



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

OBSAN **BERICHT 72**

**72**

# Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring 2016

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher, Paul Camenzind

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

In der **Reihe «Obsan Bericht»** erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Obsan bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

## Impressum

### Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autorinnen/Autoren

- Daniela Schuler, Obsan
- Alexandre Tuch, Obsan
- Nathalie Buscher, Obsan
- Paul Camenzind, Obsan

### Unter Mitarbeit von

- Sylvie Füglistler-Dousse, Obsan
- Isabelle Sturny, Obsan
- Marcel Widmer, Obsan

### Reviewboard

- Fabienne Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz
- Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz
- Chantale Bürlì, Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Monika Diebold, Leiterin Obsan
- Alfred Künzler, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG)
- Esther Walter, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

### Projektleitung Obsan

Daniela Schuler

### Reihe und Nummer

Obsan Bericht 72

### Zitierweise

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

### Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel  
Tel. 058 463 60 45  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)  
[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Originaltext

Deutsch

### Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

### Karten

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, ThemaKart

### Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

### Druck

Hertig + Co. AG, Lyss

### Bestellungen Print

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

### Bestellnummer

873-1602

### Preis

Fr. 17.– (exkl. MWST)

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer: 874-1604).

### Download PDF

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

### ISBN

978-2-940502-56-1

© Obsan 2016



# Psychische Gesundheit in der Schweiz

Monitoring 2016

**Redaktion** Daniela Schuler, Obsan

**Inhalt** Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher,  
Paul Camenzind, Obsan

**Herausgeber** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2016



# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	5	<b>4 Inanspruchnahme</b>	36
<b>1 Einleitung</b>	9	<b>4.1 Inanspruchnahme generell</b>	36
<b>1.1 Psychische Gesundheit – Psychische Krankheit</b>	9	4.1.1 Behandlung wegen psychischer Probleme	36
<b>1.2 Die Bedeutung psychischer Störungen</b>	11	<b>4.2 Inanspruchnahme: Praxen</b>	38
1.2.1 Verbreitung psychischer Störungen	11	<b>4.3 Inanspruchnahme: Kliniken und Spitäler</b>	40
1.2.2 Entwicklung der Häufigkeit psychischer Störungen	12	4.3.1 Hospitalisierungsraten	40
1.2.3 Folgen psychischer Störungen für das Individuum und für die Gesellschaft	12	4.3.2 Hospitalisationsdauer und Pflegetage	42
<b>1.3 Gesundheitspolitik</b>	13	<b>4.4 Medikamentenkonsum</b>	44
1.3.1 Internationale Policies im Bereich psychische Gesundheit und Krankheit	13	<b>5 Spezifische Themenfelder</b>	48
1.3.2 Massnahmen auf nationaler Ebene	15	<b>5.1 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen</b>	48
1.3.3 Massnahmen auf kantonaler Ebene	16	<b>5.2 Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	51
<b>1.4 Vierte Auflage des Monitoring-Berichts</b>	18	5.2.1 Fürsorgerische Unterbringung (FU)	52
<b>1.5 Datengrundlage</b>	19	5.2.2 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM)	53
1.5.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	19	<b>5.3 Suizid</b>	53
1.5.2 Medizinische Statistik der Krankenhäuser	20	<b>5.4 Kosten psychischer Erkrankungen</b>	59
1.5.3 IV-Statistik	20	5.4.1 Ambulante Praxen: Anzahl Patientinnen und Patienten, Kosten pro Patientin bzw. Patient	60
1.5.4 Statistik der Todesursachen und Totgeburten	21	5.4.2 OKP-Kosten für Spitäler und Praxen: Total und im Psychiatriebereich	60
1.5.5 Datenpool SASIS AG	21	<b>6 Synthese</b>	61
<b>2 Psychischer Gesundheitszustand</b>	22	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	65
<b>2.1 Energie und Vitalität</b>	22	<b>Literaturverzeichnis</b>	66
<b>2.2 Psychische Belastung</b>	24	<b>Anhang</b>	73
<b>2.3 Depression und Depressivität</b>	26		
<b>2.4 Komorbidität</b>	28		
<b>3 Schutz- und Risikofaktoren</b>	31		
<b>3.1 Kontrollüberzeugung</b>	31		
<b>3.2 Soziale Unterstützung</b>	33		
<b>3.3 Einsamkeit</b>	34		



# Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden vierten Monitoringbericht gibt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan einen aktuellen Überblick über die empirischen Fakten zur psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Dies geschieht auf Basis verschiedener, verfügbarer Datenquellen, die zusammen ein möglichst vollständiges Bild der psychischen Gesundheit in der Schweiz aufzeigen sollen.

*Psychische Gesundheit* umfasst Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit die normalen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und im Stande zu sein etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Sie ist kein *Zustand*, sondern ein vielschichtiger, dynamischer *Prozess*, der neben individuellen Aspekten auch massgeblich von äusseren Faktoren beeinflusst wird. Dagegen beeinträchtigen *psychische Störungen* die Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie schränken einen Menschen in seinem Alltag ein und können sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler und körperlicher Ebene sowie auf sein Verhalten auswirken. Sie beeinflussen oft alle Lebensbereiche und mindern die Lebensqualität von Betroffenen, belasten Angehörige und können zu Suizid führen. Psychische Störungen sind weit verbreitet und zählen zu den häufigsten und am stärksten einschränkenden Krankheiten überhaupt. Trotz allem werden psychische Erkrankungen oft nicht erkannt, heruntergespielt und in ihrer individuellen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung unterschätzt.

Der Monitoringbericht thematisiert den psychischen Gesundheitszustand, Schutz- und Risikofaktoren sowie die Inanspruchnahme von Behandlung. Zusätzlich werden ausgewählte Themen wie Invalidität aufgrund psychischer Störungen, Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen in psychiatrischen Kliniken, Suizid sowie Kosten psychischer Erkrankungen behandelt. Wo sinnvoll und möglich werden die Ergebnisse in ihrer zeitlichen Entwicklung präsentiert. Zentrale Quelle ist wie bis anhin die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB, die mit anderen Erhebungen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, IV-Statistik, Statistik der Todesursachen und Totgeburten, Datenpool SASIS AG) ergänzt wird.

## Psychischer Gesundheitszustand

Rund 60% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich voller *Energie und Vitalität*. Männer, ältere Personen und gut (Aus-)Gebildete berichten häufiger von diesem positiven Zustand als Frauen, Junge und Personen mit tieferem Bildungsniveau. Es gibt klare regionale Unterschiede: In der Deutschschweiz geben mehr Personen an, sich voller Energie und Vitalität zu fühlen als in den lateinischen Landesteilen.

Knapp 5% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich stark und rund 13% mittelschwer *psychisch belastet*, was bedeutet, dass bei 18 von 100 Personen das Vorliegen einer psychischen Störung wahrscheinlich ist. Frauen berichten deutlich häufiger von psychischer Belastung als Männer und weniger (Aus-)Gebildete geben dies häufiger an als gut (Aus-)Gebildete. Im Kanton Tessin und in der Genferseeregion fühlen sich die Befragten im regionalen Vergleich am häufigsten psychisch belastet.

Wird gezielt nach Depressionssymptomen gefragt, berichten 30% der Bevölkerung von *Depressivität*. Rund 2% der befragten Frauen und Männer berichten über (eher) schwere Depressivität. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit um klinisch relevante Depressionen handelt. Es gilt jedoch zu bedenken, dass die tatsächliche Häufigkeit starker Depressivität aufgrund der Befragungsart (telefonische und schriftliche Befragungen von Personen in Privathaushalten, keine Befragungen innerhalb von Institutionen wie z. B. Alters- und Pflegeheimen oder Wohnheimen) unterschätzt sein dürfte. Leichte Depressivität ist bei Frauen häufiger (25%) als bei Männern (20%), mittlere bis schwere Symptome nennen beide Geschlechter etwa gleich häufig (7% vs. 6%). Mit zunehmendem Alter und mit höherer Bildung nimmt die erlebte Depressivität ab. Im regionalen Vergleich berichten die Befragten im Kanton Tessin am häufigsten von depressiven Symptomen.

*Komorbidität* – das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung – ist bei psychischen Störungen häufig. Über 70% der Personen mit starker psychischer Belastung und rund 73% der Personen mit starken Depressionssymptomen leiden zusätzlich an starken körperlichen Beschwerden. Frauen berichten tendenziell häufiger von gleichzeitigen psychischen und körperlichen Beschwerden. Kommen bei chronisch-körperlich Erkrankten starke Einschränkungen im Alltag dazu, so ist die psychische Belastung nochmals deutlich höher.

## Schutz- und Risikofaktoren

Rund je 40% der Schweizer Bevölkerung weisen eine hohe oder mittlere und rund 20% eine tiefe *Kontrollüberzeugung* auf. D. h. ein Grossteil der Bevölkerung ist der Ansicht, ihr Leben mehrheitlich selbstbestimmt gestalten zu können. Diese Zahlen sind über die letzten 20 Jahre stabil geblieben. Männer haben in allen Altersgruppen häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als Frauen. Über beide Geschlechter gesehen, nimmt im Pensionsalter der Anteil Personen mit hoher Kontrollüberzeugung zu. Personen mit hoher Kontrollüberzeugung fühlen sich deutlich seltener mittel oder stark psychisch belastet als diejenigen mit tiefer Kontrollüberzeugung.

Knapp 40% der Schweizer Bevölkerung erfahren starke soziale Unterstützung, bei über 12% ist die erlebte Unterstützung jedoch gering. Mit zunehmendem Alter wie auch niedrigerem Bildungsabschluss wächst der Anteil derjenigen Personen, die nur geringe *soziale Unterstützung* von ihrem Umfeld erleben. Zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Belastung lässt sich ein deutlicher Zusammenhang feststellen. D. h. fehlende soziale Unterstützung geht mit erhöhter psychischer Belastung einher.

Etwas mehr als ein Drittel (36%) der Befragten gaben an, sich manchmal bis sehr häufig *einsam* zu fühlen. Das sind leicht mehr Personen als in den Jahren zuvor (ca. 30%) jedoch ähnlich viele wie 1997 (36%). Dabei fühlen sich Frauen deutlich häufiger einsam als Männer (42% vs. 30%). Dieser Geschlechterunterschied besteht über alle Altersgruppen hinweg. Mit zunehmendem Alter berichten immer weniger Männer von Einsamkeitsgefühlen. In der Altersgruppe 15–34 Jahre gaben 37% an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen. Bei den Männern mit 65 und mehr Jahren waren es hingegen nur noch 22%. Bei den Frauen ist dieser Rückgang weniger stark ausgeprägt (20% vs. 39%). Das Erleben von Einsamkeit geht mit erhöhter psychischer Belastung einher.

## Inanspruchnahme

Die *allgemeine Inanspruchnahme* von Behandlungen wegen psychischer Beschwerden hat im Verlauf der Jahre stetig zugenommen. Während sich 1997 4,1% der Bevölkerung wegen psychischen Problemen behandeln liessen, stieg der Anteil 2012 auf 5,4%. Dabei nahmen Frauen (6,6%) häufiger als Männer (4,2%) Behandlungen in Anspruch. Der Grossteil der Patientinnen und Patienten (über 80%) liess sich durch psychiatrische oder psychotherapeutische Fachpersonen behandeln. Hingegen nahmen im Verlauf der letzten 15 Jahre Behandlungen von psychischen Problemen in ärztlichen Allgemeinpraxen relativ gesehen deutlich ab (von 33% auf 13%). Anteilsmässig sind es vor allem ältere Personen und Frauen, die bei psychischen Beschwerden eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt aufsuchen.

Die Zahl der in ambulanten psychiatrischen *Praxen* behandelten Personen hat über die letzten 10 Jahre deutlich zugenommen: von ca. 283 000 Personen in 2006 auf 447 000 in 2015. Dies gilt nicht nur für die absoluten Zahlen sondern auch für das Verhältnis jährlich behandelter Patientinnen und Patienten pro medizinische Fachperson. Ärztinnen und Ärzte in ambulanten psychiatrischen Praxen behandelten 2015 im Durchschnitt 118 Patientinnen und Patienten. 2006 waren es mit 105 Patientinnen und Patienten noch deutlich weniger. Allgemein gesehen, gehen psychische Beschwerden mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher. Personen die von einer starken psychischen Belastung berichteten oder gleichzeitig an psychischen und körperlichen Beschwerden litten, suchten besonders häufig mehrfach pro Jahr eine Ärztin bzw. einen Arzt auf.

In den Schweizer *Spitälern* wurden 2014 91 297 stationäre Aufenthalte auf Grund einer psychiatrischer Hauptdiagnose gezählt. Dies entspricht etwa 13 Hospitalisationen (Fälle) pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich dazu lag die Rate 2002 bei rund 11 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Somit haben die Psychiatrie-Fälle in Spitälern innert 12 Jahren um 16,4% zugenommen. Auf Patientenebene betrachtet, fiel die Zunahme mit 12,3% für den gleichen Zeitraum etwas geringer aus (8,1 Patienten/innen in 2002 vs. 9,1 Patienten/innen pro 1 000 Einwohner/innen in 2014). Die Wiedereintritte (Rehospitalisierungen) pro Patientin bzw. Patient haben zwischen 2002 und 2014 um rund 12% zugenommen. Dies lässt sich in erster Linie durch eine stärkere Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsangeboten erklären. Wenn man die Anzahl stationärer Behandlungen 2014 nach demografischen Merkmalen betrachtet, zeigt sich, dass insgesamt mehr Frauen als Männer und am häufigsten Personen der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre in Spitälern behandelt wurden. Bei den Männern waren die häufigsten Diagnosen Störungen durch Alkohol (F10), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) und Depressionen (F32–F33). Bei den Frauen standen Depressionen an erster Stelle, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Psychosen (F2). Im Jahr 2014 wurden für die Behandlung psychischer Störungen in Spitälern 379 Pflage tage pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgewendet; das sind 11 Tage weniger als 2002. Die Rate der Pflage tage unterscheidet sich nach Art der Erkrankung, Geschlecht und Alter und variiert auch deutlich zwischen den Kantonen. Mit 135 bzw. 87 Pflage tagen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist Depression die Diagnose mit der höchsten Pflage tagerate für Frauen wie auch für Männer.

Hinsichtlich *Medikamentenkonsum* gaben rund 5% der Schweizer Bevölkerung an, täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel einzunehmen und rund 7% gaben an, täglich Schmerzmittel zu konsumieren. Bei Frauen ist der tägliche Konsum solcher Medikamente weiter verbreitet als bei Männern und auch mit zunehmendem Alter sowie bei erhöhter psychischer Belastung wird er häufiger. Der Geschlechterunterschied zeigt sich auch beim Konsum von Antidepressiva. Gut 40% der wegen psychischer Probleme behandelten Personen nehmen täglich Antidepressiva ein.

## Spezifische Themenfelder

Eine *Invalidenrente* wird dann zugesprochen, wenn eine (Wieder-) Eingliederung ins Erwerbsleben als nicht möglich beurteilt wird. Die Zahl der neu gesprochenen IV-Renten insgesamt hat in der Schweiz zwischen 2003 und 2006 abgenommen und sich danach stabilisiert. Dasselbe gilt auch für die Anzahl Neuberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Obwohl die absoluten Zahlen der Neurenten abgenommen haben, ist der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit seit 2008 bei rund 43% stabil geblieben. Somit sind psychische Krankheiten die häufigste Invaliditätsursache bei Neurentenbezügerinnen und -bezüger, wobei insbesondere 20- bis 50-jährige Personen davon betroffen sind. Mit einem Anteil von rund 52% waren 2014 psychogene Störungen und Psychopathie – darunter fallen insbesondere Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen sowie somatoforme Schmerzstörungen – die häufigste Ursache für psychisch bedingte Neurenten. Schizophrenien und andere Psychosen gehören mit insgesamt 31% ebenfalls zu den häufigsten Ursachen. Bei den Frauen liegt der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit wesentlich höher als bei den Männern (48% vs. 39%).

Gemäss dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) dürfen psychisch kranke, schwer geistig behinderte oder stark verwahrloste Personen, die Hilfe benötigen, von den Behörden – auch gegen ihren Willen – in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden. Diese Massnahme wird «*Fürsorgetische Unterbringung*» (FU) genannt. Im Jahr 2014 gab es in der Schweiz schätzungsweise 11 000 Fälle von FU in psychiatrischen Einrichtungen. Dies entspricht einem Anteil von rund 11% aller Psychiatrie-Fälle in der Schweiz. Dieser Anteil war 2002 mit über 20% wesentlich höher und ist im Verlauf der Jahre kontinuierlich gesunken. Verantwortlich für diese Entwicklung zwischen 2002 und 2014 sind einerseits steigende Zahlen bei den Psychiatrie-Fällen insgesamt (+33%) und andererseits ein gleichzeitiger Rückgang der FU-Fälle (–25%). Neben der FU kennt man in der Schweiz die «Freiheitsbeschränkenden Massnahmen» innerhalb von Kliniken wie z. B. Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen. 2014 kamen bei rund 7% aller Psychiatrie-Fälle solche Massnahmen zur Anwendung. Hochgerechnet entspricht dies ungefähr 6 000 Fällen pro Jahr.

Psychische Störungen verursachen hohe *volkswirtschaftliche Kosten*. Schätzungen der Kosten für die Schweiz liegen bei über 11 Milliarden Franken pro Jahr, wobei indirekte Kosten (z. B. durch Arbeitsabsenzen und Frühpensionierungen) von grosser Bedeutung sind. Die Entwicklung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP zeigt, dass die Behandlungskosten in Spitälern und Praxen im Psychiatriebereich – wie auch für den gesamten OKP-Bereich – zwischen 2006 und 2015 deutlich zugenommen haben (+50%). Auffallend ist die starke Kostenzunahme bei der ambulanten Spitalpsychiatrie (+88%) und den ambulanten psychiatrischen Praxen (+64%). In der stationären Spitalpsychiatrie nahmen die Kosten vergleichsweise weniger stark zu (+29%).

Im Jahr 2014 haben in der Schweiz 274 Frauen und 754 Männer nicht-assistierten *Suizid* begangen. Das sind im Durchschnitt fast drei Suizide pro Tag und vier Mal so viele Sterbefälle wie durch Strassenverkehrsunfälle. Die Rate nicht-assistierter Suizide ist bei den Männern rund drei Mal so hoch wie bei den Frauen und nimmt mit steigendem Alter zu. Bis 2010 war sie rückläufig, seit 2010 liegt sie konstant bei etwa 13 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen den Kantonen bestehen deutliche Unterschiede. Die häufigsten Methoden bei nicht-assistierten Suiziden sind Erhängen, Sturz in die Tiefe und der Gebrauch von Schusswaffen, wobei sich bei der Methode deutliche Geschlechterunterschiede zeigen. Im Gegensatz zu den nicht-assistierten Suiziden hat die Rate der assistierten Suizide (Sterbehilfe) zwischen 1998 und 2014 kontinuierlich zugenommen von 0,8 auf 9,6 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.



# 1 Einleitung

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die psychische Gesundheit bzw. Krankheit der Schweizer Bevölkerung. Im Sinne der Gesundheitsberichterstattung ist er auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt und bezieht sich daher in weiten Teilen auf die Themen der drei vorherigen Monitoring-Berichte zur psychischen Gesundheit in der Schweiz (Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007). Bevor ab Kapitel 2 die Ergebnisse des Monitorings präsentiert werden, erfolgt zunächst eine kurze Übersicht zum Thema Psychische Gesundheit und Krankheit, zur Bedeutung psychischer Störungen hinsichtlich Verbreitung, Häufigkeitsentwicklung und Folgen für Individuum und Gesellschaft sowie zur Gesundheitspolitik im Bereich psychischer Gesundheit auf internationaler, nationaler und kantonaler Ebene.

## 1.1 Psychische Gesundheit – Psychische Krankheit

*Psychische Gesundheit* umfasst Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit die normalen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und im Stande zu sein etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Psychisch gesund zu sein bedeutet auch, an den eigenen Wert zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen (HEA, 1999; WHO, 2004).

Psychische Gesundheit bedarf eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen und Ressourcen (vgl. Kapitel 3). Anforderungen sind von aussen und innen wirkende Stressoren (z. B. Bewältigung des beruflichen Alltags bzw. Streben nach eigenen Zielen), die mittels äusseren und inneren Ressourcen (z. B. soziale Beziehungen bzw. Problemlösefähigkeit) modifiziert und bewältigt werden können. Die Wirkung der Stressoren wird grösser, wenn diese kumuliert und anhaltend auftreten. Ausserdem spielt der Zeitpunkt des Auftretens eines Stressors im Leben einer Person eine zentrale Rolle. In Abhängigkeit der aktuellen Lebenssituation stehen einem Individuum mehr oder weniger Ressourcen zur Verfügung, um einem Stressor zu begegnen. Psychische Gesundheit erfordert eine ständige aktive Anpassung des Individuums entsprechend den laufenden objektiven und subjektiven Veränderungen. Sie wird als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, soziokulturellen und institutionellen Faktoren verstanden (Becker et al., 2004). Folglich ist psychische Gesundheit kein *Zustand*, der lediglich von der persönlichen Veranlagung und dem individuellen Verhalten einer Person abhängt, sondern

ein vielschichtiger, dynamischer *Prozess*, der neben individuellen Aspekten auch massgeblich von äusseren Faktoren beeinflusst wird (WHO, 2001).

*Psychische Störungen* sind Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie beeinträchtigen einen Menschen in seinem Alltag und können sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler und körperlicher Ebene sowie auf sein Verhalten auswirken. Und sie gehen mit akutem Leiden oder mit einem deutlich erhöhten Risiko, Schmerz und einen tief greifenden Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden, einher (Bastine, 1998; Sass et al., 1996). Hinsichtlich der Angemessenheit der Verwendung der Begriffe «Psychische Störung», «Psychische Erkrankung» und «Psychische Krankheit» herrscht eine gewisse Unklarheit. Das BAG schreibt dazu Folgendes: «Im psychiatrischen Kontext wird oft der Begriff «Psychische Störung» verwendet. Semantisch wird dadurch die Dysfunktion betont. Der Begriff «Psychische Erkrankung» verweist auf den Krankheitswert und den Krankheitsverlauf, die Behandlung, die Pflege und die Betreuung einer Person» (BAG, 2015, S. 15). Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe synonym verwendet.

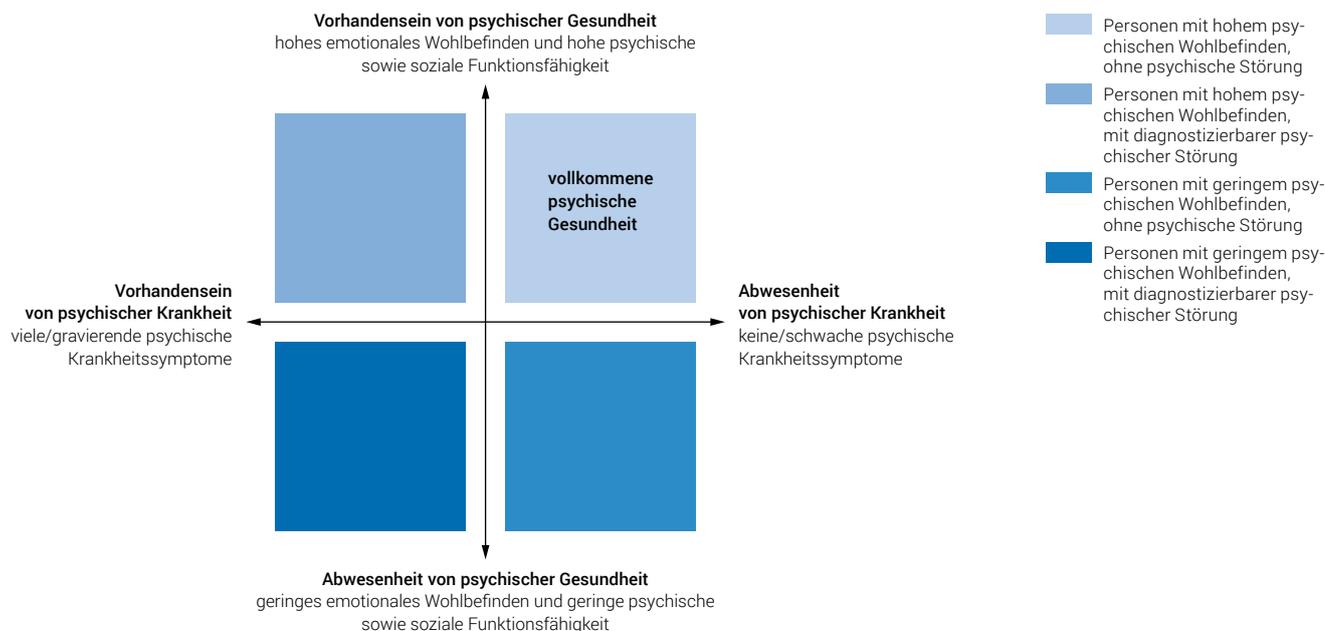
Für die Beschreibung des Verhältnisses zwischen Gesundheit und Krankheit gibt es verschiedene Modelle (vgl. Franke, 2012). Im Bereich der psychischen Gesundheit bzw. Krankheit wird – neben dem dichotomen – mehrheitlich vom bipolaren Konzept ausgegangen. Dieses versteht Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums, auf dem man sich auf die eine oder andere Seite bewegen kann und somit nicht entweder gesund oder krank ist (dichotom), sondern mehr oder weniger gesund bzw. krank (Antonovsky, 1997; Lippke & Renneberg, 2006). Wo sich ein Individuum auf diesem Kontinuum befindet, hängt einerseits vom kulturellen und sozialen Kontext ab, andererseits kann sich die Position auch je nach Perspektive unterscheiden (Schlipfenbacher & Jacobi, 2014): So kann sich eine Person beispielsweise als «kränker» einschätzen, als sie es aus ärztlicher Sicht ist. Aktuellere Forschungsarbeiten zeigen aber, dass ein eindimensionaler Ansatz in Form eines Gesund-Krank-Kontinuums nicht ausreicht, um die Datenlage im Bereich psychischer Gesundheit bzw. Krankheit befriedigend zu erklären. Dieser Umstand führte zur Entwicklung des sogenannten Zwei-Kontinuum-Modells, welches den empirischen Fakten besser entspricht (Keyes, 2005). Wie Grafik 1.1 illustriert, betrachtet das Modell psychische Krankheit und Gesundheit als zwei unterschiedliche, jedoch nicht vollständig unabhängige Dimensionen und nicht als Pole eines eindimensionalen Kontinuums (Keyes, 2005, 2007; Westerhof & Keyes, 2010). Das eine Kontinuum beschreibt die An- bzw. Abwesenheit von psychischer Krankheit und das andere

die An- bzw. Abwesenheit von psychischer Gesundheit (im Sinne des englischen Begriffes *mental wellbeing*). Das heisst ein Mensch kann bezüglich psychischer Krankheit eine andere Ausprägung aufweisen als bezüglich psychischer Gesundheit, da die beiden Dimensionen nur zu einem gewissen Grad miteinander zusammenhängen. So kann jemand beispielsweise als nicht psychisch krank gelten – also frei von Krankheitssymptomen sein – und sich trotzdem als nicht psychisch gesund fühlen. Im Modell entspricht dies dem Quadranten rechts unten «Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden, die keine diagnostizierbare psychische Störung haben». Die Abwesenheit von psychischer Krankheit impliziert somit nicht automatisch das Vorhandensein von psychischer Gesundheit. Aber auch das Fehlen von psychischer Gesundheit ist nicht mit dem Vorhandensein von psychischer Krankheit gleichzusetzen. Demzufolge lässt sich volle psychische Gesundheit als eine Kombination aus hohem emotionalem, psychischem und sozialem Wohlbefinden, sowie Abwesenheit von psychischer Krankheit definieren. Dies entspricht der Konzeptualisierung von psychischer Gesundheit der WHO als «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). Und gleichzeitig ist es ein wichtiger Hinweis darauf, dass eine Reduktion von psychischen Krankheiten in der Gesellschaft nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung der psychischen Gesundheit führt, sondern dass psychische Gesundheit – d. h. das emotionale Wohlbefinden und die psychische sowie soziale Funktionsfähigkeit – aktiv gefördert werden muss.

Trotz der Schwierigkeit bei der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit ist in der Praxis die dichotome Einteilung von Personen in gesund oder krank oftmals erforderlich (z. B. bei der Entrichtung von Krankenversicherungs- oder Sozialleistungen). Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die «Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10» der Weltgesundheitsorganisation<sup>1</sup> oder das «Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen DSM-5» der *American Psychiatric Association* (APA, 2013) bzw. (Falkai & Wittchen, 2015) geben verbindliche Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert zu bezeichnen ist. Zur Vergabe einer Diagnose müssen die Symptome je nach lebensgeschichtlicher Lage und soziokulturellem Rahmen eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit und Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder zur Beeinträchtigung des Funktionierens führen (Scharfetter, 2002). Wo genau die Grenze zwischen «gesund» und «krank» gezogen werden soll, ist in vielen Fällen nicht eindeutig zu beantworten (Jacobi & Barnikol, 2015). Sind nach Einschätzung der diagnostizierenden Fachperson die Anzeichen und Symptome nicht ausreichend stark oder anhaltend, um den Kriterien für eine psychische Störung bzw. Therapieindikation zu entsprechen, wird eher von psychischen Problemen, Beschwerden oder Belastungen gesprochen. In der vorliegenden Publikation werden beispielsweise oft Resultate zur psychischen Belastung dargestellt (vgl. Kapitel 2.2). Diese Ergebnisse beruhen auf Selbsteinschätzungen der Befragten zum psychischen Wohlbefinden (im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB). Es handelt sich dabei nicht um eine Diagnosestellung

## Zwei-Kontinua-Modell Psychischer Gesundheit und Krankheit

### G 1.1



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

© Obsan 2016

<sup>1</sup> [www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/) (Zugriff am 23.05.2016)

einer klinischen Fachperson. Trotzdem kann bei einem Schweregrad von mittlerer bis starker psychischer Belastung davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer psychischen Störung erhöht ist. Anders ist es bei den Ergebnissen zu Hospitalisationen in Kliniken. Dabei handelt es sich um psychische Störungen, die von klinischen Fachpersonen diagnostiziert wurden.

## 1.2 Die Bedeutung psychischer Störungen

### 1.2.1 Verbreitung psychischer Störungen

Wittchen und Jacobi (2005) stellten in ihrer Arbeit fest, dass fast jede zweite Person irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt. Aus der neueren epidemiologischen Arbeit von Wittchen und Jacobi et al. (2011), in welche Studien aus allen EU-27-Staaten sowie aus der Schweiz, Island und Norwegen einbezogen wurden, geht hervor, dass pro Jahr mehr als ein Drittel der erweiterten EU-Bevölkerung an einer psychischen Störung erkranken. Dies entspricht etwa 164,7 Millionen Menschen. In Tabelle 1.1 findet sich eine Übersicht der Jahresprävalenzen<sup>2</sup> für einige der in Wittchen und Jacobi et al. (2011) untersuchten psychischen Störungen. Die Spaltenüberschrift «Bereich» bezieht

sich auf die in den verschiedenen Studien gefundenen minimalen und maximalen Prävalenzwerte. Die «Expertenschätzung» entspricht dem Prävalenzwert, der gemäss der Einschätzung von Expertinnen und Experten am wahrscheinlichsten ist. Am häufigsten sind Angststörungen (14,0%), affektive Störungen (7,8%) – mit 6,9% hauptsächlich Depressionen – somatoforme Störungen (4,9%) und Störungen durch Alkohol (3,4%). Frauen sind, mit Ausnahme von Substanz- und psychotischen Störungen, etwa zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Männer. Zwischen den Ländern oder den Kulturen wurden, ausser bei den Substanzstörungen, keine substanziellen Unterschiede gefunden (für spezifische Angaben für die Schweiz vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003; sowie Maercker et al., 2013).

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

## Übersicht über diagnosespezifische 1-Jahres-Prävalenzen in Europa

T 1.1

Diagnose nach DSM-IV	Bereich %	Median %	Expertenschätzung %	Geschätzte Anzahl Betroffener (Mio)	Berücksichtigte Altersgruppen	Verhältnis Frauen:Männer
Demenz	k. A. <sup>1</sup>		5,4	6,3	60+	1,6
Substanzstörungen						
Alkoholabhängigkeit	0,0–9,3	3,4	3,4	14,6	15+	0,3
Psychotische Störungen	0,2–2,6	1,0	1,2	5,0	18+	0,8
Affektive Störungen			7,8			
Major Depression	1,0–10,1	5,7	6,9	30,3	14+	2,3
Bipolare Störung	0,2–1,1	0,7	0,9	3,0	18–65	1,2
Angststörungen			14,0	61,5	14+	2,5
Panikstörung	0,6–3,1	1,2	1,8	7,9	14+	2,5
Agoraphobie	0,1–3,1	1,2	2,0	8,8	14+	3,1
Soziale Phobie	0,6–7,9	2,0	2,3	10,1	14+	2,0
Spezifische Phobien	3,1–11,1	4,9	6,4	22,7	14–65	2,4
Generalisierte Angststörung	0,2–4,3	2,0	1,7–3,4 <sup>2</sup>	8,9	14+	2,1
Zwangsstörung	0,1–2,3	0,7	0,7	2,9	18+	1,6
Posttraumatische Belastungsstörung	0,6–6,7	2,3	1,1–2,9 <sup>2</sup>	7,7	14+	3,4
Somatoforme Störungen	1,1–11,0	6,3	4,9	20,4	18–65	2,1
Essstörungen						
Anorexia Nervosa (Magersucht)	0,0–0,6	0,1	0,2–0,5 <sup>2</sup>	0,8	14–65	4,5
Bulimia Nervosa	0,0–0,9	0,3	0,1–0,9 <sup>2</sup>	0,7	14–65	8,0
Persönlichkeitsstörungen						
Borderline-Störung	0,7–0,7	0,7	0,7	2,3	18–65	0,5
Antisoziale Störung	0,6–0,7	0,6	0,6	2,0	18–65	0,2

<sup>1</sup> keine Angabe, da es grosse Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen gibt (60–65 Jahre: 0,3–1%; 85+ Jahre: 11,5–31,7%)

<sup>2</sup> abhängig vom Alter

<sup>2</sup> Anteil der erkrankten Individuen in der betrachteten Population innerhalb eines Jahres.

Gemäss der *Global Burden of Disease (GBD) Study 2013* des *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* ist die durch psychische Störungen induzierte Krankheitslast gross: Sie verursachen insgesamt 13,6% aller DALYs in der Schweiz. Damit stehen psychische Störungen hinter Krebs (16,0%) und Erkrankungen des Bewegungsapparats (14,1%) an dritter Stelle in Sachen Krankheitslast; noch vor kardiovaskulären Erkrankungen (12,8%). Innerhalb der psychischen Störungen verursachen Alzheimer und andere Formen der Demenz (26,2%), Depressionen (23,6%) und Angststörungen (13,7%) die meisten DALYs, bzw. die höchste Krankheitslast. Für die Männer gilt dieselbe Rangfolge wie für die Frauen mit Ausnahme der Angststörungen, dort ist die Krankheitslast bei den Männern weniger stark ausgeprägt als bei den Frauen. Männer haben dafür höhere DALYs bei den Störungen durch psychotrope Substanzen (15,5%). Über alle psychischen Störungen gesehen, verlieren Frauen mehr gesunde Lebensjahre als Männer. Bei den Frauen werden 15,2% aller DALYs auf psychische Störungen zurückgeführt, bei den Männern sind es deren 12,0%.<sup>3</sup> Die hier dargestellten Zahlen für die Schweiz sind vergleichbar mit den Zahlen für die EU.

## 1.2.2 Entwicklung der Häufigkeit psychischer Störungen

In der Öffentlichkeit und vor allem in den Medien herrscht verschiedentlich die Meinung vor, psychische Störungen seien im Zunehmen begriffen. Dafür sprechen vordergründig eine in der Gesellschaft wachsende Auseinandersetzung mit dem Thema, der hohe Anteil IV Berentungen aufgrund von psychischen Störungen, der Anstieg von Behandlungen in psychiatrischen Kliniken oder die hohe Anzahl Suizide. Tatsächlich gibt es aber keinen wissenschaftlichen Beleg für die Zunahme von psychischen Störungen. Um die zeitliche Entwicklung zu untersuchen, braucht es Studien, die psychische Störungen wiederholt über einen längeren Zeitraum und mit denselben Messmethoden erheben. Eine der grössten entsprechenden Studien wurde in den USA 1990/1992 und 2001/2003 durchgeführt und konnte keine bedeutende Veränderung in der Häufigkeit psychischer Störungen feststellen (Kessler et al., 2005b). Auch zwei systematische Literaturübersichten über 44 bzw. 23 Arbeiten konnten keinen eindeutigen Trend erkennen lassen, aus welchem zu schliessen wäre, dass die Prävalenz psychischer Störungen in westlichen Ländern anhaltend zunimmt (Richter & Berger, 2013; Richter et al., 2008). Und genauso wenig fanden Wittchen und Jacobi im Vergleich ihrer Arbeiten von 2005 und 2011 Unterschiede in den Prävalenzraten psychischer Störungen (Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011). Auch aktuellere Daten bestätigen diese Befunde: Gemäss der vom Robert Koch Institut und von

der Universität Dresden zwischen September 2009 und April 2012 durchgeführten repräsentativen Erhebung «Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland» (DEGS), bzw. dem dort enthaltenen Zusatzmodul «Psychische Gesundheit» (DEGS-MH), ist von keiner signifikanten Zunahme der Jahresprävalenzen auszugehen. Dies zeigt ein Vergleich zwischen der DEGS-MH Erhebung und dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (Jacobi et al., 2014). Die «gefühlte» Zunahme bildet damit offensichtlich etwas anderes ab, als die tatsächliche Zunahme. Eine mögliche Erklärung hierfür ist das zunehmende Wissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung und bei Fachpersonen, das mit einer besseren Erkennung von psychischen Störungen, mit einer gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz und mit einer grösseren Bereitschaft professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen einhergeht. Es scheint also, dass bei gleichbleibender Prävalenz psychische Störungen heute in der Gesellschaft häufiger auffallen bzw. seltener übersehen werden, auch dank systematischer Screenings (siehe z.B. Künzler & Wernli, 2011 für Screenings im medizinischen Kontext; Schnellmann & Stocker, 2010 für den betrieblichen Kontext; und Schulte-Körne, 2016 für den schulischen Kontext). Trotz allem bleiben viele psychische Störungen – etwa drei Viertel – unbehandelt (Wittchen et al., 2011).

## 1.2.3 Folgen psychischer Störungen für das Individuum und für die Gesellschaft

Unter Abschnitt 1.2.1 wurde schon darauf hingewiesen, dass bei psychischen Störungen die Krankheitslast – die Lebenszeit, die Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung verbringen – besonders ausgeprägt ist. Aber auch die allgemeine Lebensqualität psychisch Kranker ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen deutlich geringer. Erfahrungen von Leiden und Machtlosigkeit, Perspektivlosigkeit sowie das Erleben von Stigmatisierung und Diskriminierung sind zentrale Faktoren für die erfahrene Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen.

Psychische Störungen haben insofern häufig schwere Folgen, als dass sie sich nicht selten auf alle Lebensbereiche auswirken. Oft ist beispielsweise die Arbeitstätigkeit betroffen, was sich in Form einer krankheitsbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Fehlzeiten äussern kann. Gemäss dem Gesundheitsreport 2015 des Betriebskrankenkasse Dachverbandes verursachen psychische Störungen die meisten Langzeitarbeitsausfälle von allen Diagnosegruppen in Deutschland. Dabei haben sich die durch psychische Störungen bedingten Arbeitsausfalltage zwischen 2004 und 2014 mehr als verdoppelt (Knieps & Pfaff, 2015). Betroffene haben oft Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und zusätzlich erschwert Stigmatisierung die berufliche Wiedereingliederung. So kam eine Befragung von kleineren und mittleren Unternehmen im Kanton Baselland zum Ergebnis, dass die meisten Unternehmen eher eine unzuverlässige gesunde Person anstellen würden als Bewerbende mit chronischen körperlichen Krankheiten und als Personen mit psychischen Störungen, welche als Letzte angestellt werden würden (Baer, 2007).

Psychische Störungen sind ausserdem die häufigste Ursache für Invalidität. In der Schweiz machten sie 2015 46% des IV-Gesamtbestands aus (BSV, 2016). Der Anteil Neuberentungen

<sup>3</sup> Quelle: <http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2013-gbd-2013-data-downloads> (Zugriff am 07.06.2016). Die Kategorie Psychische Störungen umfasst die GBD Kategorien B.7 (mental and substance use disorders) sowie B.6.1 (Alzheimer disease and other dementias).

aufgrund psychischer Störungen hat zwischen 2000 und 2008 kontinuierlich zugenommen und ist seither stabil bei etwa 43% (vgl. Unterkapitel 5.1). Im Weiteren sind psychische Störungen die Hauptursache für Suizide, die mit über 1 000 Fällen<sup>4</sup> pro Jahr alles andere als selten sind (vgl. Unterkapitel 5.3). Viele Personen mit einer chronischen psychischen Erkrankung, leiden zusätzlich an schweren körperlichen Krankheiten. Dies führt dazu, dass psychisch kranke Personen eine 10 bis 16 Jahren geringere Lebenserwartung haben als psychisch gesunde Personen. Die verlorenen Lebensjahre werden im Wesentlichen durch Begleiterkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die unter anderem auf Nebenwirkungen von Psychopharmaka zurückzuführen sind, ein selbstvernachlässigender Lebensstil und eine mangelnde allgemeinmedizinische Versorgung verursacht. Suizide erklären nur einen kleinen Teil der verkürzten Lebenserwartung. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Differenz bei der Lebenserwartung weiter zunehmen dürfte (Lawrence et al., 2013).

