnisse der SGB erstaunen deshalb nicht, da diese nur Personen ab 15 Jahren berücksichtigt.

Der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hat seit 1992 abgenommen. Im Gegensatz dazu wurden 2022 mehr Schmerzmittel eingenommen als noch 1992. Ein stark steigender Trend zeigt sich in Bezug auf die Konsumation von Antidepressiva in den letzten Jahren.

11.4 Gesundheitsfachkräfte

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Personalressourcen im Spitalbereich und in Praxen beschrieben. Um die Tatsache zu berücksichtigen, dass viele Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsfachpersonen Teilzeit arbeiten, wird der Bestand an Gesundheitsfachkräften jeweils in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgedrückt.

Spitalbereich (stationär und intermediär)

Im Jahr 2023 werden in der Spitalpsychiatrie 3353 VZÄ beim ärztlichen Personal, 8758 VZÄ beim Pflege- und Betreuungspersonal und 2464 VZÄ bei den Psychologinnen und Psychologen gezählt.⁵ Gemessen an den VZÄ stellt das Pflege- und Betreuungspersonal den grössten Anteil des Personals in der Psychiatrie (60% gegenüber 23% Ärztinnen/Ärzten und 17% Psychologinnen/Psychologen).

⁵ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die VZÄ auf 2100 Stunden pro Jahr normiert. Somit wird die Interpretation nicht dadurch beeinflusst, dass die einzelnen Spitäler die Jahresarbeitsstunden für ein 100%-Pensum in der Krankenhausstatistik (KS) unterschiedlich festlegen.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der absoluten VZÄ, so zeigt sich zwischen 2012 und 2023 eine Zunahme in allen drei Berufsgruppen. So beträgt die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate beim ärztlichen Personal 3,0%, beim Pflege- und Betreuungspersonal 2,0% und bei den Psychologinnen und Psychologen 7,5%. Beim Pflege- und Betreuungspersonal ist zu beachten, dass die Zunahme vor allem auf das Personal mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis oder Eidgenössisches Berufsattest) zurückzuführen ist (durchschnittlich +3,9% pro Jahr), während beim Personal mit einer Fachausbildung auf Tertiärstufe und beim Personal ohne oder mit einer anderen Ausbildung zwar auch eine steigende Tendenz, aber in geringerem Ausmass (+1,6% bzw. +2,4%) zu beobachten ist. Der Anteil des Pflegepersonals mit Tertiärabschluss ist somit zwischen 2012 und 2023 von 77,1% auf 73,4% gesunken.

Im Jahr 2023 kamen in der Spitalpsychiatrie durchschnittlich 1,36 Ärztinnen und Ärzte auf eine Psychologin bzw. einen Psychologen. Im Vergleich dazu lag das Verhältnis im Jahr 2012 noch bei 2,18 Ärztinnen/Ärzten pro Psychologin/Psychologe. Damit hat sich das Verhältnis in den letzten 11 Jahren zugunsten der Psychologinnen und Psychologen verschoben. Es erscheint plausibel, die Zunahme der Psychologinnen und Psychologen mit dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie zu begründen, auf den bereits in verschiedenen Studien hingewiesen wurde (vgl. Stocker et al., 2016; BAG, 2016; Giacometti-Bickel et al., 2013).

Setzt man die Personalressourcen in der psychiatrischen Spitalversorgung ins Verhältnis zum Versorgungsvolumen, d. h. die Anzahl VZÄ, die pro 1000 Pflégetageäquivalente⁶ zur Verfügung stehen, so zeigt sich für alle drei Personalgruppen über den gesamten Betrachtungszeitraum eine stabile oder steigende Tendenz (G 11.8). Zwischen 2013 und 2023 steigt die Anzahl VZÄ/1000 Pflégetageäquivalente beim ärztlichen Personal um 4% und bei den Psychologinnen und Psychologen 59%. Beim Pflegepersonal blieb dieses Verhältnis unverändert. Damit hat sich der **Personalschlüssel** (Verhältnis Personal zu Pflégetagen) für Ärztinnen und Ärzte sowie für Psychologinnen und Psychologen in den letzten 10 Jahren insgesamt verbessert, während er beim Pflege- und Betreuungspersonal weitgehend stabil geblieben ist. Dieses Ergebnis steht laut Aussagen von Expertinnen und Experten im Widerspruch zu den Erfahrungen aus der Praxis, da dort eher ein Personalmangel wahrgenommen wird, der zu einer Überlastung führt (vgl. Pellegrini et al., 2024). Bei der Interpretation des Personalschlüssels ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie im Laufe der Jahre kontinuierlich verkürzt hat, so dass den Behandelnden und Pflegenden insgesamt weniger Zeit für die Leistungserbringung an den einzelnen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, was die Arbeitsbelastung potenziell erhöht. Zudem ist seit der Einführung von TARPSY

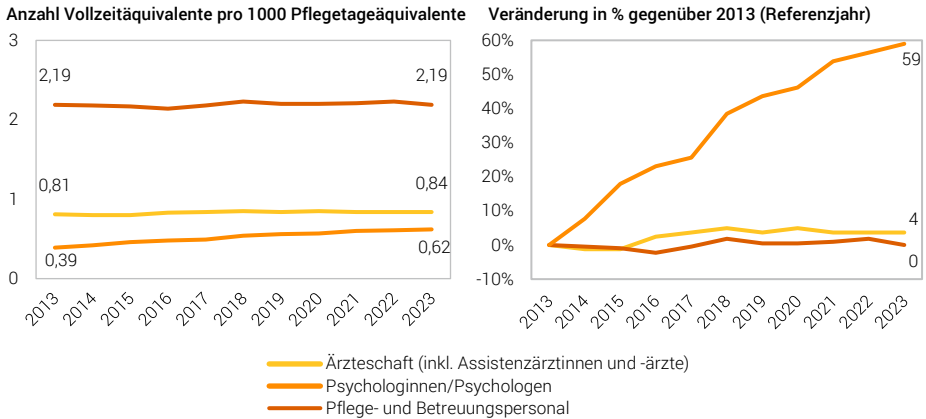
⁶ Um die Personalressourcen in Verhältnis zum gesamten Leistungsvolumen der Spitalpsychiatrie (stationäre Pflégetage und ambulante Konsultationen zusammen) setzen zu können, mussten die Konsultationen zuerst in Pflégetageäquivalente umgerechnet und dann zu den Pflégetagen addiert werden (für weitere Informationen siehe Begleitdokument unter https://www.gesundheitsbericht2025.ch/docs/NGB_Begleitdokument.pdf).

(schweizweit einheitliche Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie) der administrative Aufwand durch die Dokumentationspflichten für das ärztliche, therapeutische und pflegerische Personal deutlich gestiegen (Pellegrini et al., 2024).

Das Pflege- und Betreuungspersonal macht mit 60% den deutlich grössten Teil der Gesundheitsfachkräfte in der Spitalpsychiatrie aus. Lediglich 23% der VZÄ sind auf Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen, 17% machen die Psychologinnen und Psychologen aus. Der Anteil der Psychologinnen und Psychologen ist allerdings in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

Personalressourcen im Verhältnis zum Versorgungsvolumen im Spitalbereich, 2013–2023

G11.8



Quelle: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Praxisambulanter Bereich

Psychiaterinnen und Psychiater in Praxen

Im Jahr 2023 waren niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Umfang von rund 2786 VZÄ im Rahmen der OKP tätig (G 11.9). Hinzu kommen rund 318 VZÄ von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP). In beiden Fachgebieten ist die Zahl zwischen 2015 und 2023 kontinuierlich gestiegen – um 29% respektive 37%. Bereinigt man diesen Anstieg um das Bevölkerungswachstum im gleichen Zeitraum, so entspricht dies immer noch einer Zunahme von 20% bzw. 27%.⁷

Der Frauenanteil beträgt im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie 44% und im Fachgebiet KJPP 64%. Auswertungen zur Altersstruktur zeigen, dass 61% der derzeit in den Praxen tätigen Psychiaterinnen und Psychiater 55 Jahre und älter sind (Stand 2022) und somit im Jahr 2032 das Pensionsalter erreichen werden bzw. sich bereits im Pensionsalter befinden. Ein beträchtlicher Anteil (23% bzw. 19%) der aktiven Psychiaterinnen und Psychiater ist nämlich schon 65-jährig oder älter (Berechnung gemäss Burla, Widmer und Zeltner, 2022; siehe Begleitdokument).

Psychologinnen und Psychologen

Im Jahr 2023 waren Psychologinnen und Psychologen im Umfang von rund 2527 VZÄ im praxisambulanten Bereich zu Lasten der OKP tätig (G 11.9). Die Zahl der Psychologinnen und Psychologen ist zwischen 2015 und 2023 kontinuierlich um 74% gestiegen.

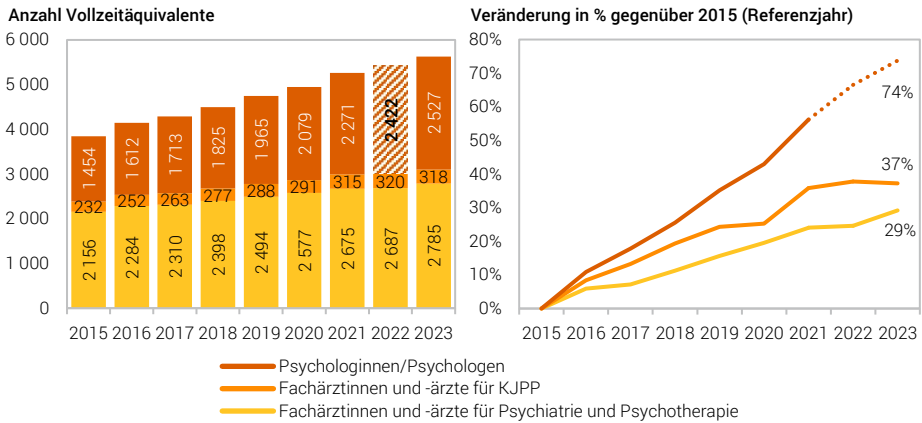
Selbst unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums entspricht dies einem Zuwachs von 61%. Der Anstieg der VZÄ von Psychologinnen und Psychologen war somit überproportional zum Bevölkerungswachstum und noch ausgeprägter als jener von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie.

Gemäss einer von der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) in Auftrag gegebenen Mitgliederbefragung mehrerer Fachverbände liegt der Frauenanteil bei den zu Lasten der OKP tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei rund 80%. Die Hälfte der befragten Psychologinnen und Psychologen waren zum Zeitpunkt der Befragung (2023) 55 Jahre und älter (Iseli, Kaderli & Künzi, 2024).

⁷ Im Gegensatz zu den bisherigen Analysen des Obsan zum Bestand der Ärzteschaft (z. B. Burla, Widmer und Zeltner, 2022) wurde hier eine andere Methodik und Datenquelle verwendet (für weitere Informationen siehe Begleitdokument).

Psychiater/-innen und Psychologinnen/Psychologen, im praxisambulantem Bereich (OKP), 2015–2023

G11.9



Anmerkung: Da die Umstellung auf das Anordnungsmodell und die damit verbundene Einführung des Tarifs 581 Psychotherapie KVG Mitte 2022 erfolgt, gab es eine Übergangsphase, in der unterschiedlich abgerechnet werden konnte. Aus diesem Grund sind die VZÄ 2022 für Psychologen mit Vorsicht zu interpretieren und in der Grafik schraffiert bzw. gepunktet dargestellt. Die VZÄ wurden anhand der Zeittarife berechnet. Genauere Informationen finden sich im Begleitdokument.
 KJPP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Auswertung Obsan, Datenstand: 17.02.2025

© Obsan 2025

11.5 Regionale Unterschiede und Erreichbarkeit

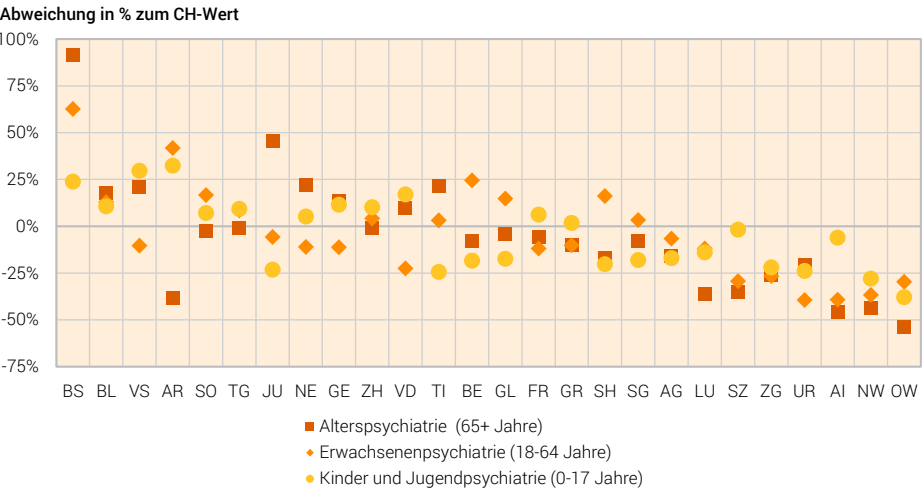
Im Folgenden werden regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme, den Versorgungsstrukturen sowie der Erreichbarkeit und Dichte psychiatrischer Versorgungsangebote analysiert. Ziel ist es, Auffälligkeiten zu identifizieren, die gegebenenfalls Rückschlüsse auf die Versorgungssituation ermöglichen.

Inanspruchnahme (Hinweise auf Über-/Unterversorgung)

Vergleicht man die Hospitalisierungsrate (alters- und geschlechtsstandardisiert) zwischen den Kantonen, so zeigen sich deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme stationärer Psychiatrieangebote. Das heisst, es gibt Kantone, in denen die Einwohnerinnen und Einwohner deutlich häufiger stationär behandelt werden als in anderen Kantonen. So gab es beispielsweise in der Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) im Jahr 2023 in Basel-Stadt 23,9 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, im Kanton Appenzell Innerrhoden dagegen nur 8,9, also fast zwei Drittel weniger. Wie aus Grafik G11.10 hervorgeht, unterscheiden sich die Hospitalisierungsraten zwischen den

Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie nach Wohnkanton und Bereich, 2023

G11.10



Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

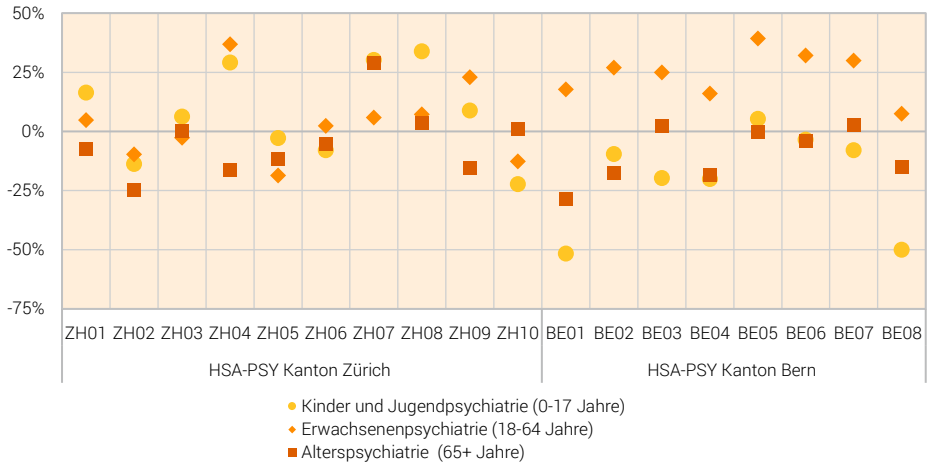
Kantone in allen Altersbereichen beträchtlich. Je nach Bereich weichen 10 bis 13 Kantone um 20% oder mehr vom Schweizer Mittelwert ab. Die Gründe für diese regionalen Unterschiede können vielfältig sein. Dazu gehören soziodemographische Faktoren, die Organisation der Versorgung (z. B. ambulant vs. stationär) oder räumliche Faktoren (z. B. ländlich vs. städtisch). Deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme können aber auch Hinweise auf eine Über- oder Unterversorgung sein, insbesondere wenn andere mögliche Gründe ausgeschlossen werden können (Birkmeyer et al., 2013; Schwenkglenks, 2022). Es ist jedoch wichtig, bei der Interpretation solcher Unterschiede äusserst vorsichtig zu sein und alternative Erklärungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten für derartige Einschätzungen weitere Indikatoren herangezogen werden, die entsprechende Hinweise liefern können (z. B. Wartezeiten für Behandlungen). In der Schweiz lassen sich diese kantonalen Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme häufig mit der unterschiedlichen Organisation der Versorgung je nach Kanton begründen (Schuler, Tuch und Peter, 2020; Tuch et al. 2024 sowie Abschnitt weiter unten).

Kantone sind nicht immer eine geeignete Basis für regionale Analysen: Grosse Kantone umfassen oft mehrere Versorgungsräume, die sich strukturell stark unterscheiden. Agglomerationsräume erstrecken sich teilweise über mehrere Kantone, entsprechend bewegen sich die Menschen über die Kantonsgrenzen hinweg. Dies gilt für die allgemeine Mobilität, aber auch für die medizinische Versorgung. Um kleinräumige Analysen mit sinnvollen Regionen zu ermöglichen, hat das Obsan in Zusammenarbeit mit nationalen

Hospitalisierungsrate nach Psychiatrieversorgungsregion (HSA-PSY) für die Kantone Zürich und Bern, 2023

G11.11

Abweichung in % zum CH-Wert



Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

und internationalen Expertinnen und Experten 68 psychiatrische Versorgungsregionen (HSA-PSY) für die Schweiz abgeleitet (vgl. Stulz et al., 2023). Diese Regionen basieren auf den effektiven Patientenströmen und widerspiegeln somit die Einzugsgebiete der lokalen Leistungsangebote.

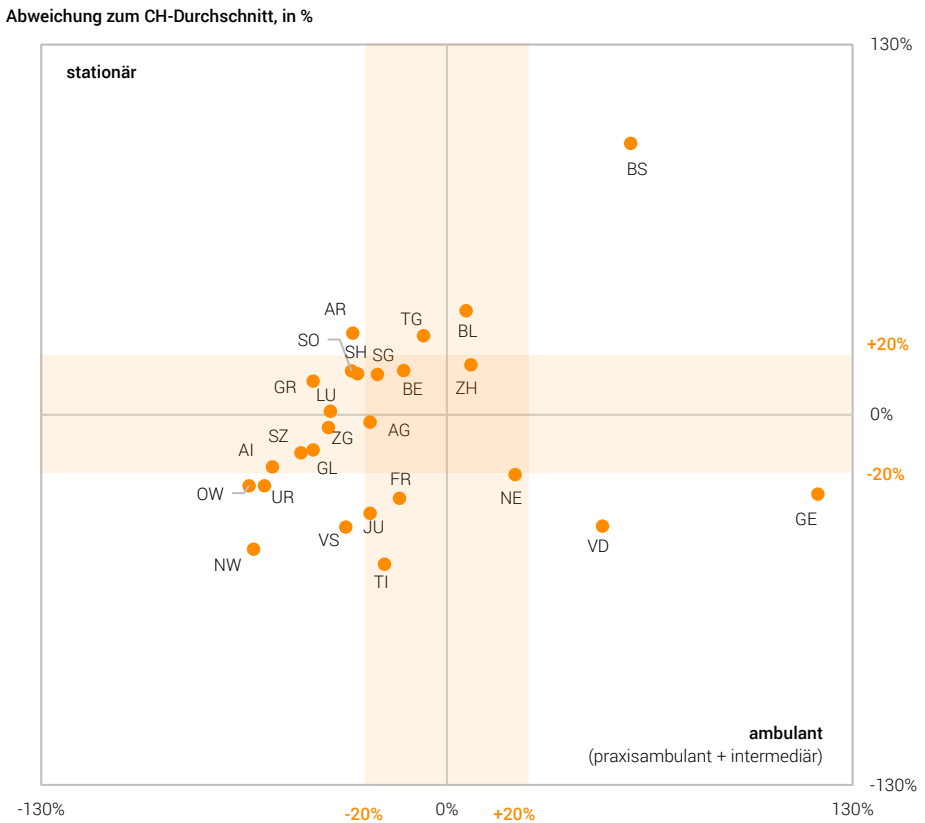
Grafik G11.11 zeigt, dass bei einer feineren räumlichen Analyse (nach HSA-PSY) auch Unterschiede innerhalb der Kantone sichtbar werden. Während z. B. die Hospitalisierungsrate in der Erwachsenenpsychiatrie im Kanton Zürich insgesamt leicht über dem Schweizer Durchschnitt liegt (+6%), gibt es innerhalb des Kantons Regionen, die darunter liegen (z. B. ZH05 – Bülach, -19%), aber auch solche, die relativ deutlich darüber liegen (z. B. ZH04 – Wetzikon, +37%).

Versorgungsstrukturen (Versorgungsmix)

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, existieren in der Schweiz deutliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen. Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede kann die regional unterschiedliche Organisation der Versorgung sein, d. h. regionale Unterschiede in der Zusammensetzung der Versorgungsstrukturen (stationär, intermediär und praxisambulant) respektive im **«Versorgungsmix»**. Dieser unterscheidet sich zwischen den Kantonen zum Teil deutlich. So sind die Anteile

der stationären Leistungen in der Westschweiz und im Tessin mit Werten zwischen 27% (Genf) und 50% (Jura) deutlich niedriger als in der Deutschschweiz, wo die stationären Leistungen zwischen 55% (Zürich) und 70% (Obwalden) ausmachen. Dementsprechend spielen in der lateinischen Schweiz die intermediären und praxisambulanten Strukturen eine anteilmässig bedeutendere Rolle in der psychiatrischen Versorgung. Grafik G11.12 veranschaulicht die Unterschiede in den kantonalen Versorgungsstrukturen. Dargestellt sind das stationäre und ambulante Leistungsvolumen, jeweils im Verhältnis zum Gesamtschweizer Durchschnitt. Im unteren linken Quadranten der Grafik sind Kantone zu finden, die sowohl ambulant als auch stationär weniger Leistungen (pro Kopf) aufweisen als im

Ambulantes und stationäres Leistungsvolumen pro Kopf, 2021 G11.12



Anmerkungen: Die dargestellten Leistungsvolumen beziehen sich auf die Versicherten mit Wohnsitz im Kanton. Die Ergebnisse sind nicht nach Alter oder Geschlecht standardisiert.

Quelle: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool / Auswertung Obsan, Datenstand: 16.8.2023 © Obsan 2025

gesamtschweizerischen Durchschnitt. Dazu zählen vor allem ländliche Kantone wie Nidwalden, Obwalden, Uri, Wallis und Jura. Der Bereich oben rechts kennzeichnet Kantone mit einem hohen Leistungsvolumen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dies trifft vor allem auf den Kanton Basel-Stadt zu. Der untere rechte Quadrant, in dem die Kantone Neuenburg, Waadt und Genf zu finden sind, bezeichnet eine Versorgungssituation mit überdurchschnittlich vielen Leistungen im ambulanten Bereich bei gleichzeitig vergleichsweise geringen Leistungsvolumina im stationären Bereich. Umgekehrt finden sich im oberen linken Quadranten Kantone mit einem hohen Leistungsvolumen stationär bei geringem Volumen ambulanter Leistungen. Die Grafik offenbart zwei grundsätzliche Tendenzen: Erstens verzeichnen ländliche Kantone grundsätzlich weniger Leistungen als urban geprägte Kantone. Zweitens kennzeichnen sich alle Westschweizer Kantone wie auch das Tessin durch ein vergleichsweise geringes Leistungsvolumen im stationären Bereich (vgl. auch Tuch et al., 2024).

Erreichbarkeit und Versorgungsdichte

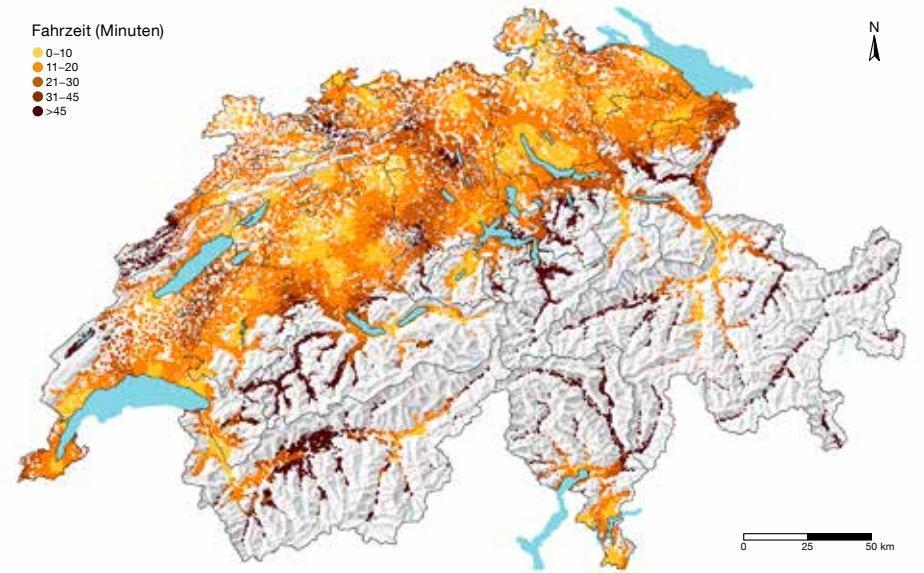
Dieser Abschnitt fokussiert stärker auf räumlich-geografische Aspekte der Versorgung, indem die Zugänglichkeit der Versorgung thematisiert wird. Konkret werden dabei die Erreichbarkeit psychiatrischer Versorgungsangebote und die regionale Versorgungsdichte analysiert.

Entscheidend für eine bedarfsgerechte Versorgung ist neben dem Vorhandensein von Angeboten auch deren Erreichbarkeit. Der Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK aus dem Jahr 2008 definiert diesbezüglich sogar einen Zielwert, wonach psychiatrische Angebote der stationären Grundversorgung für 90% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein sollen (GDK, 2008). Für den ambulanten Bereich erscheint es aufgrund der häufigeren Inanspruchnahme und der Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung sinnvoll, von deutlich kürzeren Fahrzeiten als Zielwert auszugehen (z. B. 10 Minuten).

Vor diesem Hintergrund werden in der Karte in Grafik G 11.13 als Beispiel die Fahrzeiten zum nächstgelegenen Leistungserbringer der stationären psychiatrischen Grundversorgung für Erwachsene dargestellt. Die Karte zeigt – wenig überraschend – dass die Erreichbarkeit in urbanen Regionen besser ist als in ländlichen bzw. alpinen Regionen. Insgesamt können 95% der Schweizer Wohnbevölkerung das nächstgelegene Angebot der stationären psychiatrischen Grundversorgung innerhalb von 30 Minuten erreichen. 3,7% der Bevölkerung benötigen 31 bis 45 Minuten, 0,8% 46 bis 60 Minuten und 0,4% (rund 37 000 Personen) mehr als eine Stunde.

Die Erreichbarkeitsanalyse gemäss Grafik G 11.13 ermöglicht Auswertungen bis auf Hektarebene. Die Ergebnisse können dann beliebig aggregiert werden. Tabelle T 11.1 zeigt für jede Grossregion den Anteil der Bevölkerung, der das nächstgelegene Angebot

Erreichbarkeit stationäre Grundversorgung Erwachsenenpsychiatrie, 2022 G11.13



Anmerkung: Die Fahrzeit zum nächstgelegenen Leistungserbringer wurde für den motorisierten Individualverkehr (Auto) berechnet.

