

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

Bern, 27. Februar 2015

### **Stellungnahme Public Health Schweiz zum Bericht „Dialog-Projekt Psychische Gesundheit“**

Sehr geehrte Damen und Herren

Public Health Schweiz bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorerwähnten Bericht Stellung beziehen zu können. Die vorliegende Stellungnahme basiert auf der Grundlage der Fachgruppe Mental Health von Public Health Schweiz.

*1. Sind Sie mit den Massnahmenbereichen 1-8 einverstanden? (bei der Online-Befragung Antwortmöglichkeiten: Ja, eher ja, eher nein, nein. Und ein paar Ziffern für Bemerkungen)*

#### *Handlungsfeld 1- Massnahmenbereich 1: Nationale Sensibilisierungskampagne realisieren*

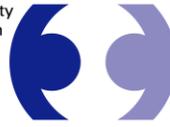
Ja, dem Massnahmenbereich kann grundsätzlich zugestimmt werden.

#### *Handlungsfeld 1 - Massnahmenbereich 2: Sensibilisierung, Entstigmatisierung*

Anti-Stigma-Kampagnen sind nur begrenzt erfolgreich. Für ihre Wirksamkeit ist entscheidend, dass sie langfristig angelegt sind (mehrere Jahre) und Modelle guter Praxis und Beispiele einbeziehen. In Anbetracht der Kosten solcher Kampagnen sollte die diesbezügliche internationale Expertise dringend einbezogen werden. En plus, les efforts pour la déstigmatisation sont d'autant plus pertinents lorsqu'on peut montrer qu'elle est effectivement entrée en pratique, notamment que des personnes avec des troubles psychiques peuvent retrouver un emploi, et cela en quantité, pas seulement des cas exceptionnels,

#### *Handlungsfeld 1 - Massnahmenbereich 2: Kommunikation zu Grundlagen und Angeboten lancieren*

Hier wird als Beispiel die Etablierung einer Internet-Plattform genannt mit entsprechender Verlinkung. Das ist gut, aber greift möglicherweise zu kurz. In der heutigen Zeit sollte multimedial agiert werden, d.h. über Facebook, Twitter, youtube etc. Auch werden manche Zielgruppen über das Internet immer noch schlecht erreicht. Das gilt gerade für die Risikogruppen, z.B. Migranten oder hochaltrige Personen. Dies gilt nicht nur für Angebote von professioneller Seite, sondern auch für diejenigen von Patientenorganisationen, Angehörigen- sowie Selbsthilfegruppen.



Die wichtigen *Risikogruppen* sind zu identifizieren. Im vorliegenden Bericht sind Beispiele zu den einzelnen Massnahmen in erster Linie auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet. Es fehlen beispielsweise alte Menschen, MigrantInnen, Behinderte, Arbeitslose oder Sozialhilfeempfangende. Eine spezifische Auflistung hingegen erachten wir als zu einschränkend, da sich Risikogruppen auch ändern können. Aus diesem Grund empfehlen wir, übergeordnet von vulnerablen Gruppen zu sprechen ohne diese einschränkend aufzulisten.

So gilt es auch, z.B. zum Thema Gewalt sensibel – und frei von Stereotypen – zu formulieren. Auf S. 14 (2.2 letzter Absatz). Dort wird ausgeführt, dass Frauen durch Gewalt psychisch krank werden. Dies ist nicht korrekt. Auch Männer werden psychisch krank infolge Gewalteinwirkung! Zudem führen „adverse childhood events“ nicht nur zu einer Erhöhung des Risikos für psychische Erkrankungen sondern auch für andere Volkskrankheiten wie Adipositas und arterielle Hypertonie (s. Arbeiten von Fellitti et al., Albus et al.).

Des Weiteren ist zu beachten, dass eine psychische Erkrankung eines Mitarbeitenden auch für Arbeitskollegen sowie den Arbeitgeber belastend sein können. Aufklärung und Beratung wäre deshalb auch hier notwendig.

Wissen um psychische Erkrankungen gehört auch in Institutionen wie Schulen und Pflegeheime und sollte insbesondere auf den Entscheidungsebenen vorhanden sein.

Seite 35: Sinnfindung spielt nicht nur im Erwerbsleben eine grosse Rolle. Abbildung 9 insinuiert jedoch, dass dies eher zur Lebensphase „Erwerbsleben“ gehört.