Neben dem Leid, das psychische Störungen für die Direktbetroffenen mit sich bringen können, führen sie auch häufig zu einer starken Belastung der Angehörigen (Jungbauer et al., 2001). Eltern, Geschwister oder Kinder psychisch kranker Personen sind psychisch unausgeglichener, verfügen über eine schlechtere Gesundheit, gehen öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt und sind häufiger in akutsomatischen Spitälern hospitalisiert (Baer & Cahn, 2009). Auf gesellschaftlicher Ebene sind auch die finanziellen Auswirkungen zu nennen. Neben den direkten Kosten, welche durch Behandlungen psychischer Störungen entstehen, sind insbesondere die indirekten Kosten, die z. B. durch Produktivitätseinbussen oder Arbeitsabsenzen anfallen, von grosser Bedeutung. So verursachten 2010 psychische Störungen und neurologische Erkrankungen für die gesamte Europäische Union totale Kosten in der Höhe von 800 Milliarden Euro. Davon sind 60% direkte medizinische sowie direkte nicht-medizinische Kosten (z. B. Pflegeheime) und 40% indirekte Kosten, wie z. B. krankheitsbedingte Arbeitsausfälle (Olesen et al., 2012). Damit sind diese Kosten höher als jene für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes zusammen (Gustavsson et al., 2011). Weltweit gesehen belaufen sich die durch Produktivitätsausfall bedingten ökonomischen Kosten, welche alleine durch Depression und Angststörungen verursacht werden auf über eine Billion US-Dollar pro Jahr (Chisholm et al., 2016). Für die Schweiz betragen die totalen Kosten psychischer und neurologischer Störungen 2010 rund 14,5 Milliarden Euro. Damit liegt die Schweiz mit jährlichen Pro-Kopf-Kosten von 1900 Euro deutlich über dem europäischen Durchschnitt (1550 Euro) und belegt im europäischen Ranking den siebten Rang unmittelbar hinter Deutschland (Maercker et al., 2013).

## 1.3 Gesundheitspolitik

### 1.3.1 Internationale Policies im Bereich psychische Gesundheit und Krankheit

Heute spielt die psychische Gesundheit<sup>5</sup> auf internationaler Ebene gesundheitspolitisch eine zunehmend wichtige Rolle. Es wurde erkannt, dass psychische Gesundheit nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gesellschaft existentiell und von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital ist. Dies zeigt sich unter anderem an den internationalen Bemühungen Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit zu entwickeln. Den Grundstein dafür legte die «Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit», welche 2005 anlässlich der europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz in Helsinki verfasst wurde. Damals stimmten die Mitgliedstaaten einem Aktionsplan zur Förderung der psychischen Gesundheit für die Jahre 2005 bis 2010 zu (WHO Europa, 2006). Gemäss diesem gilt es für die Europäische Region (a) das Bewusstsein von der Bedeutung psychischen Wohlbefindens zu fördern, (b) gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichbehandlung vorzugehen, (c) umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu implementieren, (d) kompetente und leistungsfähige Mitarbeitende einzusetzen und (e) die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden/Angehörigen in Planung und Entwicklung einzubeziehen.

In der Folge kam es zu globalen Bestrebungen die in Helsinki definierten Ziele gesundheitspolitisch umzusetzen bzw. konkrete Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit zu formulieren. So verfasste die EU-Kommission ein Grünbuch (engl. *Green Paper*) mit dem Titel «Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union», in welchem sie konkrete Massnahmen zur Umsetzung des Aktionsplans beschreibt. 2008 wurde dann anlässlich einer EU-Konferenz in Brüssel, der «Europäische Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden» (EU-Konferenz, 2008) gegründet. Dieser Pakt ist verbindlich für alle 27 EU-Staaten und fordert Massnahmen in fünf Schlüsselbereichen: (1) Vorbeugung von Depression und Suizid, (2) Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung, (3) Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, (4) Psychische Gesundheit älterer Menschen und (5) Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung.

Aus dem «Europäischen Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden» ging 2013 die «*Joint Action for Mental Health and Well-being*» (JA MH-WB) hervor. Diese von der europäischen Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel finanzierte Initiative besteht aus 51 Partnern, welche 28 EU Staaten und 11 europäische Organisationen vertreten. Die Ziele der JA MH-WB sind die Förderung von psychischer Gesundheit und psychischem Wohlbefinden, die Prävention von psychischen Erkrankungen und

<sup>4</sup> Exkl. assistierte Suizide; inkl. assistierte Suizide: ca. 1300 (vgl. Unterkapitel 5.3)

<sup>5</sup> Aus Gründen der Lesefreundlichkeit bezieht sich der Begriff «psychische Gesundheit» in diesem Kapitel sowohl auf den Zustand «gesund» als auch auf den Zustand «krank»; dies im Sinne des englischen Begriffes «*mental health*» (und nicht «*mental wellbeing*»).

die Verbesserung des Betreuungsangebots (inklusive der sozialen Eingliederung). Einer der Schwerpunkte der Joint Action ist das Arbeitspaket *Mental Health in All Policies*. Darin wird untersucht welchen Einfluss *Policies* von verschiedenen Sektoren auf die Psychische Gesundheit haben können. Die Arbeitsgruppe hat mehrere *Policy Briefs* entwickelt, in denen beschrieben wird wie psychische Gesundheit effektiv in *Policies* im Bereich Bildung<sup>6</sup>, Arbeit<sup>7</sup>, lokale Behörden<sup>8</sup> und der Regierung insgesamt<sup>9</sup> integriert werden kann. Als wesentliche europäische Folgeentwicklung der Helsinki Konferenz veranschaulicht die JA MH-WB somit den von der WHO geforderten und mit dem Leitspruch «Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit» propagierten intersektoriellen Vernetzungsgedanken.

Die WHO selber verabschiedete im Mai 2013 den *Comprehensive Mental Action Plan 2013–2020*; ein globaler Aktionsplan zur Verbesserung der psychischen Gesundheit weltweit mit einem spezifischen Fokus auf Länder mit geringem bis mittlerem Einkommen (WHO, 2013). Der Umstand, dass alle WHO-Mitgliedstaaten einer gemeinsamen Vision von psychischer Gesundheit – inklusive spezifischen Zielen die innerhalb einer bestimmten Frist erreicht werden sollen – zugestimmt haben, ist ein eindrückliches Zeichen für das zurzeit weltweit herrschende politische Bekenntnis zur psychischen Gesundheit (Saxena et al., 2014).

Parallel zum globalen Aktionsplan wurde der *European Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO, 2013) konzipiert, welcher spezifisch auf die Bedürfnisse von Ländern mit mittlerem bis hohem Einkommen der Europäischen Region ausgerichtet ist (Muijen, 2014). Der Plan wurde im September 2013 anlässlich der 63. Tagung des WHO Regionalkomitees für Europa von allen 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region verabschiedet. Er wurde unter der Führung des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees für Europa (SCRC) in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten, Expertinnen und Experten und NGOs entwickelt. Der Aktionsplan entspricht dem Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden «Gesundheit 2020» der Europäischen Region und trägt unmittelbar zu dessen Implementierung bei. Dabei verfolgt der Plan folgende sieben Ziele:

1. Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind.
2. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden.
3. Psychosoziale Angebote sollen gemäss dem Bedarf in der Gemeinschaft zugänglich, fachkundig und bezahlbar zur Verfügung stehen.

4. Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung.
5. Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung.
6. Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren.
7. Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorangebracht.

Das vielleicht aktuellste Beispiel für das gegenwärtig hohe internationale politische und ökonomische Interesse an psychischer Gesundheit stammt von der Weltbank und der WHO. Zusammen haben die beiden Organisationen im April 2016 eine hochrangige Veranstaltung zum Thema psychische Gesundheit mit Vertretern aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft organisiert<sup>10</sup>. An der Veranstaltung mit dem Titel «*Out of the Shadows. Making Mental Health a Global Development Priority.*» wurde über die weltweiten ökonomischen und sozialen Kosten, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden und über den sozialen und ökonomischen Nutzen von Investition im Bereich der Psychischen Gesundheit diskutiert. Im Zentrum dieser Diskussionen stand eine Studie der WHO, welche die jährlichen ökonomischen Kosten von Depressionen und Angststörungen weltweit auf über eine Billion US-Dollar beziffert (Chisholm et al., 2016). Weiter zeigt die Studie auf, dass für jeden Dollar, der in die Behandlung von Ängsten und Depressionen investiert werde, vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität resultieren. Laut der Studie bedarf es für einen solchen *Return on Investment* (ROI) bzw. für eine substantielle Verbesserung der globalen Behandlungssituation bis 2030 weltweite Investitionen in der Höhe von rund 184 Milliarden US-Dollar in das Behandlungsangebot von Depressionen und Angststörungen (Chisholm et al., 2016; Kleinman et al., 2016).

## Weiterführende Information

*Mental Health Policy* der Europäischen Kommission:  
[www.ec.europa.eu/health/mental\\_health/policy/](http://www.ec.europa.eu/health/mental_health/policy/)  
 (Zugriff am 22.06.2016)

*World Health Organization Mental Health Programme:*  
[www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/) (Zugriff am 22.06.2016)

<sup>6</sup> Quelle: [www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Education.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Education.pdf) (Zugriff am 27.06.2016).

<sup>7</sup> Quelle: [www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Labour.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Labour.pdf) (Zugriff am 27.06.2016).

<sup>8</sup> Quelle: [www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Local%20authorities.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20Local%20authorities.pdf) (Zugriff am 27.06.2016).

<sup>9</sup> Quelle: [www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20WholeGovernment.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20WholeGovernment.pdf) (Zugriff am 27.06.2016).

<sup>10</sup> Quelle: *Report of Proceedings of WBG/WHO Event «Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority» held as part of the WBG/IMF Spring Meetings on April 13–14, 2016, Washington, D.C.*  
<http://pubdocs.worldbank.org/en/391171465393131073/0602-Summary-Report-GMH-event-June-3-2016.pdf> (Zugriff am 25.7.16)

### 1.3.2 Massnahmen auf nationaler Ebene

Einen aktuellen Überblick über die gesundheitspolitischen Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit gibt der im Mai 2015 publizierte Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder», welcher im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurde (BAG, 2015). Der Bericht kommt zum Schluss, dass schweizweit Lücken in der Ausgestaltung von Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit bestehen und sieht primär einen Handlungsbedarf (1) im Bereich der Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information, (2) bei der Umsetzung von Aktivitäten innerhalb der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, (3) bei der Interessenwerbung (*Advocacy*) und Wissensgrundlage sowie (4) bei den Strukturen und Ressourcen.

Dabei werden für jedes der vier Handlungsfelder prioritäre Massnahmenbereiche definiert mit dem Ziel die psychische Gesundheit zu stärken und gleichzeitig die Auswirkungen psychischer Krankheiten zu minimieren. So werden bspw. für Handlungsfeld 1 schweizweite Sensibilisierungskampagnen und die Vermittlung von Informationen zu wissenschaftlichen Grundlagen sowie bestehenden Versorgungsangeboten genannt. Insgesamt verfolgen die aufgeführten Massnahmen das Ziel die Koordination der bisherigen Aktivitäten im Bereich der Prävention sowie der Früherkennung von psychischen Erkrankungen zu verbessern und die Synergien unter den Akteuren zu optimieren.

Einen aktuellen Überblick zur nationalen Situation im Bereich der psychiatrischen Versorgung zeigt der Bericht «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» (BAG, 2016a). Dieser wurde im Rahmen der Erfüllung des Postulats Stähelin (10.3255) verfasst und im März 2016 publiziert. Gemäss dem Bericht besteht in der Schweiz eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, welche psychisch erkrankten Menschen eine bedarfsgerechte Behandlung ermöglicht. Der Bericht identifiziert jedoch auch Problembereiche und betont, dass ein Weiterentwicklungsbedarf der Angebotsstrukturen im Bereich Psychiatrie besteht. Zur Überwindung der Kernprobleme der psychiatrischen Versorgung und zur Unterstützung der nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen wird vorgeschlagen die statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zu verbessern, die Koordination der Angebote und die Weiterentwicklung deren Qualität zu optimieren, die intermediären Angebotsstrukturen nachhaltig zu finanzieren und die Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie zu unterstützen. Zusätzlich betont der Bericht, dass neben der Weiterentwicklung im Bereich der psychiatrischen Angebotsstrukturen auch die Prävention psychischer Erkrankungen weiter gefördert werden soll und kündigt diesbezüglich Massnahmen an, welche bis Ende 2016 vom Bundesrat verabschiedet werden sollen.

Weitere Massnahmen im Bereich psychische Gesundheit werden zurzeit in Erfüllung der Motion Ingold 11.3973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen.» erarbeitet. Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik schickten das BAG, die GDK und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

im Frühjahr 2016 einen Entwurf des Aktionsplan Suizidprävention in eine breite Konsultation. In die Erarbeitung des Entwurfs wurden Expertinnen und Experten miteinbezogen sowie von Suizidalität betroffene Personen. Der Aktionsplan wird gegenwärtig überarbeitet und soll dem Bundesrat und dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik Ende 2016 zur Verabschiedung vorgelegt werden. Die Umsetzung des Aktionsplans erfolgt ab 2017. Ziel des Aktionsplans ist es, die Rate nicht-assistierter Suizide und Suizidversuche weiter und nachhaltig zu reduzieren. Hierzu bedarf es vielfältiger Massnahmen, wie das Stärken von Ressourcen, die generelle und zielgruppenspezifische Sensibilisierung, die Früherkennung von und Frühintervention bei suizidalen Krisen, eine bedarfsgerechte Betreuung und Behandlung von suizidgefährdeten Menschen, ein erschwerter Zugang zu potenziell tödlichen Mitteln und Methoden, die Unterstützung von Hinterbliebenen und (beruflich) Involvierten, aber auch eine suizidpräventive Medienberichterstattung sowie Monitoring und Forschung.

Neben den aus dem Bericht «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz», dem Dialogbericht «Psychische Gesundheit» und dem «Aktionsplan Suizidprävention» hervorgehenden Massnahmen, existieren weitere Strategien und Programme für spezifische Personengruppen zur psychischen Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung. So verabschiedete der Bundesrat bspw. im November 2015 die «Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024»<sup>11</sup>. Diese wurde vom BAG unter Einbezug eines Expertengremiums erarbeitet und hat zum Ziel Suchterkrankungen zu verhindern, abhängigen Menschen die notwendige Hilfe und Behandlung zukommen zu lassen, gesundheitliche und soziale Schäden sowie negative Auswirkungen auf die Gesellschaft zu verringern. Dabei definiert der Strategie-Bericht acht Handlungsfelder – vier themenorientierte (z. B. Therapie und Beratung) und vier steuerungorientierte (z. B. Koordination und Kooperation) – mit dazugehörigen Zielen und Erläuterungen zu einzelnen Massnahmen und deren Umsetzung anhand von Beispielen. Nach der ersten Umsetzungsphase soll bis Ende 2020 eine Zwischenevaluation der Strategie stattfinden und falls nötig Anpassungen für die Umsetzung der zweiten Phase vorgenommen werden.

Als weitere Massnahme zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung wurde 2011 gemeinsam vom Bund (BAG, SECO, BSV), von der GDK und von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ein «Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz» (NPG) aufgebaut. Die Koordinationsstelle des Netzwerks wurde bei der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz angesiedelt und ist das operative Organ des Netzwerks. Sie ist eine nationale Anlaufstelle für Fragen zu regionalen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Früherkennung von psychischen Krankheiten. Mit Hilfe des Netzwerks wird der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Bereich psychische Gesundheit stimuliert und besser koordiniert. Dabei werden die Aktivitäten der einzelnen Netzwerkmitglieder gezielt unterstützt, um deren

<sup>11</sup> Bundesamt für Gesundheit: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Alkohol, Tabak, Drogen, Nationale Strategie Sucht → Nationale Strategie Sucht (Zugriff am 20.7.2016)

Wirksamkeit und Effizienz zu steigern. Neben der Vernetzungstätigkeit stellt das NPG eine umfassende Informationsplattform zum Thema psychische Gesundheit bereit.

Zur weiteren politischen Stärkung des Themas Psychische Gesundheit wurde für die Swiss Public Health Conference 2014 und die 3. Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz das Schweizer Manifest für Public Mental Health erarbeitet (Public Health Schweiz, 2014). Darin wird eine integrale Beachtung der psychischen Dimensionen von Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene gefordert. Dabei werden Fachpersonen aller Interventionsebenen aufgerufen die Inhalte des Manifests bekannt zu machen und in Leitbildern und Konzepten, in Bildungs-, Forschungs- und Anwendungsprogrammen sowie in der täglichen Arbeit zu verankern.

Ein weiterer Schritt zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Schweiz wurde durch den Beschluss des EDI, den Zuschlag für allgemeine Krankheitsverhütung auf der Krankenkassenprämie zu erhöhen, unternommen. Der Betrag von heute jährlich Fr. 2.40 wird schrittweise auf Fr. 3.60 in 2017 und schliesslich auf Fr. 4.80 in 2018 erhöht. Von dieser Beitragserhöhung wird die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ab 2017 Fr. 1.20 verwenden um im Rahmen von kantonalen Aktionsprogrammen die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen zu fördern. Mit den restlichen Fr. 1.20 wird die Stiftung ab 2018 Massnahmen zur Förderung der Gesundheit im Alter unterstützen.<sup>12</sup>

Neben den oben erwähnten Strategien und Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Vorbeugung von Krankheit, verabschiedete der Bundesrat im Juli 2016 im Rahmen des Psychologieberufegesetzes die Verordnung über das Psychologieberuferegister<sup>13</sup>. Ziel der Verordnung ist es, die Transparenz und Qualität des Psychotherapieangebots in der Schweiz zu verbessern. Ähnlich zum Register für Medizinalberufe, in welchem seit 2008 z.B. anerkannte Ärztinnen und Ärzte erfasst werden, soll ein Register für Psychologieberufe entstehen, in welchem ausschliesslich Psychologinnen und Psychologen registriert werden, die über eine fundierte, eidgenössisch anerkannte Aus- und Weiterbildung in ihrem Fachgebiet verfügen. Ab Sommer 2017 sollen die im sogenannten PsyReg enthaltenen Informationen für die Öffentlichkeit zugänglich sein. Dann können z.B. Personen, welche die Beratung bzw. Behandlung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten in Anspruch nehmen möchten, sich im Register darüber informieren, ob diese oder dieser über eine entsprechende Aus- und Weiterbildung verfügt. Ausserdem erleichtert das PsyReg den kantonalen Behörden die Überprüfung, ob eine Person die fachlichen Voraussetzungen für die Berufsausübungsbewilligung erfüllt.

## Weiterführende Information

Dialog Nationale Gesundheitspolitik, Psychische Gesundheit: [www.nationalegesundheit.ch/de/projekte/psychische-gesundheit/](http://www.nationalegesundheit.ch/de/projekte/psychische-gesundheit/) (Zugriff am 22.06.2016)

BAG, Psychische Gesundheit: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Gesundheitspolitik → Psychische Gesundheit (Zugriff am 22.06.2016)

Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Psychische Gesundheit: [www.gesundheitsfoerderung.ch/public-health/psychische-gesundheit.html](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/public-health/psychische-gesundheit.html) (Zugriff am 22.06.2016)

NPG, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz: [www.npg-rsp.ch](http://www.npg-rsp.ch) (Zugriff am 22.06.2016)

### 1.3.3 Massnahmen auf kantonaler Ebene

Zum heutigen Zeitpunkt existieren verschiedene kantonale Programme zum Schutz und zur Förderung psychischer Gesundheit. Eine Übersicht über Aktivitäten auf Kantonsebene vermittelt eine durch das NPG in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) im Frühjahr 2014 durchgeführte Erhebung. Wie in Grafik 1.2 dargestellt, zeigte die Erhebung, dass 13 Kantone über ein umfassendes kantonales Programm für Psychische Gesundheit verfügen (AG, BS, GE, GR, LU, NE, SG, SO, SZ, UR, VD, VS, ZG). In neun weiteren Kantonen existiert zwar kein formelles Programm aber es bestehen dennoch Aktivitäten im Bereich der Psychischen Gesundheit (AI, AR, BE, BL, FR, JU, OW, TG, ZH). Vier Kantone (GL, NW, SH, TI) sind gänzlich ohne Aktivität im Themenbereich Psychische Gesundheit. Des Weiteren existieren kantonsübergreifende Zusammenarbeiten. So haben sich beispielsweise drei Ostschweizer Kantone (SG, AI, AR) und das Fürstentum Lichtenstein zum Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit zusammengeschlossen. Und in der Westschweiz entsteht im Rahmen der «Commission de prévention et de promotion de la santé du GRSP» (CPPS) eine Internetplattform mit dem Ziel den Wissensaustausch unter den Westschweizer Kantonen zu fördern und der Bevölkerung sowie Fachpersonen einen einheitlichen Zugang zum Thema zu bieten.

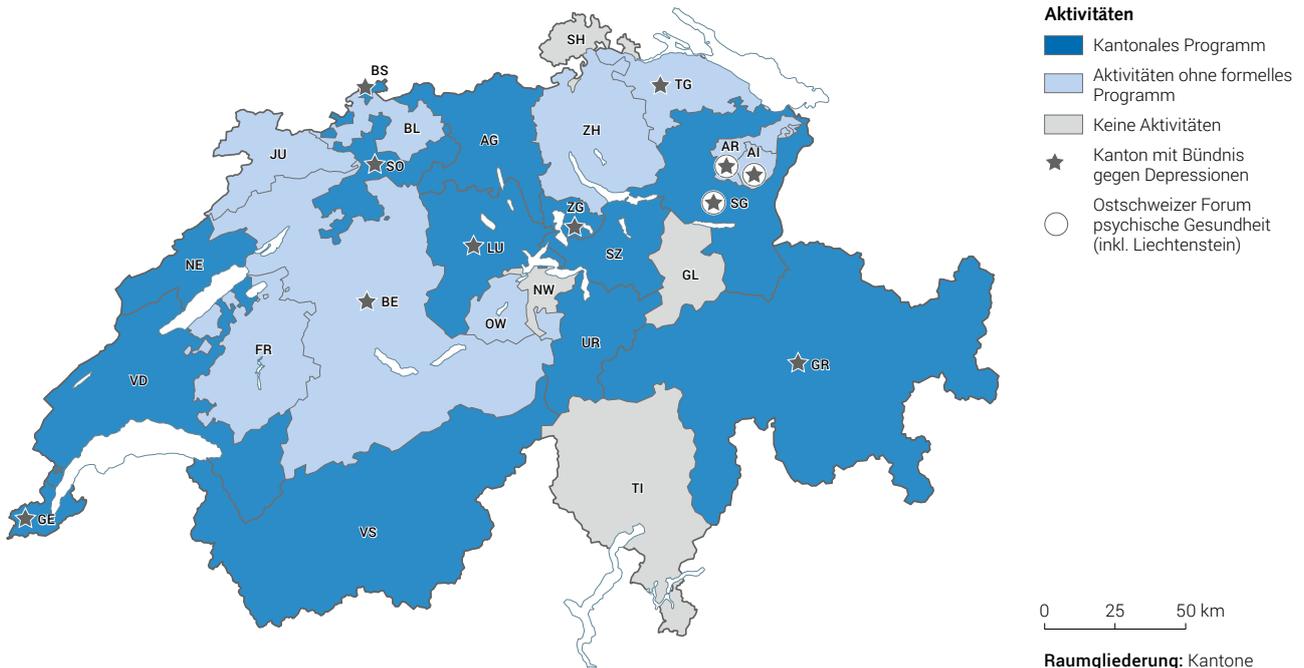
In Zukunft kann mit einem Ausbau der kantonalen Aktionsprogramme im Bereich psychischer Gesundheit gerechnet werden. Dank dem oben beschriebenen Zuschlag auf der Krankenkassenprämie stehen der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ab 2017 mehr finanzielle Mittel zur Förderung der Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen auf kantonaler Ebene zur Verfügung. Als wissenschaftliche Basis für die kantonalen Aktionsprogramme hat Gesundheitsförderung Schweiz den Grundlagenbericht «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne» publiziert (Blaser & Amstad, 2016). Ziel des Berichts ist es eine Entscheidungsgrundlage für strategische Massnahmen im Bereich der Psychischen Gesundheit auf nationaler, kantonaler sowie kommunaler Ebene zu liefern. Dabei bietet er den Kantonen und interessierten Fachorganisationen eine thematische und

<sup>12</sup> Bundesamt für Gesundheit: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Gesundheitspolitik → Verordnung: Beitrag allgemeine Krankheitsverhütung (Zugriff am 20.7.2016)

<sup>13</sup> Bundesamt für Gesundheit: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Gesundheitsberufe → Psychologieberufe → Psychologieberuferegister (Zugriff am 20.7.2016)

## Kantonale Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit, 2014

G1.2



Quelle: Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz 2014

© BFS 2016

zielgruppenspezifische Orientierung für die Lancierung eines kantonalen Aktionsprogramms mit Schwerpunkt Psychische Gesundheit. Der Grundlagenbericht liefert Evidenz dafür, wie und bei wem die psychische Gesundheit gefördert werden soll und kann.

Ein umfangreicher Überblick zu den verschiedenen Aktivitäten im Bereich psychischer Gesundheit auf Ebene der Kantone und Gemeinden ist im Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» (BAG, 2015, S. 28 ff.) zu finden.

### Weiterführende Information

NPG, Psychische Gesundheit in den Kantonen:  
[www.npg-rsp.ch/de/links/psychische-gesundheit-in-den-kantonen.html](http://www.npg-rsp.ch/de/links/psychische-gesundheit-in-den-kantonen.html) (Zugriff am 22.06.2016)

## 1.4 Vierte Auflage des Monitoring-Berichts

Bei der vorliegenden Version des Monitoring-Berichts *Psychische Gesundheit in der Schweiz* handelt es sich um eine etwas gekürzte Aktualisierung der letzten Ausgabe von 2012 (Schuler & Burla, 2012). Sie entspricht der letzten Version in Struktur und Themenwahl, wobei bei gewissen Indikatoren Anpassungen oder Änderungen nötig waren. Der Bericht strukturiert sich wie folgt:

- Im Kapitel 2 zum *psychischen Gesundheitszustand* wird auf Energie und Vitalität als einem der Bereiche der positiven psychischen Gesundheit eingegangen wie auch auf psychische Belastung, Depressivität und Komorbidität.
- Kapitel 3 *Schutz- und Risikofaktoren* behandelt Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung und Einsamkeit als mit der psychischen Gesundheit zusammenhängende Faktoren, die diese sowohl positiv wie auch negativ beeinflussen können.
- Die *Inanspruchnahme* von Behandlungen unterschiedlicher Leistungserbringer (im Detail Praxen und Kliniken) durch Personen mit psychischen Beschwerden ist Thema des Kapitels 4. Ausserdem wird der Medikamentenkonsum thematisiert.
- In Kapitel 5 wird auf einige im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wichtige spezifische Themen wie *IV-Berentungen, Fürsorgerische Unterbringung, Suizid* und *Kosten* des Psychiatriebereichs eingegangen.

Das Zusammenbringen von verschiedenen Datenquellen erlaubt eine umfassendere Sicht auf die Problematik der psychischen Gesundheit und Krankheit in der Schweiz (T 1.2). Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtung der Datenbanken sind diese untereinander allerdings nicht direkt vergleichbar. Vergleiche sind daher nur innerhalb der einzelnen Datenquellen möglich. Aufgrund von Veränderungen in der Datenerhebung sowie angesichts neu umgesetzter Definitionen sind Vergleiche der Ergebnisse mit denjenigen aus den Vorläuferversionen zum Teil nur begrenzt möglich. In entsprechenden Fällen wird explizit darauf hingewiesen.

Für die Auswertungen wurden jeweils die neuesten verfügbaren Daten verwendet. Wo immer sinnvoll und möglich, werden die Ergebnisse auch im zeitlichen Vergleich präsentiert. Der Tabelle 1.2 ist zu entnehmen, welche Erhebungsjahre der entsprechenden Datenquelle pro Indikator berücksichtigt wurden.

### Übersicht über die Indikatoren und die ihnen zugrunde liegenden Datenbanken

T 1.2

Indikatoren	Datenquelle	Erhebungsjahre	Institution
<b>2 Psychischer Gesundheitszustand</b>			
2.1 Energie und Vitalität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2012	BFS
2.2 Psychische Belastung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2007, 2012	BFS
2.3 Depression und Depressivität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2012	BFS
2.4 Komorbidität	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2007, 2012	BFS
<b>3 Schutz- und Risikofaktoren</b>			
3.1 Kontrollüberzeugung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	1992, 1997, 2002, 2007, 2012	BFS
3.2 Soziale Unterstützung	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2012	BFS
3.3 Einsamkeit	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	1997, 2002, 2007, 2012	BFS
<b>4 Inanspruchnahme</b>			
4.1 Inanspruchnahme generell	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	1997, 2002, 2007, 2012	BFS
4.2 Inanspruchnahme: Praxen	Datenpool SASIS AG Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	2006–2015 2012	SASIS AG BFS
4.3 Inanspruchnahme: Kliniken	Medizinische Statistik der Krankenhäuser	2002–2014	BFS
4.4 Medikamentenkonsum	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	1992, 1997, 2002, 2007, 2012	BFS
<b>5 Spezifische Themenfelder</b>			
5.1 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen	IV-Statistik	2000–2015	BSV
5.2 Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen	Medizinische Statistik der Krankenhäuser ANQ	2002–2014 2013, 2014	BFS ANQ
5.3 Suizid	Todesursachen-Statistik TUS	1998–2014	BFS
5.4 Kosten psychischer Störungen	Datenpool SASIS AG	2006–2015	SASIS AG

© Obsan 2016

## 1.5 Datengrundlage

Der Monitoring-Bericht basiert auf bereits existierenden Datenbeständen, die periodisch aktualisiert werden. Die Daten stammen aus Befragungen (Stichproben) sowie aus Registern (Vollerhebungen). Die Daten von Befragungen wurden für die Berechnungen jeweils gewichtet. Jeder Bestand bildet jeweils nur Teilaspekte des Problembereichs ab und weist spezifische Einschränkungen auf. Im Anschluss folgt eine kurze Beschreibung der verwendeten Datenbanken mit Hinweisen auf besondere Beschränkungen.

### 1.5.1 Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB

<b>Kurzbeschreibung</b>	Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand und dessen Bestimmungsfaktoren, zu Krankheitsfolgen, zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu den Versicherungsverhältnissen der schweizerischen Wohnbevölkerung
<b>Datenproduzent</b>	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit der Bevölkerung
<b>Gesamtheit und Einheit</b>	Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
<b>Erhebungsart</b>	Stichprobenerhebung in Privathaushalten, Zufallsauswahl erfolgt anhand des Stichprobenrahmens für Personen- und Haushalterhebungen (SRPH) des BFS. Die Erhebung besteht aus zwei Teilen: 1. telefonisches Interview; 2. schriftlicher Fragebogen. 75-jährige und ältere sowie gesundheitlich eingeschränkte Personen können eine persönliche Befragung wählen.
<b>Regionalisierungsgrad</b>	Grossregionen, z.T. Kantone (für Kantone mit aufgestockten Stichproben)
<b>Periodizität</b>	Alle fünf Jahre. Bisherige Befragungen: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012. Nächste Befragung: 2017.
<b>Website</b>	<a href="http://www.statistik.ch">www.statistik.ch</a> → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Erhebungen → Schweizerische Gesundheitsbefragung (Zugriff am 03.11.2016)

Aufgrund ihres weiten Themenspektrums und der nationalen Repräsentativität stellt die SGB für die Schweiz eine bedeutende Datenquelle im Bereich Gesundheit dar. Viele Themen werden einzig durch diese Erhebung abgedeckt. Als repräsentative Bevölkerungsbefragung erlaubt die SGB Aussagen über die Gesamtbevölkerung – d. h. über mehr oder weniger gesunde Personen – und nicht nur über Patientinnen und Patienten. Der individuelle Gesundheitszustand lässt sich zudem zu gesundheitsrelevanten Faktoren wie gesundheitsförderlichen oder -beeinträchtigenden Lebensumständen und Verhaltensweisen bzw. dem Umgang mit Gesundheitsproblemen in Bezug setzen.

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

- sie auf Selbstangaben beruhen, was mit gewissen Ungenauigkeiten bzw. Unvollständigkeiten einhergeht (Erinnerungsvermögen, fehlende Auskunftsbereitschaft, soziale Erwünschtheit).
- es sich um eine Stichprobenerhebung in Privathaushalten handelt. Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen werden nicht befragt. Es gibt daher einen gewissen Selektionseffekt in Richtung der gesünderen Personen.

- kranke Personen unter Umständen nicht bereit oder fähig sind, Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen; insbesondere auch Personen mit depressiven Symptomen oder anderen psychischen Problemen. Das hat einen weiteren Selektionseffekt in Richtung der gesunden Personen zur Folge, den es gerade bei Fragen zur psychischen Gesundheit zu berücksichtigen gilt.
- die Befragung lediglich in Deutsch, Französisch oder Italienisch durchgeführt wurde. Dadurch sind Personen mit Migrationshintergrund, die über ungenügende Sprachkenntnisse verfügen, unzureichend vertreten.
- die publizierten Daten nach der Grundgesamtheit der ständig in der Schweiz lebenden Personen (im Alter ab 15 Jahren) gewichtet sind. Bei Resultaten, die auf kleinen Häufigkeiten beruhen, wird der Zufallsfehler daher schnell gross.

## 1.5.2 Medizinische Statistik der Krankenhäuser

<b>Kurzbeschreibung</b>	Erfassung aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Es werden sowohl soziodemografische Informationen als auch administrative Daten (z.B. Versicherungsart) und medizinische Informationen der Patientinnen/Patienten erhoben.
<b>Datenproduzent</b>	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheitsversorgung
<b>Gesamtheit und Einheit</b>	Krankenhäuser
<b>Erhebungsart</b>	Vollerhebung
<b>Regionalisierungsgrad</b>	ca. 600 MedStat Regionen
<b>Periodizität</b>	Jährlich, seit 1998
<b>Website</b>	<a href="http://www.statistik.ch">www.statistik.ch</a> → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Erhebungen → Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Zugriff am 03.11.2016)

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

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

- die Daten die Inanspruchnahme abbilden und nicht die Nachfrage oder Morbidität.
- die Erfassung der Psychiatrie-Zusatzdaten für die Krankenhäuser fakultativ ist. Es beteiligen sich nicht alle Kantone und psychiatrischen Einrichtungen. Deshalb liegen nur für gut die Hälfte (2002) bis gut zwei Drittel (2014) aller Psychiatrie-Fälle in der Schweiz solche Informationen vor.

## 1.5.3 IV-Statistik

<b>Kurzbeschreibung</b>	Daten zu den Finanzen der IV und zu den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger (aufgeschlüsselt nach verschiedenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Gebrechen, Kanton)
<b>Datenproduzent</b>	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1
<b>Gesamtheit und Einheit</b>	Personen mit Leistungen der Invalidenversicherung
<b>Erhebungsart</b>	Administrativdaten
<b>Regionalisierungsgrad</b>	Kantone
<b>Periodizität</b>	Jährlich, seit 1983
<b>Website</b>	<a href="http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/">www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/</a> (Zugriff am 03.05.2016)

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

- Die von der IV verwendete Klassifikation der verschiedenen psychischen Störungen ist nicht vergleichbar mit den Kategorien anerkannter psychiatrischer Diagnoseklassifikationssysteme wie der ICD-10 (WHO, 1994) oder des DSM-5 (APA, 2013). In der IV-Statistik werden die psychischen Störungen zu den vier folgenden Gruppen zusammengefasst (und können nicht nach einzelnen Krankheitsbildern aufgeschlüsselt werden):
  1. schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen
  2. neurotische Störungen und andere als «psychogen» oder «milieureaktiv» bezeichnete Leiden

3. Abhängigkeitsstörungen (Alkoholismus und andere Süchte)
  4. geistige Behinderungen und andere kognitive Beeinträchtigungen
- Besonders der IV-Code 646 *Neurotische Störungen und andere als «psychogen» oder «milieureaktiv» bezeichnete Leiden* scheint zu wenig klar definiert und läuft Gefahr, unterschiedliche schwer diagnostizierbare Störungen zu vereinen.
  - Abhängigkeitserkrankungen werden von der Invalidenversicherung nicht als alleiniger Grund für eine IV-Berentung akzeptiert. Es ist eine sekundäre psychische oder somatische Diagnose erforderlich. Dies kann zur Folge haben, dass Abhängigkeitserkrankungen in den IV-Daten tendenziell unterschätzt werden oder dass Personen mit Abhängigkeitsstörungen im IV-Abklärungsprozess eher eine Zweitdiagnose erhalten.

### 1.5.4 Statistik der Todesursachen und Totgeburten

<b>Kurzbeschreibung</b>	Erhebung der Todesursachen (ICD-10 Code) nach Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz) und Staatsangehörigkeit
<b>Datenproduzent</b>	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Gesundheit der Bevölkerung
<b>Gesamtheit und Einheit</b>	Verstorbene Personen aus der ständigen Wohnbevölkerung
<b>Erhebungsart</b>	Vollerhebung, basierend auf den Angaben der Zivilstandsämter und der die Todesfälle meldenden Ärztinnen/Ärzte
<b>Regionalisierungsgrad</b>	Gemeinden
<b>Periodizität</b>	Jährlich, seit 1876
<b>Website</b>	<a href="http://www.statistik.ch">www.statistik.ch</a> → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Erhebungen → Statistik der Todesursachen und Totgeburten (Zugriff am 03.11.2016)

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass

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

### 1.5.5 Datenpool SASIS AG

<b>Kurzbeschreibung</b>	Aggregierte Daten von nahezu allen Versicherten; ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u. a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung
<b>Datenproduzent</b>	SASIS AG
<b>Gesamtheit und Einheit</b>	Krankenversicherer, die beim Datenpool angeschlossen sind
<b>Erhebungsart</b>	Administrativdaten (Teilerhebung anerkannter Krankenversicherer)
<b>Regionalisierungsgrad</b>	Kantone
<b>Periodizität</b>	Monatlich, seit 1998
<b>Website</b>	<a href="http://www.sasis.ch/de/Entry/ProductEintrag/ProductMenuEintrag?selectedMenuId=885">www.sasis.ch/de/Entry/ProductEintrag/ProductMenuEintrag?selectedMenuId=885</a> (Zugriff am 03.11.2016)

Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufhalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Die Ergebnisse in diesem Bericht beziehen sich ausschliesslich auf jene Leistungen, die den versicherten Personen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) durch ihre Krankenversicherer rückvergütet wurden. Berücksichtigt sind somit nur Fälle, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt wurden. Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche

nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool. D. h. die tatsächliche Zahl behandelter Patientinnen und Patienten pro Jahr dürfte höher ausfallen als im vorliegenden Bericht angegeben.

Die Daten des Datenpools werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken zwischen 92% im Jahr 2000 und nahezu 100% der versicherten Personen in der Schweiz im Jahr 2011 ab. Um die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG auf 100% hochgerechnet.

## 2 Psychischer Gesundheitszustand

Im einleitenden Kapitel 1 wurde die Thematik der psychischen Gesundheit auf theoretischer Ebene erläutert. Im vorliegenden Kapitel werden nun ausgewählte *empirische* Resultate zum psychischen Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung vorgestellt.

Wegen fehlender Datengrundlagen kann die salutogenetische Perspektive lediglich gestreift werden, indem Ergebnisse zum Ausmass an erlebter *Energie und Vitalität* (2.1) gezeigt werden. Anschliessend stehen pathogenetische Indikatoren wie die *psychische Belastung* im Allgemeinen (2.2) sowie *Depression und Depressivität* im Speziellen (2.3) im Fokus. Das Unterkapitel 2.4 *Komorbidität* widmet sich schliesslich dem gleichzeitigen Vorliegen psychischer Erkrankungen und zusätzlicher somatischer Beschwerden.

### 2.1 Energie und Vitalität

Rund 60% der Schweizer Bevölkerung fühlen sich voller Energie und Vitalität. Bei Männern, bei älteren Personen und bei gut (Aus-)Gebildeten ist dies häufiger der Fall als bei Frauen, Jungen und Personen mit tieferem Bildungsniveau. Es gibt klare regionale Unterschiede: In der Deutschschweiz geben mehr Personen an, sich voller Energie und Vitalität zu fühlen als in den lateinischen Landesteilen.

Nebst der bekannten, defizitorientierten Perspektive innerhalb der wissenschaftlichen Psychologie gibt es vermehrt auch fachliche Sichtweisen, die sich auf die Ressourcen und damit auf die positiven Aspekte der menschlichen Psyche konzentrieren. Die so genannte «Positive Psychologie» legt den Fokus auf positives Erleben, auf positive Charaktereigenschaften und auf ein positives Umfeld der betrachteten Individuen. Das Wissen über diese positiven Merkmale soll genutzt werden, um die Lebensqualität der Menschen zu verbessern und auf diese Weise psychischen Erkrankungen besser vorzubeugen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Im letzten Monitoring-Bericht des Obsan (Schuler & Burla, 2012) wurde die *positive* psychische Gesundheit mit dem Indikator «Kraft, Energie und Optimismus» aus dem Schweizer Haushalt-Panel (SHP) berücksichtigt. Im vorliegenden Bericht wird hierfür der – erstmals 2012 in der SGB erhobene – Index für «Energie und Vitalität (EVI)» herangezogen (vgl. Anhang). Die Messung des Gefühls, (keine) Energie zu haben und sich (nicht) vital zu fühlen, hängt beim EVI nicht nur von physiologischen Zuständen wie beispielsweise Müdigkeit oder somatischer Erkrankung

ab. Vielmehr haben auch psychologische Faktoren wie Begeisterungsfähigkeit oder die allgemeine Gemütsverfassung einen Einfluss (Ryan & Frederick, 1997).

Der EVI ist auch im europäischen Fragebogen EHIS (*European Health Interview Survey*) enthalten und besteht aus folgenden vier Fragen zur Vitalität sowie zum Energieniveau bzw. zur Müdigkeit einer Person: «Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen voller Leben gefühlt?», «...voller Energie gefühlt?», «...erschöpft gefühlt?», «...müde gefühlt?». Die Antworten werden anschliessend in *tiefes, mittleres* und *hohes Energie- und Vitalitätsniveau* kategorisiert.

Gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung geben 2012 ein hohes (59,5%) oder mittleres (17,6%) Energie- und Vitalitätsniveau an (G 2.1).<sup>14</sup> Hingegen fühlen sich knapp 23% der Schweizerinnen und Schweizer oft energielos und nicht vital. Wegen der erstmaligen Erhebung in der SGB 2012 ist ein zeitlicher Vergleich des Indikators noch nicht möglich.