Quelle: BFS – KS, STATPOP / Auswertung Obsan/Geo7 © Obsan 2025

Erreichbarkeit der psychiatrischen Grundversorgung nach Grossregion, 2022 T 11.1

Grossregion	Anteil der Bevölkerung mit einer Fahrzeit von maximal 10 bzw. 30 Minuten zum nächstgelegenen Angebot					
	stationär		spitalambulant		praxisambulant	
	EP	KJP	EP	KJP	PPT	FAP
Genferseeregion	39/92%	35/91%	44/95%	36/89%	92/99%	94/99%
Espace Mittelland	39/97%	29/92%	57/99%	38/95%	89/99%	92/99%
Nordwestschweiz	27/98%	22/99%	73/100%	55/100%	98/100%	99/100%
Zürich	44/100%	28/100%	81/100%	58/100%	100/100%	99/100%
Ostschweiz	31/92%	20/87%	54/97%	25/90%	90/98%	88/98%
Zentralschweiz	22/91%	30/89%	63/99%	46/98%	88/100%	91/100%
Tessin	41/87%	16/79%	20/82%	10/50%	90/100%	94/100%
Total	36/95%	27/93%	60/98%	41/93%	93/99%	94/99%

Anmerkung: EP = Erwachsenenpsychiatrie, KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie, PPT = psychologische Psychotherapie, FAP = Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Im Durchschnitt kann eine Person mit dem Auto von ihrem Wohnort aus innerhalb von 10 Minuten eine Strecke von 5,5 Kilometern und innerhalb von 30 Minuten 21,5 Kilometer zurücklegen. In ländlichen Gebieten sind diese Distanzen erwartungsgemäss grösser als in städtischen Regionen (6,2 km vs. 4,7 km in 10 Minuten und 22,2 km vs. 20,8 km in 30 Minuten).

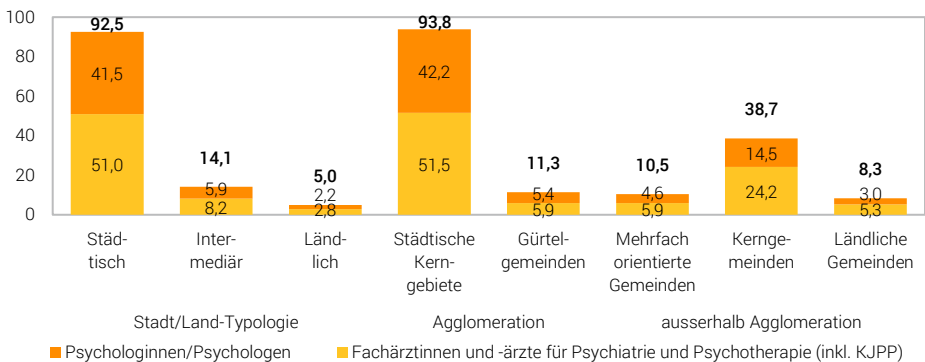
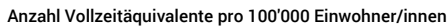
Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, STATPOP/Auswertung Obsan/Geo7 © Obsan 2025

innerhalb von 10 bzw. 30 Minuten erreichen kann. Bei der stationären Grundversorgung sowie bei der spitalambulant Grundversorgung sind diese Anteile im Tessin am geringsten (10%-41% für 10 Minuten und 50%-87% für 30 Minuten). Dies erscheint plausibel, wenn man die durch die Alpen geprägte Topographie des Tessins und die damit verbundenen Fahrzeiten von peripheren Regionen in die Zentren berücksichtigt. In der praxisambulant Versorgung hingegen können in den meisten Regionen über 90% der Bevölkerung ein Angebot innerhalb von 10 Minuten oder weniger erreichen. Grundsätzlich gilt, dass in ländlichen Regionen die Erreichbarkeit schlechter ist als in städtischen Regionen.

Für einen angemessenen Zugang müssen Versorgungsangebote nicht nur gut erreichbar sein, sondern auch über ausreichende Kapazitäten verfügen, um den regionalen Bedarf zu decken. Grafik G11.14 zeigt die Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) für niedergelassene Psychologinnen und Psychologen sowie für Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Verhältnis zur Bevölkerung. Dabei wird deutlich, dass die Ressourcen in der praxisambulant psychiatrischen Versorgung stark auf städtische Regionen konzentriert sind. Während in städtischen Gebieten etwa 92 VZÄ pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung stehen, sind es im ländlichen Raum lediglich knapp 5 VZÄ. Zudem zeigt Grafik G11.14, dass die Dichte niedergelassener Psychiater/Psychiaterinnen und Psychologen/Psychologinnen in den städtischen Kerngebieten der Agglomerationen am höchsten ist, während sie in den Gürtelgemeinden

Praxisambulante Versorgungsdichte nach Urbanität und Zugehörigkeit zu Agglomerationen, 2023

G11.14



Anmerkung: Die räumlichen Einteilungen in dieser Grafik basieren auf der «Stadt/Land-Typologie 2020» sowie der Typologie «Raum mit städtischem Charakter und Agglomerationen 2020» des BFS (BFS, 2024). Letztere wurde leicht angepasst (siehe Begleitdokument).

Quelle: SASIS AG – Tarifpool & BFS – STATPOP / Auswertung Obsan, Datenstand 17.2.2025

© Obsan 2025

deutlich geringer ausfällt. Diese Konzentration auf die Kerngebiete ist nachvollziehbar, und versorgungstechnisch wohl auch weitgehend unproblematisch, da diese in Agglomerationen in der Regel gut erreichbar sind und sich die Bevölkerung der umliegenden Gemeinden oft ohnehin auf die Kerngebiete ausrichtet. Ausserhalb der Agglomerationen ist die Versorgungsdichte deutlich niedriger. Zwar verzeichnen auch einige Kerngemeinden höhere Versorgungsdichten, doch in den ländlichen Gemeinden sowie in mehrfach orientierten Gemeinden ist das psychiatrische Angebot pro Einwohnerin und Einwohner vergleichsweise gering.

Diese Analysen bestätigen frühere Untersuchungen, die bereits 2016 auf der Grundlage von Befragungen von Fachpersonen einen Mangel an niedergelassenen Psychiaterinnen, Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ländlichen und peripheren Gebieten aufgezeigt haben (Stocker et al., 2016). Dies ist vor allem dann problematisch, wenn in diesen ländlichen Gemeinden die Angebote in den Zentren nicht in angemessener Zeit erreichbar sind. Um dies abschliessend beurteilen zu können, müssen regionale Abhängigkeiten in der Versorgung berücksichtigt werden, indem die Erreichbarkeit und die Verfügbarkeit der Versorgungsstrukturen gleichzeitig analysiert werden. Solche Ansätze existieren (vgl. Jörg et al., 2023; Jörg & Haldimann, 2023; Jörg & Haldimann, 2022), wurden aber für die Psychiatrie in der Schweiz noch nicht angewendet.

11.6 Qualität der Versorgung und Versorgungssituation

Spitalstationärer Bereich

Im Bereich der stationären Psychiatrie koordiniert und führt der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ (*Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques*) jährlich Qualitätsmessungen in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Spitälern und Kliniken durch. Als Qualitätsindikatoren werden die Differenzwerte der Symptombelastung (Eintritts- minus Austrittswerte) aus Sicht der Behandelnden (HoNos)⁸ und aus Sicht der Patientinnen und Patienten (BSCL)⁹ sowie der Anteil der Fälle, bei denen freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM)¹⁰ angewendet

⁸ Die Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden wird mit der Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) erfasst, einem standardisierten Messinstrument zur Erfassung des klinischen Zustands von psychiatrischen Patientinnen und Patienten anhand von 12 Items.

⁹ Die Symptombelastung aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird mit der Brief Symptom Checklist (BSCL) erhoben, einem standardisierten Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von psychischen Belastungen und Symptomen. Sie ist eine Kurzversion der Symptom-Checkliste SCL-90-R und wird international eingesetzt.

¹⁰ FM sind Interventionen (z. B. Zwangsmedikation, Fixierung), die ohne die Zustimmung der Patientinnen und Patienten während eines Spital-/Klinikaufenthaltes durchgeführt werden. Diese Massnahmen werden in der Psychiatrie nur in gut begründeten Ausnahmefällen angewendet, nämlich dann, wenn aufgrund der psychischen Erkrankung eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung von der Patientin bzw. dem Patienten ausgeht. Die Anwendung solcher Massnahmen unterliegt strengen rechtlichen und ethischen Vorgaben.

wurden, verwendet. Hauptziel der Berichterstattung des ANQ ist es, dass die Spitäler und Kliniken ihre Ergebnisse schweizweit mit anderen Spitälern und Kliniken vergleichen können. Die Messergebnisse sind aber auch für Versicherer und Kantone relevant. Die Versicherer stützen sich bei ihren Tarifverhandlungen darauf ab, die Kantone bei ihren Leistungsvereinbarungen.

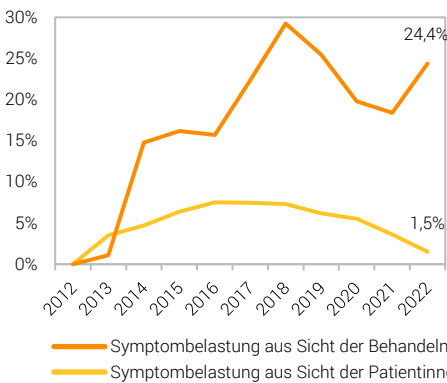
In Grafik G11.15 wird die Entwicklung der Symptombelastung und der FM für die Erwachsenenpsychiatrie dargestellt. Die Differenzwerte der Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden (HoNOS) haben zwischen 2012 und 2022 um 24% zugenommen, mit einem Peak im Jahr 2017 (+29%). Im Gegensatz dazu haben die Differenzwerte aus Sicht der Patientinnen und Patienten (BSCL) im gleichen Zeitraum nur um 2% zugenommen, mit einem Höchstwert im Jahr 2016 (+8%). Eine Zunahme der Differenzwerte kann als Verbesserung des Behandlungserfolgs und damit als Verbesserung der Ergebnisqualität interpretiert werden. Ein höherer Differenzwert bedeutet, dass die Symptombelastung zwischen Eintritt und Austritt stärker reduziert wurde (Pellegrini et al., 2024).

FM können als Qualitätsindikator in dem Sinne interpretiert werden, dass nicht genügend Pflegepersonal zur Verfügung steht, um die Patientinnen und Patienten jederzeit adäquat zu versorgen und deshalb vermehrt auf FM zurückgegriffen wird. Gemäss der SGPP kann die Anwendung von FM allerdings aus verschiedenen Gründen erfolgen und hängt auch von den Patientinnen- und Patientengruppen ab (bestimmte psychische Erkrankungen erfordern möglicherweise häufiger den Einsatz von FM als andere). FM sind

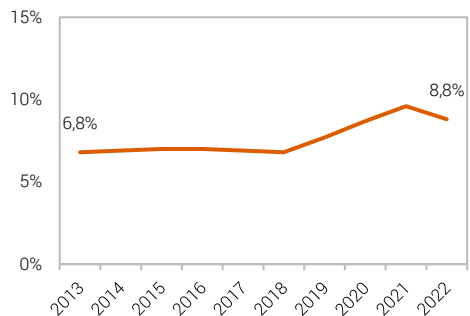
ANQ Qualitätsmessung Erwachsenenpsychiatrie, 2012/2013–2022

G11.15

Differenzwerte Symptombelastung
(Abweichung zum Referenzjahr 2012)



Freiheitsbeschränkenden Massnahme (Anteil in %)



Anmerkung: Die Differenzwerte der Symptombelastung entsprechen der Differenz zwischen der Symptombelastung bei Eintritt und Austritt. Ein positiver Wert zeigt eine Abnahme der Symptombelastung an. Eine zunehmende Abweichung vom Referenzjahr weist somit auf eine Verringerung der Symptombelastung hin.

Quelle: ANQ – Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht 2022.

© Obsan 2025

nicht immer vermeidbar und in manchen Fällen notwendig, um das Wohlergehen des Patienten oder anderer Personen zu gewährleisten (SGPP, 2024). Entscheidend ist, dass FM reflektiert, begründet und dokumentiert werden, da sie für die betroffenen Personen als sehr einschneidend erlebt werden können (Pro Mente Sana, 2014). Derzeit werden FM von den Kliniken selbst deklariert, es gibt keine externe Überprüfung.

Der Anteil der Fälle mit mindestens einer FM bleibt über den gesamten Zeitraum von 2013 bis 2017 mehr oder weniger konstant bei knapp 7%. Ab 2018 steigt der Anteil bis 2021 auf 9,6% und sinkt 2022 wieder leicht auf 8,8%. Fachleute sehen verschiedene Gründe für die Zunahme der FM: Überlastung des Personals aufgrund von Personalmangel, eine im Laufe der Jahre verbesserte Dokumentation der FM und immer schwerere Fälle in der stationären Psychiatrie (Pellegrini et al., 2024).

In einer vom BAG im Rahmen der Einführung von TARPSY in Auftrag gegebenen Studie hat das Obsan die Versorgungsqualität in der stationären Psychiatrie anhand der ANQ-Indikatoren sowie weiterer Indikatoren und Einschätzungen von Expertinnen und Experten untersucht (Pellegrini et al., 2024). Anhand der analysierten Indikatoren konnten keine Hinweise auf eine Veränderung der Versorgungsqualität zwischen 2012 und 2022 gefunden werden. Einzelne Indikatoren zeigten zwar Tendenzen, die als Stagnation oder sogar leichte Verschlechterung der Versorgungsqualität interpretiert werden können. Diese Ergebnisse sind jedoch schwierig zu interpretieren, da der untersuchte Zeitraum stark durch Veränderungen in der Kodierungspraxis (präzisere Kodierung von Diagnosen und Behandlungen im Zuge der Einführung von TARPSY) und durch Ereignisse wie Corona-Pandemie beeinflusst wurde (Pellegrini et al., 2024). Die befragten Expertinnen und Experten (Vertretende der Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, Patientenorganisationen und Berufsverbände) waren mehrheitlich der Meinung, dass der Druck in der psychiatrischen Versorgung zugenommen habe, die Schweiz aber im internationalen Vergleich bzgl. der Versorgungsqualität noch gut dastehe. Als Hauptgründe für den zunehmenden Druck werden die steigende Inanspruchnahme und die Zunahme von komplexeren und schwereren Fällen in Verbindung mit einem chronischen Personalmangel¹¹ genannt. Diese Entwicklungen seien Teil eines globalen Trends. Die Expertinnen und Experten fügen hinzu, dass die Qualität der Versorgung derzeit noch hoch ist, dass es aber schwierig sein wird, dieses Niveau zu halten, wenn der Druck anhält.

Die FMH lässt jährlich eine repräsentative Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld bei der Spitalärzteschaft sowie bei den praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten durchführen. In der Befragung 2023 stand die Versorgungsqualität im Zentrum (gfs.bern, 2023). In der Psychiatrie beurteilt nur noch rund die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte die

¹¹ Die in Abschnitt 11.4 unter Spitalbereich (stationär und intermediär) dargestellten Analysen, die eher auf eine Verbesserung der Personalsituation hindeuten, scheinen im Widerspruch zu den Meinungen von Fachleuten zum Personal-mangel zu stehen. Aufgrund der Verknappung der Zeit für die Leistungserbringung durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer, der Zunahme des administrativen Dokumentationsaufwandes sowie der hohen Fluktuation (häufiger Personalwechsel) ist es möglich, dass die Arbeitsbelastung trotz eines verbesserten Personalschlüssels gestiegen ist und die Ressourcen nicht ausreichen.

Versorgungsqualität als gut. Als Gründe werden die zunehmende Arbeitsbelastung und der Zeitdruck genannt. Zudem sehen 73% der befragten Psychiaterinnen und Psychiater den Fachkräftemangel in ihrem Arbeitsumfeld als Problem. Dieser macht sich vor allem bei den Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bemerkbar. Gemäss 44% der befragten Fachärztinnen und -ärzte sind die Wartezeiten im Vergleich zu 2019 (deutlich) länger geworden. Rund ein Drittel gibt an, dass es einen Monat oder länger dauert, bis Patientinnen und Patienten einen Termin erhalten. Über 80% der Psychiaterinnen und Psychiater, die längere Wartezeiten beobachten, sehen eindeutig oder zumindest teilweise negative Folgen dieser Verzögerungen für die Patientinnen und Patienten. Im Bereich der stationären Psychiatrie ist nur etwa die Hälfte der Befragten der Meinung, dass der Entlassungszeitpunkt in der Regel richtig gewählt wird, was sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken dürfte.

Intermediärer und praxisambulanter Bereich

Anders als in der stationären Psychiatrie gibt es aktuell für den intermediären und praxisambulantem Bereich keine systematischen und regelmässigen Qualitätsmessungen. Der ANQ arbeitet an der Erweiterung der Qualitätsindikatoren, um auch die **intermediäre/spitalambulante** Versorgung in der Psychiatrie abzudecken. In einem Pilotprojekt wurden von 2022 bis 2023 erstmals Qualitätsaspekte in psychiatrischen Tageskliniken gemessen. Ziel war es, einheitliche und vergleichbare Qualitätsmessungen zu schaffen, die Behandlungsqualität zu beurteilen und nationale Qualitätsvergleiche zu ermöglichen. Dabei wurden bestehende Indikatoren aus dem stationären Bereich auf ihre Anwendbarkeit im tagesklinischen Bereich überprüft und neue Instrumente zur Messung der Patientinnen-/Patienten- und Behandlungszufriedenheit erprobt. Der ANQ kam jedoch zum Schluss, vorderhand auf national vergleichende Qualitätsmessungen im klinikambulanten Setting zu verzichten. Zurzeit klärt der ANQ im Rahmen der Weiterentwicklung der Messungen ab, ob eine freiwillige Ausweitung der Messungen umsetzbar wäre. Für den praxisambulantem Bereich existieren derzeit keine flächendeckenden (oder nationalen) Qualitätsmessungen im Sinne der Messungen durch den ANQ bei Spitälern und Kliniken.

Gemäss der Omnibuserhebung Psychische Gesundheit im Herbst 2022 beurteilt die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten die Qualität der erhaltenen Behandlung als (sehr) positiv, nur 7% beurteilen die Qualität als weniger gut oder schlecht (Peter et al., 2023). Rund 95% der Befragten berichten zudem über ausreichend Zeit, verständliche Erklärungen, Einbeziehung in Entscheidungen und einen respektvollen Umgang durch die behandelnde(n) Person(en). Diese Werte sind im internationalen Vergleich eher hoch (de Bienassis et al., 2022). Die Ergebnisse der Befragung können auf den ambulanten Bereich bezogen werden, da die überwiegende Mehrheit der Behandlungen ambulant, z. B. in Form von Konsultationen in einer Praxis oder einem Ambulatorium, erfolgte (95,8%).

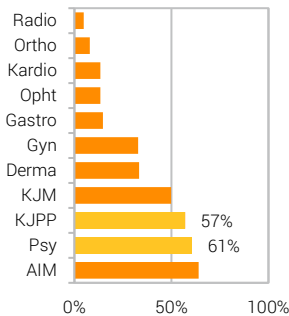
In Bezug auf die Versorgungssituation in der ambulanten Psychiatrie gibt es deutliche Hinweise auf Kapazitätsengpässe. Gemäss einer Befragung aus dem Jahr 2024, an der 4747 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben – darunter auch 537 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 131 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) – wird die Versorgungslage in den Fachgebieten der Psychiatrie am schlechtesten beurteilt (vgl. Kaiser et al., 2024). 55% der Psychiaterinnen und Psychiater machen in ihrem Fachgebiet eine Unterversorgung aus. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es sogar 71%. Über die Hälfte der Psychiaterinnen und Psychiater geben an, dass sie (teilweise) aufgrund mangelnder Kapazitäten keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen. Nur die Allgemeine Innere Medizin verzeichnet einen ähnlich hohen Anteil von Patientenaufnahmestopps (G 11.16). Die Wartezeit zwischen Kontaktaufnahme und Konsultation in der KJPP beträgt durchschnittlich 56 Tage, in der Erwachsenenpsychiatrie 41 Tage. Obschon sie zur (erweiterten) Grundversorgung gehören, gehören die psychiatrischen Fachgebiete damit zu den Fachgebieten mit den höchsten Wartezeiten. Entsprechend überrascht es nicht, dass Psychiaterinnen und Psychiater angeben, in weniger als 40% der Fälle Termine innert nützlicher Frist anbieten zu können. Die Einschätzungen der Psychiaterinnen und Psychiater deckt sich dabei mit der Aussenwahrnehmung der Hausärztinnen und

Wahrgenommene Versorgungssituation
in der ambulanten Psychiatrie, 2024

G11.16

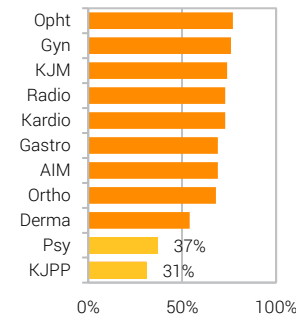
Patientenaufnahmestopp

Anteil von Ärztinnen und Ärzten, die (teilweise) keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen.



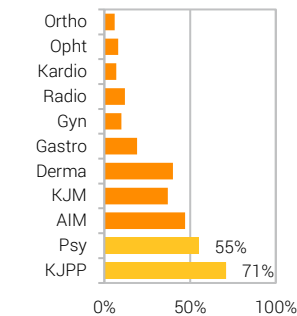
Terminvereinbarung

Anteil Ärztinnen und Ärzte, die einen Termin innerhalb der medizinisch gewünschten Frist anbieten können.



Versorgungssituation

Anteil Ärztinnen und Ärzte, die im eigenen Fachgebiet eine Unterversorgung wahrnehmen.



Anmerkung: AIM = Allgemeine Innere Medizin, Psy = Psychiatrie und Psychotherapie, KJPP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, KJM = Kinder- und Jugendmedizin, Derma = Dermatologie und Venerologie, Gyn = Gynäkologie und Geburtshilfe, Gastro = Gastroenterologie, Opht = Ophthalmologie, Kardio = Kardiologie, Ortho = Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Radio = Radiologie.

Quelle: Kaiser et al. (2024).

© Obsan 2025

Hausärzte und weiteren Grundversorgungsdisziplinen.¹² 95% der Grundversorgerinnen und Grundversorger erachten es als schwierig oder eher schwierig, einen Termin bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zu vereinbaren. Dementsprechend ist die Psychiatrie und Psychotherapie auch das am stärksten unterversorgte Fachgebiet gemäss Einschätzung der Grundversorgenden (vgl. Kaiser et al., 2024).

11.7 Fazit

Regionale Unterschiede in den psychiatrischen Versorgungsstrukturen

Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz ist vielfältig und zeichnet sich durch unterschiedliche **Angebotsstrukturen** aus: von der stationären Versorgung in psychiatrischen Kliniken und Allgemeinspitälern über intermediäre Strukturen wie Ambulatorien und Tageskliniken bis hin zu Sprechstunden im praxisambulanten Bereich. Aufgrund der dezentralen Gesundheitsversorgung in der Schweiz bestehen deutliche kantonale Unterschiede in der Organisation und Struktur der psychiatrischen Versorgung. So setzen z. B. die Kantone der lateinischen Schweiz tendenziell stärker auf den intermediären und ambulanten Bereich, während in der Deutschschweiz die stationäre Versorgung eine grössere Rolle spielt. Dabei ist zu beachten, dass nur im stationären Bereich eine Planungspflicht gesetzlich verankert ist. Gemäss Art. 39 KVG sind die Kantone für die Planung der Spitalversorgung zuständig. Gestützt auf diese Planung vergeben die Kantone Leistungsaufträge an die Spitäler und Kliniken, publiziert auf der kantonalen Spitalliste. Im intermediären Bereich findet vor allem eine indirekte Steuerung durch den Kanton über die Finanzierung der Angebote statt. Auch im praxisambulanten Bereich können die Kantone nur indirekt steuern, und zwar über die Zulassungsbeschränkungen für neue Ärztinnen und Ärzte bestimmter Fachrichtungen (sogenannte Höchstzahlen).

¹² Zur Grundversorgung im engeren Sinne zählen Ärztinnen und Ärzte mit Hauptfachgebiet «Allgemeine Innere Medizin», «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin», «Tropen- und Reisemedizin» (die in der Regel mehrheitlich als Grundversorgende tätig sind) oder «Kinder- und Jugendmedizin».

Hohe Behandlungsqualität trotz Unterversorgung

Die Frage, ob das Ausmass der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen in der Schweiz als bedarfsgerecht bezeichnet werden kann, lässt sich nicht hinreichend beantworten. Die Definition des Behandlungsbedarfs (sowie dessen medizinische Notwendigkeit) und dessen Finanzierung ist immer auch eine gesellschaftspolitische Frage (Jacobi et al., 2016). Da es häufig keine eindeutigen Kriterien für Bedarfsgerechtigkeit gibt, wird aus pragmatischen Gründen oftmals die Versorgung im Durchschnitt als Benchmark verwendet (Jörg et al. 2022). Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz ist allerdings vielschichtig, komplex und durch regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen geprägt. Abweichungen vom schweizerischen Durchschnitt können nicht vorschnell als inadäquate Versorgungssituation interpretiert werden, denn die regionalen Besonderheiten in der Versorgungsorganisation sind zu berücksichtigen. So ist z. B. die vergleichsweise tiefe stationäre Inanspruchnahme im Kanton Genf nicht zwingend ein Hinweis auf eine Unterversorgung, da im Gegenzug in Genf gut ausgebaute intermediäre und praxisambulante Angebotsstrukturen bestehen (Tuch et al. 2024). Anders stellt sich die Situation beispielsweise in den ländlich geprägten Kantonen der Zentralschweiz dar: Die Kantone Schwyz, Ob- und Nidwalden sowie Uri weisen nicht nur im stationären, sondern auch im praxisambulanten und intermediären Bereich eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen auf. Die Bevölkerung dieser Zentralschweizer Kantone scheint jedoch auch weniger psychisch belastet zu sein (vgl. Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Dies zeigt, dass zur Beurteilung der Frage einer bedarfsgerechten Versorgung nicht primär die Inanspruchnahme, sondern auch epidemiologische Kennzahlen herangezogen werden sollten. In der Praxis ist dies jedoch oft nicht möglich, da diese Daten nicht in der erforderlichen räumlichen Auflösung und zeitlichen Aktualität vorliegen.

Auch wenn es kaum möglich ist, den objektiven Bedarf zu bestimmen – weder regional noch auf gesamtschweizerischer Ebene – lässt sich festhalten, dass die Ärztinnen und Ärzte selbst in der Psychiatrie eine **Unterversorgung** ausmachen. Das gilt sowohl für den stationären (vgl. gfs.bern, 2023) als auch für den ambulanten Bereich (vgl. Kaiser et al. 2024). Lange Wartezeiten führen dazu, dass Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen nicht in nützlicher Frist behandelt werden können.

In Bezug auf die Frage nach der Qualität der psychiatrischen Versorgung können für den stationären Bereich die **Qualitätsmessungen** des ANQ als Ausgangspunkt dienen. Für den ambulanten Bereich existieren keine vergleichbaren Messungen nach national einheitlicher Systematik. Gestützt auf die ANQ-Messungen und weitere Qualitätsindikatoren lassen sich zwischen 2012 und 2022 keine wesentlichen Veränderungen in der Qualität der stationären psychiatrischen Versorgung ausmachen (Pellegrini et al., 2024). Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass die psychiatrische Versorgung in der Schweiz gegenwärtig von hoher Qualität sei, insbesondere im internationalen Vergleich

(Pellegrini et al., 2024). Jedoch stehe die Psychiatrie zunehmend unter Druck, was auf die steigende Inanspruchnahme und die Zunahme von komplexeren und schwereren Fällen in Verbindung mit einem chronischen Personalmangel zurückzuführen sei.

Ein weiterer Hinweis auf einen **Fachkräftemangel** ist der hohe Anteil an ausländischen Ärztinnen und Ärzten, die in der Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind. Besonders problematisch sind dabei die sprachlichen und kulturellen Barrieren, welche die Behandlungsqualität beeinträchtigen können (Burla, Widmer und Zeltner, 2022). Prognosen zur zukünftigen Personalentwicklung haben gezeigt, dass selbst bei einer stärkeren Einbindung nichtärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Task Shifting) der Fachkräftebedarf nicht vollständig gedeckt werden kann. Es wird erwartet, dass der Bedarf weiterhin nur durch die Anstellung einer grossen Anzahl ausländischer Fachkräfte gedeckt werden könnte (Burla, Widmer und Zeltner, 2022).

