

Bern Liebefeld, 30. Juni 2017

# **Bedarfsanalyse von Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit im Bildungsbereich (BPGB)**

## **Bericht Teilprojekt 1**

### **Prävalenz, Prävention und bestehende Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit in Schu- len**

Marion Zinniker  
Doris Kunz Heim

## Dank

Unser Dank gilt allen, die zum Gelingen des Projektes beigetragen haben; insbesondere bildung+gesundheit, Netzwerk Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit sowie der Pädagogischen Hochschule der Fachhochschule Nordwestschweiz welche die Studie unterstützt haben.

## Impressum

---

Auskunft:	Doris Kunz Heim, Tel. 056 202 79 42 <a href="mailto:doris.kunz@fhnw.ch">doris.kunz@fhnw.ch</a>
Bearbeitung:	Marion Zinniker Doris Kunz Heim
Zu beziehen unter:	<a href="http://www.bildungundgesundheit.ch/deutsch/produkte">www.bildungundgesundheit.ch/deutsch/produkte</a>
Copyright:	© bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz (BAG)
Zitierhinweis:	Zinniker, M. & Kunz Heim, D (2017). <i>Bedarfsanalyse von Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit im Bildungsbereich (BPGB) - Bericht Teilprojekt 1. Prävalenz, Prävention und bestehende Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit in Schulen</i> . Bern Liebefeld: bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, Bundesamt für Gesundheit.

---

## Fragestellung, Aufbau und Kontext des Projektes

Im Projekt «Bedarfsanalyse von Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit im Bildungsbereich» (BPBG) wurde folgende Hauptfragestellung bearbeitet:

Gibt es an Schweizer Volksschulen Handlungsbedarf in Bezug auf die Förderung der Psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, respektive der Lehrpersonen und wenn ja, welchen?

Um die Fragestellung des Gesamtprojektes zu beantworten, wurden drei Teilprojekte realisiert.

Teilprojekt 1 beruht auf einer umfassenden Literaturrecherche. Es ging der Frage nach, was in der Fachliteratur über die Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, sowie von Lehrpersonen bekannt ist und wie verbreitet psychische Störungen in diesen Personengruppen sind. Des Weiteren wurden in diesem Projekt die in der Fachliteratur beschriebenen Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen dargestellt. Zudem wurden Präventionsmassnahmen beschrieben, welche in Schulen durchgeführt werden können und deren Gelingensbedingungen beleuchtet.

In Teilprojekt 2 standen die Fragen im Zentrum, welche Angebote und Aktivitäten den Schulen für die Förderung der Psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrpersonen zur Verfügung stehen und welche Bedürfnisse die kantonalen Fachstellen diesbezüglich haben. Auf nationaler, sprachregionaler und kantonaler Ebene wurden mit Hilfe einer Internetrecherche aufgrund von zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien geeignete Aktivitäten und Angebote identifiziert und beschrieben. Telefoninterviews dienten der Präzisierung und Vervollständigung der Angaben.

In Teilprojekt 3 wurde die Situation an den Schulen beleuchtet: Es interessierte, welche Herausforderungen die Schulen in Bezug auf die Förderung der Psychischen Gesundheit sehen, welche Angebote und Aktivitäten sie realisieren und welche Bedürfnisse sie diesbezüglich haben. Das Projekt wurde mit Hilfe einer Online-Befragung an einer repräsentativen Stichprobe von 448 Schulleitenden an Schweizer Volksschulen durchgeführt. 189 Personen (42.2%) beantworteten den Fragebogen selbst oder baten die an ihrer Schule für die Gesundheit verantwortliche Lehrperson dies zu tun.

Das Projekt steht im Kontext der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (Strategie "Gesundheit2020" des Bundesrates). Im Rahmen dieser Strategie ist das Dialog-Projekt Psychische Gesundheit realisiert worden. Die Projektgruppe, in der das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GF-CH) vertreten waren, haben mit externen Partnern einen Bericht erarbeitet. In diesem Bericht wurde der Ist-Zustand sowie der Handlungsbedarf in Bezug auf die Weiterentwicklung der Strukturen, die Koordination der Akteure und die Umsetzung von Massnahmen aufgezeigt wird (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli (2015)<sup>1</sup>. Das vorliegende Projekt beleuchtet diesbezüglich die Situation an den Schweizer Volksschulen.

