



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik



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

Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit

Schlussbericht Version B vom 14.05.2010

Daniela Schibli, Kathrin Huber, Franz Wyss¹

Der Bericht wurde erstellt mit der finanziellen Unterstützung der Stiftung
Gesundheitsförderung Schweiz

¹ Wir verdanken die Anregungen des BAG, insbesondere von Regula Rička, sowie die Kritik von Brigitte Ruckstuhl. Das Kapitel 7 „Empfehlungen für eine Rechtsform“ wurde durch das BAG erarbeitet.



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung.....	4
1.1. Ausgangslage	4
1.2. Fragestellung	6
1.3. Vorgehensweise und Gliederung des Berichts	6
2. Public Mental Health	7
2.1. Gesundheitsförderung	8
2.2. Prävention.....	8
2.3. Therapie / Rehabilitation.....	9
3. Das Bündnis gegen Depression als Programm im Themenfeld Public Mental Health	9
3.1. Das Modell Bündnis gegen Depression	9
3.2. Kritische Diskussion und Beurteilung des Programms	10
3.3. Vulnerable Gruppen.....	13
3.4. Zusammenfassung und Zwischenfazit	16
4. Stärkung der Gesundheitsförderung im Netzwerk.....	16
4.1. Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit	16
4.2. Erweiterung der BgD durch Gesundheitsförderung	17
4.3. Stärkung des Netzwerks durch den Einbezug der Gesundheitsförderung	18
5. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Beispiel für einen Einbezug von Gesundheitsförderung im Netzwerk Psychische Gesundheit	19
5.1. Interventionsansätze beim BGM	20
5.2. Mögliche Aktivitäten des Netzwerks im Bereich BGM	21
5.3. Mögliche Netzwerkpartner im Bereich BGM	22
5.4. Beurteilung des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Netzwerk.....	23
6. Erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit	24
6.1. Ziele und Nutzen.....	24
6.2. Organisatorische Ausgestaltung.....	25
6.3. Finanzierung und Ressourcen.....	28
6.4. Monitoring, Begleitforschung, Evaluation	29
6.5. Kommunikation	29
7. Empfehlungen für eine Rechtsform	30
8. Ausblick: Weiteres Vorgehen.....	30
9. Literatur	31
Anhang	35
Anhang 1: Befragte Fachpersonen	35
Anhang 2: Fragenkatalog	37



Zusammenfassung

Psychische Störungen sind in der Schweiz weit verbreitet, doch die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Krankheiten werden in der Schweiz anerkanntermassen vernachlässigt.

Ein etabliertes Programm im Bereich Public Mental Health sind die kantonalen Bündnisse gegen Depression (BgD). Ihr Ziel ist die Früherkennung, optimierte Behandlung und Entstigmatisierung von Depression. Bis heute kennen sieben Kantone ein BgD und weitere haben ihr Interesse bekundet. Diese sind in einem Netzwerk BgD von Bund und Kantonen vernetzt. Einige Kantone sind darüber hinaus in anderen Programmen im Bereich psychische Gesundheit aktiv.

Neben dem Netzwerk BgD engagieren sich Bund und Kantone im Bereich der psychischen Gesundheit für das Vorantreiben des geplanten Präventionsgesetzes. Je nach Ausgang der betreffenden Gesetzgebungsarbeiten können sich die Rahmenbedingungen gegenüber heute ändern.

Bei Gesundheitsförderung Schweiz wiederum bildet das Thema „psychische Gesundheit – Stress“ mit Fokus auf die betriebliche Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt. Aufgrund dieses Engagements ist Gesundheitsförderung Schweiz bereit zu prüfen, ob und wie die BgD mit dem gesundheitsförderlichen Ansatz erweitert werden können, um damit die BgD und das Netzwerk zu stärken.

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist, sodann aufzuzeigen, ob und inwiefern der Ansatz der Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit / Depression berücksichtigt werden kann, um damit das bestehende Netzwerk BgD und die BgD an sich zu stärken.

In den Bündnissen gegen Depression werden Gesundheitsförderung und Prävention heute zumeist vernachlässigt. Während sich die BgD an der Krankheit Depression ausrichten und einen kurativen Ansatz verfolgen, ist die Gesundheitsförderung salutogenetisch ausgerichtet. Soll die Gesundheitsförderung in die BgD integriert werden, muss der Fokus verändert werden, weg von der Krankheit und hin zur psychischen Gesundheit. Von einer Verknüpfung der beiden Ansätze können beide profitieren, indem die Wirksamkeit ihrer Massnahmen zu Gunsten der psychischen Gesundheit erhöht wird.

Um eine solche Verknüpfung zu etablieren, wird im vorliegenden Bericht für ein erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz plädiert. Dieses soll in einer ersten Phase durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz getragen werden und prinzipiell alle Organisationen und bestehenden Netzwerke im Bereich psychische Gesundheit / psychische Krankheit, inkl. der Gesundheitsförderung, einschliessen. Das Netzwerk soll längerfristig angelegt sein und die Thematik psychische Gesundheit / Depression nachhaltig stärken.

Das Netzwerk wird nicht selber Programme anbieten, sondern soll die Vernetzung, den Wissensaustausch und das Schnittstellenmanagement zwischen den Akteuren im Bereich psychische Gesundheit verbessern. Dazu sollen ein/e Netzwerkkordinator/in und eine webbasierte Plattform eingesetzt werden.

Das erweiterte Netzwerk soll durch die Vernetzung von Akteuren zu einer erhöhten Wirksamkeit von Massnahmen und dadurch zu einem Mehrwert führen, der sowohl der Gesamtbevölkerung wie auch besonders gefährdeten Personengruppen zugute kommt. Psychische Krankheiten sollen vermehrt verhindert bzw. vermindert und die psychische Gesundheit verbessert werden. Dadurch profitieren neben den Betroffenen und ihren Angehörigen auch die Arbeitswelt, die Sozialversicherungen und die Gesellschaft als Ganzes.



1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Psychische Störungen sind in der Schweiz weit verbreitet. Schätzungsweise leiden jährlich 20-25% der Bevölkerung an einer diagnostizierbaren psychischen Krankheit und die Depression gilt als grösste einzelne Krankheitsbelastung. Auch wenn genaue Zahlen zu den daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten in der Schweiz fehlen, wird davon ausgegangen, dass die grosse Zahl psychischer Erkrankungen zu massiven volkswirtschaftlichen Kosten führen. Gleichzeitig ist die psychische Gesundheit eine bedeutende gesellschaftliche Ressource in einer sich rapide verändernden Welt (Rička et al. 2007, Public Health Schweiz 2009).

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Krankheiten werden in der Schweiz gemäss dem OECD-Länderbericht Schweiz (2006) jedoch vernachlässigt.

Auf nationaler Ebene wurde im Jahr 2004 ein Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz erstellt und einem breiten Kreis zur Konsultation unterbreitet (Dialog Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004). Dieser Strategieentwurf sowie die Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse gelten als nationales Referenzsystem für den Bereich psychische Gesundheit. Auf europäischer Ebene wurde an der ersten europäischen ministeriellen WHO-Konferenz zur psychischen Gesundheit in Helsinki 2005 die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit sowie der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit verabschiedet. In der Folge wurden auf EU-Ebene verschiedene Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit gestartet und 2008 an der hochrangigen EU-Konferenz ein Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden geschlossen, der als verbindlich für alle 27 EU-Staaten gilt.

Innerhalb des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik zwischen Bund und Kantonen wurde im Jahr 2005 entschieden, die psychische Gesundheit als gemeinsames Thema beizubehalten und sich über aktuelle Entwicklungen auszutauschen. In diesem Rahmen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Nutzungsrechte für die lizenzierten Materialien des Aktionsprogramms Bündnis gegen Depression (BgD) beim Deutschen Verein Bündnis gegen Depression erworben. Die Nutzungsrechte werden vom BAG unentgeltlich an interessierte kantonale und regionale Bündnispartner in der Schweiz weitergegeben.

Beim Bündnis gegen Depression handelt es sich um ein Mehr-Ebenen-Programm zur Früherkennung von Depression und Optimierung der Behandlung von Depressionsbetroffenen (weitere Angaben zum Modell BgD im Kapitel 3). Das Programm wurde von 2000 bis 2002 in Nürnberg als Interventionsstudie mit einer Kontrollregion durchgeführt. Inzwischen starteten im Rahmen des europäischen Public Health-Programms 2004-2008 „European Alliance against Depression (EAAD)“ in 18 europäischen Ländern weitere Programme (vgl. Hegerl et al., 2007). Die Schweiz ist als Gastland in diesem Programm integriert. Nach Programmende haben sich die Länder als Verein konstituiert. Zurzeit ist nicht geklärt, wie die Mitgliedschaft der Schweiz finanziert werden soll.

Das BAG hat im Zeitraum von 2003 bis 2005 mit dem Kanton Zug den Versuch gestartet, das BgD in der Schweiz auf kantonaler Ebene umzusetzen. Es hat sich gezeigt, dass das BgD mit kleinen Anpassungen auch im Kontext der Schweiz erfolgreich eingesetzt werden kann. Inzwischen kennen die Kantone Appenzell-Ausserrhoden, Bern, Genf, Graubünden, Luzern und Thurgau ein kantonales Bündnis gegen Depression. Neu startet der Kanton Basel-Stadt. Andere Kantone wie Freiburg, Wallis oder Zürich verzichten bewusst auf die Imp-



lementierung eines Bündnisses und setzen eigene Projekte oder Programme zum Thema psychische Gesundheit / Depression um (z.B. im Kanton Freiburg das Projekt „Suizidprävention Freiburg PréSuiFri“). Der Kanton Zug hat nach Abschluss seines BgD ein Konzept „Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007-2012“ entwickelt und implementiert. Im Kanton Luzern sind ähnliche Bestrebungen in Diskussion.

Seit 2005 führen das BAG und die GDK ein überregionales Netzwerk BgD für interessierte Kantone und Fachorganisationen. Kernpunkt sind die jährlichen Netzwerktreffen, die dem Wissenstransfer und der fachlichen Vertiefung im Bereich Depression dienen. Der Bund hat darüber hinaus folgende Beiträge zur Weiterentwicklung des BgD geleistet:

- Finanzielle Unterstützung für das Monitoring Suizidales Verhalten in der Agglomeration Bern seit 2004 (vgl. Reisch, 2007a).
- Erhebung der Depression im Sentinella-Meldesystem 2008/09 in Zusammenarbeit mit dessen Programmleitung. Die Daten werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ausgewertet.
- Umfassende Bedarfs- und Bedürfniserhebung der verschiedenen in die Depressionsprävention involvierten Akteure in Zusammenarbeit mit den kantonsärztlichen Diensten der Kantone Luzern und Thurgau (vgl. Müller, 2009; Kantonsärztliche Dienste Luzern, 2009).
- Transkulturelle Anpassung der Informationsbroschüre für die Bevölkerung zum Thema „Erkennung und Behandlung von Depressionen“ und Übersetzung in die fünf häufigsten Migrationssprachen in der Schweiz im Rahmen der zweiten Strategiephase „Migration und Gesundheit“.
- Entwicklung von Kompetenzprofilen für die hausärztliche Praxis und für weitere Multiplikatoren durch FachexpertInnen und in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachorganisationen.

Die GDK setzt sich insbesondere ein für die Verbreitung der BgD in den Kantonen/Regionen sowie allgemein für die Aufnahme von Aktivitäten der Kantone/Regionen im Bereich der psychischen Gesundheit. Darüber hinaus hat die GDK im Jahr 2008 den im Rahmen der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ erarbeiteten Leitfaden für die kantonalen Psychiatrieplanungen publiziert. Für die Entwicklung einer modernen psychiatrischen Grundversorgung bietet die GDK regelmässig Fachveranstaltungen an.

Für die Finanzierung der nationalen Aktivitäten im Rahmen der BgD sowie allgemein für den Bereich psychische Gesundheit stehen bei Bund und Kantonen nur begrenzte Mittel zur Verfügung. Der Bund hat seit 2005 prioritär die Schliessung der gesetzlichen Lücke zur Prävention nicht übertragbarer, darunter auch psychischer Krankheiten, vorangetrieben. Die Botschaft des Bundesrates zum neuen Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) liegt dem Nationalrat zur Behandlung vor. Je nach Ausgang der betreffenden Gesetzgebungsarbeiten können sich die Rahmenbedingungen gegenüber heute ändern.

Zurzeit sind somit die kantonalen BgD sowie das Vorantreiben des Präventionsgesetzes die einzigen gemeinsamen Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit auf der Ebene Bund/Kantone. Eine Stärkung der BgD und deren Ausweitung auf weitere Kantone wäre wünschenswert und wird auch durch die in Zusammenhang mit der Erstellung dieses Berichts befragten Fachpersonen praktisch durchgehend befürwortet. Vor allem auch, da die BgD einen guten Ausgangspunkt darstellen, um das Thema psychische Gesundheit in einer Region breiter anzugehen, wie die Ansätze in Zug oder Luzern zeigen.

Bei Gesundheitsförderung Schweiz bildet das Thema psychische Gesundheit – Stress mit Fokus auf die betriebliche Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt. Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt Unternehmen, die sich effizienter für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden am Arbeitsplatz einsetzen wollen. Dazu stellt Gesundheitsförderung Schweiz den Unternehmen praxiserprobte Programme, Massnahmenpakete, Checklisten und Weiterbildungsange-



bote zur Verfügung. Ziel ist es, Firmenkulturen zu fördern, die den Krankheitsfaktor Stress am Arbeitsplatz zu vermindern helfen.

Aufgrund ihres Engagements ist Gesundheitsförderung Schweiz bereit zu prüfen, ob und wie die BgD mit dem gesundheitsförderlichen Ansatz erweitert werden können, um damit die BgD und das Netzwerk zu stärken. Zu diesem Zweck wurde Ende Januar 2010 von den drei Parteien BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz eine befristete Zusammenarbeitsvereinbarung unterzeichnet. Kernpunkt ist die Erstellung des vorliegenden Berichts durch die GDK, der aufzeigt, ob und inwiefern der Ansatz der Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit / Depression berücksichtigt werden kann, zur Stärkung der regionalen Bündnisse gegen Depression. Darin eingeschlossen ist der Beitrag des BAG betreffend Empfehlungen zur Rechtsform einer weiteren möglichen Zusammenarbeit der drei Parteien BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz.

1.2. Fragestellung

Die BgD stellen die Früherkennung und verbesserte Behandlung der Krankheit Depression in den Vordergrund. Der Ansatz der Gesundheitsförderung wird heute in den BgD nicht – oder nur am Rande – angewendet. Gesundheitsförderung ist aber ein effektives Mittel, um Depressionen, aber auch anderen psychischen und physischen Krankheiten, vorzubeugen. Aufgrund dieser Tatsache und dem Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz zur Prüfung einer verstärkten Berücksichtigung der Gesundheitsförderung in den BgD, ergeben sich folgende Fragen, die dieses Konzeptpapier beantworten soll:

- (1) Gibt es Möglichkeiten, die regionalen Bündnisse gegen Depression um den gesundheitsförderlichen Ansatz zu erweitern?
- (2) Wie könnte das Netzwerk Bündnis gegen Depression unter Berücksichtigung des gesundheitsförderlichen Ansatzes gestärkt werden?

