

April 2016



Bericht 6

Psychische Gesundheit über die Lebensspanne

Grundlagenbericht

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «**Gesundheitsförderung Schweiz Bericht**» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen. Die Berichte dienen Fachpersonen in Praxis und Wissenschaft, Medien und Gesundheitspolitik. Sie werden einer Qualitätskontrolle (Reviewboard, Begleitgruppe) unterzogen. Der Inhalt der Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Berichte liegen in der Regel gedruckt und in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber: Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen und Autoren: Dr. phil. Fabienne Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz (Kap. 1, 2, 12); MSc Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz (Kap. 1, 2, 12); Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz (Kap. 3); Prof. Dr. Dario Spini, Dr. Stéphanie Pin le Corre und Dipl.-Psych. Hannah S. Klaas, Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne (Kap. 4); Dr. phil. Nadine Messerli-Bürgy und Prof. Dr. Simone Munsch, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Fribourg (Kap. 5); lic. phil. Sabine Brunner, Marie Meierhofer Institut für das Kind (Kap. 6); Dipl. sc. po. Marina Delgrande Jordan und MSc Yvonne Eichenberger, Sucht Schweiz (Kap. 7); Dr. phil. Heinz Bolli-ger-Salzman, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern (Kap. 8); Prof. Dr. Andreas Krause, Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz (Kap. 9); Dr. phil. Martina Zemp und Prof. Dr. Guy Bodenmann, Institut für Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche und Paare/Familien, Universität Zürich (Kap. 10); MSc Veronika Boss, Gesundheitsförderung Schweiz (Kap. 11); lic. phil. Sabine Schläppi, Pro Mente Sana (Informationsboxen psychische Erkrankungen)

Review: lic. phil. Daniela Schuler, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Dr. Alfred Künzler, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz; Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz; Dr. Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland; Dr. Margaret Graf, Staatssekretariat für Wirtschaft (Kap. 9); Prof. Dr. Pasqualina Perig-Chiello, Institut für Psychologie, Universität Bern (Kap. 11)

Begleitgruppe: Bettina Abel, Gesundheitsförderung Schweiz; Dr. rer. oec. Paul Camenzind und lic. phil. Daniela Schuler, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Dr. med. Alexander Minzer, Präsident Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP; Dr. Alfred Künzler, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz; Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz; Dr. Margaret Graf, Staatssekretariat für Wirtschaft; Katrin Jentzsch und Sabina D'Alessandri, Bundesamt für Sozialversicherungen; Fabienne Plancherel, Direktion für Gesundheit und Soziales, Kanton Fribourg; lic. phil. Manuela Meneghini, Amt für soziale Sicherheit Kanton Solothurn; Dr. med. Maria Inés Caravajal, Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz: Dr. Fabienne Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz; MSc Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz

Lektorat: Eva Holl, Gesundheitsförderung Schweiz

Reihe und Nummer: Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6

Zitierweise: Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne

Fotonachweis Titelbild: Fotolia

Auskünfte/Informationen: Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6, Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00, office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext: Deutsch und Französisch (Kapitel 4 und 7)

Bestellnummer: 03.0139.DE 04.2016

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 03.0139.FR 04.2016).

ISSN: 2296-5629

Download PDF: www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, April 2016

Editorial

Erfolgreiche Zusammenarbeit der Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz

Im Rahmen der Aktionsprogramme «Gesundes Körpergewicht» engagieren sich Gesundheitsförderung Schweiz und die Kantone seit 2007 gemeinsam für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Programme werden in 20 Kantonen erfolgreich umgesetzt und tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche einen gesunden Lebensstil pflegen und in einem gesundheitsfördernden Umfeld aufwachsen. Durch die Förderung einer ausgewogenen Ernährung und regelmässiger Bewegung konnte der Trend zu Übergewicht, einem bedeutenden gesundheitlichen Risikofaktor, bei Kindern und Jugendlichen gebremst werden.

Bedarfsorientierte Weiterentwicklung der kantonalen Aktionsprogramme

Mit den Aktionsprogrammen «Gesundes Körpergewicht» wurde in den letzten Jahren schweizweit eine positive Dynamik in der Gesundheitsförderung ausgelöst. Heute können weitere Schritte getan werden, die auf den bisherigen Erfahrungen aufbauen. Neben ihrem Engagement für Kinder und Jugendliche setzen sich viele Kantone bereits heute für die Gesundheit älterer Menschen und für die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung ein. Angesichts dieser Entwicklung hat der Stiftungsrat von Gesundheitsförderung Schweiz 2013 beschlossen, die kantonalen Aktionsprogramme weiterzuentwickeln und einerseits für die Zielgruppe der älteren Menschen zu öffnen und andererseits das Thema Psychische Gesundheit zu integrieren.

Die Weiterentwicklung der kantonalen Aktionsprogramme ist in die gesundheitspolitischen Ziele auf nationaler und kantonaler Ebene eingebettet. Sie entspricht insbesondere der Stossrichtung, die von der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und dem Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vorgegeben wird. Eine Erweiterung der kantonalen Aktions-

programme wird von den Kantonen und dem Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) mitgetragen und kann ab 2017 ins Visier genommen werden.

Grundlage für ein mögliches kantonales Aktionsprogramm mit Schwerpunkt Psychische Gesundheit

Der vorliegende Bericht bietet den Kantonen und interessierten Fachorganisationen eine thematische und zielgruppenspezifische Orientierung für die Lancierung eines kantonalen Aktionsprogramms mit Schwerpunkt Psychische Gesundheit.

Die psychische Gesundheit ist für jede und jeden zentral, um das Leben gestalten zu können. Zudem sind im Vergleich mit körperlichen Krankheiten psychische Störungsbilder für Betroffene häufig belastender. Vor dem Hintergrund, dass ungefähr die Hälfte der Menschen einmal im Leben an einer psychischen Störung erkrankt, ist es wichtig, sich für die psychische Gesundheit zu engagieren.

Der Bericht liefert eine systematische Sammlung von Zahlen und Fakten zum Themenfeld Psychische Gesundheit. Spezifische Zielgruppen, deren Herausforderungen sowie Handlungsempfehlungen und interessante Beispielprojekte werden diskutiert. Der Bericht gibt nicht nur einen Überblick zum Thema Psychische Gesundheit, sondern zeigt auch, bei welcher Zielgruppe über die Lebensspanne mit welchen Lösungsansätzen die psychische Gesundheit gefördert werden kann.

Bettina Abel
Vizedirektorin/Leiterin Programme

Thomas Mattig
Direktor Gesundheitsförderung Schweiz

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	8
1 Einleitung	12
1.1 Einbettung des vorliegenden Berichts	12
1.2 Aufbau des Berichts	13
2 Grundlagen und Definitionen	15
2.1 Psychische Gesundheit	15
2.2 Ressourcen und Belastungen	16
2.3 Psychische Gesundheit in der Schweiz	16
2.3.1 Interne/personale Ressourcen	17
2.3.2 Externe/umgebungsbedingte Ressourcen	18
2.4 Gesundheitsförderung und Prävention	19
2.5 Literaturverzeichnis	19
Querschnittsthemen	21
3 Übergänge und kritische Lebensereignisse – ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit	21
3.1 Definitionen: Übergänge und kritische Lebensereignisse	21
3.2 Psychische Gesundheit bei Personen in Übergangsphasen oder nach kritischen Lebensereignissen	23
3.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage	23
3.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	24
3.3 Besondere Herausforderungen und Chancen bei Übergängen und kritischen Lebensereignissen	27
3.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	28
3.5 Literaturverzeichnis	29
4 Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit	31
4.1 Soziale Ungleichheiten	31
4.2 Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit	32
4.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage	32
4.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	35
4.3 Besondere Herausforderungen in Bezug auf die psychische Gesundheit	35
4.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	36
4.4.1 Wie können die Zielgruppen erreicht werden, um die gesundheitsbezogene soziale Ungleichheit abzubauen?	37
4.4.2 Wie kann die psychische Gesundheit konkret gefördert werden, ohne die soziale Ungleichheit zu verschärfen?	38
4.4.3 Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der betroffenen Zielgruppen zu fördern? Welches sind die Erfolgsfaktoren?	38
4.5 Literaturverzeichnis	39

5	Die Interaktion zwischen physischer und psychischer Gesundheit	42
5.1	Kurzdefinition Zielgruppe	42
5.2	Psychische Gesundheit bei Personen mit eingeschränkter physischer Gesundheit	42
5.2.1	Prävalenzen, allgemeine Datenlage	43
5.2.2	Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	43
5.3	Besondere Herausforderungen der Zielgruppe in Bezug auf die psychische Gesundheit	44
5.4	Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	45
5.4.1	Wie kann die Zielgruppe erreicht werden?	45
5.4.2	Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der Zielgruppe zu stärken?	45
5.4.3	Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit dieser Zielgruppe zu fördern?	46
5.5	Literaturverzeichnis	47
 Kinder und Jugendliche		 48
6	Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit (Vorschulalter)	48
6.1	Frühe Kindheit	48
6.2	Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit	49
6.2.1	Prävalenzen, allgemeine Datenlage	49
6.2.2	Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	51
6.3	Besondere Herausforderungen in der frühen Kindheit	52
6.3.1	Die Abhängigkeit des jungen Kindes von seinen Eltern (Bezugspersonen)	52
6.3.2	Entwicklungsmerkmale	52
6.3.3	Übergänge gestalten	52
6.3.4	Gespräche mit jungen Kindern	52
6.3.5	Lebensräume für die frühe Kindheit	52
6.4	Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	52
6.4.1	Kinder im Frühbereich erreichen	52
6.4.2	Stärkung der psychischen Gesundheit bei Kindern in der frühen Kindheit	53
6.4.3	Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit	54
6.5	Literaturverzeichnis	56
7	Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter (oblig. Schulzeit)	58
7.1	Kinder und Jugendliche im Schulalter	58
7.2	Psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Schulalter	58
7.2.1	Prävalenzen, allgemeine Datenlage	58
7.2.2	Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	60
7.3	Besondere Herausforderungen im Schulalter	63
7.4	Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	64
7.4.1	Wie können die Kinder und Jugendlichen im Schulalter erreicht werden?	65
7.4.2	Wie kann im schulischen Kontext die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter gestärkt werden?	65
7.4.3	Welche Rahmenbedingungen braucht es, um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Schulalter zu fördern?	66
7.5	Literaturverzeichnis	67

8	Psychische Gesundheit im Jugendalter	70
8.1	Jugendalter	70
8.2	Psychische Gesundheit von Jugendlichen in der Schweiz	70
8.2.1	Prävalenzen, allgemeine Datenlage	70
8.2.2	Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	71
8.3	Besondere Herausforderungen für Jugendliche	73
8.4	Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	75
8.4.1	Wie können Jugendliche erreicht werden?	75
8.4.2	Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu stärken?	75
8.4.3	Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu fördern?	77
8.5	Literaturverzeichnis	79
Erwachsene		82
9	Psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit	82
9.1	Erwerbstätigkeit	82
9.2	Psychische Gesundheit	83
9.2.1	Prävalenzen, allgemeine Datenlage	83
9.2.2	Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	85
9.3	Besondere Herausforderungen der Erwerbstätigkeit	87
9.4	Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	88
9.4.1	Wie können Erwerbstätige erreicht werden?	88
9.4.2	Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit zu stärken?	89
9.4.3	Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit zu fördern?	90
9.5	Literaturverzeichnis	92
10	Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze	96
10.1	Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze	96
10.2	Psychische Gesundheit der Zielgruppe	96
10.2.1	Prävalenzen, allgemeine Datenlage	96
10.2.2	Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	97
10.3	Besondere Herausforderungen für die psychische Gesundheit	100
10.4	Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	101
10.4.1	Wie kann die Zielgruppe erreicht werden?	101
10.4.2	Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit zu stärken?	101
10.4.3	Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit zu fördern?	102
10.5	Literaturverzeichnis	104

11 Psychische Gesundheit bei älteren Menschen	107
11.1 Ältere Menschen	107
11.2 Psychische Gesundheit älterer Menschen	107
11.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage	107
11.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen	109
11.3 Besondere Herausforderungen für ältere Menschen	110
11.3.1 Typische Entwicklungsaufgaben im Alter	110
11.3.2 Körperliche Herausforderungen im Alter	110
11.3.3 Verlust von sozialer Unterstützung und Vereinsamung	110
11.3.4 Pflegende Angehörige	111
11.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze	111
11.4.1 Zugang zu älteren Menschen	111
11.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der älteren Menschen zu stärken?	112
11.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der älteren Menschen zu stärken?	113
11.5 Literaturverzeichnis	114
12 Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit	117
12.1 Empfehlung 1: Die Person in ihrem Umfeld berücksichtigen	117
12.2 Empfehlung 2: Interne und externe Ressourcen stärken	118
12.2.1 Zentrale interne Ressource: Selbstwirksamkeit	118
12.2.2 Zentrale externe Ressource: soziale Unterstützung	119
12.3 Empfehlung 3: Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen	120
12.3.1 Kleinkinder/Vorschulkinder und ihre Eltern	120
12.3.2 Frühes Jugendalter	120
12.3.3 Pflegende Angehörige älterer Personen	121
12.4 Fazit	121
12.5 Literaturverzeichnis	122
Abbildungsverzeichnis	
Abbildung 1.1: Zusammenspiel der vier Handlungsfelder	12
Abbildung 1.2: Aufbau des Grundlagenberichts Psychische Gesundheit	14
Abbildung 2.1: Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell	16
Abbildung 6.1: Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit	54
Abbildung 9.1: Job-Demands-Resources-Modell in Anlehnung an Bakker und Demerouti	86
Abbildung 12.1: Vorgehensweise beim Aufbau eines KAP	117
Abbildung 12.2: Der Mensch in seinen verschiedenen Lebensbereichen	117
Abbildung 12.3: Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell	118
Abbildung 12.4: Infografik zu den Empfehlungen 1 und 2 zur Förderung der psychischen Gesundheit	119
Tabellenverzeichnis	
Tabelle 3.1: Auswahl an kritischen Lebensereignissen	23
Tabelle 6.1: Risiko- und Schutzfaktoren von Thyen	51
Tabelle 7.1: Indikatoren zur psychischen Gesundheit von 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen in der Schweiz	60
Tabelle 7.2: Indikatoren der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen in der Schweiz	63

Management Summary

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, eine Basis für mögliche kantonale Aktionsprogramme (KAP) mit dem Schwerpunkt Psychische Gesundheit zu bilden. Dazu wurden wissenschaftliche Grundlagen zum Themenbereich der psychischen Gesundheit erarbeitet. Expertinnen und Experten verschiedener Fachbereiche verfassten zu relevanten Querschnittsthemen der psychischen Gesundheit sowie entlang der Lebensphasen verschiedene Kapitel. Der Bericht wird durch Empfehlungen für ein kantonales Aktionsprogramm mit Schwerpunkt Psychische Gesundheit abgeschlossen.

Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit ist ein vielschichtiger Prozess, der Aspekte wie Wohlbefinden, Optimismus, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Beziehungsfähigkeit, Sinnhaftigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsbewältigung umfasst. Um sich psychisch gesund zu fühlen, müssen diese Eigenschaften und Emotionen nicht alle und zu jeder Zeit in gleichem Masse vorhanden sein.

Eine Person fühlt sich psychisch gesund, wenn es ihr möglich ist, ihre geistigen und emotionalen Fähigkeiten zu nutzen, die alltäglichen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und in der Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten (WHO, 2003).

Ein der Lebensphase entsprechendes stabiles Selbstwertgefühl und eine gefestigte Identität bezüglich verschiedener Rollen in der Gesellschaft sowie das Gefühl, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können, sind ebenfalls kennzeichnend für die psychische Gesundheit. Es geht also nicht darum, Belastungen sowie negative Erlebnisse oder Emotionen zu negieren, sondern darum, diese Ereignisse wahrzunehmen, zu regulieren und verarbeiten zu können.

Martina Blaser und Fabienne Amstad (Gesundheitsförderung Schweiz) gehen im **Kapitel 2** auf zentrale Begriffe rund um die psychische Gesundheit ein.

Die psychische Gesundheit hängt vom Zusammenspiel zwischen Ressourcen und Belastungen ab. Sie entsteht, wenn sich Ressourcen und Belastungen im

Gleichgewicht befinden oder die Ressourcen gesamthaft stärker ausgeprägt sind als die Belastungen. Die psychische Gesundheit ist eine lebenslange Herausforderung und in jeder Lebensphase zentral (Mütsch et al., 2014). Einzelne Zielgruppen werden deshalb im vorliegenden Bericht entlang ihrer Lebensphase analysiert und diskutiert.

Querschnittsthemen

Lebensphasenunspezifisch werden im vorliegenden Bericht drei Querschnittsthemen betrachtet. Felix Wettstein (Fachhochschule Nordwestschweiz) behandelt hierbei die Übergänge zwischen Lebensphasen und kritische Lebensereignisse. Dario Spini, Stéphanie Pin le Corre und Hannah Klaas (Universität Lausanne) beschreiben den Einfluss der sozialen Ungleichheit auf die psychische Gesundheit. Nadine Messerli-Bürgy und Simone Munsch (Universität Fribourg) widmen ihr Kapitel den Wechselwirkungen von psychischer und physischer Gesundheit.

In **Kapitel 3** beschreibt Wettstein (2016), dass **Übergänge zwischen Lebensphasen** eine spezielle Herausforderung für die psychische Gesundheit darstellen. Sie sind durch Veränderungen der aktuellen Lebenssituation gekennzeichnet, durch den Wechsel in eine neue Lebensphase oder das Auftreten eines kritischen Lebensereignisses. Übergänge zwischen Lebensphasen sind oft mit Lebensereignissen gekoppelt. So ist zum Beispiel das Jugendalter erst mit dem Eintritt ins Erwerbsleben und der dadurch verbundenen materiellen Unabhängigkeit sowie der Ablösung der Eltern, abgeschlossen. Weiter stellt die Pensionierung einen Übergang ins Seniorenalter dar.

In Übergangszeiten scheint es besonders wichtig, flexibel auf die Neuerungen in der nachfolgenden Lebensphase reagieren zu können. Dies kann einerseits über die Anpassung eigener Ziele und/oder andererseits über die Änderung der Lebensbedingungen erfolgen. Übergangsphasen, die ein hohes Mass an Flexibilität erfordern, sollten gefolgt oder begleitet werden von Stabilität. Stabilität gibt beispielsweise die soziale Einbettung in die Familie und in Freund-

schaften. Gut gemeisterte Übergänge können Ressourcen einer Person mobilisieren und stärken. Entscheidend für diese Stärkung und Mobilisierung ist ihr Umfeld, welches sich mitzuberücksichtigen lohnt. Übergänge sind also nicht nur als Herausforderung, sondern auch als Chance zur Stärkung der psychischen Gesundheit zu sehen.

Spini et al. (2016) legen in **Kapitel 4** dar, dass die psychische Gesundheit wie auch psychische Krankheiten abhängig vom **sozioökonomischen Status** sind, gemessen am Bildungsniveau, Beruf und Einkommen. Je höher der sozioökonomische Status, desto besser ist die psychische Gesundheit. Die soziale Ungleichheit interagiert ebenso stark mit den Charakteristiken des Lebensumfelds, in dem sich eine Person befindet. Der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und dem sozioökonomischen Status zeigt sich in beiden Richtungen. Das kann einen Teufelskreis zur Folge haben: Personen mit einem tiefen sozioökonomischen Status haben eher eine schlechtere psychische Gesundheit und ein erhöhtes Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Als Folge der psychischen Erkrankung nimmt der sozioökonomische Status weiter ab, zum Beispiel bedingt durch Arbeitsunfähigkeit. Dies wiederum führt zu einer schlechteren psychischen Gesundheit. Ungleichheiten zeigen sich oft bereits in der Jugend. Es ist deshalb naheliegend, früh – möglichst schon in der Kindheit – zu intervenieren.

Um die sozialen Ungleichheiten zu verringern oder nicht weiter zu verstärken, sollte auf Ansätze der Gesundheitsförderung fokussiert werden, die das Lebensumfeld und die Lebensbedingungen verändern und Akteure aus verschiedenen Bereichen miteinbeziehen.

Messerli-Bürgy und Munsch (2016) zeigen in **Kapitel 5** auf, dass eine **physische Erkrankung** einen wichtigen Risikofaktor für die psychische Gesundheit darstellt. Beziehungen zu Bezugspersonen, Betreuungspersonen und auch gleichaltrige Mitbetroffene sind in einer solchen Lebensphase besonders wichtig und werden bei eingeschränkter körperlicher Gesundheit besonders gefordert. Eine integrative Her-

angehensweise ist daher sinnvoll, um betroffene Personen und pflegende Familienmitglieder sowie Betreuungspersonen zu unterstützen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen aus dem somatischen und psychologischen Bereich ist erforderlich, um die Belastungssituation erfolgreich zu bewältigen.

Kinder und Jugendliche

Das Kindes- und Jugendalter kann aufgrund der spezifischen Herausforderungen in verschiedene altersabhängige Lebensphasen eingeteilt werden. Sabine Brunner (Marie Meierhofer Institut) befasst sich mit der frühen Kindheit (Vorschulalter), während Marina Delgrande Jordan und Yvonne Eichenberger (Sucht Schweiz¹) das Schulalter und Heinz Bolliger-Salzman (Universität Bern) das Jugendalter in Bezug auf die psychische Gesundheit beschreiben.

Brunner (2016) zeigt in **Kapitel 6** auf, dass die Grundlage für die psychische Gesundheit in den Jahren der **frühen Kindheit** gelegt wird. In den ersten Lebensjahren ist die Eltern-Kind-Beziehung besonders zentral. Für das Kleinkind sind verlässliche, verfügbare und vertraute Bezugspersonen unverzichtbar. In diesem Zusammenhang zu bedenken ist beispielsweise die postpartale Depression: Diese unter jungen Müttern verbreitete psychische Erkrankung kann sich negativ auf die Mutter-Kind-Interaktion auswirken. Für die psychische Gesundheit der Kinder ebenfalls entscheidend sind familiäre Schutzfaktoren wie eine stabile elterliche Beziehung, gute Erziehungskompetenzen der Eltern sowie ein positives Familienklima. Um junge Kinder zu erreichen, ist es daher unabdingbar, die Bezugspersonen in den Fokus zu stellen oder zumindest miteinzubeziehen. Allerdings ist es schwierig, den Zugang zu Familien mit noch nicht schulpflichtigen Kindern zu finden. In der Schweiz wird lediglich ein Drittel der Kinder in familienergänzenden Angeboten, einem weiteren möglichen Interventionssetting, betreut. 97%² aller Geburten finden im Spital statt. Demzufolge scheinen schwangere Frauen sowie junge Mütter im Wochenbett über Hebammen, Gynäkologen, Geburtsvorbereitungskurse usw. gut erreichbar zu sein.

¹ Sucht Schweiz ist verantwortlich für die Schweizerische HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children). Diese Studie liefert wichtige Daten zum Gesundheitsverhalten und -zustand von Schülerinnen und Schülern.

² Im Jahr 2004.

In **Kapitel 7** zur psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im **Schulalter** kommen Delgrande Jordan und Eichenberger (2016) zum Schluss, dass die Schule ein besonders wichtiges Interventionssetting darstellt: Die Kinder und Jugendlichen im Schulalter verbringen den grössten Teil ihrer Zeit in der Schule. Zudem bietet die Schule den Vorteil, dass alle Kinder und Jugendlichen unabhängig ihres Hintergrunds gleichzeitig erreicht werden können. Während der Schulzeit findet der Übergang in die Adoleszenz statt, der sich als besonders wichtig für die psychische Gesundheit erweist. Die frühe Adoleszenz ist neben den psychosozialen Herausforderungen auch mit physiologischen und hormonellen Veränderungen in der Pubertät verbunden. Auch psychische Störungen beginnen oft bereits im Schulalter, so liegt der Median von psychischen Ersterkrankungen bei 14 Jahren. Diese Kombination bringt es mit sich, dass die Adoleszenz – insbesondere die frühe Adoleszenz – als eine entscheidende Lebensphase anzusehen ist. In dieser herausfordernden Phase sind die wahrgenommene soziale Unterstützung der Bezugspersonen, wie beispielsweise Familie, Peers und Lehrpersonen, sowie die personalen Ressourcen von Bedeutung. Interventionen, die bei den personalen Ressourcen der Schülerinnen und Schüler und dem physischen und sozialen Umfeld der Schule ansetzen, haben sich besonders bewährt.

Bolliger-Salzmann (2016) legt in **Kapitel 8** dar, dass die **Jugendphase**, auch Adoleszenz genannt, sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund einer ausgedehnteren Bildungszeit verlängert hat. Die Phase beginnt während der obligatorischen Schulzeit und ist erst dann abgeschlossen, wenn die soziale und materielle Unabhängigkeit von den Eltern erlangt worden ist. Sie erstreckt sich somit auf einen Zeitraum von etwa 11- bis 25-jährig. Im Jugendalter werden verschiedene Entwicklungsaufgaben kumuliert, die jede für sich ein bedeutender Stressfaktor sein kann. Eine wichtige und zentrale Herausforderung im Jugendalter ist es, eine stabile Identität zu entwickeln. Dafür ist eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung wesentlich. Die Identität bildet sich jedoch nicht nur innerlich, sondern bestätigt, festigt und drückt sich auch in sozialen Interaktionen aus. Daher sind soziale Kompetenzen sehr wichtig. Neben den Peers sind auch die Schule, der Lehrbetrieb und die Familie für Jugendliche wesentliche Settings, in denen sich soziale Interaktionen üben lassen.

Erwachsene

Im Vergleich zum Kindes- und Jugendalter macht es im Erwachsenenalter weniger Sinn, die Lebensphasen anhand des biologischen Alters zu unterteilen. Für die Definition spezifischer Zielgruppen mit ihren Herausforderungen sind die jeweiligen Lebensereignisse und Settings viel entscheidender. Die Erwerbstätigkeit spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle: zum einen für die eigentliche Erwerbsphase, zum anderen für deren Abschluss, welcher den Aufbruch in eine neue Lebensphase, das Seniorenalter, bedeutet. Andreas Krause (Fachhochschule Nordwestschweiz) widmet sein Kapitel der Erwerbstätigkeit. Neben diesem wichtigen Lebensbereich sind auch soziale Netze wie die Familie oder der Freundes- und Bekanntenkreis entscheidend, was Martina Zemp und Guy Bodenmann (Universität Zürich) in ihrem Kapitel deutlich machen. Zum Schluss befasst sich Veronika Boss (Gesundheitsförderung Schweiz) mit der psychischen Gesundheit von älteren Menschen.

Generell hat die **Erwerbstätigkeit** gemäss Krause (2016) in **Kapitel 9** einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit. Sie fördert verschiedene Aktivitäten und Kompetenzen, stellt Kooperationsmöglichkeiten bereit und ist eine wichtige Quelle für soziale Anerkennung und die Festigung der persönlichen Identität. Das betriebliche Gesundheitsmanagement hat sich dieser Aufgabe angenommen: Es verbessert gezielt und systematisch die gesundheitsrelevanten Faktoren in einem Unternehmen oder einer Organisation. Der Betrieb ist ein ideales Setting für gesundheitsförderliche und präventive Massnahmen in Bezug auf die psychische Gesundheit. 70 % der 15- bis 64-Jährigen mit einer mittelgradigen bis schweren psychischen Störung sind erwerbstätig. Das Erwerbsleben beeinflusst auch das Verhalten in anderen Lebensbereichen, wie zum Beispiel der Familie, und umgekehrt. Diesen Zusammenhang gilt es bei Interventionen zu berücksichtigen.

Eine zentrale Ressource für Menschen ist, wie von Zemp und Bodenmann (2016) in **Kapitel 10** beschrieben, das **soziale Netz** wie zum Beispiel die Familie, in dem sie soziale Unterstützung erhalten. Sozial isolierte Personen sowie Personen mit einem erhöhten Risiko, wenig soziale Unterstützung zu erhalten, sind besonders vulnerable Zielgruppen und leiden eher unter einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit. Dazu gehören insbesondere ältere Men-

schen, Alleinerziehende und Personen mit einer tiefen Bildung. Ferner sind Personen – vor allem Frauen – der «Sandwichgeneration» besonderen Herausforderungen gegenübergestellt. Sie haben noch abhängige Kinder zu Hause und pflegen gleichzeitig ihre (Schwieger-)Eltern. Als letzte vulnerable Zielgruppe sind Paare im Übergang zur Elternschaft zu nennen. Die Partnerschaft ist zwar ein zentraler Schutzfaktor für erwachsene Menschen, in einer Partnerschaft lebende Personen sind gesünder und haben ein höheres Wohlbefinden. Die Elternschaft, als besonders kritisches Lebensereignis, stellt jedoch einen Risikofaktor für die Paarbeziehung dar.

Ältere Menschen zeigen, laut Boss (2016) in **Kapitel 11**, eine hohe Lebenszufriedenheit und ein hohes psychisches Wohlbefinden, obwohl ihre Ressourcen im Allgemeinen knapper werden. Dieses Paradox des Wohlbefindens im Alter erfährt erst im hohen Alter und mit zunehmender Multimorbidität und Gebrechlichkeit einen Knick bezüglich gefühlter Energie und Vitalität sowie Wohlbefinden und Optimismus. Dieser Knick kann mit der eingeschränkten Mobilität und Autonomie, der zunehmenden Abhängigkeit von der Unterstützung anderer Menschen und der abnehmenden sozialen Vernetzung erklärt werden. Oft stellt auch die Pflege von Partnern und anderen Familienangehörigen eine gesundheitliche Herausforderung für ältere Menschen dar.

Empfehlungen

Aus dem vorliegenden Bericht können drei grundlegende Empfehlungen festgehalten werden.

1. Empfehlung: Die Person in ihrem Umfeld berücksichtigen

Massnahmen zur psychischen Gesundheit sollten jeweils die Person und ihr Lebensumfeld berücksichtigen und aufeinander abgestimmt sein. Die Person kann beispielsweise durch die Förderung ihrer Lebenskompetenzen und das Lebensumfeld über das Klima, die Kultur und die Struktur gestärkt werden.

2. Empfehlung: Interne und externe Ressourcen stärken

Ressourcen haben einerseits einen direkten positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit. Andererseits können sie die Wirkung von Belastungen auf die psychische Gesundheit abpuffern.

Alle Ressourcen zu stärken, erscheint unlösbar. Deshalb empfiehlt es sich, auf wenige Ressourcen zu fokussieren. Selbstwirksamkeit als interne Ressource und soziale Unterstützung als externe Ressource sind Ressourcen, die über die gesamte Lebensspanne – in verschiedenen Übergängen und Lebensereignissen – eine zentrale Rolle spielen und die es sich zu stärken lohnt.

3. Empfehlung: Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen

Grundsätzlich ist es bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen sinnvoll, vulnerable Zielgruppen prioritär zu berücksichtigen. Im Bericht werden drei Personengruppen näher beschrieben, bei denen sich Massnahmen besonders lohnen können: die Kleinkinder/Vorschulkinder und ihre Eltern, das frühe Jugendalter und pflegende Angehörige.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass die psychische Gesundheit als zentraler Bestandteil der Gesundheit auf vielfältige und wirksame Art gefördert werden kann. Den vielschichtigen Herausforderungen kann mit gezielten Lösungsansätzen über die gesamte Lebensspanne begegnet werden.

1 Einleitung

Gesundheitsförderung Schweiz hat in ihrer langfristigen Strategie drei strategische Schwerpunkte festgelegt. Dies sind die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen, die Förderung von gesundem Körpergewicht sowie die Stärkung der psychischen Gesundheit. Bis anhin hat Gesundheitsförderung Schweiz ihre Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit ausschliesslich auf die betriebliche Gesundheitsförderung – mit dem Schwerpunkt Stress – fokussiert.

Der vorliegende Bericht soll nun das Themenfeld öffnen und als allgemeine Grundlage für den Ausbau des Engagements der Stiftung im Bereich Psychische Gesundheit dienen.

Ziel des Berichts ist es demnach, eine wissenschaftliche Basis für ein kantonales Aktionsprogramm (KAP) mit Schwerpunkt Psychische Gesundheit zu bilden und eine Entscheidungsgrundlage für strategische Massnahmen in diesem Themengebiet auf nationaler, kantonaler sowie kommunaler Ebene zu liefern.

Um dieses Ziel erreichen zu können, ist der Bericht auf Fachpersonen auf strategischer und operativer Ebene in nationalen, kantonalen oder kommunalen Organisationen/Verwaltungen aus dem Bereich Psychische Gesundheit sowie auf Fachpersonen aus der Praxis und der Wissenschaft ausgerichtet.

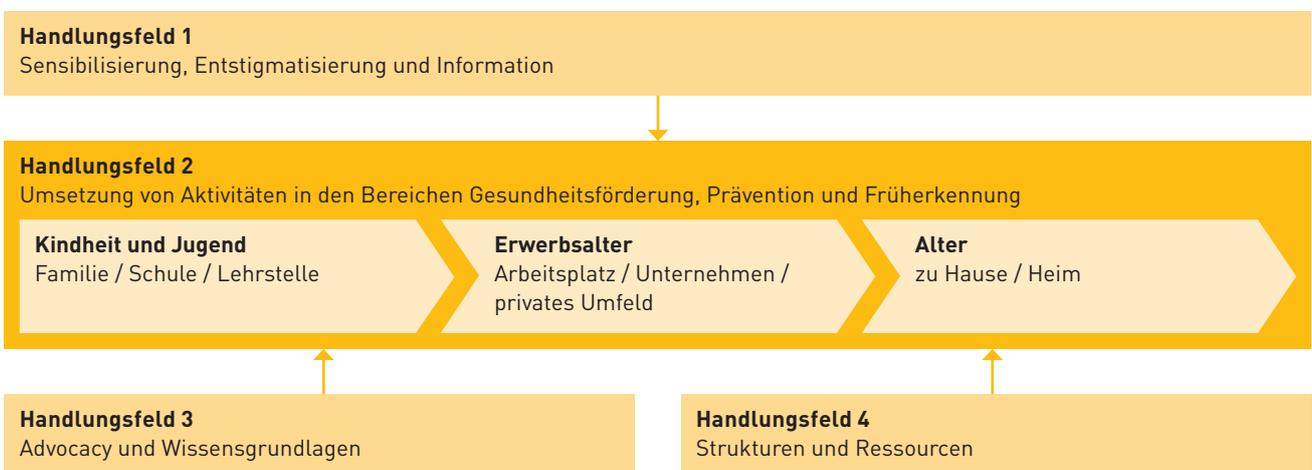
1.1 Einbettung des vorliegenden Berichts

Im Rahmen der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020» wurde der Auftrag zur Stärkung und verbesserten Koordination der bestehenden Aktivitäten in den Bereichen NCD (nicht übertragbare Krankheiten) und Psychische Gesundheit ausgesprochen.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie Gesundheitsförderung Schweiz haben in der Folge im Jahr 2014 gemeinsam mit weiteren Akteuren den Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungs-

ABBILDUNG 1.1

Zusammenspiel der vier Handlungsfelder (Bürli et al., 2015)



felder» erarbeitet und 2015 veröffentlicht. Gegenstandsbereich dieses Berichts (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015) sind die Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen.

Er beschreibt die Situation der psychischen Gesundheit in der Schweiz, indem er auf allgemeine Prävalenzen eingeht und Aktivitäten von verschiedenen Akteuren beschreibt. Im genannten Bericht werden Lücken – vor allem auf nationaler Ebene – eruiert, die in vier Handlungsfelder zusammengefasst dargestellt werden (siehe Abbildung 1.1). Diese vier Handlungsfelder mit je zwei Massnahmenbereichen sollen dazu beitragen, Synergien unter Akteuren zu verbessern und bisherige Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Früherkennung von psychischen Erkrankungen besser zu koordinieren.

Im Jahr 2016 arbeiten die GDK, das BAG und Gesundheitsförderung Schweiz einen Umsetzungsplan zu den Handlungsfeldern aus. Das KAP³ beinhaltet Aktivitäten, die in allen Handlungsfeldern ansetzen. Kernstück der vier Handlungsfelder, wie auch des KAP, ist die Umsetzung von konkreten Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit. Um jedoch konkrete Massnahmen planen und umsetzen zu können, ist es wichtig, zu eruieren, bei welcher Zielgruppe, in welchem Setting, mit welcher Intervention angesetzt werden soll. Der vorliegende Bericht soll Antworten auf diese Fragen liefern.

Im Unterschied zum Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» (Bürli et al., 2015), der belegt, **dass** es wichtig ist, die psychische Gesundheit in der Schweiz zu fördern, liefert der «Grundlagenbericht Psychische Gesundheit» Evidenz dafür, **wie** und bei **wem** die psychische Gesundheit gefördert werden soll und kann.

1.2 Aufbau des Berichts

Der Aufbau des vorliegenden Berichts orientiert sich an Lebensphasen. Die Inhalte werden in Form eines «Readers» thematisiert und wurden von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen aus der Wissenschaft und Praxis verfasst. Abbildung 1.2 veranschaulicht diesen Aufbau.

Zu Beginn des Berichts werden Grundlagen in Bezug auf die psychische Gesundheit näher erläutert. Im Hauptteil orientiert sich jedes Kapitel an identischen Leitfragen, die sich auf die psychische Gesundheit einer bestimmten Zielgruppe beziehen.

- 1 Kurzdefinition Zielgruppe
- 2 Psychische Gesundheit bei der Zielgruppe
 - 2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage
 - 2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen
- 3 Besondere Herausforderungen der Zielgruppe in Bezug auf die psychische Gesundheit
- 4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze
 - 4.1 Wie kann die Zielgruppe erreicht werden?
 - 4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der Zielgruppe zu stärken?
 - 4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit dieser Zielgruppe zu fördern?

Jedes Kapitel enthält zusätzlich eine blaue Informationsbox mit Beispielprojekten.⁴

Die Leitfragen bilden die Struktur des Berichts, die nicht nur einen inhaltlichen Überblick zum Thema Psychische Gesundheit bietet, sondern auch eine systematische Sammlung von

- Zahlen und Fakten bezüglich spezifischer Zielgruppen
- Herausforderungen für spezifische Zielgruppen
- Handlungsempfehlungen
- Interventionsbeispielen

liefert. Dies erlaubt dem Leser eine gezielte Suche nach bestimmten Inhalten in Bezug auf eine spezifische Zielgruppe.

³ Die Detailinformationen zur Ausgestaltung des KAP sind in den Rahmenbedingungen des KAP von Gesundheitsförderung Schweiz beschrieben und können bei Gesundheitsförderung Schweiz angefordert werden.

⁴ Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitet bis zum Herbst 2016 ein umfassendes Inventar von Projekten zur psychischen Gesundheit.

Am Ende des Berichts folgen Empfehlungen, die für den Aufbau eines KAP mit Schwerpunkt Psychische Gesundheit von zentraler Bedeutung sind. Der vorliegende Bericht legt den Fokus auf die psychische Gesundheit. Da jedoch auch immer wieder von psychischen Krankheiten die Rede ist, werden die wichtigsten psychischen Erkrankungen in gelben Informationsboxen von Pro Mente Sana (www.promentesana.ch) dargestellt.

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

Für Personen, die «nur» an einer spezifischen Zielgruppe interessiert sind, bieten das Grundlagenkapitel sowie die Empfehlungen einen Rahmen zum zielgruppenspezifischen Kapitel des Hauptteils.

Wer sich rasch zu bestimmten Themen informieren möchte, findet jeweils am Anfang der Kapitel eine kurze Vorschau des Kapitelinhalts.

ABBILDUNG 1.2

Aufbau des Grundlagenberichts Psychische Gesundheit

Management Summary					
Einleitung					
Grundlagen					
Hauptteil					
Querschnittsthemen		Kinder und Jugendliche		Erwachsene	
Übergänge / kritische Lebensereignisse		Frühe Kindheit/Vorschulalter		Erwerbstätigkeit	
Soziale Ungleichheit		Schulalter		Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze	
Interaktion physische und psychische Gesundheit		Jugendalter		Ältere Menschen	
Infobox Suchterkrankungen S. 26	Infobox AD(H)S S. 64	Infobox Essstörungen S. 74	Infobox Depression S. 84	Infobox Angst-erkrankungen S. 98	Infobox Demenz S. 109
Empfehlungen					

2 Grundlagen und Definitionen

MSc Martina Blaser & Dr. Fabienne T. Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz orientiert sich für die Definition der Gesundheit an der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Demnach ist Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (WHO, 1948). Neuere Definitionen von Gesundheit gehen davon aus, dass Gesundheit nicht einen Zustand darstellt, sondern einen Prozess. Gesundheit geht aus dem dynamischen Verhältnis von inneren und äusseren Ressourcen und Belastungen hervor. Innere Ressourcen und Belastungen liegen in der Person selbst, äussere sind durch ihr Umfeld bedingt. Ressourcen und Belastungen können auf körperlicher, psychischer, sozialer und physikalisch-materieller Ebene bestehen. Gesundheit entsteht, wenn sich Ressourcen und Belastungen im Gleichgewicht befinden oder Ressourcen gesamthaft stärker ausgeprägt sind als Belastungen (Weber et al., 2016).

2.1 Psychische Gesundheit

Bereits in der oben genannten grundlegenden Definition der WHO von 1948 ist die psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil einer umfassend verstandenen Gesundheit. Demnach gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.

Bei der Definition der psychischen Gesundheit orientieren wir uns an der Grunddefinition des Mental Health Reports der WHO (WHO, 2001), der Definition des Berichts Psychische Gesundheit in der Schweiz (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015) sowie derjenigen des Schweizerischen Manifests für Public Mental Health (Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014), welches von zahlreichen Organisationen und Institutionen in der Schweiz unterstützt wird.

Die psychische Gesundheit ist ein vielschichtiger Prozess, der Aspekte wie Wohlbefinden, Optimismus, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Beziehungsfähigkeit, Sinnhaftigkeit, Alltagsbewältigung und

Arbeitsbewältigung umfasst. Damit sich eine Person psychisch gesund fühlt, muss sie diese Eigenschaften und Emotionen nicht alle und zu jeder Zeit in gleichem Masse aufweisen.

Eine Person fühlt sich psychisch gesund, wenn es ihr möglich ist, ihre geistigen und emotionalen Fähigkeiten zu nutzen, die alltäglichen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und in der Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten (WHO, 2003).

Ein der Lebensphase entsprechendes stabiles Selbstwertgefühl und eine gefestigte Identität bezüglich verschiedener Rollen in der Gesellschaft sowie das Gefühl, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können, sind ebenfalls kennzeichnend für die psychische Gesundheit. Es geht also nicht darum, Belastungen sowie negative Erlebnisse oder Emotionen zu negieren, sondern darum, diese Ereignisse wahrzunehmen, zu regulieren und bewältigen zu können.

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit sind eng miteinander verbunden, stellen aber nicht das jeweilige Gegenteil des anderen dar (Baer & Cahn, 2009). So ist akzeptiert, dass es möglich ist, psychisch krank zu sein und doch ein hohes subjektives Wohlbefinden zu bewahren.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die psychische Gesundheit von verschiedenen Einflussfaktoren wie der Veranlagung, biografischen Erfahrungen, Verhaltensweisen, sozialen und kulturellen Merkmalen der Gruppen und Gemeinschaften sowie von Umweltbedingungen und Gesellschaftsverhältnissen abhängig ist (Mütsch et al., 2014). Ein ganzheitlich gedachtes Modell nimmt also sowohl biophysische Aspekte als auch psychosoziale Aspekte als Erklärungsansätze für psychische Gesundheit auf.

Jede Lebensphase schliesst spezifische Ereignisse und Herausforderungen ein, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken können. Die psychische Gesundheit ist eine lebenslange Herausforderung und in jeder Lebensphase zentral (Mütsch et al., 2014).

2.2 Ressourcen und Belastungen

Wie erwähnt, hängt die Gesundheit vom Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen ab.

Belastungen, in der Stressforschung auch Stressoren genannt, können von innen und aussen wirken und stellen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit dar (Schuler & Burla, 2012). Der Einfluss von Belastungen auf die Gesundheit ist unter anderem von deren Intensität und Häufigkeit abhängig (Weiss & Cropanzano, 1996). Extreme Belastungen, wie zum Beispiel der Tod einer nahestehenden Person, können bereits bei einmaligem Auftreten gravierende Folgen haben. Kleinere, alltägliche Belastungen, wie zum Beispiel Konflikte am Arbeitsplatz, sind erst beim Auftreten über einen längeren Zeitraum hinweg ein Risikofaktor für viele gesundheitliche Beeinträchtigungen, so beispielsweise für Depression und Burnout (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014; Tennant, 2001).

Wie gut Belastungen bewältigt werden können, ist abhängig von den jeweiligen Ressourcen, über die eine Person verfügt (u.a. Zapf & Semmer, 2004). Besitzt eine Person ausreichend Ressourcen, kann sie in Belastungssituationen darauf zurückgreifen und die Belastung leichter bewältigen. Ressourcen können als Schutzfaktoren angesehen werden und sind demnach «Mittel», die den Einfluss von Belastungen auf die psychische Gesundheit abmildern oder verhindern (z.B. Zapf & Semmer, 2004). Ressourcen können ihrerseits ebenfalls einen direkten positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (z.B. Zapf & Semmer, 2004).

Das modifizierte Ressourcen-Belastungs-Modell (Abbildung 2.1) zeigt vereinfacht diese direkten und

indirekten Wirkungen von Ressourcen und Belastungen auf die psychische Gesundheit auf.

In der Regel werden Ressourcen unterteilt in interne und externe Ressourcen. Interne Ressourcen liegen in der Person selber; dazu gehören Persönlichkeitsmerkmale wie beispielsweise stabiles Selbstvertrauen und emotionale Stabilität, Selbstwirksamkeit, aber auch berufliche und soziale Kompetenzen wie Erfahrungen und Motivation (z. B. Sonnentag & Frese, 2003; Zapf & Semmer, 2004).

Externe Ressourcen sind durch die Situation oder die Umwelt bestimmt. Beispiele dafür sind das Vorhandensein eines vertrauensvollen sozialen Netzes oder die Möglichkeit für Autonomie.

2.3 Psychische Gesundheit in der Schweiz

Psychische Gesundheit wird anhand von Indikatoren wie «Kraft, Energie und Optimismus», Vitalität sowie psychische Belastungen beschrieben und gemessen. Die aktuellen Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zur psychischen Gesundheit in der Schweiz zeigen, dass die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ihre Lebensqualität (92%) und ihre Gesundheit (83%) als gut bis sehr gut beurteilt. 82% der befragten Personen geben an, sich meistens oder immer glücklich zu fühlen (BFS, 2015).

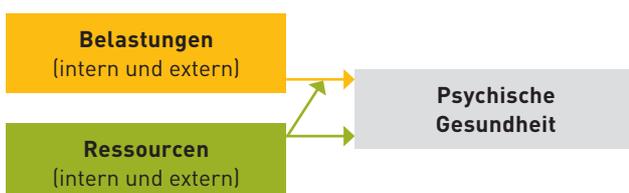
Obwohl der Wert in den letzten Jahren um 4 Prozentpunkte abgenommen hat, fühlen sich noch rund 73% der befragten Personen häufig oder sehr häufig voller Kraft, Energie und Optimismus (Moreau-Gruet, 2014). 77% aller Personen geben an, mittel bis hoch vital und energiegeladener zu sein (BFS, 2015). Trotzdem fühlen sich knapp 5% der Schweizer Bevölkerung stark und rund 13% mittel psychisch belastet (BFS, 2015).

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet, fast die Hälfte der Bevölkerung (Schwankung zwischen 32% und 48%) leidet mindestens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung (Baer & Cahn, 2009).

Detaillierte Analysen weisen immer wieder darauf hin, dass sich die psychische Gesundheit nach Alter, Geschlecht, Nationalität und sozioökonomischem Status unterscheidet (Schuler & Burla, 2012; Moreau-Gruet, 2014)⁵.

ABBILDUNG 2.1

Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell



⁵ Auf diese Zusammenhänge wird im Kapitel 4 Soziale Ungleichheit näher eingegangen.

Im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit erweisen sich viele Ressourcen als direkt relevant⁶. Im Folgenden wird auf einige davon näher eingegangen⁷.

2.3.1 Interne/personale Ressourcen

Internale Kontrollüberzeugung

Die Kontrollüberzeugung (*locus of control*) beschreibt, inwiefern Personen davon überzeugt sind, ihr Leben selbstbestimmt gestalten zu können. Personen mit einer tiefen internen Kontrollüberzeugung gehen davon aus, dass ihr Leben durch externe Faktoren wie dem Schicksal, dem Zufall oder von anderen Personen gesteuert wird. Personen mit hoher interner Kontrollüberzeugung weisen eine bessere Gesundheit, mehr Lebensfreude und weniger depressive Symptome auf als Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung (Moreau-Gruet, 2014; Bürli et al., 2015). Rund 21% der Schweizer Bevölkerung geben an, über eine tiefe internale Kontrollüberzeugung zu verfügen. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Personen eine hohe psychische Belastung aufweisen, ist 18-mal höher als bei Personen mit hoher interner Kontrollüberzeugung (BFS, 2015)⁸.

Exkurs: Lebenskompetenzen

Die WHO (1997) beschreibt die Lebenskompetenzen (*life skills*) als Fertigkeiten, welche es den Menschen ermöglichen, ihr Leben zu steuern und auszurichten und ihre Fähigkeit zu entwickeln, mit den Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben sowie selbst Veränderungen zu bewirken.

Lebenskompetent ist demnach, wer

- sich selbst kennt und mag,
- empathisch ist,
- kritisch und kreativ denkt,
- kommunizieren und Beziehungen führen kann,
- durchdachte Entscheidungen trifft,
- erfolgreich Probleme löst
- und Gefühle und Stress bewältigen kann.

Selbstwirksamkeitserwartung

Verwandt mit der Kontrollüberzeugung ist die Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*). Selbstwirksamkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die subjektive Überzeugung, gewünschte Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen erfolgreich bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung sind überzeugt, berufliche und private Anforderungen sowie Ziele aus eigener Kraft zu erreichen (Gupta, Ganster & Kepes, 2013). Sie sehen schwierige Aufgaben als Herausforderungen, die gemeistert werden können, und nicht als Bedrohungen, die vermieden werden müssen (Bandura, 1994). Selbstwirksamkeit wird sowohl als eigene Lebenskompetenz beschrieben wie auch als Ergebnis erfolgreich angewandter Lebensfertigkeiten (Bühler & Heppekausen, 2005). Der positive Einfluss von Selbstwirksamkeit auf die psychische Gesundheit ist empirisch mehrfach belegt (Bengel & Lyssenko, 2012).

Emotionsregulation

Die Emotionsregulation umfasst die bewusste oder unbewusste Veränderung von Emotionen. Dabei werden Strategien verwendet, um das Auftreten und die Intensität sowohl positiver als auch negativer Emotionen abzumildern oder zu regulieren (Barrow, 2012). Oft wird zwischen funktionalen und dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien unterschieden. Ein Beispiel einer funktionalen Emotionsregulationsstrategie ist, sich mit Freunden zu treffen und über die belastende Situation bzw. die damit verbundenen Emotionen zu sprechen. Wenden Personen funktionale Emotionsregulationsstrategien an, können unangenehme Folgen von Emotionen reduziert werden (Barrow, 2012). Heute ist allgemein bekannt, dass funktionale Emotionsregulationsstrategien die psychische und die physische Gesundheit begünstigen. Im Gegensatz dazu sind dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien, wie das Unterdrücken vorhandener Emotionen, ein Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen oder Angststörungen (Barrow, 2012).

⁶ Für eine systematische Übersicht von internen Ressourcen vgl. zum Beispiel Wettstein, 2014.

⁷ Auf Optimismus als personale Ressource wird in dieser Aufzählung verzichtet, da sie Bestandteil der psychischen Gesundheit in Kapitel 2.1 ist.

⁸ Detaillierte Auswertungen zur internen Kontrollüberzeugung nach Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung, Einkommen, Erwerbssituation und Sprachregion finden sich im Arbeitspapier 2 von Gesundheitsförderung Schweiz, «Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»».

Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist ein wichtiger Bestandteil des salutogenetischen Ansatzes. Gemäss Antonovsky (1997) beschreibt es eine globale Lebensorientierung, die sich aus drei unterschiedlichen Komponenten zusammensetzt; der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit. In verschiedenen Untersuchungen zeigt sich ein hoher Zusammenhang zwischen einem starken Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit, wie beispielsweise Lebensqualität (Eriksson & Lindström, 2007) oder Optimismus (Eriksson & Lindström, 2006). 2007 gaben 61% der befragten Personen in der Schweiz an, über ein hohes Kohärenzgefühl zu verfügen⁹.

Resilienz

Resilienz gehört seit mehreren Jahren zu den meistdiskutierten Konzepten in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Sie steht für psychische Widerstandsfähigkeit angesichts widriger Lebensumstände. Gemäss Schubert (2012) handelt es sich dabei aber nicht um eine einzelne Ressource, sondern um ein Konstrukt, das eine ganze Sammlung von verschiedenen Einflussfaktoren der Person und

ihrer Umwelt umfasst. Zudem steht Resilienz sowohl für einen Prozess als auch für das Ergebnis einer gelingenden Auseinandersetzung mit belastenden Lebensumständen. Sie bezeichnet also eine Wechselwirkung und nicht ein Persönlichkeitsmerkmal.

2.3.2 Externe/umgebungsbedingte Ressourcen**Autonomie/Handlungsspielraum**

Eine viel diskutierte situationsbedingte Ressource ist die Autonomie. Autonomie beschreibt die Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die Ausgestaltung der Lebensbedingungen und des Lebensstils (Weber et al., 2016). Im Rahmen der arbeitspsychologischen Forschung wird oft auch von Handlungsspielraum gesprochen. Handlungsspielraum beschreibt, wie stark eine Person selber entscheiden kann, wie und wann sie eine Aufgabe erledigt. Handlungsspielraum ist eine wichtige Ressource zur Bewältigung von Belastungen am Arbeitsplatz. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass sich ein hoher Handlungsspielraum positiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann (z. B. Häusser, Mojzisch, Niesel & Schulz-Hardt, 2010).

Soziale Unterstützung

Eine zentrale Ressource für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden sind soziale Beziehungen. Soziale Unterstützung beschreibt die Vermittlung von praktischer Hilfe, aber auch die Wertschätzung oder den Austausch von Informationen zwischen zwei oder mehr Personen (Bachmann, 2014). Als Indikatoren von sozialer Unterstützung werden das Vorhandensein von Vertrauenspersonen und die erlebte Einsamkeit verwendet. Menschen ohne Vertrauenspersonen und mit hohen Einsamkeitsgefühlen weisen eine bis zu 6-mal höhere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit auf (Schuler & Burla, 2012).

In diesem Zusammenhang ist wichtig, zu erwähnen, dass sich interne und externe Ressourcen gegenseitig beeinflussen können. Dies kann exemplarisch am Beispiel der sozialen Unterstützung aufgezeigt werden. Ob bestehende soziale Kontakte genutzt werden können, ist stark von Persönlichkeitsmerkmalen wie der Fähigkeit, Unterstützung und Trost anzunehmen,

Exkurs: Coping

Coping (= Bewältigung) beschreibt den Umgang mit belastenden Situationen (Lazarus & Folkman, 1984). Unter Copingstrategien werden Verhaltensweisen verstanden, die von Personen angewendet werden, um mit auftretenden Belastungen umzugehen. Diese Strategien können funktional oder dysfunktional sein. Problemzentriertes Verhalten, das darauf fokussiert, das Problem zu lösen (zum Beispiel um Unterstützung bitten), wird häufig als funktional beschrieben, während Vermeidungsverhalten eher als dysfunktional anzusehen ist. Welche Copingstrategie erfolgreich ist, hängt unter anderem auch davon ab, ob die belastende Situation kontrollierbar, also veränderbar ist. Weiter können Copingstrategien kurzfristig erfolgreich sein, sich aber längerfristig negativ auf die Gesundheit auswirken (z.B. Alkohol).

Ein Set an unterschiedlichen Copingstrategien ist eine wichtige Ressource.

⁹ Dieses Ergebnis muss jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die verwendete Skala nur eine Annäherung erlaubt (Burla et al., 2010). In der Gesundheitsbefragung 2012 wurde das Kohärenzgefühl bereits nicht mehr erhoben.

abhängig (Bachmann, 2014). Die gesundheitsrelevante soziale Unterstützung ist demnach eine Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umwelt (Vaux, 1990). Um die psychische Gesundheit möglichst positiv zu beeinflussen, macht es demzufolge Sinn, über alle Lebensphasen hinweg sowohl personenbezogene als auch umgebungsbedingte Ressourcen zu stärken.

2.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist die Stärkung von körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen der Gesundheit (salutogenetischer Ansatz). «Es geht darum, gesellschaftliche Verhältnisse (Lebenswelten) zu schaffen, welche die Individuen und Gruppen befähigen, die eigene Lebensweise so zu ge-

stalten, dass sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist und zu erhöhter Lebensqualität führt» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2006, S. 5). Prävention hingegen hat den Fokus auf der Vorbeugung gegen spezifische Krankheiten sowie auf den Risikofaktoren, die spezifische Krankheiten begünstigen oder auslösen.