Das Projekt entstand im Rahmen der Zusammenarbeit einer Arbeitsgruppe von Mitgliedern von bildung+gesundheit, Netzwerk Schweiz, Bundesamt für Gesundheit:

Dagmar Costantini	Programmleitung bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, Bern Liebefeld
Barbara Bonetti	Forum per la promozione della salute nella scuola, Bellinzona
Cornelia Conrad Elisabeth Holdener Marine Jordan	RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung, Gesunde Schulen, Luzern und Lausanne
Doris Kunz Heim Marion Zinniker Andrea Zumbrunn	Fachhochschule Nordwestschweiz, Kompetenzzentrum RessourcenPlus R+, Brugg-Windisch und Olten

<sup>1</sup> Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bern: Bundesamt für Gesundheit. ([Link](#))

# Überblick über die Teilberichte des Projektes

Die Ergebnisse des Projektes sind in vier Teilberichten publiziert. Bei diesen Teilberichten handelt es sich um einzelne Dokumente, die online verfügbar sind.

## Synthesebericht

Im ersten Teilbericht, dem Synthesebericht, wird das Projekt zunächst im Überblick beschrieben und in dessen Kontext verortet. Es folgen die Zusammenfassungen der Ergebnisse der drei Teilprojekte. Zudem enthält dieses Dokument auch die Hauptergebnisse des Projektes, respektive die Antwort auf die Frage ob es an Schweizer Volksschulen Handlungsbedarf in Bezug auf die Förderung der Psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, respektive der Lehrpersonen gibt<sup>2</sup>.

## Bericht Teilprojekt 1 (TP 1)

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse von Teilprojekt 1. Es trägt den Titel «Prävalenz, Prävention und bestehende Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit in Schulen».

## Bericht Teilprojekt 2 (TP 2)

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse von Teilprojekt 2. Es trägt den Titel «Angebote und Aktivitäten zur Förderung der Psychischen Gesundheit in der Schweiz und Bedürfniserhebung diesbezüglich aus Sicht von kantonalen Fachstellen»<sup>3</sup>.

## Bericht Teilprojekt 3 (TP 3)

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse von Teilprojekt 3. Es trägt den Titel «Situationsanalyse und Bedürfniserhebung hinsichtlich der Förderung von Psychischer Gesundheit an Schweizer Schulen»<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Bonetti, B. et al. (2017). *Bedarfsanalyse von Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit im Bildungsbereich (BPGB) - Synthesebericht*. Bern Liebefeld: bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, Bundesamt für Gesundheit.

<sup>3</sup> Holdener, E., Conrad Zschaber, C. & Jordan, M. (2017). *Bedarfsanalyse von Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit im Bildungsbereich (BPGB) - Bericht Teilprojekt 2. Angebote und Aktivitäten zur Förderung der Psychischen Gesundheit in der Schweiz und Bedürfniserhebung diesbezüglich aus Sicht von kantonalen Fachstellen*. Bern Liebefeld: bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, Bundesamt für Gesundheit.

<sup>4</sup> Zumbrunn, A., Zinniker, M. & Kunz Heim, D (2017). *Bedarfsanalyse von Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit im Bildungsbereich (BPGB) - Bericht Teilprojekt 3. Situationsanalyse und Bedürfniserhebung hinsichtlich der Förderung von Psychischer Gesundheit an Schweizer Schulen*. Bern Liebefeld: bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, Bundesamt für Gesundheit.

