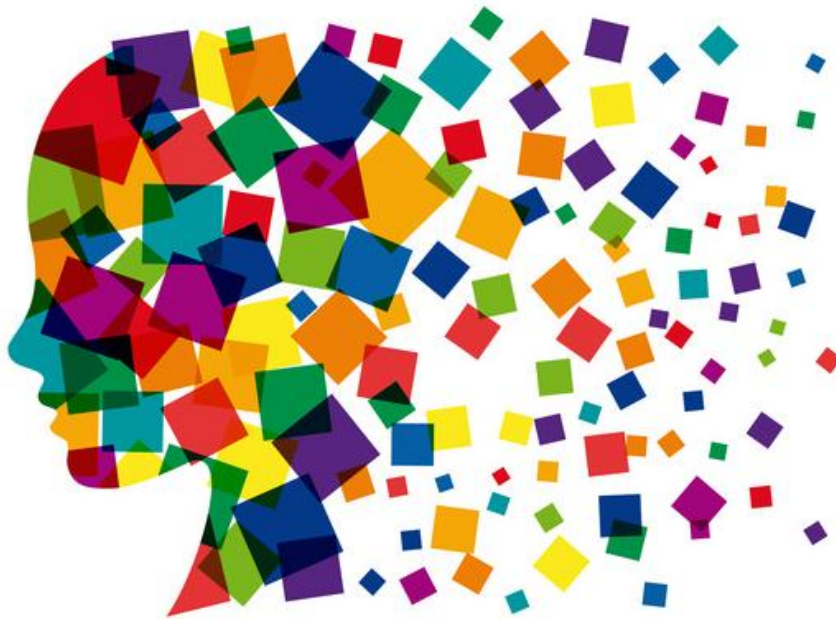


Psychische Gesundheit in der Schweiz

Bestandsaufnahme und Handlungsfelder

Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik



Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Redaktion:

Chantale Bürli, Bundesamt für Gesundheit

Fabienne Amstad, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Margreet Duetz Schmucki, Bundesamt für Gesundheit

Daniela Schibli, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Publikationszeitpunkt: Mai 2015

Weitere Informationen und Bestelladresse:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Abteilung Gesundheitsstrategien
Postfach, CH-3003 Bern

Telefon +41 (0)58 463 06 01

E-Mail: gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Internet: www.bag.admin.ch

Der Bericht steht auch in französischer Sprache zur Verfügung. Er kann als PDF-Datei unter folgendem Link heruntergeladen werden:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=fr>

Inhalt

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	8
1.1 Auftrag.....	8
1.2 Postulat 13.3370 «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz»	9
1.3 Abgrenzung zu weiteren parlamentarischen Aufträgen.....	9
1.4 Begriffsverständnis «Psychische Gesundheit» und thematische Eingrenzung.....	11
2. Analyse der aktuellen Situation in der Schweiz	12
2.1 Psychische Gesundheit	12
2.1.1 Psychisches Wohlbefinden	12
2.1.2 Psychische Belastung	13
2.1.3 Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen.....	14
2.2 Psychische Erkrankung	15
2.2.1 Komorbidität.....	18
2.2.2 Folgen von psychischen Krankheiten.....	18
2.2.3 Medizinische Versorgung.....	20
2.2.4 Volkswirtschaftliche Kosten.....	21
2.3 Lebensspannenperspektive	22
2.3.1 Fokus: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz.....	23
2.4 Akteure, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten	26
2.4.1 International	26
2.4.2 Bund	28
2.4.3 Kantone und Gemeinden	28
2.4.4 Bund und Kantone	33
2.4.5 Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	34
2.4.6 Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG).....	34
2.4.7 Nichtregierungsorganisationen und Fachverbände	35
2.5 Fazit	36
3. Bedarfsanalyse und Handlungsfelder	37
3.1 Handlungsfeld 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information	37
3.2 Handlungsfeld 2: Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	38
3.3 Handlungsfeld 3: Advocacy und Wissensgrundlage	38
3.4 Handlungsfeld 4: Strukturen und Ressourcen.....	39
3.5 Übersicht über die Handlungsfelder.....	39
4. Skizze der Massnahmenbereiche in den Handlungsfeldern	41
4.1 Handlungsfeld 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information	41
4.2 Handlungsfeld 2: Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	42
4.3 Handlungsfeld 3: Advocacy und Wissensgrundlage	43
4.4 Handlungsfeld 4: Strukturen und Ressourcen.....	44
5. Ausblick	46
6. Literaturverzeichnis	47
7. Anhang	52
7.1 Anhang 1: Weiterführung IV Frühintervention	52
7.2 Anhang 2: Mitgliedorganisation der Expertengruppe des NPG	53

Abbildungen

Abbildung 1: Übersicht über die Handlungsfelder und Massnahmenbereiche	7
Abbildung 2: Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichts	9
Abbildung 3: Bezug des Berichts zu weiteren Berichten.....	10
Abbildung 4: Energie und Vitalität nach Geschlecht und Alter 2012.....	13
Abbildung 5: Psychische Belastung nach Geschlecht und Alter 2012.....	13
Abbildung 6: Wichtige Lebensveränderungen über die ganze Lebensspanne	23
Abbildung 7: Kantonale Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit (Stand: März 2014).....	29
Abbildung 8: Das Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression	30
Abbildung 9: Organisationsstruktur des Netzwerks Psychische Gesundheit.....	35
Abbildung 10: Lebensphasen, wichtigste Settings, Übergänge, Risikosituationen und Akteure	38
Abbildung 11: Zusammenspiel der vier Handlungsfelder.....	40
Abbildung 12: Übersicht über die Handlungsfelder und Massnahmenbereiche	45

Tabellen

Tabelle 2-1: Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in der EU und den USA	16
Tabelle 2-2: Prävalenz psychischer Krankheiten in der Schweiz und in der Europäischen Union (EU)	17

Zusammenfassung

Knapp 17 Prozent der Schweizer Bevölkerung leiden an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen, die von Essstörungen über Angststörungen bis hin zu Depressionen und anderen schweren Symptomen reichen können. Dies zeigt der dritte Monitoringbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan). Psychische Krankheiten gehören zu den häufigsten und den einschränkendsten Krankheiten überhaupt. Sie wirken sich auf alle Lebensbereiche der Betroffenen aus und können zu grossen Beeinträchtigungen führen. Ausserdem verursachen sie hohe volkswirtschaftliche Kosten. Schätzungen gehen von über 7 Milliarden Franken jährlich aus. Somit stellen psychische Erkrankungen eine grosse gesundheitspolitische Herausforderung dar, die eine intensive Zusammenarbeit aller Akteure verlangt.

Auftrag

Angesichts der Zunahme chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten hat sich der Bundesrat in seiner Strategie «Gesundheit2020» für die Stärkung und die verbesserte Koordination der verschiedenen Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung ausgesprochen. Auf der Ebene der Massnahmen soll dabei, nebst den Themen Sucht und nichtübertragbare Krankheiten allgemein, auch die psychische Gesundheit angegangen werden. Konkret handelt es sich um die «Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren; dabei soll besonderes Augenmerk dem Ziel gelten, die Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess bei psychischen Problemen zu verhindern».

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Dialog NGP), die ständige Plattform von Bund und Kantonen, unterstützt diese Absicht und hat deshalb Ende 2013 beschlossen, die Arbeiten zur Stärkung und der verbesserten Koordination von Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung auf zwei Ebenen anzugehen: Bis 2016 soll eine nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) erarbeitet werden; zudem soll bis Ende 2014 ein Bericht zur psychischen Gesundheit verfasst werden.

Vorgehen

Für das Thema «Psychische Gesundheit» wurde eine Projektgruppe eingesetzt, in der das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vertreten sind. Die Projektgruppe erarbeitete im Jahr 2014 den vorliegenden Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz». Dieser beschreibt die aktuelle Situation auf nationaler, regionaler und kantonaler Ebene. Des Weiteren werden der zukünftige Bedarf an Koordination, strukturellen Anpassungen, Monitoring- und Evaluationsmassnahmen und Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit aufgezeigt.

Bei der Erarbeitung des Berichts wurden verschiedene Partner und Akteure miteinbezogen, u.a. die Kantone, die Expertengruppe des Netzwerks Psychische Gesundheit sowie weitere Bundesstellen. Der Bedarf wurde mit Expertinnen und Experten in Workshops erarbeitet und bildete die Grundlage für die Definition von Massnahmenbereichen. Der Berichtsentwurf wurde anschliessend einer informellen Anhörung unterzogen. Aufgrund der Rückmeldungen aus dieser Anhörung wurde der Bericht überarbeitet und die Massnahmen wurden konkretisiert.

Bestandsaufnahme

Schwerpunkte des Berichts sind die Förderung der psychischen Gesundheit, die Prävention und die Früherkennung psychischer Krankheiten sowie deren Schnittstellen mit der Gesundheitsversorgung. Die psychische Gesundheit ist ein wesentliches Element der Lebensqualität. Psychisch gesund fühlt sich eine Person, wenn sie ihre intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, die alltäglichen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und in der Gemeinschaft einen Beitrag leisten kann.

Psychische Krankheiten gehören zu den häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten. Sie können schwerwiegende Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Individuums mit sich bringen und bis hin zum Suizid führen. Des Weiteren verursachen sie hohe volkswirtschaftliche Kosten.

Die psychische Gesundheit wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Diese können individueller Natur (Persönlichkeit, genetische Faktoren, etc.) und/oder von sozialen Faktoren (Familie, soziales Netz, berufliches Umfeld, etc.) geprägt sein. Die Entwicklungspsychologie geht heute davon aus, dass diejenigen Ressourcen gefördert werden sollen, die es Kinder wie auch Erwachsene ermöglichen, herausfordernde, schwierige und auch unerwartete Situationen zu meistern.

Um die psychische Gesundheit zu verbessern, müssen verschiedene Bevölkerungsgruppen in unterschiedlicher Weise mit Programmen und Massnahmen erreicht werden. Zudem sind auf der Ebene der Interventionen die Lebensphasen und ihre Übergänge sowie häufige, kritische Lebensereignisse (z.B. Tod einer nahestehenden Person oder längere Arbeitslosigkeit) besonders zu beachten. Neben der Schule kommt dem Arbeitsplatz als Setting für Interventionen eine grosse Bedeutung zu, sowohl in Hinblick auf die Erhaltung der psychischen Gesundheit als auch auf die Entstehung psychischer Erkrankungen. Verschiedene staatliche und nichtstaatliche Akteure nehmen hier Aufgaben wahr, die für die psychische Gesundheit relevant sind, und die es zu koordinieren gilt.

Der Bund ist wegen fehlender Kompetenzen – mit Ausnahme der Bereiche Invalidenversicherung, Arbeitsrecht, Statistik und obligatorische Krankenpflegeversicherung – im Bereich der psychischen Gesundheit kaum tätig. Die Kantone sind derzeit in unterschiedlichem Mass aktiv. Ihre Aktivitäten finden häufig im Rahmen kantonaler Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsprogramme statt und betreffen Themen wie Sensibilisierung, Depression und Suizidprävention. Die Massnahmen sind in der Regel zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz führt zudem Projekte in den Bereichen «Betriebliche Gesundheitsförderung» sowie «Monitoring» durch und ist mit dem Bund und der GDK Trägerin des «Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz». Weitere wichtige Akteure im Bereich Psychische Gesundheit sind Fachverbände und NGOs.

Handlungsfelder und Massnahmenbereiche

Projekte und Massnahmen werden zwar auf regionaler und kantonaler Ebene durchgeführt, sind jedoch teilweise nicht ausreichend koordiniert. Zudem besteht Verbesserungspotential bei der Prüfung der Qualität sowie der Vernetzung des Wissens. Ebenfalls fehlen bis anhin Monitoring- und Evaluationsmassnahmen der verschiedenen Aktivitäten. Schweizweit bestehen Lücken in der Ausgestaltung von Massnahmen im Bereich Psychische Gesundheit. Handlungsbedarf besteht vor allem in vier Feldern:

- Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information,
- Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung,
- Advocacy und Wissensgrundlage sowie
- Strukturen und Ressourcen.

Für jedes Handlungsfeld wurden im Rahmen dieses Berichts zwei prioritäre Massnahmenbereiche definiert (vgl. Abbildung), die dazu beitragen die psychische Gesundheit zu stärken und die Auswirkungen von psychischen Krankheiten zu mindern. Im Handlungsfeld 1 sind es die Durchführung von schweizweiten Sensibilisierungskampagnen sowie – damit verbunden – die Information über wissenschaftliche Grundlagen und bestehende Versorgungsangebote. Im Handlungsfeld 2 sollen Übergänge zwischen Lebensphasen und kritische Lebensereignisse besser unterstützt und bestehende Massnahmen und Angebote besser koordiniert und optimiert werden. Die Massnahmenbereiche im Handlungsfeld 3 betreffen die verstärkte Berücksichtigung des Themas Psychische Gesundheit in bestehenden Programmen sowie die Verbesserung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Datengrundlage. Im Handlungsfeld 4 soll die Vernetzung der Akteure vorangetrieben und aktuelle Finanzierungen sollen überprüft werden.

Die Massnahmen in den Handlungsfeldern sollen insbesondere dazu beitragen die übergeordneten Ziele des Auftrags zu erreichen. Diese sind unter anderem die Verbesserung der Synergien unter den Akteuren, die Verbesserung der Koordination der bisherigen Aktivitäten im Bereich der Prävention sowie der Früherkennung von psychischen Erkrankungen. Dabei gilt es die Chancengleichheit zu berücksichtigen.

Abbildung 1: Übersicht über die Handlungsfelder und Massnahmenbereiche

Handlungsfelder	Massnahmenbereiche
1. Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information	1. Schweizweite Sensibilisierungskampagne realisieren 2. Information zu Grundlagen und Angeboten vermitteln
2. Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	3. Bei Lebensübergängen und kritischen Lebensereignissen Unterstützung bieten 4. Massnahmen und Angebote optimieren
3. Advocacy und Wissensgrundlagen	5. Psychische Gesundheit in bestehende Programme einbringen 6. Wissensbasis und Datengrundlagen verbessern
4. Strukturen und Ressourcen	7. Vernetzung der Akteure ausbauen 8. Finanzierung überprüfen

Quelle: BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Weiteres Vorgehen und Synergien mit weiteren parlamentarischen Aufträgen

Auf Grundlage des vorliegenden Berichts soll im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik bis im Herbst 2015 ein Vorgehensvorschlag zur Umsetzung der skizzierten Massnahmenbereiche erarbeitet werden. Der Vorgehensvorschlag soll mit den Arbeiten zu bestehenden Strategien (insbesondere Strategie Sucht und Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten) auf Bundesebene abgestimmt sein und wird dem Dialog NGP vorgelegt.

Dieser Bericht liefert zudem Grundlagen zur Beantwortung der Motion 11.3973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» [6] sowie des Postulats 14.3191 «Erwerbsintegration von psychisch Kranken» [7]. Die Motion zur Suizidprävention wird mit einem eigenen Bericht beantwortet, während das Postulat zur Erwerbsintegration im Rahmen der Weiterentwicklung der IV beantwortet wird.

Der Bericht in Erfüllung des Postulats Stähelin 10.3255 «Zukunft der Psychiatrie» [8] wird zurzeit (März 2015) durch das BAG erarbeitet und voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2015 dem Bundesrat zur Kenntnisnahme unterbreitet. Die Themen Demenz, Sucht sowie Autismus werden gesondert behandelt. Eine nationale Strategie «Sucht» wird zurzeit durch das BAG erarbeitet und im Herbst 2015 vom Bundesrat verabschiedet. Das Thema Autismus ist Teil des Postulats 12.3672 «Autismus und andere schwere Entwicklungsstörungen. Übersicht, Bilanz und Aussicht», das vom Ständerat im Dezember 2012 angenommen wurde [9]. Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat im November 2013 die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» verabschiedet. Die Strategie wird bereits umgesetzt [10].

1. Einleitung

Ein wichtiger Aspekt der allgemeinen Gesundheit ist die psychische Gesundheit. Sie hat einen starken Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Psychische Krankheiten sind jedoch stark verbreitet und gehören zu den einschränkendsten Krankheitsbildern. Im Jahr 2012 litt rund jede sechste Person in der Schweiz an einer psychischen Erkrankung [1]. Dies zeigt, dass die Förderung und Erhaltung der psychischen Gesundheit sowie die Behandlung von psychischen Erkrankungen grosse gesundheitspolitische Herausforderungen darstellen, die eine intensive Zusammenarbeit zwischen den kantonalen und nationalen Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich, den Leistungserbringern, den Vertretungen der Betroffenen, den Fachverbänden sowie weiteren Akteuren erfordert.

Der vorliegende Bericht basiert auf zwei Aufträgen: Der erste Auftrag folgt aus der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020» und wird vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) getragen. Der zweite Auftrag wurde im Postulat 13.3370 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz» formuliert.

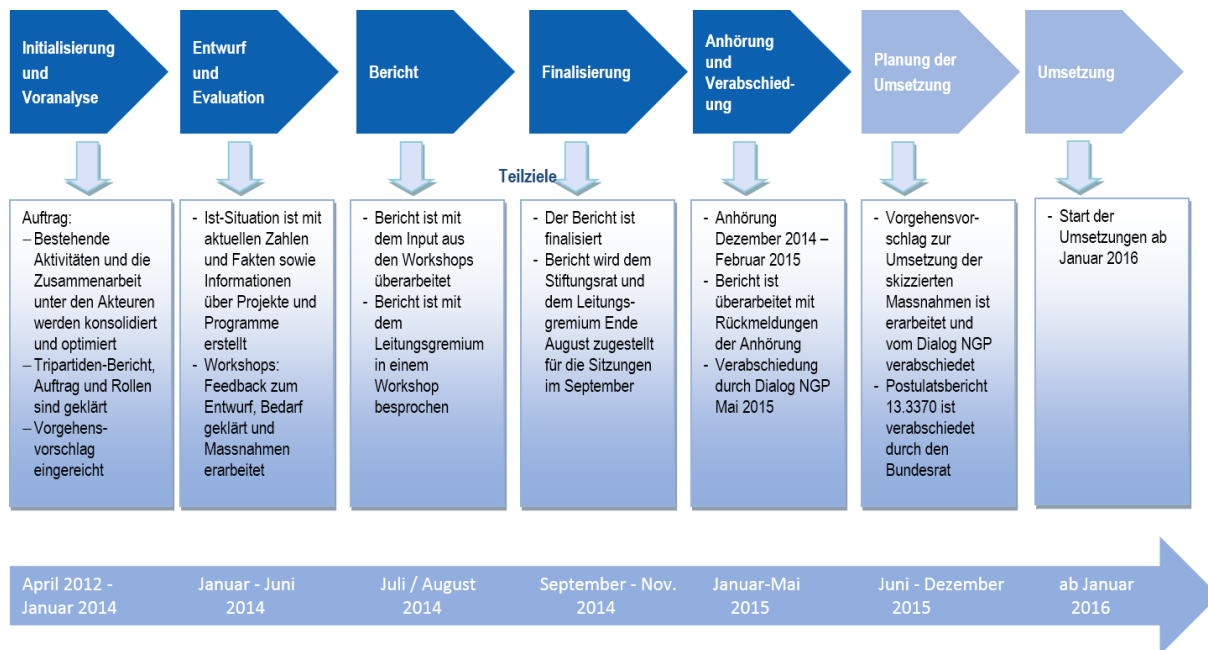
1.1 Auftrag

In Anbetracht der Zunahme chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten hat sich der Bundesrat in seiner Strategie «Gesundheit2020» aus dem Jahr 2013 für die Stärkung und die verbesserte Koordination der bestehenden Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung ausgesprochen. Auf der Ebene der Massnahmen soll dabei nebst den Themen Sucht und nichtübertragbare Krankheiten allgemein auch die psychische Gesundheit angegangen werden. Konkret handelt es sich um die «Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren; dabei soll besonderes Augenmerk dem Ziel gelten, die Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess bei psychischen Problemen zu verhindern» [2].

Vor diesem Hintergrund hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Dialog NGP) – die ständige Plattform von Bund und Kantonen – Ende 2013 beschlossen, dass die Arbeiten zur Stärkung und zur verbesserten Koordination von Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung mit zwei Projekten angegangen werden sollen: Es soll bis 2016 eine allgemeine Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) [3] erarbeitet und bis Ende 2014 ein Bericht zum Bereich Psychische Gesundheit verfasst werden.

Um diesen Bericht erarbeiten zu können, wurde das «Dialog-Projekt Psychische Gesundheit» lanciert und eine Projektgruppe eingesetzt, in der das BAG, die GDK und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vertreten sind. Der Dialog NGP hat die Projektgruppe im November 2013 beauftragt, bis Ende 2014 einen Bericht zu erarbeiten, in dem die aktuelle Situation auf nationaler, regionaler und kantonaler Ebene dargestellt wird. Der Bericht soll zudem den zukünftigen Bedarf an Koordination, strukturellen Anpassungen, Monitoring- und Evaluationsmassnahmen aufzeigen und Projekte im Bereich Psychische Gesundheit definieren. Weiter soll er die Stossrichtung zur Optimierung bzw. Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen, der Zusammenarbeit und der Koordination im Bereich Psychische Gesundheit formulieren und kurz-, mittel- und langfristig ausgerichtete Massnahmen vorschlagen. Ende 2014/Anfang 2015 wurde eine Anhörung zum Entwurf des Berichtes durchgeführt. Der überarbeitete Bericht wurde anschliessend im Mai 2015 dem Dialog NGP zur Verabschiedung vorgelegt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichts



Quelle: BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

1.2 Postulat 13.3370 «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz»

Am 3. Mai 2013 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats das Postulat 13.3370 «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz» [4] eingereicht und am 11. Juni 2013 wurde es vom Ständerat angenommen. Das Postulat fordert, dass der Bundesrat aufzeigt, wie er das umfassende Monitoring des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums «Psychische Gesundheit in der Schweiz» aus dem Jahr 2012 einschätzt und welche konkreten Massnahmen er zu ergreifen gedenkt. Der vorliegende Bericht dient als Basis zur Beantwortung des ständerätlichen Postulats 13.3370. Die Anliegen der Petition «Psychische Gesundheit. Für uns alle – gegen Ausgrenzung» des Vereins «Aktionsbündnis Psychische Gesundheit» [5] wurden dabei berücksichtigt.

