

spectra

137



Neue
Episoden von
spectra podcast
hören



Gesundheit und Soziales: Schnittstellen stärken

6 «Die Zukunft gehört den interprofessionellen Teams»

Vieles spricht dafür, Sozialarbeitende in die medizinische Grundversorgung zu integrieren. Denn komplexe Fälle lassen sich gemeinsam besser betreuen, meinen der Hausarzt Michael Deppeler und René Rüegg, Experte für Sozialarbeit, im Gespräch.

10 Ganzheitliche Ansätze in der Gesundheitsversorgung

Um die Versorgung von Menschen mit chronischen oder mehrfachen Erkrankungen zu verbessern, ist ein ganzheitlicher Ansatz nötig. Zahlreiche Beispiele aus der Schweiz zeigen, dass es sich lohnt, die individuelle Gesundheitsversorgung über die ganze Behandlungskette hinweg zu koordinieren.

11 «Das Potenzial der Bildung wird zu wenig genutzt»

5 Fragen an Markus Kaufmann. «Als Gesellschaft sollten wir akzeptieren, dass einige Menschen eine gewisse Zeit lang Unterstützung brauchen. Und wir sollten sie während dieser Zeit mehr fördern», sagt der Geschäftsführer der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS).



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Gesundheitswesen und Sozialwesen stärker verbinden

Das BAG setzt sich dafür ein, mehr Brücken zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales zu schaffen und so die ganzheitliche Gesundheitsförderung, die Prävention und die Versorgung zu stärken.

Körper, Psyche und Soziales – alle haben einen Einfluss auf unsere Gesundheit und sind untereinander verbunden. Der Mensch ist mehr als eine komplexe biologische Maschine, er ist ein soziales Wesen, eingebettet in ein Netz: in der Familie, bei Freunden; in der Schule, am Arbeitsplatz, im Verein. Ein gutes Netz stützt die Gesundheit.

Eine Literaturübersicht der Universität Fribourg zeigt zum Beispiel, welchen Einfluss materielle Faktoren wie Arbeitsbedingungen und psychosoziale Risikofaktoren wie Stress oder soziale Isolation (Einsamkeit) auf die Entstehung von Krankheiten haben: Stress erhöht das Risiko für die Entstehung von Krebserkrankungen um 47 Prozent und für psychische Störungen gar um 85 Prozent. Soziale Isolation erhöht das Risiko für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 26 Prozent oder von Demenz um 27 Prozent. Stress und soziale Isolation können auch einen Einfluss haben auf den risikoreichen Konsum von Alkohol und Tabak.

Umgekehrt können diese psychosozialen Faktoren auch positiv wirken: Gemäss Literaturübersicht vermindert soziale Integration das Risiko für die Entstehung von muskuloskeletalen Erkrankungen oder Demenz.

Andere Studien zeigen, dass ein Grossteil der Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz unter chronischen Erkrankungen, psychischen Beschwerden und tiefer Lebensqualität leidet. Armut und Gesundheit hängen zusammen.

Soziale Unterstützung verbessert Lebenserwartung

Insgesamt ist es daher nicht überraschend, dass sozial isolierte Personen ein zwei- bis fünfmal so hohes Risiko haben, frühzeitig zu sterben (Quelle: Obsan Dossier 27). Eine Fülle von Studien belegt, dass soziale Unterstützung einen erheblichen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung hat. Basis dieser ganzheitlichen Betrachtung bildet das sogenannte biopsychosoziale Modell, das Körper (bio), Psyche (psycho) und soziales Umfeld kombiniert.

Ein typisches Beispiel ist die ältere Frau, die in ihrer Küche stürzt und im Spital operiert werden muss. Sie möchte so schnell wie möglich wieder nach Hause. Die Angehörigen sind jedoch am Anschlag mit der Betreuung, untereinander zerstritten, und fragen sich, ob sie die Belastung noch stemmen können. Es braucht nun den Aufbau eines neuen Settings, in das alle involviert sind: Patientin, Angehörige, Arzt, Pflege etc. Der Spitalaustritt muss gut geplant und ein unterstützendes Umfeld erhalten und geschaffen werden. Was ist die optimale Lösung? Für die Patientin, für die Angehörigen?

In solchen Fällen können Gesundheitswesen und Sozialwesen wie abgetrennte Silos wirken. Gesundheitsfachpersonen auf der einen Seite – Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter auf der anderen. Krankenversicherung und Unfallversicherung auf der einen Seite –

Invalidenversicherung, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe usw. auf der anderen. Es bestehen getrennte Finanzierungssysteme, Fragmentierungen, die nicht mehr zeitgemäss sind, und kaum aufeinander abgestimmte gesetzliche Bestimmungen.

Komplementäre Netzwerke und Koordination

«Es geht darum, diese Silos aufzubrechen, indem wir mehr und stärkere Brücken bauen zwischen den Bereichen», so Simona De Berardinis, Leiterin Nationale Strategie Sucht beim BAG. «Es geht um Therapien und Angebote, die gut ineinandergreifen, und um Netzwerke, die komplementär und aufeinander abgestimmt sind.» Wichtig ist, dass Fachleute auch gewisse Kenntnisse über Funktionsweise und Angebote des jeweils anderen Teilbereichs haben und die Koordination suchen. Oft geht es auch darum, eine gemeinsame Sprache zu finden aufgrund unterschiedlicher Fachjargons und Denkmuster.

Marianne Jossen, Leiterin Nationale Strategie nichtübertragbare Krankheiten beim BAG, ergänzt: «Diese Brücken sind auch in Bezug auf die Zusammenarbeit unter den Ämtern wichtig, konkret zwischen dem BAG und dem Bundesamt für

«Es geht um Therapien und Angebote, die gut ineinandergreifen, und um Netzwerke, die komplementär und aufeinander abgestimmt sind.»

Forum

Soziale Arbeit: ein unverzichtbarer Gesundheitsakteur

Es ist unbestritten, dass Gesundheit ein biopsychosoziales Geschehen ist. Dieses Wissen wäre in der Gesundheitsversorgung aber noch konsequenter umzusetzen. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit spielt dabei eine zentrale Rolle. An der Nahtstelle zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales vermittelt sie zwischen Individuen und deren sozialem Umfeld und bearbeitet so die soziale Dimension von Gesundheit. Ihre Interventionen tragen dazu bei, Qualität und Effektivität zu steigern und gleichzeitig Kosten zu senken.

Gesundheitsstrategien sehen zwar eine verstärkte Integration der Bereiche Gesundheit und Soziales vor. Trotzdem bleiben die konkreten Leistungen oftmals fragmentiert und schwer zugänglich. Mit ihrer systemischen Sichtweise wirkt Soziale Arbeit koordinierend und hilft Menschen, sich im komplexen Netzwerk der verschiedenen Angebote und Akteure zu orientieren. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit setzt sich ein für Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen, die von Vulnerabilität, Prekarität oder eingeschränkter Autonomie betroffen sind und deshalb eine solche Navigations- und Integrationsleistung nicht aus eigener Kraft erbringen können.

Mit ihrem Fokus auf soziale Faktoren, die nachweislich die Gesundheit mitbestimmen, spielt Soziale Arbeit eine wesentliche Rolle bei der Vorbeugung von Gesundheitsproblemen. Ebenso bearbeitet sie die sozialen Folgen von Krankheit oder Unfällen (z. B. finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten) und beugt damit weiteren Problemerkalkulationen vor.

Soziale Arbeit trägt dazu bei, dass Massnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention für jene Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen übersetzt, angepasst und zugänglich gemacht werden, die sonst davon ausgeschlossen wären. Ihre Nähe zur Lebenswelt der Menschen erlaubt es ihr zudem, Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen. Durch die zunehmende Komplexität von Gesundheitsproblemen, die in hohem Mass auch die soziale Dimension betreffen, ist Soziale Arbeit ein unverzichtbarer Akteur in Gesundheitsförderung und Prävention.

Wie erwähnt, ist die Bedeutung der sozialen Dimension von Gesundheit jedoch häufig noch zu wenig im Bewusstsein von politischen Akteuren, und eine einheitliche, gesetzlich verankerte Finan-

zierung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit fehlt bisher. Soziale Arbeit kann mit ihrer Expertise einen wichtigen Beitrag an eine effizientere und effektivere biopsychosoziale Gesundheitsversorgung leisten, wenn dafür entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen gesichert werden.

Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen SAGES:

- Fanny Bovey, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS), Haute école du travail social et de la santé Lausanne (HETSL), HES-SO
- Nadia Noto Perna, Leiterin Spitalsozialdienst, Spital Wallis, Sitten
- Therese Straubhaar, SAGES-Co-Präsidentin
- Thomas Friedli, SAGES-Co-Präsident

sa'ges

Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen



Linda Nartey,
Vizedirektorin
BAG

Wie gestalten wir eine gute Zusammenarbeit?

Christian ist Ende vierzig und erhält die Diagnose Krebs. Er arbeitet im Tieflohsegment, sein finanzielles Polster reicht nicht für den Selbstbehalt der Krankenversicherung. Und es werden weitere Kosten auf ihn zukommen, zum Beispiel für Therapietransporte oder für eine allfällige Betreuung zu Hause. Muss er sich verschulden? Wo kann er sich Hilfe holen? Welche Rechte hat er? Die Situation überfordert ihn. Glücklicherweise unterstützt ihn die Arztpraxis. Die Mitarbeitenden wollen sich für Christian engagieren, doch hier stellen sich weitere Fragen: Sind sie dafür zuständig? Wie rechnen sie diese Beratung ab? Verfügen sie überhaupt über das entsprechende Wissen?

