

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz  
Politique nationale suisse de la santé  
Politica nazionale svizzera della sanità  
Politica naziunala svizra de la sanidad

# Psychische Gesundheit

---

**Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und  
Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in  
der Schweiz**

**Februar 2004**

---

## Impressum

Redaktionsteam: Regula Rička, Sabine Gurtner, Philippe Lehmann, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Datenmanagement: Monika Graser, BAG

Beirat: Niklas Baer, Psychiatrische Klinik Baselland (KPD), Liestal; Wilhelm Felder, Fachvertreter Psychiatrie der universitären psychiatrischen Einrichtungen, Jürg Gassmann, Pro Mente Sana (PMS); Salome von Greyerz, Sektion Strategie und Gesundheitspolitik CH, BAG; Hans Kurt, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGP) / Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP); Roland Unternährer, Schweizerische Gesundheits-direktorenkonferenz (GDK), Franz Wyss, GDK

## Kontaktadresse:

Bundesamt für Gesundheit

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Regula Rička

Sektion Strategie und Gesundheitspolitik CH

Postfach, 3003 Bern

Tel +41 31 322 65 99, Fax +41 31 322 34 37

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	6
1 Einführung.....	14
1.1 Strategische Ausrichtung.....	14
1.2 Ziele der Strategie.....	14
1.3 Strategieentwicklung.....	15
1.4 Kurzer Überblick über die einzelnen Kapitel.....	16
2 Grundlagen der Strategie.....	18
2.1 Definitionen psychischer Gesundheit.....	18
2.2 Definitionen psychischer Krise, Krankheiten und Behinderung.....	18
2.3 Grundwerte.....	19
2.4 Psychische Gesundheit als lebenslanger Prozess.....	20
2.4.1 Bio-psycho-soziale Merkmale der Persönlichkeit.....	20
2.4.2 Psychische Gesundheit verschiedener Generationen und Lebensphasen.....	20
2.5 Determinanten psychischer Gesundheit.....	22
2.5.1 Bio-psycho-soziale Determinanten.....	23
2.5.2 Sozio-ökonomische Determinanten.....	23
2.5.3 Sozio-kulturelle Determinanten.....	24
2.5.4 Institutionelle Determinanten.....	24
2.6 Europäische und internationale Trends zur Politik der psychischen Gesundheit.....	25
2.6.1 Internationale Empfehlungen.....	25
2.6.2 Internationale Grundlagen und Trends.....	26
3 Daten zur psychischen Gesundheit sowie Häufigkeiten, Ausmass und Folgen von psychischen Störungen.....	29
3.1 Die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz.....	29
3.1.1 Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und ihr Umgang mit Belastungen.....	29
3.1.2 Psychisches Wohlbefinden der Erwachsenen bis zur 4. Lebensphase und Formen der Bewältigung psychischer Probleme.....	30
3.1.3 Migrationserfahrungen.....	31
3.1.4 Gewalt- und Opfererfahrungen.....	31
3.2 Häufigkeiten von psychischen Störungen.....	31
3.2.1 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.....	31
3.2.2 Psychische Störungen bei Erwachsenen.....	32
3.2.3 Psychische Störungen im Alter.....	32
3.3 Mortalität.....	33
3.4 Krankheitsfolgen (burden of disease).....	34
3.4.1 Leistungs- und Arbeitsfähigkeit.....	35

3.4.2	Psychische Krankheit und Berentung .....	35
3.5	Lebensqualität chronisch psychisch kranker Menschen .....	36
4	Angebot und Inanspruchnahme sowie Kosten und Finanzierung der psychischen Gesundheit und der psychischen Krankheit .....	37
4.1	Angebot.....	37
4.1.1	Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention .....	38
4.1.2	Freiwilligenarbeit, Selbsthilfe, Partizipation und Angehörige .....	38
4.1.3	Allgemein-medizinische und psychiatrische Angebote .....	39
4.1.4	Angebote der Aus- Weiter- und Fortbildung der Psychiatrie, Psychotherapie, Pflege und sozialen Arbeit .....	39
4.2	Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen .....	40
4.2.1	Behandlungen in Privatpraxen .....	41
4.2.2	Stationäre, teilstationäre Behandlung von Menschen mit psychischer Krankheit.....	42
4.2.3	Ambulante psychiatrische Pflege.....	42
4.2.4	Massnahmen gegen den Willen von PatientInnen .....	43
4.3	Kosten und Finanzierung der psychischen Gesundheit und Krankheit.....	43
4.3.1	Kosten des Schutzes und der Förderung der psychischen Gesundheit.....	43
4.3.2	Kosten der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen .....	44
4.3.3	Finanzierung der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen .....	45
4.3.4	Volkswirtschaftliche Folgekosten von psychischen Störungen .....	45
5	Bilanz, Handlungsbedarf und Lösungsansätze .....	47
5.1	Zusammenfassende Bilanz.....	47
5.2	Handlungsbedarf und Lösungsansätze .....	48
6	Empfehlungen.....	54
6.1	Nationale und internationale Koordination und Kooperation .....	56
6.1.1	Regionale, überregionale und nationale Koordination und Kooperation .....	56
6.1.2	Internationale Koordination .....	57
6.2	Multisektoriale Koordination und Kooperation .....	58
6.3	Wahrnehmung des Problems, kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten	59
6.4	Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung.....	60
6.5	Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit .....	62
6.6	Früherkennung von psychischen Krankheiten sowie Frühinterventionen zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration und Invaliditätsprävention .....	64
6.7	Förderung der Selbsthilfe; Freiwilligenhilfe sowie der Unterstützung von Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen .....	65
6.8	Qualitätsentwicklung der allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote .....	67
6.8.1	Fachentwicklung der psychiatrischen und psycho-therapeutischen Angebote.....	67
6.8.2	Koordinierte Angebote .....	70
6.8.3	Bedarfsgerechte Planung.....	71

6.9	Anpassung der Gesetzgebung.....	73
6.10	Nachwuchsförderung; Forschung und Entwicklung.....	74
6.10.1	Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit; Aufbau von Forschung und Entwicklung.....	74
6.10.2	Forschung und Entwicklung.....	76
6.11	Zusammenfassung der Zielsetzungen.....	78
7	Skizze der Umsetzung .....	84
8	Bibliografie .....	86
9	Abkürzungsverzeichnis .....	93

# Zusammenfassung

## ***Ausgangslage***

Positive Erfahrungen mit der Drogen- und HIV/AIDS-Politik sowie die Notwendigkeit, Gesundheitsprobleme der Bevölkerung rechtzeitig zu erkennen und vorausschauend zu steuern, veranlassten Bund und Kantone, eine Struktur für eine nationale Gesundheitspolitik zu schaffen. Dafür wurde das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz im November 1998 als gemeinsame Initiative der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (vormals SDK) und des Eidgenössischen Departements des Innern lanciert.

An einer vom Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz organisierten nationalen Konferenz im Mai 2000 haben Regierungsverantwortliche von Bund und Kantonen die psychische Gesundheit als eines von drei Themen gewählt, um in gemeinsamer Verantwortung dazu eine Gesundheitspolitik zu entwickeln. Die Projektleitung Nationale Gesundheitspolitik Schweiz wurde damals (2000) beauftragt, politische Entscheidungsgrundlagen dafür zu erarbeiten.

Innerhalb von drei Jahren wurde mit möglichst vielen Akteuren im weiten Umfeld der psychischen Gesundheit der vorliegende Strategieentwurf entwickelt. Dank spezifischen Analysen und Auswertungen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, weiteren nationalen und internationalen Publikationen, sieben durchgeführten Arbeitstagen und der Expertise von temporär eingesetzten Begleitgruppen kann die Strategieentwicklung am aktuellen Wissen und an innovativen Prozessen innerhalb der Schweiz anschliessen. Auf Grund der ausgewerteten Stellungnahmen wird die vorliegende Strategie entsprechend angepasst und weiterentwickelt.

## ***Strategische Ausrichtung***

Zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit nimmt die vorliegende Strategie eine Public Health Optik ein. Dieser Ansatz geht von einem ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis aus, das heisst die psychische Gesundheit wird von biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Eine nachhaltige Reduktion der Inzidenz und Prävalenz von psychischen Störungen kann deshalb nicht nur durch gesundheitspolitische Entscheide erreicht, sondern muss von einer generellen Politik gestützt werden. Diese soll Rahmenbedingungen schaffen, die positiv auf eine soziale, schulische und berufliche Integration der Bevölkerung einwirken.

Die dafür notwendigen übergeordneten Überlegungen sind im vorliegenden Strategieentwurf dargestellt. Im ersten Teil A sind die konzeptuellen, wissenschaftlichen und statistischen Grundlagen über psychische Gesundheit und Krankheit zusammengefasst. Schliesslich wird eine Bilanz gezogen und der Handlungsbedarf sowie Lösungsansätze zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit werden aufgezeigt. Dieser Teil bildet den Referenzrahmen der Strategie. Im zweiten Teil B werden zehn Empfehlungen für einen Aktionsplan mit einem kurz- und mittelfristigen Zeithorizont vorgeschlagen. Im dritten Teil C wird ein Umsetzungskonzept skizziert. Es wird ein kohärentes Vorgehen in gemeinsamer oder getrennter Zuständigkeit angestrebt. Diese drei Teile sollen zu einer kohärenten Strategie führen. Sie soll nicht nur zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sondern auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Angebote verbessern. Dadurch können mittel- und langfristig indirekte und direkte Kosten gebremst werden, die als Folge von psychischer Belastungen und Krankheit entstehen. Im letzten Teil D wird die Strategie unter anderem anhand von Beispielen innovativer Praxis illustriert.

Ausgehend von der Strategie, die auf Grund der Stellungnahmen überarbeitet wird, werden Bund und Kantone voraussichtlich Ende 2004 die Ziele für die nächsten Jahre vereinbaren.

## ***Ziele der Strategie***

Die Strategie psychische Gesundheit richtet sich an Entscheidungsträger der Politik, Behörden des Bundes und der Kantone, Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie an Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Bund und Kantone sollen in Zusammenarbeit mit ihren Partnern in Gesundheit, Bildung und Wirtschaft diese allgemeinen Empfehlungen im Aktionsplan nach regionalen Bedürfnissen konkretisieren, damit die nachstehenden Ziele über einen Zeitraum von zehn Jahren erreicht werden können:

- Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz
- Verbessertes Bewusstsein über positive Aspekte psychischer Gesundheit
- Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung
- Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen
- Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen
- Abnahme der Suizidalität
- Grössere Zufriedenheit bei den PatientInnen und weniger Burnout bei den Fachleuten
- Erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken

Für die Erreichung dieser Ziele sind im Aktionsplan zehn Empfehlungen definiert, welche zu vermehrter Vernetzung anregen, vorhandene Potenziale stärken und festgestellte Lücken schliessen sollen:

1. Nationale und internationale Koordination und Kooperation
2. Wahrnehmung des Problems; kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten
3. Multisektorale Koordination
4. Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die psychische Gesundheit und für psychische Krankheiten
5. Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit
6. Früherkennung von psychischer Krankheit; Frühintervention zur Erhaltung der schulischen und beruflichen Integration; Invaliditätsprävention
7. Förderung der Selbsthilfe und Freiwilligenhilfe; Unterstützung der Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen
8. Qualitätsentwicklung in der Angebotskette zur Heilung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Krankheiten
9. Anpassung der Gesetzgebung
10. Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit; Ausbau von Forschung und Entwicklung

Koordinierte Aktionen zwischen den einzelnen Akteuren innerhalb dieser zehn Empfehlungen dienen der Gesamtbevölkerung sowie Bevölkerungsgruppen mit vermehrten Risiken und mit psychischen Krankheiten oder Behinderungen in allen Lebensphasen.

## ***Psychische Gesundheit und das Ausmass von psychischen Krankheiten***

Psychische Gesundheit wird als lebenslanger Prozess verstanden. In jeder Generation und in jeder Lebensphase sind andere psychische Herausforderungen zu bewältigen.

Weltweit wurde die psychische Gesundheit (mental health) in der Gesundheitspolitik jahrzehntelang vernachlässigt. Die Medizin selbst pflegt eine stiefmütterliche Beziehung zur psychischen Gesundheit. In einer Zeit, die durch medizin-technische Fortschritte geprägt ist, sind salutogenetische, psycho- und sozial-therapeutische Erkenntnisse zweitrangig. Erkenntnisse aus der Gesundheitspsychologie sowie

Psycho- und Sozialtherapie machen aber deutlich, dass die psychische Gesundheit nicht nur für das Individuum, sondern auch für die Gemeinschaft existentiell ist.

Psychische Krankheiten sind weit verbreitet. Nationale und internationale epidemiologische Studien aus den 70er, 80er und 90er Jahren zeigen, dass fast jede zweite Person im Verlauf des Lebens einmal - kürzer oder länger - an einer psychischen Krankheit leidet. Besonders gefährdet sind Menschen in Phasen von Lebensübergängen (Schuleintritt, Pubertät, Berufsein- und Austritt, etc.) oder in Situationen mit kritischen Lebensereignissen (Scheidung, berufliche Misserfolge, Gewalt jeglicher Art, etc.). Das Gefährdungspotenzial steigt, wenn sich mehrere Risiken kumulieren.

Die Dynamik psychischer Krankheiten ist der Dynamik somatischer Krankheiten nicht einfach gleichzusetzen. Das Krankheitsgeschehen, die Erhaltung der Autonomie und die soziale Integration sowie der gesellschaftliche Umgang mit psychisch kranken Menschen verlangen besonderer Beachtung.

Schätzungsweise werden in der Schweiz jährlich bei 20 bis 25 Prozent der gesamten Bevölkerung eine psychische Krankheit diagnostiziert (ca. 1'500'000 Personen). Ein Grossteil der psychischen Krankheiten wird in der allgemein-medizinischen Versorgung behandelt. Bei 5 bis 10 Prozent der Erkrankten sind jedoch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen angezeigt. Schätzungsweise 2 bis 3 Prozent der psychisch kranken Erwachsenen leiden an einer chronischen psychischen Krankheit mit Funktionseinschränkung.

Die Sterblichkeit (ausgenommen Suizid) ist bei allen psychischen Störungen tief. Eine persönliche Not kann aber in eine suizidale Krise führen. In der Schweiz begehen jährlich mehr als 1'300 Menschen Suizid.

Die Anzahl psychisch kranker RentenbezügerInnen der Invalidenversicherung ist seit 1986 kontinuierlich und stark überproportional zu den an somatischen Krankheiten leidenden IV-BezügerInnen angestiegen. Gemäss der Statistik der Invalidenversicherung 2003 bezogen 80'000 Männer und Frauen als Folge einer psychischen Krankheit eine IV-Rente. Vermehrt sind auch jüngere Menschen davon betroffen.

### ***Angebot und Inanspruchnahme von Hilfe***

Die Analysen der Angebotsstrukturen und deren Inanspruchnahme zeigen, dass die Schweiz im Gesundheits- und Sozialwesen über qualitativ hoch stehende Beratungs-, Behandlungs-, und Betreuungsangebote verfügt. Der grösste Teil der psychisch Kranken haben Zugang zu quantitativ ausreichenden, methodisch differenzierten Angeboten von guter Qualität. Das sind PatientInnen, die an umschriebenen Störungen leiden, sozial gut integriert sind und temporär psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung benötigen.

Trotzdem bestehen für bestimmte Bevölkerungsgruppen Schwächen und Lücken, sei es in den Angebotsstrukturen, im Zugang zu Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation, in der Finanzierung oder in der Gesetzgebung. Die heutigen Steuerungsmechanismen wirken vielmehr auf einzelne Leistungserbringer als auf integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote (Disease Management) ein. Kantonale beziehungsweise überregionale Konzepte sind kaum vorhanden.

Lücken in der Versorgung bestehen bei der Früherkennung, der Frühintervention sowie der sozialen und beruflichen Integration. So fehlt der Schweiz auch ein nationales Suizidpräventionsprogramm.

Für PatientInnen mit schweren psychischen Krankheiten und mit sozialen Beeinträchtigungen, die heute wiederholt stationär behandelt werden, stehen nicht in ausreichendem Mass abgestimmte ambulante und teilstationäre Dienste zur Verfügung. In Folge dieses Mangels an koordinierten Angeboten ist eine zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen nicht immer gewährleistet.

Insbesondere in universitären Einrichtungen sind für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen Modelle guter Praxis für wirksame und effektive Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, zur Heilung und Linderung von psychischen Krankheiten vorhanden. Oft fehlt aber der Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis, so dass erfolgreiche Ansätze wie beispielsweise diejenigen der Sozialpsychiatrie der breiteren Bevölkerung nicht zugänglich sind. Der Mangel an einer breiten Fachentwicklung und Interprofessionalität im Bereich der psychischen Gesundheit hängt unter anderem damit zusammen, dass eine regionale und übergeordnete Koordination und Kooperation in der Schweiz fehlt.

Die zunehmende gesetzliche und institutionelle Auftrennung der Zuständigkeit für die psychiatrische Rehabilitation läuft den Behandlungserfordernissen von psychisch Kranken und Behinderten zuwider. Trotz eines grossen Ressourceneinsatzes ist die psychiatrische Rehabilitation von Ineffizienz und fachlicher Stagnation geprägt. Ein Kompetenzzentrum für psychiatrische Rehabilitationsforschung fehlt in der Schweiz.

In der Bevölkerung sind Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Krankheit nach wie vor weit verbreitet, so dass die Angst vor Stigmatisierung eine rechtzeitige angemessene Behandlung verhindern kann. Oft müssen deshalb psychisch Kranke zu lange leiden, bis sie (wenn überhaupt) adäquate professionelle Hilfe aufsuchen oder auch erhalten. Auf der anderen Seite werden in der Schweiz viele Menschen gegen ihren Willen behandelt. In der Berichterstattung von Psychiatrie-Erfahrenen sind die damit verbundenen möglichen Verletzungen der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte bis heute Dauerthemen.

Letztlich muss zum Schutz der Gesamtbevölkerung die Behandlung für die zahlenmässig kleine Gruppe der psychisch kranken StraftäterInnen in allen Sprachregionen der Schweiz verbessert werden.

### ***Kosten***

Angaben über die von psychischen Krankheiten verursachten Kosten sowie deren Finanzierung sind in der Schweiz sehr beschränkt verfügbar. Insgesamt machen die Kosten für die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung rund fünf Prozent (2.115 Milliarden) der sich auf total 46 Milliarden CHF belaufenden Gesundheitskosten aus. Im Jahr 2002 wurden IV-Renten auf Grund psychischer Krankheit in der Höhe von 1.8 Milliarden CHF bezogen. Werden die direkten und indirekten Kosten, welche mit psychischen Störungen zusammenhängen, nach internationalen Modellen auf die Schweiz angewendet, haben im Jahr 2001 die psychischen Krankheiten auf der Basis von einem Bruttoinlandprodukt von 415 Milliarden CHF über 16 Milliarden CHF volkswirtschaftliche Kosten zur Folge gehabt.

### ***Konzeptuelle Grundlagen***

Der vorliegende Strategieentwurf und die darin enthaltenen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen und die Anpassungen von Gesetzen stützen sich auf die in der schweizerischen Bundesverfassung verankerten Grundsätze der Rechtsgleichheit und des Respekts und Schutzes der Menschenwürde und Privatsphäre, sowie auf die Europäische Menschenrechtskonvention und auf die UNO-Menschenrechtspakete. Angestrebt wird ein angemessener Ausgleich zwischen dem Schutz der Integrität einer Person und den persönlichen Freiheitsrechten sowie dem Bedarf, die Gesundheit Anderer zu schützen.

Bei der Ausarbeitung der Empfehlungen im Aktionsplan wurden Strategien anderer Länder zur psychischer Gesundheit berücksichtigt. Neuere evidenz-basierte Strategien in Europa beschränken sich nicht mehr ausschliesslich auf traditionelle psychiatrische Planungsregeln. Zur Reduktion der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen schlagen sie einen multisektoralen Ansatz, die Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung und eine koordinierte Angebotskette von der Gesundheitsförderung bis zur Rehabilitation vor.

## ***Überblick über die Empfehlungen des Aktionsplans***

Zur Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und zur Förderung von Lebensqualität soll psychische Gesundheit ein integraler Teil der Gesundheitspolitik in der Schweiz werden. Alle Empfehlungen leisten einen direkten oder indirekten Beitrag zur psychischen Gesundheit und zum psychischen Wohlbefinden der Wohnbevölkerung in der Schweiz.

Die ersten drei Empfehlungen richten sich an die generelle Politik (Sozialpolitik, Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Behindertenpolitik, etc.). Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsansatzes sollen Verbesserungen für die psychische Gesundheit aller Altersgruppen unabhängig ihrer sozialen und kulturellen Herkunft umfassend unterstützt werden. Durch eine kontinuierliche Wahrnehmung der psychischen Gesundheit und psychischer Krankheit in der Bevölkerung und einer multisektoralen Koordination der Aktionen wird die Kontinuität, die Weiterentwicklung und die Aktualisierung der Strategie unterstützt.

Die vierte Empfehlung bezieht sich auf die Öffentlichkeitsarbeit. Wenn die Bevölkerung korrekt über psychische Gesundheit und Krankheit informiert ist, kann sie angemessener reagieren und ungerechtfertigte Vorurteile abbauen. Eine solche Informationskampagne kann ihr Ziel aber nur erreichen, wenn sie Teil einer Gesamtstrategie für die psychische Gesundheit ist.

Gegenstand der Empfehlungen fünf bis acht bildet die Angebotskette Gesundheitsförderung - Prävention – Selbsthilfe – Allgemeinmedizin/Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Angebotskette ist der eigentliche Kern der Strategie. Die Empfehlungen konzentrieren sich insbesondere auf die Fachentwicklung, den Koordinationsbedarf und die Aufarbeitung der Angebotslücken unter den veränderten sozialen Bedingungen. Dabei werden folgende übergeordnete Ziele angestrebt:

- Gesundheitsförderung und Prävention tragen dazu bei, dass ein möglichst grosser Anteil der Bevölkerung über günstige Voraussetzungen verfügt, um ein psychisch gesundes Leben führen zu können.
- Menschen mit psychischen Krankheiten haben Zugang zu bedarfsgerechten Therapie- und Rehabilitationsangeboten in verschiedenen Organisationsformen.
- Menschen mit chronischer psychischer Behinderung steht ein gutes Netz zur gesellschaftlichen Eingliederung und zur Alltagsbewältigung offen.
- Transparenz über Qualität, Finanzierung und Kostenentwicklung der Angebote ist gewährleistet.

Rechtliche und finanzielle Steuerungsmechanismen und Rahmenbedingungen werden in der neunten Empfehlung zur Anpassung der Gesetzgebung bearbeitet. Sie beinhaltet Lösungen für verbesserte Patientenrechte und für den Abbau von fragmentierten Angeboten.

Schliesslich werden in der zehnten Empfehlung Aktionen zur Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit sowie zum Ausbau der Forschung und Entwicklung der psychischen Gesundheit formuliert.

Alle empfohlenen Interventionen sind bezüglich Finanzierung haushälterisch durchdacht und sollen dazu beitragen, die künftige Entwicklung der gesamten Kosten in Folge psychischer Belastungen und Krankheiten zu bremsen.

## ***Umsetzung der Strategie und Zuständigkeiten***

In Hinblick auf die Umsetzung der Strategie werden in den Empfehlungen jeweils konkrete Aktionen vorgeschlagen, die von Organisationen und Institutionen mit entsprechenden Kompetenzen und Zuständigkeiten realisiert werden können. Einige Aktionen werden sehr rasch Wirkung zeigen, andere

wie beispielsweise Gesetzgebungsprozesse werden aber mehrere Jahre beanspruchen. In einem groben Zeitrahmen werden Meilensteine gesetzt.

Zur Steuerung und Überprüfung der Zielerreichung sind qualitative und quantitative Indikatoren aufgeführt. Eine regelmässige Berichterstattung über die Fortschritte sowie eine minimale Animation durch Beratung, ein Wissenstransfer und eine Koordination der Aktionen sollen den Umsetzungsprozess unterstützen.

# **TEIL A: Referenzrahmen**



# 1 Einführung

## 1.1 Strategische Ausrichtung

Zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit nimmt die vorliegende Strategie eine Public Health<sup>1</sup> Optik ein. Dieser integrative Ansatz geht von einem ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis aus, das heisst die psychische Gesundheit wird von biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Eine nachhaltige Reduktion der Inzidenz und Prävalenz von psychischen Störungen kann deshalb nicht nur durch gesundheitspolitische Entscheide erreicht werden, sondern muss von einer generellen Politik gestützt werden. Diese soll Rahmenbedingungen schaffen, die positiv auf eine soziale, schulische und berufliche Integration der Bevölkerung einwirken.

Die dafür notwendigen übergeordneten Überlegungen sind im vorliegenden Strategieentwurf dargestellt. Im ersten Teil A sind die konzeptuellen, wissenschaftlichen und statistischen Grundlagen über psychische Gesundheit und Krankheit zusammengefasst. Schliesslich wird eine Bilanz gezogen und der Handlungsbedarf sowie Lösungsansätze zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit werden aufgezeigt. Dieser Teil bildet den Referenzrahmen der Strategie. Im zweiten Teil B werden zehn Empfehlungen für einen Aktionsplan mit einem kurz- und mittelfristigen Zeithorizont von insgesamt zehn Jahren vorgeschlagen. Im dritten Teil C wird ein Umsetzungskonzept skizziert. Es wird ein Vorgehen in gemeinsamer oder getrennter Zuständigkeit angestrebt. Diese drei Teile sollen so zu einer kohärenten Strategie führen. Sie soll nicht nur zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sondern auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Angebote verbessern. Dadurch können mittel- und langfristig indirekte und direkte Kosten gebremst werden, die als Folge von psychischer Belastungen und Krankheiten entstehen. Im letzten Teil D wird die Strategie unter anderem anhand von Beispielen innovativer Praxis illustriert.

Ausgehend von der überarbeiteten Strategie werden Bund und Kantone voraussichtlich Ende 2004 die Ziele für die nächsten Jahre vereinbaren.

## 1.2 Ziele der Strategie

Die Strategie psychische Gesundheit richtet sich an Entscheidungsträger der Politik, Behörden des Bundes und der Kantone, Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie an Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, die sich mit psychischer Gesundheit und Krankheit befassen und bereits erfolgreich tätig sind. Sie wurde mit der Legislaturplanung des Bundes für die Jahre 2004 - 2007 sowie mit den relevanten gesetzlichen Bestimmungen abgestimmt.

Bund und Kantone sollen in Zusammenarbeit mit ihren Partnern in Gesundheit, Bildung und Wirtschaft diese allgemeinen Empfehlungen im Aktionsplan nach regionalen Bedürfnissen konkretisieren, damit die nachstehenden Ziele über einen Zeitraum von zehn Jahren erreicht werden können:

---

<sup>1</sup> Public Health oder Öffentliche Gesundheit ist eine organisierte Anstrengung zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. Sie verbindet Empirie, Konzepte und Methoden, welche sich an die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung in Form von kollektiven oder sozialen Aktionen richtet. Programme, Leistungserbringer und andere involvierte Institutionen bekräftigen die Prävention von Krankheiten und stärken die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Aktionen können bei Veränderungen der Technik und der sozialen Werte wechseln. Die Ziele bleiben aber unverändert: Häufigkeiten von Krankheiten, frühzeitiger Tod und krankheitsbedingte Belastungen oder Behinderungen in der Bevölkerung zu reduzieren. Öffentliche Gesundheit ist deshalb eine soziale Institution, eine Disziplin und eine Praxis. (WHO, Genf, Glossar: [www.iime.org/glossary.htm](http://www.iime.org/glossary.htm))

Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz

- Verbessertes Bewusstsein über den Wert psychischer Gesundheit
- Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung
- Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen
- Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen
- Abnahme der Suizidalität
- Grössere Zufriedenheit bei Menschen, die sich psychisch krank fühlen, und weniger Burnout bei den Fachleuten
- Erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken

Für die Erreichung dieser Ziele wurden im Aktionsplan zehn Empfehlungen definiert, welche zu vermehrter Vernetzung anregen, vorhandene Potenziale stärken und festgestellte Lücken schliessen sollen:

1. Nationale und internationale Koordination und Kooperation
2. Wahrnehmung des Problems; kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten
3. Multisektoriale Koordination
4. Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die psychische Gesundheit und für psychische Krankheiten
5. Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit
6. Früherkennung von psychischer Krankheit; Frühintervention zur Erhaltung der schulischen und beruflichen Integration; Invaliditätsprävention
7. Förderung der Selbsthilfe und Freiwilligenhilfe; Unterstützung der Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen
8. Qualitätsentwicklung in der Angebotskette zur Heilung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Krankheiten
9. Anpassung der Gesetzgebung
10. Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit; Ausbau von Forschung und Entwicklung

Koordinierte Aktionen zwischen den einzelnen Akteuren innerhalb dieser zehn Empfehlungen dienen der Gesamtbevölkerung sowie Bevölkerungsgruppen mit vermehrten Risiken und psychisch Krankheiten oder Behinderungen in allen Lebensphasen.

### **1.3 Strategieentwicklung**

Positive Erfahrungen mit der Drogen- und HIV/AIDS-Politik und die Notwendigkeit, Gesundheitsprobleme der Bevölkerung rechtzeitig zu erkennen und vorausschauend zu steuern, veranlassten Bund und Kantone, eine Struktur für eine nationale Gesundheitspolitik zu schaffen. Dafür wurde das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz im November 1998 als gemeinsame Initiative der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) lanciert. In einer nationalen Konferenz vom Mai 2000 in Freiburg haben Regierungsverantwortliche von Bund und Kantonen die psychische Gesundheit als eines von drei Themen gewählt, um in gemeinsamer Verantwortung zwischen Bund und Kantonen eine Gesundheitspolitik in diesem Bereich zu entwickeln. Die Projektleitung Nationale Gesundheitspolitik Schweiz wurde damals beauftragt, politische Entscheidungsgrundlagen dafür zu erarbeiten.

Dank spezifischen Analysen und Auswertungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), nationalen und internationalen

Fachpublikationen, sieben durchgeführten Arbeitstagen und der Expertise von temporär eingesetzten Begleitgruppen kann die Strategieentwicklung am aktuellen Wissen und an innovativen Prozessen innerhalb der Schweiz anschliessen (vgl. Anhänge I-V). Die Zusammenführung verschiedener Informationen, unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, die Nähe zum Gegenstand und der partizipative Entwicklungsprozess werden den multifaktoriellen Bedingungen psychischer Gesundheit gerecht (Jenkins, McCulloch, Friedli, Parker, 2000).

Die vorliegende Strategie stützt sich überdies auf die europäischen Menschenrechtskonvention und die UNO-Menschenrechtspakte, die von der Schweiz rechtsgültig anerkannt sind, sowie auf die schweizerische Bundesverfassung ab. Letztere verlangt Strukturen und Rahmenbedingungen, welche allen eine bestmögliche soziale, schulische und berufliche Integration erlauben sowie die Chancengleichheit und Autonomie des Einzelnen fördern.

Folgende Themen, die ebenfalls Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen, wurden im Rahmen der Strategieentwicklung kaum inhaltlich bearbeitet:

- Die Strategie für Sucht- und Drogenpolitik gehört in die Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und ist in der Umsetzungsphase bzw. in der Neuplanung des Massnahmenplans Sucht (MaPaSu).
- Gender- und Umweltaspekte konnten in dieser ersten Entwicklungsphase noch nicht bearbeitet werden. Sie müssen im Verlauf der Umsetzung berücksichtigt werden.
- Sexualität ist teilweise in der HIV/AIDS-Strategie des BAG enthalten.
- Geistige Behinderung liegt in der Zuständigkeit des Sozial- und Bildungswesens der Kantone.
- Spiritualität/Sinnfindung im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ist in der Schweiz kaum dokumentiert.
- Aspekte der therapeutischen Wirksamkeit der forensischen Psychiatrie.

## 1.4 Kurzer Überblick über die einzelnen Kapitel

**Kapitel 2:** Einleitend werden in diesem Kapitel die Begriffe der psychischen Gesundheit und Krankheit geklärt. Im Anschluss daran sind die Grundwerte ausgeführt, die der Strategie zugrunde liegen. Im vierten Teil des Kapitels werden die Herausforderungen an die psychische Gesundheit beschrieben, die sich jeder Generation und damit in verschiedenen Lebensphasen immer wieder aufs Neue stellen. Auf die Determinanten psychischer Gesundheit, die für die Stossrichtung der Strategie richtungsweisend sind, wird als Nächstes ausführlich eingegangen. Abschliessend werden die internationalen Trends zu Mental und Public Health kurz skizziert.