1.3. Vorgehensweise und Gliederung des Berichts

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde einerseits die relevante Fachliteratur konsultiert und andererseits wurden Interviews mit zahlreichen Fachpersonen durchgeführt (vgl. dazu die Literaturliste im Kapitel 8 sowie die Anhänge 1 „Befragte Fachpersonen“ und 2 „Fragenkatalog“). Um einen breiten Überblick über die Thematik und die in diesem Feld kompetenten Fachpersonen zu erhalten, wurden die interviewten Personen jeweils nach relevanten Dokumenten bzw. weiteren Referenzpersonen gefragt. Von jedem Interview wurde ein Protokoll erstellt, das der befragten Person zur Kontrolle und Ergänzung vorgelegt wurde. Darüber hinaus wurde im April 2010 ein Hearing zum Konzeptentwurf mit Vertretern von kantonalen BgD und kantonalen Programmen im Bereich psychische Gesundheit durchgeführt. Die dabei erhaltenen Anregungen wurden ebenfalls in den Bericht aufgenommen.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Im anschliessenden zweiten Kapitel wird das Themenfeld Public Mental Health mit seinen Interventionsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie bzw. Rehabilitation kurz vorgestellt. Das Kapitel 3 beschreibt das BgD als Programm im Themenfeld Public Mental Health und unterzieht es einer kritischen Prüfung. Im vierten Kapitel wird der Kernfrage nachgegangen, wie Gesundheitsförderung in den BgD vermehrt berücksichtigt werden könnte und das Netzwerk dadurch gestärkt würde. Das Kapitel 5 zeigt sodann exemplarisch auf, wie ein Einbezug der betrieblichen Gesundheitsförderung konkret aussehen könnte. Das Kapitel 6 beinhaltet Empfehlungen für ein erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, gefolgt von den vom BAG ausgearbeiteten Empfehlungen für eine Rechtsform (Kapitel 7). Der Abschluss bildet im Kapitel 8 der Ausblick auf das weitere Vorgehen.



2. Public Mental Health

Public Mental Health (PMH) als Teilgebiet von Public Health konzentriert sich auf die psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung (vgl. Rička et al., 2007). Angewendet werden auch hier die Interventionsbereiche Gesundheitsförderung (health promotion), Prävention sowie Therapie bzw. Rehabilitation (vgl. Abbildung 1). Sensibilisierung der Öffentlichkeit ist Bestandteil aller drei Interventionsbereiche. Das BgD ist ein Programm in Public Mental Health, das vorwiegend auf die Früherkennung und Therapie / Rehabilitation fokussiert ist.

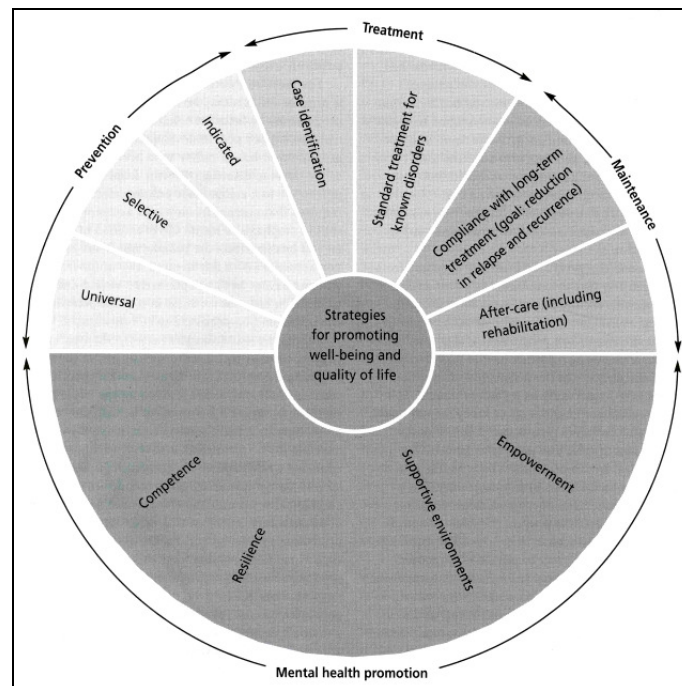


Abbildung 1: Modified Mental Health Intervention Spectrum (Barry, 2001)

Public Mental Health hat gemäss den WHO-Prioritäten bis 2015 folgende Ziele:

- Förderung des Bewusstseins für die Bedeutung des psychischen Wohlbefindens für das menschliche Wohlergehen
- Reduktion von Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit bei psychischen Krankheiten
- Stärkung von Menschen mit psychischen Krankheiten und von Betreuenden zur aktiven Beteiligung am Gesundheitswesen
- Umfassende und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zur Förderung und zum Schutz psychischer Gesundheit und zur Behandlung, Pflege und Rehabilitation psychisch Kranker
- Kompetente und leistungsfähige Fachpersonen
- Einbezug von Wissen und Erfahrung der Betroffenen, der Angehörigen und der Betreuenden bei Planung und Entwicklung von Dienstleistungen



2.1. Gesundheitsförderung

Das erste Interventionsfeld von Public Mental Health, die Gesundheitsförderung, geht von einer salutogenetischen Perspektive aus, die den Fokus auf die Gesundheit legt. Sie beeinflusst Gesundheit meist nicht direkt, sondern über gesundheitsrelevante Determinanten. Die Determinanten psychischer Gesundheit setzen sich aus bio-psycho-sozialen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren zusammen und können sowohl positive wie auch negative Wirkung entfalten (vgl. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004, sowie Kapitel 4.1).

Auf der Ebene der **Strukturen** hat Gesundheitsförderung zum Ziel, Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen zu schaffen, die psychische Gesundheit begünstigen (supportive environments). Andererseits soll sie helfen, Belastungen zu reduzieren, die die psychische Gesundheit gefährden können.

Das zweite Ziel, die Stärkung **persönlicher Ressourcen**, wird zukünftig noch vermehrt Beachtung finden müssen, wie der Bericht der WHO-Kommission zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten zeigt (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Auf dieser Ebene stehen die Förderung der Gesundheitskompetenz, der Resilienz und des Empowerments im Zentrum.

2.2. Prävention

Das zweite Interventionsfeld von Public Mental Health, die Prävention, zielt im Gegensatz zur Gesundheitsförderung nicht auf die Steigerung der persönlichen Ressourcen und die Verbesserung der strukturellen Bedingungen, sondern auf die **Reduktion von Risiken, Symptomen und Krankheitsbildern**. Präventive Massnahmen sind somit immer auf bestimmte Krankheitsbilder und die dazugehörigen Risikofaktoren bezogen.

Für eine erfolgreiche Prävention von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und von Depressionen im Besonderen, ist die **Früherkennung** besonders wichtig, damit dem weiteren Fortschreiten der Erkrankung vorgebeugt und die Behandlung erleichtert werden kann. Um die Früherkennung zu verbessern, sind eine bessere Information der Bevölkerung, der zusätzliche Ausbau der Kompetenzen der HausärztInnen zur Diagnose von psychischen Erkrankungen und schliesslich eine verstärkte Zusammenarbeit mit Multiplikatoren nötig.

Beispiel einer Präventionsmassnahme im Bereich Public Mental Health

Suizidprävention

Suizidprävention umfasst im engeren Sinne Health Care Massnahmen, d.h. Massnahmen der medizinischen Versorgung, die sich an spezifische Risikogruppen richten. Ziel ist die verbesserte Behandlung, Begleitung und Rehabilitation von psychiatrischen PatientInnen, von Personen nach einem Suizidversuch oder von Menschen in Krisensituationen und/oder mit Suizidabsichten. In einem weiteren Sinne zählen Public Health Massnahmen zur Suizidprävention, wie Massnahmen der Gesundheitsförderung (z.B. die Verbesserung der Problembewältigungsfähigkeit), die Sensibilisierung der Bevölkerung, der erschwerte Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden oder Leitlinien der Medienberichterstattung über Suizide (Bundesamt für Gesundheit, 2005, S. 4).

Die effektivsten Suizidpräventionsstrategien sind gemäss einer systematischen Review von Mann et al. (2005) die Schulung von HausärztInnen und Zugangsrestriktionen zu tödlichen Mitteln (z.B. Schusswaffen, Medikamente). Andere Methoden wie die Aufklärung der Öffentlichkeit, Screening-Programme oder Medien-Trainings müssen auf ihre Effektivität hin weiter überprüft werden.



In der Schweiz fehlt bis heute eine nationale Suizidpräventionsstrategie. Auf regionaler Ebene existieren hingegen verschiedene Initiativen wie das Präventionsprojekt Prévention Suicide Fribourg (PréSuiFri), das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) oder die Association Valaisanne pour la prévention du suicide (PARSPAS). Diese und andere sind in der nationalen Dachorganisation Ipsilon, der Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz, vereinigt.

www.ipsilon.ch

2.3. Therapie / Rehabilitation

Der therapeutische, rehabilitative Ansatz, das dritte Interventionsfeld von Public Mental Health, kommt erst zum Zug, wenn eine bestimmte psychische Erkrankung vorliegt. Wichtig sind hier in einem ersten Schritt die möglichst rasche und genaue Diagnose und die Einleitung der geeignetsten Massnahmen zur Therapie. Nebst der Weiterführung der Therapie geht es längerfristig auch um die Vermeidung von Rückfällen und die optimale Betreuung und Unterstützung – im weitesten Sinn – von Betroffenen und deren Angehörigen. Der Ansatz der Therapie und Rehabilitation umfasst also sowohl medizinische wie auch nicht-medizinische Interventionen.

3. Das Bündnis gegen Depression als Programm im Themenfeld Public Mental Health

3.1. Das Modell Bündnis gegen Depression

Das dem Aktionsprogramm BgD zugrunde liegende Modell sieht vor, eine optimale Früherkennung und Behandlung von Depression über vier Ebenen anzugehen (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2: Das Modell Bündnis gegen Depression. Quelle: Bündnis gegen Depression



Die erste Ebene zielt auf eine **Kooperation mit der Hausärzteschaft** ab. Ziel ist die Erhöhung der Kompetenzen der HausärztInnen zur Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Weiterweisung an Spezialisten über Fortbildungen.

Die zweite Ebene will mit PR-Aktivitäten eine bessere **Aufklärung der Öffentlichkeit** über das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten und damit auch eine Entstigmatisierung von Depression erreichen. Dazu wird mit den drei Kernbotschaften des Bündnisses gegen Depression gearbeitet, die ein wesentlicher Teil der lizenzierten Nutzungsrechte sind:

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

Die dritte Ebene strebt eine grossflächige **Zusammenarbeit mit Multiplikatoren** an. Multiplikatoren sind Schlüsselpersonen des öffentlichen Lebens (LehrerInnen, PolizistInnen, SeelsorgerInnen, ApothekerInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegende, etc.), die mit Depressionsbetroffenen in Kontakt kommen. Die Multiplikatoren werden durch Schulung befähigt, Depression in ihrem Umfeld früh zu erkennen und Information zu Depression abzugeben.

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

3.2. Kritische Diskussion und Beurteilung des Programms²

In den Interviews wird das Programm BgD, insbesondere der Vier-Ebenen Ansatz und die Kernbotschaften, grossmehrheitlich positiv beurteilt: Durch den Einbezug verschiedenster Akteure (PsychiaterInnen, PsychologInnen, Betroffene, Angehörige, HausärztInnen, Lehrpersonen, SozialarbeiterInnen, PolizistInnen, SeelsorgerInnen, WissenschaftsvertreterInnen, Beratungs- und Fachstellen, Kliniken, Spitäler, AHV- und IV-Stellen, Pro Senectute, Pro Juventute, die Dargebotene Hand, etc.) erhalten die Bündnisse eine breite Abstützung und Vernetzung. Die generellen Leitlinien können gut auf die lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Dadurch sind die Bündnisse flexibel und eine Identifikation der Akteure mit „ihrem“ Bündnis ist gewährleistet. Gleichzeitig werden die Kantone von der Erarbeitung eines eigenen Konzepts im Bereich psychische Gesundheit / psychische Krankheit entlastet. Die Krankheit Depression wird als guter Ausgangspunkt eingeschätzt, um das Thema psychische Gesundheit / psychische Krankheit anzugehen. Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen und weist eine hohe Gesundheitsbelastung auf. Fast jeder und jede kennt die Krankheit aus dem persönlichen Umfeld. Sie ist somit fassbar und hat trotz ihrer Stigmatisierung eine grössere Akzeptanz als andere psychische Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie. Evaluationen aus Nürnberg und Regensburg zeigen, dass das Konzept wirkungsvoll ist (Hegerl et al., 2006; Spiessl, 2009). Die weite Verbreitung der BgD in Europa deutet weiter darauf hin, dass der Nutzen des Programms anerkannt wird.

Kritik richtet sich in den Interviews primär gegen den pathogenetischen Ansatz der BgD und den Fokus auf den kurativen Bereich. Prävention und insbesondere die Gesundheitsförderung kommen in den BgD eindeutig zu kurz. Ein weiterer Nachteil ist die fehlende Nachhaltigkeit. Die BgD werden i. d. R. top-down als zeitlich befristete Programme mit einer Laufzeit von wenigen Jahren konzipiert. Durch ein zeitlich begrenztes Feuerwerk von Aktivitäten werden jedoch weder eine Entstigmatisierung noch die Etablierung von notwendigen Strukturen

² Vgl. dazu auch Wicki, M. (2006). „Le concept de la santé publique dans le domaine de la santé psychique: L'exemple de l'Alliance contre la Dépression“, Rapport de stage de licence. Genève: Université de Genève.



und Angeboten erreicht. Darüber hinaus wird verschiedentlich auf die hohen Kosten und den grossen Ressourcenaufwand der Bündnisse hingewiesen.