Dieser Fall zeigt, wie schwierig eine gezielte Zusammenarbeit an den Schnittstellen des Gesundheits- und des Sozialsystems ist. Personen, die an solche Schnittstellen gelangen, stehen oft vor vielfältigen Herausforderungen: Physische Erkrankungen sind häufig mit psychischen Belastungen verbunden, es fehlen nicht nur finanzielle Mittel, sondern auch soziale Netzwerke oder berufliche Perspektiven. Dies alles beeinflusst und verstärkt sich gegenseitig. Und spiegelbildlich beeinflusst das, was im Sozialwesen entschieden und umgesetzt wird, das Gesundheitswesen – und umgekehrt.

Die beiden Systeme sind institutionell weitgehend getrennt mit kaum aufeinander abgestimmten Gesetzesgrundlagen, Zuständigkeiten oder Finanzierungsmechanismen. Im Zentrum sollte immer der Mensch stehen. Um Menschen wie Christian bestmöglich zu unterstützen, müssen Mitarbeitende, Institutionen und Organisationen aus beiden Systemen koordinierter und bedürfnisorientierter zusammenarbeiten. Daher organisiert das BAG gemeinsam mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) am 20. Juni 2023 eine Konferenz, die diese Zusammenarbeit ins Zentrum stellt: Ganzheitliche Gesundheitsförderung gelingt nur sektorübergreifend.

Sozialversicherungen (BSV), denn eine ganzheitliche Gesundheitsförderung kann nur mit einer sektorübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit gelingen.» Grundlage für diese Arbeiten ist zum Beispiel «Gesundheit 2030», die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates, welche unter anderem die verstärkte koordinierte Versorgung als Ziel definiert.

Wer besonders gefährdet ist

Es ist wichtig zu betonen, dass Gesundheits- und Sozialwesen in der Schweiz gut funktionieren. Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ist sozial gut integriert und erhält im Bedarfsfall wirksame medizinische und soziale Unterstützung. Allerdings gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders gefährdet sind, sozial isoliert, stigmatisiert, diskriminiert und zu wenig unterstützt zu werden. Dazu gehören zum Beispiel:

- ältere Personen
- Personen mit tiefer Schulbildung und geringen finanziellen Mitteln
- Migrantinnen und Migranten mit tiefem sozioökonomischem Status und/oder wenig Kenntnissen der Ortssprache
- Alleinerziehende
- Personen mit einer psychischen Erkrankung
- Personen mit einer Suchterkrankung

Was die Akteure unternehmen

Das BAG hat – immer mit dem biopsychosozialen Modell als Referenz – verschiedene Massnahmen ins Leben gerufen, um die Situation zu verbessern, etwa die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung oder die Integration des F+F-Ansatzes (Früherkennung und Frühintervention, siehe Artikel Seite 9). Zudem untersuchte eine Studie im Auftrag des BAG die Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesund-

heitswesen und Sozialhilfe (siehe Links).

Weitere Massnahmen umfassen Arbeiten rund um die gesundheitliche Vorausplanung, die Plattformen Palliative Care und Demenz, die Vernetzung der Akteure und das Teilen von Wissen, etwa in Form von Veranstaltungen wie der diesjährigen Stakeholderkonferenz oder in Form von Runden Tischen, an denen sich Fachleute zu psychosozialen Determinanten der Gesundheit austauschen.

Zudem erarbeitet das BAG Grundlagen und begleitet Forschungsprojekte. Etwa das Projekt «Sozialberatung direkt in der Arztpraxis»: Patientinnen und Patienten werden in der Arztpraxis durch eine professionelle Sozialberatung im Umgang mit ihren oft chronischen Krankheiten unterstützt, erhalten niederschwellige Beratung in sozialen, finanziellen und rechtlichen Fragen und werden bei Bedarf an geeignete Stellen weitergeleitet. Dank Früherkennung, besserer Koordination zwischen Gesundheits- und Sozialwesen und Case Management verbessert sich die Qualität der Versorgung (siehe Artikel Seite 6).

Ein anderes Beispiel, in dem das biopsychosoziale Modell eine Rolle spielt, ist der Ansatz der «caring communities». Die Stadt Bern etwa verfolgt diesen Ansatz in ihrer Altersstrategie 2030. Eine «caring community» ist eine Gemeinschaft, in der Menschen füreinander sorgen und sich gegenseitig unterstützen. Damit unterstützt die Stadt gesundes Altern in gewohnter Umgebung und stärkt die Eigenständigkeit, die soziale Teilhabe und die Lebensqualität (weitere Projekte und Praxisbeispiele gibt es auf bag-blueprint.ch).

«Eine besondere Herausforderung ist die Unterstützung von Menschen mit Demenz, Menschen mit Mehrfacherkrankungen sowie Menschen am Lebensende. Hier ist der soziale Aspekt sehr wichtig», so

Flurina Näf, Co-Leiterin Koordinationsstelle Plattform Palliative Care beim BAG.

Fokus auf Schlüsselereignisse

Das BAG fokussiert bei der Umsetzung auf bestimmte Schlüsselereignisse. Ereignisse im Leben, die Ressourcen aktivieren können: der Übergang von der Schule in die Ausbildung, der Tod eines nahen Menschen, Schwangerschaft und Geburt, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Scheidung, Trennung, Lebensende etc. Denn gerade bei diesen Schlüsselereignissen kann ein guter Austausch zwischen Gesundheitswesen und Sozialwesen entscheidend sein.

Kontakte:

- Simona De Berardinis und Marianne Jossen, Sektion Präventionsstrategien, simona.deberardinis@bag.admin.ch, marianne.jossen@bag.admin.ch
- Flurina Näf, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, flurina.naef@bag.admin.ch
- Isabelle Villard Risse und Karin Gasser, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, isabelle.villard@bag.admin.ch, karin.gasser-gp@bag.admin.ch

Links:

- Website Stakeholderkonferenz 2023 <https://tinyurl.com/jarcswy7>
- Literaturübersicht Universität Fribourg <https://tinyurl.com/2rhc2kch>
- Obsan Dossier 27, Soziale Ressource als Gesundheitsschutz <https://tinyurl.com/manwdyy5>
- PGV-Projekt Sozialberatung in der Arztpraxis <https://tinyurl.com/dtf5vcee>
- Studie Erfolgsbedingungen Schnittstelle Gesundheitswesen / Sozialhilfe <https://tinyurl.com/yck5rkfz>
- Link koordinierte Versorgung BAG <https://tinyurl.com/5n97cxhd>
- Praxisbeispiele BAG: www.bag-blueprint.ch



Ruhe und Entspannung senken das Risiko für die Entstehung vieler NCDs.

«Ich war gefangen in der Schuldenfalle»

Armut macht krank. Und Krankheit macht arm. In diesem Teufelskreis steckte die allein-erziehende Mutter Jahrzehnte fest, bis sie mit etwas Glück in ein Entschuldungsprogramm aufgenommen wurde. Nun hat sie eine Anstellung – und endlich auch eine Perspektive. Ein Erfahrungsbericht.

«Mein Vater war Alkoholiker und wurde manchmal gewalttätig. Ich wollte so rasch wie möglich mein Elternhaus verlassen. Deshalb habe ich jung geheiratet. Aber ich musste mich wieder scheiden lassen, weil mein Ex-Mann nach der Geburt unseres Sohns sein Verhalten änderte. Er wurde aggressiv und eifersüchtig. Er hatte auch angefangen, um Geld zu spielen, und konnte die Miete und andere Rechnungen nicht mehr bezahlen. Bei der Trennung habe ich seine Schuldscheine unterschrieben. So bin ich in die Schuldenfalle getappt.

Damals arbeitete ich in einem Altersheim, aber ich hatte Rückenprobleme und auch psychisch ging es mir nicht gut. Mein Ex-Mann verfolgte und bedrohte mich. Ich wollte mein Leben aufgeben. Nach der Behandlung in der Psychiatrie beschloss ich, weiter weg zu ziehen. In einer Bar lernte ich einen neuen Mann kennen, der mir die Angst vor meinem Ex-Mann nahm. Nach einiger Zeit wurde ich schwanger. Wir zogen in ein Haus. Alles schien perfekt zu sein. Doch dann wurde das Geld immer knapper. Er begann, Drogen zu nehmen. Und auf die Uhr zu schauen, wenn ich einkaufen ging. Als er handgreiflich

wurde, bin ich mit meinen beiden Kindern ins Frauenhaus geflüchtet.

Von dort aus sind wir in eine Wohnung gezogen. Da habe ich gemerkt, dass ich wieder schwanger war. Das war eine sehr schwierige Zeit. Die Alimente kamen nur harzig. Und das Geld von der Sozialhilfe reichte auch nicht weit. So wurden die Schulden immer höher – und ich bin in ein immer tieferes Loch gefallen. Ich hatte keine Hoffnung mehr, ein normales, glückliches Leben führen zu können.