**Kapitel 3:** Zahlen geben Aufschluss über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und über die demografische Entwicklung. Auf das Ausmass möglicher Folgen psychischer Erkrankungen wie zum Beispiel Depression, Beeinträchtigung von Leistungs- und Arbeitsfähigkeit / IV-Berentung wird anschliessend hingewiesen. Mit einem Beitrag zur Lebensqualität als neuem, integrativem Konzept, das auch für chronisch psychisch Kranke von Bedeutung ist, schliesst dieses Kapitel.

**Kapitel 4:** Im ersten Teil dieses Kapitels werden Angebote der Gesundheitsförderung/Prävention, der Freiwilligenarbeit, der Mitbestimmung, der Rehabilitation, Angebote zur Selbsthilfe sowie psychiatrische Angebote kurz vorgestellt. Die Zunahme der Inanspruchnahme dieser Angebote wird in der Folge anhand verfügbarer Zahlen belegt. Schliesslich werden dringende Herausforderungen genannt, denen sich die Leistungserbringer heute stellen müssen.

In den weiteren Unterkapiteln wird, soweit möglich, über die Kosten für den Schutz und die Förderung psychischer Gesundheit, die Kosten und die Finanzierung der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung sowie über die volkswirtschaftlichen Folgekosten psychischer Störungen berichtet.

**Kapitel 5:** Hier wird aus den vorausgegangenen Kapiteln Bilanz gezogen und der Handlungsbedarf und Lösungsansätze zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit werden abgeleitet.

**Kapitel 6:** In diesem Kapitel findet sich das Kernstück der Strategie: die 10 Empfehlungen zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Wohnbevölkerung der Schweiz sind nach Ausgangslage, Zielsetzung, Aktionen, Prioritäten/Meilensteinen, Kompetenzen/Zuständigkeiten und Indikatoren der Zielerreichung gegliedert.

**Kapitel 7:** Hier werden die Zuständigkeiten, die Prioritäten, das Konzept zur Unterstützung und die Finanzierung der Umsetzung sowie die Evaluation skizziert.

**Tabelle 1: Struktur der Strategie**

TEIL A Referenzrahmen	TEIL B Aktionsplan	TEIL C Skizze Umsetzung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeptuelle Grundlagen</li> <li>• Daten /Fakten zu:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psychische Gesundheit / Krankheit</li> <li>○ Angebote / Inanspruchnahme</li> <li>○ Kosten / Finanzierung</li> <li>○ Bilanz, Handlungsbedarf und Lösungsansätze</li> </ul> </li> </ul>	10 Empfehlungen mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgangslage</li> <li>• Zielen</li> <li>• Aktionen</li> <li>• Meilensteinen / Prioritäten</li> <li>• Kompetenzen / Zuständigkeiten</li> <li>• Beispielen von Indikatoren zur Zielerreichung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielvereinbarung von Bund und Kantone</li> <li>• Massnahmen zur Unterstützung der Umsetzung</li> <li>• Finanzierung</li> </ul>

***Teil D Anhang***

Der Anhang beinhaltet die Bibliografie.

## 2 Grundlagen der Strategie

### 2.1 Definitionen psychischer Gesundheit

Laut der im Auftrag der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (NGP) durchgeführten qualitativen Expertenbefragung (Illés, Abel, 2002) sind die Begriffe "Psyche" und "psychisch" aus Sicht der Bevölkerung gut verständlich und neutral oder positiv assoziiert. Am Begriff "mental" hat sich gezeigt, dass gleiche Wörter in verschiedenen Sprachen unterschiedliche Bedeutungen enthalten. Der englische Begriff "mental health" findet seine inhaltlich adäquate Übersetzung im deutschen Begriff "psychische Gesundheit". Dieser wird in der französischen Übersetzung übernommen (santé psychique).

Der vorliegenden nationalen Strategie liegt ein Verständnis von **psychischer Gesundheit** als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren zu Grunde. 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 exogenen Faktoren beeinflusst wird (WHO, Mental Health Report, 2001). Neben dem Gefühl des Wohlbefindens bedeutet psychische Gesundheit auch, an den eigenen Wert und die eigene Würde zu glauben und den Wert der anderen zu schätzen (HEA, 1999).

### 2.2 Definitionen psychischer Krise, Krankheiten und Behinderung

Eine **psychische Krise** ist eine normale menschliche Reaktion auf ein unvorhergesehenes, kritisches Lebensereignis (z.B. Beziehungsprobleme, Verlust des Arbeitsplatzes, schwere Krankheit, Unfälle, Tod, Naturkatastrophen, Verbrechen, etc.). Angehörige und Freunde können ebenso wie direkt Betroffene mit einer psychischen Krise reagieren. Die Symptome einer Krise reichen von einem Gefühl der Aufregung und Nervosität bis zu Verwirrtheit und unangemessenem Verhalten. Werden Krisen bewältigt, können sie beispielsweise das Selbstbewusstsein stärken und zu vermehrter Zuversicht gegenüber dem Leben führen. Psychische Krisen können sich allerdings auch negativ auswirken und gesundheitsschädigende Folgen haben. Rechtzeitige Hilfe schützt, fördert und erhält die psychische Gesundheit der Betroffenen und diejenige der nächsten Bezugspersonen (Aguilera, 2000).

**Psychische Krankheiten** sind in drei verschiedenen Klassifikationssystemen der Medizin definiert. Die anerkanntesten sind die International Classification of Diseases-10 (ICD-10) der WHO, 1994, und das Diagnostic Statistical Manual IV (DSM IV) der American Psychiatric Association. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO 2001 dient der Beurteilung von Einschränkung und Behinderung. Die Anwendung von Klassifikationen stellt jedoch keine abschliessende Objektivität von Krankheit her. Die Bewertung von Gesundheit und Krankheit ist letztlich abhängig von gesellschaftlichen Normen. Wie sich die Begrifflichkeit im Lauf der Zeit verändert, veranschaulicht die Geschichte der Psychiatrie besonders eindrücklich.

Es gibt ausser der langen Dauer keine klare Definition, was **chronisch psychische Krankheit** ist. Früher wurden als „chronisch“ alle langfristig Hospitalisierten eingeordnet. Heute spricht man auch dann von einer chronischen Erkrankung, wenn die Symptomatik in kürzeren Abständen immer wieder auftritt oder wenn andere Folgezustände der Erkrankung über einen längeren Zeitraum vorhanden sind. Nachfolgende Kriterien sind entscheidend:

- häufig wiederkehrende Symptomatik (Rückfallhäufigkeit)
- Dauerhaftigkeit, eventuell Verschlimmerung der Symptomatik
- Schwere der Störung
- Komorbidität (Vorliegen von mehr als einer Störung)
- Schlechte soziale Anpassung
- Dauer der psychiatrischen Behandlung, evtl. Hospitalisierung etc.

- Soziale Einschränkungen (beruflicher Abstieg, Beziehungsprobleme, beispielsweise Trennung oder Scheidung infolge Krankheit)
- Behandelbarkeit

Chronische psychische Krankheiten können kognitive und soziale Schädigungen (impairment) zur Folge haben. Dabei treten erstens (Krankheits-/Störungs-) Symptome chronisch auf, zweitens deutliche und überdauernde Verhaltensdefizite (Fähigkeitsstörungen), woraus drittens gravierende Einschränkungen (Beeinträchtigungen) in der sozialen Rollenfindung resultieren. Eine oder mehrere dieser Einschränkungen können zu einer psychischen Behinderung führen (BSV: IV-Rundschreiben, Nr. 180, 2003).

Eine einmal eingetretene **psychische Behinderung** ist nicht statisch, sondern in ihrer Ausprägung wechselhaft. Einerseits gilt es, auf zwischenzeitlich wieder auftretende Krisen, die mit einer krankheitsbedingten Störung zusammenhängen, gefasst zu sein und adäquat damit umzugehen. Andererseits sind die latenten Erholungspotenziale zu fördern (Saameli, 1998).

Im Text werden nachfolgend die Begriffe „psychische Gesundheit“ bzw. „psychische Störungen“ verwendet. Letzterer wird als Sammelbegriff der psychischen Krankheiten verstanden. Die Begriffe „psychische Krankheit“ und „psychische Behinderung“ werden hauptsächlich im Zusammenhang mit Versorgungsfragen und Versicherungsfragen angewendet.

## 2.3 Grundwerte

Die vorliegende Strategie leitet die Grundwerte aus der schweizerischen Bundesverfassung ab, so namentlich die Rechtsgleichheit und der Respekt und Schutz der Menschenwürde und Privatsphäre sowie der Europäischen Menschenrechtskonvention und auf der UNO-Menschenrechtspakte. Diese Werte sind gesundheitspolitisch in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ (1986), den „Gesundheitszielen für die Schweiz“ (2002), (basierend auf „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert der WHO-Europa, 1999) sowie im Weltgesundheitsbericht der WHO zur Psychischen Gesundheit: neues Verständnis, neue Hoffnung (2001) verankert.

Im Mittelpunkt dieser Strategie stehen Menschen: Mädchen, Knaben, Frauen, Männer, Mütter und Väter, die sich nicht auf einzelne beeinflussbare Faktoren reduzieren lassen und die sozial, empfindungsfähig und vernunftbegabt sind. Sie sind einzigartig, unverwechselbar, aber verletzlich. Die Strategie dient angesichts dieser Verletzlichkeit dem Schutz gegen Schaden und zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit.

Strategieziele, Angebote und Anpassungen von Gesetzen verlangen einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Schutz der Integrität einer Person, den persönlichen Freiheitsrechten sowie dem Bedarf, die Gesundheit Anderer zu schützen. Sie berücksichtigen die folgenden Grundwerte:

Autonomie: Menschen sollen die Möglichkeit haben, ihr Leben auf der Basis gegenseitiger Achtung selbst bestimmen zu können. Partizipative Entscheidungsstrukturen, die Entwicklung von Selbstbewusstsein, die Wahrnehmung und Nutzung persönlicher und kollektiver Stärken sind wichtige Voraussetzungen dazu.

Chancengleichheit: Alle Menschen haben das gleiche Recht auf Zugang zu den für sie notwendigen Ressourcen zur Entwicklung und Wahrung ihrer physischen und psychischen Integrität. Dazu gehört der Zugang zu Angeboten zum Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Ihnen soll ermöglicht werden, ihre Chancen auch zu nutzen.

Toleranz: Für das gesellschaftliche Zusammenleben ist das Verstehen von verschiedenem Anderem unentbehrlich (Saner, 2002). Die Akzeptanz für die Verschiedenheit anderer Menschen und Kulturen steigt, wenn offener mit Gefühlen umgegangen wird, Andersartigkeit als eine andere Normalität verstanden wird, und Stärken erkannt und genutzt werden.

Solidarität: Eine solidarische Grundhaltung ist für ein gegenseitiges Verantwortungsbewusstsein einzelner Menschen und innerhalb und zwischen Gemeinschaften nötig. Diese Grundhaltung beeinflusst die Lebensqualität aller in den verschiedenen sozialen Systemen. Gelebte Solidarität bedeutet gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung.

*Soziale Integration:* Soziale Integration versteht sich als Prozess und nicht nur als Ziel und hängt von der Offenheit gegenüber anderen, den Freiräumen und den Entwicklungschancen ab. Es geht nicht primär darum, einen Idealzustand zu erreichen, sondern das erlebte Wohlbefinden jedes Einzelnen ist wichtig und trägt zur Lebensqualität einer Gemeinschaft bei. Nicht jeder Mensch hat die gleichen Voraussetzungen zur aktiven Mitgestaltung eines Integrationsprozesses.

## **2.4 Psychische Gesundheit als lebenslanger Prozess**

### **2.4.1 Bio-psycho-soziale Merkmale der Persönlichkeit**

Psychische Gesundheit wird nicht allein als Ausdruck von Stärke, Wohlbefinden und allgemeiner Leistungsfähigkeit verstanden, sondern umschließt auch die Fähigkeit, eigene Schwächen und Begrenzungen zu akzeptieren und einen konstruktiven Umgang mit ihnen zu finden. Jeder Mensch erlebt Phasen, in denen er sich psychisch belastet, unmotiviert oder deprimiert fühlt: Krisenhafte Ereignisse wie beispielsweise Rückschläge bei persönlichen oder beruflichen Zielen, Trennungen oder andere Verlusterlebnisse und damit verbundene Gefühle wie Trauer und Verunsicherung sind integraler Bestandteil menschlicher Lebensläufe. Psychische Gesundheit ist um so eher gewährleistet, je besser die Menschen mit den "dunklen" Seiten des Lebens zu Recht kommen, ohne sie zu leugnen oder zu tabuisieren.

Persönlichkeitsmerkmale entwickeln sich aus erlernbaren Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Sie können gleichzeitig als Ausdruck und Bedingung psychischer Gesundheit betrachtet werden. Die Wissenschaft erweiterte den Wissensstand über die Persönlichkeitsentwicklung, Bewältigungskompetenz und soziale Unterstützung. Damit wurde die biologische Sicht auf die Entstehung und Behandlung von psychischen Störungen ganzheitlicher. Dieses bio-psycho-soziale Modell (Engel, 1977) fasst verschiedene Aspekte zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit zusammen und impliziert ein interdisziplinäres Denken und Handeln.

In der vorliegenden Strategie wird der komplexe Prozess der Persönlichkeitsentwicklung unter dem Begriff „psychische Vitalität“ zusammengefasst. Konzeptuell lehnt sich dieser deutsche Begriff an den englischen Begriff „Resilience“ (Richardson, Waite, 2002) an.

#### ***Ressourcenforschung***

Die Ressourcenforschung der 80er Jahre führte zu einem Paradigmawechsel, der Gesundheit zum eigentlichen Forschungsgegenstand macht. Die Fragestellung der Pathologie – „was krank macht?“ wird durch die salutogenetische Frage „was macht gesund?“ (Antonovsky, 1984) erweitert. Internale und externale Ressourcen sind für eine Person in allen Lebensphasen von zentraler Bedeutung. Sie können im Umgang mit Anforderungen des Lebens ebenso wichtig wie eine Krankheit sein und zur Erhaltung und Wiedererlangung des Wohlbefindens beitragen (Perrig-Chiello, Höpflinger, 2003).

Das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell und der salutogenetische Ansatz bilden die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Strategie

### **2.4.2 Psychische Gesundheit verschiedener Generationen und Lebensphasen**

Jede Generation muss in jeder Lebensphase andere psychische Herausforderungen bewältigen. In Situationen von kritischen Lebensereignissen und in Phasen von Lebensübergängen sind Menschen verletzlich, insbesondere wenn dazu noch erschwerte Lebensbedingungen kommen. Solche Situationen können zu psychischen Krisen führen, das Gleichgewicht der psychischen Gesundheit gefährden und psychische Krankheiten auslösen.

#### ***Kinder und Jugendliche***

Kinder und Jugendliche sollen für ihre spezifischen psychischen Herausforderungen gestärkt werden, welche sie zu bewältigen haben. Eine Auseinandersetzung durch Disput, Diskussionen und Konsens über Werte und Normen fördert einen positiven Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt und trägt zur

Identitätsbildung bei. Kinder und Jugendliche müssen die Möglichkeit haben, ein gutes Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl aufbauen zu können. Wenn Kinder von Geburt an die Möglichkeit haben, verlässliche Beziehungen aufzubauen, und wenn sie erfahren, dass sie in den Augen der Erwachsenen etwas zählen, werden sie lernen, sich selber zu schätzen. Sie lernen dabei auch, ihr Gegenüber zu schätzen und zu achten. Wenn Kinder mit Aufgaben konfrontiert werden, welche sie bewältigen können, werden sie lernen, dass ihr Handeln erfolgreich ist (Kontrollüberzeugung). Mit diesen Erfahrungen werden sie sich auch für die Gestaltung ihres Umfeldes einsetzen und konstruktiv mithelfen, Probleme zu lösen (Arbeitstag zur psychischen Gesundheit und Krankheit von Kinder und Jugendlichen, 2003).

### ***Erwachsene***

Das Erwachsenenalter umfasst die erwerbsfähigen Lebensjahre. Erwachsenen sind heute in der Schweiz zu 66% (BFS: SAKE, 2002) erwerbstätig. Die psychische Gesundheit von Erwachsenen erfordert einen ständigen Ausgleich zwischen Arbeit, sozialen Verpflichtungen gegenüber den jüngeren und älteren Generationen sowie der eigenen Regenerationszeit (Work-Life-Balance). Diese Balance ist in erster Linie eine Sache des Individuums. Arbeitgebende können jedoch mit flexibleren Arbeitszeiten, familiengerechten Arbeitsverhältnissen und Altersteilzeitarbeit psycho-sozialer Belastungen entgegen wirken. Auch die Übergänge der verschiedenen Phasen im Erwerbsleben stellen Anforderungen an die psychische Gesundheit. Phasen des Erwerbsleben sind: Berufseinstieg, Beruf und Familie, die Jahre vor der Pensionierung.

Wie komplex und psycho-sozial belastend die Zusammenarbeit am Arbeitsplatz sein kann, zeigen die Studien über die Kosten des Stresses in der Schweiz (Seco, 2000) und über Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz (Seco, 2002).

### ***Menschen in der dritten und vierten Lebensphase***

Mehr Menschen leben dank der gestiegenen Lebenserwartung nicht nur länger, sie bleiben auf Grund der wirtschaftlichen, medizinischen und sozialen Fortschritte auch länger aktiv und gesund (Höpflinger, 2003). Alter umfasst somit mehrere Dekaden eines menschlichen Lebens. Zu unterscheiden sind die Kategorien zwischen dem 60. bis 75. Lebensjahr; dem 76. bis 90. Lebensjahr; dem 90. bis 100. Lebensjahr und den langlebigen Menschen über 100 Jahren. Auch die psychische Gesundheit älterer Menschen wird von mehreren Faktoren beeinflusst. Das Wohnen, die medizinische Versorgung, die finanzielle Altersvorsorge, die Mobilität, die sozialen Beziehungen usw. sind für die psychische Gesundheit und das selbständige Leben im Alter mitbestimmende Faktoren.

Altern ist ein lebenslanger, komplexer Prozess und lässt sich nicht auf den geistigen und körperlichen Abbau reduzieren. Die Weichenstellung für unser Leben im Alter erfolgt im allgemeinen vor dem 50sten Lebensjahr. Zwischen 40 und 50 Jahren ist meist klar, welchen finanziellen Handlungsspielraum ein Mensch im Alter haben wird und der Umfang der Bildung ist abgesteckt. Die Persönlichkeitsmerkmale bleiben im Alter in der Regel stabil. Zweifelsohne bleibt die körperliche Entwicklung im Alter nicht ohne Einfluss auf die Psyche. Durch Krankheit und Tod von Lebenspartnern und Freunden verkleinert sich mit der Zeit das Netz an langjährigen vertrauten Beziehungen. Im Alter sozial integriert zu bleiben, ist sowohl eine individuelle als auch eine gesellschaftliche Herausforderung (Arbeitstag zur psychischen Gesundheit und Krankheit von älteren Menschen).

Der Umgang mit den leistungsfähigen Knaben Alten und mit der kleinen Gruppe der pflegebedürftigen Hochbetagten prägen die soziale und wirtschaftliche Entwicklung unserer Gesellschaft. Während sich die Betreuung der Letzteren zunehmend auf Institutionen verlagert, bleibt den Ersteren die Rolle einer tragenden Stütze in unserer Gesellschaft auf Grund hartnäckiger Vorurteile verwehrt.

### ***Die Familie und alternative Formen des Zusammenlebens***

Die Familie ist das kleinste soziale Netz, welches in allen Lebensphasen auf die psychische Gesundheit Einfluss nimmt und Phasen von Übergängen bewältigen muss (Wicki, 1997). Von Geburt bis zum Tod hat jeder Mensch ein mehr oder weniger grosses familiales Netz, worin er im Verlauf des Lebens verschiedene Rollen einnimmt. Beim Start ins Leben haben die frühkindlichen Beziehungen sogar eine nachhaltige Wirkung über mehrere Lebensphasen.

Psychische Gesundheit muss in Verbindung zur sozialen Unterstützung über die ganze Lebensspanne gesehen werden (Ningel, Funke, 1995). Während in den letzten 40 Jahren die Formen des familiären Zusammenlebens deutlich heterogener geworden sind (mehr Einelternfamilien, Stieffamilien, binukleare Familien etc.), hat die durchschnittliche Zahl der in einem Haushalt zusammenlebenden Personen stark abgenommen. Gesellschaftliche Entwicklungen wie gestiegene Lebenserwartung, höherer Lebensstandard und die Vielfalt an Lebensentwürfen erhöhen die Ansprüche an das Zusammenleben in der Familie. In dieser gesellschaftlichen Dynamik muss die Familie verschiedene Entwicklungs- und Anpassungsprozesse vollziehen (u.a. Geburt von Kindern, Trennung und Scheidung). Ob diese Anpassungsprozesse gelingen, hängt entscheidend von den verfügbaren personalen, familiären und ausserfamiliären Ressourcen ab.

Im günstigsten Fall verfügen Familien sowohl über hinreichende personale Ressourcen (z.B. körperliche Gesundheit, Vermögen, Bildungsniveau, psychisches Wohlbefinden, Persönlichkeitsmerkmale) als auch über hinreichende familiäre (z.B. Wohnungsgrösse und -ausstattung, gemeinsames Einkommen, psychologischer Zusammenhalt, Partnerunterstützung) und ausserfamiliäre Ressourcen (z.B. materielle, emotionale und informationsbezogene, soziale Unterstützung von Verwandten, Freunden oder Behörden, familienergänzende Kinderbetreuung, etc.). Das Fehlen bestimmter Ressourcen kann u.U. durch die Mobilisierung anderer Ressourcen kompensiert werden.

Soziale und familiäre Netze können sowohl entlastend als auch belastend bis traumatisierend sein. Entsprechend wird nicht jede soziale Unterstützung als hilfreich erlebt. Da informelle Hilfe im sozialen Netzwerk in der Regel Gegenseitigkeit impliziert, kann der Bezug solcher Hilfe auch mit starkem Druck, sich irgendwie ebenfalls erkenntlich zu zeigen, verbunden sein. (Ningel, Funke, 1995, Wicki, 1997).

### ***Migration***

Die Auswanderung und andere Formen der Übersiedlung in ein anderes Land können zu positiven und negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von MigrantInnen und ihren Familien. Die strategische Ausrichtung des Bundes 2002 – 2006 stellt die gesundheitlichen Auswirkungen der Migrationserfahrungen ins Zentrum. Durch Unsicherheiten im Umgang mit einer neuen Lebensweise, sind MigrantInnen vermehrt Isolationsgefühlen ausgesetzt. Durch zusätzliche Unsicherheiten bezüglich des Aufenthaltsstatus können sich die Gefühle der Isolation bei AsylbewerberInnen und Sans-Papiers erhärten. Diese Faktoren machen MigrantInnen, AsylbewerberInnen und Sans-Papiers zu einer besonders verletzlichen Gruppe. In allen Generationen und in allen Lebensphasen können psychische Probleme entstehen (BAG: Migration und Gesundheit, 2002).

## **2.5 Determinanten psychischer Gesundheit**

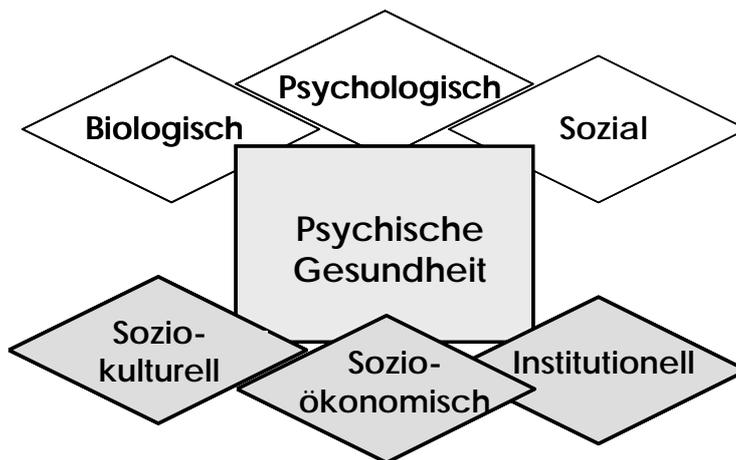
Einer Gesundheitspolitik liegt jeweils ein Modell zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Bevölkerung zu Grunde, welches eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten umfasst (Rütten, Lüschen, von Lerngerke, et al., 2003). Ein Modell der Determinanten psychischer Gesundheit ist notwendig, um Ziele und Aktionen einer Strategie gewichten und anschliessend evaluieren zu können. Die Medizin, die Gesundheits-, Geistes-, Sozial- und Rechtswissenschaften sowie die Ökonomie sind äquivalente Bezugswissenschaften im nachfolgenden Modell der Determinanten psychischer Gesundheit. Dieses Modell stützt sich auf theoretische und empirische Arbeiten von Illés, Abel (2002) und Papart (2002) ab.

Die Determinanten der psychischen Gesundheit setzen sich aus bio-psycho-sozialen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren zusammen. Ihre Wirkungen können sowohl eine positive wie auch eine negative Ausprägung haben. Dabei sind die einzelnen Faktoren und deren gegenseitige Beeinflussung vor dem Hintergrund eines Anforderungs-Ressourcen-Modells (Kaluza, 2003) zu verstehen und zu interpretieren. Positive Voraussetzungen für die psychische Gesundheit sind dann gegeben, wenn genügend personelle, soziale und materielle Ressourcen vorhanden sind, um die persönlichen, sozialen und beruflichen Anforderungen und Belastungen zu bewältigen. Die Wirkung der Einflussfaktoren ist umso grösser, wenn die auftretenden Faktoren kumuliert und anhaltend sind. In den Fachbereichen des Bundesamts für Statistik, in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und im Schweizerischen Haushaltpanel sind bereits bevölkerungsbezogene Informationen zu den Determinanten psychischer Gesundheit vorhanden. In der Publikation Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring vom Schweizerischen

Gesundheitsobservatorium (Ruesch, Manzoni, 2003,) sind einige Ergebnisse zu beeinflussenden Faktoren psychischer Gesundheit aus verschiedenen Datenquellen zusammengeführt (vgl. 3. 1 Die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz).

Nachfolgend werden die wichtigsten beeinflussende Determinanten auf den Schutz, die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit dargestellt. Armut als beeinflussender Faktor psychischer Gesundheit wird allerdings nicht explizit thematisiert.

Abbildung 1: Determinanten psychischer Gesundheit



### 2.5.1 Bio-psycho-soziale Determinanten

Die im Verlauf des Lebens zu bewältigenden Veränderungen eines Menschen (vgl. 2. 4) sind biologisch, psychologisch und sozial bedingt. Biologische Faktoren beinhalten genetische, neurologische und biochemische Prozesse. Psycho-soziale Faktoren beinhalten das psychische Wohlbefinden, das Gefühl, das Leben meistern zu können (Kontrollüberzeugung) sowie funktionierende soziale Beziehungen in Familie, Schule, Arbeit und Freizeit (vgl. 2. 4 Psychische Gesundheit als lebenslanger Prozess).

### 2.5.2 Sozio-ökonomische Determinanten

Der sozio-ökonomische Kontext eines Menschen ist für sein Tun bzw. sein Nichttun von zentraler Bedeutung. Die psychische Gesundheit wird von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen stark beeinflusst. Beispielsweise können die Informationstechnologie und die hohe Mobilität heute zu existenziellen Veränderungen führen (Illés, Abel, 2002) (vgl. 2. 4 Psychische Gesundheit als lebenslanger Prozess).

Bildung und Erwerbstätigkeit wirken sich sowohl positiv als auch negativ auf die Lebenschancen eines Menschen aus. Ein zentraler Aspekt von psychischer Gesundheit ist die Zugehörigkeit zur Erwerbsgesellschaft (Illés, Abel, 2002). Heute bestimmt das erzielte Einkommen die Lebensqualität wesentlich. Arbeit schafft ein Gefühl des persönlichen Erfolgs und der persönlichen Sicherheit (Illés, Abel, 2002). So macht es den Anschein, als ob die Würde und die Berechtigung eines Menschen immer stärker mit Leistungsfähigkeit in Verbindung gebracht werden.

Im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel mehren sich Brüche in den Erwerbsbiografien. Mag die Arbeit noch so belastend sein, Erwerbslosigkeit ist der grösste Stressfaktor. Bei den Männern hat die Erwerbslosigkeit eher zugenommen. Bei den Frauen hat sie leicht abgenommen. Es fällt auf, dass vermehrt auch gut qualifizierte junge Personen betroffen sind. Rund die Hälfte der Erwerbspersonen tritt mindestens ein Jahr vor dem gesetzlich festgelegten Rentenalter in den

Ruhestand. Hauptsächliche Gründe dafür sind betriebsinterne Umstrukturierungen und gesundheitliche Gründe (BFS: SAKE, 2002).

Wenn psychisch Kranke ihre Arbeit verlieren, werden sie wirtschaftlich benachteiligt. Erwerbslosigkeit führt zu zusätzlichen Ängsten, Depressionen und Isolation. Dieser Umstand hindert Familien, Erwachsene und Kinder an ihrer persönlichen und sozialen Entwicklung. Kinder von erwerbslosen Eltern weisen ein labileres physisches und psychisches Gleichgewicht auf. Diese Kinder leiden häufiger an Depressionen als ihre Altersgenossen; sie verfügen auch über ein geringeres Selbstbewusstsein (BSV: Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen, 1998).

### **2.5.3 Sozio-kulturelle Determinanten**

Sowohl das Ressourcen- als auch das Belastungspotenzial psychischer Gesundheit sind zu einem erheblichen Teil sozio-kulturell bedingt. Dazu gehört das Ausmass der Wahl- und Gestaltungsfreiheit in allen Lebensbereichen von Individuen und Bevölkerungsgruppen. Die Möglichkeit, die eigene Lebenswelt aktiv mitzugestalten und auf bestehende gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Strukturen Einfluss zu nehmen, stellt eine bedeutende Ressource für die psychische Gesundheit dar. Umgekehrt ist Enge im Sinne eingeschränkter Selbstbestimmung sowie mangelnder Mitbestimmung bei Entscheidungsprozessen oder eine eingeschränkte Zukunftsperspektive auf Dauer ein Risikofaktor und kann zur „Entfremdung des Individuums“ (Papart, 2002) führen.

Die Diversifizierung gesellschaftlicher Werte und Normen kann als eine Ressource für die psychische Gesundheit erachtet werden, weil dadurch die Freiheitsgrade in der Lebensgestaltung erhöht werden. Rascher Verlust von verbindlichen Orientierungsrahmen birgt aber auch die Gefahr, dass der soziale Zusammenhalt der Menschen untereinander schwächer wird. Dies wiederum erhöht die Gefahr der sozialen Isolierung (Papart, 2002).

Die aktuell vorherrschenden ökonomischen und materiell orientierten Werte setzen sich zunehmend auf Kosten sinnstiftender Inhalte durch. Für die psychische Gesundheit ist ein Ausgleich von beiden Wertorientierungen existenziell (Papart, 2002).

Ein oft verdrängtes Thema ist Gewalt und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Die Entstehung und der Umgang mit Gewalt hängen direkt und indirekt mit den sozio-kulturellen Determinanten zusammen. Tiefgreifende Gewalterfahrungen können die psychische Gesundheit von Täter und Opfer lebenslang verändern. Mit der schweizerischen Präventionskampagne gegen häusliche Gewalt wird einer Form von Gewalt in der Schweiz gezielt entgegen gewirkt (Bruhin, 2003).

Zur Vollständigkeit sind auch religiöse und spirituelle Einstellungen und Praktiken unter diesem Punkt zu subsumieren. Auch hier gilt, dass diese Faktoren bei positiver Ausprägung die psychische Gesundheit stärken, umgekehrt aber das Risiko für einen Menschen erhöhen, eine psychische Störung zu entwickeln (Illés, Abel, 2002).