Bei der konkreten Umsetzung sind gemäss den interviewten Personen verschiedene Punkte zu beachten: Eine funktionierende Geschäftsstelle mit einer guten telefonischen Erreichbarkeit ist wichtig. Diese sollte wenn möglich nicht bei einer psychiatrischen Klinik angesiedelt sein, sondern z.B. bei den kantonalen Gesundheitsbehörden. Denn psychiatrische Kliniken sind kurativ orientiert und haben kaum präventive Kompetenzen. Darüber hinaus begegnet die Bevölkerung psychiatrischen Kliniken nach wie vor mit Vorbehalten oder Vorurteilen. Neben der Geschäftsstelle sind ein engagierter Vorstand (Steuerungsausschuss) und die Unterstützung des BgD durch Politik und Fachleute / Wissenschaftsvertreter wesentlich. Dies kann beispielsweise durch die Etablierung eines politischen und fachlichen Beirats gewährleistet werden. Eine zu starke Abstützung der Bündnisse auf eine einzelne Person oder Organisation sollte vermieden werden, da bei deren Ausfall eine grosse Lücke entsteht. Die Bündnisse müssen vielmehr von einer breiten Basis getragen werden, um nachhaltig etwas zu bewirken. Der Aufbau eines BgD ist zeit- und arbeitsintensiv. Auf allen vier Ebenen gleichzeitig aktiv zu werden, ist in den bestehenden kantonalen Bündnissen mit ihren beschränkten Mitteln kaum möglich. Darunter leidet die Bekanntheit der Bündnisse innerhalb der Kantone, die ausserhalb der Zentren ohnehin eine Herausforderung für sich darstellt. In einigen Kantonen mit eigenem Bündnis ist dieses in der Bevölkerung und teilweise auch in Fachkreisen praktisch nicht bekannt. Da darüber hinaus fast nie in eine gut konzipierte Evaluation investiert wird, bleibt es fraglich, inwiefern die Bündnisse ihre Ziele erreichen. Das Nürnberger Bündnis gegen Depression, dessen Evaluation einen hohen Wirkungsnachweis zeigte, hatte ungleich mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung als die kantonalen Bündnisse und konnte zeitgleich auf allen vier Ebenen Aktivitäten entwickeln. Ob Teilinterventions Wirkung zeigen, bleibt mangels Public Health Grundlagen ungeklärt.

Im Folgenden werden anhand der Interviews die vier Ebenen des Modells noch etwas genauer einer kritischen Beurteilung unterzogen.

a) Kooperation mit der Hausärzteschaft

Der Einbezug der Hausärzteschaft in die BgD wird in den Interviews als eminent wichtig eingeschätzt, da HausärztInnen sehr häufig in Kontakt mit Depressionsbetroffenen stehen und diese auch häufig selber behandeln. Gleichzeitig wird der Einbezug der HausärztInnen in die BgD als sehr schwierig erachtet. Als Gründe werden die Vernachlässigung oder Verdrängung bzw. Stigmatisierung des Themas Depression sowohl durch PatientInnen wie auch durch die ÄrztInnen, sowie die nicht ausreichende Verrechnbarkeit der medizinischen Leistungen in diesem Bereich angegeben.

Das grosse Gewicht, das bei den BgD der Fortbildung von HausärztInnen beigemessen wird, könnte bei diesen zusätzlich den Eindruck erwecken, als inkompetent betrachtet zu werden und entsprechend Widerstände wecken. Der kaum funktionierende Einbezug von HausärztInnen in die BgD stellt ein ungelöstes Problem dar, das angesichts der Schlüsselrolle der HausärztInnen in der Erkennung und Behandlung von Depressionen umso bedeutender ist.

In diesem Zusammenhang ist auch auf aktuelle Spannungen zwischen den PsychiaterInnen und der Hausärzteschaft hinzuweisen (vgl. dazu den Artikel von Ebner und Kurt, 2009, und die Replik von Loeb, 2010). Die HausärztInnen haben den Eindruck, sie würden von den PsychiaterInnen generell als inkompetent in der Erkennung und Behandlung von Depressionserkrankten dargestellt. Sie anerkennen zwar, dass in diesen Bereichen Verbesserungspotential besteht. Einem Kompetenzprofil für HausärztInnen im Bereich der Diagnostik, Therapie und Prävention von Depression, wie von Begré und Rička (2010) vorgeschlagen, stehen sie aber skeptisch gegenüber. Es besteht jedoch Diskussionsbereitschaft, sowohl von Seiten der PsychiaterInnen wie auch der Hausärzteschaft, die aufgezeigten Probleme auf anderen Wegen anzugehen.



b) Aufklärung der Öffentlichkeit

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit wird in den Interviews als sehr wichtig erachtet, da man sich davon eine Entstigmatisierung der Krankheit Depression erhofft. Von verschiedener Seite wird die Lancierung einer breiten, nationalen Kampagne gefordert, analog den Alkohol- und AIDS-Kampagnen des BAG oder der „see-me“ Kampagne in Schottland. Denn der Aufwand zur Produktion von Fernsehspots oder von grossflächigen Plakataktionen übersteigt die Möglichkeiten der kantonalen Bündnisse.

Um in diesem Bereich nachhaltige Wirkung zu erreichen, sind jedoch massive Mittel vonnöten. Eine einmalige Aufmerksamkeitswelle ändert noch nichts an der Einstellung der Bevölkerung. Soll eine nationale Öffentlichkeits-Kampagne lanciert werden, müssen die Zielgruppenfrage und die Botschaft vorher sorgfältig geklärt werden. Neben der allgemeinen Bevölkerung könnten auch ausgewählte Multiplikatoren und/oder Betroffene erreicht werden. Je nach Zielgruppe muss anders kommuniziert werden. In Portugal beispielsweise konnten durch Plakatkampagnen die Ärzte für das BgD gewonnen werden.

c) Zusammenarbeit mit Multiplikatoren

Die Zusammenarbeit mit und der Einbezug von Multiplikatoren wird in den Interviews als sehr wichtig eingeschätzt. Grösste Bedeutung wird den HausärztInnen und der Lehrerschaft beigemessen. Daneben werden in den Interviews verschiedene andere Multiplikatoren erwähnt:

- SeelsorgerInnen. Diese sind v. a. in Bezug auf ältere Menschen wichtig, im stationären Bereich sowie in Regionen, in welchen die Kirche noch grossen Einfluss hat.
- PsychologInnen. Der Besuch beim Psychologen / bei der Psychologin wird aus Patientensicht i. d. R. als weniger problematisch erachtet als derjenige beim Psychiater / bei der Psychiaterin.
- EheberaterInnen und Mitarbeitende von anderen Beratungsstellen (z.B. Mütter- und Vaterberatungsstellen).
- PsychiaterInnen und anderes ärztliches Personal wie z.B. RheumatologInnen. Stress und starke Belastungen münden oft in chronische Schmerzen. Die richtige Einschätzung und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen ist daher sehr wichtig.
- Behörden im Allgemeinen. Diese sind ein sehr grosser Arbeitgeber und insofern selber von der Problematik betroffen. Gleichzeitig kommen sie als Dienstleister in Kontakt mit der depressionsbetroffenen Bevölkerung.
- PolizistInnen
- Mitarbeitende von Taggeldversicherungen
- Verantwortliche in Vereinen. Vereine sind insofern wichtig, als durch die Vereinstätigkeit ein soziales Netzwerk aufgebaut wird und Vereine somit generell präventiv wirken. In Vereinen sind aber häufig diejenigen tätig, die sozial integriert sind und nicht per se zu den vulnerablen Gruppen gehören.
- Mitarbeitende in Jugendzentren
- Ausbildner in Rekrutenschulen
- Peer-Educators. Dabei handelt es sich um selber betroffene Personen, die ausgebildet werden, um anderen Betroffenen Beratungen, Veranstaltungen etc. anzubieten.

d) Angebote für Betroffene und Angehörige

Unter Angebote für Betroffene und Angehörige fallen einerseits professionelle Angebote und andererseits Selbsthilfegruppen.



Bei den professionellen Angeboten muss sichergestellt sein, dass die Kapazitäten zur Behandlung von Depressionsbetroffenen ausreichend vorhanden sind. Psychiatrische Kapazitäten sind heute jedoch insbesondere in ländlichen Gebieten nur beschränkt vorhanden. Aber auch in städtischen Gebieten müssen PatientInnen zum Teil relativ lange warten, um eine Therapie beim Psychiater / bei der Psychiaterin in Angriff nehmen zu können. Darüber hinaus muss die Bereitschaft zur Krisenintervention bei PsychiaterInnen wieder geweckt werden.

Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige werden als sehr wichtig und deren Einbezug in die Bündnisse als wesentlich eingeschätzt (vgl. zur Rolle der Selbsthilfe im Zuger BgD auch Rorato und Voll, 2006). Der Nutzen von Selbsthilfegruppen wird je nach Interviewpartner/in im Austausch zwischen Depressionsbetroffenen und/oder der Verbesserung deren Zustandes gesehen. Nicht begleitete Selbsthilfegruppen können aber auch negative Effekte haben, wenn sich Teilnehmende gegenseitig „herunterziehen“. Ganz generell sollten sich Selbsthilfegruppen auf ihre Kernkompetenz konzentrieren, nämlich die Hilfe zur Selbsthilfe. Für die Übernahme anderer Aufgaben fehlen häufig die Kompetenzen und Kapazitäten. Der Aufbau von Selbsthilfegruppen durch die BgD wird aufgrund fehlender finanzieller Mittel als schwierig erachtet. In ländlichen Gebieten besteht zusätzlich noch das Problem der eingeschränkten Anonymität.

Verschiedentlich wird dafür plädiert, die Angehörigen von Depressionsbetroffenen nicht zu vergessen (Partner, Freunde, Verwandte; speziell betroffen sind auch Kinder von Eltern mit einer Depression oder Eltern von kranken Kindern). Angehörige sind enormen Belastungen ausgesetzt und sehr wichtig für die Depressionserkrankten. Generell bestehen zu wenige Angebote für Angehörige.

3.3. Vulnerable Gruppen

Die BgD richten sich gemäss der Kernbotschaft „Depression kann jede/n treffen“ primär an die Gesamtbevölkerung. Der sozioökonomische Status (Bildung, Beruf, Einkommen), das Geschlecht, das Alter und der Migrationshintergrund sind jedoch Faktoren, die sich einerseits stark auf die Betroffenheit und die Bewältigung von Belastungen und andererseits auch auf die Verfügbarkeit von Ressourcen auswirken (Gesundheitsförderung Schweiz, 2006). Entsprechend gibt es bestimmte Gruppen, die besonders vulnerabel sind und von Bündnissen in den Fokus von Aktivitäten gestellt werden können. Im Folgenden sollen die wichtigsten dieser Gruppen, ihre Belastungs- und Versorgungslage sowie mögliche Interventionen in den BgD kurz skizziert werden. Die Angaben beruhen, wo nichts anderes vermerkt ist, auf den Interviews.

Junge Mütter und Väter

Ein aus gender-spezifischer Sicht besonders relevantes Problem ist die postpartale Depression, die Mütter und in geringerem Ausmass auch Väter betrifft. Die postpartale Depression bezieht sich nicht nur auf die Geburt, sondern auch auf den Stress im Zusammenhang mit der Betreuung des (ersten) Kindes (Überforderung, Schlafmangel, Beeinträchtigung des Sexuallebens) als Ursache von Depression.

Junge Mütter und Väter müssen möglichst früh über die Möglichkeit einer postpartalen Depression informiert werden, beispielsweise in Geburtsvorbereitungskursen. Zentral ist auch die Aufklärung des Umfeldes junger Eltern, da postpartale Depressionen gerade im verwandtschaftlichen Umfeld häufig auf grosses Unverständnis stossen. Fachpersonen wie GynäkologInnen, Hebammen und StillberaterInnen, die die fachliche Betreuung der Mütter nach der Geburt gewährleisten, sind vergleichsweise gut mit dem Thema vertraut und können entsprechend Hilfe anbieten oder vermitteln. Dasselbe gilt für Mütter- und Väterberatungsstellen, die allerdings nicht in allen Kantonen bestehen. Aus diesem Grund wird die Gruppe junger Mütter und Väter von den Interviewten nicht als prioritär angesehen. Zu fördern wäre



aber allenfalls der Vertrieb der Informationsbroschüre „Postpartale Depression“ von Pro Mente Sana oder die Verbesserung der Ausbildung der Ärzteschaft und der KleinkindererzieherInnen, die in Kindertagesstätten häufig Kontakt zu jungen Eltern haben.

Kinder und Jugendliche

Schon Kinder und Jugendliche können unter depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und vor allem unter Problemen der Selbstwahrnehmung leiden (Narring et al., 2002). Depressionen werden bei Kindern häufig unterschätzt, da es sich dabei um ruhige, unauffällige Kinder handelt.

Gerade Jugendliche sind oft psychischen Überlastungssituationen ausgesetzt. Die Belastungen durch Schulabschluss, Berufswahl, Einstieg ins Berufsleben, Identitätskrisen, Unsicherheiten in der Sexualität, familiäre Probleme oder Suchtprobleme können zu grossem psychischem Druck und dauerhaften Belastungen führen. Von depressiven Verstimmungen sind Lehrlinge besonders betroffen. Stark gefährdet sind auch Kinder und Jugendliche mit depressionsbetroffenen Eltern.

Der Zugang zu Kindern und Jugendlichen ist v. a. über die Schulen gewährleistet (einschliesslich Berufs- und Rekrutenschulen). Dies sind wichtige Orte für die Früherkennung und Schulung von Multiplikatoren. Der Vorteil von Schulen als Interventionsort ist die Erreichbarkeit aller Kinder. Dies ist an anderen Orten wie z.B. in Vereinen nicht gegeben. Der Handlungsbedarf für Schulen im Bereich psychische Gesundheit / psychische Krankheit wird als hoch eingeschätzt, beispielsweise durch die Schulung von Lehrpersonen – auch im Rahmen der Ausbildung an den pädagogischen Hochschulen – oder die Aufklärung der Schüler durch Fachpersonen und Betroffene. Verschiedentlich wird jedoch darauf hingewiesen, dass es schon gute Programme für Schulen im Bereich psychische Gesundheit gibt, wie z.B. ein Projekt des Vereins Trialog Winterthur (www.trialog-winterthur.ch) oder das Projekt ESSKI (vgl. Fäh, 2009). Darüber hinaus bestehen aktive Netzwerke (Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen, bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz) sowie kantonale Bemühungen (z.B. im Berner BgD oder im Kanton Zürich). Eine Überbelastung der Schulen durch zusätzliche Programme sollte daher vermieden werden.

MigrantInnen

MigrantInnen sind eine heterogene Gruppe, die sich bezüglich Sprache, soziokulturellem und sozioökonomischem Hintergrund stark unterscheiden. MigrantInnen und insbesondere Asylsuchende leiden häufiger als die Durchschnittsbevölkerung unter ungünstigen Rahmenbedingungen, da sie von belastenden Arbeitsbedingungen, Bildungsdefiziten, Arbeitslosigkeit, allgemeiner Chancenungleichheit und einem fehlenden sozialen Netzwerk überdurchschnittlich betroffen sind. Häufig sind die MigrantInnen zusätzlich durch traumatische Erlebnisse belastet. Sie sind sodann häufiger von Depressionen betroffen als die Durchschnittsbevölkerung. Gleichzeitig sind sie die bei psychischen Problemen am schlechtesten versorgte Gruppe. Ihr Zugang zum Gesundheitswesen ist erschwert und die Versorgung häufig nicht adäquat, da sich ihre Depressionen anders äussern und nicht erkannt werden oder sich die Behandlung auf die Abgabe von Medikamenten beschränkt, die oft nicht weisungsgemäss eingenommen werden. Ein Grossteil dieser Probleme ist auf sprachliche, sozioökonomische und kulturelle Barrieren zwischen MigrantInnen und Professionellen zurückzuführen.