Abb. 9: Risikosituationen in Bezug auf die Lebensphasen. Die zwei stärksten Risikofaktoren, die in Tab. 2-1 aufgezeigt werden (tiefe Kontrollüberzeugung; tiefe Lebenszufriedenheit), sind jedoch weder in der Abbildung noch im Text integriert oder erwähnt.

Abb. 3: diese Abbildung stammt aus einer Arbeit von 1975. Sie geht von Kindern und Familienleben als Norm aus. Das ist nicht mehr aktuell, weil der Anteil an kinderlosen Familien und Personen stets zunimmt. Auch für diese Personen wird dieser Bericht geschrieben, oder?

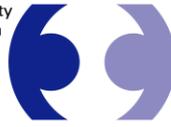
### *Handlungsfeld 2 - Massnahmenbereich 3: Übergänge begleiten:*

Im Prinzip ja: Bei Ziffer 4.2 sind im Massnahmenbereich drei weitere wichtige Übergangssituationen aufzuzeigen, (Erwerbsleben-Pensionierung; stationäre-ambulante Behandlung etc.) Entsprechend sind unter Akteure beispielsweise auch die regionalen Arbeitsvermittlungsstellen (RAV) und Sozialdienste aufzuführen.

Auch hier liegt der Fokus wieder auf der Schule und Kindern und Jugendlichen. Folgende Übergänge sind ebenfalls häufig und relevant: Familiengründung/junge Familien, Verwitwung (hohes Suizidrisiko in den ersten Monaten danach), Eintritt in die Seniorenresidenz/Pflegeheim (oft auch wegen psychischer Krankheit...)

### *Handlungsfeld 2-Massnahmenbereich 4: Massnahmen und Angebote optimieren*

Wird grundsätzlich unterstützt. Bei Punkt f sollte nicht nur die Früherkennung sondern auch die Behandlungskapazitäten ausgebaut werden.



Besser wäre ein Beispiel aus dem Bereich Alter. Viele der Beispiele in den Handlungsfeldern beziehen sich auf Kinder und Schule.

### *Handlungsfeld 3-Massnahmenbereich 5: Psychische Gesundheit in bestehende Programme einbringen.*

Teilweise ja: Psychische Gesundheit sehen wir als übergreifendes Anliegen, das nicht nur Gesundheitsdepartemente betrifft, sondern z.B. auch Sozial-, Wirtschafts- und Bildungsdepartemente. Aus diesem Grund sollte ein multisektoraler Ansatz gewählt werden. Förderung der psychischen Gesundheit bzw. Prävention psychischer Erkrankungen sind klare Querschnittsaufgaben.

### *Handlungsfeld 3-Massnahmenbereich 6: Wissensbasis und Datengrundlage verbessern*

Im Prinzip ja:

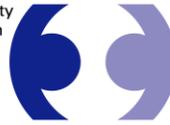
Ein aus pädiatrischer Sicht zentrales Problem ist die fehlende Wissensbasis und Datengrundlage zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, da diese für eine Bedarfsanalyse und für die Definition von Handlungsfeldern und Massnahmen im Kinderbereich unabdingbar ist. Auf Seite 12 des Berichtes werden Prävalenzen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Der Bericht suggeriert damit, dass diese Zahlen aus der Schweiz stammen, was nicht korrekt ist. Die beiden Zitate 19 und 20 beruhen auf Daten, die einerseits in einem Lehrbuch zitiert werden, und andererseits auf der Braunschweiger Kindergartenstudie stammen. Die zitierten Übersichtsarbeiten fassen die Befunde internationaler Studien zusammen. Die einzige Studie mit Schweizer Daten ist unseres Wissens diejenige von Steinhausen et al. aus den Jahren 1998 und 2003 (ZESCAP Studie). Die Tabelle auf Seite 13 stammt aus einem Lehrbuch ohne Bezug zu Schweizer Daten. Die Erhebungen aus dem SHP, SGB oder dem Obsan decken das Kindes- und Jugendalter nicht ab.