1.3 Abgrenzung zu weiteren parlamentarischen Aufträgen

Die Erarbeitung des vorliegenden Berichts sowie der Vorgehensvorschlag zur Umsetzung der skizzierten Massnahmenbereiche (vgl. Kapitel 4) erfordern die Abstimmung mit andern laufenden Arbeiten und bestehenden Strategien auf Bundesebene. Die Abstimmung erfolgt unter anderem mit:

- der Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie): Diese hat zum Ziel, die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten zu verhindern, indem sie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessert und Rahmenbedingungen schafft, die ein gesünderes Verhalten vereinfachen, vor allem in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Tabak und Alkohol. Die Strategie wird als Dachstrategie konzipiert und soll den Akteuren einen Orientierungsrahmen für ihr Handeln und ihren Ressourceneinsatz bieten. Sie fokussiert nicht auf einzelnen Erkrankungen sondern auf deren gemeinsamen Ursachen.
- der Strategie Sucht: Diese setzt sich mit spezifischen Fragen zur Prävention, Früherkennung, Behandlung und Betreuung von Personen mit substanzabhängigen Suchterkrankungen auseinander. Die Strategie Sucht bietet einen übergreifenden Orientierungs- und Handlungsrahmen, der es dem Bund, den Kantonen und weiteren Akteuren ermöglicht, eine untereinander koordinierte Suchtpolitik zu entwickeln. Neben den Themen Alkohol-, Drogen- und Tabakabhängigkeiten befasst sich die Strategie auch mit neueren Suchtformen, wie beispielsweise exzessive Internetnutzung, Geldspiel- oder der Medikamentenabhängigkeit. Zudem nimmt die Strategie Sucht weitere Themen auf,

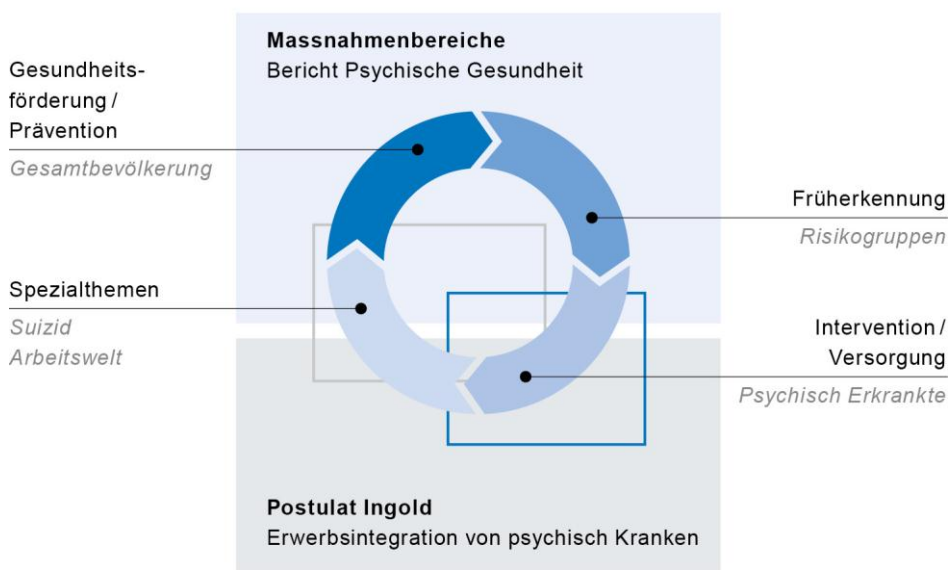
- wie z. B. Gewalt und Unfälle im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen, Übertragung von HIV und Hepatitis durch Drogenkonsum, Kriminalität oder Verschuldung.
- dem Bericht zur Erfüllung des Postulats Stähelins «Zukunft Psychiatrie»: Dieser greift zentrale Aspekte einer zeitgemässen psychiatrischen Versorgung auf. Er beschreibt unter anderem die heute existierende und das künftig anzustrebende Angebot an stationärer und ambulanter Psychiatrie in der Schweiz und zeigt Möglichkeiten zum Ausbau ambulanter Angebote auf.

Des Weiteren dient der vorliegende Bericht als Basis bzw. als Quelle für:

- den Bericht in Umsetzung des Postulats 13.3370 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz»: Das Postulat beauftragt den Bund aufzuzeigen, wie er das umfassende Observations-Monitoring 2012, «Psychische Gesundheit in der Schweiz», wertet und welche konkreten Massnahmen er – unter Berücksichtigung der Petition «Psychische Gesundheit. Für uns alle - gegen Ausgrenzung» – daraus zu ergreifen gedenkt;
- die Beantwortung der Motion 11.3973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen», welche den Bund beauftragt, einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen, der bei den erkannten Hauptrisiken Depression und soziale Isolation ansetzt. Der vorliegende Bericht erfüllt den Auftrag von einem der fünf Arbeitspakete, die im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans definiert wurden;
- das Postulat 14.3191 «Erwerbsintegration von psychisch Kranken», welches den Bundesrat beauftragt, in einem Bericht darzulegen, mit welchen Massnahmen er die psychischen Probleme der heutigen Erwerbsbevölkerung, insbesondere in Bezug auf die Wiederintegration von psychisch kranken IV-Bezüglern in den Arbeitsmarkt, wirkungsvoller angehen will. Dieses Postulat soll im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung beantwortet werden.

Die Themen Demenz und Autismus werden gesondert behandelt. Das Thema Autismus ist Teil des Postulats 12.3672 «Autismus und andere schwere Entwicklungsstörungen. Übersicht, Bilanz und Aussicht», das vom Ständerat im Dezember 2012 angenommen wurde [6]. Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat im November 2013 die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» verabschiedet. Die Strategie wird bereits umgesetzt [7].

Abbildung 3: Bezug des Berichts zu weiteren Berichten



- **Motion Ingold** Suizidprävention / Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen
- **Postulat Stähelin** Zukunft der Psychiatrie

Quelle: BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

1.4 **Begriffsverständnis «Psychische Gesundheit» und thematische Eingrenzung**

Im Kontext der Gesundheitspolitik wird heute Psychische Gesundheit («Mental Health») als Oberbegriff für den Schutz, die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit verwendet [8]. Damit sind – über die Förderung der psychischen Gesundheit hinaus – auch die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen sowie die Schnittstellen zur Versorgung und Betreuung von Personen mit einer psychischen Erkrankung eingeschlossen^A.

Der Hauptfokus des Berichts liegt auf der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Themen der Betreuung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden dabei nur peripher abgedeckt, dies impliziert nicht, dass in diesem Bereich kein Handlungsbedarf besteht. Jedoch werden diese Themen in anderen Arbeiten behandelt, insbesondere im Rahmen des Postulatsbericht Stähelin (10.3255) «Zukunft der Psychiatrie» (vgl. Abbildung 3).

^A Im vorliegenden Bericht wird von Prävention gesprochen, wenn von der Primärprävention im fachlichen Sinne die Rede ist. Der Begriff Früherkennung bezeichnet die sogenannte Sekundärprävention. Prävention zielt auf die Verminderung von Krankheitsrisiken ab. Demgegenüber hat Gesundheitsförderung das Ziel, die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen zu stärken. Prävention und Gesundheitsförderung ergänzen sich damit gegenseitig.

2. Analyse der aktuellen Situation in der Schweiz

2.1 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit umfasst Aspekte wie Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsfähigkeit. Psychisch gesund fühlt sich eine Person, wenn sie ihre intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, die alltäglichen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und in der Gemeinschaft einen Beitrag leisten kann [9].

Psychische Gesundheit ist demzufolge nicht bloss die Abwesenheit einer psychischen Erkrankung. Vielmehr gehören zu einer psychisch gesunden Person ein stabiles Selbstwertgefühl, eine gefestigte Identität bezüglich ihrer verschiedenen Rollen in der Gesellschaft sowie das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle. Des Weiteren empfindet sich eine psychisch gesunde Person in der Regel als optimistisch, zuversichtlich und ausgeglichen. Um sich psychisch gesund zu fühlen, müssen diese Eigenschaften und Emotionen nicht alle und zu jeder Zeit vorhanden sein. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist psychische Gesundheit das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Psychische Gesundheit ist somit nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird [10].

Die psychische Gesundheit lässt sich durch Parameter psychischen Wohlbefindens, psychischer Belastungen sowie psychischer Krankheiten beschreiben. Psychische Belastungen unterscheiden sich von psychischen Erkrankungen dadurch, dass sie auf der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen und nicht zwingend auf einer medizinischen Diagnose beruhen.

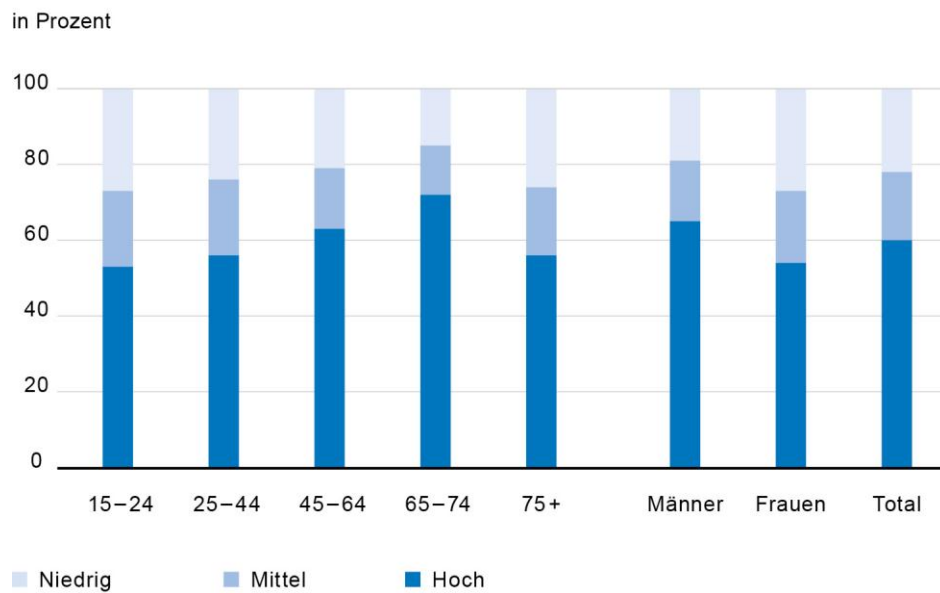
2.1.1 Psychisches Wohlbefinden

Die Mehrheit der Bevölkerung in der Schweiz fühlt sich psychisch und physisch gesund [11]. Gut drei Viertel der Bevölkerung (77 %) geben laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)^B [1] von 2012 an, vital und energiegeladen zu sein (vgl. Abbildung 4) [1]. Die Mehrheit der Bevölkerung (82 %) fühlt sich auch meistens oder immer glücklich. Sie schätzt ihre Gesundheit (83 %) und Lebensqualität (92 %) als gut oder sehr gut ein. Die Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) von 2012 bestätigen diese Angaben: Knapp drei Viertel der Befragten (71,6 %) fühlen sich häufig oder sehr häufig voller Kraft, Energie und Optimismus [12].

Die beiden Befragungen zeigen aber auch, dass das eigene Wohlbefinden von Männern positiver als von Frauen und von älteren Menschen positiver als von jüngeren eingeschätzt wird [1] [12]. In der Zeit von 2004 bis 2012 hat der Anteil der Bevölkerung, der sich häufig oder sehr häufig optimistisch, kraft- und energievoll fühlt, zudem um rund 5 Prozentpunkte abgenommen (von 76,6 % auf 71,6 %). Diese Veränderung ist vor allem auf den Rückgang innerhalb der Kategorie «sehr häufig» zurück-zuführen (von 27,7 % auf 15,7 %) [1]. Bezüglich der Einschätzung des Wohlbefindens zeigen sich auch regionale Unterschiede: In der deutschen Schweiz fühlen sich die Befragten häufiger voller Energie und Vitalität als in der französischen oder italienischen Schweiz [1].

^B Grundgesamtheit ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter von 15 und mehr Jahren ohne diejenigen Personen, die in Kollektivhaushalten leben, und ohne Personen im Asylprozess.

Abbildung 4: Energie und Vitalität nach Geschlecht und Alter 2012

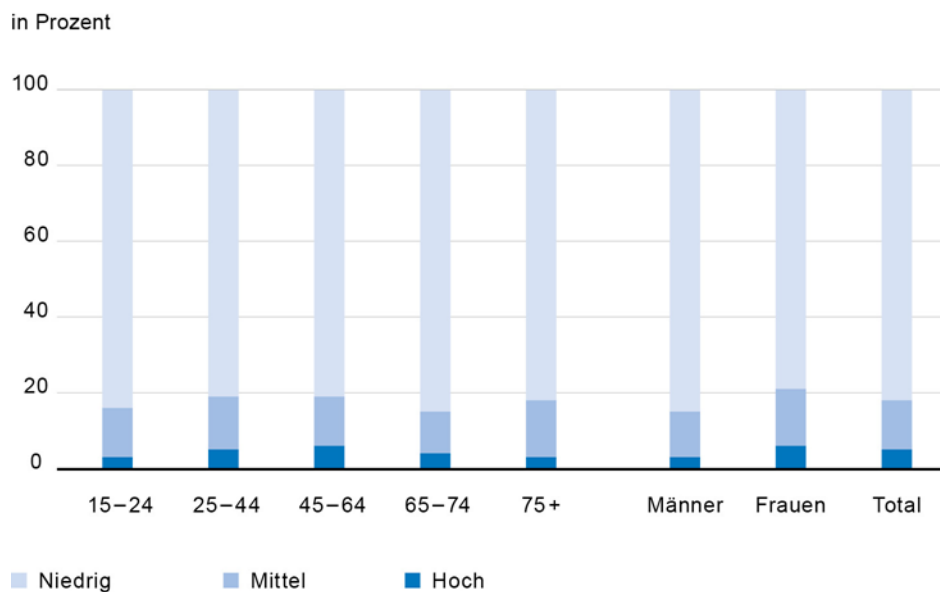


Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, Auswertung BAG

2.1.2 Psychische Belastung

Knapp ein Fünftel der Bevölkerung (18 %) fühlt sich laut Daten der SGB aus dem Jahr 2012 durch psychische Probleme beeinträchtigt (5 % stark, 13 % mittel belastet). Frauen fühlen sich häufiger bedrückt als Männer, jüngere häufiger als ältere Personen (vgl. Abbildung 5). Personen, die ihr Wohlbefinden, das heisst ihre Vitalität oder ihre Gesundheit negativ beurteilen, fühlen sich auch häufiger psychisch belastet. Laut Daten der SGB aus dem Jahr 2012 fühlen sich Befragte in der französischen und italienischen Schweiz häufiger psychisch belastet als in der Deutschschweiz [1].

Abbildung 5: Psychische Belastung nach Geschlecht und Alter 2012



Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, Auswertung BAG

2.1.3 Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen

Das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen ist für die psychische Gesundheit entscheidend. Belastungen und Ressourcen können in der Person selbst liegen oder durch ihr Umfeld bedingt sein. Sie sind somit von aussen und/oder innen wirkende Einflussfaktoren, die physischer, psychischer oder sozialer Natur sein können.

- **Physisch:** Im körperlichen Bereich stehen genetische Veranlagungen im Vordergrund. Bei Depressionen beispielsweise spielt diese Veranlagung eine entscheidende Rolle.
- **Psychisch:** Die Persönlichkeit eines Menschen und damit die Fähigkeit, mit belastenden Situationen umzugehen, werden teilweise bereits in der frühen Kindheit geprägt (vgl. weiter unten).
- **Sozial:** Der Freundeskreis, die Familie, die Gemeinde oder das Team am Arbeitsplatz stellen weitere Einflussfaktoren dar. Sie können eine wesentliche Ressource sein, etwas durch soziale Unterstützung und Wertschätzung; sie können aber auch Ursachen für schwere Belastungen sein, etwa durch Ausgrenzung, (häusliche) Gewalt oder Mobbing.

Das Zusammenspiel dieser Einflussfaktoren ist insbesondere bei kritischen Lebensereignissen wie dem Verlust einer nahestehenden Person (z. B. durch Tod oder Scheidung) oder der Kündigung der Arbeitsstelle entscheidend. Daneben gibt es auch Lebensumstände, die chronisch belastend wirken können, etwa Armut, Arbeitslosigkeit oder fehlende Möglichkeit, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Belastungen können mittels äusserer und/oder innerer Ressourcen (z. B. sozialer Unterstützung, positives Selbstwertgefühl) modifiziert und bewältigt werden [1]. Vielfach können belastende Situationen gut bewältigt werden. Sind die Belastungen jedoch zu erschütternd (z.B. traumatisierende Kriegserfahrung) oder über einen längeren Zeitraum grösser als die Möglichkeiten, diese Belastungen zu ertragen, beeinträchtigt dies die psychische Gesundheit.

Ressourcen können als Schutzfaktoren angesehen werden, die auf unterschiedliche Weise auf die Gesundheit einwirken. Sie können beispielsweise die Bewältigung von Belastungen erleichtern oder dazu beitragen, dass Belastungen gar nicht erst entstehen. Risikofaktoren (z. B. negatives Selbstbild, tiefe internale Kontrollüberzeugung) hingegen erschweren den Umgang mit Belastungen.

Ein wichtiger personaler Schutzfaktor ist die internale Kontrollüberzeugung. Diese bestimmt, inwieweit eine Person glaubt, dass sie das eigene Leben selbst beeinflussen kann. Personen mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung glauben, dass das Auftreten eines Ereignisses vom eigenen Verhalten abhängig ist. Die externale Kontrollüberzeugung beschreibt, inwiefern Personen glauben, dass ihr Leben von äusseren Faktoren wie Zufall, Schicksal etc. oder durch andere Menschen gesteuert wird [13]. Gemäss Daten der SGB 2012 berichten 20,6 % der Befragten eine tiefe internale Kontrollüberzeugung. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Personen eine hohe psychische Belastung aufweisen, ist 18-mal höher als bei Personen mit hoher Kontrollüberzeugung (10,8 % vs. 0,6 %).

Weitere Bewältigungsressourcen sind aktive und konstruktive Krisenbewältigung, emotionale Stabilität, optimistische Lebenseinstellung, positive und zuverlässige Bezugspersonen in der Kindheit, positives Selbstbild und gute soziale Beziehungen und Unterstützung.

Die Tatsache, dass Risiko- und Schutzfaktoren sowohl in der Person als auch in ihrem Umfeld liegen, zeigt, dass die psychische Gesundheit nicht nur vom Individuum, sondern auch von seinem Umfeld abhängig ist. Deshalb kommt den einzelnen Lebensbereichen eine wichtige Rolle zu, so auch der Erwerbstätigkeit, die sowohl als Risiko- als auch als Schutzfaktor wirken kann (vgl. Abschnitt 2.3.1). Fehlenden Schutzfaktoren (z. B. Bewältigungsstrategien) dann können physische, psychische oder psychosoziale Belastungen (z. B. Gewalterfahrung, körperliche Erkrankung, Verlust oder drohender Verlust der Arbeitsstelle, Armut, Haftstrafe) eine psychische Erkrankung auslösen. Die Wahrscheinlichkeit, dass dies geschieht, wird aber auch von der genetischen Disposition beeinflusst.

Die Entwicklungspsychologie über alle Lebensphasen hinweg geht heute davon aus, dass Ressourcen gefördert werden sollen, damit die psychische Entwicklung unterstützt wird und Kinder wie auch Erwachsene herausfordernde, schwierige und auch unerwartete Situationen meistern können. Psychische Gesundheit wird damit nicht als ein Zustand, sondern als Prozess und Ressource verstanden.

Förderlich für eine gesunde Entwicklung sind sensitive, liebevolle und konstante Bindungspersonen vor

allem in der frühen Kindheit [14, 15]. Diesem Umstand ist auch bei der Förderung von psychischer Gesundheit Rechnung zu tragen [16]. Dabei sollen die eigenen Wünsche und Rechte der Kinder altersentsprechend berücksichtigt werden [17].

2.2 Psychische Erkrankung

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. Nachfolgend wird für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit vor allem der Begriff «Psychische Erkrankung» verwendet.

Psychische Erkrankungen sind Beeinträchtigungen des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Meist haben sie mehrere Ursachen (vgl. dazu Kapitel 2.1.3). Eine psychische Erkrankung beeinträchtigt den Alltag und kann sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, körperlicher sowie auf der Verhaltens-ebene auswirken. Oft sind verschiedene Lebensbereiche (Familie, Beruf, Freizeit etc.) betroffen und die Lebensqualität ist vermindert. Die Belastung bzw. der Leidensdruck kann für die erkrankte Person sehr gross sein und betrifft meist auch deren Umfeld. Die Angehörigen, insbesondere Kinder und Partner aber auch Berufskolleginnen und –kollegen sind von einer psychischen Erkrankung mitbetroffen. Vor allem bei nicht angemessener Behandlung können psychische Erkrankungen weitere schwere Folgen haben, bis hin zu Invalidität oder Suizid (siehe Infobox Suizid, Kapitel 2.2.3) [11].