Letztlich wird der Schutz, die Förderung, Erhaltung und die Wiederherstellung psychischer Gesundheit durch Wissen und Einstellungen der Gesellschaft über die psychische Gesundheit und Krankheit stark mitbestimmt. Damit Früherkennung und Behandlung Erfolg haben können, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört ein der Sache angemessener Wissensstand in der Bevölkerung. Der aktuelle Nicht-Wissensstand hat Konsequenzen auf allen Ebenen (vgl. 6. 4 Bewusstseinsbildung). Bei den Betroffenen vermindert sich die Krankheitseinsicht, die Bereitschaft zur Abklärung und zur angemessenen Therapie. In der sozialen Umwelt sind es unreflektierte Einstellungen und die mangelnde soziale Unterstützung, die zu ungerechtfertigter Ausgrenzung führen. Bei den Primärversorgern wirken sich die Somatisierung, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen aus und bei Politikern und Gesundheitsplanern mangelt es an notwendigen Präventionsschwerpunkten. Schliesslich werden notwendige Restrukturierungen des Versorgungssystems und Versorgungsdisparitäten nicht angegangen. (Ajdacic, Graf, 2003, Illés, Abel, 2002).

### **2.5.4 Institutionelle Determinanten**

Das Angebot, der Zugang zu informeller und professioneller Hilfe, die Verfügbarkeit von psychotherapeutischen und psychiatrischen SpezialistInnen sowie die Gesetzgebung sind

entscheidende Faktoren für den Schutz, die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Der Zugang zu angemessener Hilfe verlangt nach differenzierten Angeboten und nach Kooperationen mit Dienstleistungen aus dem Gesundheits-, Behinderten- und Sozialwesen, der Jugendhilfe, der Altersversorgung, etc. sowie der Justiz und Polizei.

Der rechtliche Status von psychisch kranken und behinderten Menschen ist in der Schweiz durch eine Vielzahl von Normen auf Verfassungs-, Gesetzes- und Verordnungsstufe bei Bund, Kantonen und Gemeinden im Gesundheits-, Behinderten- und Sozialwesen geregelt. Als Inhalte der Regelungen stehen Fragen der Existenzsicherung, der Selbstbestimmung, der Behandlung und Betreuung sowie der sozialen und beruflichen Integration im Vordergrund. Die staatlichen Aufgabenbereiche sind durch eine eigene geschichtliche Entwicklung geprägt, verfügen über eigene organisatorische Strukturen und über spezifische rechtliche Grundlagen.

## **2.6 Europäische und internationale Trends zur Politik der psychischen Gesundheit**

### **2.6.1 Internationale Empfehlungen**

In den Europäischen Ländern ist die psychische Gesundheit seit 1995 auf der politischen Agenda. Die internationale Strategieentwicklung wird von der Europäischen Union und der WHO Europa (STAKES, 1999, 2000) unterstützt. Die international erkannten gesundheitlichen aber auch ökonomischen Auswirkungen von psychischen Gesundheitsproblemen (mental health) machen deutlich, dass dieses Gebiet eine weit höhere Priorität erhalten muss. Verschiedene Berichte und Ergebnisse aus Studien bestätigen immer wieder diesen weltweiten Nachholbedarf.

Die in Tabelle 2 aufgeführten internationalen und europäischen Empfehlungen zeigen, wie psychische Gesundheit integral gefördert werden soll. Finnland, Schweden und Spanien zählen zu den führenden Ländern der strategischen Entwicklung in Europa.

Tabelle 2: Internationale Empfehlungen zur Psychischen Gesundheit

WHO – Empfehlungen, 2001	EU – Empfehlungen, 2000
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundversorgung sichern</li> <li>• Psychotrope Medikamente sicher stellen</li> <li>• Gemeindeorientierte psychiatrische Dienste anbieten</li> <li>• Bewusstsein in der Öffentlichkeit fördern</li> <li>• Gemeinschaften, Familie und Versicherte einbeziehen</li> <li>• Nationale Strategien, Rahmenbedingungen, Programme und Gesetzgebungen schaffen</li> <li>• Nachwuchs fördern</li> <li>• Mit anderen Sektoren vernetzen</li> <li>• Berichterstattung über die psychische Gesundheit von Bevölkerungsgruppen</li> <li>• Forschung fördern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikatoren psychischer Gesundheit sowie zuverlässige und gültige Monitorsysteme entwickeln.</li> <li>• Die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit in der Gesamtbevölkerung fördern.</li> <li>• Psychische Gesundheit als wichtiges soziales Gut anerkennen, welches geschützt, gefördert, erhalten und wenn nötig wieder hergestellt werden soll.</li> <li>• Psychische Gesundheit in die öffentliche Gesundheit (Public Health) integrieren und gleichermaßen wie die somatische Gesundheit schützen, fördern, erhalten und wieder herstellen.</li> <li>• Die psychische Gesundheit dort schützen, fördern und erhalten, wo sie entsteht - in der Familie, den Gemeinden, Schulen, an den Arbeitsplätzen und in der Freizeit.</li> <li>• Politik und Bevölkerung kontinuierlich Information und Beratung über die Zusammenhänge der psychischen Gesundheit vermitteln, das heisst auch über zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche professionelle Hilfe sowie über die indirekten Kosten bei Unterversorgung und ungemessenen Angeboten informieren.</li> <li>• Betroffene- und Angehörigenorganisationen als Mitgestaltende des Gesundheitssystems stärken und über staatliche Rahmenbedingungen die Organisationsentwicklung fördern.</li> <li>• Medien auf stigmatisierende und diskriminierende Informationsvermittlung sensibilisieren.</li> <li>• Risikofaktoren und frühzeitigen Tod von psychisch Kranken reduzieren.</li> <li>• Angemessene Dienste für die Früherfassung, Behandlung und Rehabilitation gewährleisten.</li> <li>• Menschenrechte von psychisch Kranken respektieren und sicherstellen</li> </ul>

Quelle: WHO, World Health Report, 2001; STAKES, 2000

## 2.6.2 Internationale Grundlagen und Trends

Theoretische Grundlagen und Trends über die Herausforderungen, die sich an die politische Steuerung zur Verbesserung der psychischen Gesundheit stellen, sind nachfolgend zusammengefasst (Jenkins, McCulloch, Friedli, Parker, 2000, Tansella, Thornicroft, 1998, Schunke, 2003). Schunke's Arbeit, 2003 analysierte Expertisen der Psychiatrieplanung aus Belgien, Deutschland, England, Italien und der Schweiz, welche für die vorliegende Strategie relevant sind.

### ***Gesundheit, Bildung, Soziale Sicherheit, Justiz, Wirtschaft***

Idealerweise wird die Prävention und Versorgung von mehreren politischen Bereichen multisektorial koordiniert übernommen. Ob es sich um den Kontakt psychisch Kranker mit dem Justizsystem oder um Früherkennungsprogramme in der Schule handelt, es gibt viele Beispiele, die für eine Stärkung kooperativer Strukturen über das Gesundheitssystem hinweg sprechen (vgl. 2.5 Determinanten, 6. Aktionsplan).

### ***Public Health-Ansatz fördern***

Die erste Aufgabe kann darin gesehen werden, dass psychische Gesundheit in der Politik thematisiert wird. Das eingeschränkte Bewusstsein über die (ökonomische) Bedeutung dieses Bereiches führt noch immer zu einer untergeordneten Stellung im politischen Tagesgeschäft. Die Stärkung des Bewusstseins

für die Bedeutung der psychischen Gesundheit in der breiteren Bevölkerung wäre ein durchgreifender Schritt. So lange hier nicht die Herausforderung und auch das mögliche Potenzial guter Versorgung erkannt wird, kann auch kaum der notwendige Druck bzw. die notwendige Unterstützung für Veränderungen entstehen.

### **Probleme der gegenwärtigen Versorgung**

Als drängendes Problem erwähnen die befragten europäischen Experten Zeichen der Fragmentierung der gegebenen Versorgungsstrukturen. Der Mangel an Kooperation oder sogar der Mangel an Willen zu Kooperation zwischen diversen Akteuren wird als Barriere zur Verbesserung des Zugang und der Qualität des bestehenden Dienstleistungspakets gesehen. Auch eine eingeschränkt medizinische Herangehensweise – welche z.B. Elemente der Vorbeugung oder nicht-medizinische Interventionen vernachlässigt – oder die allgemein zersplitterten Finanzierungsstrukturen führen u.a. durch Reibungsverluste zu inadäquater oder zumindest ineffizienter Versorgung.

### **Vorgeschlagene Reformen**

Im europäischen Raum wird die Kooperation/Integration immer weitere Bereiche der Gesundheit umfassen. Diese Bandbreite der Dienste soll eine bessere Versorgung garantieren. Diese vermehrte Koordination und Kooperation nimmt Einfluss auf die Stufen der Entscheidung (institutionell, kommunal, national).

Die vorgeschlagenen Reformen schematisiert Schunke (2003) in der Abbildung 1 nach Tansella, Thornicroft (1998) entlang nachfolgender Kontinua. Grau unterlegte Bereiche entsprechen den Vorschlägen zur besseren Kooperation.

**Tabelle 3: Beispiele für das vertikale und horizontale Kontinuum**

		← Bandbreite der genannten Dienste →						
	Bandbreite / Politische Ebene	Bildung, Justiz, Wohlfahrt	Gesundheitsförderung	Gesundheits-system	Primäre Gesundheits-Dienste	Psychi-atrische Dienste	Stationär	Betreutes Arbeiten, Freizeit.
							gemeinde-nah	
Entscheidungsebene ↑	Nationale Ebene, Regierung	z.B. Kooperation zwischen nationalen und regionalen Regierungen zur Einführung von gesundheitsfördernden Massnahmen in Schulen, Betriebe etc..						
	Regionale oder lokale Körper							
↓	Einzelne Dienste				z.B. Kooperation zwischen HausärztInnen und niedergelassenen PsychiaterInnen			

Quelle: Schunke, 2003

### ***Bandbreite der Kooperation***

Die Möglichkeiten der Kooperation sind vielfältig. Zwei Arten der Kooperationen, welche für psychisch Kranke relevant sind, werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Allgemein-medizinische und psychiatrische Grundversorgung: In dieser Kategorie dominiert die mangelhafte Zusammenarbeit von HausärztInnen und niedergelassenen PsychiaterInnen. Gerade die Sicherstellung langfristig-kontinuierlicher Versorgung bei z.B. chronischen Krankheitsverläufen soll hier durch stärkere Koordination/Integration erleichtert werden. Aber auch die niedrigere Hemmschwelle zum Besuch des – besser ausgebildeten – Hausarztes soll als Zugangsform stärker genutzt werden können. (vgl. Aktionsplan 6. 8. 1 Fachentwicklung der psychiatrischen und psycho-therapeutischen Angebote).

Versorgerkooperation in der psychiatrischen Grundversorgung: Die Kooperation in diesem Bereich soll vor allem die nach wie vor grossen Reibungsverluste beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung reduzieren. Trotz jahrelanger Versuche, einen besseren Übergang sicher zu stellen, verbleiben hier beträchtliche ungelöste Probleme (vgl. Aktionsplan 6. 8. 2 koordinierte Angebote).

### ***Ebenen der Zuständigkeiten***

Im Bereich der Zuständigkeit zeigen sich interessante Unterschiede zwischen den Präferenzen von germanofonen und anglofonen Experten. Während letztere die Bedeutung von nationalen Entscheidungsträgern z.B. zur Implementation vergleichbarer Standards bevorzugen, favorisieren erstere Reformbemühungen auf lokaler oder sogar nur auf individueller Dienstebene.

Ebene der einzelnen Leistungserbringer: Verstärkte Koordination auf dieser Ebene soll eine schnelle und flexible Reaktion auf die Bedürfnisse der PatientInnen ermöglichen. Die Bereitstellung von Diensten unterschiedlichster Intensität und somit die Möglichkeit kontinuierlicher Intensitätsstufen kann nur durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Anbietern erreicht werden. Wenn Patientenorientierung ermöglicht werden soll - also Intensität und Form des Dienstes den Bedürfnissen der PatientInnen angepasst sein sollten -, muss zumindest eine Kooperation zwischen diesen Diensten bestehen. Andernfalls dominieren Verantwortungs- und Verteilungskonflikte. Inwieweit auf dieser Ebene in Konfliktsituationen zufriedenstellend vermittelt werden kann ist unsicher.

Kommunale / (kantonale) Ebene: Die Koordination verfolgt das Ziel, eine adäquate Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten – und nicht nur diejenige einzelner Patientengruppen, wie dies bei den spezialisierten Diensten der Fall ist. Zumindest hier wird die Existenz regionaler Koordinationsstrukturen bedeutsam. Dieser Ebene wird die Verantwortung zur Schlichtung und zu Schaffung von qualitätssichernden Intervention zugesprochen. Kommunale/kantonale Institutionen sollten Verschiebungen von finanziellen und personellen Ressourcen flexibel steuern können. Sie sollen aber auch die Rolle zum Setzen und Kontrollieren von Qualitätsstandards innehaben.

Nationale Ebene: Anglophone Experten sehen hier ein enormes Potenzial zur Gewährleistung einer stärkeren Verteilungsgerechtigkeit in Quantität und Qualität von Angeboten. Regionale Unterschiede könnten nur dort durch Ressourcenverschiebung oder nationale (Minimal)-Standardsetzung ausgeglichen werden. Eine Abwägung zwischen regional individuellen und flexiblen Antworten auf der einen und ungerechtfertigten und uneffizienten lokalen Disparitäten auf der anderen Seite muss getroffen werden. Eine völlige Abwesenheit nationaler Strukturen – wie dies gerade im deutschsprachigen Raum häufig der Fall ist – kann jedoch in keinem Falle eine Lösung darstellen.

Die Empfehlungen dieser Strategie (Kapitel 6 Aktionsplan) nehmen Bezug auf die europäischen und internationalen Grundlagen.

### **3 Daten zur psychischen Gesundheit sowie Häufigkeiten, Ausmass und Folgen von psychischen Störungen**

Für die strategische Ausrichtung werden neben differenzierten Informationen über die bestehende Versorgung epidemiologische Informationen über Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen benötigt. Diese Informationen stammen aus bevölkerungsbezogenen nationalen und internationalen Datenquellen, epidemiologischen Studien, Registerinformationen der Versorgungsinstitutionen sowie aus Informationen über die soziokulturell höchst variablen Gewohnheiten der Wahrnehmung und Bewältigung psychischer Störungen. Dieses Kapitel fasst die wichtigsten Informationen über die psychische Gesundheit sowie über Häufigkeiten, Morbidität, Mortalität und Folgen von chronischen psychischen Krankheiten oder psychischen Behinderungen der Bevölkerung in der Schweiz in Hinblick auf die Strategie zusammen.

#### **3.1 Die psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz**

Soweit möglich dokumentieren die nachfolgenden Daten den Ist-Zustand zu Determinanten psychischer Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen. Die Daten stammen hauptsächlich aus Quellen des Bundesamts für Statistik, wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, dem Schweizerischen Haushaltspanel sowie aus dem ersten Bericht: Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Ruesch, Manzoni, 2003,) sowie aus epidemiologischen Studien, soweit vorhanden.

##### **3.1.1 Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und ihr Umgang mit Belastungen**

Informationen über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liefern die internationale Schülerbefragung der 11 bis 16 Jährigen (HBSC: Schmid, Delgrande, Kuntsche, et al., 2003) und die Schweizer Multizenterstudie über Gesundheit und Lebensstil der Jugendlichen im Alter von 16 bis 20 Jahren (SMASH: Narring, Tschumper, Inderwildi, Addor, et al., SMASH 2002). Erstere wurde bereits zum fünften Mal unter der Schirmherrschaft der WHO durchgeführt.

Die internationale Schülerbefragung untersucht das Gesundheitsverhalten in Bezug auf Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen. Die SMASH-2002-Studie liefert Informationen über den Gesundheitszustand, die Gesundheitsbedürfnisse von 7420 Jugendlichen in allen Sprachregionen, ihr Gesundheitsverhalten und über beeinflussende Faktoren sowie über wichtige Veränderungen der letzten zehn Jahre. Nachfolgend werden die wichtigsten Aspekte im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aus SMASH 2002 kurz skizziert.

Gemäss der SMASH-2002-Studie fühlen sich die meisten Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren gesund und im persönlichen Umfeld gut aufgehoben. Es klagen allerdings mehr Jugendliche als noch vor zehn Jahren über psychische Schwierigkeiten und Suchtprobleme. 35 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Knaben geben an, deprimiert zu sein. Die Hälfte der befragten Mädchen und ein Drittel der Knaben benötigen Hilfe im Umgang mit Stress. Suizidgedanken haben acht Prozent der Mädchen und drei Prozent der Knaben.

Jugendliche, welche eine duale Berufsbildung (Schule und Arbeit) absolvieren, fühlen sich im Vergleich mit gleichaltrigen GymnasiastInnen und SchülerInnen von höheren Berufsschulen stärker psychisch belastet.

Die Forschungsgruppe von SMASH (2002) stellt in allen untersuchten Bereichen des Gesundheitsverhaltens bei den untersuchten Jugendlichen eine beunruhigende Situation fest. Der Konsum legaler und illegaler Drogen nahm zwischen 1993 und 2002 deutlich zu. Mädchen im Alter zwischen 16-20 Jahren konsumieren im Jahr 2002 zu 14 Prozent (28% auf 42%) häufiger einmal oder öfters pro Woche Alkohol als im Jahr 1993. Bei den gleichaltrigen Knaben steigt der Anteil um 11 Prozent (56% auf 67%). Fast ein Drittel der Mädchen und über die Hälfte der Knaben geben an, im Monat vor der Befragung mindestens einmal betrunken gewesen zu sein. Cannabis ist bei den

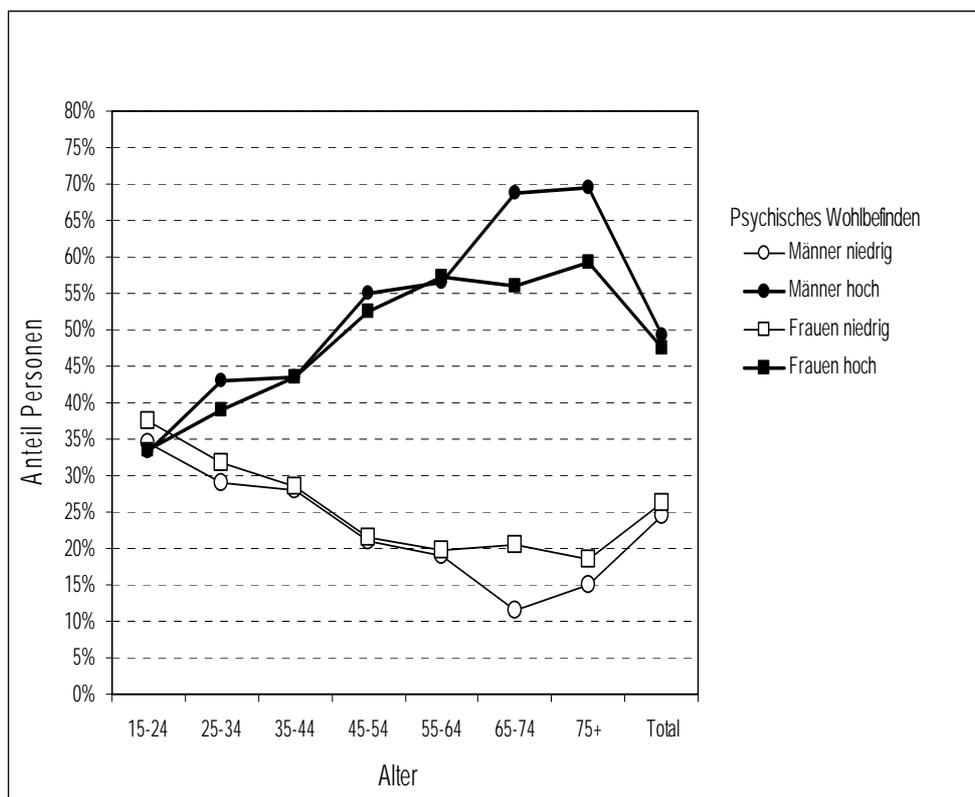
Jugendlichen sehr verbreitet. Bei den synthetischen Drogen hat sich der Konsum innert zehn Jahren fast verdoppelt. Vermehrt sind die heutigen Jugendlichen über ihr Aussehen besorgt. Von den befragten Jugendlichen wollen ca. 70 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Knaben wegen des Aussehens abnehmen (SMASH, 2002). Die internationale Schülererfragung (Schmid, Delgrande, Kuntsche, et al., 2003) weist darauf hin, dass die Verhaltensmuster in Bezug auf Tabak-, Alkohol, und Drogen bereits vor dem 16. Altersjahr einsetzen.

### 3.1.2 Psychisches Wohlbefinden der Erwachsenen bis zur 4. Lebensphase und Formen der Bewältigung psychischer Probleme<sup>2</sup>

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Ruesch, Manzoni, 2003, S. 13 ff) geben Personen mit einem sehr guten psychischen Wohlbefinden an, dass sie praktisch jeden Tag voller Kraft und Optimismus sind und sich meistens ruhig und gelassen fühlen. Sie berichten, dass sie selten deprimiert sind oder schlecht gelaunt wären. Im Knaben Erwachsenenalter gaben rund 35 Prozent an, diesen Zustand zu erreichen (vgl. Abb. 2).

Aus der gleichen Befragung ist bekannt, dass Frauen sich subjektiv psychisch weniger gesund einschätzen und sie mehr psychotrope Medikamente einnehmen als Männer.

**Abbildung 2: Anteil der Männer und Frauen in verschiedenen Altersgruppen mit niedrigem und hohem psychischen Wohlbefinden (Schweiz, 1997)**



Gesundheitsobservatorium Daten Schweiz. Gesundheitsbefragung 1997 (Bundesamt für Statistik)

Quelle: Ruesch, Manzoni, 2003

<sup>2</sup> sobald die Auswertungen der schweizerischen Gesundheitsbefragung, 2002 vorliegen, wird der nachfolgende Text ersetzt.

Die positive Einschätzung des psychischen Wohlbefindens nimmt gemäss dieser Studie mit dem Alter zu.

*Wichtige Bewältigungsformen:* Die Überzeugung, das Leben meistern zu können (Kontrollüberzeugung), führt zu einer besseren psychischen Verfassung. Diese Überzeugung nimmt im Alter zu. Männer weisen eine stärkere Kontrollüberzeugung auf als Frauen. Wer sich Menschen anvertrauen kann und eine soziale Zugehörigkeit hat, kann schwierige Lebenssituationen besser bewältigen. PartnerInnen sind die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung. Frauen können mehr soziale Unterstützung annehmen als Männer (Ruesch, Manzoni, 2003).

### **3.1.3 Migrationserfahrungen**

Obwohl Migration immer auch eine Leistung der MigrantInnen selbst ist, die auf ein beträchtliches Mass an mobilisierbaren psychischen Ressourcen hinweist, ist ihr psychisches Befinden durchschnittlich schlechter als das der schweizerischen Bevölkerung. Das gesundheitliche Risiko kann sich durch Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus, mögliche fehlende soziale Beziehungen und Netzwerke, Orientierung in einem neuen sozio-ökonomischen Umfeld, Diskriminierungserfahrungen, fehlende Schul- und Berufsausbildung sowie Erwerbslosigkeit oder gar traumatisierende Erfahrungen verstärken (vgl. BAG: Strategie Migration und Gesundheit, 2002).

### **3.1.4 Gewalt- und Opfererfahrungen**

Eine weitere einschneidende Belastung ist Gewalt jeglicher Art. Gemäss Ruesch, Manzoni, 2003 sind jüngere Personen am häufigsten von Gewalt in irgendeiner Art betroffen: Rund 17 Prozent der 15 bis 34-jährigen Männer sowie 13 Prozent der Frauen gleichen Alters geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten Opfer von verbaler oder physischer Gewalt wurden oder ihnen etwas gestohlen wurde. Die beiden am meisten gefürchteten Delikte sind ausserhäuslicher Diebstahl und Wohnungseinbruch. Frauen fürchten sich vor fast allen in der Untersuchung genannten Delikten mehr als Männer.

## **3.2 Häufigkeiten von psychischen Störungen**

Der Rückblick auf die Entwicklung der epidemiologischen Forschung über psychische Störungen verdeutlicht, dass es sich um eine erst junge Disziplin handelt. Die Terminologie ist noch nicht in einem konsolidierten Zustand. Die heute gültigen diagnostischen Grundlagen bestehen erst seit gut zwanzig Jahren, und sie beruhen weitgehend auf empirischen Befunden bezüglich Symptomatik, Dauer, Häufigkeit, Beeinträchtigungen etc.

Aus der Vielzahl der Erhebungen stechen namentlich die grossen amerikanischen Studien heraus. Neben diesen Querschnittstudien lassen sich erst wenige Längsschnittstudien identifizieren. Die wichtigste darunter ist die sogenannte Zürich-Studie von Jules Angst aus den 70er Jahren. Leider sind in der Schweiz keine weiteren vergleichbaren Studien durchgeführt worden.

Alle bisherigen Studien zeigen, dass psychische Störungen überaus häufig sind. Rund 50 Prozent der Bevölkerung leidet während ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung (Ajdacic, Graf, 2003).

### **3.2.1 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen**

Die Häufigkeit von problemangezeigten Verhaltensweisen beträgt bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter um 20 bis 25 Prozent (Specht, 1992). Es handelt sich dabei um Störungen der psychischen Entwicklung (Stottern, Legasthenie, Autismus, etc.), Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, etc.) und emotionale Störungen (depressive Episoden, etc.). Am häufigsten wird über Angststörungen berichtet.

Die Zürcher Längsschnittstudien zur Entwicklungspsychologie und -psychopathologie (Winkler, Steinhausen 1997, 1999) untersuchten Risiko-, Schutz- und Vulnerabilitätsfaktoren und identifizierten dabei drei Schweregrade depressiver Verstimmungen. 13 Prozent der insgesamt 567 untersuchten

Jugendlichen im Alter zwischen 11 bis 16 Jahren waren schwer depressiv. Als Grund geben sie an: ein schlechtes Selbstwertgefühl, Beziehungsprobleme mit Eltern und Gleichaltrigen sowie Schulprobleme.

### 3.2.2 Psychische Störungen bei Erwachsenen

Mit der Zürcher und Basler Studie haben zwei grosse Studien die Grössenordnungen der internationalen Daten bestätigt (Ajdacic, Graf, Nov. 2003, S. 46). In der Bevölkerung der 20 bis 64 Jährigen leiden 20 bis 30 Prozent innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten (Jahresprävalenz) an einer psychischen Störung, 1 bis 2 Prozent erkranken jährlich neu. Besonders häufig sind affektive Störungen und Angststörungen.

**Tabelle 4: Übersicht über die Prävalenz psychischer Störungen in internationalen epidemiologischen Studien\***

	12-Monats-Prävalenz	Lebenszeit-Prävalenz
<b>Diagnostizierte Störungen insgesamt</b>	20-30	40-50
<b>Diagnostizierte Störungen exkl. Substanzstörungen</b>	10-20	35-40
<b>Schizophrenie</b>	~0.5 (0.2-1.3)	0.3-1
<b>Affektive Störungen</b>	2-10	10-25
<b>Major Depression</b>	2-7	5-20
<b>Dysthymie</b>		2-7
<b>Hypomanie, bipolare Störungen</b>		0.5-10
<b>Alle Angststörungen</b>	7-17	13-27
<b>Essstörungen</b>		1.5
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	5	5-10
<b>Somatoforme Störungen</b>		7-8

\*Raten in %; in den meisten Studien basierend auf DSM-Kriterien.

Quelle: Ajdacic, Graf, 2003

Der Schweregrad der psychischen Störungen kann sehr stark variieren. Nicht alle psychischen Störungen gehen zwingend mit Beeinträchtigungen einher. Jedoch erkranken 15-25 Prozent der Bevölkerung im Laufe des Lebens an zwei oder mehreren Störungen. Das bedeutet, dass sich ihre Prognose verschlechtert, zu einem höheren Beeinträchtigungsgrad und zu einem vermehrten Behandlungsbedarf führt. Bei den Einflussgrössen hat sich gezeigt, dass ein Krankheitsbeginn im jüngeren Alter mit höherer Komorbidität einhergeht. Rechtzeitige und adäquate Behandlung von neu auftretenden psychischen Störungen ist deshalb zugleich auch als Prävention der Komorbidität zu verstehen (Ajdacic, Graf, 2003).

### 3.2.3 Psychische Störungen im Alter

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen beträgt insgesamt ebenfalls 25 Prozent. Depressive Störungen im Alter sind eines der häufigsten gesundheitlichen Probleme. Gemäss Höpflinger, 2003 liegt bei Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz die Komorbidität mit Depression bei 40-50 Prozent. Auch bei Alzheimer-Patienten sind depressive Störungen mit einer Grössenordnung von 20 Prozent relativ häufig. Bei älteren SpitalpatientInnen und BewohnerInnen von Alters- und Pflegeheimen sind Prävalenzraten depressiver Störungen bis zu 50 Prozent feststellbar. Dabei äussert sich die Krankheit gerade bei betagten Menschen häufig atypisch, verdeckt hinter somatischen Symptomen (Höpflinger, 2003).

Nach Höpflinger (2003) ergeben sich im Alter bei depressiven Störungen signifikante Zusammenhänge mit folgenden Faktoren:

- Persönlichkeitsfaktoren und angewandte Bewältigungsstrategien
- Biographische Merkmale
- Kritische Lebensereignisse und Alltagsbelastungen
- Soziale Unterstützung
- Soziale Schichtzugehörigkeit

Rund 86'000 der über 60-jährigen Menschen sind demenzkrank bzw. 83'000 der über 65-Jährigen. Dies sind deutlich mehr als zu Beginn der 90er Jahre für die Schweiz bis zum Jahr 2000 vorausgesagt wurde (Höpflinger, 2003). Fast zwei Drittel (64%) der Demenzkranken sind 80-jährig und älter. Diese Menschen leiden häufig auch an anderen Erkrankungen (Multimorbidität). Die Kombination mehrerer Krankheiten stellt grosse Herausforderungen an die Erhaltung der Selbständigkeit und die Pflege älterer Menschen.

### **3.3 Mortalität**

Die Sterblichkeit ist bei psychischer Krankheit relativ gering. Hingegen kommen in der Schweiz Suizide<sup>3</sup> auffallend häufig vor. Suizid ist bei den Jugendlichen unter den Todesursachen an zweiter Stelle, in den übrigen Altersgruppen nimmt Suizid insbesondere bezüglich der verlorenen Lebensjahre einen Spitzenplatz ein. Männer begehen wesentlich häufiger Suizid als Frauen. Im Jahr 1999 haben sich in der Schweiz 929 Männer und 367 Frauen das Leben genommen, was 27 Selbsttötungen auf 100'000 Männer und 10 Selbsttötungen auf 100'000 Frauen entspricht (WHO, 2003).

Die häufigsten Suizidmethoden sind Erhängen und Erschiessen (>20%), gefolgt von Vergiftungen (v.a. Tablettsuizide, >10%). Der Anteil des Erschiessens, das typisch für Männer ist, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Wahl der Suizidmethoden weist regionale Eigenarten aus (Ajdacic, Graf, 2003).

Im internationalen Vergleich rangiert die Schweiz auf Platz sieben der untersuchten Länder (Tab. 5).