Der Handlungsbedarf für die Zielgruppe der vulnerablen MigrantInnen wird bei den Interviewpartnern deshalb prinzipiell als gross beurteilt. Die Versorgung und Betreuung und damit auch die transkulturellen Kompetenzen müssten verbessert werden, womit auch die HausärztInnen angesprochen sind. Die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung wird aufgrund ihrer Heterogenität jedoch als schwierig eingeschätzt. Für die Umsetzung von Massnahmen sind sprachliche und transkulturelle Kompetenzen Voraussetzung, abgestimmt auf die jeweilige Migrantengruppe. Darüber hinaus sind Interventionen bei der Migrationsbevölkerung



politisch schwer durchsetzbar. Aus diesem Grund sind auch reguläre Integrationsmassnahmen zur Minderung der ungünstigen Rahmenbedingungen zu fördern.

Erwerbslose

Bei einem Arbeitsplatzverlust ist die psychische Belastung besonders gross. Neben dem Verlust der Wertschätzung und dem Stress, keine Arbeit zu haben, sind die Erwerbslosen mit Vereinsamung und fehlender Tagesstruktur konfrontiert. So ist dann auch das Risiko einer Depression bei Erwerbslosen gegenüber Erwerbstätigen stark erhöht.

Der Handlungsbedarf für die Zielgruppe der Erwerbslosen wurde in den Interviews unterschiedlich beurteilt. Die Einen orten dringenden Handlungsbedarf: In Zusammenarbeit mit den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) könnten Tagesstrukturen, Aktivitäten oder Kurse angeboten werden, z.B. analog zu bestehenden Brückenangeboten für Jugendliche. Dadurch würde das mentale Wohlbefinden gestärkt, was wiederum eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Stellensuche ist. Die anderen Interviewten würden in diesem Bereich eher zurückhaltend agieren. Gerade bei den Langzeitarbeitslosen könnte die Haltung entstehen, dass man von ihnen etwas will, das ihnen bei ihrem Hauptziel, der Arbeitssuche, nichts nützt. Begrüssenswert wären daher eher Massnahmen zur möglichst schnellen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Ältere Menschen

Bestimmte Faktoren können eine Depression im Alter begünstigen, z.B. der Tod des Partners, zunehmende Einsamkeit und Isolation, der Verlust von Wertschätzung und Sinn (u. a. durch die Pensionierung), sowie körperliche Leiden.

Depressionen sind bei älteren Menschen noch stärker tabuisiert als bei jüngeren. So sehen die meisten Befragten für diese Gruppe auch hohen Handlungsbedarf. Erwerbstätige sollten besser auf die Pensionierung vorbereitet werden und für Pensionierte sind Aktivitäten wichtig, die ihnen Wertschätzung und Anerkennung bringen, beispielsweise Freiwilligenarbeit. Altersgerechte Bauten, angepasste Betreuungsformen (Spitex, aufsuchende Hilfe, Telefonkontakte) und Nachbarschaftshilfe sollten die Integration älterer Menschen stärken und ihnen ermöglichen, möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld zu leben. Wichtige Partner sind dabei Pro Senectute, der Seniorenrat SSR, Graue Panther und Selbsthilfegruppen. In Alters- und Pflegeheimen sollte das Bewusstsein von Mitarbeitenden für die Depression geschärft und auf eine möglichst lange Erhaltung der Autonomie der KlientInnen geachtet werden.

Weitere Zielgruppen

Neben den genannten vulnerablen Gruppen wurden in den Interviews die folgenden weiteren genannt. Diese werden nicht weiter beschrieben, dürften aber in einem erweiterten Netzwerk nicht vergessen gehen.

- Hausfrauen / Hausmänner
- Alleinerziehende Mütter / Väter
- Homosexuelle
- Suchterkrankte
- Strafgefangene
- Suizid-Hinterbliebene
- Angehörige von Depressionsbetroffenen
- Menschen nach Suizidversuchen
- IV-BezügerInnen



3.4. Zusammenfassung und Zwischenfazit

Das BgD wird grundsätzlich als gutes und nützliches Programm im Bereich von Public Mental Health erachtet. Entsprechend wird eine weitere Verbreitung der BgD auf weitere Kantone / Regionen als sinnvoll erachtet. Wichtigste Vorbehalte betreffen den pathogenetischen Ansatz, die Vernachlässigung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die fehlende Nachhaltigkeit und teilweise geringe Bekanntheit der Bündnisse. Wie schon von Wicki (2006) gefordert, sollten die BgD daher in einen erweiterten Rahmen der psychischen Gesundheit eingebettet werden. Um die Nachhaltigkeit der Programme zu verbessern, sind erstens längerfristige finanzielle Mittel vonnöten. Zweitens würde eine Einbettung der BgD in eine Gesamtstrategie Psychische Gesundheit die Nachhaltigkeit erhöhen.

Was die vier Ebenen des Modells betrifft, werden alle als wichtig erachtet. Die Anstrengungen zum Einbezug von HausärztInnen sollten angesichts von deren wichtigen Stellung bei der Früherkennung und Behandlung von Depressionen verstärkt werden. Neben der Hausärzteschaft wird die Lehrerschaft als wichtigster Multiplikator eingeschätzt. Langfristige, nationale Öffentlichkeitskampagnen, die zu einer nachhaltigen Entstigmatisierung der Krankheit Depression beitragen, wären wünschenswert, sind aber mit einem hohen finanziellen Mittelbedarf verbunden. Die positiven Erfahrungen mit der AIDS-Kampagne oder der Sucht-Kampagne „Alles im Griff“ könnten im Bereich der psychischen Gesundheit als Vorbild dienen. Bei Angeboten für Betroffene und Angehörige ist darauf zu achten, dass diese in nötigem Umfang vorhanden sind und insbesondere die Angehörigen nicht vergessen gehen.

In Bezug auf die vulnerablen Gruppen wurde verschiedentlich die Ansicht geäußert, dass es wichtiger ist, Mainstreaming zu Depression und psychischer Gesundheit zu betreiben („Depression kann jede/n treffen“), statt sich auf kleine Gruppen zu konzentrieren. Es sollte nicht das Bild erzeugt werden, dass Depression ein Problem von Randgruppen ist. Andere Stimmen gaben jedoch zu bedenken, dass gerade die vulnerablen Gruppen spezielle Aufmerksamkeit erfordern und auf keinen Fall vernachlässigt werden dürfen.

4. Stärkung der Gesundheitsförderung im Netzwerk

4.1. Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit

Gesundheitsförderung beeinflusst psychische Gesundheit in der Regel nicht direkt, sondern über gesundheitsrelevante Determinanten. Die Determinanten psychischer Gesundheit können in folgenden Schwerpunkten zusammengefasst werden (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004; vgl. auch Illés und Abel, 2002):

- Bio-psycho-soziale Determinanten. Biologische Faktoren beinhalten genetische, neurologische und biochemische Prozesse. Psycho-soziale Faktoren verweisen auf das psychische Wohlbefinden, die Überzeugung, das Leben meistern zu können und funktionierende soziale Beziehungen.
- Sozio-ökonomische Determinanten. Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Kontext beeinflusst die psychische Gesundheit. Beispielsweise ist die Zugehörigkeit zur Erwerbsgesellschaft zentral für die psychische Gesundheit, auch wenn die Arbeit mitunter belastend sein kann.
- Sozio-kulturelle Determinanten. Dazu gehört die Wahl- und Gestaltungsfreiheit in allen Lebensbereichen. Die Möglichkeit, das eigene Leben sowie die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Strukturen mit zu gestalten, stellt eine wichtige Ressource dar.



- Institutionelle Rahmenbedingungen. Der Zugang zu und die Verfügbarkeit von informellen und professionellen Hilfsangeboten sowie die Gesetzgebung sind ebenfalls sehr wichtig für die psychische Gesundheit.

Die Wirkungsweisen der Determinanten psychischer Gesundheit können in einem Anforderungs-Ressourcen-Modell miteinander in Verbindung gebracht und erklärt werden (vgl. Becker, 1997). Gemäss diesem Modell sind die Voraussetzungen für psychische Gesundheit umso besser, je mehr innere und äussere Ressourcen vorhanden sind, um mit inneren und äusseren Belastungen und Anforderungen zurechtzukommen. Orientiert am Anforderungs-Ressourcen-Modell kann psychische Gesundheit über die Beeinflussung der Determinanten gefördert werden, indem Belastungen abgebaut und Ressourcen gestärkt werden.

Für die Beeinflussung der für die psychische Gesundheit relevanten Determinanten wird mit den folgenden Ansätzen gearbeitet:

Resilienz

Resilienz ist die Fähigkeit eines Menschen, sich trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund zu entwickeln, da er über genügend Ressourcen verfügt (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al., 2009). Die Stärkung der Resilienz ist für Kinder und Jugendliche von besonderer Bedeutung. Denn der Aufbau persönlicher Ressourcen und Widerstandsfähigkeit ist umso wirkungsvoller, je früher dies in der Kindheit geschieht.

Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Die Förderung der Gesundheitskompetenz hat zum Ziel, die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen zu stärken und die Fähigkeit zu verbessern, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.

Empowerment

Das Konzept des Empowerments, im Sinne von Ermächtigung oder Befähigung, hat zum Ziel, den Einzelnen oder eine Gemeinschaft so zu unterstützen, dass sie ihre Lebensbedingungen positiv verändern können. Empowerment ist in der Gesundheitsförderung auf der Basis der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 ein grundlegendes Prinzip und ist integrierter Teil dieses Arbeitsansatzes.

Supportive environments

Besonders wichtig für die psychische Gesundheit ist das Umfeld einer Person: Die Familie, die Schule, der Arbeitsplatz, die Gemeinde sowie die soziokulturellen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Als besondere Risiken für die psychische Gesundheit gelten insbesondere Armut, ökonomische und soziale Benachteiligung, soziale Ungerechtigkeit oder Diskriminierung.

Für Betroffene ist die Mobilisierung von Unterstützung im sozialen Umfeld von grosser Bedeutung. Public Mental Health-Programme können hierzu beispielsweise über Öffentlichkeitsarbeit und Angebote für Betroffene und Angehörige einen entscheidenden Beitrag leisten.

4.2. Erweiterung der BgD durch Gesundheitsförderung

In den BgD wird Gesundheitsförderung heute zumeist noch vernachlässigt. Eine mögliche Erweiterung der BgD um den gesundheitsförderlichen Ansatz wurde in den Interviews jedoch fast durchgängig als positiv beurteilt. Die Bündnisse – wie auch andere kantonale Programme zur psychischen Gesundheit – können von bestehenden Ansätzen der Gesundheitsför-



derung profitieren. Gleichzeitig findet der gesundheitsförderliche Ansatz durch die Anwendung in den Bündnissen und den anderen Programmen eine grössere Verbreitung. Von einer Verknüpfung der beiden sich ergänzenden Ansätze profitieren hinsichtlich der Wirksamkeit schlussendlich sowohl die BgD wie auch die Gesundheitsförderung.

Der Mehrwert für die BgD zeigt sich wie folgt:

- Mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung wird das Bewusstsein für die unterschiedlichen Ursachen (Determinanten) der psychischen Gesundheit geschärft. Dadurch können auch die Bereiche der Therapie, Wiedereingliederung, Entstigmatisierung, Sensibilisierung etc. profitieren.
- Unternehmen, Schulen oder andere Organisationen, die sich schon heute im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, sind auf unspezifische bzw. umfassende Ansätze sensibilisiert und somit offen für den Bereich der psychischen Gesundheit.
- Je nach Kanton werden in den BgD resp. den anderen Programmen zur psychischen Gesundheit unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Um den verschiedenen Bedürfnissen der Kantone gerecht zu werden, kann je nach Schwerpunktsetzung von den entsprechenden gesundheitsförderlichen Programmen profitiert werden.
- Neben Projekten in ihren Themenschwerpunkten Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundes Körpergewicht unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz Projekte finanziell und inhaltlich, die innovative Impulse für gesundheitsförderliche Ansätze insbesondere hinsichtlich Chancengleichheit versprechen. In diesem Rahmen werden auch Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit unterstützt. Von diesem Projektfonds könnten auch die BgD oder andere kantonale Programme im Bereich der psychischen Gesundheit profitieren.

Der für die Gesundheitsförderung entstehende Mehrwert liegt insbesondere in der Sensibilisierung für gesundheitsförderliche Ansätze sowie der stärkeren Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Programmen:

- Durch den Einbezug von Gesundheitsförderung in die BgD resp. die kantonalen Programme im Bereich der psychischen Gesundheit werden die in diesen Programmen involvierten Akteure sowie die Kantone im Allgemeinen für Gesundheitsförderung sensibilisiert.
- Die Wirksamkeit des gesamten Programms wird dadurch erhöht, dass sich die verschiedenen Interventionsfelder, nämlich Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation ergänzen und verstärken.
- In den kantonalen Programmen im Bereich psychische Gesundheit / psychische Krankheit wurden bereits Interventionsfelder erschlossen, die sich auch für Massnahmen der Gesundheitsförderung anbieten und für solche Massnahmen wahrscheinlich auch offen sind.

Schwierigkeiten bei einer möglichen Erweiterung der BgD um die Gesundheitsförderung dürften sich vor allem aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven (salutogenetisch vs. pathogenetisch), der fehlenden übergeordneten Zielsetzung im Bereich psychische Gesundheit auf nationaler Ebene sowie aufgrund der bis anhin fehlenden Vernetzungsmöglichkeiten ergeben.

4.3. Stärkung des Netzwerks durch den Einbezug der Gesundheitsförderung

Sollen gesundheitsförderliche Ansätze in den BgD verstärkt berücksichtigt werden, ist der Aufbau eines **erweiterten Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz** anzustreben. Dadurch werden die beiden Bereiche untereinander und mit anderen Akteuren im Bereich psychische Gesundheit vernetzt. Ein um die Gesundheitsförderung erweitertes Netzwerk unter



dem Label „Depression“ wäre zu stark auf eine Krankheit fokussiert und würde der Gesundheitsförderung zu wenig Rechnung tragen. Darüber hinaus können unter dem Namen „Psychische Gesundheit“ auch die anderen kantonalen Programme im Bereich psychische Gesundheit einbezogen werden und vom Netzwerk profitieren (z.B. Zug, Zürich, Luzern, Freiburg).

Bei einem Einbezug der Gesundheitsförderung in ein erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit sollen Aktivitäten ins Auge gefasst werden, die den zur Verfügung stehenden Ressourcen des Netzwerks und der im Netzwerk eingebundenen Akteure und Programme Rechnung tragen. Ausserdem ist darauf zu achten, dass keine Parallelstrukturen zu bestehenden Strukturen aufgebaut werden. Das heisst, dass bei der Stärkung der Gesundheitsförderung im neuen Netzwerk prioritär auf die **Vernetzung**, die Zusammenarbeit mit kompetenten Partnern und die Nutzung bestehender Strukturen und Programme gesetzt, sprich das **Schnittstellenmanagement** verbessert werden soll. Das Netzwerk wird somit nicht selber Programme oder Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung anbieten. Es soll die Netzwerkmitglieder motivieren, Massnahmen zu diesem Thema zu ergreifen und zu verbreiten, vor allem aber auch mögliche Synergien zu identifizieren und zugunsten einer höheren Wirksamkeit zu nutzen.