Interessanterweise zeigt sich der im Feld wahrgenommene Fachkräftemangel bisher nicht in den Zahlen bzw. in den hier präsentierten Analysen. Das Verhältnis Personal zu Pflegetagen (Personalschlüssel) hat sich in den Spitälern und Kliniken mehrheitlich verbessert. Auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen ist die Zahl der auf Basis der OKP-Abrechnungen ermittelten VZÄ zwischen 2015 und 2023 gestiegen. Dies ist immer noch der Fall, wenn die demografische Entwicklung berücksichtigt wird, d. h. die Zahl der in Praxen tätigen Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychologinnen und Psychologen hat überproportional zum Bevölkerungswachstum zugenommen. Relativ gesehen war die Zunahme bei den Psychologinnen und Psychologen am stärksten.

Die anhand der Zahlen beschriebenen Entwicklungen müssen aber nicht zwangsläufig im Widerspruch zu einem wahrgenommenen Fachkräftemangel stehen. Es ist möglich, dass dieser Mangel regional unterschiedlich ausgeprägt ist und sich deshalb nicht im schweizweiten Durchschnitt zeigt. Der Patientenmix verändert sich hin zu komplexeren und schwereren Fällen. In der stationären Psychiatrie hat der Dokumentationsaufwand zugenommen, während aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauer weniger Zeit für die direkte Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht (Pellegrini et al., 2024). Hinzu kommt eine hohe Fluktuation des Personals in den Kliniken, was die Belastung der Mitarbeitenden erhöhen kann (Stocker et al., 2016). Aufgrund dieser Entwicklung ist es möglich, dass die Arbeitsbelastung trotz verbessertem Personalschlüssel gestiegen ist und somit die Personalressourcen für eine bedarfsgerechte Versorgung teilweise nicht ausreichen.

Aufgrund der Altersstruktur der Psychiaterinnen und Psychiater könnte sich die Situation in naher Zukunft deutlich verschärfen. Hinzu kommt neben der stetig steigenden Inanspruchnahme ein Nachwuchsmangel. Die Zahl der in der Schweiz erworbenen Weiterbildungstitel in Psychiatrie reicht nicht aus, um den Bedarf zu decken (Burla, Widmer & Zeltner, 2022, 2023). Es droht in den nächsten Jahren eine mögliche Unterversorgung, wenn nicht genügend ausländische Fachärztinnen und Fachärzte rekrutiert werden können.

Etwas entschärft werden könnte diese Situation durch die steigende Zahl von psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen. Laut Ansicht der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) hat die Umstellung der psychologischen Psychotherapie auf das Anordnungsmodell insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Krisensituationen und Randregionen den Zugang zur Therapie erleichtert und damit zu einer Entlastung der Versorgungssituation geführt (zumindest im ambulanten Bereich). Es bleibt jedoch abzuwarten, ob diese Änderung die bestehenden Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung mittel- bis langfristig beheben kann. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass möglicherweise leichtere Fälle bevorzugt werden, während die Versorgung komplexer Fälle mit hohem Betreuungsaufwand problematisch bleiben könnte (Seifritz et al. 2023).

Gute Erreichbarkeit der psychiatrischen Versorgung mit unterschiedlicher Verfügbarkeit

Die Kantone müssen den **Zugang** zur psychiatrischen Versorgung in nützlicher Frist sicherstellen. Über 93% der Wohnbevölkerung der Schweiz erreichen ein Angebot der stationären Grundversorgung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit (mit dem Auto). Bezugnehmend auf die Empfehlungen zur Psychiatrieplanung der GDK (2008) ist die Erreichbarkeit der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz somit gut. Auch im spitalambulanten Bereich ist die psychiatrische Versorgung für den Grossteil der Bevölkerung gut erreichbar. Im praxisambulanten Bereich können rund 93% der Wohnbevölkerung das nächstgelegene Angebot bereits innerhalb von 10 Minuten erreichen. Vereinzelt gibt es jedoch auch Regionen mit längeren Anfahrtszeiten, das betrifft insbesondere ländliche Bergregionen.

Trotz der geringeren Erreichbarkeit ist die Inanspruchnahme stationärer Angebote in ländlichen Regionen nicht niedriger als in städtischen Regionen (Tuch et al., 2024). Mit anderen Worten: Es gibt keine Hinweise auf ein Stadt-Land-Gefälle in der stationären psychiatrischen Versorgung (siehe auch Stulz et al. 2024).

Die Analysen zum praxisambulanten Bereich zeigen eine deutliche Konzentration hin zu den urbanen Zentren. In städtisch geprägten Regionen ist die Dichte an niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen um ein Vielfaches höher als in ländlichen Gebieten. Besonders hoch ist die Dichte in Kerngebieten von Agglomerationen. Diese Konzentration auf die Kerne ist nachvollziehbar, da diese in Agglomerationen in der Regel gut erreichbar sind und sich die Bevölkerung der umliegenden Gemeinden oft ohnehin auf diese ausrichtet. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung pro Kopf in den ländlich geprägten Gemeinden ist vergleichsweise gering. Dies ist insofern problematisch, als die Inanspruchnahme ambulanter Angebote – im Gegensatz zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen – mit zunehmender Entfernung

abnimmt (Stulz et al., 2024). Dies bedeutet, dass Menschen aufgrund zu langer Anfahrtswege auf eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung potenziell verzichten. Insgesamt deuten die Ergebnisse somit weiterhin auf einen Mangel an niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ländlichen und peripheren Gebieten hin (vgl. auch Stocker et al., 2016).

Neben der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit sind als weitere Zugangsbarrieren auf der Systemebene die Kosten zu nennen. Hier geht es vor allem um die Frage, ob die Kosten durch die OKP oder durch allgemeine Mittel der Gesundheitspolitik (z. B. GWL und andere kantonale Zusatzfinanzierungen) übernommen werden oder ob die Finanzierung über Zusatzversicherungen oder über Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten erfolgt (auch «Out-of-Pocket-Leistungen» genannt, weil sie aus der eigenen Tasche bezahlt werden). Da psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen in der Schweiz zum Leistungskatalog der OKP gehören, sollte grundsätzlich ein allgemeiner Zugang zu diesen Leistungen gewährleistet sein. Je nach Höhe der Franchise muss jedoch ein erheblicher Teil der Kosten aus eigenen Mitteln getragen werden. Diese Problematik betrifft das ganze Gesundheitssystem, ist aber für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung besonders relevant, da gerade Personen in einkommensschwachen Haushalten vergleichsweise häufig von psychischen Belastungen betroffen sind (REF, siehe auch Kapitel 5 Sozialer Kontext).

Schliesslich existieren auch psychosoziale und kulturelle Zugangsbarrieren, wie mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen (*Literacy*), Stigmatisierung (Angst, als psychisch Kranker sozial negativ wahrgenommen zu werden) sowie sprachliche und kulturelle Barrieren (Stocker et al., 2016).

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen

Bis 2032 wird mehr als die Hälfte der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater das Pensionsalter erreicht haben, in den Spitälern wird es etwa ein Drittel sein. Diese Lücke wird durch den inländischen Fachärztenachwuchs nicht geschlossen werden können. Die Psychiatrie wird noch stärker als bisher darauf angewiesen sein, ihren ärztlichen Nachwuchs im Ausland zu rekrutieren und ausländische Fachärzte anzuwerben. Dieser drohende Fachkräftemangel in Verbindung mit der stetig steigenden Inanspruchnahme bringt die Schweiz in die Gefahr einer potenziellen psychiatrischen Unterversorgung. Etwas entschärft werden könnte diese Situation durch die steigende Zahl von Psychologinnen und Psychologen. Laut Ansicht der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) hat die Umstellung der psychologischen Psychotherapie auf das Anordnungsmodell insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Krisensituationen und Randregionen den Zugang zur Therapie erleichtert und damit zu einer Entlastung der Versorgungssituation geführt (zumindest im ambulanten Bereich).

Es bleibt jedoch abzuwarten, ob diese Änderung die bestehenden Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung mittel- bis langfristig beheben kann. Mit Rücksicht auf den Fachärztemangel und den steigenden Versorgungsbedarf hat der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) dazu aufgerufen, die Strukturen und Prozesse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung kritisch zu überdenken (Seifritz et al., 2023). Dabei wurden folgende Handlungsfelder hervorgehoben:

- Förderung der sozialpsychiatrischen Versorgung: Diese soll durch eine nachhaltige tarifliche Finanzierung gestärkt werden, um eine interprofessionelle Behandlung und Betreuung komplexer psychischer Erkrankungen zu ermöglichen.
- Schaffung von Rahmenbedingungen für digitale Therapieanwendungen: Betont wird dabei das Potential digitaler Therapieangebote, in ambulanten Settings gute Wirkungen bei niedrigeren Kosten zu erzielen.
- Aufrechterhaltung eines direkten Zugangs zu den ambulanten Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie: Ein direkter Zugang trägt dazu bei, den Krankheitsverlauf und die Prognose zu verbessern. Er kann Chronifizierungen, krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, Invalidisierung und Suizide reduzieren und dabei sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten senken.
- Einbezug nichtmedizinischer Fachkräfte: «Advanced Practice Nurses» sollten stärker in die ambulante Versorgung einbezogen werden. Dies erfordert jedoch eine Anpassung der Tarifstruktur, da solche integrierten Versorgungsmodelle derzeit nur mit kantonalen Subventionen wirtschaftlich betrieben werden können.

Anknüpfend an die obigen Punkte kann grundsätzlich auf die Bedeutung einer stabilen und kostendeckenden Finanzierung für eine nachhaltige psychiatrische Versorgung hingewiesen werden. Ein Schritt in diese Richtung wurde bereits mit dem Wechsel zum Anordnungsmodell gemacht, welches nun die Finanzierung der psychotherapeutischen Leistungen durch Psychologinnen und Psychologen im Rahmen der OKP sicherstellt. Im Bereich der intermediären Angebote steht dies noch aus. Hier sind die Leistungserbringer nach wie vor auf die kantonalen Zusatzfinanzierungen angewiesen.

Weiter ist hier das Potential der Digitalisierung im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu erwähnen. Insbesondere die telemedizinische Versorgung ermöglicht bereits heute Patientinnen und Patienten via digitale Plattformen, psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe unabhängig von ihrem geografischen Standort in Anspruch zu nehmen. Dies ist besonders in ländlichen Gebieten mit Fachkräftemangel von Bedeutung. So haben beispielsweise telefonische Konsultationen während der Corona-Pandemie eine entscheidende Rolle dabei gespielt, den Bedarf an ambulanter Behandlung zu decken (Stocker et al., 2021).

Aber auch mobile Gesundheitsanwendungen bieten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Selbstüberwachung psychischer Parameter und erlauben eine kontinuierliche Unterstützung, etwa zwischen Therapiesitzungen (Eisenstadt et al., 2021). Auch die Künstliche Intelligenz (KI) bietet ein gewisses Potenzial zur Unterstützung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Erste Ansätze zeigen, dass KI zur frühzeitigen Erkennung psychischer Störungen beitragen könnte, indem sie Merkmale wie Sprache, Texte und Gesichtsausdrücke analysiert. Digitale Anwendungen wie Chatbots und virtuelle Therapieangebote (z. B. «Woebot», «Wysa») können dabei jederzeit zugängliche Unterstützung und Empfehlungen auf Basis kognitiver Verhaltenstherapie bieten. Solche KI-gestützten Werkzeuge könnten skalierbare und personalisierte Interventionen ermöglichen und stellen möglicherweise eine ergänzende Option zur herkömmlichen Therapie dar. In diesem Sinne könnten sie zu einer ortsunabhängigen Versorgung beitragen und dem Fachkräftemangel im Bereich der psychischen Gesundheit entgegenwirken. Trotz dieser vielversprechenden Entwicklungen bleibt jedoch eine Reihe ethischer und datenschutzrechtlicher Fragen zu klären, und es sind rechtliche Rahmenbedingungen für solche Anwendungen zu schaffen. Dies ist eine Aufgabe, die voraussichtlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird (Graham et al., 2019; Olawade et al., 2024).

Datengrundlage

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) dokumentiert alle stationären Fälle in der Schweiz mit detaillierten Angaben zu Diagnosen und Behandlungen. Ambulante Leistungen sind in den Abrechnungsdaten mit dem Daten- und Tarifpool der SASIS AG und in den Patientendaten Spitäler ambulant (PSA) des BFS dokumentiert. Teilweise sind diese Datenquellen auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beschränkt. Auswertungen nach Störungsbildern sind kaum möglich, da die Diagnosen in den erwähnten Datenquellen gar nicht oder nur unvollständig erfasst sind. Als ergänzende Datenquelle zur Inanspruchnahme (insbesondere zum Medikamentenkonsum) wird die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) verwendet. Auf der Basis der Krankenhausstatistik (KS) des BFS können für den Spitalbereich die Personalressourcen ermittelt werden. Es kann jedoch nicht unterschieden werden, inwieweit das Personal im stationären oder ambulanten (d. h. intermediären) Bereich tätig ist.

Ausführliche Informationen der für dieses Kapitel verwendeten Datenquellen und Methoden finden sich im Begleitdokument zum nationalen Gesundheitsbericht.

11.8 Literaturverzeichnis

- Birkmeyer, J. D., Reames, B. N., McCulloch, P., Carr, A. J., Campbell, W. B., & Wennberg, J. E. (2013). Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet*, 382(9898), 1121–1129. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61215-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61215-5)
- Bundesamt für Gesundheit – BAG. (2016). Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik – BFS (2022). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens – Krankenhaustypologie (Version 5.3). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ks.assetdetail.23546402.html>
- Bundesamt für Statistik – BFS (2024). Aktualisierung 2020 der nichtinstitutionellen Raumgliederungen: Raum mit städtischem Charakter, Agglomerationen und Typologien – Erläuterungsbericht (Florian Kohler & Daniel von Siebenthal, Red.). Neuchâtel: Statistik der Schweiz. <https://www.statistik.ch>
- Burla, L., Widmer, M. & Zeltner, C. (2022). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 04/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Burla, L., Widmer, M., Haldimann, L. & Zeltner, C. (2023). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 2: Total der Fachgebiete, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie sowie Kardiologie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 05/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- de Bienassis, K., Hewlett, E., Kendir, C., Kristensen, S., Mainz, J., & Klazinga, N. (2022). Establishing standards for assessing patientreported 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
- Eisenstadt, M., Liverpool, S., Infanti, E., Ciuvat, R. M., & Carlsson, C. (2021). Mobile apps that promote emotion regulation, positive mental health, and well-being in the general population: systematic review and meta-analysis. *JMIR mental health*, 8(11), e31170.
- Forster, R. (1997) Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmann, H. (2014) Transinstitutionalisierung – eine Folge des Bettenabbaus? *Kerbe*, 32, 2, 33–35
- gfs.bern. (2023). Brennpunkt Versorgungsqualität: Fachkräftemangel und zunehmender Einfluss nicht kurativ tätiger Akteure sichtbar. Studie im Auftrag der FMH. FMH. https://www.fmh.ch/files/pdf29/2023-10-25_fmh_schlussbericht_representative-befragung.pdf
- Graham, S., Depp, C., Lee, E. E., Nebeker, C., Tu, X., Kim, H. C., & Jeste, D. V. (2019). Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: an overview. *Current psychiatry reports*, 21, 1–18.
- Iseli, S., Kaderli, T., & Künzi, K. (2024). Mitgliederbefragung und Arbeitszeiterhebung psychologische Psychotherapie [Im Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP]. Bern: Büro BASS.
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U., & Maier, W. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 87(11).
- Jäger, M., Tuch, A., Theodoridou, A., Hepp, U., & Stulz, N. (2024). Regionale Varianz der Raten Fürsorgerischer Unterbringungen in der Schweiz. *Psychiatrische Praxis*, 51(08), 434–440.
- Jörg, R., Haldimann, L., Rozsnyai, Z. & Streit S. (2023). Hausarztversorgung im Kanton Bern. Regionale Unterschiede im Zugang zur Hausarztversorgung (Obsan Bulletin 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jörg, R. & Haldimann, L. (2023). MHV3SFCA: A new measure to capture the spatial accessibility of health care systems. *Health Place*, 79, 102974. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.102974>
- Jörg, R. & Haldimann, L. (2022). Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin (Obsan Bericht 07/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. & Widmer, M. (2022). Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

- Kaiser, B., Legler, V., Frey, M. & Schönleitner, T. (2024). Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet. Bericht im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). BSS Volkswirtschaftliche Beratung.
- Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK). (n. d.). IVSE - Allgemein. Verfügbar unter: <https://sodk.ch/de/ivse/ivse-allgemein/> [Zugriffsdatum: 2024, Juli 10].
- Müller, A., Iseli, S. & Büchler, S. (2019). Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Bern: Ecoplan.
- Obsan (2023a). Versorgungsatlas Schweiz: Benzodiazepine. Abgerufen am 29.10.2024, von https://www.versorgungs-atlas.ch/indicator/_021/a
- Obsan (2023b). Versorgungsatlas Schweiz: Antidepressiva. Abgerufen am 29.10.2024, von https://www.versorgungs-atlas.ch/indicator/_131/a
- Obsan (2023c). Versorgungsatlas Schweiz: Opiode. Abgerufen am 29.10.2024, von https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_022/a
- Obsan (2023d). Versorgungsatlas Schweiz: ADHS-Medikamente. Abgerufen am 29.10.2024, von https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_042
- Olawade, D. B., Wada, O. Z., Odetayo, A., David-Olawade, A. C., Asaolu, F., & Eberhardt, J. (2024). Enhancing mental health with Artificial Intelligence: Current trends and future prospects. *Journal of medicine, surgery, and public health*, 3, 100099. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100099>
- Pellegrini, S., Tuch, A., Roth, S., Haldimann, L., Jörg, R. & Jäggi, Y. (2024). Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSPY (Obsan Rapport 14/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pro Mente Sana (2014). Autonomie stärken, Zwang eindämmen. Positionspapier der Stiftung Pro Mente Sana zu Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Zürich 2013.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwenkglenks, M., Ulyte, A., & Dressel, H. (2022). Geografische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. *PrimaryCare*, 22, 21–23.
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). (2018). Positionspapier: Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Psychiatrie. https://www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/UEber_Uns/SGPP-Positionspapier_Freiheitsbeschraenkende_Massnahmen.pdf
- Seifritz, E., Bachmann, R., Traber, R., & Rota F. (2023). Herausforderungen der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 104(46), 42–44. <https://doi.org/10.4414/saez.2023.1300950453>
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- 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.
- Stulz, N., Dubno, B., Gebhardt, R., & Hepp, U. (2024). Wie gemeindenah soll Psychiatrie sein? Distanzeffekte auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in einer Schweizerischen Versorgungsregion. *Psychiatrische Praxis*, 51(5), 270–276. <https://doi.org/10.1055/a-2265-8375>
- Tuch, A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E., & Hepp, U. (2024). Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix (Obsan Bulletin 03/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tuch, A., Fischer, F. & Jörg, R. (2025). Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Zweiter Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- World Health Organization (WHO) (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029?ua=1>

12 Kosten und Finanzierung



Simon Wieser, Belinda Müller, Michael Stucki, Christoph Thommen,
Christina Vetsch-Tzogiou & Yaroslava Zemlyanska
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Kernaussagen

- Die gesellschaftlichen Kosten der psychischen Erkrankungen umfassen die Gesundheitskosten (Kosten im Gesundheitswesen), die Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens sowie die Produktionsverluste durch eingeschränkte oder ganz verlorene Arbeitsfähigkeit der Betroffenen.
- Die Gesundheitskosten der psychischen Erkrankungen lagen im Jahr 2022 bei 9,5 Mrd. Fr. oder 10% der gesamten Gesundheitsausgaben. Damit waren die psychischen Erkrankungen, gleichauf mit den kardiovaskulären Erkrankungen, die zweitteuerste Krankheitsgruppe, knapp hinter den neurologischen Erkrankungen.
- Die Produktionsverluste durch psychische Erkrankungen lagen im Jahr 2022 bei 11,9 Mrd. Fr. oder 17% der gesamten Produktionsverluste. Sie sind besonders gross, da diese Erkrankungen oft schon früh im Leben auftreten, viele Menschen betreffen und deren Arbeitsfähigkeit oft stark einschränken.
- Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) im Bereich psychischer Erkrankungen lagen im Jahr 2022 bei fast 300 Mio. Fr. oder 22% der gesamten GFP-Ausgaben. Sie wurden vor allem für die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung verwendet.
- Zur Wirtschaftlichkeit der Behandlungen psychischer Erkrankungen gibt es nur wenige Informationen. Ein Teil der stationären Behandlungen könnte wohl durch gleich wirksame, aber kostengünstigere ambulante Behandlungen ersetzt werden.
- Die Behandlungen psychischer Erkrankungen wurden im Jahr 2022 zu 45% von der obligatorischen Krankenversicherung finanziert, die Ausgaben für GFP vor allem durch staatliche und private Mittel.
- Die Tarife der ambulanten psychiatrischen und psychologischen Behandlungen sind mit der Einführung neuer Tarifstrukturen und dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell im Umbruch.
- Die Herausforderungen bei der Finanzierung der Behandlungen liegen vor allem bei Leistungen, die ausserhalb der klassischen Tarifstrukturen liegen, wie intermediäre und psychosoziale Leistungen. Bei der Finanzierung der GFP liegen die Herausforderungen bei der Unsicherheit der verfügbaren öffentlichen Mittel.

12.1 Einleitung

Wie gross sind die gesellschaftlichen Kosten der psychischen Erkrankungen? Wie viel geben wir für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen aus? Wie wirtschaftlich sind die Behandlungen der psychischen Erkrankungen, wer finanziert sie und wie werden sie vergütet? Welche Herausforderungen bestehen bei der Finanzierung?

Diese gesundheitsökonomischen Fragen stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels. Abschnitt 12.2 beschreibt die gesellschaftlichen Kosten der psychischen Erkrankungen und Abschnitt 12.3 die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) im Bereich der psychischen Gesundheit. Abschnitt 12.4 beschäftigt sich mit der Wirtschaftlichkeit von Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit, also dem Verhältnis zwischen Kosten und Gesundheitsnutzen. Abschnitt 12.5 zeigt, wie die Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten finanziert werden und welche Herausforderungen es dabei gibt. Zur Untersuchung all dieser Aspekte wurden verfügbare Statistiken analysiert, Literaturrecherchen und -analysen durchgeführt sowie Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens geführt.

12.2 Gesellschaftliche Kosten psychischer Erkrankungen

Die gesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen umfassen verschiedene Kostenarten:

- Die *Gesundheitskosten* (auch als direkte medizinische Kosten bezeichnet) umfassen alle Kosten, die innerhalb des Gesundheitswesens entstehen. Das sind sowohl die Kosten von Behandlung und Pflege (Medikamente, Psychotherapien, Spitex, etc.) als auch die Kosten für GFP. Die Gesamtheit dieser Kosten wird jährlich vom BFS in der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» (COU) berechnet (BFS, 2024a).
- Die *Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens* (auch als direkte nicht-medizinische Kosten bezeichnet) entstehen ausserhalb des Gesundheitswesens durch den Einsatz von Personen, welche die Menschen mit psychischen Erkrankungen mit oder ohne Bezahlung unterstützen. Damit ist zum Beispiel die Beratung durch Sozialdienste oder die Betreuung durch Angehörige gemeint. Zusätzlich umfassen sie den Aufwand zur Bewältigung gesellschaftlicher Probleme, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen entstehen können, wie etwa den Aufwand von Polizei- und Justizbehörden wegen Straftaten von Personen mit Suchterkrankungen.
- *Produktionsverluste* (auch als indirekte Kosten bezeichnet) entstehen, wenn psychisch erkrankte Personen ihre Arbeitstätigkeit ganz oder teilweise verlieren, was zu einem entsprechenden Einkommensverlust führt. Sie entstehen durch eine krankheitsbedingt

verringerte Produktivität am Arbeitsplatz (*Präsentismus*), vorübergehende Abwesenheit vom Arbeitsplatz (*Absentismus*), krankheitsbedingte dauerhafte *Reduktion des Arbeitspensums*, vollständige Arbeitsunfähigkeit (*Invalidität*) und die durch einen *frühzeitigen Tod* verlorenen Jahre produktiver Arbeit.

- Die *Gesundheitsverluste* durch verlorene Lebensqualität und Lebensjahre (auch als intangible Kosten bezeichnet) werden mit der Anzahl verlorener Jahre bei voller Lebensqualität gemessen («qualitäts-adjustierte Lebensjahre»). Das Ausmass der gesundheitlichen Auswirkungen psychischer Erkrankungen wird in den Kapiteln 1–4 beschrieben.

Gesundheitskosten

Für die Schweiz gibt es mehrere Studien zu den Gesundheitskosten aller oder einzelner psychischer Erkrankungen. Die Resultate dieser Studien sind teilweise sehr unterschiedlich. Mögliche Gründe dafür sind unterschiedliche Datenquellen und Berechnungsmethoden und die Berücksichtigung unterschiedlicher Gesundheitsleistungen und Kostenträger.

Wir stellen zuerst die Ergebnisse einer *aktuellen umfassenden Kostenstudie* zu den Gesundheitskosten vor, die von den Autorinnen und Autoren dieses Kapitels durchgeführt wurde (Stucki et al., 2025). Dann vergleichen wir diese mit den Ergebnissen früherer Studien. Die Studie zerlegt die Gesundheitsausgaben gemäss COUStatistik nach 63 Krankheiten in 19 Krankheitsgruppen, 20 Leistungsgruppen, 17 Kostenträger, 20 5-Jahres-Altersgruppen und 2 Geschlechter für die Jahre 2012, 2017 und 2022 auf der Grundlage einer Vielzahl von Datenquellen. Die gleichzeitige Kostenaufteilung über alle Krankheiten hat den Vorteil, die typische Kostenüberschätzung von Studien zu einzelnen Erkrankungen zu vermeiden. Solche Studien neigen dazu, Kosten einzuschliessen, die eigentlich anderen Krankheiten zuzuordnen sind.

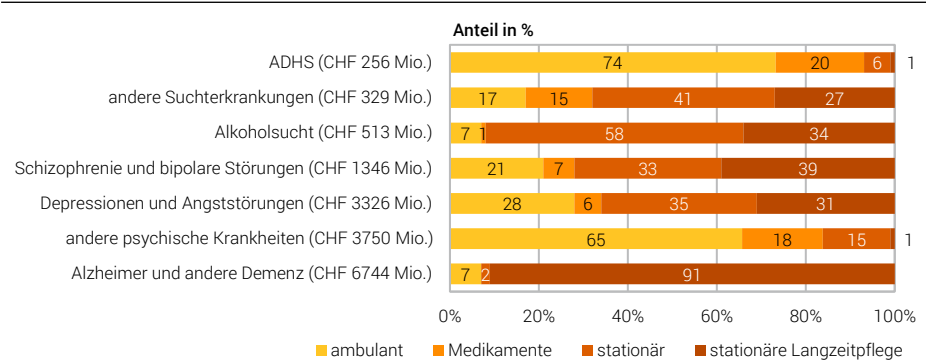
Die Gesundheitskosten werden für sechs psychische Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen berechnet: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), Alkoholsucht, andere Suchterkrankungen, Depressionen und Angststörungen, Schizophrenie und bipolare Störungen, andere psychische Erkrankungen. Die Summe dieser Kosten entspricht den gesamten Gesundheitskosten aller psychischen Erkrankungen. Im Gegensatz zu anderen Studien beschränkt sich die Studie nicht auf Leistungserbringer spezifischer Behandlungen für psychische Erkrankungen, sondern berücksichtigt auch Leistungserbringer mit einem breiten Behandlungsspektrum wie Hausärztinnen, Hausärzte und Pflegeheime.