---

<sup>3</sup> Suizid ist in sich keine Krankheit, auch nicht unbedingter Ausdruck einer Krankheit, aber psychische Krankheit ist ein hauptsächlicher Faktor, der mit Suizid assoziiert ist. (WHO, Genf, 2000)

---

Tabelle 5: Internationaler Vergleich der Suizidraten ausgewählter Länder per 100'000 Einwohner im Jahr 1999

Klassiert nach % in absteigender Rangordnung				
Länder	Total	Männer	Frauen	Anzahl
Russian fed.	39.4	70.6	11.9	56'934
Hungary	29.2	47.1	13.0	2'979
Japan	25.1	36.5	14.1	31'421
Finland	22.5	34.6	10.9	1'163
Belgium	19.8	29.4	10.7	2'013
Austria	18.3	27.3	9.8	1'489
<b>Switzerland</b>	<b>18.1</b>	<b>26.5</b>	<b>10.1</b>	<b>1'296</b>
France	17.5	26.1	9.4	10'268
Czech Rep.	16.1	26.0	6.7	1'649
Poland	15.1	25.9	4.9	5'841
Denmark	14.4	20.9	8.1	763
Sweden	13.8	19.7	8.0	1'219
Germany	13.6	20.2	7.3	11'160
Slovakia	13.5	22.6	4.9	729
Australia	13.1	21.2	5.1	2'488
Norway	13.1	19.5	6.8	583
Ireland	11.3	18.4	4.3	424
USA	10.7	17.6	4.1	29'180
Netherlands	9.5	13.0	6.3	1'517
Spain	8.1	12.4	4.0	3'218
Un.Kingdom	7.5	11.8	3.3	4'448
Italy	7.1	11.1	3.4	4'115
Portugal	5.1	8.5	2.0	524
Greece	3.6	5.7	1.6	381
			<b>Total</b>	<b>174'313</b>

Quelle: WHO mental health - suicide prevention, 2003

Die Zahl der Suizidversuche muss als wesentlich höher veranschlagt werden. Schätzungen gehen von 8'000 bis 15'000 Suizidversuche pro Jahr aus. In der Schweiz wurden Suizidversuche eingehend in Bern durch die Forschungsgruppe Michel (Ajdacic, Graf, 2003) in Zusammenarbeit mit WHO-Europa erforscht. Zurzeit läuft diese internationale Zusammenarbeit mit einer Gruppe in Basel (Eichhorn). Im Gegensatz zum todbringenden Suizid sind Suizidversuche und -gedanken entwicklungsbedingt bei Knaben Menschen häufiger anzutreffen, und sie sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Suizidgedanken (und Todesgedanken) figurieren als ein wichtiges Symptom für schwere Depression.

### 3.4 Krankheitsfolgen (burden of disease)

Frühere Einschätzungen basierten v.a. auf Mortalitätsraten und unterschätzten den Beitrag psychischer Erkrankungen und der krankheitsbedingten Belastung der Gesamtbevölkerung. Erst in den letzten Jahrzehnten sind Messgrößen entwickelt worden, die es erlauben, gleichzeitig verschiedene Merkmale zu berücksichtigen, um Krankheiten in ihrer Bedeutung zu vergleichen. Die Weltgesundheitsorganisation

und die Weltbank führten 1993 ein neues Mass zur Schätzung der krankheitsbedingten Einschränkung der Lebensqualität ein. Mit dieser Formel wird die Belastung von chronischen – nicht tödlich verlaufenden Krankheiten der Lebenserwartung gegenübergestellt und die Einschränkung für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe gewichtet. Das so genannte DALY (disability adjusted life years) ist ein Mass zur Schätzung der durch Krankheit und Behinderung verfrühten Verlust an nutzbarer Lebenszeit, bzw. der frühzeitige Verlust an potenziellen Lebensjahren. In der Rangliste der DALYS sind an Depression erkrankte Frauen und Männer im Alter zwischen 15 bis 44 Jahren an zweiter Stelle nach den Herz-Kreislaufkrankungen. Gemäss diesen Schätzungen wird ihre Lebenserwartung im Vergleich mit der gesunden Bevölkerung durchschnittlich auf rund neun gesunde Lebensjahre tiefer geschätzt (World health report, 2001, p. 24 ff.).

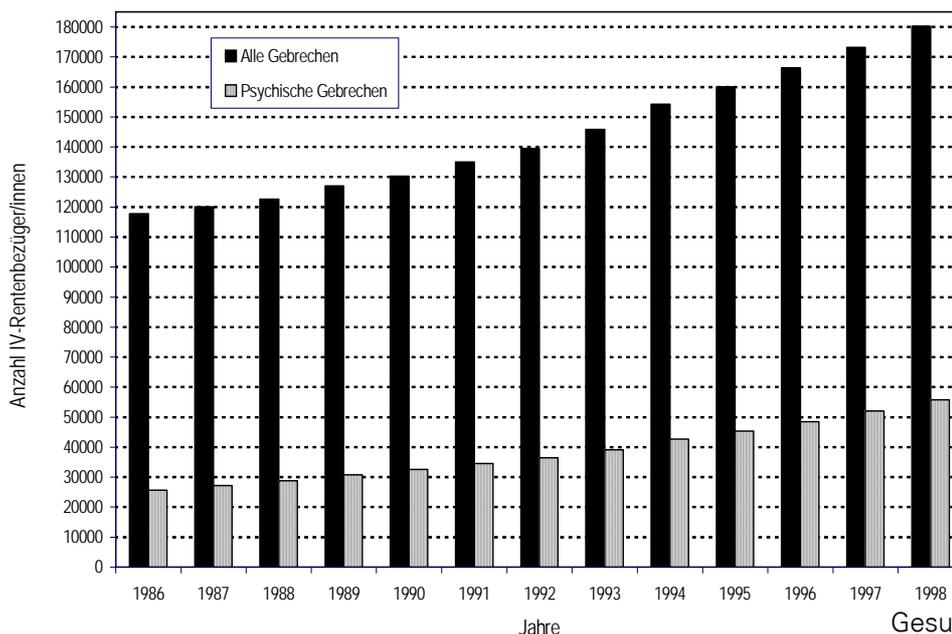
### **3.4.1 Leistungs- und Arbeitsfähigkeit**

Personen mit psychischen Problemen fühlen sich in der eigenen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und rund 20 Prozent sind auf unbestimmte Zeit krank geschrieben. Männer und Frauen mit grossen psychischen Problemen sind auch häufiger erwerbslos und beziehen vermehrt eine Rente. Das Phänomen der Erwerbslosigkeit von Menschen mit psychischen Störungen zeigt sich besonders deutlich bei Männern im Alter von 35 bis 54 Jahren. In dieser Altersgruppe geben rund 25 bis 30 Prozent der Männer mit einem behandlungsbedürftigen psychischen Problem an, nicht erwerbstätig zu sein, während eine solche Angabe im Allgemeinen nur für rund 5 Prozent der 35 bis 54jährigen Männer zutrifft. Bei den Frauen ist die Erwerbslosigkeitsquote bei den 35 bis 54 Jährigen allgemein wesentlich höher (rund 30%) (Ruesch, Manzoni, 2003).

### **3.4.2 Psychische Krankheit und Berentung**

Im Jahr 2002 erhielten 80'000 Personen eine IV-Rente auf Grund einer psychischen Störung (BSV: Bundesamt für Sozialversicherung, 2003). Schätzungsweise 19 Männer und Frauen auf 1000 Einwohner im erwerbsfähigen Alter erhalten eine durch psychische Krankheit verursachte IV-Rente. Gemäss Ruesch, Manzoni, 2003 (S. 30 ff) hat im Zeitraum von 1986 bis 1998 die Gesamtzahl der BezügerInnen einer Invaliden-Rente von rund 117'000 auf 180'000 zugenommen, was eine Zunahme von 35 Prozent entspricht (Abb. 3). Der Zuwachs bei den RentenbezüglInnen mit einem psychischen Gebrechen stieg im gleichen Zeitraum von 25'701 auf 55'749 Personen und damit auf 31 Prozent der Gesamtzahl der RentnerInnen.

**Abbildung 3: Zahl der IV-Rentner/innen in der Schweiz 1986-1998: Alle Renten und Renten aufgrund psychischer Gebrechen**



Gesundheitsobservatorium

Daten: IV-Statistik 1999 (Bundesamt für Sozialversicherungen)

Quelle: Ruesch, Manzoni, 2003

Die Rate der Personen, die aus psychischen Gründen eine IV-Rente beziehen, ist stark altersabhängig. In den meisten Altersgruppen werden Männer und Frauen nahezu gleich häufig berentet. Es zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede (vgl. Reusch, Manzoni, 2003, S. 33).

### 3.5 Lebensqualität chronisch psychisch kranker Menschen

Lebensqualität ist ein relativ neues integratives Konzept, das speziell für chronisch Kranke von Bedeutung ist, weil für einen Teil von ihnen Ziele wie vollständige Heilung oder vollständige soziale Integration nur teilweise erreicht werden können. Die Herstellung von Lebensqualität bei chronischer Krankheit ist ein vielschichtiger Prozess. In einer qualitativen Studie (Baer, et al., 2003) wurde in den Kantonen beider Basel die subjektiv erlebte Lebensqualität von chronisch psychisch kranken Menschen und von Angehörigen dokumentiert sowie Faktoren identifiziert, welche das Wohlbefinden beeinflussen. Die Ergebnisse zeigen, dass für Menschen mit vergleichbaren Lebenssituationen (die seit längerer Zeit psychisch schwer krank sind und am Rande der Gesellschaft leben) die Lebensqualität wie bei gesunden Menschen individuell und dynamisch ist, die Bedürfnisse unterschiedlich sind und sich verändern können. Die Krankheit und die damit verbundenen unterschiedlichen Formen des Leidens prägen das Leben der Betroffenen ganz spezifisch. Neben den wichtigsten objektiven sozialen Tatsachen wie arbeiten, selbständig wohnen und ein tragfähiges Beziehungsnetz haben, hängt die empfundene Lebensqualität bei psychisch kranken Menschen wesentlich von der Behandlung und der Rehabilitation ab. Zentrale und beeinflussbare Dimensionen sind dabei Abhängigkeit-Autonomie, Versagen-Kompetenz, Nutzlosigkeit-Nützlichkeit, Resignation-Perspektive, Leiden-Stabilität.

## 4 Angebot und Inanspruchnahme sowie Kosten und Finanzierung der psychischen Gesundheit und der psychischen Krankheit

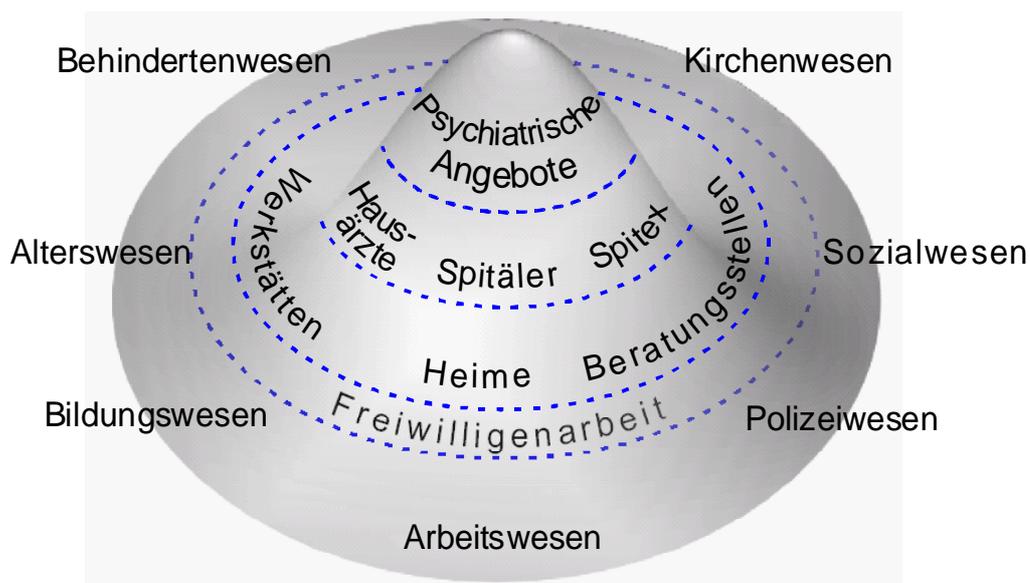
Dieses Kapitel fasst die wichtigsten Informationen über die Angebote, deren Inanspruchnahme sowie über die Kosten und die Finanzierung des Schutzes, der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit zusammen und beleuchtet die Probleme auf Grund der Analysen und Auswertungen im Rahmen der Strategieentwicklung (vgl. Anhang I und II). Für die medizinisch psychiatrische Versorgung (z.B. stationär oder teilstationär) liegen noch relativ gute Daten vor. Diese werden sich mit der Durchsetzung der Erhebung der Psychiatrie-Zusatzdaten der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik weiter verbessern. Hingegen ist die Datenlage bei den ambulanten Angeboten der praktizierenden ÄrztInnen und TherapeutInnen lückenhaft. Die Daten des Schweizerischen Diagnose Index (SDI) - mit gewissen Einschränkungen auch jene des Schweizerischen Haushaltspanels und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung - können diese Lücke nur zum Teil füllen. Die Daten betreffend das Geflecht von medizinischen und sozialen Versorgungsinstitutionen und die Kosten in allen Altersgruppen sind ebenfalls ungenügend. Eine differenzierte Aufschlüsselung nach Altersgruppen ist deshalb in diesem Kapitel kaum möglich.

### 4.1 Angebot

Auf Grund der im zweiten Kapitel beschriebenen Determinanten psychischer Gesundheit verlangen die Angebote zum Schutz, zur Förderung Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit nach einer Kooperation unter den Dienstleistungen aus dem Gesundheits-, Behinderten- und Sozialwesen, der Jugendhilfe, der Altersversorgung sowie mit der Wirtschaft, Justiz und Polizei (vgl. Abb. 4).

Eine im Jahr 2002 durchgeführte Bestandsaufnahme über die derzeit bestehenden Strategien und Massnahmen (Bruhin, 2002, Bruttin, 2003) zeigt, dass die Schweiz ein breit gefächertes Angebot hat. Von 276 angeschriebenen Organisationen konnten 197 Strategien und Massnahmen zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit identifiziert und ausgewertet werden. Staatliche wie auch private Organisationen engagieren sich für die psychische Gesundheit der Bevölkerung.

Abbildung 4: Netz der Angebote



#### 4.1.1 Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention

Auf strategischer Ebene verfügen einzelne Kantone über Konzepte zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit. Auf Programmebene führen private und staatliche Organisationen Programme zu folgenden Themen durch (Bruhin, 2002):

- Antistressreduktion bzw. Selbstmanagement
- Sexuelle Ausbeutung im Freizeitbereich, Kindsmisshandlung, Krisenintervention bei weiblichen Jugendlichen
- Gewaltprävention im häuslichen Bereich
- Früherkennung/Sekundärprävention von Psychosen
- Suizidprävention
- Allgemeine Förderung von sozialen Kompetenzen im Schulbereich, Elternbildung und beruflichen Weiterbildung

Diese Angebote machen 21 Prozent der Strategien der Bestandesaufnahme aus (Bruhin, 2002).

#### 4.1.2 Freiwilligenarbeit, Selbsthilfe, Partizipation und Angehörige

Hilfswerke wie beispielsweise HEKS, Caritas, etc. bieten folgende Hilfe und Beratung ausserhalb der medizinischen Versorgung im engeren Sinn an:

- Integrationsprogramme für Kinder, schwächere Jugendliche, Familien und SeniorInnen
- Berufliche Integration für (Langzeit-)Erwerbs- und Obdachlose und für Behinderte durch Beschaffung von Arbeitsplätzen
- Soziale Integration von MigrantInnen und Flüchtlingen.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe (z.B. Equilibrium, Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie und Psychisch Kranken [VASK], Angst+Panikhilfe, Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique [Graap], Pro Mente Sana) bietet für Betroffene und Angehörige Informationsvermittlung und soziale Unterstützung. Sie bietet Dienstleistungen für regionale Selbsthilfegruppen an und betreibt Öffentlichkeitsarbeit. Organisierte Selbsthilfe unterstützt psychisch kranke Menschen in Fragen der Alltagsbewältigung (Borgetto, 2003; Matzat, 1999). Sie fördert Kontakte zwischen den Betroffenen, baut Vorurteile in der Bevölkerung ab und fördert die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen der Psychiatrie. Die in Deutschland durchgeführten repräsentativen Studien über **Angehörige** zeigen, dass pflegende Angehörige zwischen fünf bis zwanzig Stunden pro Woche für die Betreuung eines psychisch kranken Familienmitglieds aufwenden. Die Hälfte gab eine erhebliche finanzielle Belastung an, familiäre Beziehungen verschlechterten sich, teilweise zogen sich die Angehörigen sozial zurück. Sie sahen sich Diskriminierungen ausgesetzt und gaben an, negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit wahrzunehmen. Sie fühlten sich oft allein gelassen, häufig überfordert und erschöpft. Die familiären Belastungen bei schwerer psychischer Krankheit wurden lange unterschätzt (Angermeyer, Matschinger, Holzinger, 1997; Mory, Jungbauer, Angermeyer, 2001).

In mehreren Arbeitstagen zur Strategieentwicklung wurde auf eine bislang unbeachtete Gruppe von Angehörigen hingewiesen. **Kinder von psychisch kranken Eltern** werden oft viel zu wenig in die Behandlung einbezogen. Sie leben oft in psychosozial belastenden Verhältnissen. Durch wiederholte Hospitalisationen eines Elternteils entstehen verunsichernde Trennungssituationen. Diese Trennungen sind dann besonders einschneidend, wenn es sich um eine alleinerziehende psychisch kranke Mutter handelt. Oft muss das Wohlergehen der Kinder in den gegebenen Betreuungsstrukturen überwacht werden. Diese vom psychisch kranken Elternteil als permanente Drohung des Obhutsentzuges erlebte Kontrolle erzeugt ihrerseits wiederum Stress. Unter diesen Umständen sind Unterstützungsangebote für die Eltern und konkrete Hilfestellungen für die Kinder erforderlich (Arbeitstage).

### **4.1.3 Allgemein-medizinische und psychiatrische Angebote**

In der Praxis sind die Übergänge zwischen allgemein-medizinischen und psychiatrischen Angeboten fließend. Zu den Grundversorgern zählen die registrierten praktischen ÄrztInnen, die HausärztInnen, sowie die FachärztInnen für Innere Medizin und Pädiatrie. Die psychiatrischen Angebote umfassen Leistungen der freipraktizierenden FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Dienste. Die delegierte Psychotherapie und die ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen sind hier eingeschlossen. Mit den Leistungen der allgemein-medizinischen Grundversorgung und der psychiatrischen Leistungen wird dem Hilfebedarf bei psychischen Störungen professionell begegnet. Sie werden durch die Grundversicherung finanziert.

#### ***Freipraktizierende ÄrztInnen***

Gemäss der Statistik der FMH (2002) gibt es insgesamt 20'123 freipraktizierende ÄrztInnen. Davon sind 2209 als FachärztInnen der Psychiatrie und Psychotherapie registriert. Mitgezählt sind 383 FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1997 hat die psychiatrische Spezialisierung pro Jahr stetig um 19 Prozent zugenommen. Das ist eine Zunahme um drei Prozent gegenüber anderen FachärztInnen. Mit diesem Zuwachs konnte der Mangel an freipraktizierenden PsychiaterInnen hauptsächlich in den Städten etwas aufgeholt werden.

#### ***Teilstationäre und stationäre psychiatrische Dienste***

Gemäss der Krankenhausstatistik und der sozialmedizinischen Institutionen (2001) gibt es in der Schweiz insgesamt 60 psychiatrische Kliniken. Sie führen 8'152 stationäre und 141 teilstationäre Plätze. In diesen Diensten sind 14'000 Berufspersonen der Medizin, Pflege, Psychologie sowie der Betriebs- und Hauswirtschaft vollzeitig beschäftigt. Sie stellen die akute Behandlung und Kriseninterventionen sicher. Öffentliche psychiatrische Kliniken sind verpflichtet, alle PatientInnen aufzunehmen. Dazu gehören auch PatientInnen, bei welchen die Einsicht zur Behandlung fehlt oder bei denen ein Risiko der Selbst- oder Fremdschädigung besteht sowie PatientInnen, die von ihrem sozialen Umfeld und in der ambulanten Behandlung nicht mehr getragen werden können.

#### ***Psychiatrische Rehabilitation***

Die Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung von sozialen, schulischen, beruflichen und alltagspraktischen Fähigkeiten sollte sämtliche psycho-sozialen und psychiatrischen Leistungen umfassen. Unter dem Einfluss der Psychiatriereform wurde die Eingliederung psychisch Kranker und Behinderter vollständig in die gesetzliche und finanzielle Zuständigkeit der Invalidenversicherung oder der Fürsorge überführt. Somit werden Angebote für die berufliche Eingliederung von psychisch Kranken und Behinderten hauptsächlich durch die Invalidenversicherung und die Fürsorge finanziert. In der Regel übernehmen Wohnheime, Werk- und Tagesstätten die soziale und berufliche Eingliederung. Im Jahr 2002 gab es in der Schweiz 5'222 Plätze für psychisch Behinderte in Wohnheimen und Tagesstätten. Das sind 22 Prozent von insgesamt 23'406 Plätzen. Zur gleichen Zeit gab es 7'572 Werkstattplätze für psychisch Behinderte. Das sind 31 Prozent von 24'102 Plätzen (BSV: Bedarfsplanung, 2004-2006).

Chronisch psychisch Kranke oder psychisch Behinderte, welche einmal in einer Eingliederungsstätte eingetreten sind, haben kaum mehr Entwicklungsmöglichkeiten, um am gesellschaftlichen Leben selbständig teilhaben zu können. Sie sind oft vollständig abhängig von Familien oder Wohnheimen und gehen Beschäftigungen in Werk- oder Tagesstätten nach, die sie bei verbesserter psychiatrischer Rehabilitation unter Umständen nicht bräuchten.

### **4.1.4 Angebote der Aus- Weiter- und Fortbildung der Psychiatrie, Psychotherapie, Pflege und sozialen Arbeit**

Folgende Berufsgruppen arbeiten in psychiatrischen Diensten mit psychisch Kranken und mit ihren Angehörigen zusammen: FachärztInnen der Psychiatrie und Psychotherapie, PsychotherapeutInnen, Psychiatriseschwester, beziehungsweise neu Pflegefachfrauen / -männer mit Diplommiveau II;

Pflegende mit höherem Fachdiplom Gemeindepsychiatrische Pflege sowie SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen mit Abschlüssen an höheren Berufsfachschulen oder an Fachhochschulen.

Die Aus- und Weiterbildungen für die Ärzteschaft werden im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (BAG) neu (Projekt in Bearbeitung) geregelt. Die Regelung der Pflegeberufe lag bislang in der Hoheit der Kantone. Mit der Inkraftsetzung des neuen Berufsbildungsgesetzes vom 1.1. 2004 fällt die Reglementierung der Gesundheitsberufe in die Bundeskompetenz (BBT). Psychologinnen und Psychologen und der Sozialarbeit müssen sich gegenwärtig nur in einigen Kantonen einer gesetzlichen Regelungen der Berufsausübung unterziehen. Ein Bundesgesetz für eine einheitliche Regelung der psychologischen Berufe in der Schweiz ist beim BAG zurzeit in Bearbeitung.

In der Schweiz liegt der Ausbildungsstandard für die Ärzteschaft und für Psychologinnen und Psychologen im internationalen Trend. Mit den Fachgesellschaften zusammen verfügt die Schweiz insgesamt über eine breite Wissensbasis für eine patientenorientierte Behandlung. Die Berufsausbildung für Sozialarbeit wird auch an Fachhochschulen geführt. In den Kantonen der Westschweiz trifft dies auch für Berufsbildung der Pflege zu. Ein spezialisiertes, wissenschaftlich fundiertes Weiterbildungsangebot für die psychiatrische Pflege und die psychiatrische Rehabilitation fehlt in der Schweiz. Vgl. Nachdiplomstudiengänge (z.B. Opferhilfe, Notfallpsychologie usw.)

Der Umgang mit der belastenden Realität psychisch Kranker ist für alle beteiligten Berufsangehörigen eine intellektuell und emotional sehr anspruchsvolle Arbeit. Zurzeit ist die Divergenz zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den beruflichen Anforderungen und den Arbeitsbedingungen zu gross. Das schweizerische Gesundheitswesen ist deshalb in der Psychiatrie mit einem generellen Nachwuchsproblem konfrontiert.

Gemäss einer noch nicht veröffentlichten Schätzung der Schweizerischen Vereinigung der psychiatrischen Chefärzte geben von 60 psychiatrischen Institutionen 22 an, dass sie die Leistungsaufträge auf Grund des Ärztemangels nicht mehr voll erfüllen können. Pro psychiatrische Klinik bzw. psychiatrischer Dienst sind durchschnittlich zwei Monate der ärztlichen Stellen pro Jahr vakant. Teilweise werden diese Vakanzen mit PsychologInnen kompensiert. Zwei Drittel der StelleninhaberInnen für Psychiatrie und Psychotherapie kommen aus dem Ausland.

Nach wie vor sind in ländlichen Gebieten psychiatrische Praxen selten. Dieser Angebotsmangel an freipraktizierenden FachärztInnen der Psychiatrie und Psychotherapie ist kaum auf eine bessere psychische Gesundheit der ländlichen Bevölkerung im Vergleich zu der in städtischen Gebieten zurückzuführen.

Die Ausbildung zur Psychiatrieschwester wechselte in den 90er Jahren zur Pflegefachfrau /-mann, Diplomabschluss II mit Schwerpunkt Psychiatrie. Im Jahr 2002 waren von 200 Ausbildungsplätzen 94 besetzt. Seit 1999 wird das Höhere Fachdiplom Gemeindepsychiatrische Pflege vom WB Zentrum für Gesundheitsberufe We'G angeboten. Mit dieser berufsbegleitenden Weiterbildung von 600 Lektionen ist der Bedarf jedoch niemals abgedeckt. Innerhalb der letzten vier Jahren haben 42 AbsolventInnen mit dieser Spezialisierung abgeschlossen (SRK: Berufsbildung, 2002). Der Schweizerische Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner bietet eine noch kürzere Fortbildung an, welche mit einem Fähigkeitsausweis abgeschlossen wird.

Kontrastierend zum ärztlich-psychiatrischen Nachwuchsproblem steht die Berufsgruppe der PsychologInnen mit klinischer und psychotherapeutischer Ausbildung. Ihnen fehlen oft Praktikumsplätze in psychiatrischen Kliniken. Eine bessere Einbindung in der Versorgung könnte die Position der nichtärztlichen Psychotherapie im KVG-Tarifsystem verbessern.

## **4.2 Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen**

Der wachsende Leidensdruck, die Verbesserung der Diagnosestellung und der Behandlungsmöglichkeiten sowie ein ganzheitlicheres Gesundheitsverständnis in der Bevölkerung haben wahrscheinlich dazu geführt, dass es in den letzten Jahren zu einer erheblichen Zunahme von psychiatrischen Behandlungen gekommen ist. Von 80.6 Millionen gestellten Diagnosen der freipraktizierenden ÄrztInnen im Jahr 2001 fielen 11 Prozent auf psychische Krankheiten (IHA-IMS

Health, 2002). Davon sind Depressionen, Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit die am häufigsten gestellten Diagnosen (Ajdacic, Graf, 2003).

Für die Heilungschancen ist es entscheidend, wann und von wem professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Die Publikation *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring* vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Ruesch, Manzoni, 2003, S. 37 ff), die Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen (Christen&Christen, 2003) und die Bestandesaufnahme der psychiatrischen Epidemiologie (Ajdacic, Graf, 2003) enthalten bereits einige Ergebnisse über die Inanspruchnahme von Behandlung bei psychischen Krankheiten, sowie den beeinflussenden Faktoren. Sie werden nachfolgend zusammengefasst:

Wenn Menschen wegen einem psychischen Problem professionelle Hilfe suchen, so wenden sie sich in rund zwei Drittel der Fälle an Fachpersonen mit privater Praxis (ÄrztInnen mit und ohne psychiatrischen Fachtitel, PsychologInnen und andere). Ein weiteres Drittel sucht Behandlungsangebote auf, die an eine Klinik gebunden sind. Im Einzelnen zeigt sich, dass Männer und jüngere Personen sich am häufigsten an SpezialistInnen, d. h. an PsychiaterInnen oder PsychologInnen wenden. Dagegen suchen Frauen und ältere Personen häufiger ÄrztInnen ausserhalb des Fachbereichs Psychiatrie auf. Eine Übersicht über die beanspruchten Behandlungsmöglichkeiten gibt Tabelle 6.

**Tabelle 6: Prozentuale Anteile behandelter Personen nach Art der Leistungserbringer**

Leistungserbringer	Männer	Frauen	15-34	35-49	50-64	65+
<i>Nicht an Spital gebunden</i>						
• PsychiaterIn / PsychologIn	47.9%	34.9%	45.3%	44.7%	31.5%	20.5%
• Andere ÄrztInnen	17.0%	33.3%	19.0%	25.4%	36.2%	45.6%
• Andere Fachperson	(2.8%)	3.5%	(3.6%)	(3.4%)	(3.3%)	(2.1%)
<i>An Spital gebunden</i>						
• Ambulantes Angebot	21.0%	16.7%	20.5%	14.1%	17.7%	23.3%
• Stationäres Angebot	11.3%	11.6%	11.7%	12.4%	11.4%	(8.6%)
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Daten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997; Personen in Behandlung wegen psychischem Problem N=618.

Prozentwerte berechnet nach gewichteter Stichprobe.

Werte in Klammern bei n<10.

#### 4.2.1 Behandlungen in Privatpraxen

Eine Aufschlüsselung nach Arztgruppen und registrierten Konsultationen im IHA-IMS Health Diagnoseindex, 2002 zeigt, dass 50 Prozent der psychischen Krankheiten durch Freipraktizierende ohne psychiatrische Spezialisierung und 50 Prozent durch psychiatrische FachärztInnen behandelt werden. Die PsychiaterInnen führen pro Jahr rund 1000 Konsultationen durch (Datenpool santésuisse, Auswertung Obsan, 2003). ÄrztInnen für somatische Krankheiten führen in der gleichen Zeit in der Regel doppelt so viele Konsultationen durch. Dieser Unterschied der durchschnittlichen Konsultationen pro Jahr ist über die letzten Jahre konstant. Spezialisierte Behandlungsmöglichkeiten und weniger Notfallkonsultationen sind Gründe für diesen Unterschied.

## **4.2.2 Stationäre, teilstationäre Behandlung von Menschen mit psychischer Krankheit**

Gemäss Ruesch, Manzoni, 2003, S. 38 werden 72 Prozent der Personengruppe mit psychischen Krankheiten in psychiatrischen Kliniken versorgt. Ein Viertel der Personen mit psychischer Erkrankung wird in anderen Spitälern behandelt, und rund vier Prozent waren im Jahre 1998 in Heimen untergebracht. Der geschätzte stationäre Behandlungsaufwand von Personen mit einer psychischen Krankheit (N= 58'858) beträgt rund fünf Prozent aller Spitalbehandlungen (N=1'290'903).

Im Jahr 2000 (Krankenhausstatistik, 2001) sind 48'364 stationäre und 2'139 teilstationäre Hospitalisationen in der Psychiatrie erfasst worden. Die Bettenbelegung beträgt 93 Prozent und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 57.1 Tagen. Pro 1000 Einwohner liegt die Hospitalisationsrate bei 6.5 für den stationären und bei 0.3 für den teilstationären Bereich. In der Schweiz werden 377 stationäre Pfl egetage und 0.3 teilstationäre Pfl egetagen pro 1000 Einwohner erbracht. Zudem wurden weitere 2'174 Behandlungen von psychiatrischen PatientInnen in sozialmedizinischen Institutionen – wie etwa Heimen für Behinderte und Betagte – registriert.

Eine aktuelle Stichtagerhebung über die Behandlungssituation von 1'343 PatientInnen in sieben psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich zeigt, dass 44 Prozent der PatientInnen nicht in einer Klinik behandelt werden müssten (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2002). Andere Schweizer Kantone berichten über ähnliche Probleme von Fehlplatzierungen. Die derzeit von bestimmten Krankenkassen umstrittenen ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen begünstigen geradezu unnötige Behandlungen in stationären Einrichtungen (vgl. 6.8).

### ***Erwerbstätigkeit und psychiatrische Hospitalisation***

Psychisch Kranke sind je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung etwa zu 5 bis 30 Prozent erwerbstätig bei einer Erwerbsquote von rund 66 Prozent der Gesamtbevölkerung. Stationär hospitalisierte PatientInnen sind rund zu 20-25 Prozent erwerbstätig. Chronisch kranke PatientInnen mit mehr als 10 Hospitalisationen weisen noch eine Erwerbsquote von rund 5 Prozent auf. Umgekehrt bedeutet dies, dass 60-95 Prozent der psychisch Kranken von normaler Arbeit ausgeschlossen sind (Folgeplanung II, Psychiatriekonzept Baselland, 2002). Trotz der Erfolge der letzten Psychiatriereform muss daraus geschlossen werden, dass das Ziel der sozialen und beruflichen Integration für viele psychisch Kranke nicht erreicht wurde.

## **4.2.3 Ambulante psychiatrische Pflege**

Die ambulante psychiatrische Pflege nimmt für ältere Menschen mit mehrfachen Krankheiten eine zentrale Rolle in der Versorgung ein. Gemäss Abderhalden, Lüthi, Mazzola, et al., 2003 leiden mindestens 45 Prozent der PatientInnen der Spitex im Kanton Zürich und St. Gallen an psychiatrischen Erkrankungen. Ein Teil der Betroffenen benötigt professionelle Pflege und Betreuung durch psychiatrisch geschulte Pflegenden.