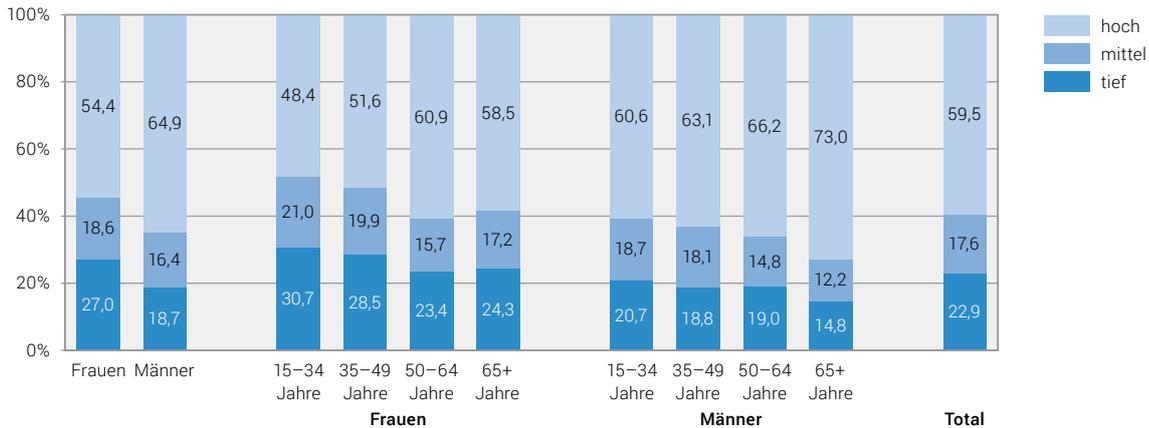
Bei den Rückmeldungen zum Energie- und Vitalitätsniveau der Schweizer Bevölkerung ist ein klarer Geschlechterunterschied ersichtlich: Frauen geben mit 27,0% gegenüber Männern mit 18,7% deutlich häufiger ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau an; folglich melden deutlich mehr Männer (64,9%) als Frauen (54,4%) eine hohe Energie und Vitalität (G 2.1). Es zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Altersgradient: Interessanterweise berichten vor allem junge Leute über wenig Vitalität und Energie, während mit zunehmendem Alter häufiger ein hohes Vitalitäts- und Energieniveau angegeben wird. Über alle Altersgruppen hinweg geben die Männer häufiger an, sich voller Energie und Vitalität zu fühlen als die Frauen.

Auch das Bildungsniveau der Bevölkerung in der Schweiz scheint in einem Zusammenhang mit dem Energie- und Vitalitätsniveau zu stehen. So kommt eine hohe Vitalität bei Personen mit Tertiärbildung (64,9%) deutlich häufiger vor als bei Personen ohne nachobligatorische Bildung (51,4%). Umgekehrt geht ein niedrigerer Bildungsstand öfter mit Energielosigkeit und Vitalitätsverlust einher. Weiter können auch regionale Unterschiede ausgemacht werden (G 2.2). Überdurchschnittlich viele Personen der Zentralschweiz, der Ostschweiz und der Nordwestschweiz berichten über ein hohes Vitalitäts- und Energielevel. In der Genferseeregion und im Tessin sind diese Anteile dagegen deutlich kleiner. Die Werte in den einzelnen Schweizer Kantonen reichen von 71,3% in Uri bis 48,3% in Neuenburg.

<sup>14</sup> Es gilt zu beachten, dass im Rahmen der SGB ausschliesslich Personen in Privathaushalten befragt werden. Dadurch sind z. B. ältere Personen, die in Alters- und Pflegeheimen wohnen, untervertreten.

Energie und Vitalität, nach Geschlecht und Alter, 2012

G 2.1



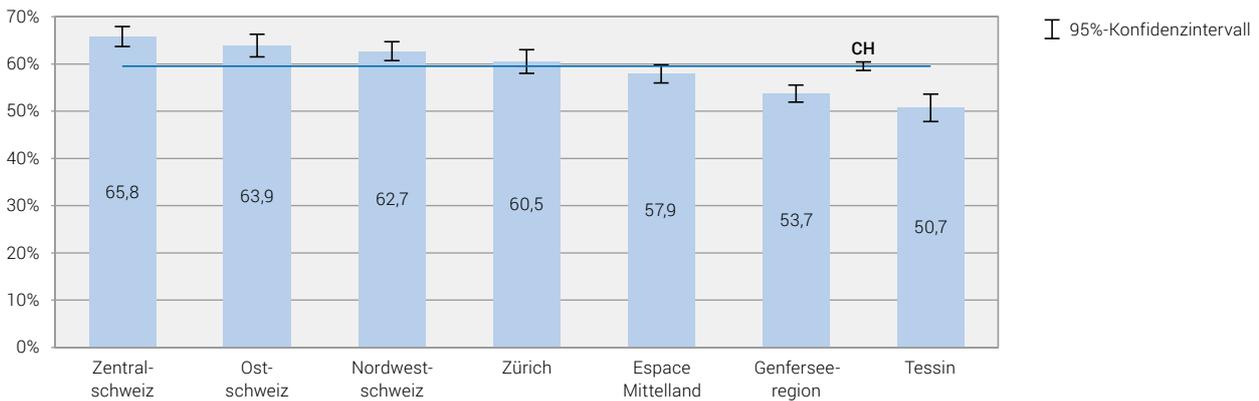
Frauen: n=10850, Männer: n=9795

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Hohes Energie- und Vitalitätsniveau, nach Region, 2012

G 2.2



Zentralschweiz: n=3349, Ostschweiz: n=2937, Nordwestschweiz: n=3002, Zürich: n=2135, Espace Mittelland: n=3993, Genferseeregion: n=3764, Tessin: n=1465

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Verschiedene Faktoren können das Energie- und Vitalitätsniveau einer Person beeinflussen. Grafik 2.3 stellt den Zusammenhang zwischen Energie bzw. Vitalität und verschiedenen Gesundheitsindikatoren dar: Die *selbst wahrgenommene Gesundheit* wird in der SGB mit der Frage «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?» erhoben. Die Antworten auf diese Frage stehen in einem starken Zusammenhang mit der Mortalität und der Morbidität (Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009). Dabei widerspiegelt diese selbst wahrgenommene Gesundheit vor allem das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das gesundheitsrelevante Verhalten<sup>15</sup> der befragten Personen (Jylhä, 2009). Zwei Drittel der Schweizerinnen und Schweizer, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen, verfügen über ein hohes

Energie- und Vitalitätsniveau. Ist die Gesundheit mittelmässig bis (sehr) schlecht, so ist auch die Energie und Vitalität deutlich reduziert (30,0%).

Weiter stehen die Konzepte der *Kontrollüberzeugung*<sup>16</sup> und der *sozialen Unterstützung*<sup>17</sup>, welche in den Abschnitten 3.1 und 3.2 im Detail eingeführt werden, in folgendem Zusammenhang mit dem Energie- und Vitalitätsniveau (G 2.3): Bei hoher Kontrollüberzeugung haben drei Viertel der Befragten ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau. Ist die Kontrollüberzeugung hingegen tief, beträgt der Anteil nur noch 33,8%. Weiter berichten Personen, die von ihrem Umfeld mittlere (58,3%) oder starke

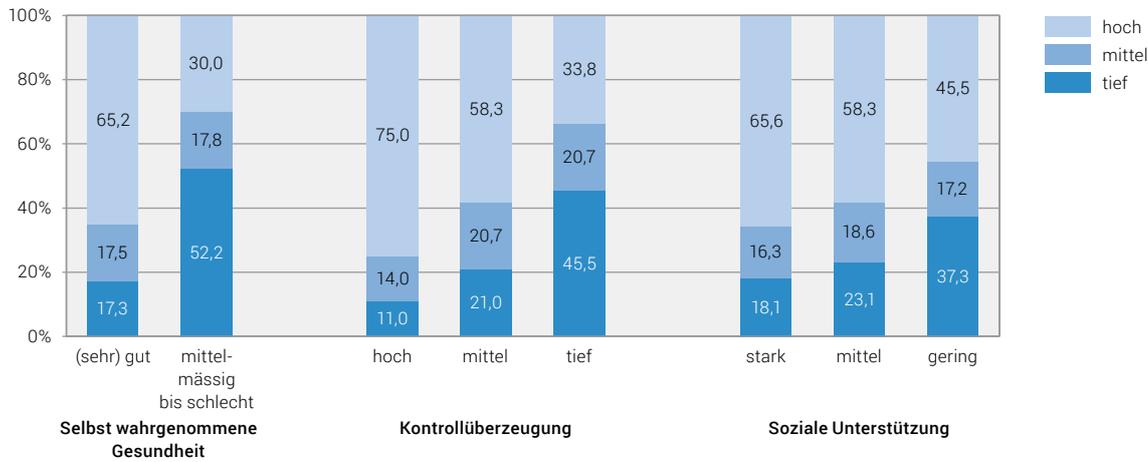
<sup>15</sup> Beispielsweise schätzen Personen, die sich wenig gesund ernähren oder Tabak rauchen, ihre Gesundheit signifikant schlechter ein als solche, die sich gesund ernähren und nicht rauchen (Manor et al., 2001).

<sup>16</sup> Kurz umschrieben bedeutet eine hohe Kontrollüberzeugung hier, dass eine Person die Überzeugung hat, selber über ihr Leben bestimmen zu können.

<sup>17</sup> Kurz umschrieben meint soziale Unterstützung hier das Potenzial von Hilfsangeboten, mit dem eine Person aus ihrem persönlichen Umfeld rechnen kann.

**Energie und Vitalität**, nach selbst wahrgenommener Gesundheit, Kontrollüberzeugung und sozialer Unterstützung, 2012

G 2.3



Selbst wahrgenommene Gesundheit: n=20 627, Kontrollüberzeugung: n=17 132, Soziale Unterstützung: n=19 764

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

(65,6%) soziale Unterstützung erwarten können, deutlich häufiger über ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau als diejenigen mit geringer Unterstützung (45,5%).

Wie zu erwarten, hängt das Energie- und Vitalitätsniveau auch mit den Indikatoren zu psychischer Belastung (Abschnitt 2.2) und zu Depression bzw. Depressivität (Abschnitt 2.3) zusammen. So fühlen sich von den psychisch stark Belasteten lediglich 5,0% voller Energie und Vitalität. Von jenen, welche keine oder lediglich eine geringe psychische Belastung angeben, beschreiben mehr als zwei Drittel (68,6%) ihr Energie- und Vitalitätslevel als hoch. Dasselbe Muster zeigt sich beim Indikator Depression bzw. Depressivität: Bei (eher) schweren Depressionssymptomen berichten nur 12,9% von einem hohen Vitalitäts- und Energieniveau; bei fehlenden oder nur minimalen Symptomen geben hingegen 71,8% an, sehr vital und voller Energie zu sein.

**2.2 Psychische Belastung**

Gemäss SGB 2012 fühlen sich 13% der Schweizer Bevölkerung psychisch mittelschwer und knapp 5% psychisch stark belastet. Frauen berichten deutlich häufiger von psychischer Belastung als Männer und weniger Gebildete geben dies häufiger an als gut Gebildete. Im Kanton Tessin und in der Genferseeregion fühlen sich die Befragten im regionalen Vergleich am häufigsten psychisch belastet.

Psychische Belastungen umfassen ein breites Spektrum von Beschwerden. Sie reichen von leichten emotionalen Stresszuständen bis hin zu eigentlichen psychischen Störungen. Letztere grenzen sich durch den Schweregrad, die Häufigkeit und die Dauer der auftretenden Symptome sowie durch den Grad an ausgelösten Beeinträchtigungen von Ersteren ab (Scharfetter, 2010).

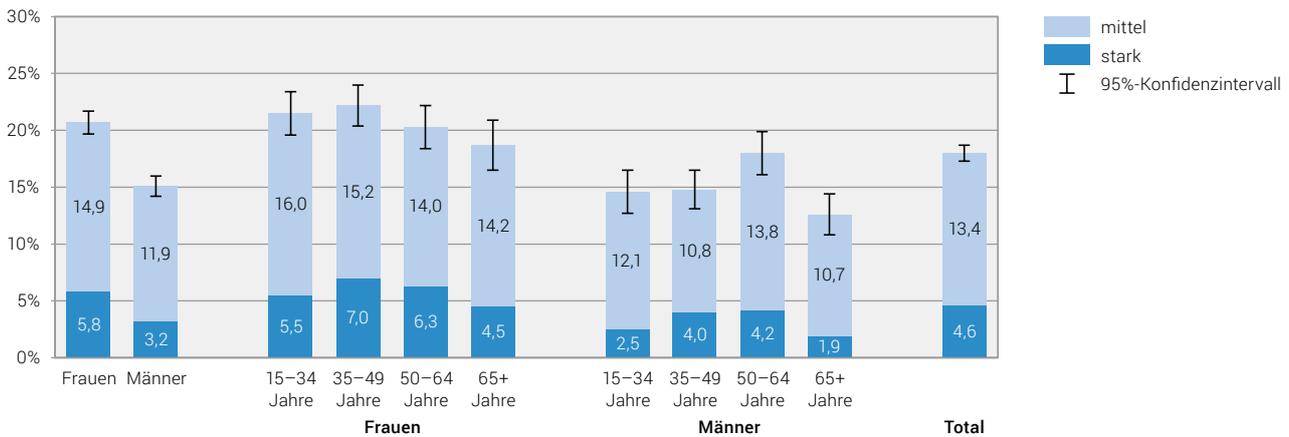
In der SGB wird *psychische Belastung* mittels Fragen nach der Häufigkeit dreier negativer Gemütszustände (Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Entmutigung oder Depressiertheit) und zweier positiver Gemütszustände (Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Glücksgefühle) in den vergangenen vier Wochen geschätzt (*Mental Health Inventory* MHI-5; vgl. Anhang). Damit kann ein Indikator für die Wahrscheinlichkeit einer Angststörung oder einer depressiven Störung gebildet werden (BFS, 2010). Die Kategorisierung des Indikators in *keine/geringe*, in *mittlere* und in *starke* psychische Belastung kann nicht mit einer medizinischen Diagnosestellung gleichgesetzt werden. Sie erlaubt jedoch eine Identifikation von Personengruppen in der Bevölkerung, die von schwerwiegenden psychischen Problemen betroffen sind. So weist eine mittlere psychische Belastung auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung hin und bei einer starken Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht sehr wahrscheinlich (BFS, 2008, 2013). Das MHI-5 wurde erstmals in der SGB 2007 zur Erfassung der psychischen Belastung verwendet. Somit sind Aussagen zur Entwicklung zwischen 2007 und 2012 möglich.

Im Jahr 2012 geben 13,4% der Schweizer Bevölkerung an, sich mittel und 4,6% sich stark psychisch belastet zu fühlen (G 2.4). Zwischen 2007 und 2012 ist keine bedeutsame Veränderung feststellbar: Bei der Befragung 2007 hatten sich 12,8% mittelschwer und 4,3% stark psychisch belastet gefühlt.

Damals wie heute berichten Frauen (20,7%) deutlich häufiger von mittlerer bis starker psychischer Belastung als Männer (15,1%). Unter den Frauen sind es in der Tendenz am häufigsten die 35- bis 49-Jährigen (22,2%). Bei den Männern sind es eher die 50- bis 64-Jährigen (18,0%). In allen Altersklassen – ausser bei den 50- bis 64-Jährigen – berichten Frauen fast 1,5 Mal häufiger von (mittlerer bis starker) psychischer Belastung als Männer. Der grösste Unterschied findet sich bei den 35- bis 49-Jährigen. Bei den 50- bis 64-Jährigen gibt es allerdings keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern.

**Psychische Belastung, nach Geschlecht und Alter, 2012**

**G 2.4**



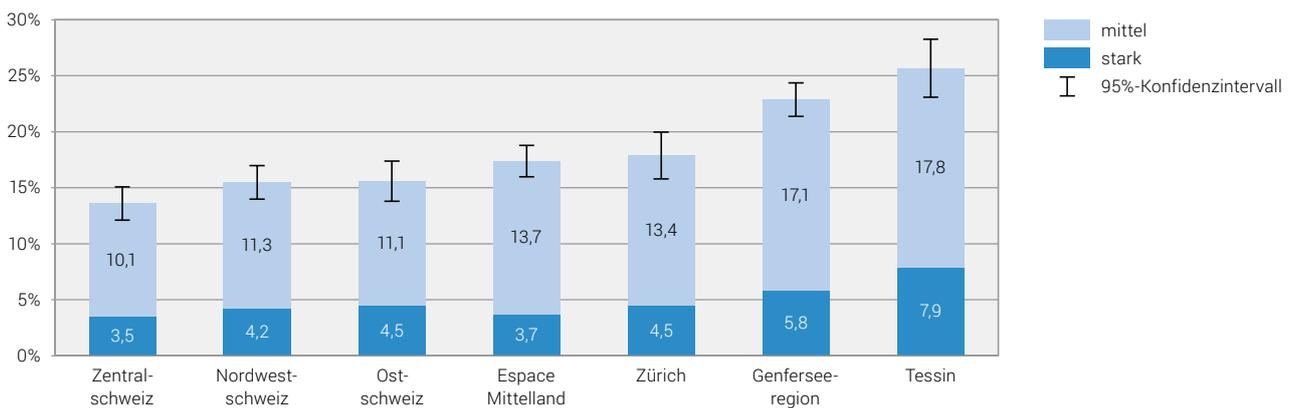
Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *mittlere + starke* psychische Belastung.  
n=20652

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

**Psychische Belastung, nach Region, 2012**

**G 2.5**



Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *mittlere + starke* psychische Belastung.

Zentralschweiz: n=3356, Nordwestschweiz: n=3010, Ostschweiz: n=2949, Espace Mittelland: n=3991, Zürich: n=2138, Genferseeregion: n=3747, Tessin: n=1461

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Das Ausmass der psychischen Belastung unterscheidet sich auch abhängig vom Bildungsniveau der Befragten. Bei höherer Bildung ist die psychische Belastung weniger häufig: 25,1% der Personen mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung geben an, sich psychisch mittel bis stark belastet zu fühlen. Bei den Personen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II sind es 18,2% und bei denjenigen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe noch 13,6%.

Die regionale Betrachtung zeigt, dass sich die Befragten im Kanton Tessin (25,7%) und in der Genferseeregion (22,9%) am häufigsten psychisch belastet fühlen, wobei der Anteil der psychisch stark Belasteten im Tessin mit 7,9% tendenziell höher ist als in der Genferseeregion (5,8%; G 2.5). In der Zentralschweiz (13,6%) wird am wenigsten von psychischer Belastung berichtet (wobei sich die etwas tieferen Anteile der Zentralschweiz aber nicht signifikant von denjenigen der Nordwest- und der Ostschweiz unterscheiden). Es bleibt unklar, inwieweit sich die regionalen Differenzen u. a. auf Sprach- und/oder Kulturunterschiede zurückführen lassen.

## 2.3 Depression und Depressivität

Fast 30% der Bevölkerung berichten von Depressionssymptomen. Leichte Depressivität ist bei den Frauen häufiger als bei den Männern, mittlere bis schwere Symptome nennen beide Geschlechter etwa gleich häufig. Mit zunehmendem Alter und mit höherer Bildung nimmt die erlebte Depressivität ab. Im regionalen Vergleich berichten die Befragten im Kanton Tessin am häufigsten von depressiven Symptomen.

Depressionen sind häufig auftretende psychische Erkrankungen, die mit grossem Leiden, mit Behinderungen in Alltag, Beziehungen und Beruf sowie mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden sein können. Im Lebensverlauf betreffen sie etwa jede fünfte Person in der Schweiz, sie beginnen im Alter von durchschnittlich 30 Jahren – was im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen früh ist – und sie weisen häufig einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf auf. Zudem treten Depressionen oftmals gleichzeitig mit anderen psychischen sowie körperlichen Krankheiten auf (vgl. Abschnitt 2.4).

Depressivität und Depressionen<sup>18</sup> können sich bereits bei einem leichteren Verlauf einschränkend auswirken (Baer et al., 2013). Sie gelten als häufige Ursache für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und für Frühberentung (Stamm & Salize, 2006); vgl. Abschnitt 5.1). Mit 2,5 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner ist «Depression» die am häufigsten behandelte psychiatrische Diagnose in Schweizer Spitälern und verursacht die meisten Pflagetage. Ausserdem gehören Depressionen zu den Krankheiten, die für die höchsten Krankheitslasten verantwortlich sind (vgl. 1.2.1).

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse zu Depressivität in der Schweizer Bevölkerung stammen aus den Daten der SGB 2012. In den Befragungen von 2002 und 2007 war Depressivität mittels des *Depression Screening Questionnaire* (DSQ-10, auch «Wittchen-Skala» genannt) erhoben worden (Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007). 2012 wurde dieser durch den so genannten *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) ersetzt, da der PHQ-9 international weiter verbreitet ist und ihm hohe Testgüte zuerkannt wird (Rüesch et al., 2011).

Das Instrument PHQ-9 besteht aus neun Fragen zur Häufigkeit von Beeinträchtigungen durch Symptome depressiver Erkrankungen, die im Zeitraum der letzten zwei Wochen vor der Befragung aufgetreten sind (vgl. Anhang).<sup>19</sup> Hieraus wird ein Indikator der Depressivität berechnet, dessen Schweregrad dann in vier Kategorien ausgewiesen wird: *keine/minimale, leichte, mittlere* und *(eher) schwere* Symptomatik (Kroenke et al., 2001;

Löwe & Spitzer, 2001). Bei einer *(eher) schweren* Symptomatik liegt mit grosser Wahrscheinlichkeit eine diagnostizierbare Depression im Sinne einer *Major Depression* (nach DSM-IV) oder einer depressiven Episode (nach ICD-10) vor. Obwohl der PHQ-9 eine klinisch basierte Skala zur Identifikation von Depressionen ist, muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass es sich hier um selbst berichtete Symptome oder Befindlichkeiten und nicht um ärztlich gestellte Diagnosen handelt.

Die Analysen der Daten aus der SGB 2012 zeigen, dass knapp 30% der Befragten von Depressionssymptomen berichten (G 2.6). Bei knapp 2% handelt es sich um eine (eher) schwere, bei 4,6% um eine mittelschwere und bei 22,2% um eine leichte Symptomatik. Es gilt hier zu beachten, dass insbesondere die Häufigkeit der schwereren Symptome unterschätzt sein dürfte, da Personen, welche in Institutionen leben, nicht in die Befragung miteinbezogen sind. Dazu kommt, dass es für schwer depressive Personen unter Umständen schwieriger ist, den Fragebogen auszufüllen oder am telefonischen Interview teilzunehmen.

Frauen (31,8%) geben generell öfter an, von Depressionssymptomen betroffen zu sein als Männer (25,5%; G 2.6). Unterscheidet man die Betroffenen allerdings nach Schweregrad, so gibt es nur bei der leichten Depressivität einen signifikanten Geschlechterunterschied (24,7% vs. 19,7%); bei der Häufigkeit der mittleren bis schweren Symptome unterscheiden sich Frauen und Männern hingegen nicht.

Mit zunehmendem Alter nimmt die erlebte Depressivität der Befragten ab (G 2.6). Gemäss SGB 2012 berichten die 15- bis 35-Jährigen am häufigsten von Depressionssymptomen (36,0%), die 65-Jährigen und Älteren am seltensten (19,6%). Diese Verringerung der Symptomatik über das Alter betrifft alle drei ausgewiesenen Schweregrade von Depressivität.

Diese unterschiedliche Betroffenheit durch Depressivität nach Altersgruppen sieht 2012 etwas anders aus als in den Vorjahren. So war in den beiden letzten Monitoring-Berichten des Obsan bei älteren Personen eine höhere Prävalenz *schwacher* Depressivität und eine gleichbleibende Prävalenz *mittlerer bis starker* Depressivität beschrieben worden (Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007). Dieser unterschiedliche Altersgradient der Depressivität 2012 gegenüber 2007 bzw. 2002 dürfte auf inhaltliche bzw. methodische Ursachen zurückzuführen sein.

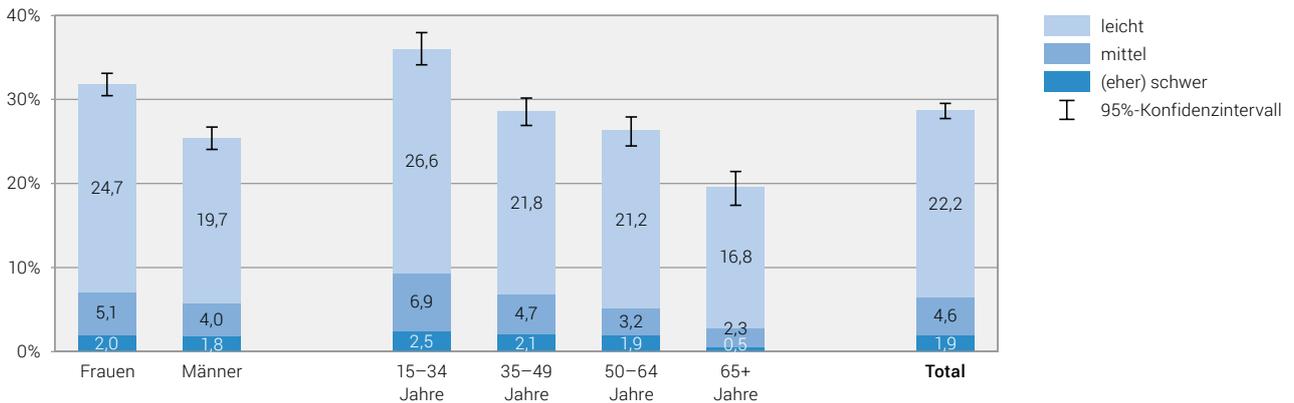
Zu nennen sind dabei die Unterschiede in den Fragestellungen der letzten drei Durchgänge der SGB: Auf den ersten Blick scheinen zwar die Fragen des PHQ-9 (SGB 2012) und des DSQ-10 (SGB 2002/2007) sehr ähnlich zu sein; tatsächlich gibt es aber auch inhaltliche Unterschiede. So wird beispielsweise in einer der Fragen des DSQ-10 lediglich nach *vermindertem Appetit* und nach *Gewichtsabnahme* gefragt. Im PHQ-9 dagegen wird zusätzlich auch ein *übermässiges Bedürfnis* zu essen erfasst. Im Gegensatz zum DSQ-10 lassen sich mit dem PHQ-9 somit auch Formen der *«atypischen»* Depressivität erkennen (Angst et al., 2006; Angst et al., 2002), welche sich unter anderem durch übermässigen Appetit und durch starke Gewichtszunahme manifestieren. Das bekannt häufige Auftreten dieser Störung in relativ jungem Alter könnte einen Teil des – im Vergleich zu den früheren Erhebungen mit dem DSQ-10 – relativ hohen Anteils an Depressionssymptomen bei den 15- bis 34-Jährigen erklären.

<sup>18</sup> Der Begriff «Depressivität» wird hier verwendet wenn es sich um selbstberichtete Indikatoren depressiver Verstimmung handelt, bei welchen unklar ist, ob sie die diagnostischen Kriterien einer Depression erfüllen. Der Begriff «Depression» wird vor dem Hintergrund einer medizinisch diagnostizierten Depression gebraucht.

<sup>19</sup> Durch die Fragen werden die neun Kriterien einer Major Depression gemäss DSM-IV abgedeckt: Interesselosigkeit; Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit; Schlafstörungen; Müdigkeit, Energielosigkeit; verminderter oder übermässiger Appetit; schlechte Meinung von sich selbst, Gefühle des Versagens; Konzentrationsschwierigkeiten; verlangsamte Bewegung/Sprache oder Ruhelosigkeit; Gedanken über Tod oder Selbstverletzung.

**Depressivität, nach Geschlecht und Alter, 2012**

**G 2.6**



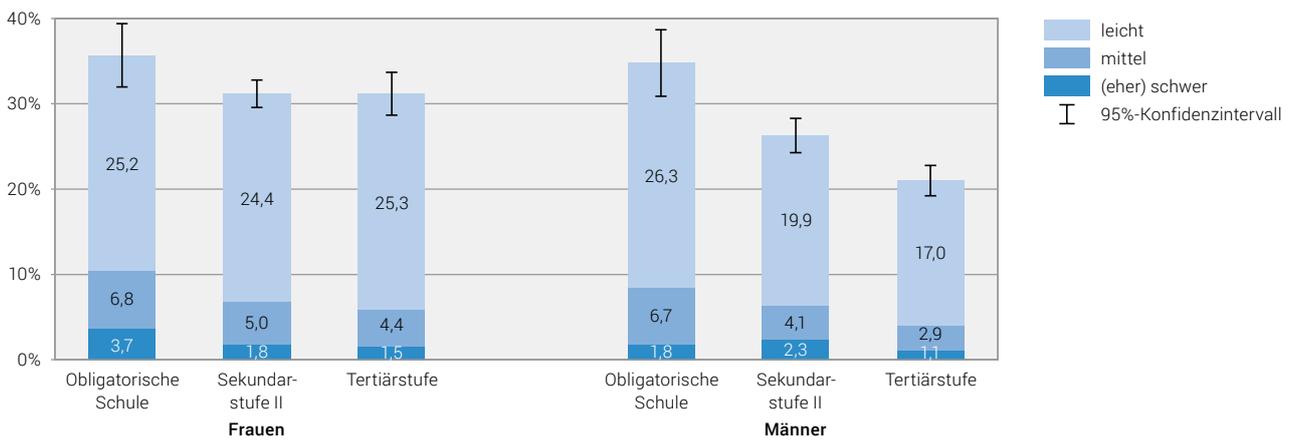
Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien leicht + mittel + (eher) schwer.  
n=16980

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

**Depressivität, nach Geschlecht und Bildung, 2012**

**G 2.7**



Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien leicht + mittel + (eher) schwer.  
Frauen: n=8809, Männer: n=8137

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

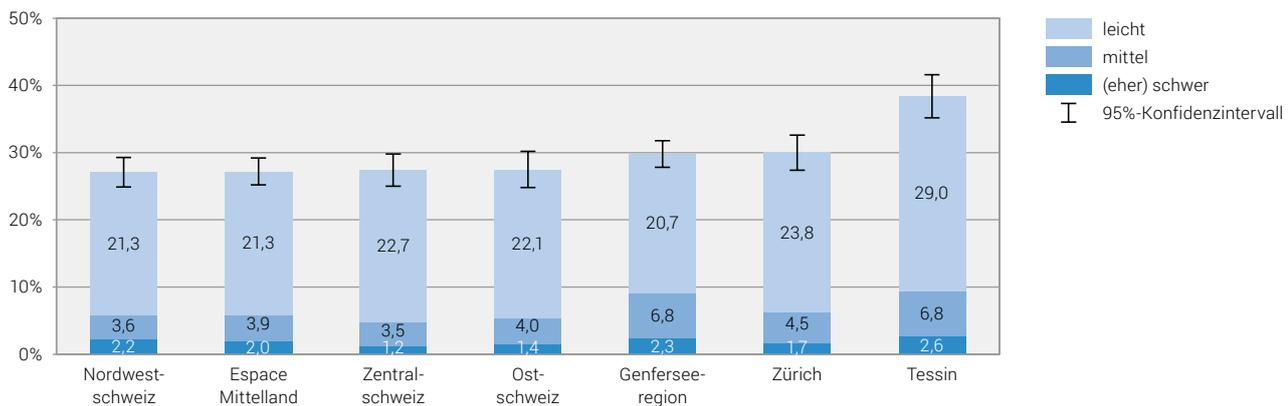
© Obsan 2016

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Erhebungsinstrumenten betrifft einen allfällig auftretenden Libidoverlust der Befragten. Die entsprechende Frage danach wurde noch beim DSQ-10 (SGB 2002/2007), aber nicht mehr beim PHQ-9 (SGB 2012) gestellt. Das Nicht-Beantworten dieser Frage beim DSQ-10 hatte in den Vorjahren jeweils zu vielen fehlenden Werten geführt. Dabei fielen diese «Missings» insbesondere bei den 65-jährigen und Älteren ins Gewicht und dürften dort zu einer Unterschätzung der Prävalenz von Depressivität bei der älteren Bevölkerung geführt haben (Rüesch et al., 2011).

Betrachtet man Depressivität schliesslich noch nach Bildungsniveau, so lässt sich ein deutlicher Bildungsgradient erkennen: Je höher die Bildung der Befragten ist, desto weniger sind sie von Depressionssymptomen betroffen. Zieht man zusätzlich noch den Schweregrad und das Geschlecht in die Betrachtung mit ein, so bleibt der erwähnte Bildungsgradient bei den Männern durchwegs bestehen. Bei den Frauen hingegen lässt sich lediglich bei den (eher) schweren Depressionssymptomen ein signifikanter Unterschied zwischen obligatorischer Schule und den höheren Bildungsstufen beobachten (G 2.7); bei den leichten bis mittleren Schweregraden sind die Unterschiede zwischen den Bildungsstufen dagegen nicht signifikant.

## Depressivität, nach Region, 2012

G 2.8



Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *leicht + mittel + (eher) schwer*.

Nordwestschweiz: n=2458, Espace Mittelland: n=3295, Zentralschweiz: n=2789, Ostschweiz: n=2452, Genferseeregion: n=2998, Zürich: n=1803, Tessin: n=1185

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Wie bei den Indikatoren zu (tiefer) Energie und Vitalität und zu psychischer Belastung 2012 geben beim regionalen Vergleich wiederum im Kanton Tessin tendenziell am meisten Personen an, leichte, mittlere oder schwere depressive Symptome zu haben. Alle übrigen Regionen der Schweiz unterscheiden sich dagegen statistisch nicht voneinander (G 2.8). Der Unterschied im Kanton Tessin kommt insbesondere wegen der höheren Prävalenz der leichten und der mittelschweren Depressivität zustande. Bei den (eher) schweren depressiven Symptomen unterscheiden sich nur die Regionen Tessin und Zentralschweiz statistisch signifikant voneinander.

## 2.4 Komorbidität

Hohe Anteile der Personen mit starker psychischer Belastung (71%) oder mit starken Depressionssymptomen (73%) sind zusätzlich von starken körperlichen Beschwerden betroffen. Frauen berichten tendenziell häufiger von gleichzeitigen psychischen und körperlichen Beschwerden. Kommen bei chronisch-körperlich Erkrankten starke Einschränkungen im Alltag dazu, so ist die psychische Belastung nochmals deutlich höher.

Komorbidität bezeichnet das Vorliegen von mehr als einer spezifischen und diagnostizierbaren gesundheitlichen Störung bei einer Person innerhalb eines definierten Zeitraums (Burke et al., 1990). Gerade bei *psychischen* Störungen sind Doppel- und Mehrfachdiagnosen häufig. Das gilt einerseits für das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehr psychischen Erkrankungen. So fanden beispielsweise Kessler et al. (2005a) in ihrer Untersuchung in den USA bei 45% der psychisch Erkrankten mindestens eine weitere, d. h. also komorbide psychische Störung (12-Monats-Komorbidität). Mit diesen Ergebnissen stimmen z. B. auch die Resultate des Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS) aus Deutschland überein, in welchem Jacobi, Wittchen et al.

(2004a) für unterschiedliche psychische Störungsbilder Komorbiditätsanteile von 44% bis 94% fanden. Verschiedene andere epidemiologische Studien<sup>20</sup> beziffern die Lebenszeit-Komorbidität (im Sinne zusätzlicher psychischer, nicht jedoch somatischer Erkrankungen) psychischer Störungen auf 42% bis 60% (Tholen, 2006). Am häufigsten diagnostiziert werden Kombinationen der drei Störungsbilder «Affektive Erkrankungen», «Angststörungen» sowie «Substanzstörungen».

Darüber hinaus gehen psychische Störungen (oder Kombinationen davon) auch sehr häufig mit (chronischen) *körperlichen* Erkrankungen einher (Härter et al., 2007; Klesse et al., 2008): Der Anteil der psychisch erkrankten Bevölkerung westlicher Länder mit einer zusätzlichen somatischen Krankheit wird auf rund 45% geschätzt (Lobo et al., 2005; Thiel et al., 1998). Nach Knol et al. (2006) haben Erwachsene mit einer Depression z. B. ein um 37% erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken.

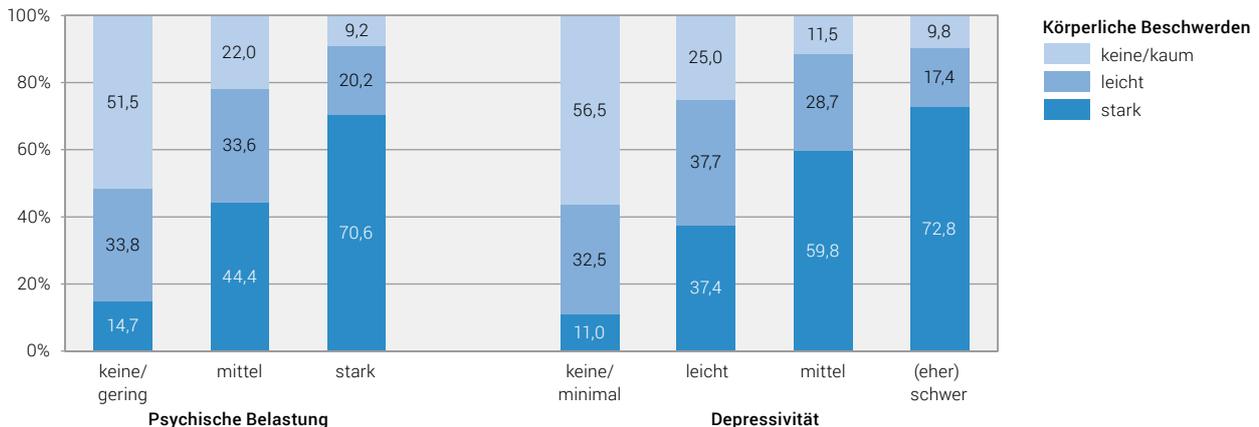
Natürlich kann auch die andere Wirkungsrichtung beobachtet werden. So haben beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Krebs, HIV bzw. Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt bzw. Schlaganfall ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken (Anderson et al., 2001; WHO, 2003; WHO Europa, 2006).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

Für die Prävention und Behandlung ist es von zentraler Bedeutung zu wissen, ob und wo welche Arten von Komorbiditäten bestehen und welche Krankheitsbilder nicht isoliert betrachtet werden sollten. Zudem ist es wichtig, bestehende Komorbiditäten frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Denn im Vergleich zu Einzeldiagnosen sind Ko- oder Multimorbiditäten in der Regel mit einer Vielfalt an negativen Folgen verbunden.

<sup>20</sup> National Comorbidity Survey (NCS), Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS), Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), Epidemiologic Catchment Area Study in Sao Paulo (ECA-SP).

**Körperliche Beschwerden, nach psychischer Belastung und Depressivität, 2012**

**G 2.9**



Psychische Belastung: n=17 319, Depressivität: n=16 175

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Genannt werden können schwerere Verläufe der Erkrankung(en), längere Erkrankungsdauern, kleinere Therapieerfolge, vermehrte psychosoziale und berufliche Einschränkungen, häufigere inadäquate Nutzung des Gesundheitssystems und mehr Suizidversuche (Baer & Cahn, 2009).

Die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse stammen wiederum aus der SGB 2012 und legen den Fokus auf den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung bzw. Depressivität und zusätzlichen körperlichen Beschwerden bzw. chronisch-körperlichen Erkrankungen. Um ein Mass für solche körperlichen Beschwerden zu haben, wird im Rahmen der SGB 2012 ein Index gebildet aus Fragen nach Rückenschmerzen, Schwäche/Müdigkeit, Bauchschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzstörungen und Schmerzen im Brustbereich (vgl. Anhang).

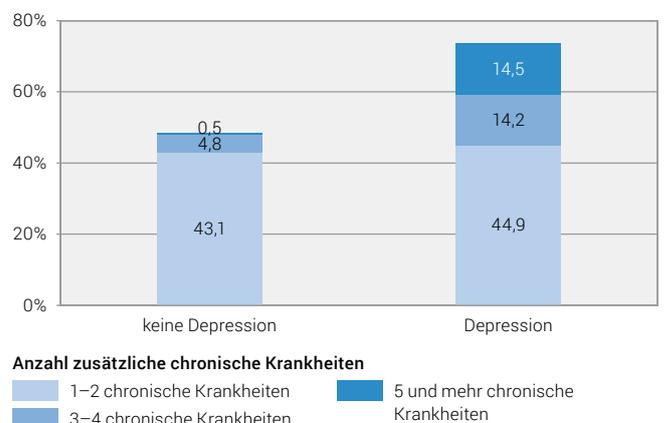
Wie erwartet gehen eine gute psychische Gesundheit mehrheitlich mit keinen oder nur leichten körperlichen Beschwerden und eine schlechtere psychische Gesundheit mit mehrheitlich stärkeren körperlichen Beschwerden einher. Ist die psychische Belastung nur schwach bzw. sind keine oder nur minimale Depressionssymptome vorhanden, finden sich starke körperliche Beschwerden bei 14,7% bzw. bei 11,0% der Befragten (G 2.9). Hingegen sind bei starker psychischer Belastung bzw. schweren Depressionssymptomen über 70% der Befragten auch von starken körperlichen Beschwerden betroffen. Umgekehrt geben lediglich knapp 10% der psychisch stark belasteten bzw. depressiven Personen an, keine oder kaum körperliche Beschwerden zu haben.

Gemäss SGB 2012 berichten in der Schweiz Frauen (73,4%) tendenziell häufiger als Männer (65,4%) von gleichzeitig auftretender starker psychischer Belastung und starken körperlichen Beschwerden. Unter den stark psychisch belasteten Personen weisen die 50- bis 64-Jährigen tendenziell den grössten Anteil mit zusätzlichen starken körperlichen Beschwerden auf (76,2%). Es gibt zwischen den Altersgruppen jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Grafik 2.10 zeigt den Zusammenhang von Depression und der Anzahl zusätzlicher chronischer Erkrankungen (vgl. Anhang): Demnach berichten Personen, welche in den zwölf Monaten vor der Befragung an einer Depression erkrankt sind, deutlich häufiger von drei oder mehr zusätzlichen chronischen Erkrankungen als Personen, die keine Depression nennen.