Die gesamten Gesundheitskosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen in der Schweiz lagen 2022 bei 9,5 Mrd. Fr. Dies entspricht 10,4% der gesamten Gesundheitskosten. Die teuerste Krankheitsgruppe war «Depressionen und Angststörungen» mit 3,3 Mrd. Fr.

Die Gesundheitskosten der psychischen Erkrankungen lagen im Jahr 2022 bei 9,5 Mrd. Fr. oder 10% der gesamten Gesundheitsausgaben. Damit waren psychische Erkrankungen, gleichauf mit den kardiovaskulären Erkrankungen, die zweitteuerste Krankheitsgruppe, nach den neurologischen Erkrankungen mit 11% der Gesamtkosten. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den gesamten Gesundheitskosten ist zwischen 2012 und 2022 etwa konstant geblieben. 42% der Gesundheitskosten der psychischen Erkrankungen entfielen 2022 auf die ambulante Versorgung, 27% auf die stationäre Versorgung in psychiatrischen Kliniken und Spitälern, 20% auf die stationäre Langzeitpflege in Pflegeheimen und 11% auf Medikamente. Grafik G12.1 zeigt die Anteile an den Gesundheitskosten einzelner psychischer Erkrankungen. Der Leistungsbereich «ambulant» umfasst neben psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen in Spitälern oder durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch die ambulante Langzeitpflege (Spitex) oder Leistungen durch Hausärztinnen und Hausärzte.

Anteile der Leistungsbereiche an den Gesamtkosten einzelner psychischer Krankheiten, 2022

G12.1



Quelle: Stucki et al., 2025

© Obsan 2025

Die teuersten psychischen Erkrankungen waren Depressionen und Angststörungen mit 3326 Mio. Fr., gefolgt von Schizophrenie und bipolaren Störungen (1346 Mio. Fr.), Alkoholsucht (513 Mio. Fr.), ADHS (256 Mio. Fr.) und anderen Suchterkrankungen (329 Mio. Fr.). Die restlichen 3750 Mio. Fr. wurden den «anderen psychischen Krankheiten» zugewiesen. Diese umfassen sowohl Kosten für weitere psychische Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen) wie auch Kosten, die eigentlich zu den ausgewiesenen Krankheiten gehören, ihnen aber nicht zugeordnet werden konnten. Dies ist etwa der Fall, wenn eine Person ambulante Psychotherapie in Anspruch nimmt, die verfügbaren Daten jedoch keine Informationen über die zugrunde liegende psychische Erkrankung liefern. Alzheimer und andere Demenzerkrankungen sind neurologische Erkrankungen, die teilweise auch in der ambulanten und stationären Psychiatrie behandelt werden. Mit 6727 Mio. Fr. oder 7,4% der gesamten Gesundheitsausgaben war dies die teuerste aller Krankheiten im Jahr 2022.

Tabelle T 12.1 gibt einen Überblick der verfügbaren Studien zu den Gesundheitskosten der psychischen Erkrankungen in der Schweiz. Dabei sind die Studien nach Art der psychischen Erkrankung und dem Publikationsjahr der Studie sortiert. Falls eine Forschungsgruppe mehrere Versionen einer Studie mit dem gleichen Studiendesign publiziert hat, zeigen wir nur die Ergebnisse deren aktueller Version.¹ Die Kostenschätzungen unterscheiden sich bei einigen Erkrankungen erheblich, was sich teilweise durch Unterschiede in den verwendeten Daten, Methoden, berücksichtigten Leistungsbereichen und Altersgruppen erklären lässt (siehe Kommentarspalte T 12.1).

¹ Die Kostenschätzungen früher Studien wurden für eine bessere Vergleichbarkeit auf das Jahr 2022 hochgerechnet. Dazu wurden Ergebnisse in Fremdwährungen unter Verwendung des mittleren Wechselkurses und der Kaufkraftparitäten in Fr. (Schweizer Franken) umgerechnet (BFS, 2023b; Schweizerische Nationalbank, 2024) und entsprechend der Entwicklung der Gesundheitskosten pro Person auf das Jahr 2022 angepasst (BFS, 2024a).

Übersicht zu Studien zu Gesundheitskosten psychischer Erkrankungen in der Schweiz, 2000–2024

T12.1

Erkrankung – Jahr der Kostenberechnung	Kostenschätzung 2022 (Mio. Fr.)	Kommentar	Autorenschaft
Alle psychischen Erkrankungen – 2022	9498	umfassende Studie	Stucki et al. (2025)
Depressionen – 2007/2008	7045	inkl. Langzeitpflege	Tomonaga et al. (2013)
Affektive Störungen – 2010	1391	ohne Langzeitpflege	Maercker et al. (2013)
Depressionen und Angststörungen – 2022	3312	inkl. Langzeitpflege	Stucki et al. (2025)
Angststörungen – 2010	2462	Generalisierte Angststörung: Alter 14+	Maercker et al. (2013)
Psychotische Störungen – 2010	1553		Maercker et al. (2013)
Schizophrenie – 2012	445		Pletscher et al. (2014)
Schizophrenie und bipolare Störungen – 2022	1343		Stucki et al. (2025)
Drogensucht – 2002	234	ohne Kosten Folgeerkrankungen	Jeanrenaud et al. (2005)
Suchterkrankungen (Substanzen) – 2010	1224	für Opiode, Alter 15–65	Maercker et al. (2013)
Drogensucht – 2017	309	inkl. Kosten Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Andere Suchterkrankungen (ohne Alkoholsucht) – 2022	328	ohne Kosten der Folgeerkrankungen	Stucki et al. (2025)
Alkoholsucht – 2017	538	inkl. Kosten Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Alkoholsucht – 2022	513	ohne Kosten Folgeerkrankungen	Stucki et al. (2025)
Tabaksucht – 2017	3432	inkl. Kosten Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Spielsucht – 2007	12		Jeanrenaud et al. (2012)
Spielsucht – 2008	4	nur Casino-Glücksspiel	Künzi et al. (2009)
Spielsucht – 2017	4	inkl. Kosten Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
ADHS – 2022	255		Stucki et al. (2025)
Essstörungen – 2010	32		Maercker et al. (2013)
Schlafstörungen – 2010	1049		Maercker et al. (2013)
Störungen bei Kindern/ Jugendlichen – 2010	135	Alter 0–17	Maercker et al. (2013)
Persönlichkeitsstörungen – 2010	180		Maercker et al. (2013)
Suizidversuche – 2003	296		Czernin et al. (2012)

Anmerkung: Kosten jeweils auf das Jahr 2022 hochgerechnet.

© Obsan 2025

Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens

Tabelle T 12.2 zeigt die Ergebnisse verschiedener Studien zu den Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens einzelner psychischer Erkrankungen. Die Studien sind nach Art der Erkrankung und Publikationsjahr sortiert und die Kostenschätzungen wurden wie in Tabelle T 12.1 auf das Jahr 2022 hochgerechnet.

Die Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens durch *Depressionen und Angststörungen* werden auf 769 Mio. Fr. bzw. 5 Mio. Fr. geschätzt, mit Sozialdiensten und informelle Pflege als wichtigsten Leistungen. Diejenigen von *psychotischen Störungen* werden auf 252 Mio. Fr. geschätzt, wobei die von *Schizophrenie* gemäss einer anderen Studie bei 225 Mio. Fr. liegen, hauptsächlich verursacht durch Wohnheime und die informelle Pflege durch Angehörige.

Bei den *Suchterkrankungen* fallen die Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens sowohl bei der Betreuung der Betroffenen wie bei der Bewältigung der Folgekosten an. Die Kosten für Transport, Sozialdienst und betreute Unterbringung von Patientinnen und

Studien zu Kosten psychischer Erkrankungen ausserhalb des Gesundheitswesens in der Schweiz, 2000–2024 T 12.2

Erkrankung – Jahr der Kostenberechnung	Kostenschätzung 2022 (Mio. Fr.)	Kommentar	Autorenschaft
Suchterkrankungen – 2004	225	Alter 15+	Jäger et al. (2008)
Suchterkrankungen (Substanzen) – 2010	717	Für Opioide, Alter 15–65	Maercker et al. (2013)
Alkoholsucht – 2017	242	Strafverfolgung	Polynomics (2021)
Drogensucht – 2017	527	Strafverfolgung	Polynomics (2021)
Spielsucht – 2009	8	Casino-Glücksspiel	Künzi et al. (2009)
Affektive Störungen – 2010	684		Maercker et al. (2013)
Angststörungen – 2010	5	Nur PTBS, Alter 14+	Maercker et al. (2013)
Psychotische Störungen – 2004	252		Jäger et al. (2008)
Schizophrenie – 2012	225	Wohnheime und informelle Pflege	Pletscher et al. (2014)
Essstörungen – 2010	3		Maercker et al. (2013)
Störungen bei Kindern / Jugendlichen – 2013	936	Alter 0–17	Maercker et al. (2013)
Persönlichkeitsstörungen – 2010	135	Nur Borderline-Störungen	Maercker et al. (2013)

Anmerkung: PTBS: posttraumatische Belastungsstörung. Kosten jeweils auf das Jahr 2022 hochgerechnet.

Patienten mit *Alkohol- oder Drogenabhängigkeiten* werden in einer Studie mit einer breiteren Kostendefinition auf 225 Mio. Fr. bzw. 717 Mio. Fr. geschätzt. Die Strafverfolgungskosten von *Alkoholsucht* werden auf 242 Mio. Fr. und die von *Drogensucht* auf 527 Mio. Fr. geschätzt. Eine Studie zu *Spielsucht bei Casino-Glücksspielen* schätzt die Verwaltungskosten im Zusammenhang mit Kriminalität, Scheidungen und Transferzahlungen auf 8 Mio. Fr.

Weitere Studien schätzen die Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens von *Essstörungen* (4 Mio. Fr., hauptsächlich für Anorexie und Bulimie) oder *Persönlichkeitsstörungen* (135 Mio. Fr., ohne Borderline-Störungen). Bei Störungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren liegen diese Kosten bei 936 Mio. Fr., vorwiegend für *Autismus* (726 Mio. Fr.), *Verhaltensstörungen* (162 Mio. Fr.) und *ADHS* (48 Mio. Fr.). Die Ergebnisse dieser Studien sind mit vielen Unsicherheiten behaftet, da sie oft auf Befragungen von kleinen Stichproben von Betroffenen basieren. Selbstberichtete Daten (aus Fragebogenerhebungen) können ausserdem aufgrund des Antwortverhaltens der Studienteilnehmenden zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen (siehe auch Kapitel 1 Gesamtbevölkerung).

Produktionsverluste

Produktionsverluste durch verringerte oder verlorene Arbeitsfähigkeit entsprechen Verlusten an gesellschaftlichem Einkommen. Sie umfassen nicht nur die Produktionsausfälle durch Präsentismus und Absentismus bei derzeit Erwerbstätigen, sondern auch den Wert durch verlorene Arbeitsjahre aufgrund von Invalidität oder vorzeitigem Tod. Auch hier stellen wir zuerst die Ergebnisse der aktuellen umfassenden Kostenstudie vor (Stucki et al., 2025) und vergleichen diese dann mit den Ergebnissen früherer Studien.

In der aktuellen umfassenden Kostenstudie werden die Produktionsverluste einiger, aber nicht aller psychischen Erkrankungen in der Schweiz geschätzt. Die Produktionsverluste dieser Erkrankungen lagen 2022 bei 11,9 Mrd. Fr., was 17% der Produktionsverluste aller Krankheiten entspricht. Mit 6530 Mio. Fr. hatte die vollständige und teilweise Invalidität den grössten Anteil an den Produktionsverlusten durch psychische Erkrankungen (55%). An zweiter Stelle lag mit 3197 Mio. Fr. der Präsentismus (27%), also die krankheitsbedingt verringerte Produktivität am Arbeitsplatz, gefolgt vom Absentismus mit 2048 Mio. Fr. (17%). Dabei beziehen sich die Produktionsverluste durch Präsentismus und Absentismus allein auf Depression.

Tabelle T 12.3 gibt, nach Krankheit und Studienjahr geordnet, eine Übersicht der Studien zu den Produktionsverlusten psychischer Erkrankungen in der Schweiz. Wie in Tabelle T 12.1, wurden die Kostenschätzungen auf das Jahr 2022 hochgerechnet.

Studien zu Produktionsverlusten durch psychische Erkrankungen in der Schweiz, 2000–2024

T 12.3

Erkrankung – Jahr der Kostenberechnung	Kostenschätzung 2022 (Mio. Fr.)	Kommentar	Autorenschaft
Alle psychischen Erkrankungen – 2022	11 930	Absentismus, Invalidität, Präsentismus, Tod	Stucki et al. (2025)
Depressionen – 2022	5245	Absentismus, Präsentismus	Stucki et al. (2025)
Depressionen – 2010	2033		Maercker et al. (2013)
Depressionen – 2007/2008	6658		Tomonaga et al. (2013)
Angststörungen – 2010	1091	ohne PTBS, Alter 14+	Maercker et al. (2013)
Psychotische Störungen – 2010	2620		Maercker et al. (2013)
Schizophrenie – 2012	1038		Pletscher et al. (2014)
Suchterkrankungen – 2004	2371	Ohne Nikotin, Alter 15+	Jäger et al. (2008)
Suchterkrankungen (Substanzen) – 2010	976	Ohne Nikotin- und Cannabis, für Opiode Alter 15–65	Maercker et al. (2013)
Alkoholsucht – 2017	3618	inkl. Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Tabaksucht – 2017	3413	inkl. Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Drogensucht – 2017	594	inkl. Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Drogensucht – 2002	3265	inkl. Folgeerkrankungen	Jeanrenaud et al. (2005)
Spielsucht – 2007	489–517		Jeanrenaud et al. (2012)
Spielsucht – 2017	239	inkl. Folgeerkrankungen	Polynomics (2021)
Spielsucht – 2008	68	Casino-Glücksspiele	Künzi et al. (2009)
Essstörungen – 2010	6		Maercker et al. (2013)
Schlafstörungen – 2010	608	ohne Schlaflosigkeit	Maercker et al. (2013)
Persönlichkeitsstörungen – 2010	831		Maercker et al. (2013)
Vollendete Suizide – 2014	77	ohne Suizidversuche	Doran und Kinchin (2020)

Anmerkung: PTBS: posttraumatische Belastungsstörung. Kosten jeweils auf das Jahr 2022 hochgerechnet

© Obsan 2025

Die Produktionsverluste durch psychische Erkrankungen sind im Vergleich zu anderen Erkrankungen besonders hoch. Dies liegt an der oft hohen Prävalenz, dem häufig chronischen Verlauf, dem frühen Erkrankungsbeginn und der erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vieler Betroffener.

Die Studien zu den Produktionsverlusten durch *Suchterkrankungen* unterscheiden sich vor allem nach der Art der Sucht und der Art der berücksichtigten Produktionsverluste. Eine Studie schätzt die Kosten von Präsentismus, Absentismus und frühzeitigem Tod von Alkohol-, Drogen-, Spiel- und Tabaksucht auf insgesamt 7864 Mio. Fr. und berücksichtigt dabei auch die Folgeerkrankungen. Die Resultate anderer Studien zu Suchterkrankungen liegen deshalb meist tiefer.

Die Schätzungen der Produktionsverluste wegen Depressionen liegen zwischen 2033 und 6658 Mio. Fr. und die der Angststörungen zwischen 1091 und 1240 Mio. Fr. Bei psychotischen Störungen sind diese Kosten besonders hoch, da diese Erkrankungen häufig chronisch verlaufen und früh im Leben auftreten. Eine Studie schätzt diese Kosten auf 1038 Mio. Fr. oder 60% der gesamten Kosten dieser Erkrankung.

Gesamtkosten

Die gesamten gesellschaftlichen Kosten der psychischen Erkrankungen lagen 2022 bei 23,1 Mrd. Fr. Die Produktionsverluste stellten mit 11,9 Mrd. Fr. über die Hälfte der Gesamtkosten (52%), gefolgt von den Gesundheitskosten mit 9,5 Mrd. Fr. (41%) und den Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens mit 1,7 Mrd. Fr. (7%) (Summe der Ergebnisse der letzten verfügbaren Studien in T 12.3). Dabei werden die Gesamtkosten aus mehreren Gründen unterschätzt. So konnte bei manchen Arten der Produktionsverluste und bei den Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens nur ein Teil der psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden. Ausserdem wurden die Kosten der Folgeerkrankungen, die bei vielen psychischen Erkrankungen sehr relevant sind, nur in wenigen Fällen berücksichtigt. Und schliesslich wurde die durch verlorene Lebensqualität und Lebensjahre verlorene Gesundheit nicht berücksichtigt (siehe dazu die Kapitel 1–4 zur Epidemiologie der psychischen Erkrankungen).

12.3 Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen

Begriffsklärung Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung

Prävention und Gesundheitsförderung (GFP) sind zwei miteinander verbundene Konzepte. Prävention umfasst alle Massnahmen, die darauf abzielen, die Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern, indem Risikofaktoren reduziert und Schutzfaktoren gestärkt werden. Die Gesundheitsförderung zielt hingegen auf die Stärkung der Gesundheit und der gesundheitsfördernden Ressourcen, unabhängig von spezifischen Erkrankungen. Sie fokussiert auf die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und untersucht somit, was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund erhält (salutogenetischer Ansatz). Auch zielt sie sowohl auf die einzelne Person als auch auf die Gesellschaft (Hurrelmann, 2018). Eine genaue Definition findet sich in Kapitel 10 Gesundheitsförderung und Prävention.

Eine klare Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung ist in der Praxis oft schwierig. Somit ist auch die Zuordnung von finanziellen Mitteln und Ausgaben zu diesen Bereichen mit Unsicherheit behaftet.

In der Praxis ist es oft schwierig, Massnahmen zur GFP von medizinischen Behandlungen zu unterscheiden. Das macht es auch schwierig, die Kosten der GFP und deren Finanzierung zu bestimmen. Zusätzlich unterscheidet sich diese Finanzierung zwischen den Kantonen (BAG & Obsan, 2023).

Ausmass und Entwicklung der Ausgaben

In der Schweiz sind in erster Linie die Kantone für die Gesundheitsversorgung und somit auch für die GFP zuständig. Die Kantonsärztinnen und Kantonsärzte und die kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung koordinieren die Aktivitäten in der GFP. Auf nationaler Ebene stimmt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) die Tätigkeiten der Kantone aufeinander ab. Neben der GFCH sind auf nationaler Ebene die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie verschiedene Bundesämter wie das BAG, Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) tätig – und zuletzt auch unzählige gemeinnützige Organisationen wie Gesundheitsligen, Patientenorganisationen und Selbsthilfeorganisationen (siehe Kapitel 10, Abschnitt «Akteur/-innen im Bereich von GF/P»).

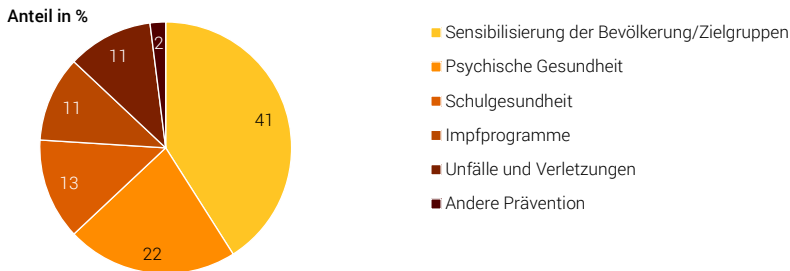
Im Jahr 2022 betrugen die Ausgaben für die GFP im Bereich psychische Gesundheit 289 Mio. Fr. Sie wurden für die Sensibilisierung zu psychischen Erkrankungen sowie für die Früherkennung, Beratung und Behandlung im Bereich der Prävention von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentensucht verwendet. Nicht berücksichtigt sind hier Präventionsausgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung, wie etwa Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Ausgaben von Betrieben und Krankenversicherern im Rahmen der Zusatzversicherung. Von den 289 Mio. Fr. gingen 230 Mio. Fr. in die Suchtprävention und 59 Mio. Fr. in die allgemeine Prävention psychischer Erkrankungen. Etwa 76% der 289 Mio. Fr. gingen dabei an gemeinnützige Organisationen wie Sucht Schweiz, Ulmenhof und IOGT Schweiz oder Pro Mente Sana. Weitere 19% wurden von Bund, Kantonen und Gemeinden aufgewendet, zum Beispiel für Abstinenzverbände, Entzugszentren oder die kontrollierte Drogenabgabe. Die restlichen 5% oder 14 Mio. Fr. waren Ausgaben der GFCH für den Bereich psychische Gesundheit. Sie machten mit einem Anteil von 32% einen beträchtlichen Teil der Ausgaben von GFCH aus² (GFCH, 2023).

Die GFP-Ausgaben für den Bereich psychische Gesundheit entsprachen 2019 etwa 22% der gesamten Ausgaben im Bereich Prävention. Grafik G12.2 zeigt die Ausgaben nach Präventionsbereich für das Jahr 2019. Diese entfielen grösstenteils auf die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung/Zielgruppen (41%). Die Zahlen werden für dieses Jahr gezeigt, da die Zahlen von 2020 bis 2022 durch Präventionsausgaben im Rahmen der Corona-Pandemie verzerrt werden.

² Umfasst Ausgaben für das kantonale Aktionsprogramm «Psychische Gesundheit», betriebliches Gesundheitsmanagement und das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz.

Während die Gesundheitsausgaben der Schweiz über die letzten Jahre gestiegen sind, sind die Ausgaben für GFP im Bereich psychischer Gesundheit zwischen 2018 und 2022 relativ stabil geblieben: Sie beliefen sich auf jeweils rund 278–297 Mio. Fr. Dabei sind die Ausgaben von GFCH 2017 angestiegen. Dieser Anstieg ist auf die zusätzliche Umsetzung kantonaler Aktionsprogramme aus Massnahmen des Berichts «Psychische Gesundheit in der Schweiz» zurückzuführen. Um diese Ausgaben zu finanzieren, wurde 2017 und 2018 der KVG-Prämienbeitrag erhöht, den alle nach KVG versicherten Personen jährlich mit ihrer Krankenversicherungsprämie entrichten. Weitere Details zur Finanzierung der Ausgaben finden sich unter 12.5, Abschnitt zur Finanzierung nach Art der Kostenträger.

Ausgaben nach Präventionsbereich, Schweiz, 2019

G12.2

Quelle: ZHAW basierend auf BFS – COU

© Obsan 2025

12.4 Wirtschaftlichkeit von Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen

Bedeutung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit ist ein zentrales Prinzip im Gesundheitswesen. So müssen Gesundheitsleistungen wie ärztliche Behandlungen und Medikamente nach dem Gesetz zur obligatorischen Krankenversicherung *wirksam*, *zweckmässig* und *wirtschaftlich* sein – also den sogenannten WZW-Kriterien entsprechen (KVG, Artikel 32 Absatz 1). Dabei heisst wirtschaftlich, dass die Kosten der Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Gesundheitsnutzen stehen. Die WZW-Kriterien sollen sicherstellen, dass Leistungen nur dann erbracht werden, wenn sie wirksam und sicher sind, einem sinnvollen Zweck dienen und wirtschaftlich sind (Bundesamt für Gesundheit, 2022).

Eine Voraussetzung für die *Wirtschaftlichkeit* einer Behandlung ist, dass sie *wirksam* ist und damit beiträgt, die Gesundheit zu verbessern, zu stabilisieren oder den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Die Wirksamkeit einer Behandlung sollte mit wissenschaftlichen Studien nachgewiesen werden, und zwar idealerweise auch mit einer systematischen Analyse aller dazu vorhandenen Wirksamkeitsstudien durch eine unabhängige Gesundheitsbehörde oder Organisation, wie dem Cochrane-Netzwerk (cochrane.org). Studien zur Wirksamkeit von Behandlungen psychischer Erkrankungen stehen vor besonderen Herausforderungen, da die Symptome dieser Erkrankungen und deren Verbesserung häufig schwer messbar sind. Weitere Schwierigkeiten sind Vergleichbarkeit der Vielfalt psychotherapeutischer Ansätze sowie praktische und ethische Hürden bei der Durchführung der Studien. In der Praxis kommt es vor, dass keine Studien zur Wirksamkeit einer Behandlung vorliegen. Und auch wenn Studien vorliegen, ist die Wirksamkeit manchmal unklar, da die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die lokale Praxis unsicher ist.

Die Beurteilung der *Wirtschaftlichkeit* einer neuen Behandlung erfolgt in vergleichenden gesundheitsökonomischen Evaluationen. Diese Studien vergleichen Kosten und Gesundheitsnutzen der neuen Behandlung mit der aktuellen Behandlung einer bestimmten Erkrankung. Die Kosten berücksichtigen dabei sowohl die Kosten der neuen Behandlung wie die möglicherweise durch die neue Behandlung vermiedenen Gesundheitskosten. Je nachdem, wie der Gesundheitsnutzen gemessen wird, unterscheidet man dabei verschiedene Arten von Evaluationen (Drummond et al., 2015). Bei *Kosten-WirksamkeitsAnalysen* wird der Gesundheitsnutzen in klinischen Messgrössen gemessen, wie etwa einer Verbesserung auf einer Skala zum Schweregrad von Angststörungen. Bei *Kosten-Nutzwert-Analysen* wird der Gesundheitsnutzen in qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) gemessen, die sowohl die gewonnene Lebensqualität als auch die gewonnenen Lebensjahre berücksichtigen.

Kosten-Nutzwert-Analysen sind besonders relevant. In vielen Ländern dienen sie als entscheidendes Kriterium, um zu bestimmen, ob die Kosten einer Behandlung vom staatlichen Gesundheitswesen bzw. der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden oder nicht. Sind die Kosten pro gewonnenes QALY zu hoch, wird die Behandlung nicht übernommen. Werden die Kosten hingegen als angemessen beurteilt oder ist die Behandlung sogar kostensparend, gilt sie als *wirtschaftlich* und ihre Kosten werden übernommen.

In der internationalen Literatur gibt es zahlreiche wissenschaftliche Publikationen zu gesundheitsökonomischen Evaluationen von Behandlungen psychischer Erkrankungen. Die Ergebnisse dieser Studien sind aber wegen Unterschieden in der Art der Behandlung und unterschiedlichen Preisniveaus nicht direkt auf die Schweiz übertragbar. Es ist daher häufig unklar, wie wirksam und kostenwirksam die psychiatrischen und psychologischen Behandlungen in der Schweiz sind. Es ist deshalb gut möglich, dass viele der aktuellen Behandlungen durch kostenwirksamere ersetzt werden könnten. So spricht vieles dafür, dass ein Teil der stationären psychiatrischen Behandlungen durch zumindest gleich wirksame, aber kostengünstigere, ambulante Behandlungen ersetzt werden könnten (Stulz et al., 2023).

Ausgewählte Studienergebnisse zur Wirtschaftlichkeit von Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit in der Schweiz

Es liegen nur wenige Studien zur Wirtschaftlichkeit von Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit in der Schweiz vor. Tabelle T 12.4 zeigt exemplarisch einige Schweizer Studien zur Wirtschaftlichkeit von Behandlungen und Präventionsmassnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit. Der Komparator in der zweiten Spalte ist jeweils die Behandlung, mit der die Intervention bezüglich ihrer Wirtschaftlichkeit verglichen wurde. So zeigt die erste Zeile der Tabelle T 12.4, dass eine aufsuchende multisystemische Therapie bei Jugendlichen mit schweren Störungen des Sozialverhaltens im Vergleich zu ausserfamiliären Platzierungen kostensparend sein kann. Auch verschiedene Behandlungen von Suchterkrankungen können in der Schweiz im Vergleich zu anderen Behandlungen kostenwirksam und sogar kostensparend sein. Dies gilt etwa für die heroingestützte Behandlung bei chronifizierter Heroinabhängigkeit im Vergleich zu Methadon oder Morphin oder verschiedene Behandlungen von Nikotinsucht. Ein weiteres Beispiel für eine kostensparende Intervention ist ein Kurzinterventionsprogramm bei Personen mit früheren Suizidversuchen im Vergleich mit einem ähnlichen Programm.