Pflege, Betreuung und Behandlung psychisch kranker älterer Menschen sollten so lange als möglich zu Hause im vertrauten Umfeld erfolgen, dies entspricht auch dem klaren Wunsch älterer Menschen. Schätzungsweise gegen 90 Prozent der pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen betreut. Der Grad der psychischen und körperlichen Belastung durch die Übernahme der häuslichen Pflege ist hoch, und pflegende Angehörige weisen gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich mehr und ausgeprägtere gesundheitliche Beschwerden auf.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Grundversorgung (Arbeitstage, Folgeplanung II, Baselland, 2001).

#### **4.2.4 Massnahmen gegen den Willen von PatientInnen**

Im medizinischen Alltag werden Zwangsmassnahmen in verschiedenen Disziplinen und in unterschiedlichen Situationen angewandt. Den damit verbundenen Problemen wird hier ein separater Abschnitt gewidmet.

Zwangsmassnahmen kommen in psychosozialen Notfallsituationen bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen und bei älteren verwirrten Menschen im somatischen Bereich vor. Zahlenmässig gesehen sind Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie am häufigsten erforderlich. Im Jahre 2000 wurden in der Schweiz gemäss Hochrechnungen 15'534 PatientInnen unfreiwillig in Psychiatrische Kliniken eingewiesen. Das sind 29 Prozent aller Eintritte. Davon waren 9'948 Zwangseinweisungen (18,6% aller Eintritte) mit einer sog. „Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE)“ gemäss Art. 397a des schweizerischen Zivilgesetzbuches. Weitere 5'586 (10,5%) unfreiwillige Eintritte wurden ohne FFE verfügt. Der Anteil unfreiwilliger Eintritte variiert unter den Kantonen zwischen 15 - 50 Prozent. Dies weist darauf hin, dass die Handhabung der FFE sowie der Umgang mit schwierigen psychisch Kranken kantonal unterschiedlich gehandhabt wird (Christen&Christen, 2003).

Alle Zwangsmassnahmen im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Behandlung sind immer schwere Eingriffe in die verfassungsmässig geschützten Grundrechte der betroffenen Person. Diese beinhalten insbesondere das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit. Grundsätzlich sind alle möglichen Vorkehrungen zu treffen, womit Zwangsmassnahmen vermieden werden können. Das heisst: Sämtliche weniger eingreifende Behandlungsalternativen, die Aussicht auf Erfolg haben, müssen vor der Anwendung einer Zwangsmassnahme ausgeschöpft werden. Die Qualität und Quantität des Personals ist dabei nicht zu unterschätzen.

Bezugnehmend auf das individuelle Selbstbestimmungsrecht klagen PatientInnen über schmerzhaft Erfahrungen und ungenügenden Schutz bei Zwangseinweisungen und Zwangsmassnahmen.

Medizin-ethische Richtlinien der Qualitätssicherung bei Zwangsmassnahmen werden zurzeit durch die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) erarbeitet.

### **4.3 Kosten und Finanzierung der psychischen Gesundheit und Krankheit**

Grundsätzlich ist festzustellen, dass in der Schweiz Angaben über die durch psychische Krankheiten verursachten Kosten, deren Finanzierung sowie über die für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit verwendeten finanziellen Mittel und die Finanzierungsquellen nur sehr beschränkt verfügbar sind. Die Gründe dafür sind vielfältig und u.a. im föderalistisch organisierten Gesundheitswesen, im Finanzierungssystem, im fehlenden Wirksamkeitsnachweis der Gesundheitsinterventionen und im Mangel an diesbezüglichen wissenschaftlichen Untersuchungen der Wirtschaftlichkeit zu finden. Die folgenden Abschnitte können deshalb den Anspruch auf Vollständigkeit nicht erfüllen.

#### **4.3.1 Kosten des Schutzes und der Förderung der psychischen Gesundheit**

Zahlen über die Kosten der Gesundheitsförderung und der Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit beziehungsweise Krankheit sind nur sehr beschränkt verfügbar. Insgesamt werden in der Schweiz 46 Milliarden CHF für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Bund, Kantone, Gemeinden und privaten und öffentlichen Institutionen geben rund eine Milliarde CHF für die Gesundheitsförderung und Prävention aus (Pharma Information, 2003). Ein kleiner Teil von schätzungsweise 3 - 5 Prozent der Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention deckt Aspekte der psychischen Gesundheit ab (Bruhin, 2002).

So verfügt beispielsweise die Gesundheitsförderung Schweiz (Art. 19 KVG) jährlich über gut 17 Millionen CHF. Das Schwerpunktprogramm Jugendliche und junge Erwachsene nimmt Aspekte der psychischen Gesundheit auf. Derzeit umfasst es in der Laufzeit von 2001 bis 2005 nach Angaben der Gesundheitsförderung Schweiz ein Finanzvolumen von knapp 1.8 Millionen CHF.

### 4.3.2 Kosten der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen

Tabelle 7 gibt eine Übersicht über die vorhandenen Daten zu den Kosten der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Im Jahr 2000 verursachten psychiatrische Kliniken Kosten von insgesamt 1'470 Millionen CHF, was 3.4 Prozent der gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen entsprach (BFS: Kosten des Gesundheitswesens, 2002). Beeler et al. beziffern die Kosten der ambulanten Psychotherapie in der Schweiz für das Jahr 2000 auf total 579 Millionen CHF (Beeler, Lorenz, Szucs, 2003).

Tabelle 7: Übersicht über die Kosten der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, 2000

	Kosten in Millionen CHF	Anteil am Total der Kosten des Gesundheitswesens
Stationäre psychiatrische Versorgungsstrukturen	1'470	3.39%
Ambulante psychiatrische Versorgungsstrukturen*	579	1.34%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Psychiatrische und psychogeriatrische Pflegeleistungen</li> </ul>	66	0.15%
TOTAL	2'115	4.88%

Quelle: BFS, 2002; Beeler, Lorenz, Szucs, 2003

\* ohne Psychiatrische Rehabilitation und Reintegration

Angaben zu den von der ambulanten psychiatrischen und psychogeriatrischen Pflege verursachten Kosten sind nur sehr bedingt verfügbar. Gemäss der KVG-Statistik des BSV verursachten im Jahr 2001 die Spitex-Leistungen, bei welchen gemäss Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) eine Leistungspflicht der Krankenversicherer in der Grundversicherung besteht, Kosten in der Höhe von gut 264 Millionen CHF (BSV, 2003b). Geht man von einem geschätzten Anteil der psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege von einem Viertel an den gesamten Spitex-Leistungen aus, für welche gemäss KLV eine Leistungspflicht der Krankenversicherer besteht, so erhält man ein Total von 66 Millionen CHF. Keine Kostenangaben liegen vor zur beruflichen und sozialen Rehabilitation und Reintegration von psychisch kranken Menschen in der Schweiz.

In den letzten Jahren ist die **Kostenentwicklung** bei den stationären psychiatrischen Leistungserbringern rückläufig, sowohl in absoluten Zahlen wie auch in Prozenten an den gesamten Gesundheitskosten ausgedrückt (BFS: Kosten des Gesundheitswesens, 2002). Hingegen ist bei den PsychotherapeutInnen zwischen 1995 und 2000 eine 25 prozentige Kostenzunahme von 119.5 auf 149.4 Mio zu verzeichnen (BFS: Kosten des Gesundheitswesens, 2003), während bei den Psychiatern zwischen 1997 und 2002 eine 20 prozentige Kostenzunahme zu registrieren ist. Diese Zunahme kann zum grössten Teil auf die steigende Zahl der ambulant tätigen Leistungserbringer zurückgeführt werden. Das Total der Aufwendungen für ambulante Pflegeleistungen der Spitex mit KV-Leistungspflicht ist zwischen 1998 und 2001 um gut 26% (von 209 auf 264.6 Mio) gestiegen (BSV, 2003b).

Prognosen über die **zukünftige Entwicklung** der von den psychiatrischen Versorgungsstrukturen verursachten Kosten sind schwierig. Allgemein deutet vieles darauf hin, dass der in den vergangenen Jahren verzeichnete Anstieg der diagnostizierten und behandelten psychischen Krankheiten (Meyer, Hell, im Druck) auch in den nächsten Jahren anhält. Nimmt man die Entwicklung seit Einführung des KVG zum Massstab und geht man davon aus, dass eine weitere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgt, so ist eine rückläufige Kostenentwicklung bei den stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen wahrscheinlich. Hingegen ist im Bereich der ambulanten psychiatrischen Behandlung (ärztliche und delegierte psychologische Psychotherapie) in den nächsten Jahren, u.a. auf Grund der tarifarischen Besserstellung dieser Leistungen mit der Einführung von TARMED, mit einem weiteren Kostenschub zu rechnen.

### 4.3.3 Finanzierung der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen

Über einige Aspekte der Finanzierung der stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen, die Psychotherapie und die Spitexleistungen gibt die folgende Tabelle Auskunft:

Tabelle 8: Finanzierung ausgewählter psychiatrischer Leistungen, 2000, in Mio CHF

Leistungs- erbringer	Direktzahler											TOTAL
	Staat			Sozialversicherungen					Privat- versiche- rung	Private Haus- halte	Andere Private Finan- zierung	
	Kan- Tone	Gemein- den	Total	KVG	UVG	IV- AHV	Militär- versiche- -rung	Total				
Ambulant e Psycho- Therapie				396.0		11.8	0.1	407.9		137.5		545.4 <sup>4</sup>
Psych. Kliniken	526. 1	27.4	553.5	593.2			2.4	595.6	218.9	101.9		1'469.9
<b>TOTAL</b>	526. 1	27.4	553.5	989.2	0	11.8	2.5	1'003. 5	218.9	239.4	0	2'015.3

Quelle: BFS, 2002, ergänzt mit Zahlen von Beeler, Lorenz, Szucs, 2003, und Meyer, Hell im Druck.

Aus der Tabelle 8 geht hervor, dass die Kantone sich mit rund 550 Millionen CHF an der Finanzierung der psychiatrischen Angebotsstrukturen in der Schweiz beteiligen, insbesondere im stationären Bereich. Keine Angaben können zur Finanzierung der psychiatrischen Rehabilitation und Reintegration sowie zu den ambulanten psychiatrischen Diensten gemacht werden.

### 4.3.4 Volkswirtschaftliche Folgekosten von psychischen Störungen

Es ist sehr schwierig, einigermaßen verlässliche Angaben zu den volkswirtschaftlichen Folgekosten von psychischen Störungen zu machen. International sind nur vereinzelte Studien auffindbar, welche sich mit der Ermittlung der volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Störungen befassen. Eine kanadische Studie schätzt, dass psychische Leiden die kanadische Gesellschaft im Jahre 1998 14.4 Milliarden CHF kosten (Stephens, Joubert, 2001). Eine andere Studie aus Deutschland beziffert die jährlich anfallenden Kosten der Ausfalltage auf Grund von psychiatrischen Krankheiten auf knapp 5 Milliarden DM (Kuhn, 2000). Eine von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in Auftrag gegebene ländervergleichende Studie kommt zum Schluss, dass sich die Folgekosten von psychischen Krankheiten für die Gesellschaft auf durchschnittlich drei bis vier Prozent des BIP belaufen (Gabriel, Liintaimanen, 2000). Gemäss diesen Studien fallen zwei Drittel auf Produktivitätseinbussen. Ein Drittel

---

<sup>4</sup> Die Differenz zwischen dem Total der Finanzierung der ambulanten Psychotherapie in Tabelle 6 (545 Mio) und den ausgewiesenen Kosten in Tabelle 5 (579 Mio) ist damit zu erklären, dass die Daten aus verschiedenen Statistiken mit unterschiedlichen Zielsetzungen stammen (einmal werden die Kosten eruiert, einmal die Preise). Dies ändert nichts an der Feststellung, dass in der Schweiz Leistungen der ambulanten Psychotherapie von gut einer halben Milliarde Schweizerfranken in Anspruch genommen werden."

---

fällt auf lange Arbeitsabwesenheiten (Lachenmeier, 2002). Allen Ländern gemeinsam ist dabei das steigende Problembewusstsein und die teilweise alarmierenden Zuwachsraten von Menschen, welche auf Grund psychischer Störungen Leistungen der staatlichen Sozialversicherungen beziehen.

Für die Situation in der Schweiz ist in diesem Zusammenhang unter anderem auf die Zahlen der Invalidenversicherung (IV) zu verweisen: 2002 waren 80'000 der gesamthaft 232'000 IV-RentenbezügerInnen (34%) von psychischen Störungen betroffen (BSV, 2003a) und bezogen Renten in der Höhe von 1.8 Milliarden CHF. Dazu kommen Rentenzahlungen aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge (2. Säule) und solche aus der privaten Vorsorge (3. Säule). Gestützt auf die Studie des Seco „Die Kosten des Stresses in der Schweiz“ veranschlagt eine weitere Studie die Kosten von psychischen Störungen, welche durch Stress am Arbeitsplatz ausgelöst werden, auf rund 310 Millionen CHF pro Jahr (Conne-Perreard et al, 2001). Wird schliesslich der 4-Prozent-Massstab auf die Schweiz angewendet, so hätten die psychischen Krankheiten im Jahre 2001 bei einem Bruttoinlandprodukt von 414.8 Milliarden CHF volkswirtschaftliche Folgekosten von insgesamt über 16 Milliarden CHF zur Folge gehabt (BFS, 2003).

## 5 Bilanz, Handlungsbedarf und Lösungsansätze

### 5.1 Zusammenfassende Bilanz

Bund und Kantone haben im Jahr 2000 erkannt, dass die Probleme der psychischen Gesundheit in der Schweiz zunehmen und deshalb geklärt werden sollen. Das Projekt Nationale Gesundheit Schweiz wurde beauftragt, Entscheidungsgrundlagen dafür zu erarbeiten. Nachfolgend werden die analysierten Probleme zusammengefasst, der Handlungsbedarf definiert und Lösungsansätze aufgezeigt.

#### ***Psychische Gesundheit und das Ausmass von psychischen Krankheiten***

Nationale und internationale epidemiologische Studien aus den 70er, 80er und 90er Jahren zeigen, dass fast jede zweite Person einmal im Verlauf des Lebens kürzer oder länger an einer psychischen Krankheit leidet. Besonders gefährdet sind Menschen, in Phasen von Lebensübergängen (Schuleintritt, Pubertät, Berufsein- und Austritt, etc.) und in Situationen mit kritischen Lebensereignissen (Scheidung, berufliche Misserfolge, Gewalt jeglicher Art, etc.). Das Gefährdungspotenzial steigt, wenn sich mehrere Risiken kumulieren.

Jährlich erkranken schätzungsweise 20 bis 25 Prozent der gesamten Bevölkerung (ca. 1'500'000 Personen) in der Schweiz an einer diagnostizierbaren psychischen Störung. Ein Grossteil der psychischen Krankheiten wird in der allgemein-medizinischen Versorgung behandelt. Bei 5 bis 10 Prozent der Erkrankten sind jedoch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen angezeigt. Schätzungsweise 2 bis 3 Prozent der psychisch kranken Erwachsenen leiden an einer chronischen psychischen Krankheit.

Die Sterblichkeit (ausgenommen Suizid) ist bei allen psychischen Störungen tief. Eine persönliche Not kann aber in eine suizidale Krise führen. In der Schweiz begehen jährlich mehr als 1'300 Menschen Suizid.

Die Anzahl psychisch kranker RentenbezügerInnen der Invalidenversicherung (IV) ist seit 1986 kontinuierlich und stark überproportional zu den an somatischen Krankheiten leidenden IV-BezügerInnen angestiegen. Gemäss der Statistik der Invalidenversicherung bezogen im Jahr 2003 80'000 (34%) Männer und Frauen als Folge einer psychischen Krankheit eine IV-Rente. Vermehrt sind auch jüngere Menschen davon betroffen (Bundesamt für Statistik, 2003).

Die Ergebnisse aus schweizerischen Untersuchungen zum psychischen Wohlbefinden und zur Morbidität psychischer Krankheiten unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen anderen Ländern, die mit der Schweiz vergleichbar sind. Hingegen ist die hohen Suizidrate in der Schweiz im Vergleich zum Ausland auffällig.

#### ***Angebot und Inanspruchnahme von Hilfe***

Die Analysen der Angebotsstrukturen und deren Inanspruchnahme zeigen, dass die Schweiz im Gesundheits- und Sozialwesen über qualitativ hoch stehende Beratungs-, Behandlungs-, und Betreuungsangebote verfügt. Der grösste Teil der psychisch Kranken haben Zugang zu quantitativ ausreichenden, methodisch differenzierten Angeboten von guter Qualität. Das sind PatientInnen, die an umschriebenen Störungen leiden, sozial gut integriert sind und temporär psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung benötigen.

Trotzdem bestehen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere z.B. für AsylbewerberInnen und Sans-Papiers, Schwächen und Lücken, sei es in den Angebotsstrukturen, den Steuerungsmechanismen, in der Finanzierung oder in der Gesetzgebung:

- Lücken bestehen bei der Früherkennung, der Frühintervention sowie der sozialen und beruflichen Integration. Auch fehlt in der Schweiz ein nationales Suizidpräventionsprogramm.
- Für PatientInnen mit schweren psychischen Krankheiten, mit Selbst- oder Fremdgefährdung und mit sozialen Beeinträchtigungen, die heute wiederholt stationär behandelt werden, stehen nicht in ausreichendem Mass abgestimmte ambulante und teilstationäre Dienste zur Verfügung, die mit stationären Einrichtungen vernetzt sind. In Folge dieses Mangels an koordinierten Angeboten ist

eine zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen nicht immer gewährleistet.

- Die heutigen Steuerungsmechanismen wirken vielmehr auf einzelne Leistungserbringer als auf integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote (Disease Management) ein. Kantonale beziehungsweise überregionale Konzepte sind kaum vorhanden.
- Die zunehmende gesetzliche und institutionelle Auftrennung der Zuständigkeit für die psychiatrische Rehabilitation läuft den Behandlungserfordernissen von psychisch Kranken und Behinderten zuwider. Trotz eines grossen Ressourceneinsatzes ist die psychiatrische Rehabilitation von Ineffizienz und fachlicher Stagnation geprägt. Ein Kompetenzzentrum für psychiatrische Rehabilitationsforschung fehlt in der Schweiz.
- Letztlich muss zum Schutz der Gesamtbevölkerung die Behandlung für die zahlenmässig kleine Gruppe der psychisch kranken StraftäterInnen in allen Sprachregionen der Schweiz verbessert werden.

In der Bevölkerung sind Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Krankheit nach wie vor verbreitet, so dass die Angst vor Stigmatisierung eine rechtzeitige angemessene Behandlung verhindern kann. Oft müssen deshalb psychisch Kranke zu lange leiden, bis sie (wenn überhaupt) adäquate professionelle Hilfe aufsuchen oder auch erhalten. Dies nicht zuletzt auch aufgrund fehlender Krankheitseinsicht. Auf der anderen Seite werden in der Schweiz nach wie vor viele Menschen gegen ihren Willen behandelt. In der Berichterstattung von Psychiatrie-Erfahrenen sind die damit verbundenen möglichen Verletzungen der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte nach wie vor Dauerthemen.

### ***Kosten***

Angaben über die von psychischen Krankheiten verursachten Kosten sowie deren Finanzierung sind in der Schweiz sehr beschränkt verfügbar. Insgesamt machen die Kosten für die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung rund fünf Prozent (2.115 Milliarden) der sich auf total 46 Milliarden CHF belaufenden Gesundheitskosten aus. Im Jahr 2002 wurden infolge psychischer Krankheiten IV-Renten in der Höhe von 1.8 Milliarden CHF bezogen. Werden die direkten und indirekten Kosten, welche mit psychischen Störungen zusammenhängen, nach internationalen Modellen auf die Schweiz angewendet, haben im Jahr 2001 die psychischen Krankheiten auf der Basis von einem Bruttoinlandprodukt von 415 Milliarden CHF über 16 Milliarden CHF volkswirtschaftliche Kosten zur Folge gehabt.

## **5.2 Handlungsbedarf und Lösungsansätze**

Liegt die Problemlösung im Ausbau der Behandlung und Rehabilitation, um das individuelle Leiden zu lindern? Die Antwort lautet: nicht nur!

Der Schutz, die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit für die Bevölkerung muss weit über die Reduktion der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen wie z.B. Depression hinausgehen. Ein Grund für die bisher unzureichende Investition in die psychische Gesundheit ist das mangelnde Verständnis für die Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit, der Lebensqualität und der volkswirtschaftlichen Produktivität einer Gesellschaft.

Psychische Gesundheit ist das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Determinanten der Gesundheit. Psychische Gesundheit wird als lebenslanger Prozess verstanden. In jeder Generation und in jeder Lebensphase sind andere psychische Herausforderungen zu bewältigen. Die Dynamik psychischer Krankheiten ist der Dynamik somatischer Krankheiten nicht einfach gleichzusetzen. Das Krankheitsgeschehen, die Erhaltung der Autonomie und die soziale Integration sowie der gesellschaftliche Umgang mit psychisch kranken Menschen müssen bereits in der Gesetzgebung und in den Angebotsstrukturen berücksichtigt werden.

Die Empfehlungen der EU 2000 und der WHO aus dem Mental Health Report von 2001, das Positionspapier der Psychiatrieprofessoren (1999) und die Ergebnisse der vertieften Problemanalyse zur Strategieentwicklung ermutigen, auch für die Schweiz eine neue Ausrichtung zu definieren.

In der Schweiz fehlt ein **bevölkerungsbezogener Ansatz**, der zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit erforderlich ist. Dazu zählt:

Gesundheitsförderung: Die Schweiz verfügt zur Förderung der psychischen Gesundheit bereits über einige erfolgreiche Ansätze in Schulen und Betrieben (vgl. Kapitel 4. 1.1, Anhang I und III). Sie sind aber wenig bekannt und Synergien werden nicht genutzt. Eine bessere Koordination und ein besserer Wissenstransfer wäre für die Gesundheit der Bevölkerung gewinnbringend.

Früherkennung; Frühinterventionen und Invaliditätsprävention: Die Früherkennung psychischer Krankheiten und eine gezielte Integrationsförderung für Menschen mit psychischen Problemen ist in der Schweiz zu wenig entwickelt.

Für den Verlauf einer Krankheit ist entscheidend, wann eine psychische Störung erkannt wird. Eine psychische Störungen kann in horizontalen (Eltern-Kind-Beziehungen, etc.) oder vertikalen Beziehungen (Lehrer, Vorgesetzte, etc.) früh erkannt werden oder ganz einfach auf Selbstwahrnehmung beruhen. Ein aktueller Wissensstand der Bevölkerung über psychische Gesundheit und Krankheiten sowie deren Behandlungsmöglichkeiten ist dafür ein entscheidender Faktor.

In folgenden Bereichen der Früherkennung kann die Schweiz bereits eine evidenz-basierte Präventionsstrategie verfolgen:

- Die beiden repräsentativen Studien über das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen (HBSC und SMASH) empfehlen, die Gesundheitsförderung in den Familien zu verbessern und den Jugendlichen bessere Problembewältigungsstrategien zu vermitteln. Beispielsweise sollten sie anstelle von Drogenkonsum Alternativen zum Stressabbau kennen lernen. Gleichaltrige sollten zu einem gesunden Lebensstil motivieren. Die Schulen müssten vermehrt Wertschätzung und Solidarität vermitteln. Nicht zuletzt benötigten die Knaben Orientierungshilfen.
- Trotz der subjektiv guten Einschätzung des psychischen Wohlbefindens im höheren Alter wird die Gesundheitsförderung und Prävention für diese Population propagiert. Gemäss Höpflinger (2003) kann mit gezielten Massnahmen bis im Jahre 2030 das Ausbrechen von Demenzerkrankungen um zwei Jahre verzögert werden. Jährlich würden so rund 20 000 Menschen weniger pflegebedürftig. Rechtzeitige Gesundheitsförderung und Prävention kann also die Probleme der steigenden Pflegebedürftigkeit deutlich entschärfen.
- Obwohl die Hintergründe und Ursachen eines vollendeten Suizids letztlich nur ungenügend verstanden werden, kann die hohe Suizidrate gesenkt werden. Eine wirksame Suizidprävention verlangt ein Zusammenspiel von Massnahmen zur besseren Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, bessere Informationsvermittlung und Massnahmen zur besseren Versorgung.

Einen dringlichen Entwicklungsbedarf hat die Schweiz bei der beruflichen Frühintervention und der Invaliditätsprävention. Ein Ausbau solcher Angebote wäre auch für die psychische Gesundheit der Bevölkerung gewinnbringend.

Gleicher Zugang zu angemessener Hilfe: Ein klare Grenzziehung zwischen professioneller und anderer Hilfe zur Bewältigung psychischer Störungen ist ausserordentlich schwierig, da die soziokulturellen und sozioökonomischen Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten sehr stark beeinflussen. Dieser Sachverhalt erschwert die Schätzung des Planungsbedarfs und beeinflusst die Abschätzungen der Morbidität (Inzidenz und Prävalenz), der Inanspruchnahme von Angeboten, der regionalen Allokation von Ressourcen sowie der Behandlungsgewohnheiten. Unter Berücksichtigung dieser Bedingungen soll trotzdem gleicher Zugang zu angemessener Hilfe in der Schweiz gewährleistet sein.

Ein Grossteil der psychisch Kranken gelangt nicht direkt in psychiatrische Behandlung, sondern zuerst in hausärztliche Praxen oder Allgemeinspitäler. Diese Kontakte sind für die PatientInnen meist sensible Momente und damit eine Chance, qualifizierte psychiatrische Abklärung und Behandlung zu erhalten. Eine mangelnde psychiatrische Präsenz an den Schnittstellen führt zwangsläufig zu Chancenungleichheit beim Behandlungszugang derjenigen Bedarfsgruppen psychisch Kranker, bei denen eine spontane Motivation, sich psychiatrisch behandeln zu lassen, nicht vorausgesetzt werden kann. Dies ist heute noch bei älteren Menschen der Fall, wie auch oft bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit oder bei MigrantInnen.

Stärkung der Selbsthilfe: In diesen komplexen Fragen der Angebotsstrukturen wird der Beitrag der Selbsthilfe gegenwärtig unterschätzt. Insbesondere die organisierte Selbsthilfe kann zur Verbesserung

der Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen beitragen. Mit der Gründung der ersten Patientenstelle 1979 nahm die Schweiz anfangs der 80er Jahre eine Pionierrolle ein. Heute ist die Schweiz aber mit der strukturellen Umsetzung von Selbsthilfe, der Partizipation und der Wahrung von Patienteninteressen im Vergleich zu andern Ländern generell sehr wenig weit entwickelt. Laut einer Umfrage (Cathieni, Wang, Peer, et al., 2003) in der Bevölkerung wollen Versicherte als potentielle Nutzniesser von Leistungen vermehrte Verantwortung für die Gesundheit übernehmen und als PatientInnen mehr Rechte erhalten. Daraus ergeben sich neue Rollen und neue Bedürfnisse in Bezug auf Mitsprache und Partizipation.

Fachentwicklung, Behandlungs- und Rehabilitationsgewohnheiten: Der Abbau der verwahrenden Versorgung, die Dehospitalisation chronisch Kranker und geistig Behinderter und der Aufbau einer dezentralen Versorgung haben in der Schweiz eine Differenzierung der psychiatrischen Angebote ermöglicht. Dies entspricht der internationalen Entwicklung hin zu einer differenzierten institutionellen Versorgung für verschiedene Bedarfsgruppen. Diese Fachentwicklung hat aber vor allem in den universitären psychiatrischen Zentren stattgefunden. Neben der Allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen heute in diesen Zentren suchtpsychiatrische, alterspsychiatrische sowie forensisch-psychiatrische Abteilungen und Behandlungsprogramme. Im klinischen Alltag haben bildgebende Verfahren in der Diagnostik und eine differenzierte medikamentöse Behandlung an Bedeutung gewonnen. Im universitären Umfeld wurden auf der Basis kognitiv-behavioraler Modelle störungsspezifische, manualisierte Behandlungsprogramme zum Beispiel für Angst- und Zwangssphänome, Depressionen sowie schizophrene Denkstörungen entwickelt.

Dank der Sozialpsychiatrie konnte die Qualität integrativer Behandlungsformen weiterentwickelt werden. Sie umfassen die Klinikbehandlung ohne Betten, die Akutbehandlung zu Hause und die aufsuchenden mobilen gemeindepsychiatrischen multiprofessionellen Teams. Diese Konzepte zeigen einen Weg auf, wie eine ressourcenschonende, patientenzentrierte Behandlungsorganisation etabliert werden kann, welche sich dem wechselnden Behandlungsbedarf flexibel anpassen lässt. Im deutschsprachigen Raum sind diese Konzepte bereits erprobt. Mit Modellprojekten, befristeten Modelltarifen und wissenschaftlicher Begleitevaluation soll die Einführung solcher Konzepte gefördert werden.

Dringender Handlungsbedarf besteht an der Schnittstelle Behandlung und Rehabilitation. Rehabilitative Massnahmen sind wenig auf die Förderung der Lebensqualität von psychisch kranken Menschen ausgerichtet (Menschen werden „platziert“ und „versorgt“). Die psychiatrische Behandlung und die Massnahmen zur schulischen und beruflichen Eingliederung unterliegen zeitlichen Verzögerungen; sie sind nur teilweise wirksam. Den Behandelnden fehlt die Perspektive auf die sozialen, schulischen und beruflichen Fähigkeiten und den SozialpädagogInnen fehlt die Perspektive der Krankheit. Neuste Rehabilitationskonzepte integrieren als dritten Partner die Arbeitgebenden. Im Ausland haben sich verschiedene solche Programme zur Erhaltung der Erwerbstätigkeit bewährt, die in Pilotprojekten an die Situation in der Schweiz angepasst werden können.

Steuerungsbedarf: Ein bevölkerungsbezogener Ansatz zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit setzt die Vernetzung vieler Akteure voraus. Dies erfordert andere Steuerungsprozesse als bisher. Sie sollten vermehrt über Vorgaben zur Erreichung von Behandlungszielen als über harte Rahmenbedingungen für einzelne Leistungserbringer erfolgen. Die folgenden Steuerungsmechanismen sind für die Strategie Psychische Gesundheit relevant:

- In einer umfassenden Public-Health-orientierten Bedarfsplanung ist die Verfügbarkeit von allgemeinen statistischen (Demografische Entwicklung der Bevölkerung) und epidemiologischen Informationen zentral. Wissenschaftliche Informationen über Gesundheitsförderung, Prävention, sowie über die Förderung der Selbst- und Laienhilfe sind mindestens so bedeutend wie die Informationen über die kurative Versorgung. Diese Informationen können nur sehr beschränkt aus statistischen Informationssystemen der Schweiz bezogen werden. Wichtig sind auch die gezielte Beschaffung qualitativer Informationen, z.B. von Experten oder Fokusgruppen, sowie die Berücksichtigung der internationalen Versorgungsforschung. Die vorhandenen Informationsquellen verunmöglichen ein umfassendes Wissen und die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle.
- Zur Bewältigung von chronischen Leiden sind die Leistungen der Kranken-, Arbeitslosen- und Invalidenversicherung des Bundes schlecht aufeinander abgestimmt. Desgleichen gilt für die Fürsorgeleistungen auf kantonaler und kommunaler Ebene. Es fehlt einerseits an Koordination und andererseits an der Gesetzgebung, die angepasst werden muss. Die strikten Abgrenzungen von

Kranken- und Invalidenversicherung sowie die Zuständigkeiten unterschiedlicher kantonaler Departemente hat auf der institutionellen Ebene ein Auseinanderdriften von psychiatrischen, psychotherapeutischen und rehabilitativen Strukturen gefördert. Strukturelle Diskriminierung ist Folge davon.

- Die Sicherstellung der öffentlichen psychiatrischen Versorgung ist Sache der Kantone. Gegenwärtig unterscheiden sich die kantonalen Versorgungskonzepte voneinander im Angebotsumfang, in der Struktur sowie in der Aktualität. Es bestehen weder eine gemeinsame Strategie zur Versorgungspolitik noch Richtlinien für eine vergleichbare Psychiatrieplanung in der Schweiz. Verbindliche Grundsätze / Qualitätsstandards sind allenfalls in einzelnen Kliniken vorhanden (Bruhin, 2002, Bruttin, 2003).