# Bericht Teilprojekt 1

## Prävalenz, Prävention und bestehende Massnahmen zur Förderung der Psychischen Gesundheit in Schulen

### Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	7
Teil A: Kinder und Jugendliche.....	7
1. Terminologie Gesundheitsförderung und Prävention.....	7
2. Terminologie psychische Gesundheit .....	8
3. Definition und Erscheinungsformen psychischer Störungen .....	10
3.1 Definition von psychischen Störungen .....	10
3.2 Systematisierung und Klassifikation von psychischen Störungen .....	11
4. Verbreitung von psychischen Störungen .....	14
4.1 Keine einheitlichen Angaben über die Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) .....	14
4.2 Angaben zur Prävalenz von psychischen Störungen im deutschsprachigen Raum .....	14
4.3 Phänomene im Zusammenhang mit psychischen Störungen .....	19
4.3.1 Gewalt und Bullying .....	19
4.3.2 Substanzkonsum .....	21
4.3.3 Somatische und psychoaffektive Gesundheitsbeschwerden .....	22
5. Risiko- und Schutzfaktoren, Risiken in der Lebensspanne.....	23
6. Bestehende Präventionsmassnahmen für Schulen .....	27
6.1 Vorbemerkung: Stand der Massnahmen im internationalen Vergleich.....	27
6.2 Universelle und zielgerichtete Präventionsprogramme für Schulen .....	28
6.3 Wirkungen und Gelingensbedingungen für Präventionsprogramme in Schulen .....	30
6.4 Nicht Programm-gebundene Präventionsmassnahmen in Schulen .....	31
6.5 Behandlungsformen psychischer Störungen, die Bedeutung der Früherkennung und Frühintervention und die Möglichkeiten der Schule .....	32
7. Perspektive und Bedürfnisse der Schulen .....	33
8. Fazit zu Teil A.....	35
Teil B: Lehrpersonen und Schulleitende .....	39
9. Psychische Störungen im Erwachsenenalter .....	39
9.1 Folgen von psychischen Störungen im Erwachsenenalter .....	39
9.2 Prävalenz von psychischen Störungen im Erwachsenenalter .....	40

---

10. Psychische Störungen bei Lehrpersonen .....	43
11. Beanspruchungsfolgen.....	43
11.1    Beanspruchungsfolgen bei Lehrpersonen.....	44
11.2    Beanspruchungsfolgen bei Schulleitenden .....	48
12. Fazit zu Teil B.....	50
13. Literaturverzeichnis .....	51

## Einleitung

Im Teilprojekt 1 wird die Ausgangslage des Gesamtprojektes beschrieben. Diese Ausgangslage besteht aus einer Bestandsaufnahme von folgenden relevanten Elementen: Zunächst werden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention (Kapitel 1) sowie Psychische Gesundheit definiert (Kapitel 2), bevor die Definitionen und Erscheinungsformen von psychischen Störungen angegeben und erläutert werden (Kapitel 3). Anschliessend wird die Frage nach der Verbreitung von psychischen Störungen bei Schülerinnen und Schülern (Kapitel 4) beantwortet. Ferner enthält der Teilbericht einen Überblick über Risiko- und Schutzfaktoren von psychischen Störungen (Kapitel 5) und über Programme und Handlungsmöglichkeiten für Schulen, die vor allem im angelsächsischen Raum zahlreich und bezüglich ihrer Wirkung gut erforscht sind (Kapitel 6). Die Ausführungen zur Perspektive und den Bedürfnissen der Schulen folgen in Kapitel 7. Die Informationen zu diesen Elementen, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen, werden in Teil A beschrieben, die Informationen zu Lehrpersonen und Schulleitenden sind in Teil B enthalten.

## Teil A: Kinder und Jugendliche

### 1. Terminologie Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Begriffe in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in alphabetischer Reihenfolge definiert.

*Früherkennung* bedeutet das rechtzeitige Wahrnehmen von Anzeichen einer schwierigen Situation oder Belastung durch Aussenstehende.

*Frühintervention* meint das Anbieten einer passenden Unterstützung oder einer geeigneten Intervention, sie orientiert sich dabei nicht nur an den gegebenen Risiken, sondern auch an den vorhandenen Ressourcen (Fabian & Müller, 2010). Die Begriffe Früherkennung und Frühintervention sind handlungsorientiert und als Elemente in der indizierten Prävention (s. weiter unten) enthalten (Fachverband Sucht, 2008, S. 22). Im Setting Schule stehen bei Früherkennungs- und Frühinterventionsprojekten die Struktur- und die Organisationsentwicklung der Schulen im Vordergrund, d.h. es braucht eine Sensibilisierung für Verhaltensweisen und Anzeichen von Störungen, ferner müssen gemeinsame Ziele, pädagogische Haltungen und Regeln für den Umgang mit möglichen Störungen entwickelt sowie Abläufe und Zuständigkeiten in den Schulstrukturen verankert werden (Fabian & Müller, 2010, S. 6).

*Gesundheitsförderung* umfasst alle Massnahmen, die der Stärkung aller individuellen und kollektiven Ressourcen dienen, welche zum Erhalt, zur Förderung, zum Schutz und zur Wiederherstellung der Gesundheit beitragen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2007).