Übersicht exemplarischer Studien zur Wirtschaftlichkeit von Interventionen
im Bereich der psychischen Gesundheit in der Schweiz

T 12.4

Erkrankung und Intervention	Komparator (Vergleichsbehandlung)	Resultat	Autorenschaft
Störungen des Sozialverhaltens – Multisystemische Therapie (MST)	Andere Massnahmen	kostensparend	Rehberg et al. (2011)
Heroinabhängigkeit – Heroingestützte Behandlung	Methadon oder Morphinum	kostensparend	Frei (2001)
Nikotinsucht – Pharmakologische Therapie	Rauchstoppberatung ohne pharmakologische Therapie	nach Kostenwirksamkeit geordnet: Bupropion, Nikotinpflaster, Spray, Inhalator, Kaugummi	Cornuz et al. (2003, 2006)
Nikotinsucht – Schulungsprogramm für die Rauchstopp-Beratung	Sitzungen zum Thema Dyslipidämie-Management	kostenwirksam	Pinget et al. (2007)
Suizid – Kurzinterventionsprogramm	Einmalige Suizidrisiko- bewertung	kostensparend	Park et al. (2018)

© Obsan 2025

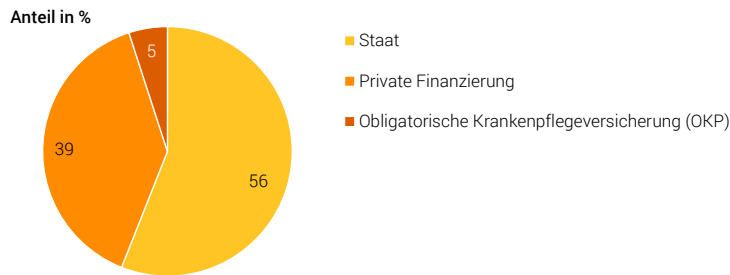
12.5 Finanzierung von Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen

Finanzierung nach Art der Kostenträger

Im Jahr 2022 wurden in der Schweiz 289 Mio. Fr. für die GFP im Bereich der psychischen Gesundheit und 9346 Mio. Fr. für die Behandlungen psychischer Erkrankungen aufgewendet (siehe Abschnitt Ausmass und Entwicklung der Ausgaben). Wie Grafik G 12.3 zeigt, wurden die Ausgaben für die GFP überwiegend vom Staat und aus privaten Mitteln finanziert. Der Staat trug 56% der Ausgaben in Höhe von 161 Mio. Fr., die vorwiegend für die Suchtprävention aufgewendet wurden. Diese Mittel stammen unter anderem aus Sonderfinanzierungen wie dem Alkoholzehntel (10% der Spirituosensteuer), der Spielsuchtsteuer (0,5% des Bruttoerlöses der Lotterien) oder der Abgabe für den Tabakpräventionsfonds (0,3% pro Zigarette). Der privat finanzierte Anteil von 39% oder 114 Mio. Fr. wurde durch Stiftungen, Spenden und die Eigenfinanzierung von Leistungserbringern finanziert. Die Finanzierung der restlichen 5% oder 14 Mio. Fr. erfolgte durch den jährlichen Zuschlag auf die OKP-Prämien, der im Jahr 2024 bei 4.80 Fr. pro versicherte Person lag.

Finanzierung der Prävention psychischer Erkrankungen
nach Kostenträger, 2022

G12.3



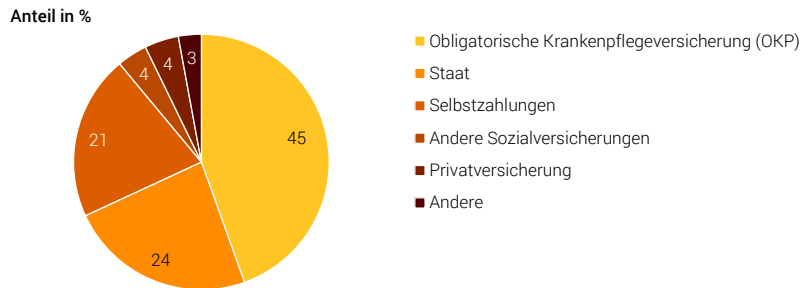
Quelle: ZHAW basierend auf BFS – COU

© Obsan 2025

Grafik G12.4 zeigt, wie die Behandlungen psychischer Erkrankungen im Jahr 2022 finanziert wurden. Über zwei Drittel der Ausgaben wurden von der OKP (45%) oder dem Staat (24%) getragen. Weitere wichtige Finanzierungsquellen waren die Selbstzahlungen und Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten (21%) und die anderen Sozialversicherungen (4%) wie IV und AHV.

Finanzierung psychiatrischer Gesundheitsleistungen
nach Kostenträger, Schweiz, 2022

G12.4



Quelle: BFS – COU

© Obsan 2025

Tarife für die Behandlungen psychischer Erkrankungen

Während es bei der Finanzierung der Behandlungen darum geht, wer die Kosten der Behandlungen bezahlt, geht es bei den Tarifen darum, welche Preise die Anbieterinnen und Anbieter für ihre Behandlungen oder Medikamente in Rechnung stellen können. Die Tarife spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Sie bestimmen wesentlich die Einnahmen der Kliniken und Pharma-Unternehmen und das Einkommen der freischaffenden Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater. Tarife können Anreize zur Über-, Unter- oder Fehlversorgung setzen, wenn sie zu hoch, zu niedrig oder mangelhaft gestaltet sind. Eine Überversorgung ist zum Beispiel eine medizinisch unnötige Verlängerung einer ambulanten Psychotherapie, eine Unterversorgung lange Wartezeiten für eine Intervention bei Jugendlichen in psychischen Krisensituationen wegen eines Mangels an spezialisierten Fachpersonen und eine Fehlversorgung eine stationäre Behandlung, die eigentlich durch eine wirksamere ambulante Behandlung ersetzt werden könnte (Frank & McGuire, 2000).

Die wichtigsten Tarife im Schweizer Gesundheitswesen sind die der Gesundheitsleistungen und -produkte, die ganz oder teilweise von der OKP übernommen werden. Deshalb beschränken wir uns hier auf diese Tarife, die auf der Grundlage national einheitlicher Tariflisten und Tarifstrukturen festgelegt werden. Während Tariflisten die Preise der einzelnen Leistungen und Produkte enthalten, enthalten die Tarifstrukturen Regeln zur Definition einzelner Leistungen und relative Kostengewichte dieser Leistungen – zum Beispiel die Anzahl «Taxpunkte». Der eigentliche Tarif einer Leistung wird durch die Multiplikation des relativen Kostengewichts mit dem Preis einer Einheit des Kostengewichts berechnet – zum Beispiel dem «Taxpunkt» in Fr. pro Taxpunkt. Diese Preise werden zwischen den Krankenversicherern und Anbietenden von Gesundheitsleistungen verhandelt und können sich zwischen Kantonen und manchmal auch zwischen Anbietenden unterscheiden. Ein Beispiel: Wenn das Kostengewicht pro 5 Minuten psychiatrischer Einzeltherapie bei 17,92 Taxpunkten liegt und der Taxpunkt bei 0,90 Fr. pro Taxpunkt, so liegt der Tarif von 50 Minuten psychiatrischer Einzeltherapie bei 161,28 Fr. ($10 \times 17,92 \text{ Taxpunkte} \times 0,90 \text{ Fr. pro Taxpunkt}$). Die Tariflisten, Tarifstrukturen und die KLV des Bundes enthalten zusätzliche Vorgaben oder «Limitationen», die erfüllt sein müssen, damit die Kosten einer Leistung oder eines Produkts von der OKP übernommen werden. Diese Vorgaben betreffen zum Beispiel die Art der behandelten Erkrankung, die fachliche Qualifikation der behandelnden oder verordnenden Person oder die maximale Dauer der Behandlung (BAG, 2024b, 2024a; EDI, 2024).

Die wichtigste Tarifliste bei der Behandlung psychischer Erkrankungen ist die sogenannte Spezialitätenliste, die alle Medikamente enthält, die von der OKP übernommen werden. Die Spezialitätenliste wird vom BAG erstellt und legt nicht nur die Preise der Medikamente fest, Sie enthält oft auch Einschränkungen, dass ein Medikament nur für einen gewissen Zeitraum oder nur bei einem bestimmten Schweregrad der Erkrankung eingesetzt oder

nur eingesetzt werden darf, wenn die Therapie mit einem anderen Medikament erfolglos war. Ein Beispiel: Das Medikament Dexamphetamin zur Behandlung von ADHS darf nur bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder Nichtansprechen von Methylphenidat bei Kindern und Jugendlichen durch ausgewählte Fachärztinnen und -ärzte verschrieben werden. Nach einem Jahr muss die Behandlungsnotwendigkeit überprüft werden.

Der überwiegende Teil der Tarife von Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung psychischer Erkrankungen wird innerhalb von Tarifstrukturen bestimmt. Wie im Abschnitt 12.1 zu den Behandlungskosten psychischer Erkrankungen aufgezeigt, werden diese Behandlungen nicht nur von spezialisierten Fachpersonen und Institutionen wie Psychologinnen und Psychologen oder psychiatrischen Kliniken erbracht, sondern auch von allgemeinen Krankenhäusern, Hausärztinnen und Hausärzten oder Pflegeheimen. Die stationären Versorgungsbereiche verfügen über spezifische Tarifstrukturen wie etwa die SwissDRG-Fallpauschalen für stationäre Behandlungen in Akutspitälern. Die ambulanten Tarifstrukturen, wie der TARMED-Einzelleistungstarif für ambulante ärztliche Leistungen, werden hingegen sowohl in der praxisambulanten als auch in der spitalambulanten Versorgung angewandt. In diesem Abschnitt fokussieren wir allein auf die spezifischen Tarifstrukturen für die psychiatrischen Kliniken, die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und beleuchten zusätzlich einige Aspekte der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

TARPSY für stationäre Behandlungen in psychiatrische Kliniken

TARPSY ist die Tarifstruktur zur Vergütung stationärer Behandlungen in psychiatrischen Kliniken. Mit der Einführung von TARPSY im Januar 2018 wurde die Vorgabe des KVG erfüllt, dass stationäre Behandlungen mit leistungsbezogenen Pauschalen zu vergüten sind, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Dabei heisst «leistungsbezogen», dass die Kostengewichte der Tarifstruktur auf der Grundlage der durchschnittlichen Kosten bestimmter Behandlungen von bestimmten Erkrankungen und Gruppen von Patientinnen und Patienten berechnet werden. Während das KVG vorschreibt, dass in der Regel Fallpauschalen festzulegen sind, wie etwa bei der Tarifstruktur für die Akutspitäler (SwissDRG), ist TARPSY eine Tarifstruktur mit Tagespauschalen. Grund dafür ist, dass die Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten dauern können und keine Merkmale der Patientinnen und Patienten oder der Behandlungen diese grossen Unterschiede verlässlich erklären können. TARPSY definiert national einheitliche TagesKostengewichte, die sich je nach Hauptdiagnose, Alter und Schweregrad der Erkrankung unterscheiden (SwissDRG, 2023). Dabei erfolgt die Beurteilung des Schweregrads auf der Grundlage der Art der Nebendiagnosen, der Behandlungen und einer standardisierten Beurteilung des Schweregrades der psychischen Störung, der sozialen Funktionsfähigkeit und der motorischen Funktionseinschränkung.

Die Struktur der Kostengruppen («PCG» für Psychiatric Cost Groups) von TARPSY ist mit 9 Hauptgruppen mit 1–4 Untergruppen relativ einfach. Die Hauptgruppen sind den Hauptdiagnosen der wichtigsten ICD-10-F-Diagnosen zugeordnet (zum Beispiel die PCG 21 den Diagnosen im ICD-10-F1-Kapitel der Suchterkrankungen). Die Untergruppen unterscheiden sich hauptsächlich nach Alter und regulärem oder erhöhtem Schweregrad. Die Tages-Kostengewichte in TARPSY sinken mit zunehmender Aufenthaltsdauer. Mit einer Bandbreite zwischen 2,009 und 0,895 und einer Häufung um den Mittelwert von 1 liegen sie auch deutlich näher als die Fallpauschalen der Akut-Kliniken beieinander. Dies liegt einerseits daran, dass die Höhe der Fallpauschalen im Gegensatz zu Tagespauschalen auch durch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bestimmt wird. Andererseits kommt dies daher, dass die Art der Behandlung in den psychiatrischen Kliniken unabhängig von der Diagnose meist recht ähnlich ist. Allein Kinder, Jugendliche, ältere und besonders anspruchsvolle Patientinnen und Patienten erhalten eine besonders intensive Betreuung (SwissDRG AG, 2024).

TARPSY hat einige wichtige Vorteile gegenüber den vorherigen stationären Tarifen für die psychiatrischen Kliniken. So ist es heute deutlich einfacher, die Behandlungen und Kosten zwischen Kliniken und Kantonen zu vergleichen. Während die meisten Kliniken zuvor in der Erwachsenenpsychiatrie identische Tagespauschalen hatten, erhalten die Kliniken heute dank abgestufter PCG-Kostengewichte für Patientinnen und Patienten mit prognostizierbar erhöhtem Betreuungsaufwand, wie etwa solche in der Alterspsychiatrie, eine höhere Vergütung. Die Aufhebung der Unterfinanzierung von Gruppen von Patientinnen und Patientinnen mit erhöhtem Pflegebedarf ist eine positive Entwicklung, da damit Anreize zur Unterversorgung wegfallen. Gegenüber den vorherigen Tarifen hat TARPSY aber in vielen Kantonen die Anreize für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer verringert. So wurden zuvor in vielen Kantonen die Tarife ab dem 60. oder 90. Aufenthaltstag deutlich stärker gesenkt als dies heute mit TARPSY der Fall ist (Gesundheitsdirektion Zürich, 2024; Morger et al., 2018). Diese schwächeren Anreize könnten teilweise erklären, wieso die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken zwischen 2018 und 2023 nicht mehr gesunken, sondern sogar leicht gestiegen ist, während sie zwischen 2002 und 2018 von 45,9 auf 33,8 Tage um ein Viertel gesunken war (Obsan, 2025).

Die bisherigen Evaluationen weisen auf vergleichsweise geringe Auswirkungen der Einführung von TARPSY auf die Behandlungsqualität und die finanzielle Situation psychiatrischer Spitäler hin (Hepp et al., 2020; Pellegrini et al., 2024). So haben sich die Befürchtungen von zu frühen Entlassungen aus finanziellen Gründen nicht bestätigt und bisher sind auch keine Auswirkungen auf die Behandlungsqualität erkennbar. Der wichtigste Effekt der Einführung von TARPSY liegt wohl bei den Tarifen pro durchschnittlichen Behandlungstag. Diese sogenannten Baserates haben im Vergleich zur Zeit vor der Einführung von TARPSY nicht mehr zugenommen, sondern sind bei vielen Kliniken sogar leicht gesunken. Eine mögliche Erklärung ist die erhöhte Kostentransparenz und Vergleichbarkeit der Kliniken durch TARPSY, welche die Verhandlungsposition der Krankenversicherer in den Tarifverhandlungen mit den Kliniken gestärkt hat.

Die Tarife für die ambulanten psychiatrischen und psychologischen Leistungen haben sich über einen langen Zeitraum kaum verändert. Mit der Einführung der neuen Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARDOC) und die psychologische Psychotherapie und dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell ist die Situation im Umbruch.

Ambulante Tarife für psychiatrische und psychologische Leistungen

Der Tarif der ambulanten psychiatrischen Leistungen wird gegenwärtig durch den Tarif für ambulante ärztliche Leistungen TARMED bestimmt, welcher ab 2026 durch den vergleichbaren TARDOC-Tarif abgelöst wird. Dieser Tarif gilt sowohl für psychiatrische Praxen wie für die ambulanten ärztlichen Leistungen der Kliniken und Spitäler. Das TARMED-Kapitel 02, und auch das entsprechende Kapitel E im Nachfolgetarif TARDOC, umfasst alle psychiatrischen Leistungen (Einzeltherapie, Familientherapie, telefonische Konsultation etc.) mit den jeweiligen Taxpunkten, Spezifikationen und Einschränkungen. Die Einschränkungen betreffen vor allem die Anzahl der verrechenbaren Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten. Die TARMED-Taxpunkte für psychiatrische Leistungen haben sich seit Einführung des TARMED im Jahr 2004 nicht verändert und die Taxpunktwerte sind im gleichen Zeitraum tendenziell gesunken. Daher hat die Vergütung einer psychiatrischen Leistung in diesem Zeitraum tendenziell abgenommen. Im Vergleich zu anderen ärztlichen Fachrichtungen, wie etwa der Radiologie oder der Augenmedizin, hat der technische Fortschritt auch nicht zu Zeitersparnissen geführt. Die psychiatrische Diagnostik und Therapie erfolgt weiterhin überwiegend als Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten. Dies gilt auch für die telefonische oder online durchgeführte Konsultation. Diese Tarifentwicklung ist wohl einer der Gründe, weshalb die AHV-pflichtigen Einkommen der selbständig erwerbenden Ärztinnen und Ärzte in den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2014 mit 187 000 Fr. respektive 219 500 Fr. die niedrigsten Einkommen aller Facharztgruppen waren (Künzi & Morger, 2018). Ein Zusammenhang mit dem aktuellen Mangel an Fachärztinnen und -ärzten in der Psychiatrie scheint hier plausibel.

Neben der ärztlichen Psychotherapie wird auch die psychologische Psychotherapie durch die OKP vergütet. Bis 2022 war dies psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur in Delegation einer Ärztin oder eines Arztes mit entsprechender Berechtigung möglich (Delegationsmodell). In diesem Delegationsmodell waren die Tarife der psychologischen Therapeutinnen und Therapeuten im TARMED geregelt. Seit dem 1. Juli 2022 gilt das Anordnungsmodell, das psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erlaubt, nach entsprechender Zulassung ihre Leistungen direkt über die OKP abzurechnen (KLV Art. 11b). Dafür muss eine Ärztin oder ein Arzt aus der Grundversorgung oder der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine

Anordnung für psychologische Psychotherapie ausstellen (Anordnungsmodell). Diese Anordnung gilt für 15 Abklärungs- und Therapiesitzungen und kann durch eine zweite Anordnung für weitere 15 Sitzungen erweitert werden. Für eine weitere Fortsetzung der Therapie muss eine Kostengutsprache durch die Versicherung erfolgen, welche sich auf eine Fallbeurteilung durch eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater stützt. Für Kriseninterventionen und Kurztherapien von bis zu zehn Sitzungen gelten leicht andere Regeln (KLV Art. 11b). Die Tarife für die psychologische Psychotherapie werden neu separat geregelt. Es besteht aktuell ein provisorischer Tarifvertrag mit Gültigkeit bis Ende 2024. Die meisten Kantone führen diesen auch im Jahr 2025 weiter, in einigen sind die Tarife ab 2025 noch Gegenstand laufender Verhandlungen.

Mit dem neuen Anordnungsmodell soll der Zugang zur psychologischen Psychotherapie erleichtert und die psychotherapeutische Versorgungssituation verbessert werden. Einerseits wird die Anordnung psychologischer Psychotherapie vereinfacht und durch alle ärztlichen Grundversorger ermöglicht. Andererseits wird die Praxistätigkeit der Psychologinnen und Psychologen, die neu selbständig (und nicht mehr delegiert) arbeiten, erleichtert und attraktiver. Eine Leistungsausweitung der psychologischen Psychotherapie ist dabei explizit durch den Gesetzgeber gewünscht. Wie gut die Umsetzung der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie gelingt, inwiefern die Ziele erreicht werden und welche Veränderungen sich dadurch ergeben, ist Gegenstand einer durch das BAG mandatierten formativen Evaluation durch die ZHAW. Deren Publikation ist auf Ende 2025 vorgesehen.

Erste Befunde zu den kurzfristigen Auswirkungen der Neuregelung auf die psychotherapeutischen Leistungen und Kosten im ersten Jahr der Einführung zeigt das «Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie» durch Polynomics (Bill & Fischer, 2024). Die Autorenschaft schätzt auf der Grundlage von SASIS-Daten der Krankenversicherer, dass die Ausgaben für die ambulante Psychotherapie 2023 gegenüber 2022 um rund 175–200 Mio. Fr. zugenommen haben. Rund die Hälfte dieses Anstiegs kann auf die Tarifierhöhung der psychologischen Psychotherapie um rund 16% zurückgeführt werden. 29% des Kostenanstiegs sind durch nicht beobachtbare Faktoren begründet wie der Verlagerung aus dem Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich oder die Reduktion der Unterversorgung. Weitere Gründe sind das Bevölkerungswachstum und die vermehrte Inanspruchnahme. Eine Folgestudie im Rahmen dieses Monitorings wird basierend auf OKP-Abrechnungsdaten von zwei Versicherern veröffentlicht und dürfte weitere Erkenntnisse liefern (Publikation ausstehend). Allerdings ist mit diesen Studien nicht absehbar, wie sich die Neuregelung mittel- und langfristig auswirken wird. Eine Fortführung des Monitorings ist geplant.

Herausforderungen bei der Finanzierung

Bei der Finanzierung von GFP und Behandlungen im Bereich psychischer Erkrankungen bestehen verschiedene Herausforderungen. Diese betreffen unter anderem die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Tarifsysteme, gehen aber auch darüber hinaus. Von Finanzierungsherausforderungen betroffen sind vor allem:

- **Intermediäre Strukturen:** Intermediäre Angebote sind zum Beispiel Tageskliniken, Ambulatorien oder aufsuchende Angebote wie mobile Dienste, welche sich weder den ambulanten noch den stationären Strukturen zuordnen lassen. Da die «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung» das Konzept *teilstationärer Behandlungen* seit 2009 nicht mehr beinhaltet, werden intermediäre Leistungen vorwiegend als ambulante Leistungen abgerechnet (Büro BASS, 2018). Allerdings sind die ambulanten Tarife oft nicht kostendeckend, wie zum Beispiel bei Vorhalteleistungen oder Behandlungsleistungen von mehr als vier Stunden pro Woche (Bundesrat, 2016). Intermediäre Angebote sind daher von der zusätzlichen Finanzierung durch öffentliche Mittel abhängig, wie etwa den kantonalen Mitteln für «Gemeinwirtschaftliche Leistungen» (Tuch et al., 2024). Durch diesen hohen Anteil an Nicht-OKP-finanzierten Leistungen ergeben sich für die Leistungserbringer Planungsunsicherheiten und finanzieller Druck zum Beispiel bei Sparmassnahmen der Kantone.
- **Suchthilfe:** Laut der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS-CPA; 2017) ist TARMED auf die Leistungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ausgelegt und deckt die Behandlungen von Suchtbetroffenen in Fachzentren nur ungenügend ab. Dies betrifft vor allem Tätigkeiten zur Koordination, an Schnittstellen und in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten. Zudem fordert die Behandlung von Personen mit Suchterkrankung oft über die rein medizinische Behandlung hinausgehende soziale Massnahmen zur Stabilisierung, zum Beispiel in den Bereichen Finanzen, Wohnen und Berufstätigkeit. Dafür ist die Abdeckung über TARMED aber eingeschränkt (NAS-CPA, 2017). Laut NAS-CPA (2017) werden aufgrund dieser Finanzierungsschwierigkeiten aufwändige Fälle zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen hin- und hergeschoben.
- **Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienste:** Betroffen sind hier zum Beispiel Leistungen im Zusammenhang mit somatopsychischen Komorbiditäten, d. h. für Patientinnen und Patienten, die bei vorliegender körperlicher Grunderkrankung gleichzeitig unter einer psychischen Erkrankung leiden. Diese kommen in Akutspitälern häufig vor und können durch konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienste (psychiatrische Leistungen in der Somatik) behandelt werden (Tuch, 2018). Hepp (2023) zufolge fallen bei konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten aufgrund der mangelnden Planbarkeit bei gleichzeitiger hoher Dringlichkeit erhebliche Vorhalteleistungen an, die über TARMED nicht abgedeckt sind.

- **Telemedizin:** Nach TARMED können in der Psychiatrie jeweils nur 20 Minuten telemedizinische Beratungen abgerechnet werden. Ausnahmen bestehen nur bei Patientinnen und Patienten unter 6 oder über 75 Jahren, bei erhöhtem Handlungsbedarf oder für Kriseninterventionen (Zimmer, 2023). Der Nachfolgetarif TARDOC sieht weniger restriktive Einschränkungen vor und ermöglicht auch zeitversetzte telemedizinische Konsultationen (FMH, 2024). Diese zeitversetzte Beratung ist ein typischer Bestandteil von innovativen hybriden telemedizinischen Therapien. Daneben ist auch die Vergütung von internetbasierten Selbsthilfetrainings meist noch nicht geregelt.
- **Leistungen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen:** Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen benötigen oft sowohl Leistungen aus dem Gesundheits- wie aus dem Sozialwesen. Dies kann dazu führen, dass sie im falschen Setting betreut werden und unnötige Kosten entstehen. So müssen psychiatrische Kliniken häufig Personen aufnehmen, die eigentlich keine stationäre psychiatrische Behandlung benötigen aber aus verschiedenen Gründen nicht von sozialen Institutionen oder Pflegeheimen betreut werden können. Manchmal wäre eine niederschwellige soziale Intervention auch eine wirksame und kostengünstige Ergänzung einer ambulanten Behandlung, kann aber nicht umgesetzt werden, da ihre Finanzierung nicht geregelt ist (Stamm & Rhiner, 2022).
- **Ambulante und stationäre Leistungen:** Für die psychiatrischen Kliniken ist die Vergütung der spitalambulanten Behandlungen deutlich schlechter als die der stationären Behandlungen und meist auch nicht kostendeckend. Dies behindert die erwünschte Verlagerung der stationären Behandlungen in die ambulante Versorgung. Gleichzeitig ist auch die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen unterfinanziert, da die Tarife (TARPSY oder Swis-SDRG) den höheren Behandlungsaufwand und die längeren Aufenthaltsdauern nicht ausreichend berücksichtigen (Hepp, 2023).
- **GFP durch Planungsunsicherheiten:** Ausgaben für die GFP im Bereich psychischer Gesundheit werden grösstenteils aus öffentlichen und privaten Mitteln finanziert. Der hohe Anteil führt zu Abhängigkeiten von der kantonalen Politik und damit einhergehenden Planungsunsicherheiten. Auch bei den durch GFCH geförderten Präventionsprogrammen stellt sich die Frage der langfristigen Finanzierung. Zur Zeit besteht für Projekte der Projektförderung *Prävention in der Gesundheitsversorgung* mit einem nachweislich besonders hohen Wirkungspotenzial die Möglichkeit einer Übergangsfinanzierung durch GFCH (GFCH, 2021).
- **Unbezahlte Betreuung durch An- und Zugehörige:** Ein grosser Teil der Betreuung der Patientinnen und Patienten mit chronischen und oft langandauernden psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Schizophrenie wird von deren An- und Zugehörigen geleistet. Eine Verlagerung dieser unbezahlten «Care-Arbeit» in das Gesundheitswesen würde zu einer enormen Kostensteigerung führen und wäre angesichts des heute schon bestehenden Fachkräftemangels auch kaum möglich.

Der demographische Wandel führt aber dazu, dass die Zahl der Betreuungsbedürftigen deutlich stärker ansteigt als die der potenziellen Betreuenden und so die nachhaltige Sicherung dieser Betreuung stärker in den Fokus rückt.