Teigwaren mit Butter

Ich war alleinerziehend und kümmerte mich um drei kleine Kinder. Der Jüngste hatte eine zerebrale Streifung und musste in die Therapie. In der Schule kamen die zwei Jüngeren nicht gut voran. Es hiess, dass ihre Sprache nicht altersgemäss sei. So gingen sie in eine heilpädagogische Schule. Obwohl ich fand, dass sie nicht dahin gehörten, nur weil sie mit der Sprache Probleme hatten, war ich gleichzeitig auch erleichtert, dass die beiden ganztags in die Schule gehen und dort auch das Mittagessen zu sich nehmen konnten. Zum Abendessen gab es Teigwaren mit Butter oder sonst etwas Günstiges.

Weil wir nicht genügend Geld hatten, ging ich nebenbei in verschiedenen Restaurants arbeiten. Aber die Rückenprobleme wurden immer schlimmer. Ich musste mich wegen Bandscheibenvorfällen mehrmals operieren lassen. Trotzdem hatte die IV mein Gesuch um Unterstützung abgelehnt. So blieb ich in der Schuldenfalle gefangen. Der Schuldenberg ist über die Jahre auf fast 50 000 Franken angewachsen. Weil ich mich geschämt habe, bin ich nie betteln gegangen.

Es gab Personen in der Nachbarschaft, die dachten, dass ich nicht gut zu meinen Kindern schaue. Sie haben bei den Behörden Meldungen eingereicht und behauptet, dass ich die Kinder allein lasse. So kam es fast dazu, dass mir die Kinder entzogen worden wären. Aber meine Kinder waren stets betreut. Ich war immer für sie da und werde auch bis an mein Lebensende immer für sie da sein. Ich habe für sie gesorgt und ihre Wünsche erfüllt, so gut es ging.

Ich habe auf vieles verzichtet, damit sie glücklich sein konnten. Sie wollten nie teure Sachen und haben sich auch über Kleinigkeiten gefreut, weil sie verstanden, dass wir nicht viel Geld hatten. Bei mei-

nen Einsätzen in den Restaurants habe ich das Trinkgeld immer auf die Seite getan. Irgendwann war so viel beisammen, dass wir alle zusammen ans Meer fahren konnten. Meine Kinder und ich haben diese Ferien sehr genossen. Trotzdem habe ich mir oft Vorwürfe gemacht und gedacht, ich sei keine gute Mutter und meine Kinder hätten ein besseres Leben verdient.

Die Wende kam, als ich vor einigen Jahren Markus Gander, den Gründer von infoklick.ch, kennengelernt habe. Wir sassen in einem Restaurant an zwei benachbarten Tischen und kamen ins Gespräch. Als er meine Geschichte hörte, hat er gesagt: «Das geht so nicht, das müssen wir ändern.» Er erzählte mir vom Projekt Agenda Avenir, das bei infoklick.ch im Aufbau war. Es hilft Alleinerziehenden mit Kindern, die Entschuldung aus eigener Kraft in Angriff zu nehmen.

Der Druck fällt weg

Bei Agenda Avenir werden die Schulden abgelöst. Der Druck fällt weg, weil die Abzahlung jetzt so geregelt ist, dass sie für mich tragbar ist. Ich habe nun eine feste Anstellung und überweise jeden Monat einen Teil meines Lohns, um schrittweise meine Schulden zu tilgen. Auch meinen Kindern ist der Berufseinstieg gelungen. Der Älteste arbeitet als Computerfachmann. Und die beiden Jüngeren schliessen bald ihre Lehre ab. Ich bin sehr froh, dass meine Kinder und ich jetzt der Armut entkommen und endlich ein unbeschwertes Leben führen können.»

Kontakt:
Isabelle Villard Risse, Sektion
Gesundheitliche Chancengleichheit
isabelle.villard@bag.admin.ch



«Die Alimente kamen nur harzig. Und das Geld von der Sozialhilfe reichte auch nicht weit.»

Gesundheitskompetenzen von Benachteiligten fördern

Sozial benachteiligte Menschen sind oft schwer zu erreichen. Doch Fachpersonen aus der Sozialberatung stehen mit ihnen im Kontakt. Ein neues Weiterbildungsmodul unterstützt sie bei der Förderung der Gesundheitskompetenzen ihrer Klientinnen und Klienten.

Wer eine hohe Gesundheitskompetenz aufweist, kann im Alltag Entscheide treffen, die für die eigene Gesundheit förderlich sind. Allerdings zeigen Befragungen, dass die Gesundheitskompetenz bei 49 Prozent der in der Schweiz lebenden Bevölkerung gering ist. Insbesondere sozial benachteiligte Personen haben es schwer, gesunde Entscheidungen zu treffen.

Ständiger Druck – und dementsprechend Stress

Für die Ende 2021 veröffentlichte Studie «Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten» haben sich die Autorinnen und Autoren sowohl mit Betroffenen wie auch mit Fachpersonen unterhalten, die in der Sozialberatung tätig sind. Aus den Gesprächen mit den sozial benachteiligten Menschen kristallisierte sich heraus, dass finanziell schwierige Verhältnisse einen ständigen Druck – und dementsprechend oft Stress – auslösen.

Trotzdem verfügten viele Menschen, die über Jahre in schwierigen Verhältnissen leben, in Teilbereichen über eine überdurchschnittliche Gesundheitskompetenz, führt die Studie ins Feld. Denn sie wüssten etwa, wo sie günstige und trotzdem gesunde Lebensmittel kaufen könnten. Oder sie nutzten «Aufenthalte in der Natur als kostengünstige Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität und Entspannung».

Wichtige Rolle der sozialberatenden Organisationen

Den in sozialberatenden Organisationen tätigen Fachpersonen weist die Studie eine wichtige Rolle zu. Denn sie stehen in Kontakt mit Personen in schwierigen Lebenslagen, die sonst oft nur schwer zu erreichen sind. Die Fachpersonen können zu einer verstärkten Gesundheitskompetenz von sozial benachteiligten Menschen beitragen, indem sie während der Beratungen etwa auf hilfreiche Angebote hinweisen und frühzeitig Unterstützungsmöglichkeiten vermitteln, halten die Autorinnen und Autoren der Studie fest.

Doch oft liege der Fokus in der Sozialberatung auf der Bewältigung akuter Probleme. Für das Beheben der Ursachen und das Entwickeln langfristiger Strategien fehle die Zeit. Deshalb gelte es, Fachpersonen aus der Sozialberatung bei der Förderung der Ge-



sundheitskompetenz ihrer Klientel zu unterstützen.

Weiterbildung zu psychischer Gesundheit / Arbeitslosigkeit

Genau das bezweckt die von Santépsy.ch konzipierte Weiterbildung über psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit, die sich an Mitarbeitende in kantonalen Sozialdiensten oder regionalen Arbeitsvermittlungszentren richtet. «Wir haben das Projekt im Jahr 2021 während der Corona-Pandemie gestartet», sagt Alexia Fournier Fall, die bei der Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) in Lausanne interkantonale Projekte der lateinischen Schweiz koordiniert.

Die eintägige Weiterbildung lädt die Fachpersonen zuerst dazu ein, sich über die besonderen Herausforderungen von Langzeitarbeitslosen Gedanken zu machen. Und darüber, wie sich die Arbeitslosigkeit auf deren psychische Gesundheit auswirkt. Dann setzen

sich die Teilnehmenden auch mit schützenden Faktoren auseinander, die etwa auf die Erhaltung des Selbstwertgefühls und des Vertrauens in die Fähigkeiten von Arbeitslosen ausgerichtet sind. Schliesslich lernen die Fachpersonen anhand von Fallbeispielen, wie sie verschiedene Alarmzeichen erkennen können. «Wir achten darauf, dass die Teilnehmenden während des ganzen Tages genügend Zeit und Gelegenheiten haben, um sich untereinander auszutauschen», führt Fournier Fall aus.

Ressourcen aus dem kantonalen Netzwerk

Die Weiterbildung will ein besseres Verständnis für die psychische Gesundheit schaffen. Die Teilnehmenden sollen sich nicht nur bewusst werden, welche psychischen Belastungen etwa aus einer längeren Erwerbslosigkeit hervorgehen können. Sie sollen auch lernen, wie sie in ihrer Begleitung diese Schwierigkeiten berücksichtigen und auf

eine Stärkung der psychischen Gesundheit ihrer Klientinnen und Klienten abzielen können.

«Das Programm der Ausbildung ist sehr praxisbezogen», sagt Fournier Fall. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Fachpersonen auch weitere Ressourcen und Anlaufstellen im kantonalen Netzwerk kennen. Diese Kenntnisse werden jeweils am Schluss der Weiterbildung vermittelt.

Nach zahlreichen erfolgreich durchgeführten Weiterbildungen in der Westschweiz wurde der Inhalt der Ausbildung kürzlich für das Tessin ins Italienische und – dank finanzieller Unterstützung des BAG – auch ins Deutsche übertragen und an die jeweiligen Verhältnisse vor Ort angepasst.

Kontakt:

Isabelle Villard Risse, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, isabelle.villard@bag.admin.ch

Links:

- Studie «Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten» <https://tinyurl.com/mtvrkf78>
- Infobroschüre «Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit» <https://tinyurl.com/2d6jjuky>
- Studie «Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021» <https://tinyurl.com/fnm3fxpt>
- Faktenblatt Gesundheitskompetenz in der Schweiz <https://tinyurl.com/44muh2h5>

«Die Zukunft gehört den interprofessionellen Teams»

Vieles spricht dafür, Sozialarbeitende in die medizinische Grundversorgung zu integrieren. Denn komplexe Fälle lassen sich gemeinsam besser betreuen, meinen der Hausarzt Michael Deppeler und René Rüegg, Experte für Sozialarbeit, im Gespräch.