Da es grosse kulturelle Unterschiede in den Prävalenzen gibt, ist eine sauber erarbeitete Schweizer Datengrundlage unerlässlich, um angemessene Strategien und Massnahmen im Kindes- und Jugendalter auszuarbeiten. Besonders wichtig scheint dabei Handlungsfeld 3 und Massnahmenbereich 6. Für epidemiologische Untersuchungen müssen allerdings entsprechende Mittel zur Verfügung stehen. Es braucht nicht nur zuverlässige Daten über die psychische Gesundheit von Kindern in der Schweiz, sondern ebenfalls ein Monitoring der medizinischen Leistungen und Massnahmen (wie z.B. den medikamentösen Behandlungen mit Psychopharmaka).

Im übrigen wird zum Handlungsfeld 3.3. ausgeführt, dass „spezifische Fragen zum Bedarf und zur Wirksamkeit von Interventionen „...wissenschaftlich geklärt werden müssen“. Dies gilt – s.o. – nur zum Teil. So ist z.B. im so relevanten Gebiet der Prävention von Depressionen die wissenschaftliche Datenbasis gut und muss nur umgesetzt werden (s. Publikationen von Cuijpers et al. oder Stoppe et al: Volkskrankheit Depression.). **Dabei geht es insbesondere um die (hochwirksame) Prävention bei Risikogruppen.** Für die Primärprävention wurde zu Recht auch schon auf die Bündnisse gegen Depression hingewiesen. Hier wäre es sinnvoll, auf S. 27 auch auf die European Alliance against Depression hinzuweisen.

Daneben wird zum Hauptrisikofaktor – der niedrigen Kontrollüberzeugung – offensichtlich kein Forschungsbedarf gesehen. Das verwundert. Die Überprüfung der diesbezüglichen Datenlage ist minimal zu fordern.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass zwar eine Anzahl verschiedenster Daten im Bereich Mental Health vorhanden ist, jedoch nur fragmentiert zur Verfügung steht. Im Bericht werden



die Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten erwähnt, jedoch sind die Leistungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Ambulatorien, psychiatrische Spitex, Ärzte etc.) nur mangelhaft dargestellt. Im Anhang 2 fehlen die Psychiater gar! Es mangelt an einer Übersicht und einer zusammenfassenden Darstellung der Datengrundlagen und der dazu gehörenden Wissensbasis. Die verschiedenen zwar begrüßenswerten Berichte sind untereinander nicht in einen Zusammenhang gesetzt und geraten so in Gefahr, nur partiell eine Wirkung zu zeigen.

#### *Handlungsfeld 4 - Massnahmenbereich 7: Vernetzung der Akteure ausbauen*

Ja, ohne Vorbehalte. Unbedingt alle Akteure einbinden ; sprich auch Patientenorganisationen sowie Angehörigen und Selbsthilfegruppen

#### *Handlungsfeld 4 - Massnahmenbereich 8: Neue Finanzierungsmodelle anbieten*

Es ist erstaunlich, wie das Problem psychischer Erkrankungen „kleingerechnet“ wird, auch indem man nicht zusammensieht, was zusammen gehört. So wird auf S. 12ff als psychische Krankheit nur ein Teilbereich aufgeführt. Es fehlen Demenzen und andere hirnorganische Erkrankungen sowie Suchterkrankungen. Sowohl in der ICD (WHO) als auch im Gebrechenscode der IV (s. Fussnote K, S. 20 unten) gehören diese Erkrankungen zu den „Mental disorders“. Auch wenn begründet wird, warum sich dieses Programm „nur“ um diesen Teilbereich drehen soll, muss dies bei der allgemeinen Darstellung des Gebietes in diesem Programm erwähnt werden. Dies hat auch Folgen für die Kosten, die z.B. im Fazit (S. 33) sicher zu niedrig angegeben werden. Auch fehlen im Abschnitt Kosten (s. 18) Schweizer Daten, z.B. zu den Kosten von Suizidversuchen (Czernin et al.).

Es wäre dabei auch sinnvoll, Synergismen zwischen den diesbezüglichen Programmen (also zur Demenz und Sucht) zu definieren.

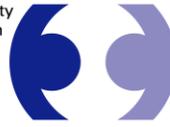
Nur teilweise: Hinweise zu klaren Finanzierungsmöglichkeiten bleiben ungenannt und somit ungeklärt. Es ist aus unserer Sicht unabdingbar, sich gleichzeitig zu Vorschlägen für Projekte, Berichte und Strategien auch innovative Gedanken zu möglicher künftiger Finanzierung zu machen, ansonsten bleiben sämtliche an sich sehr begrüßenswerten und zukunftsgerichteten Vorschläge folgenlos.