*Prävalenz* meint die Anzahl der Krankheitsfälle in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum. Es werden verschiedene Formen von Prävalenz unterschieden. Die Lebenszeitprävalenz meint die Anzahl der an einem Stichtag lebenden Personen, die in ihrem bisherigen Leben Symptome der Krankheit aufwiesen. Punktprävalenz bezeichnet die Auftretenshäufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Castello, 2013, S. 205).

Unter *Prävention* werden vorbeugende Massnahmen verstanden, welche die Verhinderung von Risiken und Ausgangsbedingungen für Krankheit ein sowie die Senkung von deren schädlichen Folgen zum Ziel haben (Wettach, Krenz, Meyer & Frey, 2015, S. 4). Es bestehen verschiedene Unterscheidungen von Prävention: Die *Verhaltensprävention* meint Massnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens der Menschen mit dem Ziel der Befähigung eines selbstbestimmten Umganges mit Gesundheitsrisiken und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Unter *Verhältnisprävention* werden Massnahmen dem Ziel Beeinflussung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen verstanden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2007, S. 14). *Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention* beziehen sich auf unterschiedliche Zeitpunkte der Prävention (Wettach et al., 2015). Massnahmen der *universellen* Prävention sind für die Allgemeinheit bestimmt, *selektive* Prävention richtet sich an Gruppen, für die ein

höheres Risiko besteht, und die *indizierte* Prävention wird bereitgestellt für gefährdete Personen (Fachverband Sucht, 2008, S. 8).

## 2. Terminologie psychische Gesundheit

In diesem Abschnitt wird zunächst der Begriff *psychische Gesundheit* definiert. Weil sich gezeigt hat, dass in Bezug auf die Schule in diesem Zusammenhang auch der Begriff des *Wohlbefindens* bedeutsam ist, wird dieser im zweiten Teil des Kapitels genauer umschrieben.

Weare (2010) meint, dass der Begriff psychische Gesundheit (mental health) im englischsprachigen Raum eine Art Renaissance erfahren hat: Bis vor kurzem wurde er nur im Zusammenhang mit Personen mit psychischen Defiziten oder im medizinischen Bereich verwendet. Zudem stellt sie fest, dass der Begriff im Bildungsbereich in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat. Dwivedi und Harper (2005, S. 17) definieren den Begriff folgendermassen:

"Psychische Gesundheit ist die geistige Resilienz [Widerstandskraft, Anm. der Verfasser] welche uns dazu befähigt, sich des Lebens zu erfreuen und Schmerzen, Enttäuschungen und Traurigkeit zu überwinden. Sie ist ein positiver Ausdruck von Wohlbefinden und umfasst auch eine Grundüberzeugung, wonach man als Person wertvoll ist und dies auch für alle anderen Menschen gilt".

Wettach et al. (2015, S. 8) beziehen sich auf den Begriff *psychosoziale* Gesundheit als

"Zustand, in dem ein Mensch seine eigenen Fähigkeiten verwirklichen kann, mit einem normalen Mass an Belastungen im alltäglichen Leben zurechtkommt, produktiv arbeiten und einen Beitrag für die Gemeinschaft leisten kann".

*Psychische Gesundheit*<sup>5</sup> meint mehr als die Abwesenheit einer psychischen Erkrankung. Der Begriff beinhaltet Bereiche wie zum Beispiel Wohlbefinden, ein stabiles Selbstwertgefühl, eine Gefühl von Selbstwirksamkeit und eine gefestigte Identität hinsichtlich der verschiedenen Rollen, die ein Individuum im Alltag innehat. Von der aktuellen Entwicklungspsychologie über alle Lebensphasen hinweg wird psychische Gesundheit als Prozess und Ressource verstanden. Die psychische Gesundheit kann gefördert werden, indem Individuen u.a. unterstützt werden, belastende Situationen meistern zu können. Psychische Gesundheit gilt als vielschichtiger Prozess, den biologische, psychologische und soziale Faktoren determinieren (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 12ff.).

In der schweizerischen Gesundheitspolitik umfasst der Begriff psychische Gesundheit neben der Förderung der psychischen Gesundheit, die Prävention und die Früherkennung von psychischen Erkrankungen sowie Verbindungen zur Behandlung von psychisch beeinträchtigten Menschen. Der Ausdruck wird "(...) als Oberbegriff für den Schutz, die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit verwendet (...)"(ebd., S. 11).