**Depression, nach Anzahl zusätzlicher chronischer Erkrankungen, 2012**

**G 2.10**



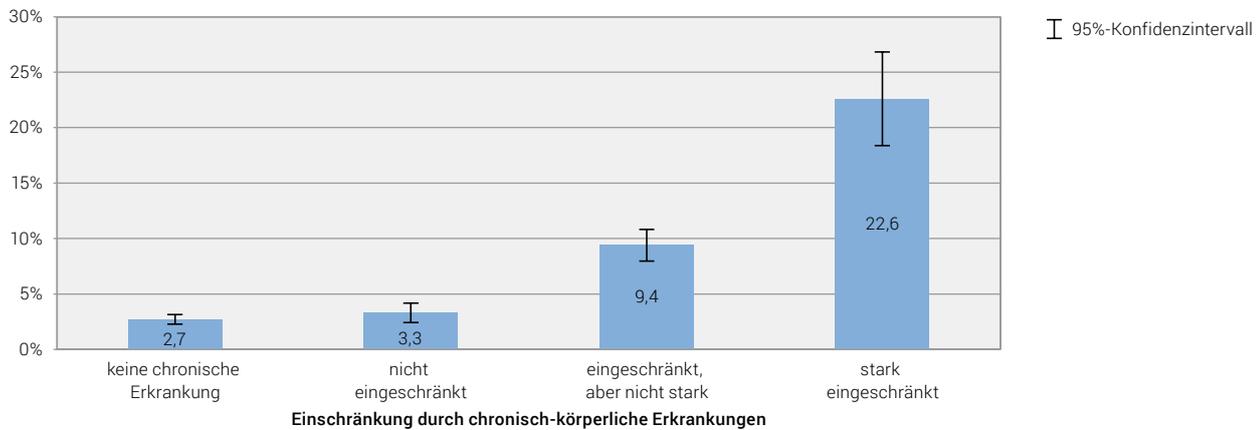
Keine Depression: n=17 199, Depression: n=1 158

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

### Starke psychische Belastung, nach Ausmass der Einschränkung durch chronisch-körperliche Erkrankungen, 2012

G 2.11



Keine chronische Erkrankung: n=12253; nicht eingeschränkt: n=2777; eingeschränkt, aber nicht stark: n=2504; stark eingeschränkt: n=611

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Chronisch-körperliche Erkrankungen können die Lebensqualität Betroffener massiv verringern und in der Folge auch zu psychischen Beschwerden führen. Aus den Daten der SGB lässt sich herausfiltern, dass die psychische Belastung vor allem dann deutlich erhöht ist, wenn die chronisch-körperliche Krankheit die Betroffenen in ihren Alltagstätigkeiten einschränkt. So fühlen sich von den chronisch-körperlich Erkrankten mit starker alltäglicher Einschränkung 22,6% auch stark psychisch belastet (G 2.11). Im Gegensatz dazu erweisen sich nur 2,7% bzw. 3,3% der Personen, die keine chronische Erkrankung bzw. keine Alltags-einschränkungen haben, als psychisch stark belastet.

# 3 Schutz- und Risikofaktoren

Alle Formen von Belastungen – körperlicher, psychischer oder sozialer Art – können Risikofaktoren für körperliche wie auch für psychische Erkrankungen darstellen. So genannte «Belastungs-Ressourcen-Modelle» gehen davon aus, dass die Bewältigung von Belastungen abhängig ist von den Ressourcen, über welche die Betroffenen verfügen (Hurrelmann, 2002). Solche Ressourcen (auch «Schutzfaktoren» genannt) können – z. B. über eine erleichterte Bewältigung von Belastungen – die *Auswirkungen* von Belastungen mildern oder verhindern. Bestimmte Schutzfaktoren können aber auch einen direkten Effekt auf die Gesundheit einer Person haben und z. B. dazu führen, dass diese Person bestimmten Belastungen gar nicht erst ausgesetzt wird.

Schutz- wie Risikofaktoren können sowohl Merkmale der Person selber als auch Merkmale der Umwelt dieser Person sein. Dabei ist die gegenseitige Abgrenzung von Schutz- und Risikofaktoren schwierig und wissenschaftlich umstritten. Teilweise wird davon ausgegangen, dass – abhängig von der Ausprägung und den individuellen Voraussetzungen einer Person – ein bestimmter Faktor bzw. das Fehlen eines solchen Faktors sowohl als Risikofaktor als auch als Schutzfaktor Wirkung entfalten kann. Daher werden im vorliegenden Kapitel einige Faktoren aufgeführt, die sich positiv oder negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können. Dabei wird nicht strikt zwischen Schutz- und Risikofaktoren unterschieden. Als Faktoren werden im Folgenden *Kontrollüberzeugung* (3.1), *soziale Unterstützung* (3.2) und *Einsamkeit* (3.3) näher betrachtet.

## 3.1 Kontrollüberzeugung

Rund je 40% der Schweizer Bevölkerung weisen eine hohe oder mittlere und rund 20% eine tiefe Kontrollüberzeugung auf. Diese Zahlen sind über die letzten 20 Jahre stabil geblieben. Männer zeigen häufiger eine hohe und seltener eine tiefe Kontrollüberzeugung als Frauen. Im Pensionsalter nimmt der Anteil Personen mit hoher Kontrollüberzeugung zu. Es lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung und psychischer Belastung nachweisen.

Das Konstrukt der «Kontrollüberzeugung» geht auf die so genannte «Soziale Lerntheorie» von Rotter (1966) zurück. Der Autor versteht darunter die subjektive Einschätzung einer Person darüber, inwieweit sie selbst das eigene Leben beeinflussen kann. Personen mit hoher Kontrollüberzeugung sind überzeugt, dass sie das eigene Leben weitgehend selbstbestimmt gestalten können. Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung nehmen dagegen ihr Leben als hauptsächlich von äusseren Faktoren wie Zufall, Schicksal oder anderen Menschen gesteuert wahr und sehen wenig eigenen Einfluss.

Empirische Studien haben gezeigt, dass eine hohe Kontrollüberzeugung mit einer besseren allgemeinen Gesundheit, einer höheren Lebenszufriedenheit und einer besseren Stressbewältigung zusammenhängt. Indessen geht eine tiefe Kontrollüberzeugung vermehrt mit verminderter Aktivität, erlernter Hilflosigkeit, Depression bzw. Depressivität und Hoffnungslosigkeit einher (Deci, 1975; Seligman, 1975).

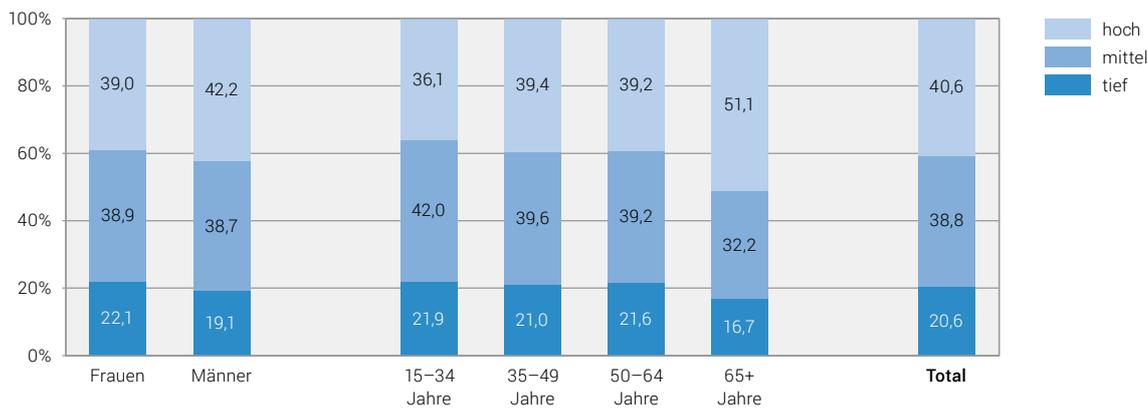
Gemäss Daten der SGB 2012 (vgl. Anhang) verfügt ein Fünftel (20,6%) der Schweizer Bevölkerung über eine *tiefe* und etwa je zwei Fünftel verfügen über eine *mittlere* (38,8%) bzw. eine *hohe* (40,6%) Kontrollüberzeugung (G 3.1). Männer haben insgesamt häufiger eine hohe und seltener eine tiefe Kontrollüberzeugung als Frauen. Das gilt ebenso für Personen im Rentenalter und darüber: Die 65-Jährigen und Älteren haben deutlich häufiger hohe (51,1%) und deutlich seltener tiefe (16,7%) Kontrollüberzeugungen als jüngere Personen. Zwischen den Altersgruppen unter 65 Jahren gibt es diesbezüglich aber keine Unterschiede. Der altersabhängige Verlauf ist bei Frauen und Männern in der Schweiz vergleichbar, wobei die tiefe Kontrollüberzeugung bei den 65-jährigen und älteren Frauen weniger deutlich zurückgeht als bei den Männern. Auch ist der Anteil an hoher Kontrollüberzeugung über alle Altersgruppen bei den Männern tendenziell höher als bei den Frauen.

In den drei SGB-Erhebungen der Jahre 1992, 2002 und 2007 sind die Anteile an hoher, mittlerer und tiefer Kontrollüberzeugung mit den Werten 2012 vergleichbar. In der Erhebung 1997 hatten dagegen mehr Befragte eine tiefe und weniger Befragte eine hohe Kontrollüberzeugung als in den anderen Jahren aufgewiesen.

In Grafik 3.2 ist der Zusammenhang von Kontrollüberzeugung und psychischer Belastung in beide Richtungen dargestellt. Es zeigt sich einerseits in der linken Grafik, dass 70,2% der Personen mit starker psychischer Belastung zugleich eine tiefe Kontrollüberzeugung aufweisen. Dies im Gegensatz zu «nur» 14,1% mit tiefer Kontrollüberzeugung bei keiner oder nur geringer psychischer Belastung. Umgekehrt betrachtet (rechte Grafik) fühlen sich 13,8% der Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung zugleich stark psychisch belastet. Bei hoher Kontrollüberzeugung sind es lediglich 1,1%, die sich als stark psychisch belastet bezeichnen. Die Grafik 3.2 bringt also deutlich zum Ausdruck, dass ein starker Zusammenhang von Kontrollüberzeugung und psychischer Belastung in beide Richtungen besteht.

**Kontrollüberzeugung, nach Geschlecht und Alter, 2012**

**G 3.1**



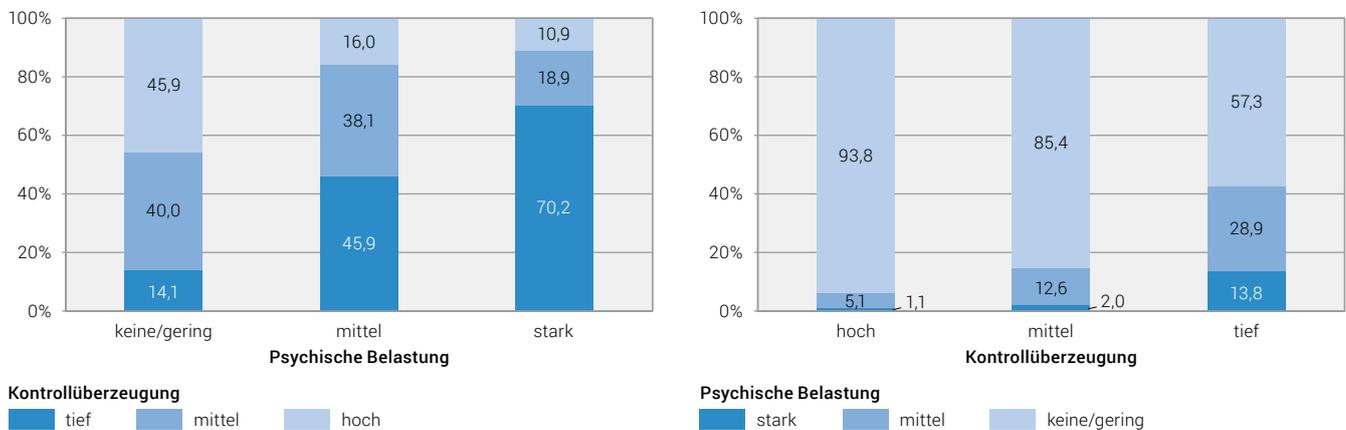
n=17 267

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

**Kontrollüberzeugung, nach psychischer Belastung sowie psychische Belastung, nach Kontrollüberzeugung, 2012**

**G 3.2**



n=17 130

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

### 3.2 Soziale Unterstützung

Knapp 40% der Schweizer Bevölkerung erfahren starke soziale Unterstützung, bei über 12% ist die erlebte Unterstützung jedoch gering. Je älter die Personen sind und je niedriger ihr Bildungsabschluss ist, desto häufiger erhalten sie nur geringe soziale Unterstützung. Zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Belastung lässt sich ein deutlicher Zusammenhang feststellen.

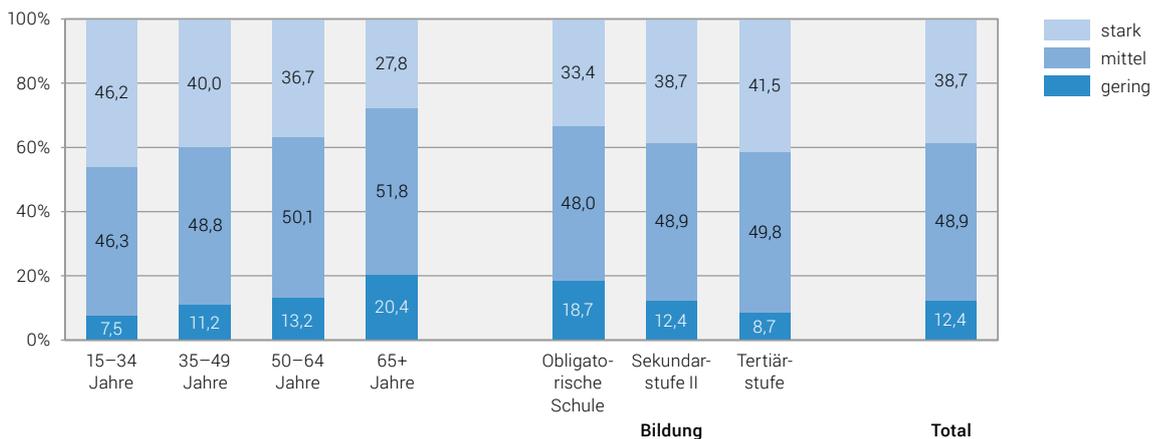
Soziale Kontakte zu haben und sich mit anderen Menschen verbunden und von ihnen unterstützt zu fühlen, ist zentral für das Wohlbefinden und die Gesundheit, sowohl psychisch als auch körperlich. Soziale Ressourcen wie beispielsweise die soziale Unterstützung haben eine erhebliche Wirkung auf die Mortalität respektive Lebenserwartung wie auch auf Krankheitsrisiken, Genesungschancen und Genesungsdauer (Bachmann, 2014). So senken soziale Unterstützung und soziale Integration beispielsweise die Risiken von Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten. Fehlende soziale Unterstützung hingegen gehört ebenso zu den gesundheitlichen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder Mangel an Bewegung. Ein Mangel an sozialer Unterstützung kann zu erhöhtem Stresshormonspiegel, zu geschwächter Immunabwehr, zu höherem Blutdruck und zu mehr Angst und Depression führen (Cacioppo & Patrick, 2008). Es wird vermutet, dass sich soziale Unterstützung einerseits direkt auf das Wohlbefinden auswirkt und andererseits indirekt als Puffer wirkt, wenn eine Person vermehrter Belastung ausgesetzt ist (Turner & Turner, 1999).

In der SGB 2012 wurde erstmals die so genannte «Oslo-Skala» (Brevik & Dalgard, 1996) zur Erhebung des Ausmasses an sozialer Unterstützung verwendet (vgl. Anhang). Aus den drei Fragen zur Anzahl nahestehender Personen, zum Mass an Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben und zum Ausmass der Verfügbarkeit von Nachbarschaftshilfe wird ein Index mit drei Kategorien gebildet: *geringe*, *mittlere* und *starke* soziale Unterstützung.

Im Jahr 2012 geben 38,7% der Schweizer Bevölkerung an, in ihrem Leben eine *starke* soziale Unterstützung zu erfahren (G 3.3). 48,9% sprechen von einer *mittleren* und 12,4% von einer *geringen* sozialen Unterstützung. Es lässt sich kein Unterschied zwischen Frauen und Männern feststellen. Mit zunehmendem Alter wird die starke soziale Unterstützung seltener und die geringe Unterstützung dagegen häufiger. Bei den 15- bis 34-Jährigen sind es 7,5%, die von geringer sozialer Unterstützung sprechen, bei den 65-Jährigen und Älteren ist es jeder Fünfte (20,4%). Auch bei der Bildung zeigt sich ein eindeutiges Muster: Je höher die Bildung desto häufiger ist die starke und desto seltener ist die geringe soziale Unterstützung.

Soziale Unterstützung, nach Alter und Bildung, 2012

G 3.3



n=19921

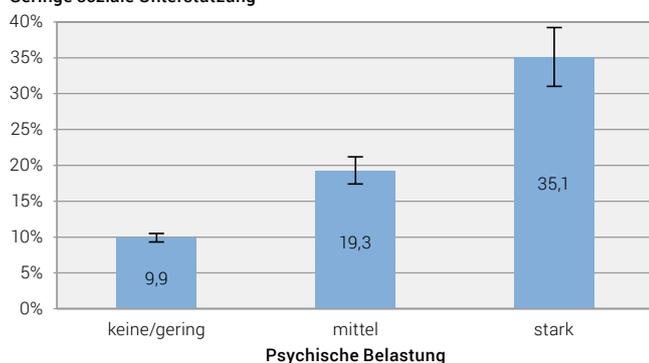
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

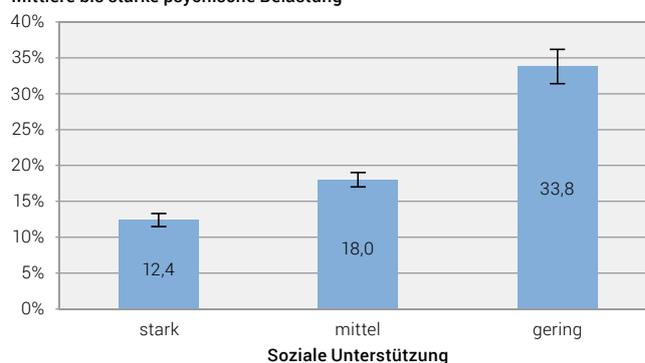
## Geringe soziale Unterstützung, nach psychischer Belastung sowie mittlere bis starke psychische Belastung, nach sozialer Unterstützung, 2012

G 3.4

Geringe soziale Unterstützung



Mittlere bis starke psychische Belastung



┆ 95%-Konfidenzintervall

n=19764

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Ganz deutlich ist ausserdem der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und sozialer Unterstützung. Bei geringer psychischer Belastung erfahren «nur» 9,9% eine geringe soziale Unterstützung (G 3.4). Ist die psychische Belastung jedoch stark ausgeprägt, erlebt über ein Drittel der Befragten (35,1%) eine geringe soziale Unterstützung. Der Zusammenhang besteht auch in die andere Richtung: Von den Personen, die sich wenig sozial unterstützt fühlen, geben 33,8% eine mittlere bis starke psychische Belastung an. Bei jenen Personen, die sich sozial stark unterstützt fühlen, sind 12,5% mittel oder stark psychisch belastet.

### 3.3 Einsamkeit

Etwas mehr als ein Drittel (36%) der Befragten gaben 2012 an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen. Das sind etwas mehr Personen als 2007 und 2002 (je rund 30%), jedoch gleich viele wie 1997. Frauen (42%) fühlen sich deutlich häufiger einsam als Männer (29%) und junge Personen (15–34 Jahre) berichten häufiger von Einsamkeitsgefühlen als ältere. Das Erleben von Einsamkeit geht mit erhöhter psychischer Belastung einher.

Einsamkeit wird von jeder Person in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlichem Ausmass erlebt. Sie kann definiert werden als unerfreuliche Erfahrung, die auftritt, wenn das Netzwerk aus sozialen Beziehungen mangelhaft ist (Perlman & Peplau, 1981). Einsamkeit tritt insbesondere dann auf, wenn die erwünschten Beziehungen nicht mit den tatsächlich erfahrenen Beziehungen übereinstimmen (Salimi, 2011).

Die Antworten zu der Frage nach subjektiv empfundenen Einsamkeitsgefühlen in der SGB werden hier in zwei Kategorien beschrieben: *manchmal* und *ziemlich/sehr häufig* (vgl. Anhang).

Im Jahr 2012 fühlen sich 36,1% der Schweizer Bevölkerung *manchmal bis ziemlich/sehr häufig* einsam (G 3.5). Das sind mehr als in den Jahren 2007 (30,3%) und 2002 (29,7%), jedoch vergleichbar viele wie 1997 (35,5%). Frauen (2012: 42,4%) berichten in allen Jahren deutlich häufiger von Einsamkeitsgefühlen als Männer (2012: 29,5%). Dieser Geschlechterunterschied besteht über die gesamte Lebensspanne.

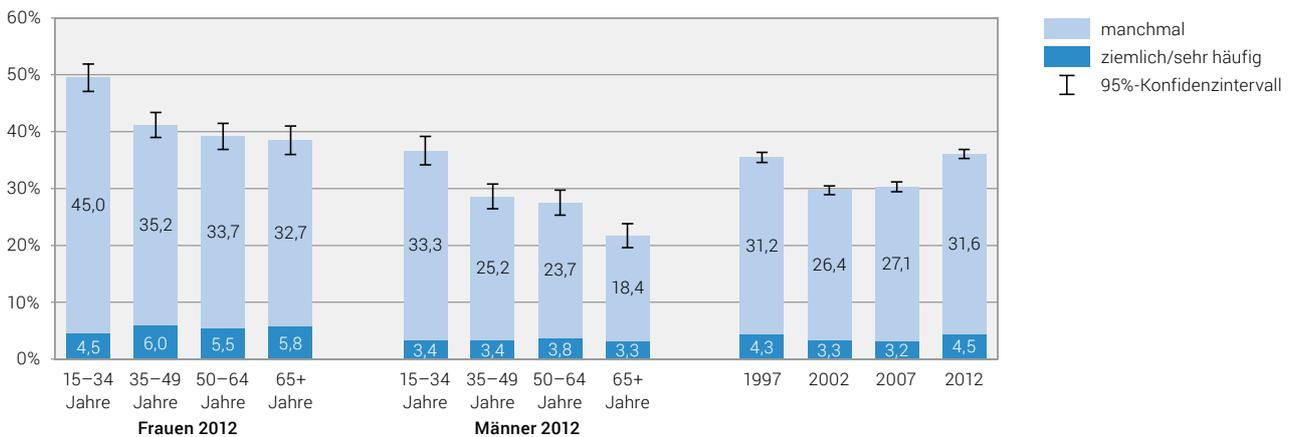
Die Hälfte der 15- bis 34-jährigen Frauen geben an, manchmal bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle zu haben (G 3.5). Bei den älteren Frauen berichten weniger, nämlich rund 40%, von Einsamkeitsgefühlen. Allerdings ist das ziemlich/sehr häufige Erleben von Einsamkeit bei den älteren Frauen tendenziell verbreiteter als bei den jüngeren.

Männer berichten mit zunehmendem Alter seltener von Einsamkeitsgefühlen: Bei den 15- bis 34-Jährigen fühlen sich 36,7% manchmal bis ziemlich/sehr häufig einsam, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es noch 21,7%. Wie in der Grafik 3.5 klar erkennbar ist, bezieht sich der Rückgang auf das gelegentliche Empfinden von Einsamkeit. Der Anteil Männer, die sich ziemlich/sehr häufig einsam fühlen, bleibt über das Alter konstant bei rund 3,5%.

Das Empfinden von Einsamkeit geht mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einher. Einsamkeitsgefühle sind bei Personen mit psychischer Belastung deutlich häufiger als bei denjenigen, die sich psychisch nicht belastet fühlen: So berichten 34,1% der Bevölkerung mit starker psychischer Belastung von ziemlich/sehr häufigen Einsamkeitsgefühlen (G 3.6). Bei den nicht/gering Belasteten sind es lediglich 1,7%. Natürlich gilt der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Einsamkeit auch in die andere Richtung: Entsprechend berichten Personen, die sich ziemlich/sehr häufig einsam fühlen zu 35,5% von starker psychischer Belastung. Bei denjenigen, die sich nie einsam fühlen, sind es 1,7%.

**Einsamkeitsgefühle, nach Geschlecht und Alter, 1997–2012**

**G 3.5**



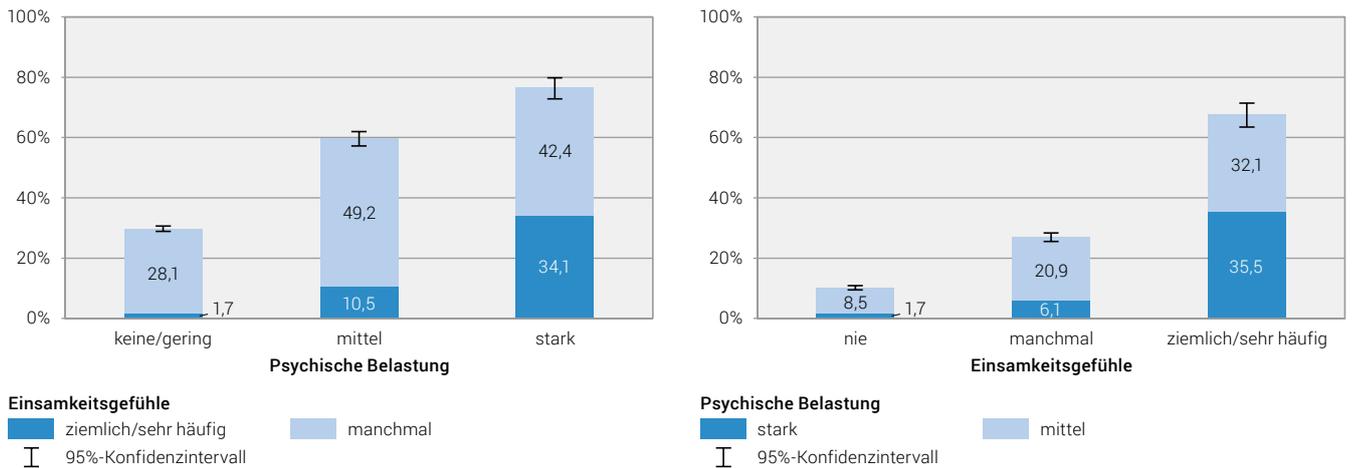
Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *manchmal + ziemlich/sehr häufig* Einsamkeitsgefühle.  
 1997: n=12752, 2002: n=18735, 2007: n=17890, 2012: n=20841

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen (SGB) 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

**Einsamkeit, nach psychischer Belastung sowie psychische Belastung, nach Einsamkeit, 2012**

**G 3.6**



Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf die kumulierten Kategorien *manchmal + ziemlich/sehr häufig* Einsamkeitsgefühle bzw. *mittlere + starke* psychische Belastung.  
 n=20625

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

## 4 Inanspruchnahme

Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer wie auch somatischer Angebote (Koopmans et al., 2005). Insbesondere Depressionen, Angststörungen und Schmerzstörungen führen zu einer gesteigerten Nutzung allgemeinmedizinischer Dienstleistungen und – da sie in rund der Hälfte der Fälle nicht erkannt werden – zur Inanspruchnahme von (teilweise vermeidbaren) spezialisierten somatischen Angeboten (Barsky et al., 2006; Fritze et al., 2001; Gili et al., 2011; Kruse et al., 2004; Mitchell et al., 2009; Savageau et al., 2006).

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

Für die Heilungschancen bei psychischen Erkrankungen ist es entscheidend, wann und von welcher Fachperson professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Bei ungenügender Versorgung psychischer Erkrankungen besteht ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung sowie Suizidalität (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Studien zeigen, dass ein Drittel bis die Hälfte der psychisch kranken Menschen in industrialisierten Ländern unbehandelt bleiben – sei es, weil die Erkrankungen von Fachpersonen nicht erkannt werden und/oder weil die Betroffenen von sich aus keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Kessler & WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

Gemäss Wittchen et al. (2011) kommt in der EU nur eine von zwei Personen mit einer psychischen Erkrankung überhaupt in Kontakt mit einer psychotherapeutischen Fachperson oder einer Ärztin bzw. einem Arzt. Und unter den behandelten Personen beschränkt sich die Unterstützung oft auf eine allgemeinmedizinische Behandlung. Somit erhält nur etwa ein Viertel der Personen mit einer psychischen Störung professionelle und effektiv auf die psychische Erkrankung ausgerichtete Hilfe. Die Behandlungsraten variieren mit der Art der psychischen Störung. Affektive Störungen werden am ehesten therapiert. Gemäss der Zürcher-Kohorten-Studie junger Erwachsener waren 46% der psychisch Erkrankten in einer Behandlung, Frauen häufiger als Männer (Angst et al., 2005).

Nachfolgend wird auf die Inanspruchnahme verschiedener Angebote des Gesundheitswesens durch Personen mit psychischen Erkrankungen eingegangen. Es werden dafür unterschiedliche Datenquellen verwendet, da für die Schweiz keine Quelle existiert, welche die ganze Versorgungslandschaft abdeckt. Die Eigenheiten jeder einzelnen Datenbank bringen

es mit sich, dass in der Regel keine direkten Vergleiche zwischen den analogen Ergebnissen verschiedener Datenquellen möglich sind.

Die Resultate zur Inanspruchnahme werden durch einen Abschnitt zur *Inanspruchnahme generell* (4.1) – d.h. über unterschiedliche Angebote hinweg – eingeleitet. Danach wird mit *Behandlungen in (psychiatrischen und hausärztlichen) Arztpraxen* (4.2) auf den ambulanten Versorgungsbereich eingegangen. Dafür werden zwei verschiedene Datenquellen herangezogen. Der Bereich der *stationären Versorgung in Kliniken und Spitälern* (4.3) wird auf der Grundlage der Medizinischen Statistik abgebildet. Abschliessend wird das Thema *Medikamentenkonsum* (4.4) behandelt.

### 4.1 Inanspruchnahme generell

Gut 5% der Bevölkerung haben sich 2012 wegen psychischer Beschwerden behandeln lassen; Frauen etwas öfter als Männer. Die meisten – und vor allem jüngere Personen – haben dafür eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson aufgesucht. Im Vergleich zu 1997 ist die Inanspruchnahme bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zurückgegangen.

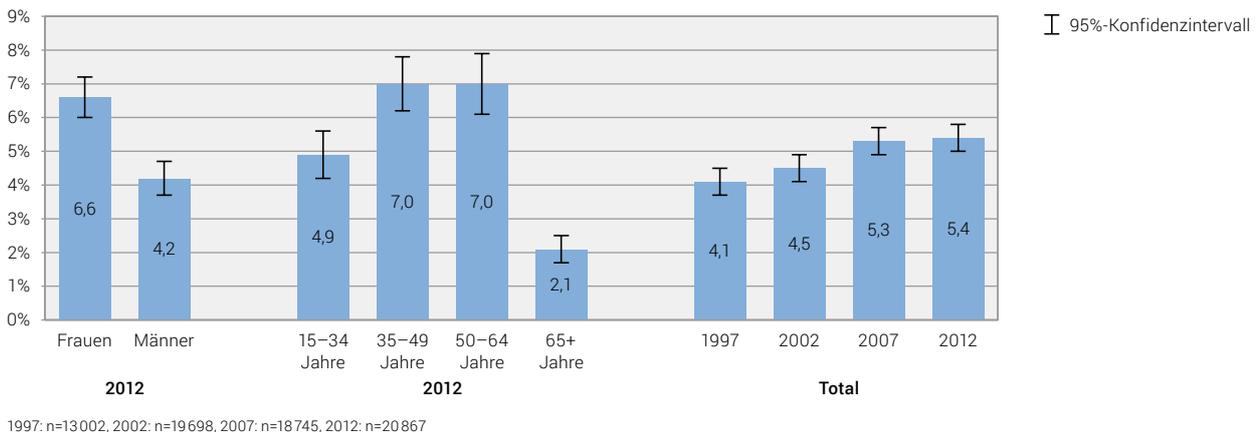
In den Abschnitten 4.2 bis 4.3 wird auf die Inanspruchnahme psychisch erkrankter Personen bei spezifischen Gruppen von Leistungserbringern eingegangen. Davor werden im Abschnitt 4.1 Ergebnisse vorgestellt, welche die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Generellen betreffen und die nicht in ausschliessender Weise privaten Praxen, sozialmedizinischen Institutionen oder Spitälern zugeordnet werden können. Die Daten stammen aus der SGB und beruhen auf den folgenden drei Fragen: «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem? Was ist die Person von Beruf gewesen, wo Sie behandelt hat? Sind Sie in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer Depression, oder sind Sie zurzeit in Behandlung?» (vgl. Anhang).

#### 4.1.1 Behandlung wegen psychischer Probleme

Grafik 4.1 zeigt, dass sich 5,4% der Schweizer Wohnbevölkerung in den 12 Monaten vor der Befragung wegen psychischer Beschwerden haben behandeln lassen; Frauen (6,6%) etwas öfter als Männer (4,2%). Im mittleren Alter werden am häufigsten Behandlungen in Anspruch genommen (7,0%). Bei den 65-Jährigen und Älteren haben sich dagegen lediglich 2,1% wegen psychischer

**Behandlung psychischer Probleme, nach Geschlecht und Alter, 1997–2012**

**G 4.1**



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen (SGB) 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

Probleme behandeln lassen. Diese Verteilung über das Alter gilt für beide Geschlechter. Zwischen 1997 und 2012 zeigt sich eine Zunahme der Personen, die eine Behandlung aufgrund psychischer Probleme in Anspruch nehmen (von 4,1% auf 5,4%); dieser Anstieg lässt sich für beide Geschlechter beobachten.

Regional liegen die Anteile derer, die eine Behandlung aufsuchen, zwischen 4,3% in der Zentralschweiz und 5,9% im Kanton Zürich. Es gibt allerdings keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Grossregionen.

Die meisten Personen, die in den vergangenen 12 Monaten eine Behandlung wegen psychischer Beschwerden aufgesucht haben, liessen sich von einer Psychiaterin oder einem Psychiater behandeln (41,8%; G 4.2). An zweiter und dritter Stelle stehen die Psychologinnen/Psychologen bzw. die nichtärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (38,7%) sowie die Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte (12,9%).

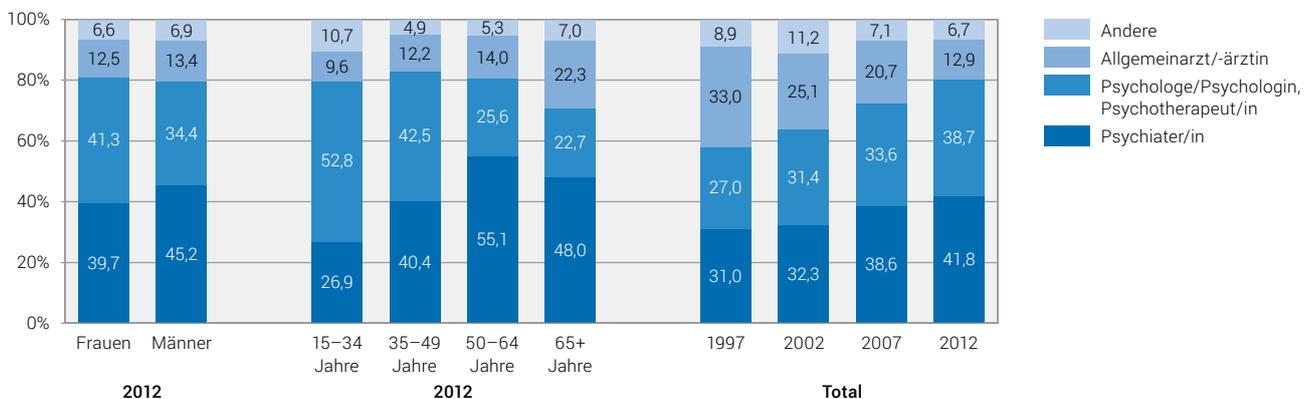
Zwischen Frauen und Männern gibt es bezüglich der Wahl des Berufs der/des Behandelnden keine Unterschiede. Im Vergleich der Altersgruppen fällt auf, dass jüngere Personen (15–34 Jahre)

am häufigsten psychologische Fachkräfte aufsuchen (52,8%). Die nächstältere Gruppe der 35- bis 49-Jährigen sucht etwa gleich häufig Hilfe bei psychologischen Fachkräften (42,5%) und Psychiaterinnen/Psychiatern (40,4%). Bei Personen ab 50 Jahren kommen deutlich häufiger Psychiaterinnen bzw. Psychiater zum Zuge. Die 65-Jährigen und Älteren schliesslich lassen sich tendenziell häufiger als die anderen Altersgruppen von Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten behandeln (22,3%). Generell gilt, dass mit zunehmendem Alter vermehrt Ärztinnen oder Ärzte (Psychiater/innen und Allgemeinpraktiker/innen) und weniger psychologische Fachkräfte aufgesucht werden.

Die Verteilung der Inanspruchnahme von Angeboten zur Behandlung psychischer Probleme hat sich seit 1997 deutlich verändert: Im Jahr 2012 nimmt die Bevölkerung bei psychischen Problemen bzw. Erkrankungen häufiger Dienstleistungen von (spezialisierten) psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen in Anspruch. Deutlich zurückgegangen im Vergleich zu 1997 ist die Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (G 4.2).

**Leistungserbringende von Behandlungen psychischer Probleme, nach Geschlecht und Alter der Patientinnen/Patienten, 1997–2012**

**G 4.2**



1997: n=601, 2002: n=1014, 2007: n=1075, 2012: n=1167

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragungen (SGB) 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

## 4.2 Inanspruchnahme: Praxen

Die Zahl der in ambulanten psychiatrischen Praxen behandelten Personen hat über die letzten 10 Jahre deutlich zugenommen. Dies gilt nicht nur für die absoluten Zahlen, sondern auch für das Verhältnis jährlich behandelter Patientinnen und Patienten pro Ärztin bzw. Arzt. Allgemein gehen psychisch belastete Personen häufiger zur Ärztin bzw. zum Arzt als nicht belastete Personen. Besonders häufig suchen Personen ärztliche Praxen auf, wenn sie gleichzeitig an psychischen *und* körperlichen Beschwerden leiden.

Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten, die in psychiatrischen und in allgemeinmedizinischen Praxen jährlich behandelt wurden. Im Jahr 2015 waren 447 455 Patientinnen und Patienten in einer ambulanten psychiatrischen Praxis, das bedeutet eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater behandelte im Durchschnitt jährlich 118 Patientinnen und Patienten. Im Vergleich dazu wurden in allgemeinmedizinischen Praxen rund 6,755 Mio. Personen behandelt. Das sind 15 Mal mehr Patientinnen und Patienten als in ambulanten psychiatrischen Praxen. Im Jahresdurchschnitt entspricht dies 810 Patientinnen und Patienten pro Ärztin bzw. Arzt der Allgemeinmedizin. Die Anteile der in ambulanten *psychiatrischen* Praxen und in *allgemeinmedizinischen* Praxen behandelten Patientinnen und Patienten belaufen sich auf 2,7% bzw. 40,8% aller in ambulanten Praxen der Schweiz versorgten Patientinnen und Patienten.

Von 2006 bis 2015 hat die Zahl der insgesamt in ambulanten Praxen behandelten Patientinnen und Patienten um 31,7% zugenommen. Im Vergleich dazu lässt sich bei den psychiatrischen Praxen ein deutlich stärkerer (58,2%) und bei den allgemeinmedizinischen Praxen (25,6%) ein etwas schwächerer Anstieg feststellen. Während gesamthaft die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten pro Ärztin bzw. Arzt zwischen 2006 und 2015 relativ stabil geblieben ist (+2,9%), gibt es sowohl im Psychiatriebereich als auch in der Allgemeinmedizin eine deutliche Zunahme von +12,3% bzw. +7,8% zu vermerken.

Das heisst Ärztinnen und Ärzte, die in ambulanten psychiatrischen Praxen tätig sind, behandelten pro Kopf gesehen im Jahr 2015 deutlich mehr Patientinnen und Patienten als dies 2006 der Fall war (T 4.1). Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich bei den allgemeinmedizinischen Praxen, allerdings war die Zunahme etwas geringer. Im Vergleich dazu nahm, über sämtliche Arten von Arztpraxen gesehen, die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten zwar ebenfalls zu, jedoch blieb das Verhältnis Anzahl Patientinnen und Patienten pro Ärztin bzw. Arzt über die Jahre hinweg relativ konstant.

Wie der Grafik 4.3 zu entnehmen ist, geht knapp ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung relativ häufig zu einer Ärztin bzw. zu einem Arzt<sup>21</sup> (vgl. Anhang): 18,4% der Befragten hatten in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens sechs Arztkonsultationen. Ein gutes Fünftel der Befragten (21,6%) war dagegen gar nie in ärztlicher Behandlung gewesen.

<sup>21</sup> Inkl. Spezialistinnen/Spezialisten, Gynäkologinnen/Gynäkologen, exkl. Zahnärztinnen/Zahnärzte

Weiter ergab die Befragung, dass Frauen im Verlaufe eines Jahres öfters ärztliche Praxen aufsuchen als Männer dies tun: 22,1% der befragten Frauen suchten mindestens sechs Mal pro Jahr eine Ärztin bzw. einen Arzt auf (inkl. gynäkologische Untersuchungen). Bei den Männern waren es hingegen 14,7%. Ausserdem gaben weniger Frauen als Männer an, gar keinen Arztbesuch getätigt zu haben (14,3% vs. 29,2%). Mit höherem Alter nehmen die Arztbesuche in der Regel zu. Männer unter 50 Jahren nehmen besonders oft keine ärztliche Behandlung in Anspruch: Rund 36% sind im Jahr vor der Befragung gar nie zur Ärztin bzw. zum Arzt gegangen.