Gesundheitsförderung und universelle¹⁰ sowie primäre Prävention werden zum Teil gleichbedeutend verwendet, da Prävention die Stärkung von gesundheitsfördernden Schutzfaktoren einschliesst. Gesundheitsförderung sollte jedoch nicht nur das Konzept der Schutzfaktoren miteinschliessen, sondern ebenfalls von einer direkten Wirkung von Ressourcen auf den Gesundheitszustand ausgehen (siehe auch Abbildung 2.1). Die Stärkung von Ressourcen über die gesamte Lebensspanne ist daher für die psychische Gesundheit zentral.

2.5 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche, erweiterte Herausgabe von A. Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baer N, Cahn T (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz; Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- Barrow S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie – Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 63(2), S. 111-124.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychosoziale Schutzfaktoren im Erwachsenenalter*. Band 43, Köln: BZgA.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/index.html> (Zugriff: 10.10.2015).
- Burla, L., Schuler, D, Moreau-Gruet, F., Dreyer G., Stamm, H. & Wiegand, D. (2010). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2010. Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376-381.

¹⁰ Universelle Prävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung bzw. an Bevölkerungssegmente (z. B. alle Kinder im Schulalter). Mit Primärprävention sind Massnahmen gemeint, die den Eintritt einer Krankheit verhindern oder verzögern. Die Kategorisierung primär, sekundär und tertiär richtet sich demnach nach dem Zeitpunkt, während sich die Unterteilung universell, selektiv und indiziert auf die Zielgruppe bezieht.

- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2006). *Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern und Lausanne.
- Gupta, N., Ganster, D. C., & Kepes, S. (2013). Assessing the validity of sales self-efficacy: A cautionary tale. *Journal of Applied Psychology*. Advance online publication.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24, 1-35.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf (Zugriff: 30.9.2015).
- Schubert, F.C. (2012). Psychische Ressourcen – Zentrale Konstrukte in der Ressourcendiskussion. In: Knecht, A. & Schubert, F. C. (Hrsg.), *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 205-223.
- Schuler, D., Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M. & Hopf, D. (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, Zeitschrift für Pädagogik, 44, Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 28-54.
- Sonnentag, S. & Frese, M. (2003). Stress in organizations. In: Borman W.C. & Ilgen, D. R. (Hrsg.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, Vol. 12. John Wiley & Sons, Inc. S. 453-491.
- Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R., & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 5, Bern und Lausanne.
- Weiss, H.M. & Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In: B. M. Staw and L.L. Cummings (Hrsg.), *Research in Organizational Behavior*, 18, Greenwich, CT: JAI Press. S. 1-74.
- Wettstein, F. (2014). Eine gute psychische Gesundheit: Systematiken psychischer Ressourcen im Vergleich. Olten, Institut Soziale Arbeit & Gesundheit. <http://tinyurl.com/p242y69> (Zugriff: 30.9.2015).
- WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. In: International Health Conference, Official Records of the World Health Organization, New York. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Zugriff: 10.10.2015).
- WHO (1997). Life Skills Education for children and adolescents in Schools. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).
- WHO (2001). *The World health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). Investing in Mental Health, Geneva, S. 7.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler, H. (Hrsg.), *Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III*. Göttingen, Germany: Hogrefe. S. 1007-1112.

3 Übergänge und kritische Lebensereignisse – ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit

Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz

Zusammenfassung

Übergänge im Lebenslauf sind mit Rollen- und Statuswechseln verbunden. Sie sind tendenziell absehbar, und es gibt ritualisierte Formen ihrer Bewältigung. Allerdings verlaufen Biografien zunehmend individualistischer. Kritische Lebensereignisse treten punktueller und zu unterschiedlichen Zeiten auf, sie sind oft nicht vorhersehbar und eine Herausforderung für die psychische Gesundheit. Das Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung steigt, wenn die Betroffenen nicht über adäquate Bewältigungsressourcen verfügen. Umgekehrt können Übergänge auch ein Vorteil für die psychische Gesundheit sein, zum Beispiel dank Statusgewinn oder dank Aussicht auf Stabilität. Für setting- oder zielgruppenspezifische Programme bietet sich die Chance einer gezielten Ausrichtung auf Menschen in biografischen Übergängen oder nach kritischen Lebensereignissen. Zu fördernde Ressourcen sind beispielsweise ein erfolgreiches Copingverhalten, Selbstwirksamkeit oder das Gefühl von Kohärenz.

«Das Leben ist ein langer, ruhiger Fluss» lautet der deutschsprachige Titel des französischen Films von Etienne Chatiliez aus dem Jahr 1988 (Original: La vie est un long fleuve tranquille). Er reizt zum Widerspruch. Das Leben verläuft selten gradlinig: Klippen, Brüche und Umwege sind der Normalfall. Sie haben Auswirkungen auf die psychische Gesundheit – stärkend oder belastend. Welcher Art diese Auswirkungen sind und was darüber bekannt ist, davon handelt der folgende Beitrag.

3.1 Definitionen: Übergänge und kritische Lebensereignisse

Zunächst gilt es zu unterscheiden zwischen Übergängen und kritischen Lebensereignissen. Von Übergängen kann gesprochen werden, wenn die Vorstellung eines Lebensverlaufs zutrifft, in dem ruhigere, stabilere Phasen unterbrochen werden durch Momente oder Entwicklungsphasen grösserer Veränderung. Der Begriff «Übergang» gehört in der Lebenslaufforschung zu den zentralen Leitbegriffen (Sackmann & Wingens, 2001). Er bezeichnet einen individuellen Prozess des Wechsels zwischen zwei Zuständen. Typisch dafür sind Rollenwechsel in der

Biografie: Verlassen einer bisherigen Rolle, Eintritt in eine neue. Übergänge gehen oft auch mit einem Statuswechsel einher.

Vor allem in jüngeren Lebensjahren werden die Phasen oft mit Altersangaben bezeichnet, was darauf schliessen lässt, dass grundsätzlich alle Menschen jede Phase durchlaufen und sich dabei in einem ähnlichen Alter befinden. Je später in der Lebensspanne, desto weniger stimmen die Lebensbiografien von Gleichaltrigen überein. Es sind vermehrt bedeutsame Ereignisse, Funktions- oder Einstellungsänderungen, die den Übergang markieren, und seltener das Erreichen eines bestimmten Alters.

Gegenüber Phasenmodellen werden durchaus Vorbehalte geäussert. Anlass zu Kritik gibt die Vorstellung, alle Individuen würden sämtliche Lebensabschnitte gleichermassen durchlaufen. Auch die Vorstellung von «Treppenstufen», wonach es hohe Absätze und Sprünge gäbe, abgelöst durch Zeiten von Stabilität und Gleichförmigkeit, stösst auf Kritik. In der Realität, so der Einwand, würden Entwicklungsbewegungen geglätteter, weniger sprunghaft und manchmal sogar gegenläufig erfolgen. Trotz dieser Kritik erfreuen sich Phasenmodelle ungebrochener Attraktivität. Das ist beispielsweise daran

zu erkennen, dass neue Modelle entwickelt werden, etwa für die Zeit des höheren und hohen Alters. Während früher die Zeit ab Pensionierung als «dritte Lebensphase» bezeichnet wurde, hat sich nicht zuletzt unter dem Eindruck der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung durchgesetzt, zwischen einem «dritten» und «vierten» Lebensalter zu unterscheiden (Wurm, 2015).

Übergänge im Lebenslauf sind im Allgemeinen absehbar und in gewisser Weise planbar. Die Zivilisation hat zahlreiche ritualisierte Formen (*rites de passage*) hervorgebracht, die helfen, den jeweiligen Übergang zu meistern – nicht nur als Individuum, sondern aufgehoben im sozialen Umfeld. Typische ritualisierte Formen, an denen das soziale Umfeld mehr oder weniger partizipiert, sind Hochzeit, Taufe, erster Schultag, letzter Schultag, Übergang in die Pensionierung, Bestattungen. Die ritualisierte Begleitung von Übergängen stärkt die psychische Stabilität und Ausgeglichenheit, sie vermindert Gefühle von Verunsicherung und Isolation. Deutlich wird, dass solche Riten häufig mindestens so sehr dem Wohl der nahestehenden Personen dienen wie jener Person, die «am Übergang» steht. Riten wirken insbesondere in tradierten institutionellen Strukturen und angesichts von Normalbiografien unterstützend. Auer (2012) stellt dazu fest, dass in jüngerer Zeit eine deutliche De-Institutionalisierung zu beobachten ist: Es gibt den Normal-Lebenslauf immer seltener. Auch Gahleitner und Hahn (2012) stellen fest, dass etliche Strukturen in modernen Gesellschaften an Regelmäßigkeit verloren haben: Beziehungsformen sind vielfältiger und teilweise flüchtiger, eine klassische Rollenteilung zwischen den Geschlechtern ist seltener anzutreffen, auch entscheiden sich viele gegen eine Familiengründung. Die Phasen der Erwerbsarbeit haben fließende Grenzen, und zunehmend häufiger sind befristete Verhältnisse oder Mehrfachanstellungen.

Im Unterschied zu Übergängen sind kritische Lebensereignisse punktueller und in ihrer Häufigkeit und Auftretenswahrscheinlichkeit noch individueller. Das Konzept kritischer Lebensereignisse hat sich vor allem in der Stressforschung etabliert. Nebst den chronischen Belastungen und den alltäglichen Widrigkeiten (*daily hassles*) gelten die kritischen Lebensereignisse als dritte Gruppe von Stressoren. Sie lassen sich anhand der folgenden Merkmale identifizieren (Faltermaier, 2005; ähnlich auch bei Filipp & Aymanns, 2010):

- Ein solches Ereignis beinhaltet einschneidende Veränderungen im Leben einer Person
- Es betrifft wichtige Aktivitäten, soziale Rollen und soziale Beziehungen
- Es kann relativ abrupt und unvorbereitet auftreten
- Aufgrund seiner hohen persönlichen Bedeutsamkeit löst das Ereignis starke Emotionen aus
- Zur Bewältigung sind entsprechende Anpassungsleistungen notwendig

Im Vergleich zu den Übergängen im Lebenslauf ist die Vorhersehbarkeit und Planbarkeit also geringer. Allerdings gelten auch Heirat, Geburt eines Kindes, Berufswechsel oder der Schritt in die Pensionierung als Beispiele für kritische Lebensereignisse. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese Ereignisse die übrigen Merkmale von kritischen Lebensereignissen ebenfalls aufweisen, obwohl es sich um grundsätzlich absehbare Übergänge im Lebenslauf und erfreuliche Situationen handelt. In der Fachliteratur wird zwischen normativen und nicht normativen kritischen Lebensereignissen unterschieden (z. B. Krampen, 2002; Filipp & Aymanns, 2010). Normativ sind jene, die in einer bestimmten kulturellen Gruppe eng an ein Lebensalter oder einen absehbaren Lebensabschnitt gebunden sind. Sie sind sozial erwünscht und in gewisser Masse planbar. Nicht normative kritische Lebensereignisse sind mehrheitlich unerwünscht, sie treffen Menschen meistens unvorbereitet und können grundsätzlich während des ganzen Lebens auftreten: Unfall, schwere Erkrankung, Lotteriegewinn, Kündigung, Tod eines Angehörigen.

Zur Diagnostik von kritischen Lebensereignissen haben Holmes und Rahe (1967) eine Skala entwickelt, die bis heute regelmässig als Referenz genutzt wird: die *Social Readjustment Rating Scale SRRS*. Sie umfasst insgesamt 43 mögliche Lebensereignisse, geordnet entlang eines Indikators, der den Grad der erforderlichen Neuanpassung zum Ausdruck bringt. Die Einheit ist als LCU (*Life Change Unit*) bekannt geworden. Rang 1, das gravierendste Ereignis, erhält 100 LCU, Rang 43 noch 11 LCU. Eine Auswahl aus dieser Liste der kritischen Lebensereignisse findet sich in Tabelle 3.1.

Die Auswahl in Tabelle 3.1 zeigt, dass auch Holmes und Rahe davon überzeugt sind, es müsse sich nicht zwingend um unerwünschte und überraschend ein-

tretende Ereignisse handeln. Eine Anpassung und Neuorientierung ist auch nach erwünschten und freudigen Ereignissen notwendig.

Die Liste der kritischen Lebensereignisse von Holmes und Rahe ist in der Folge verschiedentlich adaptiert worden, etwa von Geyer (1999). Gleichwohl wird die Originalliste auch heute für empirische Zwecke verwendet, zum Beispiel bei retrospektiven Befragungen. Mithilfe entsprechender Fragen kann für jede Einzelperson ermittelt werden, wie gross für sie das Mass an Belastungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums war. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein Mensch mit grösserer Wahrscheinlichkeit körperlich oder psychisch erkrankt, wenn er mehr und gravierendere kritische Lebensereignisse bewältigen musste. Eine erhöhte Gefährdung wird denn auch in zahlreichen Studien bestätigt, wenngleich der Umkehrschluss nicht berechtigt ist. Ein Teil der Betroffenen entwickelt sogar eine erhöhte Resilienz (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006) bzw. ein gestärktes Gefühl von Kohärenz (Antonovsky, 1997).

TABELLE 3.1

**Auswahl an kritischen Lebensereignissen
(Social Readjustment Rating Scale, Becker, 2006¹¹)**

Rang	Lebensereignis
1.	Tod des Ehepartners
2.	Scheidung
3.	Trennung vom Partner
4.	Haftstrafe
5.	Tod eines nahen Familienangehörigen
6.	Grössere eigene Verletzung oder Erkrankung
7.	Heirat
8.	Verlust des Arbeitsplatzes (Kündigung)
10.	Pensionierung, in Rente gehen
14.	Familienzuwachs (durch Geburt, Adoption)
32.	Wohnungswechsel
41.	Urlaub

3.2 Psychische Gesundheit bei Personen in Übergangsphasen oder nach kritischen Lebensereignissen

3.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Das Monitoring 2012 «Psychische Gesundheit in der Schweiz» des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Schuler & Burla, 2012) liefert einen Überblick über nationale Daten zu kritischen Lebensereignissen. Die Auswertungen basieren auf dem Schweizer Haushalt-Panel, Erhebungswelle 2009, mit 4800 telefonisch befragten Personen ab 14 Jahren aus 3000 Haushalten. Etwas mehr als 60% der befragten Personen waren in den 12 Monaten vor der Befragung von mindestens einem der folgenden sieben kritischen Lebensereignisse betroffen (Schuler & Burla, 2012): eigene schwerere Krankheit oder Unfall, Tod einer nahestehenden Person, Krankheit oder Unfall einer nahestehenden Person, Abbruch einer engen Beziehung, gravierende Konflikte mit nahestehenden Personen, Probleme mit eigenen Kindern sowie ein anderes schlimmes Ereignis (Sammelkategorie). Frauen sind etwas häufiger als Männer von zwei und mehr kritischen Lebensereignissen betroffen: 29,6% gegenüber 24,8%. Mit zunehmendem Alter ist ein leichter Anstieg der Betroffenheit festzustellen, allerdings unterschieden sich die Altersgruppen nicht stark. Bedeutsam ist jedoch der Zusammenhang zwischen einer Häufung kritischer Lebensereignisse und dem Auftreten von psychischen Belastungen. Stark psychisch belastet sind unter den Personen ohne kritisches Lebensereignis 3,3%. Jene, die drei oder mehr kritische Lebensereignisse im zurückliegenden Jahr erleiden mussten, weisen hingegen zu 10,7% eine starke psychische Belastung auf (Schuler & Burla, 2012). Das bedeutet aber auch, dass nahezu 90% jener Personen, die mehrere kritische Lebensereignisse erlitten haben, diese Erfahrung ohne starke psychische Belastungssymptome verarbeiten können.

¹¹ Gesamte Tabelle inkl. aller LCU-Werte und weiterer Erläuterungen

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert zum Themenfeld psychische Gesundheit Daten zu den folgenden Indikatoren: selbst wahrgenommene allgemeine Lebensqualität, Energie- und Vitalitätsniveau, Kontrollüberzeugung, erlebte soziale Unterstützung, Einsamkeitsgefühle, Depressionssymptome in den zwei Wochen vor der Befragung (Bundesamt für Statistik, 2015). Ferner wird in der telefonischen Befragung nach allfälliger ärztlicher Behandlung und Krankenhausaufenthalt in den zurückliegenden 12 Monaten gefragt: ein Indiz für ein kritisches Lebensereignis. Bisher liegen allerdings von der Gesundheitsbefragung keine Auswertungen vor, welche allfällige Korrelationen zwischen Übergängen bzw. kritischen Lebensereignissen einerseits und der Ausprägung von Indikatoren zur psychischen Gesundheit andererseits darstellen. Es gibt Indizien, etwa die Tatsache, dass Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren, das heisst in Zeiten gehäufter Statusunsicherheiten und Übergänge, mit rund 13% am stärksten von mittleren bis schweren Depressionen betroffen sind (Bundesamt für Statistik, 2014).

Das Wissen um Determinanten des psychischen Gesundheitszustandes ergänzt die verfügbaren empirischen Daten. Wie erwähnt, sind insbesondere die nicht normativen kritischen Lebensereignisse eine Bedrohung für die psychische Stabilität und damit eine Gefährdung für die Gesundheit, weil sie überraschend kommen, schmerzlich und unerwünscht sind. Gemäss Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (2015) sind denn auch Zusammenhänge zwischen entsprechenden Ereignissen und einer Depressionsgefährdung bekannt, wobei der Ausbruch einer Depression in der Regel auf das Zusammenwirken mehrerer Faktoren zurückzuführen ist. Nebst kritischen Einzelereignissen sind dies insbesondere chronische Belastungen, Krisen oder Überforderungen, körperliche Krankheiten, Medikamenten- oder Suchtmittelkonsum. Auch andere psychiatrische Krankheitsbilder haben vielfältige Ursachen, die oft kumulierend wirken. Einzig die posttraumatische Belastungsstörung kann in der Regel einem eindeutigen und externen Faktor zugeschrieben werden: einem traumatischen Erlebnis, das bei den Betroffenen Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen auslöst (Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, 2015).

Gewisse Forschungsprojekte zu Übergängen im Lebenslauf liefern Erkenntnisse zur Entwicklung der psychischen Gesundheit. Zu ihnen gehört TREE

(Transitionen von der Erstausbildung ins Erwerbsleben), eine nationale schweizerische Längsschnittuntersuchung mit 6000 Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen. Das Datenmaterial konnte in mehreren Arbeiten daraufhin analysiert werden, wie sich auf dem Weg von der Schule zum Erwerbsleben der Selbstwert oder das Copingverhalten entwickeln (Tree-CH 2015). Nicht überraschend gelingt eine erfolgreiche Bewältigung von Stressoren weit besser, wenn Jugendliche erfolgreich in einen Beruf einsteigen können, der ihrem Potenzial und ihren Interessen entgegenkommt.

3.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Psychische Ressourcen werden im Verlauf des Lebens entwickelt und ausgebaut – oder verringert. Zwar deutet einiges darauf hin, dass Menschen quasi von Geburt an mit unterschiedlichen Ausgangsressourcen ausgestattet sind. Darauf verweist zum Beispiel die Forschung zu Resilienz (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006). Gleichwohl dürfte unbestritten sein, dass es viel mit Erleben und Erfahrungen zu tun hat, ob jemand ein hohes Mass an psychischen Ressourcen erreichen kann. Mit Sicherheit unzutreffend wäre darum eine Vorstellung von (psychischer) Gesundheit im Sinne einer Batterie, die zu Lebensbeginn vollständig aufgeladen ist und sich dann im Lauf des Lebens langsam entlädt.

Übergänge und kritische Lebensereignisse als Risikofaktoren

Wenn sich psychische Ressourcen zu einem bedeutenden Teil im Lauf des Lebens entwickeln, festigen und verändern, stellt sich die Frage, ob Übergänge und kritische Lebensereignisse dazu in besonderer Weise beitragen. Vordergründig sieht es oft nach einer Verschlechterung aus: Übergänge sind mit drohendem Ressourcenverlust verbunden. Dafür steht beispielsweise die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll (1988). Es handelt sich primär um eine ressourcenorientierte Theorie: Menschen setzen sich dafür ein, die eigenen Ressourcen zu schützen, und streben danach, neue aufzubauen. Unter zwei Vorzeichen treten jedoch bei Einzelpersonen oder Gruppen gehäuft schädigende Belastungen auf: Zum einen dann, wenn ein Verlust jener Ressourcen droht oder eintritt, die für die Aufrechterhaltung persönlicher, aber auch sozialer Funktionen benötigt werden. Zum zweiten dann, wenn Men-

schen ihr bereits vorhandenes Potenzial investieren, um weitere Ressourcen zu vermehren, dieser Ressourcenzuwachs jedoch nicht eintritt. Hobfoll (1988) verweist explizit darauf, dass bei Veränderungen im Lebenslauf, bei Lebens- und Entwicklungsübergängen ein Verlust an Ressourcen plausibel erscheint.

Dieser Effekt wird verstärkt, wenn sich Übergänge, die mit Risiken verbunden sind, in kurzer Zeit kumulieren. Wenn in solchen Zeiten die internen und externen Ressourcen nicht ausreichen, steigt die Gefahr deutlich an, dass sich manifeste gesundheitliche Krisen entwickeln. Die Folgen sind geringere Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, aber auch weniger Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe (Gahleitner & Hahn, 2012). Die beiden Autoren machen zu Recht darauf aufmerksam, dass Menschen, die öfters schwere Krisen durchmachen, mehr «Statuspassagen» zu bewältigen haben als andere Menschen. Die Ein- und Austritte in bzw. aus psychosozialen Krisen sind zusätzliche Übergänge. Ein Beispiel sind Suchtkranke, die Ausstiege und Rückfälle erleben. Es gibt zudem zahlreiche Belege dafür, dass Armutsbetroffene häufiger einschneidende Übergangssituationen erleben. Materielle Benachteiligung schwächt psychosoziale Ressourcen, was zu einer erhöhten psychischen und körperlichen Krankheitsgefährdung führt (Gahleitner & Hahn, 2012).

Gesamthaft kann festgestellt werden, dass die Auseinandersetzung mit krisenhaften Übergängen wie auch mit kritischen Lebensereignissen selten auf Entwicklungschancen, überwiegend jedoch auf Schwierigkeiten und deren Bewältigung ausgerichtet ist (z. B. Filipp & Aymanns, 2010). Anders gesagt, die Aufmerksamkeit gilt den mobilisierbaren Schutzfaktoren und Puffereffekten. Der nachfolgende Abschnitt fragt darum nach möglichen Entwicklungschancen.

Übergänge und kritische Lebensereignisse als Anlass von Ressourcenstärkung

Von Schutzfaktoren zu unterscheiden sind jene psychischen Ressourcen, die nicht als Puffer gegen Belastungen wirken, sondern die ihrem Charakter nach Wohlbefinden und Lebensqualität steigern. Aus salutogenetischer Sicht interessiert, ob es Hinweise darauf gibt, dass Übergänge im Lebenslauf bzw. kritische Lebensereignisse zu einem Ausbau von psychischen Ressourcen beitragen können. Kann es sein, dass Menschen in solchen Situationen sogar an

psychischen Ressourcen markant zulegen? Ist denkbar, dass sie kognitive Überzeugungen, wie etwa die Selbstwirksamkeitserwartung oder die Fähigkeit zur Selbstregulation, festigen können? Kann erwartet werden, dass sie emotionale Eigenschaften stärken, etwa ihr Gefühl von Lebendigkeit, ihre emotionale Ausgeglichenheit oder ein erfolgreiches Copingverhalten?

Die Fragen werden selten so gestellt. Eine Ausnahme macht Brandtstädter (2011), der umfassend die psychologischen Erkenntnisse zu gelingender Lebensführung mit einer die gesamte Lebensspanne umfassenden Entwicklungsperspektive verknüpft. Ein Schlüssel für gelingende Lebensführung sind Selbstbewertungsprozesse. Vorstellungen über das erwünschte Selbst haben einerseits eine wichtige Orientierungsfunktion, sie sollen andererseits veränderlich und anpassungsfähig bleiben (Brandtstädter, 2011). Bei Übergängen im Lebenslauf ändern sich oft die Lebensziele und damit die Maßstäbe für Selbstbewertungen. Brandtstädter entwickelte ein Zwei-Prozess-Modell, das er mit «Positive Entwicklung zwischen hartnäckiger Zielverfolgung und flexibler Zielanpassung» umschreibt (Brandtstädter, 2011). Dieser Ansatz entstand aus Forschungserkenntnissen zur Stabilität und Veränderung von Zielen und Kontrollüberzeugungen. An Übergangssituationen oder nach kritischen Lebensereignissen erleben Menschen oft eine Diskrepanz zwischen ihren Idealen und der neuen Realität. Sie haben zwei Möglichkeiten, psychische Stabilität wiederzuerlangen: Entweder indem sie sich anstrengen, die gegebenen Lebens- und Entwicklungsbedingungen in Richtung ihrer Ziele zu verändern, oder aber mit der Anpassung bisheriger Ziele und Ambitionen an die neue Realität (Brandtstädter, 2011). Wer über die Fähigkeit verfügt, flexibel zwischen diesen beiden Möglichkeiten zu wechseln, ist am besten gewappnet, Übergänge und bedrohliche Ereignisse nicht nur schadlos zu überstehen, sondern sogar einen Gewinn daraus zu ziehen. Eine weitere entscheidende Ressource ist die Sinnfindung. Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens und des Tuns zu suchen, ist ein grundlegendes Bedürfnis. In Übergangszeiten oder nach kritischen Lebensereignissen sind die früheren Gewissheiten bisweilen erschüttert (Brandtstädter, 2011). Die Bereitschaft, Sinnfragen neu zu beantworten, ist dann besonders gross. Eine bemerkenswerte Fähigkeit liegt darin, auch jenen Er-

Informationsbox Pro Mente Sana: Suchterkrankungen

Neben Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis usw.) können auch Verhaltensweisen (Glücksspiel usw.) abhängig machen. Von einer substanzbezogenen Abhängigkeit spricht man, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien gegeben sind:

- Die Betroffenen müssen immer mehr konsumieren, um die erwünschte Wirkung zu erzielen (Toleranzbildung)
- Es treten Entzugserscheinungen auf, wenn die Betroffenen auf das Suchtmittel verzichten oder es einschränken
- Es liegt ein starker Wunsch oder Zwang vor, zu konsumieren, und der Konsum kann nicht mehr kontrolliert werden
- Andere Interessen werden vernachlässigt und der Konsum rückt immer stärker in den Lebensmittelpunkt
- Obwohl Gesundheitsschäden bekannt und/oder vorhanden sind, wird weiterkonsumiert

Suchterkrankungen sind oft verbunden mit anderen psychischen Erkrankungen. Dabei können sie die Folge einer anderen psychischen Erkrankung sein, zum Beispiel wenn jemand bei Angstzuständen Alkohol trinkt (Selbstmedikation). Sie können aber auch die Ursache sein, zum Beispiel wenn jemand über längere Zeit Alkohol trinkt und deswegen an einer Depression erkrankt.

Prävalenzen in der Schweiz: Gemäss Suchtmonitoring 2014 weisen rund 23% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren einen (chronisch und episodisch) risikoreichen Alkoholkonsum auf. Schätzungsweise 250 000 Personen sind alkoholabhängig. Bei den Jugendlichen hat der Konsum stark abgenommen. 2014 gaben 5,7% der 15-jährigen Mädchen bzw. 9,8% der 15-jährigen Jungen einen wöchentlichen Konsum an.

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Beinahe ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren hat Cannabis schon einmal konsumiert (Lebenszeitprävalenz 31,5%). Die Lebenszeitprävalenz für andere illegale Substanzen ist verhältnismässig tief. Beim Heroinkonsum lag sie 2014 beispielsweise bei 0,7% (CoRoLAR, 2014).

Ursachen und vulnerable Gruppen: Der Konsum von Suchtmitteln ist kulturell geprägt. Alkohol und Tabak sind in unserer Gesellschaft akzeptiert. Das Risiko, einen problematischen Konsum zu entwickeln, ist individuell und wird von der Umwelt mitbestimmt. In belastenden Situationen steigt das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, wenn die Belastungen durch den Konsum verdrängt werden. Die Verfügbarkeit von Suchtmitteln erleichtert dabei einen übermässigen Konsum. Weiter spielen genetische Unterschiede, Gesundheitszustand, Persönlichkeit, Geschlecht und Alter eine Rolle. Je früher zum Beispiel Jugendliche Alkohol trinken, desto grösser ist das Risiko, später eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Behandlung: Für die Behandlung einer Abhängigkeit stehen ambulante Beratungs- und Therapieangebote sowie stationäre Therapieeinrichtungen mit verschiedenen Schwerpunkten zur Verfügung (z. B. substanzbezogene Beratung oder auf spezifische Zielgruppen ausgerichtetes Angebot). Weiter gibt es Selbsthilfeorganisationen, die einen wichtigen Beitrag zur Genesung leisten können. Suchterkrankungen sind auch für die Angehörigen sehr belastend. Es ist wichtig, dass auch sie sich Hilfe und Entlastung holen.

Schutzfaktoren und Risikofaktoren: Teilhabe und Integration, positive Werte und Normen, positives Klima in der Familie, der Schule und bei der Arbeit, stabile, gute Bindung zu den Eltern, konsistenter Erziehungsstil und gestärkte Lebenskompetenzen gehören zu den Schutzfaktoren. Suchtproblematik in der Familie, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, geringe Impulskontrolle sowie genetische Dispositionen sind wichtige Risikofaktoren.

Quellen: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10); Suchtmonitoring Schweiz; Kuendig, H. (2010). Estimation du nombre de personnes alcoolodépendantes dans la population helvétique. Lausanne: Addiction Info Suisse; Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks (CoRoLAR, 2014).

eignissen einen Sinn abzugewinnen, die zunächst bedrohlich und belastend wirken. Die Nähe zum Konzept des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (1997) ist augenfällig: Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit ist eine der drei Komponenten des Kohärenzgefühls.

Übergänge im Lebenslauf können mit Statusgewinn verbunden sein. Ein Statusgewinn kann durchaus zu einer Stärkung verschiedener Ressourcen beitragen, beispielsweise zu einem erhöhten Selbstwertgefühl. Nach einer Phase der Neuanpassung dürften oft auch Optimismus und emotionale Stabilität ansteigen. Eine andere Gruppe psychischer Ressourcen sind die kognitiven Erwartungen. Zu ihnen gehören Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung, die als Folge eines gesellschaftlichen Aufstiegs ebenfalls gestärkt werden können. Weiter dürften das Engagement für (neue) Ziele sowie das Gefühl von Sinnhaftigkeit zunehmen. Hierzu ist allerdings zu bemerken, dass sich die betreffende Person in der neuen Rolle und Aufgabe wohlfühlen muss. Würde sie vorwiegend (und widerwillig) externe Erwartungen erfüllen, ist nicht mit einer Stärkung dieser Ressourcen zu rechnen.

Ein weiterer grundlegender Aspekt sind gute Beziehungen unter Gleichaltrigen. Dass sie einen entscheidenden Einfluss auf die Bewältigung von Übergängen und Entwicklungsaufgaben haben, erörtern Kessels und Hannover (2015). Ihre Analyse der Bedeutung und Funktion von Gleichaltrigengruppen ist auf das Kindes- und Jugendalter ausgerichtet. Typische Übergänge in diesem Alter sind die Ablösung vom Elternhaus oder der Wechsel einer Schule. Die Bedeutung einer guten sozialen Unterstützung durch Gleichaltrige ist unbestritten. Sie wird aber im Fall des Schulortwechsels möglicherweise zu wenig berücksichtigt. Im Erwachsenenalter sind Peer-Beziehungen tendenziell weniger eindeutig an das gleiche Alter gebunden, aber der Wert einer guten Einbindung unter Gleichgesinnten bei der Bewältigung von Übergängen dürfte kaum geringer sein. Aus diesen Beispielen wird klar, dass Wechselwirkungsprozesse im Spiel sind: Zum einen sind Integrations- und Beziehungsfähigkeit, Respekt oder das Zeigen von Wertschätzung individuelle psychische Ressourcen, welche der Person zur Akzeptanz in Peer-Gruppen verhelfen. Zum anderen wirkt die Gruppe als Stütze bei der Bewältigung von Aufgaben und trägt damit wiederum zur Stabilisierung der gesundheitsrelevanten Ressourcen bei.

Zahlreiche Studien belegen (zusammenfassend bei Weinhold & Nestmann, 2012), dass soziale Unterstützung auf zwei Weisen wirkt: entweder als direkter Haupteffekt oder als Puffereffekt. Als Haupteffekt hat soziale Unterstützung, losgelöst vom Vorhandensein einer Bedrohung, eine stärkende Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden, darunter auf psychische Komponenten wie Kognitionen, Emotionen und kommunikative Fähigkeiten der Individuen. Erfahrungen von sozialer Einbindung und sozialem Rückhalt entfalten ihre stärkende Wirkung laufend im Alltag (Weinhold & Nestmann, 2012). Einen Puffereffekt kann soziale Unterstützung haben, wenn eine konkrete Belastungssituation vorliegt. Ob sie abgefedert werden kann, hängt von der Qualität der sozialen Unterstützung ab. Je nach Belastung ist emotionale, instrumentelle, informationelle oder kollegiale Unterstützung hilfreich.

Allerdings sind die positiven Wirkungen von sozialer Unterstützung im Alltag oder spezifisch angesichts von Übergängen und Krisen nicht für alle gesellschaftlichen Gruppen in gleichem Masse verfügbar (Keupp, 2012). Aktivitäten und Programme zur Stärkung von psychischen Ressourcen erreichen offensichtlich jene weit besser, die bereits über gute Voraussetzungen verfügen. Dies, obwohl gut dokumentiert ist, dass Personen mit tiefem sozioökonomischem Status weit häufiger psychische Beeinträchtigungen erleben. Darum müssten die Programme mit dem Ziel weiterentwickelt werden, jenen Menschen noch besser gerecht zu werden, die wenig privilegiert sind.

3.3 Besondere Herausforderungen und Chancen bei Übergängen und kritischen Lebensereignissen

Fragen zum Einfluss von Übergängen im Lebenslauf und von kritischen Lebensereignissen auf die psychische Gesundheit werden im Zuge der jüngeren Lebensspannenforschung neu gestellt. Es geht darum, herkömmliche Betrachtungsweisen von Ursachen und Wirkungen zu relativieren und sie zu erweitern. Zum einen soll die Aufmerksamkeit nicht ausschliesslich den kurzfristigen Zusammenhängen zwischen einem Einzelereignis und einer psychischen Folge gelten, sondern vielmehr der Frage nach längerfristigen Konstanten, aber auch nach Anpassungen in der Zeitspanne. Zum anderen sollen

Erklärungen dafür gefunden werden, warum Personen in vergleichbaren Lebensphasen oder angesichts vergleichbarer Ereignisse ganz unterschiedlich «psychisch reagieren», anders gesagt stellt sich die Frage, welche Kontexte mitberücksichtigt werden müssen.

Solchen Fragen widmet sich namentlich die Lebensspannenpsychologie (Überblick bieten Brandtstädter & Lindenberger, 2007). Sie hat den Anspruch, lebenslange Entwicklung als Wechselspiel von Gesellschaft, Biologie, Historie und Kultur zu begreifen, und geht von mehreren Grundannahmen aus:

- A) Alle Lebensphasen sind gleichwertig
- B) Es gilt, die Kontextgebundenheit zu beachten:
Zwar besitzt jede Lebensphase ihre Eigenheiten, sie kann aber in ihrer Bedeutung nur verstanden werden, wenn sie als Teil eines gesamten Lebenslaufs betrachtet wird
- C) Entwicklung ist nicht immer mit Wachstum oder Fortschritt gleichzusetzen, sie muss in ihrer Bewegungsrichtung offen verstanden werden: auch Verlust ist Entwicklung
- D) Entwicklungen verlaufen stets auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit, nicht gemeinsam gleichförmig
- E) Die Plastizität von Entwicklung ist zu beachten: Umweltfaktoren machen Entwicklung gestaltbar (Wahl, 2015)

Auf die Thematik der psychischen Ressourcen bezogen bedeutet dies beispielsweise, dass sich ihre Heranbildung und Festigung nicht nur in jüngeren Altersjahren vollzieht. Es bedeutet weiter, dass das Vorhandensein von psychischen Ressourcen – in einer hohen oder geringeren Ausprägung – erst begriffen werden kann, wenn die ganze bisherige Lebensspanne und die Perspektiven für das weitere Leben berücksichtigt werden. Einzelereignisse haben durchaus ihren Einfluss, aber sie sollen nicht überbewertet werden: Sie treffen immer auf schon vorhandene psychische Strukturen. Diese wiederum sind von vielen externen Faktoren mitbeeinflusst, gleichzeitig aber nicht statisch, sondern plastisch. Und Entwicklung kann in verschiedene Richtungen gehen: Es ist sehr wohl möglich, dass eine bestimmte Person zum Beispiel einiges von ihrer ehemals hohen emotionalen Stabilität oder ihrem Optimismus verliert, zeitgleich jedoch in anderer Hinsicht zulegen kann, zum Beispiel in ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation oder in ihrer Empathie- und Beziehungsfähigkeit.

Fazit: Kritische Lebensereignisse und Übergänge im Lebenslauf sind ohne Zweifel Herausforderungen für die psychische Gesundheit. Sie können Ressourcen nachhaltig mindern oder beeinträchtigen. Herausforderung ist jedoch nicht mit Überforderung und Schädigung gleichzusetzen: Dank solcher Lebensereignisse können psychische Ressourcen auch mobilisiert und gestärkt werden. Dies wiederum ist nicht bloss Zufall oder Ausdruck individueller Talente, sondern von Umweltfaktoren entscheidend mitgeprägt. Es könnte sich für die Gesundheitsförderung lohnen, den Blick vermehrt auf diese Prozesse zu lenken.

3.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

Erreichbarkeit von Menschen in Übergängen und nach kritischen Lebensereignissen

Gesundheitsförderung und Prävention haben in den letzten Jahren mit settingorientierten und/oder zielgruppenspezifischen Programmen und Projekten vielfältige Erfahrungen sammeln können. Sowohl der Setting- wie der Zielgruppenansatz gehen grundsätzlich von einer Stabilitätsvorstellung aus: Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und zu einer bestimmten Lebenswelt bleibt konstant, zumindest für die Dauer des Programms.

Vor diesem Hintergrund sehen sich die Verantwortlichen von Programmen und Projekten mit einer zusätzlichen Herausforderung konfrontiert, wenn sie spezifisch jene Menschen erreichen wollen, die in Übergangsphasen stehen oder vor Kurzem ein kritisches Lebensereignis erlebt haben. Menschen in Übergängen wechseln ihre Zugehörigkeiten: Sie verlassen eine bisherige Lebenswelt (oder sogar mehrere gleichzeitig) und treten in neue ein. Auch ein erschütterndes Lebensereignis kann zur Folge haben, dass jemand seine Funktionen und seine Gruppenzugehörigkeiten verlassen muss. Möglicherweise folgen Zeiten von unsicheren, labilen und schnell wechselnden Zugehörigkeiten. Die Gefahr besteht durchaus, dass betroffene Menschen «zwischen Stuhl und Bank» fallen.

Für lebensweltorientierte oder zielgruppenspezifische Programme besteht darum die Herausforderung und Chance darin, gezielt an jene zu denken und nach ihnen zu fragen, die entweder kurz vor einem planbaren Übergang stehen oder die neu zu einer

Zielgruppe bzw. zu einem Setting stossen. Idealerweise wird im Dialog mit diesen Betroffenen ein spezifisches Teilprojekt entwickelt. Beispielsweise lässt sich im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine Aktivität ausdrücklich für jene entwickeln, die seit maximal einem Jahr neu im Betrieb sind. Ein Programm zur Gesundheitsförderung von älteren Menschen könnte sich zur Aufgabe machen, gezielt jene anzusprechen, die neu zuziehen bzw. erst in den letzten Monaten zugezogen sind. Eine gesundheitsförderliche Schule könnte Rituale entwickeln, wie sie sich von Kindern verabschiedet, die wegziehen, und wie sie jene aufnimmt, die unter dem Jahr neu zur Schulgemeinschaft stossen.

Beispielprojekt: «Paarlife für werdende Eltern»

«Paarlife» ist ein in der Schweiz entwickeltes und wissenschaftlich fundiertes Angebot zur Partnerschaftspflege (Bodenmann, 2000). Es wird in diversen Formaten angeboten, um dem Grad der Risikobelastung und verschiedenen Zielgruppen Rechnung zu tragen. «Paarlife für werdende Eltern» wird von einer Psychologin und einer Hebamme geleitet. Im Kurs werden Kernthemen rund um die Geburt des ersten Kindes behandelt, wie Rollenveränderungen, zeitliche und finanzielle Einschränkungen, Veränderungen der Sexualität sowie Bewältigung des erhöhten Stresslevels. Das Programm liefert werdenden Eltern Hilfestellungen, um ihre Partnerschaftsqualität zu ihrem eigenen Wohl und auch zum Wohl des Kindes aufrechtzuerhalten. Der Kurs wird in einer aktuellen SNF-geförderten Studie evaluiert.

3.5 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche, erweiterte Herausgabe von A. Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Auer, K. (2012). Übergänge als Normalität für Jung und Alt. In: Gahleitner, Silke B. & Hahn, Gernot (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 22-33.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren [Stress and coping in couples]*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Brandtstädter, J. (2011). *Positive Entwicklung. Zur Psychologie gelingender Lebensführung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.) (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesamt für Statistik (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2015). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. www.bfs.admin.ch (Zugriff: 17.11.2015).
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (2012). Einleitung. In: dies. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 9-20.
- Geyer, S. (1999). *Macht Unglück krank? Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten*. Weinheim, München: Juventa.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of Stress*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). Social Readjustment Rating Scale, Life Changes Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Höpflinger, F. (2014). *Wandel des Alters – neue Alter für neue Generationen*. www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf (Zugriff: 27.8.2015).
- Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (2015). *Krankheitsbilder*. www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/krankheitsbilder.html (Zugriff: 20. 8.2015).

- Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 34-51.
- Krampen, G. (2002). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung. In: Oerter, L. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (5. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz, S. 675-710.
- Kessels, U. & Hannover, B. (2015). Gleichaltrige. In: Wild, E. & Möller, J. (Hrsg.). *Pädagogische Psychologie* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer, S. 284-302.
- Sackmann, R. & Wingens, M. (2001). Theoretische Konzepte des Lebenslaufs: Übergang, Sequenz und Verlauf. In: dies. (Hrsg.). *Strukturen des Lebenslaufs. Übergang – Sequenz – Verlauf*. Weinheim und München: Juventa, S. 17-48.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tree-CH, Transitions from Education to Employment (Hrsg.) (2015). TREE list of publications. www.tree.unibas.ch (Zugriff: 15.9.2015).
- Wahl, H.-W. (2015). Lebensspannenpsychologie. In: Dorsch, *Lexikon der Psychologie* (17. Auflage). Online-Ausgabe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch> (Zugriff: 20.8.2015).
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 52-67.
- Wurm, S. (2015). Lebensalter, drittes und viertes. In: Dorsch, *Lexikon der Psychologie* (17. Auflage). Online-Ausgabe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch> (Zugriff: 20.8.2015).

4 Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit

Prof. Dr. Dario Spini, Dr. Stéphanie Pin le Corre & Dipl.-Psych. Hannah S. Klaas, *Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne*

Zusammenfassung

Soziale Ungleichheiten in Bezug auf psychische Gesundheit scheinen in der Schweiz schwächer ausgeprägt zu sein als in anderen Industrieländern. Dennoch zeigt sich bei der psychischen Gesundheit ein soziales Gefälle: Die psychische Gesundheit ist abhängig vom sozioökonomischen Status, der sich definiert durch Bildungsniveau, Beruf oder Einkommen. Es kann gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen sozioökonomischem Status und der Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung oder Stresssymptomen zu leiden. Dieser Zusammenhang wird durch Faktoren wie Geschlecht, Alter, Nationalität und Lebensumstände (Arbeitsbedingungen, Schulklima, sozialer Zusammenhalt im Quartier) verstärkt oder vermindert. Die in der Schweiz initiierten Massnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten in Bezug auf psychische Gesundheit sind entweder gezielte Massnahmen für besonders vulnerable Gruppen (insbesondere Migrantinnen und Migranten) oder aber allgemeine Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, bestimmte Aspekte verschiedener Lebensbereiche (Betrieb, Schule oder Quartier) zu verändern. Am besten eignen sich Massnahmen, die nicht nur Verhalten oder Einstellungen der Zielgruppen beeinflussen, sondern auch darauf ausgerichtet sind, das Lebensumfeld und gesellschaftliche Normen zu verändern. Dabei ist der Einbezug verschiedener Bereiche der Politik, insbesondere der Sozial- und Gesundheitspolitik auf kantonaler und lokaler Ebene, ein vielversprechender Weg zur Verringerung der sozialen Ungleichheit in Bezug auf die psychische Gesundheit.

4.1 Soziale Ungleichheiten

Von den zahlreichen Unterscheidungsmerkmalen zwischen Individuen und sozialen Gruppen werden im Folgenden insbesondere soziale Ungleichheiten im Zusammenhang mit Bildungsniveau, Beruf und Einkommen behandelt. Unterschiede in der psychischen Gesundheit zeigen sich nicht nur zwischen «Reich» und «Arm», sondern erstrecken sich auf sämtliche soziale Hintergründe. Ungleichheiten bezüglich der genannten Faktoren (Bildungsniveau, Beruf und Einkommen) beeinflussen die Gesundheit und tragen zu einem **Gesundheitsgradienten** bei, der entlang der sozialen Hierarchiestufen graduelle Unterschiede in der Gesundheit zum Vorschein bringt. So werden verschiedene Phänomene durch einen relativ niedrigen sozioökonomischen Status verstärkt: Stress, Ohnmachts- und Gewalterfahrung, Stigmatisierung und Diskriminierung, Marginalisierung, Hoffnungslosigkeit, Frustration, Unsicherheit und eingeschränkter Zugang zu Dienstleistungen für

diverse Probleme, darunter solche gesundheitlicher Art. Allgemein vergleichen Studien verschiedene Zielgruppen (beispielsweise Personen mit geringerem Bildungsniveau und Personen mit Universitätsabschluss oder Erwerbstätige und Arbeitslose) in Bezug auf deren psychische Gesundheit. Dabei werden Zusammenhänge zwischen zahlreichen subjektiven (Selbsteinschätzung der untersuchten Personen) und objektiven (Einkommen, Bildungsniveau, Beruf, Beschäftigungsgrad, Haushaltseinkommen) Indikatoren für sozioökonomischen Status einerseits und Indikatoren für psychische Gesundheit andererseits (psychische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychische oder psychosomatische Symptome, depressive Symptome, Wohlbefinden, Optimismus) analysiert.

Zugleich interagieren und kumulieren sich soziale Ungleichheiten: Einkommens- oder Bildungsunterschiede stehen in enger Verbindung zu Geschlecht, nationaler Herkunft oder Alter. Diese Dynamik wird mit dem Konzept der **Intersektionalität** beschrie-

ben. Dieses basiert auf der Annahme, dass soziale Ungleichheiten und Diskriminierungen (aufgrund von Klasse, Geschlecht, ethnischer Herkunft usw.) miteinander verknüpft sind und nicht einzeln, sondern nur zusammen betrachtet werden müssen. Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und psychischer Gesundheit muss daher systemisch verstanden werden.

Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit und sozioökonomischem Status können verschiedene Mechanismen herangezogen werden. In Bezug auf soziale Ungleichheiten sind zwei grundlegende Mechanismen zu unterscheiden: **differenzielle Exposition** und **Vulnerabilität** (Patel et al., 2010). Häufig besteht ein umgekehrter Zusammenhang zwischen der Konfrontation mit Risikofaktoren und sozialem Status. Bei depressiven Störungen beispielsweise gibt es empirische Erkenntnisse zur Rolle von Faktoren wie sozialen Konflikten, Verbrechen, Arbeitsumgebung, Diskriminierung, Urbanisierung, Bevölkerungsdichte, Sozialkapital, Hygienebedingungen, baulicher Umgebung, Arbeitslosigkeit oder Unterbeschäftigung. Soziale Gruppen können auf unterschiedliche Weise anfällig für Faktoren sein, die die psychische Gesundheit schwächen oder stärken. Diese vulnerablen Gruppen lassen sich anhand unterschiedlicher sozioökonomischer Ressourcen oder relativ geringer Handlungsspielräume bestimmen, können jedoch auch anhand von Faktoren definiert werden, die mit sozialen Ungleichheiten in Verbindung stehen. Letztere fallen je nach Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Familienstand oder Lebensereignissen unterschiedlich stark aus. Ein Beispiel für ein solches prägendes

Definitionen

Sozioökonomischer Status: Laut mehrsprachigem europäischem Glossar der öffentlichen Gesundheit handelt es sich um eine Einteilung der Bevölkerung, die den individuellen ökonomischen und sozialen Status berücksichtigt. Normalerweise gründet dieser auf Beruf, Bildungsniveau, Einkommen und Berufsstatus.

Soziale Ungleichheit: Soziale Ungleichheiten im Bezug auf Gesundheit beschreiben eine in der Bevölkerung ungleiche Verteilung von Gesundheitszuständen, die auf dem sozioökonomischen Status der Individuen gründet.

Lebensereignis ist die Emigration aus einer Konfliktregion, die zum heutigen Zeitpunkt ganz Europa betrifft.

4.2 Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit

Dieser Abschnitt stellt die Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und psychischer Gesundheit in der Schweiz vor. Die verfügbaren Daten beziehen sich vor allem auf psychische Erkrankungen oder Probleme (insbesondere Depressionen) und weniger auf positive Indikatoren der psychischen Gesundheit oder auf eine Identifikation von Personen mit gutem psychischem Gesundheitszustand sowie resilienter Individuen innerhalb von Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Aus der internationalen Literatur geht jedoch hervor, dass die während der gesamten Lebensdauer relativ stabile Neigung zu Optimismus oder subjektiv empfundenem Wohlbefinden nur teilweise vom sozioökonomischen Status des Einzelnen abhängig zu sein scheint (López Ulloa, Moller & Sousa-Poza, 2013).

4.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Unterschiedliche Darstellungen des sozialen Gefälles in Abhängigkeit von der psychischen Gesundheit

Auch wenn im europäischen Vergleich gesundheitsbezogene Ungleichheiten, unabhängig davon, ob es sich nun um psychische oder physische Erkrankungen handelt, in der Schweiz weniger stark ausgeprägt zu sein scheinen als in anderen Ländern (Eikemo, Huisman, Bambra & Kunst, 2008), sind diese nicht zu vernachlässigen. So war in der Schweiz, wie auch in anderen europäischen Ländern, von 2002 bis 2010 eine Zunahme der Ungleichheiten im Hinblick auf die psychische Gesundheit, gemessen an der Prävalenz psychischer Symptome, zu beobachten – Ungleichheiten, die in Beziehung stehen zum Einkommensgefälle im jeweiligen Land (Elgar et al., 2015; Rathmann et al., 2015).

Innerhalb der Schweiz lässt sich der soziale Gradient im Hinblick auf die psychische Gesundheit anhand verschiedener Indikatoren ablesen, die in grossen repräsentativen Umfragen wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung oder dem Schweizer Haushalt-Panel erhoben wurden. Zunächst sind wesentli-

che Unterschiede in Abhängigkeit vom erreichten Bildungsniveau erkennbar. Ein Viertel der Personen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, leidet an psychischen Problemen gegenüber 18% mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und 14% mit einem Hochschulabschluss (Schuler & Burla, 2012). Darüber berichten Personen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, insgesamt weniger Optimismus und verfügen seltener über eine Vertrauensperson; gleichzeitig zeigen sie häufiger depressive Symptome. Dieses Phänomen ist in der Altersgruppe über 65 Jahre stärker ausgeprägt (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Zwecks medizinischer Behandlung konsultieren Personen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, häufiger den Hausarzt, wohingegen Personen mit Hochschulabschluss eher bereit sind, sich an einen Psychotherapeuten zu wenden (Baer et al., 2013). Mit Blick auf das Haushaltseinkommen lässt sich festhalten, dass Personen der untersten Einkommensstufe häufiger an psychischen Problemen leiden (22%) als jene mit mittleren (17%) oder höheren (13%) Einkommen (Moreau-Gruet, 2014).

Der Beschäftigungsgrad ist ebenfalls ein Diskriminierungsfaktor: 15% der Vollzeitbeschäftigten leiden an psychischen Problemen, verglichen mit 19% der Teilzeitbeschäftigten und 21% der Arbeitslosen. Bei mehreren diagnostizierten psychischen Erkrankungen ist die Dauer der stationären oder ambulanten Behandlung bei Arbeitslosen wesentlich länger als bei Erwerbstätigen. Arbeitslose leiden zudem häufiger an depressiven Symptomen als Vollzeitbeschäftigte (Baer et al., 2013) und weisen eine geringere Lebenszufriedenheit auf als erwerbstätige Personen (Johnston, Maggiori & Rossier, 2015). Dieser letzte Effekt lässt sich teilweise mit dem Verlust von sozialem Status und gesellschaftlicher Anerkennung erklären, die mit der beruflichen Identität verbunden sind (Baumann, 2015).

Von Armut betroffene Erwerbstätige, also Personen mit eingeschränktem Einkommen und Lebensbedingungen (sog. Working Poor), stellen eine besonders anfällige Gruppe dar, die europaweit stark zunimmt (Vetter et al., 2006). In der Schweiz wurde nachgewiesen, dass eingeschränkte Lebensbedingungen das Depressionsrisiko erhöhen. Ein höheres Bildungsniveau, eine Vollzeitbeschäftigung sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Deutsch oder Französisch Sprechenden scheinen als Puffer zu wirken. Das höchste Risiko, an einer Depression zu erkranken,

besteht für Frauen in prekären Lebensbedingungen. Darüber hinaus ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine ausgeprägte depressive Erkrankung nicht psychologisch behandelt wird, bei von Armut betroffenen Erwerbstätigen um 55% höher als bei nicht von Armut betroffenen Erwerbstätigen (Vetter et al., 2006).

Die psychische Gesundheit betreffende soziale Ungleichheiten im Lebensverlauf

Die meisten Studien untersuchen den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und sozioökonomischem Status zu einem bestimmten Zeitpunkt, ohne Veränderungen im Zeitverlauf zu berücksichtigen. Die psychische Gesundheit wird jedoch auch von Lebensereignissen beeinflusst. An dieser Stelle sei auf die enge und dynamische Beziehung zwischen sozialen Ressourcen und gesundheitsbezogenen Ressourcen hingewiesen. Im Lebensverlauf lassen sich **Selektionseffekte** nachweisen: So sind Personen, die zu Beginn oder im Verlauf ihres Lebens einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen oder eine Episode einer psychischen Erkrankung durchleben, eher gefährdet, einen niedrigeren sozialen Status inne zu haben, als Personen, die von solchen Lebensereignissen verschont bleiben. Umgekehrt wird auch eine **soziale Kausalität** sichtbar, die belegt, dass Personen mit verhältnismässig niedrigem sozialem Status ein höheres Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Betrachtet man diese beiden Mechanismen gemeinsam, so zeigt sich, dass die individuelle Verletzbarkeit eng mit dem individuellen und sozialen Lebensweg und dem Lebensverlauf des Einzelnen verknüpft ist (Spini et al., 2013). Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Gesundheit muss daher dynamisch verstanden werden. Zwei Studien aus der Schweiz sind in diesem Zusammenhang erwähnenswert, da sie den gesamten Lebensweg berücksichtigen und den gesundheitlichen Verlauf analysieren, indem die Auswirkungen unterschiedlicher Einflussebenen untersucht werden. So wurde in einer Studie der Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen Status und dem Verlauf depressiver Symptomatik untersucht, um festzustellen, ob Ungleichheiten im Zeitverlauf zunehmen (Cullati, 2015). Die Ergebnisse sind verhältnismässig schwach ausgeprägt, aber dennoch erstaunlich. Wenngleich arbeitslose Männer häufiger an depressiven Symptomen leiden, verschlechtert sich die de-

pressive Symptomatik im Laufe der Jahre weniger stark als bei Männern in Vollzeitbeschäftigung. Dieses Ergebnis lässt sich durch die immer härteren Arbeitsbedingungen für Vollzeitbeschäftigte erklären. Darüber hinaus zeigt der Autor auf, dass bei Frauen, die die obligatorische Schulzeit absolviert haben, depressive Symptome im Laufe der Jahre weniger stark zunehmen als bei Frauen mit Hochschulabschluss oder hohem Einkommen. Dies lässt sich mit der Abnahme des Einflusses des Einkommens auf die psychische Gesundheit im Verlauf des Lebens erklären (Cullati, 2015).