Weare (2010) unterscheidet mehrere Fähigkeiten (skills) die mit psychischer Gesundheit einher gehen: Mit Gefühlen umgehen können, sich motivieren können, Optimismus und Kohärenzsinn aufrecht erhalten können, Beziehungen eingehen und pflegen sowie Empathie zeigen können.

Psychisch gesunde Kinder weisen nach Dwivedi und Harper (2005) darüber hinaus folgende Merkmale auf: Sie entwickeln sich im psychischen, emotionalen, kreativen, kognitiven und spirituellen Bereich, sie können allein sein und schätzen dies jeweils auch, sie spielen und lernen, sie entwickeln einen Gerechtigkeitssinn, sie gehen Probleme und Rückschläge aktiv an und lernen ihrem Alter entsprechend daraus.

Die Begriffe Soziales- und Emotionales Lernen (SEL) sind im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit nützlich, weil sie die Förderung von Fähigkeiten betonen. In den meisten Konzepten zum sozio-emotionalen Lernen sind die Förderung von Resilienz, Ausdauer und Mut integriert (Weare, 2010).

---

<sup>5</sup> Das Verständnis der *psychischen Gesundheit* im vorliegenden Text basiert auf dem Bericht "Psychische Gesundheit in der Schweiz" (BAG, 2015).



Ein weiterer wichtiger Begriff in diesem Zusammenhang ist auch der des *Wohlbefindens*. Aus der Sicht von Weare (2010) handelt es sich dabei um die weichere Bezeichnung von psychischer Gesundheit, die weniger mit negativen Konnotationen behaftet ist. Allerdings ist der Begriff nach Ansicht der Autorin vage definiert und bedarf einer genaueren Bestimmung. Übereinstimmend macht Hascher (2004, S. 10ff.) auf die fehlende begriffliche Klarheit von *Wohlbefinden* aufmerksam. In den vielgestaltigen, teils widersprüchlichen Konzepten bildet sich gemäss Hascher (2004) die Komplexität des Konzepts ab.

Hascher (2004) stellt fest, dass der Ausdruck *Wohlbefinden* im schulischen Kontext häufig verwendet wird. Sie weist jedoch auf die Gefahr hin, dass dabei der schulische Kontext vernachlässigt wird. Sie definiert den Terminus *Wohlbefinden in der Schule* folgendermassen (S. 150, Hervorh. im Original):

"Wohlbefinden in der Schule bezeichnet einen Gefühlszustand, bei dem positive Emotionen und Kognitionen gegenüber der Schule, den Personen in der Schule und dem schulischen Kontext bestehen und gegenüber negativen Emotionen und Kognitionen dominieren. Wohlbefinden in der Schule bezieht sich auf die individuellen emotionalen und kognitiven Bewertungen im sozialen Kontext schulischer bzw. schulbezogener Erlebnisse und Erfahrungen. Wohlbefinden in der Schule kann kurzfristig und aktuell entstehen oder sich über einen längerfristigen Zeitraum entwickeln und in seiner Intensität variieren".

Folgende sechs Komponenten des Wohlbefindens erwiesen sich in empirischen Analysen als relevant (Hascher, 2004, S. 274):

1. Positive Einstellungen und Emotionen zur Schule
2. Freude und Anerkennung in der Schule,
3. Schulischer Selbstwert,
4. Keine Sorgen wegen der Schule
5. Keine körperlichen Beschwerden wegen der Schule
6. Keine sozialen Probleme wegen der Schule"