Psychische Beschwerden gehen allgemein mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher. Je stärker die psychische Belastung, umso häufiger suchen die Betroffenen Arztpraxen auf (unabhängig von den behandelten Beschwerden): Fast die Hälfte (46,3%) der Personen mit starker psychischer Belastung ging innerhalb eines Jahres sechs Mal und mehr zur Ärztin bzw. zum Arzt. Von den Personen ohne oder mit geringer psychischer Belastung suchten hingegen lediglich 15,4%, also drei Mal weniger, sechs Mal pro Jahr eine Ärztin oder einen Arzt auf (G 4.3).

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

In der Schweiz existiert keine Statistik mit nationalen Daten zu den Behandlungen durch nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) hat deshalb das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG in Bern mit der Durchführung einer «Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie» beauftragt (Stettler et al., 2013). In der Studie werden die Themen Angebot an und Inanspruchnahme von psychologischer Psychotherapie und Kosten der psychologischen Psychotherapie im ambulanten Bereich aufgearbeitet und dargestellt.

Gemäss dieser Studie haben im Jahr 2012 in der Schweiz rund 260 000 Patientinnen und Patienten 3,1 Millionen Konsultationen bei nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Über ein Drittel der Konsultationen wurde im Rahmen der delegierten Psychotherapie in einer Arztpraxis erbracht. Etwas weniger als ein Drittel erfolgte im selbständigen Bereich, die restlichen Konsultationen fielen im ambulanten oder stationären Bereich von psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen an.

### Weiterführende Information

Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie:  
www.buerobass.ch → GESUND UND GEPFLEGT: Gesundheitsberufe → 08 / 2013 Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012 (Zugriff am 13.11.2015)

**Anzahl Patientinnen und Patienten in ambulanten Arztpraxen, nach Facharzttrichtung, 2006–2015**

**T 4.1**

		Psychiatrie und Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Psychiatrie (Total)	Allgemeinmedizin	Andere Ärzte	Total
Anzahl Patientinnen und Patienten absolut (in Tausend)	2006	251	32	283	5 378	6 899	12 560
	2007	259 (+3,1)	32 (-0,1)	291 (+2,7)	5 735 (+6,6)	7 224 (+4,7)	13 250 (+5,5)
	2008	278 (+7,5)	33 (+2,7)	311 (+7,0)	5 686 (-0,9)	7 539 (+4,4)	13 535 (+2,2)
	2009	292 (+5,0)	33 (+1,5)	325 (+4,6)	5 755 (+1,2)	7 697 (+2,1)	13 777 (+1,8)
	2010	311 (+6,7)	35 (+6,5)	347 (+6,7)	5 751 (-0,1)	7 818 (+1,6)	13 915 (+1,0)
	2011	329 (+5,5)	37 (+4,6)	366 (+5,4)	5 892 (+2,5)	8 010 (+2,5)	14 268 (+2,5)
	2012	339 (+3,1)	40 (+7,0)	379 (+3,5)	6 023 (+2,2)	8 135 (+1,6)	14 537 (+1,9)
	2013	367 (+8,3)	42 (+7,3)	409 (+8,2)	6 429 (+6,7)	8 593 (+5,6)	15 431 (+6,1)
	2014	380 (+3,6)	44 (+3,7)	424 (+3,6)	6 448 (+0,3)	8 893 (+3,5)	15 765 (+2,2)
2015	401 (+5,5)	47 (+5,8)	447 (+5,5)	6 755 (+4,8)	9 342 (+5,0)	16 544 (+4,9)	
Anzahl Patientinnen und Patienten pro Ärztin/Arzt	2006	108	84	105	751	901	717
	2007	109 (+0,8)	81 (-3,2)	105 (+0,3)	806 (+7,3)	939 (+4,2)	754 (+5,1)
	2008	113 (+4,0)	83 (+1,4)	109 (+3,8)	797 (-1,0)	966 (+2,9)	761 (+1,0)
	2009	118 (+4,0)	83 (+0,3)	113 (+3,6)	799 (+0,2)	971 (+0,6)	765 (+0,5)
	2010	122 (+3,8)	85 (+2,9)	117 (+3,7)	776 (-2,9)	956 (-1,6)	750 (-2,0)
	2011	126 (+2,7)	87 (+1,7)	120 (+2,6)	779 (+0,4)	979 (+2,5)	760 (+1,3)
	2012	122 (-2,9)	87 (+0,6)	117 (-2,5)	775 (-0,5)	935 (-4,6)	738 (-2,9)
	2013	119 (-2,8)	89 (+1,8)	115 (-2,2)	803 (+3,6)	883 (-5,6)	724 (-1,8)
	2014	119 (+0,2)	88 (-1,0)	115 (+0,0)	788 (-1,8)	877 (-0,7)	716 (-1,1)
2015	122 (+2,5)	91 (+3,4)	118 (+2,6)	810 (+2,7)	909 (+3,6)	738 (+3,0)	

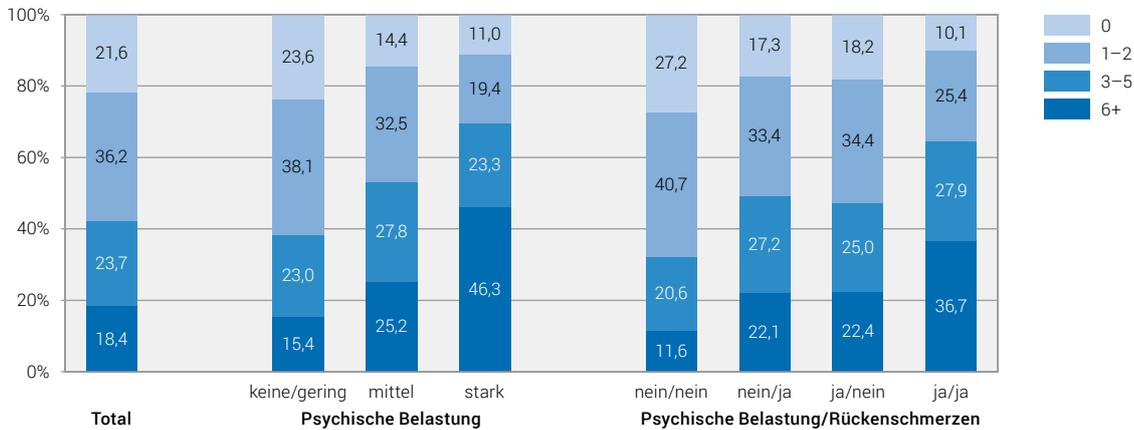
Zahlen in Klammern entsprechen Veränderungen in % zum Vorjahr.  
 Datenstand: 19.05.2016.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

**Anzahl Arztbesuche (letzte 12 Monate), nach psychischer Belastung und psychischer Belastung/Rückenschmerzen, 2012**

**G 4.3**



Total: n=21 524, Psychische Belastung: n=20609, Psychische Belastung/Rückenschmerzen: n=20606

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

### 4.3 Inanspruchnahme: Kliniken und Spitäler

Im Jahr 2014 wurden 12,9 Hospitalisationen mit psychiatrischer Hauptdiagnose pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner verzeichnet; mehr Frauen als Männer. Die in den Kliniken behandelten Störungen unterscheiden sich abhängig vom Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten. Im Vergleich zu 2002 hat die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte pro Patientin bzw. Patient um rund 12% zugenommen. 2014 wurden 379 Pflage tage pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner aufgewendet. Der Behandlungsaufwand ist geschlechter-, alters- sowie diagnoseabhängig und unterscheidet sich zwischen den Kantonen deutlich.

Psychische Erkrankungen können einen Aufenthalt in einer Klinik oder einem Spital erfordern. Personen mit psychiatrischen Diagnosen werden nicht nur in psychiatrischen Kliniken, sondern auch in psychiatrischen sowie somatischen Abteilungen von akutsomatischen Spitälern behandelt. Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse – welche aus den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS stammen – beziehen sich daher nicht nur auf Fälle aus psychiatrischen Kliniken, sondern auf die Gesamtheit der stationär behandelten Fälle von 15-jährigen oder älteren Personen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose<sup>22</sup>. Für das Jahr 2014 ist die Verteilung wie folgt: 59% der Fälle wurden in psychiatrischen Kliniken, 15% in psychiatrischen und 26% in somatischen Abteilungen akutsomatischer Spitäler behandelt. Für Zeitreihen werden die Daten ab 2002 dargestellt, da einige psychiatrische Kliniken in den vorhergehenden Jahren keine Daten geliefert hatten und die Datenqualität fraglich war. Werden regionale Ergebnisse präsentiert, handelt es sich bei der Ortsangabe um den Wohnort der Patientin, des Patienten (und nicht um den Standort der Klinik/des Spitals).

#### 4.3.1 Hospitalisierungsraten

Im Jahr 2014 wurden 91 297 stationäre Aufenthalte mit psychiatrischer Hauptdiagnose verzeichnet. Dies entspricht einer Rate von 12,9 Hospitalisationen pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. In Grafik 4.4 sind die Hospitalisierungsraten für Frauen und Männer für die Jahre 2002 bis 2014 aufgeführt. Die Raten sind getrennt für Fälle und für Patientinnen bzw. Patienten angegeben: Bei den Fällen wird jeder einzelne Klinik- oder Spitaleintritt gezählt (unabhängig von der Person), bei den Patientinnen und Patienten werden die Personen gezählt, die ihrerseits mehrere Eintritte gehabt haben können. Im Vergleich zu 2002 (8,1 Patienten/innen pro 1 000 Einwohner/innen) liegt die Patientenrate 2014 um 12,3% höher bei 9,1 Patientinnen bzw. Patienten pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Die Rate der Fälle hat im gleichen Zeitraum um 16,4% zugenommen, von 11,1 auf 12,9 Fälle pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Daraus lässt sich folgern, dass die Wiedereintritte zugenommen haben: Die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte pro Patientin bzw. Patient ist von 0,39 (2002) auf 0,43 (2014) gestiegen, was einer prozentualen Zunahme von 11,7% entspricht. Von Kuhl (2008) befragte Fachpersonen schreiben diese Entwicklung in erster Linie einer stärkeren Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Angeboten zu.

Es werden mehr Frauen mit psychiatrischen Diagnosen stationär behandelt als Männer: 2014 waren es 9,3 Patientinnen und 13,2 Fälle pro 1 000 Einwohnerinnen verglichen mit 8,8 Patienten und 12,7 Fällen pro 1 000 Einwohner (G 4.4).

Neben den Geschlechterunterschieden gibt es auch Unterschiede nach Altersgruppen: Frauen und Männer sind am häufigsten im mittleren Alter (35–49 Jahre) wegen psychischer Erkrankungen in stationärer Behandlung (G 4.5). In den folgenden Altersgruppen sinken die Raten. Bei den Männern ist die Abnahme deutlicher als bei den Frauen. Bei Letzteren zeigen die Raten für die beiden Altersgruppen ab 50 Jahren keinen Unterschied.

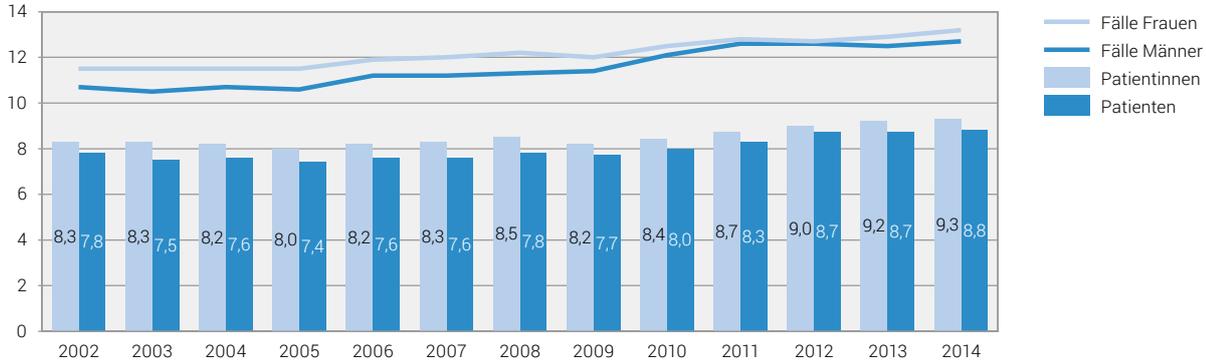
Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit der bei stationären Aufenthalten diagnostizierten psychischen Störungen (G 4.6). Die 2014 bei den Frauen mit Abstand am häufigsten gestellten Diagnosen gehörten zur Diagnosegruppe der Depressionen (28,6%). Darauf folgen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (16,7%), Schizophrenien (12,8%) und Störungen durch Alkohol (11,9%). Bei den Männern sind die häufigsten Diagnosen etwas gleichmässiger verteilt: Störungen durch Alkohol (22,8%), Depressionen (19,7%) und Schizophrenien (17,1%).

<sup>22</sup> Diagnosen der Kategorie F, Kapitel 5, gemäss ICD-10 (WHO, 1994)

### Hospitalisierungsraten bei psychischen Erkrankungen (stationäre Behandlung; Fälle und Patientinnen/Patienten), 2002–2014

G 4.4

Fälle und Patientinnen/Patienten pro 1 000 Einwohner/innen



Frauen: n=36522–47447, Männer: n=31884–43850

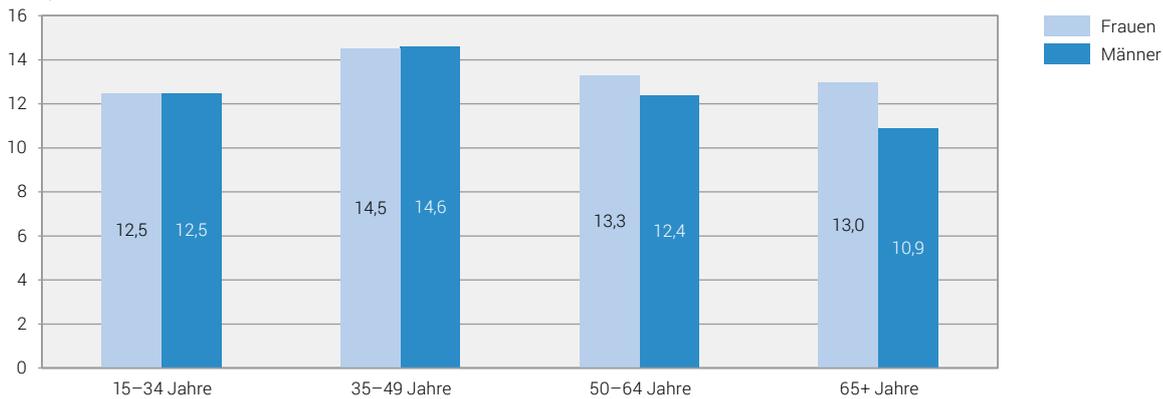
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2002–2014

© Obsan 2016

### Hospitalisierungsraten bei psychischen Erkrankungen (Fälle), nach Geschlecht und Alter, 2014

G 4.5

Fälle pro 1 000 Einwohner/innen



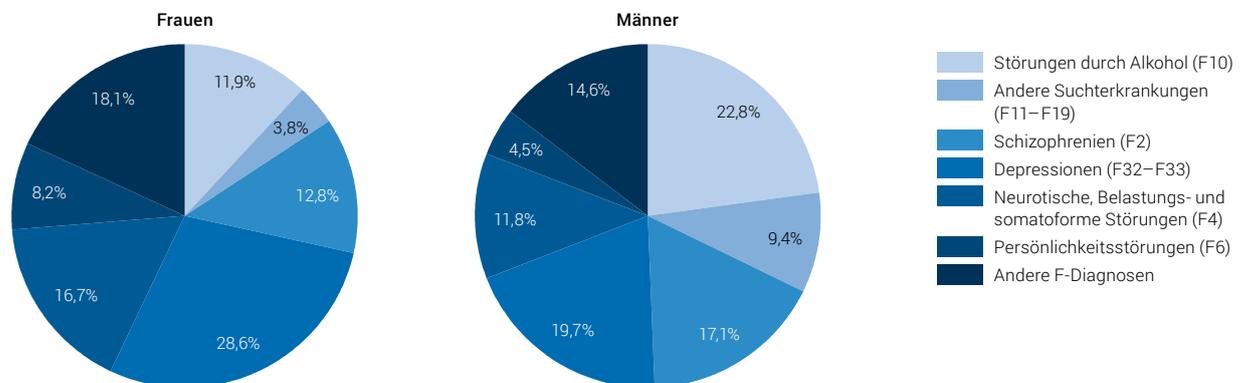
Frauen: n=47447, Männer: n=43850

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2014

© Obsan 2016

### Verteilung der Hospitalisierungen nach psychiatrischen Diagnosen (Fälle), nach Geschlecht, 2014

G 4.6



Frauen n=47447, Männer n=43850

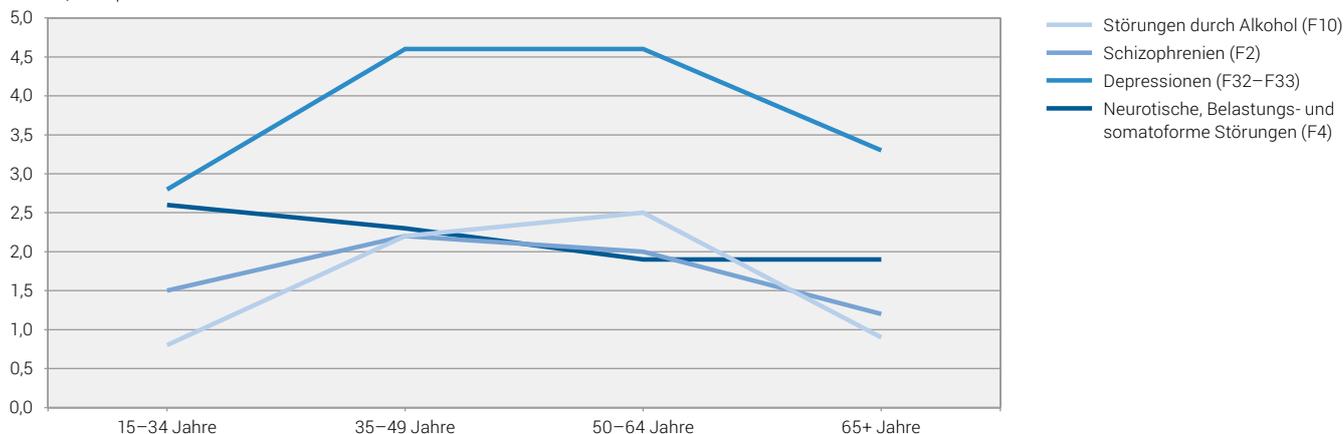
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2014

© Obsan 2016

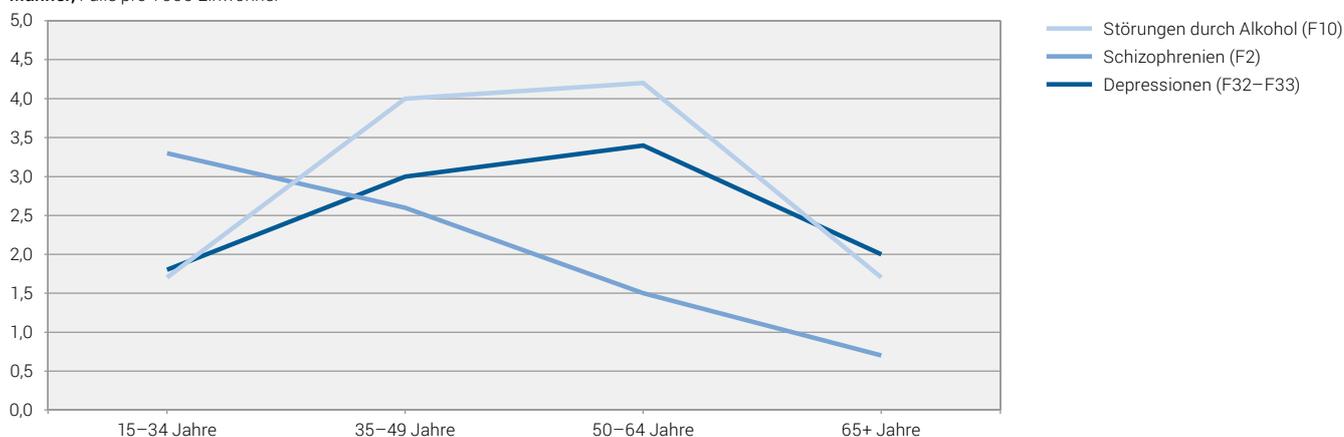
## Hospitalisierungsraten der häufigsten psychiatrischen Diagnosen (Fälle), nach Geschlecht und Alter, 2014

G 4.7

Frauen, Fälle pro 1000 Einwohnerinnen



Männer, Fälle pro 1000 Einwohner



Frauen n=33180, Männer n=26171

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2014

© Obsan 2016

In Grafik 4.7 sind die für Frauen und Männer je häufigsten stationär behandelten psychischen Erkrankungen nach Alter abgebildet. Bei den Frauen sind Fälle von Depressionen, Störungen durch Alkohol und Psychosen in den beiden mittleren Altersgruppen am häufigsten. Diagnosen der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind im jungen Alter am häufigsten vertreten und nehmen mit den höheren Altersgruppen ab. Bei den Männern sind Störungen durch Alkohol und Psychosen ebenfalls im mittleren Alter am häufigsten. Fälle von Psychosen sind bei beiden Geschlechtern in der jüngsten untersuchten Altersgruppe besonders häufig und gehen mit den höheren Altersgruppen zurück.

In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren werden besonders Demenzen und andere organische Störungen (nicht dargestellt) sowie Depressionen stationär behandelt.

#### 4.3.2 Hospitalisationsdauer und Pflegetage

Die mediane Aufenthaltsdauer<sup>23</sup> (pro Hospitalisierung) bei stationärer Behandlung einer psychiatrischen Diagnose ist im Jahr 2014 mit 17 Tagen gleich lang wie bereits 2002. Bei den Frauen (18 Tage) ist die mediane Aufenthaltsdauer zwei Tage länger als bei den Männern (16 Tage). Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt bei den Frauen 29,7, bei den Männern 28,5 Tage. Sie ist seit 2002 bei beiden Geschlechtern um fast 6 Tage zurückgegangen. Aufgrund einiger weniger Fälle mit sehr langen Hospitalisationsdauern sind die Mittelwerte der Aufenthaltsdauer um einiges höher als die Mediane.

Aus der Anzahl stationärer Hospitalisierungen und deren Dauer lässt sich das Pflegetagevolumen innerhalb eines Jahres und damit ein Mass für den erbrachten Behandlungsaufwand

<sup>23</sup> Mediane Aufenthaltsdauer: Die Hälfte der Behandlungsfälle weist eine kürzere Aufenthaltsdauer auf, die andere Hälfte eine längere. Der Median ist robuster gegen stark abweichende Werte als der Mittelwert.

berechnen. Im Folgenden werden die Pfl egetage als Rate, d. h. als Pfl egetage pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner dargestellt. Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass die H äufigkeit der Erkrankung direkt Einfluss auf den Behandlungsaufwand nimmt (über die Anzahl Hospitalisierungen).

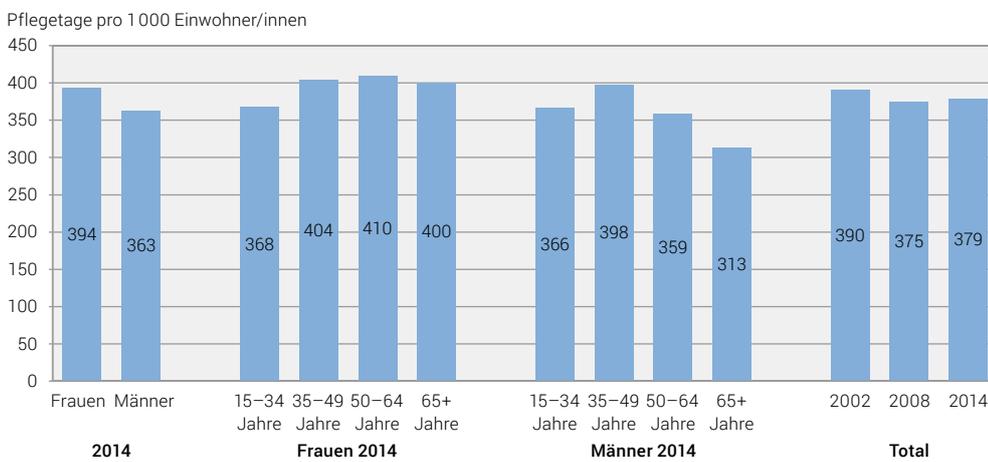
Im Jahr 2014 wurden für stationäre Behandlungen von psychiatrischen Diagnosen 379 Pfl egetage pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner aufgewendet (G 4.8); 2002 waren es 390 Pfl egetage. Der Behandlungsaufwand zeigt Unterschiede nach Geschlecht und Alter: Frauen nehmen mehr Pfl egetage in Anspruch als Männer. Bei den Frauen zeigt sich die tiefste Rate bei den 15- bis 34-Jährigen (368 Pfl egetage pro 1 000 Einwohnerinnen). In den Altersgruppen ab 35 Jahren liegen die Raten konstant bei 400 bis 410 Pfl egetagen. Bei den Männern ist die

Verteilung eher umgekehrt: Die höchste Rate findet sich in der Altersklasse der 35- bis 49-Jährigen mit 398 Pfl egetagen pro 1 000 Einwohner. Die Rate nimmt mit den höheren Altersgruppen kontinuierlich ab.

Der Behandlungsaufwand unterscheidet sich deutlich nach der Art der psychischen Erkrankung (G 4.9): Die Diagnose mit der höchsten Pfl egetagerate ist für Frauen wie auch für Männer die Depression mit 135 bzw. 87 Pfl egetagen pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Darauf folgen bei den Frauen mit grossem Abstand Schizophrenien (60 Pfl egetage) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (47 Pfl egetage). Bei den Männern sind dicht hinter Depressionen Schizophrenien (80 Pfl egetage) und Störungen durch Alkohol (31 Pfl egetage) die Diagnosen mit den meisten Pfl egetagen.

**Pfl egetageraten bei psychischen Erkrankungen, nach Geschlecht und Alter, 2002, 2008 und 2014**

**G 4.8**



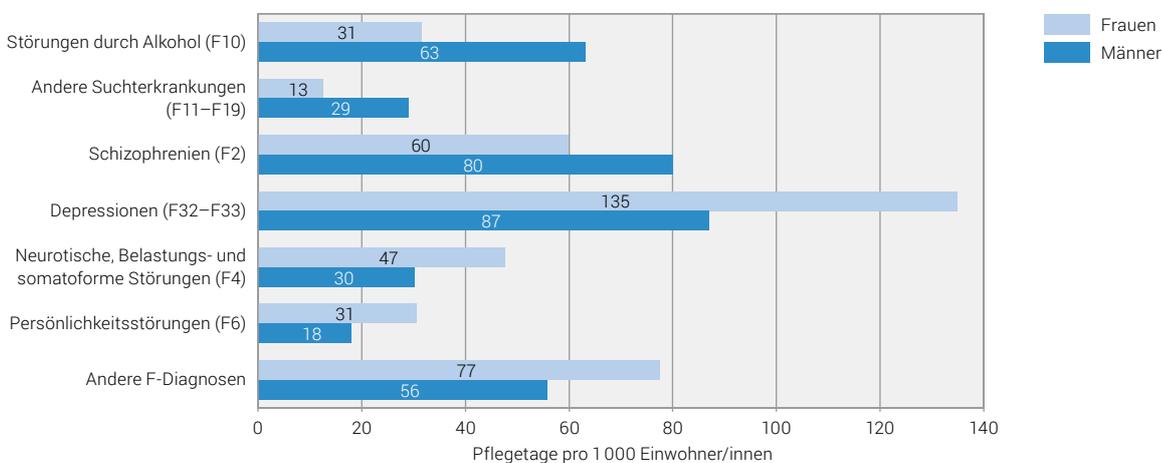
2002: n=68 560, 2008: n=77 560, 2014: n=91 297

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2002, 2008, 2014

© Obsan 2016

**Pfl egetageraten nach psychiatrischen Diagnosen, nach Geschlecht, 2014**

**G 4.9**



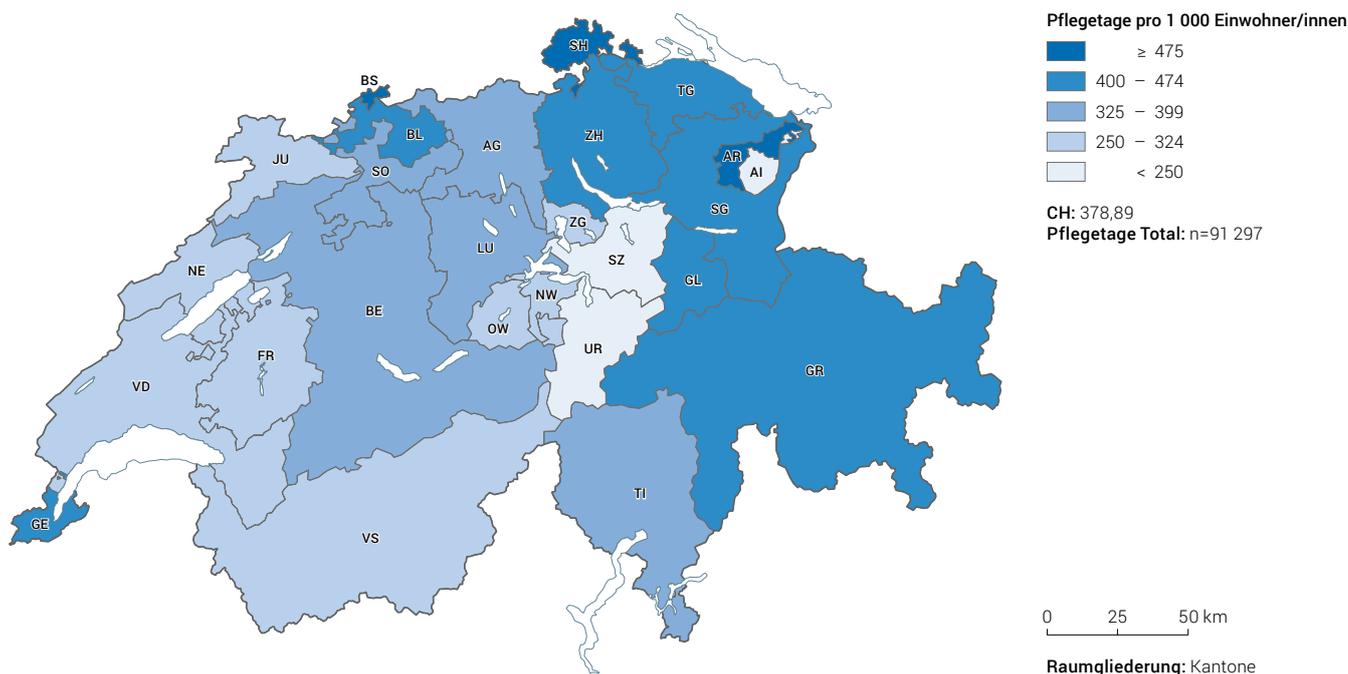
n=91 297

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2014

© Obsan 2016

## Pflegetageraten bei psychischen Erkrankungen nach Wohnkanton, 2014

G 4.10



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2014

© BFS 2016

Es bestehen deutliche Unterschiede in der Zahl der Pflegetage über die Kantone hinweg (G 4.10). Der Kanton Basel-Stadt fällt mit einer vergleichsweise hohen Pflegetagerate von 689 Tage pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Im Gegensatz dazu weist der Kanton Appenzell Innerrhoden mit 211 Pflegetage pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner die niedrigste Rate auf. Bei den Hospitalisationsraten zeigen die Kantone Appenzell Innerrhoden mit 8,2 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner und Basel-Stadt mit 23,7 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner ebenfalls die tiefsten respektive höchsten Werte im kantonalen Vergleich. Auch bezüglich medianer Aufenthaltsdauer ist der Kanton Appenzell Innerrhoden bei den Kantonen mit den tiefsten Werten: Wallis und Genf (je 13 Tage), Glarus und Appenzell Innerrhoden (je 13,5 Tage). Der Kanton Basel-Stadt liegt zusammen mit dem Kanton Jura im unteren Mittelfeld (je 17 Tage). Die längsten Aufenthaltsdauern (Median) finden sich in den Kantonen Graubünden (22 Tage) und Schaffhausen (23 Tage).

Die beachtliche Variationsbreite zwischen den Kantonen bezüglich Hospitalisationsraten sowie Pflegetagen lässt sich kaum mit heterogenen regionalen Prävalenz- oder Inzidenzraten psychischer Erkrankungen begründen. Unterschiede in Behandlungsphilosophien bzw. unterschiedliche Strukturen der psychiatrischen Versorgung mit ungleicher Gewichtung der gemeindeintegrierten Angebote scheinen als Erklärung plausibler zu sein (Brenner et al., 2003). Gemäss Brenner et al. (2003) spielt in der Schweiz auch der geographische Kontext eine wesentliche Rolle: Die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote steht in direktem Zusammenhang mit Anfahrtszeiten, wobei eine Anfahrtszeit von über einer halben Stunde die stationäre Inanspruchnahme um bis zur Hälfte reduziert. Besonders betroffen hiervon sind Kantone, die im Rahmen der Grundversorgung eine ausserkantonale psychiatrische Behandlung

vorsehen. Kuhl und Herdt (2007) betonen in ihrer versorgungs-epidemiologischen Studie die Relevanz der unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen (Alter, Geschlecht, Erwerbslosenquote, Ausbildungsstand, Ausländeranteil) der Kantone. Werden diese in die Berechnung der behandelten Bevölkerungsanteile einbezogen, fallen die kantonalen Differenzen deutlich geringer aus.

#### 4.4 Medikamentenkonsument

Rund 5% der Schweizer Wohnbevölkerung nehmen täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, rund 7% greifen täglich zu Schmerzmitteln. Bei Frauen ist der tägliche Konsum solcher Medikamente weiter verbreitet als bei Männern und auch mit zunehmendem Alter sowie bei erhöhter psychischer Belastung wird er häufiger. Der Geschlechterunterschied zeigt sich auch beim Konsum von Antidepressiva. Ausserdem nehmen über 40% der wegen psychischer Probleme behandelten Personen täglich Antidepressiva ein.

Der Einsatz von Medikamenten ist für die Gesundheit der Bevölkerung von grosser Bedeutung. Medikamente können entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Verlängerung der Lebenserwartung bis ins hohe Alter beitragen. Neben ihrem Nutzen können Medikamente zu unerwünschten Nebenwirkungen führen und ein Risiko von Missbrauch bergen. Ein solcher liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in unnötiger Menge eingenommen wird. Eine längerfristige Einnahme von bestimmten Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen) sowie von opioiden Schmerzmitteln kann zu einer Abhängigkeit

führen. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten aus der SGB erlauben es allerdings nicht, zwischen angemessenem und unangemessenem Medikamentenkonsum zu unterscheiden.

In den sieben Tagen vor der Befragung im Verlauf des Jahres 2012 haben 48,6% der Schweizer Bevölkerung irgendein Medikament eingenommen: 53,2% der Frauen und 43,8% der Männer. Vor zwanzig Jahren (1992) waren dies noch 38,3% gewesen. Neben dem generellen Medikamentenkonsum wird in der SGB auch nach dem Konsum von spezifischen Medikamentengruppen gefragt. Nachfolgend wird näher auf Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und Antidepressiva eingegangen.

### Schlaf- und Beruhigungsmittel

In der Woche vor der Befragung 2012 haben 5,3% der Schweizer Bevölkerung Schlafmittel und 4,3% Beruhigungsmittel eingenommen; diese Prozentanteile haben sich über die letzten Jahre nicht verändert. 4,8% haben Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel

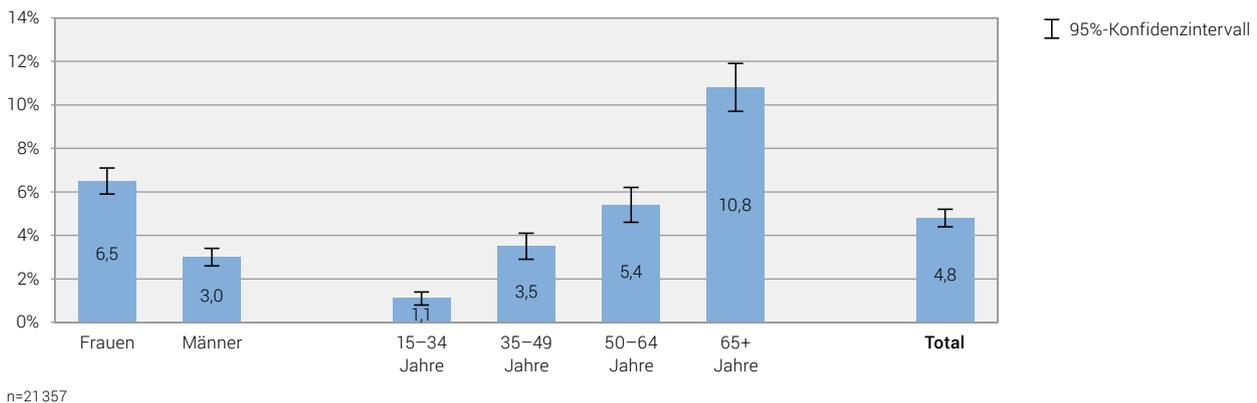
täglich eingenommen (G 4.11); Frauen doppelt so häufig (6,5%) wie Männer (3,0%). Mit zunehmendem Alter wird der tägliche Schlaf- oder Beruhigungsmittelkonsum häufiger: 1,1% der 15- bis 34-Jährigen nehmen täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 10,8%.

### Schmerzmittel

In der Woche vor der Befragung haben 23,4% mindestens einmal ein Schmerzmittel eingenommen. Diese Zahl hat sich in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt (1992: 12,4%). Grafik 4.12 gibt Auskunft über den täglichen Konsum von Schmerzmitteln: 6,7% der Schweizer Bevölkerung greifen täglich zu Schmerzmitteln, auch hier deutlich mehr Frauen (7,8%) als Männer (5,5%). Und wie bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln wird der tägliche Konsum von Schmerzmitteln mit zunehmendem Alter häufiger: von 3,6% bei den 15- bis 34-Jährigen bis 10,7% bei den 65-Jährigen und Älteren.

**Tägliche Einnahme von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln (letzte 7 Tage), nach Geschlecht und Alter, 2012**

**G 4.11**

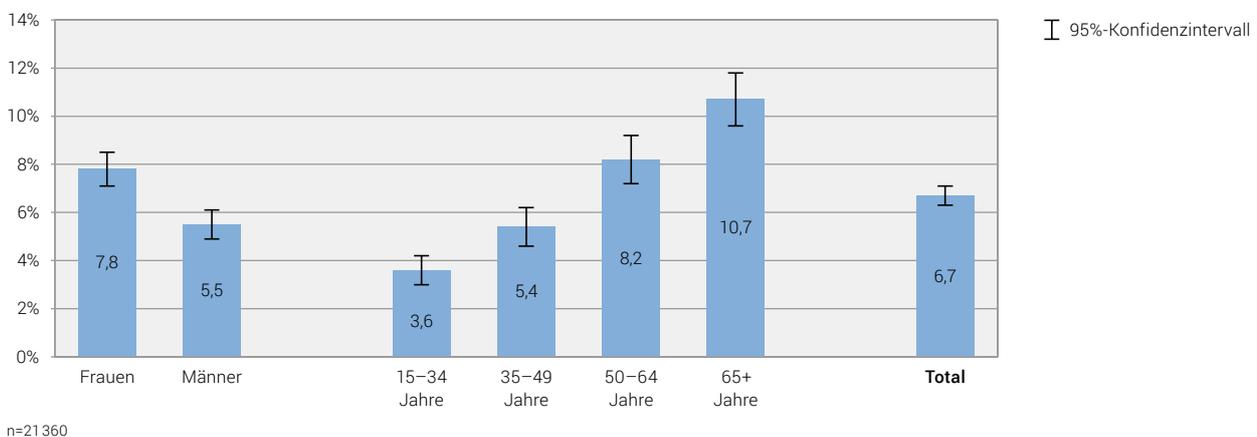


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

**Tägliche Einnahme von Schmerzmitteln (letzte 7 Tage), nach Geschlecht und Alter, 2012**

**G 4.12**

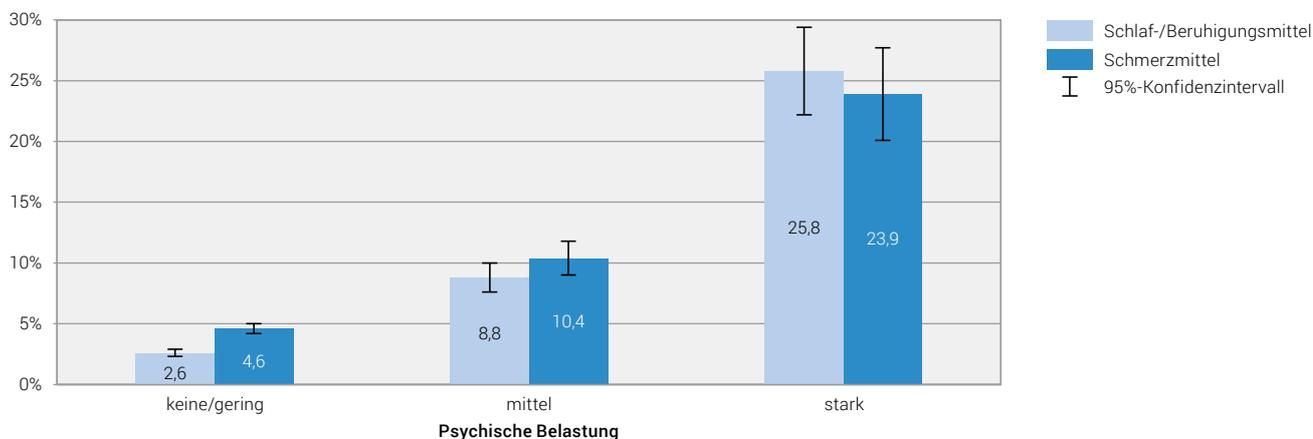


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

## Tägliche Einnahme von Schlaf-/Beruhigungsmitteln und Schmerzmitteln (letzte 7 Tage), nach psychischer Belastung, 2012

G 4.13



Schlaf-/Beruhigungsmittel: n=20 435, Schmerzmittel: n=20 433

Die Frage zur psychischen Belastung bezieht sich auf die 12 Monate vor der Befragung, die Frage zur Medikamenteneinnahme auf die letzten sieben Tage.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Auch mit höherer psychischer Belastung werden häufiger Schmerzmittel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen (G 4.13). 2012 nahmen von der nicht oder nur wenig psychisch belasteten Bevölkerung in der Schweiz 2,6% täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein und 4,6% griffen täglich zu Schmerzmitteln. Bei den psychisch stark Belasteten nahmen 25,8% täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel und 23,9% täglich Schmerzmittel ein.