Aufgrund des „burden of disease“ sowie des in den verschiedenen zurzeit in Erarbeitung befindlichen Berichten und Aktionsplänen statuierten dringenden Handlungsbedarfs scheinen uns Überlegungen z.B. zur Erhöhung des „KVG-2.40er-Zuschlags“ ein durchaus gangbarer Weg.

## *2. Welche Aktivitäten sollen in der Schweiz prioritär in den Massnahmenbereichen 1 bis 8 entwickelt werden? Bzw. wo sehen sie den grössten Nachholbedarf (Angebotslücken)?*

Abbildung 9: Sinnkrisen gehen nicht nur die erwähnten professionellen Akteure an, sondern betreffen möglicherweise auch weitere Lebenswelten, wie z.B. Kirchen, Gemeindeaktivitäten etc.

Aus der Übersicht (Tab. 2-1) geht die tiefe Kontrollüberzeugung als der wichtigste innerpsychische Belastungsfaktor hervor. Jedoch wird dies in keinem der Massnahmenbereiche 1-8 wieder aufgenommen. Diese insbesondere für die Gesundheitsförderung/Primärprävention zentrale Erkenntnis findet erstaunlicherweise auch keine weitere Erwähnung im gesamten Bericht.



Ein weiterer erwiesener Risikofaktor für die psychische Gesundheit stellt die Armut dar. Aus diesem Grund empfehlen wir, dies spezifisch zu thematisieren (findet im Übrigen auch keine Erwähnung in Tabelle 2-1) und wäre somit zu ergänzen.

### *3. In welchem Massnahmenbereich sind Sie schwerpunktmässig zurzeit tätig und mit welchen Aktivitäten?*

Die Fachgruppe Mental Health von Public Health Schweiz engagiert sich in allen aufgeführten Handlungsfeldern. In den letzten Jahren haben dies Konferenzen (Olten, Public Health Konferenz 2014) und Positionspapiere (siehe [www.public-health.ch](http://www.public-health.ch)) zum Ausdruck gebracht. Die Fachgruppe fördert den Austausch zwischen Vertretenden unterschiedlichster Professionen.

### *4. Allgemeine und spezifische Rückmeldungen zum Bericht*

S. 5

*... Deshalb sind psychische Probleme verschiedener Bevölkerungsgruppen unterschiedlich anzugehen. So sind auf der Ebene der Interventionen die Lebensphasen und ihre Übergängen besonders zu beachten. Daraus lassen sich Zielgruppen (z. B. Kinder) und Interventionssettings (z. B. Schule) ableiten. Dem Setting Arbeitsplatz kommt eine grosse Bedeutung zu, sowohl für die Erhaltung der psychischen Gesundheit als auch bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. Verschiedene staatliche und nichtstaatliche Akteure nehmen hier Aufgaben wahr, die für die psychische Gesundheit relevant sind.*

Unklare Formulierung und keine schlüssige Ableitung vom Obenstehenden. Es geht darum, nicht nur "psychische Probleme anzugehen", sondern auch psychische Gesundheit zu fördern und zu erhalten.

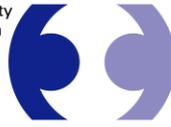
*Für jedes Handlungsfeld wurden zwei prioritäre Massnahmenbereiche definiert. Im Handlungsfeld 1 sind es die Lancierung einer nationalen Sensibilisierungskampagne und die Information über wissenschaftliche Grundlagen und bestehende Versorgungsangebote. Im Handlungsfeld 2 soll das Management von Übergängen von Lebensphasen verbessert und bestehende Massnahmen und Angebote sollen koordiniert und optimiert werden. Die Massnahmenbereiche im Handlungsfeld 3 betreffen die (verstärkte) Berücksichtigung des Themas Psychische Gesundheit in bestehenden kantonalen Programmen sowie die Verbesserung des Kenntnisstandes in Bezug auf psychische Erkrankungen in der Bevölkerung allgemein und bei Betroffenen und die Verbesserung der Datengrundlage in der Fachwelt. Im Handlungsfeld 4 soll die Vernetzung der Akteure vorangetrieben und es sollen neue Finanzierungsmodelle ausgestaltet und angeboten werden*