Die zweite Studie zeigt, dass sich eine psychische Erkrankung sowohl auf die Lebensqualität der Betroffenen als auch auf ihre berufliche und einkom-

mensbezogene Entwicklung auswirken kann (Nordt, Müller, Rössler & Lauber, 2007). Die Autoren haben Patienten, die an Schizophrenie oder affektiven Störungen leiden, über vier Jahre begleitet und zeigen auf, dass sie im Laufe der Zeit an sozioökonomischem Status verlieren. Längere Krankenhausaufenthalte wirken sich ebenfalls nachteilig auf die Einkommenssituation aus. Diese Studie unterstreicht die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf den sozialen Status. Menschen, die an depressiven Symptomen oder einer psychischen Erkrankung leiden, können zu einer sozial benachteiligten und stigmatisierten Gruppe werden (Lauber, Nordt, Sartorius, Falcató & Rössler, 2000; Nordt, Rössler & Lauber, 2006).

Exkurs: Geschlecht, Nationalität und Alter als transversale Faktoren sozialer Ungleichheit

Wie dargelegt, haben Frauen in vielerlei Hinsicht einen geringeren sozioökonomischen Status als Männer. Diese Ungleichheit wirkt sich auch auf die psychische Gesundheit von Frauen aus. Der Ursprung dieser Ungleichheit zwischen Männern und Frauen entwickelt sich scheinbar schon in frühen Lebensphasen und manifestiert sich bereits im Schulalter: Mädchen leiden häufiger an psychischen Störungen als Jungen (Steinhausen & Metzke, 1998; Steinhausen & Metzke, 2001) und leiden stärker unter den negativen Auswirkungen von Lebensereignissen (Steinhausen & Metzke, 2001). Im Erwachsenenalter hängt der sozioökonomische Gradient ebenfalls vom Geschlecht ab. Dies gilt insbesondere bei Scheidung und Verwitwung: Bei Frauen droht zu den mit diesen Lebensereignissen verbundenen emotionalen Auswirkungen ein Einkommensrückgang, der den wahrgenommenen Stress verstärken kann (Stroebe, Schüt & Stroebe, 2007; Perrig-Chiello et al., 2015).

Das Alter ist ein weiterer transversaler Faktor. Auch wenn der Anteil an Menschen ab 65 Jahren, die sich häufig kraftvoll, energiegeladener und optimistisch fühlen, mit fortschreitendem Alter stabil bleibt, wird der Anteil jener, die sich nur selten oder manchmal so fühlen, bei älteren Menschen grösser (Schuler & Burla, 2012).

Schliesslich lässt sich ein mit der Staatsangehörigkeit verbundenes soziales Gefälle feststellen, das

einen Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status widerspiegelt: 17% der Personen mit einer Schweizer Staatsbürgerschaft leiden mittelschwer oder schwer unter psychischen Problemen, verglichen mit 24% der Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Moreau-Gruet, 2014). Das für Einwanderer erhöhte Risiko, eine Depression zu entwickeln, ist in Verbindung mit einem geringen Bildungsniveau besonders hoch (Baer et al., 2013). Für die Personen ab 65 Jahren zeigt sich folgende Verteilung: 70,9% der Menschen mit Schweizer Staatsbürgerschaft sind bei guter psychischer Gesundheit, verglichen mit 54,3% der Einwanderer, die die Schweizer Staatsbürgerschaft erworben haben, mit 46,4% der Einwanderer italienischer oder spanischer Nationalität sowie mit 41% der Einwanderer mit portugiesischer Staatsbürgerschaft (Bolzman & Vagni, 2015). Allerdings ist es nicht leicht, den Zusammenhang zwischen Einwanderung und psychischer Gesundheit zu analysieren. Eine Definition der Kategorie der Migranten oder Einwanderer bereitet Schwierigkeiten, da die individuellen Lebensumstände stark voneinander abweichen (erste oder zweite Generation in der Schweiz, Nationalität, Herkunftsland oder Herkunft der Eltern, Art des Aufenthaltstitels) und der Migrationskontext sowie die Lebensumstände oft nicht vergleichbar sind.

Soziale Ungleichheit in Bezug auf die psychische Gesundheit in der Kindheit und Jugend

Studien zu Jugendlichen in der Schweiz verdeutlichen, wie sich soziale Ungleichheit im Hinblick auf die psychische Gesundheit entwickelt. Eine Längsschnittstudie mit Schülerinnen und Schülern zwischen 7 und 16 Jahren im Kanton Zürich zeigt, dass sich die von der Nationalität abhängige Ungleichheit bereits in der Adoleszenz oder Präadoleszenz manifestiert (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Laut der HBSC-Studie (*Health Behaviour in School-aged Children*) berichten Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren mit höherer Wahrscheinlichkeit, unter mindestens zwei psychosomatischen oder psychischen Symptomen zu leiden, wenn sie ihren sozioökonomischen Status als niedriger wahrnehmen (Moor et al., 2015). Ähnlich signifikante Zusammenhänge zwischen Depressionsrisiko und sozioökonomischem Status finden sich auch bei jungen Männern zwischen 18 und 25 Jahren (Barth, Hofmann & Schori, 2014).

4.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Soziale Ungleichheiten und psychische Gesundheit stehen einerseits in Wechselwirkung mit dem sozialpolitischen Gesamtzusammenhang (Politik, Makroökonomie, Sozial- und Gesundheitssystem usw.) und andererseits mit personellen und sozialen Ressourcen (*Commission of the Social Determinants of Health, 2007*). Gemäss dem vom europäischen Konsortium entwickelten DETERMINE-Modell (Stegeman, Costongs, Needle & Consortium, 2010) lässt sich die Umwelt in fünf konzentrische Kreise aufteilen, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen: (1) Alter, Geschlecht und Vererbung, (2) individueller Lebensstil, (3) soziale und gemeinschaftsbezogene Einflüsse, (4) Lebens- und Arbeitsbedingungen, (5) allgemeine sozioökonomische, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen.

Generell kann das Lebensumfeld die Wirkung sozialer Ungleichheit auf die psychische Gesundheit abschwächen oder verstärken. Auch wenn die wirtschaftliche Situation in der Schweiz im internationalen Vergleich ein relativ hohes Wohlstandsniveau und Lebenszufriedenheit sicherstellt (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/switzerland/>), gibt es dennoch die psychische Gesundheit betreffende soziale Ungleichheiten zwischen den Regionen. Die Unterschiede zwischen den ländlichen und

den städtischen Gemeinden in der Schweiz sind relativ gering (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Verschiedene Indikatoren deuten jedoch darauf hin, dass die Einwohner der Zentralschweiz mehr Optimismus, mehr Energie und weniger Depressivität aufweisen (Schuler & Burla, 2012). Im Gegenzug ist die Prävalenz psychischer Probleme in der Genferseeregion und im Tessin höher als in anderen Regionen (Lucchini et al., 2014). Darüber hinaus findet sich in den italienisch- und französischsprachigen Landesteilen eine stärkere Stigmatisierung von Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden (Lauber et al., 2000).

Das Schulklima oder die Arbeitsbedingungen können die psychische Gesundheit ebenfalls beeinflussen. Eine Studie mit Schülerinnen und Schülern zwischen 13 und 15 Jahren im Kanton Bern zeigt viele Zusammenhänge zwischen Alter, sozialem Hintergrund und psychischer Gesundheit. Sie zeigt unter anderem den positiven Einfluss eines positiven und partizipativen Schulklimas auf die psychische Gesundheit (Vuille & Schenkel, 2001). Gemäss dieser Studie ist das Schulklima ein wichtiger Faktor für Ungleichheiten in psychischer Gesundheit. Der Einfluss des Schulklimas auf die psychische Gesundheit wurde auch bei Schülern zwischen 7 und 16 Jahren im Kanton Zürich nachgewiesen (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Unter den Erwerbstätigen weisen Industrie- und Bauarbeiter (*blue collar*) ein höheres Risiko auf, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden. Büroangestellte (*white collar*) leiden hingegen, ganz egal ob sie eine Führungsposition innehaben oder nicht, häufiger an Stress- oder Burnoutsymptomen (Hämmig & Bauer, 2013; Baer et al., 2013).

4.3 Besondere Herausforderungen in Bezug auf die psychische Gesundheit

Die Frage der Ungleichheit bezieht sich nicht nur auf Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Hinblick auf Einkommen oder Bildungsniveau, sondern auch auf den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und sozialem Status.

Es gibt folglich drei verschiedene Möglichkeiten, um die besonderen Herausforderungen im Hinblick auf psychische Gesundheit zu beschreiben. Zunächst gibt es die Hypothese, dass gesundheitliche Probleme auf individuelle Verhaltensweisen und Ein-

stellungen zurückzuführen sind, die das Risiko für das Entstehen einer psychischen Erkrankung erhöhen. Der sozioökonomische Status ist wesentlich mit diversen Verhaltensweisen verknüpft, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, wie beispielsweise Rauchen, Bewegungsmangel oder Drogenkonsum. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind oft die Zielgruppe von Programmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit. Diese kategorisierenden und auf individueller Ebene ansetzenden Lösungsstrategien bleiben unter Nichtberücksichtigung der Ursachen und Bedingungen der Entstehung sozialer Ungleichheiten oft wirkungslos und erhöhen das Risiko einer Stigmatisierung der Betroffenen.

Zusätzlich ist die Gesundheit abhängig von den Handlungsmöglichkeiten und den sozialen, finanziellen und politischen Ressourcen des Einzelnen, welche entlang dem Sozialgradienten unterschiedlich ausfallen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status haben aus finanziellen, kulturellen oder sozialen Gründen oft nur einen partiellen oder beschränkten Zugang zu den vorhandenen Leistungen und Mitteln der Gesundheitsförderung. Diese Probleme sind bei einigen Zielgruppen stärker ausgeprägt: Besonders betroffen sind Menschen, die erst seit kurzer Zeit im Land leben und eine neue Kultur, neue Bräuche und eine neue Sprache kennenlernen. Ebenso betroffen sind Personen mit wenig Zeit und begrenzten finanziellen Ressourcen, um sich um die Gesundheit zu kümmern und sich gesundheitsfördernden Aktivitäten zu widmen.

Schliesslich wird die Gesundheit einer Gesellschaft auch von den in dieser Gesellschaft vorherrschenden Werten, Kulturen und Überzeugungen bestimmt. Diese gesellschaftlichen Normen und Strukturen können den Ursprung sozialer Ungleichheiten darstellen und zu Unterschieden bei der psychischen Gesundheit führen. Die Arbeitsbedingungen oder das Schulklima können ebenfalls für Unterschiede bei der psychischen Gesundheit mitverantwortlich sein. Im weiteren Sinn kann die Art und Weise, wie die Gesellschaft die psychische Gesundheit wahrnimmt, die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Leistungen oder von Behandlungsoptionen bei psychischen Problemen bremsen.

4.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

Trotz der unzureichenden Datenlage zu sozialen und sozioökonomischen Determinanten lassen sich aus den verfügbaren Erkenntnissen verschiedene Lösungsansätze ableiten. Es ist möglich, wirksame Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten zu ergreifen (Blas, Sommerfeld & Kurup, 2011; Marmot, 2010; Stegeman et al., 2010; Weltgesundheitsorganisation & Stiftung Calouste Gulbenkian, 2014). Zielgruppen, Handlungsebenen und zentrale Bestandteile der Massnahmen sind von den verfolgten Zielsetzungen abhängig. Blackenship, Bray und Merson (2000) beschreiben drei strukturierte Ansätze, um den besonderen Herausforderungen zu begegnen, welche soziale Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit mit sich bringen. Aus einer individuellen Perspektive betrachtet, kann versucht werden, Verhaltensweisen oder Einstellungen der vulnerabelsten sozioökonomischen Gruppen zu verändern, in den meisten Fällen mittels Gesundheitsaufklärung und -erziehung. Ebenso können sich die Massnahmen auf eine Verbesserung der «psychischen Gesundheitskompetenz» konzentrieren, das heisst auf die Verbesserung der Fähigkeit, Informationen und Leistungen zur psychischen Gesundheit zu suchen, zu verstehen, auszuwählen und adäquat zu nutzen (Jorm, 2012): Der Abbau von sprachlichen Hürden über Kursangebote, die Förderung der sozialen Integration oder die Verbesserung der finanziellen Situation von Familien sind Etappenziele solcher Massnahmen, die oft mithilfe von Sozialarbeitern umgesetzt werden. Schliesslich kann mittels Interventionen versucht werden, jene sozialen Normen oder Strukturen zu verändern, die sich nachteilig auf die Gesundheit auswirken. Die in mehreren Kantonen durchgeführten Sensibilisierungskampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (beispielsweise die Kampagne «Wie geht's dir» des Kantons Zürich, in Zusammenarbeit mit der Stiftung Pro Mente Sana) sind ein gutes Beispiel hierfür (Bel-die et al., 2012).

4.4.1 Wie können die Zielgruppen erreicht werden, um die gesundheitsbezogene soziale Ungleichheit abzubauen?

Aus der Lebenslaufperspektive heraus erscheint es angebracht, soziale Ungleichheiten so früh wie möglich zu bekämpfen, also bereits im Kleinkind- oder Kindesalter (Blas et al., 2011; *Human Early Learning Partnership, HELP*, 2013; Marmot, 2010; Weltgesundheitsorganisation & Stiftung Calouste Gulbenkian, 2014). Auf internationaler Ebene werden Unterstützungsprogramme für Eltern (beispielsweise das Programm «Schritt:weise» des Vereins a:primo) dringend empfohlen, weil sie langfristig positive Ergebnisse hinsichtlich Schulerfolg, Drogenkonsum und Wohlbefinden aufweisen (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Neil & Christensen, 2009; Taubner, Wolter & Rabung, 2015).

Interventionen können sich zudem auf aus sozioökonomischer Sicht vulnerable Gruppen konzentrieren (gezielte oder selektive Interventionen) oder aber an die Gesamtbevölkerung richten (alle Kinder einer Altersgruppe, alle erwerbstätigen Erwachsenen, alle Einwohner einer Gemeinde usw.), ohne diese nach sozioökonomischen oder sozialen Kriterien zu filtern (universelle Interventionen).

Gezielte oder **selektive** Interventionen sind an die Bedürfnisse von Gruppen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status und dem grössten Risiko für eine psychische Erkrankung angepasst. Migrantinnen und Migranten sind eine mögliche Zielgruppe solcher Interventionen, auch wenn sie im Hinblick auf Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status und Lebenserfahrung eine äusserst heterogene Gruppe bilden. Bestimmte Migrantengruppen weisen jedoch mehrere Risikofaktoren gleichzeitig auf und können sich so als Zielgruppe für bestimmte Interventionen eignen. Dabei handelt es sich um Migrantinnen und Migranten in prekärer sozioökonomischer Lage, beispielsweise Einwanderer aus der Türkei, aus Portugal oder aus Afrika südlich der Sahara; um Migranten, die aus Konfliktregionen stammen oder in ihren Herkunftsländern Opfer von Gewalt waren, wie Einwanderer aus Ex-Jugoslawien oder Sri Lanka, sowie allgemein um Flüchtlinge und Asylbewerber (BAG, 2013). Um soziale Ungleichheiten so früh wie möglich zu bekämpfen, sollte die Wahl der prioritären Zielgruppen schliesslich auch auf Schwangere und Kleinkinder mit Migrationshintergrund fallen.

Um diese Zielgruppen zu erreichen, erscheint ein gemeindenaher Ansatz am besten geeignet: Er erlaubt es, Vertreter der Zielgruppe an ihrem Wohnort an der Projektgestaltung zu beteiligen, für die geplanten Interventionen geeignete Termine und Orte zu finden und erleichtert die Identifizierung möglicher Teilnehmer (BAG, 2008). Das Projekt «Femmes-Tische», das in verschiedenen Regionen in der Schweiz und im Ausland umgesetzt wird, ist ein gutes Beispiel für ein Präventionsprogramm, das sich an Frauen mit Migrationshintergrund richtet. Die in rund zwanzig verschiedenen Sprachen organisierten Gesprächsrunden arbeiten mit Materialien, die sich für Teilnehmerinnen mit unterschiedlichem Bildungsniveau eignen.

Universelle Interventionen hingegen zielen darauf ab, ein Umfeld zu schaffen, in dem alle Menschen unabhängig von Bildungsniveau, Beruf oder Einkommen ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität erhalten oder verbessern können. Beispiele für solche universelle Initiativen, mit welchen die psychische Gesundheit unter Wahrung der Chancengleichheit gefördert werden kann, sind Interventionen wie die Verbesserung von Möglichkeiten sozialer Teilhabe in einem Stadtviertel (z. B. das von Pro Senectute im Kanton Waadt durchgeführte Projekt «*Quartiers solidaires*»); die Bewertung und die Intervention im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen in Unternehmen (beispielsweise das von Gesundheitsförderung Schweiz geförderte Label Friendly Work Space); oder die Förderung von Eigenständigkeit und Solidarität in Schulen (z. B. das von Radix organisierte Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen). Gezielte und universelle Interventionen lassen sich im Sinne eines gemässigten Universalismus untereinander sinnvoll kombinieren (*Human Early Learning Partnership, HELP*, 2013; Marmot, 2010). Das Zürcher Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit sieht daher Interventionen vor, die sich an die Gesamtbevölkerung in verschiedenen Lebensbereichen richten, welche mit gezielten Massnahmen ergänzt werden, die auf die besonderen Bedürfnisse von Arbeitslosen, Migrantinnen und Migranten sowie bildungs- oder ausbildungsfernen Personen zugeschnitten sind (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2012).

4.4.2 Wie kann die psychische Gesundheit konkret gefördert werden, ohne die soziale Ungleichheit zu verschärfen?

Interventionen, die darauf abzielen, sozioökonomische Determinanten der psychischen Gesundheit zu verändern, das heisst das soziale Gefälle bezüglich Bildungsniveau, beruflicher Integration oder Einkommen zu verringern, sind naturgemäss auf politischer, kantonaler, eidgenössischer oder kommunaler Ebene angesiedelt (Lehrstuhl Inpes «Gesundheitsförderung» an der EHESP & Seminarteilnehmer, 2013; Lehmann, 2010; Stegeman et al., 2010). Tatsächlich handelt es sich um Massnahmen, die politische Ressorts betreffen, wie Bildung, Beschäftigung, Familie, Alter, Raumplanung und Verkehr. Politische Massnahmen dieser Art haben, ganz abgesehen von ihren unmittelbaren Auswirkungen in den einzelnen Bereichen, erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und das Stresserleben der Menschen. Auch wenn es zweifellos äusserst schwierig ist, diese Politik zu verändern oder weiterzuentwickeln, gibt es doch einige Kantone, die ambitionierte Strategien zur Verringerung der gesundheitsbezogenen sozialen Ungleichheiten entwickelt haben. Ein Beispiel dafür ist der Kanton Bern (siehe Beispielprojekt auf der nächsten Seite).

Demgegenüber sind Interventionen, die das Lebensumfeld verändern sollen, eher lokal ausgerichtet und berücksichtigen die spezifischen Eigenheiten und Belastungen der betroffenen Bevölkerungsgruppen, wie der Stadt- oder Quartierbewohner, der Mitarbeitenden eines Unternehmens, der Schüler oder Studenten einer bestimmten Bildungseinrichtung. Auch wenn sie an einen bestimmten Kontext gebunden sind, können die Methodik und die bei den verschiedenen Zielgruppen gewonnenen Erkenntnisse auch für andere Akteure von Nutzen sein. Die Identifizierung, die Evaluation und die Wertschätzung dieser Interventionen sind somit ein wichtiger Schritt und sollten systematisch erfolgen.

4.4.3 Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der betroffenen Zielgruppen zu fördern? Welches sind die Erfolgsfaktoren?

Die aktuelle Segmentierung der verschiedenen politischen Strategien und Versorgungssysteme erleichtert den Zugang zu Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit nicht und benachteiligt insbesondere die aus sozialer oder sozioökonomischer

Sicht ohnehin am schlechtesten gestellten Bevölkerungsgruppen. Eine Vereinfachung und Vereinheitlichung der Systeme und der Politik auf allen Ebenen würde erlauben, die Wahrnehmung der persönlichen Rechte zu vereinfachen und die Wiedererlangung der Handlungskompetenz und der Ressourcen in den Vordergrund zu rücken (Lehmann, 2010). Die Bewertung der Auswirkungen, insbesondere von sozialen Massnahmen, auf die Gesundheit müsste systematischer auf der Tagesordnung der zuständigen Stellen auf eidgenössischer und kantonaler Ebene stehen: Der Schweizer Verein für Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) stellt Informationsmaterial und Instrumente für solche Auswertungen bereit und erfasst zudem die in verschiedenen Kantonen laufenden Initiativen (vgl. www.impactante.ch).

Auf kantonaler und kommunaler Ebene müsste – in Anlehnung an die Arbeit des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz – grundsätzlich das vernetzte Arbeiten unterstützt werden mit dem Ziel, integrierte Massnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die Programme aus den Bereichen Soziales, Bildung und Familie mit gesundheitsfördernden Interventionen verbinden.

Die Anpassung der Massnahmen an die Bedürfnisse und Erwartungen der Zielgruppen und deren aktive Teilnahme sind von grosser Bedeutung für ihren langfristigen Erfolg.

Beispielprojekt: Programm zur Förderung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit des Kantons Bern

Auch wenn eine Evaluation noch aussteht, kann hier als Beispiel auf eine ambitionierte kantonale Politik verwiesen werden, die eine gesundheitsbezogene Chancengleichheit mittels Verbindung von gesundheitsbezogenen und sozialen Interventionen anstrebt. Nach Veröffentlichung des Sozialberichts (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2008) und des 4. Gesundheitsberichts über die gesundheitsbezogene Chancenungleichheit (Bachmann & Neuhaus, 2010) hat der Kanton Bern ein ehrgeiziges Projekt gestartet, das sich auf die Chancengleichheit im Kindesalter konzentriert. Der Kanton Bern hat im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für 2010–2013 die folgenden Schwerpunkte gesetzt: «Die Massnahmen sind so zu planen, dass sie die beim Einzelnen vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen bereits im Frühbereich und im Schulalter stärken und fördern. [...] Die geplanten Massnahmen richten sich an Kinder, Jugendliche und Eltern. Sie sollen in den <Settings> greifen, in jenen Lebensbereichen, in denen diese Zielgruppe einen Grossteil ihres Alltags verbringt.» Neben dem kostenlosen Angebot für verschiedene Zielgruppen hat der Kanton Bern in Zusammen-

arbeit mit der Kantonspolizei insbesondere Massnahmen gegen Diskriminierung und Rassismus ins Leben gerufen (www.gggfon.ch), unterstützt Programme zum Abbau von familiärem Stress und hat zudem eine Strategie zur Senkung der Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen entwickelt (und evaluiert). Gleichzeitig hat der Kanton Bern seine Familienpolitik neu ausgerichtet und zusätzliche Leistungen für Familien eingeführt und die Betreuungseinrichtungen für Kinder ausserhalb von Familie und Schule weiter ausgebaut. Zudem bemüht er sich um eine bessere Koordination der Beratungsstellen (Lehmann, 2010). Zur Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit werden kantonale Tagungen und Besprechungen für verschiedene Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Vorschule, Sozialhilfe und Familienhilfe organisiert. Die Ausbildungs- und Beratungsangebote für junge Eltern wurden bezüglich Zeiten und Format den Bedürfnissen der Zielgruppen angepasst («sozial benachteiligte Gruppen schweizerischer und ausländischer Herkunft, Elternpaare», «Familien, in denen beide Elternteile berufstätig sind»).

4.5 Literaturverzeichnis

- Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalité des chances en santé*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberichte.assetref/content/dam/documents/GEF/GS/fr/AWA_Gesundheitsbericht4_F.pdf
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Baumann, I. (2015). Decreased well-being after job loss: testing omitted causes. *LIVES Working Papers*, 2015(36), 1–33.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, w13945, 1–8.
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Plesnicar, B. K., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P. A., Sartorius, N., Seifritz, E., Svestka, J., Tyszkowska, M., & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1–38.
- Blankenship, K. M., Bray, S. J., & Merson, M. H. (2000). Structural interventions in public health. *Aids*, 14, 11–21.

- Blas, E., Sommerfeld, J., & Kurup, A. S. (2011). *Social determinants approaches to public health*. Geneva: World Health Organization.
- Bolzman, C. & Vagni, G. (2015). Égalité de chances? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et «nationales». *Hommes & Migrations* 1309, 19–28.
- Chaire Inpes «Promotion de la santé» à l'EHESP, & Participants au séminaire (2013). *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France: les recommandations du 5 juin 2012*. St-Denis: Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>
- Commission of the Social Determinants of health (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Draft Discussion paper*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Cullati, S. (2015). Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 745–764.
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2008). *Rapport social 2008. La pauvreté dans le canton de Berne: chiffres, faits et analyses*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/soziales/soziales/sozialbericht_2008.assetref/dam/documents/GEF/SOA/fr/Direktion_Organisation/sozialbericht_08_1_teil_f.pdf
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565–582.
- Elgar, F. J., Pförtner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088–2095.
- Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13(1), 1170.
- Human Early Learning Partnership (HELP) (Producer) (2013, 15/09/2015). Universalisme proportionné. Retrieved from http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012). Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. *Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich* (17), 29.
- Johnston, C., Maggiori, C., & Rossier, J. (2015). Professional trajectories, individual characteristics, and staying satisfied and healthy. *Journal of Career Development*, Advance online publication.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567–589.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (407), 26–32.
- Lehmann, P. (2010). *Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé*. Lausanne: Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé.
- Lucchini, M., Butti, C., Assi, J., Spini, D., & Bernardi, L. (2014). Multidimensional deprivation in contemporary Switzerland across social groups and time. *Sociological Research Online*, 19(1), 1–14.
- López Ulloa, B.F., Moller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How does subjective well-being evolve with age? A literature review. Discussion paper series. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. London: The Marmot Review.

- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J., & Pförtner, T.-K. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *The European Journal of Public Health, 25*, 57–60.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring de la santé psychique, axé principalement sur les personnes âgées et le stress au travail*. Actualisation 2014. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review, 29*(3), 208–215.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine, 65*(7), 1420–1429.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin, 32*(4), 709–714.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorder: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Sivasankara Kurup (Eds), *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2015). Cohort and gender differences in psychosocial adjustment to later-life widowhood. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbv004v2.
- Rathmann, K., Ottova, V., Hurrelmann, K., de Looze, M., Levin, K., Molcho, M., Elgar, F., Gabhainn, S., Van Dijk, J. P., & Richter, M. (2015). Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas, 80*(4), 414–420.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012 (Obsan Rapport 52)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Spini, D., Hanappi, D., Bernardi, L., Oris, M., & Bickel, J.-F. (2013). Vulnerability across the life course: A theoretical framework and research directions. *LIVES Working Papers, 2013*(27), 1–35.
- Stegeman, I., Costongs, C., Needle, C., & Consortium, O. b. o. t. D. (Producer) (2010, 15/09/2015). The story of DETERMINE: Mobilising action for Health Equity in the EU. Retrieved from <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story.pdf>
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (1998). Youth self-report of behavioral and emotional problems in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence, 27*(4), 429–441.
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 30*(3), 259–280.
- Taubner, S., Wolter, S., & Rabung, S. (2015). Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Mental Health & Prevention, 3*(3), 69–78.
- Vetter, S., Endrass, J., Schweizer, I., Teng, H.-M., Rössler, W., & Gallo, W. T. (2006). The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland. *BMC Public Health, 6*(1), 223.
- Vuille, J.-C., & Schenkel, M. (2001). Social equalization in the health of youth. *The European Journal of Public Health, 11*(3), 287–293.
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

5 Die Interaktion zwischen physischer und psychischer Gesundheit

Dr. phil. Nadine Messerli-Bürgy & Prof. Dr. Simone Munsch, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Fribourg

Zusammenfassung

Eine eingeschränkte körperliche Gesundheit führt zu vermehrtem Stresserleben und zu Belastungssituationen aufgrund der körperlichen Symptome. Psychische Symptome kommen bei Personen mit einer eingeschränkten körperlichen Gesundheit häufig vor. Dennoch werden diese oft nicht rasch genug identifiziert – dies obwohl die Früherkennung den Verlauf positiv beeinflusst. Um ein rasches Erkennen psychischer Probleme zu fördern, ist der Einsatz von neuen Medien und Technologien, Screeningverfahren und niederschweligen Beratungsangeboten hilfreich. Diese können bereits vorhandene negative Auswirkungen reduzieren und Personen dabei unterstützen, ihre Erholungsfähigkeit zu verbessern, und dadurch die psychische und physische Gesundheit stärken.

5.1 Kurzdefinition Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören Personen mit eingeschränkter physischer Gesundheit, die zugleich eine psychische Symptomatik aufweisen. Die eingeschränkte psychische Gesundheit kann als Folge einer akuten oder chronischen körperlichen Erkrankung (chronische Infekte, neurologische, onkologische, kardiovaskuläre, rheumatische, metabolische Krankheiten wie z.B. Diabetes mellitus) verstanden werden oder mit einer körperlichen Behinderung oder degenerativen Veränderungen (z.B. Demenz, Parkinson im höheren Lebensalter) einhergehen.

Dabei ist zu betonen, dass psychische Symptome aufgrund einer eingeschränkten physischen Gesundheit neu auftreten können (z.B. depressive Verstimmung als Folge einer degenerativen Erkrankung) oder der körperlichen Krankheit vorbestehend sein können und damit eine prädiktive Rolle für die physische Gesundheit einnehmen (z.B. depressive Verstimmung als Risikofaktor für Adipositas oder für eine kardiovaskuläre Erkrankung).

Im vorliegenden Bericht wird nicht auf die Reihenfolge unterschiedlicher Entstehungsbedingungen psychischer Symptome fokussiert, sondern auf die Interaktion psychischer und physischer Gesundheit und in dieser Hinsicht auf die psychische Belastungssituation von Personen mit eingeschränkter physischer Gesundheit. Die Interaktion beider Ge-

sundheitsdimensionen ist deshalb relevant, da sie zu einer Akzentuierung der Gesundheitsproblematik und einer Risikoerhöhung für weitere Einschränkungen der physischen wie auch psychischen Gesundheit führen kann. Dies wird beispielsweise anlässlich des bidirektionalen Zusammenwirkens von Depressivität und der Zunahme des Körpergewichts bis hin zur Adipositas deutlich. So gilt eine bereits in der Kindheit vorliegende Adipositas als Prädiktor für eine depressive Störung und umgekehrt das Vorliegen einer depressiven Störung als Prädiktor für eine Gewichtszunahme. Weiter kann zum Beispiel bei Vorliegen einer Schmerzproblematik davon ausgegangen werden, dass das dadurch entstehende Schonverhalten, die Isolationstendenz und die zunehmende Anspannung die Schmerzproblematik verstärken und dadurch das Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung wie beispielsweise einer depressiven Störung oder Angststörung erhöhen.

5.2 Psychische Gesundheit bei Personen mit eingeschränkter physischer Gesundheit

Gesundheit definiert sich gemäss der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Eine eingeschränkte physische Gesundheit beeinflusst Perso-

nen in ihren kognitiven wie emotionalen Möglichkeiten einerseits aufgrund der Belastung selbst (Beispiel: Schmerzen, Lebensbedrohung), andererseits aufgrund der Konsequenzen einer körperlichen Einschränkung, wie beispielsweise einer akut oder chronisch eingeschränkten sozialen Funktionsfähigkeit und eines eingeschränkten Handlungsspektrums, was zu depressiven Verstimmungen führen kann.

5.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Psychische Störungsbilder gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen mit negativem Einfluss auf verschiedene Lebensbereiche (Linden, Linden & Schwantes, 2015). Im Vergleich mit körperlichen Krankheiten sind psychische Störungsbilder in akuter und chronischer Form belastender für Betroffene als chronische Krankheiten somatischer Art (Linden et al., 2015). Studien aus Deutschland zeigen, dass Patienten mit körperlichen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein 1,5- bis 2-fach höheres Risiko aufweisen, an einer psychischen Störung zu erkranken (Härter et al., 2007). Dabei sind unter den Personen mit chronischen körperlichen Erkrankungen insgesamt 16,4–22,7% von einer depressiven Störung, 18,5–26,5% von einer Angststörung sowie 9,1–18% von somatoformen und 4,8–9,1% von substanzbezogenen Störungsbildern betroffen (Härter et al., 2007). Umgekehrt zeigen Daten aus der Schweiz, dass Personen, die an einer depressiven Störung leiden, deutlich häufiger auch körperliche Beschwerden wie Herzprobleme, Bauchschmerzen, Verstopfung und Schmerzen angeben. Die Häufigkeit dieser Komplikationen steigt mit der Ausprägung der Depressivität sowie mit dem Alter der Betroffenen. Zudem berichten Frauen insgesamt über eine höhere Anzahl körperlicher Beschwerden nach Depressivität als Männer (Schuler & Burla, 2012).

Bei Personen mit somatischen Krankheiten, die sich notfallmässig behandeln lassen müssen, konnte zudem in einer kürzlich publizierten Studie in bis zu 47% der Fälle eine erhöhte psychische Belastung und damit eine zumindest akut eingeschränkte psychische Gesundheit aufgezeigt werden (Faessler, Perrig-Chiello, Mueller & Schuetz, 2015). In einer Untersuchung zu den Auswirkungen intensivmedizinischer Behandlung wurde deutlich, dass Patienten unabhängig vom Alter nicht nur während der Hospitalisation unter einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit leiden, sondern auch 12 Monate später noch bei 29% der Betroffenen depressive Symptome

und bei 7% posttraumatische Symptome nachzuweisen sind.

Bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen körperlichen Krankheiten kommen psychische Störungen bis zu vier Mal häufiger vor als bei Kindern ohne körperliche Krankheit (Hysing, Elgen, Gillberg, Lie & Lundervold, 2007; Pinguart & Shen, 2011b). Beispielsweise weisen Kinder mit Migräne oder chronischen Erschöpfungszuständen häufiger depressive oder Angstsymptome auf (Pinguart & Shen, 2011a, 2011c). Bei Kindern und Jugendlichen ist zu berücksichtigen, dass die körperliche Krankheit innerhalb von Entwicklungsperioden auftritt und das Erarbeiten von Entwicklungsaufgaben wie das Meistern von schulischen Anforderungen, Ausbilden eines stabilen Selbstwerts und Geschlechtsrollenidentität, Autonomieentwicklung sowie Selbstfürsorge beeinträchtigt. Nebst der Sorge um eine erfolgreiche medizinische Behandlung besteht bei Kindern und Jugendlichen die Gefahr der Chronifizierung von in der Kindheit auftretenden psychischen Problemen sowie der Einschränkung von Bildungsmöglichkeiten und der sozialen Integration.

5.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Als Erklärungsmodell für die Interaktion von physischer und psychischer Gesundheit kann das Konzept des *allostatic load* (McEwen & Stellar, 1993), das den Einfluss von Belastung oder Stress auf die Gesundheit ins Zentrum stellt, herangezogen werden. Allostasis widerspiegelt die individuelle Fähigkeit, Stabilität und Homöostase über verschiedene Veränderungen oder Herausforderungen hinweg mittels Aktivierung des physiologischen Systems aufrechtzuerhalten (Sterling & Eyer, 1988).

Eine akute Stressexposition ist eine Herausforderung, die eine kurzfristige physiologische Anpassung verlangt und in diesem Sinne als normale Körperreaktion gilt. Hingegen führt eine chronische Stressexposition, wie beispielsweise eine durch eine körperliche Erkrankung verursachte Belastungssituation, zu einer verlängerten Stressadaptation. Letztere hat längerfristig eine Beeinträchtigung dieser Regulationssysteme zur Folge (*allostatic load*) (McEwen, 1998). Die Stressantwort wird durch Verhalten und individuelle Unterschiede, die durch genetische, entwicklungsspezifische Faktoren oder auch durch die Lebenserfahrung zustande kommen, beeinflusst. Dieses Ungleichgewicht in der Stress-

regulation kann bei einer Person mit einer erhöhten Prädisposition zu einer eingeschränkten Belastbarkeit führen. Nebst somatischen Komplikationen wie Schmerzen, Schlaf- und Verdauungsstörungen kann eine eingeschränkte psychische Gesundheit die Folge sein. Jedoch kann eine ausgeprägte und anhaltende Belastung bei Vorhandensein von Schutzfaktoren auch erfolgreich kompensiert werden (Smeets, 2010).

Exkurs: Ressourcen im Umgang mit Stress

Stress und Belastungssituationen sind unvermeidbar und bis zu einem gewissen Ausmass auch Stimulans einer gesunden kontinuierlichen Entwicklung. Bei starker oder andauernder Belastung können biopsychosoziale Regulationsmechanismen negative Folgen minimieren. So können ein guter körperlicher Allgemeinzustand, ein funktionaler Tag-Nacht-Rhythmus mit ausgewogener Schlafmenge, eine gute Entspannungs- und Erholungsfähigkeit und Entspannungsphasen von ausreichender Dauer sowie gesundheitsfördernde Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten den Auswirkungen von Belastung durch Stressoren entgegenwirken. Weiter sind als mögliche Schutzfaktoren der kognitive Stil von Personen bzw. die Fähigkeit, Stressoren adäquat zu bewerten, sich ausreichend und zielführend damit zu beschäftigen sowie störendes Grübeln und Fokussieren auf Probleme zu unterbinden, zu nennen. Weiter stressregulierend wirkt sich die Fähigkeit aus, im interpersonellen Kontext Emotionen korrekt wahrzunehmen, Emotionen auszudrücken und damit umzugehen. Einer der wichtigsten Faktoren im Umgang mit Stress ist schliesslich das Vorhandensein von sozialer Unterstützung, die nachweislich in allen Altersgruppen zu einer Milderung des Stressempfindens beiträgt.

Ein solches Modell zur Interaktion von körperlicher und psychischer Gesundheit kann bereits vorhandenen populations- oder zielgruppenorientierten Präventionsbemühungen, wie zum Beispiel der Förderung eines gesunden Körperkonzepts oder der Reduktion von Ängstlichkeit und Depressivität (GO!, Junge et al. 2002) zugrunde gelegt werden. Der biopsychosoziale Ansatz kann auch auf die Unterstützung von Kindern, die an Asthma, Diabetes oder Krebserkrankungen leiden, angewandt werden.

Als potenzielle Schutzfaktoren und Ressourcen bei Personen mit eingeschränkter physischer Gesundheit gelten die gleichen psychologischen Faktoren, die für den Erhalt der physischen Gesundheit bekannt sind. Die erfolgreiche Bewältigung einer Belastungssituation und damit die Vermeidung von chronischer Stressexposition ist vom Temperament der Person abhängig und umso wahrscheinlicher, wenn das betroffene Kind bzw. der betroffene Erwachsene Belastung aktiv angeht, Selbstwirksamkeit erlebt, einen gut ausgeprägten Selbstwert besitzt und erfolgreiche Bewältigung auf eigenes Bemühen zurückführt (internale Kontrollüberzeugung). Weiter haben sich Optimismus und Hoffnung, gepaart mit Akzeptanz der eingeschränkten körperlichen Gesundheit, als positive Prädiktoren für die psychische Gesundheit erwiesen (Stewart & Yuen, 2011).

Ausgeprägter Optimismus ist beispielsweise bei älteren Personen mit vermehrtem Gesundheitsgefühl, mehr Vitalität, besserer psychischer Gesundheit und geringeren körperlichen Schmerzen assoziiert (Achat et al., 2000). Insgesamt gilt für alle Altersgruppen das Vorhandensein von sozialer Unterstützung als einer der wichtigsten Prädiktoren für eine psychische Widerstandsfähigkeit. Abschliessende Aussagen über die Bedeutung spezifischer Schutzfaktoren sind aktuell nicht möglich, da zum heutigen Zeitpunkt nur wenige Längsschnittstudien vorliegen, die diese Faktoren und deren Auswirkungen über den Zeitverlauf hinweg untersuchen.

5.3 Besondere Herausforderungen der Zielgruppe in Bezug auf die psychische Gesundheit

Als besondere Herausforderung gilt die breite Palette der auftretenden psychischen Symptome, die mit einer eingeschränkten körperlichen Gesundheit einhergehen können. Dazu gehören Ängste über das Fortschreiten der Erkrankung, erlebte Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit gegenüber dem Krankheitsverlauf und dessen Begleitsymptomen, welche die Lebensqualität der Betroffenen einschränken (Koch, Mehnert, & Strauss, 2011). Veränderungen der psychischen Gesundheit können sich dabei als depressive Stimmung, verminderte Belastbarkeit sowie Probleme mit Veränderungen des Körperschemas zeigen und schliesslich in einem niedrigen Selbstwert münden (Koch et al., 2011).

Eine eingeschränkte körperliche Gesundheit führt zudem in vielen Fällen zu einer Mehr- oder Überbelastung sozialer Beziehungen und für die Betroffenen speziell zu einer schwierigen Veränderung oder Verunsicherung der eigenen sozialen Rolle, zu Veränderung von intimen Beziehungen und einer nur eingeschränkt befriedigenden Sexualität (Beispiel: Patientinnen mit Brustkrebs). Betroffene fühlen sich sozial abhängig, unselbstständig und im gesellschaftlichen Leben eingeschränkt oder gar sozial isoliert (Koch et al., 2011). Angehörige und Betreuungspersonen von Personen mit eingeschränkter physischer Gesundheit spielen eine wichtige Rolle im Krankheits- bzw. Genesungsverlauf und dürfen nicht vergessen werden. Auch diese sind häufig sozial belastet, wie beispielsweise Partner oder Kinder chronisch kranker Eltern. Ihre Belastungssituation muss identifiziert und der Zugang zur häufig deutlich notwendigen Unterstützung ermöglicht werden (Haines, Denehy, Skinner, Warrillow & Berney, 2015).

Personen mit körperlichen Krankheiten wurde bisher im Krankheitsverlauf häufig ein ausschliesslich körperlich orientiertes Krankheitsverständnis vermittelt. Als Folge davon verdrängen sie psychische Symptome oder vermeiden häufig die emotionale Auseinandersetzung mit ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Eine enge Zusammenarbeit von Fachkräften aus dem somatischen und psychologischen Bereich ist demnach erforderlich, um die Betreuung der Betroffenen zu optimieren.

5.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

5.4.1 Wie kann die Zielgruppe erreicht werden?

Die betroffenen Personen können über neue Medien und neue Technologien angesprochen werden. Über Apps und Internet können Personen in jedem Alter das benötigte Basiswissen zu psychischer Gesundheit teils auf spielerische und anwendungsfreundliche Weise vermittelt erhalten. Jedoch sollten nicht nur betroffene Personen mit eingeschränkter körperlicher Gesundheit über mögliche komorbide psychische Probleme oder Störungen und deren Behandelbarkeit informiert werden, sondern dieses Wissen

sollte auch Familienmitgliedern und Behandlungspersonen systematisch vermittelt werden. Auch sollten der Wissensaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen aus dem somatischen und psychologischen Bereich gefördert werden. Positive Beispiele sind hierbei Spitäler, an denen die psychosoziale Unterstützung eng in die somatische Versorgungseinrichtung eingebunden ist, wie die Psychoonkologie oder auch Institutionen mit liaisonpsychologischen Expertengruppen, die in rein somatisch orientierten Abteilungen wie der Gastroenterologie, Neurologie oder Immunologie und so weiter zur Verfügung stehen. Weiter ist die Zielgruppe auch über die Hausarztmedizin häufig gut erreichbar. Dies ist bei allen Altersgruppen zu befürworten. Die direkte Vermittlung von Basiswissen kann sich präventiv auch an Schulen, Spitäler, Altersheime, Kirchgemeinden oder Sportclubs richten. Je nach Altersgruppe kann der Wissenstransfer in Form von internetbasierten Angeboten wie Coachingprogrammen, spielerischer Wissensvermittlung oder durch Diskussionen und Informationsveranstaltungen gefördert werden.

5.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der Zielgruppe zu stärken?

Um den Zugang zur Population zu erleichtern, sollten Screening-Verfahren¹² entwickelt und überprüft werden, die ausreichend sensitiv und spezifisch sind und es erlauben, Personen zu identifizieren, die Unterstützung benötigen. Als Beispiel kann hier die Entwicklung von Messinstrumenten genannt werden, die deutliche Stimmungsschwankungen oder Körperideale und die Bewertung des eigenen Körpers erfassen können. Darauf basierend können rasch geeignete und niederschwellige Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit implementiert werden.

Weiter kann anhand von psychologischen Behandlungsansätzen Personen mit Anzeichen von erhöhtem Stresserleben (in Form von Einschlaf- und Durchschlafproblemen, vermehrtem sozialem Rückzug und depressiver Stimmung) möglichst früh Unterstützung angeboten werden, um eine Verschlechterung der Symptomatik und eine Chronifizierung zu verhindern.

¹² Screening-Verfahren: Messinstrumente, die eine Einschätzung der Ausprägung eines Merkmals (z. B. Ängstlichkeit) erlauben und das Ziel verfolgen, Risikopopulationen zu identifizieren, damit diese weiter abgeklärt bzw. behandelt werden können.

Zur Stärkung der psychischen Gesundheit hat sich die soziale Unterstützung durch Mitbetroffene als besonders wirksam und wirksamer als die Unterstützung des sozialen Umfelds erwiesen (Malicka, Kozłowska, Wozniowski, Rymaszewska & Szczepanska-Gieracha, 2015). Interventionen in Gruppen von ebenfalls physisch eingeschränkten Personen stärken durch den ermöglichten Austausch die wahrgenommene soziale Unterstützung und können damit die psychische Gesundheit stärken. Als Beispiele hierfür können die von der Schweizerischen Herzstiftung angebotenen Herzgruppen oder das in verschiedenen Kantonen bestehende Gruppenangebot DIAfit für Menschen mit Diabetes oder die diversen Angebote der Krebsliga Schweiz aufgeführt werden. Als wichtiges weiteres Angebot für diesen Bereich gelten Angebote für die Familie der betroffenen Personen wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen Angehöriger von Demenzerkrankten oder Unterstützungsangebote für Kinder chronisch kranker Eltern. Diese Unterstützungsmassnahmen können die Belastung der Angehörigen lindern und somit zur besseren psychischen Gesundheit der betroffenen Gruppe beitragen.

5.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit dieser Zielgruppe zu fördern?

- Eine standardisierte Weiterbildungsanforderung für Fachpersonen wie Mediziner mit somatischer Ausrichtung, Klinische Psychologen und Psychotherapeuten, Schulpsychologen und Psychiater zur Erreichung und Betreuung der Zielgruppe
- Regelmässige Schulung von Pflegefachkräften, Lehrpersonen und Sozialarbeitern sowie Spitex-Mitarbeitenden, um die Früherkennung zu gewährleisten und die Betreuung zu verbessern
- Wissensvermittlung über neue Medien (inklusive Apps und Social Media) fördern, um Betroffene zu erreichen
- Aktionen zur Förderung psychischer Gesundheit, die die Früherkennung beinhalten, aber auch regelmässige Stressresistenztrainings im Sinne einer psychologischen Immunisierung, um die psychische Gesundheit bei Personen mit Einschränkungen der physischen Gesundheit zu optimieren

- Vorhandene evidenzbasierte Präventionsprogramme vermehrt der betroffenen Personengruppe zugänglich machen, beispielsweise TAKE Training für adipöse Kinder und deren Eltern (Munsch et al., 2008; Roth et al., 2011) oder GO! (Balmer et al., 2007)

Beispielprojekt: Gesundes Körperbild – Prävention Essstörungen Praxisnah (PEP)

Als Beispiel dient ein bestehendes Angebot der Prävention Essstörungen Praxisnah (PEP) zu gesundem Körperbild, das Jugendliche und junge Erwachsene sowie deren Bezugspersonen ansprechen soll. Das Angebot ist als Workshop mit der theoretischen Grundlage des Dialogs angelegt und dient dazu, Normen und Werte zum Thema Körperbild zu hinterfragen und den Austausch von Ansichten und unterschiedlichen Einschätzungen des Körperbildes aller Gruppenteilnehmer anzuregen. Dabei werden modulartig Themenbereiche bearbeitet, welche die Idealvorstellungen und das Körperbild, die Körperwahrnehmung und Emotionsregulation sowie die Selbstwertgefühle und deren Einflussfaktoren zu betrachten erlaubt. Die kurz- und die mittelfristige Wirksamkeit dieser Herangehensweise sollten empirisch validiert und die modulartigen Angebote je nach Alter der Zielgruppe angepasst werden.

5.5 Literaturverzeichnis

- Balmer, K., Michael, T., Munsch, S. & Margraf, J. (2007). Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Evaluation des schulbasierten Programms GO! – Schweiz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(2), 57-66.
- Faessler, L., Perrig-Chiello, P., Mueller, B., & Schuetz, P. (2015). Psychological distress in medical patients seeking ED care for somatic reasons: results of a systematic literature review. *Emergency Medical Journal*, 1-7.
- Haines, K. J., Denehy, L., Skinner, E. H., Warrillow, S., & Berney, S. (2015). Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1112-1120.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Hofler, M., Bengel, J., & Wittchen, H. U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 354-360.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S. A., & Lundervold, A. J. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 785-792.
- Koch, U., Mehnert, A., & Strauss, B. (2011). [Psychological interventions in patients with chronic physical diseases and psychological comorbidity]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 54(1), 29-36.
- Linden, M., Linden, U., & Schwantes, U. (2015). Disability and functional burden of disease because of mental in comparison to somatic disorders in general practice patients. *European Psychiatry*, 30, 789-792.
- Malicka, I., Kozłowska, A., Wozniowski, M., Rymaszewska, J., & Szczepanska-Gieracha, J. (2015). The role of social support in women's health and recovery processes. *Psychology, Health & Medicine*, 1-11.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-44.
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.
- Munsch, S., Roth, B., Michael, T., Meyer, A.H., Biedert, E., Roth, S.P., Speck, V., Zumsteg, U., Isler, E. & Margraf, J. (2008). Randomized controlled comparison of two Cognitive Behavioral Therapies (CBT) for obese children: Mother versus mother-child CBT. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 235-246.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011a). Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 100(8), 1069-1076.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011b). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1003-1016.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011c). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 375-384.
- Roth, B. & Munsch, S. (2010). *Training für adipöse Kinder und ihre Eltern (TAKE). Manual für Kinder. Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Obsan Bericht 52*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Smeets, T. (2010). Autonomic and hypothalamic-pituitary-adrenal stress resilience: Impact of cardiac vagal tone. *Biological Psychology*, 84(2), 290-295.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Hrsg.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons. S. 629-649.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.

6 Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit (Vorschulalter)

Lic. phil. Sabine Brunner, Marie Meierhofer Institut für das Kind

Zusammenfassung

Für die psychische Gesundheit eines Menschen ist seine gute Entwicklung in der frühen Kindheit determinierend. Dies ist eine alte Weisheit, die durch heutige Studien bestätigt wird, auch wenn selbstverständlich Menschen trotz widriger Umstände in der frühen Kindheit später auch gute Entwicklungen machen können. Die existenzielle Abhängigkeit eines jungen Kindes von seinen Eltern macht es nötig, dass präventive Massnahmen nicht nur das Kind, sondern auch die Eltern unterstützen. Es hat sich gezeigt, dass die frühe Kindheit ausgesprochen empfänglich ist für Unterstützungsmassnahmen und dass sich daneben Investitionen auch aus volkswirtschaftlichen Überlegungen lohnen. Neben der guten Fürsorge durch die Bezugspersonen braucht das junge Kind auch passende Lebensräume, in denen es sich bewegen, die es explorieren und die es mitgestalten kann. Das Kind hat ein Recht darauf, in seiner Subjektivität wahrgenommen zu werden. Überlegungen zu Schutz- und Risikofaktoren weisen darauf hin, dass der gesellschaftliche Rahmen bei der Unterstützung der psychischen Gesundheit von jungen Kindern eine grosse Rolle spielt und sich somit auch politische Entscheidungen relativ direkt auf das Wohlbefinden von jungen Kindern auswirken. Schon heute gibt es verschiedene Institutionen, die sich mit dem Frühbereich auseinandersetzen, und auch einige wertvolle Angebote. In Zukunft gilt es, diesen Bereich zu stärken und die Angebote flächendeckend auszuweiten.

6.1 Frühe Kindheit

Die frühe Kindheit ist eine äusserst prägende Zeit im Leben eines Menschen. Nie entwickelt sich ein Kind so rasant wie in den ersten Lebensjahren. Und so werden in dieser Zeit auch Grundsteine für die spätere Entwicklung gelegt. Für den ersten Abschnitt im Leben eines Kindes existieren unterschiedliche Bezeichnungen wie Säuglings- und Kleinkindalter, Vorschulalter, Frühbereich oder frühe Kindheit. In diesem Text wird der Frühbereich oder der Begriff frühe Kindheit verwendet und benennt die Lebensspanne von Geburt bis zum sechsten Lebensjahr.

Gerber Jenni, Stössel und Simoni (2014) charakterisieren die frühe Kindheit mit folgenden Merkmalen:

- Junge Kinder entwickeln und verändern sich schneller als in jeder anderen Lebensspanne hinsichtlich körperlicher Reife und Entwicklung des Nervensystems, Mobilität, Kommunikationsfähigkeiten und geistiger Entwicklung sowie hinsichtlich ihrer Interessen und ihrer Fähigkeiten.
- Junge Kinder entwickeln starke emotionale Beziehungen zu ihren Eltern und zu anderen Betreuungspersonen, von denen sie Pflege, Fürsorge, Führung und Schutz erwarten und in einer Weise benötigen, die ihre Individualität und ihre wachsenden Fähigkeiten respektiert.
- Junge Kinder bauen eigene wichtige Beziehungen zu gleichaltrigen, jüngeren oder älteren Kindern auf; in diesen Beziehungen lernen sie, gemeinsame Aktivitäten durchzuführen und zu koordinieren, Konflikte zu lösen, Verabredungen einzuhalten und Verantwortung für andere zu übernehmen.
- Junge Kinder entwickeln aktive Vorstellungen über die physischen, sozialen und kulturellen Dimensionen ihres Umfeldes und lernen zunehmend von ihren Tätigkeiten und Interaktionen mit anderen Kindern und Erwachsenen.
- Die Grundlagen für die psychische und physische Gesundheit, die emotionale Sicherheit, die kulturelle und persönliche Identität und die sich entwickelnden Fähigkeiten des jungen Kindes werden hier gelegt
- Junge Kinder erleben Wachstum und Entwicklung unterschiedlich und in Abhängigkeit von ihrer

Persönlichkeit, ihrem Geschlecht, ihrer Lebenssituation, ihrer Familienstruktur, der Betreuungssituation und dem Bildungssystem.

- Die Art und Weise, wie junge Kinder Wachstum und Entwicklung erleben, ist stark geprägt durch kulturelle Vorstellungen über ihre Bedürfnisse, ihre richtige Behandlung und ihre aktive Rolle in Familie und Gemeinschaft (Gerber et al., 2014).

6.2 Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit

Definitionen der psychischen Gesundheit betonen in der Regel die Merkmale persönliches Wohlbefinden, stabiles Selbstwertgefühl und das Gefühl von Selbstwirksamkeit (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015; siehe auch Kapitel 2.1). Diese Merkmale sind selbstverständlich auch auf Kinder zu übertragen. Zusätzlich dazu müssen Kriterien für eine **gesunde Entwicklung des Kindes** in die Definition einfließen. Für die gesunde Entwicklung benötigt ein Kind ein Umfeld, das ihm Folgendes bietet:

1. Fürsorge und Schutz
2. Eine anregende Umgebung mit vielfältigen Erfahrungsmöglichkeiten
3. Erleben von Autonomie und Selbstwirksamkeit (Bischof-Köhler, 2011)

Während das dritte Merkmal, **Autonomie und Selbstwirksamkeit**, in der Definition der psychischen Gesundheit bereits vorhanden ist, sind die ersten beiden Punkte, **Fürsorge und Schutz** und **eine anregende Umgebung mit vielfältigen Erfahrungsmöglichkeiten**, spezifisch für die Situation des Kindes.

Für die frühe Kindheit gilt es hierzu Folgendes festzuhalten: In der frühen Kindheit ist der Bedarf nach Fürsorge und Schutz besonders stark. Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder sind existenziell darauf angewiesen, dass ununterbrochen *verlässliche, verfügbare* und *vertraute* Bezugspersonen anwesend sind (Simoni, 2011). Diese haben zur Aufgabe, die Signale des noch jungen Kindes feinfühlig zu *erkennen*, adäquat zu *interpretieren* und prompt zu *beantworten* (Papoušek, 2001). Nur so können die kindlichen Bedürfnisse genügend gestillt werden. Im Säuglingsalter benötigt das Kind Unterstützung bei der Stillung körperlicher Bedürfnisse und dem Einüben von ersten Fertigkeiten. Es braucht Hilfe bei seiner Regulation und Selbstberuhigung und es benötigt das Erfahren von Rhythmen. Bald schon brau-

chen Kinder ihre Bezugspersonen auch dazu, um sich sicher zu fühlen und um ein Verständnis von den Abläufen der Umgebung zu erhalten. Nachvollziehbare Handlungen sowie konkrete Erklärungen der Bezugspersonen ermöglichen es dem jungen Kind, Zusammenhänge immer besser zu erkennen und zu verstehen und sich in seiner Umgebung zurechtzufinden.