Herr Rüegg, Sie haben mit Ihrem Forschungsprojekt evaluiert, wie sich Sozialarbeitende in der Arztpraxis bewähren. Was ist dabei herausgekommen?

René Rüegg: Solche Zusammenarbeitsmodelle sind im Ausland, etwa in Belgien, ziemlich verbreitet, aber bei uns in der Schweiz noch sehr selten. Wir haben vier Pilotpraxen untersucht und begleitet. Die wichtigste Erkenntnis für mich war, dass alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte gesagt haben, sie könnten sich dank Sozialarbeitenden in ihrer Praxis besser auf ihre medizinischen Tätigkeiten fokussieren. Sie waren mit der Zusammenarbeit sehr zufrieden und empfanden die Sozialberatung als grosse Entlastung. Auch die Patientinnen und Patienten berichteten, dass sich ihre psychische Verfassung während einer Sozialberatung verbesserte – und dass sie weniger oft zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin mussten. Insgesamt ergab sich also ein doppelter Nutzen, nicht nur für die Ärzteschaft, sondern auch für die Patientinnen und Patienten.

Herr Deppeler, Ihre Praxis gehört zu den Pilotmodellen.

Michael Deppeler: Ja, wir sind allerdings schon seit über zwanzig Jahren so unterwegs. Das hat auch damit zu tun, dass ich in den 1990er-Jahren im Berner Lory-Spital medizinisch sozialisiert worden bin, wo wir unter der Leitung von Professor Rolf Adler die biopsychosoziale Medizin gelebt und praktiziert haben. Dort waren wir es uns gewohnt, in interprofessionellen Teams zu arbeiten. Das habe ich dann mitgenommen, als ich mit Kolleginnen und Kollegen unsere Hausarztpraxis gründete. Von Anfang an haben wir mit Psychologinnen und Psychologen zusammengearbeitet, vor allem auch in heiklen Bereichen, etwa wenn es darum geht, die Suizidalität einer Person abzuklären oder eine Krisenintervention zu machen.

Seit fast zehn Jahren arbeiten wir auch mit einem Sozialarbeiter zusammen. Er berät unsere Patientinnen und Patienten, wenn sie akute finanzielle Sorgen haben oder ein Pflegeheim suchen müssen. Und er weiss, wie man Hilflosenentschädigungen oder Assistenzbeiträge beantragt. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir im Team komplexe Fälle besser be-

treuen können. Als Arzt kann ich bei psychologischen oder sozialen Problemen auf zusätzliche Ressourcen zurückgreifen und mich mehr auf das Somatische konzentrieren, auch wenn ich natürlich immer die ganze Situation im Blick behalten muss. Ausserdem habe ich in der Zusammenarbeit immer auch sehr viel gelernt, kürzlich etwa darüber, wie man Schulden saniert.

«Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir im Team komplexe Fälle besser betreuen können.»

Das tönt nach durchschlagendem Erfolg. Aber wieso gibt es dann nur so wenige Arztpraxen mit integrierter Sozialarbeit in der Schweiz? Weil das mehr kostet?

Michael Deppeler: Ich brauche für die Beratungen meiner Patientinnen und Patienten mit ihren komplexen Lebens- und Leidensgeschichten in der Praxis mehr Zeit. Deswegen muss ich auch alle drei Jahre mit *santésuisse*, der Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer, verhandeln, ob das, was ich mache, wirtschaftlich und wirksam ist oder nicht. Das sind nervenaufreibende Gespräche, in denen ich zu erklären habe, wieso ich für meine Patientin oder meinen Patienten 16 oder 17 Minuten brauche statt nur 13. Aber wenn ich in meinem Netzwerk verhindern kann, dass jemand ins Spital muss, spare ich Tausende von Franken ein. Deshalb müsste es möglich sein, einen Teil dieses eingesparten Gelds für Sitzungen und andere Koordinationsarbeiten im Netzwerk auszugeben.

René Rüegg: Für eine einzelne Praxis ist es schwierig, zu beweisen, dass Folgekosten eingespart werden konnten. Dafür müsste man die Krankenkassendaten von Personen- oder Risikogruppen auswerten und miteinander vergleichen können. Leider ist es immer noch sehr schwierig, an solche Daten zu gelangen. Doch im letzten Jahr hat der Bund im Rahmen von Kostendämpfungsmassnahmen beschlossen, Netzwerke zur koordinierten Versorgung zu fördern. Das bedeutet, dass der Bund solche Netzwerke als ökonomisch sinnvoll erachtet und ihren Mehrwert aner-

kennt. Das ist also eigentlich unbestritten. Trotzdem ist es für eine Ärztin oder einen Arzt schwierig, die eigene Praxis auf die integrierte Versorgung auszurichten. Denn der Aufbau eines Netzwerks ist – vor allem am Anfang – mit einem grossen Aufwand verbunden.

Michael Deppeler: Aber ich finde es sehr wichtig, das Gesundheits- und das Sozialwesen miteinander zu verzahnen. Aktuell betreiben wir einen grossen Aufwand, um die Kosten von einem Geldtopf in einen anderen zu verschieben. Wenn ich nur schon an die vielen IV-Zeugnisse denke, die ich zum Beispiel für Menschen ausstelle, die aufgrund von chronischen Erkrankungen ihre Arbeit verlieren. Oft wird ihr Antrag nach monatelanger Prüfung abgelehnt, am Schluss landen sie in der Sozialhilfe. Wir sollten das sektorielle Denken überwinden und die Finanzierung neu denken. Mehrere Studien belegen, dass die soziale Not in Regionen, wo es ein bedingungsloses Grundeinkommen gibt, abgefedert ist. Und dass die Menschen dort weniger in den Notfall müssen –

und auch weniger Gesundheitskosten verursachen. Genau wie Geld allein nicht glücklich macht, macht Geld allein auch nicht gesund. Aber ohne Geld ist es schwierig, gesund zu bleiben.

Inwiefern wirken sich soziale Probleme – wie etwa Einsamkeit oder Armut – auf die Gesundheit aus?

René Rüegg: Aus der Theorie wissen wir, dass Personen meist aufgrund einer ganzen Palette von psychosozialen Determinanten krank werden. Aber dass umgekehrt eine Krankheit auch zahlreiche soziale Folgen haben kann. Wer zum Beispiel eine Krebsdiagnose erhält, riskiert, die Arbeitsstelle zu verlieren. Betroffene erleiden so nicht nur eine Einkommenseinbusse, auch die Kontakte mit früheren Kolleginnen und Kollegen verringern sich.

Michael Deppeler: Deswegen sind wir salutogenetisch unterwegs. Wir wollen zuerst verstehen: Wie nimmt mein Gegenüber das Problem wahr? Dann interessiert uns als Zweites: Welche Ressourcen hat



Sozialarbeit in der Arztpraxis bringt Vorteile: Dank Sozialarbeitenden können sich Ärztinnen und Ärzte besser auf die medizinische Tätigkeit fokussieren. Auch die Patienten profitieren.

die Person schon und welche muss ich ihr – in Form eines professionellen Helfernetzes – vorübergehend zur Verfügung stellen? Als Drittes kommt dann die Sinnfrage. Ich begegne in meiner Praxis so vielen Leuten, die resigniert sind. Dabei stellt das Gefühl der Hilflosigkeit und der Ohnmacht eine physiologische Belastung des Herzkreislauf-Systems dar, denn es wirkt sich auf die Stressachse aus. Studien zeigen, dass solche Gefühle gleich viele Schlaganfälle und Herzinfarkte verursachen wie das Rauchen. Aber diese psychosozialen Belastungen erhalten beim Herzspezialisten keine Beachtung. Im Fokus stehen nur immer das Cholesterin, der Blutzucker oder der Blutdruck. Und es ist natürlich einfacher, einen Cholesterinsenker zu verschreiben, als gegen das Ohnmachtsgefühl vorzugehen.

«Ich habe gelernt, dass das KVG relativ viele Freiheiten lässt, man muss sie einfach nutzen. Denn grundsätzlich gibt es nur sehr wenige ärztliche Tätigkeiten, die sich nicht delegieren lassen.»

Eine Spritze oder eine Pille zu verabreichen, entspricht auch eher dem, was sich die Gesellschaft unter einer ärztlichen Tätigkeit vorstellt, als ein Helfernetz aufzubauen.

René Rüegg: Ja, bei uns sind die Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung von Krankheiten zuständig. Für den Erhalt oder die Förderung von Gesundheit bleibt nur wenig Zeit in der schulmedizinischen Versorgung.

Michael Deppeler: Es sind auch keine Leistungen, die nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgegolten werden. Aber ich habe gelernt, dass das KVG relativ viele Freiheiten lässt, man muss sie einfach nutzen. Denn grundsätzlich gibt es nur sehr wenige ärztliche Tätigkeiten, die sich nicht delegieren lassen, etwa die Todesbestätigung oder die Leichenschau. Alle anderen Handlungen kann ich in Auftrag geben. So wie ich etwa Blutentnahmen oder die Anfertigung von Röntgenbildern an die medizinischen Praxisassistentinnen delegiere, kann ich für meine Patientinnen und Patienten auch eine kompetente Sozialberatung vermitteln und diese Beratung als ärztlich mandatierte Leistung abrechnen. Das ist gesetzlich zwar nicht vorgesehen, aber es ist nicht verboten. Wir bewegen uns da in einer Grauzone.