### Antidepressiva

Im Jahr 2012 gaben 4,1% der Schweizer Bevölkerung an, in der Woche vor der Befragung ein Antidepressivum eingenommen zu haben. Dieser Anteil ist über die letzten Jahre konstant geblieben. 3,7% nehmen täglich Antidepressiva ein (G 4.14): Frauen (4,9%) doppelt so häufig wie Männer (2,4%). Es gilt hier zu berücksichtigen, dass der *tägliche* Konsum von Antidepressiva bei einer Depressionsbehandlung die Regel ist. Die 15- bis 34-Jährigen (1,3%) nehmen weniger häufig Antidepressiva ein als die 35-Jährigen und Älteren (4,1% – 5,3%).

Psychisch stark belastete Personen nehmen zu 23,7% täglich Antidepressiva ein (G 4.15). Ist die psychische Belastung gering oder liegt keine psychische Belastung vor, ist der Antidepressiva-Konsum erwartungsgemäss selten (1,7%). Über 40% der Personen, die im Jahr vor der Befragung wegen eines psychischen Problems in Behandlung gewesen waren, nahmen in der Woche vor der Befragung täglich Antidepressiva ein.

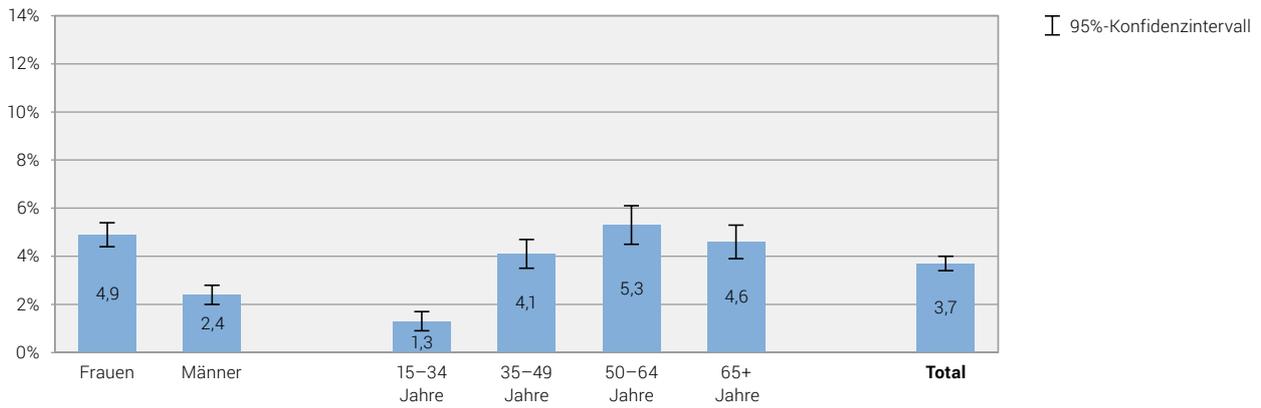
### Weiterführende Information

Suchtmonitoring Schweiz:  
[www.suchtmonitoring.ch](http://www.suchtmonitoring.ch) → Schlaf- und Beruhigungsmittel  
 (Zugriff am 13.04.2016)

BAG Suchtmonitoring:  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Alkohol, Tabak, Drogen,  
 Nationale Strategie Sucht → Suchtmonitoring Schweiz →  
 Suchtmonitoring: Medikamente (Zugriff am 13.04.2016)

**Tägliche Einnahme von Antidepressiva** (letzte 7 Tage), nach Geschlecht und Alter, 2012

**G 4.14**



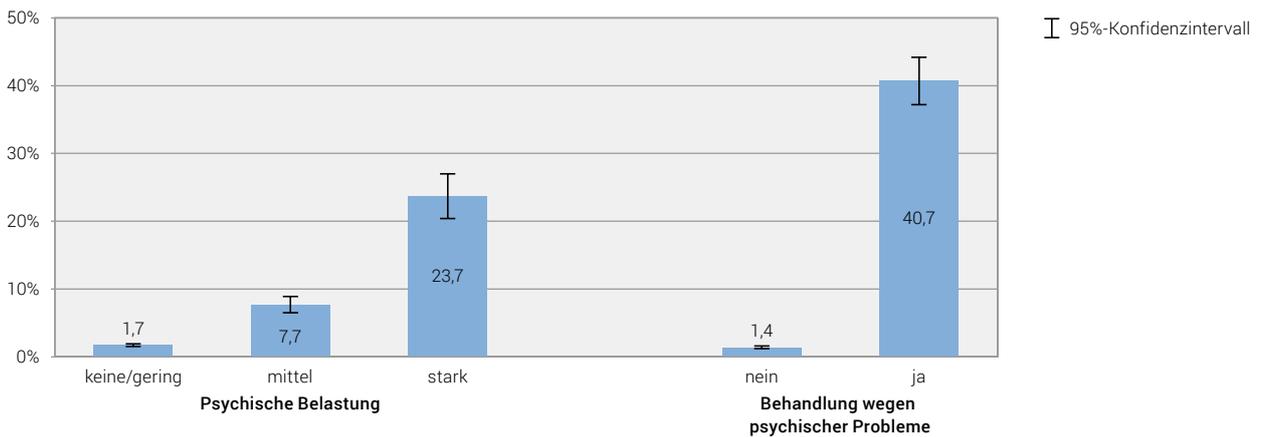
n=21364

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

**Tägliche Einnahme von Antidepressiva** (letzte 7 Tage), nach psychischer Belastung und Behandlung wegen psychischer Probleme, 2012

**G 4.15**



Psychische Belastung: n=20438, Behandlung psychisches Problem: n=20652

Die Fragen zur psychischen Belastung und Behandlung beziehen sich auf die 12 Monate vor der Befragung, die Frage zur Medikamenteneinnahme auf die letzten sieben Tage.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

# 5 Spezifische Themenfelder

Im folgenden Kapitel wird auf vier Themenbereiche näher eingegangen, die im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit von besonderer Relevanz sind. Das erste Unterkapitel (5.1) widmet sich dem Thema psychisch bedingter *IV-Berentungen*. In Unterkapitel 5.2 sind einige Ergebnisse zur *fürsorgerischen Unterbringung* Erkrankter in psychiatrischen Kliniken beschrieben. Das Unterkapitel 5.4 befasst sich mit dem Thema *Suizide*, welche als Folge psychischer Krankheiten auftreten können. Schliesslich behandelt das Unterkapitel 5.3 die *Kostenfolgen* psychischer Erkrankungen in der Schweiz, dies mit Fokussierung auf die bei der OKP anfallenden Kosten.

## 5.1 IV-Renten aufgrund psychischer Störungen

Die Zahl der neu gesprochenen IV-Renten insgesamt in der Schweiz ist seit 2003 rückgängig; dies gilt auch für die Anzahl Neuberentungen aufgrund *psychischer Erkrankungen*. Hingegen nahm der Anteil Neuberentungen aufgrund *psychischer Erkrankungen* bis 2008 kontinuierlich zu und hat sich seither bei etwa 43% stabilisiert. Damit stellen die psychischen Erkrankungen bis heute die häufigste Invaliditätsursache dar, wobei insbesondere 18- bis 45-jährige Personen hiervon betroffen sind.

Unter Invalidität wird «die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit»<sup>24</sup> verstanden. Erwerbsunfähigkeit bezieht sich gemäss Sozialversicherungsrecht nicht nur auf Erwerbsarbeit, sondern auf den bisherigen Aufgabenbereich einer Person im weiteren Sinne. Somit sind darin Tätigkeiten im Haushalt, Kinderbetreuung, Ausbildung etc. eingeschlossen. Eine Invalidenrente wird dann zugesprochen, wenn eine (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben als nicht möglich angesehen wird. Der Grundsatz der Eingliederung geht somit einer IV-Rentenzahlung klar vor (vgl. BSV, 2011b).

Anspruch auf eine IV-Rente in der Schweiz haben Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die während eines Jahres ohne wesentliche Unterbrüche durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind. Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40% besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente. Nach Erreichen des Pensionsalters (64 Jahre für Frauen; 65 Jahre für Männer) wird die IV-Rente in eine AHV-Rente umgewandelt. Die Leistungen

der IV umfassen neben den Renten auch Eingliederungsmassnahmen<sup>25</sup> und Hilflosenentschädigungen<sup>26</sup>, die beide im Rahmen dieses Kapitels nicht behandelt werden.

Entsprechend den Daten der IV-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) haben im Jahr 2015 223 161 Personen eine IV-Rente bezogen. Davon waren 118 843 Männer (53,3%) und 104 318 Frauen (46,7%). Ein Blick auf die letzten 15 Jahre zeigt, dass die Anzahl der IV-Bezügerinnen und -Bezüger (Bestand) seit 2006 kontinuierlich abnimmt, nachdem zwischen 2000 bis 2005 (und schon davor) noch eine relativ starke Zunahme zu verzeichnen gewesen war.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Zahlen der Neuberentungen wider: Darunter sind IV-Renten zu verstehen, die in einem bestimmten Jahr neu gesprochen werden. Die Anzahl der neu zugesprochenen IV-Renten hat ab 2003 deutlich abgenommen – mit einer zusätzlichen Reduktion im Jahr 2006 und einer anschliessenden Stabilisierung ab 2007 auf einem deutlich tieferen Niveau als Ende der 90er-Jahre (G 5.1): Waren im Jahr 2000 noch 23 546 Neurentenbezügerinnen und bezüger erfasst, sind es 2015 noch 13 990 Fälle – das sind 41% weniger Neuberentungen.

Dieser Rückgang der Anzahl der Neurenten lässt sich vermutlich insbesondere auf die vierte und fünfte Gesetzesrevision der IV von 2004 und 2008 zurückführen (BSV, 2010, 2011a; Modetta, 2009). So wurden mit der vierten Revision so genannte «Regionale Ärztliche Dienste» (RAD) geschaffen. Diese haben den Auftrag, die Anspruchsberechtigungen für den IV-Rentenbezug nach national einheitlichen Kriterien zu beurteilen, diese Beurteilungen einheitlich zu dokumentieren und eine zentrale Koordination zu schaffen. Ein Ziel der damit verbundenen Qualitätsverbesserung war auch ein Beitrag zur Senkung der Rentenausgaben, u. a. durch das vermehrte Aufdecken von Missbräuchen und die Verkürzung der Verfahrensdauern. Die fünfte IVG-Revision, die unter dem Leitsatz «Eingliederung vor Rente» stand, fokussierte mehr auf Eingliederungsmassnahmen wie die Früherfassung sowie auf Frühinterventionen zur Vorbeugung von Invalidität.

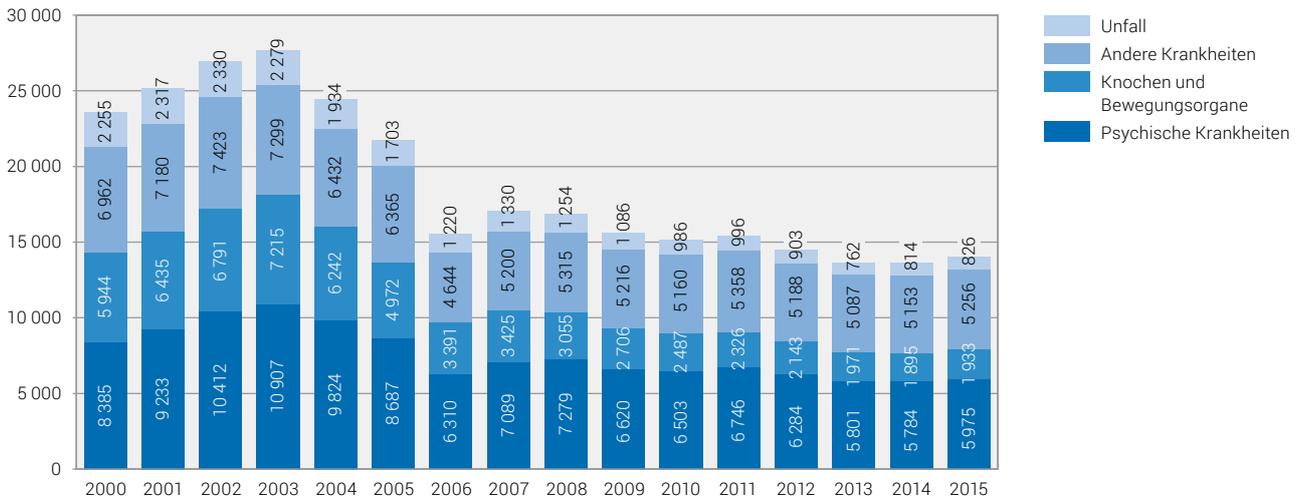
<sup>25</sup> Massnahmen zur dauernden und wesentlichen Verbesserung der Erwerbstätigkeit: Damit behinderte Personen weiterhin erwerbstätig oder in ihrem bisherigen Arbeitsbereich tätig bleiben können, können sie von der IV mit verschiedenen Eingliederungsmassnahmen wie medizinische Massnahmen, Integrationsmassnahmen, berufliche Massnahmen, Hilfsmittel, Taggelder und Reisekostenvergütung als zusätzliche Leistungen unterstützt werden (vgl. [www.ahv-iv.ch](http://www.ahv-iv.ch)).

<sup>26</sup> Die Hilflosenentschädigung der IV soll Menschen mit einer Behinderung eine unabhängige Lebensführung ermöglichen. Sie deckt die Kosten von versicherten Personen, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung für alltägliche Lebensverrichtungen bzw. um soziale Kontakte zu pflegen, die Hilfe Dritter benötigen oder auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind (vgl. [www.ahv-iv.ch](http://www.ahv-iv.ch)).

<sup>24</sup> [www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/00737/index.html?lang=de](http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/00737/index.html?lang=de) (Zugriff am 31.07.15) [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Invalidenversicherung IV → Grundlagen → Leistungen der Invalidenversicherung

### Anzahl Neurentenbezüger/innen, nach Invaliditätsursache, 2000–2015

G 5.1

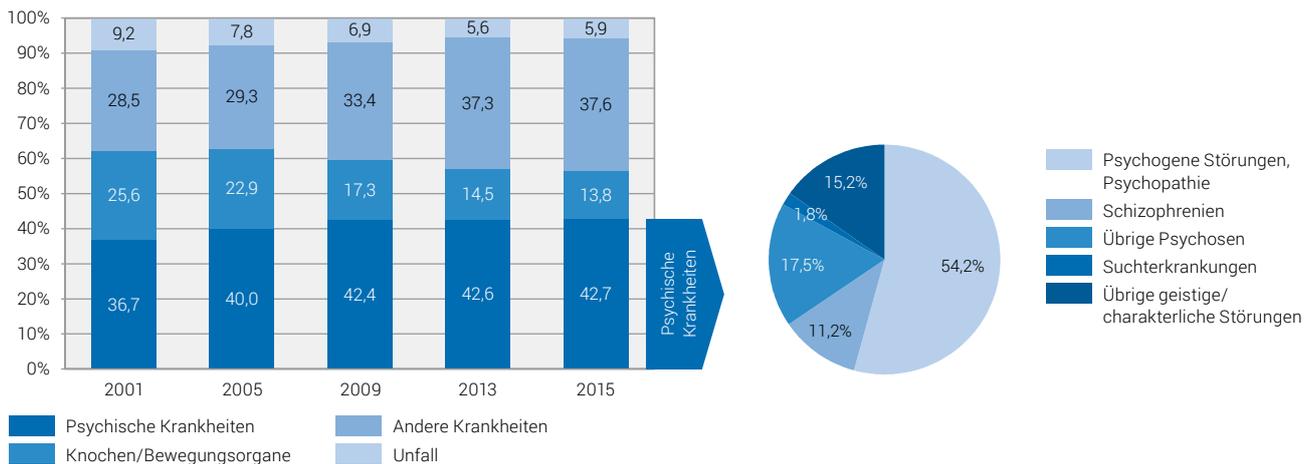


Quelle: BSV – IV-Statistik 2000–2015

© Obsan 2016

### Anteil Neuberentungen, nach Invaliditätsursache, 2001–2015

G 5.2



2001: n=25 165, 2005: n=21 727, 2009: n=15 628, 2013: n=13 621, 2015: n=13 990

Quelle: BSV – IV-Statistik 2001, 2005, 2009, 2013, 2015

© Obsan 2016

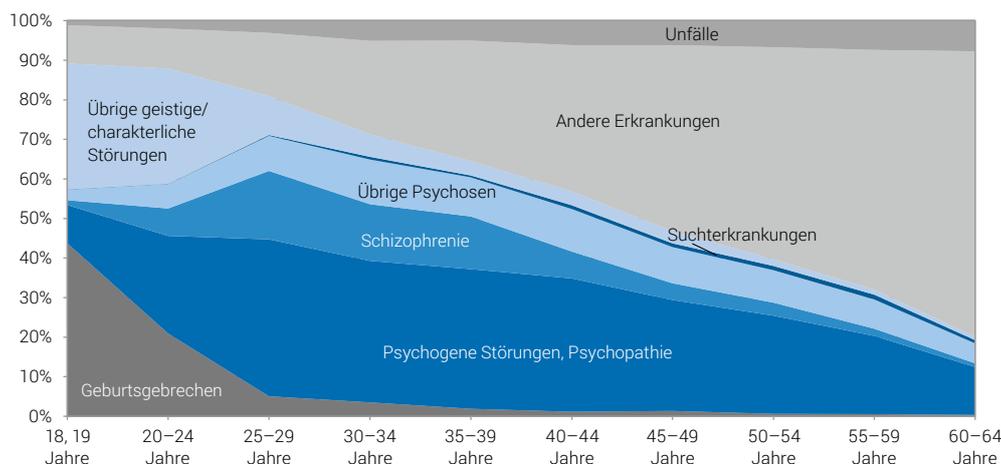
Anfang 2012 schliesslich trat das erste Massnahmenpaket der sechsten Revision, die IV-Revision 6a in Kraft. Diese setzt auf weitere Massnahmen zur Verstärkung der Wiedereingliederung und auf vermehrte Arbeitsanreize auf Seite der IV-Rentnerinnen und IV-Rentner sowie auf der Arbeitgeberseite. Hingegen lehnte der Nationalrat 2013 das Massnahmenpaket 6b ab. Dieses hätte u. a. beabsichtigt, die Eingliederung und den Verbleib im Arbeitsleben noch weiter zu stärken sowie ein stufenloses Rentensystem einzuführen. Eine neue Reformvorlage ist bereits geplant, in deren Zentrum Kinder und Jugendliche sowie psychisch Kranke stehen werden. Bei diesen Bevölkerungsgruppen werden die letzten drei IV-Revisionen als weniger erfolgreich bewertet als erwartet. Auch der OECD Länderbericht zu psychischer Gesundheit und Beschäftigung empfiehlt Massnahmen mit Fokus auf diese Personengruppen (OECD & BSV, 2014).

Grafik 5.2 zeigt auf, dass psychische Krankheiten die häufigste Invaliditätsursache in der Schweiz darstellen. Obwohl die absolute Zahl der Neurenten aufgrund psychischer Krankheit abgenommen hat, ist der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit seit 2008 bei rund 43% stabil geblieben. Bei den Frauen liegt der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit im Jahr 2015 bei 47,7%, bei den Männern sind es 38,8%. Im Vergleich zu den Frauen spielen bei den Männern Unfälle und andere Krankheiten eine grössere Rolle.

Im Jahr 2015 ging gut die Hälfte (54,2%) der psychisch bedingten Neurenten auf «psychogene Störungen und Psychopathie» (in erster Linie Persönlichkeitsstörungen) zurück (G 5.2, Kreisdiagramm). Schizophrenien machten 11,2% und «übrige Psychosen» 17,5% aller psychisch bedingten Neuberentungen aus. Neurenten aufgrund psychogener Störungen und Psychopathien

## Anteil Neuberentungen, nach Alter und Invaliditätsursache, 2015

G 5.3



n=13990

Quelle: BSV – IV-Statistik 2015

© Obsan 2016

wurden häufiger bei Frauen (Frauen: 60,0% vs. Männer: 48,5%), solche aufgrund von Schizophrenien dagegen häufiger bei Männern (Männer: 14,0% vs. Frauen: 8,3%) gesprochen.

In Grafik 5.3 ist der Anteil Neuberentungen 2015 in der Schweiz nach Alter und Invaliditätsursache dargestellt. Bereits bei der jüngsten Altersgruppe (18- und 19-Jährige) sind psychische Erkrankungen mit 45,5% die häufigste Ursache für eine IV-Berentung (gefolgt von Geburtsgebrechen mit 43,7%). Der Anteil Neurenten aufgrund von Geburtsgebrechen nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich ab, während der Anteil der psychisch bedingten Renten zunimmt. Am höchsten ist der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheiten mit über 75% bei den 25- bis 29-Jährigen. Erst bei den Personen ab etwa 45 Jahren sind wieder mehrheitlich andere Krankheiten – insbesondere Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane sowie Erkrankungen des Nervensystems – die Ursache für IV-Neuberentungen in der Schweiz.

Im Rahmen der vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) lancierten, mehrjährigen Forschungsprogramme zu Invalidität und Behinderung in der Schweiz und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (FoP-IV und FoP2-IV) laufen seit 2006 verschiedene Studien zu IV-relevanten Schwerpunktthemen.<sup>27</sup> Der Synthesebericht des ersten Forschungsprogramms FoP-IV 2006–2009 (BSV, 2010) fasst die wichtigsten Erkenntnisse von 20 Forschungsberichten zusammen. Er ortet die Gründe für das Wachstum der Neuberentungen in den 1990er Jahren bis gegen 2005 hauptsächlich bei einer ungenügenden Systematisierung der Abklärungsverfahren bei psychisch und schmerzbedingten Erkrankungen sowie bei einer mangelnden Ausrichtung der IV auf berufliche Wiedereingliederung («Eingliederung vor Rente»).

<sup>27</sup> [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Invalidenversicherung IV → Forschung → Forschungsprogramm IV (FoP-IV) (Zugriff am 11.08.2015)

Das zweite Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP2-IV 2010–2015) legte den Schwerpunkt auf die Evaluation der Effektivität der im Rahmen der vierten und fünften IVG-Revision umgesetzten Massnahmen. Dabei wurden Forschungsarbeiten im Bereich des Abklärungsverfahrens, der beruflichen Eingliederung, der psychischen Erkrankungen, der finanziellen Leistungen und der Schnittstellen zwischen IV und anderen Akteuren durchgeführt. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Arbeiten wurden vom BSV in einem Synthesebericht zusammengefasst und veröffentlicht<sup>28</sup>. Die Erkenntnisse aus beiden Programmen fliessen fortlaufend in die IV-Revisionen ein.

Zur konkreten Frage der IV-Berentungen *aus psychischen Gründen* gibt es im Rahmen der Forschungsprogramme FoP-IV und FoP2-IV mehrere Untersuchungen. Eine Studie von (2009) untersuchte IV-Berentungen aufgrund *psychogener und milieureaktiver Störungen*, die als Invaliditätsursache zwischen 1986 und 2006 um das Neunfache zugenommen haben. Bei der Analyse von rund 1000 individuellen IV-Dossiers zeigte sich, dass es sich bei den die IV-Berentung auslösenden Erkrankungen hauptsächlich um Persönlichkeitsstörungen, wiederkehrende depressive Erkrankungen sowie somatoforme Schmerzstörungen handelte. Die Studie zeigte weiter, dass rund die Hälfte der IV-Rentnerinnen und -Rentner mit psychogenen Störungen schwere Belastungen während der Kindheit/Jugendzeit (z. B. Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch in der Kindheit, schwere psychische oder körperliche Erkrankungen der Eltern, Heimaufenthalte, etc.) erfahren hatten.

Eine weitere Studie im Bereich der *Erwerbsarbeit* zeigte auf, dass psychische Erkrankungen häufig nicht oder erst spät als solche von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen in den Betrieben wahrgenommen werden (Baer & Fasel, 2011). Ausserdem folgerte sie, dass Vorgesetzte in der Regel kaum in der Lage waren bzw. sind, derartige Problemsituationen wirksam

<sup>28</sup> [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Praxis → Forschung → Forschungspublikationen (Zugriff am 09.09.2016)

anzugehen. Negative Auswirkungen hat auch die Tatsache, dass professionelle Unterstützung (z. B. durch Ärztinnen/Ärzte der Betroffenen, spezialisierte externe Beratungsstellen oder die IV-Stellen selber) selten oder zu spät in Anspruch genommen wurde bzw. wird: In der Folge endeten bzw. enden derartige Problemsituationen meist in einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Gemäss Untersuchung hat die zunehmende Ausgliederung psychisch belasteter Personen aus dem Arbeitsleben also auch stark mit der Überforderung der Arbeitgebenden in diesen Situationen zu tun.

Ein weiteres Projekt mit Fokus auf die psychischen Erkrankungen widmete sich besonders den *jungen Personen*, die aufgrund psychischer Probleme eine IV-Rente erhalten (Baer et al., 2015). Denn während die entsprechenden Neurenten bei den höheren Altersgruppen zurückgegangen sind, ist dies bei den unter 25-Jährigen kaum der Fall gewesen. Aus der Aktenanalyse folgern die Autorinnen und Autoren, dass teilweise sehr rasch, aufgrund zuweilen unklarer ärztlicher Information und ohne Ausschöpfung der IV-Eingliederungsmassnahmen sowie der ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten berentet wurde. Die Empfehlungen beinhalten u. a. die Ausweitung von beruflichen und rehabilitativen Massnahmen (häufiger und wiederholt verfügbar), die stärkere Gewichtung der IV-Arztberichte und die verbesserte und systematische Kooperation zwischen IV-Stellen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten einerseits sowie Schulen, Lehrbetrieben und tertiären Bildungseinrichtungen andererseits. Ausserdem schlagen die Autorinnen und Autoren vor, die Abklärungspraxis sowie die Vergabe von Eingliederungsmassnahmen hinsichtlich gewisser Diagnosegruppen zu überdenken. Beispielsweise sollte Schizophrenie nicht voreilig als irreversibel eingestuft und betroffenen Personen nicht vor-schnell eine IV-Rente zugesprochen werden.

## Weiterführende Information

BSV:

[www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Invalidenversicherung IV (Zugriff am 11.08.2015)

BFS, Statistik der IV:

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken finden → 13 – Soziale Sicherheit → Sozialversicherungen → Invalidenversicherung (Zugriff am 11.11.2015)

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

[www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Invalidenversicherung IV → Forschung → Forschungsprogramm IV (FoP-IV) (Zugriff am 11.08.2015)

Länderbericht OECD: Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz:

[www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) → Invalidenversicherung IV → Forschung → Forschungsprogramm IV (FoP-IV) → 2013: → OECD (2013): Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (Zugriff am 11.08.2015)

## 5.2 Fürsorgerische Unterbringung und freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Jahr 2014 gab es schätzungsweise knapp 11 000 Fälle von «Fürsorgerischer Unterbringung» (FU) in psychiatrischen Einrichtungen. Dies entspricht rund 11% aller stationären Fälle mit psychiatrischer Diagnose in der Schweiz. Der FU-Anteil war 2002 mit über 20% wesentlich höher als 2014 und ist im Verlauf der Jahre kontinuierlich gesunken. Verantwortlich für diese Entwicklung zwischen 2002 und 2014 ist einerseits eine Zunahme der Fälle mit psychiatrischer Diagnose insgesamt (+33%) und andererseits ein Rückgang bei den FU-Fällen (–25%). Bei rund 7% aller Psychiatrie-Fälle wurden 2014 «Freiheitsbeschränkende Massnahmen» (z. B. Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen) angewandt. Hochgerechnet entspricht dies ungefähr 6 000 Fällen pro Jahr.

Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB) regelt in Art. 426ff. die so genannte «Fürsorgerische Unterbringung» (FU) von Personen in der Schweiz. Demnach dürfen Personen mit psychischen Störungen oder geistigen Behinderungen oder Personen, die schwer verwahrlost sind, von den kantonalen Erwachsenen- und Kinderschutzbehörden (KESB) – gegen ihren Willen – in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden. Dies soll allerdings nur in jenen Fällen erfolgen, wo die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erbracht werden kann. Bis Ende 2012 wurde in der Schweiz «Fürsorgerische Freiheitsentziehung» (FFE) als Rechtsbegriff verwendet. Bei der Revision des Vormundschaftsrechts zum neuen Erwachsenenschutzrecht per 1. Januar 2013 wurde der Begriff FFE dann durch die Bezeichnung «Fürsorgerische Unterbringung» (FU) abgelöst.

Auch können im Rahmen «Freiheitsbeschränkender Massnahmen» (FM, vgl. ANQ, 2015) psychisch Erkrankte, die freiwillig in eine Institution eingetreten sind, von der ärztlichen Leitung der Einrichtung – erneut gegen ihren Willen – bis zu drei Tage zurückbehalten werden. Dies ist nur in dem Fall zulässig, in welchem eine ernsthafte Selbst- oder Drittgefährdung besteht. Weiter können unter bestimmten Bedingungen auch medizinische Massnahmen (z. B. Zwangsmedikationen, Fixierungen, etc.) – wiederum ohne Zustimmung der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten – von der medizinischen Leitung einer Institution angeordnet werden. Und schliesslich können vom Kanton bzw. der KESB auch Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit einer Person nach ihrer Entlassung aus der Institution verfügt werden.

Die stationäre Psychiatrie in der Schweiz weist also Massnahmen wie die zwangsweise Unterbringung (FU) oder die Freiheitsbeschränkungen (FM; Zurückbehaltungen, Zwangsbehandlungen oder Bewegungsbeschränkungen) auf, welche in der Regel stark auf die persönliche Integrität der hiervon betroffenen Personen zugreifen. Das Gesetz (ZGB) sieht aus diesem Grund auch mehrere Massnahmen vor, die die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Personen schützen und stärken sollen. Zudem soll die Dauer der angeordneten Zwangsmassnahmen im Grundsatz so kurz wie möglich ausfallen. Auf solche «entlastende» Massnahmen wird hier allerdings nicht weiter eingegangen. Vielmehr soll eine statistische Annäherung an die Entwicklung der Massnahmen

FU (früher Fürsorgerischer Freiheitsentzug FFE) sowie FM in der stationären Erwachsenenpsychiatrie der Schweiz präsentiert werden. Gleichzeitig können die bestehenden Datenlücken aufgezeigt und einige Vorschläge zu deren Abbau angebracht werden.

### 5.2.1 Fürsorgerische Unterbringung (FU)

Im Psychiatrie-Zusatzdatensatz<sup>29</sup> der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS wurden bis ins Erhebungsjahr 2015 die beiden, den Eintritt in die Klinik charakterisierenden Variablen<sup>30</sup> «Freiwilligkeit» sowie «Fürsorgerischer Freiheitsentzug» (FFE) erhoben. Auswertungen des Obsan hierzu zeigen allerdings, dass die beiden Variablen wenig konsistent zueinander sind und sich in Kombination kaum interpretieren lassen. Gassmann (2011) weist ebenfalls darauf hin, dass mit einer anderen Spezifikation für Eintritte, wie sie zum Beispiel der Kanton Zürich verwendet<sup>31</sup>, konsistentere Ergebnisse der Statistik für FFE bzw. FU erwartet werden könnten. Hingegen hat sich das BFS (2016a) entschieden, die aufgetretene Inkonsistenz zu beseitigen, indem ab 2016 die Variable «Freiwilligkeit» nicht mehr erhoben wird. Für die Variable FFE dagegen – nun korrekterweise unbenannt in «Fürsorgerische Unterbringung» (FU) mit den Ausprägungen «ohne FU» (1) sowie «mit FU» (2) – wird vom BFS davon ausgegangen, dass vereinfachend alle FU-Fälle als «unfreiwillig» zu betrachten sind.

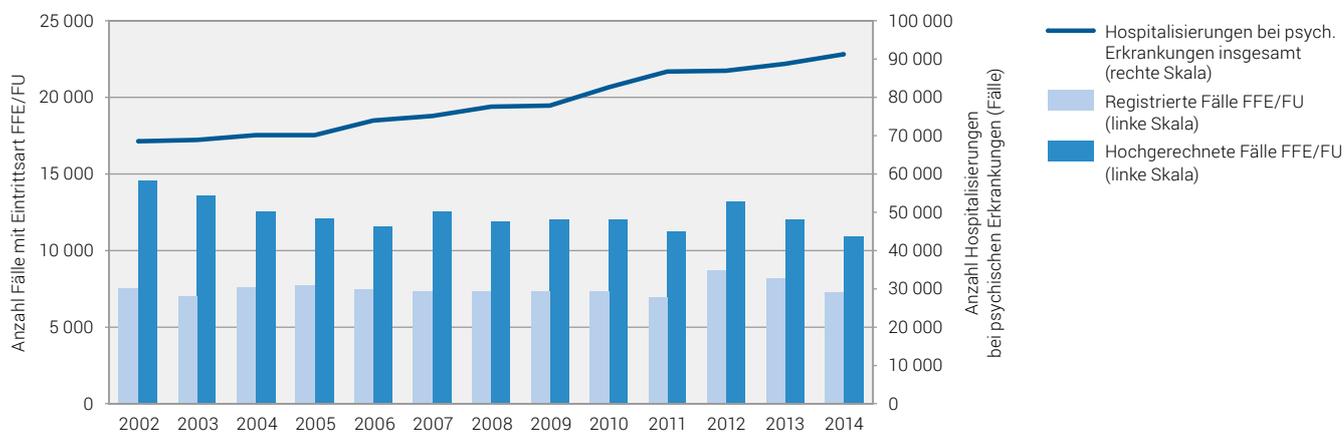
Grafik 5.4 (rechte Skala) zeigt zuerst das Total der Hospitalisierungen bei psychischen Erkrankungen (Fälle<sup>32</sup>) in der Schweiz in den Jahren 2002 bis 2014. Diese haben um rund ein Drittel von rund 68 000 Fällen 2002 auf über 91 000 Fälle im Jahr 2014 zugenommen. Neben dem Bevölkerungswachstum ist diese Zunahme auch eine Folge von Anpassungen in den Behandlungsstrategien der Psychiatrie. Stichworte hierzu sind integrierte und gemeindenahere (ambulante) Konzepte, welche in Richtung flexiblerer Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Betreuung wirken. Zu beobachten sind in der Statistik als Folge eher kürzere Aufenthaltsdauern und eher grössere Fallhäufigkeiten.

Dagegen ist die Anzahl registrierter psychiatrischer Hospitalisierungen mit Eintrittscharakteristik FFE bzw. FU (G 5.4, linke Skala) über den gesamten Zeitraum von 2002 bis 2014 mit rund 7000 bis 8000 Fällen pro Jahr konstant geblieben. Mit der im Verlauf der Jahre unterschiedlich hohen Meldequote an Psychiatrie-Zusatzdatensätzen in der MS (vgl. Fussnote 29) lässt sich eine Hochrechnung anstellen, wie gross die Zahl der Fälle mit FFE bzw. FU gewesen wäre, wenn die Psychiatrie-Zusatzdaten vollständig an das BFS geliefert worden wären. Dabei kommt man auf rund 14 500 Fälle im Jahr 2002 und – bei einer insgesamt rückläufigen Tendenz – auf unter 11 000 Fälle 2014.

Setzt man diese hochgerechneten Fälle mit FFE- bzw. FU-Eintritt ins Verhältnis zu den Psychiatrie-Fällen insgesamt, so resultiert für 2002 ein Anteil von über einem Fünftel (21,3%).

## Anzahl Hospitalisierungen bei psychischen Erkrankungen (Fälle) insgesamt sowie mit Eintritt FFE bzw. FU<sup>1</sup>, 2002–2014

G 5.4



<sup>1</sup> Fürsorgerische Unterbringung (FU): In der Schweiz gültiger Rechtsbegriff ab 1. Januar 2013.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2002–2014

© Obsan 2016

<sup>29</sup> Der Psychiatrie-Zusatzdatensatz ist nicht obligatorisch zu erheben und muss von den Kliniken auch nicht zwingend an das BFS geliefert werden. Deshalb liegen nur für gut die Hälfte (2002) bis gut zwei Drittel (2014) aller Psychiatrie-Fälle in der Schweiz solche Informationen vor.

<sup>30</sup> Freiwilligkeit: 1 = freiwilliger Eintritt; 2 = unfreiwilliger Eintritt; 9 = unbekannt; Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE): 1 = ohne FFE; 2 = mit FFE.

<sup>31</sup> Vgl. PSYREC-KTR-Handbuch, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2007: Variable «Freiwilligkeit»: 1 = freiwilliger Eintritt; 2 = FFE-ärztliche Einweisung; 3 = FFE, vormundschaftliche Einweisung mit ärztlichem Zeugnis; 4 = Massnahmenvollzug; 5 = Haft/U-Haft mit (vorübergehender) Behandlung; 6 = Eltern sind mit der Behandlung einverstanden, Kind jedoch nicht.

<sup>32</sup> Als Fälle gelten hier alle Austritte mit psychiatrischer Hauptdiagnose (Diagnosen der Kategorie F, Kapitel 5, gemäss ICD-10 (WHO, 1994), vgl. 4.3).

Dieser Anteil an FFE bzw. FU-Fällen sinkt dann mehr oder weniger kontinuierlich ab und der Anteil FU-Fälle beträgt im Jahr 2014 noch 11,9%. Diese Zahl liegt etwas tiefer als der entsprechende Wert von 13,3%, der vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ, 2015) berechnet wird. Eine Analyse der kantonalen FU-Daten 2014 (MS) bestätigt den Eindruck, dass die hier hochgerechneten Werte das «wahre Geschehen» noch immer um ein bis zwei Prozentpunkte unterschätzen dürften. Insbesondere die von den Kliniken mit Standort in den Kantonen Freiburg, Genf und Luzern registrierten Fälle von FU-Eintritten scheinen deutlich zu niedrig angegeben.

### 5.2.2 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM)

Der Verein ANQ führt in der Schweiz seit 2012 (zweites Halbjahr) nationale Qualitätsmessungen im Bereich der stationären Psychiatrie durch. Neben der oben bereits erwähnten Fürsorgeischen Unterbringung, werden vom ANQ auch die angewandten «Freiheitsbeschränkenden Massnahmen» (FM) in den Kliniken erfasst. Es handelt sich bei diesen FM um Isolationen, Fixierungen, Zwangsmedikationen sowie bewegungseinschränkende Massnahmen im Stuhl und im Bett. Für diese Massnahmen werden in Tabelle 5.1 das Ausmass der Anwendungen in den beiden (vollständig erfassten) Jahren 2013 und 2014 präsentiert.

Der Anteil der gemeldeten Fälle mit mindestens einer FM am Total aller stationären Psychiatrie-Fälle beträgt gemäss ANQ-Erhebung rund 7% (2013: 6,8%; 2014: 6,9%). Rechnet man diese Anteile auf die Vollerhebung aller stationären Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose für die Erwachsenen gemäss MS hoch, so resultieren für die Schweiz insgesamt pro Jahr etwas über 6000 Fälle mit mindestens einer FM. Weiter erkennt man in Tabelle 5.1, dass es sich bei fast der Hälfte dieser Fälle mit einer FM um die Massnahme «Isolation» handelt.

#### Weiterführende Information

ANQ:  
www.anq.ch → Psychiatrie

## 5.3 Suizid

Im Jahr 2014 haben in der Schweiz 274 Frauen und 754 Männer nicht-assistierten Suizid begangen. Die Rate nicht-assistierter Suizide ist bei den Männern rund drei Mal so hoch wie bei den Frauen und nimmt mit steigendem Alter zu. Bis 2010 war sie rückläufig, seit 2010 liegt sie konstant bei etwa 13 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen den Kantonen bestehen deutliche Unterschiede. Die häufigsten Methoden bei nicht-assistierten Suiziden sind Erhängen, Sturz in die Tiefe und der Gebrauch von Schusswaffen. Es zeigen sich hierbei deutliche Geschlechterunterschiede.

In der Schweiz sterben pro Tag zwei bis drei Menschen durch Suizid. Und täglich werden 20 bis 30 Personen nach einem Suizidversuch medizinisch betreut (BAG, 2016b; Muheim et al., 2013; Steffen et al., 2011). Die Dunkelziffer ist allerdings hoch, denn viele Suizidversuche werden nicht erkannt oder nicht gemeldet und bleiben daher unbehandelt.

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

Suizide oder Suizidversuche sind meist Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren, z. B. psychische Krankheiten wie Depressionen, Persönlichkeits- oder Suchterkrankungen, Vereinsamung, Geldsorgen, existenzielle Sinnkrisen, chronische Schmerzen usw. (BAG, 2016b; Beautrais, 2000). Der wichtigste bekannte Risikofaktor für einen Suizid ist ein früher erfolgter Suizidversuch. Nach einem Suizidversuch ist das

### Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) bei Hospitalisierungen aufgrund psychischer Erkrankungen, 2013/2014

T 5.1

	2013		2014	
	ANQ	MS <sup>1</sup>	ANQ	MS <sup>1</sup>
<b>Anzahl Psychiatrie-Fälle Total</b>	<b>64 648 (100%)</b>	<b>88 784</b>	<b>67 214 (100%)</b>	<b>91 297</b>
Anzahl Psychiatriefälle mit mindestens einer FM	4 395 (6,8%)	6 036	4 643 (6,9%)	6 307
davon Anzahl Fälle mit Isolationen	2 554 (4,0%)	3 508	2 893 (4,3%)	3 930
davon Anzahl Fälle mit Fixierungen	478 (0,7%)	656	505 (0,8%)	686
davon Anzahl Fälle mit Zwangsmedikation	1 232 (1,9%)	1 692	1 476 (2,2%)	2 005
davon Anzahl Fälle mit Bewegungseinschränkungen	506 (0,8%)	695	598 (0,9%)	812

<sup>1</sup> Die Fallzahlen für FM sind auf die Vollerhebung aller stationären Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose gemäss MS hochgerechnet: Total Fälle mit F-Diagnose (MS) \* Anteil Fälle mit FM (ANQ)

Suizidrisiko über Jahrzehnte hinweg massiv erhöht (BAG, 2005). Aus einer Studie zum suizidalen Verhalten in der Agglomeration Bern geht hervor, dass bei 44% der erfassten Suizidversuche bereits früher mindestens ein Suizidversuch unternommen wurde (Steffen et al., 2011). Daher spielt bei der Prävention von Suiziden die konsequente und langfristige Nachbehandlung von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine bedeutende Rolle (BAG, 2016b; Steffen et al., 2011).