Studien gehen davon aus, dass mehr als ein Viertel der Bevölkerung (27 %) in den EU-27-Staaten, der Schweiz, auf Island und in Norwegen im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Krankheit leidet [18]. Darunter fallen zahlreiche Krankheitsbilder inklusive Demenz- und Suchterkrankungen bzw. Abhängigkeitsstörungen.

Psychische Krankheiten werden unter anderem in dem von der WHO herausgegebenen Klassifikationssystem *International Classification of Diseases* (ICD) (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) klassifiziert. Dieses Klassifikationssystem, das auch körperliche Erkrankungen umfasst, definiert u.a. folgende, hier relevante psychische Erkrankungen:

- **Affektive Störungen:** Diese betreffen vor allem die Gefühlswelt und die Antriebskraft. Dabei handelt es sich um Depressionen, Manien oder bipolare Störungen. Die Leitsymptome einer Depression sind Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit. Eine Manie, der Gegenpol der Depression, ist ein Zustand schier unerschöpflicher Hochstimmung oder rastloser Energie. Er führt zur Erregtheit, einer Ideenflut und zu einem übermässigen Tatendrang. Bei der bipolaren Störung treten Depressionen und Manien alternierend auf. Affektive Störungen haben verschiedene Schweregrade. Sie können lang anhaltend oder in Episoden, einmal oder wiederkehrend, auftreten.
- **Psychosen:** Psychosen führen meist zu einer Veränderung der Persönlichkeit und des Erlebens. Sie gehen mit verschiedenen Formen von Gefühlen einer inneren Aufspaltung bzw. einer inneren Zerrissenheit einher. Die intellektuellen Fähigkeiten sind dabei meist nicht beeinträchtigt. Personen mit Schizophrenie leiden an einer Psychose. Bei der Schizophrenie können verschiedene psychotische Symptome wie Wahn, Halluzinationen oder desorganisierte Sprache auftreten.
- **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:** Bei diesen Erkrankungen werden die Gefühle und die Verhaltensmuster von Symptomen wie Angst und Zwang dominiert. Neurose ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl psychischer Erkrankungen. Unter anderem werden Zwangsstörungen (z. B. Waschzwang), Phobien und Angststörungen zu den Neurosen gezählt. Bei Phobien wird die Angst durch eine eindeutig definierte und eigentlich ungefährliche Situation hervorgerufen. Bei Angststörungen ist die Angst nicht auf spezifische Situationen beschränkt. Belastungsstörungen unterscheiden sich von neurotischen und somatoformen Störungen durch ihre ursächlichen Faktoren. Dies kann ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis sein, welches eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat. Somatoforme Störungen entstehen in einem Wechselspiel

verschiedener biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Teilweise werden somatoforme Störungen spät erkannt und somit verspätet adäquat behandelt.

- **Persönlichkeitsstörungen:** Darunter wird ein umfassendes, überdauerndes, unflexibles Erlebens- und Verhaltensmuster verstanden. Persönlichkeitsstörungen gehören zu den psychischen Erkrankungen, die am schwersten zu behandeln sind und in der Regel jeden Aspekt des persönlichen Lebens beeinträchtigen. Persönlichkeitsstörungen werden nach charakteristischen Merkmalen unterteilt, wobei häufig Überschneidungen vorkommen.
- **Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:** Darunter versteht man psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen, die aufgrund von wiederholtem Konsum gewisser psychotropen Substanzen entstehen. Typische Symptome bei einer Abhängigkeit sind der zwanghafte Drang zum Konsum, verminderte oder fehlende Kontrollfähigkeit des Konsums, Entzugssymptome, Toleranzbildungen, Vernachlässigung anderer Interessen und Weiterführen des Konsums trotz bekannter schädlicher Folgen. ^c

Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen

Laut WHO (2001) weist weltweit eines von fünf Kindern eine psychische Erkrankung oder eine Verhaltensauffälligkeit auf [19]. Gemäss deutschen Untersuchungen beträgt die Prävalenz von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter 17–27 % (mittlere Prävalenz rund 22 %) [20] [21]. Im Kindesalter sind Knaben häufiger klinisch auffällig, in der Adoleszenz dagegen haben Mädchen eine höhere Gesamtprävalenz. Im jungen Erwachsenenalter gleichen sich die Prävalenzen wieder an [22]. Knaben haben häufiger externalisierende Erkrankungen (hyperkinetische Störungen^p, dissoziale Störungen, Störungen aufgrund Substanzgebrauch, Tics, Enkopresis^e), während Mädchen eher zu Essstörungen und psychosomatischen Störungen und ab der Pubertät zu depressiven Erkrankungen und Angststörungen neigen. Unabhängig vom Geschlecht ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung in niedrigeren sozialen Schichten höher [23].

Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind Angststörungen, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens sowie depressiven und hyperaktiven Erkrankungen. Insgesamt liegen oft mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor (Komorbidität). So finden sich beispielsweise bei der Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen auch dissoziale Störungen^f.

Tabelle 2-1: Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in der EU und den USA

in Prozent		
Art der Erkrankung	3 bis 12 Monats- prävalenz	Lebenszeit- prävalenz
Angststörungen	10,4	29
Störungen des Sozialverhaltens (dissoziale Störungen)	7,5	25
Affektive Störungen (depressive Störungen)	4,4	21
Hyperkinetische Störungen	4,4	8

Quelle: Aus Guy Bodenmann, Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie [24] (nach 3 bis 12 Monatsprävalenz nach Ihle & Esser, 2002 [22]; Lebenszeitprävalenz nach Kessler et al. 2005 [25])

^c Störungen von Psyche und Verhalten durch psychotrope Substanzen sowie Demenz werden im vorliegenden Bericht nicht behandelt. Für weitere Informationen siehe Nationale Strategie Sucht 2017-2024 <http://www.bag.admin.ch/sucht/> bzw. Nationale Demenzstrategie 2014-2017 <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>

^d Durchgehende Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität

^e Wiederholtes, freiwilliges oder unfreiwilliges Einkoten ab einem Alter von 4 Jahren

^f Zur psychischen Gesundheit und Krankheit bei Kinder und Jugendlichen in der Schweiz liegen kaum Daten vor, zumal die Gesundheitsbefragung und das Haushaltspanel dieses Alterssegment nicht berücksichtigen.

Prävalenzen im Erwachsenenalter

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter gehören in der Schweiz die Angststörungen (15,8 %).^G Ebenfalls eine hohe Prävalenz haben Depressionen: Laut den Daten der SGB 2012 geben 6,5 % der Befragten an, an einer mittleren bis starken, und 22,2 %, an einer schwachen Depression zu leiden. Da die Daten auf einer Befragung in Privathaushalten beruhen, ist die Häufigkeit der mittleren und starken Depressionen möglicherweise unterschätzt, da erkrankte Personen bei Umfragen oft schwer erreichbar sind und institutionalisierte Personen nicht befragt werden. Frauen und jüngere Personen sind von Depressionssymptomen häufiger betroffen als Männer und ältere Personen. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen eine Zunahme der Behandlungen aufgrund psychischer Beschwerden [1]. Dies kann unter anderem auf eine veränderte Diagnosestellung bzw. Entstigmatisierung bei diesen Erkrankungen zurückgeführt werden (da Betroffene eher zum Arzt gehen), deutet also nicht unbedingt auf eine effektive Zunahme von psychischen Erkrankungen hin. Die Prävalenz ist in der italienischen und der französischen Schweiz höher als in der deutschen Schweiz.

Tabelle 2-2: Prävalenz psychischer Krankheiten in der Schweiz und in der Europäischen Union (EU)

in Prozent			
Kategorie	Mögliche Diagnosen	Prävalenz Schweiz	Prävalenz EU
Affektive Störungen	Alle affektiven Störungen	7,6	7,8
	Mittlere bis schwere Depressionen	6,5	6,9
Schizophrenien und Psychosen	Psychotische Störungen	1,1	1,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen (<i>Neurose</i>)	15,8	14,0
	Somatoforme Störungen	4,7	4,9
Persönlichkeitsstörungen		1,0	0,6–0,7

Quelle: Prävalenz Schweiz aus Maercker A, Perkonig A, Preisig M, Schaller K, Weller M, 2013 [26]; Affektive Störung mittlere bis schwere Depression aus SGB, 2012 [1], Prävalenz EU aus Wittchen et al., 2011 [27]

Depressionen, die in Spitälern und Kliniken behandelt werden sind bei der ausländischen Bevölkerung der Schweiz übervertreten, insbesondere bei den Personen im erwerbsfähigen Alter [28]. Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund des Migrationsprozesses einer Reihe von Belastungen ausgesetzt, die eine Depression und andere psychische Erkrankungen begünstigen können, wie beispielsweise eine Einschränkung der Wahl- und Gestaltungsfreiheit, mangelnde Chancengleichheit, eine schwierige sozioökonomische Lebenssituation oder soziale Desintegration [29].

Ein weiterer Risikofaktor für eine psychische Erkrankung ist die Erfahrung von Gewalt. Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen Gewalt in Paarbeziehungen und psychischen Erkrankungen. Studien zeigen, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen eher Opfer von Gewalt in Paarbeziehungen sind als Frauen ohne psychische Erkrankungen [30]. Dabei kann eine psychische Erkrankung die Vulnerabilität für Gewalt in Paarbeziehungen erhöhen und umgekehrt kann Paargewalt psychische Erkrankungen (mit-)verursachen.

Wie die bundesrätliche Strategie «Gesundheit2020» vermerkt, sollen alle Bevölkerungsgruppen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und auf eine optimale Lebenserwartung haben. Die bestehenden Daten zu psychischen Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung lassen darauf schliessen, dass die Chancen auf eine gute psychische Gesundheit in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Bestimmte Bevölkerungsgruppen tragen ein höheres Risiko, an einem psychischen Leiden zu erkranken. Dazu gehören: Alte Menschen, Migranten und Migrantinnen und deren Kinder, Asylbewerberinnen und –bewerber, Alleinerziehende und deren Kinder, Behinderte, Angehörige psychisch erkrankter Menschen, Personen, welche Opfer von Gewalt sind, Arbeitslose sowie Empfängerinnen und Empfänger

^G Agoraphobie, generalisierte Angststörungen, soziale und spezifische Phobien.

von Sozialhilfe [31, 32, 33, 34].

2.2.1 Komorbidität

Das gleichzeitige Vorliegen von mehr als einer Erkrankung (Komorbidität) ist bei psychischen Belastungen und Erkrankungen häufig. Dies können einerseits psychische Krankheiten sein: Hier sind insbesondere Kombinationen von affektiven Erkrankungen (wie z. B. Depressionen) und Angststörungen oder Suchterkrankungen zu beobachten. Andererseits gehen psychische Erkrankungen häufig mit (chronischen) körperlichen Erkrankungen einher [11]. Laut Daten der SGB aus dem Jahr 2007 zeigen drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung und zwei Drittel der Personen mit mittleren bis starken Depressionen auch starke körperliche Beschwerden. Das Auftreten von Herzkrankheiten, Krebserkrankungen oder Diabetes bei Personen mit einer Depression ist beispielweise rund 20-mal häufiger als bei Personen ohne Depression [35]. Psychische Erkrankungen sind zudem oft mit Schlafstörungen verbunden [36]. Von dieser Beschwerdekombination berichten Frauen häufiger als Männer. Mit zunehmendem Alter gehen starke psychische Belastungen oder starke depressive Symptome sehr häufig mit schweren körperlichen Beschwerden einher [11].

Angesichts der demographischen Entwicklung in der Schweiz werden diese Komorbiditäten zunehmend vorkommen. Psychische Störungen können körperlichen Krankheiten vorausgehen oder auch von diesen ausgelöst werden [11]. Bei somatischen Patienten können sekundärpräventive Massnahmen angemessen sein, damit diese keine psychische Zusatzerkrankung entwickeln. Bei Patienten mit psychischen Erkrankungen ist der Entwicklung von somatischen Krankheiten nach Möglichkeit entgegenzuwirken.

2.2.2 Folgen von psychischen Krankheiten

Psychische Erkrankungen haben sowohl Auswirkungen auf die betroffenen Personen als auch auf deren Umfeld. Häufige Auswirkungen sind eine verminderte Lebensqualität sowie Invalidität (vgl. Abschnitt 2.3.1 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz); darüber hinaus kann Stigmatisierung der Betroffenen zu einer Chronifizierung der Erkrankung und zu einer verminderten Heilungschance führen.

Stigmatisierung

Stigmatisierung wird als pauschalisierte Zuschreibung von körperlichen, psychischen, sozialen oder verhaltensbezogenen Merkmalen verstanden. Dabei werden einer Person diese Eigenschaften von Dritten zugeschrieben. Die Folge davon ist, dass die Person dadurch von den anderen unterschieden, herabgesetzt oder ausgegrenzt wird. Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen kann von aussen und/oder von innen erfolgen. Die Stigmatisierung «von aussen» besteht in Vorurteilen sowie in der Diskriminierung der Betroffenen durch die Gesellschaft. Verschiedene Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung Vorbehalte gegenüber psychisch Erkrankten hat und auch Fachpersonen von Stigmatisierung nicht immer frei sind [37, 38]. Dabei werden psychisch erkrankte Menschen als gefährlich, gewalttätig und unberechenbar empfunden [39]. Oft wird ihnen mit Angst begegnet oder/und es wird mit sozialer Distanz zu Betroffenen reagiert, wobei diese Distanzierung bei Schizophrenie, Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit grösser ist als bei Depression und Angststörungen [40]. Des Weiteren zeigt sich Stigmatisierung auch auf sozialpolitischer Ebene, so bestehen Ungleichheiten bei der Krankenversicherung, Diskriminierung im Wohnungswesen und im Arbeitsmarkt. Aufgrund von Stigmas kann es zu Mobbing, Ausgrenzung, persönlichen Angriffen und Entmündigungen kommen.

Stigmatisierung «von innen» bedeutet, dass die Betroffenen sich selbst negative Stereotypen zuschreiben. Dies kann unter anderem zu Schamgefühlen und zum Verlust des Selbstwertgefühls führen. Weitere Folgen sind der Verlust von sozialen Netzwerken, Statusverlust und Minderung der Lebensqualität sowie Invalidität [41]. Die Angst vor Stigmatisierung kann auch der Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten im Wege stehen.

Verminderte Lebensqualität

Die Lebensqualität von Personen mit einer psychischen Erkrankung ist deutlich geringer als bei Personen ohne psychische Krankheit, da sie stark von emotionalen Faktoren – hier dem Erleben von Leiden,

Stigmatisierung und Perspektivlosigkeit – beeinflusst wird [11]. Eine Masszahl für die verminderte Lebensqualität ist die Anzahl verlorener gesunder Lebensjahre (DALY)^H, z. B. aufgrund von Behinderung oder vorzeitiger Sterblichkeit. In der Schweiz sind laut WHO (2004) knapp ein Drittel der verlorenen gesunden Lebensjahre (30,4 %) durch psychische Krankheiten verursacht, wobei die Depression die Krankheit mit der höchsten Krankheitslast ist [42]. Eine weitere Studie im Kontext der EU-27-Staaten, der Schweiz, Island und Norwegen ergab ähnliche Werte, wobei der Anteil der psychischen Krankheiten für die verlorenen Lebensjahre etwas niedriger ist (20,2 %) [18].

Belastung der Angehörigen

Die Angehörigen psychisch Erkrankter werden nicht nur emotional gefordert, sondern auch zeitlich und finanziell belastet. Studien zeigen, dass sie über eine schlechtere Gesundheit verfügen, psychisch weniger ausgeglichen sind, häufiger einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren und öfter in somatischen Spitälern hospitalisiert sind [43]. Neben Partnern bzw. Partnerinnen sind insbesondere Eltern, Geschwister oder Kinder psychisch erkrankter Personen betroffen. Nach konservativen Schätzungen haben rund 4 000 Kinder im Kanton Zürich einen psychisch erkrankten Elternteil [44]. Im Kanton Aargau geht man von 2 000 betroffenen Kindern aus [45]. Laut einer Stichtagserhebung in Winterthur^I haben 22 % der behandelten psychisch erkrankten Personen mindestens ein minderjähriges Kind. 8 % der am Stichtag behandelten Kinder und Jugendlichen hatten psychisch erkrankte Eltern [46].

Infobox 1: Suizid

2012 begingen in der Schweiz 752 Männer und 285 Frauen Suizid. Dies entspricht zwei bis drei Suiziden pro Tag. In der Schweiz sterben demnach jährlich fast dreimal mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle. In diesen 1037 Suiziden ist der assistierte Suizid nicht berücksichtigt, der seit 2009 in der Todesursachenstatistik des BFS gesondert ausgewiesen wird. Im Jahr 2012 fanden nach Angaben der Sterbehilfeorganisationen insgesamt 554 assistierte Suizide statt. Die Sterbehilfeorganisation Exit weist aus, dass von den 356 Begleitungen im Jahr 2012 sechs Begleitungen (1,7 %) Menschen mit psychischen Erkrankungen betrafen.

Die Suizidraten in der Schweiz (ohne assistierten Suizid) bewegen sich im europäischen Vergleich im Mittelfeld und sind kantonale unterschiedlich. Kantone mit einem hohen Anteil an städtischer Bevölkerung verzeichnen tendenziell mehr Suizide als ländliche Kantone. Die höchste Rate verzeichnen Appenzell-Ausserrhodon, Basel-Stadt und Bern, die tiefste der Kanton Tessin und die Kantone der Zentralschweiz. Die Suizidrate ist bei Männern höher als bei Frauen und bei älteren Menschen höher als bei jüngeren. Jedoch stellt bei jüngeren Menschen Suizid, gefolgt von Unfällen, die häufigste Todesursache dar. Bei Suizidgedanken und beim Suizidversuch verhält es sich bezüglich Alter und Geschlecht umgekehrt. Da Frauen eher zu «sanfteren» Methoden (Vergiftung, Ertrinken oder Stürze) und Männer im Gegensatz dazu eher zu «härteren» Methoden (Erschiessen oder Erhängen) greifen, enden mehr Versuche der Männer im Tod. Im Kanton Basel-Stadt wurde eine Rate der Suizidversuche von 164 pro 100 000 Einwohner erhoben. Laut Hochrechnungen aus früheren Studien kommt es in der Schweiz zu jährlich mehr als 10 000 Suizidversuchen, in deren Folge die Betroffenen medizinisch behandelt werden. Grund für einen Suizidversuch ist eine tiefe Verzweiflung, und der dominante Affekt ist Depressivität, verbunden mit Wut. Beim vollendeten Suizid sind Todeswunsch, Depression und Hoffnungslosigkeit ausschlaggebend.

Eine psychische Erkrankung ist ein wesentlicher Risikofaktor für einen Suizid. Die Mehrheit der Personen, die Suizid begehen, leiden unter einer psychischen Erkrankung, wobei Depressionen, Schizophrenien, Alkoholerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen eine bedeutende Rolle spielen [47, 48]. Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist ein früherer Suizidversuch. Diese Erkenntnisse sollen in der Suizidprävention berücksichtigt werden. Zur Vorbeugung eines erneuten Suizidversuchs sollen Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen

^H Disability Adjusted Life Years bzw. Anzahl verlorener gesunder Lebensjahre, beispielsweise aufgrund von Behinderung oder vorzeitiger Sterblichkeit.

^I Bei den Leistungserbringern aus dem medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, u.a. Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen, Kliniken, Ambulatorien, Psychiater, Hausärzte, Gynäkologen, Kinderärzte und Jugendanwaltschaft. Für weitere Informationen http://sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/Archiv/KiPEltern_WthurStudie.pdf

haben, konsequent und langfristig nachbehandelt werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, spezifische Behandlungen anzubieten und diese zu evaluieren.

Verantwortlichkeiten und Herausforderungen bezüglich Suizidprävention

Die Hauptverantwortung für die Suizidprävention liegt bei den Kantonen. Einige Kantone haben sich in den vergangenen Jahren in der Suizidprävention engagiert. Beispiele für kantonale Aktivitäten sind:

- Erschwerter Zugang zu Mitteln, z. B. Sicherung von «suicide hot spots» wie Gebäuden, Bahnstrecken oder Brücken zur Verhinderung der Suizide aus grosser Höhe
- Verbesserung der Medienberichterstattung über Suizide
- Kurzfristige Interventionen und Nachbetreuung von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben
- Sensibilisierung und Fortbildung für Schlüsselpersonen und Fachpersonen
- Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung
- Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene
- Kriseninterventionszentren
- Telefonberatungen

Zentrale Herausforderungen bei der Suizidprävention liegen in der Entwicklung einer bisher fehlenden nationalen Koordination – so werden beispielsweise keine *Best-Practice*-Erfahrungen geteilt. Zudem müssen die unterschiedlichen kantonalen Prioritäten und Ressourcenbereitstellung überwunden werden, um Aktivitäten schweizweit umsetzen zu können.

Ausblick

Der politische Druck, in der Suizidprävention auf nationaler Ebene aktiv zu werden, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. In der Folge wurde die Motion Ingold (11.3973) «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» vom Parlament angenommen. Sie fordert den Bund (bzw. das BAG) dazu auf, «einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen, der bei den anerkannten Hauptrisiken Depressionen und soziale Isolation ansetzt und die steigende Suizidrate zu brechen vermag».