René Rüegg: Ausserdem können Sozialarbeiterinnen und -arbeiter über sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen von den Kantonen abgegolten werden, wie das BAG herausgefunden hat, als es abgeklärt hat, wie Sozialarbeitende in den Netzwerken zur koordinierten Versorgung finanziert werden könnten. Es braucht also keine gesetzlichen Anpassungen, sondern es ist jetzt schon machbar. Allerdings gibt es noch keinen Präzedenzfall, noch kein kantonales Modell, worauf sich andere Kantone beziehen könnten. Ich würde mir wünschen, dass ein Kanton bald diese Pionierrolle übernimmt. Denn wenn heute Patientinnen und Patienten etwa in den Gesundheitsligen zur Sozialberatung gehen,

«Ich denke, dass das Gesundheitswesen der Zukunft konsequent bevölkerungsorientiert sein muss, denn so entstehen auch attraktive Arbeitsplätze, wo man nicht einfach nur Dossiers abarbeitet.»

Dr. med. Michael Deppeler

Michael Deppeler ist ärztlicher Leiter der Salutomed-Arztpraxis, die er zusammen mit vier Kolleginnen und Kollegen vor knapp zwanzig Jahren als ein «Zentrum für integrative Grundversorgung» gegründet hat. Deppeler ist auch Gründer und Co-Leiter des Forums dialog-gesundheit, das in der Gemeinde Zollikofen mit einem partizipativen Ansatz und regelmässigen Treffen, die der Bevölkerung offenstehen, «die konstruktive Zusammenarbeit im Gesundheitswesen» fördert. Aus diesem Dialog ist auch die Initiative der Gesundheitsregion «xunds-grauholz» entstanden.



Dr. René Rüegg

René Rüegg hat zuerst Soziale Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz und dann Sozialwissenschaften an der Universität Zürich studiert, bevor er an der Universität Bern in Gesundheitswissenschaften (Public Health) doktorierte. Rüegg ist seit dem Jahr 2016 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Departement Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule und hat dort das Forschungsprojekt «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» geleitet.



brennt es meist schon an allen Ecken und Enden. Dann ist man eigentlich nur noch am Feuerlöschen. Deshalb wäre es sinnvoller, wenn Sozialarbeitende in den Arztpraxen die Probleme schon früher aufgreifen könnten. Dann liessen sich auch die oft darauffolgenden negativen Kettenreaktionen verhindern.

Zum Schluss: Was, denken Sie, erwartet uns in Zukunft?

René Rüegg: Meine Vision lehnt sich eng an das Modell der «maisons médicales» in Belgien an. Das sind über das ganze Land verteilte Gesundheitszentren, wo Sozialarbeitende nahe bei den Menschen sind – und als gleichberechtigte Partner zum medizinischen Team dazugehören. Ich denke, dass das Gesundheitswesen der Zukunft konsequent bevölkerungsorientiert sein muss, denn so entstehen auch attraktive Arbeitsplätze, wo man nicht einfach nur Dossiers abarbeitet, sondern im direkten Austausch mit der Bevölkerung steht – und gemeinsam aufbaut, was gewünscht und geschätzt wird.

Michael Deppeler: In der Grundversorgung ist die Zeit der Einzelkämpfer meiner Meinung nach vorbei. Beratende und koordinierende Tätigkeiten werden immer wichtiger. Wir sollten deshalb schon jetzt andere Schwerpunkte in der Aus- und Weiterbildung setzen. Mir schwebt als Vision ein Bachelor an der Fachhochschule für die Grundversorgung vor, wo Medizinerinnen, Sozialarbeiter und Pflegefachleute während dreier Jahre eine gemeinsame Sprache entwickeln und dabei lernen, wie man gut zusammenarbeitet. Denn die Zukunft gehört den interprofessionellen Teams.

Kinder aus suchtbelasteten Familien: Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten

Wie viele Kinder in der Schweiz sind als Folge des risikoreichen Substanzkonsums ihrer Eltern einem erhöhten Risiko ausgesetzt? Untersuchungen geben Einblicke in die demografische Verteilung der Betroffenen und schaffen eine wichtige Grundlage für zielgerichtete Massnahmen.

Vom Bauch der Mutter bis ins Erwachsenenalter: Eine elterliche Sucht kann die körperliche und die geistige Entwicklung eines Kindes stark beeinträchtigen. Eltern, die zu Hause rauchen, setzen ihre Kinder fortwährend gesundheitlichen Risiken aus. Zudem haben Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien ein erhöhtes Risiko, als Erwachsene selbst Suchtprobleme zu entwickeln. Soziale und genetische Einflüsse spielen bei der Übertragung dieses Risikos von den Eltern auf die Kinder eine Rolle. Kinder und Jugendliche fühlen sich oft isoliert mit dem Suchtproblem in der Familie. Das Thema ist tabuisiert und die Angst, vom Umfeld stigmatisiert zu werden, gross. Oft wissen die Kinder nicht, wem sie sich anvertrauen können oder wo sie Unterstützung finden. Auch fürchten sich die Kinder, ihre Eltern zu verraten oder von ihnen getrennt zu werden.

Stress, gedrückte Stimmung und Konflikte (emotionale Dysregulation) kommen in belasteten Familien öfter vor. Unter diesen Bedingungen können die schulischen Leistungen leiden und sich auffälliges Verhalten entwickeln. Auch ist eine sogenannte «Parentifizierung» der Kinder und der Jugendlichen keine Seltenheit: Sie übernehmen zu Hause die Verantwortung, da die Erwachsenen nicht imstande sind, sich um die Grundbedürfnisse der Familie zu kümmern. Für solche «Young Carers» stellt die auferlegte Rolle eine grosse Belastung dar.

Wie oft Kinder betroffen sind

Die vom BAG beauftragte Studie «Kinder aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum» der Berner Fachhochschule (BFH) zeigt auf, wie viele Kinder unter 15 Jahren aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum in der Schweiz einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Gemäss der Studie wachsen 5,8 % dieser Kinder in der Schweiz in einer Familie auf, in der ein oder beide Elternteile risikoreich Alkohol konsumieren, und gleich viele Kinder leben in einem Zuhause, in dem geraucht wird. Im Vergleich dazu ist der Anteil an Kindern, deren Eltern illegale Drogen konsumieren, mit 1,8 % geringer. Manche Eltern weisen einen mehrfachen Risikokonsum auf, wobei die Kom-

bination von Alkohol und Tabak am meisten verbreitet ist (1,9 % der Kinder sind betroffen).

Diese Daten geben Aufschluss über die Verbreitung der Gefährdungen, was nicht dem Ausmass der Gefährdung der Kinder entspricht. Der Anteil Kinder aus heroinbelasteten Haushalten mag beispielsweise klein sein, die Mehrfachbelastung dieser Kinder jedoch ist folgenschwer. Im Gegensatz dazu ist der Alkohol- oder Tabakkonsum zwar verbreiteter, jedoch einfacher mit dem Alltag vereinbar.

Unterstützung finden

Um Kindern aus suchtbelasteten Familien ein sicheres Umfeld zu gewährleisten, benötigen sie ein Hilfsnetz aus psychologischer und sozialarbeiterischer Unterstützung. Für sie ist es wichtig, in einem vertrauten Rahmen ihre Erfahrungen aufzuarbeiten und ihr Selbstwert- und Körpergefühl, ihre Kommunikationsfähigkeit und ihre Resilienz zu stärken. Zudem sollen die Kinder lernen, mit den Auswirkungen der Sucht ihrer Eltern umzugehen und – dem Alter entsprechend – ein Verständnis für die Situation ihrer Eltern zu erlangen. In einer Behandlung des Kindes bleibt der Fokus jedoch stets beim Kind, nicht bei den Eltern.

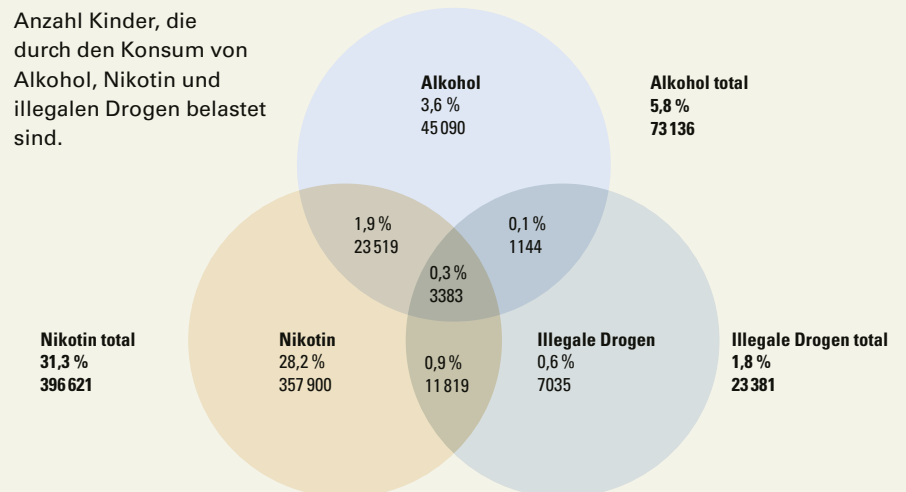
Psychosoziale Unterstützung brauchen auch die betroffenen Eltern, um ihre Suchtprobleme zu bewältigen und bestenfalls eine stabile Umgebung für ihre Kinder zu schaffen. Neben der psychologischen Betreuung können professionelle Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder soziale Einrichtungen helfen. Für sucht Betroffene Familien ist oftmals auch die finanzielle Unterstützung essenziell, damit die Eltern an einer Suchtbehandlung teilnehmen können. Dabei ist diesen Familien mit einer interinstitutionellen Zusammenarbeit am besten geholfen: der Vernetzung und der Koordination der Akteure, die sich auf die Behandlung von suchtbelasteten Familien spezialisiert haben.