Vor einem Suizidversuch treten Suizidgedanken auf. Laut SGB beschäftigt sich rund 1% der Befragten jeden zweiten oder fast jeden Tag mit Suizidgedanken. Am meisten betroffen sind junge Personen: 1,8% der 15- bis 34-Jährigen denkt an mind. jedem zweiten Tag an Suizid; Frauen und Männer gleichermassen.

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

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf der Todesursachenstatistik des BFS. Im Hinblick auf die Thematik der psychischen Gesundheit und psychischer Erkrankungen liegt der Fokus auf nicht-assistierten Suizidfällen, bei welchen eher psychische Ursachen zugrunde liegen (BFS, 2016b). Die Fälle von assistiertem Suizid, welche mehrheitlich aufgrund einer körperlichen Erkrankung erfolgen, werden nur am Rande thematisiert (vgl. Kasten im Kapitel). Detaillierte Information zu assistiertem Suizid findet sich in den entsprechenden Publikationen des BFS (BFS, 2012, 2016b). Die im Kapitel aufgeführten Suizidraten sind altersstandardisiert. Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 verwendet (Eurostat, 2013).<sup>33</sup>

Im Jahr 2014 sind in der Schweiz 1028 Menschen – 274 Frauen und 754 Männer – durch nicht-assistierten Suizid gestorben. Das sind im Durchschnitt fast drei Suizide pro Tag und vier Mal so viele Sterbefälle wie durch Strassenverkehrsunfälle. Zudem ist eher von einer statistischen Unterschätzung der Suizidzahlen auszugehen, da nicht alle Fälle als solche identifiziert werden können. Dies geschieht z. B. bei einem als Verkehrsunfall «getarnten» bzw. interpretierten Suizid.

Es sterben in der Schweiz deutlich mehr Männer als Frauen durch Suizid: 2014 war die Suizidrate der Männer mit 19,4 Suizidfällen pro 100 000 Männer drei Mal so hoch wie bei den Frauen mit 6,4 Fällen pro 100 000 Frauen (Total: 12,4 Fälle pro 100 000 Einwohner/innen). In Grafik 5.5 sind die Schweizer Suizidraten 2014 nach Geschlecht und Alter abgebildet. Man erkennt, dass sich der Geschlechterunterschied in allen Altersgruppen abzeichnet. Auffallend ist ausserdem die Suizidrate bei den 80-jährigen und älteren Männern: Sie fällt mit 66,7 Fällen pro 100 000 Männer im Vergleich zu den Raten der anderen Altersklassen sowie im Vergleich zu den Raten der Frauen ausgesprochen hoch aus.

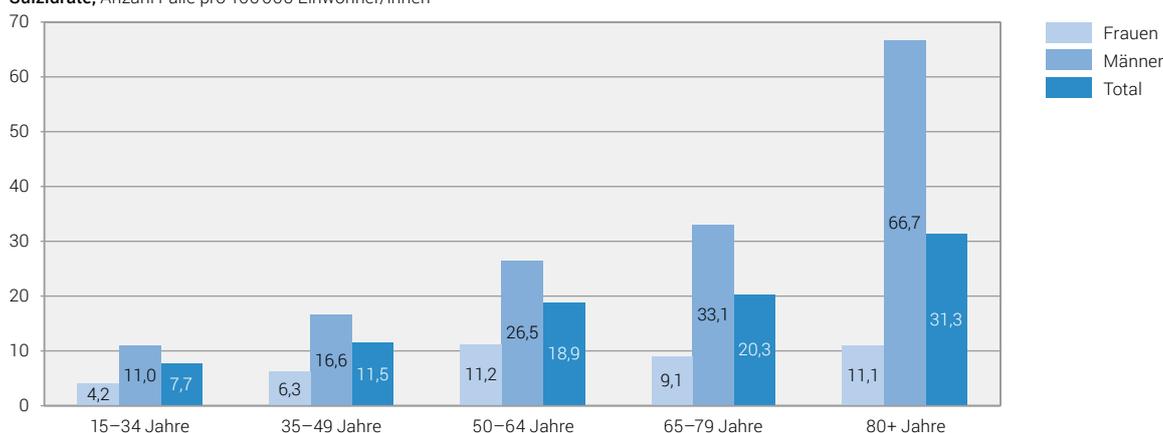
Die hohen Suizidraten im Alter sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass durch Suizid sehr oft Menschen im jungen und mittleren Alter ihr Leben verlieren; dies besonders im Vergleich zu anderen, tödlich verlaufenden Erkrankungen. So geht bei den 15- bis 44-Jährigen fast ein Fünftel aller Todesfälle auf suizidale Handlungen zurück. Suizid ist im jungen Alter (15–44 Jahre) sowie im mittleren Alter (45–64 Jahre) die jeweils dritthäufigste Todesursache in der Schweiz.

In Grafik 5.6 sind die Raten nicht-assistierter Suizide nach Geschlecht sowie im Total für beide Geschlechter von 1998 bis 2014 abgebildet. Vor 1998 ist eine Unterscheidung zwischen nicht-assistierten und assistierten Suiziden nicht möglich, weshalb hier auf die Darstellung früherer Jahre verzichtet wird. Von 1998 bis 2010 war die Rate deutlich rückläufig, was hauptsächlich

## Rate nicht-assistierter Suizide, nach Geschlecht und Alter, 2014

G 5.5

Suizidrate, Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



Frauen: n=274, Männer: n=754

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) 2014

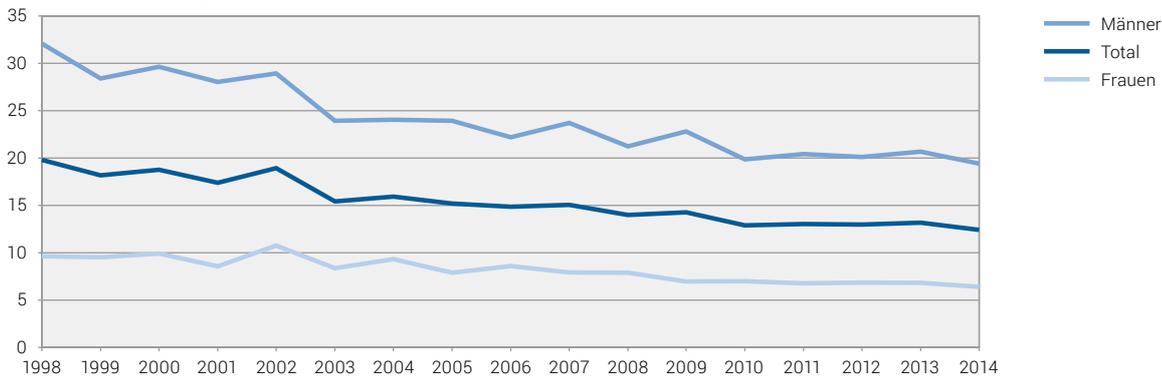
© Obsan 2016

<sup>33</sup> Im letzten Monitoringbericht 2012 wurde zur Standardisierung noch die europäische Standardpopulation 1976 verwendet. Dadurch entstehen gewisse Abweichungen bei den Suizidraten.

**Rate nicht-assistierter Suizide, nach Geschlecht, 1998–2014**

**G 5.6**

Suizidrate, Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



Vor 1998 können Suizide nicht von Sterbehilfefällen unterschieden werden. Die Rate wird daher ab 1998 dargestellt.  
 Standardisierung nach europäischer Standardbevölkerung 2010  
 Frauen: n=274–397, Männer: n=723–989

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) 1998–2014

© Obsan 2016

auf die Abnahme der Rate bei den Männern zurückzuführen ist. Zwischen 2010 und 2013 lag die Rate nicht-assistierter Suizide konstant bei rund 13 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Jahr 2014 ist sie mit 12,4 Fällen pro Einwohnerinnen und Einwohner eher wieder etwas kleiner; es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zu 2013.

Es bestehen deutliche kantonale Unterschiede bezüglich der Raten nicht-assistierter Suizide (G 5.7). Die Kantone Obwalden (8,3 Fälle pro 100 000 Einwohner/innen), Zug (9,5) und Tessin (9,6) weisen die tiefsten Raten, die Kantone Appenzell Ausserrrhoden (16,7), Jura (17,3) und Appenzell Innerrhoden (19,2) die höchsten Raten auf. Berücksichtigt man die teilweise sehr grossen Konfidenzintervalle, liegen lediglich die Kantone Tessin, Zug, Baselland und äusserst knapp Obwalden mit ihren Suizidraten unter dem Schweizer Durchschnitt. Keiner der Kantone liegt

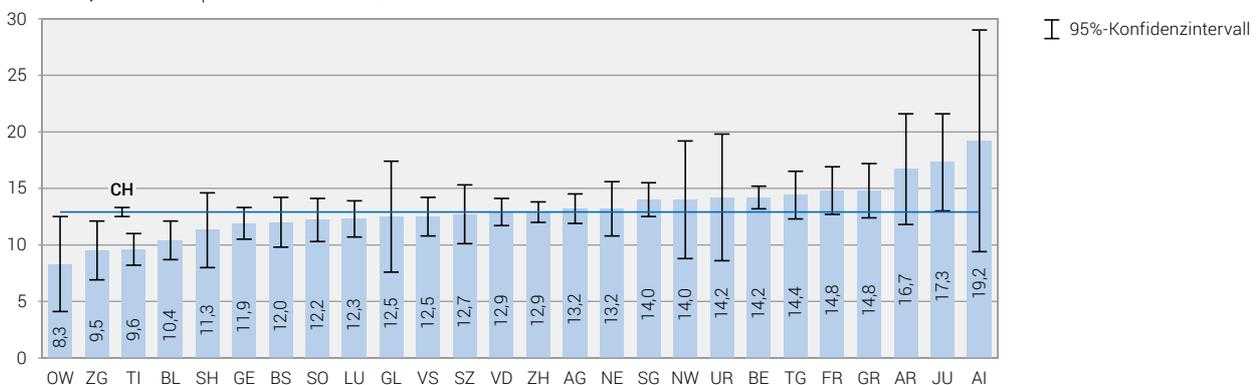
mit seiner Rate signifikant über dem Schweizer Durchschnitt. In den meisten Kantonen zeigt sich in etwa das auf Ebene der Gesamtschweiz schon erwähnte 3:1-Geschlechter-Verhältnis der Suizidraten. Abweichend hiervon liegt in den Kantonen Solothurn, Baselland, Obwalden und Appenzell Ausserrrhoden das Verhältnis bei rund 4:1 oder 5:1. Auffallend ist das Verhältnis von 14:1 im Kanton Nidwalden.

Ein kulturell unterschiedlicher Umgang mit psychischen Problemen oder Krisen – z.B. mit wem darüber gesprochen, wann, wie und wo Hilfe gesucht wird – wird als eine mögliche Erklärung für die kantonalen Unterschiede diskutiert. Belegt ist, dass die Verfügbarkeit von Suizidmethoden eine wichtige Rolle spielt. So finden sich z.B. deutliche kantonale Unterschiede in Bezug auf Suizide durch Sturz in die Tiefe: Untersuchungen zeigen, dass Kantone mit wenigen hohen Brücken (von denen in suicidal

**Rate nicht-assistierter Suizide, nach Kanton, 2010–2014 (Durchschnittswerte)<sup>1</sup>**

**G 5.7**

Suizidrate, Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



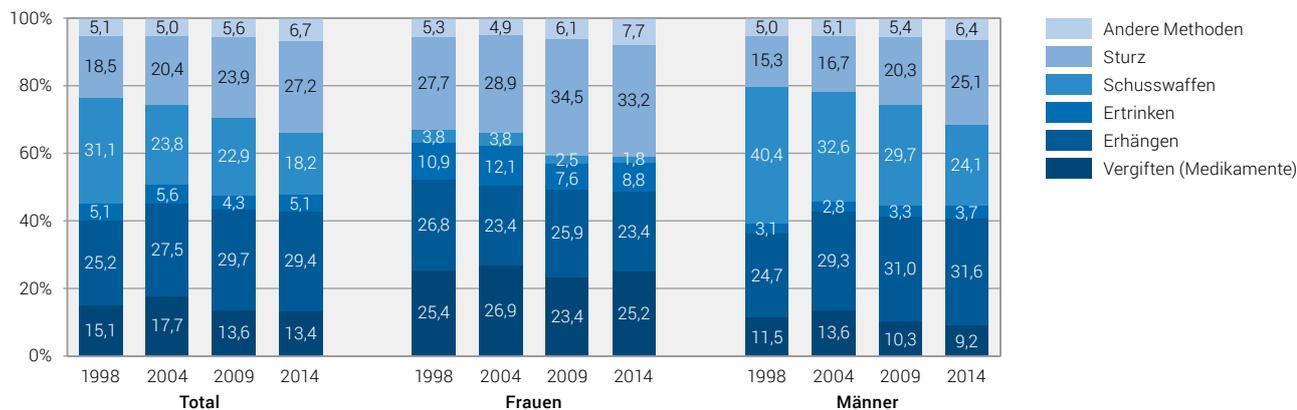
<sup>1</sup> Aufgrund der jährlichen kantonalen Schwankungen der Suizidraten, die besonders bei kleinen Kantonen ins Gewicht fallen, werden hier die durchschnittlichen Werte über fünf Jahre dargestellt.  
 Standardisierung nach europäischer Standardbevölkerung 2010

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) 2010–2014

© Obsan 2016

## Prozentuale Verteilung der nicht-assistierten Suizide entsprechend der Suizidmethode, nach Geschlecht, 1998–2014

G 5.8



Frauen: 1998: n=339, 2004: n=274, 2009: n=278, 2014: n=274;  
Männer: 1998: n=989, 2004: n=754, 2009: n=827, 2014: n=754

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) 1998, 2004, 2009, 2014

© Obsan 2016

Absicht gesprungen werden kann) eine geringere Anzahl von Suizidsprüngen verzeichnen (Reisch et al., 2007). Und: Internationale und nationale Studien belegen, dass eine Erschwerung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden Suizide verhindern kann, da nicht zwangsläufig auf andere Methoden ausgewichen wird (Daigle, 2005; Reisch et al., 2007).

Die Grafik 5.8 zeigt die prozentuale Verteilung nicht-assistierter Suizide entsprechend der Suizidmethode zwischen 1998 und 2014: Die Methoden Sturz in die Tiefe und Erhängen haben relativ an Wichtigkeit zugenommen, während Suizide durch Erschiessen prozentual deutlich zurückgegangen sind. Suizide durch Schusswaffen machten 1998 den grössten Anteil aus; 2014 war es die dritthäufigste Suizidmethode. Die Verteilung der Methoden unterscheidet sich stark zwischen den Geschlechtern. Frauen suizidieren sich am häufigsten durch einen Sturz in die Tiefe (2014: 33,2%), durch Vergiften (25,2%) und durch Erhängen (23,4%). Die Verteilung hat sich in den letzten Jahren nicht verändert. Bei den Männern lässt sich über die beobachteten Jahre ein prozentualer Rückgang der Suizide mittels Schusswaffen (2014: 24,1%) und eine Zunahme der Wichtigkeit von Suiziden durch Erhängen (31,6%) und Sturz in die Tiefe (25,1%) erkennen.

In Grafik 5.9 ist die Suizidrate im europäischen Vergleich dargestellt. Zur Standardisierung dieser Raten aus der *European health for all database* wurde die europäische Standardbevölkerung 1976 verwendet. Daher ergibt sich eine Abweichung der Schweizer Rate aus der Grafik 5.9 (11,3 Suizide pro 100 000 Einwohner/innen) von der Rate nicht-assistierter Suizide (12,4), die zuvor im Kapitel erwähnt und mittels europäischer Standardbevölkerung 2010 errechnet wurde. Im europäischen Vergleich entspricht die Rate der Schweiz (11,3 Suizide pro 100 000 Einwohner/innen) derjenigen der Europäischen Region (11,2). Die Rate der EU liegt etwas tiefer bei 10,0 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Rate der Schweiz ist kleiner als diejenige der Nachbarländer Frankreich (13,3) und Österreich (12,6), aber höher als in Deutschland (9,9) und Italien (5,9). Die mit Abstand höchste aufgeführte Suizidrate findet sich in Litauen (28,3), die tiefste Rate in der Türkei (2,5).

### Weiterführende Information

BAG, Suizid und Suizidversuche:

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Gesundheitspolitik → Psychische Gesundheit → Suizid und Suizidversuche → Daten und Fakten (Zugriff am 01.04.2016)

BAG, Suizidprävention in der Schweiz: Handlungsbedarf und Aktionsplan:

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Themen → Gesundheitspolitik → Psychische Gesundheit → Suizid und Suizidversuche → Suizidprävention in der Schweiz: Handlungsbedarf und Aktionsplan (Zugriff am 01.04.2016)

BFS, Sterblichkeit, Todesursachen:

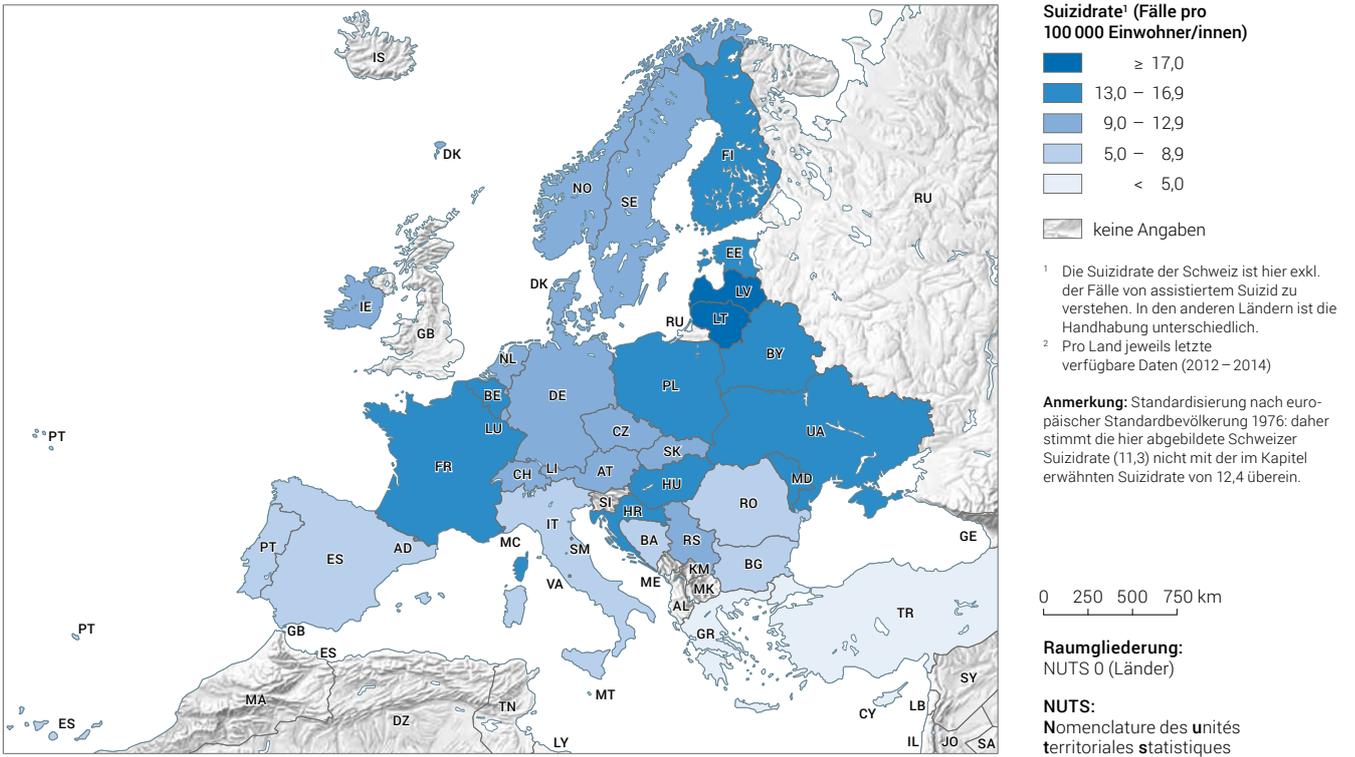
[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Gesundheitszustand → Sterblichkeit, Todesursachen (Zugriff am 01.11.2016)

Ipsilon, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz:

[www.ipsilon.ch](http://www.ipsilon.ch) (Zugriff am 01.04.2016)

Suizidrate<sup>1</sup> im europäischen Vergleich, 2012 – 2014<sup>2</sup>

G 5.9



Quelle: WHO – European health for all database (HFA-DB)

© BFS 2016

### Assistierte Suizide (Sterbehilfe)

Assistierte Suizide erfolgen in erster Linie aufgrund von chronischen körperlichen Erkrankungen wie Krebs, neurodegenerativen Krankheiten und Herz-Kreislaufkrankheiten (BFS, 2012, 2016b). Bei Fällen von assistiertem Suizid muss die oder der Betroffene bei voller Urteilsfähigkeit einen dauerhaften Sterbewunsch äussern. Dagegen sind viele nicht-assistierte Suizide Folge psychischer Erkrankungen oder schwerer psychosozialer Krisen. Der Sterbewunsch ist bei nicht-assistierten Suiziden oft vorübergehend und die Urteilsfähigkeit zum entsprechenden Zeitpunkt beeinträchtigt (BAG, 2016b; Gysin-Maillart & Michel, 2013).

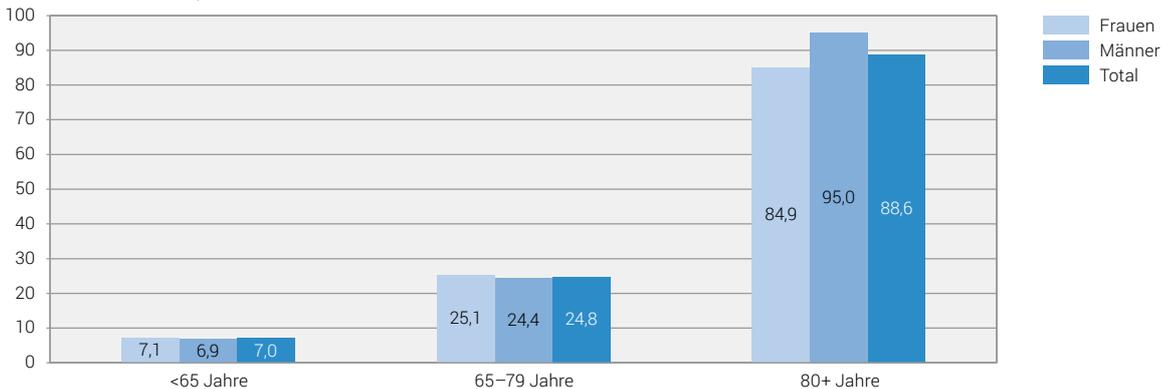
Depressionen und Einsamkeitsgefühle sind sowohl bei assistierten wie auch bei nicht-assistierten Suiziden Risikofaktoren. Bei Suizid besteht generell die Gefahr, dass Depressionen nicht oder zu spät erkannt oder behandelt werden (BAG, 2016b).

Im Jahr 2014 haben in der Schweiz 742 Personen – 422 Frauen und 320 Männer – assistierten Suizid begangen bzw. «Sterbehilfe» in Anspruch genommen. Dies entspricht 2,1% aller Todesfälle. In Raten ausgedrückt, sind das 9,4 Frauen und 10,3 Männer pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Betroffen sind vor allem die 80-Jährigen und Älteren (vgl. Grafik) mit 88,6 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. In der Altersklasse der 65- bis 79-Jährigen liegt die Rate bei 24,8 und unter 65 Jahren bei 7,0 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Von 1998 bis 2014 hat die Rate assistierter Suizide kontinuierlich zugenommen von 0,8 auf 9,6 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (vgl. Grafik). Dies kann in den Anfangsjahren auch mit Problemen bei der Datenerfassung zusammenhängen. Ab 2004 sind entsprechende unklare Fälle selten (BFS, 2016b). Zwischen Frauen und Männern gibt es bei den Raten keine signifikanten Unterschiede.

### Rate assistierter Suizide, nach Geschlecht und Alter, 2014

Suizidrate, Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



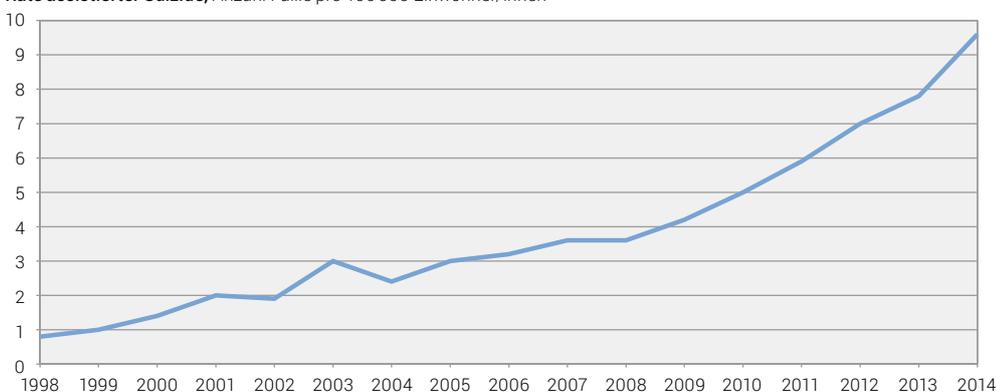
Frauen: n=422; Männer: n=320

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) 2014

© Obsan 2016

### Entwicklung der Rate assistierter Suizide, 1998–2014

Rate assistierter Suizide, Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen



n=43–742

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (TUS) 1998–2014

© Obsan 2016

## 5.4 Kosten psychischer Erkrankungen

Die Entwicklung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP zeigt eine Zunahme der Behandlungskosten in Spitälern und Praxen zwischen 2006 und 2015 (+53%). Dies gilt für den Psychiatrie- sowie für den gesamten OKP-Bereich. Im Psychiatriebereich ist die Kostenzunahme in der ambulanten Spitalpsychiatrie am höchsten (+88%).

Psychische Störungen gehen einerseits mit einschneidenden Belastungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld einher. Andererseits verursachen sie auch hohe soziale und ökonomische Kosten (OECD, 2014). Im Rahmen der europäischen Studie «Cost of disorders of the brain in Europe 2010» wurden die gesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen – auch individuell für die Schweiz – geschätzt (Gustavsson et al., 2011; Maercker et al., 2013).

Gemäss dieser Schätzungen beliefen sich die Kosten psychischer Erkrankungen<sup>34</sup> für das Jahr 2010 in der Schweiz auf 11 Milliarden Franken. Diese Kosten teilten sich auf in:

- direkte medizinische Kosten (37%), die für die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen im «Gesundheitssystem» anfallen
- direkte, aber nicht-medizinische Kosten (13%), wie sie beispielsweise für effektiv (monetär) anfallende Kosten der Sozialdienste oder für immaterielle (nicht-monetär) anfallende Kosten der informellen Hilfe im «Sozialsystem» entstehen
- indirekte Kosten (50%), wie sie zum Beispiel durch die psychischen Erkrankungen ausgelösten Arbeitsausfälle oder frühzeitige Pensionierungen im «Wirtschaftssystem» anfallen.

Gemäss Studie verursachten 2010 affektive Erkrankungen mit 26% und psychotische Erkrankungen mit 23% die grössten Anteile der 11 Milliarden Franken in der Schweiz. Bei beiden Störungsgruppen waren jeweils rund zwei Drittel der Kosten indirekte, also nicht für die Versorgung und Betreuung der Betroffenen anfallende, sondern wegen Produktivitätsausfällen entstehende Kosten. Die höchsten Kosten pro Patientin bzw. Patient in der Schweiz verursachten 2010 psychotische Störungen mit knapp 33 600 Franken und Persönlichkeitsstörungen mit fast 10 800 Franken pro Patientin bzw. Patient. Bei affektiven Störungen schätzen die Autoren die Kosten auf etwa 5 800 Franken pro betroffene Person und Jahr, für Depression auf 5 200 Franken pro Person und Jahr.

Eine Studie von Tomonaga et al. (2013) beziffert die Kosten für Depression im Kanton Zürich auf 37 900 Franken pro Patientin bzw. Patient und Jahr.<sup>35</sup> Dabei entfallen 44% auf direkte und 65% auf indirekte Kosten. Die Studie differenziert die anfallenden Kosten ausserdem nach Schweregrad der Depression. Wie zu erwarten zeigt sich mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung ein nicht unbeträchtlicher Anstieg der Kosten: Bei einer leichten Depression werden die Kosten auf 19 800 Franken geschätzt,

bei einer mittelschweren auf 36 000 Franken und bei einer schweren auf 53 000 Franken. Bei schweren Depressionen sind die direkten und die indirekten Kosten etwa gleich hoch. Bei mittelschweren und leichten Depressionen werden die indirekten, wegen Produktivitätsausfällen entstehenden Kosten wichtiger.

In einer Studie von Wieser et al. (2014) zu den «Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz» fällt auf, dass die psychischen Erkrankungen (10 638 Millionen Franken) nach den muskuloskelettalen Krankheiten (12 194 Millionen Franken) die höchsten indirekten Kosten für die Betroffenen bzw. für die Gesellschaft verursachen.<sup>36</sup> Bei den direkten Kosten stehen die psychischen Erkrankungen mit 4 bis 6,3 Milliarden Franken an dritter Stelle, dies hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (10,3 Milliarden Franken) und den muskuloskelettalen Erkrankungen (8,7 bis 11,4 Milliarden Franken).

Im vorliegenden Kapitel wird aufgrund der Datenlage in der Schweiz nur auf die direkten Kosten durch medizinische Leistungen eingegangen. Die Ergebnisse basieren auf dem Datenpool der SASIS AG und umfassen ausschliesslich Leistungen bzw. die entstehenden Kosten hierfür, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet und deren Rechnungen auch bei den Krankenversicherern eingereicht wurden. Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund von hohen Franchisen), oder Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden, sind in den Auswertungen nicht erfasst (Sturny & Schuler, 2011). Die folgenden Analysen beziehen sich auf die so genannten «Bruttokosten der OKP», womit im Datenpool die Summe der erfassten Nettoleistungen und der erfassten Kostenbeteiligungen der versicherten Personen bezeichnet werden.

Für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich des Schweizer Gesundheitssystems können mit den Daten der SASIS AG die über die OKP abgerechneten Leistungen folgender Leistungserbringer analysiert werden:

- Psychiaterinnen und Psychiater in (privaten) Arztpraxen (unterteilt in Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Erwachsenenpsychiatrie)
- Psychiatrische Kliniken: ambulante und stationäre Leistungen
- Psychiatrische Abteilungen in somatischen Spitälern: ambulante und stationäre Leistungen

Behandlungen durch nicht-ärztliche Psychologinnen bzw. Psychologinnen oder Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sind nur in den Daten enthalten, sofern es sich um so genannte «delegierte Psychotherapien» handelt.<sup>37</sup> Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen, welche durch Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker erfolgen, können als solche im Datenpool nicht identifiziert und untersucht werden.

<sup>34</sup> Substanzabhängigkeit, Angststörungen, Essstörungen, Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotische Störungen, Somatoforme Störungen, Störungen im Kindes- und Jugendalter

<sup>35</sup> Die Daten dazu stammen aus den Jahren 2007 und 2008. Die Umrechnung erfolgte mittels dem Durchschnitt der jährlichen Mittel der Wechselkurse 2007 und 2008.

<sup>36</sup> Diabetes, Chronische Erkrankungen der Atemwege, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Muskuloskelettale Krankheiten, Psychische Störungen, Demenz

<sup>37</sup> Delegierte Psychotherapien sind Behandlungen durch nicht-ärztliche Therapeutinnen bzw. Therapeuten, die durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt mit entsprechenden Fähigkeitsausweisen (FMH für Psychiatrie, Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie oder Besitzstandswahrung) delegiert worden sind. Die entsprechenden Therapeutinnen bzw. Therapeuten müssen bei der Fachärztin bzw. dem Facharzt angestellt sein. Die Abrechnung über die Grundversicherung erfolgt somit über die Fachärztin bzw. den Facharzt.

Der erste Teil des Kapitels weist – nach einem Überblick über die Anzahl der Patientinnen und Patienten – die Kosten pro Patientin bzw. Patient in psychiatrischen Praxen aus. Der zweite Teil des Kapitels geht näher auf die absoluten Volumina der OKP-Kosten des Psychiatriebereichs ein. Dabei werden die ambulanten Praxen sowie der ambulante und stationäre Spitalbereich getrennt betrachtet.

#### 5.4.1 Ambulante Praxen: Anzahl Patientinnen und Patienten, Kosten pro Patientin bzw. Patient

Die Auswertungen zu den ambulanten Arztpraxen ergeben für 2015, dass 2,7% der 16,5 Millionen gesamthaft in der Schweiz behandelten Patientinnen und Patienten<sup>38</sup> durch Psychiaterinnen und Psychiater behandelt wurden (zur Anzahl behandelter Patientinnen bzw. Patienten 2006–2015: vgl. T 4.1, S. 39). Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen in Praxen erfolgten zu 89,6% durch Erwachsenenpsychiaterinnen bzw. -psychiater und zu 10,4% durch Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bzw. -psychiater. Die absolute Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Praxen ist zwischen 2006 und 2015 um 58% gestiegen, und zwar von 282 900 auf 447 455 Patientinnen und Patienten. Dieser Anstieg geht hauptsächlich auf die Erwachsenenpsychiatrie zurück. In der Allgemeinmedizin liegt die Zunahme der Anzahl Patientinnen und Patienten für denselben Zeitraum bei 26%.

Zwar machen Patientinnen und Patienten des Psychiatriebereichs nur 2,7% aller Patientinnen und Patienten in den ambulanten Praxen aus, die Kosten von psychiatrischen Behandlungen sind aber pro Patientin bzw. Patient deutlich höher: Bei psychiatrischen Behandlungen in Praxen beliefen sich die Durchschnittskosten pro Patientin bzw. Patient im Jahr 2015 auf 1 798 Franken, in der allgemeinmedizinischen Praxis waren es zum Vergleich 353 Franken pro Patientin bzw.

Patient.<sup>39</sup> Dieser grosse Unterschied lässt sich u.a. dadurch erklären, dass Behandlungen bei Psychiaterinnen und Psychiatern generell länger dauern als bei Allgemeinpraktizierenden (Sturny & Schuler, 2011). Zwischen 2006 und 2015 sind die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Patientin bzw. Patient im Bereich der ambulanten Praxen gestiegen – im Psychiatriebereich um 5%, in der Allgemeinmedizin sogar um 20%.

#### 5.4.2 OKP-Kosten für Spitäler und Praxen: Total und im Psychiatriebereich

In Tabelle 5.2 sind die OKP-Gesamtkosten der Spitäler und Praxen für die Jahre 2006 bis 2015 für die Schweiz (inkl. Psychiatriebereich) sowie für den Psychiatriebereich separat dargestellt. Die Kostengruppe «Spitalpsychiatrie» schliesst sowohl für den ambulanten wie auch für den stationären Bereich psychiatrische Kliniken, sowie psychiatrische Abteilungen in akutsomatischen Spitälern mit ein. Die OKP-Kosten im Psychiatriebereich (2,0 Mrd. Franken) machen 9,2% der OKP-Gesamtkosten für Spitäler und Praxen in der Schweiz 2015 (21,5 Mrd. Franken) aus. Betrachtet man ausschliesslich den stationären Spitalbereich, so beträgt der Kostenanteil der Psychiatrie 11,4%. Beim ambulanten Spitalbereich beträgt der Anteil der Psychiatrie-Kosten 6,6% und bei den Arztpraxen 9,1%. Die Schweizer Gesamtkosten für Spitäler und Praxen der OKP und die OKP-Kosten im Psychiatriebereich sind zwischen 2006 und 2015 beide um jeweils etwa 50% gestiegen. Im Psychiatriebereich verzeichnet dabei die ambulante Spitalpsychiatrie die deutlichste Kostenzunahme (+88%).

#### Weiterführende Information

BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens:  
www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 – Gesundheit → Kosten, Finanzierung (Zugriff am 21.10.2016)

#### OKP-Kosten im Psychiatriebereich im Vergleich mit den Gesamtkosten (Spitäler und Praxen), 2006–2015 (in Mio. CHF)

T 5.2

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung 06–15 in %
<b>OKP-Kosten Total</b>	<b>14 072</b>	<b>14 793</b>	<b>15 596</b>	<b>16 337</b>	<b>16 811</b>	<b>17 401</b>	<b>18 193</b>	<b>19 960</b>	<b>20 399</b>	<b>21 497</b>	<b>52,8</b>
<b>Spital und ambulante Praxen</b>											
Spital stationär	4 976	5 205	5 301	5 554	5 638	5 732	5 912	6 771	6 720	6 939	39,4
Spital ambulant	2 955	3 191	3 547	3 830	4 107	4 383	4 722	5 116	5 192	5 444	84,3
Ambulante Praxen	6 141	6 397	6 748	6 954	7 066	7 286	7 559	8 072	8 488	9 114	48,4
<b>OKP-Kosten im Psychiatriebereich</b>	<b>1 310</b>	<b>1 321</b>	<b>1 379</b>	<b>1 471</b>	<b>1 540</b>	<b>1 574</b>	<b>1 724</b>	<b>1 859</b>	<b>1 906</b>	<b>1 977</b>	<b>50,9</b>
Spitalpsychiatrie stationär	612	600	609	649	648	649	728	781	780	788	28,6
Spitalpsychiatrie ambulant	191	199	220	245	278	275	311	333	345	359	88,4
Ambulante psychiatrische Praxen	507	522	551	578	613	649	685	745	782	830	63,6

Datenstand: 19.05.2016

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

<sup>38</sup> Als Patientinnen bzw. Patienten gelten jene OKP-Versicherten, die bei einer Leistungserbringerin bzw. einem Leistungserbringer in einem Jahr mindestens einmal OKP-Leistungen bezogen haben. War dieselbe bzw. derselbe Versicherte zwei Mal bei der gleichen Ärztin bzw. beim gleichen Arzt, wird in der Jahresstatistik *eine* Erkrankte bzw. *ein* Erkrankter gezählt. War dieselbe bzw. derselbe Versicherte in einem Jahr bei zwei *verschiedenen* Ärztinnen bzw. Ärzten, werden in dieser Jahresstatistik zwei Erkrankte gezählt.

<sup>39</sup> Es handelt sich hier um OKP-Bruttokosten (OKP-Nettokosten inkl. Kostenbeteiligungen) für die medizinischen *Behandlungen*. Kosten für Medikamente, für Mittel- und Gegenstände, für Analysen und für Physiotherapien, welche in ambulanten Praxen anfallen, sind nicht inbegriffen.

## 6 Synthese

Im Anschluss werden die wesentlichsten zeitlichen Entwicklungen und Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Regionen im Bereich psychische Gesundheit und Krankheit jeweils kapitelübergreifend dargestellt. Darauf folgt ein Fazit mit den wichtigsten Implikationen für Strategie und Planung im Bereich psychische Gesundheit.

### Wie hat sich die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung im Verlauf der Zeit entwickelt?

Ein zeitlicher Vergleich des psychischen Gesundheitszustands der Bevölkerung ist aktuell nur sehr eingeschränkt möglich. Zwar sind für einige der im Bericht thematisierten Bereiche wie Risiko- und Schutzfaktoren sowie Inanspruchnahme durchgängige Zeitreihen vorhanden. Jedoch wurden in der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) gegenüber früheren Befragungen einige neue oder abgeänderte Messinstrumente (z. B. Energie und Vitalität, Depressivität) verwendet, so dass zu diesen Themen ein Vergleich über die Zeit nicht möglich ist.

Gesamthaft lässt sich immerhin festhalten, dass über die letzten Jahre keine grossen Veränderungen der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung festzustellen sind. Während in einigen Teilbereichen zwar negative Entwicklungen zu verzeichnen sind, lassen sich in anderen Aspekten eine Stabilisierung oder sogar eine Verbesserung erkennen.

Die *psychische Belastung* ist zwischen 2007 und 2012 relativ stabil geblieben. Der Anteil der Schweizer Bevölkerung, der sich mittel bis stark psychisch belastet fühlt, ist in der Tendenz von 17,1% auf 18,0% leicht angestiegen. Doch ist dieses Ergebnis statistisch nicht signifikant. Die Einschätzung der *Kontrollüberzeugung* ist ebenfalls über die Jahre hinweg relativ stabil geblieben. Wie in den Jahren 2002 und 2007 ist ein Grossteil der Bevölkerung auch 2012 der Ansicht, ihr Leben mehrheitlich selbstbestimmt gestalten zu können. Knapp 80% geben eine mittlere bis hohe Kontrollüberzeugung an. Hingegen fühlte sich 2012 ein grösserer Anteil der Bevölkerung *einsam*, als dies bei den Befragungen 2007 und 2002 der Fall war: Rund 30% der Bevölkerung gaben 2007 an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen; 2012 waren es gut 36%.

Über die Jahre hat die Inanspruchnahme von Behandlungen bei psychischen Beschwerden zugenommen. 2012 gaben 5,4% der in der SGB befragten Personen an, eine Behandlung aufgrund psychischer Probleme in Anspruch genommen zu haben. Das sind gut 30% mehr als fünfzehn Jahre früher (1997: 4,1%). Zwischen 2007 und 2012 blieb dieser Anteil jedoch stabil. Eine deutlichere Zunahme zeigt die über Abrechnungen der Krankenkassen

ermittelte Anzahl Patientinnen und Patienten, die sich zwischen 2006 und 2015 in ambulanten psychiatrischen Praxen haben behandeln lassen. Diese stieg im Durchschnitt jährlich um 5,2%. Im Vergleich dazu gab es bei allgemeinärztlichen Praxen für den gleichen Zeitraum im Mittel einen jährlichen Zuwachs von 2,6%. Die Zunahme der Inanspruchnahme deckt sich mit der Entwicklung der OKP-Kosten im Psychatriebereich, wo insgesamt – aber insbesondere im ambulanten Bereich – ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist.