2.2.3 Medizinische Versorgung

Nach Schätzungen bleibt in den industrialisierten Ländern rund ein Drittel bis die Hälfte der psychisch erkrankten Menschen unbehandelt. Dies rührt daher, dass die Krankheit von Fachpersonen entweder nicht erkannt wird und/oder die Betroffenen keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen [49]. Eine Studie des Obsan zeigt, dass gesamtschweizerisch rund dreimal weniger Behandlungen aufgrund einer Depression verzeichnet wurden als Personen (gemäss Schätzungen) davon betroffen sind. Zum andern weisen die Selbstangaben von Personen mit wahrscheinlicher Depression aus der SGB darauf hin, dass nur rund ein Drittel der Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Von diesen sind rund ein Drittel bei Psychiatern oder Psychologen in Behandlung, ca. 15% bei Allgemeinärzten (ärztliche Grundversorgung) und weitere acht Prozent bei anderen Leistungserbringern [50].

Bei der Betrachtung aller psychischen Beschwerden zeigt sich, dass die Mehrheit der Behandlungen (80,4 %) durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen erfolgt [1]. Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten hat im ambulanten Bereich in den vergangenen Jahren tendenziell zugenommen. Im stationären Bereich hingegen ist der Anteil der hospitalisierten Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose relativ stabil geblieben [11].

Der ambulante Bereich setzt sich aus hausärztlichen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen sowie aus psychiatrischen Ambulatorien, Tageskliniken und aufsuchenden Diensten (u.a. Spitex) zusammen. 2010 wurde rund ein Drittel der psychiatrischen Diagnosen in Hausarztpraxen gestellt (vorwiegend Abhängigkeitserkrankungen sowie Depressionen) [51]. Die restlichen Diagnosen (61,5 %) wurden in psychiatrischen Praxen gestellt [51].

Der stationäre Bereich umfasst psychiatrische Kliniken, somatische Spitäler sowie sozialmedizinische Institutionen. 2013 wurden in somatischen und psychiatrischen Kliniken 4,9 % der hospitalisierten Personen wegen einer psychischen Erkrankung behandelt [52]. Der häufigste Grund für einen Spitalaufenthalt infolge psychischer Erkrankungen waren affektive Störungen (38,0 %), wobei es sich zu rund 80 %

um eine Depression handelte^J [52]. In den sozialmedizinischen Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen wurden rund 38 % wegen einer psychischen Beeinträchtigung, einer Suchterkrankung oder wegen Eingliederungsproblemen betreut [11].

Die Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012 zeigt, dass rund 5 700 psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten im Jahr 2012 im Umfang von 3 100 Vollzeitstellen tätig waren. Für rund 260 000 Patientinnen und Patienten wurden 3.1 Millionen Konsultationen mit klinisch-bedeutsamen psychischen Erkrankungen durchgeführt. Dabei wird je ein Drittel des Angebots in selbstständiger Praxis, in delegierter Praxis und in ambulanten oder stationären Institutionen erbracht [53].

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Im Jahr 2012 haben sich 5,4 % der Bevölkerung wegen psychischer Probleme behandeln lassen [1], und zwar Frauen häufiger als Männer. Bis zur Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen nimmt der Anteil derjenigen, die sich behandeln lassen, kontinuierlich zu, um anschliessend wieder zu sinken. Am kleinsten ist der Anteil bei den 65-jährigen und älteren Menschen [1]. Junge Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu gleichaltrigen Einheimischen wegen allgemeiner psychischer Probleme oder wegen Depressionen eher seltener in ärztlicher Behandlung. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit von Migrantinnen und Migranten, wegen Depressionen oder anderer psychischer Leiden in Behandlung zu sein, jedoch stark zu [54].

Medikamentenkonsum

Knapp 5 % der Bevölkerung haben im Erhebungszeitraum der SGB 2012 mindestens einmal Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Antidepressiva eingenommen. Der Schlafmittelkonsum ist vor allem im höheren Alter verbreitet [1]. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung erfolgt in ärztlichen Praxen bei knapp der Hälfte mit Psychopharmaka [51]. Die meistverschriebenen Psychopharmaka sind Antidepressiva [11].

2.2.4 Volkswirtschaftliche Kosten

Psychische Erkrankungen verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Diese umfassen direkte Kosten für ambulante und stationäre Behandlung, direkte nicht-medizinische Kosten (z. B. Transportkosten) sowie indirekte Kosten, die unter anderem durch Produktivitätseinbussen oder Arbeitsabsenzen anfallen [18]. Die Kosten der wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen^K in der Schweiz belaufen sich nach Schätzungen auf rund 7,8 Milliarden Franken pro Jahr [26]. Davon betreffen 38,0 % die direkten Gesundheitskosten, 5,7 % die direkten nicht medizinischen Kosten und 56,3 % die indirekten Kosten. Den grössten Teil dieser Kosten verursachen affektive (33,4 %) und psychotische Erkrankungen (28,8 %).

Schätzungen aus anderen Studien kommen auf noch höhere Kosten. So zeigt eine Studie der Universität Zürich, dass Depressionen die Schweizer Volkswirtschaft gesamthaft mit über 10 Milliarden Franken pro Jahr belasten [55] [56]. Je schwerer die Krankheit, desto höher die Kosten. Bei schwerer Erkrankung sind die direkten und indirekten Kosten in etwa gleich hoch. Bei mittelschweren und milden Depressionen verlagert sich dieses Verhältnis in Richtung indirekte Kosten. Pro Jahr und Patient schlägt eine schwere Depression mit ca. 40 000 Franken, eine mittelschwere mit etwa 28 000 und eine milde Depression mit rund 15 000 Franken zu Buche.

Die Studie zur Strukturerhebung der Psychotherapie aus dem Jahr 2013 zeigt, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten im Jahr 2012 Leistungen im Umfang von 406 Millionen Franken im ambulanten Bereich erbrachten. Die Sozialversicherungen (obligatorische Krankenpflegeversicherung, Unfallversicherung/Militärversicherung und Invalidenversicherung) beziehungsweise die öffentliche Hand (Justiz, Sozialhilfe und Opferhilfe) übernahmen dabei rund 70 Prozent der Kosten. Knapp 30 Prozent der Kosten (117 Millionen Franken) wurden privat getragen, das heisst von den Pa-

^J Demenz, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und durch sonstige psychotrope Substanzen werden nicht berücksichtigt.

^K Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen, somatoforme Störungen.

tientinnen und Patienten selbst oder über Zusatzversicherungen abgegolten [53]. Bisherige Hochrechnungen gingen von weitaus höheren Kosten für die privaten Haushalte aus [57].

Wie im Abschnitt zu Komorbidität ausgeführt, gehen Suchterkrankungen häufig mit anderen psychische Erkrankungen einher. Die Kostenfolgen sind gross: Der Alkoholkonsum beispielsweise verursacht jährlich Kosten in Höhe von rund 4,2 Milliarden Franken durch alkoholbedingte Krankheiten, Straftaten und Produktivitätsverluste [58]. Auch somatische Krankheiten können von psychischen Faktoren mit verursacht werden. Dies ist beispielsweise für Beschwerden im Bewegungsapparat wie Rückenschmerzen mehrfach belegt [59]. Das SECO schätzt die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund von Rückenbeschwerden auf 0,97 Milliarden Franken, wenn die Produktionsausfälle hinzukommen, sind es 3,3 Milliarden Franken [60].

Die Förderung der psychischen Gesundheit beugt deshalb nicht nur psychischen Erkrankungen vor, sondern hat auch ein grosses Potenzial, präventiv auf den Sucht- oder den somatischen Bereich einzuwirken und damit erhebliche Kosten zu vermeiden.

2.3 Lebensspannenperspektive

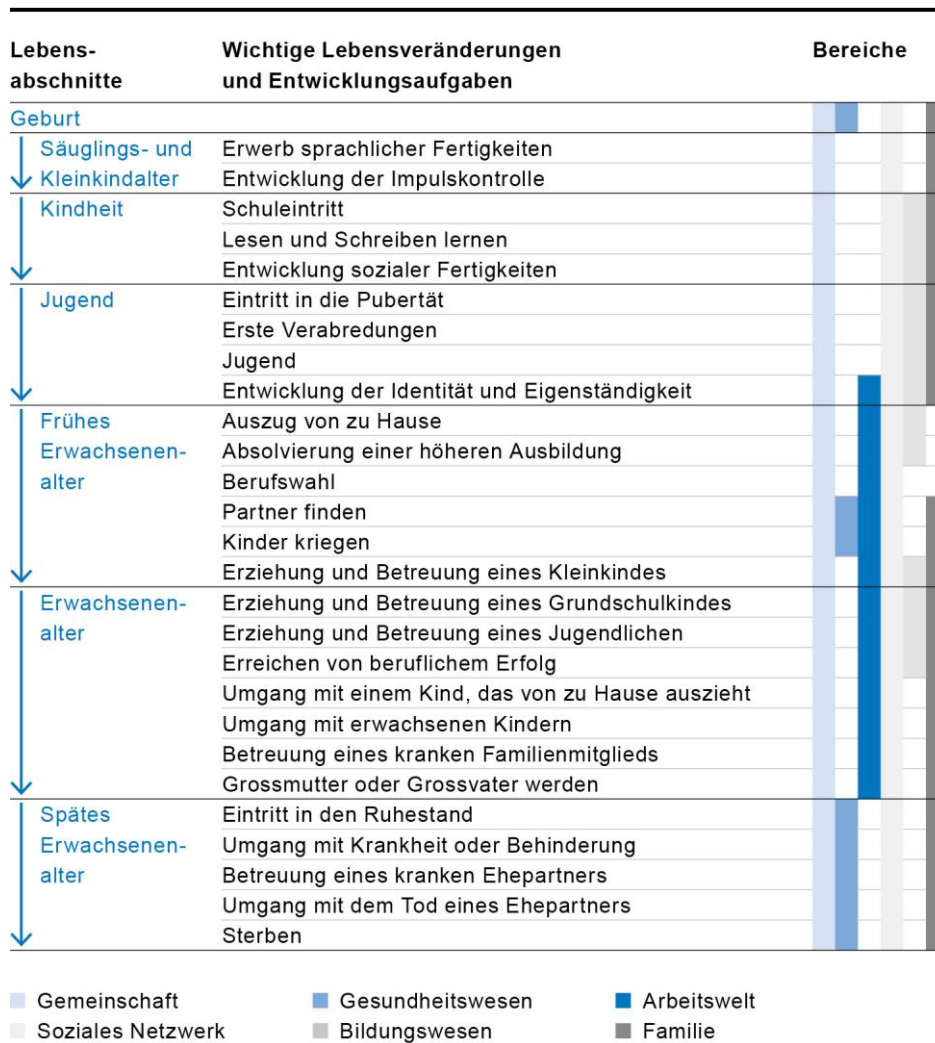
Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen ist eine Sicht über die gesamte Lebensspanne (Geburt, Kindheit, Jugend, frühes Erwachsenenalter, Erwachsenenalter, Alter) wichtig. In den verschiedenen Lebensphasen stehen unterschiedliche Entwicklungsaufgaben an, die mit bestimmten Anforderungen einhergehen. Diese können biologisch (z. B. sexuelle Reifung), sozial/kulturell (z.B. die Einschulung) oder selbstbedingt (z. B. Weiterbildung) sein.

Die Phasen des Übergangs von einer Lebensphase in eine andere sind oft mit Belastungen verbunden und werden daher von manchen Betroffenen als Krisen erlebt. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Lebensveränderungen und Entwicklungsaufgaben stellt für die Bewältigung weiterer Übergänge eine wichtige Ressource dar. Ein Scheitern an diesen Aufgaben kann hingegen ein erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung mit sich bringen. Die Übergangsphasen stellen in diesem Falle so genannte Bruchphasen dar. Ein solcher Bruch kann beispielsweise das Nichtgelingen des Übergangs von der Schule zur Lehre sein.

Abbildung 6 zeigt verschiedene Entwicklungsaufgaben, die in einer bestimmten Phase allgemein als wichtig angesehen werden. Dabei ist anzumerken, dass viele Menschen diesem Lebensverlauf nicht strikte folgen und in einem Umfeld leben, welches die Vielfalt der Lebensentscheidungen und -möglichkeiten unterstützt und/oder fördert, sodass die psychische Gesundheit nicht nachteilig beeinflusst wird [61] [62].

Je nach Phase und Übergang sind unterschiedliche Sektoren oder Settings sowie Bezugs- und Fachpersonen wichtig. So sind beispielsweise bei psychischen Problemen im Kindesalter der Kinderarzt/die Kinderärztin oder der Schulpsychologische Dienst und im Erwachsenenalter eher der Hausarzt/die Hausärztin oder in grösseren Betrieben der Betriebspsychologe bzw. die Betriebspsychologin mögliche Ansprechpersonen. Des Weiteren spielen bei Erwerbstätigen neben dem privaten Umfeld auch die Arbeitgeber und Sozialversicherungen eine wichtige Rolle beim Umgang mit psychischen Problemen am Arbeitsplatz. Im Pensionierungsalter bleibt für viele der Hausarzt eine wichtige Ansprechperson, in manchen Fällen kommen weitere Dienste wie z.B. die Spitex dazu.

Abbildung 6: Wichtige Lebensveränderungen über die ganze Lebensspanne



Quelle: Angepasst von Mrazek & Haggerty, 1994 [61], welche aus Kellam et al., 1957 [62] angepasst ist.

2.3.1 Fokus: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Arbeit spielt sowohl für die Stärkung der psychischen Gesundheit als auch bei der Entstehung psychischer Erkrankungen eine grosse Rolle. Die Erwerbsarbeit ist nicht nur existenzsichernd, sie ist auch für die persönliche Entwicklung, für die Identitätsbildung und die soziale Integration von Bedeutung. Arbeit und die damit verbundenen Aspekte wie Anerkennung und Wertschätzung haben einen hohen Stellenwert für die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter. Dagegen gehen abträgliche Arbeitsbedingungen sowie insbesondere Arbeitslosigkeit oft mit einer Verschlechterung der (psychischen) Gesundheit einher. Ungünstige Arbeitsbedingungen können einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben und auch psychische Probleme und Erkrankungen (mit-)verursachen. Damit Mitarbeitende gesund bleiben und gute Arbeit leisten können, sollte die Arbeit nach gesundheitsschützenden Kriterien gestaltet sein.

Das Arbeitsgesetz (ArG, SR 822.11) hat zum Ziel, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor mit den Arbeitsbedingungen verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schützen. Darin enthalten sind Vorschriften über den allgemeinen Gesundheitsschutz sowie die Arbeits- und Ruhezeiten. Letztere sollen die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen aus gesundheitlichen Gründen vor überlangen oder auf andere Weise beschwerlichen Arbeitszeiten schützen [63]. Die Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz spezifiziert die Pflichten der Arbeitgebenden in Bezug auf den Gesundheitsschutz: Die Arbeitgebenden müssen alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Gesundheitsschutz zu wahren und zu verbessern

und die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmenden zu gewährleisten (Art. 2 Grundsatz). Die Kontrolle über die Umsetzung dieser Bestimmungen obliegt den kantonalen Arbeitsinspektoren. Die Bedeutung der psychischen Gesundheit für die Arbeit belegt auch der Umstand, dass der Schwerpunkt in der Arbeitsinspektion für die Jahre 2014 bis 2018 auf psychosoziale Risiken bei der Arbeit gelegt wurde. Das Ziel dabei ist, die Betriebe für ihre Präventionspflichten zu sensibilisieren. Die Federführung und die Evaluation liegen beim Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).

Es gibt heute schon zahlreiche Betriebe, die sich aktiv mit der Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden auseinandersetzen. Studien belegen, dass diese Aktivitäten wirtschaftliche Vorteile (Produktivitätserhöhung) bringen. Insbesondere in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit sollen die Mitarbeitenden nach Möglichkeit interessante und abwechslungsreiche Aufgaben haben, sie sollten Einfluss nehmen können und am Arbeitsplatz soziale Unterstützung (z.B. Wertschätzung) erfahren. Massnahmen, die diese Faktoren im Betrieb absichern, sollen Absenzen reduzieren und die Bindung der Beschäftigten begünstigen. Diese Ziele werden unter anderem im betrieblichen Gesundheitsmanagement verfolgt (siehe Infobox Betriebliches Gesundheitsmanagement in diesem Kapitel).

Invalidität und psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen^L können, wenn sie zu spät erkannt und nicht adäquat behandelt werden, zu Invalidität führen. Derzeit erfolgen rund 43 % der IV-Berentungen aus psychischen Gründen und stellen somit die häufigste Invaliditätsursache dar. In der Schweiz leidet ca. jeder dritte Bezüger und jede dritte Bezügerin von Invalidenrenten, Arbeitslosenentschädigung oder Sozialhilfe unter einer psychischen Erkrankung. Bei psychisch Erkrankten ist die Arbeitslosenquote zudem mehr als doppelt so hoch wie die Gesamtarbeitslosenquote. Psychische Probleme stellen demnach in der Erwerbsbevölkerung eine grosse Herausforderung auch für das Sozial- und Gesundheitssystem dar.

Der Rentenbestand verringert sich seit 2005 kontinuierlich, obwohl die versicherte Bevölkerung in derselben Zeitperiode von 4.8 Mio. Ende 2005 auf 5.2 Mio. Ende 2013, d.h. um 9% angestiegen ist. Allerdings zeigen die statistischen Auswertungen, dass dieser Rückgang bei einzelnen Altersgruppen und bei bestimmten invaliditätsrelevanten Leiden von Rentnerinnen und Rentnern zum Teil deutlich weniger stark ausfällt. Es wird deutlich, dass der Rückgang an Neurenten der Personen mit psychischen Leiden im Verhältnis zur versicherten Bevölkerung bis 2006 bedeutend geringer ausfiel als bei den übrigen Gebrechen. Seit 2007 verläuft der Rückgang der Neurentner mit psychischen Leiden in etwa parallel zu den übrigen Neurentnern [64]. Der Rückgang der Neuberentungen schliesst jedoch die Altersgruppe der 18-24-jährigen Versicherten nicht mit ein. Deren Rentenquote sinkt nicht proportional zur Neurentenquote und liegt seit 2011 sogar über derjenigen der 25- bis 65-Jährigen [65].

Die hohe Zahl der Neuberentungen unter den 18-24-Jährigen, unter anderem auch derjenigen mit psychischen Erkrankungen, ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Die zunehmenden Anforderungen der Arbeitswelt stellen vor allem für junge Personen mit psychischen Erkrankungen eine Schwierigkeit dar. Eine verbesserte Diagnostik kann für die Zunahme der erkannten psychischen Krankheiten mitursächlich sein. Als Grund für die Zunahme der Diagnosen (z.B. ADHD) wird auch die Tendenz, gesellschaftliche Phänomene aus einer medizinischen Perspektive zu betrachten, diskutiert. Im OECD-Bericht «Mental Health and work: Switzerland» wird zudem auch aufgeführt, dass falsche finanzielle Anreize Eingliederungschancen verringern können. Viele der Anspruchsberechtigten in dieser Altersgruppe erhalten eine ganze Rente und die IV-Leistungen, ergänzt um weitere Transferleistungen (Ergänzungsleistungen), welche im Vergleich zu einem möglichen Verdienst im 1. Arbeitsmarkt hoch sind [66].

^L Unter psychischen Erkrankungen werden in der IV-Statistik die Gebrechenscodes 641–649 subsumiert: Schizophrenie, manisch-depressives Kranksein, organische Psychosen und Leiden des Gehirns, übrige Psychosen; Involutionen, Depressionen, Psychopathie, psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases, einfache psychische Fehlentwicklungen, funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, Alkoholismus, übrige Süchte, übrige geistige und charakterliche Störungen (einschliesslich Sprachentwicklungsstörungen), Oligophrenie

Um möglichst früh intervenieren zu können, sollte daher bereits im Setting von Schule/Ausbildung ein besonderes Augenmerk auf Schulabbrecher und niedrigqualifizierte Jugendliche gelegt werden, da unter diesen Jugendlichen Personen mit einer psychischen Erkrankung übervertreten sind.

Um eine vorzeitige Berentung zu verhindern, ist besonders bei psychischen Erkrankungen Früherkennung zur Vermeidung von Chronifizierungen und allfälligem Arbeitsplatzverlust essentiell [67]. Es ist zudem wichtig, die Betroffenen zu unterstützen und Eingliederungsmassnahmen anzubieten, die nach Möglichkeit bereits parallel zur medizinisch/therapeutischen Behandlung einsetzen. Die Reintegration sowie der Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit sind für den Einzelnen, für die Arbeitswelt und für die Volkswirtschaft zentral.

Zuständigkeiten

In Ergänzung zu den im Arbeitsgesetz (ArG, SR 822.11) vorgeschriebenen Massnahmen wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Massnahmen im Bereich des Gesundheitsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt (siehe Infobox 2 Betriebliches Gesundheitsmanagement). Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung hat das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) einige Impulse gegeben, um die Aufsicht über den Vollzug des Arbeitsgesetzes zu ergänzen. Das Ziel war, den Vollzug im Bereich der psychischen Gesundheitsrisiken durch Sensibilisierungsaktivitäten zu unterstützen. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) hat im Rahmen ihrer Kundenbetreuungsangebote eine Beratung zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufgebaut. Beide Organisationen reagieren auf die Zunahme der Betriebe, die mit psychischen Belastungen bei ihren Mitarbeitenden konfrontiert sind.