Für die beschriebenen Herausforderungen werden zurzeit diverse Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Zum Beispiel wird für eine bessere GFP im Bereich Sucht die Erhebung einer Steuer auf psychotropen Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial nach dem Vorbild des Alkoholzehntels diskutiert (Al Kurdi, 2023). Für eine bessere tarifliche Abdeckung der Behandlungen kämen folgende Anpassungen infrage: Aufnahme von Koordinationsleistungen, Erhöhung des Taxpunktswerts und Aufhebung von Rechnungs-limitierungen (Al Kurdi, 2023). Für die kostendeckende Finanzierung der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienste im Spital wird die Forderung nach einer Regelung über SwissDRG laut (Gesundheitsnetz 2025, 2023).

12.6 Fazit und Ausblick

Wie gross sind die Kosten der psychischen Erkrankungen?

Psychische Erkrankungen führen zu gesellschaftlichen Kosten in verschiedenen Formen:

1. die *Gesundheitskosten* bei der Behandlung der Betroffenen,
2. die *Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens* bei der Betreuung der Betroffenen und durch den vor allem bei Suchterkrankungen auftretenden Schaden,
3. die *Produktionsverluste* bzw. Einkommensverluste durch vorübergehende oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit der Erkrankten und
4. die *verlorene Gesundheit* der Betroffenen durch *verlorene Lebensjahre und Lebensqualität*.

Die Gesundheitskosten der psychischen Erkrankungen im Jahr 2022 lagen bei über 9,5 Mrd. Fr. oder 10% der gesamten Gesundheitskosten. Die psychischen Erkrankungen waren damit, gleichauf mit den kardiovaskulären Erkrankungen, die zweitteuerste Krankheitsgruppe nach den neurologischen Erkrankungen. Die teuersten psychischen Krankheiten waren Depressionen und Angststörungen sowie Schizophrenie und bipolare Störungen. Die Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens lagen im Jahr 2022 bei 1,7 Mrd. Fr. und wurden vor allem durch Depressionen und Suchterkrankungen verursacht. Diese Schätzung ist aber unvollständig, da nicht für alle psychischen Erkrankungen Studien vorlagen. Die Produktionsverluste lagen Jahr 2022 bei 11,9 Mrd. Fr. oder 17% der gesamten Produktionsverluste. Sie sind besonders gross, da psychische Erkrankungen oft schon früh im Leben auftreten, viele Menschen betreffen und deren Arbeitsfähigkeit oft stark einschränken.

Die gesamten gesellschaftlichen Kosten der psychischen Erkrankungen lagen 2022 bei 23.1 Mrd. Fr. Die Produktionsverluste stellten dabei über die Hälfte der Gesamtkosten (52%), gefolgt von den Gesundheitskosten (41%) und den Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens (7%).

Die Ausgaben für GFP im Bereich psychischer Erkrankungen sind über die letzten Jahre stabil geblieben und lagen zwischen 2018 und 2022 bei jeweils fast 300 Mio. Fr. Dieser Betrag entsprach in den Jahren vor der Corona-Pandemie etwa 22% der gesamten Präventionsausgaben und wurde grösstenteils für die Aufklärung der Bevölkerung verwendet. Eine klare Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung ist in der Praxis oft schwierig. Somit ist auch die Zuordnung der finanziellen Mittel und Ausgaben zu diesen Bereichen mit Unsicherheiten behaftet.

Wie wirtschaftlich sind die Behandlungen?

Zur Wirtschaftlichkeit der Behandlungen psychischer Erkrankungen gibt es nur wenige Informationen. Ein Teil der stationären Behandlungen könnte wohl durch gleich wirksame, aber kostengünstigere ambulante Behandlungen ersetzt werden.

Wie werden die Behandlungen finanziert und welche Herausforderungen bestehen bei der Finanzierung? Wie werden die Behandlungen psychischer Erkrankungen vergütet?

Die OKP hat 2022 etwa 5% der Ausgaben für die GFP und 38% der Ausgaben für die Behandlung psychischer Erkrankungen getragen. Weitere wichtige Kostenträger dieser Behandlungen sind der Staat und die Betroffenen selbst. Für die GFP kommen vor allem der Staat und private Finanzierungen auf.

Die Tarife für die ambulanten psychiatrischen und psychologischen Leistungen haben sich über einen langen Zeitraum kaum verändert. Mit der Einführung der neuen Tarifstruktur für psychiatrische Leistungen und die psychologische Psychotherapie und dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell ist die Situation im Umbruch.

Herausforderungen bei der Finanzierung bestehen sowohl bei der GFP wie bei den Behandlungen. Bei den Behandlungen gibt es Lücken bei der Finanzierung von Leistungen, die ausserhalb der klassischen Tarifstruktur liegen, wie etwa intermediäre und psychosoziale Leistungen. Bei der Finanzierung der GFP ist insbesondere die Planungsunsicherheit bei verfügbaren öffentlichen Mitteln eine Herausforderung.

Ausblick

Psychische Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung für das Gesundheitswesen, die gesamtwirtschaftliche Produktion und die Gesellschaft insgesamt dar. Deshalb ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen von entscheidender Bedeutung. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bestehender sowie neuer Interventionen sollten umfassender evaluiert werden. Wo möglich, sollten bestehende Interventionen durch wirksamere und kostenwirksamere Alternativen ersetzt werden. Eine wichtige Rolle können hierbei angepasste Tarifstrukturen spielen.

12.7 Literaturverzeichnis

- Al Kurdi, C. (2023). *Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions en Suisse: Enjeux et pistes d'action*. Groupement romand d'études des addictions. <https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023>
- BAG (2022). *Operationalisierung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» nach Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)*.
- BAG & Obsan (2023). *Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Leistungen*. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-leistungen>
- BAG (2024a). *Spezialitätenliste (SL)*. <https://www.spezialitaetenliste.ch/Default.aspx>
- BAG (2024b). *Ambulanter Arzttarif*. <https://www.bag.admin.ch/de/ambulanter-arzttarif>
- BFS (2024a). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens [Dataset]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/cou.html>
- BFS (2024b). *Kosten des Gesundheitswesens seit 1960*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/kosten-finanzierung.assetdetail.31505220.html>
- Bill, M., & Fischer, B. (2024). *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie Erster Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*.
- Bundesrat (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)* (Fassung vom 11. März 2016).
- Büro BASS. (2018). *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/569784e8-60a2-485d-8d23-54a27c25cfe8.pdf>
- Cornuz, J., Gilbert, A., Pinget, C., McDonald, P., Slama, K., Salto, E., & Paccaud, F. (2006). Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: A multinational comparison. *Tobacco Control*, 15(3), 152–159. <https://doi.org/10.1136/tc.2005.011551>
- Cornuz, J., Pinget, C., Gilbert, A., & Paccaud, F. (2003). Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(3), 201–206. <https://doi.org/10.1007/s00228-003-0610-6>
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J., Reichelt, M., Eichhorn, M., Riecher-Rössler, A., & Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: A retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13648>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2020). Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PLOS ONE*, 15(5), e0232940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232940>
- EDI. (2024). *Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)*. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de
- FMH. (2024). *TARDOC-Browser Version 1.3.2*. <https://browser.tartools.ch/de/tardoc>
- Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2000). *Chapter 16 Economics and mental health* (Bd. 1, S. 893–954). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80029-3](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80029-3)
- Frei, A. (2001). Economic evaluation of the Swiss project on medically prescribed heroin substitution treatment. *Psychiatrische Praxis*, 28, S41–44. <https://doi.org/10.1055/s-2001-15386>
- Gesundheitsdirektion Zürich. (2024). *Übersicht über die Tarife 2012 bis 2023 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäss Zürcher Spitallisten*. https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalfinanzierung/spitaltarife/2023/20230502_uebersicht-stat-tarife-2012-2023_v19.pdf
- Gesundheitsnetz 2025. (2023). *Die Psychiatrie muss in die Standardabläufe des Spitals integriert werden*. https://gn2025.ch/wp-content/uploads/2023/05/GN2025_Zusammenfassung-Diskussion-KL-vom-11.-Mai-2023.pdf
- GFCH. (2021). *Konzept der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) 2021–2024*. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Konzept_Projektforderung_PGV_2021-2024.pdf
- GFCH. (2023). *Geschäftsbericht 2022*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/finanzbericht-2022>
- Hepp, U. (2023). *Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich*. https://gn2025.ch/wp-content/uploads/2023/06/Konsiliar-und-Liaisonpsychiatrie-in-der-Akutsomatik_Bericht-fuer-Website.pdf
- Hepp, U., Gautier, C., Baumgartner, M., Bridler, R., Hoff, P., Minder, J., Müller, M., Savaskan, M., Seifritz, E., & Stulz, N. (2020). The new remuneration system TARPSY in Swiss psychiatric hospitals: Effects on length of stay and readmissions? *Swiss Medical Weekly*, 150(3536). <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/2858>
- Hurrelmann, K. (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien*. Hogrefe AG.

- Jäger, M., Sobocki, P., & Rössler, W. (2008). Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental disorders. *Swiss Medical Weekly*, 138(1–2), 4–11. <https://doi.org/10.4414/smw.2008.11910>
- Jeanrenaud, C., Gay, M., Kohler, D., & Besson, J. (2012). Le coût social du jeu excessif en Suisse. *Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel*.
- Jeanrenaud, C., Pellegrini, S., & Widmer, G. (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. *Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel*.
- Künzi, K., Fritschi, T., Oesch, T., Gehrig, M., & Julien, N. (2009). *Im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK*.
- Künzi, K., & Morger, M. (2018). Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009–2014. *Studie des Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS für das BAG*. Bern.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K., Weller, M., & Cost, O. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: An update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13751>
- Morger, M., Jäggi, J., Stocker, D., & Künzi, K. (2018). *Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha–Studie im Auftrag des BAG. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS*. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/BAG_2018-KONZEPTSTUDIE_TARPSY_STREHA.pdf
- NAS-CPA. (2017). *Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz*. https://www.nas-cpa.ch/media/2017-finanzierung_suchthilfe_schweiz_1.pdf
- Obsan. (2025, Januar 22). *Dauer der stationären Aufenthalte in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation*. Obsan – Indikatoren. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/dauer-der-stationaeren-aufenthalte-in-akutsomatik-psychiatrie-und-rehabilitation>
- Park, A., Gysin-Maillart, A., Müller, T., Exadaktylos, A., & Michel, K. (2018). Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide: A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 1(6), e183680. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3680>
- Pellegrini, S., Tuch, A., Roth, S., Haldimann, L., Jörg, R., & Jäggi, J. (2024). *Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY – Rapport sur mandat de l'OFSP*. Obsan.
- Pinget, C., Martin, E., Wasserfallen, J., Humair, J., & Cornuz, J. (2007). Cost-effectiveness analysis of a European primary-care physician training in smoking cessation counseling. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 14(3), 451–455. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32804955a0>
- Pletscher, M., Mattli, R., Reich, O., Von Wyl, A., & Wieser, S. (2014). The Societal Costs of Schizophrenia in Switzerland. *Value in Health*, 17(7), A457. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.1253>
- Polynomics. (2021). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht*.
- Rehberg, W., Fürstenau, U., & Rhiner, B. (2011). *Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens: Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum.*, 39(1), 41–45. <https://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000082>
- Stamm, M., & Rhiner, F. (2022). *Nachhaltige Finanzierung von psychosozialen Angeboten für psychisch belastete Geflüchtete – Policy Brief*. https://www.slhs.ch/media/ypujgils/policy_brief_2023_01_30.pdf
- Stucki, Michael, Vinci, L., Vetsch-Tzogiou, C., Grobet, C., Cakir, L., Müller, B., Kohler, A., Marzetta, J., Schärer, X., Sharakin, M., Thommen, C., Zemlyanska, Y., Eichler, K., Kauer, L., Berger, F., Hughes-Brühlmann, S., Boes, S., Mattli, R., Lutz, N., & Wieser, S. (2025). *Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz* [Schlussbericht]. Bundesamt für Gesundheit.
- Stulz, N., Jörg, R., Reim Gautier, C., Bonsack, C., Conus, P., Evans Lacko, S., Gabriel Felleiter, K., Heim, E., Jäger, M., Knapp, M., Richter, D., Schneeberger, A., Thornicroft, G., Traber, R., Wieser, S., Tuch, A., & Hepp, U. (2023). Mental health service areas in Switzerland. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 32(1), e1937. <https://doi.org/10.1002/mpr.1937>
- SwissDRG. (2023). *TARPSY*. <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>
- SwissDRG AG. (2024). *TARPSY*. <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U., & Szucs, T. D. (2013). The Economic Burden of Depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s40273-013-0026-9>
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme*. (Obsan Bulletin 1/2018). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Tuch, A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E., & Hepp, U. (2024). *Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix. Obsan Bulletin*(03/2024). <https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/2024-bulletin-03-begleitdokument.pdf>
- Zimmer, A. (2023). Telemedizin: Anpassung der FMH-Standesordnung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 104(37), 30–31. <https://fmh.ch/files/pdf29/1256985898-de-leitartikel.pdf>

13 Diskussion



13.1 Ziel und Erarbeitung des nationalen Gesundheitsberichts

«Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit» (WHO, 2005; S. 11). Dieses grundlegende Verständnis bildet die Basis für den vorliegenden Bericht zur psychischen Gesundheit, der sich auf drei zentrale Bereiche konzentriert: die Beschreibung der epidemiologischen Situation, die Analyse von Massnahmen im Kontext der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung sowie die Identifikation bestehender Wissenslücken. Ziel ist es, nicht nur die aktuelle Situation darzustellen, sondern auch aufzuzeigen, wo Fortschritte möglich sind und wo Handlungsbedarf besteht. Die Autorinnen und Autoren stützen sich auf Literaturrecherche, Datenanalyse und Expertengespräche. Dies ermöglicht eine differenzierte Darstellung der psychischen Gesundheit in der Schweiz. Die Recherchen wurden im Sommer 2024 abgeschlossen. Das vorliegende Kapitel wurde vom Obsan in Zusammenarbeit mit einem Expertengremium erarbeitet. Diskussionen mit den Kapitelautorinnen und -autoren sowie der Begleitgruppe sind dabei eingeflossen. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Diskussion auf die Kapitel (Kurztitel) hingewiesen und nur vereinzelt auf die ursprünglichen Referenzen. Diese sind in den Kapiteln ersichtlich.

13.2 Psychische Gesundheit betrifft uns alle – in jedem Lebensbereich

Psychische Gesundheit betrifft uns alle, über die ganze Lebensspanne hinweg und in jedem Lebensbereich. Dies zeigt der Bericht sehr deutlich. Während positive Aspekte der psychischen Gesundheit auf Datenebene eher vernachlässigt werden, wird psychische Gesundheit oft auf Beschwerden und Erkrankungen reduziert (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung).

Jede zweite Person ist im Laufe ihres Lebens selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen. Komorbidität ist weit verbreitet, sei es innerhalb der psychischen Krankheitsbilder, oder in Kombination mit körperlichen Beschwerden (Kapitel 1–4). Darüber hinaus sind viele von uns als Partnerinnen oder Partner, Kinder, Eltern, Mitarbeitende, Arbeitgebende oder Freundinnen und Freunde mit den Auswirkungen konfrontiert (Kapitel 1–9 des Berichts). Die Bedeutung der psychischen Gesundheit lässt sich auch mit den Gesundheitskosten (2022: 9,5 Mrd. Franken oder 10% der gesamten Gesundheitsausgaben) oder den hohen Produktionsverlusten (2022: 12,7 Mrd. Franken oder 18% aller Produktionsverluste) umschreiben, welche durch psychische Erkrankungen

verursacht wurden (Kapitel 12 Kosten und Finanzierung). Diese Zahlen sind vor allem auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen, ihr frühes Auftreten und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zurückzuführen. Die Finanzierung der Behandlungen psychischer Erkrankungen betrifft verschiedene Kostenträger, darunter zum Beispiel die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP; 45%), den Staat (24%), Patientinnen und Patienten (21%, Selbstzahlungen) oder andere Sozialversicherungen (4%; Kapitel 12 Kosten und Finanzierung). Psychische Gesundheit ist überall relevant. Daher muss sie gemäss der WHO systemübergreifend, also in allen Lebensbereichen und Politikfeldern, mitgedacht werden (Kapitel 10 Gesundheitsförderung und Prävention; WHO 2021).

13.3 Viele Menschen berichten, dass es ihnen psychisch gut geht

Vielen Menschen in der Schweiz geht es psychisch gut – die genaue Einschätzung der psychischen Gesundheit hängt jedoch vom verwendeten Indikator ab. Die meisten Menschen in der Schweiz berichteten 2022 von einer (sehr) guten Lebensqualität (92%), die Mehrheit war glücklich (70%) oder gab an, dass es ihnen meistens psychisch gut geht (75%, 2024). Je ein Drittel schrieb sich (sehr) hohe Lebenszufriedenheit, (sehr) hohen Lebenssinn oder (sehr) hohe Selbstwirksamkeit zu. Die Suizidrate ist seit Jahrzehnten rückläufig, was auf verschiedene Massnahmen wie beispielsweise die eingeschränkte Verfügbarkeit von Suizidmethoden zurückgeführt wird (Stulz, 2022). Obwohl also ein beachtlicher Anteil der Bevölkerung solche positiven Aspekte psychischer Gesundheit berichtete (im Bericht *positive psychische Gesundheit* genannt), müssen parallel ebenfalls Beschwerden und Erkrankungen als Aspekte der psychischen Gesundheit (siehe Kapitel 1 Gesamtbevölkerung) thematisiert werden. Im Jahr 2022 berichteten beispielsweise 10% der Bevölkerung von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen und 6% von Symptomen einer generalisierten Angststörung. Neben diesen allgemeinen Zahlen zeigen sich auch gesundheitliche Ungleichheiten: So sind beispielsweise Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, geflüchtete Personen und die LGBT-Bevölkerung hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit benachteiligt.

Bei Aussagen zu psychischen Beschwerden ist zwischen Häufigkeiten psychischer *Erkrankungen* und Häufigkeiten von *Symptomen* zu unterscheiden, da diese unterschiedlich erhoben werden (diagnostisches Interview durch Fachperson versus Selbstauskünfte in einer Fragebogenerhebung, Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Verlässliche epidemiologische Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Schweiz sind älteren Datums und wurden nicht landesweit durchgeführt.

13.4 Männer und ältere Menschen berichten von besserer psychischer Gesundheit

Es gibt **alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede** in der psychischen Gesundheit: Ältere Menschen berichten im Durchschnitt von einer besseren psychischen Gesundheit als jüngere Personen, vor allem als Jugendliche und junge Erwachsene, Männer von einer besseren als Frauen (mit wenigen Ausnahmen, z. B. substanzbedingte Störungen). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied wurde in zahlreichen Studien bestätigt (Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Die Unterschiede werden auf biologische (Hormone) und auf soziale Unterschiede (Geschlechtsstereotypen, Genderrollen und Sozialisierungsunterschiede) zurückgeführt (Otten et al., 2024). Zudem zeigen sich Männer weniger bereit, über ihre psychischen Probleme zu sprechen (Kapitel 1 Gesamtbevölkerung).

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen erfordern eine differenzierte Betrachtung. So berichten in Privathaushalten lebende Seniorinnen und Senioren über 65 Jahre im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung von einer besseren psychischen Gesundheit. Allerdings handelt es sich bei dieser Altersgruppe um eine heterogene Gruppe (siehe Kapitel 4 Ältere Menschen). Die Situation älterer Menschen in Pflegeheimen, die im Alltag stärker beeinträchtigt sind, ist davon abzugrenzen, denn sie werden in Bevölkerungsbefragungen nicht berücksichtigt.

Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko für chronische körperliche Erkrankungen und Demenz. Dies zeigt sich in den hohen Raten des assistierten Suizids bei den älteren Menschen ab 80 Jahren – assistierte Suizide stehen oft mit unheilbaren körperlichen Erkrankungen in Verbindung (Kapitel 4 Ältere Menschen). Inwiefern körperliche und psychische Erkrankungen bei *nicht*-assistierten Suizide eine Rolle spielen, ist unklar und wird in der Statistik nicht systematisch erfasst. Die Rate der nicht-assistierten Suizide bleibt bei den älteren Männern trotz eines Rückgangs weiterhin die höchste.

Die psychische Gesundheit von Menschen im mittleren Erwachsenenalter liegt häufig zwischen jener der jüngeren und der älteren Generation: Sie ist besser als bei jüngeren Personen, aber schlechter als bei älteren. Dieser Lebensabschnitt ist durch viele einschneidende Veränderungen, wie die Familiengründung oder die Betreuung der eigenen Eltern, gekennzeichnet. Es sind solche Lebensübergänge, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können (Kapitel 3 Erwachsene). Bei den jüngeren Menschen ist es die negative Entwicklung der psychischen Gesundheit, die auffällt (siehe nächster Abschnitt).

13.5 Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei jüngeren Personen

Wie hat sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung entwickelt? Ob psychische **Erkrankungen** zugenommen haben, lässt sich für die Schweiz aufgrund fehlender Daten auf Ebene der Gesamtbevölkerung nicht sagen (keine epidemiologischen Befragungen durch Fachpersonen mittels reliabler und valider Interviews, siehe 13.3). Internationale Daten zeigten in den zwei Jahrzehnten vor der Covid-19-Pandemie stabile Häufigkeiten psychischer Erkrankungen (siehe z. B. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018).

Hinweise auf eine Verschlechterung der Situation in der Schweiz zeigen sich jedoch auf Ebene der psychischen **Symptome** (erhoben durch Fragebogen). So hatte die Covid-19-Pandemie besonders negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Bevölkerungsgruppen mit bereits bestehenden Risikofaktoren (z. B. Alleinlebende, Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen oder/und mit psychischen oder körperlichen Vorerkrankungen; Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Dabei kann nicht eingeschätzt werden, welche spezifischen, pandemiebezogenen Risikofaktoren sich auf die psychische Gesundheit ausgewirkt haben (Beispiele: finanzielle Sorgen, Covid-Erkrankung, Betreuungsaufgaben, reduzierte soziale Interaktionsmöglichkeiten). Studien zeigen aber, dass sich die psychische Gesundheit parallel zu den Pandemiewellen verändert hat: Mit steigenden Fallzahlen und verstärkten Massnahmen verschlechterte sie sich, wurden die Massnahmen gelockert, zeigte sich wiederum eher eine Entspannung (Kapitel 1 Gesamtbevölkerung). Dies wurde als «normale» psychische Krisenreaktion interpretiert (Jäggi et al, 2022). Ob eine psychische Belastung durch andere Stressfaktoren (z. B. die sich ändernde politische Weltlage) erhöht geblieben ist, bleibt unklar, da es in der Schweiz kein engmaschiges Monitoring gibt. Bei Abschluss der Recherchen (Sommer 2024) waren noch kaum Ergebnisse aus 2023 bzw. 2024 verfügbar.

Klare Hinweise für eine Verschlechterung zeigen sich bei jüngeren Menschen – vor allem bei jungen Frauen. Dies zeichnete sich bereits vor der Pandemie ab: Seit 2002 haben beispielsweise selbst berichtete Müdigkeit und Einschlafschwierigkeiten bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen stark zugenommen. Zwischen 2018 und 2022 stiegen die Werte für weitere psychoaffektive Beschwerden wie Trauer und Angst nochmals deutlich an. Im Jahr 2022 berichteten beinahe die Hälfte (47%) der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler von mindestens zwei psychoaffektiven Beschwerden (z. B. Traurigkeit, Müdigkeit, oder Ängstlichkeit). Bei jungen Frauen sind Suizidgedanken (23%) und Selbstverletzungen (11%) häufig. Die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche blieb nach einem Anstieg während der Covid-19-Pandemie auch im Jahr 2023 auf einem hohen Niveau, während die Suizidrate bei den jungen Frauen stabil geblieben ist.

Die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (siehe z. B. Kapitel 5 Sozialer Kontext) und erfordert eine besondere Aufmerksamkeit. Viele psychische Erkrankungen treten bereits erstmals in diesem Alter

auf und sind, insbesondere unbehandelt, mit langfristigen Folgen verbunden. Die negative Entwicklung wird auf verschiedene Faktoren wie die unsichere Weltlage, Geschlechterrollen, den Leistungsdruck, oder die sozialen Medien zurückgeführt (siehe Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene). Es bleibt unklar, inwiefern eine offener Haltung gegenüber Hilfesuche oder eine erhöhte Bereitschaft, über die psychische Gesundheit zu sprechen, zur angestiegenen Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen beigetragen hat.

13.6 Psychische Gesundheit ist eng mit dem sozialen Kontext verbunden, Umweltfaktoren bieten Chancen und Risiken

Gesellschaftliche «Megatrends» wie Individualisierung, Urbanisierung, die Klimakrise und der demografische Wandel sind für die psychische Gesundheit einer Bevölkerung sehr relevant (Riedel-Heller, 2023). Die Ergebnisse der Kapitel zeigen, dass verschiedene Lebenssituationen und Lebenswelten die psychische Gesundheit massgeblich prägen.

Die psychische Gesundheit steht in engem Zusammenhang mit dem sozialen Status: Personen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Haushaltseinkommen oder Migrationshintergrund aus Südwest-, Ost- oder Südosteuropa (1. Generation) berichten häufiger von psychischen Beschwerden. Trotz dieser höheren Betroffenheit sind diese Personen kaum häufiger wegen psychischer Probleme in Behandlung, was auf eine mögliche Unterversorgung dieser Gruppe hinweist (Kapitel 1 Gesamtbevölkerung und Kapitel 5 Sozialer Kontext). Sprachliche und kulturelle Barrieren sowie ein eingeschränkter Zugang zu Präventionsangeboten verschärfen diese Problematik zusätzlich, insbesondere für Migrantinnen und Migranten oder geflüchtete Menschen. Internationale Studien zeigen, dass das Familienklima und Kindheitserfahrungen für die langfristige Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern sehr relevant sind. Für die Schweiz fehlen weitgehend Daten, um solche langfristigen Auswirkungen zu dokumentieren. Dasselbe gilt für die Datenlage zu körperlichen, psychischen, sexuellen oder finanziellen Schädigungen älterer Personen in Abhängigkeitsbeziehungen (Elder Abuse). Internationale Studien zeigen, dass etwas 15% der älteren Menschen hiervon alleine im häuslichen Kontext betroffen sind (Kapitel 5 Sozialer Kontext).

Faktoren der baulichen und natürlichen Umwelt hängen gemäss internationaler Literatur mit der psychischen Gesundheit zusammen. Einschränkend sind beispielsweise eine schlechte Wohnqualität, steigende Temperaturen, Chemikalien (z. B. Weichmacher oder Industriechemikalien) oder Lärmemissionen. Als fördernd werden Grün- und Blauräume oder Rückzugs- und Austauschmöglichkeiten im Raum und in Wohnüberbauungen genannt (siehe auch Kawai et al., 2024). Die Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren und psychischer Gesundheit sind komplex und eng mit dem sozialen Kontext verflochten. Die genauen Wirkmechanismen sind daher noch unzureichend verstanden.

(siehe Kapitel 8 Gebaute und natürliche Umwelt). Für die Schweiz positiv hervorzuheben ist der gute Zugang zu Grünräumen, denn insbesondere Bewegung im Freien wirkt sich nachweislich positiv auf Stress, Schlaf, Depressions- oder Angstsymptome aus. Dies gilt sowohl bei gesunden als auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Klimawandel wird das Leben der Schweizer Bevölkerung zunehmend beeinflussen – etwa durch Hochwasser, Hitze oder Erdbeben. Diese können das Risiko für psychische Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsstörungen erhöhen (Kapitel 8 Gebaute und natürliche Umwelt). Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass neben der Gesundheits-, Bildungs- oder Sozialpolitik auch andere Bereiche, wie Bau-, Siedlungs- und Klimapolitik, entscheidend zur psychischen Gesundheit beitragen. Es ist daher wichtig, die psychische Gesundheit als Querschnittsthema zu betrachten und in allen relevanten Politikbereichen zu integrieren (Mental Health in All Policies; siehe z. B. bvp, 2025).