Soziales Umfeld ist wichtig

Das soziale Umfeld spielt bei Suchtproblemen eine wesentliche Rolle. Einerseits kann ein Umfeld mit problematischem Suchtmittelumgang die Entstehung einer Sucht begünstigen sowie den Ausstieg er-

Gefährdete Kinder

Anzahl Kinder, die durch den Konsum von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen belastet sind.



Quelle: Hümbelin et al. (2020). Daten: SGB (2017).

Die Schweiz vertreten in der Pompidou-Gruppe

Die Pompidou-Gruppe ist eine Kooperationsplattform für Drogenpolitik des Europarats und ermöglicht den internationalen Informationsaustausch zu drogenpolitischen Themen. Das BAG hat im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Pompidou-Gruppe einen Forschungsauftrag zum Thema «Kinder, deren Eltern Drogen konsumieren» erteilt. Sucht Schweiz befragte suchtkranke Mütter sowie Kinder und junge Erwachsene, die in einer sucht betroffenen Familie gelebt haben, und wird im Sommer 2023 einen Bericht zur Situation in der Schweiz veröffentlichen.

schweren. Andererseits kann ein unterstützendes Umfeld eine entscheidende Ressource sein, um von der Sucht loszukommen. In der Beratungsarbeit ist der Einbezug des sozialen Umfelds deshalb unabdingbar, da nur so die Situation der sucht betroffenen Person ganzheitlich verstanden werden kann.

Wer besonders betroffen ist

Kinder aus Familien mit tieferem Einkommen und solche aus Einelternfamilien sind stärker vom risikoreichen Konsum ihrer Eltern betroffen. Je nach Substanz sind ebenfalls Unterschiede in der demografischen Verteilung der Suchtproblematik auszumachen. Beispielsweise sind beim Tabakkonsum Eltern aus tieferen Bildungsschichten und Eltern mit Migrationshintergrund deutlich häufiger vertreten.

Um Migrantinnen und Migranten gezielt mit Präventionsbotschaften zu erreichen, bieten Fachstellen Informationen in verschiedenen Sprachen an. Auch das BAG fördert Präventionsprogramme, um die Belastung der betroffenen Kinder zu minimieren und Aufklärungsarbeit zu leisten. Zum Beispiel wird das Programm «Kinder suchtkranker Eltern» von Sucht Schweiz für den Zeitraum von 2022 bis 2024 vom

BAG finanziert. Gemäss der Gesundheitsstrategie 2030 «Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen» konzentriert sich das BAG stärker auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in vulnerablen Situationen und ihrem familiären Umfeld.

Kontakt:

- Marc Wittwer, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen, marc.wittwer@bag.admin.ch
- Maryam Boutefah, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention, maryam.boutefah@bag.admin.ch

Links:

- Studie BFH «Kinder aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum» <https://tinyurl.com/bdhxtsys>
- BAG-Faktenblatt «Kinder aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum» <https://tinyurl.com/ydyrtf2r>
- Publikation «Children Whose Parents Use Drugs – Promising practices and recommendation» <https://tinyurl.com/f2j648zf>
- Link zur Pompidou-Gruppe des Europarats <https://tinyurl.com/2s4yxzf4>

Menschen mit einer kognitiven Behinderung am Lebensende

In der Schweiz leben etwa 20 000 Personen mit einer intellektuellen Behinderung. 75 Prozent von ihnen leben ab 40 Jahren in einem Wohnheim der Behindertenhilfe. Da auch ihre Lebenserwartung zunimmt, wird der Betreuungsaufwand in den Heimen grösser und Palliative Care wird zunehmend wichtig.

Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt haben auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen Folgen: Der Altersdurchschnitt wie auch der langfristige Pflege- und Betreuungsbedarf steigt. Aufgrund erschwelter Kommunikationsmöglichkeiten von Menschen mit intellektueller Behinderung kann die Erfassung der Bedürfnisse für die Betreuenden herausfordernd sein: Betreuende können die Schmerzen teilweise nicht verstehen oder erkennen. Die Betreuung der Betroffenen in der letzten Lebensphase kann komplex und zeitintensiv werden. Palliative Care ist für eine bessere Lebensqualität der Patientinnen und Patienten unerlässlich, allerdings verfügt nur eine Minderheit der Behindertenwohnheime über ein Palliative-Care-Konzept und der Zugang zu spezialisierten

mobilen Palliative-Care-Diensten ist schweizweit kein Standard.

Unterstützung durch mobile Teams

Die Versorgung für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung ist ein gutes Beispiel dafür, dass Gesundheit und Soziales nicht immer ideal ineinandergreifen: Fachleute in Institutionen für Menschen mit Behinderung haben mehrheitlich einen heil- und sonderpädagogischen Hintergrund. Hinzu kommt, dass Fachleute oft nicht rechtzeitig erkennen, dass Patientinnen und Patienten palliative Unterstützung benötigen und somit der Zugang zu spezifischen Angeboten nicht ermöglicht wird.

Die Kantone gehen unterschiedlich mit dieser Herausforderung um. Der Kanton Waadt hat in seinem kantonalen Palliative-Care-

Publikation von Dialog Ethik

Menschen mit einer Behinderung werden oftmals nicht ausreichend in die Entscheidungsfindung einer Therapieform miteinbezogen. Ein Forschungsprojekt der Stiftung Dialog Ethik hat untersucht, welche Unterstützung das Fachpersonal im ambulanten und im stationären Bereich benötigt, um seine Patienten adäquat zu behandeln, zu pflegen und zu therapieren. Es besteht grosser Handlungsbedarf: Dieser reicht von einem stärkeren Einbezug der Patienten und der Angehörigen bis zu einem besseren Austausch zwischen den Fachpersonen.



Programm verankert, dass mobile Palliative-Care-Teams die Wohnheime der Behindertenhilfe unterstützen.

Kontakt:

- Flurina Näf, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, flurina.naef@bag.admin.ch

Links:

- BAG-Website Intellektuelle Beeinträchtigung und Palliative Care: <https://tinyurl.com/3hbv5sn8>
- Publikation Dialog-Ethik: <https://tinyurl.com/7tdzycw9>
- Mobile Palliative Dienste Kanton Waadt: <https://tinyurl.com/4k8r2ser>

Gesundheits- und Sozialwesen stehen im Zentrum der F+F

Da es viele Schnittstellen zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen gibt, soll die Zusammenarbeit dieser Sektoren verstärkt werden. Der Ansatz der Früherkennung und Frühintervention (F+F) trägt dazu bei.

F+F hat zum Ziel, erste Anzeichen und Indikatoren auf Probleme möglichst früh wahrzunehmen und den Handlungsbedarf zu klären, damit geeignete Massnahmen ergriffen und die Betroffenen unterstützt werden können. Der Ansatz kann zur Bewältigung gesellschaftlicher und gesundheitlicher Probleme wie Risikoverhalten oder -konsum, Sucht und Störungen der psychischen Gesundheit bei Menschen aller Altersstufen herangezogen werden. Der F+F-Ansatz folgt dem Modell der Salutogenese und berücksichtigt die Gesundheitsdeterminanten, d. h. die Gesamtheit der persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren, welche die Lebenserwartung des Einzelnen beeinflussen.

Eng miteinander verknüpft

Während der Pandemie konnte sich die 14-jährige Anna nicht mit ihren Freundinnen treffen, sie konnte auch nicht mehr zum Schwimmunterricht gehen. Diese soziale Isolation hat ihr sehr zugezogen. Dieses einfache Beispiel zeigt, wie sehr das soziale Leben das physische und das psychische Wohlbefinden der Menschen beeinflusst. Bei den Massnahmen, die zur Unterstützung von gefährdeten Personen ergriffen werden, geht es im Wesentlichen darum, auf das gesamte Spektrum der potenziell veränderbaren Gesundheitsdeterminanten einzuwirken. Zu nennen sind hier insbesondere Einkommen, Ausbildung, Arbeitsbedingungen, Zugang zu Ressourcen

oder auch Erwerbstätigkeit (oft als soziale Gesundheitsdeterminanten bezeichnet).

Das Umfeld einbeziehen

Der F+F-Ansatz bedeutet daher, sich nicht nur auf die Person zu konzentrieren, sondern auch auf das Umfeld, in dem sie lebt. Die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Umfelds ist zentral. Es ist wenig zielführend, eine schwierige Situation frühzeitig zu erkennen, die Person mit individuellen Massnahmen zu unterstützen und sie dann wieder in einen potenziell schädlichen Kontext zu entlassen. Aus diesem Grund versteht sich der F+F-Ansatz als ganzheitlicher Ansatz, der einen Bogen von der Gesundheitsförderung bis hin zur Betreuung spannt.