Konkret soll das übergreifende Netzwerk folgende Aufgaben zur verstärkten Berücksichtigung des gesundheitsförderlichen Ansatzes wahrnehmen:

- Vernetzung der kantonalen Programme im Bereich der psychischen Gesundheit mit Spezialisten der Gesundheitsförderung
- Vernetzung der Netzwerke im Bereich der psychischen Gesundheit mit denjenigen im Bereich der Gesundheitsförderung
- Vermittlung von Kontakten zu Fachpersonen oder Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung resp. der psychischen Gesundheit
- Förderung des Austauschs und der Diskussion zwischen Fachpersonen der unterschiedlichen Interventionsfelder
- Erleichterung des Zugangs zu Schlüsselinformationen und Hilfsmitteln im Bereich der Gesundheitsförderung und der psychischen Gesundheit

Zur Umsetzung dieser Aktivitäten sollen unter anderem eine Netzwerk-Koordinationsstelle und eine webbasierte Netzwerkplattform geschaffen werden (siehe dazu Kapitel 6).

5. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Beispiel für einen Einbezug von Gesundheitsförderung im Netzwerk Psychische Gesundheit

Im Folgenden wird das betriebliche Gesundheitsmanagement als Beispiel für einen Einbezug von Gesundheitsförderung in einem erweiterten Netzwerk präsentiert. Betriebliches Gesundheitsmanagement wird hier als Überbegriff für das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und das Case Management verwendet. Die Abgrenzung zwischen BGM und BGF ist in der Literatur unscharf und die Verwendung der Begriffe uneinheitlich. In der Regel wird BGM als Überbegriff oder synonym zu BGF verwendet.

Eine Vernetzung des Bereichs psychische Gesundheit mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement bietet sich aus verschiedenen Gründen an:

- Erstens wird in den Interviews beim BGM grosser Handlungsbedarf gesehen und viele der Befragten sind der Meinung, dass die Schweiz in Sachen betrieblicher Gesundheits-



förderung noch viel Aufholbedarf hat. Erwerbstätige sind je nach Arbeitsumfeld (Branche, Beruf, Arbeitsbedingungen) besonderen Belastungen ausgesetzt. Die zunehmende physische, psychische und psychosoziale Belastung in der Arbeitswelt führt immer häufiger zu Fehlbeanspruchung und Überforderung. Stress ist z.B. einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen. Hinzu kommen weitere Risiken für psychische Erkrankungen wie Mobbing und Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz. Ein gesundheitsförderlicher Ansatz zielt auf eine Verminderung arbeitsbedingter Belastungen und Fehlbeanspruchungen und minimiert oder verhindert dadurch psychische Erkrankungen.

- Zweitens engagiert sich Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich psychische Gesundheit prioritär über das Thema „Stress am Arbeitsplatz / Betriebliche Gesundheitsförderung“.
- Darüber hinaus werden in verschiedenen BgD im Berufsfeld heute schon Interventionen umgesetzt. Das Ziel der BgD, die Lebenssituation von Menschen mit Depressionen zu verbessern, gilt auch für den Kontext „Betrieb – Arbeitsplatz – Berufsfeld“.

5.1. Interventionsansätze beim BGM

Betriebliches Gesundheitsmanagement bzw. betriebliche Gesundheitsförderung zielen auf eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens durch Massnahmen am Arbeitsplatz und im Berufsfeld insgesamt. Zielgruppe von BGM sind alle Erwerbstätigen. Deren Gesundheit soll erhalten und gefördert, deren Ressourcen gestärkt und deren Belastungen abgebaut werden. Es kann auf zwei Ebenen angesetzt werden: Auf der Ebene der Verhältnisse, Strukturen und Bedingungen einerseits und auf der Ebene der Person (Einstellung und Verhalten) andererseits.

Beispiel eines Programms der betrieblichen Gesundheitsförderung

KMU-vital

Gesundheitsförderung Schweiz bietet im Rahmen des Projekts *KMU-vital* seit 2001 erfolgreich zehn Module betrieblicher Gesundheitsförderung an, die speziell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten von kleinen und mittleren Unternehmen ausgerichtet sind. Diese können die Module je nach Bedarf auswählen und kombinieren.

Das Modul „Stressmanagement“ beispielsweise hat zum Ziel, Stressoren zu reduzieren und den Umgang mit Stress zu verbessern.

www.kmu-vital.ch

Das Case Management zielt demgegenüber auf die Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten oder auf bereits erkrankte Mitarbeitende. Das Ziel der Früherkennung ist eine frühe Intervention, um den betroffenen Mitarbeitenden die optimale Unterstützung zu bieten und ihnen langfristig einen Verbleib am Arbeitsplatz zu ermöglichen. Auch die Invalidenversicherung (IV) setzt im Rahmen der 5. IV-Revision auf die Früherfassung, Frühintervention und Wiedereingliederung. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Revision ist die IV auf die Kooperation der Unternehmen angewiesen und unterstützt diese bei Wiedereingliederungsmassnahmen, z.B. durch Coachings und Betreuungsleistungen. Die Zusammenarbeit mit den kantonalen IV-Stellen ist deshalb wichtig.

Voraussetzung einer erfolgreichen (Re-)Integration in die Arbeitswelt ist die aktive Beteiligung der Betroffenen und die optimale Vernetzung der beteiligten Akteure. Beispiel einer solchen Vernetzung ist das Netzwerk Case Management Schweiz.



Beispiel eines Modells zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt

Supported Employment

Bisher galt in der Wiedereingliederung der Grundsatz „First train, then place“. Rehabilitation vor Arbeit. Die berufliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen führte über geschützte Werkstätten und Wiedereingliederungstrainings.

Neu gilt der Grundsatz „First place, then train“: Arbeit als Rehabilitation. Das in den USA zur Wiedereingliederung behinderter Menschen entwickelte und erfolgreich angewandte Modell des Supported Employment sieht die direkte Platzierung in den regulären Arbeitsmarkt (nicht-subventionierte Arbeitsplätze) als individuellen und realitätsnahen Rehabilitationsschritt vor. Ein Job-Coach unterstützt den psychisch kranken Menschen bei der Stellensuche und während der Anstellung an einem Arbeitsplatz in einem „normalen“ Betrieb. Er ist aber auch Ansprechpartner für den Arbeitgeber.

Die Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den Arbeitsmarkt hat, so die Annahme, eine positive Wirkung auf deren Selbstwertgefühl, Lebensqualität und Gesundheit. Studien aus den USA belegen, dass Supported Employment einen Beitrag zur Senkung der Versicherungskosten leistet.

www.supportedemployment-schweiz.ch

5.2. Mögliche Aktivitäten des Netzwerks im Bereich BGM

Bei einem Einbezug von BGM im übergreifenden Netzwerk soll die Priorität bei der **Vernetzung** gesetzt werden. Das Netzwerk wird sich somit nicht in der operativen Umsetzung von BGM betätigen und keine Programme anbieten. Ziel ist vielmehr die Sensibilisierung der Netzwerkmitglieder für das BGM und die Vermittlung von entsprechenden Programmen über das Netzwerk von Gesundheitsförderung Schweiz. Konkret sollen die Netzwerkmitglieder motiviert werden, Massnahmen zum Thema BGM zu ergreifen und zu verbreiten (z.B. Implementieren von spezifischen BGF- oder BGM-Programmen, Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen oder Schulung für Führungskräfte und Mitarbeitende). Dazu soll das Netzwerk helfen, zu entsprechenden Kontaktpersonen, Informationen, Materialien, Programmen oder Schulungen zu gelangen. Ausserdem soll es sich für eine bessere Berücksichtigung der psychischen Gesundheit in bestehenden Programmen und Schulungsmaterialien von BGM-Programmen einsetzen.

Zusammengefasst könnte das übergreifende Netzwerk im Bereich BGM folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Information der Netzwerkmitglieder über die Existenz des betrieblichen Gesundheitsmanagements und Erleichterung des Zugangs zu Schlüsselinformationen und Hilfsmitteln, insbesondere über die Verlinkung mit dem sich im Aufbau befindenden Netzwerk BGF von Gesundheitsförderung Schweiz
- Vermittlung von BGF/BGM-Programmen und –Schulungen an interessierte Netzwerkmitglieder
- Förderung des Austauschs und der Diskussion zwischen Fachpersonen von BGF/BGM und des Bereichs psychischer Gesundheit
- Nutzen und fördern von Synergien zwischen Netzwerkpartnern und ihren Angeboten im Hinblick auf eine Erhöhung der Wirksamkeit.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben soll, wie schon erwähnt, eine Netzwerkkoordinatorin bzw. ein Netzwerkkoordinator eingesetzt werden. Als zentrales Instrument steht dieser Koordinationsstelle eine aufzubauende webbasierte Informationsplattform zur Verfügung. Auf dieser soll



auch auf das sich im Aufbau befindende Netzwerk BGF von Gesundheitsförderung Schweiz verwiesen werden.

5.3. Mögliche Netzwerkpartner im Bereich BGM

Um die vorgeschlagenen Aktivitäten erfolgreich umsetzen zu können, ist die Zusammenarbeit mit Partnern wichtig, die im Bereich BGM Know-how besitzen und entsprechende Programme und Dienstleistungen anbieten. Im Folgenden werden die zwei Partner kurz erwähnt, mit denen primär die Zusammenarbeit gesucht werden soll.

5.3.1. Gesundheitsförderung Schweiz

Betriebliche Gesundheitsförderung ist einer der drei Schwerpunkte der Programme der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Dazu wurden bereits diverse Programme erarbeitet und umgesetzt:

- SWiNG (Stressmanagement, Wirkung und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung)
- 50+ santé (Arbeitsbedingungen für ältere Mitarbeitende)
- zWäg! (Gesundheitsförderung für junge Erwachsene beim Berufseinstieg)
- KMU-*vital*
- Label „Friendly Work Space“ (Qualitätslabel für Betriebe mit vorbildlichem BGM)

Ausserdem repräsentiert Gesundheitsförderung Schweiz die Schweiz im European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Dabei handelt es sich um ein informelles Netzwerk nationaler Stellen für Arbeitsmedizin und -sicherheit, Public Health, Gesundheitsförderung und Sozialversicherungs-Institutionen mit dem Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmenden zu verbessern. Das Netzwerk fördert den internationalen Informationsaustausch und die Verbreitung von guten Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Darüber hinaus hat es Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt, die die Anforderungen an BGF-Projekte festlegen.

Beispiel eines BGF-Programms von Gesundheitsförderung Schweiz

SWiNG

Gesundheitsförderung Schweiz und der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) stellen den Unternehmen mit dem Projekt SWiNG gezielte Handlungsanleitungen zur Verfügung, um die Ursachen von Stress am Arbeitsplatz zu finden und zu beseitigen. Das Projekt basiert auf europaweit akzeptierten Qualitätskriterien.

SWiNG arbeitet mit verschiedenen Instrumenten:

- Befragungsinstrumente zur Analyse von Stressfaktoren, Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden der Mitarbeitenden im Unternehmen.
- Führungsschulungen werden eingesetzt, um Stresskonzepte vorzustellen und aufzuzeigen, wie wichtig Führungspersonen beim Abbau von Stress und der Förderung psychischer Gesundheit sind.
- Workshops mit Mitarbeitenden.

Das Projekt SWiNG untersucht in einer umfangreichen Evaluation auch die Wirkungen und den ökonomischen Nutzen der umgesetzten Massnahmen.

www.gesundheitsfoerderung.ch



5.3.2. Schweizerischer Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung SVBGF

Der Schweizerische Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung SVBGF ist eine Interessengemeinschaft von Anwendern und Anbietern im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, die unter dem Patronat des SECO gegründet wurde. Der SVBGF will einen kontinuierlichen Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie die fachliche Fortbildung sicherstellen.

Beispiel eines BGF-Programms des SVBGF

power@work

Der SVBGF möchte mit diesem Programm einen Beitrag zur Gesundheit von jugendlichen Arbeitnehmenden leisten und ihnen einen möglichst guten Eintritt ins Berufsleben ermöglichen.

Lernende sollen sich...

- mit Berufsbildnern, Vorgesetzten und Mitarbeitenden unklausuriert austauschen können;
- vorhandener Belastungen und Risiken sowie möglicher Konsequenzen bewusst sein;
- aktiv gesundheitsförderlich verhalten.

Zielgruppen von power@work sind nicht nur die Jugendlichen selbst, sondern auch Arbeitgeber, Lehrlingsbetreuer, Berufsfachschullehrer, für die Ausbildung relevante Ämter, BGF-Verantwortliche in den Betrieben wie auch Anbieter von BGF Dienstleistungen.

www.svbgf.ch

5.4. Beurteilung des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Netzwerk

5.4.1. Relevanz

Die Relevanz des BGM im Netzwerk leitet sich aus den Bedürfnissen und Interessen von verschiedenen betroffenen Gruppen wie den Arbeitgebern, Arbeitnehmern oder den Sozialversicherungen ab.

Bedarf und Interessen von Arbeitgeberschaft und Wirtschaftsförderung

Psychische Erkrankungen können zu verringerter Produktivität und Belastbarkeit, zu Krankheitsausfällen und schlussendlich zu Berufsunfähigkeit führen. Laut Druss et al. (2001) haben depressive Mitarbeitende 1.5-mal mehr Krankheitstage und erreichen eine um 20% geringere Produktivität. Aus gesamtwirtschaftlicher wie auch aus betrieblicher Sicht kann eine eingeschränkte psychische Gesundheit der Arbeitnehmer zu massiven Kosten führen. Der Einsatz gesundheitsförderlicher Massnahmen im Betrieb kann massgeblich zur Verbesserung der psychischen (wie auch physischen) Gesundheit der Mitarbeitenden beitragen und somit Produktivitätsverlusten und Absenzen vorbeugen.

Für die Betriebe zahlt sich ein Engagement in der Gesundheitsförderung aus, weil die Produktivität der Mitarbeitenden gesteigert wird und die Einbussen durch Krankheitsausfälle sinken. Die Betriebe können insofern vom erweiterten Netzwerk profitieren, als dass sie einen Überblick über gesundheitsförderliche Massnahmen erhalten und an kompetente, ihren Bedürfnissen entsprechende Anbieter und Fachpersonen vermittelt werden können.

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive wird sich eine Berücksichtigung des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Netzwerk Psychische Gesundheit ebenfalls auszahlen. Allein die durch Stress verursachten Kosten bei der Erwerbsbevölkerung werden in der Schweiz auf 4.2 Mrd. CHF jährlich geschätzt (Ramaciotti et al., 2000).