Bereits nach der Geburt und dann zunehmend immer deutlicher wird das Interesse des Kindes an seiner Umgebung sowie nach autonomen und selbstwirksamen Erfahrungen sichtbar (Dornes, 1993). Was eine anregende Umgebung beinhaltet und welche Handlungen selbstwirksam und autonom ausgeführt werden können, hängt von der Entwicklung des Kindes und auch von seiner Individualität ab. Ein Säugling möchte andere Erfahrungen seiner Selbstwirksamkeit machen als ein sechsjähriges Kind. Grundsätzlich sollten die Anregungen so sein, dass sie das Kind bei seinen Interessen und Fähigkeiten abholen, Neues zu erlernen und seine Kompetenzen und Erfahrungen zu erweitern. Sie sollen dem Kind grundsätzlich bewältigbar erscheinen. Immer soll das Kind die Möglichkeit haben, selbstständig auf seine Umgebung einzuwirken, diese zu «bearbeiten», zu gestalten und zu verändern.

Um feinfühlig und adäquat auf ein junges Kind eingehen zu können, bedarf es einer beständigen psychischen und physischen Nähe zum Kind und der Bereitschaft, sich auf das individuelle Kind einzulassen. Das Kind soll in seiner Subjektivität wahrgenommen und als ein selbstständig fühlendes und handelndes Wesen behandelt werden. Es ist nötig, dass auch das sehr junge Kind als in seinem Wesen gleichberechtigte Person anerkannt und ihm im Alltag – angepasst an seinen Entwicklungsstand – genügend Partizipation (Mitwirkung, Mitgestaltung, eigene Entscheidungen) zugestanden wird (Lansdown, 2010).

6.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Die Erfassung von Prävalenzen in der frühen Kindheit ist mit spezifischen Schwierigkeiten und Herausforderungen verbunden. Eine erste Schwierigkeit ist die Tatsache, dass Daten zur psychischen Gesundheit bzw. zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Regel nicht die Situation der frühen Kindheit abbilden, weil sie bei Kindern im Schul- und Jugendlichenalter erhoben worden sind (WHO Europa 2006; Rüesch & Maeder, 2010). Leider fehlt in Forschungsberichten des Öfteren ein explizit-

ter Hinweis darauf, stattdessen bezieht man sich auf Kinder im Allgemeinen (NFP 52, 2006). Albert Lenz weist in seinem Buch «Kinder psychisch kranker Eltern» (2014) auf weitere Problemfelder bei der Datenerfassung zu psychischen Störungen in der frühen Kindheit hin. So zeigt er auf, dass Krankheit und Gesundheit im psychischen Bereich bei Kindern kaum eindeutig voneinander abzugrenzen sind. Es liegen zu viele nicht klar voneinander abgegrenzte Begrifflichkeiten vor. Zudem treten Störungen im Kindheitsalter oft nur kontextabhängig auf, das heisst, dass psychische Auffälligkeiten bei jungen Kindern nicht in allen Situationen bzw. mit allen Personen sichtbar werden, während ältere Kinder oder Erwachsene deutlich mehr Konstanz zeigen. Auch ergeben sich aufgrund der kindlichen Entwicklung schnelle Veränderungen, die die Erfassung der psychischen Gesundheit bzw. der psychischen Störungen ebenfalls erschweren. Die Daten zu jungen Kindern erhalten, so Lenz, zudem eine gewisse Verfälschung, weil sie zu einem guten Teil in Form von Fremdurteilen erhoben werden müssen (Lenz, 2014). Die eher spärlich vorhandenen Daten zur Prävalenz von psychischer Gesundheit bzw. zu psychischen Störungen in der frühen Kindheit müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Als grosse, breit angelegte Studie im Frühbereich zum Thema Prävalenzen und psychische Gesundheit wird im europäischen Raum die Studie von Lars Wichstrøm und Mitarbeitenden zitiert. Hier wurden 2007/2008 in Trondheim (Norwegen) fast 1000 Eltern zur psychischen Gesundheit ihrer vierjährigen Kinder befragt. Die Auswertung ergab insgesamt eine Prävalenzrate für psychische Störungen in der frühen Kindheit von rund 7% (Wichstrøm et al., 2012).

Folgende Störungsbilder wurden erfasst:

- Aufmerksamkeitsdefizit- /
Hyperaktivitätsstörung 1,9%
- Depressive Störungen 2,0%
- Oppositionelles Trotzverhalten 1,8%
- Angststörungen 1,5%
- Abweichendes Sozialverhalten 0,7%

Die Daten von Wichstrøm und Mitarbeitenden belegten im Weiteren eine hohe Komorbiditätsrate (mehrere Störungsbilder bei einem Kind). Ein Vergleich mit anderen Studien zeigte, dass die diagnostische Erfassung von psychischen Störungen bei Vierjährigen deutliche Hinweise auf eine Entwicklung derselben im späteren Kindesalter ergab (Wichstrøm et al.,

2012). Das Ergebnis einer Prävalenzrate von rund 7% liegt deutlich unter den Zahlen anderer Studien, die eine Prävalenz zu psychischen Störungen bei Kindern bis zu 24% angeben. Diese Daten entstanden allerdings oft bei älteren Kindern – beispielsweise wurde die deutsche Bella-Studie (Prävalenzrate von 22%) bei Schulkindern durchgeführt (Bella Studie 2003–2007).

Die 2015 neu veröffentlichte grossangelegte Studie von Schmitt et al. (2015) aus Dresden mit 3945 Kindern im Einschulungsalter ergab eine Prävalenz von 14% für psychische Störungen. Schmitt et al. (2015) legten in ihren Auswertungen ihr Augenmerk auf soziodemografische Determinanten und konnten nachweisen, dass ein niedriger elterlicher Bildungsstand sowie das Aufwachsen mit nur einem Elternteil wesentlich ist für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten. Je früher die Kinder dieser Studie eine Kindertageseinrichtung besuchten, desto weniger psychische Auffälligkeiten zeigten sich (Schmitt et al., 2015).

Eine Längsschnittstudie aus Mannheim – die Mannheimer Risikokinderstudie – mit Erhebungswellen bei Kindern im Alter von 3 Monaten, 2 Jahren, 4,5 Jahren, 8 Jahren und 11 Jahren kommt zum Schluss, dass frühkindliche Risiken, wie beispielsweise postpartale Depression der Mutter oder Alkoholismus des Vaters, spezifische und langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder haben. Die negativen Folgen früher Risiken waren in ihrer Studie bis zum Schulalter nachweisbar (Laucht, Esser & Schmidt, 2000).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Studien im Frühbereich weit auseinanderliegende Zahlen zur Prävalenzrate von psychischer Gesundheit bzw. psychischen Störungen angeben. Möglicherweise ist die grosse Streuung der Daten auf die beschriebenen Schwierigkeiten in der Erfassung von psychischer Gesundheit / psychischen Störungen bei jungen Kindern zurückzuführen. Dennoch ergibt die Sichtung der Datenlage wichtige Aussagen für die frühe Kindheit: So scheinen frühkindliche Belastungen langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder zu haben. Zusätzlich hängt die psychische Gesundheit junger Kinder von verschiedenen Faktoren wie beispielsweise von der sozialen Situation der Familie ab.

6.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Welche Belastungen ein Risiko für die (psychische) Gesundheit eines Kindes darstellen und welche Faktoren schützend wirksam sein können, wurde in vielen weiteren Studien erfasst. Die Ergebnisse dazu erscheinen recht einheitlich. Die in Tabelle 6.1 etwas gekürzt wiedergegebenen Risiko- und Schutzfaktoren von Thyen (2012) beziehen sich explizit auf junge Kinder und ihre Familien.

Ein aktuelles Thema bezüglich Schutz- oder Risikofaktoren betrifft die Frage, wie sich ausserfamiliale Betreuungsstrukturen auf die psychische Gesundheit von Kindern im Vorschulalter auswirken. Die oben erwähnte Dresdener Studie wertet die familienergänzende Betreuung grundsätzlich als Schutzfaktor. Andere Studien relativieren dieses Ergebnis. So zeigte sich in der in den USA durchgeführten Belsky-Studie das folgende Ergebnis: Je früher und ausgedehnter Kinder ausserhalb der Familie betreut werden, desto eher sind im Schulalter psychische Auffälligkeiten zu beobachten (NICHD, 2003). Es ist anzunehmen, dass die Qualität der Einrichtung, das Alter des Eintritts sowie die Gestaltung des Übergangs in die Tageseinrichtung wichtige Determinan-

ten sind, wenn ausserfamiliale Betreuungsstrukturen Kinder in ihrer psychischen Gesundheit stärken sollen.

Die **Resilienzforschung** gibt Antworten darauf, welche schützenden Prozesse Kindern helfen, sich gegenüber belastenden Umständen und Lebensbedingungen widerstandsfähig zu zeigen und demzufolge (psychisch) gesund zu bleiben. Dabei haben sich für die frühe Kindheit folgende Grundbausteine herauskristallisiert (Wustmann, 2011):

- eine sichere Basis (Aufmerksamkeit, Ermutigung, Ansprechbarkeit)
- eine gute Selbstwerteinschätzung (Selbstvertrauen aufgrund von Kompetenzerfahrungen)
- die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, von Einfluss und Wirken eigenen Handelns sowie von eigenen Stärken und Grenzen
- emotionale und soziale Unterstützung ausserhalb der Familie

Diese Grundbausteine passen gut zu den in Kapitel 6.2 erwähnten Merkmalen für die psychische Gesundheit in der frühen Kindheit. Dies hat selbstverständlich damit zu tun, dass die beiden Konzepte im Kern dasselbe in den Fokus nehmen.

TABELLE 6.1

Risiko- und Schutzfaktoren von Thyen (2012)

Familiäre Risikofaktoren

- Erfahrung sozialer Benachteiligung
- Elterliche Erkrankungen (psychisch und körperlich)
- Erfahrung eigener Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch in Kindheit der Eltern
- Dissozialität, Delinquenz oder Partnergewalt in der Familienbiografie der Eltern
- Mangelndes Wissen und Reflexionsmöglichkeiten eigenen Handelns

Familiäre Schutzfaktoren

- Stabile elterliche Beziehung
- Erziehungskompetenzen der Eltern, insbesondere ein autoritativer Erziehungsstil
- Positives Familienklima

Soziale Risikofaktoren

- Armut
- Häufige Umzüge, Schulwechsel und Erfahrung von Fremdunterbringung
- Aufwachsen in deprivierten Quartieren

Soziale Schutzfaktoren

- Soziale Unterstützung (familiär und ausserfamiliär)
- Unterstützung durch Institutionen
- Inanspruchnahme und positive Erfahrungen mit Beratungsangeboten

Individuelle Risikofaktoren des Kindes

- Besondere Vulnerabilität in den ersten drei Lebensjahren
- Angeborene Erkrankungen, prä-, peri- oder postnatale Komplikationen
- Exposition mit Substanzen, die die neurologische Reifung beeinträchtigen
- Regulations- und Entwicklungsstörungen des Säuglings
- Schwieriges Temperament

Individuelle Schutzfaktoren des Kindes

- Körperliche Gesundheit
- Freundliches, interaktives Temperament
- Normale, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung
- Freude am Lernen

6.3 Besondere Herausforderungen in der frühen Kindheit

6.3.1 Die Abhängigkeit des jungen Kindes von seinen Eltern (Bezugspersonen)

In den ersten Lebensjahren spielt die Beziehung des Kindes zu seinen Eltern (Bezugspersonen) eine existenzielle Rolle. Überleben, Wohlbefinden und Entwicklung von jungen Kindern hängen grundlegend von engen Beziehungen zu erwachsenen Personen ab – in der Regel von denjenigen zu Mutter und Vater. Kind und Eltern stehen damit in einer engen psychischen Abhängigkeit voneinander. Speziell wirkt sich deshalb auch die psychische Befindlichkeit der Eltern auf ihre Kinder aus (Pedrina, 2005). Folgende Beispiele verdeutlichen dies. Bei der bei jungen Müttern häufig diagnostizierten postpartalen Depression ist bei den Säuglingen in der Regel ein «depressives Interaktionsverhalten» (geringes Mass an positivem Affektausdruck und erniedrigtes Aktivitätsniveau) zu beobachten (Reck, 2007). Die Winterthurer Studie (2006) fand bei 76 % der Kinder psychisch kranker Eltern ebenfalls psychopathologische Auffälligkeiten (Gurny et al., 2006). Für Überlegungen und für die Planung von Unterstützungsmassnahmen im Frühbereich sollten deshalb nicht nur die jungen Kinder, sondern immer auch die Bezugspersonen und im Speziellen die Beziehungen von Kind und Bezugspersonen berücksichtigt werden.

6.3.2 Entwicklungsmerkmale

In der frühen Kindheit entwickelt sich das Kind rasant und verändert sich dabei konstant. Der Lebensraum, die Gestaltung des Alltags und das Beziehungsgeschehen sollten deshalb ebenfalls immer wieder angepasst werden. Dies bedingt viel Flexibilität, sowohl von den Bezugspersonen als auch von den sich damit befassenden Fachpersonen. Um die Kinder genügend zu unterstützen, braucht es ein Verständnis für die ablaufenden Entwicklungsprozesse und ganz besonders für die nächsten Entwicklungsschritte.

6.3.3 Übergänge gestalten

In der frühen Kindheit geschieht vieles zum ersten Mal. So zum Beispiel der Übergang in eine familienexterne Betreuungssituation wie eine Kita oder eine Bildungsinstitution (Kindergarten). Damit das Kind die Trennung von seinen Hauptbezugspersonen ertragen kann und durch die neue Umgebung nicht überfordert wird, ist es wichtig, dass diese Übergänge gestaltet

werden. Je jünger das Kind ist, desto mehr benötigt es eine konkrete Begleitung und Eingewöhnung in die neue Situation. Gespräche, Erklärungen und die Möglichkeit für das Kind, mit seinen Anliegen und Bedürfnissen den Übergang mitzugestalten, helfen dem Kind, diesen zu bewältigen und sich nicht überfordert zu fühlen. Rituale und Übergangsobjekte helfen dem Kind ebenfalls dabei, sich getragen und sicher zu fühlen (GAIMH-Empfehlungen, 2008).

6.3.4 Gespräche mit jungen Kindern

Wenn es darum geht, Kinder einzubeziehen, sie partizipieren zu lassen, ergeben sich für das Gespräch mit dem noch jungen Kind einige Herausforderungen. Die Erlebenswelt des jungen Kindes ist sehr verschieden von derjenigen der Erwachsenen. Und so sind auch die Anliegen junger Kinder aus Erwachsenensicht nicht unbedingt erkennbar. Die Sicht des Kindes muss deshalb aktiv eingenommen werden. Speziell ist auch, dass junge Kinder ihre Anliegen und Bedürfnisse erst im Lauf der Zeit verbal äussern können. Es braucht neben dem direkten Kontakt mit dem Kind also auch ein Verständnis für nonverbale Äusserungen sowie Verhaltensmerkmale (Brunner, 2013).

6.3.5 Lebensräume für die frühe Kindheit

Der räumliche Kontext, in dem das junge Kind aufwächst, ist für seine Entwicklung von grosser Bedeutung. Denn Kinder eignen sich ihr Wissen über das Entdecken ihrer Lebensräume an – die frühkindliche Bildung erfolgt durch räumliche und sinnliche Erfahrungen. Es ist für die psychische Gesundheit des jungen Kindes entscheidend, wie die Innen-, Zwischen- und Aussenräume gestaltet sind, in denen es sich aufhält. Gibt es nahe am Wohnort des Kindes und seiner Familie genügend Bewegungsfreiheit, Entdeckungsmöglichkeiten und auch Möglichkeiten für selbstwirksame Erfahrungen? Kann das Kind sich genügend geschützt und trotzdem selbstständig bewegen? Dies sind räumliche Bedingungen, die eine gute Entwicklung ermöglichen und die psychische Gesundheit in der frühen Kindheit mitprägen (Meyer, 2012).

6.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

6.4.1 Kinder im Frühbereich erreichen

Es ist breit akzeptiert, dass es für die Erhaltung der (psychischen) Gesundheit der Kinder zentral ist, die

Familien bereits im Frühbereich mit präventiven Massnahmen zu erreichen. Man spricht hier von Früher Förderung (Hafen, 2012) oder von Frühen Hilfen (Sonderausgabe frühe Kindheit, 2012). Mit Früher Förderung sind Bildungsangebote bzw. Angebote der Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit gemeint (Simoni, Avogaro & Panchaud, 2012). Mit Frühen Hilfen beschreibt man ein System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten. Die präventiven Massnahmen sind in der frühen Kindheit deshalb sinnvoll, weil hier der Grundstein für die weitere psychische Entwicklung gelegt wird. Gelingt die Prävention und Früherkennung frühzeitig, lassen sich Folgeerscheinungen und Chronifizierungen reduzieren oder vermeiden. Gleichzeitig begünstigt die rasante Entwicklung des jungen Kindes die Wirksamkeit von unterstützenden Massnahmen zu einem frühen Zeitpunkt, weil die ständig anstehenden Entwicklungsschritte ohnehin Veränderung bedingen. Somit muss beim Erreichen der Familien junger Kinder an **früh** im doppelten Sinn gedacht werden – es geht um ein **frühzeitiges** Erreichen im **Frühbereich!** Die frühe Kindheit ist zwar krisenanfällig, aber auch ausgesprochen empfänglich für passende Unterstützung. Berechnungen zur Kosteneffizienz von Angeboten in der Frühen Förderung weisen darauf hin, dass ein beachtlicher volkswirtschaftlicher Nutzen mit diesen Angeboten einhergeht (*return of investment* von 1:3 bis 1:7) (Hafen, 2012).

Eine Problematik bei den Frühen Hilfen besteht in der Erreichbarkeit der Familien. Manche jungen Kinder und ihre Familien leben isoliert. Viele sind noch nicht über Institutionen erreichbar. Aufgrund der föderalen Organisation der Schweiz variiert auch das Unterstützungsangebot für den Frühbereich von Gemeinde zu Gemeinde erheblich.

Zu einem guten Teil werden Kinder im Frühbereich über ihre Eltern erreicht. Präventiv wirksame Angebote für den Frühbereich bestehen in der Schweiz in Form von Schwangerschafts-, Mütter-/Väter- und gemeindenaher Familienberatung sowie über das Gesundheitswesen (insbesondere Hebammen und Kinderärztinnen und -ärzte). Via familienergänzende Betreuungsinstitutionen kann gemäss aktuellen Zahlen ein gutes Drittel der Kinder zwischen 0 und 3 Jahren auch direkt erreicht werden (schweizerische Bundesstatistik 2013: 38,8%) (Bundesamt für Statistik, 2014). Auch Spielgruppen gewinnen diesbezüglich zunehmend an Bedeutung. Ab dem fünf-

ten Lebensjahr gilt die Schulpflicht, sodass ab diesem Zeitpunkt die Erreichbarkeit für Untersuchungen und präventive Massnahmen bei allen Kindern über die staatlichen Institutionen Kindergarten und Schule möglich ist.

6.4.2 Stärkung der psychischen Gesundheit bei Kindern in der frühen Kindheit

Junge Kinder benötigen für ihre psychische Gesundheit, wie oben beschrieben, Lebensbedingungen, die ihre Entwicklung und ihr Wohlbefinden auf vielfältige Weise unterstützen. Sie sollten in einem liebevollen, geschützten Rahmen alltägliche selbstwirksame Erfahrungen machen können, und zwar sowohl in der Familie als auch in einer familienergänzenden Betreuung oder in unterstützenden Angeboten. Junge Kinder brauchen immer ein aufmerksames, interessiertes und bezogenes Gegenüber, das sie schützt, sie in ihren Bildungs- und Entwicklungsprozessen umsichtig begleitet und sie bei allem, was für sie wichtig ist, partizipieren lässt (Wustmann Seiler & Simoni, 2012). Und es braucht Lebensräume, die ausreichend bereichernde Erfahrungen ermöglichen.

Junge Kinder werden jedoch auch gestärkt, wenn ihre Eltern oder weitere Betreuungspersonen in ihren **Erziehungs-** und **Beziehungskompetenzen** unterstützt werden. Dazu gehören etwa Informationen über die Entwicklung des jungen Kindes, Beratung zu aktuellen Erziehungsanforderungen sowie auch ressourcenorientierte Unterstützung im Beziehungsgeschehen. Spezielle Risikogruppen von Kindern und Familien benötigen selektive Formen der Prävention. Dabei sind je nach Bedarf sehr unterschiedliche Angebote im medizinischen Bereich (z.B. psychotherapeutische Babysprechstunde), im psychosozialen Bereich (z.B. sozialpädagogische Familienbegleitung) und in Form von Unterstützung im finanziellen und sozialen Bereich (z.B. finanzielle Unterstützung, Vernetzung mit anderen Familien) gemeint. Speziell bei familienergänzenden Betreuungsformen ist eine hohe Qualität der Betreuung vonnöten (Hellmann, 2015).

Fazit: Um Kinder im Falle einer problematischen Entwicklung unterstützen zu können, braucht es eine qualifizierte Früherkennung. Es sind Handlungsansätze zu suchen, wie die jungen Kinder zusammen mit ihren Familien gestärkt werden können. Zum einen, weil ein Grossteil der Kinder in diesem Alter noch nicht alleine erreicht werden kann, speziell

aber auch, weil die psychische Befindlichkeit junger Kinder sehr stark von den Bezugspersonen und der familialen Situation abhängt.

6.4.3 Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit

Abbildung 6.1 verdeutlicht die verschiedenen Faktoren und Ebenen, die auf die psychische Gesundheit von jungen Kindern einwirken. Die Abbildung soll sichtbar machen, dass Angebote zur Unterstützung der Eltern, die Gestaltung der Lebensräume des Kindes und auch die Möglichkeiten zur direkten Stärkung des jungen Kindes zu einem guten Teil von politischen Massnahmen abhängen. Damit Familien sich wohlfühlen und den Bedürfnissen der jungen Kinder tatsächlich nachkommen können, braucht es beispielsweise auf politischer Ebene weitere Investitionen in die Familienpolitik, etwa um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Es braucht Freiraum für Familienarbeit (z. B. deutliche Verbesserungen beim Mutterschafts-/Vaterschaftsurlaub) und es braucht auch qualitative Verbesserungen bei

familienergänzenden Betreuungsangeboten. In der Gesundheitspolitik werden dringend flächendeckende Unterstützungsangebote für junge Familien auf kommunaler Ebene – von Verhältnisprävention bis zum Kinderschutz – benötigt. Die bis heute vorhandenen Angebote sind noch nicht genügend auf die frühe Kindheit ausgerichtet. Dazu braucht es auch die Förderung und den Aufbau eines Fachbereichs «Frühe Kindheit» in der Schweiz, um die Vernetzung und Integration von Angeboten, die Ausbildung und Qualifizierung von Fachpersonen sowie die Erforschung des Bereichs kontinuierlich zu gewährleisten. Die Sozialpolitik sollte sich mit einer angemessenen finanziellen Unterstützung junger Familien befassen. In der Bildungspolitik wäre es empfehlenswert, die tatsächlichen Bildungsprozesse junger Kinder noch mehr zu beachten und in Konzepten umzusetzen. Bei städtebaulichen und verkehrstechnischen Massnahmen geht es darum, Kindern und Familien angemessene Lebensräume zu bieten, mit genügend Wohnraum für Familien, passenden Erfahrungsräumen für junge Kinder sowie Vernet-

ABBILDUNG 6.1

Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit



zungsmöglichkeiten für die Familien untereinander. Damit unterstützende Angebote genügend wirksam sein können, braucht es eine gute Ausbildung der Fachpersonen, eine Verteilung der Angebote über alle Kantone und Gemeinden hinweg sowie eine sinnvolle Vernetzung der Angebote und eine Kooperation untereinander (Paul, 2012).

Beispielprojekt: Maison Verte

Ein Beispielprojekt für die erfolgreiche Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit soll Familien und junge Kinder gleichermaßen erreichen, die gesunde Entwicklung der jungen Kinder fördern, die Eltern unterstützen und möglichst niederschwellig sein. Die bereits vielerorts vorhandenen Begegnungsräume nach dem Modell der «Maison Verte» erscheinen als ein geeignetes, interessantes Beispielprojekt. Eine erste «Maison Verte» wurde 1979 in Paris eröffnet. Seither entstanden in Frankreich und in anderen Ländern viele weitere solcher Begegnungsräume. In der Schweiz sind die meisten davon in der Romandie¹³ und mit der «Fadenspule¹⁴» eines in Zürich zu finden. Die «Maisons Vertes» sind Begegnungsräume, die jungen Kindern zusammen mit ihren Eltern/Begleitpersonen offenstehen. Geleitet werden sie von im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung psychotherapeutisch ausgebildeten Fachpersonen. Niederschwellig, ohne Voranmeldung und mit nur wenigen Regeln können sie selbstbestimmt genutzt werden – für ein Spiel, für Kontakte mit anderen Kindern und/oder mit anderen Erwachsenen. Es wird keinerlei Programm, Animation oder Kinderbetreuung angeboten, sondern ein Raum für Begegnungen, der die Möglichkeit bietet, sich gleichzeitig mit den Bedürfnissen des Kindes und mit der eigenen Rolle als Eltern/Bezugsperson auseinanderzusetzen.

Unterstützend wirkt die Möglichkeit für Babys und Kleinkinder, mit ihrer Bezugsperson Erfahrungen in einer ausserfamilialen Gruppe zu sammeln und mit ersten Ablösungsschritten zu experimentieren. Fragen zur Erziehung, Probleme oder Konflikte können mit einer der anwesenden Fachpersonen niederschwellig und unter Bezugnahme auf aktuelle Beobachtungen aufgegriffen und besprochen werden. Die Fachpersonen erleben Interaktionen zwischen Bezugspersonen und Kindern alltagsnah und können bei Bedarf darauf eingehen. Und Übergänge, seien es Entwicklungsschritte des Kindes oder eine bevorstehende Trennung aufgrund einer geplanten ausserfamilialen Betreuung, können in den «Maisons Vertes» vorbereitet und begleitet werden (Berrod, 2015).

Begegnungsorte nach dem Modell «Maison Verte» tragen den besonderen Herausforderungen der frühen Kindheit Rechnung (Erlebensraum, Selbstwirksamkeit, Interaktion mit Bezugspersonen versus Autonomie als zentrales Moment). Zudem können die Erfahrungen in solchen Begegnungsräumen mit therapeutisch geschultem Personal sowohl präventiv als auch selektiv wirksam werden und somit aktiv auf die gesunde (psychische) Entwicklung der Kinder einwirken.

¹³ Beispielsweise «La Maison Ouverte» in Lausanne, <http://www.lamaisonouverte.ch>; oder «Le Haricot Magique» in Martigny, <http://www.martigny.ch/ville-administration/maison-verte-haricot-magique>.

¹⁴ <http://www.diefadenspule.ch/>

6.5 Literaturverzeichnis

- Bella Studie (2003-2007) «Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. www.bella-study.org/die-studie/ergebnisse (Zugriff: 29.7.2015).
- Berrod, N. (2015). La «Maison Verte», un espace de liberté pour parents et enfants. In: La Croix. <http://www.la-croix.com/Actualite/France/La-Maison-Verte-un-espace-de-liberte-pour-parents-et-enfants-2015-06-25-1327742>.
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend. Bindung, Empathie, Theory of Mind*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brunner, S. (2013). *Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern. Leitfaden für Fachpersonen im Frühbereich*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Bundesamt für Statistik (2014). Anteil der familien- und schulergänzend betreuten Kinder 2013. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/04/01.html> (Zugriff: 14.8.2015).
- Bürli, Ch., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt a. M., Fischer.
- GAIMH-Empfehlung (2008). Verantwortung für Kinder unter drei Jahren. Empfehlungen der Gesellschaft für Seelische Gesundheit (GAIMH) zur Betreuung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern in Krippen. <http://www.gaimh.org/files/downloads/b8b3d3e77d238fe33d920ad208f30499/Verantwortung.pdf> (Zugriff: 17.9.2015).
- Gerber Jenni, R., Stössel, S. & Simoni, H. (2014). *Allgemeine Bemerkung Nr. 7 des Uno-Ausschusses für die Rechte des Kindes, Umsetzung der Kinderrechte in der frühen Kindheit*. Zürich: mmi.
- Gurny, R.; Cassée, K.; Gavez, S.; Los, B. & Albermann, K. (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Hafen, M. (2012). «Better Together». *Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hellmann, J. (2015). Kita-Qualität als komplexes Zusammenwirken vieler Aspekte auf unterschiedlichen Dimensionen. *«undKinder», 95, 5-17*.
- Lansdown, G. (2010). The Realisation of Children's Participation Rights. Critical Reflexions. In: Percy-Smith, B. & Thomas, N. (2010). *A Handbook of Children and Young People's Participation: Perspectives from Theory and Practice*. Oxon: Routledge.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2000). Längsschnitfforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29(4), 246-262*.
- Meyer, F. (2012). *Expertise zu Lebenswelten und Lebensräumen junger Kinder*. Zürich: MMI.
- NICHD Early Child Care Research Network (2003). Does Amount of Time Spent in Child Care Predict Socio-emotional Adjustment During the Transition to Kindergarten? *Child Development 74(4), 976-1005*.
- Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen. Eine Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Frühe Kindheit. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind, 1, 4-10*.
- Paul, M. (2012). Was sind frühe Hilfen? *Frühe Kindheit. Zeitschrift der deutschen Liga für das Kind. Sonderausgabe. Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen, 6-7*.
- Pedrina, F. (2005). *Mütter und Babys in psychischen Krisen: Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mütter- und Säuglings-Gruppe*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56(3), 234-244*.

- Rüesch, P. & Maeder, N. (2010). *Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Systematische Review zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Fachstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW.
- Schmitt J., Rossa, K., Rüdiger, M., Reichert, J., Schirutschke, M., Frank, H., Roessner, V., Berner, R. & Siegert, E. (2015). Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse einer populationsbezogenen Untersuchung in Dresden. *Kinder- und Jugendarzt*, 46(6), 312-325.
- Simoni, H. (2011). Vertraut, verlässlich, verfügbar. «3v» als Schlüssel von tragfähigen Beziehungen. *Netz 1*, 26-29.
- Simoni, H., Avogaro, B. & Panchaud, G. (2012). *Modell Primokiz. Ein integriertes Modell frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung*. Fachliche Arbeitsgrundlage für das Programm Primokiz, Jacobs Foundation, Zürich.
- Sonderausgabe frühe Kindheit (2012). *Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Thyen, U. (2012). Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: *Sonderausgabe frühe Kindheit* (2012).
- WHO Europa (2006). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf (Zugriff: 30.10.2015).
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Link Egger, H. Solheim, E. & Hamre Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(6), 695-705.
- Wustmann, C. (2011). Resilienz in der Frühpädagogik – Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In: Zander, M. (Hrsg.). *Handbuch Resilienzförderung* (2011), Wiesbaden: VS-Verlag. S. 350-359.
- Wustmann Seiler, C. & Simoni, H. (2012). Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Erarbeitet vom Marie Meierhofer Institut für das Kind, im Auftrag der Schweizerischen UNESCO-Kommission und des Netzwerks Kinderbetreuung Schweiz. Zürich. http://www.mmi.ch/files/downloads/d0064ba76b79884ed13fb95be19ad768/Orientierungsrahmen_DE.pdf (Zugriff: 30.10.2015).

7 Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter (oblig. Schulzeit)

Dipl. sc. po. Marina Delgrande Jordan & MSc Yvonne Eichenberger, Sucht Schweiz

Zusammenfassung

Die obligatorische Schulzeit fällt für Kinder und Jugendliche (im Alter von ca. 6 bis 15 Jahren) in eine Phase mit zahlreichen altersabhängigen Entwicklungsaufgaben. Die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist von ihrer Fähigkeit abhängig, die damit verbundenen Herausforderungen zu bewältigen und den schulischen und sonstigen alltäglichen Anforderungen nachzukommen. Damit die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen psychisch gesund bleiben, müssen sie sich unter anderem auf ihre personalen Ressourcen und auf die Unterstützung durch ihr soziales Umfeld, das mit dem Schuleintritt merklich angewachsen ist, verlassen können. Eine Möglichkeit zur Förderung der psychischen Gesundheit sind der Erwerb sowie die Stärkung der personalen Ressourcen. Die Schule kann mithilfe von geeigneten schulischen Programmen und ausserschulischen Aktivitäten einen günstigen Rahmen dafür schaffen. Zusätzlich kann die Schule durch die Schaffung eines für Schulerfolg und Wohlbefinden förderlichen Umfelds einen weiteren Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit leisten.

7.1 Kinder und Jugendliche im Schulalter

Während des Schuljahrs verbringen die Kinder und Jugendlichen einen Grossteil des Tages in der Schule oder bei Aktivitäten, die in Verbindung mit der Schule stehen. In der Schweiz dauern die Primarstufe und Sekundarstufe I insgesamt neun Jahre (Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique [CDIP] [n. d.]). Die schulpflichtigen Kinder (ohne Kindergarten) sind somit in der Regel zwischen 6 und 15 Jahren alt. Diese Altersgruppe entspricht ungefähr 10% der 2014 in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung (Bundesamt für Statistik BFS, 2015).

Die obligatorische Schulzeit deckt folglich eine Phase ab, die ungefähr von der mittleren Kindheit bis zur mittleren Adoleszenz andauert. In dieser Zeit müssen die Kinder und Jugendlichen viele entwicklungsbedingte und altersabhängige Herausforderungen bewältigen. Jede dieser Herausforderungen umfasst eine ganze Reihe von Entwicklungsaufgaben, welche die Kinder und Jugendlichen erfüllen müssen, um sich emotional, kognitiv, moralisch, sozial und sexuell weiterzuentwickeln. Die damit verbundenen Lern- und Anpassungsprozesse geschehen schritt-

weise, wobei jede erworbene Kompetenz auf den vorangehenden gründet. All dies vollzieht sich parallel zur Reifung des Gehirns und mit deren Hilfe (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Dieses Kapitel befasst sich mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Im Zentrum stehen Aspekte im Zusammenhang mit dem Schulalltag.

7.2 Psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Schulalter

7.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter umfasst das Kontinuum, das von guter psychischer Gesundheit bis zu psychischen Erkrankungen (Coleman, 2011) reicht, folgende Aspekte:

- ein hohes subjektives Wohlbefinden
- mehr oder weniger grosse Sorgen und Momente der Mutlosigkeit, die alle Kinder und Jugendlichen im Alltag erleben können
- psychische und Verhaltensstörungen, zum Beispiel Angststörungen wie die Schulphobie (bei der es sich vermutlich um eine Form der Trennungs-

angst handelt), die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; siehe Infobox), Störungen des Sozialverhaltens sowie affektive Störungen wie die Depression (Steinhausen, 2010).

Dieses Unterkapitel fokussiert auf einen Zustand des Wohlbefindens und guter psychischer Gesundheit sowie auf psychoaffektive Symptome, die, sofern sie häufiger vorkommen, verschiedene Lebensbereiche beeinträchtigen können.

In der Schweiz sind in den vergangenen Jahren nur wenige repräsentative Studien zur psychischen Gesundheit der 6- bis 10-jährigen Kinder durchgeführt worden. Zudem beschäftigten sich diese mit der Prävalenz von psychischen Störungen und nicht mit der psychischen Gesundheit, wie sie in diesem Kapitel verstanden wird. Die in Deutschland durchgeführte repräsentative KiGGS-Studie (Welle 1, 2009–2012, mit 2567 teilnehmenden Eltern) liefert jedoch gewisse Erkenntnisse zur Gesundheit von Kindern dieser Altersgruppe. Nach der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihres 7- bis 10-jährigen Kindes befragt, schätzten 65% der Eltern (66% bei einem Jungen, 64% bei einem Mädchen) diese als gut und 29% (28% bzw. 30%) als sehr gut ein (Ellert, Brettschneider, Ravens-Sieberer & KiGGS Study Group, 2014).

Was die Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen angeht, bieten die für die Schweiz repräsentativen Daten aus der internationalen Studie *Health Behaviour in School-aged Children* (www.hbsc.ch) wertvolle Anhaltspunkte zur psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie zu bestimmten damit verbundenen Faktoren. Dabei ist zu beachten, dass die verschiedenen Indikatoren hier auf den von den Schülerinnen und Schülern selbst geäußerten Einschätzungen und Wahrnehmungen beruhen.

Kinder und Jugendliche nehmen schlechte Gesundheit kaum als Krankheit im Sinne von Morbidität wahr. Aus ihrer Sicht handelt es sich eher um eine Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens und bei schlechter Gesundheit zu sein bedeutet vor allem, emotional und zwischenmenschlich verunsichert zu sein (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Vor diesem Hintergrund erscheint der subjektive Gesundheitszustand als geeigneter Indikator für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe. Laut den Ergebnissen der HBSC-Studie schätzten 2014 die meisten 11- bis 15-jährigen

Schülerinnen und Schüler ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet ein. Die Werte bewegen sich zwischen 87% (bei den 14-jährigen Mädchen) und 94% (bei den 12-jährigen Jungen) (Tabelle 7.1).

Ein weiterer Indikator zur Einschätzung der psychischen Gesundheit ist das Ausmass der Lebenszufriedenheit. Die Werteskala für die Lebenszufriedenheit reicht von 0 («das schlechteste für dich erdenkliche Leben») bis 10 («das beste für dich erdenkliche Leben»). Dabei gelten Werte ab 6 als gute Lebensqualität. Gemäss der HBSC-Studie 2014 sind mehr als 9 von 10 Jungen zwischen 11 und 15 Jahren mittel bis sehr zufrieden mit ihrem Leben, von den Mädchen sind es, je nach Altersgruppe, zwischen 83% und 87% (Tabelle 7.1). Werden nur die Werte von 8 bis 10 berücksichtigt, sind mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler sehr zufrieden mit ihrem aktuellen Leben. Dabei zeigen die detaillierten Ergebnisse, dass die Zufriedenheitswerte bei den Mädchen sowie bei den älteren Jugendlichen allgemein etwas geringer ausfallen als bei den Jungen bzw. den jüngeren Jugendlichen.

Es gilt als normal, dass Jugendliche vorübergehend ein oder mehrere psychoaffektive Symptome aufweisen, die sich aber in den meisten Fällen kaum auf ihren Alltag auswirken. Wenn es sich allerdings um mehrere und chronische Symptome handelt, dann hängen diese mit einem beeinträchtigten Wohlbefinden zusammen (Erhart et al., 2009; Ravens-Sieberer et al., 2009) und können Hinweis auf Schwierigkeiten bei der psychosozialen Anpassung oder Vorboten einer psychischen Erkrankung im Erwachsenenalter sein (Hurrelmann & Quenzel, 2013). Dies zeigt einmal mehr, wie wichtig die Früherkennung von psychischen Störungen im Jugendalter ist, da viele psychische Störungen in der Jugend beginnen (Kessler et al., 2005). Im Rahmen der HBSC-Studie 2014 wurde auch die Häufigkeit des Auftretens von sieben psychoaffektiven Symptomen erhoben (Tabelle 7.1). Betrachtet man die chronisch verspürten Symptome (das heisst mehrmals wöchentlich oder täglich in den vergangenen sechs Monaten), erscheint die Müdigkeit am verbreitetsten und Angst/Besorgnis am wenigsten verbreitet zu sein. Dabei kommen alle sieben Symptome bei Mädchen in fast jeder Altersgruppe häufiger vor als bei Jungen. Schliesslich weisen, je nach Altersgruppe, zwischen 26% und 32% der Jungen und zwischen 36% und 46% der Mädchen mindestens zwei chronische psychoaffektive Symptome auf.

TABELLE 7.1

Indikatoren zur psychischen Gesundheit von 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen in der Schweiz
 (HBSC 2014; in %)

	Jungen					Mädchen				
	11-j.	12-j.	13-j.	14-j.	15-j.	11-j.	12-j.	13-j.	14-j.	15-j.
Gesundheitszustand, Selbsteinschätzung										
Gut oder ausgezeichnet	91,2	94,1	92,7	93,2	91,9	91,9	92,8	89,8	86,9	89,4
Lebenszufriedenheit (Skala von 0 bis 10)										
Werte von 6 bis 10	91,6	92,2	92,5	90,2	91,5	86,8	87,2	84,4	82,9	84,9
Werte von 8 bis 10	74,4	70,9	66,8	63,9	65,7	66,2	63,8	55,3	51,2	52,5
Chronische psychoaffektive Symptome (mehrmals wöchentlich oder täglich in den vergangenen sechs Monaten)										
Müdigkeit	27,6	30,1	36,8	39,0	40,4	33,2	37,0	42,4	52,4	54,9
Einschlafschwierigkeiten	23,1	20,3	21,1	20,8	16,0	30,9	31,4	28,9	29,5	28,7
Schlechte Laune/Gereiztheit	17,1	14,9	17,7	17,6	14,5	19,7	20,6	25,2	29,7	27,0
Verärgerung/Wut	18,4	16,9	16,1	17,3	14,9	19,8	18,4	20,5	23,4	17,9
Nervosität	15,2	14,6	14,5	14,1	12,3	17,2	16,7	20,2	20,2	19,1
Traurigkeit	10,3	8,8	7,9	8,7	7,4	19,7	20,7	23,1	24,9	24,7
Angst/Besorgnis	5,8	7,1	5,6	6,0	5,8	10,9	11,8	12,4	13,5	12,3
Anzahl chronischer psychoaffektiver Symptome in den vergangenen sechs Monaten										
>2 chronische psychoaffektive Symptome	29,0	25,6	31,9	30,1	28,3	36,3	40,3	41,1	46,0	45,4

Anmerkung: Die Prävalenzen der chronischen psychoaffektiven Symptome sind nach abnehmender Häufigkeit bei den 11- bis 15-Jährigen aufgeführt. Nationale Stichprobe gesamt: 9894 11- bis 15-j. Schülerinnen und Schüler; 11-j. Jungen: 879; 11-j. Mädchen: 903; 12-j. Jungen: 974; 12-j. Mädchen: 974; 13-j. Jungen: 1016; 13-j. Mädchen: 1088; 14-j. Jungen: 1078; 14-j. Mädchen: 1155; 15-j. Jungen: 925; 15-j. Mädchen: 902. Quelle: HBSC-Studie 2014, Sucht Schweiz (eigene Analysen).

7.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Die Belastungen und Ressourcen, die die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Schulalter beeinflussen können, sind vielfältig und in einem stetigen Wandel (Becker, Bös & Woll, 1994). Sie ergeben sich aus ihren persönlichen Merkmalen (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsgefühl usw.) und aus ihrem nahen (Familie, Freundinnen und Freunde, schulisches und ausserschulisches¹⁵ Umfeld, Freizeitaktivitäten) und allgemeinen Umfeld (kultureller Kontext, konjunkturelle Situation usw.).

Spezifische Belastungen von Kindern und Jugendlichen im Schulalter

Die normativen Aspekte der Entwicklung

Unter den normativen Aspekten der Entwicklung wird die Tatsache verstanden, dass alle Schülerinnen

und Schüler mehr oder weniger im gleichen Alter mit psychosozialen Herausforderungen und der Pubertät konfrontiert sind (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Dennoch gibt es individuelle Unterschiede im Tempo der Pubertät und im Auftreten der psychosozialen Herausforderungen sowie in der Art und Weise der Anpassung an diese. Obwohl diese normativen Aspekte an sich positiv sind, können sie sich dennoch negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Zur Veranschaulichung nachfolgend zwei Beispiele.

Bei der Pubertät handelt es sich um einen komplexen Prozess. Er schliesst zahlreiche und tiefgreifende Veränderungen mit ein, wie die sexuelle Reifung und einen – im Vergleich zum langsameren, regelmässigen Wachstum zwischen 6 und etwa 10 Jahren – grossen Wachstumsschub. Im Durchschnitt beginnt die Pubertät bei den Mädchen ungefähr zwei Jahre früher als bei den Jungen (Coleman, 2011; Kail,

¹⁵ In diesem Kapitel verstehen wir unter «ausserschulischen Aktivitäten» alle Aktivitäten, die zwar mit der Schule im Zusammenhang stehen (z.B. von ihr organisiert werden), jedoch nicht Teil des obligatorischen Lehrplans sind.

2007). Die fundamentalen anatomischen, physiologischen und hormonellen Veränderungen in der Pubertät können körperliche Beschwerden hervorrufen und zu Unzufriedenheit und Sorgen angesichts des sich wandelnden Körpers führen. Eine frühzeitige Pubertät bei Mädchen und, wenn auch in kleinerem Masse, eine spät eintretende Pubertät bei Jungen können sich negativ auf deren psychische Gesundheit auswirken (Graber, Nichols & Brooks-Gunn, 2010; Mendle, Turkheimer & Emery, 2007).

Das zweite Beispiel hat mit einer anderen für die Adoleszenz bezeichnenden Dimension zu tun, mit dem Ausprobieren von Verhaltensweisen der Erwachsenen. Auf der Suche nach der eigenen Identität erkunden, erlernen und übernehmen die Jugendlichen neue Verhaltensweisen, darunter auch solche, die in diesem Alter als risikobehaftet gelten (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Und auch wenn nicht jedes Risikoverhalten über die Adoleszenz hinaus aufrechterhalten wird, können doch bestimmte davon kurz- und langfristig negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Es geht dabei unter anderem um den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen sowie um frühe sexuelle Beziehungen, insbesondere wenn sie später bereut werden.

Kleinere und grössere Lebensereignisse

Es gibt viele Ereignisse, die sich direkt – oder indirekt, aufgrund des damit möglicherweise verbundenen Stresses¹⁶ – ungünstig auf die psychische Gesundheit von Schulkindern auswirken können. Viele davon hängen mit den altersspezifischen Herausforderungen zusammen (Plancherel, Bettschart, Bolognini, Dumont & Halfon, 1997; Bobo, Gilchrist, Elmer, Snow & Schinke, 1986). Wichtige negative Lebenssituationen und -ereignisse bringen im Allgemeinen grosse und manchmal unerwartete Veränderungen mit sich, wie beispielsweise ein Todesfall, die Scheidung der Eltern, eine Klassenwiederholung oder ein Umzug. Daneben existieren auch anhaltende oder sich wiederholende Probleme und Spannungen, wie etwa eine dauerhaft konfliktgeladene Beziehung mit einer nahestehenden Person, eine schwere Akne, eine chronische körperliche Erkrankung, schwer-

wiegende finanzielle Probleme der Familie, ungenügende Leistungen in mehreren Schulfächern oder der Umstand, Opfer von (Cyber-)Mobbing, Ausgrenzung oder anderem aggressivem Verhalten unter Schülerinnen und Schülern zu werden. Schliesslich gibt es die vergleichsweise kleinen Ereignisse und alltäglichen Widrigkeiten (*daily hassles*) wie Streitereien zwischen Geschwistern, Streit mit dem besten Freund oder der besten Freundin, Kleider tragen müssen, die man nicht mag, zu viele Hausaufgaben oder schlechte Noten haben, in der Schule oder von den Eltern bestraft werden.

Allerdings gibt es keine eindeutige Abgrenzung zwischen wichtigen und weniger wichtigen Ereignissen, denn die Bedeutung für den Einzelnen hängt von der individuellen Wahrnehmung ab (Réveillère & Courtois, 2007). Tatsächlich haben Studien ergeben, dass Kinder und Jugendliche alltägliche Widrigkeiten negativer einzuschätzen scheinen als die wichtigen Lebensereignisse (Compas, 1987). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass alltägliche Widrigkeiten konstante Anpassungsleistungen erfordern und daher eine wichtigere Stressursache darstellen (Réveillère & Courtois, 2007). Die wiederholten oder chronischen Widrigkeiten wären dementsprechend als wichtige Korrelate der psychischen – und physischen – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu interpretieren (Compas, 1987).

Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter

Nachfolgend eine Auswahl von wichtigen Ressourcen für Kinder und Jugendliche im Schulalter. Eine vollständige Übersicht¹⁷ würde den Rahmen dieses Abschnitts sprengen.

Personale Ressourcen

Zu den personalen Ressourcen in Bezug auf die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern gehören unter anderem ein positives Selbstwertgefühl, Stressbewältigungsstrategien, gute Problemlösefähigkeiten, ein starkes Selbstwirksamkeitsgefühl, kognitive Fähigkeiten, Erfahrungslernen, Beziehungsfähigkeit (speziell die Fähigkeit, Freund-

¹⁶ Stress kann die psychische Gesundheit von Schulkindern beeinträchtigen, unabhängig davon, mit welchem Ereignis oder welcher Herausforderung der Entwicklung er zusammenhängt (Compas, Orosan & Grant, 1993). Bemerkenswert dabei ist, dass ein und dieselbe Situation je nach Person als mehr oder weniger (oder gar nicht) stressreich wahrgenommen werden kann, je nachdem, ob sie aufgrund der eigenen Ressourcen als bewältigbar eingeschätzt wird (Lazarus & Folkman, 1984).

¹⁷ Für eine Auflistung der psychischen Ressourcen in der Allgemeinbevölkerung vgl. beispielsweise Wettstein (2014).

schaften zu schliessen), die Verbundenheit mit anderen (mit den Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen), der Umstand, bei den Peers beliebt zu sein und sich selbst als attraktiv wahrzunehmen (Ayotte, Fournier & Riberdy, 2009; WHO, 2005). Zusätzlich kommen der Schulerfolg und die Beteiligung an selbst gewählten ausserschulischen oder Freizeitaktivitäten hinzu, die es der Schülerin oder dem Schüler erlauben, bei sich besondere Fähigkeiten zu entdecken (Stassen Berger, 2012).

Gewisse Ressourcen wie die Problemlösefertigkeit und die Beziehungsfähigkeit tragen zur Resilienz bei, einem Konzept, mit dem die Wissenschaft sich seit Jahrzehnten beschäftigt. Resilienz kann als positiver dynamischer Anpassungsprozess in einem widrigen Umfeld definiert werden¹⁸ (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; vgl. Kapitel 2.3.1). Für Kinder und Jugendliche bedeutet das die Fähigkeit, auch nach grösseren negativen Lebensereignissen die psychische Gesundheit zu erhalten.

Ressourcen aus dem unmittelbaren Umfeld: die soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung kann praktischer (z. B. indem man hilft), emotionaler (z. B. indem man zuhört und Verständnis entgegenbringt) oder informativer Art sein (Wills & Shinar, 2000). Zahlreiche Studien legen nahe, dass das Wahrnehmen bzw. Gefühl der sozialen Unterstützung durch die Eltern und durch Gleichaltrige für Kinder und Jugendliche eine wichtige Ressource für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit darstellt (Colarossi & Eccles, 2003). Ausserdem ist wiederholt auch das Gefühl der Unterstützung durch Lehrerinnen und Lehrer mit einer guten psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht worden (LaRusso, Romer & Selman, 2008; Way, Reddy & Rhodes, 2007). Verschiedene theoretische Ansätze stützen die Annahme, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt.

Im Rahmen der HBSC-Studie 2014 wurden die 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler zur Unterstützung, die sie seitens ihres sozialen Umfelds wahrnehmen, befragt. Die Ergebnisse zeigen für Jungen und Mädchen, unabhängig vom Alter, hohe Werte für die wahrgenommene Unterstützung von-

seiten der Familie (Mittelwert zwischen 4,2 und 4,4 bei einem Maximum von 5), der Freundinnen und Freunde (zwischen 3,9 und 4,5) sowie der Lehrerinnen und Lehrer (zwischen 3,7 und 4,1) (Tabelle 7.2). Bemerkenswert ist dabei, dass die wahrgenommene Unterstützung seitens der Freundinnen und Freunde über die Altersgruppen hinweg leicht zunimmt, während die wahrgenommene Unterstützung durch Familie und Lehrerinnen und Lehrer tendenziell abnimmt.

Ressourcen aus dem unmittelbaren Umfeld: die Schule

Neben dem respektvollen und wertschätzenden Umgang zwischen Schülerinnen und Schülern und ihren Lehrpersonen kann sich auch das physische und soziale Schulumfeld als förderlich für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit erweisen. Dieser fördernde Effekt zeigt sich, wenn günstige Voraussetzungen wie ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und der Solidarität innerhalb der Klasse, transparente und gerechte schulische Anforderungen und Bewertungen, ein Gefühl der Zugehörigkeit zur

Exkurs: Bildschirmgeräte und neue Medien

Die neuen Medien haben in den vergangenen zehn Jahren zu einer grossen Vielfalt von möglichen Interaktionen zwischen Peers geführt (Willemse et al., 2014; Suter et al., 2015). Sie bringen Vorteile, aber auch potenzielle Risiken mit sich (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 2013), sei es etwa durch die mögliche Entwicklung eines Suchtverhaltens, als Mittel für Belästigungen unter Schülerinnen und Schülern (Ribeaud & Eisner, 2008) oder durch negative Auswirkungen auf Schlafenszeit und Schlafdauer (Hale & Guan, 2015). Zusätzlich bleiben Fragen offen, was die Folgen der Bildschirmnutzung (Fernsehgerät, Computer, Tablet, Handy) und der damit verbundenen Aktivitäten (Surfen im Internet, Nutzen der sozialen Netzwerke usw.) für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen anbelangt. Dies zeigt, dass der positive Umgang mit neuen Medien für die Kinder und Jugendlichen eine Herausforderung ist.

¹⁸ Heute existieren verschiedene Definitionen des Konzepts, deren Vorteile und Grenzen noch laufend diskutiert werden (Anaut, 2005).

TABELLE 7.2

Indikatoren der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen in der Schweiz
(HBSC 2014; Mittelwerte und Standardabweichungen)¹⁹

	Jungen					Mädchen				
	11-j.	12-j.	13-j.	14-j.	15-j.	11-j.	12-j.	13-j.	14-j.	15-j.
Unterstützung durch die Familie										
Mittelwert der Unterstützung	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,4	4,4	4,3	4,2	4,2
	±0,77	±0,82	±0,86	±0,92	±0,88	±0,76	±0,75	±0,81	±0,84	±0,86
Unterstützung durch Freundinnen und Freunde										
Mittelwert der Unterstützung	3,9	4,0	4,0	4,1	4,1	4,3	4,3	4,4	4,4	4,5
	±0,87	±0,78	±0,77	±0,78	±0,71	±0,75	±0,73	±0,63	±0,62	±0,64
Unterstützung durch Lehrerinnen und Lehrer										
Mittelwert der Unterstützung	4,0	4,0	3,9	3,8	3,8	4,1	4,0	3,9	3,7	3,7
	±0,81	±0,86	±0,87	±0,94	±0,89	±0,76	±0,79	±0,81	±0,80	±0,81

Anmerkung: Skalen von 1 bis 5; nationale Stichprobe gesamt: siehe Tabelle 7.1.

Quelle: HBSC-Studie 2014, Sucht Schweiz (eigene Analysen).

Schule und ein günstiges, das heisst gewaltfreies und kohäsives Lernklima gegeben sind. Hinzu kommen eine Infrastruktur, die sich für körperliche Aktivitäten²⁰ eignet, vielfältige ausserschulische Aktivitäten, die Möglichkeit, sich an der Ausgestaltung und Einführung von Regeln zum Zusammenleben in der Schule zu beteiligen, das «Empowerment» der Schülerinnen und Schüler und der Schulgemeinschaft sowie der Aufbau und die Pflege der Beziehung zwischen Schule und Eltern (Desjardins, D'Amours, Poissant & Manseau, 2008; Paulus, 2013).

7.3 Besondere Herausforderungen im Schulalter

Kinder und Jugendliche im Schulalter haben verschiedene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die unter anderem mit der Schule in Verbindung stehen. Zu nennen ist da zuerst, ab dem Alter von ungefähr sechs Jahren, die Anpassung an die Primarschule, wo das Kind mit einem stärker reglementierten und strukturierten Umfeld konfrontiert ist, mit fixem Stundenplan sowie Regeln und Normen zum angemessenen Verhalten im Schulzimmer und auf dem Pausenplatz (Masten & Coatsworth, 1998). Zu diesem Übergang gehören auch die Schulkompetenz, bei-

spielsweise in Fächern wie Lesen, Schreiben und Rechnen, ebenso wie der Eintritt in eine Welt, in der Leistungen mit Noten beurteilt werden und in der sie Erfolge und Misserfolge erleben (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Die Lehrperson wird zu einer wichtigen Bezugsperson und es finden meist mehr und vielfältigere Kontakte zu anderen Kindern statt als vorher. In diesem Alter werden Freundschaften immer wichtiger und die Peers (gleichen Geschlechts) wie auch das Gefühl, beliebt zu sein, gewinnen an Bedeutung (Stassen Berger, 2012). Das erweiterte soziale Umfeld eröffnet dem Kind zahlreiche neue Möglichkeiten, sich Unterstützung zu holen, setzt aber auch die Fähigkeiten des Kindes voraus, mit den Klassenkameraden harmonische Beziehungen zu pflegen, akzeptiert zu werden, Kompromisse einzugehen und Konflikte auszutragen (Kail, 2007). Die Familie bleibt aber für das Kind ein äusserst wichtiges Entwicklungs- und Lernumfeld, auch wenn es jetzt weniger Zeit dort verbringt (Stassen Berger, 2012).