Kontakt:

- Sophie Barras Duc, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention, sophie.barras-duc@bag.admin.ch

Der Ablauf des F+F-Prozesses



Links:

- BAG-Website zu F+F, <https://tinyurl.com/mrdm2m6d>
- Handbuch zu F+F «Hinschauen, einschätzen und begleiten» <https://tinyurl.com/bddtmk9p>

Ganzheitliche Ansätze in der Gesundheitsversorgung

Um die Versorgung von Menschen mit chronischen oder mehrfachen Erkrankungen zu verbessern, ist ein ganzheitlicher Ansatz notwendig. Zahlreiche Beispiele aus der Schweiz zeigen, dass es sich lohnt, die individuelle Gesundheitsversorgung über die ganze Behandlungskette hinweg zu koordinieren.

Betagte und mehrfach kranke Menschen sind in vielen Spitalabteilungen die grösste Patientengruppe. Sie nehmen zum Teil viele unterschiedliche und aufwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch: Komplexe Fälle – unter ihnen chronisch kranke und psychisch kranke Menschen sowie Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger – machen nur 10 Prozent der Patientinnen und Patienten aus, verursachen aber gemeinsam 70 bis 80 Prozent der Kosten. Bei der Behandlung dieser Personen besteht grosser Koordinationsbedarf. Der Bundesrat hat den Handlungsbedarf erkannt und im Jahr 2015 das Projekt «Koordinierte Versorgung» initiiert.

Hohes Mass an Zusammenarbeit

Eine gute Behandlung orientiert sich an einem ganzheitlichen, koordinierten Ansatz, bei dem die Bedürfnisse der Betroffenen im Zentrum stehen und die verschiedenen Rollen und Verantwortlichkeiten geklärt sind. Weil zum Beispiel geriatrischen Patientinnen und Patienten körperliche und psychische Reserven fehlen, kann ein so banales Ereignis wie ein Sturz im Treppenhaus im schlimmsten Fall eine Kettenreaktion weiterer Komplikationen auslösen. Es kommt zu einer gesundheitlichen Abwärtsspirale, die eine zunehmende Pflegebedürftigkeit nach sich zieht. Auch bei anderen Patientengruppen wie etwa Suchterkrankten erfordert die Behandlung deshalb ein hohes Mass an Zusammenarbeit von Fachleuten verschiedener Sparten.

Wichtig dabei ist das Wissen um den Willen der Patientin oder des Patienten. Eine Patientenverfügung hilft Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten auf Intensivstationen, die Behandlungen auf die Wünsche von urteilsunfähigen Menschen abzustimmen. Bei der fachlichen Ausarbeitung der Verfügungen kommt den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselrolle zu. Sie kennen einerseits die Konsequenzen von Therapieentscheidungen, andererseits aber auch die Lebensumstände und die Werthaltung ihrer Patientinnen und Patienten.



Die Koordination rund um den Spitalaustritt ist besonders anspruchsvoll. Gerade hochbetagte, mehrfach kranke Menschen sind nach einem Spitalaufenthalt oft auf neue Pflege- und Betreuungsangebote angewiesen.

Nachahmenswerte Modelle

Ganzheitliche Ansätze bieten in vielen Gesundheitsbereichen einen Mehrwert. Der Fachverband Sucht etwa hat in der Region Lenzburg ein Pilotprojekt zur Zusammenarbeit von Suchthilfe und Spitex lanciert. Im Zentrum stehen Menschen, die aufgrund einer Krankheit nicht mehr in der Lage sind, ihre Wohnung zu verlassen. Stellt beispielsweise eine Fachperson der Spitex bei einem solchen Klienten Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit fest, kann sie frühzeitig die Suchtberatung mit einbeziehen. Die Spitex wird entlastet und die Suchtberatung erhält Zugang zu einer bisher kaum erreichten Patientengruppe.

Schnittstellen in der Versorgung gibt es auch bei der Behandlung von Menschen, die gleichzeitig an einer psychischen und einer körperlichen Krankheit leiden. Das BAG hat dazu einen Bericht erstellen lassen, der acht empfehlenswerte Modelle beschreibt und analysiert (siehe Link). So gehen die Solothurner Spitäler AG bei der Verlegung komorbider Patientinnen und Patienten zwischen der Akutsomatik und der Psychiatrie nach einem Leitfaden vor.

Planung von Anschlusslösungen

Die Koordination rund um den Spitalaustritt ist besonders anspruchsvoll. Gerade hochbetagte, mehrfach kranke Menschen sind nach einem Spitalaufenthalt oft auf neue Pflege- und Betreuungsangebote angewiesen. Auch in diesem Bereich gibt es nachahmenswerte Modelle, die sich in der Praxis bewähren.

In der Region Lausanne etwa stärkt ein Programm die Schnittstelle zwischen dem Universitätsspital CHUV und der Spitex respektive den Pflegeheimen. Regionale Stellen informieren und beraten Betroffene zum Prozedere des Spitalaufenthalts und koordinieren Anschlusslösungen wie die Platzierung in einem Pflegeheim. Zudem sorgen sie dafür, dass die Informationen zu den verordneten Medikamenten nicht verloren gehen oder dass Beratungen frühzeitig aufgeleistet werden.

Das Kantonsspital Aarau wiederum hat ein Projekt entwickelt, das mit der Triage auf dem Notfall beginnt. Im Zentrum steht die Frage, wie hoch das medizinische Risiko und wie gross der Pflegebedarf von hochbetagten, fragilen

Patientinnen und Patienten ist. Auch allfällige Anschlusslösungen nach dem Spitalaustritt werden bereits ins Auge gefasst. Solche Modelle verhindern Wartezeiten, verkürzen die Aufenthaltsdauer im Spital und verbessern die Patientensicherheit.

Kontakt:
Flurina Näf, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
flurina.naef@bag.admin.ch

Links:

- Koordinierte Versorgung für hochbetagte Menschen <https://tinyurl.com/55defcs2>
- Bericht über Good-Practice-Modelle in der Geriatrie <https://tinyurl.com/49mw9p7a>
- Koordinierte Versorgung für Menschen mit psychisch-somatischer Komorbidität <https://tinyurl.com/5fmjn2x4>
- Zusammenarbeit von Suchthilfe und Spitex <https://tinyurl.com/v2bbhc32>

«Das Potenzial der Bildung wird zu wenig genutzt»

5 Fragen an Markus Kaufmann. «Als Gesellschaft sollten wir akzeptieren, dass einige Menschen eine gewisse Zeit lang Unterstützung brauchen. Und wir sollten sie während dieser Zeit mehr fördern», sagt der Geschäftsführer der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS).

1 Wie viele Menschen, die Sozialhilfe beziehen, kämpfen mit gesundheitlichen Problemen?

Aktuell beziehen ungefähr 265 000 Personen in der Schweiz Sozialhilfe. Ein Drittel davon braucht nur für eine Übergangszeit von höchstens einem Jahr eine finanzielle Unterstützung, ein weiteres Drittel findet innerhalb von drei Jahren wieder einen Weg aus der Sozialhilfe. Aber bei den Personen, die über längere Zeit Sozialhilfe beziehen, haben 63 Prozent belegte gesundheitliche Einschränkungen, wie eine Studie der «Städteinitiative Sozialpolitik» aus dem Jahr 2014 aufgezeigt hat. Diese Menschen sind oft zu krank, um im Arbeitsmarkt zu bestehen, trotzdem haben sie meist keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Diese Zahlen zeigen eindrücklich: Wer lange Sozialhilfe bezieht, steht unter grossem psychischem Druck, der auch Folgekrankheiten auslösen kann. So entsteht der Zirkelschluss, dass man in der Sozialhilfe ist, weil man krank ist. Und dass man krank wird, weil man arm ist.

2 Zeigt sich der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit heute stärker als noch vor fünfzehn Jahren?

Nicht unbedingt, ich denke, diese Problematik war schon immer da. Das Bundesamt für Statistik führt seit 2005 eine detaillierte Sozialhilfestatistik. Wir haben also seit fast zwanzig Jahren sehr gute und genaue Zahlen. Sie belegen, dass die Zahl der Sozialhilfebeziehenden bis 2017 zugenommen hat, aber seither wieder abnimmt. Wir erklären uns diese Entwicklung damit, dass die Invaliden- und die Arbeitslosenversicherung während der 2010er-Jahre die Schrauben angezogen haben. So sind viele Personen, die vorher bei diesen vorgelagerten Versicherungen Leistungen bezogen haben, in die Sozialhilfe gekommen.

Während der Corona-Pandemie sind die Zahlen entgegen unseren Befürchtungen zurückgegangen. Dieser Trend hat sich auch nach der Krise fortgesetzt. Das hat einerseits mit der wirtschaftlichen Lage und dem aktuellen Arbeitskräftemangel zu tun. Es ist heute

einfacher, eine Stelle zu finden als noch vor zehn Jahren. Andererseits hat das auch mit dem Ausbau der Sozialversicherungen während der Pandemie zu tun, also etwa mit der Ausweitung der Kurzarbeit und mit der Verlängerung der Tagelöhner bei der Arbeitslosenversicherung.

In der Corona-Krise hat ein Sinneswandel in der Gesellschaft stattgefunden. Vor der Krise galt die Überzeugung, dass jeder, der einigermaßen normal ist, es selbst schafft. Und dass wir bei den anderen maximalen Druck anwenden müssen, um die angeblich Faulen zum Arbeiten zu bewegen. Politisch hat es zahlreiche Verschärfungen gegeben, sehr stark auch im Ausländerrecht. In der Pandemie hat diese Sichtweise gewechselt. Wir haben gemerkt: Es kann alle treffen.