Infobox 2: Betriebliches Gesundheitsmanagement

«Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Massnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschliesslich arbeitsbedingter Erkrankungen, Stress und Arbeitsunfälle), Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern» [68].

Zur gesundheitsfördernden Arbeit gehören sinnvolle Arbeitsabläufe, ressourcenorientiertes Führungsverhalten, die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze, eine gute Einführung neuer Mitarbeitender, Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Übereinstimmung zwischen den Anforderungen der Arbeit und den Möglichkeiten, diese zu erledigen. Eine Grundvoraussetzung hierfür bilden die Gewährleistung der Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz. Neben dem Erhalt und der Förderung dieser und anderer Gesundheitsressourcen sind auch die Partizipation der Mitarbeitenden sowie die Systematik des Projektmanagements wichtig.

Die Verminderung von Belastungen (wie zum Beispiel Lärm) spielt ebenso eine Rolle wie der Erhalt und die Förderung der Ressourcen (wie zum Beispiel soziale Unterstützung). Hierbei soll die Verhältnisebene stärker im Fokus stehen als die Verhaltensebene. Die Verhältnisebene bezieht sich auf Arbeitsbedingungen, Strukturen und Prozesse wie zum Beispiel die Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsabläufe, Entscheidungsspielräume sowie die Organisation der Teamarbeit, der Arbeitsaufgaben und der Arbeitsplatzsicherheit. Mehrere dieser Faktoren sind gesetzlich vorgeschrieben, jedoch nicht alle. Die Verhaltensebene fokussiert dagegen auf Einstellungen und Verhaltensweisen individueller Mitarbeitender. Hier bieten sich beispielsweise Programme zur Bewegungsförderung oder zum Bewältigungsverhalten an.

Der Begriff Management wird dann verwendet, wenn die Betriebliche Gesundheitsförderung systematisch umgesetzt wird und nachhaltig im Betrieb verankert ist. Dabei umfasst das Betriebliche Gesundheitsmanagement nicht nur die gesundheitsfördernden Massnahmen (Förderung der Ressourcen), sondern auch die präventiven Aspekte (Vermeidung von Risiken) sowie das Case Management (Vermeiden von Invalidität).

Zahlreiche Unternehmen haben die Vorteile des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erkannt und engagieren sich dafür. Dazu gehören namhafte Schweizer Grossunternehmen wie auch kleinere und mittlere Unternehmen.

Die berufliche Eingliederung von Personen mit psychischen Erkrankungen ist eine Querschnittsaufgabe, die das Gesundheitssystem, das Bildungssystem, das Sozialversicherungssystem und das Arbeitssystem betrifft. Eine besondere Rolle bei der Früherkennung und Eingliederung kommt jedoch der IV zu: Die im Jahr 2008 in Kraft getretene 5. IV-Revision brachte denn auch eine Verstärkung der Eingliederungsorientierung der IV mit sich. Es wurden nicht nur neue Eingliederungsmassnahmen eingeführt, sondern neu ist auch, dass die Eingliederung bei einer frühen Erfassung ansetzt und auf rasche niederschwellige Interventionen ausgerichtet ist. Früherfassung und Frühintervention haben auch einen präventiven Charakter, dienen sie doch dazu, dass Personen mit ersten Anzeichen einer möglichen Invalidität rasch erfasst werden und den Betroffenen mit Hilfe von geeigneten Interventionsmassnahmen einen Verbleib im Arbeitsprozess bzw. eine rasche Wiedereingliederung ermöglicht wird. Ziel der Früherfassung ist es, mit Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, Kontakt aufzunehmen. Neben den Betroffenen selbst, haben auch Familienangehörige oder Arbeitgebende, Ärztinnen und Ärzte, Versicherer (u. a. Kranken-, Krankentaggeld- oder Unfallversicherung, Pensionskasse, Arbeitslosenversicherung) oder die Sozialhilfe die Möglichkeit, zwecks Früherfassung mit der zuständigen IV-Stelle Kontakt aufzunehmen (weitere Informationen siehe Anhang 1).

2.4 Akteure, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten

2.4.1 International

Auf internationaler Ebene besteht heutzutage breiter Konsens darüber, dass die psychische Gesundheit nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes von zentraler Bedeutung ist [11].

Das Thema Psychische Gesundheit nimmt deshalb heute einen festen Platz bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem WHO-Regionalbüro Europa, der Europäischen Union (EU) und der OECD ein. In den vergangenen Jahren wurden auf verschiedenen Konferenzen dieser Organisationen und Gremien Erklärungen und Aktionspläne verabschiedet. Diese internationalen Strategiepapiere und Aktivitäten stellen eine wichtige Grundlage für die konzeptionelle und inhaltliche Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Psychische Gesundheit auf gesamtschweizerischer und kantonaler Ebene dar.

Im Rahmen der 66. Weltgesundheitsversammlung der WHO am 27. Mai 2013 wurde der «Mental Health Action Plan 2013–2020» [69] verabschiedet^M. Der Aktionsplan konzentriert sich auf folgende vier Ziele:

- Verstärkung einer effizienten Steuerung und Governance für psychische Gesundheit
- Bereitstellung umfassender, integrierter und anpassungsfähiger Dienste für psychische Gesundheitsversorgung und soziale Fürsorge in einem gemeinschaftsbezogenen Rahmen
- Implementierung von Strategien zur Förderung und Prävention im Bereich Psychische Gesundheit
- Verstärkung der Informationssysteme, Beweisführung und Forschung im Bereich Psychische Gesundheit

Jedes Jahr organisiert die WHO das Mental Health Gap Action Plan Forum (mhGAP Forum). Dabei wird gemeinsam mit Partnern die Implementierung des Mental Health Action Plans besprochen und vorangetrieben. In diesem Rahmen veröffentlichte die WHO am 5. September 2014 den ersten World Suicide Report unter dem Titel «Preventing suicide – A global imperative» [70]. Der Bericht gibt einen Überblick über die Themen Suizid und Suizidversuche, die aktuelle Situation der Suizidprävention in den einzelnen Ländern und beschreibt Risiko- und Schutzfaktoren für Suizid. Des Weiteren dient er Regierungen, politischen Entscheidungsträgern und anderen Stakeholdern als Anleitung für die Erarbeitung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie.

In der EU sind in den letzten Jahren Plattformen und Netzwerke entstanden, wie beispielsweise der «EU-Kompass for Action on Mental Health and Well-being» [71]. Der EU-Kompass ist ein Instrument

^M Weitere Informationen unter: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/index.html

für den europaweiten Austausch von Informationen über die Situationen und Massnahmen im Bereich der Psychischen Gesundheit.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) veröffentlichte im Juli 2014 das Buch «Making Mental Health Count» [72]. Es entstand in einem dreijährigen Projekt (2010–2013) und untersucht psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und psychische Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern. Der Bericht argumentiert, dass für die Sicherung einer psychischen Gesundheitsversorgung von hoher Qualität noch ein langer Weg vor uns liegt und empfiehlt Schlüsselansätze und –strategien, die zur Bereitstellung einer besseren psychischen Gesundheitsversorgung und zur Schaffung stärkerer psychischer Gesundheitssysteme beitragen können.

Die OECD hat sich auch des Themas «Psychische Gesundheit der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter» angenommen. In der Folge hat sie im Jahr 2012 die Publikation «Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work» [73] veröffentlicht. Dieser Bericht kommt zum Schluss, dass psychische Erkrankungen bei Arbeitnehmenden weit verbreitet sind. Er zeigt, dass die meisten psychisch Erkrankten erwerbstätig sind, viele Erkrankte jedoch keine Stelle finden. Zudem weist der Bericht darauf hin, dass ein grosser Produktivitätsverlust aufgrund psychischer Erkrankungen besteht. Obwohl Behandlungen die Arbeitsergebnisse verbessern können, erhalten viele Betroffene keine Behandlung. Im Januar 2014 wurde der OECD-Bericht «Mental Health and Work: Switzerland» veröffentlicht [74]. In diesem Bericht wird die Situation in der Schweiz analysiert und es werden Empfehlungen zuhanden der diversen Akteure formuliert (siehe auch Kapitel 2.3.1 Psychische Gesundheit und Arbeit und Kapitel 4 Massnahmenbereiche). Ein weiterer Bericht der OECD vom März 2015 befasst sich ebenfalls mit konkreten Strategien für Gesundheit am Arbeitsplatz: «Mental Health and Work: Fit Mind, Fit Job» vermittelt einen politischen Rahmen, um Reformprozesse von öffentlichen Verwaltungen in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Akteuren zu gestalten [75]. Eine bessere Zusammenarbeit der Politikbereiche Bildung, Arbeit, Gesundheit und Soziales soll dazu beitragen, dass Personen mit psychischen Krankheiten besser in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Die einzelnen Länder haben auf die Aktivitäten der übergeordneten Organisationen mit Strategien, Programmen und anderen Aktivitäten reagiert. Im «Mental Health Atlas 2011», für den Daten aus 184 der 193 WHO-Mitgliedstaaten ausgewertet wurden, wird festgehalten: «60 % der Länder geben an, über eine spezifische psychische Gesundheitspolitik zu verfügen. 71 % besitzen einen psychischen Gesundheitsplan, und 59 % geben an, eine spezifische Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zu haben. Die grosse Mehrheit der Strategie- und Planungsunterlagen wurde ab 2005 genehmigt oder aktualisiert und die grosse Mehrheit der Gesetzestexte ab 2001. Bei den Ländern mit hohem Einkommen ist der Prozentsatz jener, die angeben, über Politik, Plan und Gesetzgebung zu verfügen, viel höher als bei den Ländern mit tiefem Einkommen» [76].

Auf Länderebene wird an dieser Stelle auf drei Beispiele eingegangen, die aufgrund ihrer Vorreiterrolle für die Schweiz von besonderem Interesse sind:

Australien hat bereits 1997 eine nationale Strategie für psychische Gesundheit definiert. Gemeinsam mit der Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) erarbeitete Australien als weltweit eines der ersten Länder einen umfassenden und langfristig evidenzbasierten Referenzrahmen für die Förderung der psychischen Gesundheit und setzte diesen auch um. Im Jahr 2008 hat die australische Regierung bereits den vierten nationalen Aktionsplan («Psychische Gesundheit 2009–2014») verabschiedet [77].

Schottland kommt ebenfalls eine Vorreiterrolle zu. Die schottische Regierung ist im Bereich Psychische Gesundheit sehr aktiv und hat diverse Aktivitäten initiiert, aus denen u. a. Plattformen und Netzwerke entstanden sind, namentlich «HandsOnScotland» [78], «Well Scotland» oder «See me» [79, 80] sowie das «Scottish Mental Health Research Network» [81].

In *Deutschland* wurde im Zeitraum von 2001 bis 2002 erstmals das Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression» in Nürnberg als Modellprojekt durchgeführt. Seither hat sich das Projekt als deutsches [82] und später als europäisches Netzwerk (European Alliance Against Depression, www.eaad.net) etabliert. Ein umfassendes Programm zur psychischen Gesundheit besteht auf bundesweiter Ebene hingegen nicht.

2.4.2 Bund

Für die Prävention und Früherkennung psychischer Krankheiten fehlen auf Bundesebene die spezialgesetzlichen Grundlagen. Das Thema Psychische Gesundheit ist jedoch – im Einklang mit der WHO-Definition des Begriffs Gesundheit – in allen rechtlichen Erlassen, in denen von Gesundheit die Rede ist, implizit eingeschlossen.

Dementsprechend kann der Bund in jenen Bereichen mit Bezug zur Gesundheit, in denen er einen Auftrag hat, beispielsweise Statistik, Arbeitsrecht, Sozialversicherungen und Information der Bevölkerung, auch im Bereich Psychische Gesundheit tätig sein.

Der Bund hat dabei folgende Aufgaben:

- Das Bundesamt für Statistik (BFS) trägt zur Datenlage im Bereich Psychische Gesundheit, psychische Krankheiten und Suizid bei.
- Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) befasst sich im Kontext der IV mit der Eingliederung von Personen, die aufgrund von körperlichen oder psychischen Erkrankungen von Invalidität bedroht oder betroffen sind. Zudem kann der Bund gestützt auf das Gesetz über die Förderung der ausserschulischen Kinder- und Jugendarbeit (Kinder und Jugendförderungsgesetz KJFG) Finanzhilfen gewähren. Eines der Ziele des Gesetzes ist die Förderung des geistigen Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen. Des Weiteren setzt das BSV gemeinsam mit Partnern Jugendschutzprogramme im Bereich der Gewaltprävention sowie im Jugendmedienschutz um.
- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist im Rahmen des Vollzugs des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes im Bereich der Bezeichnung der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Leistungen bei psychischen Erkrankungen tätig.
- Das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) befasst sich sowohl mit psychischen Überbelastungen im Kontext des Arbeitnehmerschutzes sowie der Integration chronisch kranker Personen in der Beschäftigungspolitik.

Des Weiteren engagiert sich der Bund auf Programm- bzw. Projektebene. So hat das BAG das Monitoring der Suizidversuche in der Agglomeration Bern finanziell unterstützt, das durch die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) in den Jahren 2004–2009 durchgeführt wurde. Das BAG hat zudem den 2014 veröffentlichten Bericht «Preventing suicide: A global imperative» [70] der WHO finanziell unterstützt. Weitere Aktivitäten des Bundes erfolgen in Zusammenarbeit mit den Kantonen (siehe Kapitel 2.4.4 ff).

Der Blick auf die parlamentarischen Vorstösse der letzten zwei bis drei Jahre zeigt das grosse politische Interesse am Thema Psychische Gesundheit. Nebst dem Postulat 13.3370 «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz», zu welchem der vorliegende Bericht die Grundlage bildet, sind drei Motionen von Nationalrätin Maja Ingold besonders erwähnenswert. Die Motion 11.3973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» wurde von National- und Ständerat angenommen und soll in der Folge umgesetzt werden. Des Weiteren wurde das Postulat 14.3191 «Erwerbsintegration von psychisch Kranken» am 20. März 2014 und die parlamentarische Initiative «Immer mehr IV-Neurenten für junge Erwachsene?» am 21. März 2014 eingereicht. Beide Vorstösse wurden im Plenum noch nicht behandelt.

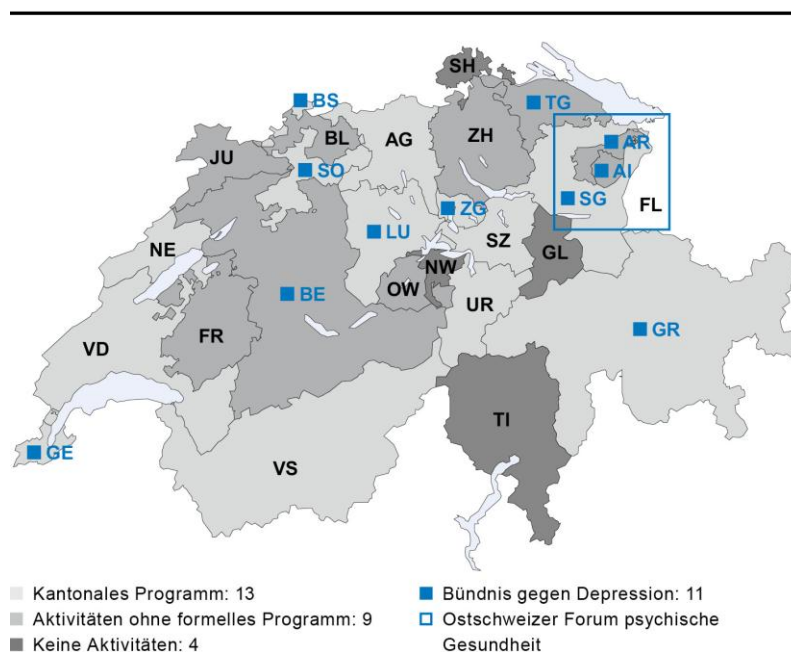
2.4.3 Kantone und Gemeinden

Während auf Bundesebene mangels gesetzlicher Grundlagen bis heute kaum Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zum Thema Psychische Gesundheit umgesetzt wurden, haben in den letzten Jahren fast alle Kantone unter Einbezug von Gemeinden Aktivitäten entwickelt. Den Gemeinden kommt eine grosse Bedeutung zu, da sie über ihre Strukturen (u.a. Schulen, Heime, Väter- und Mütterberatungsstellen) und Verantwortungsbereiche (u.a. im Sozialwesen) den Zugang zu Zielgruppen ermöglichen und bei der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen eine aktive Rolle spielen.

Eine vom Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG) in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) im Frühjahr 2014 durchgeführte Erhebung bei den Kantonen zeigt folgendes Bild (Abbildung 7):

Die Hälfte der Kantone gibt an, über ein umfassendes kantonales Programm «Psychische Gesundheit» zu verfügen. Das heisst, dass der Kanton selber oder über einen Leistungsauftrag ein Programm Psychische Gesundheit durchführt. Beispiele dafür sind Genf, Graubünden oder Zug (siehe Infobox Fallbeispiele). In neun Kantonen laufen Aktivitäten ohne formelles Programm. In diesen Kantonen werden bestimmte Projekte unterstützt bzw. Leistungsaufträge vergeben und/oder der Kanton hat eine koordinierende Rolle. Als Beispiele dienen Freiburg und Zürich (siehe Infobox Fallbeispiele). Weiter haben bis heute elf Kantone das Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression (BgD) übernommen (siehe Infobox: Bündnisse gegen Depression). Einem Teil der Kantone diene das Aktionsprogramm als Einstieg in das Thema Psychische Gesundheit/Psychische Krankheit. Diese Kantone haben nach Abschluss des Aktionsprogramms zumeist ein umfassendes Programm zur psychischen Gesundheit gestartet. Andere führen die BgD parallel zu weiteren Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit durch. In vier Kantonen bestehen heute noch keine Aktivitäten im Themenbereich Psychische Gesundheit.

Abbildung 7: Kantonale Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit (Stand: März 2014)



Quelle: Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (Stand März 2014)

Es zeigt sich, dass die Kantone auf breiter Ebene aktiv sind. Allerdings ist der Umfang und Fokus der Programme und Aktivitäten unterschiedlich. Während einige Kantone thematische Schwerpunkte setzen (z. B. auf bestimmte Zielgruppen oder Settings, die Suizidprävention oder Depression), decken andere Kantone alle Facetten der psychischen Gesundheit inklusive der Behandlung und der Reintegration ab. In den meisten Kantonen ist das Thema in den Gesundheitsämtern angesiedelt, wobei zumeist ein breites Spektrum von den im Themenbereich tätigen Organisationen einbezogen wird.

Eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit findet heute schon zwischen drei Ostschweizer Kantonen statt und ist in der Westschweiz in Planung: St. Gallen, Appenzell-Innerrhoden und Appenzell-Ausserrhoden sowie das Fürstentum Lichtenstein haben sich zum Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit zusammengeschlossen (www.forum-psychische-gesundheit.ch). Das Forum will die bisherige Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Bündnissen gegen Depression in einer breiten, auf die psychische Gesundheit ausgerichteten Form weiterführen. Dabei wird der Entstigmatisierung, der Informationsvermittlung und der Vernetzung der Akteure grosse Bedeutung beigemessen. In der Westschweiz ist ebenfalls geplant, das Thema Psychische Gesundheit interkantonal zu stärken. In einem ersten Schritt soll im Rahmen der «Commission de prévention et de promotion de la santé du GRSP» (CPPS)

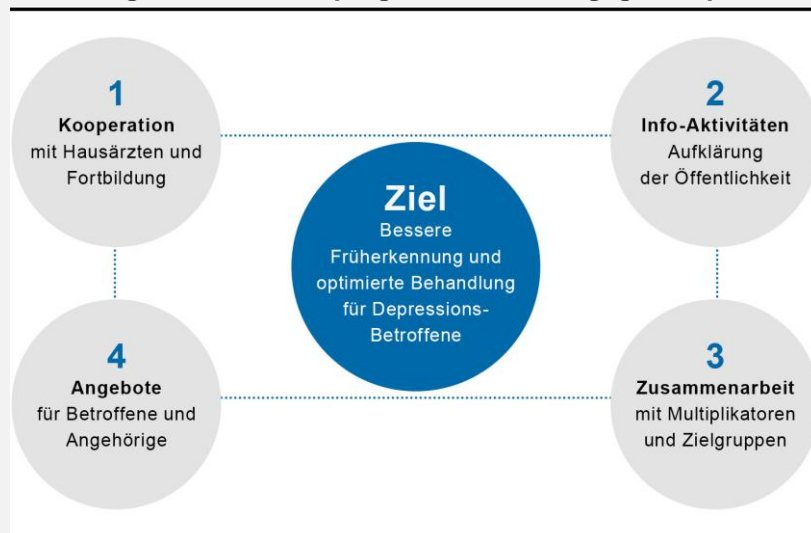
eine Internetplattform aufgebaut werden, die dem Wissensaustausch unter den Westschweizer Kantonen dienen und einen einheitlichen Zugang zum Thema für die Bevölkerung und Professionellen bieten soll.

Über das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG) und die Vereinigung der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF) besteht ein Austausch zu allen kantonalen Aktivitäten. Pro Jahr findet in der Regel ein kantonales Fachtreffen zum Thema Psychische Gesundheit statt. Spezifische Treffen werden auch zu den «Bündnissen gegen Depression» durchgeführt. Es besteht jedoch kein übergeordnetes Rahmenkonzept, das gemeinsame Werte, Strategien und Ziele definiert oder Massnahmen zur Qualität und zum Wirkungsnachweis aufführt. Eine grosse Vielfalt findet sich auch bei den Investitionen für psychische Gesundheit. Die meisten Kantone berichten über finanzielle Engpässe^N und es fehlt an Daten, die einen Vergleich kantonalen Ausgaben erlauben.