Der Übertritt in die Sekundarstufe findet im Allgemeinen mit 12 oder 13 Jahren statt. Er bringt höhere Anforderungen hinsichtlich der Disziplin und der Unterrichtsfächer mit sich und ausserdem wichtige Entscheide für das spätere Berufsleben. Meistens

¹⁹ Die Detailinformationen zur Konstruktion der Werte können auf Wunsch bei den Autorinnen verlangt werden.

²⁰ Obwohl die Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit nicht eindeutig sind, gibt es doch Hinweise dafür, dass eine hinreichende physische Aktivität sich positiv auf das Wohlbefinden von kleinen Kindern und Jugendlichen auswirkt (Strong et al., 2005).

gehen die Jugendlichen in ein grösseres Schulgebäude, in dem sie viele Lehrpersonen und neue Schulkameraden haben, die sie erst kennenlernen und von denen sie akzeptiert werden müssen (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Die letzten Jahre der obligatorischen Schulzeit fallen mit einer Übergangsphase in der Entwicklung zusammen, in der Pubertät und wichtige psychosoziale Herausforderungen gleichzeitig anfallen. Dabei geht es unter anderem um die Veränderung der Beziehung zu den Eltern, von denen sich die Jugendlichen zu emanzipieren versuchen und die sie doch noch brauchen. Eine immer grössere Rolle spielen die Peers, mit denen sie je länger, je mehr Zeit verbringen (Stassen Berger, 2012). Parallel dazu erwacht das Interesse für Liebes- und sexuelle Beziehungen und der Wunsch, zu gefallen, rückt die äussere Erscheinung in den Vordergrund. An all diese Veränderungen müssen sich die Jugendlichen anpassen, um ihre eigene Identität zu bilden und sozial und emotional unabhängiger zu werden, sodass sie später den gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen gerecht werden können (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Generell ist die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Schulalter eng mit ihrer Fähigkeit verbunden, die vielfältigen Herausforderungen der

Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Wie bereits erwähnt, hat die psychische Anpassung an die jeweiligen Aufgaben einen grossen Einfluss auf die Bewältigung der nachfolgenden Aufgaben. Auch kann eine fehlende oder ungenügende Bewältigung die psychosoziale Anpassung an nachfolgende Aufgaben erschweren und zu externalisierendem oder internalisierendem Problemverhalten oder zu Vermeidung führen, was die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann (Hurrelmann & Quenzel, 2013).

7.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

Auf internationaler Ebene gibt es eine grosse Auswahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen zur psychischen Gesundheit. Sie stützen sich auf verschiedene konzeptuelle Modelle und die Wirksamkeit einiger dieser Programme wurde wissenschaftlich belegt. So hat das *Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)* vorhandene Interventionen einer kritischen Bewertung unterzogen und eine Stellungnahme zu den Voraussetzungen für deren Wirksamkeit abgegeben (Desjardins et al., 2008). Die nachfolgenden Empfehlungen stützen sich teilweise auf diese Schlussfolgerungen.

Informationsbox Pro Mente Sana: AD(H)S

ADHS – das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom – ist eine typische psychiatrische Erkrankung mit Start im Kindes- und Jugendalter. Sie zeichnet sich aus durch Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung. Ist das Aufmerksamkeitsdefizit das Hauptsymptom, spricht man von ADS. Die motorischen Symptome eines ADHS können sich bis ins Erwachsenenalter ausweiten. Die anderen Symptome begleiten die Person aber oft ein Leben lang.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Forschung geht von einer neurobiologischen Störung aus, deren Ursachen noch nicht geklärt sind. Genetische Veranlagungen, Einflüsse während der Schwangerschaft und der Geburt sowie Umwelteinflüsse werden als mögliche Ursachen diskutiert.

Prävalenzen Schweiz: Es wird von einer Prävalenz von 5% bei Kindern ausgegangen. Jungen sind stärker

betroffen als Mädchen. Eine Untersuchung bei Schweizer Rekruten ergab eine Prävalenz von 4%.

Behandlung: Im Kindes- und Jugendalter kommen Elterncoaching, Psychoedukation und medikamentöse Behandlung zum Einsatz. Auch der Einbezug des Schulumfeldes ist wichtig. Im Erwachsenenalter stehen Beratung, Psychotherapien und medikamentöse Behandlung zur Verfügung.

Quellen: Rossi, P. (2012). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Informationen aus der Praxis für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen; Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J. & Mohler-Kuo, M. (2014). Prevalence of and Associated Factors for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Young Swiss Men; Ihde-Scholl, T. (2013). Ganz normal anders. Beobachter Edition. Axel Springer Schweiz AG; <http://www.adhs.info/>.

7.4.1 Wie können die Kinder und Jugendlichen im Schulalter erreicht werden?

Das schulische Umfeld bietet bekanntermassen einen geeigneten Rahmen, um Massnahmen zum Erwerb von Gesundheitskompetenz und Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention von psychischen Störungen durchzuführen (Osher, Kendziora, Spier & Garibaldi, 2014). Ein Grund dafür liegt in der Tatsache, dass die Schülerinnen und Schüler der Primarstufe und der Sekundarstufe I einen grossen Teil ihrer Zeit in der Schule oder bei Aktivitäten verbringen, die mit der Schule zusammenhängen. Ausserdem kann – darauf weist das Schweizer Manifest für Public Mental Health hin – «in der Schule die Basis für gesundheitliche Chancengerechtigkeit gelegt werden» (Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014, S. 3). Das ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass in der obligatorischen Schule alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig vom sozioökonomischen Status ihrer Familie, erreicht werden können. Diese Erreichbarkeit ist angesichts des beobachteten Zusammenhangs zwischen ökonomischer Benachteiligung und schlechter psychischer Gesundheit in diesem Alter ein grosser Vorteil (Ayotte et al., 2009; siehe auch Kapitel 4 in diesem Bericht). Im Übrigen ermöglicht es die Schule, auch die Eltern zu erreichen, die bei diesem Thema eine massgebliche Rolle spielen und deren Unterstützung und Beteiligung bei Massnahmen der Gesundheitsförderung entscheidend sind (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Aufgrund dieser Vorteile ist die Schule für Interventionen im Zusammenhang mit der Gesundheit sehr gefragt. Das spricht für gesundheitsfördernde und präventive Ansätze, die auf sogenannte generische Belastungen und Ressourcen bzw. Risiko- und Schutzfaktoren

abzielen, da diese verschiedene Probleme beeinflussen können.

Wie weiter oben erwähnt, bringen die neuen Medien potenziell bestimmte Risiken für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen mit sich (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2013). Gleichzeitig bieten sie auch Vorteile, wenn es darum geht, zumindest die älteren unter ihnen mit Informationen und Unterstützungs- und Präventionsangeboten zu erreichen. So können beispielsweise Internetplattformen und Smartphone-Apps eine wertvolle Quelle von Informationen und professioneller fachlicher Beratung darstellen²¹.

7.4.2 Wie kann im schulischen Kontext die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter gestärkt werden?

Als Erstes sei darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, frühzeitig und langfristig zu handeln, denn die Basis für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern wird bereits ab der Geburt gelegt (siehe Kapitel 6). Ausserdem sollten die Massnahmen zum Erwerb und zur Stärkung der oben erwähnten personalen Ressourcen so weit wie möglich in die Schulprogramme und die ausserschulischen Aktivitäten integriert werden. In diesem Zusammenhang stellen auch personale, kognitive und soziale Kompetenzen (oder Lebenskompetenzen, *life skills*), die vom Ressourcenbegriff nicht weit entfernt sind, einen interessanten Ansatz dar (Luis & Lamboy, 2015). Diese Fertigkeiten können, einfach gesagt, als Schlüsselkompetenzen definiert werden, die den Kindern und Jugendlichen helfen, die Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die negativen Auswirkungen des Stresses auf ihre physische und psychische Gesundheit zu mildern und Risikoverhalten zu verhindern (Mangrulkar, Vince Whitman & Posner, 2001)^{22, 23}. Gesund-

²¹ In der Schweiz gibt es multithematische Internetplattformen für Jugendliche wie www.feel-ok.ch (nur auf Deutsch) und www.ciao.ch (nur auf Französisch). Sie thematisieren unter anderem Aspekte im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit, dies in Form von Informationen, interaktiven Tests, Erfahrungsberichten, Foren oder Fachberatung. Anmerkung: Die Website www.estimate-de-soi.ch auf www.ciao.ch existiert auch auf Deutsch (www.meinselbstwertgefuehl.ch).

²² In der Schweiz befassen sich die sprachregionalen Lehrpläne «Lehrplan 21 (LP21)» (www.lehrplan21.ch) und «Plan d'étude romand (PER)» (www.plandetudes.ch) eingehend mit dem Erwerb von «überfachlichen Kompetenzen» («capacités transversales»). Sie werden als sich entwickelnde, persönliche oder soziale Fähigkeiten definiert, die von allen Lernbereichen und Unterrichtsfächern gemeinsam mobilisiert werden können (z. B. die Selbsterkenntnis).

²³ Das Konzept der Lebenskompetenzen, das die WHO ab 1993 auf internationaler Ebene in den Vordergrund gestellt hat (WHO, 1998), beruht auf verschiedenen theoretischen Ansätzen. Es ist von der Wissenschaft bisher noch nicht klar definiert worden und wird deshalb unterschiedlich benannt (Jacobs Foundation, 2011). Der Lebenskompetenzen-Ansatz ist im Rahmen von Präventionsprogrammen gefördert worden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, wie zum Beispiel das *Life Skills Training* (Botvin, 1998) und das europäische Programm *Unplugged*, die sich beide dem Konsum psychotroper Substanzen widmen. *Unplugged* ist ein Präventionsprogramm für 12- bis 14-Jährige im schulischen Umfeld, das auf dem Konzept des umfassenden sozialen Einflusses basiert und unter anderem die Entwicklung und Verbesserung der Lebenskompetenzen einbezieht (http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=IT&tab=overview).

heitsförderung im schulischen Kontext setzt allerdings voraus, dass die geplanten Massnahmen gut auf den Entwicklungsstand und die Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler abgestimmt sind. Ausserdem braucht es eine angemessene Ausbildung der Lehrpersonen und weiterer Beteiligter, unter anderem um sie für ihre Rolle als Gesundheitsakteure zu sensibilisieren. Damit die vorgesehenen Massnahmen auch wirken, sollten sie über die reine Weitergabe von Information hinausgehen und Methoden bevorzugen, welche die aktive und interaktive Beteiligung der Schülerinnen und Schüler erfordern (beispielsweise Rollenspiele und praktische Arbeiten, mit denen die neuen Fertigkeiten erprobt werden; Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Ein komplexes Thema wie die psychische Gesundheit erfordert, dass auch auf die veränderbaren Aspekte im Lebenskontext der Kinder und Jugendlichen, unter anderem auf das schulische Umfeld, Einfluss genommen wird. So müsste in erster Linie auf die Ressourcen im schulischen Kontext eingewirkt werden, etwa indem ein gesundes Umfeld geschaffen wird, das den Wissenserwerb und den Schulerfolg begünstigt und in dem sich sowohl Schülerinnen und Schüler als auch das Schulpersonal sicher, wertgeschätzt und eingebunden fühlen. Schliesslich sollte für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen im Schulumfeld so weit wie möglich mit den beteiligten Akteuren, wie den Schulbehörden, dem Rektorat, dem Lehrkörper, der Schulkrankenschwester (wo vorhanden), den Eltern und, abhängig vom Alter, auch mit den Schülerinnen und Schülern, zusammengearbeitet werden. Dies ist umso wichtiger, als jede neu hinzukommende Massnahme sich auf einen bereits bestehenden Kontext einstellen und einfügen muss.

7.4.3 Welche Rahmenbedingungen braucht es, um die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Schulalter zu fördern?

Sämtliche erwähnten Massnahmen setzen voraus, dass die Schulen und der Bildungsbereich über die vorhandenen Angebote und die Best Practice in Bezug auf die Förderung der (psychischen) Gesundheit

informiert sind und sie für konkrete Massnahmen zur Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens auf ihrem Schulgelände und Umfeld auf fachliche Beratung und Unterstützung zählen können²⁴. Aus einer breiteren Perspektive betrachtet ist es wichtig, dass die breite Öffentlichkeit – und damit auch die Eltern – ebenfalls für Themen rund um die psychische Gesundheit sensibilisiert wird und ihre Gesundheitskompetenz weiterentwickeln und stärken kann. Schliesslich muss auch die wissenschaftliche Forschung gefördert werden, damit sie den Mangel an repräsentativen Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beheben und die Erkenntnisse betreffend Belastungen und Ressourcen bzw. Risiko- und Schutzfaktoren und die zugrunde liegenden Mechanismen erweitern kann. Nur so können zielorientierte und auf gesicherten Erkenntnissen beruhende Programme und Interventionen entwickelt werden. Ferner muss rechtzeitig in der Ausarbeitungsphase eine Wirksamkeitsevaluation der Massnahmen eingeplant werden.

Fazit: Die obligatorische Schule eignet sich für die Durchführung von Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention psychischer Störungen. Damit die im Schulumfeld umgesetzten Massnahmen wirksam werden, sollten sie frühzeitig und über eine längere Dauer erfolgen, dem Entwicklungsstand der Schülerinnen und Schüler und ihren Bedürfnissen angemessen sein und die beteiligten Akteure (Bildungswesen, Eltern, Schulkinder) einbeziehen. Interventionen, die bei den personalen Ressourcen der Schülerinnen und Schüler und dem physischen und sozialen Umfeld der Schule ansetzen, gehören zu den Ansätzen, welche sich bewährt haben. Dafür brauchen die Schulen allerdings Unterstützung in Bezug auf die Wissensbeschaffung und die Umsetzung. Aus einer übergeordneten Perspektive ist es wichtig, die Bevölkerung für Fragen im Zusammenhang mit der (psychischen) Gesundheit zu sensibilisieren und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Ausmass der Problematik unter Kindern und Jugendlichen und zu wirksamen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen auszubauen.

²⁴ Sie können dazu beispielsweise das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen einbinden, das über eine langjährige Erfahrung in der Einführung von gesundheitsfördernden Interventionen im schulischen Kontext verfügt (Réseau suisse d'écoles en santé, 2005).

Beispielprojekt: *MindMatters*

Unter den Initiativen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz (siehe unter anderem Bolliger-Salzman, Müller & Omlin, 2015) kann das Programm *MindMatters* als Beispiel genannt werden. Es ist gezielt darauf ausgerichtet, die psychische Gesundheit in den Schulen zu fördern und psychischen Störungen entgegenzuwirken, indem die sozialen und emotionalen Kompetenzen der Schulkinder entwickelt werden (<http://www.mindmatters.edu.au>). Dieses Ende der Neunzigerjahre in Australien entwickelte Programm richtet sich an Schülerinnen und Schüler vom 5. bis 10. Schuljahr (d. h. 7. bis 11. HarMoS und folgendes Schuljahr). Es ist insofern interessant, als es einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt, bei dem auch die Lehrpersonen, Eltern und das schulische Umfeld einbezogen werden. *MindMatters* hat insbesondere zum Ziel, die Entwicklung der Schutzfaktoren bzw. der Ressourcen der Schülerinnen und Schüler zu stärken, ihre Problemlösefähigkeit zu verbessern, Toleranz und Respekt im Klassenzimmer zu fördern und eine unterstützende Schulkultur aufzubauen. Ab 2004 wurde das an den deutschen Sprachraum adaptierte *MindMatters*-Programm in

einem Pilotversuch, an dem sich neben 29 deutschen auch drei Schweizer Schulen beteiligten, durchgeführt und evaluiert (vgl. die veröffentlichten Studienergebnisse: *MindMatters*, 2005; Franze et al., 2007). Dazu gibt es eine (Prä-Post-)Evaluationsstudie für die deutschsprachigen Regionen. Dabei wurden – anstelle eines randomisierten Kontrollgruppendesigns (RCT) – die Antworten einer Klasse des 7. Schuljahrs mit denjenigen einer weiteren 7. Klasse, ein Jahr später, verglichen. Obwohl uneinheitlich, zeigen die Studienresultate doch leichte Verbesserungen, die als ermutigende Zeichen gedeutet werden können; darunter die Feststellung, dass die Schule in der Wahrnehmung der Schülerinnen und Schüler mehr zur Entwicklung ihrer Sozialkompetenzen beiträgt. Aufgrund dieser Studie wurde entschieden, das Programm weiteren Schulen der Deutschschweiz zugänglich zu machen. Dabei wird allerdings empfohlen, das pädagogische Material zu *MindMatters* nur in Verbindung mit einem Einführungskurs abzugeben (für Informationen zum *MindMatters*-Programm in der Deutschschweiz und das entsprechende Material, siehe <http://tinyurl.com/pjda9xd>).

7.5 Literaturverzeichnis

- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), 4-11.
- Ayotte, V., Fournier, M., & Riberdy, H. (2009). *La détresse psychologique des enfants et des adolescents montréalais... l'expression de différentes réalités?* Montréal: Agence de la santé et des services sociaux.
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (Eds.) (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Inpes.
- Becker, P., Bös, K., & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25-48.
- Bobo, J. K., Gilchrist, L. D., Elmer, J. F., Snow, W. H., & Schinke, S. P. (1986). Hassles, role strain, and peer relations in young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 6(4), 339-352.
- Bolliger-Salzman, H., Müller, V., & Omlin, M. (2015). *Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen*. Aarau: Departement Gesundheit und Soziales.
- Botvin, G. J. (1998). Preventing adolescent drug abuse through Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness. In J. Crane (Hrsg.), *Social programs that work* (S. 225-257). New York: Russell Sage Foundation.

- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2013). *Entwicklungs- und Nutzungstrends im Bereich der digitalen Medien und damit verbundene Herausforderungen für den Jugendmedienschutz* (Forschungsbericht Nr. 09/13). Bern: BSV.
- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research, 27*(1), 19-30.
- Coleman, J. C. (2011). *The nature of adolescence* (4. Auflage). London: Routledge.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review, 7*(3), 275-302.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence, 16*(3), 331-349.
- Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) (n.d.). Âge d'entrée à l'école. Berne, CDIP. Repéré à <http://www.ides.ch/dyn/15429.php>.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., & Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Ellert, U., Brettschneider, A.-K., Ravens-Sieberer, U., & KiGGS Study Group. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, 7*, 798-806.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., et al. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health, 54*(2), 160-166.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R., & Paulus, P. (2007). «MindMatters». Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung, 2*(4), 221-227.
- Graber, J. A., Nichols, T. R., & Brooks-Gunn, J. (2010). Putting pubertal timing in developmental context: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology, 52*(3), 254-262.
- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews, 21*, 50-58.
- Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2013). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Jacobs Foundation (2011). *Monitoring and evaluating life skills for youth development*. Zurich: Jacobs Foundation.
- Kail, R. V. (2007). *Children and their development* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- LaRusso, M. D., Romer, D., & Selman, R. L. (2008). Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use norms and depressive symptoms in high school. *Journal of Youth and Adolescence, 37*(4), 386-398.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Luis, E., & Lamboy, B. (2015). Les compétences psychosociales: définition et état des connaissances. *La Santé en action, 431*, 12-16.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.
- Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220.
- Mendle, J., Turkheimer, E., & Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review, 27*(2), 151-171.

- Mind Matters. (2005). Evaluationsergebnisse: Erfolge im Modellversuch. Luzern, Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. Repéré à <http://tinyurl.com/p3uu5n5>.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health. Berne, Santé publique Suisse et Réseau Santé Psychique Suisse. Repéré à <http://tinyurl.com/oonlvpt>.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015). Population résidante permanente et non permanente selon le canton, le sexe, l'état civil et l'âge. Neuchâtel, OFS. Repéré à <http://tinyurl.com/nokt9cs>.
- OMS (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: OMS.
- Osher, D., Kendziora, K., Spier, E., & Garibaldi, M. L. (2014). School influences on child and youth development. In Z. Sloboda & H. Petras (Eds.), *Defining prevention science* (12th ed., pp. 151-169). New York: Springer.
- Paulus, P. (2013). Psychische Gesundheit für eine gute gesunde Schule. Mainz, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Repéré à <http://tinyurl.com/pl2hhso>.
- Plancherel, B., Bettschart, W., Bolognini, M., Dumont, M., & Halfon, O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracas quotidiens sur la santé psychique à la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45(3), 126-138.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., et al. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54(2), 151-159.
- Réseau suisse d'écoles en santé (Hrsg.) (2005). *Mettons-nous en route pour faire de notre école un lieu de vie et de santé* (4^e édition). Lausanne: Radix Promotion de la santé.
- Réveillère, C., & Courtois, R. (2007). Tracas et événements de vie: impact sur la santé psychique à l'adolescence. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), 193-204.
- Ribeaud, D., & Eisner, M. (2008). *Entwicklung von Gewalterfahrungen Jugendlicher im Kanton Zürich*. Zürich: Pädagogisches Institut der Universität Zürich.
- Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement* (2^e édition). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Steinhausen, H.-C. (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (7. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J. R., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., et al. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., Oppliger, S., Willemse, I., Schwarz, B., et al. (2015). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Way, N., Reddy, R., & Rhodes, J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 40(3-4), 194-213.
- Wettstein, F. (2014). Eine gute psychische Gesundheit: Systematiken psychischer Ressourcen im Vergleich. Olten, Institut Soziale Arbeit & Gesundheit. Repéré à <http://tinyurl.com/p242y69>.
- WHO (2005). *Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva: WHO.
- Willemse, I., Waller, G., Genner, S., Suter, L., Oppliger, S., Huber, A.-L., et al. (2014). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In: S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Hrsg.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (S. 86-135). New York: Oxford University Press.

8 Psychische Gesundheit im Jugendalter

Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern

Zusammenfassung

Die psychische Gesundheit von Jugendlichen ist ein multifaktorielles Geschehen. Sie hängt in einem grossen Mass von den Werten und Normen ab, welche die Eltern und die Peers, aber auch die Schulen und Lehrbetriebe vermitteln. Um den Wissens- und Verhaltenstransfer von den Erziehungsverantwortlichen zu den Jugendlichen zu unterstützen, sind Kommunikations- und Persönlichkeitsschulungen anzuregen, von deren Nutzen gute empirische Evidenz vorliegt. Neben strukturellen Massnahmen und Angeboten sollten Jugendliche in ihrer Selbstregulation gefördert werden. Sie nehmen dadurch nachweislich ihren Handlungsspielraum stärker wahr, was wiederum zu einem verbesserten Handlungsrepertoire führt. Die aufgezeigten konkreten Möglichkeiten tragen dazu bei, dass Jugendliche ihr Wohlbefinden verbessern und eine robuste psychische Gesundheit (wieder-)erlangen oder beibehalten können.

8.1 Jugendalter

Ein wesentlicher Grundstein für eine lebenslang anhaltende psychische Gesundheit wird im Jugendalter gelegt (Kuntz et al., 2013). Diese Phase wird als Adoleszenz bezeichnet und «umfasst nach gängiger Lehrmeinung das zweite Lebensjahrzehnt und wird in die frühe, mittlere und späte Adoleszenz unterteilt» (Wicki, 2010, S. 101). Dabei ist sich die Wissenschaft nur bedingt einig darüber, wie die jahresmässige Abgrenzung zu erfolgen hätte: Steinberg (1993) beispielsweise legt die Altersbereiche in der frühen Adoleszenz zwischen 11 und 14 Jahren, in der mittleren zwischen 15 und 17 Jahren und in der späten zwischen 18 und 21 Jahren. Schäfers (2001) hingegen definiert Jugend als die Altersgruppe der etwa 13- bis etwa 25-Jährigen. Dabei stellen die 13- bis 18-Jährigen (pubertäre Phase) die Jugendlichen im engeren Sinne dar; für die 18- bis 25-Jährigen und Älteren setzt sich der Begriff Post-Adoleszente durch. Hurrelmann und Quenzel (2013) sprechen hingegen wiederum von drei Phasen, die sie in eine frühe Jugendphase (die 12- bis 17-Jährigen in der «pubertären Phase»), eine mittlere Jugendphase (die 18- bis 21-Jährigen in der «nachpubertären Phase») sowie eine späte Jugendphase (die 22- bis 27-Jährigen in der Übergangszeit zur Erwachsenenrolle) unterteilen. In dieser sich tendenziell immer weiter ausdehnenden Jugendzeit widerspiegelt sich

ein gesellschaftlicher Trend zur Verlängerung der Jugendphase, der insbesondere im Zusammenhang mit der Verlängerung der Bildungszeit steht, die sich ohne Weiteres bis ins 30. Lebensjahr hinziehen kann (Raithel, 2011), weshalb auch von *emerged youth* gesprochen wird. Die Jugendzeit gilt als abgeschlossen, wenn die soziale und materielle Unabhängigkeit von den Eltern erlangt worden ist.

8.2 Psychische Gesundheit von Jugendlichen in der Schweiz

8.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Die Mehrheit der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz fühlt sich psychisch und physisch gesund (Schuler & Burla, 2012). Vital und energiegeladener als Ausdruck einer robusten psychischen Gesundheit fühlen sich gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012 (Bundesamt für Statistik, 2012) 77% der Bevölkerung. Eine grosse Mehrheit der Bevölkerung schätzt zudem ihre Gesundheit allgemein (83%) und ihre Lebensqualität (92%) als gut oder sehr gut ein. Entsprechend fühlt sich eine Mehrheit der Bevölkerung (82%) auch meistens oder immer glücklich. Die Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) von 2012 bestätigen diese Angaben: Knapp drei Viertel der Befragten (71,6%) fühlen sich häufig oder sehr häufig voller

Kraft, Energie und Optimismus (FORS, 2012). Es zeigt sich hier aber ein ausgeprägter Altersgradient, indem sich von den 15- bis 34-Jährigen 78,4% häufig oder sehr häufig kräftig, energisch und optimistisch fühlen, während dieser Anteil bei den über 65-Jährigen auf 63% sinkt (Schuler & Burla, 2012). Diese Zahlen besagen aber auch, dass ein ansehnlicher Prozentsatz (meist im zweistelligen Bereich) der Bevölkerung die genannten Gesundheitsindikatoren als mehr oder weniger nicht erfüllt erlebt. *«Jugendliche und junge Erwachsene fühlen sich überwiegend gesundheitlich gut oder sehr gut. Psychische Beschwerden sind – insbesondere bei weiblichen Jugendlichen – trotzdem häufig: Zum Beispiel geben 15% der jungen Frauen sowie 8% der jungen Männer mittlere bis schwere depressive Symptome an, ein Anteil, der im späteren Lebensverlauf abnimmt»* (Bachmann et al., 2015, S. 17). *«[...] «Von den 15- bis 34-Jährigen gehen 3–4% im Laufe eines Jahres in Behandlung. Bei den 15- bis 20-jährigen Jugendlichen geben fast die Hälfte der Mädchen und rund ein Drittel der Jungen an, dass sie wegen Nervosität und Stress Hilfe bräuchten. Die zweithäufigste Angabe ist die Deprimiertheit»* (Hilti, 2012, S. 221). Zahlen der WHO und aus deutschen Untersuchungen berichten für Kinder und Jugendliche eine Prävalenz von psychischen Krankheiten von ca. 20%. Die 3- bis 12-Monats-Prävalenzen der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter betragen bei den Angststörungen 10,4%, bei Störungen des Sozialverhaltens (dissoziale Störungen) 7,5%, bei den affektiven Störungen (Depressionen) 4,4% und bei den hyperkinetischen Störungen ebenfalls 4,4% (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015). Dabei zeigen sich Unterschiede bei den Geschlechtern: Mädchen neigen vermehrt zu internalisierenden psychischen Störungen (Essstörungen [siehe Infobox], psychosomatischen Störungen und ab der Pubertät zu depressiven Erkrankungen und Angststörungen). Knaben hingegen leiden vermehrt unter externalisierenden Erkrankungen (hyperkinetische Störungen, dissoziale Störungen, Störungen aufgrund von Substanzgebrauch) (Ihle & Esser, 2002). *«Ein Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen zwischen 16 und 19 Jahren berichten von Depressionssymptomen. Suizid ist bei jungen Männern die zweithäufigste, bei jungen Frauen die dritthäufigste Todesursache»* (Bachmann et al., 2015, S. 56).

Die Prävalenzkurven verlaufen für die beiden Geschlechter nicht synchron – sie gleichen sich erst im jungen Erwachsenenalter wieder an. Vorher weisen Knaben im Kindesalter und die Mädchen in der Adoleszenz höhere Gesamtprävalenzen auf (Ihle & Esser, 2002).

8.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Als Schutzfaktoren haben sich förderliche, verlässliche, sensitive und liebevolle Bindungspersonen vor allem in der frühen Kindheit erwiesen (Laucht, Schmidt & Esser, 2000). Erfahren Kinder und Jugendliche Unterstützung von ihren Eltern, ist ihre Lebenszufriedenheit höher. 16- bis 20-jährige Jugendliche, die über eine gute Elternbeziehung berichten, geben entsprechend seltener Gesundheitsprobleme an (Tschumper, 2003). Weitere externe Schutzfaktoren bezüglich der psychischen Gesundheit von Jugendlichen sind (nach Egle, Hofmann & Steffens, 1997):

- dauerhafte, gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Grossfamilie / kompensatorische Elternbeziehung / Entlastung der Mutter
- gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
- verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter

Jugendliche verfügen aber auch über eine ganze Anzahl von internen Schutzfaktoren, die als determinierend für die psychische Gesundheit aufgefasst werden können. Aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung liegen zahlreiche Konzepte vor, die einen Zusammenhang zur psychischen Gesundheit postulieren und entsprechend als Schutzfaktoren gelten. Ein Zusammenhang ist für alle belegt, aber für die meisten dieser Konzepte liegen keine aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse für Schweizer Jugendliche vor. Einen günstigen Einfluss haben unter anderem:

- eine hohe Selbstwirksamkeit (Bürli et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2007)
- Optimismus²⁵ (Bürli et al., 2015; Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014; Schuler & Burla, 2012; Ravens-Sieberer et al., 2007)

²⁵ Optimismus kommt im Schweizer Haushalt-Panel unter «Kraft, Energie und Optimismus» vor, die Konstrukte werden aber nicht einzeln konzeptualisiert.

- Autonomie²⁶, verstanden als Gefühl der Freiwilligkeit (Deci & Ryan, 2008)
- ein stabiler Selbstwert (Ravens-Sieberer et al., 2007; Mütsch et al., 2014)
- eine allgemeine Zufriedenheit (mit der Lebenssituation, der Gesundheit, den Beziehungen, der finanziellen Lage usw.) (BAG, 2013)
- allgemeine Lebenskompetenz (Problemlösefertigkeit, Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten, Stress- und Problembewältigungsstrategien) (Radix, 2015; Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014)
- eine adäquate Emotionsregulation (Berking, 2015; Berking & Wuppermann, 2012)
- eine selbstkritische und realistische Selbstwahrnehmung (Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014)
- kreatives Denken (Herbig et al., 2008; Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014)
- kritisches Denken (Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014; z. B. für die kritische Ebene der Gesundheitskompetenzen siehe Abel, Sommerhalder & Bruin, 2011)
- eine hohe Kontrollüberzeugung (Bürli et al., 2015)

Aufgrund der Tatsache, dass für dieses letztgenannte Konzept (der Kontrollüberzeugung) aktuelle Zahlen vorliegen, wird an dieser Stelle, stellvertretend für alle anderen, kurz darauf eingegangen. Unter Kontrollüberzeugung wird «*die subjektive Einschätzung einer Person darüber, inwieweit sie selbst das eigene Leben beeinflussen kann (verstanden). (...)*» (Schuler & Burla, 2012, S. 35). Auch bei diesem Konstrukt zeigt sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik, 2010) ein ausgeprägter Altersgradient, indem Personen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren zu 35% über eine hohe, zu 42,4% über eine mittlere und zu 22,1% über eine tiefe Kontrollüberzeugung verfügen, während die entsprechenden Zahlen für 65-Jährige und Ältere wie folgt lauten: 50,7% verfügen über eine hohe, 33,3% über eine mittlere und 16,0% über eine tiefe Kontrollüberzeugung.

Den Gegenpol zu den Schutzfaktoren stellen die Risikofaktoren dar. Eine Liste der Risiken für die Entstehung von psychischen oder psychosomatischen

Störungen bei Jugendlichen haben Egle und andere (1997, S. 693) zusammengestellt:

- niedriger sozioökonomischer Status
- mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- geringe Schulbildung der Eltern
- grosse Familien bei sehr wenig Wohnraum
- Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind kleiner als 18 Monate
- alleinerziehende Mütter
- autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- psychische oder physische Erkrankung eines Elternteils
- mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen

Ergebnisse aus jüngeren Studien akzentuieren diese Vielfalt von möglichen Störfaktoren auf drei. Zwei davon stammen aus der sozialen Ungleichheitsforschung: Dabei gelten ein niedriger Bildungsstatus der Eltern (Barth et al., 2014; Eschmann et al., 2007), Armut oder Arbeitslosigkeit der Eltern (Neuberger, 1997) und psychische Erkrankungen der Eltern (BAG, 2015, S. 19) als die grössten Risiken für Kinder und Jugendliche, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Trotz dieser Gefahren erlebt die grosse Mehrheit der Jugendlichen (90%) von den Eltern Vertrauen und fühlt sich akzeptiert und 80% fühlen sich zudem von ihren Eltern verstanden (Tschumper, 2003) – dies entgegen der landläufigen Meinung, dass die Eltern-Jugendlichen-Beziehungen primär konfliktuös seien.

Neben der Elternbeziehung sind weitere soziale Beziehungen gesundheitsrelevant: Ein Drittel der Menschen, die angeben, keine Vertrauensperson zu haben, fühlen sich psychisch stark belastet, hingegen sind dies nur 15% derjenigen, die zu mehreren Vertrauenspersonen eine Beziehung haben (Schuler & Burla, 2012). Diese Angaben liegen leider nicht nach Altersgruppen aufgeschlüsselt vor, aber die Tendenz dürfte auch bei den Jugendlichen ähnlich sein. Für Jugendliche zentral sind ihre Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen oder Freunde, die Gruppe, in der sie sich für Freizeitaktivitäten aufhalten – diese werden, in Anlehnung an den angelsächsischen Aus-

²⁶ Für eine Auseinandersetzung mit dem Begriff «Autonomie in der Gesundheitsförderung» s. Mattig (2014).

druck, als Peers bezeichnet und üben einen grossen Einfluss auf die sozial-kognitive Entwicklung der Jugendlichen aus. Ob sich der Peer-Einfluss positiv oder eher negativ manifestiert, ist abhängig von einer unüberschaubaren Anzahl von Faktoren, so beispielsweise von der Gruppendynamik, der herrschenden Hierarchie, den gelebten Normen und Werten innerhalb dieser Gruppe, vom Zeitgeist, der momentanen Verfassung der einzelnen Mitglieder sowie vom Persönlichkeitsinventar der Beteiligten. Die Jugendlichen erproben verschiedene Handlungsweisen, darunter pädagogisch wertvolle, aber auch weniger wertvolle, gesellschaftlich erwünschte, aber auch nicht erwünschte oder Selbstwert steigernde, aber auch Selbstwert gefährdende Verhaltensweisen. Dies alles geschieht durch ein Zusammenwirken verschiedenartigster und voneinander abhängiger Faktoren.

Die Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung durch die Peers werden in den Peer-Education-Ansätzen, in denen geschulte Peers spezifisches Wissen in ihre Gruppe hineinbringen, als gesundheitsförderliche und präventive Multiplikationsansätze umgesetzt. Solche Umsetzungen finden in der Schweiz zum Beispiel in den Bereichen Förderung der Medienkompetenz (Neumann-Braun et al., 2012) oder Drogenkonsum (Infodrog, 2014; s. auch Infobox Sucht) statt.

8.3 Besondere Herausforderungen für Jugendliche

Die Adoleszenz bildet eine vulnerable und ambivalente Phase der menschlichen Entwicklung, die zwischen Nicht-mehr-Kind- und Noch-nicht-erwachsen-Sein oszilliert. Dabei ist die Adoleszenz geprägt von kulturell und zeitgeschichtlich normativen Entwicklungsaufgaben, die für Jugendliche in unserer modernen westlichen Gesellschaft wie unten stehend umschrieben werden (Oerter & Dreher, 2008):

- Freundeskreis aufbauen
- pubertätsbedingte körperliche Veränderungen akzeptieren
- geschlechtsspezifische Rollen aneignen
- engere, intime Beziehungen aufnehmen
- sich von den Eltern ablösen
- Entscheidungen hinsichtlich Berufswahl treffen
- Vorstellungen über eigene Partnerschaft und Familie entwickeln
- sich selbst kennenlernen und beurteilen

- eigene Weltanschauungen und Einstellungen entwickeln und vertreten
- Zukunftsperspektiven und Lebensziele entwickeln

Exemplarische Fallbeispiele von Herausforderungen von Jugendlichen finden sich in Bolliger-Salzmann et al. (2015). In diesen Einzelschicksalen werden als Herausforderungen zum Beispiel die fehlende elterliche Fürsorge beim Ablösungsprozess oder Mobbing Erfahrungen genannt, die die Entwicklung von sozialen Kompetenzen gefährden. Zudem erschwert ein fehlendes oder schwaches Selbstwertgefühl ganz allgemein die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben, und der Umgang mit Stress kann zu einer grossen Belastung anwachsen. In diesem Lebensalter ist aufgrund der heteronormativen Verhältnisse und wegen erster Konflikte in Paarbeziehungen die Verunsicherung bezüglich der eigenen sexuellen Orientierung sowie der Geschlechtsidentität (besonders trans-, bi- und homosexuelle Jugendliche) gross. Die «Multioptionsgesellschaft» (Gross, 2005) schliesslich bietet beispielsweise eine Vielzahl von Ausbildungsmöglichkeiten an, was leicht zu Überforderungen im Entscheidungsprozess führen kann. Diese Auswahl an möglichen Herausforderungen soll an dieser Stelle genügen, denn eine weitere Aufgabe erwartet die Jugendlichen.

Quasi parallel zur Auseinandersetzung mit den genannten Entwicklungsaufgaben sind Jugendliche gefordert, ihre Identität weiterzuentwickeln. Identität *«wird als Konstrukt entworfen, mit dem das subjektive Vertrauen in die eigene Kompetenz zur Wahrung von Kontinuität und Kohärenz formuliert wird»* (Keupp & Ahbe, 2006, S. 29). Diese etwas sperrige Definition besagt nichts anderes, als dass in die Selbstwirksamkeit vertraut werden muss, um das Gefühl entwickeln zu können, über eine gewisse Zeit (Kontinuität) dieselbe, konsistente Persönlichkeit (Kohärenz) zu sein. Dabei findet Identität für Mead (1968) immer in der Interaktion mit der Gesellschaft, das heisst in den sozialen Interaktionen, letztlich also in der Kommunikation statt. Erikson (1970) sieht in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung für das Jugendalter folgende zentrale Entwicklungsschritte vor: Die neuen Rollenzuschreibungen (s. die Liste oben in diesem Kapitel), die von den Jugendlichen erfüllt werden sollen, sowie die beschleunigte körperliche Entwicklung erschweren die Identitätssuche und eine Antwort auf die Frage: *«Wer bin ich?»*

Die Identitätsbildung gelingt besser, wenn auf möglichst viele positive Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Von einer Identitätsdiffusion wird gesprochen, wenn dieser Prozess zum Beispiel durch mangelndes Selbstvertrauen erschwert ist und keine stabile Ich-Identität entwickelt werden kann. «Eine Folge davon ist, dass sich solche Jugendliche gerne Gruppen anschliessen, die über klare Strukturen verfügen» (Stangl, 2015).

Einen speziellen Aspekt der Identitätsfindung stellt, besonders im Jugendalter, das Risikoverhalten dar. «Risiken einzugehen bedeutet, sich auf Erfahrungen mit

unsicherem Ausgang einzulassen» (Litau, 2011, S. 35). Dadurch verbreitern sich die Jugendlichen allerdings auch ihren Erfahrungshorizont, indem sie unter anderem Eigenständigkeit, Verantwortung und ihre Handlungsfähigkeit in ihrer natürlichen und sozialen Umwelt erproben und entsprechend daraus Lehren ziehen (nach Litau, 2011). Gesundheitsschädliches Risikoverhalten kann auch Ausdruck von Stress sein, der bei Jugendlichen im familiären, schulischen oder freundschaftlichen Bereich auftreten kann (Plaumann, Busse & Walter, 2006). Stresserleben ist aber mit einer erhöhten Auftretenswahr-

Informationsbox Pro Mente Sana: Essstörungen

Menschen mit einer Essstörung regulieren Ängste, Stress und andere Gefühle über das Essen. Die häufigsten Essstörungen sind die Magersucht (Anorexia nervosa), die Bulimie (Bulimia nervosa) und die Binge-Eating-Störung. Es gibt auch Mischformen dieser Erkrankungen.

Magersucht: Magersüchtige haben eine getrübbte Körperwahrnehmung. Trotz eines tiefen Körpergewichts sind sie überzeugt, zu dick zu sein. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme essen die Betroffenen möglichst wenig oder verweigern die Nahrungsaufnahme ganz. Oftmals treiben sie zusätzlich übermässig Sport oder nehmen Abführmittel zu sich.

Bulimie: Bulimie-Betroffene essen wiederholt in regelrechten Attacken (Heisshungerattacken) grosse Mengen in kurzer Zeit und unternehmen anschliessend gegensteuernde Massnahmen wie Erbrechen, Abführen und andere, um die Gewichtszunahme zu verhindern. Die Essanfälle sind durch ein starkes Gefühl des Kontrollverlusts geprägt.

Binge-Eating (Essattacke): Binge-Eating ist eine Unterform der Bulimie. Im Unterschied zu Bulimie-Betroffenen reagieren Personen mit Binge-Eating-Störung nach den jeweiligen Essattacken nicht mit Gegenmassnahmen. Daher leiden sie auch oft an hohem Übergewicht.

Gefährliche körperliche Folgen: Essstörungen können gefährliche körperliche Folgen wie zum Beispiel Herzrhythmusstörungen haben. Ein Grossteil der Betroffenen wird wieder gesund. Es gibt aber auch chronische Verläufe und Todesfälle aufgrund von Essstörungen.

Prävalenz Schweiz: Die Lebenszeitprävalenz der drei Formen von Essstörungen beträgt 3,5%. Die einzelnen Lebenszeitprävalenzen von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung lagen 2012 bei 1,2%, 2,4% und 2,4% bei Frauen sowie bei 0,2%, 0,9% und 0,7% bei Männern. Anorexia nervosa entsteht typischerweise in der Adoleszenz. Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung hingegen beginnen eher später – bis zum vierten Lebensjahrzehnt.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Ursachen von Essstörungen sind multifaktoriell. Risikofaktoren sind familiäre und kulturelle (Schönheitsideal) Aspekte, Belastungen (kritische Lebensereignisse), Anlagefaktoren sowie die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Behandlung: Die Behandlungsansätze der verschiedenen Formen von Essstörungen unterscheiden sich. Oftmals ist eine Psychotherapie angezeigt. Medikamente helfen bei allen Formen nur bedingt. Bei Personen mit Magersucht geht es in der Behandlung in erster Linie darum, Vertrauen zum behandelnden Team zu schaffen. Erst danach sind spezifische Massnahmen möglich.

Quellen: Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M. & Dermota, P. (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz; DSM 5: <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>.

scheinlichkeit von psychischen Symptomen korreliert (Lohaus, Beyer & Klein-Heissling, 2004). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Jugendalter eine Kumulation verschiedener Entwicklungsschritte und -aufgaben ist, die einzeln für sich genommen schon jeweils eine grosse Belastung darstellen. Kommen verschiedene ungünstige Faktoren zusammen, kann dieser Lebensabschnitt als besonders anfällig für psychische Auffälligkeiten gelten.

8.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

8.4.1 Wie können Jugendliche erreicht werden?

Insbesondere bei Jugendlichen gibt es nicht *die* Zielgruppe. Wichtige Determinanten für ihre psychischen Herausforderungen und ihre Gesundheit sind Geschlecht, Bildungsniveau, Bildungsstand der Eltern, Lebenswelt oder Migrationshintergrund. Es liegt auf der Hand, dass die jeweiligen Jugendlichen in unterschiedlichen Settings unterschiedliche Bedürfnisse haben und dass dementsprechend unterschiedliche Herangehensweisen erforderlich sind, um mit ihnen in Kontakt zu kommen. Dies wird einerseits durch Erwachsene geschehen, die als Multiplikatoren fungieren können: In erster Linie werden dies die Eltern und die Lehrerschaft auf allen Stufen sein. Andererseits wird dies aber auch durch Peers oder Geschwister sowie Erwachsene aus dem sportlichen oder musischen Umfeld, Menschen aus Interessensvereinen, Jugendzentren, Sozialarbeiter oder kirchliche Würdenträger gewährleistet. Die Settings, in denen sich Jugendliche am meisten aufhalten, sind Elternhaus, Schule und Freizeitstrukturen. Alle drei Settings stellen direkte Zugänge zu den Jugendlichen dar, womit den entsprechenden Multiplikatoren (Eltern, Lehrpersonen, Sozialarbeiter usw.) eine entscheidende Rolle zufällt. Neben diesem persönlichen Zugang wird in Zukunft verstärkt der Zugang durch Print- und vor allem digitale Medien eine Rolle spielen. Das Platzieren von fokussierter Information über psychische Gesundheit in Jugend- und Ausgehmagazinen dürfte eine spezifische Subgruppe der Jugendlichen erreichen. Mit dem Entwickeln von gezielten Apps, dem Aufschalten von attraktiven Websites, dem Schreiben von inhaltlichen Blogs oder dem aktiven Agieren in sozialen Netzwerken liessen sich weitere spezifische Subgruppen erreichen.

8.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu stärken?

Es leuchtet ein, dass der direkte Kontakt zu den Jugendlichen unabdingbar ist, wenn bei ihnen Prozesse zur Selbstwirksamkeit, zu erlebtem Empowerment, zu partizipativen Handlungsstrategien, zur Hinführung zu lösungsorientiertem Denken, zum Aufzeigen von vielfältigen Ressourcen, zu kreativem Tun, zum Vermitteln von Optimismus, Humor und Lebensfreude und so weiter angestossen werden sollen.

Einen direkten Kontakt zu den Jugendlichen haben einerseits Erwachsene in ihrem spezifischen Setting – zum Beispiel die Eltern im Elternhaus, die Lehrpersonen in den Schulen, die Lehrmeister in den Lehrbetrieben, Sozialarbeiter in Freizeitstrukturen, Vorgesetzte am Arbeitsplatz oder Professoren und Dozenten an Höheren Fachschulen, Fachhochschulen oder Universitäten – und andererseits die Peers. Es bietet sich die Erwachsenenwelt zur Multiplikation an:

- Sie begleiten diese jungen Menschen teilweise seit ihrer Kindheit und führen sie in die sozialen Codes und Verhaltensweisen der jeweiligen spezifischen Kultur ein, was als prozedurales Wissen bezeichnet wird.
- Dieses Wissen wird in gesellschaftlichen Systemen vermittelt, womit sich eine systemische Betrachtungsweise anbietet.

Zwei Elemente für die konkrete Erziehungssituation erscheinen wesentlich: eine innere Haltung von Eltern und Lehrern sowie eine gute Kommunikation. Die Erwachsenen können, wenn adäquat geschult, in einem systemischen Ansatz als Multiplikatoren zur Vermittlung und Förderung der erwähnten Prozesse fungieren. Bauer (2007, S. 91) merkt an: *«Eltern spielen für die Frage, ob der Entwicklungs- und Bildungsprozess eines Kindes oder eines Jugendlichen gelingt, die zentrale Rolle.»* Folgt man dieser Logik, so wird deutlich, dass die Eltern «fit» sein sollten, wenn es den Jugendlichen gut gehen soll. Für die Persönlichkeitsentwicklung und die psychische Stärkung genau dieser Zielgruppe ist schon eine stattliche Anzahl von Programmen auf dem Markt, die zu diesem Ziel führen. In Bolliger-Salzman et al. (2015) werden eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Eltern in ihrer Erziehungsarbeit unterstützen können, genannt (z.B. Sanders, Cann & Markie-Dadds, 2003; Dink-

meyer, McKay & Dinkmeyer, 2006; www.elternbildung.ch, 2015; www.familienhandbuch.de, 2015; lifematters, 2015). Von pädagogischer Seite wird auch immer wieder ein «Fahrausweis für Eltern» gefordert, und lokale Initiativen in Deutschland zeigen gute Erfolge damit, eine «Schulpflicht für Eltern» umzusetzen (ZDF, 2006), bei der ein zentrales Anliegen lautet: «Wir wollen Eltern helfen, ihre Autorität wiederzufinden.»

Was für die Eltern gilt, kann auch für die Lehrpersonen, Lehrmeister, Vorgesetzte oder Sozialarbeiter als Grundsatz genannt werden: Weiterbildungen, Schulungen und die Möglichkeit zur Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung können die Grundlage bilden, dass die Kontakte mit den Jugendlichen prospektiv und fruchtbar gelingen. Beispiele für die Inhalte solcher Lernangebote könnten sein:

- **Kommunikationstrainings:** Das zentrale Element des menschlichen Zusammenseins stellt die Kommunikation dar. Dabei soll nicht von einem Kommunikationskurs die Rede sein, in dem Watzlawick (z. B. Watzlawick et al., 2000) oder die vier Ohren der Kommunikation von Schulz von Thun (2010) repetiert werden, sondern von einer verinnerlichten, assertiven²⁷, alltagsrelevanten Kommunikation (Bolliger-Salzman, 2014).
- **Persönlichkeitstrainings:** Für die Eltern wurde schon eine ganze Anzahl von etablierten und bewährten Programmen genannt (siehe oben). Für Lehrer kann beispielsweise das von der Elternarbeit her bekannte STEP-Programm in seiner spezifischen Ausführung für Lehrpersonen (Dinkmeyer et al., 2011) eine gute Variante darstellen. Für andere Berufsgruppen sollten Kurse oder noch besser ganze Curricula entwickelt werden und in Ausbildungsstätten für Lehrmeister, in Kursangeboten von Grossbetrieben oder staatlichen Verwaltungen oder in Weiterbildungen von HR-Verantwortlichen auf tertiärem Niveau implementiert werden.

Während und nach dem Ablöseprozess von den Eltern sind es dann mehr und mehr die Gleichaltrigen (Peers), die an Einfluss auf Vorlieben, Verhaltensweisen, Ansichten, Meinungen, Werte und Normen

gewinnen. Mit gezielten Multiplikatorenschulungen können Jugendliche von Gleichaltrigen unterstützt werden, ihren eigenen Lebensweg möglicherweise etwas weniger risikoreich zu gehen.

Exkurs zur Systemtheorie

Systemtheorie kann wie folgt definiert werden: *«Sie befasst sich mit dem heute in allen Lebensbereichen als zentral erkannten Problem der Komplexität, das heisst mit dem Problem der Vielschichtigkeit und Vernetzung, mit den Strukturen und Beziehungen sowie den Regeln und Mustern zwischen den Elementen eines Systems. Im Mittelpunkt systemtheoretischen Interesses stehen demnach nicht so sehr die Zustände der einzelnen Teile als vielmehr die Prozesse ihres Zusammenwirkens. Das gilt auf jeder Systemebene, der der Beobachter seine Aufmerksamkeit zuwendet, die individuelle Ebene neuronaler Prozesse ebenso wie der der Familie oder der Schule, wobei jedes System als Teilsystem eines übergreifenden Systems (und umgekehrt) betrachtet werden kann.»* (Rotthaus, 2007, S. 12). Eine solche Betrachtungsweise hat einen Einfluss auf das Verständnis von Erziehung in unserer heutigen Gesellschaft: *«Ziel ist es, auf diese Weise innere Haltungen und Einstellungen bei Eltern, Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern anzuregen, aus denen heraus sinnvolles erzieherisches Handeln unter den einmaligen Bedingungen der jeweiligen Einzelsituation möglich wird.»* (Rotthaus, 2007, S. 9). Wird die Systemtheorie auf zwischenmenschliche Probleme oder Konflikte angewendet, so kann argumentiert werden, dass nicht ein (Familien-)System ein Problem als ein zu ihm gehörendes Systemmerkmal «hat», sondern dass sich um ein Verhalten oder ein Thema durch die Kommunikationen darüber ein charakteristisches Problemsystem entwickeln kann: *«Ein Problem <erschafft> ein Problemsystem»* (von Schlippe & Schweitzer, 2009, S. 30). Der Begriff «Problemsystem» meint hier das vielschichtige Ineinandergreifen der verschiedenen Dynamiken und Prozesse, die das hervorbringen, was wir gemeinhin als «Problem» bezeichnen.

²⁷ «Assertivität ist eine entlastende, selbstbestimmte, selbstbewusste und somit gesunde Form der Kommunikation. Sie beinhaltet die Fähigkeit, für sich selbst in einer ehrlichen und respektvollen Art zu sprechen. Ein assertiver Sprech- und Kommunikationsstil liegt in der goldenen Mitte zwischen einem zu passiven und einem zu aggressiven Sprechverhalten.» (Bolliger-Salzman, 2014, S. 55)

Achtsamkeit und Humor sind beispielsweise Haltungen, die sowohl die Kommunikation als auch die Persönlichkeitsentwicklung unterstützen: Achtsamkeit kann zum Beispiel durch das von Kabat-Zinn erarbeitete MBSR-Training (*mindfulness-based stress reduction*) erlangt werden (Kabat-Zinn, 2015), und Humor kann als entspannende Komponente des Alltags eingesetzt werden (Bolliger-Salzman, 2014). Werden diese beiden Elemente erarbeitet (was keine leichte und zudem eine langwierige Aufgabe darstellt), werden sich nachweisliche Veränderungen auf der individuellen neurophysiologischen Ebene einstellen (Davidson & Schuyler, 2015; Hölzl et al., 2008).

Solche Lernprozesse üben einen entscheidenden Einfluss auf individuelle Grundhaltungen aus, wie beispielsweise auf den Umgang mit sich und anderen, auf die Fähigkeit, vertiefte und stabile Bindungen einzugehen, auf eine adäquate Emotionsregulation, auf ein angstfreieres Leben, auf die Selbstwirksamkeit sowie das Erleben von Empowerment, auf das Teilnehmen an den kulturellen Errungenschaften unserer Kultur, das Mitgestalten von politischen Prozessen oder das Partizipieren an ressourcenorientierten Umgangsformen zwischen Mitmenschen. Das Einüben dieser Art der Gelassenheit, gepaart mit dem Verwenden einer assertiven Kommunikation, leistet einer Persönlichkeitsentwicklung Vorschub, die sich, aufbauend auf einer Haltung der Achtsamkeit und Humor, für alle Beteiligten in den jeweiligen Systemen positiv auswirken wird.

8.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu fördern?

Die konkreten Handlungsansätze aus Kapitel 8.4.2 sind grossflächig und niederschwellig anzubieten. Dabei ist am effizientesten auf verschiedenen Ebenen anzusetzen:

Bei den Eltern

Eine Möglichkeit wären Elternkurse. Diese sind allerdings insofern problematisch, als sich die teilnehmenden Eltern der Gefahr der Stigmatisierung aussetzen (nach der Devise): «Die haben es offenbar nötig.» An Elternabenden nehmen hingegen besonders Eltern aus der Mittelschicht teil, während Eltern von «schwierigen» Jugendlichen fernbleiben. Die Gründe für deren Abwesenheit sind jedoch oftmals gut nachvollziehbar (Schichtarbeit, Sprachpro-

bleme usw.). Dies weist auf ein generelles Problem in der Gesundheitsförderung hin: Vielfach nehmen Personen teil, die bereits viel zum Thema wissen oder tun (Bolliger-Salzman et al., 2015). Solche Argumente müssen sorgsam abgewogen werden – es erscheint aber lohnenswert, sich Gedanken in diese Richtung zu machen. Zielführende, spezifische Elternkurse könnten zum Beispiel über Elternvereine, Mütter- und Väterberatungsstellen, Gemeinden oder die Schulen ausgeschrieben werden.

In den Schulen (Sekundarstufe II)

Neben den genannten Möglichkeiten zur Schulung von Lehrpersonen sollten fachspezifische Inhalte im Lehrplan verankert werden, damit sämtliche Schülerinnen und Schüler davon profitieren könnten. Inhaltlich könnten dies Fächer sein wie zum Beispiel Kommunikation, Stressmanagement, Achtsamkeit, Humor, assertive Kommunikation, aber auch praktische Stunden in Yoga, Qi-Gong, Progressive Muskelrelaxation, Alpha-Relaxing, MBSR-Trainings oder Meditation sind denkbar. Das Ziel soll dabei immer sein, die Ressourcen der Jugendlichen zu stärken, sie für ihre individuellen Entscheide zu befähigen (Empowerment), den Umgang mit ihrer Emotionsregulation und mit Stress zu verbessern, die Kommunikationsfähigkeit zu erhöhen und mit einer gewissen Gelassenheit im Alltag zu bestehen.