Übergänge zwischen Lebensphasen

Kenntnisstand in Bezug auf psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen ("mental health literacy")

S. 7

*Damit sind – über die Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit hinaus – auch die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen sowie die Schnittstellen zur Versorgung und Betreuung von Personen mit einer psychischen Erkrankung eingeschlossen. Aufrechterhaltung und Förderung lassen sich begrifflich und phänomenologisch kaum abgrenzen von "Prävention" und "Früherkennung", es sind einfach Begriffe, die weniger gesundheitsspezifisch sind. Es wird empfohlen die international gültigen Begriffe der primären, sekundären und tertiären Prävention zu verwenden.*



S. 10

Belastungen sind von aussen und/oder innen wirkende Stressoren, die physischer, psychischer oder sozialer Art sein können. Namentlich können kritische Lebensereignisse wie der Verlust einer nahestehenden Person (z. B. durch Tod oder Scheidung) oder Lebensphasenübergänge (z. B. die Pensionierung) eine Belastung darstellen. Belastungen können mittels äusserer und/oder innerer Ressourcen (z. B. sozialer Unterstützung, positives Selbstwertgefühl) modifiziert und bewältigt werden [14].

Das Beispiel der Pensionierung ist falsch. Es ist keine Belastung. Eine Belastung ist jedoch die Frühpensionierung auf Wunsch des Arbeitgebers.

Wünschenswert und fachlich angemessen wäre hier auch noch die Erwähnung chronisch belastender Lebensumstände, z.B. durch sozio-ökonomische Deprivation (Armut), Arbeitslosigkeit, fehlende Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe ("capability").

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

"Umfeld" ist ein viel zu unpräziser Begriff. Es sind sowohl soziale Beziehungen bzw. Netzwerke, aber auch Lebensumstände und (s.o.) Verwirklichungschance, die eine gesundheitsrelevante Rolle spielen. Je nach Fokus fallen der wahrgenommene Handlungsbedarf und die daraus abgeleiteten Massnahmen unterschiedlich aus. Das Modell der Risiko- und Schutzfaktoren wird hier zu simplizistisch wiedergegeben. Die Anschlussfähigkeit an aktuelle Diskurse (auch international), z.B. über "social capital" und "capabilities" ist nicht gegeben.

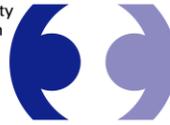
S. 12:

...Erkrankungen sind Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens...  
„Funktionsfähigkeit“ ist zu streichen - menschliches Erleben ist ein Begriff, der sich nicht mit "Funktionsfähigkeit" in Verbindung bringen lässt.

Studien gehen davon aus, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung (38.3 %) in den EU-27-Staaten, der Schweiz, auf Island und in Norwegen an einer psychischen Krankheit leidet [17].  
Hier ist der Prävalenzzeitraum zu definieren.

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

Bitte – s.o. – hier darauf hinweisen, dass nach der WHO und ICD 10 das Gebiet auch Demenzen und Sucht umfasst und dass die Trennung hier den schweizerischen gesundheitspolitischen „Gegebenheiten“ folgt.



S. 14

*...ausgesetzt, die eine Depression begünstigen können, wie beispielsweise eine Einschränkung der Wahl- und Gestaltungsfreiheit, mangelnde Chancengleichheit, eine schwierige sozioökonomische Lebenssituation oder soziale Desintegration [28].*

Es werden nicht nur Depressionen begünstigt, sondern auch andere Störungen, z.B. Anpassungsstörungen. Je nach Vorgeschichte sind z.B. bei vielen Asylanten und MigrantInnen, auch PTSD relevant.

S. 15

*...Weitere Folgen sind der Verlust von sozialen Netzwerken, Statusverlust und Minderung der Lebensqualität sowie Invalidität [34]. Die Angst vor Stigmatisierung kann auch einer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Wege stehen...*

Es geht bei Inanspruchnahmeverhalten nicht nur um medizinische Leistungen, sondern Hilfs- und Unterstützungsangebote allgemein.

Klar falsch ist S. 15 unter Kapitel 2.2.2 „Folgen von psychischen Krankheiten“ die Aussage „Häufige Auswirkungen sind Stigmatisierung und verminderte Lebensqualität sowie Invalidität“: Stigmatisierung ist keine Folge psychischer Erkrankungen, sondern Folge von negativer Aussehen- und Selbstwahrnehmung psychisch erkrankter Menschen durch die Gesellschaft.