Bedarf und Interessen von Arbeitnehmenden

Belastungen am Arbeitsplatz sind wichtige Stressoren, die zu einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit führen können. Die Reduktion von Belastungen und die Stärkung der Ressourcen sind also besonders am Setting Arbeitsplatz von Bedeutung. Für die Gewerkschaften stehen diese Themen zurzeit nicht auf der Agenda. Bei der Arbeitnehmerseite werden Massnahmen zur Gesundheitsförderung jedoch auf positives Echo stossen, weil in diesem Rahmen auch die Möglichkeit besteht, die Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen Belastungen am Arbeitsplatz zu thematisieren.

Auf individueller Ebene unterstützten solche Massnahmen die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens durch eine geringere Anspannung und mehr Freude an der Arbeit. Eine Steigerung der Qualität der Lebenszeit, die am Arbeitsplatz verbracht wird, bewirkt eine Steigerung der Lebensqualität insgesamt.

Bedarf und Interessen von Sozialversicherungen und Sozialdiensten

Gesundheitsförderung im Berufsfeld im weitesten Sinne ist auch für die Invalidenversicherung, die Arbeitslosenversicherung und die Sozialhilfe von Interesse. Gesundheitsförderliche Massnahmen in der Berufswelt können das Entstehen von psychischen Erkrankungen oder das weitere Fortschreiten bei bereits eingetretenen psychischen Beschwerden mildern oder verhindern und somit Invaliditätsfälle vermeiden helfen. Ausserdem könnten, falls auch Massnahmen zur Eingliederung von Jugendlichen und der Wiedereingliederung von IV-Rentnern vorangetrieben würden, auf lange Sicht beträchtliche Kosteneinsparungen resultieren.

5.4.2. Grenzen

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass bei einem Einbezug des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Netzwerk auch einige Hürden zu überwinden sind.

- Der betriebswirtschaftliche Nutzen von BGM müsste vor allem für den Kontext Schweiz noch besser erforscht werden.
- Wie bei allen gesundheitsförderlichen Massnahmen muss berücksichtigt werden, dass sich die Erfolge nicht unmittelbar einstellen, sondern sich erst nach einer gewissen Zeit zeigen. Ausserdem ist die Wirkung nur beschränkt kausal nachvollziehbar, da gesundheitsförderliche Massnahmen immer multikausal über verschiedene Determinanten wirken.
- Bezogen auf die BgD wurde in den Interviews teilweise davor gewarnt, dass die kantonalen Bündnisse nicht zu stark belastet werden dürfen mit einer Erweiterung Richtung Gesundheitsförderung bzw. BGM.

6. Erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit

6.1. Ziele und Nutzen

Ein erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz soll prinzipiell alle Organisationen und bestehenden Netzwerke im Bereich psychische Gesundheit / psychische Krankheit, inkl. der Gesundheitsförderung, einschliessen. Das Netzwerk soll langfristig angelegt sein und die Thematik Psychische Gesundheit / Depression nachhaltig stärken.

Das erweiterte Netzwerk soll schlussendlich zu einem Mehrwert führen, der sowohl der Gesamtbevölkerung wie auch besonders gefährdeten Personengruppen zugute kommt. Durch die Vernetzung von Akteuren und Massnahmen in den Bereichen psychische Gesundheit



und Gesundheitsförderung soll die **Wirksamkeit der ergriffenen Massnahmen erhöht** werden. Ziel ist immer, psychische Krankheiten zu verhindern resp. zu vermindern und die psychische Gesundheit zu erhöhen. Dadurch profitieren, neben den Betroffenen und ihren Angehörigen, auch die Arbeitswelt, die Sozialversicherungen und die Gesellschaft als Ganzes.

Ein erweitertes Netzwerk bietet die Möglichkeit, das in der Schweiz vernachlässigte Thema psychische Gesundheit unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen anzugehen, und gleichzeitig eine solide Basis für weitere Massnahmen – z.B. einen nationalen Präventionsschwerpunkt psychische Gesundheit – zu schaffen, würde das geplante Präventionsgesetz umgesetzt.

Eine verbesserte Wirksamkeit der Massnahmen soll primär durch die **Vernetzung und den Wissensaustausch** von Akteuren erfolgen, welche die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der psychischen Gesundheit bezwecken. Beispiele nachweislich erfolgreicher Interventionen (good practice bzw. best practice) sollen bekannt gemacht werden.

Als zentrales Instrument für die Umsetzung soll eine **Netzwerkkoordinationsstelle** mit vorerst einem Arbeitsplatz eingerichtet und eine benutzerfreundliche, **webbasierte Plattform** geschaffen werden. Ein weiteres Instrument ist die Organisation von Netzwerkveranstaltungen für die Netzwerkmitglieder sowie Informationsveranstaltungen für ein breiteres Publikum.

Die einzelnen Mitglieder des Netzwerks können wie folgt vom Netzwerk profitieren:

- Wissenserwerb über best-practice-Programme und Projekte sowie über wissenschaftliche Literatur zu interessierenden Themen.
- Netzwerktreffen zu bestimmten Themen, an denen sich die Mitglieder über konkrete Projekte und Fragestellungen austauschen und vom aktuellen Expertenwissen profitieren können.
- Hilfe bei der Vermittlung von kompetenten Partnern bei Interesse an einem Engagement in den Bereichen BgD, BGM, psychische Gesundheit.
- Vernetzung mit anderen Mitgliedsorganisationen. Dadurch wird neben dem Wissensaustausch auch die Durchführung gemeinsamer Projekte gefördert.

6.2. Organisatorische Ausgestaltung

Ein Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz sollte möglichst schlanke Strukturen aufweisen. Dennoch sind Gefässe wie eine Trägerschaft, ein Steuerungsausschuss, eine Expertengruppe und eine Koordinationsstelle unerlässlich für die gute Abstimmung und das Funktionieren des Netzwerks. In der Abbildung 3 ist das Organigramm des geplanten Netzwerks dargestellt.

Organigramm Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

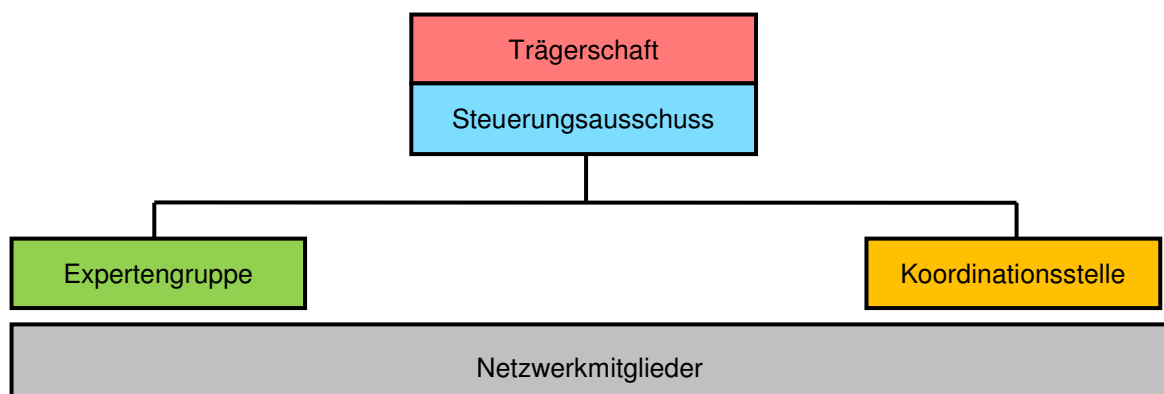


Abbildung 3: Organigramm Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz



Die Abbildung 4 gibt darüber hinaus Auskunft über die Finanz- und Kommunikationsflüsse des Netzwerks, sowie die Netzwerkmitglieder und die Evaluation.

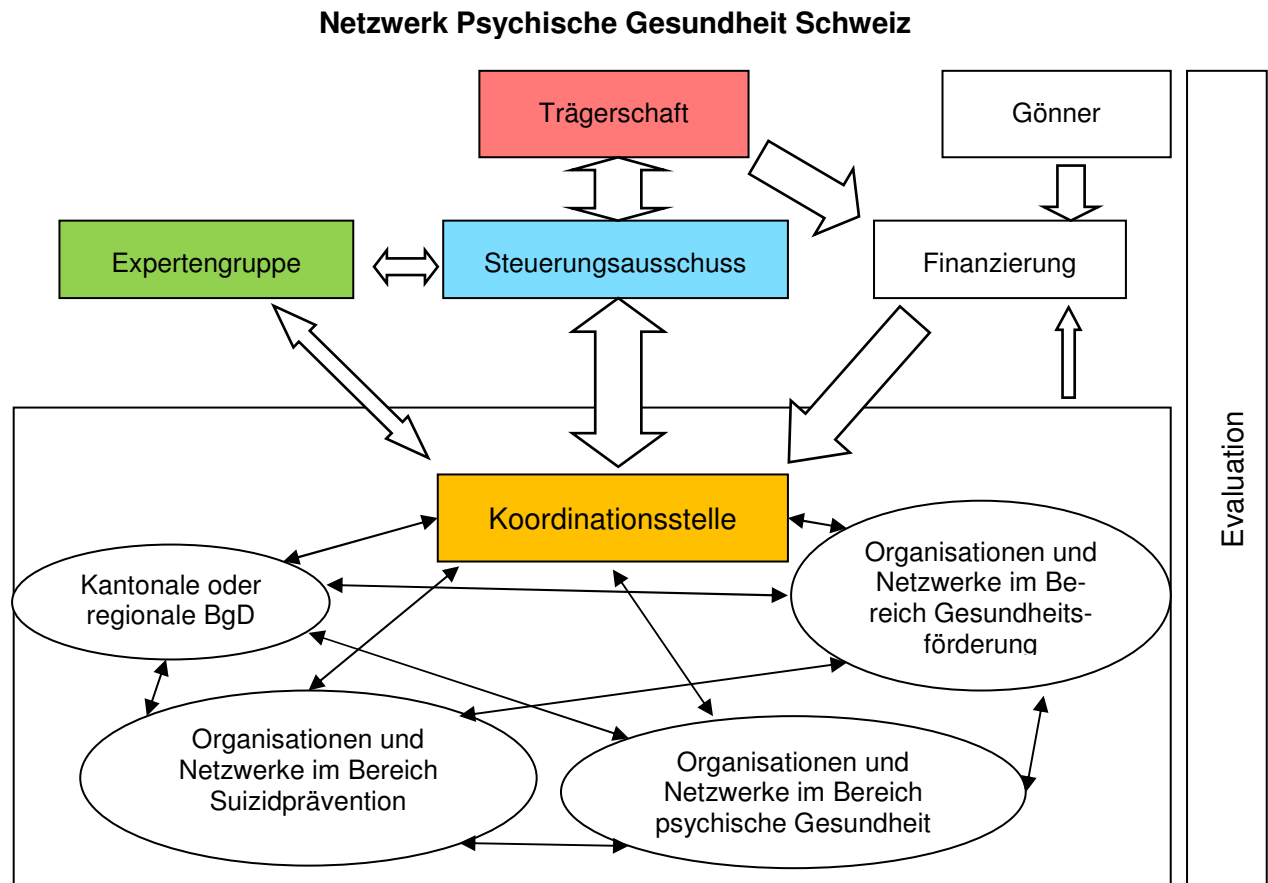


Abbildung 4: Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

Beim Aufbau des Netzwerks ist der Einbezug potentieller Partner in einem frühen Stadium wichtig. Bestehende Netzwerke wie das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit müssen einbezogen und deren Erfahrungen berücksichtigt werden.

Der Aufbau des Netzwerks soll in Phasen erfolgen. Nach Abschluss der Konzeptphase (vorliegender Bericht) soll eine auf vier Jahre angelegte Pilotphase folgen. Innerhalb derer soll nach 1.5 Jahren die Aufbauarbeit evaluiert werden (Prozessevaluation). Eine Wirkungsevaluation folgt nach weiteren 1.5 Jahren. Ein entsprechendes Evaluationskonzept muss zu Beginn der Netzwerkarbeiten erstellt werden.

6.2.1. Trägerschaft

Die Trägerschaft sichert die Personal- und Betriebskosten der Koordinationsstelle und legt im Konsensverfahren das Profil und die strategischen Schwerpunkte für den Leistungsauftrag an die Koordinationsstelle fest. Die Trägerschaft ist für das langfristige Bestehen und die Sicherstellung des nachhaltigen Nutzens des Netzwerks zuständig. Darüber hinaus bringen die jeweiligen Trägerorganisationen ihre je eigenen Kompetenzen ins Netzwerk mit ein. Diese werden in einem zu erstellenden Zusammenarbeitsvertrag beschrieben.

Als Träger des Netzwerks bieten sich für die Pilotphase die drei Partner BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz an. In den Interviews wurde eine künftige Zusammenarbeit dieser Akteure in der Regel begrüsst. Vereinzelt wurde der Einbezug von privaten Akteuren in die Trägerschaft gefordert und für eine Public Private Partnership (PPP) plädiert.



Die Trägerschaft kann bei Bedarf erweitert werden, z.B. durch das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Invalidenversicherung IV), das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, die Sozialdirektorenkonferenz SODK oder das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit. Als Kriterien für einen Einbezug einer weiteren Trägerorganisation sollen, neben deren grundsätzlichem Interesse an einer Beteiligung, die folgenden gelten: (1) Durch den Einbezug sollen die Kompetenzen der Trägerschaft erweitert werden. (2) Die entsprechende Trägerorganisation kann einen eigenständigen Beitrag zum Netzwerk leisten. (3) Die Trägerorganisation soll national verankert sein und gleichzeitig einen Zugang zu den Kantonen aufweisen. In Hinblick auf eine mögliche Erweiterung der Trägerschaft für die Pilotphase laufen zurzeit noch Abklärungen mit dem SECO und dem Aktionsbündnis Psychische Gesundheit bzw. sind mit dem BSV vorgesehen.

6.2.2. Steuerungsausschuss

Der Steuerungsausschuss ist das operative Führungsgremium. Es setzt sich aus je einem Vertreter der Trägerschaftsorganisationen sowie der Leiterin bzw. dem Leiter der Koordinationsstelle zusammen. Letztere/r hat eine beratende Funktion ohne Stimmrecht.

Aufgrund des Leistungsauftrags der Trägerschaft vereinbart der Steuerungsausschuss das Arbeitsprogramm mit der Leiterin bzw. dem Leiter der Koordinationsstelle und unterstützt sie oder ihn fachlich in der Umsetzung. Dazu kann bei Bedarf auch externe fachliche Expertise beigezogen werden.

Der Steuerungsausschuss trifft sich rund dreimal pro Jahr. Entscheide werden im Konsens getroffen.