In Lehrbetrieben

Die Ziele sind dieselben wie in den Schulen, aber die strukturellen Voraussetzungen sind verschieden, sodass ein Teil dieser Lernziele in den Gewerbeschulen vermittelt werden müsste, was einerseits in Konkurrenz steht zum schon vorhandenen Lehrstoff und andererseits zur ohnehin schon beschränkten Anwesenheit der Lernenden in den Betrieben. Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen Grossbetrieben und KMU: In Grossbetrieben kann von einem professionellen HR ausgegangen werden, das über die Ressourcen verfügt, die Mitarbeitenden umfassend zu betreuen, auch Jugendliche im Bereich der psychischen Gesundheit. In KMU wird es entscheidend auf die Führungskräfte ankommen – immerhin existieren schon geeignete Programme (www.kmu-vital.ch).

An Höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten

Diese Lehranstalten sind prädestiniert für Kopflastigkeit: Strukturell wären da zum Beispiel Angebote im musischen Bereich (Einrichten eines Musik- und eines Malzimmers), im psychomotorischen Bereich (Einrichten einer Kletterwand) und im Stressmanagement-Bereich (Einrichten eines Entspannungszimmers für Meditation oder Power-Napping) eine solide Grundlage. Denkbar wären auch (je nach Schultyp) obligatorische oder freiwillige Kurse und Weiterbildungen wie in den Schulen. Einige Institutionen (z.B. Universitäten) bieten seit Jahren eine Vielzahl von solchen Möglichkeiten innerhalb ihres Uni-Sport-Angebots an.

Beispielprojekt LIFT (Leistungsfähig durch individuelle Förderung und praktische Tätigkeit)

Das vom Netzwerk sozial verantwortliche Wirtschaft (www.nsw-rse.ch) lancierte Projekt LIFT ist ein Integrations- und Präventionsprogramm an der Schnittstelle zwischen Volksschule (Sek I) und Berufsbildung (Sek II).

LIFT richtet sich an Jugendliche zwischen dem 7. und dem 9. Schuljahr, die sich im Hinblick auf den Berufseinstieg und/oder die Lehrstellensuche in einer erschwerten Ausgangslage befinden (z. B. ungenügende Leistungen, Motivationsschwierigkeiten, fehlende Unterstützung oder tiefer Selbstwert).

Kernelement von LIFT sind regelmässige Kurzeinsätze, sogenannte Wochenarbeitsplätze, die in der schulfreien Zeit in verschiedenen Gewerbebetrieben geleistet werden. Jugendliche mit einem Wochenarbeitsplatz verrichten während mindestens 3 Monaten wöchentlich 2–3 Stunden einfache Arbeiten im gleichen Betrieb. Gleichzeitig werden sie im Rahmen eines Modulkurses von Fachpersonen auf die Arbeitswelt vorbereitet und begleitet. Im Jahr 2014 nahmen fast 100 Schulen aus der ganzen Schweiz am Projekt teil, und rund 1000 Jugendliche verfügten über einen solchen Wochenarbeitsplatz.

(Binding-Stiftung, 2015; Jugendprojekt LIFT, 2015)

Freizeit

Am heterogensten präsentiert sich das Feld der Freizeitaktivitäten. Es lassen sich drei grosse, unterschiedliche Felder ausmachen:

1. Bei den strukturierten Freizeitangeboten gibt es eine spezielle Subgruppe, die vermutlich mit dem geringsten Aufwand erreicht werden kann: nämlich diejenigen Jugendlichen, welche Freizeitangebote konsumieren, die von geschulten Personen geleitet werden, beispielsweise von Jugendsozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern im Rahmen von Sportvereinen oder von kirchlichen Angeboten.
2. Das pädagogische Hintergrundwissen der Leitungspersonen kann sich stark unterscheiden (z. B. handwerklicher Kurs der Migros-Klubschule, alternative Rockband, Heimatchor, BMX-Teams, politische oder konfessionelle Jugendgruppe usw.).
3. Daneben existiert selbstverständlich eine Vielfalt von nicht strukturierten Freizeitangeboten: Junge Menschen treffen sich oft spontan, machen kurzfristig per SMS oder WhatsApp ab und gehen dann in einer Clique mit ihren Kolleginnen und Kollegen an Partys oder zum Shoppen, sie grillieren im Sommer, hören gemeinsam Musik, etwa in einem öffentlichen Park, sehen sich einen Film bei einem oder einer von ihnen zu Hause an oder entspannen sich schlicht gemeinsam.

Es liegt auf der Hand, dass die Erreichbarkeit der Jugendlichen in den drei genannten Feldern degressiv ist: Die erste Gruppe lässt sich aufgrund der professionellen Führung dieser Angebote am leichtesten erreichen. Für die zweite Gruppe wird das schon komplizierter, weil viele dieser Angebote zwar von Expertinnen und Experten ihres Fachs, aber psychologischen Laien geleitet werden. Doch wird man grundsätzlich in beiden Fällen nach einem ähnlichen Muster vorgehen, um die Jugendlichen zu erreichen: Die Schlüsselpersonen müssen in einem ersten Schritt identifiziert und angesprochen werden. Im günstigsten Fall sind sie bereit, sich auf einen Prozess einzulassen, der ihnen persönlich und den Jugendlichen viel bringen kann. Die Rolle als Multiplikatoren sollte für sie attraktiv und einleuchtend sein und mit wenig Aufwand zu guten und greifbaren Resultaten führen.

Für die dritte Form von Aktivitäten kommt eigentlich nur eine aufsuchende Begleitung infrage, was eine Vielzahl von rechtlichen, finanziellen und ethischen Problemen aufwerfen würde.

Fazit: Werden die Jugendlichen als Teil eines Systems betrachtet, so zeigt sich der Zugang zu ihnen als ein Weg über settingspezifische Multiplikatorinnen und Multiplikatoren: Im Setting Elternhaus sind dies die Eltern, im Setting Schule die Lehrpersonen, in den Lehrbetrieben die Lehrmeister, in den tertiären Bildungseinrichtungen die Dozierenden und im Setting Freizeit sind dies entweder professionelle Begleiter oder Peers. Auf der Verhältnisebene soll-

ten strukturelle Angebote geschaffen werden, beispielsweise Kurse (z.B. für Kommunikations- und Persönlichkeitsschulungen) oder spezifische Beratungsstellen, aber auch Infrastrukturen für Freizeitaktivitäten, zur Förderung der psychomotorischen Fähigkeiten oder Angebote im Bereich der Entspannung, des Sports oder in musischen Disziplinen. Ganz im Sinne des Ergebnismodells der Gesundheitsförderung (Cloetta et al., 2005) werden sich diese Strukturen auf den Verhaltensebenen sowohl der Multiplikatoren als auch der Jugendlichen zeigen.

8.5 Literaturverzeichnis

- Abel, T., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2011). Health Literacy / Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: BZgA, S. 337-340.
- Anliker, S., Conrad, C., Holdener, E., Rimann, N. & Sandmeier, A. (2014). *Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen in Bildungseinrichtungen. Bildung + Gesundheit Netzwerk Schweiz. Referat an der 3. Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz an der Swiss Public Health Conference 2014*. http://sph14.organizers-congress.ch/downloads/presentations/SessionsC/C5_Conrad.pdf (Zugriff: 1.12.2015).
- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz. Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Schweiz. Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Bern: Hogrefe.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, 1–8.
- Bauer, J. (2007). *Lob der Schule: Sieben Perspektiven für Schüler, Lehrer und Eltern*. Frankfurt: Hoffman und Campe.
- Berking, M. (2015). Ausgangspunkt: Emotionsregulation und Psychische Gesundheit. In: M. Berking (Hrsg.), *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer. S. 7-16.
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and health: State of the art. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Binding-Stiftung (2015). Jugendprojekt LIFT – eine Chance für Jugendliche, Schulen und Wirtschaft. <http://www.binding-stiftung.ch/de/jugendprojektlift.php> (Zugriff: 23.9.2015).
- Bolliger-Salzmann, H., Müller, V., & Omlin, M. (2015). *Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen*. Aarau: Departement Gesundheit und Soziales.
- Bolliger-Salzmann, H. (2014). *Emotionale Klarheit. Das Arbeitsbuch mit Stichworten, Erläuterungen, Überlegungen, Ausführungen und Übungen zur Leichtigkeit des Seins. Ein Aufruf zur sozialen, politischen und ökologischen Verantwortung*. Köniz: hbs-Verlag.
- Bundsamt für Gesundheit (2013). Psychische Gesundheit und Psychische Krankheiten. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/?lang=de> (Zugriff: 1.12.2015).
- Bundesamt für Statistik (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2012). Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html
- Bundesamt für Statistik (BFS). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel. BFS.

- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret/band-6-gesundheitsfoerderung-durch-lebenskompetenzprogramme-in-deutschland/> [Zugriff: 1.12.2015].
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Cloetta, B., Spörri-Fahrni, A., Spencer, B., Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U. & Ruckstuhl, B. (2005). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention* (2. Version). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Davidson, R.J. & Schuyler, B.S. (2015). Neuroscience of Happiness. In: J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Hrsg.). *World Happiness Report 2015*. New York: Sustainable Development Solutions Network. A global initiative for the United Nations. S. 88-105.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008). Self-Determination: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Dinkmeyer, D. Jr., McKay, G.D. & Dinkmeyer, D. Sr. (2006). *STEP – Das Elternbuch, Kinder ab 6* (2. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Dinkmeyer, D. Sr., McKay, G.D. & Dinkmeyer, D. Jr. (2011). *STEP – Das Buch für Lehrer/innen: Wertschätzend und professionell den Schulalltag gestalten*. Weinheim: Beltz.
- Egle, U.T., Hofmann, S.O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 9, 555-562.
- elternbildung.ch (2015). www.elternbildung.ch/index_deutsch.html [Zugriff: 16.2.2015].
- Eschmann, S., Weber Häner, Y. & Steinhausen, H. C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4):270-279.
- familienhandbuch.de (2015). www.familienhandbuch.de [Zugriff: 16.2.2015].
- FORS Surveys, Schweizer Haushalt-Panel (SHP) 2012. <http://forscenter.ch/de/our-surveys/schweizer-haushalt-panel/>.
- Gross, P. (2005). *Die Multioptionengesellschaft* (10. unveränderte Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Herbig, B., Glaser, J. & Gunkel, J. (2008). *Kreativität und Gesundheit im Arbeitsprozess – Bedingungen für eine kreativitätsförderliche Arbeitsgestaltung im Wirtschaftsleben*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hilti, N. (2012). *Prävention von Angststörungen bei Kindern und deren Mütter*. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg, Schweiz. Berlin: epubli GmbH.
- Hölzl, B.K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K. & Vaitl, D. (2008). Investigations of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive Affective Neuroscience* 3 (1), 55-61.
- Hurrelmann, K. & Albrecht, E. (2014). *Die heimlichen Revolutionäre – Wie die Generation Y unsere Welt verändert*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2013). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Infodrog (2014). *Arbeit mit Peers im Suchtbereich in der Schweiz*. Leitfaden der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht Infodrog: Bern.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Was ist Aufmerksamkeit? <http://www.arbor-seminare.de/was-achtsamkeit-ist> [Zugriff: 21.8.2015].
- Keupp, H. & Ahbe, T. (2006). *Identitätskonstruktion. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowolt.
- Kuntz, B., Ziese, T. & Lampert, T. (2013): Endlich erwachsen – unendlich gesund?! *Impulse* 78, 2-3.

- Kühne, M. & Bosshart, D. (2014). Der nächste Luxus. Was uns in Zukunft lieb und teuer sein wird. GDI Studie 41. Rüslikon: Gottlieb Duttweiler Institut.
- Laucht, M., Schmidt, H & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 97-108.
- lifematters (2015). www.lifematters.com (Zugriff: 16.2.2015).
- Litau, J. (2011). *Risikoidentitäten. Alkohol, Rausch und Identität im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heissling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* (36), S. 38-46.
- Mattig, T. (2014). *Autonomie als Herausforderung für die Gesundheitsförderung*. Arbeitspapier 19. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Mead, G.H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf (Zugriff: 30.9.2015).
- Neuberger, C. (1997). Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit und Armut auf Familien und Kinder. In: Otto, U. (Hrsg.), *Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 79-122.
- Neumann-Braun, K., Kleinschnittger, V., Baumgärtner, M., Klug, D., Preite, A. & Preite, L. (2012). *Das pädagogische Konzept der Peer Education im Rahmen der Medienkompetenzförderung und Jugendmedienschutz* (Forschungsbericht 15/12). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Auflage). Weinheim: PVU. S. 271-332.
- Plaumann, M., Busse, A. & Walter, U. (2006). Stressbelastung und ihre Prävention im Kindes- und Jugendalter. In: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), *Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Weissbuch Prävention 2005/2006*. Heidelberg: Springer.
- Radix (2015). Psychische Gesundheit in der Schule. <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Psychische-Gesundheit/PU9ZI/> (Zugriff: 30.11.2015).
- Raithel, J. (2011). *Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung* (2. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810-818.
- Rotthaus, W. (2007). *Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Sanders, M.R., Cann, W. & Markie-Dadds, C. (2003). The triple P – Positive Parenting Program. A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child abuse review* 12, 155–171.
- Schäfers, B. (2001): *Jugendsoziologie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulz von Thun, F. (2010). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (48. Auflage). Reinbek: rororo.
- Steinberg, L. (1993). *Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Tschumper, A. (2003). *Psychosoziales Umfeld: Tragfähige persönliche Beziehungen als gesundheitliche Ressource*. Institut für Psychologie der Universität Bern. In Zusammenarbeit mit den beiden Forschungsteams HBSC und SMASH.
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2009). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2000). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (12. Aufl.). Bern: Huber.
- Wicki, W. (2010). *Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- ZDF (2006). Schulpflicht für Eltern. Heute.de – das Magazin vom 6.5.2006. www.nao.be.schule.de/schule/presse/zdf_05_06/heute_05_06.html (Zugriff: 16.2.2015).

9 Psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit

Prof. Dr. Andreas Krause, Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz

Zusammenfassung

Arbeit erfüllt wichtige psychosoziale Funktionen und fördert die psychische Gesundheit. Die subjektiven Angaben zur psychischen Gesundheit sind bei der deutlichen Mehrheit der fast fünf Millionen Erwerbstätigen in der Schweiz positiv ausgeprägt. Das Arbeitsgesetz bietet einen ersten Rahmen, um Erwerbstätige vor psychosozialen Risiken bei der Arbeit zu schützen. Arbeitgeber haben eine Fürsorgepflicht gegenüber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Für Erwerbslose sind andere Akteure wie RAV und Suva bedeutsam. Hinsichtlich der Förderung individueller psychischer Gesundheit wird auf freiwillig initiierte Angebote in Betrieben gesetzt, d.h., eine betriebliche Verpflichtung kann nicht unmittelbar aus gesetzlichen Bestimmungen abgeleitet werden. Entsprechend bedarf es umso mehr der Überzeugungsarbeit bei den betrieblichen Entscheidungsträgerinnen und -trägern, die wissenschaftlich nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, psychischer Gesundheit und Produktivität zu verstehen, Analysen in der eigenen Unternehmung anzustossen und daraus zielgruppenspezifische Massnahmen abzuleiten.

9.1 Erwerbstätigkeit

Erwerbstätig sind Personen, die als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbstständige oder im Familienbetrieb mithelfende Angehörige eine auf wirtschaftlichen Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben. Bei der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung werden Personen einbezogen, die zumindest eine Stunde in der relevanten Referenzwoche gegen Entlohnung arbeiten oder trotz zeitweiliger Abwesenheit vom Arbeitsplatz eine Arbeitsstelle haben. 4,944 Millionen Menschen waren nach Angaben des Bundesamts für Statistik im 3. Quartal 2015 in der Schweiz erwerbstätig.

Erwerbsarbeit deckt nur einen Teil der in der Gesellschaft verrichteten Arbeit ab. Besonders umfangreich ist die **Haus- und Familienarbeit**, das heisst unbezahlte Arbeiten innerhalb des eigenen Haushalts wie Putzen oder Kinderbetreuung, die auch gegen Bezahlung von Dritten ausgeübt werden könnten. Frauen üben in der Schweiz im Durchschnitt sogar deutlich mehr Haus- und Familienarbeit aus als Erwerbsarbeit (im Jahr 2013: 29,1 Stunden versus 20,6 Stunden), bei Männern überwiegt die Erwerbsarbeit gegenüber der Haus- und Familienarbeit (im Jahr 2013: 33,3 Stunden versus 17,5 Stunden).

Bedeutsam ist zudem die **Freiwilligenarbeit**, die unbezahlte Hilfeleistungen aus persönlicher Initiative für Personen in anderen Haushalten (informelle Freiwilligenarbeit) sowie unbezahlte Tätigkeiten, etwa in Vereinen und öffentlichen Institutionen (institutionalisierte Freiwilligenarbeit), umfasst. Im Jahr 2013 übte jede dritte Person in der Schweiz, die älter als 15 Jahre alt war, Freiwilligenarbeit aus, und zwar im Durchschnitt gut 4 Stunden pro Woche. Im Vergleich üben Frauen deutlich häufiger informelle, Männer deutlich häufiger institutionalisierte Freiwilligenarbeit aus. Während sich der zeitliche Umfang für Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit in den letzten Jahren tendenziell leicht erhöht hat und der zeitliche Umfang für Freiwilligenarbeit bei den aktiv Freiwilligen recht stabil geblieben ist, ist der relative Anteil der Freiwilligen an der Gesamtbevölkerung seit 2004 von 40,8% auf 33,3% deutlich gesunken.

Die **Arbeitslosenstatistik** des Staatssekretariats für Wirtschaft weist für Dezember 2015 eine Arbeitslosenquote von 3,7% aus. Hierbei werden allerdings nur Arbeitslose berücksichtigt, die bei einem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum registriert und unmittelbar vermittlungsfähig sind. Wenn auch Arbeitssuchende berücksichtigt werden, die nicht bei einem Arbeitsvermittlungszentrum registriert sind,

erhöht sich die **Erwerblosenquote** auf 4,9% (Stand: November 2015). In dieser zweiten Statistik werden beispielsweise ausgesteuerte Arbeitslose, Hausmänner und -frauen, die wieder in das Erwerbsleben einsteigen möchten, sowie Studierende auf der Suche nach Beschäftigung in den Semesterferien berücksichtigt. Zu beachten ist, dass es spezifische Risikogruppen wie jüngere Geringqualifizierte mit deutlich höherer Erwerblosenquote gibt.

9.2 Psychische Gesundheit

9.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Grundsätzlich wird der Erwerbsarbeit eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit zugesprochen (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013), insbesondere aufgrund ihrer psychosozialen Funktionen: Fördern von Aktivität und Kompetenz, Zeitstrukturierung, Bereitstellen von Kooperationsmöglichkeiten, Quelle für soziale Anerkennung und für persönliche Identität (Semmer & Meier, 2014). In empirischen Studien geben erwerbslose Personen eine schlechtere psychische Gesundheit an als erwerbstätige Personen (Moreau-Gruet, 2014). Erwerbstätigkeit bringt somit ein gesundheitsförderliches Potenzial mit sich. Hinzu kommt als Selektionsmechanismus der *healthy worker effect*, das

heisst, gesunde Personen haben höhere Chancen am Arbeitsmarkt und sind somit auch eher erwerbstätig. Nicht nur Erwerbsarbeit, auch Freiwilligenarbeit hat positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit: So konnte aufgezeigt werden, dass sich Freiwilligenarbeit positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt, auch indem Bedürfnisse am Abend befriedigt und das Abschalten von der Arbeit erleichtert wurden und in der Folge eher positive Emotionen am Folgetag bei der Arbeit berichtet wurden (Mojza, Sonnentag & Bornemann, 2010). Freiwilligenarbeit kann vielfach noch mehr Sinn vermitteln als das Arbeiten in marktorientierten Unternehmen (Wehner, Ostendorp & Ostendorp, 2011). Weniger eindeutig sind die Zusammenhänge zwischen Haus-/Familienarbeit und psychischer Gesundheit, da vielfältige Einflüsse berücksichtigt werden müssen, wie etwa die Anzahl und das Alter der Kinder oder die Qualität der Absprachen zwischen den Partnern (Resch, 1999). Beispielsweise übernehmen Frauen in der Schweiz deutlich mehr Haus- und Familienarbeit und sind seltener zufrieden (im Jahr 2013: 59,4%) mit der Aufteilung im Haushalt als Männer (im Jahr 2013: 67,9%).

Verschiedene Datenquellen können herangezogen werden, um die Arbeits- und Gesundheitssituation der Erwerbstätigen in der Schweiz zu beschreiben.²⁸

²⁸ Quellen:

- Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE; Bundesamt für Statistik, 2015b).
- Schweizer Haushalt-Panel (SHP).
- European Working Condition Survey (EWCS), die alle fünf Jahre erfolgt und in der Schweiz verbunden wurde mit spezifischen Auswertungen wie etwa der «Stress-Studie» (Grebner et al., 2011) und der Auswertung zu flexiblen Arbeitszeiten (Dorsemagen et al., 2012).
- Schweizerische Gesundheitsbefragungen, die ebenfalls alle fünf Jahre stattfinden und auch unter dem Blickwinkel Arbeit und Gesundheit ausgewertet werden (Bundesamt für Statistik, 2014; Krieger, Graf & Vanis, 2015); das Schweizerische Gesundheitsobservatorium greift solche Befragungen auf und gibt einen Überblick zu wichtigen Ergebnissen in der Schweiz (z. B. Schuler & Burla, 2012; Moreau-Gruet, 2014).
- Erhebung im Auftrag der Gewerkschaft Travail Suisse zur Qualität der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Arbeitnehmenden (Fischer, 2015).
- Erhebung über Sicherung und Gesundheit am Arbeitsplatz in der Schweiz (European Agency for Safety and Health at Work, 2015; Klahr, Higton & Harris, 2012).
- Job-Stress-Index, der mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz eingeführt wurde (Ilgic et al., 2014; Ilgic et al., 2015).
- Schweizer Human-Relations-Barometer (Grote & Staffelbach, 2014), der seit 2012 vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert wird.
- Erhebungen und Auswertungen zu spezifischen Fragestellungen im Arbeitskontext, etwa zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz in der Schweiz (Strub & Schär Moser, 2008), zum Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden (Baer et al., 2010) oder zu Doping am Arbeitsplatz (Berlowitz, 2012).
- Repräsentative Erhebungen bei einzelnen Berufsgruppen, zum Beispiel für Schweizer Lehrpersonen (z. B. Kunz Heim, Sandmeier & Krause, 2014).
- Erhebungen zur Wahrnehmung und Verbreitung gesundheitsrelevanter Angebote in Betrieben (z. B. Bauer & Schmid, 2006; Berset, Krause & Straub, 2015; Grutsch & Kressig, 2015) sowie speziell zur Nutzung des Angebots KMU-vital (Brägger, 2014).
- Kostenschätzungen zu den Auswirkungen fehlender psychischer Gesundheit (z. B. Läubli, 2014; Wieser et al., 2014).

Diese Studien decken teilweise ähnliche Inhalte mit unterschiedlichen Fragen und Zeitpunkten ab, was zu anderen Ergebnissen führen kann.

Übereinstimmend ist festzustellen: Die Erwerbstätigen in der Schweiz verfügen mehrheitlich über einen subjektiv **guten allgemeinen Gesundheitszustand**.

Im Rahmen der Schweizer Stressestudie gaben im Jahr 2010 87 % an, dass ihr Gesundheitszustand gut bis sehr gut sei (Grebner et al., 2011). Bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ergab sich 2012 ein ähnliches Bild: 89,5 % berichteten einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand, 2007 lag der Anteil

Informationsbox Pro Mente Sana: Depression (Major Depression)

Hauptkennzeichen einer Depression sind eine traurige, gedrückte Stimmung über die meiste Zeit des Tages, Verlust an Interessen oder Freude sowie verminderte Energie und erhöhte Ermüdbarkeit. Weitere Symptome können Denk-, Konzentrations- und Schlafstörungen, Schuldgefühle, Wertlosigkeit, vermindertes Selbstvertrauen, Suizidgedanken, Suizidhandlungen oder veränderter Appetit sein. Alltägliche Aufgaben, berufliche Verpflichtungen, Freizeitaktivitäten und soziale Kontakte sind für Betroffene schwer zu bewältigen.

Depressionen unterscheiden sich in den Erscheinungsformen und Schweregraden. Dies kann von leichten Depressionen, die von aussen kaum erkennbar sind, bis zu schweren Depressionen, die Betroffene völlig lähmen, reichen.

Prävalenzen Schweiz: Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Jahresprävalenz von Depressionen liegt gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bei 5,2.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Ursachen sind vielfältig, wie beispielsweise eine genetische Veranlagung, Persönlichkeits- und Umweltfaktoren. Depressionen können auch als Folge, Symptome oder Verstärker von vielen anderen psychischen Störungen auftreten. Ergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen mit geringerer Bildung, tieferer sozialer Schicht, Erwerbslosigkeit, tieferer Position oder tieferem Einkommen häufiger an Depressionen leiden. Frauen sind von Beginn der Adoleszenz bis ins höhere Alter stärker von Depressionen betroffen als Männer. Besondere Risikogruppen für Depressionen sind Personen mit bereits vorhandenen körperlichen Beschwerden, ältere Menschen und Personen, die an Einsamkeit leiden oder Probleme am Arbeitsplatz haben.

Behandlung: Die Behandlung ist abhängig vom Schweregrad der Depression. Bei leichten Depressionen scheint eine Psychotherapie mit Verhaltensmassnahmen (gute Schlafhygiene, sportliche Betä-

tigung, Vermeidung von Alkohol usw.) hilfreich zu sein. Eine Kombination von Psychotherapie und Medikamenten ist bei mittelgradigen bis schweren Depressionen am erfolversprechendsten.

Sonderform postpartale Depression

Bei der postpartalen Depression treten die Symptome in der Schwangerschaft oder bis zu vier Wochen nach der Geburt auf. Rund 10–15 % aller Mütter erkranken an einer postpartalen Depression. Auch Väter können betroffen sein. Die postpartale Depression beeinflusst die Interaktion zwischen der Mutter (dem Vater) und dem Kind. Dies sollte in der Behandlung berücksichtigt werden.

Exkurs: Burnout

Burnout ist in den Diagnosekatalogen nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt, dennoch wird es in den Medien stark beachtet. Burnout wird oft in Zusammenhang mit Überlastung (Stress) am Arbeitsplatz gebracht. Das Kernsymptom von Burnout ist die emotionale Erschöpfung (Ausgebranntsein). Massnahmen zur Burnoutprävention auf Verhaltenesebene können Ausgleich, aktive Erholung, das Setzen von Grenzen oder das Achten auf weniger Perfektionismus sein. Auf Verhältnisebene, im Arbeitskontext, hat das betriebliche Gesundheitsmanagement grosse Bedeutung und damit die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen.

Quellen: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10); Ihde-Scholl, T. (2015). Wenn die Psyche streikt. Beobachter Edition. Axel Springer Schweiz AG; Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; <http://www.postnatale-depression.ch>.

der Erwerbstätigen mit guter bzw. sehr guter Gesundheit sogar noch höher (Krieger, Graf & Vanis, 2015). Bei der Frage zum Gesundheitszustand wird allerdings nicht explizit zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit unterschieden. Somit lohnt sich ein Blick auf weitere Indikatoren, die noch eindeutiger psychische Aspekte der Gesundheit beleuchten.

Die **Arbeitszufriedenheit** ist hoch. Fast vier von fünf Erwerbstätigen berichten eine hohe oder sehr hohe Arbeitszufriedenheit, drei von vier Erwerbstätigen eine geringe oder sehr geringe Resignation (Krieger, Graf & Vanis, 2015). Im HR-Barometer 2014 kommt ein etwas kritischeres Ergebnis zum Vorschein: Bei fast 30 % sei die Arbeitszufriedenheit nur deshalb zufriedenstellend, weil das eigene Anspruchsniveau an die Arbeit gesenkt wurde (Grote & Staffelbach, 2014). Im Jahr 2010 schätzten sich die Schweizer Erwerbstätigen mehrheitlich kompetent hinsichtlich ihrer persönlichen **Stressbewältigung** ein: Nur 7 % fühlten sich eher schlecht oder überhaupt nicht imstande, ihren Stress zu bewältigen. Die Stresskompetenz ist auch relevant für die Gesundheit: Diejenigen Personen, die sich kompetenter fühlen, geben tendenziell auch einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand an (Grebner et al., 2011).

Optimismus kann noch eindeutiger als die Frage nach allgemeiner Gesundheit als Indikator für psychisches Wohlbefinden interpretiert werden. Erwerbstätige sind im Alltag optimistischer: Auf die Frage, wie häufig man sich voll Kraft, Energie und Optimismus fühle, geben Vollzeitbeschäftigte (76,5 %) und Teilzeitbeschäftigte (73,4 %) häufiger als Nichterwerbstätige (62,4 %) eindeutig positive Antworten (Moreau-Gruet, 2014). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der **Lebenszufriedenheit**, auch hier kommt für Vollzeitbeschäftigte (69,8 %) und Teilzeitbeschäftigte (67,9 %) eine höhere Zufriedenheit zum Vorschein als für Nichterwerbstätige (58,7 %).

Bezüglich Kontrollüberzeugungen zeigen sich überraschenderweise keine eindeutig interpretierbaren Unterschiede zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten sowie Nichterwerbstätigen (Moreau-Gruet, 2014). Als Indikator für **psychosoziale Gesundheit** kann aus

der Schweizerischen Gesundheitsbefragung das Vorhandensein von Vertrauenspersonen betrachtet werden (Moreau-Gruet, 2014, S. 23). Personen mit Teilzeitbeschäftigung haben besonders häufig mehrere Vertrauenspersonen (74,5 %), noch häufiger als Vollzeitbeschäftigte (70,2 %) und, wie erwartet, auch als Nichterwerbstätige (62,9 %). Allerdings ist zu beachten, dass das Vorhandensein von Vertrauenspersonen vor allem mit dem Alter zusammenhängt und mit zunehmendem Alter seltener mehrere Vertrauenspersonen genannt werden.

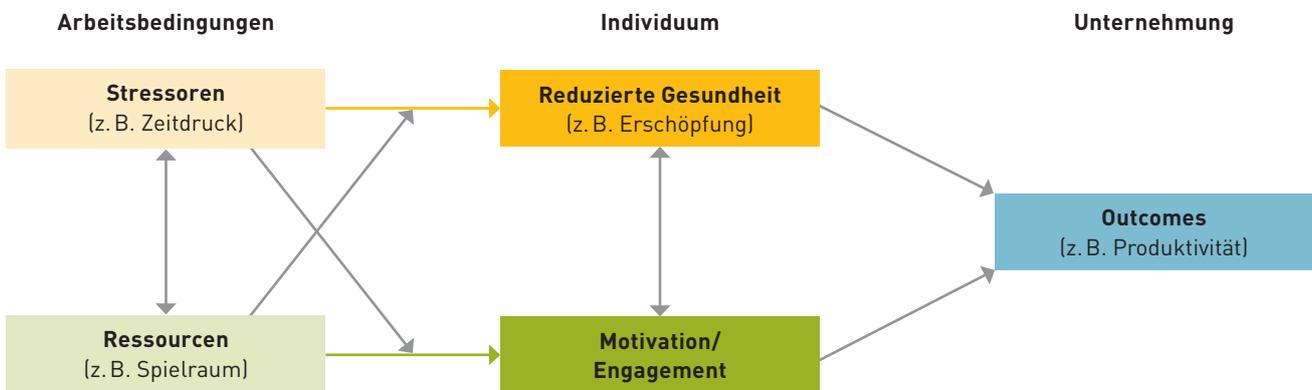
Eine **psychische Störung** ist in der Schweiz überwiegend **kein Hindernis für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit**. «2007 waren in der Schweiz etwa 70 % der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen mit einer mittelgradigen oder schweren psychischen Störung erwerbstätig» (OECD, 2014, S. 28). Für diese Personengruppe weist die Schweiz die höchste Erwerbsrate im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern aus. Selbst bei schweren psychischen Störungen lag die Erwerbsrate bei über 70 %, mit weitem Abstand folgten die Niederlande und Norwegen (OECD, 2015). Dennoch sind in den letzten zwanzig Jahren die Anzahl, die IV-Bezugsquote wie auch der Anteil der Personen mit psychischen Störungen bei IV-Bezüglern kontinuierlich angestiegen, seit 1995 jährlich um durchschnittlich 1,7 % (OECD, 2015). Im Jahr 2011 waren 4,8 % der Gesamtbevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren Bezüger von IV-Renten. Gemäss Bürli et al. (2015) erfolgen auch aktuell noch 43 % der IV-Berentungen aufgrund einer psychischen Erkrankung. Insbesondere bei den 20- bis 44-Jährigen ist die Dominanz psychischer Erkrankungen als Grund für Neuberentungen auffällig (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2015).

9.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Um den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Persönlichkeitsmerkmalen und psychischer Gesundheit zu beschreiben und zu untersuchen, wurden mehrere Theorien bzw. Modelle entwickelt (Bauer & Jenny, 2015; Richter, Buruck, Nebel & Wolf, 2011; vgl. Kapitel 2).²⁹ Exemplarisch soll das Job-De-

²⁹ Solche Modelle fokussieren die besondere Bedeutung von Arbeit und unterscheiden sich in ihrem Blickwinkel und ihren Begriffen von anderen Modellen etwa aus Public Health und Gesundheitspsychologie. Das ist eine Quelle für Missverständnisse, etwa wenn Belastungen in den Arbeitswissenschaften bzw. in der internationalen Norm ISO 10075 als neutral und nicht als gesundheitskritisch definiert werden; negative Einflüsse sind entsprechend als *Fehlbelastungen* zu charakterisieren (Ulrich & Wülser, 2015).

ABBILDUNG 9.1

Job-Demands-Resources-Modell in Anlehnung an Bakker und Demerouti (2007)

mands-Resources-Modell (JD-R-Modell; Abbildung 9.1) vorgestellt werden.

Im JD-R-Modell werden mit Stressoren (*Job demands*) und Ressourcen (*Job resources*) zwei Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit unterschieden. Arbeitsbezogene Stressoren führen demnach zu einer beeinträchtigten Gesundheit, etwa zu emotionaler Erschöpfung (gelber Pfeil), während arbeitsbezogene Ressourcen in erster Linie mit motivationalen Prozessen wie Engagement in Verbindung stehen (grüner Pfeil). In dem Modell werden weitere Auswirkungen auf betrieblich bedeutsame Kennzahlen (*Outcomes*) angenommen, etwa auf Produktivität und Absenzen. Ein solches Modell zum Einfluss von Arbeitsbedingungen auf psychische Gesundheit und psychische Beeinträchtigungen bietet Orientierung, um die folgenden Ergebnisse zur Situation in der Schweiz einordnen zu können, und zeigt auf, dass Merkmalen der Arbeitssituation besondere Bedeutung für die psychische Gesundheit Erwerbstätiger beigemessen wird. Personale Ressourcen wie etwa Selbstwirksamkeit können zusätzlich in dem Modell integriert werden (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2007).

Im Folgenden werden zunächst Ergebnisse zu **arbeitsbezogenen Ressourcen** vorgestellt. Wichtige Ressourcen im Arbeitsleben sind Handlungsspielraum, ganzheitliche Tätigkeiten, unterstützendes Vorgesetztenverhalten und allgemeine Wertschätzung. Diese werden bei der Berechnung des Job-Stress-Indexes von Gesundheitsförderung Schweiz herangezogen (Igic et al., 2014). Ressourcen helfen, Anforderungen zu bewältigen und ungünstige Ar-

beitsbedingungen wie beispielsweise zahlreiche Unterbrechungen zu minimieren. Im Vergleich mit dem EU-Durchschnitt verfügen viele Schweizerinnen und Schweizer über mehr Ressourcen bei der Arbeit (Krieger et al., 2012): 73% erhalten Unterstützung durch Vorgesetzte, 82% von Arbeitskolleginnen oder -kollegen. 95% geben an, dass sie von Vorgesetzten respektiert werden, 75% berichten, dass der/die Vorgesetzte Konflikte gut löst, 75% werden ermutigt, an wichtigen Entscheidungen mitzuwirken. Das Arbeitstempo oder den Arbeitsrhythmus aussuchen oder ändern können 79%, die Pausen nach eigenen Bedürfnissen machen ist für 62% der abhängig Beschäftigten möglich. 79% können das Vorgehen bei der Erledigung der Arbeit aussuchen oder ändern. Bezüglich Partizipationsmöglichkeiten geben 57% der Schweizer Erwerbstätigen an, Entscheidungen am Arbeitsplatz beeinflussen zu können, die wichtig für ihre Arbeit sind. Besonders erfreulich: 91% haben das Gefühl, eine sinnvolle Arbeit zu verrichten. Die positiven Effekte personaler Ressourcen wie Selbstwirksamkeit auf den erfolgreichen Umgang mit Stressoren sind gut belegt (Semmer & Meier, 2009). Gleichzeitig sind diese personalen Ressourcen Indikatoren für psychische Gesundheit und wurden im Abschnitt 9.2.1 bereits behandelt.

Rau und Buyken (2015) zeigen hinsichtlich der arbeitsbezogenen **Stressoren** auf, dass unter anderem hohe Arbeitsintensität, die fehlende Balance zwischen Anstrengung und Belohnung, lange Arbeitszeiten, widersprüchliche Erwartungen (Rollenkonflikte) und Arbeitsplatzunsicherheit auf Basis qualitativ hochwertiger Metaanalysen und Reviews

erwiesenermassen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. In der Schweiz sind Arbeitsunterbrechungen, Arbeiten mit hohem Tempo und Termindruck besonders verbreitet. 48% der Befragten müssen ihre Arbeit sehr oder ziemlich häufig wegen unvorhergesehener Aufgaben unterbrechen (Grebner et al., 2011). 43% der Schweizer Erwerbstätigen arbeiten chronisch, das heisst drei Viertel bis die ganze Zeit, mit hohem Tempo. «2005 gaben 69% und im Jahr 2010 80% der Schweizer Erwerbstätigen an, mindestens ein Viertel der Arbeitszeit unter Termindruck tätig zu sein.» (Grebner et al., 2011, S. 34)

Bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 wurde ein etwas anderes Risikoprofil ermittelt. Als häufigste Risiken gaben die Befragten an, dass sie meistens oder immer an zu viele Dinge gleichzeitig denken müssen (44% der Erwerbstätigen) und dass sie sich beeilen müssen (38%). Bei der europäischen Erhebung ESENER-2 wurde hingegen weder Zeitdruck noch Multi-Tasking, sondern der Umgang mit schwierigen Kundinnen und Kunden als meistverbreiteter Risikofaktor identifiziert (European Agency for Safety and Health at Work, 2015).

Mit dem Job-Stress-Index ist das Anliegen verbunden, Stressoren in Beziehung zu den Ressourcen zu setzen. Die Mehrheit der Schweizer Erwerbstätigen hat mehr oder zumindest gleich viel Ressourcen im Vergleich zu den Stressoren, für etwa jede/n Vierte/n gilt das allerdings nicht (Ilgic et al., 2014), und dies geht mit Beeinträchtigungen bei der psychischen Gesundheit einher (Ilgic et al., 2015).

Physische Risikofaktoren wirken sich psychisch aus, etwa wenn eine hohe Lautstärke und Zugluft die menschliche Leistungsfähigkeit überfordern sowie als illegitim und als fehlende Wertschätzung bewertet werden. Sie sind jedoch nicht Fokus dieses Berichts. Bemerkenswert ist allerdings, dass die Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung belegen, dass im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Annahme die Bedeutung physischer Risikofaktoren nicht fortlaufend abnimmt, sondern in den letzten Jahren wieder zugenommen hat (BFS, 2014).

Hinsichtlich der **persönlichen Risikofaktoren** sind beispielsweise gesundheitskritische Verhaltensweisen wie Rauchen und mangelnde Bewegung im Alltag oder kritische Lebensereignisse wie Trennungen in Partnerschaften bedeutsam. Mit Blick auf die psychische Gesundheit stellt sich unmittelbar die Frage, wie ein erfolgreicher Umgang mit solchen persönli-

chen Risikofaktoren gelingen und gefördert werden kann, was unter dem Stichwort Resilienz derzeit starke Beachtung findet. Baer et al. (2010) zeigen auf, dass eigene psychische Erkrankungen ein wesentlicher Risikofaktor sind, beispielsweise gehen psychische Erkrankungen mit Ängsten wie hoher Arbeitsplatzunsicherheit einher.

Bemerkenswert ist, dass bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung fast jede zweite erwerbstätige Person positive Auswirkungen der Erwerbsarbeit auf die allgemeine Gesundheit berichtet (45,8%), während nur gut jede zehnte Person sagt, dass sich die Arbeit negativ auf ihre Gesundheit auswirkt (Krieger, Graf & Vanis, 2015). Allerdings berichten Erwerbstätige, die einen Handwerksberuf ausüben, auffallend häufig einen hauptsächlich negativen Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit (Krieger et al., 2012).

9.3 Besondere Herausforderungen der Erwerbstätigkeit

Mit Blick auf die psychische Gesundheit der Erwerbstätigen soll im Folgenden die Bedeutung der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben, der Geschwindigkeit von Veränderungen in der Arbeitswelt sowie von Druck hervorgehoben werden. Ergänzend wird auf die Bedeutung der Integration von Erwerbslosen in den ersten Arbeitsmarkt hingewiesen.

Erwerbstätige haben neben der Arbeit noch andere Verpflichtungen (z.B. Familie, ehrenamtliches und politisches Engagement) und Interessen, beispielsweise übernehmen 35% der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren in der Schweiz regelmässige Betreuungsaufgaben für Kinder oder Erwachsene (BFS, 2014). Zudem ist angesichts der berichteten hohen Arbeitsintensität der Wechsel von Anstrengung und Erholung gesundheitsrelevant. Somit ist das Herstellen einer **Balance** zwischen den verschiedenen Anforderungen eine besondere Herausforderung für die Zielgruppe der Erwerbstätigen. In Betrieben häufig verwendete Begriffe wie Work-Life-Balance, Life-Domain-Balance oder Work-Life-Integration sind Indikatoren für die Bedeutung der aktiv herzustellenden Balance (Ulich & Wiese, 2011). Für Erwerbstätige gehört diese Balance zu den wichtigsten Merkmalen attraktiver Arbeitgeber (Rietz & Lohaus, 2013). Der Mehrheit der Erwerbstätigen scheint dies momentan zu gelingen: Auch bei einer

Doppelbelastung durch Erwerbs- und Betreuungsarbeit geben rund 80% an, sich dadurch bei der Ausübung der Berufstätigkeit nicht eingeschränkt zu fühlen (BFS, 2014). Die deutliche Mehrheit (87%) der Schweizer Erwerbstätigen gibt erfreulicherweise an, Arbeit und soziale Verpflichtungen gut oder sehr gut miteinander vereinbaren zu können (Krieger et al., 2012).

Es liegen zahlreiche Hinweise vor, dass **Veränderungen in der Arbeitswelt** die Erwerbstätigen stark fordern und mit Chancen wie auch Risiken verbunden sind (Bruch & Menges, 2010; Rosa, 2005), zum Beispiel die Trends zur Digitalisierung und zum flexiblen Arbeiten an ganz unterschiedlichen Orten und Uhrzeiten. Spürbar für die einzelnen Erwerbstätigen sind die zunehmend im globalen Wettbewerb agierenden Unternehmen, die flexibel auf veränderte Kundenerwartungen und Bedürfnisse am Markt reagieren und Arbeitnehmende wünschen, die ihre Kreativität und ihr volles Engagement für die Unternehmensziele einbringen (Krause, Berset & Peters, 2015). Die Publikationen zum HR-Barometer geben einen guten Überblick zu Veränderungen, die die Schweizer Erwerbstätigen beschäftigen, indem etwa veränderte gegenseitige Erwartungen zwischen Arbeitgebenden und -nehmenden (neue psychologische Verträge), die Notwendigkeit zum selbstständigen Aushandeln der eigenen Arbeitssituation (*job crafting*) sowie zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit thematisiert werden. Grote und Staffelbach (2014) fassen zusammen: «*Ökonomische Aspekte der Arbeitsbeziehung gewinnen gegenüber Loyalität und Bindung die Oberhand*» (S. 10).

Für die Erwerbstätigen scheinen die Veränderungen mit Beschleunigung und mehr **Druck** verbunden zu sein: Es ist mehr zu leisten in der verfügbaren Zeit, Aufgaben werden komplexer, ohne dass gleichzeitig mehr zeitliche Ressourcen bereitgestellt werden. Hinzu kommt aber noch ein ganz anderer Druck, nämlich der Druck, gesund zu bleiben, was auch an dem verbreiteten Phänomen erkennbar ist, krank bzw. angeschlagen zu arbeiten. Es kann heikel sein, im eigenen Betrieb Schwierigkeiten und Schwächen anzusprechen. Das Thematisieren psychischer Probleme ist in Betrieben tabuisiert (Gentile & Meier-Magistretti, 2014). Selbst das Ansprechen von Überlastungssituationen und persönlicher Überforderung wird derzeit von den betroffenen Personen als heikel oder als persönliche Schwäche eingestuft und in der Folge vielfach verschwiegen.

Angesichts der im Vergleich zu anderen Altersgruppen fortlaufend hohen Arbeitslosigkeit von Jugendlichen stellt sich weiterhin die Frage, wie die **Integration in den Arbeitsmarkt** gelingen kann (Steimen Grandel & Hildebrand Albert, 2000). Lätsch, Pfiffner und Wild-Näf (2011) zeigen auf, dass gerade junge Sozialhilfebeziehende überdurchschnittlich viel Suchtmittel konsumieren und eher geringe Kontrollüberzeugungen aufweisen, sodass «*Hinweise auf eine psychische Gefährdung*» (S. 3) und Handlungsbedarf bestehen. Ebenso wird vielfach auf die Notwendigkeit hingewiesen, spezifische Angebote für ältere Mitarbeitende in Betrieben zu unterbreiten, und zwar sowohl für die bestehende Belegschaft in den Betrieben (Zölch & Mücke, 2015) als auch für erwerbslose Ältere (Schmugge, Künzi & Guggisberg, 2007).

9.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

9.4.1 Wie können Erwerbstätige erreicht werden?

Die Erwerbstätigen können im betrieblichen Umfeld sehr gut erreicht werden, deshalb ist Gesundheitsförderung im Arbeitsalltag ein vielversprechender Weg, um die psychische Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Zudem hat der Arbeitgeber eine Fürsorgepflicht gegenüber den Arbeitnehmerinnen und -nehmern und im Arbeitsgesetz wird ein rechtlicher Rahmen zum Schutz vor psychosozialen Belastungen in den Unternehmungen definiert. Insbesondere in grösseren Betrieben besteht meist internes Know-how, um psychische Gesundheit zu thematisieren und konkrete Massnahmen zu initialisieren. Für kleinere und mittlere Betriebe ist die Unterstützung durch betriebsübergreifend wirkende Verbände vielversprechend, etwa durch Branchenverbände. Für spezifische Zielgruppen in der Organisation können Interessenverbände wertvolle Impulse setzen, etwa die Organisationen der Arbeitswelt (OdA) für Berufslernende.

Der Königsweg zur Förderung der psychischen, sozialen und körperlichen Gesundheit ist der Aufbau eines **betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)** im Unternehmen, das alle Massnahmen rund um Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung einschliesst. Eine erfolgreiche Umsetzung setzt eine Bereitschaft in den Unternehmen voraus, entsprechende Massnahmen auch während der Arbeitszeit zu fördern und in

den Arbeitsalltag zu integrieren. Zahlreiche Schweizer Betriebe gehen über das hinaus, was im Arbeitsgesetz zwingend vorgeschrieben ist. Bisherige Studien deuten bereits darauf hin, dass die Mehrzahl der Schweizer Betriebe in irgendeiner Form Angebote zur Arbeitssicherheit, zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung unterbreiten. Je nach betrachteter Massnahme ist die Verbreitung unterschiedlich stark ausgeprägt: So gaben bereits vor zehn Jahren 67% der Schweizer Betriebe ein Bewirtschaften der Absenzen, 40% Angebote zur Sozialberatung, 19% Suchtpräventionsprogramme und 21% Gesundheitskurse an (Bauer & Schmid, 2006). Auffällig ist bei Berset, Krause und Straub (2015), dass Schweizer KMU aktuell einen hohen Bedarf an Stressmanagementkursen feststellen, jedoch erst 17% entsprechende Angebote für Teile ihrer Belegschaft unterbreiten. Fischer (2015, S. 19) betont mit Blick auf die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeitenden: *«Für 14% der Arbeitnehmenden halten die Arbeitgeber keine Massnahmen zur Gesundheitsförderung bereit und für weitere 29% reichen die getroffenen Massnahmen gar nicht oder nur in geringem Mass aus.»* Um Interventionen zur Förderung psychischer Gesundheit ableiten zu können, sind fundierte Analysen im einzelnen Betrieb notwendig. Bedenklich sind die Ergebnisse von ESENER-2, die aufzeigen, dass in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern deutlich seltener Risikobewertungen am Arbeitsplatz vorgenommen werden; auch für Länder wie Estland, Albanien oder Griechenland wird eine höhere Verbreitung solcher Analysen festgestellt (European Agency for Safety and Health at Work, 2015). Positiv ist hervorzuheben, dass in der Schweiz auffallend häufig betriebsinterne Spezialistinnen und Spezialisten bei Risikobewertungen zum Einsatz kommen, was eine gute Umsetzung im Arbeitsalltag erleichtern kann.

Erwerbstätige, die nur wenig in eine betriebliche Organisation eingebunden sind, sind schwerer erreichbar. Dazu gehören Selbstständige (immerhin 13% aller Erwerbstätigen in der Schweiz) sowie Mitarbeitende in Kleinstunternehmen. Hier sind spezifische Angebote etwa über Mitgliedsvereine und das Nutzen bestehender **Netzwerkstrukturen** prüfungswert (Eich & Manike, 2013).

Bei Erkrankungen, die einen längerfristigen Ausfall bedeuten, spielen **funktionierende Schnittstellen** zwischen Betroffenen, Familienangehörigen, Arbeitgebern, Ärztinnen und Ärzten, Versicherern usw.

eine bedeutsame Rolle, die durch die zunehmende Eingliederungsorientierung seitens der IV gefördert werden (Bürli et al., 2015). Die Studien von Niklas Baer haben in den letzten Jahren aufgezeigt, dass Schweizer Führungskräfte bei der Früherkennung psychischer Erkrankungen bedeutsam sein können, allerdings gezielt unterstützt und trainiert werden sollten (Baer et al., 2010).

Daneben gibt es Personen, die **nicht erwerbstätig** sind und in Bildungs- und Umschulungsprogrammen erreicht werden können (Lätsch, Pfiffner & Wild-Näf, 2011).

9.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit zu stärken?

Programme zum betrieblichen Gesundheitsmanagement sind geeignet, das individuelle Verhalten und die Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen positiv zu beeinflussen (z. B. Jenny et al., 2011). Konsens besteht inzwischen darin, dass über BGM-Massnahmen gleichzeitig eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des individuellen Verhaltens erreicht werden sollte, das heisst, Verhaltens- und Verhältnisprävention sind keine Gegensätze, sondern bedingen sich wechselseitig (Bamberg, Ducki & Metz, 2011; Faller, 2010). Kein Konsens besteht hinsichtlich der Bedeutung einzelner Massnahmen. Der Übersichtsbeitrag von Pieper und Schröer (2015) gibt Auskunft zur Wirksamkeit praktizierter BGM-Interventionen.

Bauer und Schmid (2006) ordnen die einzelnen BGM-Massnahmen folgenden Handlungsfeldern zu: Personalführung (z. B. Förderung offener hierarchieübergreifender Kommunikation), Personalentwicklung (z. B. Schulung von Sozialkompetenzen), Verbesserung der Arbeitsorganisation (z. B. Telearbeit), absenz- und verhältnisorientierte Gesundheitsförderungsmassnahmen (z. B. Sozialberatung) und verhaltensorientierte Gesundheitsförderungsmassnahmen (z. B. Gesundheitskurse etwa zu Bewegung).

Entscheidend bei der Umsetzung im betrieblichen Umfeld wird es stets sein, zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln, die auf die besondere Arbeits- und Lebenssituation hinreichend eingehen (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2015). Bei guter Umsetzung besteht Aussicht auf hohe Akzeptanz im Betrieb: Nach Grutsch und Kressig (2015) erachten 86% der befragten Schweizer Angestellten Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement als wichtig.

9.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit zu fördern?

Bereits jetzt gibt es viele Institutionen, Vereine und Personen, die sich für die psychische Gesundheit von Erwerbstätigen einsetzen (etwa das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz) und hier nicht vollständig aufgeführt werden können. Neben den staatlichen bzw. kantonalen Kontrollorganen sowie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ist auf Expertinnen und Experten zum Beispiel in Unternehmensberatungen hinzuweisen, deren Angebote auf starke Nachfrage stossen. In der Schweiz gibt es zudem mit den Krankenversicherungen wichtige Multiplikatoren, die eigene Gesundheitsmanagerinnen und -manager im Einsatz haben, um ihre versicherten Betriebe zu unterstützen, Gesundheit zu fördern und Erkrankungen zu vermeiden. Zudem ist begrüssenswert, dass weitere Institutionen wie die IV-Stellen (z.B. im Kanton Solothurn: www.iradis.ch) BGM-Aktivitäten initiieren, die auch kleine Unternehmen beraten können. Bemerkenswert ist ferner, dass die Arbeitswelt im Schweizer Manifest für Public Mental Health (Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014) als Möglichkeit/Setting/Ort zur Förderung der psychischen Gesundheit hervorgehoben wird. Bedeutsam erscheint für die Zukunft:

- **Die Kontrollorgane** wie die kantonalen Arbeitsinspektorate erweitern bisherige Aktivitäten und **berücksichtigen verstärkt psychosoziale Schutz- und Risikofaktoren**. Dies ist bereits in Arbeit. So haben die kantonalen Arbeitsinspektorate für den Zeitraum 2014–2018 einen Vollzugsschwerpunkt festgelegt, wonach die psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz zu fokussieren sind. Entsprechend müssen von den Kontrollorganen Methoden eingesetzt werden, die eine Berücksichtigung psychosozialer Schutz- und Risikofaktoren ermöglichen. Der zeitliche Anteil zur Qualifizierung rund um psychosoziale Belastungen sollte für die Spezialisten der Arbeitssicherheit und weitere betriebliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebaut werden. Wenn die psychische Gesundheit von Erwerbstätigen bearbeitet wird, ist es naheliegend, dass für betriebliche Fragen geschulte Psychologinnen und Psychologen ebenfalls zum Einsatz kommen. Die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit an der Schnittstelle von Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz einerseits und Gesundheitsförderung andererseits, die zum Teil mit unterschiedlichen

Ansätzen, Vorstellungen und Methoden agieren, wird bedeutsam sein.

- **In politischen Verhandlungen zeitgemässe Lösungen finden für jene Belastungen, die reguliert werden sollen:** Prominentes Beispiel ist die Arbeitszeiterfassung, auf die in Schweizer Betrieben zunehmend verzichtet wird und die nun (etwa von Erwerbstätigen, die primär in Projekten arbeiten) auf vereinfachte Weise erfolgen kann. In den aktuellen Anhörungen zur Änderung der Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz werden Lösungen diskutiert, wonach über Gesamtarbeitsverträge eine zunehmende Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen an verpflichtende Angebote zur Gesundheitsförderung gekoppelt wird. Dies ist ein vielversprechender Ansatz, da gesellschaftliche Veränderungen wie die Zunahme mobilflexibler Arbeit aufgegriffen und gesundheitsförderlich umgesetzt werden sollen.
- Regionale **Netzwerke weiter fördern, die Unternehmen dazu anregen, Lösungen aus anderen Betrieben kennenzulernen und zu übernehmen** (Schibli, Huber & Wyss, 2010): Aktive Netzwerke in der Schweiz sind unter anderem die BGM-Foren im Kanton Aargau sowie in der Ostschweiz. Insbesondere Betriebe mit wenig Eigenmitteln und wenig Expertise für Gesundheitsförderung im Speziellen und für das Human Resource Management im Allgemeinen sind auf gut funktionierende Netzwerkstrukturen und preislich akzeptable Lösungen angewiesen. Auch online leicht verfügbare Angebote gerade für standardisierbare Dienstleistungen und Datenerhebungen sind vielversprechend. Da sich die Mehrzahl der Betriebe **gut nachvollziehbare Umsetzungsbeispiele** aus anderen Betrieben wünschen (Berset, Krause & Straub, 2015), sollte die Qualität der vorgestellten Umsetzungsbeispiele so erhöht werden, dass daraus noch besser gelernt werden kann, wie die konkrete Umsetzung im eigenen Betrieb erfolgen kann. Neben verschriftlichten Beispielen wird der **vertrauensvolle Erfahrungsaustausch** zur konkreten Umsetzung im eigenen Arbeitsalltag benötigt.
- Um BGM weiter zu verankern, müssen die BGM-Qualitätsstandards weiter etabliert und laufend an die Veränderungen der Arbeitswelt angepasst werden. Gesundheitsförderung Schweiz hat mit dem Label Friendly Work Space solche Qualitätsstandards entwickelt (siehe Beispielprojekt).