13.7 Mehrheitlich zufriedene Erwerbstätige – Herausforderung, Personen mit psychischen Problemen im Erwerbsleben zu halten

Arbeit kann eine Quelle des Wohlbefindens und der Sinnstiftung sein. Der Arbeitstätigkeit kommt mit Blick auf die Aufrechterhaltung der sozialen Partizipation und der Sicherung des Einkommens eine zentrale Rolle zu (Kapitel 5 Sozialer Kontext und Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit). Erwerbstätigen in der Schweiz geht es überwiegend gut. Sie sind grösstenteils mit der Arbeit zufrieden, belastende Arbeitsbedingungen und Ressourcen halten sich die Waage. Die Entwicklung ist jedoch nicht nur positiv: Erwerbstätige nehmen in den letzten 12 Jahren zunehmend negative Arbeitsbedingungen wie Monotonie und Arbeitsunsicherheit wahr. Rund ein Drittel fühlt sich sehr häufig erschöpft, gestresst oder unzufrieden am Arbeitsplatz (Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit).

Rund 20% der Erwerbstätigen in der Schweiz berichten von psychischen Problemen, die sich auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirken, was auch von Arbeitgebenden sowie Mitarbeitenden als herausfordernd erlebt wird. Viele der von psychischen Problemen betroffenen Personen leben bereits seit dem frühen Erwachsenenalter damit. Dies kann sich negativ auf die Ausbildung und den Berufseinstieg auswirken und längerfristig das Armutsrisiko erhöhen (Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit). Die Zunahme der IV-Neurenten aus psychischen Gründen zeigt, dass junge Menschen vermehrt den Einstieg in die Arbeitswelt nicht schaffen oder nicht langfristig beruflich Fuss fassen können. Frühzeitige Massnahmen und eine engere Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Arbeitgebenden, behandelnden Fachpersonen, Sozialversicherungen und anderen Akteurinnen und Akteuren sind entscheidend, um Menschen im Arbeitsmarkt zu halten oder zu integrieren (Kapitel 9 Ausbildung und Arbeit).

13.8 Digitale Medien bieten Chancen und Gefahren für die psychische Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen der digitalen Lebenswelt und der psychischen Gesundheit ist ein viel diskutiertes Thema (Kapitel 7 Digitale Medien). Digitale Medien bieten Potenziale für alle Altersgruppen, etwa durch Vernetzung, Zugang zu Informationen und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. So bieten Apps im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung viele Chancen, allerdings sind nur wenige empirisch auf ihre Wirksamkeit hin überprüft worden. Positive Effekte auf die psychische Gesundheit zeigen sich z. B. bei interaktiven Videospielen, welche zu Bewegung animieren (Kapitel 7 Digitale Medien und 8 Gebaute und natürliche Umwelt). Auch in der Behandlung können digitale Medien unterstützend und nutzbringend eingesetzt werden (vgl. Abschnitt 13.10).

Bei jungen Menschen treten jedoch spezifische Herausforderungen auf: Idealisierte Darstellungen von Lebenswelten und realitätsfremde Schönheitsideale in sozialen Netzwerken können Selbstwert und Körperbild negativ beeinflussen. Auch können Phänomene wie Cybermobbing und Hate Speech Jugendliche belasten und langfristige Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit haben. Entscheidend für positive oder negative Auswirkungen digitaler Medien ist weniger die Nutzungsdauer als vielmehr die Art und der Inhalt der Nutzung digitaler Medien, was bislang nur relativ wenig untersucht wurde. Obwohl Zusammenhänge beobachtet werden, lassen die Studien meistens keine Ursache-Wirkung-Aussagen zu (Kapitel 7 Digitale Medien).

13.9 Gesundheitsförderung und Prävention: Breites Engagement, aber Mangel an Massnahmenübersicht, Wirkungsnachweisen und nachhaltiger Finanzierung

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen sind in der Schweiz breit abgestützt, wie dies exemplarisch die kantonalen Aktionsprogramme oder die zwei nationalen Kampagnen¹ zur psychischen Gesundheit zeigen. Gleichzeitig stellen sich auch Herausforderungen. In der Schweiz liegt die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Prävention bei den Kantonen. Für die psychische Gesundheit wurde dabei ein erhebliches Potenzial für zusätzliche politische Massnahmen identifiziert (Thoenen & Wiesli, 2022). Auf Bundesebene gibt es keine spezifische gesetzliche Grundlage zur Förderung der psychischen Gesundheit. Dies erschwert es, Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in die Regelstruktur und somit ins ordentliche Budget zu integrieren. Die Unsicherheit über die verfügbaren öffentlichen Mittel zur Finanzierung behindert eine langfristige Planung von Massnahmen und bindet

¹ «Wie geht's Dir» und «santépsy.ch», siehe Kapitel 10 Gesundheitsförderung und Prävention.

Ressourcen (Kapitel 10 Gesundheitsförderung und Prävention). Als Vergleich: Die Ausgaben von fast 300 Millionen Franken im Jahr 2022 für Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychischen Erkrankungen entsprechen rund 3% der gesamten Gesundheitsausgaben (9,5 Mrd. Franken), welche psychische Erkrankungen im selben Jahr verursacht haben (Kapitel 12 Kosten und Finanzierung). Unter diesem Gesichtspunkt ist es nachvollziehbar, dass im politischen Umfeld und bei verschiedenen Akteuren erwogen wird, der Prävention im Bereich psychischer Gesundheit ein höheres Gewicht beizumessen und die finanzielle Unterstützung zu stärken, auch wenn sich das Verhältnis zu den Gesamtkosten nur verändert, wenn zusätzliche Mittel gesprochen werden.² Weiter ist eine fundierte Aussage über die Verbreitung aller präventiver Aktivitäten in der Schweiz aufgrund fehlender Daten und der Heterogenität der Massnahmen nicht möglich. Häufig fehlt es auch an gesicherten Wirkungsnachweisen von Massnahmen. Diese sind im Bereich der Prävention sehr aufwändig zu erbringen (Kapitel 10 Gesundheitsförderung und Prävention) und nur schwer mit finanziellen Einsparungen in Verbindung zu setzen. Im Weiteren sind nicht alle Massnahmen bei allen Personen gleich wirksam. Das Fehlen von epidemiologischen Daten kann es erschweren, zielgruppenspezifische Massnahmen zu entwickeln und zu evaluieren oder vorhandene Massnahmen anzupassen. Dennoch: Evaluierte Projekte und bewährte Ansätze aus der Praxis zeigen durchaus erfolgversprechende Ergebnisse (Kapitel 10 Gesundheitsförderung und Prävention). Eine Übersicht über wirksame Förderungs- und Präventionsmassnahmen wäre wichtig – idealerweise themenübergreifend, um Bereiche wie Sucht, Gewalt oder Armut zu berücksichtigen, die mit der psychischen Gesundheit in Bezug stehen. Hilfreich wären dabei auch Informationen zur theoretischen Begründung und Einstufung des Wirksamkeitsnachweises, wie dies beispielsweise die «Grüne Liste Prävention» in Deutschland oder «XChange» der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) liefert. Die von Kantonen und Gemeinden genutzte «Orientierungsliste» für Massnahmen der Gesundheitsförderung bietet eine Übersicht zu wirkungsorientierten Massnahmen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024). Der Anspruch an den Wirkungsnachweis ist pragmatisch gehalten, um der finanziellen und politischen Realität auf lokaler Ebene gerecht zu werden. Für die aktuelle Überarbeitung ist eine Einstufung des Wirkungsnachweises vorgesehen. Die Webseite «Blueprint» präsentiert Projekte aus verschiedenen Themenbereichen, allerdings ohne theoretische Begründung oder Nachweis der Wirksamkeit (www.bag-blueprint.ch). Für den Bereich der Gewaltprävention existiert ein Handbuch zu evidenzbasierten Massnahmen, das jedoch bereits vor zehn Jahren veröffentlicht wurde (Averdijk & Eisner, 2015).

² z. B. Motion 21.3264 von C. Clivaz

13.10 Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung: Was ist zu wahren, was ist zu verändern, worauf ist zu achten?

Eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems besteht darin, eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche und qualitativ hochwertige Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Belastungen sicherzustellen. In der Schweiz wird dies regional unterschiedlich umgesetzt: Während die Kantone der lateinischen Schweiz tendenziell stärker auf den intermediären und ambulanten Bereich setzen, spielt in der Deutschschweiz die stationäre Versorgung eine wichtigere Rolle. Neben der institutionellen psychiatrischen Versorgung sowie den Angeboten niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte, Psychologinnen und Psychologen tragen auch Angehörige von Betroffenen, Angebote zur beruflichen und sozialen Integration, schulpsychologische Dienste und niederschwellige Angebote – wie etwa die Dargebotene Hand – wesentlich zur Versorgung psychisch erkrankter Personen bei (Kapitel 11 Versorgung).

Die örtliche Erreichbarkeit ist weitgehend gewährleistet, da 93% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Angebot erreichen können. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass das Angebot ausreichend ist, um den Bedarf zu decken. In ländlichen Regionen ist die Versorgungsdichte deutlich geringer als in städtischen Gebieten. Dies kann dazu führen, dass aufgrund zu langer Anfahrtswege auf eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verzichtet wird. Auch auf nationaler Ebene gibt es deutliche Hinweise auf Kapazitätsengpässe. Nach Einschätzung der Leistungserbringenden ist die Psychiatrie und Psychotherapie – insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) – das Fachgebiet mit der grössten Unterversorgung. Dies zeige sich in langen Wartezeiten und Aufnahmestopps (Kapitel 11 Versorgung). Darüber hinaus gibt es soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote: Menschen aus niedrigeren Bildungs- und Einkommensschichten sowie Menschen mit Migrationshintergrund sind seltener bereit oder haben weniger Möglichkeiten, frühzeitig spezialisierte ambulante Angebote in Anspruch zu nehmen (Kapitel 5 Sozialer Kontext).

Die Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung wird anhand verschiedener Kriterien bewertet. Diese Vielschichtigkeit erschwert eine eindeutige Bewertung. Laut Expertenmeinung (Pellegrini, 2024) wird dem stationären Bereich eine hohe Qualität zugeschrieben. Für den ambulanten Bereich fehlen umfassende Daten zur Qualität. Gleichzeitig sehen sich Leistungserbringende mit einem zunehmenden Fachkräftemangel konfrontiert, der sowohl die Versorgungsqualität als auch den Zugang beeinträchtigen könnte. Betroffen sind Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegepersonal sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für KJPP sowie Kinder- und Jugendmedizin (Kapitel 11 Versorgung). Verschärft wird das Problem dadurch, dass bis 2032 mehr als die Hälfte der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater das Pensionsalter erreicht haben wird und in den Spitälern rund ein Drittel. Diese Lücke wird

durch den inländischen Fachärztenachwuchs nicht geschlossen werden können, was die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland notwendig macht. Diese Entwicklungen treffen auf eine steigende Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen. Obwohl im ambulanten und stationären Bereich Kapazitäten ausgebaut werden, scheint das zusätzliche Angebot die wachsende Nachfrage nicht vollständig abdecken zu können.

Ein gewisses Entlastungspotenzial bietet seit 2022 die Einführung des Anordnungsmodells für psychologische Psychotherapie. Dieses ermöglicht Psychologinnen und Psychologen, ihre Leistungen direkt über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen, wenn die Behandlung von einer qualifizierten Fachärztin oder einem qualifizierten Facharzt angeordnet wird. Dadurch könnte der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung für eine breitere Bevölkerungsgruppe erleichtert werden. Auch digitale Angebote können eine wertvolle Ergänzung darstellen, insbesondere in Situationen, in denen räumliche oder zeitliche Hürden die persönliche Inanspruchnahme erschweren. Studien zeigen, dass app- und internetbasierte Therapieprogramme bei leichten bis mittelschweren Depressionen und Angststörungen wirksam sein können (Kapitel 7 Digitale Medien, Kapitel 11 Versorgung).

Die Finanzierung der Versorgung ist im Umbruch: Neben der erwähnten Einführung des Anordnungsmodells für psychologische Psychotherapie erhalten die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im ambulanten Bereich mit der Einführung von TARDOC ab 2026 ein neues Tarifsysteem, mit dem bestimmte Leistungen teilweise besser vergütet werden (z. B. Finanzierung telemedizinischer Behandlungen). Unverändert bleibt die Situation bei den intermediären Versorgungsstrukturen wie Ambulatorien, Tageskliniken und aufsuchenden Diensten. Diese sind nach wie vor stark von kantonalen Zusatzfinanzierungen abhängig.

Die beschriebenen Entwicklungen legen nahe, dass eine Diskussion über den Einsatz personeller Ressourcen und die Attraktivität der medizinischen und nicht-medizinischen Berufe im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung notwendig ist. Es stellt sich beispielsweise die Frage, in welchen Bereichen der grösste Bedarf an Fachpersonen besteht, ob im ambulanten Bereich eine Triage notwendig ist, um dringende, schwere Fälle zu priorisieren, ob die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte gefördert oder gesteuert und ob nichtmedizinische Fachkräfte sowie Peers – also Menschen mit eigenen Erfahrungen in der Bewältigung psychischer Erkrankungen, die als zusätzliche Betreuungs- und Bezugspersonen zur Verfügung stehen – stärker eingebunden werden sollten. Gemäss internationaler Literatur können flexible, informelle Ansätze durch Peers oder im Freiwilligensektor wertvolle Ergänzungen zur regulären Versorgung und zur Qualitätsverbesserung bieten (Johnson et al, 2022). Zudem gilt es zu prüfen, wie digitale Angebote systematisch in die Versorgung integriert werden können.

13.11 Bedeutende Datenlücken in allen Themenbereichen – mit Ausnahme des stationären Versorgungsbereichs

Epidemiologische Zahlen stellen die Grundlage dar, um Prävention und Therapie sowie Gesundheitsförderung und Rehabilitation zielgerecht zu planen (Jacobi et al., 2017). Der Kenntnisstand über die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz kann jedoch als Flickenteppich bezeichnet werden, so dass eine zielgerechte Planung der Versorgung und die Entwicklung/Adjustierung präventiver Massnahmen entlang der aktuellen Bedürfnisse der Zielpopulationen kaum möglich ist.

So existieren keine aktuellen flächendeckenden epidemiologischen Daten zu psychischen *Erkrankungen*. Positive Aspekte der psychischen Gesundheit werden häufig nur am Rande miterhoben (Kapitel 1 Gesamtbevölkerung und 4 Ältere Menschen) und Hinweise zum psychischen Gesundheitszustand von Kindern unter zehn Jahren sind kaum vorhanden (Kapitel 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene). Auch psychisch stärker belastete Bevölkerungsgruppen wie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen wurden bislang kaum erfasst (Kapitel 4 Ältere Menschen). Entsprechend sind z. B. die Ergebnisse zur guten psychischen Gesundheit von Seniorinnen und Senioren mit Vorsicht zu interpretieren. Hinweise zur positiven psychischen Gesundheit sowie zu *Symptomen* psychischer Erkrankungen beruhen häufig auf Erhebungen, die in mehrjährigen Abständen durchgeführt werden (SGB: alle 5 Jahre; HBSC: alle 4 Jahre). Dies erschwert ein engmaschiges Monitoring des psychischen Gesundheitszustandes. Wertvoll ist die Omnibuserhebung «Gesundheit und Lifestyle» (BAG, 2025), da sie seit 2022 jährliche Aussagen zum Gesundheits- und Suchtverhalten der Bevölkerung in der Schweiz ermöglicht und neue Trends frühzeitig erkennbar macht (Finanzierung bis 2026 gesichert). Auch Einzelstudien können, wie während der Covid-19-Pandemie, wichtige Hinweise liefern, so dass gross angelegte Studien von hoher methodischer Qualität, insbesondere mit einer repräsentativen Grundgesamtheit, wichtig bleiben. Einzelstudien sind jedoch uneinheitlich in ihrer Methodik, ihren Zielgruppen, Fragestellungen und verwendeten Fragebögen oder hinsichtlich der Gültigkeit, repräsentative Aussagen machen zu können. Besonders fehlt es an Kohortenstudien, die adäquatere Aussagen über zeitliche Entwicklungen ermöglichen würden (Kapitel 1–4). Neben epidemiologischen Zahlen fehlen auch Daten zu wichtigen Einflussfaktoren, wie beispielsweise Informationen zu den (längerfristigen) Auswirkungen des familiären Umfelds auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Kapitel 5 Sozialer Kontext). Ein weiteres Beispiel sind Untersuchungen zum Inhalt und zur Art der digitalen Mediennutzung. Erst in den letzten Jahren liegen Erkenntnisse zur psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in der Schweiz vor (Kapitel 6 Psychische Gesundheitskompetenz). Wichtig ist insbesondere die Frage, ob die Bevölkerung weiss, wie sie ihre eigene psychische Gesundheit stärken, wann und bei wem sie Hilfe suchen kann – für sich selbst oder für andere. Früher wurde das Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz mehrheitlich auf die Erkennung spezifischer psychischer

Erkrankungen reduziert. Ein Monitoring der psychischen Gesundheitskompetenz ermöglicht es auch, einzuschätzen, ob sich etwa Gesundheitsförderungsmassnahmen auf die psychische Gesundheitskompetenz auswirken oder ob die steigende Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen mit einer zunehmenden Gesundheitskompetenz in Verbindung steht. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention fehlt eine systematische Übersicht über die Wirksamkeitsnachweise empfohlener Massnahmen (siehe oben).

Die Datengrundlage im Versorgungskontext ist besser als in den oben erwähnten Bereichen: Hier werden Daten der Krankenversicherer oder Spitäler verwendet, die abrechnungsrelevant und somit präzise dokumentiert sind (Kapitel 11 Versorgung). Diese Daten werden für die Vergütung der erbrachten Leistungen benötigt und basieren in der Regel auf Vollerhebungen. Dadurch ist eine umfassende und systematische Erfassung gewährleistet. Die Leistungen von Selbstzahlenden werden dabei jedoch nicht erfasst. Der stationäre Kontext kann gut abgebildet werden, während für den intermediären und ambulanten Kontext Informationen, wie beispielsweise die Diagnosen der Patientinnen und Patienten fehlen sowie Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Datenquellen nicht/kaum möglich sind. Dies wäre mit Blick auf die Behandlungsverläufe zentral.

13.12 Literaturverzeichnis

- Averdijk, M., & Eisner, M. (2015). *Wirksame Gewaltprävention. Eine Übersicht zum internationalen Wissensstand*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; Schweizerischer Fonds für Kinderschutzprojekte.
- Bundesamt für Gesundheit (2025). Erhebung Gesundheit und Lifestyle. <https://www.bag.admin.ch/de/erhebung-gesundheit-und-lifestyle>
- Bvpg Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2025). Psychische Gesundheit als Schlüsselthema in der Politik Empfehlungen der Arbeitsgruppe «Psychische Gesundheit». <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14270>
- Dyckhoorn, J., Fischer, L., Bayliss, B. [...] Walters, K. (2022). Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. *BMC Public Health*, 22, 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13775-9>
- GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392, 1859–1922.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2024). Mini-Aktualisierung der KAP-Orientierungsliste (2024). <https://gesundheitsfoerderung.ch/orientierungsliste>
- Jacobi, F., Becker, M., Mullender, S., Bretschneider, J., Thom, J., & Fichter, M. M. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. (Band 1: Allgemeine Psychiatrie 1, Band 2: Allgemeine Psychiatrie 2, Band 3: Spezielle Psychiatrie 1, Band 4: Spezielle Psychiatrie 2). Springer Verlag.
- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022). Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Aktualisierte Übersichtsstudie. Bern: BAG.
- Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Salisbury, T.T. [...] & Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*, 21, 220–236. <https://www.doi.org/10.1002/wps.20962>
- Kawai, C., Georgiou, F., Pieren, R., Tobias, S., Mavros, P., & Schäffer, B. (2024). Investigating effect chains from cognitive and noise-induced short-term stress build-up to restoration in an urban or nature setting using 360° VR. *Journal of Environmental Psychology*, 100, 102466. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2024.102466>
- Ormel, J. & VonKorff, M. (2024). What should a nation do to prevent common mental disorders? Meet seven conditions for effective prevention, *Mental Health & Prevention*, 33, 200320. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200320>
- Otten, D., Heller, A., Schmidt, P., Beutel, M. E., & Brahler, E. (2024). Gender differences in the prevalence of mental distress in East and West Germany over time: a hierarchical age-period-cohort analysis, 2006–2021. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(2), 315–328. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02479-z>
- Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit - Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023).
- Riedel-Heller, S.G., Reininghaus, U., & Schomerus, G. (2023). Public Mental Health: Kernstück oder Stiefkind von Public Health? *Bundesgesundheitsblatt*, 66, 356–362. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03670-y>
- Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C. & Borman, B. (2019). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. *Journal of Health Monitoring*, 4(S1), 1–22. <http://dx.doi.org/10.25646/6058>
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 10; 152:40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Thoenen, O. & Wiesli, R. (2022). Synthese «Kantonale Policy-Analysen in den KAP-Themenbereichen». Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Tuch A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E., & Hepp, U. (2024). Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix (Obsan Bulletin 03/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- WHO (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- WHO Europa (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz vom 12.–15. Januar 2005 in Helsinki. <https://iris.who.int/handle/10665/326562>
- WHO Europa. (2021). Der Handlungsrahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO (2021–2025) und das neue Bündnis für psychische Gesundheit. <https://www.who.int/europe/de/publications/i/item/EUR-RC71-R5>

14 Handlungsempfehlungen



Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen basieren auf einer möglichst sorgfältigen Interpretation der dargestellten Ergebnisse (Richtlinien, siehe Starke et al., 2019), welche mit den Autorinnen und Autoren und der Begleitgruppe sowie innerhalb des Core-Teams diskutiert wurden. Da die Umsetzung der Empfehlungen auf der Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure beruht, werden Adressatinnen und Adressaten benannt, um deren potenzielle Rollen und Handlungsspielräume aufzuzeigen. Die Benennung ist *nicht abschliessend* und erfolgt nicht im Sinne einer direkten Zuweisung von Aufgaben. Sie dient als Orientierungshilfe, um Verantwortlichkeiten sichtbarer zu machen und die Vernetzung relevanter Akteure und damit eine Umsetzung zu unterstützen.

1 Psychische Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen: Um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, beziehungsweise zu stärken, ist es notwendig, sie im Sinne eines «Mental Health in All Policies»-Ansatzes auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, über verschiedene Lebens- und Politikbereiche hinweg, auf Gemeinde-, Kantons- und nationaler Ebene mitzudenken. Gemäss WHO soll die psychische Gesundheit nicht nur im Gesundheitssektor, sondern auch in Bereichen wie Bildung, Arbeit, Soziales und Umwelt berücksichtigt werden (WHO Europa, 2021; WHO Europa, 2006). Vor diesem Hintergrund sollten die folgenden Empfehlungen berücksichtigt und geprüft werden:

1.1 Psychische Gesundheit – Jede Person kann aktiv beitragen

Psychische Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil des täglichen Lebens – in der Familie, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis und in vielen weiteren Bereichen. Entsprechend kann jede Person und jede gesellschaftliche Akteurin, jeder gesellschaftliche Akteur sozial unterstützend wirken und damit beitragen, die psychische Gesundheit zu stärken. Dafür ist es weiterhin wichtig, das Bewusstsein für psychische Gesundheit zu schärfen, Hilfsangebote und niederschwellige Kursangebote für Laien bekannt zu machen und einen ebenso sachlichen wie empathischen Umgang mit psychischen Belastungen zu fördern.

Adressatinnen und Adressaten: Familien und Freunde, Nachbarschaften, Vereine, Akteurinnen und Akteure aus Bildung und Erziehung, Leistungserbringende aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich, Medien, Vertreterinnen und Vertreter der Politik und Verwaltung (siehe auch Adressatinnen/Adressaten weiterer Empfehlungen).

1.2 Psychische Gesundheit als Querschnittsthema in der Politik verankern

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit muss sowohl innerhalb des Gesundheitswesens wie auch in anderen Politikbereichen und Handlungsfeldern sichtbar gemacht und als Querschnittsthema verstanden werden. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit ist zu stärken, die Verantwortlichkeiten sind sowohl im Gesundheitssektor wie auch in den anderen Sektoren klar zu definieren. Der Austausch innerhalb und zwischen den verschiedenen Bereichen sollte so gestaltet werden, dass die psychische Gesundheit konsequent in politische Entscheidungsprozesse integriert wird.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale, kantonale und kommunale Behörden der Gesundheit und anderer Politikbereiche (z. B. Bildung, Arbeit, Umwelt, Raum- und Stadtentwicklung, Wirtschaft und Soziales).

1.3 «Mental Health in All Policies»-Ansatz strategisch verankern

Für eine nachhaltige Einbindung der psychischen Gesundheit in politische Prozesse braucht es eine klare Vorgehensweise und eine verbindliche Struktur ist zu prüfen. Um die Federführung und Koordination sicherzustellen, scheint es aus fachlicher Sicht sinnvoll, dass gesundheitsnahe Behörden eine zentrale Steuerungsrolle übernehmen. Ergänzend könnte ein breit abgestütztes Gremium aus Akteurinnen und Akteuren der Leistungserbringung, Verwaltung und Forschung die Koordination und Umsetzung des Ansatzes unterstützen. Die psychische Gesundheit sollte explizit in übergeordnete Strategien wie Nachhaltigkeitsziele eingebunden werden. Klare Zielsetzungen und messbare Indikatoren sind für die Überprüfung der Fortschritte hilfreich.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale, kantonale und kommunale Behörden des Gesundheitsbereichs und der anderen Politikbereiche, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Fachverbände.

1.4 Entwicklungen beobachten und vorausschauend handeln

Angesichts der gesellschaftlichen, umweltbedingten, technologischen und politischen Entwicklungen und Ereignisse ist es wichtig, mögliche Konsequenzen für den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung frühzeitig zu erkennen. Beispiele hierfür sind die fortlaufenden Entwicklungen im Bereich digitaler Medien, die Klimaveränderung oder die internationale politische Lage. Aufgrund der thematischen Breite braucht es für die Koordination und den Wissenstransfer eine strukturierte Organisationsform oder ein interdisziplinäres Netzwerk. Ein pragmatisches Vorgehen wäre, bestehende Netzwerke oder Austauschgefässe zu nutzen oder weiterzuentwickeln, unter Festlegung einer klaren Leitungsfunktion.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Fachpersonen und Verbände der verschiedenen Fachgebiete, Leistungserbringende.

2 *Evidenzbasierung durch gezielte Datenerhebung und Förderung wissenschaftlicher Studien stärken*

In sämtlichen Kapiteln zeigt sich, dass bestimmte Fragestellungen nicht beantwortet werden können, da die Datenbasis fehlt. Um die Grundlage für evidenzbasierte Entscheidungen zu verbessern, wird empfohlen, die Verfügbarkeit, Verknüpfbarkeit und Qualität relevanter Daten systematisch zu erweitern. Folgende Punkte werden hierzu empfohlen:

2.1 **Psychischen Gesundheitszustand regelmässig erheben, Indikatoren der positiven psychischen Gesundheit miterheben**

Die Durchführung einer regelmässigen Erhebung des psychischen Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Schweiz würde ein engmaschiges Monitoring ermöglichen und damit eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung unterstützen. Beispielsweise könnten jährliche Erhebungen der Gesamtbevölkerung mit den jährlichen Informationen aus dem Versorgungsbereich in Zusammenhang gebracht werden.

Indikatoren eines positiven psychischen Gesundheitszustandes wie das Wohlbefinden sollten als integrale Bestandteile von Erhebungen oder Studien einbezogen werden, um umfassendere Aussagen zum psychischen Gesundheitszustand zu ermöglichen.

Adressatinnen und Adressaten: Datenproduzenten, nationale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen.