Hascher (2004, S. 253ff.) hat fünf Faktoren für das schulische Wohlbefinden bzw. dessen Komponenten definiert: Erstens sind "Soziale und didaktische Merkmale des Unterrichts bei den Klassenlehrer/innen" relevant, welche anhand der Dimensionen Gleichbehandlung der Schülerinnen und Schüler, hohe Unterrichtsqualität und Fürsorge erhoben wurden. Bedeutend ist zweitens der von den Schülerinnen und Schülern subjektiv eingeschätzte "Leistungsdruck im Unterricht". Das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen ist beeinträchtigt, wenn sie sich im Zusammenhang mit dem vorhandenen Leistungsdruck Sorgen machen. Drittens hat das "Leistungsniveau der Schüler/innen" Einfluss, das anhand der letzten Zeugnisnoten in den Fächern Mathematik, Muttersprache und erste Fremdsprache erfasst wurde. Schülerinnen und Schülern mit guten Noten haben mehr Freude an der Schule, eine positive Haltung gegenüber der Schule und einen höheren schulischen Selbstwert, wichtige Komponenten des Wohlbefindens. Viertens wirkt sich die "Diskriminierung von Mitschüler/innen" aus, welche verstanden wird als allgemeiner, beobachtbarer Umgang zwischen den Klassenmitgliedern. Schliesslich zeigte sich der Einfluss auf das schulische Wohlbefinden der "Interaktionen in den Schulpausen", d.h. von spontanen und freien Handlungen. Die Forschungsergebnisse geben Einblick in die Ursachen des schulischen Wohlbefindens (ebd., S. 275ff.) und bekräftigen die Annahme, dass das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler in der Schule gefördert werden kann (ebd., S. 296).

Für die weiteren Kapitel dieses Teilberichtes ist folgende Aussage zur psychischen Gesundheit wesentlich (BAG, 2015, S. 12):

"Die psychische Gesundheit lässt sich durch Parameter psychischen Wohlbefindens, psychischer Belastungen sowie psychischer Krankheiten beschreiben. Psychische Belastungen unterscheiden sich von psychischen Erkrankungen dadurch, dass sie auf der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen und nicht zwingend auf einer medizinischen Diagnose beruhen."

Dieses Zitat ist deshalb wichtig, weil auf den Unterschied zwischen medizinischer Diagnose und subjektiver Wahrnehmung als Quelle von Aussagen über psychische Krankheiten, resp. Belastungen

hingewiesen wird. In den folgenden Kapiteln werden ebenfalls Aussagen gemacht, welche auf medizinischen Klassifikationen und Diagnosen beruhen oder auf sozialwissenschaftlichen Befragungen von Kindern und Jugendlichen, resp. Lehrpersonen und Schulleitenden. Obwohl es zwischen diesen Herangehensweisen Berührungspunkte gibt, sind die Sichtweisen deutlich verschieden, was auch zu unterschiedlichen Aussagen führen kann.

### 3. Definition und Erscheinungsformen psychischer Störungen

In diesem Kapitel wird einleitend der Begriff *psychische Störungen* erörtert und definiert. Anschließend werden zwei unterschiedliche Systematisierungen von Störungsbildern aus der klinischen Psychologie vorgestellt. Die Begriffe psychische Störung und psychische Krankheit werden als synonym verstanden.

#### 3.1 Definition von psychischen Störungen

In der Literatur ist keine einheitliche Definition von psychischen Störungen zu finden, wie folgende Beispiele exemplarisch aufzeigen:

Gemäss Reinke (2011, S. 4; Übersetzung durch die Autorinnen<sup>6</sup>) umfassen psychische Störungen "Gefühls- und Verhaltensauffälligkeiten sowie psychische und soziale Probleme, welche die Handlungsfähigkeit von betroffenen Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen". Dieses Begriffsverständnis rückt die negativen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit in den Mittelpunkt.

Die nachfolgende Definition fokussiert ergänzend weitere mögliche Auswirkungen und integriert mit psychischen Störungen verbundenes Leid und Schmerzen. In Anlehnung an das Schweizer Gesundheitsobservatorium halten Bolliger-Salzmann, Müller und Omlin (2015, S. 27) fest:

Psychische Störungen sind "(...) Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie können sich in emotionalen, kognitiven, verhaltensbezogenen, interpersonellen und / oder körperlichen Einschränkungen äussern. Sie gehen mit akutem Leiden oder mit einem deutlich erhöhten Risiko einher, Schmerz und einen tief greifenden Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden (...)"

Bei der folgenden Definition von psychischen Störungen wird die Bedeutung von gesellschaftlichen Normen hingewiesen und auf den Umstand, ob bei einer betroffenen Person ein Leidensdruck sowie ein Wunsch nach Veränderung besteht.

"Unter einer Störung werden Symptome oder Symptommuster (Syndrome) im Denken, Erleben und/oder Handeln einer Person verstanden, die von der Norm abweichen, zu einer Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit und/oder sozialen Aktivitäten führen, durch ausgeprägtes Leiden gekennzeichnet sind und bei den Betroffenen ein Änderungsbedürfnis hervorrufen" (Renneberg, Heidenreich & Noyon, 2009, S. 21 zit. nach Gebhard, 2013c, S. 11).