Korrekturvorschlag: „Häufige Auswirkungen sind verminderte Lebensqualität sowie Invalidität; darüber hinaus kann Stigmatisierung der Betroffenen zu Chronifizierung der Erkrankung und Verringerung der Heilungschancen führen“. Dabei ist zu beachten, dass der Stigmatisierung von aussen auch eine Selbststigmatisierung gegenübersteht.

S. 18

*Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und psychischen Erkrankungen ist eine Sicht über die gesamte Lebensspanne (Geburt, Kindheit, Jugend, frühes Erwachsenenalter, Erwachsenenalter,...*

Grundsätzlich: Es ist sicher "en vogue" und auch richtig, den Stellenwert psychischer Gesundheit im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit hervorzuheben. Es erschiene aber hier fast zwingend, die Kindheit, insbesondere das Säuglingsalter und die frühe Kindheit als sensible Phase hervorzuheben, sowohl in Bezug auf Risiken (mangelnde Bindung, fehlende Anregung und Förderung) wie auch auf Chancen zur Gesundheitsförderung (ini D: "Frühe Hilfen", in der CH teilweise Fachstellen und Konzepte zur Frühförderung).

Auch hier fehlt wieder der Bezug zu aktuell (auch international) diskutierten Themen.

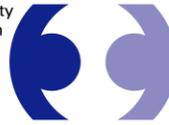
Gleiches gilt für die nachberufliche Lebensphase, die keineswegs „untätig“ ist. Alte Menschen übernehmen vielfältige Funktionen in Familie und Gesellschaft.

*Die Phasen des Übergangs von einer Lebensphase in eine andere werden häufig als Krisen wahrgenommen und erlebt. Das Bewältigen dieser Lebensveränderungen und Entwicklungsaufgaben fördert die psychische Gesundheit.*

Es "fördert" nicht die psychische Gesundheit. Die "erfolgreiche" Bewältigung der Entwicklungsaufgaben stellt für die Bewältigung weiterer Übergänge eine wichtige Ressource dar.

*...Je nach Phase und Übergang sind unterschiedliche Sektoren oder Settings sowie Bezugs- und Fachpersonen wichtig. ...*

Präzisieren: wenn ein Individuum an einem bestimmten Übergang bzw. bezüglich bestimmter Entwicklungsaufgaben Probleme hat und fachliche Unterstützung benötigt.



S. 24

*Australien*

In Australien wäre auch das COPMI-Net namentlich erwähnenswert.

*Schottland*

"See me" ist eine weitere Plattform in Schottland, die im Bereich Entstigmatisierung aktiv ist und hier Erwähnung finden sollte.

*Deutschland*

Deutschland hat mit dem Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen eine beispielhafte Institution, die u.a. auf die integrierte Förderung der psychischen Gesundheit von Kleinkindern und ihrer Familien fokussiert.

Es gibt ein Nationales Suizidpräventionsprogramm sowie mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) eine wichtige Informationsplattform.

S. 26

*Einige dieser Bündnispartner haben das Aktionsprogramm in der Zwischenzeit abgeschlossen und zumeist weitergehende Programme zur psychischen Gesundheit/Krankheit lanciert.*

Hier fehlen die Hinweise auf die Evaluationen der Bündnisse! Wie steht es um die Nachhaltigkeit? Es kann gern – zusätzlich – neues gemacht werden.

S. 32

Allenfalls könnte man hier auch noch die Hochschulen bzw. die Fachhochschulen erwähnen, die sich im Bereich der Ausbildung engagieren? Die FHs bieten im Bereich Weiterbildung, aber auch in der Lehre einiges zu psychischer Gesundheit; von FHs gestellte Weiterbildungen, insbesondere aber auch Tagungen und Kongresse tragen ebenfalls wesentlich zu Vernetzung und Wissenstransfer bei.

S. 33

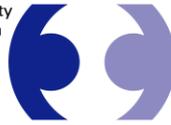
Das Fazit ist eher schwach formuliert. Bezüglich der Lebensphasenperspektive müsste auch hier wieder die frühe Kindheit als besonders wichtig herausgestellt werden. Es müsste/könnte auch darauf verwiesen werden, dass nicht nur die Gesundheitspolitik massgeblich ist für die Möglichkeiten zur Förderung und Erhaltung der psychischen Gesundheit, sondern in hohem Mass auch die Sozialpolitik und die Kinder- und Jugendpolitik.