Abschliessend werden die Determinanten psychischer Gesundheit als Grundlage für den Aktionsplan im nächsten Kapitel zusammengefasst:

- Mit guten Selbst- und Sozialkompetenzen, günstigen Lebensbedingungen können die **psycho-sozialen** Determinanten in der gesamten Bevölkerung gestärkt werden. Auf biologische Faktoren wird nicht weiter eingegangen, da sie durch eine gesundheitspolitische Strategie nur wenig beeinflussbar sind.
- Die soziale, schulische und berufliche Integration dient der Verbesserung der **sozio-ökonomischen** Determinanten. Dadurch werden weniger Menschen wegen Desintegration in der Schweiz benachteiligt.
- Das Wissen über und die Einstellungen zur psychischen Gesundheit und Krankheit in der Politik und in der Bevölkerung führen zur Verbesserung der **sozio-kulturellen** Determinanten. Dadurch wird psychische Gesundheit nicht mehr als individuelles Geschehen sondern als Dynamik einer Gesellschaft erkannt und die Mitglieder der Bevölkerung erkennen besser, wann und welche Hilfe benötigt wird.
- Angebote zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit und die Anpassung der Gesetzgebung stärken die Verbesserung der **institutionellen** Determinanten.

# **TEIL B: Aktionsplan**



## 6 Empfehlungen

Die Logik der Empfehlungen widerspiegelt eine Public Health Optik. Sie sind bevölkerungsbezogen und decken die gesamte Spannweite der Angebote für die psychische Gesundheit und psychische Krankheit ab (vgl. 2.6 Internationale Trends). Darüber hinaus soll die psychische Gesundheit (Mental Health) zur Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und der Förderung von Lebensqualität ein integraler Teil von Public Health in der Schweiz werden. Die nachfolgenden Empfehlungen leisten insgesamt einen direkten oder indirekten Beitrag zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität der Bevölkerung in der Schweiz. Deshalb richten sie sich an Verantwortliche auf verschiedenen Ebenen und unterstützen so die Entwicklung einer sozial konstruktiven und wirtschaftlich produktiven Gesellschaft.

Der nachfolgende Aktionsplan und die darin enthaltenen Empfehlungen stützen sich auch auf die in der schweizerischen Bundesverfassung verankerten Grundsätze der Rechtsgleichheit und des Respekts und Schutzes der Menschenwürde und Privatsphäre, sowie auf die Europäische Menschenrechtskonvention und auf die UNO-Menschenrechtspakte.

Jede Empfehlung gliedert sich nach Ausgangslage, Zielsetzung, Aktionen, Prioritäten/Meilensteine, Kompetenzen/Zuständigkeiten und Indikatoren der Zielerreichung.

Die nachfolgenden Strategieziele sind übergeordnet und werden in den einzelnen Empfehlungen differenziert. Gesamthaft orientieren sie sich an den Determinanten psychischer Gesundheit (vgl. 2. 5 Determinanten):

- Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz
- Verbessertes Bewusstsein über positive Aspekte psychischer Gesundheit
- Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung
- Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen
- Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen
- Abnahme der Suizidalität
- Grössere Zufriedenheit bei den PatientInnen und weniger Burnout bei den Fachleuten
- Erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken

Innerhalb der Empfehlungen sind altersspezifische Inhalte in der Abfolge der chronologischen Lebensspanne gegliedert. Entsprechend sind Kinder und Jugendliche jeweils die erstgenannten. Die Herkunft wird dem Alter nachgestellt.

Die Prioritäten/Meilensteine wurden nach folgenden Kriterien gesetzt:

- Dringender Handlungsbedarf aufgrund von Versorgungsengpässen
- Vorhandene materielle und personelle Ressourcen
- Grösster erwarteter Nutzen

Für die Umsetzung und Evaluation der Strategie muss ein Zeithorizont von zehn Jahren vorgesehen werden (vgl. 7 Skizze der Umsetzung). Die vorgeschlagenen Fristen bei den Prioritäten und Meilensteinen sind Richtwerte für die Planung.

Der grösste erwartete Nutzen für den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung liegt in der Konzertierung der drei Interventionsebenen, wie sie in der Pyramide dargestellt werden.

Abbildung 5: Public Health Ansatz



Mit einem Set von Indikatoren sollen die Aktionen evaluiert werden können. Übergeordnete Messgrößen der Zielerreichung sind:

- Die psychische Vitalität nimmt zu.
- Die Kooperation der Betroffenen und Angehörigen verbessert sich.
- PatientInnen sind zufriedener und die Fachleute leiden weniger unter Burnout.
- Die Chronizität verringert sich.
- Der Bedarf nach IV-Berentungen nimmt ab.
- Die Suizidalität nimmt ab.
- Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist attraktiv.

Die aufgeführten Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung am Schluss der Empfehlungen können erweitert und präzisiert werden. Sie illustrieren exemplarisch qualitative und quantitative Messgrößen. Mit einem signifikanten Anstieg / bzw. einer signifikanten Abnahme einer angestrebten Veränderung kann die Zielerreichung beurteilt werden.

## **6.1 Nationale und internationale Koordination und Kooperation**

### **6.1.1 Regionale, überregionale und nationale Koordination und Kooperation**

#### ***Ausgangslage***

Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen, den steigenden IV-Berentungen auf Grund psychischer Krankheit und dem Trend zu vermehrtem Wettbewerb im Gesundheitswesen ist die Gefahr gross, dass gute Qualität und innovative Angebote eher zufällig sind, und nur Einzelnen zu Gute kommen. Die Behörden in der Schweiz sind deshalb gefordert, sich nicht allein auf die Organisation der einzelnen psychiatrischen Dienste zu konzentrieren, sondern den Bedarf über die gesamte Spannweite der Angebote zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung zu verfolgen und zu planen. Ein bedarfsorientierter Zugang mit vergleichbarer Qualität setzt regionale, überregionale und nationale Aktivitäten mit vermehrter Koordination und Kooperation als Gesamtstrategie der psychischen Gesundheit voraus.

#### ***Ziel***

Bund und Kantone einigen sich und verfolgen während den nächsten zehn Jahren eine gemeinsame Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit für die Bevölkerung in der Schweiz. Die politische Agenda für die Schweiz beinhaltet:

- gemeinsame Zielrichtung und Perspektiven
- Umsetzung in paralleler Zuständigkeit und oder sich ergänzender Koordination
- Förderung der Kooperation bei der Umsetzung
- Beteiligung an einer gemeinsamen Berichterstattung und Evaluation

#### ***Aktionen:***

- Politische Entscheidungsträger von Bund und Kantonen fördern eine Public Health Perspektive in Bezug auf die psychische Gesundheit und setzen Prioritäten.
- Bund und Kantone einigen sich auf ein Aktionsplan, initiieren einen Umsetzungsprozess und evaluieren den Prozess und die Ergebnisse. Ein regelmässiges Reporting zur Dokumentation der Aktivitäten wird eingeführt, wie es beispielsweise bei der WHO üblich ist.
- Durch (über)regionale Konferenzen wird die Koordination und Kooperation zwischen Verwaltung, Wissenschaft und Praxis gefördert.

#### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2004:** Bund und Kantone einigen sich auf Prioritäten und ein Vorgehen zur Umsetzung der Strategie bis zum Jahr 2014.
- **2005:** (über)regionale Umsetzungsprojekte starten im Rahmen des Aktionsprogramms mit gesicherter Finanzierung.
- **2005:** Ein Reporting-System für Kantone, bestimmte Bundesstellen sowie öffentliche und private Organisationen ist entwickelt, erprobt und angepasst.
- **2007:** Regelmässiges Reporting (alle 2-3 Jahre) widerspiegelt den Stand der Umsetzung.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- EDI
- BAG
- BSV
- BFS / Obsan
- GDK
- SODK
- Kantone

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Die Strategieentwicklung Psychische Gesundheit ist während zehn Jahre mindestens einmal pro Jahr auf der politischen Agenda. Mit Hilfe des Reporting von 2005 – 2015 wird sie laufend aktualisiert.
- In allen Regionen der Schweiz laufen in jedem Empfehlungsbereich mindestens je ein von Bund und / oder Kantonen unterstütztes Umsetzungsprojekt.

## **6.1.2 Internationale Koordination**

### ***Ausgangslage***

Länder, die kürzlich ihre Strategien, Rahmenbedingungen und Gesetze im Bereich Psychische Gesundheit revidierten, haben beim Schutz, bei der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit Fortschritte erzielt. In diesen Ländern wurde die psychische Gesundheit aus der fachlichen, institutionellen und politischen Isolation in den breiten Kontext der öffentlichen Gesundheit gestellt.

### ***Ziel***

Bund, Kantone und Nichtregierungsorganisationen nehmen internationale Entwicklungen zur Kenntnis, integrieren erfolgreiche Lösungsansätze in die eigene Strategie und bringen ihre Erfahrungen in die internationale Entwicklung ein.

### ***Aktionen***

- Nationale und kantonale Behörden nehmen internationale Entwicklungen laufend zur Kenntnis, nehmen regelmässig Stellung und beteiligen sich an wichtigen Veranstaltungen.
- Die Schweiz beteiligt sich aktiv am WHO-Verbund psychische Gesundheit und an der Suizidprävention und –forschung innerhalb der Europäischen Region.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

**01/2005:** Eine Schweizer Delegation nimmt an der WHO-Europa Ministerkonferenz zur psychischen Gesundheit mit dem Titel „*Herausforderungen annehmen und Lösungen suchen*“ in Helsinki teil.

**12/2005:** Die CH-Daten werden in die WHO-Europa Multizenterstudie über Suizid und Suizidversuche integriert.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- BAG

- BSV
- BFS / Obsan
- GDK
- SODK
- Kantone

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Regionale, überregionale und nationale Strategien der Schweiz unterziehen sich alle fünf Jahre einem Vergleich mit analogen Strategien anderer Länder in Europa.
- Die Schweiz beteiligt sich an internationalen Projekten zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit.

## **6.2 Multisektorale Koordination und Kooperation**

### ***Ausgangslage***

Strategien der psychischen Gesundheit müssen dazu beitragen, die sozio-ökonomischen Gesundheitsdeterminanten zu verbessern. Den meisten politischen Entscheidungsträgern sind bisher die Zusammenhänge von psychischer Gesundheit und den Lebensbedingungen zu wenig bewusst. Der schnelle gesellschaftliche Wandel und kritische Lebensereignisse während des ganzen Lebens gefährden die psychische Gesundheit in allen Generationen. Nicht alle haben aber die gleichen Möglichkeiten, sich vor psychischen Störungen zu schützen, rechtzeitig angemessene Behandlung zu erhalten, bzw. bei Behinderung eine bestmögliche Lebensqualität wieder zu erlangen. Besonders problematisch sind:

- fehlende familienergänzende Strukturen. Ländliche Gebiete sind beispielsweise mit institutionellen Betreuungsangeboten schlechter versorgt als Stadtgebiete (Wicki, 1997).
- fehlende Intensivprogramme zur Integration von MigrantInnen in Schulen. Fehlende Intensivprogramme zur Integration von verhaltensauffälligen Kinder und Jugendlichen in Schulen. [diese Zielgruppen nicht in einem Satz nennen.
- fehlende Bereitschaft, Menschen, die weniger leistungsfähig sind, weiter zu beschäftigen.

Zur Wirksamkeit einer bestmöglichen familiären, sozialen und beruflichen Integration ist es wichtig, dass die Koordination und Kooperation mit den Sektoren Familie, Bildung, soziale Sicherheit, Justiz und Wirtschaft gefördert wird.

### ***Ziele***

- Der Schutz, die Förderung und die Erhaltung der psychischen Gesundheit werden von Behörden und Organisationen der Bildung, der sozialen Sicherheit, der Justiz und der Wirtschaft sowohl beim Bund als auch bei den Kantonen als gemeinsame Aufgabe wahrgenommen.
- Politische Entscheidungen berücksichtigen den aktuellen Wissensstand über psychische Gesundheit und Krankheit.

### ***Aktionen***

- Mit intersektorialen Massnahmen werden die psycho-sozialen und sozio-ökonomischen Ressourcen gestärkt und die Belastungen für die psychische Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit reduziert.
- Strategien für Familie, Bildung, Wirtschaft, soziale Sicherheit und Umwelt tragen mit koordinierten Programmen zur psychischen Gesundheit bei.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

Entscheidungssträger in folgenden Politbereichen:

- Familie, Jugend, Alter, Migration/Integration, Gesundheit, Bildung, Wirtschaft, soziale Sicherheit, Justiz, etc.

Verwaltung:

- Bundesämter, Kantone, Gemeinden

Anbieter:

- Öffentliche und private Organisationen, die sich mit psychischer Gesundheit und Krankheit befassen

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2004:** Psychische Gesundheit wird im „Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik“ des BAG und bei dessen Umsetzung (bis 12/05) berücksichtigt.
- **12/2005:** Die Umsetzung des Themas „Psychische Gesundheit“ ist Teil der Strategie Nachhaltige Entwicklung des Bundesrates.

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Familiäre, soziale und berufliche Integration wird von allen Sektoren gleichermaßen gefördert.

## **6.3 Wahrnehmung des Problems, kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten**

### ***Ausgangslage***

In der Schweiz haben die vorhandenen Datenquellen der allgemeinen statistischen Informationen für ein breites Publikum von Politik, Fachleuten und Betroffenen sowie die zielgruppenspezifischen epidemiologischen Studien mit besonderen Aufgaben qualitative Lücken. Dies schränkt die Aussagekraft der bestehenden Daten ein und Wirkungen der Prävention, der Heilung von psychischer Krankheit sowie der Reintegration psychisch Kranker wie auch Kosten-Nutzenanalysen bleiben unbekannt. Schliesslich verunmöglicht dieser Mangel nationale und internationale Vergleiche.

### ***Ziele***

Die Schweiz verbessert die Aussagekraft der vorhandenen allgemeinen und spezifischen Gesundheitsinformationssysteme über psychische Gesundheit und psychische Krankheit. Diese basieren auf gültigen, zuverlässigen, allgemeinen und spezifischen Daten und Auswertungen. Sie garantieren Kontinuität, ermöglichen eine frühzeitige Erkennung von Entwicklungen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit rechtzeitig und bilden Grundlage für eine bedarfsorientierte Steuerung.

### ***Aktionen***

- Die bestehenden, staatlichen oder staatlich finanzierten, für die Schweiz repräsentativen oder vollständigen Informationsquellen müssen zuverlässig und mit mindestens gleich vielen Ressourcen wie bis anhin versehen weitergeführt werden. Dies betrifft insbesondere die Schweiz. Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik (BFS), das Schweiz. Haushaltspanel (SHP) und die Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens des BFS. Dazu gehören aber auch die Schweiz. Arbeitskräfteerhebung (SAKE) und die Schweiz. SchülerInnenbefragung (HBSC).
- Der Zugang zu den nicht-staatlichen Statistiken über das Gesundheitswesen muss für staatliche Institutionen garantiert werden, indem das Schweiz. Gesundheitsobservatorium (Obsan) Zugang zu diesen Datenbanken erhält und für Bund und Kantone Analysen durchführen kann. Teilweise besteht dieser Zugang bereits (Datenpool der Santésuisse), teilweise ist er mit enormen Kosten

verbunden (z.B. Datenbanken der IHA-IMS Health), teilweise muss die Datenerhebung rechtzeitig vorbereitet werden (z.B. TarMed-Daten der ärzteigenen Trust-Center).

- Das Obsan erhält den Auftrag von Bund und Kantonen, die Analysen und Auswertungen zur psychischen Gesundheit und psychischen Krankheiten der Bevölkerung in der Schweiz im Sinne eines Monitorings regelmässig durchzuführen und den Bedürfnissen entsprechend zu verbessern.
- Bei der nächsten Schweiz. Gesundheitsbefragung und schweiz. SchülerInnenbefragung werden reliable, valide und international anerkannte Messinstrumente zur Erfassung psychischer Störungen verwendet.
- Innerhalb eines Nationalen Forschungsprogrammes des Schweiz. Nationalfonds werden noch nicht abgedeckte Informations- und Analysebedürfnisse über psychische Gesundheit, Störungen und Suizid angegangen.

### ***Prioritäten / Meilensteine***

- **2005:** Die Forschung zur Verbesserung der Messmethodik der psychischen Gesundheit und psychischen Krankheit wird prioritär gefördert (vgl. 6.10. 2 Forschung und Entwicklung).
- **2008 / 2013:** Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium publiziert alle fünf Jahre eine Analyse zur psychischen Gesundheit und zu psychischen Krankheiten.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- BFS/ Obsan
- BBW / GWF
- SNF
- BAG
- Kantone
- Psychiatrische Institutionen

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Das kontinuierliche Monitoring beinhaltet:
  - a) Wirkungsdaten zu den Determinanten der psychischen Gesundheit
  - b) Epidemiologie von psychischen Krankheiten und Suizid
  - c) Inanspruchnahme der verschiedenen Dienstleistungen im Versorgungssystem
  - d) Sozio-ökonomische Folgen von häufigen und schweren psychischen Krankheiten
- Die Datenquellen und die Messinstrumente sind zuverlässig, gültig und international vergleichbar.
- Die publizierten Berichterstattungen zur psychischen Gesundheit sind in den Verwaltungen, bei Fachleuten und bei Betroffenenorganisationen bekannt.

## **6.4 Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung**

### ***Ausgangslage***

Die Fachwelt geht davon aus, dass in der Bevölkerung die Bereitschaft wächst, gesundheitspolitische Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit mitzutragen, wenn die Bedeutung der psychischen Gesundheit für die Gesamtgesundheit und für die Lebensqualität des Einzelnen aufgezeigt werden kann. Lauber, Nordt, Falcato, Rössler, (2002) führten eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in der Schweiz durch. Diese bestätigt, dass nach wie vor ungerechtfertigte Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung vorhanden sind. Demografische, psychologische und soziologische Faktoren beeinflussen die persönlichen Einstellungen der Befragten sowie ihr tatsächliches Engagement für psychisch Kranke. Die hauptsächlichen Ergebnisse zeigen einerseits, dass:

- die Toleranz gegenüber psychisch Kranken im alltäglichen Zusammenleben immer noch tief ist,
- psychische Störungen immer noch Ängste in der Bevölkerung auslösen können,
- man psychisch Kranken kaum Verantwortung zutraut,
- ein Grossteil der Bevölkerung bei vermuteter Selbst- und Fremdgefährdung Zwangsmassnahmen befürwortet.

Andererseits herrschen folgende Meinungen bei den Befragten vor:

- psychische Gesundheit und Krankheit werden nicht als unabänderlicher Schicksalsschlag gesehen,
- psychosoziale Einflussfaktoren sollen bei der Behandlung von Depressionen und Schizophrenie berücksichtigt werden,
- der Eigenaktivität von Betroffenen soll eine wesentliche Bedeutung zugemessen werden,
- Depressionen sind Krisen, die zum Leben gehören.

Insgesamt zeigen diese und andere Studien, dass die Bevölkerung über angemessene Behandlungsmöglichkeiten besser informiert und das Verständnis für psychische Krankheiten verbessert werden muss (vgl. sozio-kulturelle Determinanten).

### ***Ziele***

- Die Bevölkerung ist besser über die Wichtigkeit und die positiven Aspekte (Wohlbefinden, soziale Zugehörigkeit, etc.) der psychischen Gesundheit informiert.
- Die Kenntnisse über Häufigkeiten und Folgen von psychischen Störungen sowie über die Rechte und Autonomie psychisch kranker Menschen nehmen in der Bevölkerung zu.
- Kenntnisse über die Wirkung und Wahlmöglichkeiten für Massnahmen der Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege sind breit bekannt.
- Das Verständnis für psychisch Kranke wird durch direkte Kontakte im Alltag gefördert (vgl. auch Empfehlung Frühintervention und Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit).

### ***Aktionen***

- Informations- und Sensibilisierungskampagnen über die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und Hilfs- und Behandlungsangebote, deren Möglichkeiten und Grenzen werden auf verschiedenen Ebenen und für verschiedene Bevölkerungsgruppen konzipiert, geplant und durchgeführt.
- Die Medien werden gezielt über die Probleme der Stigmatisierung und die Gefahren der Diskriminierung von psychisch Kranken informiert, sie werden aktiv einbezogen und direkte Kontakte mit Institutionen und psychisch Kranken werden gefördert.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2005:** Die Wirksamkeit, Machbarkeit, Finanzierbarkeit einer bevölkerungsbezogenen Bewusstseinsbildung der psychischen Gesundheit/Krankheit und der Hilfs- und Behandlungsangebote wird überprüft.
- **2007:** Medienschaffende berichten und informieren angemessen über psychische Gesundheit und psychische Krankheit.

### ***Mögliche Kompetenzen / Zuständigkeiten*** (werden auf Grund der Stellungnahmen festgelegt)

- BAG
- GDK

- Kantone
- Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen
- Psychiatrische Institutionen
- Organisationen der Interessensvertretung von Betroffenen und Angehörigen
- Hilfswerke
- Medienschaffende

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Das Wissen über die psychische Gesundheit nimmt in der Bevölkerung zu und ist differenziert.
- Die Bevölkerung weiss, wo sie sich über psychische Krankheit informieren kann und welche Hilfe sie beanspruchen kann.
- Die Mehrheit der Medien verbreitet keine diskriminierenden Informationen über psychisch Kranke.
- Reaktionen der Bevölkerung, der GesundheitsplanerInnen, PolitikerInnen, der Medien und der Fachpersonen entsprechen dem aktuellsten Kenntnisstand.
- Kontakte der Bevölkerung mit psychisch Kranken nehmen dank gezielter Massnahmen zu.
- Hilfe wird rechtzeitig erkannt und angemessen in Anspruch genommen.

## **6.5 Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit**

### ***Ausgangslage***

Nach wie vor ist in der Schweiz der Gesundheitsförderungsgedanke wie beispielsweise die Stärkung der Widerstandskräfte und die Nutzung von personalen und sozialen Ressourcen ungenügend ausgebildet. Konzepte der Gesundheitsförderung, welche sich sowohl auf die individuellen Verhaltensweisen als auch auf die Verhältnisse konzentrieren, lassen sich deshalb vielfach nur gegen grosse Widerstände und mit grossen zeitlichen Verzögerungen verwirklichen.

Die Förderung der psychischen Gesundheit ist am besten wirksam, wenn sie in allen Lebensphasen stattfindet (z.B.: Kindheit, Jugendalter, Erwerbsalter, dritte und vierte Lebensphase), in verschiedene Lebensbedingungen (Setting) integriert ist (z.B. Schulen, Arbeit, primäre Versorgung, etc.) und auf verschiedenen Ebenen geplant wird (z.B. lokal, regional und national, etc.).

Ein mangelndes Bewusstsein für gesundheitsfördernde Bedingungen und psychische Gesundheit ist für Familien, die Bildung und die Arbeitswelt auszumachen: An vielen Schulen (z.B. Volks- und Berufsschulen) wird die Relevanz der psychischen Gesundheit für die Bildung unterschätzt. Die Forschungsgruppen von HBSC und SMASH schlagen vor, die Gesundheitsförderung in den Familien zu verbessern und den Jugendlichen bessere Problembewältigungsstrategien zu vermitteln. Auch sollten sie zum Stressabbau Alternativen anstelle des Drogenkonsums kennen lernen. Gleichaltrige sollten zu einem gesunden Lebensstil motivieren. Die Schulen müssten vermehrt Wertschätzung und Solidarität vermitteln. Nicht zuletzt benötigen die Knaben Orientierungshilfen im gesellschaftlichen Wandel.

Besonders schwierig zu erreichen, sind Menschen in der dritten und vierten Lebensphase.

Einige Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen nehmen bereits Aufgaben der Gesundheitsförderung wahr, dabei wird jedoch die Förderung der psychischen Gesundheit noch zu sehr vernachlässigt.

### ***Ziele***

Ein möglichst grosser Teil der Bevölkerung soll hinsichtlich der psychischen Gesundheit unter günstigen Bedingungen leben können. Günstige Bedingungen sollen insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die Phasen von Lebensübergängen durchleben und oder zusätzliche Belastungen haben, beachtet werden (Settingansatz bei Lebensübergängen). Gemäss den Determinanten psychischer Gesundheit betrifft dies insbesondere die folgenden Bevölkerungsgruppen:

- Familien mit Kindern im Vorschulalter

- Kinder und Jugendliche
- Junge BerufseinsteigerInnen
- Familienfrauen und -männer
- Alleinerziehende
- Erwerbstätige ab 55
- Personen mit Migrations- und / oder Gewalterfahrungen
- Menschen in der dritten und vierten Lebensphase

### ***Aktionen***

- In der Schweiz wird die Konzeptentwicklung zur Förderung der psychischen Gesundheit in den verschiedenen Lebensphasen durch den Setting-Ansatz weitergeführt. Dies beinhaltet:
  - a) Bildungsinstitutionen fördern ein ganzheitliches Lernen (Wissensvermittlung, Selbst- und Sozialkompetenz)
  - b) Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung fördern insbesondere Sozialkompetenzen, die Freiheitsgrade der Erwerbstätigen sowie einen Ausgleich zwischen Arbeit, sozialen Verpflichtungen und Regenerationszeit
  - c) Angebote für Menschen ab 50 und im Anschluss an die Erwerbstätigkeit
- Der Wissenstransfer und die Nachhaltigkeit guter Praxis zur Persönlichkeitsentwicklung, Stärkung von sozialen Kompetenzen sowie zur Bildung von sozialen Unterstützungssystemen in verschiedenen Lebenswelten werden gefördert.
- Es werden insbesondere Programme für schwierig zu erreichende Bevölkerungsgruppen (z.B. Familien, Menschen in der dritten und vierten Lebensphase) entwickelt.
- Die Wirkung von gesundheitsförderlichen Massnahmen auf die psychische Gesundheit wird wissenschaftlich überprüft.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2004:** Das Kompetenzzentrum psychische Gesundheit innerhalb des Netzwerks „bildung + gesundheit“ BAG / EDK wird aufgebaut.
- **2004:** Psychische Gesundheit ist ein integraler Bestandteil aller Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- **2008:** Familien und Menschen in der dritten und vierten Lebensphase werden durch spezifische Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit erreicht.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- BAG/EDK „Netzwerk „b+g“
- Seco „Forum betriebliche Gesundheitsförderung Schweiz“
- SUVA, Bereich der Präventionsdienste
- Kantonale Fachstellen für Gesundheitsförderung
- Kantonale Erziehungsdirektionen
- Kantonale Gleichstellungsbüros
- Kantonale Arbeitsinspektorate
- Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen
- NGO's der Gesundheitsförderung
- Hilfswerke

### ***Beispiele von Indikatoren der Zielerreichung***

- Die psycho-sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit (vgl. Gesundheitsbefragung) verbessern sich.
- Anwendung von Gewalt in der Familie und Schule nimmt ab.
- Menschen in der dritten und vierten Lebensphase sind integriert und Unterstützung zur Alltagsbewältigung ist zugänglich.

## **6.6 Früherkennung von psychischen Krankheiten sowie Frühinterventionen zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration und Invaliditätsprävention**

### ***Ausgangslage***

Spezifische Angebote der Früherkennung von psychischen Krankheiten und der Frühintervention zur schulischen Integration sind bei schulpsychologischen Diensten und neuerdings bei der Schul-Sozialarbeit grundsätzlich vorhanden. Mit der Kampagne „Bündnis gegen Depression“ können in der Früherkennung von Depressionen insbesondere auch Menschen in der dritten und vierten Lebensphase erreicht werden. Solche Angebote sollten weiter entwickelt und in andere Regionen übertragen werden.

Hingegen sind spezialisierte Dienste für die soziale, schulische und berufliche Integration / Eingliederung (Invaliditätsprävention) für Menschen mit psychischen Problemen ungenügend ausgebaut bzw. noch nicht entwickelt. Für Menschen, die in Situationen mit mehrfachen Risiken (erhöhte Vulnerabilität) leben, sind folgende Lücken vorhanden:

- Die Erfassung von frühkindlichen psycho-sozialen Entwicklungsstörungen ist nach dem ersten Lebensjahr bis zur Einschulung nicht gewährleistet.
- Den Behörden fehlen strukturierte Alternativprogramme für Kinder und Jugendliche, die über Wochen von der obligatorischen Schule ausgeschlossen werden.
- Psychische Probleme am Arbeitsplatz sind weit verbreitet. Es fehlen Handlungsanleitungen für ArbeitgeberInnen, MitarbeiterInnen, ÄrztInnen und Versicherer.
- Bei Erwerbslosigkeit auf Grund von psychischer Krankheit fehlt es an gezielter Stellenvermittlung und Unterstützung am Arbeitsplatz zur Invaliditätsprävention.
- Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben.
- In der Schweiz fehlen flächendeckende Suizidpräventionsprogramme.

Je länger jemand der Schule oder der Arbeit fern bleibt, umso schwieriger wird die Erhaltung der Integration (vgl. 6.9. Anpassung der Gesetzgebung).

Ein noch ungeklärtes Problem der Früherkennung betrifft den richtigen Zeitpunkt im Krankheitsentstehungsprozess zu finden und welche Personen sich für die Früherkennung eignen. Eine wichtige Rolle kommt den HausärztInnen, LehrerInnen und Vorgesetzten etc. zu. Also Personen, welche in einem vertikalen, hierarchischen Verhältnis mit vielen Menschen zu tun haben. Oft wird dabei ausgeblendet, dass die Früherkennung unausgesprochen und häufig in horizontalen Beziehungen oder in Eltern-Kind-Beziehungen stattfindet oder ganz einfach auf Selbstwahrnehmung beruht.

### ***Ziele***

- Bund, Kantone und private Organisationen investieren in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von spezifischen Programmen zur Früherkennung, Frühintervention und Invaliditätsprävention bei psychischen Störungen.

### ***Aktionen***

- Wirksame Programme der Früherkennung von psychischen Krankheiten (z.B. Depression, Psychosen/Schizophrenie, Suizid) werden in der Schweiz gezielt gefördert.
- Spezifische Programme der Frühintervention zur schulischen und beruflichen Integration zur Invaliditätsprävention werden entwickelt und erprobt.
- Die berufliche Wiedereingliederung und die Invaliditätsprävention wird durch gezielte Stellenvermittlung und Begleitung nach den Grundsätzen von „Supported Employment“ am Arbeitsplatz in der ganzen Schweiz ausgebaut (vgl. Anhang III Beispiele gute Praxis: Integration pour tous).

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2004:** Interessierte Regionen beteiligen sich am Ausweitungsprojekt „Bündnis gegen Depression“ (vgl. Anhang I, Entstehungsgeschichte)
- **2005:** Der Bund engagiert sich in der Entwicklung und Finanzierung von Präventionsprogrammen (z.B. Invaliditätsprävention, Suizid)

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- BAG
- BSV
- Seco
- GDK
- Kantone
- Öffentliche und private Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesens (u. a. Mütter- und VäterberaterInnen / SchulärztInnen), Betriebe)

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Menschen mit psychischen Störungen haben angemessene Arbeitsmöglichkeiten, sie können an der Gesellschaft teilhaben.
- Programme des „supported employment“ erreichen eine zunehmende Zahl von psychisch kranken Menschen.

## **6.7 Förderung der Selbsthilfe; Freiwilligenhilfe sowie der Unterstützung von Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen**

### ***Ausgangslage***

Stärkung der Selbsthilfe: Wird gesundheitsbezogene Selbsthilfe zur Krankheitsbewältigung im Alltag vermehrt angeboten, verbessert sie die Heilungschancen und die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen. Selbsthilfe leistet somit einen eigenständigen Beitrag im Gesundheitswesen (vgl. 4.1.2) Allein die Lebens- und Krankheitserfahrungen von (Ex)PatientInnen und Angehörigen sowie die Motivation reichen für ein Engagement nicht aus. Es braucht dazu eine ausreichende Organisation, die Übernahme von Leitungsfunktionen von Selbsthilfegruppen sowie die Anerkennung einer kontinuierlichen, leicht zugänglichen Selbsthilfe.