2.2 **Internationale Erkenntnisse nutzen und Zusammenarbeit fördern**

Um bestehende Wissenslücken effizient zu füllen, sollte geprüft werden, welche Fragestellungen durch inländische Daten beantwortet werden müssen und wo sich internationale Forschungsergebnisse auf den Schweizer Kontext übertragen lassen. Wo sinnvoll, ist eine verstärkte internationale Zusammenarbeit anzustreben, um Forschungsergebnisse systematisch auszuwerten und für die Schweiz nutzbar zu machen.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen.

2.3 Datenlücken identifizieren und gezielt untersuchen

In der Schweiz fehlen Daten zu wichtigen Aspekten, wie etwa zur psychischen Gesundheit von Kindern bis 10 Jahren, zum Familienklima, zu Gewalterfahrungen sowie zur Rolle der digitalen Mediennutzung oder der Umweltfaktoren. Diese Lücken sollten durch gezielte Forschungsinitiativen geschlossen werden (siehe dazu auch Empfehlung 2.2).

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Institutionen, die spezifische Fragestellungen untersuchen (lassen) oder Forschungsaktivitäten ermöglichen.

2.4 Vorhandene Daten nutzbar machen

Bereits bestehende Datenquellen könnten nutzbar gemacht werden, um bestimmte Fragestellungen besser zu beantworten. In einigen Fällen werden Daten erhoben, jedoch nicht einheitlich erfasst und gespeichert, z. B. bei schulärztlichen oder schulpsychologischen Diensten. Ansätze zur einheitlichen Erfassung, Datensicherung und Analyse sind zu unterstützen, der administrative und finanzielle Aufwand für beteiligte Institutionen ist zu minimieren.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Leistungserbringende, Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Bildungsbereiches.

2.5 Bei Studien und Erhebungen Vergleichsmöglichkeiten berücksichtigen

Bei der Auswahl geeigneter Messinstrumente für Indikatoren der psychischen Gesundheit sind nationale als auch internationale Vergleichsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Dies ist abhängig von der jeweiligen Fragestellung und Zielpopulation der Studien. Auf nationaler Ebene bieten sich die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und die Health Behaviour in School-aged Children-Studie (HBSC) als Referenz an.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen.

2.6 Kausale Mechanismen untersuchen

Zur Prüfung kausaler Zusammenhänge (d. h. Aussagen hinsichtlich Ursache und Wirkung) zwischen potenziellen Risiko- und Schutzfaktoren sind idealerweise vermehrt Längsschnittstudien, insbesondere Kohortenstudien, einzusetzen (wo randomisierte kontrollierte Studien nicht möglich). Aufgrund der Komplexität ist es auch hier wichtig, von internationalen Erkenntnissen zu lernen (siehe oben).

Adressatinnen und Adressaten: Nationale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Institutionen, die spezifische Fragestellungen untersuchen (lassen) oder Forschungsaktivitäten ermöglichen.

2.7 Hohe Qualität der Forschung sicherstellen

Die Aussagekraft von Erhebungen und Studien ist durch eine konsequente Anwendung hoher methodischer Qualitätsstandards zu gewährleisten – insbesondere durch robuste Studiendesigns, die eine angemessene Repräsentativität der untersuchten Personengruppe sicherstellen.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Institutionen, die spezifische Fragestellungen untersuchen (lassen) oder Forschungsaktivitäten ermöglichen.

2.8 Finanzielle Mittel für die Bereitstellung und Erhebung von Daten fördern

Die Bereitstellung finanzieller Mittel ist eine Voraussetzung für die (zusätzliche) Erhebung von Daten, einer besseren Datennutzung oder der Durchführung spezifischer Studien.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Institutionen, die spezifische Fragestellungen untersuchen (lassen) oder Forschungsaktivitäten ermöglichen.

3 Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen durchführen und evaluieren

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft im Bereich der psychischen Gesundheit ist in der Schweiz breit abgestützt. Sie sollte nicht isoliert betrachtet, sondern bereichsübergreifend gedacht werden, um mögliche Synergien und kumulative Effekte mit Themen wie Suchtprävention, Gewaltprävention und Suizidprävention zu nutzen (siehe auch Ormel, 2024).

3.1 Belastete Bevölkerungsgruppen zielgruppenspezifisch stärken

Mögliche Beispiele hierfür sind Personen mit niedrigem Bildungs- und Einkommensniveau, junge Menschen, Personen mit Migrationshintergrund aus Südwesteuropa, Ost- oder Südosteuropa (1. Generation), betreuende Angehörige, die LGBTQI+-Bevölkerung, Heranwachsende mit psychisch erkrankten Eltern oder platziert in einer sozialpädagogischen Einrichtung, Menschen, bei denen verschiedene Vulnerabilitätskategorien zusammenkommen oder Fachkräfte wie z. B. Pflegende. Der niederschwellige Zugang zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen ist sicherzustellen. Diese Gruppen zu erreichen, ist jedoch herausfordernd. Deshalb sind aufsuchende Angebote eine wirkungsvolle Möglichkeit, den Zugang zu verbessern. Ebenso muss sichergestellt werden, dass auch Personen mit geringen Kenntnissen der Landessprachen Zugang zu diesen Angeboten haben.

Adressatinnen und Adressaten: Kantonale, und kommunale Behörden, Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, Organisationen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen durchführen oder finanzieren

3.2 Psychische Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen stärken

Die Förderung der psychischen Gesundheit sollte möglichst frühzeitig ansetzen, um langfristige positive Effekte auf die individuelle Entwicklung und das Wohlbefinden zu erzielen. Es ist entscheidend, psychische (internale) wie soziale (externale) Ressourcen zu stärken und die psychische Widerstandsfähigkeit und Gesundheitskompetenz aufzubauen. Hierfür sollte das schulische Setting sowie das familiäre Umfeld aktiv eingebunden werden, um Kindern und Jugendlichen möglichst ganzheitliche Unterstützung bieten zu können.

Adressatinnen und Adressaten: Eltern, Schulen, Behörden und Akteurinnen und Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention.

3.3 Den Ansatz der Früherkennung und Frühintervention bei belasteten und gefährdeten Kindern und Jugendlichen weiterführen

Früherkennung und Frühintervention bei belasteten und gefährdeten Kindern und Jugendlichen ermöglichen es, psychische Auffälligkeiten rechtzeitig zu erkennen. Dadurch können Hilfsangebote gezielt und individuell angepasst werden, was zu einer höheren Wirksamkeit beiträgt. Eine enge Vernetzung der Fachpersonen, wie Lehrpersonen, Schulsozialarbeitenden, Kinder- und Jugendarbeitenden, Mütter-/Väterberaterinnen, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, schafft ein unterstützendes Umfeld. Die Verfügbarkeit von Leitfäden, Weiterbildungsangeboten, Vernetzungs- und Kooperationsmöglichkeiten oder von niederschweligen Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten kann die anspruchsvolle Arbeit unterstützen.

Adressatinnen und Adressaten: Neben den erwähnten Fachkräften sind die Behörden des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens entscheidend.

3.4 Ressourcen der Bevölkerung fördern und Resilienz stärken

Die psychischen und sozialen Ressourcen der Bevölkerung zur Bewältigung alltäglicher und langfristiger Herausforderungen im Berufs- oder Privatleben sind zu stärken. Ebenso wichtig ist die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz, damit Menschen sowohl ihre eigene psychische Gesundheit als auch die ihrer Mitmenschen erhalten und stärken können. Dabei sollte auch das Wissen über angemessene Unterstützungsangebote und Hilfsquellen bei psychischen Belastungen berücksichtigt werden.

Adressatinnen und Adressaten: Behörden des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, Organisationen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen umsetzen oder finanzieren.

3.5 Soziale Ungleichheit in der psychischen Gesundheit reduzieren

Personen mit tiefem Bildungsniveau, geringem Haushaltseinkommen oder Migrationshintergrund aus Südwesteuropa, Ost- oder Südosteuropa (erste Generation) haben ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen. Um dieses Ungleichgewicht nachhaltig zu verringern, braucht es gezielte Massnahmen in Bildung, Sozialpolitik und Gesundheitsförderung. Bildung spielt eine zentrale Rolle bei der Prävention, indem sie Chancengleichheit fördert und langfristig das Risiko psychischer Erkrankungen senkt. Gleichzeitig sollten Programme zur Armutsprävention und sozialen Integration weiterentwickelt und besser mit psychischen Gesundheitsangeboten verknüpft werden, um soziale Benachteiligung nachhaltig zu reduzieren.

Adressatinnen und Adressaten: Behörden des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens, Fachstellen für Integration, für psychosoziale Beratungen sowie Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention

3.6 Gewaltprävention in allen Altersgruppen ausbauen

Gewalt, Diskriminierung und Bullying haben erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit – sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im höheren Lebensalter. Gesundheitsförderliche Massnahmen im Umfeld, z. B. zur Förderung eines guten Klimas in einer Klasse oder im Arbeitsumfeld, sowie themenübergreifende Früherkennung und Frühintervention ermöglichen es, Ressourcen zu bündeln und unabhängig von der Ursache Unterstützung anzubieten. Weitere Präventionsmassnahmen sollten verstärkt und gezielt auf die individuellen Herausforderungen und jeweiligen Altersgruppen ausgerichtet werden.

Adressatinnen und Adressaten: Behörden des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, Arbeitgebende und Unternehmen, Personalabteilungen

3.7 Suizidprävention konsequent weiterentwickeln

Der nationale Aktionsplan zur Suizidprävention soll weiterverfolgt und durch kantonale Initiativen ergänzt werden. Besonders wichtig sind eine verstärkte Früherkennung und ein niederschwelliger Zugang zu Hilfsangeboten, eine Reduktion der verfügbaren Suizidmittel, eine verbesserte Vernetzung relevanter Akteurinnen und Akteure und die Unterstützung für Hinterbliebene.

Adressatinnen und Adressaten: Behörden des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, Baubehörden, Apotheker- und Drogistenverbände, Kantonspolizeien, Fachstellen für Suizidprävention, Selbsthilfegruppen für Angehörige

3.8 Bewegungsförderung und eine gesunde Umwelt gezielt stärken

Bewegungsförderung sollte unterstützt werden, indem attraktive und niederschwellige Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität geschaffen werden. Gleichzeitig ist eine gesundheitsfördernde Umwelt zentral: Der Zugang zu Grünflächen, sicheren Fuss- und Velowegen sowie bewegungsfreundlichen öffentlichen Räumen muss sichergestellt werden. Gesundheitsbezogene Auswirkungen sollten zudem systematisch bei der Stadtplanung und bei baulichen Massnahmen berücksichtigt werden, etwa auch im Zusammenhang mit Lärmbelastung.

Adressatinnen und Adressaten: Behörden des Gesundheits- und Bildungswesens sowie der Raumplanung, Strassen-, Umwelt- und Baudirektionen, Fachstellen für Sport- und Bewegungsförderung, Gesundheitsförderung und Prävention

3.9 Digitale Medien wo möglich als Chance für die psychische Gesundheit nutzen

Digitale Medien haben einerseits Potenzial im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, da sie als Informationsquelle dienen, einen Austausch ermöglichen und/oder mit Wearables zu einer besseren Lebensqualität motivieren. Solche Apps sind jedoch mehrheitlich nicht auf ihre Wirksamkeit geprüft. Andererseits birgt die Nutzung auch Risiken wie Cybermobbing, Schlafstörungen, Stress oder negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und das Körperbild. Qualitätsstandards und Leitlinien für digitale Gesundheitsanwendungen müssen etabliert werden, flankiert von Aufklärungskampagnen und der Förderung digitaler Gesundheits- und Medienkompetenz.

Adressatinnen und Adressaten: Behörden des Gesundheits-, Sozial-, Justiz- und Bildungswesens, Schulen, Bildungsinstitutionen sowie Fachstellen in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention oder Sucht, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen.

3.10 Evidenzbasierte Programme verstärkt umsetzen

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme, die als gute Praxis evaluiert wurden, sind vermehrt umzusetzen und zu multiplizieren. Ausserdem sind Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern heranzuziehen und, unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten bzw. der ermittelten Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen, anzupassen und zu evaluieren.

Adressatinnen und Adressaten: Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, Organisationen und Behörden, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen umsetzen oder finanzieren.

3.11 Evaluationen und Wirkungsmessungen der Interventionen durchführen

Evaluationen erlauben Aussagen über die kurz- und langfristige Wirkungsweise von Interventionen. Projekte mit einer Evaluation, die einen gesicherten Nachweis zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei der Zielgruppe liefern, sind in der Minderheit. Um bessere Aussagen zur Wirkung zu gewährleisten, sollten Evaluationen ein finanziell gesicherter Bestandteil der Interventionen sein.

Adressatinnen und Adressaten: Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, Organisationen und Behörden, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen umsetzen oder finanzieren, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen.

3.12 Längerfristige Finanzierung der evaluierten Programme gewährleisten

Wirksame Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit werden in der Schweiz umgesetzt, sind jedoch oft nicht nachhaltig finanziert. Eine feste Verankerung in Regelstrukturen, wie im ordentlichen Budget, würde es ermöglichen, sich auf Qualitätssicherung und Verbreitung und weniger auf die fortlaufende Finanzierungssuche zu konzentrieren.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale, kantonale und kommunale Behörden, weitere Organisationen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen finanzieren.

3.13 Wissen sichtbarer machen

Bestehende Übersichten über Projekte guter Praxis sind für einen systematischen Überblick zusammenzuführen, der Wirkungsgrad einzustufen und öffentlich zugänglich zu machen. Bei der Bekanntmachung sollen als Zielgruppen auch Lebens- und Politikbereiche ausserhalb des Gesundheitsbereichs berücksichtigt werden (siehe auch Empfehlungsgruppe 1).

Adressatinnen und Adressaten: Organisationen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen durchführen oder finanzieren

3.14 Zusammenarbeit verstetigen und weiterentwickeln

Die nationale und interkantonale Zusammenarbeit sowie der Austausch zwischen Anbietern und Umsetzenden sollen langfristig gesichert und gezielt gestärkt werden. Dadurch können gemeinsame Lernerfahrungen gefördert und Synergien besser genutzt werden. Zudem sollte geprüft werden, ob weitere relevante Akteurinnen und Akteure eingebunden werden müssen, um psychische Gesundheit als Querschnittsthema breiter zu verankern (siehe auch Empfehlungsgruppe 1).

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, Organisationen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen umsetzen oder finanzieren

4 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz fördern, Arbeitsmarktintegration sicherstellen

Arbeitsplätze und Ausbildungsstätten sind wichtige Lebensorte. Viele Menschen verbringen einen grossen Teil ihres Alltags dort. Einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, kann zu einer guten psychischen Gesundheit beitragen, da sie Sinnerleben, Erfolgserlebnisse, finanzielle Sicherheit und soziale Teilhabe ermöglicht. Das Angebot an Unterstützungsmassnahmen wurde ausgebaut, um psychisch belastete Personen an der Arbeitsstelle zu halten oder an einem neuen Arbeitsplatz zu integrieren. Trotz dieser Fortschritte besteht weiterhin Handlungsbedarf, um bestehende Massnahmen zu optimieren und sicherzustellen, dass sie alle Betroffenen erreichen. Die Empfehlungen richten sich an eine breite Palette von Akteurinnen und Akteuren¹ und entsprechend erfordert die Umsetzung eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit. Es wird angeregt:

4.1 Auf Ressourcen und Belastungen im Arbeitskontext achten

Die psychische Gesundheit ist im Arbeitskontext auf Ebene der einzelnen Mitarbeitenden, wie auch auf Ebene der Teams zu stärken. Es ist wichtig, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeitsbelastungen sowie Ressourcen sicherzustellen.

Adressatinnen und Adressaten: Arbeitgebende, Personalabteilungen, betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner oder kantonale und nationale Stellen für Arbeitsschutz.

4.2 Arbeitsmarktintegration sichern

Eine frühe und koordinierte Unterstützung in der Ausbildung und eine Begleitung beim Berufseinstieg sind wertvoll und wichtig, um Desintegration und soziale Ausgrenzung von Personen mit psychischen Erkrankungen zu vermeiden.

Adressatinnen und Adressaten: Lehrbetriebe, Berufsbildungseinrichtungen, regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV), IV-Stellen, Arbeitgebende und Branchenverbände.

¹ Für eine Übersicht, siehe BAG (2020): Die Schweizer Landschaft der BGM Akteure. <https://www.bag.admin.ch/de/die-schweizer-landschaft-der-bgm-akteure>

4.3 Kooperation bei psychischen Erkrankungen fördern

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Fachpersonen, Arbeitgebenden, Versicherungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen ist zu erreichen, um das Verbleiben an der Arbeitsstelle oder die Arbeitsmarktintegration sicherzustellen.

Adressatinnen und Adressaten: Neben den erwähnten Akteurinnen und Akteuren können auch nationale und kantonale Behörden zur Zusammenarbeit beitragen.

4.4 Information und Prävention stärken

Unternehmen sollten wirkungsvolle Unterstützung und verlässliche Informationsquellen im Umgang mit psychischen Problemen von Mitarbeitenden erhalten. Führungskräfte und Teams müssen geschult werden, um das Bewusstsein und die Kompetenzen für eine gute psychische Gesundheit zu stärken. Besonders kleine Unternehmen benötigen gezielte Unterstützung bei der Umsetzung von Präventionsmassnahmen. Generell ist es sinnvoll, einen wirkungsorientierten Ansatz zu verfolgen (siehe Empfehlungsgruppe 3).

Adressatinnen und Adressaten: Führungskräfte und Unternehmen, Berufsverbände, Fachstellen für Arbeitsmarktintegration und betriebliches Gesundheitsmanagement wie auch nationale und kantonale Behörden.

4.5 Das Thema «psychische Gesundheit» systematisch in Beratung und Betreuung einbinden

Insbesondere bei Fachstellen für Arbeitsmarktintegration (RAV, IV, Sozialdienste), die mit erwerbslosen Personen zu tun haben, ist eine systematische Berücksichtigung der psychischen Gesundheitsthematik aus Sicht der Prävention von grosser Relevanz.

Adressatinnen und Adressaten: Fachstellen für Arbeitsmarktintegration, regionale Gesundheitsfachstellen, Anbieter von Unterstützungsangeboten für erwerbslose Personen, nationale und kantonale Behörden.

5 Bedarfsgerechte, zugängliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen wird durch eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren sichergestellt. Neben der klassischen Gesundheitsversorgung umfasst dies viele weitere Angebote (Beispiele: schulpsychologische Dienste, niederschwellige Hilfs- und Beratungsangebote). Auch Angehörige leisten einen entscheidenden Beitrag. Um eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, wird empfohlen:

5.1 Niederschwelligen Zugang und Qualität zur Versorgung «im breiten Sinne» sicherstellen

Der Zugang zu den Angeboten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung und weiteren niederschwelligen Angeboten ist sicherzustellen, insbesondere für Kinder und Jugendliche, Personen aus tiefen Bildungs- und Einkommensschichten sowie für Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation aus Südwesteuropa, Ost- oder Südosteuropa und/oder ohne lokale Sprachkenntnisse. Wo nötig, sollten diese Angebote in der Bevölkerung gezielt bekannt gemacht und ihre Sichtbarkeit erhöht werden.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale, kantonale und kommunale Behörden, Berufs- und Fachverbände (z. B. psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungserbringende, Hausärztinnen/Hausärzte), niederschwellige Dienste, Beratungsstellen und Stiftungen, Patientenorganisationen, Bildungsinstitutionen, Sozial- und Migrationsdienste.

5.2 Fachkräftemangel aktiv angehen

Der berichtete Fachkräftemangel ist nachhaltig anzugehen. Es sind Strategien zu entwickeln und zu prüfen, um die Attraktivität der verschiedenen Berufe zu erhöhen (z. B. Ausbildung, Steuerung), sowie die Personalressourcen adäquat einzusetzen. Um eine zukunftsfähige Versorgung sicherzustellen, bietet es sich allenfalls an, Strukturen, Prozesse und tarifarische Anreize der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Grundsatz zu überdenken und dabei internationale Ansätze mitzuberücksichtigen.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden des Gesundheits- und Bildungswesens, Hochschulen, Akteurinnen und Akteure der (Versorgungs-)Forschung, Berufsverbände, Akteurinnen und Akteure im Bereich der internationalen Fachkräftegewinnung und -mobilität.

5.3 Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche sicherstellen

Die bereits erwähnten Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung sind im Kinder- und Jugendbereich besonders relevant, da sich die psychische Belastung bei Heranwachsenden deutlich verschärft hat, die Inanspruchnahme steigt und Fachärztinnen sowie Fachärzte gerade in diesem Bereich eine Unterversorgung wahrnehmen.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungserbringende, Berufs- und Fachverbände, Hochschulen, Akteurinnen und Akteure der (Versorgungs-)Forschung.

5.4 Systemänderungen evaluieren

Die Systemänderungen, wie das Tarifsystem TARPSY oder der Wechsel zum Anordnungsmodell in der psychologischen Psychotherapie werden evaluiert. Dabei ist zu berücksichtigen, wie sich diese Reformen auf die Versorgungsqualität, den Behandlungszugang, die Finanzierung und die Kosteneffizienz des Gesundheitssystems auswirken, um unbeabsichtigte negative Folgen frühzeitig zu erkennen. Sowohl kurz- als auch langfristige Beobachtungen dieser Entwicklungen sind wesentlich, um zeitlich verzögert auftretende Effekte zu identifizieren und darauf basierend notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung inkl. Fachverbände und Krankenversicherer, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen

5.5 Perspektive der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen und der Fachkräfte in die Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsmodellen systematisch einbeziehen

Mit Blick auf den berichteten Fachkräftemangel sollten Strukturen und Prozesse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung kritisch überdacht werden. Es ist wichtig, die Bedürfnisse und Anliegen der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen oder des Fachpersonals mitzuberücksichtigen (siehe auch Empfehlung 5.2).

Adressatinnen und Adressaten: Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen des Gesundheitssystems – von nationalen wie kantonalen Behörden, Kostenträgern wie Krankenversicherern und Kantonen über Fach- und Berufsverbände bis hin zu Betroffenen- und Angehörigenorganisationen.

5.6 Leistungen ausserhalb der klassischen Tarifstrukturen finanzieren

Es ist notwendig, die Finanzierung von Leistungen zu überprüfen, die nicht adäquat durch die bestehenden Tarifsysteme abgebildet werden können, wie z. B. psychosoziale Leistungen oder Leistungen in intermediären Versorgungsstrukturen. Gegebenenfalls sollten Strukturen geschaffen werden, um die Finanzierung dieser Leistungen sicherzustellen.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Krankenversicherer, Leistungserbringende.

5.7 Regionale Unterschiede analysieren und für gezielte Anpassungen nutzen

Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung sind nicht automatisch problematisch. Wenn sie nachvollziehbar sind, können sie wertvolle Hinweise für mögliche Koordinations- oder Anpassungsmassnahmen liefern. Beispielsweise lassen sich die kantonal stark variierenden Zahlen der fürsorgerischen Unterbringung teilweise auf Unterschiede in den Anordnungs Kompetenzen zurückführen (z. B. alle Ärztinnen und Ärzte vs. nur Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie). Sofern als notwendig erachtet, bieten solche Analysen die Grundlage für eine interregionale Abstimmung.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen

5.8 Digitale Medien als Chance für die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung nutzen, Rahmenbedingungen klären

Wissenschaftlich geprüfte App- und internetbasierte Therapieprogramme können zu einer guten Gesundheitsversorgung beitragen, sei es als Alternative wie auch als Ergänzung zu klassischen psychotherapeutischen Behandlungen. Wo sinnvoll, sollten sie gezielt empfohlen werden, z. B. wenn persönliche Behandlungen durch räumliche oder zeitliche Einschränkungen erschwert sind. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen für eine systematische Nutzung solcher Anwendungen sind zu klären.

Adressatinnen und Adressaten: Nationale und kantonale Behörden, psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungserbringende, Akteurinnen und Akteure an Hochschulen und anderen Forschungsinstitutionen, Krankenversicherer.

Abkürzungsverzeichnis

ACE	Belastende Kindheitserlebnisse (adverse childhood experiences)
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMI	Body-Mass-Index
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CHF	Schweizer Franken
COU	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKKJ	Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen
FM	Freiheitsbeschränkenden Massnahmen
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
FOMO	Fear of missing out
FU	Fürsorgerischen Unterbringung
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
GFP	Gesundheitsförderung und Prävention
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HBSC	Studie Health Behaviour in School-aged Children
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
ICD-11	International Classification of Diseases, 11. Revision
IV	Invalidenversicherung
KAP	Kantonale Aktionsprogramme
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KS	Krankenhausstatistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MCI	Leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment)
MonAM	Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten
MST	Multisystemische Therapie
NCD	Nichtübertragbarer Krankheiten
NPG	Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung

PFAS	Per- und polyfluorierten Alkylverbindungen; Weichmacher und Industriechemikalien
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QALY	Qualitätsadjustiertes Lebensjahr
RCT	Randomisierte kontrollierte Studien
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SES	Sozioökonomischer Status
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHARE	Erhebung zu Gesundheit, Altern und Ruhestand
SHP	Schweizer Haushalts-Panel
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
TARPSY	Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie
UMA	Unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Wir danken folgenden Expertinnen und Experten für die wertvollen Rückmeldungen im Rahmen des Reviewprozesses (in alphabetischer Reihenfolge):

Nicole Bachmann (Fachhochschule Nordwestschweiz), Stefan Boes (Universität Luzern), Michelle Dey (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften), Achim Elfering (Universität Bern, FernUni Schweiz), Roger Keller (Pädagogische Hochschule Zürich), Undine Lang (Universität Basel), Mike Martin (Universität Zürich), Elvira Mauz (Robert Koch Institut), Gisela Michel (Universität Luzern), Simone Munsch (Universität Freiburg), Martin Rösli (Swiss Tropical and Public Health Institute), Julia Thom (Robert Koch Institut), Paul G. Unschuld (Universität Genf) und Lena Walther (Robert Koch Institut).

Ein grosser Dank geht an die Begleitgruppe des nationalen Gesundheitsberichts 2025 (in alphabetischer Reihenfolge):

Vladeta Ajdacic-Gross (Universität Zürich), Melanie Amrein (Helsana Versicherungen AG), Oliver Bilke-Hentsch (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Luzerner Psychiatrie), Anne-Sophie Brandt (SECO), Christian M. Burr (Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege; Berner Fachhochschule), Marina Delgrande Jordan (Sucht Schweiz), Stéphan Eliez (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Universität Genf), Gian-Paolo Klinké (BFS), Ralph Krieger (SECO), Eva Heim (Universität Lausanne), Philippe Luchsinger (Haus- und Kinderärzte Schweiz), Wim Nieuwenboom (Fachhochschule Nordwestschweiz), Julie Page (Netzwerk Psychische Gesundheit), Liliana Paolazzi (Pro Mente Sana), Gaël Pannatier (Radix), Martin Preisig (Universität Lausanne), Lea Pucci (BAG), Dirk Richter (Berner Fachhochschule), Arno Rothenbühler (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), Carola Smolenski (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), Silvia Steiner (GDK), Marco Storni (BFS), Rafael Traber (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie; Clenia), Cornelia Waser (Gesundheitsförderung Schweiz), Claudia Weiss (H+).

Der Nationale Gesundheitsbericht 2025 bietet einen Überblick über die psychische Gesundheit in der Schweiz. Er zeigt auf, wie sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung entwickelt hat und mit welchen gesellschaftlichen, sozialen und umweltbezogenen Faktoren sie zusammenhängt – von der Arbeitswelt über den Umgang mit digitalen Medien bis hin zur natürlichen und gebauten Umwelt. Der Bericht beleuchtet die psychische Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung sowie bestehende Angebote und Herausforderungen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzt wird dies durch eine Analyse der Versorgungssituation, der Kosten und der Finanzierung. Damit liefert der Bericht eine fundierte Grundlage für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Fachpersonen und die interessierte Öffentlichkeit.

ISBN 978-2-940670-74-1