3 Wie sieht die Situation in anderen Ländern aus?

Die Schweiz kann sich als reiches Land ein relativ gut ausgebautes Netz leisten. Darum haben wir hier keine offene Prekarität. In den USA gibt es ein viel weniger ausgebautes Netz, deshalb haben sie ein enormes Obdachlosenproblem. Und im Vergleich mit der Schweiz stecken in den USA siebenmal mehr Personen im Gefängnis. Auch aus diesen Gründen ist die Sozialhilfe aus volkswirtschaftlicher Sicht ein effizientes Instrument: Die Existenzsicherung weist ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis auf.

4 Was unternimmt die SKOS, um die Wechselwirkungen zwischen Armut und schlechter Gesundheit einzuschränken?

Ungefähr die Hälfte aller Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger hat keinen Berufsabschluss und deshalb grosse Schwierigkeiten, kurz- und mittelfristig eine Erwerbstätigkeit zu finden. Früher wurden viele dieser Menschen einfach abgeschrieben oder mehr schlecht als recht wieder in den Arbeitsmarkt gedrückt. Wir haben im Jahr 2018 zusammen mit dem Schweizerischen Verband für Weiterbildung eine Weiterbildungsoffensive ins Leben gerufen, die wir jetzt noch weiter ausbauen, damit



Markus Kaufmann, Geschäftsführer Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS).

alle Sozialhilfebeziehenden die Möglichkeit haben, sich aus- und weiterzubilden. Das Potenzial der Bildung wird bisher zu wenig genutzt. Dabei ist erwiesen, dass Bildung die Gesundheit fördern und helfen kann, den Alltag selbstständig zu bewältigen.

«Wer lange Sozialhilfe bezieht, steht unter grossem psychischem Druck, der auch Folgekrankheiten auslösen kann. So entsteht der Zirkelschluss, dass man in der Sozialhilfe ist, weil man krank ist, und dass man krank wird, weil man arm ist.»

5 Was erhoffen Sie sich für die Zukunft?

Dass die Sozialhilfe die gesellschaftliche Ächtung verliert. Sie soll als etwas gelten, auf das man ein Anrecht hat, wenn es einem schlecht geht. Wir müssen als Gesellschaft akzeptieren, dass einige Menschen eine gewisse Zeit lang Unterstützung brauchen – und wir müssen sie während dieser Zeit

mehr fördern, damit sich ihre Situation stabilisieren kann und sie sich beruflich und sozial wieder integrieren können.

Kontakt:
Markus Kaufmann, Geschäftsführer SKOS, markus.kaufmann@skos.ch

Link:
Kennzahlenbericht der «Städteinitiative Sozialpolitik»
<https://tinyurl.com/28knb2zh>

Auf spectra podcast finden Sie weitere Beiträge zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention.



spectra
podcast

Pandemie verstärkt ungleiche psychische Belastung

Die Covid-19-Pandemie war für viele psychisch belastend. Und sie hat bestehende Ungleichheiten verstärkt: Denn besonders betroffen waren sozial, ökonomisch oder gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie eine Übersichtsstudie im Auftrag des BAG zeigt.

Krisenzeiten können Angst, Erschöpfung oder Depressionen verursachen und die Psyche von Betroffenen auf eine harte Probe stellen. So auch die Covid-19-Pandemie: Zwar hat die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung die Pandemie psychisch gut überstanden. Laut einer im Dezember 2022 veröffentlichten Übersichtsstudie fanden sich aber bei ungefähr 2 bis 3,5 Prozent der Befragten Hinweise auf Depressionen oder Angststörungen – mit rückläufiger Tendenz seit der Entspannung der Lage im Frühjahr 2022.

Besonders betroffen waren Bevölkerungsgruppen, die schon vor der Pandemie sozial, ökonomisch oder gesundheitlich benachteiligt waren: Alleinlebende, Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen, Arbeitslose und Personen mit psychischen oder körperlichen Vorerkrankungen schätzten ihre psychische Gesundheit schlechter und den negativen Effekt der Pandemie grösser ein als die Durchschnittsbevölkerung.

Finanzielle Engpässe und Existenzängste

Zwar stieg die psychische Belastung während der Pandemiewellen bei einem Grossteil der Bevölkerung an, in der zweiten und dritten Welle deutlich stärker als in der ersten Welle. Bei den meisten Menschen sank sie aber jeweils in Phasen gelockter Massnahmen und rückläufiger Fallzahlen rasch wieder. Anders bei den vulnerablen Gruppen: Bei ihnen verbesserte sich die psychische Befindlichkeit in den Phasen der Entspannung tendenziell weniger stark.

Einflussfaktoren gibt es verschiedene: Besonders ins Gewicht fallen die Verschlechterung der materiellen Lebensbedingungen, finanzielle Engpässe und Existenzängste, welche durch die Pandemie ausgelöst oder verstärkt wurden. Wer keine Stelle hatte, um seinen Job fürchtete oder eine IV-Rente bezog, berichtete eher von negativen psychischen Folgen der Krise. Besonders betroffen waren Personen mit kumulierten Risikofaktoren. Eine Studie im Kanton Genf fand bei Sans-Papiers, also Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in der Schweiz, überdurchschnittlich häufige und schwere Symptome psychischer Belastungen.

Sexuelle und geschlechtliche Minderheiten hatten schon vor der Pandemie eine schlechtere psychische Gesundheit als die Schweizer Durchschnittsbevölkerung. Während der Pandemie verstärkten sich diese Unterschiede tendenziell, wobei Verschlechterungen primär bei trans Personen festgestellt wurden. Gründe dafür waren offenbar vor allem Einschränkungen beim Zugang zu Hormontherapien oder zu geschlechtsangleichenden Operationen.

Chronifizierung der psychischen Belastung

Nach der zweiten Pandemiewelle fanden sich bei einem Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen Hinweise auf eine Chronifizierung der psychischen Belastung – besonders ausgeprägt bei Mädchen und jungen Frauen, jungen Menschen aus ärmeren Haushalten und Personen mit Migrationshintergrund. Der Behandlungsbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stieg an. Die bereits vor der Pandemie bestehende Unterversorgung hat sich verschärft.

Wie in der Allgemeinbevölkerung sind jedoch auch bei Jugendlichen die Reaktionen auf die Krise heterogen und vom individuellen Zusammenspiel aus Risiko- und Schutzfaktoren abhängig. Enge Familienbande und ein gutes soziales Netz etwa können vor Risikoverhalten wie exzessivem Medien- oder Alkoholkonsum oder vor Schlafstörungen schützen.

Gefragte Hilfsangebote

Das BAG hat während der Pandemie zwischen 2020 und 2022 verschiedene niederschwellige Hilfsangebote mit insgesamt zwei Millionen Franken unterstützt – zum Beispiel Initiativen von Organisationen wie Pro Juventute, Pro Mente Sana, Die Dargebotene Hand oder Ciao.ch. Die Beratungsanfragen und Nutzungszahlen dieser Angebote haben im Verlauf der Pandemie deutlich zugenommen.

Gemeinsam mit der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz und den Kantonen hat das BAG auch die aktuelle Situation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung diskutiert. In vielen Kantonen und Regionen wurden Initiativen ergriffen oder Kapazitäten erhöht. Es ist wichtig, vorhandene Lücken in der psychiatrisch-



Lebensmittelverteilung in Lausanne während der Pandemie: Besonders betroffen waren Bevölkerungsgruppen, die schon vor der Pandemie benachteiligt waren, zum Beispiel Alleinlebende, Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen, Arbeitslose.

psychotherapeutischen Versorgung zu schliessen. Gleichzeitig müssen auch Belastungen früher erkannt und die persönlichen Ressourcen gestärkt werden: Das entlastet nicht nur die stark geforderten Versorgungsstrukturen, sondern verbessert auch die Lebensqualität der jungen Menschen.

Kontakt:
France Genin, Sektion Nationale Gesundheitspolitik
france.genin@bag.admin.ch

Link:
Übersichtsstudie zum Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz (2022)
<https://tinyurl.com/2s4z4uje>

Impressum: spectra 137, Gesundheit und Soziales: Schnittstellen stärken

«spectra» ist eine Informationsschrift des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und erscheint viermal jährlich in Deutsch, Französisch und Englisch. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des BAG decken.
Herausgeber: BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch
Realisation: Adrian Heuss, Miriam Flury, advocacy ag
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch
Redaktionskommission: Rahel Brönnimann, Claudia Brunner, Daniel Dauwalder, Adrian Kammer, Nadja Stirnimann
Textbeiträge: advocacy ag, Mitarbeitende des BAG, Ori Schipper
Fotos/Copyrights: Autorinnen, Autoren, Fotolia, iStock by Getty Images, Keystone
Layout: bom! communication ag, Basel
Druck: Bütiger AG, 4562 Biberist
Auflage: 5000 Ex. deutsch, 2500 Ex. französisch, 800 Ex. englisch
Einzel Exemplare und Gratisabonnemente von «spectra» können bestellt werden bei: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen, 3003 Bern, kampagnen@bag.admin.ch

Kontakte:

Sektionen, Fachstellen	
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten	058 463 87 11
Sektion Prävention und Promotion (übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	058 463 06 01
Sektion Nationale Gesundheitspolitik	058 463 06 01
Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen	058 463 87 79
Sektion Wissenschaftliche Grundlagen	058 463 88 24

www.spectra-online.ch