Förderung der Freiwilligenhilfe: Sowohl die informelle als auch die organisierte Freiwilligenhilfe beinhaltet ein grosses Potenzial zur Betreuung von psychisch Kranken, insbesondere von sozial isolierten chronisch Kranken. Neben der Entlastung der professionellen Dienste und der Verbesserung der Lebensqualität der Hilfe Empfangenden dürfen auch die positiven Auswirkungen auf die Hilfe

Leistenden nicht unterschätzt werden. Durch ihren direkten Kontakt mit psychisch Kranken erhalten sie ein differenziertes Bild psychischer Krankheiten und tragen zum Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung bei.

Unterstützung der Angehörigen: Damit Angehörige eine unterstützende Funktionen für ein psychisch krankes Familienmitglied wahrnehmen können, ist es wichtig, dass sie selber gesund sind, in materieller Sicherheit leben und wissen, wo sie um Hilfe nachsuchen können. Eine bessere Anerkennung dieser informellen Hilfe ist für alle gewinnbringend. Kaum beachtet werden Kinder von psychisch kranken Eltern als die Jüngsten unter den Angehörigen. Da sie oft in psycho-sozial belastenden Verhältnissen aufwachsen, brauchen sie zur Erhaltung ihrer Gesundheit und zur Förderung einer möglichst normalen Entwicklung besondere Unterstützung (4.1.2).

Partizipation: Versicherten und PatientInnen werden für die eigene Gesundheit und Krankheit aber auch in Institutionen und im Gesundheitswesen neue Rollen der Selbstverantwortung und Partizipation zugewiesen (Flick, 2000). Diese vermehrte Einbindung von Betroffenen auf der Ebene der therapeutischen Beziehung, der institutionellen und planerischen Mitsprache ist insbesondere für psychisch und körperlich chronisch Kranke unabdingbar. Damit (Ex)PatientInnen diese neuen Rollen wahrnehmen können, braucht es bei den Versicherten, Patientenorganisationen und den Professionellen sowie den Leitungsorganen von Gesundheitsdiensten eine entsprechende Vorbereitung. Verwaltungen können diesen Prozess unterstützen.

### **Ziele**

- Die eigenständigen Beiträge der Selbsthilfe, der Freiwilligenhilfe und der Angehörigen zur Krankheitsbewältigung im Alltag werden anerkannt und fachlich sowie finanziell unterstützt (vgl. 6.9 Anpassung der Gesetze; Art. 23a, KVG). Ihr aktiver Beitrag zum Heilungs- und Erholungsprozess wird in den Behandlungs- und Betreuungskonzepten sinnvoll integriert.
- Die Selbsthilfe und die Freiwilligenarbeit wird in allen Regionen anerkannt und gewährleistet.
- PatientInnen bzw. ihre rechtliche Vertretung und Angehörige erhalten unabhängige, fachlich korrekte Informationen und Beratung. Sie werden in die Behandlung einbezogen und haben Wahlmöglichkeiten.
- Zur Optimierung der Versorgungsleistungen wird die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Selbsthilfeorganisationen gefördert.
- Die Erforschung des eigenständigen Beitrags der Selbst-, Freiwilligen- und Angehörigenhilfe im Gesundheitswesen wird gefördert (vgl. 6.10.2).

### **Aktionen**

- Der emanzipatorische Prozess der Selbsthilfeorganisationen wird weiterhin von unabhängigen Instanzen gefördert.
- Mitglieder von Selbsthilfe- und Freiwilligenorganisationen sowie pflegende Angehörige, welche Mitverantwortung für andere übernehmen, können ihre Kompetenzen nach Bedarf weiterentwickeln.
- Die Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie wird in ihren kantonalen Leistungsträgern explizit verpflichtet, mit PatientInnen und Angehörigen zu kooperieren und Unterstützungsangebote für Familienmitglieder mit erhöhten gesundheitlichen Risiken zu entwickeln.

### **Erste Prioritäten / Meilensteine**

- **2004:** Die Behörden und das professionelle Versorgungssystem nehmen ihre Schlüsselfunktion zur Unterstützung der Selbsthilfe, der Freiwilligenarbeit und die Mitsprache der PatientInnen sowie die delegierte Interessensvertretung von Patienten- und Angehörigenorganisationen wahr.

### **Kompetenzen / Zuständigkeiten**

- BAG
- BSV
- GDK
- Kantone
- Selbsthilfe-, Freiwilligenhilfe-, Patienten- und Angehörigenorganisationen, Konsumentenorganisationen
- Psychiatrische Dienste, praktizierende PsychiaterInnen und Psychotherapeuten
- Weitere Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Versicherer
- Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen

### **Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung**

- Die Wirkungsprinzipien des eigenständigen Beitrags der Selbst- und Freiwilligenarbeit sowie der pflegenden Angehörigen sind wissenschaftlich belegt.
- Psychiatrische Institutionen integrieren in sinnvoller Weise Selbsthilfe und Freiwilligenarbeit.
- Angehörige fühlen sich unterstützt.
- PatientInnen berichten mehrheitlich über positive Erfahrungen der Selbstbestimmung.
- PatientInnen bzw. ihre rechtliche Vertretung erhalten unabhängige Informationen und Beratung. Die Behandlungsmöglichkeiten sind transparent.
- Berufsangehörige berichten über eine konstruktive Zusammenarbeit mit PatientInnen, Angehörigen und deren Organisationen.
- Delegierte VertreterInnen der Patienten- und Angehörigenorganisationen können ihre Erfahrungen kompetent in neue Entwicklungen des Gesundheitswesens einbringen.

## **6.8 Qualitätsentwicklung der allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote<sup>5</sup>**

### **6.8.1 Fachentwicklung der psychiatrischen und psycho-therapeutischen Angebote**

#### ***Ausgangslage***

Die psychiatrischen Reformen der vergangenen Jahre führten zu spezifischen und definierten Behandlungsmethoden. Auch die empirische Forschung und empirische Nachweisverfahren zur Wirksamkeit wurden verstärkt. Steigende Qualitätsanforderungen tragen dazu bei, dass sich das Fach Psychiatrie weiter in Richtung Spezialisierung entwickeln wird. Die erzielten Fortschritte der Psychiatrie haben allerdings weitgehend in universitären Zentren stattgefunden. In unterschiedlichem Ausmass konnten sie sich in nicht-universitären Versorgungsregionen etablieren. In diesem Spannungsfeld ergeben sich folgende Probleme und Versorgungslücken für die Bevölkerung mit psychischen Krankheiten:

*Kinder und Jugendliche:* Die Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungsplätze ist trotz Ausbau in verschiedenen Kantonen in den letzten Jahren immer noch ungenügend und vor allem regional sehr ungleich verteilt. Gänzlich fehlen stationäre forensische Dienste für Jugendliche sowie Stationen für süchtige, psychisch kranke und geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Patienten dieser drei Untergruppen können nicht auf allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen versorgt

---

<sup>5</sup> Weiterführende Informationen im Anhang II: Baer, Cahn, Brenner, Felder. Psychiatrische Versorgungsstrukturen: Probleme und Empfehlungen. 2003.

werden (Ryf, 2001). Vielerorts wird der Mangel an kinderpsychiatrischen Behandlungsplätzen dadurch verschärft, dass Kinder nach abgeschlossener Behandlung einerseits nicht nach Hause entlassen werden können, weil sie dort zu wenig betreut werden oder gar Misshandlungen ausgesetzt wären, und weil andererseits die notwendigen pädagogischen Plätze nicht vorhanden sind, sodass die Aufenthaltsdauer in den kinderpsychiatrischen Kliniken durchschnittlich zu lange ist.

Erwachsene: Psychiatriezentren mit multiprofessionellen Teams sind nicht nur in der Lage, nahezu das gesamte Spektrum vollstationärer Leistungen abzudecken, sondern können darüber hinaus auch spezifische rehabilitative Aufgaben und Krisenintervention sowie eine gemeindeintegrierte Akutbehandlung und aufsuchende Hilfe übernehmen. Bei entsprechender personeller Ausstattung und 24stündiger Abrufbarkeit der kostengünstigeren teilstationären Versorgung können erfahrungsgemäss mindestens rund 20% bis 30% der Vollhospitalisationen vermieden werden. In einzelnen Psychiatrieplänen unserer Nachbarländer wird bereits ein Verhältnis von 1:1 zwischen stationären und teilstationären Behandlungsplätzen angestrebt (vgl. 4.2).

Psychiatrische Rehabilitation: Damit die Heilungschancen und die Erholungschancen (recovery) von psychisch kranken Menschen besser genutzt werden können, braucht es interdisziplinäre und interinstitutionelle Konzepte von verschiedenen Berufsgruppen und Leistungserbringern. Unter möglichst breiter Trägerschaft soll in die Entwicklung eines qualitativ hochstehenden rehabilitativen Fachwissens investiert werden (Aktion Psychisch Krank, 2002). Die Schweiz kann dafür von internationalen Entwicklungen profitieren.

Demografische Entwicklung: Die Diagnose und adäquate Behandlung von psychischen Störungen im Alter erfordert besondere Kenntnisse, da die Symptomatik von derjenigen im Bereich der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie abweicht und komplex ist. Durch die neurobiologischen Entdeckungen der neueren Zeit sind die Kenntnisse über viele psychische Störungen im hohen Alter gewachsen. Auch in der Psychotherapie und nicht zuletzt in der Pflege werden neue, spezifische Methoden eingeführt. Das heute verfügbare spezifische alterspsychiatrische Wissen kann allerdings weder für die allgemeinpsychiatrische noch für die primärmedizinische Versorgung vorausgesetzt werden. Psychisch kranke alte Menschen benötigen in erster Linie Zeit und ein Beziehungsangebot von professioneller Qualität - das sind die zentrale Pflegeangebote für diese Patientengruppe. Die dafür notwendigen Pflegemethoden sind hochqualifizierte Tätigkeiten. Diese fachlichen Qualifikationen sind jedoch bei den Spitex-Mitarbeitenden nicht im nötigen Ausmass gegeben (Abderhalden, Lüthi, Mazzola, et al., 2003). Um stationäre Einrichtungen - Allgemeinspitäler, Psychiatrische Kliniken und Heime - zu entlasten, muss mehr in die (alters)psychiatrische Schulung der ambulanten Pflege investiert werden.

MigrantInnen: Die Chance auf eine lebensweltorientierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, die nicht nur Sprachkenntnisse, sondern auch Kenntnisse über ein kontextsensitives Vorgehen beinhaltet, ist gering (Ebner, 2003). Dieser verminderte Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung führt häufig zu einfacheren, hauptsächlich medikamentösen Behandlungen mit den Konsequenzen, dass Chronifizierungen und Frühberentungen Vorschub geleistet werden, und dass die Inanspruchnahme der psychiatrischen Dienste letztlich steigt. In besonderen Belastungssituationen befinden sich Asylsuchende in hängigen Asylverfahren und Sans-Papiers, die einer Vielzahl zusätzlicher psychischer Probleme ausgesetzt sind.

Rückstände in der forensischen Psychiatrie: Die forensische Psychiatrie befasst sich als Spezialgebiet der Psychiatrie mit der straf- und zivilrechtlichen Begutachtung sowie der Behandlung von psychisch kranken jugendlichen und erwachsenen StraftäterInnen, die in Untersuchungshaft und im stationären und ambulanten Massnahmenvollzug sind. In den letzten Jahren ist nicht nur der quantitative Bedarf nach psychiatrischen Gutachten stark angestiegen, auch die Anforderungen an die Qualität der Gutachten wurde deutlich angehoben. Dem steht in der Schweiz ein ausbildungsbedingter Qualitätsnotstand und ein Mangel an anerkannten ExpertInnen gegenüber, was zu langen Fristen und vermehrter gerichtlicher Zurückweisung von Gutachten führt. Folge davon sind Zweit- und Drittgutachten und einer Verzögerung der Entscheide. Lücken bestehen zudem bei spezialisierten Massnahmeplätzen mit hohem Sicherheits- und Therapiestandard für psychisch kranke StraftäterInnen.

## **Ziele**

- Die psychiatrische Grundversorgung wird regional sichergestellt und bevölkerungsnah zugänglich gemacht.
- Die psychiatrischen Angebote werden dem Alter, dem Geschlecht und der Herkunft gerecht Das sind: frei praktizierende PsychiaterInnen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, dezentrale und wohnortnahe Einrichtungen der Krisenintervention, der Akutbehandlung und der Rehabilitation sowie die psycho-gerontologische Spitex mit entsprechender personaler Ausstattung und 24 stündiger Abrufbarkeit.
- Spezielle Angebote für zahlenmässig kleine Bedarfsgruppen werden überkantonal geplant und betrieben.

## **Aktionen**

Für die Grundversorgung von Kinder, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen wird folgendes Leistungsprofil definiert:

- Die psychiatrische Grundversorgung für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen umfasst für eine definierte Region die Krisenintervention, akute und psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung, Pflege, aufsuchende Hilfe und die psychiatrische Rehabilitation für Menschen aller psychiatrischen Diagnosen und zwar sowohl in akuten Krisen und Notfällen als auch bei chronischen Verläufen.
- Innerhalb der kinder-, jugend- und erwachsenenpsychiatrischen Angebotskette werden gesamtschweizerisch Tageskliniken, stationäre Rehabilitationsabteilungen und rehabilitative Wohneinrichtungen sowie mobile Equipen im Sinne eines Home Treatments ausgebaut. Eine tragende Beziehung wird über mehrere Angebote gewährleistet.
- Unabhängig vom Alter stehen PatientInnen die am wenigsten einschränkende Behandlungsform zur Verfügung.
- Erfolgreiche Konzepte der interkulturellen Kommunikation werden verbreitet.

Leistungsprofil für spezialisierte Angebote:

- Zumindest in den staatlich subventionierten (Schul-)heimen werden die Strukturen so angepasst, dass flexible Aufnahmen möglich sind.
- Wo nötig, bilden die Kantone überregionale Kommissionen, welche den Ausbaubedarf für kinder- und jugendpsychiatrische Angebote, psychiatrische Rehabilitation, alterspsychiatrische Dienste und (in Ausnahmen) migrationsspezifische Dienste, welche auch über transkulturelle Kompetenzen verfügen, aushandeln.
- Die Eröffnung von psychiatrischen Praxen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in der Peripherie wird gefördert.
- Die psycho-geriatrischen ambulanten Pflegeleistungen werden gesamtschweizerisch gefördert und die Finanzierung sichergestellt.
- Die Leistungsprofile der Grundversorgung werden (inter)kantonal vereinbart, damit die Nutzung von ambulanten und teilstationären Einrichtungen erleichtert wird.
- Für jede Sprachregion ist eine forensische Abteilung für Jugendliche und Erwachsene vorzusehen sowie spezialisierte stationäre Angebote für süchtige resp. psychisch kranke geistig behinderte Jugendliche.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2005:** Die Prioritätensetzung für psychiatrische, psychotherapeutische, rehabilitative und pflegerische Angebote aller Altersgruppen unabhängig der Herkunft ist Sache der Kantone und der Regionen.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- GDK
- SODK
- EDK
- Kantone
- Öffentliche und private Leistungserbringer

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Der Zugang zu angemessener Behandlung ist gewährleistet und entspricht der Altersgruppe unabhängig des Aufenthaltsstatus.
- Unabhängig vom Alter stehen PatientInnen Wahlmöglichkeiten offen.
- Leistungen sind multiprofessionell.
- PatientInnen berichten über kontinuierliche, tragende therapeutische Beziehungen.
- PatientInnen können sich in der Muttersprache ausdrücken.

## **6.8.2 Koordinierte Angebote**

### ***Ausgangslage***

Da sich das institutionelle Feld und die psychiatrischen Fachgebiete immer mehr differenzieren, steigen die Anforderungen an Kooperation und Vernetzung. Ohne definierte strukturelle Verbindungen und eine konzeptionelle Orientierung ist die geforderte Kooperation in einem Versorgungsgebiet weniger denn je zu leisten. Folgende Kooperationen müssen gefördert werden:

*Psychiatrische Kooperation mit den hausärztlichen Praxen:* Die Zusammenarbeit zwischen den HausärztInnen, den PsychiaternInnen, der Spitex und den Kliniken muss mit neuen Anreizen gefördert und geregelt werden.

*Psychiatrische Kompetenz in allgemeinen Spitälern und Heimen:* Konsiliar- und / oder Liasionsdienste werden für alle Altersgruppen in niederschweligen Beratungsstellen, in somatischen Spitälern, Spitexdiensten und Altersheimen in der Schweiz flächendeckend eingeführt.

*Förderung von teilstationären und mobilen Equipen:* Mit neuen Tarifbestimmungen und Organisationsentwicklung geben sich psychiatrische Einrichtungen die Strukturen für personenbezogenen Behandlungsformen in einer definierten Region.

*Vergleichbarer Ausbaustandard am Beispiel Kinder und Jugendliche:* Kinder mit identischen Auffälligkeiten werden in der einen Region eher in kinderpsychiatrische Behandlung gelangen und in der anderen Region eher in heil- oder sozialpädagogische Betreuung. Nun ist es weder möglich noch nötig, diese regionalen Unterschiede aufzuheben. Sinnvoll und nötig sind dagegen die besseren Vernetzungen zwischen verschiedenen Einrichtungen, die sich mit auffälligen Kinder und Jugendlichen beschäftigen. Ziel der Vernetzung ist eine Verbesserung der Behandlungsqualität und vor allem eine grössere Kontinuität der Behandlung: der frühzeitige konsiliarische Beizug von Kinder- und Jugendpsychiatern in pädagogischen Einrichtungen für verhaltensauffällige und behinderte Jugendliche kann die Häufigkeit von stationären kinderpsychiatrischen Behandlungen senken und damit für mehr Behandlungskontinuität in den pädagogischen Einrichtungen sorgen. Analoges gilt für die Erwachsenenpsychiatrie und die Alterspsychiatrie.

### ***Ziele***

- Durch Kooperation und Vernetzung wird die Bandbreite der allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote für alle Lebensphasen erweitert.
- Die finanziellen Rahmenbedingungen wechseln von der institutions- und versicherungsrechtlichen Perspektive zu personen- und bedarfsbezogenen Finanzierungs- und Leistungsmodellen.

### ***Aktionen***

- An die lokalen Verhältnisse angepasste Modelle für die Kooperation unter den selbständig Tätigen in eigener hausärztlicher, bzw. psychiatrischer oder psychologischer Praxis werden ausgearbeitet und mit entsprechenden Anreizen gefördert.
- Die Verpflichtung, Konsiliartätigkeit zu leisten sowie die Verpflichtung, diese auch anzunehmen, muss für jede staatlich subventionierte psychiatrische, bzw. kinderpsychiatrische, alterspsychiatrische, heilpädagogische und sozialpädagogische Institution im Leistungsauftrag in geeigneter Weise berücksichtigt werden, einschliesslich der personellen und damit auch finanziellen Konsequenzen.
- Die psychiatrische Kompetenz im allgemeinen Gesundheitswesen wird verstärkt und die Einrichtungen des Sozialwesens mit psychiatrischem Personal ergänzt.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2004:** Mit einem befristeten Modelltarif wird der Kosten-Nutznachweis der Integrationsbehandlung erbracht.
- **2005:** Auf der Grundlage deutscher Erfahrungen wird die Schaffung einer patientenzentrierten Fachinstanz geprüft, welche die Förderbedürfnisse abklärt, mit den PatientInnen einen Behandlungs- und Hilfsplan entwirft, die nötigen Schritte finanziert und schliesslich hinterher die dafür nötigen Leistungen der verschiedenen Träger organisiert (Aktion Psychisch Krank, 2002).

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- GDK
- Kantone
- Öffentliche und private Leistungserbringer

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Multiprofessionelle Leistungen sind vernetzt und koordiniert.
- Krisenintervention, Akutbehandlung, aufsuchende Hilfe, spezifische Rehabilitation und Spitex sind dezentral, gemeindenah und am wenigsten restriktiv. Für Kinder- und Jugendliche sind sie familiennah.
- Ältere psychisch kranke Menschen können in Würde sterben.

## **6.8.3 Bedarfsgerechte Planung**

### ***Ausgangslage***

Die erforderliche Sicherstellung der Grundversorgung, die fachliche Vertiefung und die Kooperation in einer erweiterten Bandbreite verlangen nach Steuerungsmechanismen. Mit motivierenden Anreizen ist zu erwarten, dass die vorgeschlagenen Aktionen hauptsächlich durch gezielte Qualitätsentwicklung realisiert werden können. Epidemiologische Informationen (vgl. 6.4 Wahrnehmung des Problems) und eine systematische Qualitätsentwicklung (vgl. 6.10.2 Forschung und Entwicklung) sind dafür unabdingbar.

Planung als kontinuierliche Aufgabe: Ein zentraler Nutzen einer Psychiatrieplanung liegt im Planungsprozess selbst: MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen und Versorgungsbereiche reflektieren die aktuelle Lage, evaluieren den Bedarf, vergleichen diesen mit den Angeboten und diskutieren verschiedene Varianten der strukturellen und konzeptionellen Weiterentwicklung. Als Prozess angelegte Psychiatrieplanung hat in diesem Sinne eine starke qualitätssichernde, fachlich stimulierende und innovative Wirkung.

Methoden der Qualitätsentwicklung: Methoden der evidenzbasierten Medizin, Kosten-Nutzenanalysen sowie Methoden der Erhebung des subjektiven Erlebens von Betroffenen und Angehörigen sollen gleichermaßen im Qualitätsmanagement berücksichtigt werden.

Entwicklung von Planungsrichtlinien: Um der Bevölkerung einen vergleichbaren Zugang zu Angeboten zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit zu ermöglichen sind Planungsgrundsätze und Richtwerte zu entwickeln.

### **Ziele**

- Die Planung von bedarfsgerechten Angeboten für alle Patientengruppen in der Schweiz wird als vielschichtiger und kontinuierlicher Prozess mit den Kantonen, Leistungserbringern und den NutzerInnen (Delegierte der Betroffenen und Angehörigen) gemeinsam gestaltet.
- Nationale Planungsgrundsätze und Richtwerte ermöglichen einen für die gesamte Bevölkerung vergleichbaren Zugang zu den Angeboten und Dienstleistungen zum Schutz, der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Regionalen Unterschieden wird Rechnung getragen.

### **Aktionen**

- Die Institutionen entwickeln einen ausreichenden Kenntnisstand und methodische Kenntnisse der Qualitätssicherung.
- Planungsprozesse werden zu kontinuierlichen Aufgaben der Verwaltung, der Praxis und der Wissenschaft.
- Planungsgrundsätze und –Richtwerte werden für die Schweiz erarbeitet.

### **Erste Prioritäten / Meilensteine**

Bestimmen die GDK und Kantone

### **Kompetenzen / Zuständigkeiten**

- Gesundheits- und Sozialdirektionen der Kantone, sowie folgende an der psychiatrischen Versorgung Beteiligte:
- Öffentliche, gemeinnützige und private Leistungserbringer
- stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungsbringer
- psychiatrische und allgemein-medizinische Leistungserbringer
- kantonale und ausserkantonale Leistungserbringer
- Berufsorganisationen der Medizin, Psychologie, Pflege und Sozialarbeit
- Selbsthilfe-, Freiwilligen- und Angehörigenorganisationen
- Weitere Berufsangehörige

### **Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung**

- Gemeinsam vereinbarte Planungsgrundsätze und –richtwerte werden in den Kantonen genutzt.
- Grundlage der Planung sind epidemiologische Daten und quantitative sowie qualitative Informationen über die Inanspruchnahme verschiedener Einrichtungen und Behandlungsmethoden.

- Planungsprozesse sind offen und partizipativ gestaltet, transparente Entscheidungsprozesse und gute Informationsabläufe sind gewährleistet.
- Die Planungsvorschläge sind aus der evaluierten Situation nachvollziehbar.
- Kooperationen innerhalb und ausserhalb der psychiatrischen Versorgung sind berücksichtigt.

## 6.9 Anpassung der Gesetzgebung

### ***Ausgangslage***

Zur Erreichung der Strategieziele besteht Entwicklungsbedarf in den nachfolgenden gesetzlichen Grundlagen:

*Patientenrechte:* Nicht nur in der Psychiatrie auch in der somatischen Medizin kommen Zwangsmassnahmen vor. Dieser schwere Eingriff in die Selbstbestimmung wird von PatientInnen immer wieder als unbefriedigend erlebt. In der Schweiz fehlen einheitliche gesetzliche Bestimmungen, welche den Betroffenen aber auch Professionellen, die Zwangsmassnahmen verfügen müssen, Hilfestellung für ein transparentes Vorgehen geben.

*Abbau von institutioneller Diskriminierung:* Die Fragmentierung der Leistungsträger führt bei psychisch Kranken zu strukturellen Diskriminierungen (vgl. 5. Bilanz). Bei der Rehabilitation und Eingliederung wird beispielsweise konzeptuell und finanziell von einem linearen, kontinuierlichen Aufbau und einer anschliessend dauerhaft verbesserten Leistungsfähigkeit der Behinderten ausgegangen, wie dies bei körperlichen Gebrechen nach einem Unfall gegeben sein mag. Ein entscheidendes Merkmal von chronisch psychischer Krankheit sind aber die wiederholten, unabsehbaren Eingliederungsverläufe, die eher zu einer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit als zu vollständiger Invalidität führen. Erfolgreiche Rehabilitation oder soziale Eingliederung sollte aber zu einem (teilweise) selbständigen Leben führen, damit Menschen trotz psychischer Behinderung an der Gesellschaft teilhaben zu können.

*Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit und Pflegenden Angehörige:* Die Selbsthilfe, die Freiwilligenarbeit und die Pflege Angehöriger als tragende Teile der Angebotsstrukturen sind in der Schweiz im Vergleich zu fortschrittlichen Ländern zu schwach. Es fehlen rechtliche Grundlagen (Art. 23a, KVG), die solchen Organisationen die nötigen Mittel geben, um ein angemessenes Management mit entsprechender Infrastruktur zu führen.

*Direkte Kostenübernahme der psychologischen Psychotherapie:* Zurzeit wird die psychologische Psychotherapie nur als ärztlich delegierte Psychotherapie von der Grundversicherung der Krankenkassen vergütet. Für die direkte Kostenübernahme fehlt eine einheitliche gesetzliche Regelung.

### ***Ziele***

- Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen haben durch den Zugang zu zweckmässigen, wirksamen und wirtschaftlichen Angeboten vergleichbare Heilungschancen wie Menschen mit körperlichen Krankheiten.
- Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit und die Pflege Angehöriger zur Bewältigung von Krankheit im Alltag wird strukturell gefördert.

### ***Aktionen***

- Das künftige Erwachsenenschutzrecht gewährleistet die Grundrechte von psychisch kranken Personen beim Vollzug von fürsorglichen Unterbringungen.
- Es wird geprüft, ob allenfalls die Rechte und Pflichten von PatientInnen mit somatischen und psychischen Erkrankungen auf Bundesebene geregelt werden sollen.
- Das Krankenversicherungs- und das Invalidenversicherungsgesetz werden in Hinblick auf die Gleichstellung der psychischen und somatischen Krankheiten angepasst.
- Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit und die Pflege Angehöriger, welche zur Krankheitsbewältigung im Alltag führt, wird gesetzlich und finanziell gefördert.

- Die Reglementierung der psychologischen Berufe wird auf Bundesebene vorangetrieben.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

**In der zweiten KVG-Revision** wird die zweckbestimmte Förderung der Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit und die Pflege der Angehörigen integriert.

**In der fünften IVG-Revision** werden die Besonderheiten der beruflichen Integration und der Verhütung von Invalidität und Berentung (Invaliditätsprävention) bei psychischer Krankheit berücksichtigt.

**2004:** Die Richtlinien bei Zwangsmassnahmen in der Medizin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) werden von beteiligten Personen und Institutionen in der Praxis angewendet und überprüft.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- BAG
- BSV
- SAMW
- BJ
- NEK
- Kantone
- Psychiatrische Kliniken, Spitex und Rehabilitationsinstitutionen
- Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen
- **Pro Mente Sana, Selbsthilfeorganisationen**

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- In der ganzen Schweiz haben PatientInnen ein Recht auf Selbstbestimmung (z. B. Behandlungsvereinbarung), Akteneinsicht, sowie Rechtsschutz bei Zwangsmassnahmen, eingeschlossen das Vertretungsrecht durch eine aussenstehende Person.
- Die psychiatrischen Einrichtungen respektieren die Grundrechte der betroffenen Personen gemäss den Richtlinien der SAMW; in den Institutionen besteht Transparenz über Vorgehensweisen bei der Konfliktbewältigung.
- Die Berufszulassung und die Versicherungspflicht für Psychotherapie ist auf Bundesebene geregelt.
- Die Rechtsgrundlagen für die berufliche Integration / Eingliederung bei psychischer Behinderung sind verbessert.
- Die Finanzierung der Assistenzentschädigung ist angemessen.
- Menschen mit psychischer Krankheit fühlen sich nicht mehr infolge fehlender gesetzlicher Gleichstellung stigmatisiert und diskriminiert.

## **6.10 Nachwuchsförderung; Forschung und Entwicklung**

### **6.10.1 Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit; Aufbau von Forschung und Entwicklung**

#### ***Ausgangslage***

Die fehlende finanzielle und gesellschaftliche Anerkennung dieser intellektuell und emotional anspruchsvollen professionellen Leistungen sowie Qualitätsmängel in der Versorgung und in der Weiterbildung führen zu bedrohlichen Nachwuchsproblemen. Neben finanziellen Anreizen erhalten die Berufsangehörigen auch Rechtsschutz bei gewalttätigen Grenzüberschreitungen in therapeutischen Beziehungen. Im Rahmen der Professionalisierung vernachlässigten die Gesundheits- und Sozialberufe

die Entwicklung einer interdisziplinären Denk- und Handlungsweise sowie des Verständnisses von Salutogenese, Gesundheitsförderung und Public Health. Folgende Probleme sind bei den einzelnen Berufsgruppen zu lösen:

Ärztenschaft: Die Doppelfunktion des Heilens und der sozialen Kontrolle stellt ausserordentlich hohe ethisch-moralische Ansprüche. Gemessen an der dafür erforderlichen Fachkompetenz wird diese gesellschaftliche Verantwortung nicht genügend anerkannt.

Pflege: Die lang andauerenden Berufsbildungsreformen führten zu einem Vakuum bei den Weiter- und Fortbildungsangeboten für die psychiatrische Pflege. Es fehlt deshalb an einem differenzierten Fort- und Weiterbildungsprogramm und einer genügenden Anzahl von spezialisierten Pflegenden in Psychiatrie, die in der Praxis arbeiten.

Psychologie: Es fehlen klinische Ausbildungsplätze zur Aneignung ausreichender psychotherapeutischer Praxis mit psychisch Kranken.

Sozialarbeit: In der spezialisierten Sozialarbeit sowie in weiteren Spezialtherapien (Ergo-, Musik-, Bewegungstherapie usw.) fehlen psychiatrische Grundlagen. Rehabilitation wird primär sozialpädagogisch begründet.

### **Ziele**

- Die Arbeitsbedingungen werden für alle Berufe<sup>6</sup> im Bereich der psychischen Gesundheit verbessert.
- Die Aus-, Weiter- und Fortbildung fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

### **Aktionen**

- Die Förderung des akademischen psychiatrisch-medizinischen, pflegerischen, psychologischen und sozialtherapeutischen Nachwuchses in der Schweiz wird intensiviert:
- Die Tarife der Leistungen der Psychiatrie werden gemäss der Aus-, Weiter- und Fortbildung und den beruflichen Anforderungen den Tarifen für somatische Krankheiten gleichgestellt.
- Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der Gesundheits- und Sozialberufe sollen neue Programme mit dem Schwerpunkt Psychische Gesundheit angeboten werden.
- Die Interdisziplinarität wird in der Weiter- und Fortbildung gefördert.
- Vermehrt werden Karriere- und Forschungsmöglichkeiten für psychiatrisch Tätige geschaffen.

### **Erste Prioritäten / Meilensteine**

- **2005:** Berufsorganisationen und Kantone entwickeln gemeinsam Anreizmodelle, welche die Attraktivität des Berufsfeldes Psychiatrie steigern.
- **2005:** In der neuen Bildungssystematik für die Gesundheits- und Sozialberufe werden Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogramme mit dem Schwerpunkt „Psychische Gesundheit“ integriert.

### **Kompetenzen / Zuständigkeiten**

- BAG
- BBT
- BSV
- EDK
- GDK
- SODK
- Fachorganisationen des Gesundheits- und Sozialwesens

---

<sup>6</sup> Psychologische Berufe siehe auch Anpassung Gesetzgebung

- Universitäten und Fachhochschulen

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Die Weiterbildungen und die Arbeitsbedingungen für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, Rehabilitation und Pflege sind mit den Weiterbildungen und Arbeitsbedingungen für somatische Krankheiten wettbewerbsfähig.
- In der Praxis arbeiten genügend spezialisierte ÄrztInnen, Pflegende, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen.