- Um die **psychische Gesundheit Erwerbsloser** positiv zu beeinflussen, braucht es in erster Linie Anstrengungen, um die Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu fördern. Anregend ist das Programm der Direktion für Bildung der Stadt Bern (2014), das allerdings auch aufzeigt, dass angesichts derzeitiger Sparbestrebungen die Finanzierbarkeit spezifischer Programme etwa für jüngere Tiefqualifizierte eine Herausforderung ist. Erfreulicherweise liegen konkrete Interventionen vor, die die psychische Gesundheit von Erwerbslosen positiv beeinflussen (Mohr & Holleder, 2015) und Anregungen für die Arbeit der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) bieten können. Das Fördern psychischer Gesundheit kann also

explizit in die bereits bestehende Angebotspalette integriert werden.

Fazit: Es braucht Angebote, die die einzelnen Mitarbeitenden, Teams und Führungskräfte stärken und darin bekräftigen, Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen zu können. Eine ressourcenorientierte Vorgehensweise ist vielversprechend, etwa das Schulen von Führungskräften, achtsam mit der eigenen Gesundheit umzugehen und verstärkt persönliche Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden zu vermitteln (Franke, Ducki & Felfe, 2015). Dies kann besonders gut auch über das gemeinsame Verbessern der Arbeitsbedingungen gelingen. **Empfehlenswert ist der Aufbau eines systematischen be-**

Beispielprojekt: Label Friendly Work Space

Es gibt eine Vielzahl an praktizierten Massnahmen in Betrieben, die als Good-Practice-Beispiel dienen könnten (Pieper & Schröer, 2015). Anstatt nun einzelne Massnahmen hervorzuheben (z.B. Job Coaching für gestresste Kader), macht es Sinn, ein Gesamtsystem Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) vorzustellen, das der einzelnen Unternehmung Orientierung bietet.

Gesundheitsförderung Schweiz schafft mit dem Label Friendly Work Space ein Anreizsystem für Betriebe, welche die schweizerischen BGM-Qualitätskriterien erfüllen. Eine Wegleitung mit Good-Practice-Beispielen bietet Hand für den Aufbau eines soliden BGM (Arbeitsgruppe BGM-Kriterien, 2015). Neben körperlicher Gesundheit wird über das Label stets psychische und soziale Gesundheit thematisiert. Nach Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz arbeiten bereits 190 000 Angestellte in ausgezeichneten Betrieben, welche von einem systematischen BGM profitieren (Stand: September 2015). Grutsch und Kressig (2015) verweisen darauf, dass immerhin 42% der Beschäftigten, die an BGM-Angeboten teilnehmen, berichten, das eigene Gesundheitsverhalten verbessert zu haben.

Mit dem Label sind folgende Grundideen verbunden:

1. Das Label basiert auf einem umfassenden Qualitätsmodell, das auch in anderen europäischen Ländern zur Bewertung der Qualität von BGM herangezogen wird. Sowohl die Rückendeckung der Geschäftsleitung (z. B. Mittel bereitstellen

für BGM) als auch die Umsetzung konkreter Massnahmen und das Überprüfen der Zielerreichung werden eingefordert.

2. Eine positive Bewertung der einzelnen Label-Kriterien setzt voraus, dass die Umsetzung im Unternehmen flächendeckend und strukturiert erfolgt. Assessorinnen und Assessoren überprüfen, ob der Erfolg der Massnahmenumsetzung auch überprüft wurde und hieraus wiederum Massnahmen zur Optimierung abgeleitet wurden.
3. Aktuell arbeitet Gesundheitsförderung Schweiz an einem Leitfaden, der Unternehmen darin unterstützt, verstärkt den Nutzen von BGM-Massnahmen für den eigenen Betrieb in Form von Kennzahlen und Dimensionen aufzuzeigen.

Selbstverständlich besteht auch in einem erfolgreich akkreditierten Betrieb keine Garantie auf perfekte, stets gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten. Vielmehr wird mit dem Erreichen des Labels ein betrieblicher Anspruch formuliert, das Fördern von Gesundheit auf allen Hierarchieebenen ernsthaft zu thematisieren und zu unterstützen. Arbeitnehmende haben ein gutes Gespür, ob dies im Alltag auch tatsächlich umgesetzt und gelebt wird. Entsprechend ist es für den einzelnen Betrieb empfehlenswert, neben Erfolgen auch Umsetzungsprobleme rund um BGM offen zu kommunizieren und zu bearbeiten.

trieblichen Gesundheitsmanagements oder die Integration von Gesundheit in ein bestehendes Managementsystem der einzelnen Unternehmung.

Dazu werden stets eine Analyse der psychisch relevanten Arbeits- und Gesundheitssituation, das Ableiten zielgruppenspezifischer Angebote sowie das Prüfen der angenommenen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Unternehmenserfolg gehören.

Auch ein systematischer Umgang mit negativen Vorfällen, Konflikten sowie mit Erkrankungen ist erforderlich, zum Beispiel um frühzeitig negative Entwicklungen zu erkennen, bevor eine chronische Erkrankung entsteht. In der Unternehmung muss somit Klarheit zum Vorgehen und zur Rollenaufteilung rund um Absenzen- und Case-Management, Mobbing, sexuelle Belästigung und allenfalls andere Konflikte oder Diskriminierungen bestehen.

Mit Blick auf politisch handelnde, überbetriebliche Akteure wurde im Abschnitt 9.4.3 angeregt:

1. Die Kontrollorgane erweitern bisherige Aktivitäten und berücksichtigen verstärkt psychosoziale Schutz- und Risikofaktoren. Die kantonalen Arbeitsinspektorinnen und -inspektoren benötigen somit verstärkt Methoden, Qualifizierungen und Zeit, um dieser Funktion nachzukommen.
2. In politischen Verhandlungen zeitgemässe Lösungen finden für jene Belastungen, die reguliert werden sollen, etwa aktuell das Verknüpfen von (bzw. der Verzicht auf) Arbeitszeiterfassung und gleichzeitiger betrieblicher Gesundheitsförderung.
3. Netzwerke initiieren und fördern, die Unternehmen dazu anregen, Lösungen aus anderen Betrieben kennenzulernen und zu übernehmen.
4. Mit Blick auf Erwerbslose gibt es bereits Akteure wie RAV und die Suva, die in ihren Angeboten noch expliziter die Förderung der psychischen Gesundheit von Erwerbslosen integrieren könnten.

9.5 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe BGM-Kriterien (2015). *Wegleitung Qualitätskriterien für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose J. & Meyer, M. (Hrsg.) (2015). *Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T. & Wiedermann, W. (2010). «Schwierige Mitarbeiter». *Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration* (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (2011). *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Bauer, G. & Jenny, G. (2015). Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft. In: Moser, K. (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (S. 207-225). Berlin: Springer.
- Bauer, G. & Schmid, M. (2006). Betriebliches Gesundheitsmanagement als salutogene Intervention – Entwicklungsstand und Potenzial im Schweizer Dienstleistungssektor. *Wirtschaftspsychologie*, 2/3, 47-55.
- Berlowitz, I. (2012). *Substanzkonsum im Arbeitskontext in der Schweiz: Expertenbefragung*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Berset, M., Krause, A. & Straub, L. (2015). Wie KMU mit Gesundheitsschutz umgehen. *KMU-Magazin*, 11, 94-97.

- Brägger, M. (2014). *Nutzungsanalyse von KMU-vital*. Arbeitspapier 24. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bruch, H. & Menges, J. (2010). Wege aus der Beschleunigungsfalle. *Harvard Business Manager*, 5, 26-34.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2015). *IV-Statistik 2014*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (2014). *Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2015a). *BFS aktuell. Arbeit und Erwerb. Arbeitsmarktindikatoren 2015. Kommentierte Ergebnisse für die Periode 2009–2015*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2015b). *SAKE in Kürze 2014. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: BFS.
- Direktion für Bildung der Stadt Bern (2014). *Strategie zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2014–2017*. Bern: Direktion für Bildung.
- Dorsewagen, C., Krause, A., Lehmann, M. & Pekruhl, U. (2012). *Flexible Arbeitszeiten in der Schweiz. Auswertung einer repräsentativen Befragung der Schweizer Erwerbsbevölkerung*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Eich, B. & Manike, K. (2013). *VitaLab – Gesundheitsförderung in Kleinunternehmen*. Arbeitspapier 7. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- European Agency for Safety and Health at Work (2015). *Second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2)*. Bilbao: EU-OSHA.
- Faller, G. (Hrsg.) (2010). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Fischer, G. (2015). *Barometer Gute Arbeit. Bewertung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Arbeitnehmenden*. Bern: Travail Suisse.
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends in der psychologischen Führungsforschung* (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Gentile, G.-C. & Meier Magistretti, C. (2014). Betriebliches Gesundheitsmanagement ist Chefsache!? Management in der Unsicherheitszone: Eine qualitative Untersuchung der Perspektive von Top-Führungskräften aus der deutschsprachigen Schweiz. *Journal Psychologie des Alltagshandelns*, 7 (2), 4-19.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M. (2011). *Stressstudie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Grote, G. & Staffelbach, B. (2014). *Schweizer HR-Barometer 2014: Arbeitserleben und Job Crafting*. Zürich: Universität und ETH.
- Grutsch, M. A. & Kressig, C. (2015). *Wahrnehmung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement aus Sicht von Angestellten und Verantwortlichen. Eine Vergleichsstudie auf Basis von zwei unabhängigen empirischen Erhebungen*. FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Ilgic, I., Keller, A., Brunner, B., Wieser, S., Elfering, A. & Semmer, N. (2014). *Job-Stress-Index 2014. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Arbeitspapier 26. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Ilgic, I., Keller, A., Luder, L., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B. & Wieser, S. (2015). *Job-Stress-Index 2015. Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Jenny, G., Inauen, A., Brauchli, R., Füllemann, D., Müller, F. & Bauer, G. (2011). *Projekt SWiNG – Schlussbericht der Evaluation*. Zürich: Universität, ETH und ZHAW.
- Klahr, R., Highton, J. & Harris, T. (2012). *Erhebung 2012 über Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in der Schweiz*. Ipsos MORI.
- Krause, A., Berset, M. & Peters, K. (2015). Interessierte Selbstgefährdung – von der direkten zur indirekten Steuerung. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 50, 164-170.
- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. & Graf, M. (2012). *Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.

- Krieger, R., Graf, M. & Vanis, M. (2015). *Arbeit und Gesundheit 2012 – Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A. & Krause, A. (2014). Negative Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 32, 280-295.
- Lätsch, D. Pfiffner, R. & Wild-Näf, M. (2011). *Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern*. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Läubli, T. (2014). *Gesundheitskosten hoher Arbeitsbelastungen*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Mohr, G. & Holleder, A. (2015). Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klöse & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 235-247). Heidelberg: Springer.
- Mojza, E. J., Sonnentag, S. & Bornemann, C. (2010). Volunteer work as a valuable leisure-time activity: A day-level study on volunteer work, non-work experiences, and well-being at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 123-152.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf (Zugriff: 30.9.2015).
- OECD (2014). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- Pieper, C. & Schröer, S. (2015). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012 (iga-Report 28)*. Essen: BKK.
- Rau, R. & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 59, 113-129.
- Resch, M. (1999). *Arbeitsanalyse im Haushalt. Erhebung und Bewertung von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit mit dem AVAH-Verfahren*. Zürich: Verlag der Fachvereine.
- Richter, P., Buruck, G., Nebel, C. & Wolf, S. (2011). Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 25-59). Göttingen: Hogrefe.
- Rietz, C. & Lohaus, D. (2013). Employer Branding. *WISU*, 8-9, 1065-1070.
- Rosa, H. (2005). *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*. Frankfurt a. M. Suhrkamp.
- Schibli, D., Huber, K. & Wyss, F. (2010). *Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Schmugge, S., Künzi, K. & Guggisberg, J. (2007). *Wirkungsvolle Massnahmen für Erwerbslose über 50. Ergebnisbericht*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Semmer, N. K. & Meier, L. L. (2009). Individual differences, work stress and health. In M. J. Schabracq, J. A. Winnubst & C. L. Cooper (Hrsg.), *Handbook of work and health psychology* (S. 99-122). Chichester: Wiley.
- Semmer, N. K. & Meier, L. L. (2014). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler & K. Moser (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 559-604). Bern: Huber Verlag.
- Steimen Grandel, B. & Hildebrand Alberti, F. (2000). Schweiz. In I. Richter & S. Sardei-Biermann (Hrsg.), *Jugendarbeitslosigkeit. Ausbildungs- und Beschäftigungsprogramme in Europa* (S. 145-171). Wiesbaden: VS.
- Strub, S. & Schär Moser, M. (2008). *Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Eine repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Romandie*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Ulich, E. & Wiese, B. S. (2011). *Life Domain Balance. Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität*. Wiesbaden: Gabler.

- Ulich, E. & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer.
- Wehner, T., Ostendorp, C. & Ostendorp, A. (2011). Good practice? Auf der Suche nach Erfolgsfaktoren in gemeinwohlorientierten Freiwilligeninitiativen. *Arbeit, 11*, 48-62.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M. Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 14*, 121-141.
- Zölch, M. & Mücke, A. (Hrsg.) (2015). *Fit für den demografischen Wandel? Ergebnisse, Instrumente, Ansätze guter Praxis* (2. Auflage). Bern: Haupt.

10 Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze

Dr. phil. Martina Zemp & Prof. Dr. Guy Bodenmann, Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien, Universität Zürich

Zusammenfassung

Die herausragende Rolle der sozialen Unterstützung für die Gesundheit gilt als wissenschaftlich unbestritten. Sie stellt eine primäre Bedingung für die Lebenszufriedenheit dar und ist nachweislich ein robuster Schutzfaktor gegen psychische und körperliche Erkrankungen. Ermutigend ist der Befund, dass die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung sozial gut integriert und zufrieden ist mit der erhaltenen sozialen Unterstützung. Jedoch existieren Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko für soziale Isolation oder mangelhafte soziale Unterstützung aufweisen, wie beispielsweise ältere Frauen, Alleinerziehende oder Paare im Übergang zur Elternschaft. Vor diesem Hintergrund bedarf es professioneller Angebote zur Stärkung der personalen Ressourcen (z. B. soziale Kompetenzen, verfügbare Zeit, Wissen und Aufklärung) und günstige Rahmenbedingungen (z. B. Orte des sozialen Zusammenkommens, Vereinbarkeit mit beruflichen Anforderungen, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit von Hilfsangeboten), welche der Mobilisierung sozialer Unterstützung und der sozialen Verbundenheit zuträglich sind.

10.1 Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze

Die Einbindung in soziale Beziehungen (soziale Netze und Lebensgemeinschaften) ist für das körperliche und psychische Wohlbefinden der Menschen von herausragender Relevanz. Unter **sozialen Netzen** wird die Gesamtheit an sozialen Beziehungen einer Person mit anderen Personen oder Organisationen verstanden (Partnerschaft, Familienmitglieder, Freundschaften, Arbeitskolleginnen und -kollegen, Verbands- und Vereinsmitgliedschaften usw.). Wichtige Eigenschaften von sozialen Netzen sind deren Grösse, die Art und Stärke der Beziehungen und die soziale Unterstützung (Vermittlung von instrumenteller, informationeller oder emotionaler Hilfe) zwischen den Mitgliedern. **Lebensgemeinschaften** bilden sich, wenn sich zwei oder mehr Personen zusammenschliessen, um gemeinsam zu leben. Die kleinste Einheit von Lebensgemeinschaften stellt eine Partnerschaft oder Ehe dar. Diese ursprüngliche Dyade wird zu einem grösseren **Familiensystem**, wenn Kinder hinzukommen. Es gibt eine Vielfalt verschiedener Familienformen, wie Nuklearfamilien (zwei Generationen), Grossfamilien (drei oder mehr Generationen), Einelternerfamilien (Alleinerziehende) sowie

Patchwork-, Adoptiv- und Stieffamilien (biologische Verwandtschaft zwischen Familienmitgliedern fehlt ganz oder teilweise).

10.2 Psychische Gesundheit der Zielgruppe

10.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Die Ergebnisse des Berichts des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur Verbreitung der sozialen Ressourcen bei Schweizerinnen und Schweizern zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung sozial gut integriert ist, über ein grosses soziales Netz verfügt und zufrieden ist mit der erhaltenen sozialen Unterstützung (Bachmann, 2014). Die typische Grösse des sozialen Netzes einer in der Schweiz wohnhaften Person ab 15 Jahren umfasste im Jahr 2010 19 Personen. Knapp 95% der Schweizer haben mindestens eine wichtige Vertrauensperson in ihrem Bekanntenkreis. Jedoch existieren auch Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko zur sozialen Isolation. Gemäss Bundesamt für Statistik (2013b) war der Einpersonenhaushalt in der gesamten Bevölkerung im Jahr 2013 die häufigste Haushaltsform (34%), gefolgt von Paaren mit mindestens einem Kind (29%), Paaren ohne Kinder (28%), Einelterner-

familien (6%), Nichtfamilienhaushalten mit mehreren Personen (2%) und Mehrfamilienhaushalten (0,7%). Der Anteil der Einpersonenhaushalte in der Schweiz hat sich seit 1970 nahezu verdoppelt, wobei sich dieser Trend gemäss Statistiken in Zukunft fortsetzen dürfte. Es scheinen besonders ältere Frauen zu sein, die in der Schweiz das Risiko aufweisen, sozial isoliert zu leben: 63% der über 75-jährigen Frauen in Privathaushalten verfügten im Jahr 2010 über kein primäres soziales Netz (das heisst, sie wohnten alleine und hatten keinen Lebenspartner); bei den gleichaltrigen Männern betrug dieser Anteil 16%. Andere hinsichtlich sozialer Isolation vulnerable Gruppen sind Personen mit tiefer Schulbildung, Personen mit Migrationshintergrund und tiefem sozioökonomischem Status, Alleinerziehende und Personen mit/nach einer psychischen Erkrankung (Bachmann, 2014).

Die weiterhin grosse Bedeutung der Ehe spiegelt sich in der Tatsache, dass aktuell 80–90% der Schweizer Bevölkerung vor dem Erreichen ihres 50. Geburtstags mindestens einmal heiraten (Bundesamt für Statistik, 2013a). Allerdings wird gegenwärtig jede zweite bis dritte Ehe in Europa geschieden; in der Schweiz belief sich die Scheidungsrate im Jahr 2014 auf 40,3% (Bundesamt für Statistik, 2014). Damit hat sich das Scheidungsrisiko in den vergangenen 40 Jahren insgesamt mehr als verdoppelt. Kinderlosigkeit ist in der Schweiz ein relativ verbreitetes Phänomen: 19% der Frauen und 21% der Männer im Alter von 50 bis 80 Jahren hatten im Jahr 2013 keine leiblichen oder adoptierten Kinder. Dies steht in deutlicher Diskrepanz zu den Statistiken zum Kinderwunsch: Nur 7% der kinderlosen Schweizer Frauen und Männer im Alter von 20 bis 29 Jahren wollten kinderlos bleiben, und 91% wünschten sich zwei oder mehr Kinder (Mosimann & Camenisch, 2015).

Ferner hat die demografische Entwicklung der letzten Jahrzehnte das Generationengefüge verändert. Durch die substanziellen demografischen Veränderungen infolge der gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung bleiben die intergenerationellen Beziehungen in Familien länger erhalten, was mit vielfachen sozialen Konsequenzen einhergeht: Beispielsweise verrichten immer mehr Personen häusliche Pflege von Angehörigen (medizinische Pflege sowie anderweitige Unterstützung in der Alltagsbewältigung). Schätzungen zufolge werden gesamtschweizerisch 60% der pflegebedürftigen Menschen

zu Hause gepflegt, wobei der überwiegende Teil durch Angehörige erbracht wird: Bei mehr als einem Drittel erfolgt die Pflege zur Hauptsache durch den Lebenspartner/die Lebenspartnerin, gefolgt von der Pflege durch die Kinder (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Die durchschnittliche Pflegezeit beträgt bei den pflegenden Partnerinnen/Partnern wöchentlich 65 Stunden, bei den pflegenden Kindern 27 Stunden, wobei ein Pflegeverhältnis im Schnitt 5–6 Jahre anhält (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010).

10.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Das Eingebundensein in soziale Beziehungen ist für die psychische und körperliche Gesundheit von Menschen von hoher Bedeutung. Ein intaktes soziales Netzwerk gehört zu den zentralsten Lebensressourcen, weil es erstens eine wesentliche Bedingung für die Lebenszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden darstellt und sich zweitens als robuster Schutzfaktor gegen psychische und körperliche Erkrankungen erwiesen hat. Die Framingham Heart Study zeigt eindrücklich, wie stark sich soziale Netze auf das menschliche Wohlbefinden auswirken: Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person als glücklich bezeichnet, steigt um durchschnittlich 25%, wenn sie angibt, eine Vertrauensperson im nächsten Umkreis (circa 1,6 km) ihres Wohnorts zu haben (Fowler & Christakis, 2008). Unlängst fand eine Metaanalyse heraus, dass Individuen mit unbefriedigenden oder fehlenden sozialen Beziehungen ein um 50% erhöhtes Mortalitätsrisiko (Risiko, frühzeitig zu sterben) aufweisen verglichen mit Individuen, die ihre Beziehungen als zufriedenstellend bewerten. Die Effekte sind dabei vergleichbar oder fallen sogar höher aus als die prominentesten Risikofaktoren für Mortalität wie Rauchen, Fettleibigkeit oder körperliche Inaktivität (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Gute soziale Beziehungen senken nach wissenschaftlichen Untersuchungen das Risiko für diverse Erkrankungen wie koronare Herzkrankheiten, rheumatische Erkrankungen, Depressionen (Berkman & Glass, 2000). Dieser Befund wurde mehrfach wiederholt und erwies sich auch in internationalen Vergleichen von sehr reichen bis zu den ärmsten Ländern als robust (Kumar, Calvo, Avendano, Sivaramakrishnan & Berkman, 2012). Eine besonders bedeutende Ressource innerhalb von sozialen Netzen ist die soziale Unterstützung, die über zwei Wege gesundheitsrelevant sein kann: Einerseits wirkt sie

präventiv, indem sie das Auftreten von Belastungen verringert, und andererseits **puffernd** insofern, als sie die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von bereits vorhandenen Belastungen reduziert (Reblin & Uchino, 2008). Auf der Grundlage der einschlägigen Literatur geht man heute davon aus, dass soziale Unterstützung hauptsächlich über zwei Mechanismen auf gesundheitsrelevante (biologische, kardiovaskuläre, neuroendokrine, inflammatorische und immunologische) Parameter einwirkt: (1) über psychische Prozesse (z.B. Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Wahrnehmung und Bewertung von Stress) und (2) über Prozesse auf der Verhaltensebene (Beeinflussung des Gesundheits- und Risikoverhaltens) (Uchino, 2006; Uchino, Bowen, Carlisle, & Birmingham, 2012).

Im Vergleich mit anderen sozialen Beziehungen (Verwandte, Freunde, Bekannte) kommt der Partnerschaft bei der praktischen wie bei der emotionalen Unterstützung eine besondere Rolle zu. In Untersuchungen berichtet die Mehrheit der Befragten, dass eine feste und glückliche Partnerschaft zu den wichtigsten Werten zur Erfüllung ihres Lebensglücks gehört (Bodenmann, 2003). Eine stabile Partnerschaft erfüllt das menschliche Grundbedürfnis nach Sicherheit, Nähe und Geborgenheit und wirkt damit Einsamkeit und Isolation entgegen (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000). Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft hängt stärker mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit zusammen als andere wichtige Bereiche des Alltagslebens wie Freundschaften, Arbeit, Freizeit oder körperliche Gesundheit (Bradbury &

Informationsbox Pro Mente Sana: Angsterkrankungen

Ängste gehören grundsätzlich zum Leben und warnen uns vor Gefahren. Bei Menschen mit einer Angsterkrankung gerät die Angst jedoch ausser Kontrolle und tritt auch in völlig ungefährlichen Situationen auf.

Angsterkrankungen werden unterschieden in Phobien und andere Angststörungen wie Panikstörungen und generalisierte Angststörungen.

Menschen mit einer Phobie haben Angst vor einem bestimmten Objekt (z.B. Spinnen) oder einer Situation (z.B. Höhe oder Orte mit grossen Menschenansammlungen). Menschen mit Panikstörungen geraten unvermittelt in Todesangst mit sehr starken körperlichen Symptomen. Die generalisierten Angststörungen sind nicht auf bestimmte Bedingungen beschränkt und werden damit zum ständigen Begleiter.

Menschen mit Angststörungen versuchen der Angst möglichst aus dem Weg zu gehen (Vermeidungsverhalten), was den Alltag stark beeinträchtigen kann und die Störung nachhaltig aufrechterhält, da eine «Korrektur» der Angst nicht möglich wird.

Prävalenz in der Schweiz: Erwachsene weisen eine Prävalenz von 15,8% auf. Im Kindes- und Jugendalter beträgt sie 10,4%. Angststörungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Ursachen einer Angsterkrankung können in einer angeborenen Vulnerabilität und/oder belastenden Ereignissen liegen. Vermeidungsverhalten oder Faktoren wie starke körperliche Reaktionen oder fehlendes stabilisierendes Umfeld können die Ängste verstärken.

Behandlung: Für Angststörungen gibt es heute eine breite Palette an störungsspezifischen Therapien. Grundprinzip der Behandlung ist es, nicht nur die Angst der Patienten zu reduzieren (z.B. durch Expositionstherapien), sondern ihnen vor allem Angstbewältigungsstrategien zu vermitteln, die sie selbst einsetzen können. Oft hilft bereits ein achtsamer Umgang mit der Angst. Atem- und Entspannungsübungen wirken unterstützend. Generell gilt: Mit einer sorgfältigen Diagnose lassen sich Angsterkrankungen gut behandeln.

Quellen: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10); Bodenmann, G. (2013). Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie. Bern: Verlag Hans Huber.

Karney, 2010). Ferner zeigt eine Fülle von Studien, dass Menschen in einer glücklichen Partnerschaft psychisch und physisch gesünder leben und eine geringere Mortalitätsrate aufweisen (Hughes & Waite, 2009). Die Prävalenz für verschiedene psychische Störungen ist bei ledigen Männern und Frauen signifikant erhöht, verglichen mit Personen in festen und zufriedenen Partnerschaften (Whisman & Baucom, 2012). Die gesundheitsschützende Wirkung der Partnerschaft wird unter anderem durch die **Protektionshypothese** erklärt, das heisst, Partner bestärken sich gegenseitig in einem gesünderen Lebensstil und pflegen ein grösseres soziales Netz. Hinzu kommt, dass eine Partnerschaft mit der gegenseitigen Unterstützung der Partner in der Stressbewältigung (**dyadisches Coping**; Bodenmann, 2000) eine wichtige Ressource bereitstellt, die es Paaren ermöglicht, tägliche Belastungen besser zu bewältigen. Dies erscheint angesichts dessen, dass Stress hoch gesundheitsrelevant ist, von besonderer Bedeutung. Zum wissenschaftlichen Konsens gehört jedoch auch, dass zu Beginn einer Partnerschaft die Zufriedenheit bei vielen Paaren hoch ist, diese mit zunehmender Dauer der Beziehung aber abnimmt. Innerhalb der ersten zehn Jahre nach der Heirat sinkt die Beziehungsqualität bei den meisten Paaren drastisch (Lavner & Bradbury, 2010). Ebenfalls wurde konsistent gezeigt, dass die Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt des ersten Kindes abnimmt (Mitnick, Heyman & Smith Slep, 2009). Dieser Befund ist gut erklärbar, wenn man bedenkt, dass mit den neuen Lebensaufgaben werdender Eltern in aller Regel ein erhöhtes Stresslevel assoziiert ist. Studien zeigen, dass Paarkonflikte im Pränatal-/Postnatal-Vergleich um mehr als das Doppelte ansteigen (Hanington, Heron, Stein & Ramchandani, 2012).

Partnerschaftsstörungen (z. B. in Form von destruktiven Paarkonflikten, Trennungen und Scheidungen) sind bedeutende Risikofaktoren für das psychische und körperliche Wohl der Partner (Bodenmann, 2013). Chronische Konflikte in der Partnerschaft erhöhen beispielsweise das Risiko für diverse Krankheiten (Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.), verringern die Wundheilung und destabilisieren nachweislich das Immunsystem der Partner (Kiecolt-Glaser, Gouin & Hantsoo, 2010; Whisman, 2007). Damit spielt die Partnerschaftsqualität über den Beziehungsstatus (ledig, liiert, getrennt) hinaus eine

gesundheitsrelevante Rolle: Personen in konfliktreichen, nicht zufriedenstellenden Beziehungen weisen ein schlechteres Befinden auf im Vergleich mit sozial gut integrierten Personen ohne Partnerschaft. Trennungen und Scheidungen gehören ferner zu den gravierendsten kritischen Lebensereignissen, die sich durch eine hohe Destabilisierung der Betroffenen auszeichnen und die Gesundheit der Partner in hohem Masse gefährden können (Hughes & Waite, 2009; Sbarra & Nietert, 2009).

Ferner ist der Zusammenhang zwischen Störungen in der elterlichen Partnerschaft und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern empirisch untermauert (Zemp & Bodenmann, 2015). Destruktive Partnerschaftskonflikte der Eltern erklären nach aktuellem Erkenntnisstand einen Grossteil (ungefähr 25% der Varianz) an Störungen im Kindes- und Jugendalter (Cummings & Davies, 2010). Ebenfalls fassen Metaanalysen zusammen, dass Kinder aus Scheidungsfamilien, verglichen mit Kindern aus intakten (nicht geschiedenen) Familien, signifikante Beeinträchtigungen in vielen Entwicklungsbereichen aufweisen (Amato, Kane & James, 2011). Die Trennung der Eltern löst bei den Kindern in vielen Fällen eine tiefe emotionale Verunsicherung aus, die in der Regel bis durchschnittlich zwei bis drei Jahre nach der Scheidung anhält (Schmidt-Denter & Beelmann, 1997). Langzeitfolgen von Scheidungen sind jedoch ebenfalls gut untersucht und betreffen elementare Einstellungen zu Partnerschaft und Ehe sowie das Beziehungs- und Kommunikationsverhalten, was häufig das eigene Scheidungsrisiko der nächsten Generation erhöht (Amato & Keith, 1991). Festzuhalten ist jedoch, dass destruktive Paarkonflikte der stärkere Prädiktor für kindliche Störungen sind als die familiäre Intaktheit (Kelly, 2000). Kinder aus intakten (nicht geschiedenen), aber hoch konfliktreichen Familien weisen durchschnittlich mehr Probleme auf verglichen mit Kindern von geschiedenen Eltern (Morrison & Coiro, 1999). Wenngleich Scheidungen zu den stressreichsten Lebensereignissen für Kinder gehören, scheinen das familiäre Klima und insbesondere die Art und Häufigkeit der Paarkonflikte vor, während und nach der Scheidung bedeutungsvoller zu sein für das kindliche Wohlbefinden als die elterliche Trennung an sich. Vor diesem Hintergrund sind auch die Nachscheidungsituation und das Aufwachsen von Kindern in Patchwork- oder Stieffamilien zu beurteilen: Wenn Kinder in Folgefamilien weniger Konflikten ausgesetzt sind als in der Kernfamilie vor

der Scheidung, bilden sie in vielen Fällen ein günstigeres Fundament für die kindliche Entwicklung (Ley, 2005). Allerdings gibt es Hinweise dafür, dass in Stieffamilien die Beziehung der Stiefkinder zum neuen Partner bzw. zur neuen Partnerin eine grössere Rolle spielt für das kindliche Befinden als Paarkonflikte (Staub & Felder, 2004). Die Forschung hat gezeigt, dass sich Stiefkinder in ihrem Verhalten wenig von Kindern unterscheiden, die nach der Scheidung mit einem leiblichen Elternteil allein bleiben. In Untersuchungen wird das kindliche Befinden dieser beiden Familientypen (Stieffamilien und Einelternfamilien) häufig als signifikant schlechter eingestuft als das Befinden von Kindern, die bei beiden leiblichen Elternteilen aufwachsen. Allerdings wird der Faktor Familientyp als Prädiktor vernachlässigbar, wenn andere wichtige Variablen (z.B. Qualität der familiären Beziehungen, Befinden der Eltern, soziale Unterstützung) statistisch mitberücksichtigt werden (Dunn, Deater-Deckard, Pickering, O'Connor & Golding, 1998). Untersuchungen zeigen weiterhin, dass für Kinder angesichts der Reorganisationen im Zuge einer Scheidung insbesondere Halt gebende und beständige Strukturen, eine konsistente und konsequente Erziehung, vorhersehbare und verbindliche Absprachen sowie konstante Bezugspersonen (Eltern, Verwandte, Geschwister, Lehrpersonen, Peers usw.) hilfreich sind (Sigal, Sandler, Wolchik & Braver, 2011).

10.3 Besondere Herausforderungen für die psychische Gesundheit

Aus Kapitel 10.2 wird die immense Bedeutung von intakten sozialen Beziehungen für die menschliche Gesundheit ersichtlich. Soziale Isolation und Einsamkeit gehören zu den primären Risikofaktoren für die körperliche und psychische Integrität. Es sind vor allem ältere Frauen, Personen mit tiefer Schulbildung oder Alleinerziehende, die über besonders geringe soziale Ressourcen verfügen (Bachmann, 2014). Knapp die Hälfte der Alleinerziehenden fühlt sich nicht genügend unterstützt. Dies widerspiegelt ein erhöhtes Bedürfnis nach verlässlichen Beziehungen in Lebenslagen, die mit vielen Belastungen verbunden sind. Frauen und Männer in Einpersonenhaushalten fühlen sich deutlich häufiger ungenügend unterstützt, selbst wenn sie in einer festen Partnerschaft sind. Insbesondere Männer haben

Mühe, praktische und emotionale Unterstützung zu erhalten, wenn sie alleine wohnen. Während Frauen das Unterstützungspotenzial bei verschiedenen Personen im sozialen Netzwerk mobilisieren, kommt bei Männern der Lebenspartnerin als Unterstützungsquelle eine besonders wichtige Rolle zu. Dies könnte erklären, warum Männer unter dem Wegfall der Lebenspartnerin (Trennung, Verwitwung) stärkere negative Gesundheitskonsequenzen erfahren als Frauen (Stroebe, 2001).

Unter Berücksichtigung der zunehmenden Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung ergeben sich für die Altersgruppe der circa 45- bis 65-jährigen Personen (sogenannte Sandwichgeneration; Mosimann & Camenisch, 2015, S. 22) neue Herausforderungen, weil sie häufig Kinder haben, die ökonomisch noch nicht unabhängig sind, und gleichzeitig von ihnen erwartet wird, dass sie ihren betagten Eltern beistehen. Gemäss repräsentativen Schweizer Statistiken sind ein Viertel der Frauen und ein Drittel der Männer der Meinung, dass erwachsene Kinder ihre Eltern bei sich aufnehmen sollen, wenn diese pflegebedürftig sind (Mosimann & Camenisch, 2015). Pflegearbeit bei Angehörigen hat kein hohes gesellschaftliches Ansehen und gilt in vielen Fällen als selbstverständlich (Clerc, Artho & Clerc, 2015). Die Übernahme der elterlichen Pflege wird jedoch aus mehreren Gründen als potenziell chronischer Stressor für die Pflegenden diskutiert (Gräbel, 2000): belastende Arbeitsbedingungen (oft unbegrenzter Zeiteinsatz mit wenig Erholungszeit und ohne finanzielle Vergütung), psychosoziale Folgen (Einschränkung der eigenen Belastbarkeit und des Leistungsvermögens, Einbussen in eigenen Zielen und in der persönlichen Freiheit) sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen (Erschöpfung, Gliederschmerzen, Ängste und Depressionen usw.). Perrig-Chiello et al. (2010) wiesen ausserdem darauf hin, dass im Jahr 2010 circa zwei Drittel der pflegenden Töchter und Söhne in der Schweiz berufstätig waren und ein substanzieller Anteil, insbesondere der Frauen, ihr Arbeitspensum aufgrund der Zusatzaufgaben im Pflegeverhältnis reduzieren (57%) oder ganz aufgeben mussten (16%).

Paare sind in diversen Lebens- und Alltagssituationen in hohem Masse Stress ausgesetzt. Häufige Stressoren betreffen neben der Partnerschaft selber vor allem die Bereiche Beruf, Finanzen, Wohnen, soziales Umfeld oder Herkunftsfamilie (Bodenmann, 2000). Bekannt ist, dass sich die Stressoren einer-

seits gegenseitig beeinflussen und andererseits in ihrem Potenzial zur Gesundheitsschädigung kumulieren. So belegen Studien, dass paarexterner Alltagsstress häufig unbemerkt in die Paarbeziehung überschwappt, was sich beispielsweise in einem erhöhten Konfliktlevel zeigt (Bodenmann, 2012). Umgekehrt sind Paarkonflikte assoziiert mit Leistungseinbussen am Arbeitsplatz und höherem Burnout-Risiko (Peeters, Montgomery, Bakker & Schaufeli, 2005). Ebenfalls ist empirisch belegt, dass die Kombination aus hohem Stress in der Partnerschaft/Familie und im Beruf besonders nachteilig ist: Diese Personen weisen signifikant mehr Krankheitssymptome und eine geringere Lebenszufriedenheit auf als alle anderen Personengruppen (nur hoher Berufsstress, nur hoher Familienstress oder tiefer Berufs- und Familienstress; Schär, Sutter & Amstad, 2014).

10.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

10.4.1 Wie kann die Zielgruppe erreicht werden?

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erörterungen stellen sich drei Personengruppen als besondere Zielgruppen heraus: (a) sozial isolierte Personen und Personen mit einem erhöhten Risiko, geringe soziale Unterstützung zu erhalten (insbesondere ältere Frauen und Alleinerziehende), (b) die «Sandwichgeneration» und (c) konfliktreiche Paare und Paare im Übergang zur Elternschaft.

Da gerade ältere Menschen häufig nicht mehr in formale Organisationen (z. B. Vereine und Verbände) eingebunden sind, ist die Früherkennung von sozialer Isolierung und damit einhergehenden Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit durch Fachleute der Primärversorgung (medizinisches Personal der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung) von grosser Bedeutung (Weber et al., 2016). Es bedarf eines erhöhten Problembewusstseins aufseiten der professionellen Akteure, sodass potenzielle Warnsignale angemessen wahrgenommen und eingeordnet werden, um dem Risiko der Vereinsamung vorzubeugen. Ferner sind Einrichtungen der aufsuchenden Beratung und Betreuung (z. B. sozialpädagogische Familienhilfe, aufsuchende Sozialarbeit, Spitex) erforderlich, damit Personen mit erhöhtem Risiko, zu wenig soziale Unterstützung zu erhalten, erreicht werden. In Anbetracht dessen,

dass die Mehrheit der 45- bis 65-Jährigen («Sandwichgeneration») noch erwerbstätig ist, ist die Erreichung dieser Zielgruppe über den betrieblichen Arbeitsplatz (Unternehmen, Personalmanagement) eine weitere vielversprechende Möglichkeit. Bezüglich der dritten Zielgruppe (konfliktreiche Paare und werdende Eltern) ist bekannt, dass ungeachtet der hohen Prävalenzrate an Partnerschaftsstörungen viele Paare keine fachlichen Angebote in Form von Paarberatungen oder -therapien aufsuchen, weil sie keine Zeit finden, die relativ hohen Kosten nicht in Kauf nehmen oder zu wenig motiviert sind für die intensive Arbeit an der Paarbeziehung. Werdende Eltern oder Paare, die kürzlich Eltern geworden sind, betreffen diese Hindernisse in besonderem Masse infolge des speziell hohen Stresslevels in dieser Lebensphase. Aus diesen Gründen ist die Erreichbarkeit von Paaren, gerade im Rahmen von präventiven Ansätzen, als gering einzuschätzen, und professionelle Hilfen werden in der Regel erst in Anspruch genommen, wenn die Partnerschaftsstörung bereits fortgeschritten ist. Wissensvermittlung zur Wichtigkeit einer soliden Paarbeziehung für die psychische Gesundheit der Familienmitglieder sowie zu verfügbaren Präventions- und Interventionsprogrammen für Paare mittels Informationsflyer, Broschüren und Vorträgen durch Fachleute könnte diesem Umstand entgegenwirken. Angezielt werden müssen die wichtigsten Aufenthaltsorte der Zielgruppe wie beispielsweise Gemeinschaftszentren, Institutionen des Freizeitangebots, kulturelle Veranstaltungen, Ehevorbereitungskurse (z. B. durch Zivilstandsamt oder Pfarrei), medizinische Zentren und insbesondere gynäkologische Praxen, Geburts- und Elternvorbereitungskurse sowie Spitäler. Ziel der Verbreitung sollte es sein, Paaren den Zugang zu fachkundigen Angeboten zu erleichtern. In diesem Zusammenhang werden neue Formate auf der Grundlage von digitalen Medien (DVD, Smartphones oder Internet) künftig noch grössere Bedeutung erhalten, da sie niederschwellig sind und die Zielgruppe unkompliziert und anonym erreichen.

10.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit zu stärken?

Nach Feld (1981) werden die Grösse und Struktur sozialer Netze von (a) individuellen Ressourcen und (b) Opportunitäten determiniert. Zu den individuellen Ressourcen gehören insbesondere das Bildungsniveau, die Gesundheit, das Einkommen und das

Prestige einer Person. Höher gebildete Personen verfügen über soziale und kulturelle Kompetenzen, die für den Erhalt und die Pflege sozialer Beziehungen förderlich sind. Beispielsweise trägt hohe Bildung dazu bei, den Rückgang der Sozialkontakte im höheren Alter gut zu bewältigen und durch alternative Aktivitäten zu kompensieren (Wagner & Wolf, 2001). Denn gut gebildete Personen (unabhängig vom Geschlecht) partizipieren häufiger in Vereinen und haben zudem überdurchschnittlich oft ein Ehrenamt inne. Das mangelnde Engagement in formalen Organisationen von Personen, die eigentlich Zeit hätten (z. B. ältere Personen), ist auf diverse Gründe wie Krankheit, Mangel an Selbstvertrauen oder geringe Bildung zurückzuführen (Freitag, 2014). Ebenfalls suchen Personen mit einer hohen Schulbildung häufiger professionelle Hilfs- und Pflegedienste auf als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Wünschenswert erscheinen vor diesem Hintergrund ein quantitativer Ausbau von Bildungseinrichtungen, die auf die Zielgruppen (Personen mit kleinem sozialem Netz) zugeschnitten sind, und gesundheitspolitisch ausgerichtete Präventionsmassnahmen auf der Ebene von Aufklärung, Wissensvermittlung und Unterstützung dieser Zielgruppen (z. B. Gesundheitsrelevanz der sozialen Einbindung, wie und wo ist formelle und informelle soziale Unterstützung mobilisierbar). Eine weitere wichtige Ressource stellt ferner die Zeit dar, die eine Person in die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen investieren kann. Im Besonderen für die Zielgruppen der Alleinerziehenden und der «Sandwichgeneration» dürfte die individuell verfügbare Zeit eine knappe Ressource darstellen, die durch entsprechende Formen professioneller Unterstützungsangebote (z. B. sozial-pädagogische Familienbegleitung, verfügbare und finanzierbare Kinderhorte, Anpassungen am betrieblichen Arbeitsplatz; vgl. Kapitel 4.3) nachhaltig gestärkt werden könnte.

Für die dritte Zielgruppe sollte der präventiv orientierten Pflege und Stärkung der Paarbeziehung eine hohe Priorität beigemessen werden, um die psychische Gesundheit der Familienmitglieder zu stärken. Häufig suchen Paare erst zu einem Zeitpunkt eine Therapie, wenn sie eine fortgeschrittene Unzufriedenheit wahrnehmen, Verletzungen bereits schwerwiegend und die eingeschliffenen Negativmuster zunehmend resistent gegenüber Veränderungen sind. Auf der Grundlage dieses Wissens ist die präventive Stärkung von Paarbeziehungen als eminent

wichtig zu betrachten (Job, Bodenmann, Baucom, & Hahlweg, 2014). Die meisten evidenzbasierten Präventionsangebote für Paare dauern 12 bis 18 Stunden und werden als Wochenend- oder Abendkurse angeboten. Inhaltlich zielen sie auf die Vermittlung und das Training von partnerschaftlichen Kompetenzen (konstruktive Kommunikation und Konfliktlösung, Problemlösekompetenzen usw.). Insbesondere für die Zielgruppe der werdenden Eltern spielt Prävention eine tragende Rolle, weil sie im Zuge der Familienerweiterung einem erhöhten Risiko unterliegen, ein hohes Ausmass an Stress und in der Folge Beeinträchtigungen in der Partnerschaftszufriedenheit zu erfahren. Präventive Programme für werdende Eltern bieten Unterstützung im Übergang zur Elternschaft in Zusammenhang mit den geburtsbedingten Lebensveränderungen und speziellen Herausforderungen. In der Schweiz steht mit «Paarlife» (Bodenmann & Shantinath, 2004) ein etabliertes und wissenschaftlich evaluiertes Präventionsprogramm für Paare zur Verfügung, das für alle Paare und neu auch spezifisch für werdende Eltern angeboten wird (siehe Beispielprojekt Kapitel 3).

10.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit zu fördern?

Die Initiierung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen setzt entsprechende Opportunitäten (Gelegenheitsstruktur) voraus. In Anlehnung an die Theorie nach Feld (1981) werden Kontakte an Orten aufgenommen, an denen Aktivitäten verschiedener Personen stattfinden (Arbeitsplätze, Verbände, Vereine, Treffpunkte wie Stammlokale usw.). Studien haben gezeigt, dass die Grösse des Wohnorts einen U-förmigen Einfluss auf die Netzwerkgrösse hat: In den kleinsten und in den grössten Orten verfügen Personen über die grössten sozialen Netze (Wagner & Wolf, 2001). Es ist denkbar, dass soziale Ressourcen in kleineren Wohnorten aufgrund der lokalen Bindung sehr ausgeprägt sind. Die Pflege sozialer Kontakte erschwert sich mit zunehmender Ortsgrösse durch die wachsende räumliche Entfernung zwischen den Mitgliedern des sozialen Netzes. In grösseren Orten kann dieses Hindernis durch die bessere Anbindung und Vernetzung durch den öffentlichen Verkehr möglicherweise wieder kompensiert werden. Bei erwerbstätigen Personen sind die Strukturen und die Organisation des betrieblichen Arbeitsplatzes wichtige Determinanten für das sozi-

ale Netz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Mehrere Autoren betonen die Anforderungen von Unternehmen an hoch qualifizierte Angestellte und die potenziell negativen Auswirkungen auf deren soziale Integration (Flick, 2013). Dies ist besonders alarmierend, wenn man bedenkt, dass sich die damit einhergehenden Konsequenzen nicht nur auf das Privatleben der Betroffenen beschränken, sondern sich in vielfacher Weise auch in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit (z.B. Fehleranfälligkeit, eingeschränkte Konzentration, geringeres berufliches Engagement, Absenzen) bemerkbar machen. Gerade für die «Sandwichgeneration» sind die Anregungen im Rahmen der «*lebensereignisorientierten Personalarbeit*» (Clerc et al., 2015) vielversprechend. Der Arbeitgeber spielt bei kritischen Lebensereignissen seiner Arbeitnehmer eine wichtige Rolle in der Prävention und Reduktion gesundheitlicher Konsequenzen. Ein an Lebensereignissen orientiertes Personalmanagement zielt auf den Erhalt von gesunden und leistungsbereiten Mitarbeitenden ab, indem es anstrebt, die Erwerbsarbeit mit besonderen Lebensumständen (z.B. Pflege der betagten Eltern) zu vereinbaren. Dies kann dann gelingen, wenn das Unternehmen die schwierige Situation des betroffenen Mitarbeitenden frühzeitig erkennt und individuell angepasste Unterstützung ermöglicht (z.B. Anpassungen bezüglich Arbeitszeiten, geforderter Präsenz oder Aufgabenstellungen).

Rahmenbedingungen, die für Paare die subjektiven Hürden mindern, an einem fachkundigen Präventionsprogramm teilzunehmen, betreffen drei wesentliche Aspekte: Finanzierbarkeit, organisatorische Machbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote. Hinsichtlich der Finanzierbarkeit ist die Frage relevant, inwiefern die mit der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten verbundenen Kosten subventioniert werden. Während die psychotherapeutische Paartherapie je nach Anstellung des Therapeuten über die Grund- oder Zusatzversicherung vergütet wird, ist die Anerkennung von präventiven Massnahmen bei den Krankenkassen in der Regel kaum gegeben. Ferner sind Paare, die von der Sozialhilfe leben, eine besondere Risikogruppe für Partnerschaftsstörungen. Diesen Paaren sollten niederschwellige oder subventionierte Angebote zur Verfügung gestellt werden. Bezüglich der organisatorischen Machbarkeit sind generell alle Rahmenbedingungen wünschenswert, die die zeitlichen Ressourcen fördern, die für die Inanspruchnahme der Angebote erforder-

lich sind. Dazu gehören in erster Linie das Zeitmanagement von berufstätigen Paaren sowie die Kinderbetreuung bei Elternpaaren. Förderlich bei berufstätigen Partnern wäre beispielsweise die Unterstützung und Ermöglichung von zeitlicher Flexibilität durch den Arbeitgeber. Für Paare mit Kindern müssen Angebote der Kinderbetreuung bereitgestellt werden, bestenfalls am Ort, wo die Paarkurse stattfinden. Und letztlich sollte unter dem Aspekt der Erreichbarkeit ein erleichterter Zugang zu den Angeboten angestrebt werden. Erwünscht wäre ein landesweites Angebot, um auch Paare ausserhalb der grossen Städte zu erreichen. Niederschwellige Formate und selbstgesteuerte Massnahmen ohne direkten Kontakt mit Fachleuten (z.B. DVD, internetgestützte Programme) können eingesetzt werden, um subjektive Barrieren für die Nutzung von intensiveren Angeboten zu senken.

Fazit: Es existieren Risikogruppen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit, zu wenig oder mangelhafte soziale Unterstützung zu erfahren. Das Initiieren und Pflegen sozialer Kontakte setzt jedoch individuelle Ressourcen sowie eine entsprechende Gelegenheitsstruktur voraus, die gezielt gefördert werden können, um die psychische Gesundheit nachhaltig zu stärken.

Beispielprojekt: Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen haben für die Festigung und Stärkung psychischer Ressourcen eine sehr hohe Relevanz. Ausgangspunkt für das gemeinsame Interesse der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind häufig die Bewältigung von gleichartigen kritischen Lebensereignissen oder die Neuorientierung nach gleichartigen Übergängen. Daher ist die aktive Förderung von Selbsthilfegruppen ein zentraler Beitrag zum Ziel, psychische Ressourcen in verschiedenen Lebensphasen zu stärken. Diese Aufgabe nehmen die regionalen und kantonalen Selbsthilfezentren wahr, und auf nationaler Ebene leistet Selbsthilfe Schweiz (2015) die Koordinationsarbeit. Es existieren Selbsthilfegruppen zu Themen rund um die Verarbeitung verschiedenster kritischer Lebensereignisse, etwa zum Tod einer nahestehenden Person.

10.5 Literaturverzeichnis

- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 15*(3), 355–370.
- Amato, P. R., Kane, J. B., & James, S. (2011). Reconsidering the «good divorce». *Family Relations, 60*(5), 511–524.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family, 53*(1), 43.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 137–173). Oxford: University Press.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren [Stress and coping in couples]*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2003). Welche Bedeutung haben Partnerschaft und Liebe für Jugendliche heute? *Zeitschrift für Familienforschung, 15*, 91–104.
- Bodenmann, G. (2012). *Verhaltenstherapie mit Paaren*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2013). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Nieuwenboom, J. W., & Schmid, H. (2013). *Strengthening couples during the transition to parenthood: A randomized controlled study*. Bewilligtes Gesuch beim Schweizerischen Nationalfonds (SNF). Projektnummer: 146775.
- Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations, 53*(5), 477–484.
- Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2010). *Intimate Relationships*. New York: W. W. Norton & Company.
- Bundesamt für Statistik (2013). Anteil der Nichtledigen nach Geburtsjahrgang und Geschlecht. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/05/05.html> (Zugriff: 17.6.2015).
- Bundesamt für Statistik (2013b). Privathaushalte nach Haushaltstyp. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/01/04.html> (Zugriff: 10.9.2015).
- Bundesamt für Statistik (2014). Scheidungen und Scheidungshäufigkeit. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/06.html> (Zugriff: 17.6.2015).
- Clerc, M., Artho, S., & Clerc, I. (2015). *Lebensereignisse: Neue Ansätze für eine individualisierte und gesundheitsförderliche Personalarbeit*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 30, Bern und Lausanne.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: The Guilford Press.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*(4), 419–436.
- Dunn, J., Deater-Deckard, K., Pickering, K., O'Connor, T. G., & Golding, J. (1998). Children's adjustment and prosocial behaviour in step-, single-parent, and non-stepfamily settings: Findings from a community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(8), 1083–1095.
- Feld, S. L. (1981). The focused organization of social ties. *American Journal of Sociology, 86*(5), 1015–1035.
- Flick, S. (2013). *Leben durcharbeiten. Selbstsorge in entgrenzten Arbeitsverhältnissen*. Frankfurt am Main: Campus.
- Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal, 337*, 1–9.
- Freitag, M. (2014). *Das soziale Kapital der Schweiz*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Gräbel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 13*(2), 85–94.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development, 38*(4), 520–529.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7).
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2009). Marital biography and health at mid-life. *Journal of Health & Social Behavior*, 50(3), 344–358.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 963–973.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J. P., & Hantsoo, L. (2010). Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 33–38.
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine*, 74(5), 696–706.
- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2010). Patterns of change in marital satisfaction over the newlywed years. *Journal of Marriage and the Family*, 72(5), 1171–1187.
- Ley, K. (2005). Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 802–816.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 848–852.
- Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1999). Parental conflict and marital disruption: Do children benefit when high-conflict marriages are dissolved? *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 626–637.
- Mosimann, A., & Camenisch, M. (2015). Erhebung zu Familien und Generationen 2013. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4882> (Zugriff: 10.9.2015).
- Peeters, M. C. W., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Balancing work and home: How job and home demands are related to burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43–61.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare: Forschungsprojekt im Auftrag der Spitex Schweiz. <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB-48B7E/0CDC636B60/2FF10C60B3.pdf> (Zugriff: 10.9.2015).
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205.
- Sbarra, D. A., & Nietert, P. J. (2009). Divorce and death: Forty years of the Charleston Heart Study. *Psychological Science*, 20(1), 107–113.
- Schär, M., Sutter, S., & Amstad, F. (2014). *Familie, Stress und Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 27, Bern und Lausanne.
- Schmidt-Denter, U., & Beelmann, W. (1997). Kindliche Symptombelastungen in der Zeit nach einer ehelichen Trennung: Eine differentielle und längsschnittliche Betrachtung [Children's problems following parental separation: A differential and longitudinal approach.]. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29(1), 26–42.
- Selbsthilfe Schweiz (2015). Rubriken «Aktuell» sowie «Themenliste». www.selbsthilfeschweiz.ch (Zugriff: 29.9.2015).
- Sigal, A., Sandler, I., Wolchik, S., & Braver, S. (2011). Do parent education programs promote healthy post-divorce parenting? Critical distinctions and a review of the evidence. *Family Court Review*, 49(1), 120–139.
- Staub, L., & Felder, W. (2004). *Scheidung und Kindeswohl. Ein Leitfaden zur Bewältigung schwieriger Übergänge*. Bern: Hans Huber.
- Stroebe, M. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62–83.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.

- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the «ghosts» of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949–957.
- Wagner, M., & Wolf, C. (2001). Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 529–554.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643.
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4–13.
- Zemp, M., & Bodenmann, G. (2015). *Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung. Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Berlin/Heidelberg: Springer.