Der Medikamentenkonsum nahm ebenfalls zu. Vor zwanzig Jahren (1992) gaben rund 38% der Schweizer Bevölkerung an, in den sieben Tagen vor der SGB-Befragung irgendein Medikament eingenommen zu haben. 2012 lag dieser Anteil bei fast 49%. Während der Konsum von Beruhigungsmitteln und Antidepressiva konstant geblieben ist, wurden Schmerzmittel beinahe doppelt so häufig eingenommen (12,4% vs. 23,4%).

Bei anderen Indikatoren sind hingegen positive Entwicklungen zu verzeichnen. Seit 2008 hat sich der Anteil neu gesprochener IV-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen stabil bei rund 43% gehalten. In den Jahren zuvor war dieser Anteil von einem höheren Niveau gesunken. Trotzdem bleiben psychische Erkrankungen die Hauptursache für IV-Neurenten bei den 18- bis 44-Jährigen.

Auch bei den nicht-assistierten Suiziden zeigt sich ein Rückgang mit anschliessender Stabilisierung. Bis 2010 war die Rate rückläufig und seither liegt sie konstant bei etwa 13 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Anzumerken ist, dass die Rate der assistierten Suizide (Sterbehilfe) zwischen 1998 und 2014 kontinuierlich zugenommen hat; nämlich von 0,8 auf 9,6 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Ein Qualitätszeichen für die psychiatrische Versorgung ist die Abnahme der Eintritte mit Fürsorgerischer Unterbringung (FU) in psychiatrische Kliniken: Der Anteil ist zwischen 2002 und 2014 von 20% auf 11% gesunken. Das entspricht einem Rückgang der FU-Fälle um 25%.

Im Bereich der stationären Versorgung sind weitere positive bewertende Entwicklungen feststellbar: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten ist relativ stabil geblieben (leichte Zunahme von 2002 bis 2014 von 8,1 auf 9,1 Patienten/innen pro 1 000 Einwohner/innen), die durchschnittliche Hospitalisationsdauer hat abgenommen und zunehmende Wiedereintritte werden als Verbesserungen in der Integration der Behandlungskette interpretiert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der psychische Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung im Verlauf der letzten Jahre mehrheitlich stabil geblieben ist. Auffallend ist jedoch die allgemeine Zunahme bei der Inanspruchnahme.

Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass die Anzahl Personen, die sich aufgrund von psychischen Beschwerden behandeln liessen, über die Jahre stetig zugenommen hat. Dieser Anstieg bei der Inanspruchnahme darf nicht per se als Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung interpretiert werden. Epidemiologische Langzeitstudien aus anderen europäischen Ländern konnten nämlich keine bedeutsame Zunahme der psychischen Störungen feststellen (vgl. Kapitel 1.2.2). Eine mögliche Erklärung für den Anstieg bei der Inanspruchnahme ist das zunehmende Wissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung und bei Fachpersonen, das einer gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz, mit einer besseren Erkennung von psychischen Störungen und mit einer grösseren Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen einhergeht. Es scheint also, dass bei gleichbleibender Prävalenz psychische Störungen heute in der Gesellschaft häufiger erkannt bzw. seltener übersehen werden.

### Frauen weisen eine schlechtere psychische Gesundheit auf als Männer

Vergleichbar mit dem früheren Monitoringbericht (Schuler & Burla, 2012) finden sich auch aktuell deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Sinne einer meist ungünstigeren Position der Frauen. So berichten Frauen häufiger als Männer von eingeschränkter *psychischer Gesundheit* sowie von *weniger Schutz- und mehr Risikofaktoren*: Sie sind seltener voller Energie und Vitalität, sind häufiger von psychischer Belastung sowie Depressionssymptomen betroffen, konsumieren häufiger Schlaf-, Beruhigungsmittel und Antidepressiva, haben eine tiefere Kontrollüberzeugung und fühlen sich öfter einsam. Hingegen erfahren Frauen und Männer ungefähr gleich viel soziale Unterstützung durch ihr Umfeld.

Der Geschlechterunterschied besteht ebenfalls unverändert bei der *Inanspruchnahme* von therapeutischen Leistungen. So lassen sich Frauen häufiger wegen psychischer Probleme behandeln, und sie sind häufiger und länger als Männer aufgrund psychiatrischer Störungen in Spitälern und Kliniken hospitalisiert. Ihre häufigsten Diagnosen sind Depressionen, dann folgen mit Abstand neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Psychosen sowie Störungen durch Alkohol. Männer werden am häufigsten wegen Störungen durch Alkohol, Depressionen und Psychosen sowie neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen stationär behandelt.

Auch bei Invalidität aufgrund von psychischen Erkrankungen haben Frauen ein höheres Risiko als Männer. Obwohl absolut gesehen jährlich ungefähr gleich viele Frauen wie Männer eine IV-Neurente aufgrund einer psychischen Krankheit erhalten, sind psychische Erkrankungen bei Frauen relativ gesehen weitaus häufiger Ursache für eine IV-Neurente als bei Männern (48% vs. 39%).

Umgekehrt ist das Bild bei den nicht-assistierten Suiziden. Die Suizidrate ist bei den Männern rund drei Mal höher als bei den Frauen. Allerdings sind Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Rate assistierter Suizide wiederum ist bei Frauen und Männern ungefähr gleich hoch.

### Behandlungen aufgrund psychischer Probleme am häufigsten im mittleren Erwerbsalter

Die Ergebnisse nach Alter zeigen insgesamt eine erhöhte Inanspruchnahme aufgrund psychischer Beschwerden von Personen im mittleren Erwerbsalter. Daneben deuten sie auch auf einen besseren psychischen Gesundheitszustand älterer Personen hin. Allerdings muss bei der Interpretation der im Folgenden beschriebenen Befunde beachtet werden, dass der psychische Gesundheitszustand von älteren Personen vermutlich als zu positiv eingeschätzt wird. Die Hauptdatenquelle SGB ist eine telefonische und schriftliche Befragung von Personen in Privathaushalten. Somit gehören Personen, die in Institutionen wohnhaft sind – z.B. in Alters- und Pflegeheimen oder Wohnheimen – nicht zur Stichprobe. Im Weiteren ist zu erwarten, dass gerade psychisch kranke Personen seltener an der Befragung teilnehmen als gesunde.

Die Analysen zeigen, dass vor allem junge Leute bei sich wenig *Vitalität und Energie* wahrnehmen, während mit zunehmendem Alter häufiger ein hohes Vitalitäts- und Energieniveau angegeben wird. Dazu passend berichten ältere Personen (65+ Jahre) tendenziell von weniger *psychischer Belastung* und erleben auch weniger *Depressivität* als Personen in anderen Altersgruppen. Zudem haben sie häufiger eine hohe Kontrollüberzeugung als jüngere Personen. Hingegen nimmt mit zunehmendem Alter die soziale Unterstützung durch das Umfeld ab, und der Konsum von Medikamenten wie Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln und Antidepressiva wird häufiger.

Gemäss ihren Angaben in der SGB nehmen Personen am häufigsten im mittleren Alter (35 bis 64 Jahre) Behandlungen aufgrund psychischer Probleme in Anspruch. Die tiefste Inanspruchnahme wiesen die jüngste und die älteste Altersgruppe auf. Durch welche Fachpersonen die Behandlung erfolgt, ist je nach Alter der Patientinnen und Patienten ebenfalls unterschiedlich: Jüngere lassen sich vor allem von psychologischen Fachkräften (53%) behandeln, ältere Personen suchen am häufigsten eine Psychiaterin oder einen Psychiater auf (48%). Ausserdem konsultiert ein auffällig hoher Anteil der älteren Personen bei psychischen Problemen eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt (22%). Eine vergleichbare Altersverteilung zeigt sich bei den stationären Behandlungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose. Die Altersgruppen der 35- bis 49-Jährigen weisen höhere Hospitalisierungsraten auf als alle anderen Altersgruppen. Als Diagnosen im stationären Bereich kommen in den mittleren Altersgruppen bei Frauen Depressionen weitaus am häufigsten vor, bei Männern nehmen Störungen durch Alkohol den ersten Platz ein. Bei jungen Frauen sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen fast gleich häufig wie Depressionen, bei jungen Männern sind Psychosen am häufigsten. Beide Diagnosen werden mit höherem Alter seltener. Der Aufwand in Pfl egetagen pro 1 000 Personen – die so genannte Pfl egetagerate – blieb insgesamt in den letzten Jahren stabil (2014: 379 Tage/1 000 Einwohner/-innen/Jahr). Bei Frauen nimmt diese Rate mit dem Alter zuerst zu und bleibt ab der Altersklasse der 35- bis 49-Jährigen in etwa konstant, bei Männern steigt sie zuerst ebenfalls an und nimmt nach einem Gipfel im mittleren Alter wieder ab.

Auch bei der Invalidität aufgrund von psychischen Erkrankungen gibt es Unterschiede bezüglich Alter. Vor allem bei jungen Menschen zwischen 18 und 29 Jahren sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für eine IV-Berentung. Ab einem Alter von etwa 45 Jahren sind mehrheitlich andere Krankheiten Ursprung für IV-Neuberentungen.

Schliesslich zeigt sich ebenfalls beim Suizid ein deutlicher Zusammenhang mit dem Alter. Mit zunehmendem Alter steigt die Suizidrate stetig an. Die höheren Suizidraten im Alter sollen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass relativ gesehen Menschen im jungen und mittleren Alter häufiger durch Suizid ihr Leben beenden. Dies wird deutlich, wenn man den Suizid innerhalb der entsprechenden Altersgruppen mit anderen Todesursachen vergleicht. So sind suizidale Handlungen, die fast einen Fünftel aller Todesfälle verursachen, die dritthäufigste Todesursache bei den 15- bis 44-Jährigen.

### Deutliche regionale Unterschiede beim Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme

Wie bereits bei den Ergebnissen aus dem Jahr 2007 zum psychischen Gesundheitszustand lässt sich 2012 ein relativ deutlicher regionaler Trend ausmachen: Im Tessin und in der Genferseeregion beschreibt sich die Bevölkerung als psychisch weniger gesund als in der Zentral-, Ost- und Nordwestschweiz. So geben im Tessin rund 25% und in der Genferseeregion 23% der Bevölkerung an, psychisch mittel bis stark belastet zu sein. Im Vergleich dazu sind es in der Zentralschweiz nur knapp 14% und in der Nordwest- und der Ostschweiz jeweils 16%, die sich psychisch mittel bis stark belastet fühlen. Dazu passend zeigt die Tessiner Bevölkerung bezüglich Depressivität schweizweit die höchsten Werte. Während in den anderen Schweizer Grossregionen der Anteil Personen mit leichter bis schwerer Depressionssymptomatik zwischen 27% und 30% liegt, weist das Tessin einen entsprechenden Anteil von über 38% auf. Bei der positiven psychischen Gesundheit besteht ein ähnliches Muster. Überdurchschnittlich viele Personen (rund zwei Drittel) in der Zentral-, Ost- und Nordwestschweiz berichten über ein hohes Niveau an Vitalität und Energie. Im Tessin und in der Genferseeregion gibt jedoch nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau an.

Bei der Inanspruchnahme bestehen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen. Die Hospitalisierungsrate aufgrund psychiatrischer Diagnosen ist im Kanton Basel-Stadt am höchsten mit über 23 Fällen und im Kanton Appenzell Innerrhoden am tiefsten mit ungefähr acht Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Auch bei der Pflegetagerate weist Basel-Stadt mit 689 Tagen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner den höchsten Wert auf. In den anderen Kantonen liegen die Pflegetageraten zwischen 211 Tagen (Appenzell Innerrhoden) und 480 Tagen (Schaffhausen). Die kürzesten Aufenthaltsdauern weisen die Kantone Wallis und Genf (Median: je 13 Tage), Glarus und Appenzell Innerrhoden (je 13,5 Tage) auf. Die längsten Aufenthaltsdauern finden sich in den Kantonen Graubünden (22 Tage) und Schaffhausen (23 Tage). Der Kanton Basel-Stadt liegt zusammen mit dem Kanton Jura im unteren Mittelfeld (je 17 Tage).

### Datenlage erlaubt keine umfassende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands

Wie in Anbetracht der präsentierten Daten der psychische Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung zu beurteilen ist, bleibt eine äusserst schwierige Frage. Ein Grund dafür ist die aktuelle Datenlage. Es *fehlen systematische und umfassende epidemiologische Daten* zur Häufigkeit und Verbreitung psychischer Störungen im Vergleich mit anderen Ländern. Die in der SGB 2012 verwendeten Indikatoren liefern zwar Hinweise auf die Prävalenzen von psychischer Belastung und Depressivität, jedoch decken die Fragen nur einen äusserst kleinen Bereich des Gesamtspektrums an psychischen Störungen ab. Zudem sind diese Selbstangaben keine gesicherten Diagnosen. Die Resultate lassen sich auch kaum mit anderen europäischen Ländern vergleichen, da im Rahmen der ersten EHIS-Erhebung (*European Health Interview Survey*) die Fragen zur psychischen Belastung und Depressivität nicht vollständig erhoben wurden und dadurch die Berechnung dieser Indikatoren zu vergleichszwecken nicht möglich ist (vgl. Harbers et al., 2008). Für die zweite Erhebungswelle des EHIS ist jedoch geplant, die Indikatoren psychische Belastung und Depressivität vollständig zu erfassen (Europäische Kommission & Eurostat, 2013). Dasselbe gilt auch für den Indikator Vitalität und Energie, welcher den positiven Bereich von psychischer Gesundheit erfassen soll.

Hinsichtlich *Inanspruchnahme und Angebot von psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen* ist die Datenlage in der Schweiz etwas besser. Jedoch wurde bis anhin ausschliesslich der stationäre Psychiatrie-Bereich vollständig erfasst. Im ambulanten Bereich hingegen gibt es nur in sehr limitierter Form Daten zu den Behandlungen in medizinisch-psychiatrischen Praxen. Daten zum nicht-medizinischen ambulanten Bereich – z.B. psychotherapeutische Praxen – fehlen gänzlich und auch Angaben zu weiteren ambulanten und intermediären Angeboten (z.B. Tageskliniken) sind statistisch bisher nicht erfasst. Auch hier darf auf eine geplante Verbesserung der Datenlage in den kommenden Jahren hingewiesen werden.<sup>40</sup>

Grundsätzlich ist es nicht möglich, anhand der Inanspruchnahme die Prävalenzen von psychischen Störungen abzuleiten. Es ist davon auszugehen, dass viele psychische Störungen unentdeckt und unbehandelt bleiben. Wittchen und Kollegen (2005) schätzen, dass nur ungefähr ein Viertel aller Personen mit einer psychischen Störung professionelle Hilfe erhalten. Folglich lassen sich anhand der vorhandenen Daten weder Prävalenzen psychischer Erkrankungen noch der tatsächliche Behandlungsbedarf ableiten, was bedeutet, dass Aussagen darüber, ob das Gesundheitssystem psychisch kranke Menschen adäquat unterstützt, mit grossen Unsicherheiten behaftet sind.

<sup>40</sup> [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Grundlagen und Erhebungen → Projekte → Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)

## Fazit

Im vorliegenden Monitoringbericht finden sich zwei Trends, die auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen: Der psychische Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung ist über die Jahre relativ stabil geblieben, während gleichzeitig die Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen stetig zunahm. Diese Aussagen sind zwar mit Vorsicht zu beurteilen, da die Datenlage teilweise ungenügend ist, doch muss man sich im Zusammenhang mit dieser Diskrepanz im Hinblick auf Handlungsoptionen einigen Fragen stellen.

Seit Jahren spricht man von der Stigmatisierung psychisch erkrankter Personen, die wohl zu einer Unterversorgung psychisch kranker Menschen geführt hat. Es gibt Hinweise, dass diese Stigmatisierung in den letzten Jahren zumindest teilweise und wenigstens für gewisse Krankheitsbilder abgenommen hat (Angermeyer et al., 2014; Angermeyer et al., 2013; siehe auch Ernst, 2015).<sup>41</sup> Damit wäre die Erwartung verbunden, dass bei gleichbleibender Krankheitslast die Inanspruchnahme zunimmt, da die Angst vor Stigmatisierung abgenommen hat (Clement et al., 2015). Ein solcher Befund wäre entsprechend positiv zu werten.

Für die Hypothese der abnehmenden Stigmatisierung spricht unter anderem die Tatsache, dass immer häufiger psychiatrisch-psychologische Fachpersonen aufgesucht werden anstelle von Allgemeinpraktikerinnen und -praktikern. Ein weiterer Hinweis zeigt sich beispielsweise auch daran, dass eine breit angelegte Kampagne zur Förderung der Akzeptanz von psychischen Erkrankungen in ihrer Wirkung deutlich positiv evaluiert wurde.<sup>42</sup> Trotz dieser günstigen Entwicklung bleibt die Stigmatisierung psychischer Störungen und die daraus resultierende Diskriminierung der Betroffenen ein gesellschaftliches Problem. Daher sind weitere Aufklärungsarbeit und politische Massnahmen nötig. Der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» (BAG, 2015), sieht daher auch weiterhin einen deutlichen Handlungsbedarf im Bereich der Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information.

Theoretisch könnte die Zunahme der Inanspruchnahme auch im Zusammenhang mit einem postulierten Überangebot (angebotsinduzierte Nachfrage) betrachtet werden, welche kostensteigernd wirken würde ohne eine entsprechende Verringerung der Krankheitslast. Die Schweiz besitzt im OECD-Vergleich effektiv die höchste Dichte niedergelassener Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie» (BAG, 2016a). Diese hat in den letzten Jahren auch leicht zugenommen. Die steigende Anzahl jährlich behandelter Fälle pro psychiatrische Fachperson (vgl. Kapitel 4.2) und die langen Wartezeiten für

Therapieplätze (Stettler et al., 2013) deuten jedoch eher auf einen ungedeckten Behandlungsbedarf bzw. eine Unterversorgung hin (Stocker et al., 2016).

Volkswirtschaftlich gesehen sind rechtzeitige, angemessene Behandlungen psychischer Erkrankungen anzustreben. In der Schweiz sind affektive (z. B. Depressionen) und psychotische (z. B. Schizophrenien) Erkrankungen die kostenintensivsten psychischen Störungen. Deren frühzeitige Erkennung und Behandlung würde zwar einerseits zu einem Anstieg der direkten medizinischen Kosten führen, andererseits jedoch eine Reduktion der indirekten Kosten bewirken (z. B. Arbeitsausfälle oder frühzeitige Pensionierungen). Gewissen Komorbiditäten könnte voraussichtlich präventiv begegnet werden. Da im Bereich der psychischen Erkrankungen die indirekten Kosten wesentlich höher ausfallen als die direkten, könnten insgesamt Kosten vermieden werden (Maercker et al., 2013). Dass es sich ökonomisch lohnt, in die Behandlung von psychischen Störungen zu investieren, zeigen auch die *Return-on-Investment*-Berechnungen einer aktuellen WHO-Studie (Chisholm et al., 2016). Für jeden Dollar, der in die Behandlung von Ängsten und Depressionen investiert wird, resultieren laut dieser Studie vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität.

Eine dritte Hypothese (neben Abnahme der Stigmatisierung und angebotsinduzierter Nachfrage) könnte das Phänomen der zunehmenden Inanspruchnahme bei gleichbleibender Krankheitslast möglicherweise dadurch erklären, dass die psychische Belastung in der Bevölkerung tatsächlich zugenommen hat, diese sich jedoch in den Daten nicht niederschlägt, da die Leute dank therapeutischer Hilfe ihre psychische Gesundheit stabil halten können. Diese Hypothese muss momentan offen bleiben.

Die Diskussion um die Angemessenheit der Antwort des Gesundheitssystems auf psychische Erkrankungen ist schwierig, weil sich der effektive Behandlungsbedarf nur sehr schwer einschätzen lässt. Zum einen liegen für die Schweiz keine umfassenden Daten zur Prävalenz von psychischen Störungen vor und zum andern ist nicht jede diagnostizierte Störung zwangsläufig behandlungsbedürftig (vgl. Jacobi & Kessler-Scheil, 2013). Gerade im Vergleich mit dem Ausland stellt sich die Frage, ob der Stellenwert der psychischen Gesundheit in der Schweiz höher ist als anderswo. Eine Wertung ist dazu kaum möglich: Bis zu welchem Ausmass sind Personen selber bereit, in ihre psychische Gesundheit zu investieren, wieviel ist der Staat bereit dafür auszugeben? Inwiefern sind Arbeitgeber betroffen – als Nutznießer von Gesundheit und als Investoren in Gesundheit?

Weitere Beobachtungen in den nächsten Jahren und Evaluationen der Programme, die auf verschiedenen Ebenen laufen, können mithelfen, zumindest einen Vergleich innerhalb der Schweiz über die Zeit zu machen und zu sehen, ob die Anstrengungen Früchte tragen. Den Erkrankten, ihren Angehörigen und ihrer Umgebung ist das zu wünschen.

<sup>41</sup> Die Akzeptanz gegenüber der Behandlung von Schizophrenie, Depression und Alkoholabhängigkeit durch klinische Fachkräfte hat in Deutschland zwischen 1990 und 2011 zugenommen. D. h. das Aufsuchen einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachperson ist heute stärker akzeptiert als dies früher der Fall war. Hingegen hat sich die Einstellung gegenüber Personen mit Schizophrenie im gleichen Zeitraum verschlechtert. Menschen distanzieren sich sozial stärker von Schizophrenen als früher. Bei der Depression und Alkoholabhängigkeit ist diesbezüglich kein eindeutiger Trend auszumachen.

<sup>42</sup> Die Kampagne «Wie geht's Dir?» wurde zweimal wissenschaftlich evaluiert und fand dabei bei der Bevölkerung eine hohe Zustimmung. Quelle: [www.wie-gehts-dir.ch](http://www.wie-gehts-dir.ch) → die Kampagne → Evaluation

# Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>DALYs</b>	Disability Adjusted Life Years (Verlorene gesunde Lebensjahre)
<b>DSQ</b>	Depression Screening Questionnaire
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EVI</b>	Index für Energie und Vitalität
<b>FFE</b>	Fürsorgerische Freiheitsentziehung
<b>FM</b>	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>FU</b>	Fürsorgerische Unterbringung
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der Gesundheits- direktorinnen und -direktoren
<b>HIV</b>	Human immunodeficiency virus
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>IVG</b>	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
<b>KESB</b>	Erwachsenen- und Kinderschutzbehörde
<b>n</b>	Anzahl der Befragten
<b>Obsan</b>	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>SECO</b>	Staatssekretariat für Wirtschaft
<b>SGB</b>	Schweizerische Gesundheitsbefragung
<b>SHP</b>	Schweizer Haushalt-Panel
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>ZGB</b>	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

# Literaturverzeichnis

- Aguirre, R. & Slater, H. (2010). Suicide prevention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*(34): 529-540.
- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6): 1069-1078.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Carta, M.G. & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6): 390-395.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2): 146-151.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Silverstein, B., Ajdacic-Gross, V., Eich, D. et al. (2006). Atypical depressive syndromes in varying definitions. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(1): 44-54.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 14(2): 68-76.
- Angst, J., Gamma, A., Sellaro, R., Zhang, H. & Merikangas, K. (2002). Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study. *Journal of affective disorders*, 72(2): 125-138.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Resultate einer Befragung von KMU. *Zeitschrift für Sozialhilfe*(1): 32-33.
- Baer, N., Altwicker-Hámori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. (2015). *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (Forschungsbericht 19/15).
- Baer, N. & Cahn, T. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K. Meyer (Eds.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (p. 211 – 230). Bern: Hans Huber.
- Baer, N. & Fasel, T. (2011). «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BAG (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2016a). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2016b). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Version für die Konsultation im Frühjahr 2016*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Barsky, A., Orav, E. & Bates, D. (2006). Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care*, 44: 803-811.
- Bastine, R.H.E. (1998). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1): 11-23.
- BFS (2008). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Indizes*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2012). *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Dokumentation Indizes SGB12*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2016a). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser – Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2016*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2016b). *Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Blaser, M. & Amstad, F.T. (Eds.). (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PloS one*, 7(2): e30795.
- Brenner, H.D., Rössler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35): 1777-1786.
- Brevik, J.I. & Dalgard, O.S. (1996). *The Health Profile Inventory*. Oslo.
- BSV (2010). *Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006–2009*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2011a). *IV-Statistik 2010*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2011b). *Leistungen der Invalidenversicherung (IV)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV (2016). *Statistiken zur sozialen Sicherheit: IV-Statistik 2015 – Tabellenteil: Bundesamt für Sozialversicherungen*.
- Bührlen, B., McKernan, S. & Laxdal, K. (2015). *Nationaler Vergleichsbericht: Stationäre Psychiatrie Erwachsene – Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen»)*. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel und Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ.
- Burke, J., Wittchen, H., Regier, D. & Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*: 649-667.
- Cacioppo, J. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5): 415-424.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(01): 11-27.
- Daigle, M.S. (2005). Suicide prevention through means restriction: Assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accident Analysis and Prevention*, 37(4): 625-632.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum.
- Eichenberger, A. (2002). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen*. Institute für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Ernst, J. (2015). Psychische Erkrankungen – Die wahrgenommene Stigmatisierung ist rückläufig. *Psychother Psych Med*, 65(03/04): 89-89.
- EU-Konferenz (2008). *Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden*. Brüssel: Hocharangige EU-Konferenz.

- Europäische Kommission & Eurostat (2013). Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual: 2013 edition.
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population. eurostat methodologies and working papers: 121.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Eds.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen-DSM-5®. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, A. (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit (3. Auflage Eds.). Bern: Huber.
- Fritze, J., Sass, H. & Schmauss, M. (2001). Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Ueber-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- Gassmann, J. (2011). Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gili, M., Luciano, J.V., Serrano, M.J., Jiménez, R., Bauza, N. & Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(10): 744-749.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(10): 718-779.
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual. Bern: Hans Huber.
- Harbers, M.M., van der Wilk, E.A., Kramers, P.G.N., Kuunders, M.M.A.P., Verschuuren, M., Eliyahu, H. et al. (2008). Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). RIVM report number 270051011. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg: Springer.
- HEA (1999). Community Action for Mental Health. London: Health Education Authority.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 45: 866-872.
- Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86(1): 42-50.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1): 77-87.
- Jacobi, F. & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen. *Psychotherapeut*, 58(2): 191-206.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34: 597-611.
- Jungbauer, J., Bischkopf, J. & Angermeyer, M.C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28(03): 105-114.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3): 307-316.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005a). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617-627.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A. & Walters, E.E. (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24): 2515-2523.
- Kessler, R.C. & WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581-2590.
- Keyes, C.L. (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.
- Kleinman, A., Estrin, G.L., Usmani, S., Chisholm, D., Marquez, P.V., Evans, T.G. et al. (2016). Time for mental health to come out of the shadows. *The Lancet*, 387(10035): 2274-2275.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53(1): 49-62.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (Eds.). (2015). BKK Gesundheitsreport 2015. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Knol, M.J., Twisk, J.W., Beekman, A.T., Heine, R.J., Snoek, F.J. & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5): 837-845.
- Koopmans, G., Donker, M. & Rutten, F. (2005). Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 341-350.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606-613.
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Why does the general practitioner overlooks psychological disorders in his patient? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(2): 45-51.
- Kuhl, H.C. (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000 – 2008 (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuhl, H.C. & Herdt, J. (2007). Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Künzler, A. & Wernli, M. (2011). Kulturwandel in der Onkologie: Einführung eines biopsychosozialen Belastungsscreenings. *Schweizer Krebsbulletin*, 4: 311-314.
- Lawrence, D., Hancock, K.J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ: British Medical Journal*, 346.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit *Gesundheitspsychologie* (p. 7 – 12): Springer.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Campos, R., García-Campayo, J., Orozco, F. et al. (2005). Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up. I. Rational and design of the project. *The European Journal of Psychiatry*, 19(3).
- Löwe, B.P. & Spitzer, R.L. (2001). Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual; Kompletversion und Kurzform: Pfizer GmbH.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Med Wkly*, 143(w13751).
- Michel, K. (2012). Suizid ist keine überlegte Handlung: Fachinformationen Suizidalität.
- Mitchell, A.J., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690): 609-619.
- Modetta, C. (2009). Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M. et al. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*, 143(w13759).
- Muijen, M. (2014). The future role of psychiatry in Europe – The WHO European Mental Health Action Plan. *Die Psychiatrie*, 11(1): 11-18.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- OECD (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris: OECD Publishing.
- OECD & BSV (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (Übersetzung von: «Mental Health and Work: Switzerland»). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U. & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1): 155-162.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3: 31-56.
- Reisch, T., Schuster, U. & Michel, K. (2007). Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 681-687.
- Richter, D. & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, 40(04): 176-182.
- Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35: 321-330.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1): No. 609.
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Rüesch, P., Volken, T., Bänziger, A. & Gügler, R. (2011). Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Empirische Analyse der Messeigenschaften und Vergleich mit europäischer Erhebung (Obsan Dossier 16) (Nr. 3907872932). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ryan, R.M. & Frederick, C. (1997). On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality*, 65(3): 529-565.
- Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29: 292-295.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B., Clara, I., Ten Have, M., Belik, S. et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58: 357-364.
- Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Savageau, J., McLoughlin, M., Urgan, A., Bai, Y., Collins, M. & Cashman, S. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med*, 19: 265-275.
- Saxena, S., Funk, M. & Chisholm, D. (2014). WHO's Mental Health Action Plan 2013 2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*, 13(2): 107-109.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Scharfetter, C. (2010). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schlipfenbacher, C. & Jacobi, F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. Paper presented at the Public Health Forum.
- Schnellmann, U. & Stocker, R. (2010). Psychische Probleme am Arbeitsplatz: Hier finden die Beteiligten Unterstützung. *HR Today Das Schweizer Human Resource Management-Journal*.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring (Arbeitsdokument 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(11): 183.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.
- Stamm, K. & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven* (p. 109–120). Berlin: Springer.
- Steffen, T., Maillart, A., Michel, K. & Reisch, T. (2011). Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S. & Künzi, K. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. Im Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Abrassart, A., Rüesch, P. et al. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Sturny, I. & Schuler, D. (2011). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010*. Neuchâtel: Obsan.
- Thiel, A., Nau, R. & Willers, T. (1998). Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im jüngeren und mittleren Lebensalter. In: W. Hewer & F. Lederbogen (Eds.), *Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen* (p. 1–12). Stuttgart: Enke.
- Tholen, S. (2006). *Die Komorbidität psychischer Störungen. Eine metaanalytische Untersuchung und die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen*. Universität Bern, Bern.
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U. et al. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3): 237-250.
- Turner, R.J. & Turner, J.B. (1999). Social integration and support. In: C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (p. 301–320). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- 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 (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.

WHO (2001). The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.

WHO (2003). Investing in Mental Health. Geneva: World Health Organization.

WHO (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. Geneva: World Health Organization.

WHO (2013). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020 (Nr. 9241506024). 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. Kopenhagen: WHO Europa.

WHO Regional Office for Europe (2013). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization.

Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, M., Pletscher, K. et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357-376.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21: 655-679.



# Anhang

## Ausführungen zu den verwendeten SGB-Indikatoren, SGB 2012

## T A.1

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Energie und Vitalität (SF-36 VT; Fragen: 1, 5, 7, 9) & Psychische Belastung (SF-36 MHI-5; Fragen: 2, 3, 4, 6, 8)	<p>Fragelaut:  <i>Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt? Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Gefühlszustände vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie den Gefühlszustand in den letzten 4 Wochen immer, meistens, manchmal, selten oder nie gehabt haben. Wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Voller Leben gefühlt</i></li> <li>2) <i>Sehr nervös gefühlt</i></li> <li>3) <i>So niedergeschlagen oder verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat können aufmuntern</i></li> <li>4) <i>Ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt</i></li> <li>5) <i>Voller Energie gefühlt</i></li> <li>6) <i>Entmutigt und deprimiert gefühlt</i></li> <li>7) <i>Erschöpft gefühlt</i></li> <li>8) <i>Glücklich gefühlt</i></li> <li>9) <i>Müde gefühlt</i></li> </ol> <p>Antwortvorgabe:  <i>immer; meistens; manchmal; selten; nie</i></p>	<p>Indexbildung nach BFS, 2013</p> <p>Energie und Vitalität, Kategorisierung in:  – tief  – mittel  – hoch</p> <p>Psychische Belastung, Kategorisierung in:  – keine/gering  – mittel  – stark</p>
Depressivität/ Depressionssymptome (PHQ-9)	<p>Fragelaut:  <i>Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt...</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?</i></li> <li>b) <i>Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?</i></li> <li>c) <i>Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf?</i></li> <li>d) <i>Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben?</i></li> <li>e) <i>Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen?</i></li> <li>f) <i>Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben?</i></li> <li>g) <i>Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen?</i></li> <li>h) <i>Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil «zappelig» oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?</i></li> <li>i) <i>Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?</i></li> </ol> <p>Antwortvorgabe:  <i>Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag</i></p>	<p>Indexbildung nach BFS, 2013</p> <p>Kategorisierung in:  – keine/minimal  – leicht  – mittel  – (eher) schwer</p>
Körperliche Beschwerden (ohne Fieber)	<p>Fragelaut:  <i>Jetzt möchte ich von Ihnen wissen, wie in den letzten 4 Wochen Ihre Gesundheit gewesen ist. Ich lese Ihnen dazu verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben:</i></p> <p>... Rücken- oder Kreuzschmerzen  ... allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit  ... Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch  ... Durchfall, Verstopfung oder beides  ... Einschlaf- oder Durchschlafstörungen  ... Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen  ... Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern  ... Schmerzen oder Druck im Brustbereich  ... (Fieber)</p> <p>Antwortvorgabe:  <i>überhaupt nicht; ein bisschen; stark</i></p>	<p>Indexbildung nach BFS, 2013</p> <p>Kategorisierung in:  – keine/kaum  – leichte  – starke</p>

## Ausführungen zu den verwendeten SGB-Indikatoren, SGB 2012 (Fortsetzung)

T A.1

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Chronische Erkrankungen	<p>Fragelaut:</p> <p>A. <i>Sind Sie zurzeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?</i></p> <p>B. <i>Falls Sie in den letzten 12 Monaten nicht wegen einer dieser Krankheiten in ärztlicher Behandlung waren, haben Sie trotzdem eine dieser Krankheiten in den letzten 12 Monaten gehabt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Migräne</li> <li>- Asthma</li> <li>- Diabetes, Zuckerkrankheit</li> <li>- Arthrose, (rheumatische) Arthritis</li> <li>- Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür</li> <li>- Osteoporose</li> <li>- Chronische Bronchitis, Emphysem</li> <li>- Hoher Blutdruck</li> <li>- Herzinfarkt (Herzschlag)</li> <li>- Schlaganfall (Schlägli)</li> <li>- Nierenkrankheit, Nierensteine</li> <li>- Krebs, Geschwulst</li> <li>- Heuschnupfen oder andere Allergie</li> <li>- Depression</li> <li>- Dauernde Verletzung oder Schädigung nach einem Unfall</li> </ul> <p>Antwortvorgabe:</p> <p>A. <i>ja, zur Zeit noch in Behandlung; ja, innerhalb den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen; ja, vor mehr als 12 Monaten in Behandlung gewesen; nein</i></p> <p>B. <i>ja</i></p>	<p>Kategorisierung in:</p> <p>Anzahl chronische Krankheiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-2 chron. Krankheiten</li> <li>- 3-4 chron. Krankheiten</li> <li>- mehr als 5 chron. Krankheiten</li> </ul>
Einschränkung durch chronische Erkrankung	<p>Fragelaut:</p> <p><i>Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, wo chronisch oder andauernd ist? Damit meine ich Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, wo schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.</i></p> <p>Antwortvorgabe:</p> <p><i>ja; nein</i></p> <p>Fragelaut:</p> <p><i>Seit mindestens 6 Monaten, wie sehr sind Sie eingeschränkt durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben? Würden Sie sagen, Sie sind...</i></p> <p>Antwortvorgabe:</p> <p><i>stark eingeschränkt; eingeschränkt, aber nicht stark; überhaupt nicht eingeschränkt</i></p>	<p>Kategorisierung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine chronische Erkrankung</li> <li>- nicht eingeschränkt</li> <li>- eingeschränkt, aber nicht stark</li> <li>- stark eingeschränkt</li> </ul>
Kontrollüberzeugung	<p>Fragelaut (schriftlicher Fragebogen):</p> <p><i>Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage das Kästchen an, das Ihrer Antwort am ehesten entspricht!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.</i></li> <li>b) <i>Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen.</i></li> <li>c) <i>Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.</i></li> <li>d) <i>Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.</i></li> </ul> <p>Antwortvorgabe:</p> <p><i>stimme voll und ganz zu; stimme eher zu; stimme eher nicht zu; stimme überhaupt nicht zu</i></p>	<p>Indexbildung nach BFS, 2013</p> <p>Kategorisierung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tief</li> <li>- mittel</li> <li>- hoch</li> </ul>

© Obsan 2016

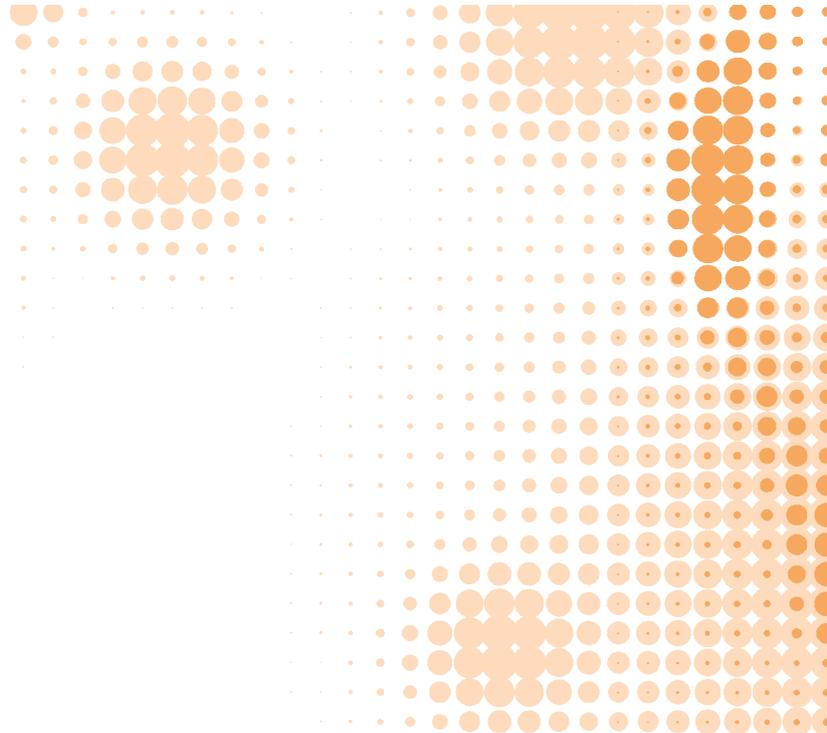
## Ausführungen zu den verwendeten SGB-Indikatoren, SGB 2012 (Ende)

T.A.1

Indikator	Fragelaut/Antwortkategorien	Ausführungen zu den verwendeten Kategorien
Soziale Unterstützung (Oslo-Skala)	<p>Fragelaut: <i>Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ein ernstes persönliches Problem haben?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>keine; 1–2; 3–5; mehr als 5</i></p> <p>Fragelaut: <i>Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie machen?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>sehr viel; viel; weder viel noch wenig; wenig; kein</i></p> <p>Fragelaut: <i>Wie einfach wäre es für Sie, Hilfe von Nachbarn zu bekommen, wenn Sie diese benötigen?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>sehr leicht; leicht; möglich; schwierig; sehr schwierig</i></p>	<p>Indexbildung nach BFS, 2013</p> <p>Kategorisierung in: – gering – mittel – stark</p>
Einsamkeit	<p>Fragelaut: <i>Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das...</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>sehr häufig; ziemlich häufig; manchmal; nie vor?</i></p>	<p>Kategorisierung in: – nie – manchmal – ziemlich/sehr häufig</p>
Behandlung wegen psychischer Probleme	<p>Fragelaut: <i>Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>nein; ja</i></p>	<p>Kategorisierung in: – nein – ja</p>
Leistungserbringer der Behandlung eines psychischen Problems	<p>Fragelaut: <i>Was ist die Person von Beruf gewesen, wo Sie behandelt hat?</i></p> <p>Antwortvorgabe (3 mögliche Antworten): <i>Psychologe, Psychotherapeut; Psychiater; Allgemeinarzt/Internist; anderer Arzt; komplementärmedizinischer Therapeut (z.B. Naturheilpraktiker, Magnetopath, Ayurveda, Yoga); anderer nicht medizinischer Therapeut (z.B. Tanz-, Mal-, Theatertherapeut, Schamane); anderer Beruf</i></p>	<p>Kategorisierung in: – Psychiater/in – Psychologe/Psychologin; – Psychotherapeut/in – Allgemeinarzt/-ärztin – Andere</p>
Arztkonsultationen	<p>Fragelaut: <i>Sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt (inklusive Spezialisten und Gynäkologen) gewesen, den Zahnarzt nicht mitgerechnet?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>nein; ja</i></p> <p>Fragelaut: <i>Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt gewesen?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>1 bis 97 Male</i></p>	<p>Kategorisierung in: Anzahl Arztbesuche: – 0 – 1–2 – 3–5 – 6+</p>
Medikamenteneinnahme, allgemein	<p>Fragelaut: <i>Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>ja; nein</i></p>	<p>Kategorisierung in: – nein – ja</p>
Medikamenteneinnahme, spezifisch	<p>Fragelaut: – <i>Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Schlafmittel genommen?</i> – <i>Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Mittel gegen Schmerzen genommen?</i> – <i>Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Mittel zur Beruhigung genommen?</i> – <i>Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Medikamente gegen Depression eingenommen?</i></p> <p>Antwortvorgabe: <i>täglich; mehrmals pro Woche; etwa 1mal pro Woche; nie</i></p>	<p>Kategorisierung in: – täglich – anderes</p>

© Obsan 2016





**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali 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.