Infobox 3: Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression

Das Bündnis gegen Depression (BgD) ist ein Aktionsprogramm zur Prävention, Früherkennung und Optimierung der Behandlung von Depressionen. Dazu sind Aktivitäten auf vier Ebenen vorgesehen (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Das Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression



Quelle: Bündnis gegen Depression

Die erste Ebene betrifft die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten. Ziel ist die Erhöhung ihrer Kompetenz über Fortbildungen zur Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Weiterweisung an Spezialisten.

Auf der zweiten Ebene soll mit Informationsaktivitäten eine bessere Aufklärung der Öffentlichkeit über das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten und damit auch eine Entstigmatisierung der von Depression Betroffenen erreicht werden. Dazu wird mit den drei Kernbotschaften des BgD gearbeitet:

- Depression hat viele Gesichter
- Depression kann jede/n treffen
- Depression ist behandelbar

Auf der dritten Ebene wird eine grossflächige Zusammenarbeit mit Multiplikatoren angestrebt. Multiplikatoren sind Schlüsselpersonen des öffentlichen Lebens (Lehrpersonen, Polizisten/Polizistinnen, Seelsorger/innen, Apotheker/innen, Sozialarbeiter/innen, Pflegende etc.), die mit Depressionsbetroffenen in Kontakt kommen. Die Multiplikatoren werden durch Schulung befähigt, Depression in ihrem Umfeld früh zu erkennen und über Depressionen zu informieren.

^N Workshop Kantone im Rahmen der Berichterstellung, 3. Juni 2014 in Bern

Die vierte Ebene schliesslich stellt Angebote für Betroffene und Angehörige bereit. Beispielweise werden Selbsthilfegruppen aufgebaut und begleitet.

Das Aktionsprogramm BgD wurde in Deutschland von 2000 bis 2002 in Nürnberg und der Kontrollregion Regensburg als Interventionsstudie durchgeführt. Dabei reduzierten sich in der Interventionsregion Nürnberg die Suizidversuche und Suizide im Vergleich mit der Kontrollregion Regensburg signifikant. Derzeit sind in Deutschland über 65 regionale BgD aktiv und das Programm wird in 18 europäischen Ländern umgesetzt. Im Zusammenhang mit der internationalen Verbreitung des BgD wurde mit Unterstützung der EU auch die European Alliance against Depression (www.eaad.net) gegründet.

Für die Schweiz hat das BAG die Nutzungsrechte für das Konzept und die Materialien des Aktionsprogramms BgD in Deutschland erworben. Diese werden unentgeltlich an interessierte kantonale und regionale Bündnispartner abgegeben. Bis heute haben elf Kantone (und das Fürstentum Liechtenstein) sowie eine Krankenversicherung (Helsana) und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) das Aktionsprogramm BgD oder Teile davon in ihre Arbeit integriert. Einige dieser Bündnispartner haben das Aktionsprogramm in der Zwischenzeit abgeschlossen und zu meist weitergehende Programme zur psychischen Gesundheit/Krankheit lanciert.

Infobox 4: Fallbeispiele aus den Kantonen

Wie Abbildung 5 zeigt, haben bereits heute die meisten Kantone Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit entwickelt. Um die Vielfalt dieser Massnahmen zu verdeutlichen, werden im Folgenden fünf Fallbeispiele kurz beschrieben.

Freiburg

Der Kanton Freiburg hat im Jahr 2013 mit der Erarbeitung eines kantonalen Plans zur Förderung der psychischen Gesundheit begonnen. Zurzeit werden die Ergebnisse einer umfassenden Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse im Kanton ausgewertet und die weiteren Eckpunkte des kantonalen Plans ausgearbeitet. Eine interdisziplinäre Steuergruppe ist für die Entwicklung und strategische Leitung des kantonalen Plans zuständig. Die operative Leitung obliegt dem Amt für Gesundheit, dem 20 Stellenprozente für diese Arbeiten zur Verfügung stehen. Im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wurden im Kanton Freiburg Leistungsaufträge an mehrere Partnerorganisationen vergeben. Zudem werden einzelne Projekte mit weiteren Organisationen im Kanton umgesetzt. Wie die Zusammenarbeit mit den Schlüsselakteuren in Zukunft gestaltet sein soll, wird zurzeit ausgearbeitet. Das Thema Psychische Gesundheit wird seit vielen Jahren von verschiedenen öffentlichen und privaten Stellen bearbeitet und ist im kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007–2011 und im Aktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention 2011–2015 als prioritäres Gesundheitsthema definiert und im Regierungsprogramm 2012–2016 verankert.

Genf

Mit dem kantonalen Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression (*Alliance contre la dépression*) startete der Kanton Genf im Jahr 2008 die Umsetzung von spezifischen Aktivitäten im Bereich der Psychischen Gesundheit. Es wurde beispielsweise eine Telefon-Hotline für Betroffene, Angehörige und Betreuungspersonen eingerichtet. Das Bündnis gegen Depression wird von einer interdisziplinären Begleitgruppe geleitet, die sich etwa einmal pro Jahr zum Austausch trifft. Zudem unterstützt der Kanton Genf die Aktivitäten der Bündnispartner mit finanziellen Beiträgen. Das Programm wird noch bis ins Jahr 2015 weitergeführt. Zurzeit sind Abklärungen im Gange, um im Anschluss an das Bündnis einen Aktionsplan zur psychischen Gesundheit (*Plan d'action pour la santé mentale*) umzusetzen. Die operative Leitung des Bündnisses gegen Depression und die Erarbeitung des neuen Aktionsplans fallen in den Zuständigkeitsbereich des Kantonsarztes (*Service du médecin cantonal*). Die Themen Psychische Gesundheit und insbesondere Depression sowie Suizidprävention bei Jugendlichen werden seit vielen Jahren von verschiedenen privaten und öffentlichen Akteuren im Kanton bearbeitet. Wie die Zusammenarbeit mit den Schlüsselakteuren im Kanton in Zukunft gestaltet sein soll, wird zurzeit ausgearbeitet. Die psychische Gesundheit ist seit dem Jahr 2006 als einer von elf Schwerpunkten im Gesundheitsgesetz des Kantons verankert. Zudem wurde die Depression als eines von drei prioritären Gesundheitsthemen im kantonalen Plan zur Gesundheitsförderung und Prävention 2007–2010 und 2011–2015 festgelegt.

Graubünden

Der Kanton Graubünden lancierte im Oktober 2013 das Bündner Programm für Psychische Gesundheit 2013–2016. Die operative Leitung des Programms liegt beim Gesundheitsamt. Das Programm umfasst die vier Handlungsfelder Förderung der psychischen Gesundheit, Früherkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen, Suizidprävention sowie Förderung der Selbsthilfe. Zurzeit konzentriert sich das Gesundheitsamt auf das erste Handlungsfeld und setzt verschiedene Aktivitäten zur Sensibilisierung und Entstigmatisierung sowie zur Förderung der psychischen Gesundheit der Bündner Bevölkerung um. Innerhalb dessen sollen auch die Fähigkeiten zur individuellen Einschätzung der psychischen Befindlichkeit und Selbstregulationstechniken gestärkt werden. Dazu werden Aktivitäten für spezifische Bevölkerungsgruppen angeboten. Im Winter 2013/Frühjahr 2014 wurde beispielsweise ein Pilotprojekt zum Thema Achtsamkeit im Schulalltag in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk der «bewegten Schule» des Kantons Graubünden umgesetzt. Im Juni 2014 fand das Brain Festival statt, das den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Gehirnfunktionen erlebbar machen soll. Im Oktober 2014 wurden Aktionstage für psychische Gesundheit durchgeführt. Diese dienen dazu, die Bevölkerung für die Themen der psychischen Gesundheit zu sensibilisieren, und bieten den verschiedenen Akteuren im Kanton eine Möglichkeit zur Vernetzung und zur Zusammenarbeit.

In Anlehnung an die Kampagne des Kantons Zug wird das Konzept «10 Schritte für psychische Gesundheit» als Grundlage für alle Aktivitäten verwendet. Das Bündner Programm für Psychische Gesundheit beruht auf einem Regierungsratsbeschluss aus dem Jahr 2012 und ist im Regierungsprogramm 2013–2016 verankert. Zudem baut es auf den Erfahrungen des Projekts «Bündner Bündnis gegen Depression» auf, welches in den Jahren 2009–2012 unter Federführung der Psychiatrischen Dienste Graubünden umgesetzt wurde.

Zug

Der Kanton Zug startete im Jahr 2003 als erster Kanton in der Schweiz mit dem Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression (BgD). Jetzt – zwölf Jahre später – setzt der Kanton bereits seine zweite Strategie zur Psychischen Gesundheit um. Die kantonale Strategie hat eine achtjährige Laufzeit (2013–2020) und ordnet die Aktivitäten diverser Akteure den sechs Handlungsfeldern «Sensibilisierung und Entstigmatisierung», «Prävention und Förderung psychischer Gesundheit», «Früherkennung und Frühintervention», «Behandlung», «(Re-)Integration» und «Selbsthilfe» zu. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zug hat die Federführung. Für die Gesamtkoordination der Strategie und des Netzwerks der verschiedenen Akteure ist das Gesundheitsamt zuständig. Das Gesundheitsamt setzte in den letzten Jahren zudem selber gewisse Massnahmen im Handlungsfeld Sensibilisierung und Entstigmatisierung um, so beispielsweise die Kampagne «10 Schritte für psychische Gesundheit». Nebst dem Gesundheitsamt sind viele weitere öffentliche und private Stellen im Kanton Zug für das Thema Psychische Gesundheit zuständig. Diese sind über das Netzwerk «Psychische Gesundheit Zug» miteinander verbunden und der Austausch zwischen den über 40 Partnerorganisationen wird mittels eines jährlichen Treffens gefördert. Das «Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007–2012» beruht auf einem Regierungsratsbeschluss im Jahr 2005. Das Konzept wurde als «Strategie Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2013–2020» verlängert.

Zürich

Zurzeit wird im Kanton Zürich ein Schwerpunktprogramm Suizidprävention ausgearbeitet, in dem 16 bis 20 Projekte in den fünf Handlungsfeldern «Einschränkung der Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln», «Prävention bei Risikogruppen», «Prävention von Imitationshandlungen», «Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren» und «Hilfe in Krisensituationen» umgesetzt werden sollen. Zudem werden im Kanton Zürich aktuell weitere Massnahmen im Bereich der Beratung und Behandlung für spezifische Zielgruppen umgesetzt, so beispielsweise das Projekt wikip für Kinder psychisch kranker Eltern und das Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZinEP). Eine direktionsübergreifende Kommission unter der Leitung des kantonalen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung ist für die Entwicklung und strategische Steuerung des Schwerpunktprogramms Suizidprävention zuständig. Im Rahmen dieser Erarbeitung findet zurzeit ein intensiver Austausch zwischen der Programmleitung und den relevanten Akteuren im Bereich der Suizidprävention statt. Wie diese Zusammenarbeit zukünftig ausgestaltet sein wird, ist noch offen. Das Schwerpunktprogramm Suizidprävention beruht auf einem Regierungsratsbeschluss im November 2011, der die Umsetzung eines Suizidpräventionskonzepts und eine entsprechende Berichterstattung initiierte. Diesem Beschluss gingen rund dreijährige Diskussionen und Verhandlungen voraus. Zentral waren dabei ein Postulat zur Ausarbeitung eines Suizidpräventionskonzepts für den Kanton

Zürich mit Berichterstattung sowie die Erarbeitung eines Grundlagenberichts zur Prävention psychischer Erkrankungen.

Zusammenfassung

Die fünf Fallbeispiele zeigen, dass die Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit und psychischen Erkrankungen schweizweit aufgrund der föderalen Strukturen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind.

Als wichtigste Erfolgsfaktoren wurden von allen fünf Kantonen die Vernetzung und der breite Einbezug der Schlüsselakteure im Kanton genannt. Die Abklärung der Bedürfnisse bei den Akteuren sowie die Zusammenarbeit im Rahmen von gemeinsamen Aktivitäten und der Austausch in institutionalisierten Gefässen stellen eine gute Grundlage dar, um die kantonalen Aktivitäten breit abzustützen und erfolgreich umzusetzen.

Als förderliche Rahmenbedingung zur Bearbeitung des Themas Psychische Gesundheit wurde der politische Rückhalt und Wille genannt. Das Vorhandensein einer guten Datengrundlage sowie die positiven Erfahrungen mit vorhergehenden Projekten wirkten zudem förderlich auf die Erwirkung eines politischen Auftrags. Als inspirierend und hilfreich für die eigene Arbeit gilt auch der Austausch mit anderen Kantonen und in gemeinsamen regionalen und nationalen Netzwerken.

Als Hindernis wurden insbesondere die fehlenden finanziellen Mittel genannt. Auch wenn genügend Ressourcen für die Gesamtkoordination der Programme zur Verfügung stehen, können in vielen Kantonen keine Gelder für zusätzliche Massnahmen aufgewendet oder zugeteilt werden. Dies mindert die Verbindlichkeit der Strategie und hemmt den Handlungsspielraum der Kantone.

Entsprechend wird gewünscht, dass nationale Akteure finanziell gestärkt werden, um Programme, Module oder Informationskampagnen zu entwickeln, von welchen entweder alle Kantone profitieren oder die für die einzelnen Kantone adaptiert werden können. Auch ein Finanzierungsmodell analog zu den kantonalen Aktionsprogrammen «Gesundes Körpergewicht» wurde mehrfach angeregt. Zudem böte aus Sicht einiger Befragter eine nationale Strategie Psychische Gesundheit den Vorteil, dass damit ein gemeinsamer Referenzrahmen für die Arbeit in den Kantonen geschaffen würde.

2.4.4 Bund und Kantone

Seit dem Jahr 2000 ist die Psychische Gesundheit ein Thema von Bund und Kantonen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Dialog NGP). Im Jahr 2004 wurde ein Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung der Schweiz erstellt und einem grossen Kreis zur Konsultation unterbreitet [29]. Dieser Strategieentwurf wurde verabschiedet, jedoch als solcher nicht verbindlich umgesetzt.

2005 wurde im Dialog NGP beschlossen, Psychische Gesundheit auf nationaler Ebene als gemeinsames Thema beizubehalten und sich über aktuelle Entwicklungen auszutauschen. Der NGP beauftragte im gleichen Jahr das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) mit einem Monitoring Psychische Gesundheit^o [11]. Das Obsan erstellt in regelmässigen Abständen für den Bereich der Psychischen Gesundheit relevante Berichte.

In Absprache mit dem Dialog NGP hat das BAG 2006 die von Deutschland lizenzierten Materialien des Aktionsprogramms Bündnis gegen Depression (BgD) zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depression und Suizidalität für die Schweiz erworben. Der Kanton Zug hatte das Aktionsprogramm in den Jahren 2003 bis 2005 bereits erfolgreich eingeführt und gezeigt, dass das Modell mit leichten Anpassungen auf die Schweiz übertragen werden kann. Aufgrund des grossen Interesses liess das BAG die Informationsmaterialien an die kulturspezifischen Bedürfnisse der ausländischen Bevölkerung anpassen und in verschiedene Sprachen übersetzen (siehe Infobox Bündnis gegen Depression im Kapitel 2.3.5) [11].

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) hat in

^o Seither beobachtet und analysiert das Obsan die wichtigsten Fakten zur Situation und Entwicklung der psychischen Gesundheit, der psychischen Erkrankungen und deren Behandlung durch das Versorgungssystem in der Schweiz. Im Vordergrund stehen dabei Analysen im Bereich der Epidemiologie und der Versorgung. In zweiter Linie werden auch die psychische Gesundheit und die Folgen psychischer Erkrankungen für das Versorgungssystem der Schweiz untersucht.

Zusammenarbeit mit dem BAG und mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Jahr 2010 ein «Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit» [83] erarbeitet. 2011 wurde daraufhin das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (www.npg-rsp.ch) gegründet, das von der GDK, dem Bund (BAG, SECO, BSV) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz getragen wird. Das Netzwerk will die Vernetzung, den Wissensaustausch und das Schnittstellenmanagement zwischen möglichst vielen Akteuren und Massnahmen in den Bereichen Psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung verbessern. Dadurch soll die Wirksamkeit bestehender und künftiger Massnahmen erhöht werden (siehe Kapitel 2.4.6).

2.4.5 Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die als Trägerorganisation des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz (NPG) massgeblich in die laufende Zusammenarbeit von Bund und Kantonen involviert ist, hat in ihrer 2006 verabschiedeten langfristigen Strategie das Thema «Psychische Gesundheit – Stress» mit Fokus Betriebliche Gesundheitsförderung als einen von drei strategischen Schwerpunkten definiert. Da Arbeit für die psychische Gesundheit einen zentralen Stellenwert hat, mehr als die Hälfte der Schweizer Wohnbevölkerung erwerbstätig ist und ein Grossteil aller Erwerbstätigen 40 Jahre und mehr im Arbeitsprozess steht, konzentriert sich Gesundheitsförderung Schweiz auf die Betriebliche Gesundheitsförderung. 2012 wurden das Label «Friendly Work Space®» sowie das im Internet verfügbare Stressbarometer S-Tool gemeinsam mit wirtschaftlichen Unternehmen weiterentwickelt. Zudem organisiert die Stiftung die jährlich stattfindende «Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung». Auch im Bereich Monitoring ist die Stiftung aktiv. In Zusammenarbeit mit dem Obsan baut Gesundheitsförderung Schweiz ein so genanntes Einzelindikatoren-Monitoring im Bereich Psychische Gesundheit und Stress auf und erhebt dazu in regelmässigen Abständen Daten zu 18 Indikatoren.

Infobox 5: Fonds Innovative Projekte

Dem Fonds «Innovative Projekte» von Gesundheitsförderung Schweiz steht jährlich eine Million Franken für die finanzielle Unterstützung von Projekten zur Verfügung. Damit fördert die Stiftung neuartige Vorhaben, welche die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung nachhaltig verbessern. Zwischen 2007 und 2013 sind beim Fonds 655 Finanzierungsgesuche eingereicht worden, von denen der Stiftungsrat 221 genehmigt hat. In den vergangenen Jahren verzeichnete der Fonds einen deutlichen Anstieg von Projektgesuchen zur psychischen Gesundheit. Über ein Viertel der vom Fonds seit 2010 unterstützten Projekte bearbeiten denn auch Themen in diesem Bereich.

2.4.6 Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG)

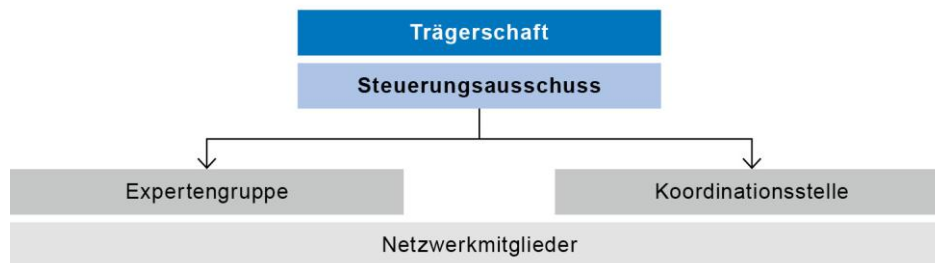
Das NPG ist ein Zusammenschluss von Organisationen, Institutionen und Unternehmen, die sich für die psychische Gesundheit in der Schweiz engagieren. Das Netzwerk ist eine Nonprofit-Organisation ohne eigene Rechtskörperschaft. Grundlage bildet ein Zusammenarbeitsvertrag der Trägerorganisationen (BAG, BSV, SECO, GDK und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz). Es versteht sich als multisektorale gesamtschweizerische Initiative zur Förderung der psychischen Gesundheit und Verminderung psychischer Erkrankungen.

Dazu bietet es eine Plattform für Akteure und deren Aktivitäten an, die insbesondere die Bereiche Prävention psychischer Erkrankungen und Förderung der psychischen Gesundheit betreffen. Das Netzwerk macht so Synergiemöglichkeiten unter den Akteuren und ihren Massnahmen sicht- und nutzbar. Die Akteure werden damit gestärkt und die Wirksamkeit und Effizienz ihrer Massnahmen wird erhöht. Das Netzwerk dient dem Transfer des Wissens über geeignete Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit bzw. Früherkennung von Depression/ Suizidalität, sowie dem Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren im Bereich psychische Gesundheit unter anderem mit folgenden Angeboten:

- interaktive Website als zentrale Plattform zum Wissens-, Informations- und Erfahrungsaustausch
- regelmässige Vernetzungstreffen (u.a. jährliche Netzwerktagung)
- Berichterstattung über relevante Ereignisse und die Ergebnisse wichtiger Treffen im In- und Ausland

Die Organe des Netzwerks sind der Steuerungsausschuss der Trägerschaft, die Koordinationsstelle sowie die Expertengruppe (siehe Abbildung 9). In der Expertengruppe des NPG sind wesentliche Akteure im Bereich Psychische Gesundheit vertreten. Nebst staatlichen Akteuren (z. B. SECO) sind dies Bildungsinstitutionen, Verbände und NGOs.