## **6.10.2 Forschung und Entwicklung**

### ***Ausgangslage***

In Anbetracht der grossen Herausforderung, welche die psychische Gesundheit der Bevölkerung für die zukünftige Entwicklung der Gesellschaft darstellt, ist es erstaunlich, wie wenig Forschung hierzu stattfindet. Eine erste Übersicht der noch unveröffentlichten Studie über wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit als integraler Teil der öffentlichen Gesundheit (vgl. Anhang I Grundlagen vom Schweiz. Gesundheitsobservatorium) zeigt, dass bisher sehr viel mehr über psychische Krankheit als über psychische Gesundheit geforscht wurde. Gute, interdisziplinäre Forschungsansätze, die der Komplexität des Problems Rechnung tragen sind rar. Gerade der immense Mangel an Erkenntnissen über Innovationen der Frühintervention und Kosten-Effizienz-Analysen über unterschiedliche Formen der Versorgung soll aufgeholt werden. In einem ersten Schritt ist die angewandte Forschung in diesen Bereiche zu fördern und die Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse zu ermöglichen. Auch sollte beispielsweise auf nationaler und möglichst auch auf internationaler Ebene nach gemeinsamen Qualitätsstandards zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit gesucht werden.

Ein überregionaler Wissenstransfer zwischen den verschiedenen Schulen und Praktiken ist anhand von wissenschaftlichen Publikationen in der Schweiz bis jetzt nicht ersichtlich. Ebenfalls fehlt in der Schweiz ein führendes Institut für die Lehre und Forschung der Rehabilitation. Die Möglichkeiten für angewandte Forschung an den Fachhochschulen für Gesundheit und Soziale Arbeit wird noch kaum genutzt und gefördert.

### ***Ziele***

- Die Forschung und die Entwicklung zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit werden in den Jahren der Strategieumsetzung zusätzlich gefördert.
- Der Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis wird geeignet und nachhaltig gefördert.

### ***Aktionen***

- Die praxisnahe Hochschulforschung sowie die Zusammenarbeit der Hochschulen mit den Praktikern wird gefördert.
- Zwischen städtischen-universitären und ländlichen-nichtuniversitären Kantonen werden die Kooperationen in Umsetzungsprojekten gefördert.
- Die Initiierung von Modellprojekten und wissenschaftlichen Evaluationen, wie sie nun teils in gesetzlichen Pilotartikeln vorgesehen sind, wird vorangetrieben.
- Die psychiatrische, psychotherapeutische, rehabilitative und pflegerische Forschung soll weiterhin vorangetrieben werden.

### ***Erste Prioritäten / Meilensteine***

- **2004:** Formen der Förderung der Forschung zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit werden geklärt.
- **2005:** Ein Forum „Psychische Gesundheit Schweiz“ wird zur Entwicklung von gemeinsamen Qualitätsstandards unter den verschiedenen Schulen und für den Wissenstransfer gegründet.

### ***Kompetenzen / Zuständigkeiten***

- BAG
- BBW / GWF
- BSV
- Seco
- BFS, / Obsan
- SNF (KTI)
- Kantonale Verwaltungen
- Universitäten, Fachhochschulen, private Forschungsinstitute

### ***Beispiele von Indikatoren zur Zielerreichung***

- Etablierte Qualitätsstandards sind vorhanden und werden in der Praxis angewendet.
- Forschungsgelder werden vermehrt für Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit gutgeheissen.
- Die wissenschaftlichen Publikationen zur psychischen Gesundheit und Versorgung in der Schweiz nehmen zu.

## 6.11 Zusammenfassung der Zielsetzungen

Nachfolgend werden die Ziele in den zehn Empfehlungen tabellarisch zusammengefasst.

Tabelle 9: Ziele der Empfehlungen

Empfehlung	Ziel
1. Nationale und internationale Koordination und Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bund und Kantone einigen sich und verfolgen während den nächsten zehn Jahren eine gemeinsame Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit für die Bevölkerung in der Schweiz. Die politische Agenda für die Schweiz beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gemeinsame Zielrichtung und Perspektiven</li> <li>○ Umsetzung in paralleler Zuständigkeit und oder sich ergänzender Koordination</li> <li>○ Förderung der Kooperation bei der Umsetzung</li> <li>○ Beteiligung an einer gemeinsamen Berichterstattung und Evaluation</li> </ul> </li> <li>• Bund, Kantone und Nichtregierungsorganisationen nehmen internationale Entwicklungen zur Kenntnis, integrieren erfolgversprechende Lösungsansätze in die eigene Strategie und bringen ihre Erfahrungen in die internationale Entwicklung ein.</li> </ul>
2. Multisektorale Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Schutz, die Förderung und die Erhaltung der psychischen Gesundheit werden von Behörden und Organisationen der Bildung, der sozialen Sicherheit, der Justiz und der Wirtschaft sowohl beim Bund als auch bei den Kantonen als gemeinsame Aufgabe wahrgenommen.</li> <li>• Politische Entscheidungen berücksichtigen den aktuellen Wissensstand über psychische Gesundheit und Krankheit.</li> </ul>
3. Wahrnehmung des Problems: kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Schweiz verbessert die Aussagekraft der vorhandenen allgemeinen und spezifischen Gesundheitsinformationssysteme über psychische Gesundheit und psychische Krankheit. Diese basieren auf gültigen, zuverlässigen, allgemeinen und spezifischen Daten und Auswertungen. Sie garantieren Kontinuität, ermöglichen eine frühzeitige Erkennung von Entwicklungen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit rechtzeitig und bilden Grundlage für eine bedarfsorientierte Steuerung.</li> </ul>

## Fortsetzung Tabelle 9

4. Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die psychische Gesundheit und für psychische Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Bevölkerung ist besser über die Wichtigkeit und die positiven Aspekte (Wohlbefinden, soziale Zugehörigkeit, etc.) der psychischen Gesundheit informiert.</li><li>• Die Kenntnisse über Häufigkeiten und Folgen von psychischen Störungen sowie über die Rechte und Autonomie psychisch kranker Menschen nehmen in der Bevölkerung zu.</li><li>• Kenntnisse über die Wirkung und Wahlmöglichkeiten für Massnahmen der Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege sind breit bekannt.</li><li>• Das Verständnis für psychisch Kranke wird durch direkte Kontakte im Alltag gefördert (vgl. auch Empfehlung Frühintervention und Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit).</li></ul>
5. Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ein möglichst grosser Teil der Bevölkerung soll hinsichtlich der psychischen Gesundheit unter günstigen Bedingungen leben können. Günstige Bedingungen sollen insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die Phasen von Lebensübergängen durchleben und oder zusätzliche Belastungen haben, beachtet werden (Settingansatz bei Lebensübergängen). Gemäss den Determinanten psychischer Gesundheit betrifft dies insbesondere die folgenden Bevölkerungsgruppen:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Familien mit Kindern im Vorschulalter</li><li>○ Kinder und Jugendliche</li><li>○ Junge BerufseinsteigerInnen</li><li>○ Familienfrauen und -männer</li><li>○ Alleinerziehende</li><li>○ Erwerbstätige ab 55</li><li>○ Personen mit Migrations- und / oder Gewalterfahrungen</li><li>○ Menschen in der dritten und vierten Lebensphase</li></ul></li></ul>
6. Früherkennung von psychischer Krankheit; Frühintervention zur Erhaltung der schulischen und beruflichen Integration; Invaliditätsprävention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bund, Kantone und private Organisationen investieren in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von spezifischen Programmen zur Früherkennung, Frühintervention und Invaliditätsprävention bei psychischen Störungen.</li></ul>
7. Förderung der Selbsthilfe und Freiwilligenhilfe; Unterstützung der Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die eigenständigen Beiträge der Selbsthilfe, der Freiwilligenhilfe und der Angehörigen zur Krankheitsbewältigung im Alltag werden anerkannt und fachlich sowie finanziell unterstützt (vgl. 6.9 Anpassung der Gesetze; Art. 23a, KVG). Ihr aktiver Beitrag zum Heilungs- und Erholungsprozess wird in den Behandlungs- und Betreuungskonzepten sinnvoll integriert.</li><li>• Die Selbsthilfe und die Freiwilligenarbeit werden in allen Regionen anerkannt und gewährleistet. PatientInnen bzw. ihre rechtliche Vertretung und Angehörige erhalten unabhängige, fachlich korrekte Informationen und Beratung. Sie werden in die Behandlung einbezogen und haben Wahlmöglichkeiten.</li><li>• Zur Optimierung der Versorgungsleistungen wird die Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Selbsthilfeorganisationen gefördert.</li><li>• Die Erforschung des eigenständigen Beitrags der Selbst-, Freiwilligen- und Angehörigenhilfe im Gesundheitswesen wird gefördert.</li></ul>

## Fortsetzung Tabelle 9

---

8. Qualitätsentwicklung der allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die psychiatrische Grundversorgung wird regional sichergestellt und bevölkerungsnah zugänglich gemacht.*</li><li>• Die psychiatrischen Angebote werden dem Alter, dem Geschlecht und der Herkunft gerecht. Das sind: frei praktizierende PsychiaterInnen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, dezentrale und wohnortsnahe Einrichtungen der Krisenintervention, der Akutbehandlung und der Rehabilitation sowie die psychogerontologische Spitex mit entsprechender personaler Ausstattung und 24 stündiger Abrufbarkeit.</li><li>• Spezielle Angebote für zahlenmässig kleine Bedarfsgruppen werden überkantonale geplant und betrieben.*</li><li>• Durch Kooperation und Vernetzung wird die Bandbreite der allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote für alle Lebensphasen erweitert.</li><li>• Finanzielle Rahmenbedingungen wechseln von der institutions- und versicherungsrechtlichen Perspektive zu personen- und bedarfsbezogenen Finanzierungs- und Leistungsmodellen.</li><li>• Die Planung von bedarfsgerechten Angeboten für alle Patientengruppen in der Schweiz wird als vielschichtiger und kontinuierlicher Prozess mit den Kantonen, Leistungserbringern und den NutzerInnen (Delegierte der Betroffenen und Angehörigen) gemeinsam gestaltet.</li><li>• Nationale Planungsgrundsätze und Richtwerte ermöglichen einen für die gesamte Bevölkerung vergleichbaren Zugang zu den Angeboten und Dienstleistungen zum Schutz, der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Regionalen Unterschieden wird Rechnung getragen.</li></ul>
9. Anpassung der Gesetzgebung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen haben durch den Zugang zu zweckmässigen, wirksamen und wirtschaftlichen Angeboten vergleichbare Heilungschancen wie Menschen mit körperlichen Krankheiten.</li><li>• Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit und die Pflege Angehöriger zur Bewältigung von Krankheit im Alltag wird strukturell gefördert.</li></ul>
10. Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit; Ausbau von Forschung und Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Arbeitsbedingungen werden für alle Berufe im Bereich der psychischen Gesundheit verbessert.</li><li>• Die Aus-, Weiter- und Fortbildung fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.</li><li>• Die Forschung und die Entwicklung zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit werden in den Jahren der Strategieumsetzung zusätzlich gefördert.</li><li>• Der Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis wird geeignet und nachhaltig gefördert.</li></ul>

---



# **TEIL C: Umsetzung**



## 7 Skizze der Umsetzung

### ***Wer übernimmt die Verantwortung zur Umsetzung?***

Die Strategieziele und die Empfehlungen im Aktionsplan lassen den Behörden zur Zielerreichung viel Autonomie und Handlungsspielraum. Die Akteure können mit ihrer Stellungnahme in den Empfehlungen Prioritäten setzen. Nach der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen wird die Strategie angepasst und weiterentwickelt. Die definitive Strategie wird im Herbst 2004 den Auftraggebern übergeben. Voraussichtlich Ende 2004 werden Bund und Kantone die Ziele im Rahmen des Dialogs in Form einer Absichtserklärung für die nächsten Jahre verabschieden (vgl. Vereinbarung vom 15.1.2 2003 über die Nationale Gesundheitspolitik Schweiz).

Es bestehen keine rechtlichen Grundlagen der Nationalen Gesundheitspolitik, welche eine Bundesbehörde oder kantonale Behörde dazu verpflichten könnten, gegen ihren Willen Verantwortung für die eine oder andere Empfehlung zu übernehmen.

Wie bereits die Entwicklung wird auch die Umsetzung als partizipativer Prozess verstanden, worin sich viele Partner mit ganz unterschiedlichen Kompetenzen / Zuständigkeiten einbringen und engagieren werden.

Der gesamte Prozess muss auf zehn Jahre ausgerichtet sein. Die Kohärenz der Empfehlungen, die Innovationsfreude, die Motivation, das psychische Wohlbefinden in der Bevölkerung zu stärken, das Interesse an Qualitätsentwicklung und vermehrter Kosteneffizienz bei den Angeboten zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit werden hauptsächliche Triebfedern der Umsetzung sein.

### ***Wird die Umsetzung unterstützt?***

Die Umsetzung soll auf drei Ebenen gefördert werden:

- Modell- und Pilotprojekte mit nationaler Bedeutung<sup>7</sup>
- Bildung eines Forums für den Wissenstransfer
- Ein regelmässige Berichterstattung über die Fortschritte

Während der Strategieentwicklung sind einige Prozesse und innovative Projekte erfolgreich angelaufen. Diese Projekte setzen bereits Aktionen einzelner Empfehlungen in Gang, indem sie Synergien schaffen, oder als Pilotprojekte und Vertiefungsstudien gelten (vgl. Anhang I, Entstehungsgeschichte der Strategieentwicklung). Die Beispiele innovativer Praxis (Anhang III) geben ebenfalls Impulse zur Umsetzung der Empfehlungen.

### ***Wer finanziert die Umsetzung?***

Für die Strategieentwicklung haben Bund und Kantone bereits Einiges investiert. Es ist zu überprüfen, inwieweit sich Bund und Kantone in den ersten Jahren bei der Animation und Koordination im Umsetzungsprozess engagieren werden.

Die meisten Empfehlungen beziehen sich auf bereits finanzierte Bereiche. Insgesamt sind die Empfehlungen haushälterisch durchdacht. Mittel- und langfristig sind keine massiven

---

<sup>7</sup>Zum Beispiel:

- Bündnis gegen Depression – ein Ausweitungsprojekt des Nürnberger Projekts im Kanton Zug
- befristeter Modelltarif zur Förderung von ambulanten multiprofessionellen Teams
- Frühintervention zur Erhaltung der beruflichen Integration
- Ipsilon - eine Initiative zur Verhütung von Suizid in der Schweiz

Kostensteigerungen zu erwarten. Hingegen soll sich das Kosten/Nutzenverhältnis bei insgesamt gleichbleibender Finanzierung besser in folgende Richtungen entwickeln:

- krankmachende Lebensbedingungen werden reduziert und durch gesundheitsförderliche Lebensbedingungen ersetzt;
- kostenintensive stationäre Behandlungen werden vermehrt von personenbezogenen teilstationären und ambulanten Diensten abgelöst;
- der Anstieg der IV-Berentungen verlangsamt sich.

Im Idealfall werden die durch psychische Krankheit verursachten Kosten abnehmen. Bei der Krankenversicherung sollten bei gleich bleibenden Kosten mehr Menschen rechtzeitig und angemessen behandelt werden können. Dafür sollte sich das Bewusstsein in der Bevölkerung und bei den Grundversorgern für die psychische Gesundheit verbessern. Allerdings sind massive Einsparungen in einem seit mehreren Jahren unterfinanzierten Bereich nicht zu erwarten.

## 8 Bibliografie<sup>8</sup>

Abderhalden C, Lüthi R, Mazzola R, Wolf S, WE'G, Hrsg.. Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-Klientinnen/Klienten in den Kantonen Zürich und St. Gallen - Schlussbericht. Zürich; 2003.

Aebersold A, Schopfer C, Stitelmann J, Willequet P. L'envol et le lien. 10 ans d'activité au Cerf-Volant, lieu d'accueil parents-enfant. Genève: Editions Suzanne Hurter; 2000.

Aemisegger H, Scherrer K. Fürsorgerische Freiheitsentziehung und Zwangsmedikation nach der Praxis des Bundesgerichtes. In: Jusletter 3. Mai 2004. Verfügbar unter: <http://www.weblaw.ch/jusletter>

Aguilera DC. Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2000.

Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.. Arbeitsdokument 2. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band II. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2002.

Althaus D, Hegerl U. Evaluation suizidpräventiver Massnahmen – Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. Der Nervenarzt. 2001;9:677-84.

Angermeyer M, Matschinger H, Holzinger A. Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. Psychiatr Prax. 1997;24:215-20.

Antonovsky A. A Call for a New Question – Salutogenesis and a Proposed Answer - the Sense of Coherence. Journal of Preventive Psychiatry. 1984;2:1-13.

Baer N, Cahn T. Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. Manag Care. 2003;4:34-38.

Baer N, Cahn T, Brenner HD, Felder W. Psychiatrische Versorgungsstrukturen: Probleme und Empfehlungen. 2003. Unveröffentlicht.

Baer N, Domingo A, Amsler F. Diskriminiert – Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Forschung für die Praxis – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.

Beeler I, Lorenz S, Szucs T. Provision and Remuneration of Psychotherapeutic Services in Switzerland. Soz und Praventivmed. 2003;48(2):88-96.

Borgetto B. Gemeinschaftliche Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. Stand der Forschung. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engemann U, Halber M, Hrsg.. Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003. S. 155-161.

Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M. Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. Nervenarzt. 2000;71:691-99.

Bruhin E, Ducommun M. Psychische Gesundheit: Strategien und Massnahmen in der Schweiz. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Bern; 2002. Verfügbar unter: [http://www.nationalesgesundheit.ch/main/show\\$Id=1317.html](http://www.nationalesgesundheit.ch/main/show$Id=1317.html) .

---

<sup>8</sup> Nach Uniform Requirements des International Committee of Medical Journal Editors, Juni 2003

BAG-Kritik: Fehlen von Angaben wie z.B. Bruttin 2003.

Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Migration und Gesundheit - Strategische Ausrichtung des Bundes 2002 - 2006. Bern; 2002.

Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Forschungskonzept Gesundheit 2004 – 2007. Bern; 2002.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. IV-Statistik 2002. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern; 2003a.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. Spitex-Statistik 2001. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern; 2003b.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. Die längerfristige Altersvorsorge beginnt heute. Soziale Sicherheit, 3. Bern: Vertrieb BBL; 2003.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. Präzisierungen im Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH). IV-Rundschreiben Nr. 180. Bern; 2003.

Bundesamt für Sozialversicherung; Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Bereich Werkstätte, Wohnheime und Organisationen, Hrsg.. Interne Statistik. Bern; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. Kosten des Gesundheitswesens: Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995. Neuenburg; 2002.

Bundesamt für Statistik; Informationsdienst, Hrsg.. Kosten des Gesundheitswesens: Entwicklung 1960-2000. Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. Statistisches Jahrbuch der Schweiz. Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. SAKE 2002 in Kürze – Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2002. Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001. Gesundheit, 14. Neuenburg; 2003.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz; 1996.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln; 1998.

Cathieni F, Wang J, Peer L, Werner K, Burnard B. Les opinions du public sur le patient du futur. In: SGGP, Hrsg.. The Future Patient in Switzerland. Bern; 2003. S. 63-70.

Centre de documentation en santé publique. Politique nationale suisse de la santé: santé psychique. Lausanne; 2003. Verfügbar unter: <http://www.saphirdoc.ch/Dossier.htm?Folder=64> .

Christen L, Christen S. Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.. Arbeitsdokument 1. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Conne-Perreard E, et al. Ungünstige Einflüsse von verschiedenen Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und ihre wirtschaftlichen Konsequenzen. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs (CRTi), Hrsg.. 2001.

Corrigan PW, Watson AC. Factors That Explain How Policy Makers Distribute Resources to Mental Health Services. Psychiatr Serv. 2003;54(4):501-7.

Dietz A, Pörksen N, Voelzke W, Hrsg.. Behandlungsvereinbarungen – Vertrauensbildende Massnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998.

Dolto F. La cause des enfants. Paris: Editions Robert Laffont; 1985.

Dolto F. Autoportrait d'une psychanalyste. Paris: Editions du Seuil; 1989.

Dyer JG, Minton McGuinness T. Resilience: Analysis of the Concept. Arch Psychiatr Nurs. 1996;X(5):276-82.

Ebner G. Psychiatrisches Handeln im interkulturellen Kontext. Manag Care, 3. 2003.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Geschlecht und Gesundheit nach 40 – Die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1997.

Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Bern; 1998.

Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF. Zeit für Familien – Beiträge zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsalltag aus familienpolitischer Sicht. Bern: BBL, Vertrieb Publikationen; 2004.

Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977;196:129-36.

Fachvertreter universitärer Einrichtungen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosoziale Medizin, Hrsg.. Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz - Positionspapier. Unveröffentlicht.

Flay BR. Positive Youth Development Requires Comprehensive Health Promotion Programs. Am J Health Behav™. 2002;26(6):407-24.

Flick U, Hrsg.. Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag; 2002.

FMH/Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Krise und Suizid. Bern; 2000.

Gabriel P, Liimatainen, MR. Mental Health in the Workplace. International Labour Organization, Hrsg.. 2000.

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung. Zürich; 2002.

Grossmann R, Skala K. Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München; 1994.

Health Education Authority (HEA). Community Action für Mental Health. London; 1999.

Heinrichs N, Sassmann H, Hahlweg K, Perrez M. Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. Psychologische Rundschau. 2002;53(4):170-183.

Hell D, Meyer PC. Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft – Optimierung professioneller Hilfe angesichts wachsender psychischer Not. Neue Zürcher Zeitung. 22. Nov. 2003.

Herrmann H. The Need for Mental Health Promotion. Aust and N Z J Psychiatry. 2001;35:709-15.

Höpflinger F, Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Hrsg.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.

Illés C, Abel T. Psychische Gesundheit – eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern; 2002.

Interdepartementale Arbeitsgruppe. Gleichstellung von Frau und Mann – Aktionsplan der Schweiz. Folgearbeiten zur 4. UNO-Weltfrauenkonferenz von Beijing (1995). Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, Hrsg.. Bern; 1999.

Interpharma; Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, Hrsg.. Das Gesundheitswesen in der Schweiz – Leistungen, Kosten, Preise. Basel: Pharma Information; 2003.

Jacobsen N. Defining Recovery: An Interactionist Analysis of Mental Health Policy Development, Wisconsin 1996-1999. Qual Health Res. 2003;13(3):378-93.

Jenkins R, McCulloch A, Friedli L, Parker C. Developing a national mental health policy. Maudsley monographs, 43. East Sussex: Psychology Press Ltd.; 2002.

Kaluza G. Stress. In: Jerusalem M, Weber H, Hrsg.. Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie; 2003.

- Knuf A. Empowerment fördern! Ernst machen mit einer partnerschaftlichen Beziehung. Sozialpsychiatrische Informationen. 2002;2:10-17.
- Lachenmeier H. Mental Health – Ein Wirtschaftsfaktor. Neue Zürcher Zeitung. 6. Febr. 2003.
- Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J, Hrsg.. Framework for Promoting Mental Health in Europe. Helsinki; 1999.
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Do people recognise mental illness? – Factors influencing mental health literacy. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Im Druck.
- Legatt M. Carers and carer organizations. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. Textbook of Community Psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press; 2001. p. 475-86.
- Matthews R, Hain-Menn B. Jugendsuizid - aktiv vorbeugen – eingreifen und helfen – Denkanstösse für Eltern, Lehrer/innen, und Bezugspersonen. S&E Schweiz, Hrsg.. Schriftenreihe S&E, Suizid, 57. Bern; 2000.
- Matzat J. Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip – therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe. In: Günther P, Rohrman E, Hrsg.. Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH; 1999.
- Matzat J. Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen - Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. In: Günther P, Rohrman E, Hrsg.. Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH; 1999. S. 105-26.
- Meyer PC, Hell D. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W, Hrsg.. Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006 – Ein aktueller Überblick. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer; 2004. 2. Aufl. Im Druck.
- Mory C, Jungbauer J, Angermeyer MC. Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil I: Quantitative Aspekte. Psychiatr Prax 2001. Im Druck.
- Narring F, Tschumper A, Interwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20 jähriger in der Schweiz (2002). Swiss multicenter adolescent study on health (SMASH) 2002. Institut universitaire de médecine sociale et preventive, Institut für Psychologie, Sezione sanitaria, Hrsg.. Lausanne, Bern, Bellinzona; 2003.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Tagungsbericht Muttenz 2002. Gemeinsam an der nationalen Gesundheitspolitik bauen anhand konkreter Beispiele. Bern; 2002.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Tagungsbericht Aarau 2003. Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Hin zu gemeinsam getragenen Strategien. Bern; 2003.
- Neyrand G. Sur les pas de la maison verte. Paris: Editions Syros; 1995.
- Ningel R, Funke W, Hrsg.. Soziale Netze in der Praxis. Göttingen; 1995.
- Nordt C, Müller B, Lauber C, Rössler W. Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung. Psychiatr Prax. 2003. Im Druck.
- Papart JP. La santé mentale, le modèle théorique du lien social. Psyécho. Annales de psychologie et de sciences de l'éducation. 2001-2;17-18.
- Perrez M. Optimierung und Prävention im erzieherischen Bereich : In: Schneewind KA, Hrsg.. Sonderdruck aus Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Pädagogische Psychologie 1. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : Hogrefe – Verlag für Psychologie ; 1994. p. 585-617.
- Perrez M, Gebert S. Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens : Primäre und sekundäre Prävention. In : Schwenkmezger P, Schmidt LR, Hrsg.. Stuttgart : Ferdinand Enge Verlag ; 1994. p. 169-187.
- Perrez M, Hüsler G, Ewert U. Coping Competence and Psychic Well-Being of HIV-Positives. Can Their Coping Be Improved ? In : Dauwalder JP, Hrsg.. Psychology and Promotion of Health. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen : Hogrefe&Huber Publishers ; 1994. p. 75-87.

- Perrez M, Schoebi D, Wilhelm P. How to Assess Social Regulation of Stress and Emotions in Daily Family Life? A Computer-assisted Family Self-monitoring System (FASEM-C). In: Clin Psychol Psychother. 2000 ;7 :326-39.
- Perrig-Chiello P, Höpflinger F, Hrsg.. Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.
- Peter HB, Möslin P, Hrsg.. Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus. Zürich: Theologischer Verlag; 2003.
- Pilgrim D, Rogers A. Users and their advocates. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. Textbook of Community Psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press; 2001. p. 465-74.
- Pro Mente Sana, Hrsg.. Psychisch erkrankt – der Weg zurück zur Arbeit. aktuell - Informationen aus der Psychiatrieszene Schweiz, 3. Zürich; 1998.
- Ramaciotti D, Perriard J. Die Kosten des Stresses in der Schweiz. SECO, Hrsg.. Bern; 2001.
- Richardson GE, Waite PJ. Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. Journal of Emergency Mental Health. 2002;4(1):65-75.
- Rüesch P, Manzoni P. Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Hrsg.. Neuenburg: edition obsan; 2003.
- Rütten A, Lüschen G, von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Rodriguez Diaz JA, Vinck J, van der Zee J. Determinants of Health Policy Impact: a Theoretical Framework for Policy Analysis. Soz Präventivmed. 2003;48(5):293-300.
- Ryf H. Aperçu historique de la configuration du dispositif de soins pédopsychiatriques. Bulletin des médecins suisses. 2001;5:195-97.
- Saarneli W. Was ist eine psychische Behinderung – Ein Definitionsversuch. INFORUM 4. 1998.
- Saner H. Nicht-optimale Strategien – Essays zur Politik. Basel: Lenos-Verlag; 2002. p. 71-95.
- SBK, Curaviva, FMH, SGSP, SGPP, SGAP. Finanzierung der psychiatrischen Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim. Eingabe an das Bundesamt für Gesundheit/BAG. Bern; 2004.
- Schmid H, Delgrande Jordan M, Kuntsche EN, Kuendig H, Bacher E, et al. Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Hrsg.. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Forschungsbericht, 39. Lausanne; 2003.
- Schmolke M. Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen – Eine empirische Untersuchung. Forschung für die Psychiatrie – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.
- Schunke P. Future of Mental Health Services in Europe: From Fragmentation to Integration? [MSc Thesis]. London School of Economics and Political Science; 2003. Unveröffentlicht.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Berufsbildung. Statistik Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Bern; 2003.
- Specht F, Anton S. Inpatient and partial hospitalization facilities for child and adolescent psychiatry in the unified Germany, 1991. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 1992 Dec;41(10):367-74.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), Hrsg.. Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz; 2002.
- STAKES; National Research and Development Centre for Welfare and Health. Public Health Action Framework on Mental Health. Helsinki; 2000.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Die Zürcher Längsschnittstudie zur Entwicklungspsychologie und – psychopathologie im Jugendalter. ZSE. 1997;17(3):256-69.
- Steinhausen HC, Winkler C, Meier M. Eating Disorders in Adolescence in a Swiss Epidemiological Study. Int J Eat Disord. 1996;22:147-51.

- Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R. Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents for Ages 6 to 17 in a Swiss Epidemiological Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1997;6:136-41.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Youth Self-Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *J Youth Adolesc*. 1998;27(4):429-41.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Frequency and Correlates of Substance Use among Preadolescents and Adolescents in a Swiss Epidemiological Study. *J Child Psychol Psychiat*. 1998;39(3):387-97.
- Stephen T, Joubert N. The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada. *Chronic Dis Can*. 2001;22:1.
- Stuckelberger A. Ein internationaler Vergleich. Genf; 2002. Unveröffentlicht.
- Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med*. 1998;28:503-508.
- The European Opinion Research Group (EORG). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer, 58.2.. Brüssel: Directorate-General Press and Communication; 2003.
- Universität Freiburg/Schweiz, Departement für Psychologie. Jahresbericht 2003. Freiburg; 2004.
- WHO. World Health Report 2000. Mental health: New understanding, New Hope. Genf; 2001.
- WHO, Hrsg.. Investing in Mental Health. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. The Mental Health Context. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Mental Health Legislation & Human Rights. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Advocacy for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Quality Improvement for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Mental Health Financing. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Suicide Rates – Suicide Rates (per 100'000), by Country, Year and Gender. Genf; 2003. Verfügbar unter: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/print.html)
- WHO, Hrsg.. Summary Report. Promoting Mental Health: Concepts – Emerging Evidence – Practice. Genf; 2004.
- Wicki W. Übergänge im Leben der Familie – Veränderungen bewältigen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1997.
- Winkler Metzke C, Steinhausen HC.: Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter (II). Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. *Zeitschrift für klinische Psychologie*. 1999;28(2):95-104.
- Winkler Metzke C, Steinhausen HC. Bewältigungsstrategien im Jugendalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*. 2002;34(4):216-26. Im Druck.

Zbinden M, Perrez M. Krankheitsverarbeitung/Belastungsverarbeitung bei somatischen Krankheiten. In: Brähler E, Strauss B, Hrsg.. Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag für Psychologie; 2002. p. 266-93.

Zogg H, Lauber C, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. Psychiatr Prax. 2003. Im Druck.

## 9 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BBW	Bundesamt für Bildung und Wissenschaft
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
DSM	Diagnostic Statistical Manual
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EDK	Erziehungsdirektorenkonferenz
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GRAAP	Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
GWf	Gruppe für Wissenschaft und Forschung
HBSC	Schweiz. Schüler- und Schülerinnenbefragung
HEA	Health Education Authority
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IHA-IMS Health	Marktforschungs- und Beratungsinstitut im Health Care-Bereich
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
ISPM	Institut für Sozial- und Präventivmedizin
ILO	International Labour Organization
IV	Invalidenversicherung
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KTI	Kommission für Technologie und Innovation
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MaPaSu	Massnahmenpaket Sucht
NEK	Nationale Ethikkommission
NGO	nichtstaatliche Organisationen
NGP	Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PMS	Pro Mente Sana
SAKE	Schweiz. Arbeitskräfteerhebung
SAMW	Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweiz. Gesundheitsbefragung

SGP	Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SHP	Schweiz. Haushaltspanel
SMASH	Swiss multicenter adolescent study on health
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SODK	Konferenz der Kantonalen Sozialdirektoren
SUVA	Schweiz. Unfallversicherungsanstalt
UNO	United Nation Organization
VASK	Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie / Psychisch-Kranken
WHO	World Health Organization