11 Psychische Gesundheit bei älteren Menschen

MSc Veronika Boss, Gesundheitsförderung Schweiz

Zusammenfassung

Eine Mehrheit der älteren Menschen verfügt trotz zunehmender Belastungen und abnehmender körperlicher und sozialer Ressourcen über eine gute psychische Gesundheit. Dennoch lassen sich bestimmte Gruppen von vulnerablen älteren Menschen identifizieren: Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, alleinstehende und verwitwete Frauen und Männer, pflegende Angehörige und Menschen mit unangepassten Copingstrategien. Um die psychische Gesundheit älterer Menschen zu stärken, bieten sich diverse gesundheitsfördernde Massnahmen an. Wissen, Motivation und Unterstützung sind nötig, damit ältere Menschen selbstbestimmt ihre psychische Gesundheit erhalten und stärken können. Dabei helfen Bildungsangebote zur Aneignung neu benötigter Kompetenzen, ein gesunder Lebensstil, ein angepasstes Wohnumfeld, soziale Teilhabe, Möglichkeiten zum gesellschaftlichen Engagement, aufsuchende Dienstleistungen für schwer erreichbare Menschen sowie Entlastungsangebote und Ressourcenstärkung für pflegende Angehörige. Die Gesellschaft, Kantone und Gemeinden, Arbeitgeber sowie Fachpersonen schaffen Rahmenbedingungen und können dazu beitragen, dass ältere Menschen trotz zunehmender Belastungen ihre Ressourcen optimal nutzen und lange, und mit hohem Wohlbefinden, zu Hause leben können.

11.1 Ältere Menschen

In diesem Kapitel sind mit «älteren Menschen» Personen ab 65 Jahren gemeint. Dieser Lebensabschnitt wird oftmals in ein drittes (65- bis 79-Jährige) und viertes Lebensalter (ab 80 Jahren) unterteilt. Menschen werden heute im Durchschnitt älter als frühere Generationen und bleiben grundsätzlich länger gesund und behinderungsfrei. Ältere Menschen weisen in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Lebenslage jedoch eine beträchtliche Heterogenität auf. In der Schweiz leben über 65-Jährige hauptsächlich in den eigenen vier Wänden; nur 6% sind seit mehr als einem Monat in einem Alters- und Pflegeheim zuhause (Bundesamt für Statistik, 2012a). Etwa die Hälfte der Personen ab 80 Jahren lebt alleine (Höpflinger & Wezemael, 2014). Mehr als zwei Drittel der über 80-Jährigen sind Frauen (Bundesamt für Statistik, 2014b). Obwohl es den meisten älteren Menschen in der Schweiz wirtschaftlich gut geht, bezogen 2013 12% der AHV-Rentnerinnen und -Rentner

Ergänzungsleistungen (Höpflinger, 2015)³⁰. All dies zeichnet das Bild einer hochdiversifizierten Altersgeneration mit vielen verschiedenen Bedürfnissen. Darauf sollte bei der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter geachtet werden.

11.2 Psychische Gesundheit älterer Menschen

11.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Ältere Menschen zeigen Spitzenwerte für Lebenszufriedenheit und Optimismus, was für eine hohe **psychische Gesundheit** dieser Altersgruppe spricht (Bundesamt für Statistik, 2012b; Moreau-Gruet, 2014; Schuler & Burla, 2012). Dies mag erstaunen, da schwindende körperliche Kräfte, Krankheiten, abnehmende Gedächtnisfähigkeit und der Verlust von Bezugspersonen vor allem das vierte Lebensalter prägen und psychische Belastungen darstellen können. Betrachtet man die gesamte Lebensphase des Alters, kann eine Mehrheit der älteren Menschen

³⁰ Für detailliertere Informationen zum Thema Gesundheitsförderung im Alter siehe Weber et al. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*.

ihre psychische Gesundheit jedoch aufrechterhalten. Dieses Phänomen wird in der gerontologischen Literatur das «Paradoxon des Wohlbefindens im Alter» genannt. Dabei nutzen ältere Menschen vor allem innere Ressourcen, wie die Fähigkeit, eine Situation positiv zu interpretieren und sich an eine neue Situation anzupassen (adaptives Coping) (Perrig-Chiello, 2007, 2011). Die Indikatoren und Ressourcen, mit welchen die psychische Gesundheit von älteren Menschen in der Schweiz gemessen wird, zeigten 2012 folgende Ausprägungen (Bundesamt für Statistik, 2012b; Moreau-Gruet, 2014):

- **Optimismus und Wohlbefinden**³¹ sind relativ stabil über die Lebensspanne und zeigen ab 75 Jahren einen leichten Abwärtstrend. Zwischen 65 und 74 Jahren geben 72 % der Frauen und Männer hohe bis sehr hohe Werte für Optimismus und Wohlbefinden an. Ab 75 Jahren sinken diese Werte zugunsten mittlerer Bewertungen auf 55 %.
- **Energie und Vitalität**³² unterscheiden sich lebenslang zwischen Frauen und Männern, steigen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an und zeigen ab 75 Jahren ebenfalls einen Abwärtstrend. Zwischen 65 und 74 Jahren geben zwei Drittel (66 %) der Frauen und 78 % der Männer einen hohen Energie- und Vitalitätslevel an. Ab 75 Jahren sinkt der Anteil der höchsten Bewertungen von Energie und Vitalität, zugunsten mittlerer und tieferer Bewertungen, auf 51 % für Frauen und 66 % für Männer.
- **Lebenszufriedenheit**³³: Die allgemeine Lebenszufriedenheit nimmt mit dem Alter zu. Drei Viertel der über 65-jährigen Männer und Frauen sind zufrieden mit ihrem Leben³⁴.
- **Die Kontrollüberzeugung**³⁵ steigt über die Lebensspanne, besonders beim Übertritt ins Pensionsalter. Ab 65 Jahren gibt die Hälfte der Frauen und Männer eine hohe Kontrollüberzeugung an.

Ältere Menschen sind in etwa gleich häufig von **psychischen Erkrankungen** betroffen wie jüngere (Benz et al., 2006; Schuler & Meyer, 2006). Werden Demenzerkrankungen eingerechnet, ist bis ein Viertel aller älteren Menschen betroffen (Stoppe, 2012; Weber et al., 2016). Im höheren Alter nimmt die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aufgrund der Lebensumstände zu (Ugolini & Angst, 2009). Darauf weisen vermehrt auftretende schwache depressive Symptome ab 75 Jahren (Bundesamt für Statistik, 2012b; Schuler & Burla, 2012).

Im dritten und vierten Lebensalter zählen Depression, Angststörung und Delir³⁶ zu den wichtigsten psychischen Problemen (Stoppe, 2012). Wie schon während der gesamten Lebensspanne leiden Frauen auch im Alter häufiger unter psychischen Belastungen und Depressionen als Männer (Bundesamt für Statistik, 2012b). Oft werden psychische Krankheiten im Alter nicht als solche erkannt³⁷. In diesem Zusammenhang ist die hohe Suizidrate bei Männern ab 75 Jahren zu beachten: Hier sind es häufig Depressionen, die den Suizid auslösen (Fachgruppe Mental Health, 2011). Betroffen sind vielfach alleine lebende, geschiedene und verwitwete Männer (Bachmann, Burla & Kohler, 2015; Keller-Guglielmetti & Walter, 2015). Ab 75 Jahren nehmen auch Schlafstörungen zu und betreffen 39 % der Frauen und 26 % der Männer (Bundesamt für Statistik, 2012b). Sie können Ausdruck einer psychischen Störung sein oder eine solche auslösen.

³¹ Frage im Schweizer Haushalt-Panel nach «Kraft, Energie und Optimismus». Wird als ein Aspekt des Wohlbefindens betrachtet (Moreau-Gruet, 2014).

³² Energie und Vitalität beschreiben mehr als rein physische Energie und Kraft und beinhalten auch Aspekte der psychischen Gesundheit (Moreau-Gruet, 2014).

³³ In diesen gemischten Indikator fliessen Gesundheit und Einkommenssituation, aber auch das individuelle Anspruchsniveau und die persönliche Geschichte mit ein (Moreau-Gruet, 2014).

³⁴ Die allgemeine Lebenszufriedenheit verhält sich gegenläufig zur spezifischen Zufriedenheit mit der Gesundheit, die am Anfang des Lebens hoch ist und über die Lebensspanne sinkt. Zufrieden und sehr zufrieden mit der Gesundheit sind ab 65 Jahren 63 %, ab 75 Jahren 54 % aller Personen (Moreau-Gruet, 2014).

³⁵ Die Kontrollüberzeugung stellt eine direkte Ressource zum Erhalt der psychischen Gesundheit dar (Schuler & Burla, 2012).

³⁶ Akut auftretende Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Denkens, des Gedächtnisses und der Psychomotorik.

³⁷ Die Anzahl professioneller Behandlungen wegen psychischer Probleme nimmt ab 65 Jahren stark ab. Dies deutet darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen weniger häufig erkannt werden oder dass seltener professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird. Die geringe Inanspruchnahme psychologischer und psychiatrischer Unterstützung könnte sich aber bei zukünftigen Altersgenerationen aufgrund höherer Akzeptanz verändern (Bundesamt für Statistik, 2012b).

11.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Folgende **Schutzfaktoren bzw. Ressourcen** unterstützen ältere Menschen dabei, psychisch gesund zu bleiben (Dellenbach & Angst, 2011; Schuler & Burla, 2012; Steinmann, 2005):

- Körperliche Faktoren: zum Beispiel guter Gesundheitszustand, Fitness, ausgewogene Ernährung, genügend Schlaf
- Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen: zum Beispiel adaptive Copingstrategien, Kommunikationsfähigkeit, Sinnfindung, Transzendenz/Spiritualität, Selbstwirksamkeitserwartung
- Soziale Faktoren: zum Beispiel soziale Unterstützung, Vertrauenspersonen, Schutz vor physischer und psychischer Gewalt
- Strukturelle Faktoren: zum Beispiel Zugänge zu Beratung, Weiterbildung und Dienstleistungen, Möglichkeiten für sinnstiftende Aktivitäten, unterstützende Technologien
- Gesellschaftliche Faktoren: zum Beispiel politische und wirtschaftliche Stabilität, ausreichende Sozialversicherungen, gesellschaftliche Partizipation und Integration

Die folgenden **Risikofaktoren bzw. Belastungen** können bei älteren Menschen zur Entwicklung einer psychischen Krankheit führen:

- Körperliche Faktoren: zum Beispiel Seh- und Hörbehinderung, Unfälle wie Stürze, chronische Krankheit/en, Gebrechlichkeit, Mangelernährung, Schlafstörungen
- Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen: zum Beispiel schlechter Selbstwert, ungenügende Copingstrategien
- Soziale Faktoren: zum Beispiel Einsamkeit, soziale Isolation, Gewalterleben
- Strukturelle Faktoren: zum Beispiel ungenügende Infrastruktur inner- und ausserhalb des Wohnraumes, Umweltbarrieren, ungenügender Zugang zu Beratung und Dienstleistungen
- Gesellschaftliche Faktoren: zum Beispiel tiefer sozioökonomischer Status, Altersdiskriminierung, Stigmatisierung
- Kritische Lebensereignisse und biografische Übergänge: zum Beispiel Pflege der Partnerin/ des Partners, Tod einer engen Bezugsperson, Trennung oder Scheidung, Pensionierung, Umzug oder Eintritt ins Pflegeheim, Sterbeprozess

Da Ressourcen moderierend auf Risikofaktoren bzw. Belastungen wirken und gleichzeitig direkt die psychische Gesundheit stärken können, ist deren Förderung und Erhalt im Alter von grosser Bedeutung. Wenn also körperliche und soziale Ressourcen abnehmen, werden personale Ressourcen wie die

Informationsbox Pro Mente Sana: Demenz

Eine Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, die durch Defizite der kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionen gekennzeichnet ist. Betroffen sind das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik. Auch die Persönlichkeitsstruktur kann beeinträchtigt sein.

Es gibt verschiedene Formen von Demenz. Die häufigste Form, der Morbus Alzheimer, macht gegen drei Viertel aller Demenzen aus.

Prävalenz in der Schweiz: In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen sind weniger als 2% von einer Demenz betroffen. Ab 90 Jahren sind bereits 30% an Demenz erkrankt.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Entstehungsmechanismen für eine Demenz sind nicht abschliessend geklärt. Demenz hat einerseits eine

biologische Komponente (wie Alter, Geschlecht und genetische Veranlagungen). Andererseits haben Lebensstilfaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit.

Behandlung: Demenz ist nicht heilbar. Ihre Auswirkungen können aber dank geeigneten Medikamenten und Therapien gemildert werden, sodass die Lebensqualität der betroffenen Menschen hoch gehalten werden kann.

Quellen: Ecoplan (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz, Ausgangslage. Bern; Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M., & Prina, M. (2014). World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An Analysis of Protective and Modifiable Factors. London.

innere Kontrollüberzeugung und adaptive Copingstrategien, beispielsweise Anpassungsmechanismen, wichtiger. Auch die Stärkung der äusseren sozialen und strukturellen Ressourcen im Umfeld älterer Menschen vermindert die Belastungen und erhält und fördert die psychische Gesundheit im Alter.

11.3 Besondere Herausforderungen für ältere Menschen

11.3.1 Typische Entwicklungsaufgaben im Alter

Abnehmende körperliche und soziale Ressourcen, ein kritisches Lebensereignis oder biografische Übergänge führen im Alter zu Veränderungen, vielfach verbunden mit dem Erleben von Verlust. Neben äusseren Anpassungen wird auch die innere Anpassung an die veränderte Situation notwendig. Ältere Menschen sollten sich trotz zunehmender äusserer Abhängigkeit die Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung erhalten. Dies stellt eine persönliche Entwicklungsaufgabe dar, deren Erfüllung jedoch durch ein unterstützendes Umfeld erleichtert wird (Samochowiec, Kühne & Frick, 2015; Steinmann, 2005). Eine andere wichtige Entwicklungsaufgabe im Zusammenhang mit den vielfältigen Veränderungen im Alter ist die situationsbezogene und existenzielle Sinnsuche. Sie kann durch das Aufarbeiten der eigenen Biografie begünstigt werden. Dabei werden Lebensereignisse inventarisiert und in die eigene Lebensgeschichte integriert, was die Sinnfindung und damit die psychische Gesundheit unterstützt (Perrig-Chiello, 2014). Auch eine wichtige Aufgabe im Alter ist die Auseinandersetzung mit dem nahenden Sterben und dem eigenen Tod. Eine der Situation unangepasste Entwicklung oder das Scheitern an Entwicklungsaufgaben kann zu psychischen Beeinträchtigungen führen (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015; Steinmann, 2012).

11.3.2 Körperliche Herausforderungen im Alter

Zunehmende körperliche Krankheiten³⁸ und Gebrechlichkeit, Multimorbidität und die Folgen von Stürzen können im Alter dazu beitragen, dass Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Einkauf und Essenszubereitung, später auch die Fortbewegung und die Körperpflege, nicht mehr selbstständig bewältigt werden können. Das beeinträchtigt die Mobilität, die soziale Vernetzung und die Autonomie der betroffenen älteren Menschen (Bachmann et al., 2015). Personen ab 65 Jahren mit funktionalen Einschränkungen fühlen sich psychisch belasteter als ihre Altersgenossen ohne diese Einschränkungen und klagen häufiger über Depressionen, mangelnde Energie und wenig Vitalität. Sie weisen eine niedrigere interne Kontrollüberzeugung auf, beurteilen ihre Lebensqualität negativer und erfahren weniger soziale Unterstützung (Bundesamt für Statistik, 2014a). So ziehen körperliche Einschränkungen und Krankheiten häufig psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen nach sich (Schuler & Burla, 2012).

11.3.3 Verlust von sozialer Unterstützung und Vereinsamung

Das soziale Netzwerk und die soziale Teilhabe verringern sich im Alter³⁹. Ab 75 Jahren vermissen deutlich mehr ältere Personen eine enge Vertrauensperson oder fühlen sich einsam⁴⁰. Soziale Unterstützung kann im Alter plötzlich verloren gehen, aufgrund eines biografischen Übergangs (Umzug, Pensionierung) oder eines kritischen Lebensereignisses (Trennung vom Partner, plötzliche Krankheit). Sie kann aber auch schrittweise abnehmen, zum Beispiel wegen der zunehmenden Einbindung in die Pflege des Partners (Dellenbach & Angst, 2011; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Ein tiefer sozioökonomischer Status, eine Hör- oder Sehbehinderung oder ein vorliegender Migrationshintergrund stellen zudem Risikofaktoren für soziale Isolation und Vereinsamung dar (Dellenbach & Angst, 2011). Negativ empfundene Ein-

³⁸ Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Demenzerkrankungen, Diabetes und muskuloskelettale Erkrankungen gehören zu den wichtigsten nicht übertragbaren Erkrankungen im Alter (Bachmann et al., 2015).

³⁹ Zwischen 65 und 74 Jahren geben 69% der Frauen und 60% der Männer an, mehrere nahestehende Personen zu haben. Ab 75 Jahren sinkt dieser Anteil bei den Frauen stark – wohl im Zusammenhang mit dem Verlust des Lebenspartners – auf 59%, während er bei den Männern praktisch unverändert bleibt (Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012).

⁴⁰ Über keine enge Vertrauensperson zu verfügen, geben 9% der 75-jährigen und älteren Frauen und 6% der Männer an; je gut 30% haben nur eine Vertrauensperson. Zudem fühlen sich 21% der 75-jährigen und älteren Männer und 35% der Frauen manchmal einsam (Bundesamt für Statistik, 2012b).

samkeit darf nicht unterschätzt werden. Nebst einem schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand kann sie zu einer kürzeren Lebenserwartung und einem erhöhten Risiko für Demenzerkrankungen führen (Schäfler, Biedermann & Salis Gross, 2013; Schuler & Burla, 2012).

11.3.4 Pflegende Angehörige

Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten werden in der Schweiz ältere Menschen seltener durch Angehörige gepflegt. Die Gesellschaft stützt sich hauptsächlich auf gut ausgebaute professionelle Pflegedienstleistungen ab. Trotzdem wünschen sich viele Menschen, von Angehörigen gepflegt zu werden (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010) und 54 % der über 65-Jährigen mit funktionellen Einschränkungen nehmen die Hilfe ihrer Angehörigen in Anspruch (Bundesamt für Statistik, 2014a). Gemäss der SwissAgeCare-Studie 2010 sind zwei Drittel der pflegenden Angehörigen Frauen, ein Drittel Männer. Die Hälfte der pflegenden Frauen sind Partnerinnen, zwei Drittel der pflegenden Männer sind Partner. Pflegende Partnerinnen sind im Durchschnitt 75 Jahre alt, pflegende Partner 78. Es kommt aber auch vor, dass Menschen im Pensionsalter ihre Eltern pflegen. Der durchschnittliche Pflegeaufwand von Partnerinnen und Partnern beträgt 65 Stunden pro Woche (Perrig-Chiello et al., 2010). Als Motive für die Pflege werden Liebe und ein gutes Gefühl genannt, aber auch Verpflichtung, Notwendigkeit und finanzielle Überlegungen. Nicht alle pflegenden Angehörigen können die starken körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen, die durch die Pflege entstehen, bewältigen. Dies zeigt sich an einem tieferen subjektiven Gesundheitsempfinden und einer geringeren Lebenszufriedenheit pflegender Angehöriger, verglichen mit Menschen, die keine Angehörigen pflegen. Ein besonderes Augenmerk ist laut der SwissAgeCare-Studie auf pflegende Angehörige mit unzureichenden adaptiven Copingstrategien zu legen: Einerseits sind das pflegende Frauen und Männer mit sehr hohem zeitlichem Pflegeaufwand (70 Stunden und mehr), tiefer Zufriedenheit und tiefem Wohlbefinden. Andererseits gehören dazu pflegende Frauen, die zeitlich weniger eingespannt sind (27 Stunden), deren Wohlbefinden aber stark eingeschränkt ist und die regelmässig Schmerzmedikamente einnehmen (Bachmann et al., 2015; Perrig-Chiello et al., 2010; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

11.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

11.4.1 Zugang zu älteren Menschen

Die vielfältigen Erfahrungen, die die Gesundheitsförderung beim Zugang zu älteren Menschen oder zu schwer erreichbaren und sozioökonomisch benachteiligten Gesellschaftsgruppen gesammelt hat, können auch für Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter genutzt werden. Die folgende Aufzählung umfasst erprobte und mögliche Zugangswege zu älteren Menschen (Dellenbach & Angst, 2011; Soom Ammann & Salis Gross, 2011; Weber et al., 2016; und eigene Darstellung):

- **Beratungsstellen und Interessenvertretungen:** Altersberatungsstellen (z. B. Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Alzheimervereinigung, Rheumaliga), Sozialarbeit, kommunale Suchtberatungsangebote, Case Manager und Elder Care Manager, Scheidungsberatungsstellen und Scheidungsanwälte, Mediatoren
- **Fachpersonen und Berufszweige mit Kontakt zu Risikogruppen:** Haus- und Spezialärzte (z. B. HNO, Augenärzte oder Neurologen), Kliniken, Optiker und Hörgerätevertretungen, Bestattungsdienste
- **Aufsuchende Fach- und Unterstützungsdienstleistungen zu Hause:** Spitex, Pro Senectute, Besuchs-, Mahlzeiten- oder Fahrdienste, mobile Schönheitspflege
- **Zivilgesellschaft und Angehörige:** Nachbarschaft, Vereine, Kirchen, Migrationsorganisationen, Familie, Freunde, Freiwillige, Peers
- **Amtliche Stellen und Vorsorgeeinrichtungen:** Gemeindeämter oder Pensionskassen, Einwohneramt, Sozialamt, Integrationsfachstelle
- **Arbeitgeber kurz vor oder nach der Pensionierung:** Öffentliche und privatwirtschaftliche Arbeitgeber, Berufsverbände, Gewerkschaften
- **Medien:** Wissen, Erlebnisberichte und Unterstützungsangebote in regionalen Zeitungen platzieren, Radio- und Fernsehsender, Webseiten, Zeitschriften, die sich an die Zielgruppe und ihre Angehörigen richten
- **Alternative Zugänge, die getestet werden könnten:** Einbezug von privaten Dienstleistern wie Restaurants, Einkaufszentren, Coiffeure, Postboten, Taxis, Banken

11.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der älteren Menschen zu stärken?

Die psychische Gesundheit älterer Menschen, insbesondere in Bezug auf die oben erwähnten Herausforderungen, kann mit Interventionen in den folgenden Handlungsfeldern positiv beeinflusst werden. Wichtig ist, dass evaluierte Projekte zur Anwendung kommen und erfahrungs- und theoriegeleitete Ideen evaluiert werden. Zudem ist ein geschlechtssensibler Interventionsansatz zu beachten.

Die **Bedeutung der psychischen Gesundheit** sollte im Kontakt zu älteren Menschen thematisiert werden. Ziel ist es, Wissen darüber zu vermitteln und ältere Menschen zu motivieren und zu unterstützen, selbstbestimmt ihre psychische Gesundheit zu erhalten und zu stärken (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Dazu können bereits bestehende Veranstaltungen für ältere Menschen (Bewegungsangebote, Weiterbildungskurse) auf kommunaler Ebene oder spezifische Impulsveranstaltungen genutzt werden. Ebenfalls Erfolg zeigen kurze schriftliche Bedürfnisbefragungen mit darauf folgenden individuellen Beratungen (Feller-Länzinger, La Mantia, Künzi, & Egger, 2014). Hausärztinnen und Hausärzte gelten für ältere Menschen oftmals als Vertrauenspersonen in gesundheitlichen und anderen Fragen. Darum wird auch das Arzt-Patienten-Gespräch als effektive Möglichkeit hervorgehoben, um Aspekte der psychischen Gesundheit und deren Einflussfaktoren zu thematisieren, Interventionen zu initiieren und diese zu begleiten (Kessler & Steinmann, 2015; Künzler & Bandi-Ott, 2014; Künzler & Minzer, 2015). Auch die Angehörigen älterer Menschen können bei der Thematisierung von Aspekten der psychischen Gesundheit einbezogen werden (Feller-Länzinger et al., 2014).

Damit ältere Menschen typische Entwicklungsaufgaben im Alter erfolgreich bewältigen können, sind Bildungsangebote zur **Vermittlung und Stärkung persönlicher Kompetenzen** hilfreich. Für die Bildungsarbeit eignen sich Gruppensettings besonders gut. Wenn es der Kursleitung gelingt, einen positiven gruppenspezifischen Prozess einzuleiten, können Selbstreflexion und sozialer Austausch zu Einstel-

lungs- und Verhaltensänderungen führen und die psychische Gesundheit stärken (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Beispiele dazu sind Kurse zur Vorbereitung auf das Rentenalter oder zur Aufarbeitung der eigenen Biografie (Dellenbach & Angst, 2011; Kessler & Schmockler, 2014).

Um körperliche Beeinträchtigungen so lange wie möglich hinauszuzögern und, wenn sie eintreten, einen guten Umgang damit zu finden, bieten sich Interventionen zur Förderung eines **gesunden Lebensstils** an. Dazu werden körperliche Aktivität/Bewegung, ausgewogene Ernährung, aber auch Schlafhygiene gezählt. Bewegung wirkt sich beispielsweise direkt positiv auf den Schlaf und die Psyche aus (Büla et al., 2014). Auch zum Erlernen und zur Pflege eines gesunden Lebensstils eignen sich Gruppenangebote sehr gut, weil sie neben einer praktischen Kompetenz die soziale Teilhabe fördern (Dellenbach & Angst, 2011; Gesundheitsförderung Schweiz, 2014). Um trotz zunehmender Gebrechlichkeit und körperlicher Einschränkungen möglichst lange im gewohnten Umfeld wohnen zu können, sind die angepasste Gestaltung und Organisation von **Wohnumfeld, Wohnraum und Wohnform** wichtig. Es braucht alternative Wohnformen, wie Alters- und Generationen-Wohngemeinschaften, abgestufte administrative und pflegerische Unterstützungsdienstleistungen im Privathaushalt und Tagesbetreuungsplätze am Übergang zwischen eigenständigem Wohnen und stationärer Betreuung⁴¹. Diese alternativen Wohnformen können einen Heimeintritt hinauszögern oder ganz vermeiden. Eine gut angepasste Wohnumgebung im Alter vermindert Einsamkeitsgefühle, erhöht Partizipationschancen und unterstützt das Sinnerleben (Feller-Länzinger et al., 2014; Perig-Chiello et al., 2010; Wächter, Bommer, Hafen & Rabhi-Sidler, 2015).

Zur Förderung der **sozialen Teilhabe** bei aktiven älteren Menschen eignen sich sogenannte Hol-Angebote. Dazu gehören neben Bildungsangeboten in der Gruppe (vgl. oben) soziale Treffpunkte, aber auch kreative, handwerkliche, soziale und politische Aktivität. Das **Engagement** älterer Menschen, speziell zugunsten jüngerer Generationen, wirkt sinnstiftend und stellt einen nachhaltigen Beitrag zur Gesell-

⁴¹ Das Ziel ist selbstständiges, aber nicht isoliertes Wohnen. Wohnungen schwellenfrei auf einer Etage, hausnahe Dienstleistungen auf Abruf, gegenseitige Tausch- und Unterstützungsmöglichkeiten und so weiter.

schaft dar. Erfolgreich ausgeführte Aktivitäten erhöhen zudem die Selbstwirksamkeit. Erfolgversprechend sind auch Ansätze wie die Gemeinwesenarbeit⁴², die Bildung von Netzwerken für die Nachbarschaftshilfe (intra- und intergenerational) und die Förderung von Selbsthilfegruppen. Sie alle fördern neben der sozialen Teilhabe und Partizipation auch die körperliche und geistige Fitness (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007; Dellenbach & Angst, 2011; Feller-Länzinger et al., 2014; Kessler, Bonsack, Seematter & Biedermann, 2009; Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Damit soziale und andere Bedürfnisse von **schwer erreichbaren älteren Menschen** befriedigt werden können, sind **aufsuchende Angebote** (Bring-Angebote) notwendig. Bei einem Hausbesuch klären Fachpersonen Bedürfnisse ab und bieten Beratungen und Unterstützungsdienstleistungen an, nutzen aber gleichzeitig die positive Wirkung des sozialen Kontakts zur älteren Person. Dabei ist die Eigeninitiative und Autonomie der älteren Person zu bewahren und zu fördern. Soziale Unterstützung wird auch möglich durch freiwillige Hausbesuche von Peers (Altersgenossen) (Feller-Länzinger et al., 2014; Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Für **pflegende Angehörige** wird einerseits die Vermeidung von strukturellen und organisatorischen Belastungen im Pflegeumfeld empfohlen. So ist auf angepasste pflegetechnische Massnahmen, genügend Informationen zu finanziellen Entschädigungen und Entlastungsmöglichkeiten zu achten. Andererseits sollen soziale und psychische Ressourcen gestärkt werden, zum Beispiel durch den Austausch mit anderen Betroffenen (Selbsthilfegruppen) oder bei der Bearbeitung von Themen wie Burnout oder Pflege in der Partnerschaft (Perrig-Chiello et al., 2010; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

11.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der älteren Menschen zu stärken?

Um die psychische Gesundheit älterer Menschen zu stärken, sollte in der **Gesellschaft** ein positives Bild der Lebensphase Alter entwickelt werden. Dabei gilt

es, dem relevanten gesellschaftlichen Beitrag, den ältere Menschen leisten können und wollen, Raum zu geben und ihn wertzuschätzen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007). Trotzdem ist auch das Zugeständnis wichtig, mit zunehmendem Alter auf Hilfe und Unterstützung von anderen angewiesen sein zu dürfen.

Kantone und Gemeinden sind gefordert, altersrelevante Gesundheitsthemen in Strategien und Konzepte einzubeziehen. Wichtige Themenfelder zur Förderung der psychischen Gesundheit sind die Schaffung von koordinierten, angepassten Versorgungsnetzen für ältere Menschen, die Förderung der sozialen Teilhabe und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Darauf aufbauend können dann Interventionen finanziert und geplant werden. Damit ältere Menschen so lange wie möglich im selbstgewählten Zuhause leben können, sollten Gemeinden und Städtezentren, Quartiere und Settings alter(n)-gerecht und gesundheitsfördernd gestaltet werden. Benötigt werden barrierearme Zugänge zu Serviceleistungen, Freizeitangeboten, sozialen Netzwerken und Technologien im Wohnumfeld (Bachmann et al., 2015; Schäfler et al., 2013).

Arbeitgeber (Firmen, Organisationen, Verwaltungen) können einen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Arbeitnehmenden kurz vor und nach der Pensionierung leisten. Dazu gehören Vorbereitungskurse und individuelle Beratungen vor der Pensionierung oder Optionen und Anreize, um auch nach 65 Jahren teil- oder vollzeitlich erwerbstätig sein zu können (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007; Dellenbach & Angst, 2011; Moreau-Gruet et al., 2014). Zusätzlich ist die Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege (Elder Care) zu klären (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007).

Fachpersonen, die mit und für ältere Menschen arbeiten, sollen schliesslich der psychischen Gesundheit in ihrer täglichen Arbeit sowie in der Aus- und Weiterbildung einen angemessenen Stellenwert einräumen. Zudem ist für den Aufbau effektiver Unterstützungs- und Versorgungsnetze eine vermehrte Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit notwendig (Feller-Länzinger et al., 2014).

⁴² «Gemeinwesenarbeit ist ein partizipatives Arbeitsprinzip, das unter der aktiven Mitarbeit der Bevölkerung und dem gezielten Einbezug von Institutionen, Organisationen und weiteren Akteuren dazu beiträgt, die Lebensbedingungen von Menschen sowie den sozialen Zusammenhalt und die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen zu verbessern» (Weber et al., 2016, S. 123).

Beispielprojekt: «Tavolata»

Das Projekt «Tavolata» ist ein Netzwerk von Tischgemeinschaften, das das Migros-Kulturprozent 2010 initiiert hat. Es handelt sich um selbstorganisierte, lokale Tischgemeinschaften, bei denen sich ältere Menschen privat oder in einem halb-öffentlichen Raum regelmässig zum gemeinsamen Kochen und Essen treffen. Mit dem Projekt «Tavolata» wird die Vernetzung von älteren Menschen gefördert, die soziale Teilhabe ermöglicht und damit das psychische Wohlbefinden gestärkt. In der Regel kommen die Tischgemeinschaften ein- bis zweimal im Monat zusammen. Die Gruppen umfassen sieben bis zehn Personen, 2015 wurden 135 Tischgemeinschaften in 15 Kantonen in allen drei Sprachregionen geführt. Das Durchschnittsalter betrug 74 Jahre (Gartmann & Umbach-Daniel, 2015)⁴³.

11.5 Literaturverzeichnis

- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Neuchâtel.
- Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
- Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C. & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum*, 14(45), 836–841.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Statistik (2012a). *Gesundheit im Alter – Daten, Indikatoren. Personen in Heimen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html> (Zugriff: 19.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (2012b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012*. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/00.xml> (Zugriff: 19.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (2014a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2014b). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht am Jahresende 2014*. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html (Zugriff: 19.11.2015).
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandaufnahme und Handlungsfelder. Faktenblatt 7*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich: Zentrum für Gerontologie.

⁴³ Weitere Informationen: www.tavolata.net und Evaluation des Projekts: https://www.tavolata.net/data/seiten/120D50C9/Kurzfassung_Act_for_Age_def_D-1.pdf

- Ecoplan (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage. Bern: Bundesamt für Gesundheit / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- Fachgruppe Mental Health (2011). Positionspapier «Suizidprävention im Alter». Public Health Schweiz.
- Feller-Länzinger, R., La Mantia, A., Künzi, K. & Egger, T. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Evaluation 2011–2013*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 18.
- Gartmann, L. & Umbach-Daniel, A. (2015). Act for Age – Evaluation und Gestaltung von Tischgemeinschaften für ältere Menschen als nachhaltiges soziales Netzwerk. Rüschnikon.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich! Argumentarium*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Höpflinger, F. (2015). Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wirtschaftliche-Lage.pdf> [Zugriff: 19.11.2015].
- Höpflinger, F. & Van Wezemaal, J. (2014). Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Graphiken zum Download. <http://www.age-report.ch/grafiken-zum-download/> [Zugriff: 19.11.2015].
- Keller-Guglielmetti, E. & Walter, E. (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kessler, C. & Schmocker, H. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Umsetzungshilfe «Tips und Tools für Veranstaltungen und Kurse»*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 16.
- Kessler, C. & Steinmann, R. M. (2015). Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis. *Primarycare*, 15(7), 118–123.
- Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L. & Biedermann, A. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit Expert/innen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse*. Bern: Pro Senectute Kanton Bern / Public Health Services.
- Künzler, A. & Bandi-Ott, E. (2014). Chronisch kranke Patienten – Psychische Komorbiditäten – erkennen, fragen, handeln. *Hausarzt Praxis*, 9(12), 33–35.
- Künzler, A. & Minzer, A. (2015). Was der Hausarzt wissen sollte. *Primary Care – Die Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin*, 15(5), 81–83.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Perrig-Chiello, P. (2007). Paradox des Wohlbefindens. Kriterien für ein positives Lebensgefühl im Alter. *Sozial Aktuell, Avenir Social*, 3, 2–3.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, & P. Perrig-Chiello (Hrsg.), *Glück. Berner Universitätsschriften*. Bern: Haupt Verlag. S. 241–255
- Perrig-Chiello, P. (2014). Autobiografische Erinnerung: Fakt oder Fiktion? *Universität Bern, UniPress*, 160, 16–17.
- Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber Verlag.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> [Zugriff: 22.11.2015].
- Samochowicz, J., Kühne, M. & Frick, K. (2015). Digital Ageing. Unterwegs in die alterslose Gesellschaft. Rüschnikon/Zürich: GDI Gottlieb Duttweiler Institut.
- Schäfler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter. Bern: Public Health Services.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6–8.

- Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Zugriff: 30.10.2015).
- Steinmann, R. M. (2005). Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Steinmann, R. M. (2012). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention*. Wien: LIT Verlag.
- Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(39), 1-3.
- Ugolini, B. & Angst, S. (2009). Erhaltung und Förderung psychischer Gesundheit im Alter. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Wächter, M., Bommer, A., Hafen, M. & Rabhi-Sidler, S. (2015). *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick*. Luzern: Hochschule Luzern.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.

12 Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit

Dr. Fabienne T. Amstad & MSc Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz

Ziel des vorliegenden Grundlagenberichts ist es, eine wissenschaftliche Basis für ein kantonales Aktionsprogramm (KAP) mit Schwerpunkt psychische Gesundheit zu bilden und eine Entscheidungsgrundlage für strategische Massnahmen in diesem Themengebiet auf nationaler, kantonaler sowie kommunaler Ebene zu liefern. Neben dieser wissenschaftlichen Basis werden die Bedürfnisse der Kantone sowie die schon bestehenden kantonalen Aktivitäten berücksichtigt, um detaillierte Rahmenbedingungen eines KAP zu erstellen. Dieser Prozess ist in Abbildung 12.1 dargestellt.

Um wissenschaftliche Grundlagen zur psychischen Gesundheit im KAP berücksichtigen zu können, werden aus dem vorliegenden Grundlagenbericht drei konkrete Empfehlungen herausgearbeitet. Diese erlauben eine Fokussierung auf die zu ergreifenden Massnahmen.

12.1 Empfehlung 1: Die Person in ihrem Umfeld berücksichtigen

Es ist zentral, eine Person jeweils in ihren verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Familie, Freizeit oder Schule) wahrzunehmen (siehe Abbildung 12.2). In jedem Lebensbereich befinden sich Bezugspersonen und/oder Peers, die eine Person beeinflussen können. Auch die jeweiligen Angebote, die Struktur, das Klima und die Kultur des Umfelds sind als Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Dieser Einfluss ist wechselseitig: Eine Person gestaltet das Umfeld mit. Daher ist es wichtig, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen zur psychischen Gesundheit nicht nur die Personen allein, sondern sie auch als Teil ihres Umfelds (Verhältnisse) wahrzunehmen.

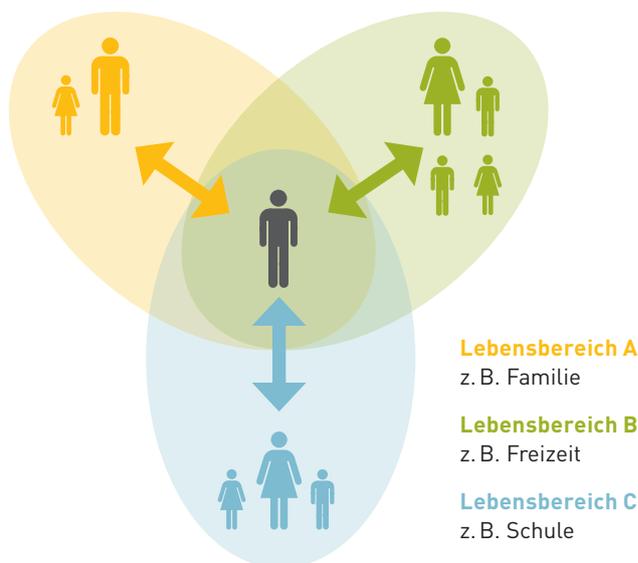
ABBILDUNG 12.1

Vorgehensweise beim Aufbau eines KAP⁴⁴



ABBILDUNG 12.2

Der Mensch in seinen verschiedenen Lebensbereichen



⁴⁴ Als weitere wissenschaftliche Basis dient auch das Kapitel 19 Förderung der psychischen Gesundheit mit Fokus auf die soziale Teilhabe aus dem Bericht «Gesundheit und Lebensqualität im Alter» (Weber et al., 2016).

Als Beispiel für eine gesundheitsförderliche Massnahme, die vor allem die Person mit ihren Gedanken, ihren Emotionen und ihrem Verhalten in den Fokus rückt, kann die Vermittlung von sogenannten Lebenskompetenzen (*life skills*) genannt werden. Die Lebenskompetenzen beinhalten Fertigkeiten, die es Personen gestatten, effektiv mit Herausforderungen und Belastungen aus dem alltäglichen Leben umzugehen. Zu den Lebenskompetenzen gehören folgende Fertigkeiten (WHO, 1997):

- Beziehungsfähigkeit
- Empathie
- Effektive Kommunikationsfertigkeiten
- Selbstwahrnehmung/Achtsamkeit
- Emotionsregulation
- Stressbewältigung
- Kreatives und kritisches Denken
- Entscheidungen treffen
- Problemlösefertigkeiten

Neben diesen individuellen Massnahmen zielen umfeldbezogene⁴⁵ Massnahmen auf Bezugspersonen, die jeweiligen Angebote, die Struktur, das Klima und die Kultur eines Umfelds. Beispielsweise richten sich umfeldbezogene Massnahmen des Lebensbereichs Schule auf die Klassenkultur, das Schulklima, die Lehrpersonen und die Schulangebote aus.

Um die Person in ihrem Umfeld wirkungsorientiert zu fördern, sollen diese Massnahmen aufeinander abgestimmt werden.

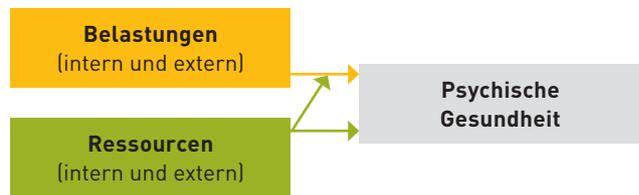
12.2 Empfehlung 2: Interne und externe Ressourcen stärken

Ressourcen haben einerseits einen direkten positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und andererseits eine abpuffernde Wirkung auf Belastungen, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (siehe Abbildung 12.3).

Es ist somit doppelt wichtig, sowohl interne wie auch externe Ressourcen zu stärken⁴⁶. Interne und externe Ressourcen beeinflussen sich gegenseitig. Einseitig nur interne oder nur externe Ressourcen zu stärken, ist daher weniger zielführend.

ABBILDUNG 12.3

Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell



Alle Ressourcen zu stärken, ist eine unmögliche Aufgabe. Deshalb empfiehlt es sich, auf wenige – dafür zentrale – Ressourcen zu fokussieren, die eine sogenannte generische Wirkung auf Belastungen haben können. Generisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sie unterschiedliche Probleme beeinflussen können.

Selbstwirksamkeit als interne Ressource und soziale Unterstützung als externe Ressource sind solche generischen Ressourcen, da beide Ressourcen über die gesamte Lebensspanne, in verschiedenen Übergängen und Lebensereignissen eine zentrale Rolle spielen (Wettstein, 2016).

12.2.1 Zentrale interne Ressource: Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit ist eine zentrale interne Ressource. Sie beschreibt die Überzeugung, Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen ausführen zu können. Selbstwirksamkeit wird schon sehr früh entwickelt und im Verlauf des gesamten Lebens immer wieder benötigt, um die psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Besonders bei der Bewältigung von Übergängen oder kritischen Lebensereignissen gilt es, die Überzeugung der eigenen Wirksamkeit in Bezug auf neue Rollen oder Situationen zu erhalten.

Sowohl die Person wie auch das Umfeld sind für die Förderung und die Entwicklung von Selbstwirksamkeit entscheidend. Auf der individuellen Ebene sind hier die Lebenskompetenzen (siehe Kapitel 12.1) zu nennen. Denn Selbstwirksamkeit kann auch als Ergebnis von erfolgreich angewandten Lebenskompetenzen betrachtet werden (Bühler & Heppekausen,

⁴⁵ Mit «umfeldbezogenen Massnahmen» sind Massnahmen gemeint, die auf das jeweilige Umfeld der Zielperson bezogen sind. Somit stellen Bezugspersonen einen Teil des sozialen Umfelds dar.

⁴⁶ Für interne Ressourcen bzw. externe Ressourcen werden im vorliegenden Bericht auch die Begriffe personale Ressourcen bzw. umgebungsbedingte/umfeldbedingte Ressourcen verwendet.

2005]. Auf der Ebene des Umfelds sind als Beispiele das Vertrauen, das einer Person entgegengebracht wird, und der Handlungsspielraum, der ihr zugestanden wird, zu nennen. Sowohl das Vertrauen wie auch der Handlungsspielraum ermöglichen es, dass eine Person auch selbstwirksame Erfahrungen machen kann.

12.2.2 Zentrale externe Ressource: soziale Unterstützung

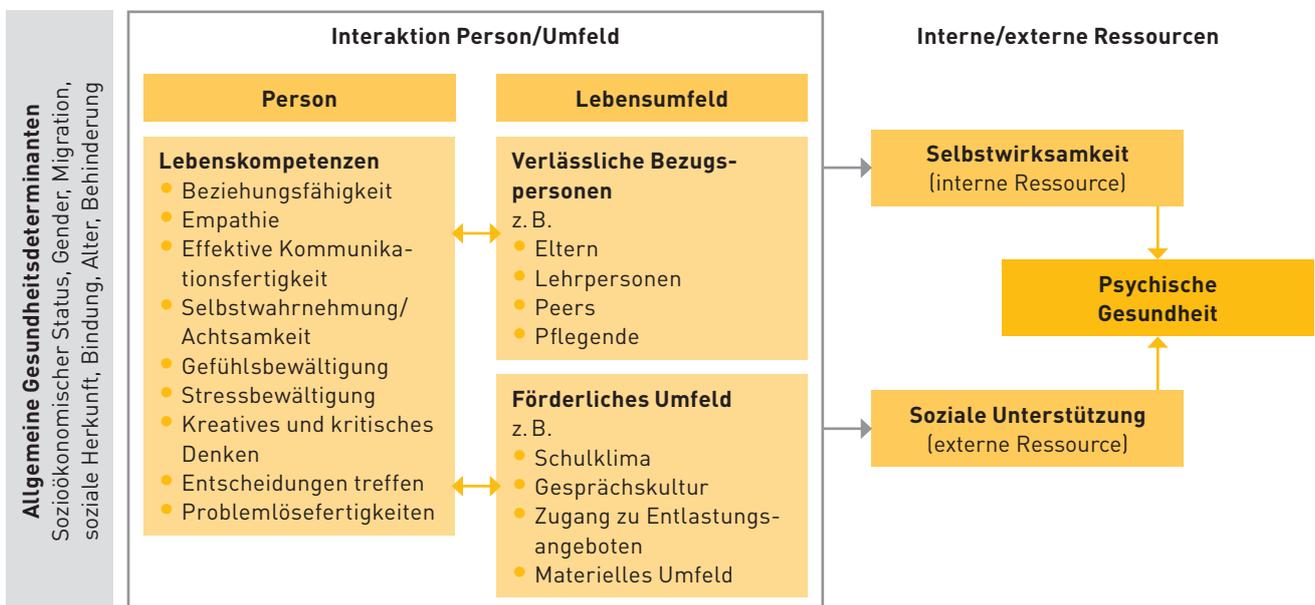
Die soziale Unterstützung ist während der gesamten Lebensspanne zentral. Sie beschreibt die Vermittlung von praktischer Hilfe, Wertschätzung oder den Informationsaustausch zwischen Personen. Schon im Kleinkindalter ist es für die psychische Gesundheit des Kindes wesentlich, dass verlässliche Bezugspersonen erreichbar sind. Im Schul- und Jugendalter kommen mit den Peers weitere Unterstützungsquellen hinzu, die es zu erschliessen gilt. Im Erwachsenenalter zeigt sich die soziale Unterstützung nicht nur in der Partnerschaft, sondern auch im ausserfamiliären sozialen Netz, wie zum Beispiel in der Erwerbstätigkeit mit Arbeitskolleginnen und -kollegen und Mitarbeitenden. Auch im fortgeschrittenen Alter bleibt die soziale Unterstützung wichtig. Zur Stärkung der sozialen Unterstützung kann auf der individuellen Ebene – das heisst auf der Ebene der Person – und auf der Ebene des Umfelds an-

gesetzt werden. Auf individueller Ebene leisten wiederum die Lebenskompetenzen einen wertvollen Beitrag. Lebenskompetenzen, wie z. B. Beziehungsfähigkeit, Empathie oder effektive Kommunikationsfertigkeiten, spielen eine wichtige Rolle, um soziale Unterstützung zu geben, zu erhalten oder auch annehmen zu können.

Ein gutes Beispiel lässt sich am Umfeld Schule aufzeigen. Das Lebensumfeld Schule kann beeinflusst werden, indem die Solidarität in der Klasse, das Zugehörigkeitsgefühl zur Schule, ein unterstützendes Lernklima und die Verantwortung der Schülerinnen und Schüler gefördert werden. Diese Faktoren führen zu einer gelebten Kultur der sozialen Unterstützung. Die Infografik in Abbildung 12.4 stellt eine Veranschaulichung der ersten beiden Empfehlungen am Beispiel der genannten Ressourcen Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung zusammengefasst dar. Auf der linken Seite der Abbildung ist das Zusammenspiel zwischen der Person und ihrem Lebensumfeld zu sehen. Dies spielt bei der Entwicklung von Ressourcen eine entscheidende Rolle. Deshalb sollten Massnahmen zur Stärkung von Ressourcen nicht nur auf individueller Ebene ansetzen, sondern auch das Lebensumfeld, das heisst die Verhältnisse, berücksichtigen (Empfehlung 1). Auf der rechten Seite der Abbildung ist gezeigt, wie sowohl die Selbstwirksamkeit als interne Ressource als auch die

ABBILDUNG 12.4

Infografik zu den Empfehlungen 1 und 2 zur Förderung der psychischen Gesundheit



soziale Unterstützung als externe Ressource die psychische Gesundheit fördern (Empfehlung 2).

12.3 Empfehlung 3: Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen

Grundsätzlich ist es bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen sinnvoll, vulnerable Zielgruppen prioritär zu berücksichtigen. Gerade Personen in Übergangsphasen stehen vor besonderen Herausforderungen vor allem in Bezug auf die psychische Gesundheit: Die eigene Rolle – die persönliche Identität – muss neu definiert werden. Ausserdem verändert sich bei Übergängen oft ein Teil des Umfelds. Beispielsweise kommt beim Schuleintritt die Klasse als zentrales Umfeld des Kindes neu hinzu; Eltern von jungen Kindern wachsen in ihre neue Elternrolle hinein; beim Eintritt ins Erwerbsleben gilt es, zuerst einmal den neuen Betrieb kennenzulernen. Die Person muss sich mit dem neuen Umfeld erst vertraut machen, ihre Wirksamkeit auch im neuen Umfeld erfahren, um ihre Identität schliesslich zu stabilisieren. Der sozioökonomische Status beeinflusst die psychische Gesundheit dabei in jeder Lebensphase.

Im Folgenden werden drei Personengruppen beschrieben,

- die sich in einem Übergang befinden,
- die mehrfach belastet sind,
- deren Erreichbarkeit grösstenteils gewährleistet ist,
- deren Probleme oder Herausforderungen sich noch im Anfangsstadium befinden (Frühintervention)
- und die nicht von anderen Förderangeboten profitieren (betriebliches Gesundheitsmanagement [BGM], Regionale Arbeitsvermittlungszentren [RAV] usw.).

12.3.1 Kleinkinder/Vorschulkinder und ihre Eltern

Die Familie als soziales Netz ist grundsätzlich als Ressource zu sehen, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Es ist wichtig, die ganze Familie als System zu stärken, um die psychische Gesundheit der Kinder und der Eltern zu fördern. In der Familie finden zahlreiche Übergänge statt. Werdende und

junge⁴⁷ Eltern befinden sich in einem wichtigen Übergang des Erwachsenenalters, der mehrere Lebensbereiche gleichzeitig betrifft: Die Partnerschaft verändert sich, mit der Elternschaft kommt eine neue Rolle hinzu, das Familiensystem vergrössert sich und häufig ändert sich der Beschäftigungsgrad bei Frauen (oder Männern). Weshalb es sich lohnt – speziell wenn es um Kleinkinder geht –, das gesamte Familiensystem in die Interventionen miteinzubeziehen, wird im Folgenden genauer ausgeführt:

- Die Paarbeziehung ist für die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit von Eltern von zentraler Bedeutung. Die Partnerschaftszufriedenheit nimmt nach der Geburt des ersten Kindes stark ab.
- Die Stärkung von Eltern(teilen) hat gleichzeitig einen positiven Effekt auf deren Kinder. Die frühe Kindheit wird durch niemanden so stark geprägt wie durch die Eltern bzw. die primären Bezugspersonen.
- Die frühen Lebensphasen sind entscheidend. Dies zeigen unter anderem Studien zum Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Entwicklung der Kinder.
- 13% aller Mütter erleiden eine postpartale Depression (Beck, 2001). Durch die enge Verbundenheit und die Abhängigkeit des Kindes von der Mutter kann sich die Depression negativ auf die psychische Gesundheit des Kindes auswirken.
- Die schützenden Faktoren einer Erwerbstätigkeit können wegfallen, wenn werdende Eltern ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder ihren Beschäftigungsgrad stark reduzieren. Falls die Erwerbstätigkeit beibehalten wird, bedeutet es eine grosse Herausforderung, das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Lebensbereichen zu erhalten.

12.3.2 Frühes Jugendalter

Auch die Adoleszenz ist eine mit vielen Herausforderungen verbundene Phase des Übergangs. Im Folgenden wird erläutert, weshalb es sich lohnt, gesundheitsförderliche Massnahmen speziell auf das frühe Jugendalter auszurichten:

- Die Adoleszenz birgt eine Kumulation von Entwicklungsaufgaben. Diese Häufung ist besonders herausfordernd für die psychische Gesundheit, denn jede einzelne Entwicklungsaufgabe für sich stellt bereits eine erhebliche Belastung für die Jugendlichen dar.

⁴⁷ Mit «jung» ist hier nicht das biologische Alter der Eltern gemeint, sondern die Neuheit der Rolle für sie.

- Der Median für psychische Erkrankungen liegt bei 14 Jahren (Kessler et al., 2005). Dies ist ein wichtiger Hinweis auf die Vulnerabilität in der frühen Phase der Adoleszenz und unterstreicht die Bedeutung von Interventionen in diesem Alter.
- Das frühe Jugendalter wird zudem als besonders geeignet eingeschätzt, weil die Jugendlichen noch zur Schule gehen. Interventionen in den Schulen erreichen auch Jugendliche mit einem tieferen sozioökonomischen Status, was besonders wichtig ist, da ein tiefer sozioökonomischer Status sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

12.3.3 Pflegende Angehörige älterer Personen

Pflegende Angehörige stellen die dritte Personengruppe dar, die besonders herausfordernden Bedingungen für die psychische Gesundheit ausgesetzt sind. Es handelt sich dabei meistens um ältere Personen, denn oft übernimmt der/die Partner/in die Pflege eines erkrankten älteren Menschen; an zweiter Stelle folgen die (erwachsenen) Kinder. Folgende Gründe sprechen für die Fokussierung auf pflegende Angehörige:

- Eine besondere Belastung bei der Pflege von älteren Personen ist die Tatsache, dass die Pflegetätigkeit in der Regel nicht mit einer Heilung, sondern mit dem Tod endet. Dieser drohende Verlust ist allgegenwärtig und belastend für die psychische Gesundheit der Pflegenden.
- Die Verwitwung ist das Lebensereignis, welches sich besonders negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Zahlreiche Ressourcen, wie zum Beispiel die soziale Unterstützung des Partners bzw. der Partnerin, fallen weg. Werden ältere Menschen vor der Verwitwung mit gesundheitsförderlichen Massnahmen angesprochen, lassen sich Risiken einer Vereinsamung nach Verwitwung reduzieren.
- Das Thema der Vereinsamung von pflegenden Angehörigen (auch vor dem Tod) ist in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung: Es hat sich gezeigt, dass die Pflege eines Angehörigen eine Reduktion des sozialen Netzes nach sich zieht. Dies hängt unter anderem mit der oft zeitintensiven Pflegetätigkeit zusammen: Eine Partnerin bzw. ein Partner investiert durchschnittlich 65 Stunden pro Woche in die Pflege, Kinder im Schnitt 27 Stunden (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010).

- Ferner erleben viele Personen durch die Pflege älterer Angehöriger eine Doppel- oder Dreifachbelastung – je nachdem, ob die Erwerbstätigkeit und/oder eigene abhängige Kinder hinzukommen. Sie werden oft die «Sandwichgeneration» genannt. Das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Lebensbereichen und Lebensaufgaben zu finden, ist einmal mehr eine grosse Herausforderung.

12.4 Fazit

Der vorliegende Grundlagenbericht liefert unter anderem Antworten dafür, **wie, mit welchen Ressourcen und bei wem** die psychische Gesundheit gestärkt werden kann.

Massnahmen sollten jeweils die Personen (z.B. durch die Förderung der Lebenskompetenzen) und ihre Lebensumfelder (z.B. Klima, Kultur und Struktur) berücksichtigen und aufeinander abgestimmt sein. Zentrale Ressourcen wie die soziale Unterstützung und die Selbstwirksamkeit sollten gestärkt werden. Als besonders beachtenswert in der Zielgruppenwahl wurden Kleinkinder/Vorschulkinder und ihre Eltern, Jugendliche in der frühen Adoleszenz sowie pflegende Angehörige definiert.

12.5 Literaturverzeichnis

- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. Online unter <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Zugriff: 30.11.2015).
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.
- WHO (1997). Life Skills Education for children and adolescents in Schools. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).