Abbildung 9: Organisationsstruktur des Netzwerks Psychische Gesundheit



Quelle: Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

2.4.7 Nichtregierungsorganisationen und Fachverbände

Zahlreiche Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sind im Bereich Psychische Gesundheit engagiert. Im Gegensatz zur Bundes- resp. Kantonsebene wirken NGOs oder Fachverbände häufig themenspezifisch, zum Beispiel auf eine bestimmte Krankheit bezogen. Vereinzelt konzentrieren sie sich auch auf eine spezifische Zielgruppe (z. B. Kinder) oder auf ein spezifisches Setting (z.B. Erwerbsarbeit).

Die Aktivitäten der NGOs und Fachverbände sind vielfältig. Sie setzen aufgrund ihrer Erfahrung Projekte und Programme um und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bzw. ihrer Rahmenbedingungen. Dabei gemeinsam ist, dass sie sich für die Anliegen von psychisch erkrankten Menschen und/oder für Angehörige und Fachpersonen einsetzen sowie gegen Vorurteile und Benachteiligungen kämpfen. Für Betroffene und Angehörige werden z. B. kostenlose telefonische Beratungen bei psychischen oder rechtlichen Problemen angeboten oder Entlastungsdienste und Selbsthilfegruppen organisiert. Für Fachpersonen werden Weiterbildungen durchgeführt und Austauschmöglichkeiten geschaffen. Auch bei der Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen und Projekten für Gemeinden oder bei deren Evaluation wird Unterstützung angeboten.

Beispiele für eine erfolgreiche Zusammenarbeit verschiedener NGOs im Bereich Psychische Gesundheit sind das «Schweizer Manifest für Public Mental Health» und die laufende nationale Sensibilisierungskampagne. Das «Schweizer Manifest für Public Mental Health» wurde im Frühjahr 2014 von Public Health Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Psychische Gesundheit sowie weiteren Akteuren erarbeitet. Darin sind Forderungen zu psychischer Gesundheit in der Schweiz formuliert. Das Manifest stellt unter anderem folgende Fragen: Welche Verantwortung sollen Regierungsstellen und NGOs übernehmen? Welche Rolle spielen Unternehmen und welche Rolle die Gesellschaft? Das Manifest wurde am 21. August 2014 an der Swiss Public Health Conference in Olten veröffentlicht und ruft die verschiedenen Akteure zum Handeln auf.

Pro Mente Sana hat gemeinsam mit dem Kanton Zürich, weiteren Kantonen und Partnerorganisationen eine nationale Sensibilisierungskampagne zum Thema Psychische Beeinträchtigung konzipiert. Die Kampagne startete im Herbst 2014 und ist auf drei Jahre angelegt.

2.5 Fazit

Die psychische Gesundheit ist ein wesentliches Element der Lebensqualität. Die psychischen Krankheiten gehören zu den häufigsten und in hohem Mass einschränkenden, nichtübertragbaren Krankheiten. Sie können schwerwiegende Folgen haben, darunter auch Suizid, und verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Schätzungen gehen von Kosten von über 7 Milliarden Franken jährlich aus (ohne Kostenfolgen von Demenzerkrankungen und Suiziden). Risiko- und Schutzfaktoren sind zum einen erworben oder erlernt, zum andern sind sie dem sozialen Umfeld zuzuordnen.

Je nach Lebensphase gestaltet sich das soziale Umfeld anders. So steht zum Beispiel im Kindes- und Jugendalter die Familie im Vordergrund. Die Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit hat eine grosse Wirkung auf die Gesundheit in späteren Lebensphasen. Besonders wirksam sind denn auch Interventionen in spezifischen Lebensphasen bzw. in den Übergangsphasen. Ein Beispiel hierfür ist das Jugendalter mit dem Übergang von der Schule in die Arbeitswelt. Auch dem Setting Arbeitsplatz kommt eine grosse Bedeutung zu, sowohl für die Stärkung der psychischen Gesundheit als auch für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Auch ältere oder von (häuslicher) Gewalt betroffene Menschen bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit: Sie haben ein hohes Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

Die psychische Gesundheit kann verbessert und psychische Erkrankungen können reduziert werden, wenn Individuen und Gesellschaft motiviert und befähigt werden, das Präventions- und Gesundheitsförderungspotenzial in ihrem Wirkungsbereich zu erkennen, zu nutzen und, und sofern notwendig, auszubauen. Die Schnittstellen mit den Versorgungsangeboten sollen optimal ausgestaltet werden. Nicht nur der Gesundheitssektor kann die Voraussetzungen für eine gute psychische Gesundheit verbessern; angesprochen sind auch in hohem Masse die Bildungs-, die Arbeits-, die Sozial-, sowie die Kinder- und Jugendpolitik. Mit der Weiterentwicklung des Themas Psychische Gesundheit auf politischer Ebene kann die Grundlage für Interventionen und Veränderungen auf der Umsetzungsebene geschaffen werden.

An die Aktivitäten auf internationaler, nationaler und kantonaler Ebene im Bereich der psychischen Gesundheit sowie seitens der NGOs kann und soll angeknüpft werden. Es besteht jedoch auf verschiedenen Ebenen Handlungsbedarf. Im Folgenden werden vier Handlungsfelder vorgestellt, die den Bedarf aufzeigen, um die Lücken im Bereich psychische Gesundheit zu schliessen.

3. Bedarfsanalyse und Handlungsfelder

Um den Bedarf für Massnahmen im Bereich der Psychischen Gesundheit abschätzen zu können, stützt sich dieser Bericht auf drei Quellen:

1. Analyse der aktuellen Situation in der Schweiz (vgl. Kapitel 2)
2. Literaturanalyse der Grundlagen- und Positionspapiere von Public Health Schweiz [84], diverser kantonaler Grundlagendokumente, Berichte und Konzepte^P, der Vorarbeiten zum Schweizer Manifest für Public Mental Health von Public Health Schweiz sowie des OECD-Berichts «Mental Health and Work»
3. Drei Workshops, die zwischen dem 19. Mai und dem 3. Juni 2014 durchgeführt wurden und verschiedene Gruppen von Akteuren einbezogen:
 - Bund: Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern diverser Bundesstellen (BAG, BSV, SECO, BFS, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG] sowie das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen [EBGB])
 - NGOs: Workshop mit den Expertinnen und Experten des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz (Mitgliederliste siehe Anhang 2)
 - Kantone: Workshop mit den kantonalen Verantwortlichen für Psychische Gesundheit

Übereinstimmend wird die psychische Gesundheit als für die allgemeine Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bevölkerung eminent wichtig erachtet. Psychische Krankheiten hingegen stellen sowohl für die Betroffenen wie auch deren Angehörige eine Belastung dar, können gravierende Folgen haben und sind mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden.

Aktuell werden bereits zahlreiche Ansätze und Aktivitäten zu Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung im Bereich Psychische Gesundheit umgesetzt. So haben viele Kantone in den vergangenen Jahren spezifische Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit und Verminderung psychischer Krankheiten lanciert; gleichzeitig sind verschiedene NGOs, Gesundheitsförderung Schweiz, Unternehmen und Fachverbände auf diesem Gebiet aktiv. Dennoch bestehen – insbesondere auf nationaler Ebene – Lücken im Bereich Psychische Gesundheit. Bedarf wird vor allem in vier Handlungsfeldern gesehen, die anschliessend erläutert werden (3.1):

- Handlungsfeld 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information
- Handlungsfeld 2: Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
- Handlungsfeld 3: Themenverbreitung und Wissensgrundlage
- Handlungsfeld 4: Strukturen und Ressourcen

Die Massnahmen in den Handlungsfeldern sollen insbesondere dazu beitragen die übergeordneten Ziele des Auftrags zu erreichen. Diese sind unter anderem die Verbesserung der Synergien unter den Akteuren, die Verbesserung der Koordination der bisherigen Aktivitäten im Bereich der Prävention sowie der Früherkennung von psychischen Erkrankungen. Dabei gilt es die Chancengleichheit zu berücksichtigen.

3.1 Handlungsfeld 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information

Die Stigmatisierung psychisch erkrankter Personen ist in der Bevölkerung stark verbreitet [39]. Dies hat Folgen auf zwei Ebenen: Nebst der Diskriminierung und der Ausgrenzung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen (sowie ihrer Selbststigmatisierung) behindert die Stigmatisierung auch die effektive und effiziente Umsetzung von Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Früherkennungs-Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit. Aufgrund von Vorurteilen und stereotypen Vorstellungen von psychischen Erkrankungen ist die Bereitschaft verschiedener Akteure vermindert, sich für Umsetzungsmassnahmen zu engagieren. Das Potenzial von Programmen und Aktivitäten kann in der Folge nur

^P Kantone AG, GE, GR, NE, SZ, TG, UR, ZG, ZH

ungenügend ausgeschöpft werden.

Um Effizienz und Akzeptanz von konkreten Umsetzungsaktivitäten zu verbessern, sind Massnahmen zur Sensibilisierung für die psychische Gesundheit sowie zur Entstigmatisierung von psychisch Kranken eine notwendige Voraussetzung. Damit zusammenhängend muss die Information über psychische Gesundheit und Erkrankungen sowie über die konkreten Angebote in Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Intervention verbessert werden. Die Sensibilisierung betrifft nicht nur die Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen, sondern auch Fachpersonen: Sie sollen besser befähigt werden, psychische Erkrankungen und Suizidalität rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu reagieren.

3.2 Handlungsfeld 2: Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung

Die Umsetzung von Aktivitäten im Bereich der Psychischen Gesundheit erfolgt heute noch stark in einzelnen Settings (z. B. Arbeitsplatz oder Schulen). Dies hat zur Folge, dass kritische Ereignisse, die unter anderem beim Übergang von einem Setting zum anderen auftreten, nicht oder ungenügend begleitet werden können. Es besteht daher seitens der Akteure ein grosses Bedürfnis, eine Lebenslaufperspektive zu pflegen. Danach setzen Prävention und Gesundheitsförderung bei den verschiedenen Lebensabschnitten an, betrachten aber den gesamten Lebenslauf von der Vorgeburtsphase bis zum Sterben. Der Lebenslaufansatz geht davon aus, dass soziale Einflussfaktoren der Gesundheit (soziale Gesundheitsdeterminanten) in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich erlebt werden und daher für die Entstehung von Krankheiten oder die Erhaltung von Gesundheit unterschiedliche Bedeutungen haben. Unter Berücksichtigung dessen lassen sich persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren kontinuierlich fördern und Risikosituationen in den verschiedenen Lebensphasen besser begleiten.

Abbildung 10: Lebensphasen, wichtigste Settings, Übergänge, Risikosituationen und Akteure



Quelle: BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

3.3 Handlungsfeld 3: Advocacy und Wissensgrundlage

Um Vorhaben realisieren zu können, werden Rückhalt und Unterstützung breiter Akteurgruppen benötigt. Dazu gehören nebst der Exekutive (Verwaltung) und der Legislative (Politik) auch Wirtschaftsverbände, Berufsverbände und NGOs. Die Inhalte und Anliegen von Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung sollen daher vermehrt bei diesen Akteurgruppen nachhaltig verankert werden. Dies soll auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- Der Ansatz von «Health in all Policies» kann hilfreich sein, um Inhalte und Ziele der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung insbesondere in den Bildungs- und Wirtschaftssektor einfließen zu lassen. Inhalte zur psychischen Gesundheit können so in bestehende Programme und

Angebote integriert werden. So können mit den Akteuren Best-Practice Beispiele ausgearbeitet und weitervermittelt werden.

- Um Aktivitäten besser begründen zu können, muss das Wissen vertieft werden. Spezifische Fragen zum Bedarf wie auch zur Wirksamkeit von Interventionen müssen wissenschaftlich geklärt werden.
- Aktivitäten werden zudem als Teil einer Versorgungskette wahrgenommen. Um diese effizient zu gestalten, bedarf es der Koordination an den Schnittstellen zu Frühintervention, Behandlung, Rehabilitation, Reintegration und Rückfallprophylaxe.
- Durch sachliche Aufbereitung und Verbreitung (gezielte Kommunikation) von Themen der psychischen Gesundheit können die verschiedenen Akteurgruppen über die Bedeutung und Notwendigkeit von Aktivitäten informiert werden. Dies geht über die Aufgabe von Verwaltungen hinaus und sollte deshalb durch andere Akteure getragen werden.

3.4 Handlungsfeld 4: Strukturen und Ressourcen

Strukturen (Verwaltungseinheiten, Netzwerke, Verbände etc.) und Ressourcen (u.a. Personal, Finanzen) bilden den institutionellen Rahmen, der den Akteuren von Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung eine qualitativ hochstehende Umsetzung ermöglicht. Seitens der Akteure werden die finanziellen Ressourcen als bescheiden empfunden. Dies gefährdet eine nachhaltige Wirkung von Aktivitäten. Die Ursachen der Ressourcenknappheit werden in der fehlenden gesetzlichen Legitimation auf Bundesebene sowie in der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen gesehen (siehe 3.1). Beides führt zu einem Mangel an Rückhalt und Engagement für Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung auf den verschiedenen politischen Ebenen. Seitens der Akteure wird darauf verwiesen, dass mit Art. 118 Abs. 2 Bst. B der Bundesverfassung eine rechtliche Basis für eine künftige Legiferierung in diesem Bereich gegeben ist.

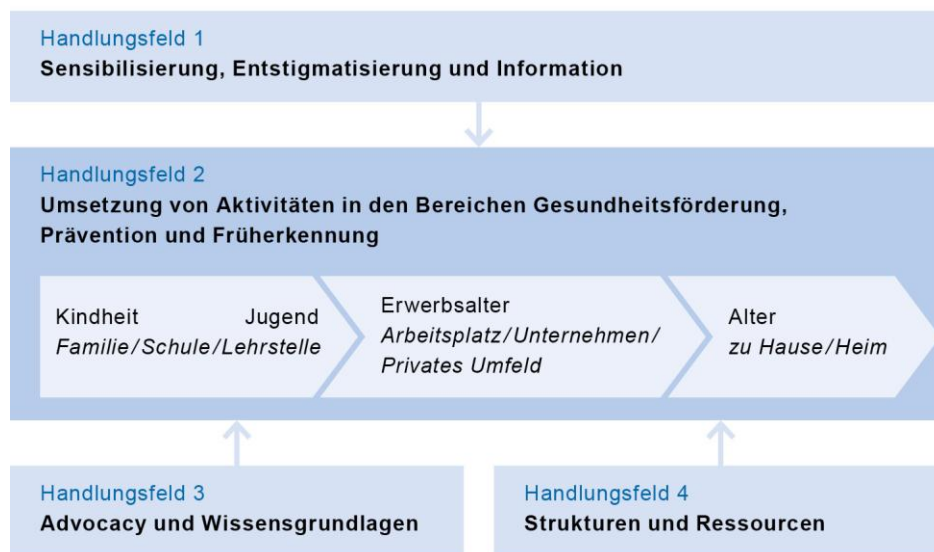
Darüber hinaus besteht ein grosser Bedarf, die Qualität der Aktivitäten zu fördern, den Austausch über gute und funktionierende Massnahmen zu intensivieren und Synergien durch interkantonale Programme zu erzeugen.

Uneinigkeit herrscht unter den Akteuren bezüglich der Frage, ob durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) eine übergeordnete Strategie zu Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung für den Bereich Psychische Gesundheit entwickelt werden soll. Während die einen in einer solchen Strategie eine Form der Legitimation von Massnahmen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene sehen, halten andere eine solche Strategie für unnötig. Sie sind der Ansicht, dass der Fokus stattdessen auf die konkrete Umsetzung bestehender Ansätze und Strategien gelegt werden sollte.

3.5 Übersicht über die Handlungsfelder

Handlungsfeld 1 bietet die notwendige Voraussetzung, um die Realisationschancen und die Wirkung der Aktivitäten zu verbessern (Handlungsfeld 2). Handlungsfeld 3 legt wichtige Grundlagen und bereitet die Umsetzung vor, für die im Handlungsfeld 4 der institutionelle Rahmen gebildet wird.

Abbildung 11: Zusammenspiel der vier Handlungsfelder



Quelle: BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

4. Skizze der Massnahmenbereiche in den Handlungsfeldern

Für die vier Handlungsfelder wurden in den erwähnten Workshops prioritäre Massnahmenbereiche erarbeitet, welche danach in der informellen Anhörung weiter konkretisiert wurden. Im Folgenden werden die Massnahmenbereiche skizziert und anhand von Beispielen verdeutlicht. Massnahmenbereiche und Beispiele orientieren sich an den gegebenen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Die Beispiele haben illustrierenden und keinen verbindlichen Charakter. Als Akteure werden jene Anspruchsgruppen genannt, die bei der Erarbeitung der Massnahme eine wesentliche Rolle spielen. Der Umsetzungsrahmen beschreibt den zeitlichen Rahmen, der zur Realisation anzunehmen ist (kurzfristig: 1–2 Jahre, mittelfristig: 2–4 Jahre, langfristig: 5–10 Jahre). Für alle Massnahmenbereiche gilt, dass auf Vorhandenem aufgebaut und von bestehenden Erfahrungen profitiert werden soll.

4.1 Handlungsfeld 1: Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information

Massnahmenbereich 1	Schweizweite Sensibilisierungskampagnen realisieren	
	In allen drei Landesteilen soll eine Sensibilisierungskampagne realisiert werden. Durch Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema Psychische Gesundheit/Krankheit soll die Fremd- und Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten verringert und die Wirksamkeit von Massnahmen erhöht werden. Dabei sollen bestehende Kampagnen unterstützt und koordiniert werden.	
Akteure	NGOs, Kantone, Berufsverbände und Fachgesellschaften	
Zielgruppen	Gesamtbevölkerung, Risikogruppen, Fachleute	
Umsetzungsrahmen	Kurz- und mittelfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschreibung</u>	Ausbau der Sensibilisierungskampagne von Pro Mente Sana und Kanton ZH, in Zusammenarbeit mit den Kantonen BE, LU, SZ, ZH und mit Unterstützung von BAG, FSP, FMH sowie CORAASP.
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Sensibilisierung und Aufklärung zu psychischer Gesundheit/Krankheit. Verminderung der Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Krankheit.

Massnahmenbereich 2	Informationen zu Grundlagen und Angeboten vermitteln	
	Sachliche Informationen über die psychische Gesundheit sowie über Entstehung und Wesen von psychischen Erkrankungen sollen niederschwellig vermittelt werden. Zudem sollen bestehende Unterstützungsangebote in den Regionen für betroffene Personen und ihre Angehörigen besser zugänglich werden: Sie werden – in Verbindung mit einer Sensibilisierungskampagne – transparent gemacht und entsprechend an die verschiedenen Zielgruppen in den Regionen kommuniziert.	
Akteure	Kantone, Gemeinden, NGOs, Berufsverbände und Fachgesellschaften	
Zielgruppen	Risikogruppen, Betroffene, Angehörige, Fachleute	
Umsetzungsrahmen	Kurz- und mittelfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschreibung</u>	Eine Internetplattform soll über psychische Gesundheit/ Krankheit informieren. Sie soll die bestehenden Unterstützungsangebote

		übersichtlich darstellen und mit diesen verlinkt sein. Grundlage dafür bietet beispielsweise der Wegweiser für psychische Gesundheit im Kanton Bern unter www.psy.ch .
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Aufklärung zu Themen psychischer Gesundheit und Krankheit. Niederschwelliger Zugang zu Angeboten in den Regionen durch Information.

4.2 Handlungsfeld 2: Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung

Massnahmenbereich 3	Bei Lebensphasenübergängen und kritischen Lebensereignissen Unterstützung bieten	
	Übergänge von einem Setting in ein anderes – oder von einer Lebensphase in die nächste – können ebenso Auslöser für psychische Krisen sein wie kritische Lebensereignisse. Um solche Krisen zu verhindern, müssen primär die Ressourcen der betroffenen Zielgruppen gestärkt und die Risiken vermindert werden (Gesundheitsförderung und Prävention). Im Fall von Krisen gilt es, den betroffenen Personen geeignete Unterstützungsangebote machen zu können, wobei es die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse zu berücksichtigen gilt.	
Akteure	NGOs, Kantone, Gemeinden, Schulen, Arbeitgeber	
Zielgruppen	Von Übergängen bzw. kritischen Lebensereignissen betroffene Gruppen und Personen, wie beispielsweise Schülerinnen und Schüler bei Übergängen in den Beruf, Arbeitnehmende vor und nach der Pensionierung, verwitwete Personen, Familien bei der Gründung und in Trennung, Personen, die ihre Arbeitsstelle verloren haben	
Umsetzungsrahmen	Mittelfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschrieb</u>	In Kursen zur Pensionierungsvorbereitung erhalten Personen Unterstützung zu Themen wie Finanzen, Sozialversicherungen, Zeitmanagement, aber auch zu Beziehungsnetz, Aufgaben/Hobbies/Tätigkeiten nach der Pensionierung und Gesundheit.
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Förderung der Lebenskompetenzen und Ressourcen zur Krisenbewältigung (Veränderung ökonomische Situation) Neue Lebensphase (Veränderung der Zeitstruktur) als Chance nutzen.

Massnahmenbereich 4	Massnahmen und Angebote optimieren	
	Nebst den bewährten Massnahmen gilt es spezifische Massnahmen und Angebote auf der Ebene von Gemeinden, Kantonen und Regionen zu optimieren. Dabei soll zunächst die Palette von Massnahmen und Angeboten gesichtet werden, um Defizite (Lücken) und Überangebote (Doppelspurigkeiten) zu identifizieren. In der Folge kann das Angebot entsprechend optimiert werden.	
	Dies trifft insbesondere auf folgende Settings und Zielgruppen zu: Schule, Arbeitsplatz und Unternehmen sowie Familien, alte und betagte sowie gewaltbetroffene Menschen.	