6.2.3. Koordinationsstelle

Die Koordinationsstelle soll als nationale Anlaufstelle zum Thema psychische Gesundheit fungieren, über die alle beteiligten Organisationen erreicht werden können. Sie hat primär folgende Aufgaben:

- Wissensmanagement: Auf einer aufzubauenden, internetbasierten Informationsplattform sollen Informationen abrufbar (und präsentierbar) sein, betreffend: (1) Bestehende Programme und Projekte im Bereich psychische Gesundheit und BGM. Dabei soll besonderes Augenmerk auf best-practice-Projekte gelegt werden. (2) Die aktuelle wissenschaftliche Literatur zu bestimmten Themen (z.B. Früherkennung). (3) Aus- und Weiterbildungen in bestimmten Bereichen (z.B. BGF, BGM) oder Informationen über bestehendes Material für Schulungen oder Referate (z.B. der BgD). (4) Kontakte zu allen Netzwerk-Mitgliedern. (5) Informationen zum Netzwerk.
- Netzwerkpflege und Austausch: Zur Netzwerkpflege werden Netzwerktreffen durchgeführt. Diese können einerseits als Informationsveranstaltungen konzipiert sein. Andererseits wurden in den Interviews verschiedentlich operative Treffen gewünscht, an denen praxisnahe Fragestellungen behandelt werden (z.B. Wie kann ein BgD finanziert werden? Wie können Unternehmen für BGF oder andere Programme im Bereich psychischer Gesundheit motiviert werden?). Dabei kann von Erfahrungen von anderen Netzwerkmitgliedern profitiert und Wissen ausgetauscht werden. Die thematische Ausrichtung der Netzwerktreffen soll den Bedürfnissen der Mitglieder entsprechen.
- Koordination der verschiedenen Programme: Dadurch sollen Doppelspurigkeiten verhindert, die mit der Umsetzung von Programmen beauftragten Akteure entlastet und die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden. Bestehen in einem Bereich schon Netzwerke, sollen diese einbezogen werden.
- Vermittlung von fachlicher Unterstützung für bestehende oder neu zu schaffende BgD sowie für Programme zur psychischen Gesundheit oder zu BGM.



- Zu prüfen wäre zu einem späteren Zeitpunkt auch die Lancierung einer nationalen Öffentlichkeitskampagne (analog der „see me“ Kampagne in Schottland oder der HIV-AIDS-Kampagne in der Schweiz).

Die Koordinationsstelle soll in einer ersten Phase durch eine Person (die Stellenleiterin bzw. den Stellenleiter) zu 60-80% besetzt werden. Die Leitung der Koordinationsstelle sollte möglichst unabhängig sein, über hohe Kompetenzen verfügen und eng mit dem Steuerungsausschuss zusammenarbeiten. Ihr Arbeitsplatz kann prinzipiell bei einem der Partner GDK, BAG oder Gesundheitsförderung Schweiz oder einem externen Träger wie Public Health Schweiz, Ipsilon, RADIX oder dem Aktionsbündnis Psychische Gesundheit angesiedelt sein. Die Mitglieder der Expertengruppe stehen der Koordinationsstelle bei Bedarf als fachliche Unterstützung zur Verfügung.

6.2.4. Expertengruppe

Die Expertengruppe gewährleistet die fachliche Verankerung des Netzwerks in der Praxis und Wissenschaft. Der Einbezug von Expertenwissen wird von praktisch allen Interviewten als essentiell für das Funktionieren des Netzwerks beschrieben. Die Expertengruppe soll den Bereich psychische Gesundheit adäquat abbilden und aus rund 10 Vertretern bestehen von: Fachgesellschaften (Hausärzte, Psychiater, Psychologen), Patientenorganisationen (Pro Mente Sana), kantonalen BgD und anderen kantonalen Programmen im Bereich psychische Gesundheit, NGOs aus dem Bereich psychische Gesundheit (Aktionsbündnis Psychische Gesundheit, Ipsilon, Fachgruppe Mental Health von Public Health Schweiz) sowie einer Hochschule bzw. einem Hochschulinstitut mit Kompetenzen im Bereich psychische Gesundheit. Die Expertengruppe steht dem Steuerungsausschuss sowie der Leitung der Koordinationsstelle bei Bedarf beratend zur Seite. Eine mögliche erste Aufgabe der Expertengruppe wäre es, unter der Leitung der Koordinationsstelle einen aktuellen Bericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz und den möglichen Massnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation zu erarbeiten. Die Expertengruppe organisiert sich selbst. Die Mitarbeit erfolgt unentgeltlich.

6.2.5. Mitglieder des Netzwerks

Mitglieder des Netzwerks können prinzipiell alle Organisationen, Institutionen und bestehende Netzwerke aus dem Bereich psychische Gesundheit oder Gesundheitsförderung werden. Die Aufnahme erfolgt auf Antrag des künftigen Mitglieds durch den Steuerungsausschuss.

Die Mitglieder können einerseits von den Dienstleistungen des Netzwerks profitieren, andererseits wird von ihnen auch ein gewisses Engagement für das Netzwerk erwartet. Dieses zeigt sich z.B. in Aktivitäten zur Unterstützung des Netzwerks (z.B. aktive Mitarbeit bei Netzwerktreffen). Der Mehrwert des Netzwerks für die Mitglieder muss unmittelbar sichtbar sein. Die Mitglieder können jederzeit ihren Austritt erklären oder vom Steuerungsausschuss ausgeschlossen werden. Ein Ausschluss ist z.B. denkbar bei einem Verstoss gegen die Zielsetzungen des Netzwerks oder auf Antrag eines bestimmten Quorums von anderen Netzwerkmitgliedern.

6.3. Finanzierung und Ressourcen

Die Finanzierung des Aufbaus und des Betriebs der Koordinationsstelle (inkl. Webauftritt und Netzwerktreffen) erfolgt hauptsächlich durch die Trägerschaft sowie durch Gönnerbeiträge (z.B. Unternehmen, Versicherungen, staatliche Stellen). Die Beschaffung von Gönnerbeiträgen richtet sich nach den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (2005). Von den Mitgliedern kann ein moderater Mitgliederbeitrag erhoben werden, wobei Non-Profit-Organisationen, welche keine staatlichen Subventionen erhalten, von diesem befreit sein sollen.



Der Aufwand für die Akquisition von zusätzlichen Mitteln durch die Leitung der Koordinationsstelle sollte sich in engen Grenzen halten. Wird zu viel Zeit und Energie für die Mittelbeschaffung verwendet, bleibt zu wenig für inhaltliche Netzwerkarbeiten.

6.4. Monitoring, Begleitforschung, Evaluation

Das Netzwerk engagiert sich in den Bereichen Monitoring, Begleitforschung und Evaluation. Mittels Monitoring werden Trends zu ausgewählten Indikatoren – z.B. dem suizidalen Verhalten – beobachtet. Mit Begleitforschung werden wissenschaftliche Grundlagen für die Weiterentwicklung der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention von Depression und Suizidalität geschaffen (z.B. analog der Bedarfs- und Bedürfnisanalysen der regionalen Bündnisse der Kantone Luzern und Thurgau). Schliesslich wird das Netzwerk in Hinblick auf seine Zielerfüllung periodisch und angemessen evaluiert. Eine erste Prozessevaluation soll nach rund 1.5 Jahren erfolgen, eine erste Wirkungsevaluation nach drei Jahren. Das konkrete Vorgehen soll in einem zu erstellenden Evaluationskonzept festgehalten werden.

Sowohl das BAG (Fachstelle Evaluation und Forschung) wie auch Gesundheitsförderung Schweiz haben in diesen Bereichen Wissen und Erfahrung. Generell soll die Aufgabenvergabe bei der Netzwerkevaluation je nach Stärken und Kompetenzen der jeweiligen Partner erfolgen.

6.5. Kommunikation

Eine gute und transparente Zweiwegkommunikation ist nötig. Diese beinhaltet die Kommunikation des Steuerungsausschusses und der Koordinationsstelle sowohl mit den Mitgliedern des Netzwerks wie auch mit der breiteren Öffentlichkeit. Die Kommunikation wird in der Regel von der Koordinationsstelle wahrgenommen, welche die dafür notwendigen Informations- und Kommunikationsinstrumente verwaltet.

Die Trägerschaftsorganisationen nützen ihre bestehenden Gefässe zur Information und Kommunikation. Dadurch soll das Netzwerk innerhalb des Bundes, der Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz eine grosse Bekanntheit erlangen. Die Information der jeweiligen Trägerschaftsorganisation erfolgt durch das betreffende Ausschussmitglied.

Ein zu erstellendes Kommunikationskonzept soll als Richtlinie für die interne und externe Kommunikation gelten.

Beispiel eines bestehenden Netzwerks im Bereich psychische Gesundheit

Kompetenznetz Depression, Suizidalität

Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität ist ein in Deutschland bundesweit tätiges Netzwerk zur Optimierung von Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen. Ziel ist es, die Kooperation und den Wissenstransfer zwischen den Forschungseinrichtungen und den verschiedenen Ebenen der Patientenversorgung zu verbessern.

Das Kompetenznetz Depression vernetzt Forschungseinrichtungen, Krankenhäuser und Kliniken, niedergelassene Ärzte und Praxisnetze sowie weitere Organisationen wie die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Krankenkassen, Vertreter der pharmazeutischen Industrie, kassenärztliche Vereinigungen, Kriseninterventionseinrichtungen und Selbsthilfegruppen.



Das Kompetenznetz besteht neben den Netzwerkpartnern aus einem Lenkungsgremium (inkl. eines Sprechers und Koordinators), einer Mitgliederversammlung (bestehend aus ca. 50 ordentlichen und 70 ausserordentlichen Mitgliedern) und einem externen Beirat. Innerhalb des Netzwerks werden darüber hinaus 6 Teilprojekte bearbeitet, z.B. zur effektiveren Gestaltung von Suizidprävention oder zur Behandlung leichter depressiver Symptome. Finanziert wird das Kompetenznetz vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

www.kompetenznetz-depression.de

7. Empfehlungen für eine Rechtsform³

Für die vierjährige Pilotphase der Erweiterung zum „Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz“ wird ein Zusammenarbeitsvertrag zwischen BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz (sowie allfälliger weiteren Trägerschaftsorganisationen) vorgeschlagen. Darin werden im Wesentlichen die Geschäftsbedingungen für das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz festgehalten. Folgende Inhalte der Zusammenarbeit werden geregelt:

- Gesetzliche Grundlagen
- Ziel und Zweck des Projektes und des Vertrages
- Einzelne Leistungen der drei Trägerschaften
- Schwerpunkte des Leistungsauftrags für die Koordinationsstelle
- Organisation und Finanzierung des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz
- Kommunikation, Evaluation und Qualitätssicherung
- Haftungsfragen, Eigentumsrechte bei Auflösung, Gerichtsstand etc.

Der zu erstellende Zusammenarbeitsvertrag soll vorerst für die Pilotphase gelten. Er ist kündbar. Die Kündigungsfrist soll mindestens ein halbes Jahr betragen. Aufgrund einer Prozessevaluation nach 1.5 Jahren und einer Wirkungsevaluation nach weiteren 1.5 Jahren sowie unter Berücksichtigung des Fortschrittes beim vom Bundesrat vorgeschlagenen Bundesgesetz für Prävention und Gesundheitsförderung entscheiden die Trägerschaften über die nächste Etappierung.

8. Ausblick: Weiteres Vorgehen

Der Aufbau des hier vorgeschlagenen Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz setzt die Bereitschaft zu einer mittel- bis längerfristigen Zusammenarbeit von GDK, BAG und Gesundheitsförderung Schweiz in diesem Bereich voraus.

Zu diesem Zweck befindet der Stiftungsrat von Gesundheitsförderung Schweiz, basierend auf dem vorliegenden Konzept, über ein allfälliges Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz an seiner Retraite Mitte Juni 2010. Im Falle eines positiven Entscheides wird sich der Vorstand der GDK am 1. Juli 2010 mit dieser Frage beschäftigen. Parallel dazu läuft der

³ Dieses Kapitel wurde vom BAG erarbeitet.



Entscheidungsfindungsprozess innerhalb des BAG. Am 26. August 2010 wurde der definitive Entscheid über ein allfälliges Engagement von Bund und Kantonen an der Sitzung des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik gefällt.

Anschliessend wurde ein auf vorerst vier Jahre limitierter Zusammenarbeitsvertrag der drei Trägerschafts-Partner BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz (sowie allfälliger weiterer Partner) ausgearbeitet und unterzeichnet. Darin werden, wie im Kapitel 7 beschrieben, im Wesentlichen die Geschäftsbedingungen für das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz festgehalten, inkl. Organisation und Finanzierung. Darauf folgen die Besetzung der Netzwerkorgane sowie die Aufbauarbeiten am Netzwerk. Diese beinhalten wie erwähnt auch die Erstellung eines kurzen Evaluations- und Kommunikationskonzepts.

9. Literatur

(zitierte Literatur und Auswahl aus der Fachliteratur)

Ajdacic-Gross V., Graf, M. (2003). „Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz“, Neuchâtel: Obsan.

Althaus, D., Niklewski, G. Schmidtke, A., Hegerl, U. (2007). „Veränderung der Häufigkeit suicidalen Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression““, *Nervenarzt* 2007; 78, S. 272-282.

Bachmann, N., Neuhaus, M. (2010). „Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt“, Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Badura, B., Schröder, H., Klose, J. et al. (2009). „Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Fehlzeiten-Report 2009“, Heidelberg: Springer.

Baer, N., Frick, U., Zähringer, S. (2005). „Wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz“, Neuchâtel: Obsan.

Baer, N., Frick, U., Fasel, T. (2009). „Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe“, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Barry, M. (2001). „Promoting Positive Mental Health: Theoretical Frameworks for Practice“, *International Journal of Mental Health Promotion* 2001; 3 (1), S. 25-34.

Becker, P. (1997). „Prävention und Gesundheitsförderung“, in: Schwarzer, R. (Hrsg.): „Gesundheitspsychologie“, Göttingen: Hogrefe.

Begré, S., Rička, R. (2010). „Erkennen, behandeln, verhüten von Depressionen in der Grundversorgung“, *Schweizerische Ärztezeitung* 2010; 91 (8), S. 312-316.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2008). „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland“.

Bodenmann, G. (2009). „Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen“, Bern: Hans Huber.

Brenner, H. (2006). „Arbeitslosigkeit“, in: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F. (Hrsg.): „Volkskrankheit Depression“, Heidelberg/New York: Springer.

Brühlmann, T. (2010). „Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung“, *Schweiz Med Forum* 2010; 10 (8), S. 148-151.



- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005). „Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen“, Tagungsbericht.
- Bundesamt für Gesundheit (2005). „Suizid und Suizidprävention in der Schweiz – Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251)“. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Commission on Social Determinants of Health CSDH (2008). „A conceptual framework for action on the social determinants of health“, Geneva: World Health Organization.
- Druss, B., Schlesinger, M., Allen, H. (2001). „Depressive Symptoms, Satisfaction with Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population“, *American Journal of Psychiatry* 2001; 158 (5), S. 731-734.
- Ebner, G., Kurt, H. (2009). „Positionspapier zur Verdoppelung des Selbstbehalts für psychisch Kranke“. *Schweizerische Ärztezeitung* 2009; 90 (49), S. 1920-22.
- Europäische Union (2008). „Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“.
- Fäh, B. (2009). „Starke Eltern – Starke Lehrer – Starke Kinder. Wie psychische Gesundheit von Eltern und Lehrer Kindern hilft“, Marburg: Tectum.
- Faller, G. (Hrsg.) (2010). „Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung“, Bern: Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönau-Böse, M. (2009). „Resilienz“, München: Reinhardt.
- Furrer, C., Bieri, O., Bachmann, R. (2004). „Berufliche Eingliederung in der Eidg. Invalidenversicherung“, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2005). „Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz“.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2006). „Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf „Psychische Gesundheit – Stress“ und „Gesundes Körpergewicht““.
- Graf, M., Pekruhl, U. (2007). „4. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive“, Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Guggisberg, J., Egger, T., Künzi, K. (2008). „Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung“, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A. und G. Niklewski (2006). „The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality“, *Psychological Medicine*; 36 (9), S. 1-9.
- Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E. et al. (2007). „The „European Alliance Against Depression (EAAD) “: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality“, *The World Journal of Biological Psychiatry*; 9 (1), S. 1-8.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009). „Suicide“, *Lancet* 2009; 373, S. 1352-1381.
- Hämmig, O., Jenny, G., Bauer, G. (2005). „Arbeit und Gesundheit in der Schweiz“, Neuchâtel: Obsan.
- Illés, C., Abel, T. (2002). „Psychische Gesundheit. Eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“, Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Kantonsärztliche Dienste Luzern (2009). „Luzerner Bündnis gegen Depression 2007-2009“, Schlussdokumentation. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement. *Unveröffentlichter Bericht*.



- Kocher, G., Oggier, W. (Hrsg.) (2007). „Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht“, Bern: Hans Huber.
- Kreis, J., Bödecker, W. (2003). „Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz“, IGA-Report 3. BBK Bundesverband Essen und HVBG Dresden.
- Krieger, R., Graf, M. (2009). „Arbeit und Gesundheit. Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007“, Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Loeb, P. (2010). „Unbefriedigende Behandlung der Depression – nur Sache des Hausarztes?“, Schweizerische Ärztezeitung 91(4), S. 117-119 .
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J. et al. (2005). „Suicide prevention strategies. A systematic review“, JAMA 2005; 294 (16), S. 2064-2074.
- Meier, C. (2004). „Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung“, Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Meyer, K. (Hrsg.) (2009). „Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008“, Neuchâtel: Obsan.
- Müller, B. (2009). „Thurgauer Bündnis gegen Depression und Luzerner Bündnis gegen Depression: Vergleich der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsbefragungen“, Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz. *Unveröffentlichter Bericht.*
- Naidoo, J, Wills, J. (2003). „Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung“, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Narring, F., Tschumper, A. et al. (2003). „Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20 Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Bern: Institut für Psychologie; Bellinzona: Sezione sanitaria, 2003.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). „Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers“.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004). „Psychische Gesundheit - Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“, Bern: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz.
- OECD (2006). „OECD-Berichte über Gesundheitssysteme Schweiz“, OECD / WHO.
- Public Health Schweiz (2009). „Grundlagenpapier Psychische Gesundheit“. Bern: Public Health Schweiz.
- Ramaciotti, D., Perriard, J. (2000). „Die Kosten des Stresses in der Schweiz“, Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Reisch, T., Maillart, A., Michel, K. (2007a). „Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Region Bern“, Bern: Studie im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit.
- Reisch, T., Schuster, U., Michel, K. (2007b). „Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from a national survey in Switzerland“, Suicide Life Threat Behav. 2007 Dec; 37(6), S. 681-687.
- Rička R. et al. (2006). „Arbeitsbedingungen und Gesundheit – eine strategische Perspektive für alle. Impulse, Ergebnisse und Empfehlungen im Anschluss an die nationale Arbeitstagung der Nationalen Gesundheitspolitik vom 18. Sept. 2003 in Aarau“, Bern: Bundesamt für Gesundheit, Geschäftsstelle Bund für die Nationale Gesundheitspolitik.



Rička, R., Kickbusch, I., von Greyerz, S. (2007). „Public Health – Mehrwert durch Integration der psychischen Gesundheit“, Sonderdruck aus dem Bulletin PSY & PSY 1/07 für die Swiss Public Health Conference vom 21./22. Juni 2007 in Olten.

Rorato, M., Voll, P. (2006). „Wir sind ein Verein, wo ein Mensch auch ausfallen kann... Zur Rolle der Selbsthilfe im Zuger Bündnis gegen Depression“, Kurzfassung. Luzern: Fachhochschule Zentralschweiz.

Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). „The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis“, London: Taylor & Francis.

Schuler, D., Rüesch, P., Weiss, C. (2007). „Psychische Gesundheit in der Schweiz“, Neuchâtel: Obsan.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2005). „Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie. Richtlinien der SAMW“, www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-geultige-Richtlinien.html

Sommerhalder, K., Abel, T. (2007). „Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung“, Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., Neuner, T. et al. (2009). „Senkung der Suizide durch das „Bündnis gegen Depression““, Nervenheilkunde 2009; 28, S. 205-210.

Ulich, E., Wülser, M. (2009). „Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven“, Wiesbaden: Gabler.

Wicki, M. (2006). „Le concept de la santé publique dans le domaine de la santé psychique: L'exemple de l'Alliance contre la Dépression“, Rapport de stage de licence. Genève: Université de Genève.

WHO (2004). „Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice“, Geneva: World Health Organization.

WHO Europa (2005). „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“, Helsinki: WHO Europa.

WHO Europa (2005). „Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“, Helsinki: WHO Europa.

<http://www.buendnis-depression.de/depression/arbeitsplatz.php>, 7.12.2009



Anhang

Anhang 1: Befragte Fachpersonen

Fabienne Amstad, Projektleiterin Gesundheitsförderung Schweiz
Georg Bauer, Experte für betriebliches Gesundheitsmanagement, Uni und ETH Zürich
Stefan Begré, Delegierter KHM im überregionalen Netzwerk BgD
Guy Bodenmann, Lehrstuhlinhaber Institut für Psychologie, Universität Zürich
Heinz Bolliger-Salzman, Assistent ISPM Bern, Dozent, Psychotherapeut
Ulrike Borst, Leiterin Thurgauer BgD
Mathis Brauchbar, Geschäftsleitung advocacy AG
Brigitta Danuser, Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin
Elisabeth Débenay, Leiterin Gesundheitsförderung und Prävention des Kantons Genf
Tony Erb, Leiter Ressort Arbeitsmarktmassnahmen, SECO
Barbara Fäh, Leiterin Bachelor-Studium Soziale Arbeit FHNW
Beat Fasnacht, Unternehmer und Leiter des Instituts St. Josef Guglera
Werner Fey, Leiter der Geschäftsstelle Berner BgD
Jürg Gassmann, Zentralsekretär Pro Mente Sana
Maggie Graf, Leiterin Grundlagen Arbeit und Gesundheit, SECO
Philippe Granget, wissenschaftlicher Berater, Gesundheitsdirektion des Kantons Genf
Barbara Hochstrasser, Präsidentin des Schweizer Expertennetzwerks Burnout
Dieter Kissling, Direktor Institut für Arbeitsmedizin Baden
Ursula Koch, Leiterin Sektion Alkohol und Tabak, BAG
Markus Krähenbühl, Kreisarzt Ost der Armee
Daniela Krneta, Vizepräsidentin Berner BgD
John Kummer, Gründungspräsident Equilibrium
Hans Kurt, Präsident SGPP und Aktionsbündnis Psychische Gesundheit
Pierre Loeb, Präsident SAPP
Rita Meyer, Mitglied Equilibrium
Konrad Michel, Psychiatrische Poliklinik der UPD Bern
Dario Mordasini, Verantwortlicher Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Unia
Marc Müller, Präsident KHM und Hausärzte Schweiz
Jacques Reiner, Betroffener, Mitglied Vorstand Ipsilon
Thomas Reisch, Suizidexperte, Mitglied Berner BgD
Stefan Ritler, Präsident IVSK, designierter Vizedirektor des BSV
Claude-François Robert, Kantonsarzt Neuchâtel



Hans-Peter Roost, Mitglied Steuerungsausschuss Luzerner BgD
Roy Salveter, Leiter Abteilung Nationale Präventionsprogramme, BAG
Alice Scherrer, Mitglied des Vorstandes BgD Appenzell-Ausserrhoden
Bettina Schulte, Vizedirektorin Gesundheitsförderung Schweiz
Roland Stähli, Beauftragter für Gesundheitsförderung des Kantons Zürich
Thomas Steffen, Leiter Abt. Gesundheitsförderung u. Prävention Kanton Basel-Stadt
Andreas Stettbacher, Oberfeldarzt der Armee
Margot Vanis, Spezialistin Stress und Mobbing am Arbeitsplatz, SECO
Lukas Weber, Projektleiter Gesundheitsförderung Schweiz
Barbara Weil, Generalsekretärin Verein Ipsilon
Sabine Wiederkehr, HR Project Manager Alstom Schweiz
Marc Wülser, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung iafob



Anhang 2: Fragenkatalog

- (1) Datum und Ort des **Interviews**, befragende Person.
- (2) **Befragte Person**: Name, Vorname, Funktion, Institution, fachlicher Hintergrund.
- (3) Welchen Bezug haben Sie zum Thema **Depression**? Welches ist Ihr (persönliches) Engagement in diesem Gebiet?
- (4) Haben Sie bereits Erfahrungen mit dem **Konzept „Bündnis gegen Depression (BgD)“** gemacht? Wenn ja, in welchem Rahmen?
- (5) Halten Sie das **Konzept „Bündnis gegen Depression (BgD)“** für sinnvoll? Welche Stärken und Schwächen sehen Sie beim Konzept BgD im Verhältnis zu weiteren Konzepten oder Ansätzen im Umfeld (Suizidprävention; Psychische Gesundheit generell, Gesundheitsförderung generell, Gesundheitskompetenz, andere)?
- (6) Haben Sie Bemerkungen zu bestimmten **Ausprägungen** (Ansiedlung von Leitungsgremium, Federführung und Sekretariat, Konzeption der Zusammenarbeit mit dem Umfeld, Finanzierungsmechanismen usw.) der Umsetzung des Konzepts „BgD“?
- (7) Halten Sie eine **Erweiterung** des BgD auf andere **Regionen** und Kantone der Schweiz für sinnvoll? Gründe?
- (8) Welche **Partnerinstitutionen** könnten für eine Erweiterung des BgD in Frage kommen (allgemein, oder Partnerinstitutionen, mit denen Sie schon in einem anderen Kontext zusammenarbeiten)?
- (9) Halten Sie eine **Ausweitung/Vertiefung** des BgD in Richtung **Gesundheit am Arbeitsplatz** für sinnvoll? Welche Grenzen sehen Sie dabei?
- (10) Welche konkreten Massnahmen könnten Sie sich dabei vorstellen?
- (11) Sehen Sie Grenzen der Anwendung des Konzepts im Betrieb? Auf welche Gesichtspunkte wäre besonders zu achten?
- (12) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten eines besseren Einbezugs **Erwerbsloser** in die Aktivitäten des BgD? Worauf wäre dabei besonders zu achten?
- (13) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten eines besseren Einbezugs der kantonalen **IV-Stellen** in die Aktivitäten des BgD? Worauf wäre dabei besonders zu achten?
- (14) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten der besseren Berücksichtigung der Bedürfnisse **Betagter** bei den Aktivitäten des BgD? Mit welchen Organisationen / Institutionen wäre hier primär Kontakt zu suchen?
- (15) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten der besseren Berücksichtigung der Bedürfnisse von **Migranten** bei den Aktivitäten des BgD? Mit welchen Organisationen / Institutionen wäre hier primär Kontakt zu suchen?
- (16) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten der besseren Einbindung von **Mütter- und Väterberatung** (postnatale Depressionen) bei den Aktivitäten des BgD? Mit welchen Organisationen / Institutionen wäre hier primär Kontakt zu suchen?
- (17) Wie beurteilen Sie die Relevanz einer **gender-spezifischen Perspektive** bei der Erweiterung des BgD? In welchen Bereichen rund um das Thema Depression ist die Gender-Frage besonders zu berücksichtigen?
- (18) Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten der besseren Einbindung von **Schulen und Vereinen** (Freizeitangeboten) bei den Aktivitäten des BgD? Mit welchen Organisationen / Institutionen wäre hier primär Kontakt zu suchen?



- (19) Haben Sie Anregungen bezüglich des Einbezugs und der Unterstützung **weiterer Zielgruppen**: Menschen nach Suizidversuchen, Suchterkrankte, Strafgefangene, Suizid-Hinterbliebene, oder andere?
- (20) Kennen Sie die Materialien des BgD, die vom BAG zur Verfügung gestellt werden? Arbeiten Sie mit diesen Materialien? Wenn ja, mit welchen? Haben Sie Anregungen zu den **Ausbildungs- und Unterstützungshilfen sowie Materialien**, die beim BdG eingesetzt werden sollen oder können?
- (21) Haben Sie Anregungen zur **Gestaltung, Struktur und Organisation des Netzwerks** BgD?
- (22) Welche Rollen und Aufgaben sehen Sie für **Behörden** von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie öffentlicher Dienste (Gesundheitsdienste, Rettungsdienste, Sozialdienste, Polizei und anderen) bei den Bemühungen um Verbesserungen des Umgangs mit Depression?
- (23) Haben Sie Bemerkungen zu den Rollen und zum Einsatz bestimmter **privater Kreise** bei diesen Bemühungen: Hausärzte, Psychiater, Psychologen, Kirchen / Seelsorge, Unternehmen, Versicherungen, Medien, Selbsthilfeorganisationen, Angehörigenorganisationen, ?
- (24) Was halten Sie von der Zusammenarbeit **BAG – GDK – Gesundheitsförderung Schweiz** bei einer angestrebten Erweiterung und Vertiefung des BgD?
- (25) Haben Sie Anregungen zur **Finanzierung** der Aktivitäten der BgD und des Netzwerks?
- (26) Haben Sie Anregungen oder Bemerkungen zu **Begleitforschung, Monitoring und Wissensmanagement** im Bereich Umgang mit Depression?
- (27) Welche weiteren **Elemente oder Bereiche** sollten bei den zukünftigen weiteren Arbeiten im Netzwerk „BgD“ noch Beachtung finden?
- (28) Welche weiteren **Referenzpersonen** sollten aus Ihrer Sicht auch noch befragt werden?
- (29) Welche weiteren **Informationsquellen** müssten wir im Hinblick auf die Verfeinerung unseres Projekt-Konzepts berücksichtigen?
- (30) Gibt es **Dokumente**, die uns von Ihrer Seite zur Verfügung gestellt werden können?
- (31) Haben Sie weitere **Bemerkungen** anzubringen?

■