Zu den Aussagen zu den Kosten wurde oben schon Stellung genommen.

S. 35

*Der Ansatz von «Health in all Policies» eignet sich für die psychische Gesundheit: Er bewirkt, dass Inhalte und Ziele der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung insbesondere in den Bildungs- und Wirtschaftssektor einfliessen können.*

Das ist eine Annahme. Es scheint uns gewagt, zu behaupten, dass dieser Ansatz das Behauptete bewirkt. "Health in all policies" ist eine wichtige GRUNDVORAUSSETZUNG, damit Inhalte und Ziele der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung insbesondere in den Bildungs- und Wirtschaftssektor einfliessen können.



S. 38

### *Beispiel*

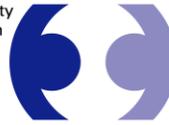
*Kurzbeschreibung Angebot für Jugendliche, welche die Schule abbrechen oder keine Lehre finden...*

Hier fehlt wieder ein zentraler und krisenanfälliger Übergang, nämlich Geburt und Kleinkindzeit und damit auch die Zeit der Familiengründung für die Eltern und der Kindergarten sowie die Frühuntersuchungen beim Kinderarzt. Es ist zwar im Massnahmenbereich 4 erwähnt, sollte hier aber auch stehen.

Zudem: Ist es nicht zu spät, wenn die Jugendlichen erst die Schule abgebrochen haben müssen?

### *Allgemein*

- Besser zu beachten ist, dass das Thema Förderung psychischer Gesundheit bzw. Prävention psychischer Erkrankungen nicht nur Kinder und Jugendliche ins Zentrum stellen kann (auch wenn dies unbestrittenermassen eine der wichtigen Zielgruppen ist), sondern sämtliche Lebensspannen betrifft
- Die Thematik Gesundheitsförderung/Prävention ist zwingend vertiefter anzugehen – der Bericht scheint in der jetzigen Form zu stark auf „Krankheit“ sowie „medizinische Versorgung“ ausgerichtet
- Wir begrüssen, dass die Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz (BASS Studie) Eingang in den Bericht gefunden hat. Allerdings müssten entsprechend auch andere Leistungen im Bereich Psychiatrie/Psychotherapie berücksichtigt werden – auch Konsultationen in den psychiatrischen Ambulatorien und Praxen sowie aufsuchende Dienste wie Spitex – um das Bild der Versorgung im Bereich Psychische Gesundheit zu komplettieren.
- Aus unserer Sicht ist zentral, dass die Verzahnung dieses Berichtes mit anderen Berichten deutlicher aufgezeigt wird und dass der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Strategien weiter verstärkt wird. Gerade weil die politische Bereitschaft für die Umsetzung der genannten Massnahmen fraglich und die Geldfrage nicht geklärt sind, ist unabdingbar, ähnliche Anliegen zu bündeln und das Vorgehen abzustimmen.
- Allgemein ist dem konkreten Einbezug von Patientenorganisationen wie auch von Angehörigen- und Selbsthilfeorganisationen auf strategischer oder konzeptioneller Ebene besser Rechnung zu tragen.
- Der Aspekt der "Aus- und Weiterbildung" zu psychischer Gesundheit fehlt in der vorliegenden Fassung. Es scheint uns wesentlich, dass das Thema "psychische Gesundheit" in den Curricula der relevanten Berufsgruppen fester Bestandteil wird. Diese Massnahme würde zu einer Sensibilisierung wichtiger Akteure beitragen.



Schliesslich regen wir an, auf der Basis des thematisierten Konzeptes „health in all policies » für den Bereich der Psychischen Gesundheit die Lancierung eines Nationalen Programmes Psychische Gesundheit zu starten. Nur auf einer gemeinsamen Grundlage kann es gelingen, dem Thema das entsprechende Gewicht zu geben und die Massnahme über die verschiedenen Versorgungsbereiche bis hin zur Prävention aufeinander abzustimmen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen für jegliche Fragen und weiteren Informationen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse  
Public Health Schweiz

Ursula Zybach  
Geschäftsführende Präsidentin

Barbara Weil  
Leiterin Fachgruppe Mental Health