Akteure	Alle	
Zielgruppen	Werdende Eltern, junge Familien, Schülerinnen und Schüler, Arbeitnehmende, alte und betagte Menschen, psychisch erkrankte Personen und deren Angehörige, Arbeitslose sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, Migrantinnen und Migranten, Alleinerziehende und deren Kinder.	
Umsetzungsrahmen	Mittelfristig und langfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschreibung</u>	Angebote für werdende Eltern (Geburtsvorbereitung) und junge Eltern (Mütter- und Väterberatung) sollten um Inhalte zur psychischen Gesundheit erweitert werden.
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Verbesserte Gesundheitskompetenz der Eltern.

4.3 Handlungsfeld 3: Advocacy und Wissensgrundlage

Massnahmenbereich 5	Psychische Gesundheit in bestehende Programme einbringen Psychische Gesundheit hat zahlreiche Schnittstellen zu anderen Gesundheits- und Gesellschaftsthemen. Dazu gehören Sucht, sexuelle Gesundheit, Gewalt, Medienkompetenz oder psychosomatische Beschwerden. Im Sinne von «Health in all Policies» sollen Inhalte zur psychischen Gesundheit in bestehende Programme und Angebote integriert werden. Voraussetzung dafür ist der Ausbau der Vernetzung der Akteure (vgl. dazu auch Massnahmenbereich 7).	
Akteure	Bund, Kantone, Gemeinden, NGOs	
Zielgruppen	vgl. Akteure	
Umsetzungsrahmen	Mittelfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschreibung</u>	Angebote zur Vermittlung von Medienkompetenz an Schulen werden durch Themen der psychischen Gesundheit (u. a. Gewalt, Mobbing) ergänzt.
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Vernetzung und Verbreitung der Inhalte. Eigene Programme zur psychischen Gesundheit nur dort realisieren, wo notwendig.

Massnahmenbereich 6	Wissensbasis und Datengrundlage verbessern Obwohl das Obsan als nationale Institution vorhandene Gesundheitsdaten zur psychischen Gesundheit auswertet, ist die Datengrundlage noch ungenügend. Spezifische Fragen können daher im Schweizer Kontext nicht beantwortet werden. Dies betrifft insbesondere den Bereich der 0-11-Jährigen. Hinzu kommt, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung oft dünn ist und viele der bestehenden Aktivitäten in der Schweiz nicht evaluiert sind. Um diese Situation zu verbessern gilt es zunächst, sich einen Überblick zu verschaffen und Lücken in der Wissensbasis und der Datengrundlage zu identifizieren. Die Aktivitäten des Obsan sollen weitergeführt werden. Daneben können Einzelstudien und breitere Forschungsvorhaben dazu beitragen, die Lücken zu schliessen. Hierzu sollen Hochschulen und Universitäten die für die psychische Gesundheit relevanten Themen auf Ebene Public Health	
----------------------------	---	--

	nachhaltig bearbeiten können. Eine grössere Transparenz und Evaluation der bestehenden Aktivitäten sind in Hinblick auf den Erfahrungsaustausch und die Vermittlung von Evidenz und Best-Practice-Beispielen dringend notwendig.	
Akteure	Universitäten und Hochschulen, Bund, Obsan, Netzwerk Psychische Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz	
Zielgruppe	Alle Akteure im Bereich Psychische Gesundheit	
Umsetzungsrahmen	Mittelfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschreibung</u>	Bedeutung der Phase pränatal bis elf Jahre für psychische Gesundheit soll wissenschaftlich untersucht werden
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Verbesserte Wissensbasis für Interventionen in der Lebensphase 0–11

4.4 Handlungsfeld 4: Strukturen und Ressourcen

Massnahmenbereich 7	Vernetzung der Akteure ausbauen	
	Netzwerke von Akteuren und Anspruchsgruppen sind eine wichtige Ressource, um Strategien zu entwickeln, Aktivitäten zu koordinieren und die Interessen zu organisieren. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Politikbereichen (Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, Soziales, Gleichstellung) durch Information und Koordination verbessert werden.	
Akteure	Bund, Kantone, Gesundheitsförderung Schweiz, Netzwerk Psychische Gesundheit	
Umsetzungsrahmen	Kurzfristig	
Beispiel	<u>Kurzbeschreibung</u>	Die Vernetzungsarbeit des Netzwerks Psychische Gesundheit (NPG) soll weitergeführt und ausgebaut werden. Dabei wird eine verstärkte Vernetzung mit Akteuren in jenen Sektoren angestrebt, die für die psychische Gesundheit wichtig sind.
	<u>Beabsichtigte Wirkung</u>	Psychische Gesundheit in relevanten Feldern anderer Sektoren thematisieren und entsprechende Akteure sensibilisieren.

Massnahmenbereich 8	Finanzierung überprüfen	
	Die Möglichkeiten zur Finanzierung von Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit sind sowohl beim Bund (fehlende gesetzliche Grundlage) wie auch bei den Kantonen (fehlende Ressourcen) stark eingeschränkt. Um die hier vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere in den Handlungsfeldern 1 und 2 zu finanzieren, sind zusätzliche Mittel notwendig. Daher gilt es, den Finanzierungsbedarf zu beziffern, Finanzierungsmöglichkeiten zu evaluieren und die bestehende Finanzierung seitens der öffentlichen Hand, der Wirtschaft, sowie durch Stiftungen und Weiteren zu überprüfen.	
Akteure	Bund, Kantone, Gesundheitsförderung Schweiz	
Umsetzungsrahmen	Kurz- und mittelfristig	

Abbildung 12: Übersicht über die Handlungsfelder und Massnahmenbereiche

Handlungsfelder	Massnahmenbereiche
1. Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information	<ol style="list-style-type: none">1. Schweizweite Sensibilisierungskampagne realisieren2. Information zu Grundlagen und Angeboten vermitteln
2. Umsetzung von Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	<ol style="list-style-type: none">3. Bei Lebensübergängen und kritischen Lebensereignissen Unterstützung bieten4. Massnahmen und Angebote optimieren
3. Advocacy und Wissensgrundlagen	<ol style="list-style-type: none">5. Psychische Gesundheit in bestehende Programme einbringen6. Wissensbasis und Datengrundlagen verbessern
4. Strukturen und Ressourcen	<ol style="list-style-type: none">7. Vernetzung der Akteure ausbauen8. Finanzierung überprüfen

Quelle: BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

5. **Ausblick**

Auf Grundlage des vorliegenden Berichts wird im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik bis im Herbst 2015 ein Vorgehensvorschlag zur Umsetzung der skizzierten Massnahmenbereiche erarbeitet. Der Vorgehensvorschlag soll mit den Arbeiten zu bestehenden Strategien auf Bundesebene (namentlich der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020», der Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD und der Nationalen Strategie Sucht) abgestimmt werden und wird in der Folge dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik vorgelegt.

Weiter dient der vorliegende Bericht als Grundlage für den Bericht in Umsetzung des Postulats 13.3370 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz». Dieser Bericht wird vom Bundesrat nach der Durchführung einer Ämterkonsultation sowie eines Mitberichtverfahrens verabschiedet.

Schliesslich liefert der vorliegende Bericht eine Grundlage zur Beantwortung der Motion 11.3973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» sowie des Postulats 14.3191 «Erwerbsintegration von psychisch Kranken», welches im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung beantwortet wird.

6. Literaturverzeichnis

- [1] Bundesamt für Statistik (BFS), Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html.
- [2] Bundesrätliche Strategie Gesundheit2020, <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>.
- [3] Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD).
- [4] 13.3370 – Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz – Curia Vista – Geschäftsdatenbank – Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament. http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20133370.
- [5] <http://www.aktionsbuendnis.ch>.
- [6] http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20123672.
- [7] <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>.
- [8] Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Psychische Gesundheit. Bern, 2004, S. 27–32.
- [9] World Health Organization (WHO), Investing in Mental Health, Geneva, 2003, S. 7.
- [10] World Health Organization (WHO), 2001a, World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva.
- [11] Schuler, D., Burla, L. (2012), Psychische Gesundheit in der Schweiz, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52).
- [12] FORS Surveys, Schweizer Haushalts-Panel (SHP) 2012, <http://forscenter.ch/de/our-surveys/schweizer-haushalt-panel/>.
- [13] Rotter, Julian B. Psychological Monographs, General and Applied, <http://www.soc.iastate.edu/sapp/soc512Rotter.pdf>, Vol 80(1), 1966, 1–28.
- [14] A. S. Masten und A. Tellegen, „Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study.“ *Development and Psychopathology*, 24, pp. 345-361, 2012.
- [15] R. C. Kessler, K. A. McLaughlin, J. G. Green, M. J. Gruber, N. A. Sampson und A. M. e. a. Zaslavsky, „Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys.“ *The British Journal of Psychiatry*, pp. 378-385, 2010.
- [16] M. Laucht, M. H. Schmidt und G. Esser, „Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.“ *Frühförderung interdisziplinär*, pp. 97-108, 2000.
- [17] UN, „UN-Kinderrechtskonvention sowie Concluding Observations des Committee on the Rights of Children,“ 2015. [Online]. Available: https://www.eda.admin.ch/content/dam/eda/en/documents/topics/Empfehlungen-Ausschusses-Bericht-Uebereinkommens-Rechte-Kindes-2015_EN.pdf. [Zugriff am 10 März 2015].
- [18] Wittchen, H.U. & Jacobi, Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4) : 357–376., F (2005).
- [19] http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.

- [20] Barkman C, Schulte-Markwort M, Brähler E, Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kinder- und Jugendalter, 2004.
- [21] Kuschel, A., Lübke, A., Köppe, E., Miller, Y., Hahlweg, K., & Sanders, M. R., Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Begleitsymptome bei drei- bis sechsjährigen Kindern: Ergebnisse der Braunschweiger Kindergartenstudie, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(2), 97–106., (2004).
- [22] Ihle, W., & Esser, G., Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede, *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169. Doi: 10.1026//0033-3042.53.4.159, (2002).
- [23] Eschmann, S; Weber Häner, Y; Steinhausen, H C , Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4):270–279., (2007).
- [24] G. Bodenmann, Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie, 2013: Huber, 2013.
- [25] R. Kessler , P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. Merikangas und E. Walters, „Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication,“ *Arch Gen Psychiatry*, 62, pp. 593-602, 2005.
- [26] Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K., Weller, M. , The cost of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010, *Swiss Medical Weekly* 2013;143:w13751, (2013).
- [27] Wittchen, H.U., Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al, The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology*, 21: 655–679; c: SGB 2012, (2011).
- [28] Bundesamt für Statistik (BFS) (2008), *Ausländer und Ausländerinnen in der Schweiz*, Neuchâtel.
- [29] Bundesamt für Gesundheit (BAG), *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*, (2004).
- [30] Jonas, S., Khalifeh H., Bebbington P.E., McManus S., Brugha T., Meltzer H., and Howard L.M., Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 189–199, (2014).
- [31] T. Fasel , N. Baer und U. Frick , „Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen,“ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, 2010.
- [32] J. Guggisberg , L. Gardiol , . I. Graf, T. Oesch, K. Künzi, T. Volken, P. Rüesch, T. Abel, S. Ackermann und C. Müller, „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz,“ Bern, 2011.
- [33] T. Maier, M. Schmidt und Müller Julia, „Mental Health and Healthcare Utilization in Adult Asylum Seekers,“ *Swiss Medical Weekly*, 2010.
- [34] C. Moser, D. Nyfeler und M. Verwey, „Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden,“ Zürich, 2010.
- [35] *Obsan Bulletin* 4/2013, S. 5.
- [36] <http://www.schlafzentrum.med.tum.de/index.php/page/schlafstoerungen-bei-psychischen->

erkrankungen.

- [37] Lauber, C., Nordt, C. & Rössler, W., Lay Beliefs About Treatment for People With Mental Illness and Their Implications for Antistigma Strategies, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 50 (12): 745–752, (2005).
- [38] Nordt, C.; Rössler, W. & Lauber, C., Attitudes of Mental Health Professionals Toward People with Schizophrenia and Major Depression, *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714, (2006).
- [39] Lauber, C. & Sartorius, N., At issue: Anti-stigma endeavours, *International Review of Psychiatry*, 19(2): 103–106, 2007.
- [40] M. Angermeyer und S. Dietrich, „Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies,“ *Acta Psychaitr Scand*, pp. 163-79, 2006.
- [41] Schomerus, G., Angermeyer, M. C., Stigmatisierung psychisch Kranker, Stuttgart: Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 5 (6), S. 345–356, (2011).
- [42] http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/.
- [43] Meyer, K. (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht (S. 211–230). Bern: Hans Huber, (2008).
- [44] Projektbericht wikip 2010–2014, <http://www.wikip.ch/>.
- [45] Psychiatrische Dienste Aargau, Ein Gehör für Kinder psychisch kranker Eltern, Medienmitteilung: <http://www.pdag.ch/>.
- [46] Gurny, R. et al, Kinder psychisch kranker Eltern, Winterthurer Studie. Dübendorf, (2006).
- [47] Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M. & Beautrais A., Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood, *Psychological Medicine*, pp 983-993. Doi:10.1017/S0033291704004167, (2005).
- [48] Beautrais, A. L. , Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34: 420–436. Doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00691.x., (2000).
- [49] Kessler, R.C. & WHO World Mental Health Survey Consortium, Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291(21): 2581–2590, (2004).
- [50] Obsan, Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz, Neuenburg: Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie. Obsan Bericht 23, (2013).
- [51] Schweizerischer Diagnosen Index (SDI) 2010.
- [52] Bundesamt für Statistik (BFS), Medizinische Statistik 2013.
- [53] Büro BASS, Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012: Angebot, Inanspruchnahme und Kosten, Ein Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), (2013).
- [54] BAG 2012, Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung, 2010.
- [55] Yuki Tomonaga, Josef Haettenschwiler, Martin Hatzinger, Edith Holsboer-Trachsler, Michael Rufer, Urs Hepp, and Thomas D. Szucs, The Economic Burden of Depression in Switzerland.

- PharmacoEconomics, doi 10.1007/s40273-013-0026-9, 2012.
- [56] S. Wieser, Y. Tomonaga, M. Riguzzi, B. Fischer, H. Telser, M. Pletscher, K. Eicher, M. Trost und M. Schwenkglenks, „Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz,“ Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern, 2014.
- [57] Bundesamt für Statistik (BFS), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Neuchâtel: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2012-350, (2013).
- [58] Polynomics, Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz, S. 13, 2014.
- [59] Duetz M, Burla L, Liewald K, Reichenbach S, Tscherrig M, Abel T, Therapie oder einfach mehr Bewegung? Jedem Rücken seine Mischung, Schweiz Med Forum, 8(15): 275–277, (2008).
- [60] Schweizerischer Nationalfonds , „ NFP53, Nationales Forschungsprogramm Muskuloskeletale Gesundheit – Chronische Schmerzen“.
- [61] Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.), Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research, National Academies Press, (1994).
- [62] Kellam, S. G., Branch, J. D., Agrawal, K. C., & Ensminger, M. E., Mental health and going to school: The Woodlawn program of assessment, early intervention and evaluation, Chicago: The University of Chicago Press, (1975).
- [63] SECO, Wegleitung zum Arbeitsgesetz und zu den Verordnungen 1 und 2, Bern, (2001).
- [64] IV-Statistik 2012.
- [65] OECD-Berechnungen, basierend auf Daten des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), OECD-Bericht (2014), Mental Health and Work in Switzerland.
- [66] PVK (2005).
- [67] N. Bär, U. Frick, T. Fasel und W. Wiedermann, „Schwierige Mitarbeiter - Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche,“ BSV-Forschungsbericht 1/11, 2011.
- [68] Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2011/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf.
- [69] World Health Organization (WHO), Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020, Geneva, 2013.
- [70] World Health Organisation, „Preventing suicide: A global imperative,“ 2014.
- [71] http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm.
- [72] <http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm>.
- [73] OECD Organisation for Economic Co-operation and Development, Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, 2013.
- [74] OECD, „Mental Health and Work: Switzerland,“ OECD-Publishing, 2014.
- [75] OECD, „Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work,“ 2015.

- [76] WHO Weltgesundheitsorganisation, Mental Health Atlas, Geneva: World Health Organization, 2011, S. 11.
- [77] Australian Government, Department of Health, Fourth National Mental Health Plan. An Agenda for Collaborative Government Action in Mental Health 2009–2014, <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-f-plan09-toc>, (2009).
- [78] <http://www.handsonscotland.co.uk/>.
- [79] <http://www.wellscotland.info/>.
- [80] „<https://www.seemescotland.org/>“, [Online]. Available: <https://www.seemescotland.org/> . [Zugriff am 10 März 2015].
- [81] <http://www.smhrn.org.uk/>.
- [82] „www.buendnis-depression.de“, [Online]. Available: www.buendnis-depression.de. [Zugriff am 10 März 2015].
- [83] Schibli, Daniela, Huber Kathrin, Wyss Franz, Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit. Schlussbericht, Bern: GDK, 2010.
- [84] Public Health Schweiz, Grundlagenpapier «Psychische Gesundheit», 2009, Public Health Schweiz, Positionspapier «Suizidprävention im Alter», 2011, Public Health Schweiz, Positionspapier «Entstigmatisierung», 2012; Public Health Schweiz, Positionspapier «Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt», 2013.
- [85] http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113973.
- [86] http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20143191.
- [87] http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20103255.
- [88] Ihle & Esser, Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 2002.
- [89] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE, Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602. Doi:10.1001/archpsyc.62.6.5.
- [90] L. C. und S. N., „At issue: Anti-stigma endeavours,“ *International Review of Psychiatry*, pp. 103-106, 2007.
- [91] M. Ehrensaft und A. Caspi, „Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study.“ *American Journal of Psychiatry*, pp. 885-892, 2006.

7. Anhang

7.1 Anhang 1: Weiterführung IV Frühintervention

Sind nach einer Frühintervention weitere Massnahmen notwendig und liegt eine invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung vor, so kann die IV einer versicherten Person gesetzliche Eingliederungsmassnahmen zusprechen. Darunter fallen die Integrationsmassnahmen, die ein Unterstützungsangebot zur Vorbereitung auf die berufliche Integration darstellen, und die einen schrittweisen Aufbau der auf dem ersten Arbeitsmarkt geforderten Leistungsfähigkeit ermöglichen sollen. Sie sind modular aufgebaut und umfassen Belastbarkeits- und Aufbautraining, sowie auch die durch einen Jobcoach unterstützte Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt. Mit Hilfe der Massnahmen beruflicher Art kann die IV Leistungen zusprechen im Rahmen von Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuch, oder einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder einer Umschulung.

Zentrale Partner im Eingliederungsprozess sind auch die Arbeitgebenden. Es sind in den letzten Jahren zur besseren Einbindung von Arbeitgebern bei der Eingliederung sowohl auf Ebene des BSV als auch der IV-Stellen eine Reihe von Massnahmen ergriffen worden, um die Arbeitgeber für Eingliederungsanliegen zu sensibilisieren und Anreize zum vermehrten Engagement zu setzen, und ihnen bedarfsgerecht Unterstützung bieten zu können.

Neben weiteren Pilotprojekten hat das BSV in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren auch die Projekte Compasso (Informationsportal für Arbeitgebende), FER (Früherfassung und Reintegration) und ConCerto (Koordination der Integrationsbemühungen in komplexen Fällen) unterstützt, die seit 2015 unter dem gemeinsamen Namen Compasso auftreten. Mit den Pilotprojekten konnten diverse innovative Ansätze zur (Wieder-) Eingliederung von behinderten Menschen in die Wirtschaft getestet werden.

Eine wichtige Schnittstelle besteht zwischen der IV und der Ärzteschaft. Die IV ist auf eine gute Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten angewiesen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Ziel ist es, dass betroffene Personen – soweit möglich – bereits während der Behandlung wenigstens teilweise arbeiten können, denn je länger eine betroffene Person nicht mehr arbeitet, desto geringer sind die Chancen einer Eingliederung. Um die Zusammenarbeit zu vereinfachen wurde die Website iv-pro-medico.ch eingerichtet. Diese Informationsplattform wird gemeinsam von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, von der IV-Stellenkonferenz und vom BSV betrieben. Die Plattform bietet Antworten auf häufige Fragen, ein Glossar und Links auf Formulare, Berichte und Statistiken.

7.2 Anhang 2: Mitgliedorganisation der Expertengruppe des NPG

Mitgliederorganisationen der Expertengruppe des Netzwerks Psychische Gesundheit

Bereich	In der Expertengruppe vertreten durch
Public Health	Public Health Schweiz
Diverse Versorgung: Fachverbände, Betroffene, Angehörige	Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz
Interessenvertretung Betroffene Psychiatrie	Pro Mente Sana
Suizidprävention	Ipsilon
Kantonale Bündnisse gegen Depression BgD/Programme Psychische Gesundheit	Alliance contre la dépression (Kanton Genf)
Medizin/Grundversorger	Kollegium Hausarztmedizin, Gesundheitscoaching
Arbeitgeber	Arbeitgeberverband
Arbeitnehmer	Gewerkschaftsbund
Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz	SECO
IV-Umsetzungsstellen	IV-Stellen-Konferenz
Wissenschaft, Familie/Kinder/Jugendliche	Universität Zürich, Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien
Psychologie	Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen
Kinder	Kinderschutz Schweiz
Bildung	Netzwerk Bildung und Gesundheit
Privatversicherer	Schweizerischer Versicherungsverband