

## Ziel 12: Psychische Störungen und Selbstmord reduzieren

Bis zum Jahr 2000 sollte die Prävalenz psychischer Störungen anhaltend rückläufig sein, die Lebensqualität aller an solchen Störungen Leidenden sollte sich verbessert haben, und es sollte eine Umkehr der gegenwärtig steigenden Trends bei Selbstmord und Selbstmordversuch eingetreten sein.

### Problemlage

In der Schweiz besteht keine markant andere Problemlage als in den übrigen mitteleuropäischen Ländern. Auffallend ist jedoch der relativ hohe Anteil der Suchtmittel- und Medikamentenabhängigen, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. Ziel 17). In Wechselwirkung mit diesen Abhängigkeiten stehen weitere psychische Störungen, beispielsweise suizidale Krisen. Im Zeitraum von 1970 bis 1985 wies die Schweiz im Vergleich zu den übrigen europäischen Ländern eine hohe Suizidrate auf. Von 1970 bis 1985 stieg sie bei jungen Menschen schrittweise an. In den letzten Jahren ging die Sterberate jedoch wieder auf den Stand von 1970 zurück.

Die Anfälligkeit für psychischen und sozialen Stress ist relativ hoch und nimmt tendenziell zu. Verschiedene gesellschaftliche Veränderungen stellen die Tragfähigkeit des sozialen Netzes in Frage: Die Formen des Zusammenlebens und die beruflichen Lebensläufe werden vielfältiger und sind häufigerem Wandel unterworfen als früher. Die Orientierung an allgemeingültigen Werten und Normen ist erschwert, die Bindungen an Familie und Gemeinschaft geschwächt. Insbesondere Kinder sind durch instabile elterliche Funktions- und Rollenverteilungen vermehrt belastet. Auch die zunehmende Mobilität und Säkularisierung der Gesellschaft werden als zusätzliche Stressfaktoren empfunden. Im weiteren hat die wirtschaftliche Rezession mit einer für schweizerische Verhältnisse relativ hohen Arbeitslosigkeit die Arbeitssituation nachhaltig verschlechtert und die sozialen Gegensätze verschärft. Es ist damit zu rechnen, dass vor allem sozial Benachteiligte wie alte Menschen, junge Familien, Alleinerziehende, junge Arbeitslose, Ausgesteuerte, Flüchtlinge, Gastarbeiter

vermehrt unter psychischen Belastungen leiden werden.

Sowohl die ambulante wie die stationäre (sozial-)psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung hat in der Schweiz einen hohen quantitativen und qualitativen Standard. Tendenziell wird die gemeindenahere Betreuung von psychisch Kranken (freipraktizierende Ärzte, spitalexterne sozialpsychiatrische Dienste wie Tages- und Nachtkliniken, psychiatrische Stationen an Allgemeinspitälern, Wohnheime, betreute Wohngemeinschaften, Ambulatorien, geschützte Werkstätten usw.) sowohl aus therapeutischen wie finanziellen Erwägungen gefördert. Das Angebot psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen konzentriert sich weiterhin auf die städtischen Agglomerationen, auch wenn sich das Missverhältnis zu den ländlichen Gebieten verringert hat. Im ambulanten psychotherapeutischen Bereich sind Tendenzen eines unkritischen Überangebotes an individuellen Lebenshilfen zu verzeichnen («Psycho-Markt»). Die Vernetzung der psychischen Gesundheitsversorgung mit der primären Gesundheitsversorgung, beispielsweise den Haus- und Familienärzten sowie den Gesundheits- und Sozialdiensten auf Gemeindeebene, ist durch das spezialisierte und vielfältige Angebot erschwert und bedarf der Verbesserung. Der Leistungsumfang zu Lasten der Sozialversicherungen ist in Bezug auf Indikationsstellung, Leistungserbringer, Aus-/Weiter- und Fortbildungsanforderungen sowie Qualitätskontrolle noch zu wenig eindeutig definiert.

In der Öffentlichkeit sind vor allem gegenüber der Psychiatrie – etwas weniger auch gegenüber der Psychologie – Vorurteile zu beobachten. Die Medienberichterstattung über die Psychiatrie lässt zu wünschen übrig. Nicht selten werden unsachgemässe, oberflächliche Informationen und diffamierende Meinungsäus-

serungen publiziert. Diese schüren Angst und Widerstände und halten seelisch Leidende und deren Familien davon ab, psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

## Ziele

- Förderung der Tendenz einer rückläufigen Suizidhäufigkeit vor allem bei jungen Menschen,
- Förderung von Programmen der primären Gesundheitsförderung unter koordiniertem Einbezug von Familie, Schule und Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen,
- Weiterausbau von patientenzentrierten, gemeindenahe Versorgungsstrukturen mit spitalexternen Einrichtungen,
- Verminderung negativer Vorurteile gegenüber der Psychiatrie durch eine aktivere und wirklichkeitsbezogenere Medienpräsenz,
- Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Angebote in ländlichen Regionen.

## Massnahmen

- Die Aktion «Krise und Suizid», welche 1992 vor allem Ärzte der Primärversorgung für das Erkennen von Krisen sensibilisiert und in der Krisenintervention geschult hat, ist im Sinne einer primären Prävention auszuweiten.
- Programme zur psychischen Gesundheitsförderung in der Schule, welche nicht nur kognitive Lerninhalte vermitteln, sondern auch emotional besetzte Themen wie Sexualität, Aggression, Konfliktbewältigung usw. eingehender behandeln, sind zu fördern. Der Akzent solcher Programme soll nicht bei Suizid und Suizidverhütung liegen. Es sollen vielmehr «Basisfunktionen» der Krisen- und Konfliktverhütung trainiert werden.

*Conrad Frey*