Opp (2009, S. 227) spricht von Gefühls- und Verhaltensstörungen und weist auf problematische Aspekte entsprechender Definitionen hin: Erstens werden die Zuschreibungsmacht und die negative Begriffskonnotation sichtbar, d.h. Personen, die von psychischen Störungen betroffen sind, werden von anderen als "gestört" bezeichnet, was die Gefahr der Stigmatisierung und der Ausgrenzung in sich birgt. Zweitens ist jede Unterscheidung zwischen "normalem" und "gestörtem" Verhalten unscharf, da diese Zuordnung auf individuellen und auf historisch-kulturellen Werten beruht. Diese charakteristischen Probleme sind identisch für die vorliegenden Begriffsbestimmungen von *psychischen Störungen*. Trotz der aufgezeigten Schwierigkeiten stuft der Autor eine Begriffsdefinition als "unabdingbar" ein, da sie unter anderem als Basis der fachlichen Kommunikation gilt. Dieses Argument ist wesentlich, für das Setting Schule, das in diesem Forschungsbericht fokussiert wird. Die Definition des Autors wird deshalb an dieser Stelle in voller Länge angeführt:

---

<sup>6</sup> Im Original werden psychische Beschwerden definiert als "(...) any psychological, social, emotional or behavioral problem that interferes with the students' ability to function" (Reinke, 2011, S. 4).

"Der Begriff Gefühls- und Verhaltensstörungen beschreibt Beeinträchtigungen (disability), die in der Schule als emotionale Reaktionen und Verhalten wahrgenommen werden und sich von altersangemessenen, kulturellen oder ethnischen Normen so weit unterscheiden, dass sie auf die Erziehungserfolge des Kindes oder Jugendlichen einen negativen Einfluss haben. Erziehungserfolge umfassen schulische Leistungen, soziale, berufsqualifizierende und persönliche Fähigkeiten. Eine solche Beeinträchtigung

- ist mehr als eine zeitlich begrenzte, erwartbare Reaktion auf Stresseinflüsse in der Lebensumgebung,
- tritt über einen längeren Zeitraum in zwei verschiedenen Verhaltensbereichen (Settings) auf, wobei mindestens einer dieser Bereiche schulbezogen ist und
- ist durch direkte Interventionen im Rahmen allgemeiner Erziehungsmaßnahmen insofern nicht aufhebbar, als diese Interventionen bereits erfolglos waren oder erfolglos sein würden. [Die Intervention oder Behandlung muss deshalb durch heil- oder sonderpädagogisch geschulte Lehrpersonen oder durch schulexterne Fachleute erfolgen.]

Gefühls- und Verhaltensstörungen können im Zusammenhang mit anderen Behinderungen auftreten und erfordern für ihre Beschreibung Informationen aus verschiedenen Quellen und Messverfahren.

Diese Behinderungskategorie schließt Kinder und Jugendliche mit schizophrenen Störungen, psychosomatischen Störungen, Angststörungen und anderen dauerhaften Störungen wie soziale und Anpassungsstörungen mit ein, wenn sie die Erziehungserfolge negativ beeinflussen" (Opp & Unger, 2003, S. 55 zit. nach Opp, 2009, S. 228).

Diese Argumentation von Opp (2009) hat darüber hinaus eine hohe Bedeutung für die Schule, weil sie das Spannungsfeld aufzeigt, in dem sich die handelnden Lehr- und Betreuungspersonen befinden: Aus der Perspektive der pädagogischen Förderung muss eine Stigmatisierung vermieden werden, im Interesse der Intervention und der Behandlung muss eine professionelle Diagnose gestellt werden können, wobei Lehrpersonen nicht dafür ausgebildet und sind (vgl. Kapitel 6.5). Sie können jedoch zur Früherkennung einer psychischen Störung beitragen und im Gespräch mit den Erziehungsberechtigten Impulse zur Frühintervention geben. Lehrpersonen brauchen deshalb ein Bewusstsein für die möglichen Symptome von psychischen Störungen und für einen verantwortungsvollen Umgang damit.

### **3.2 Systematisierung und Klassifikation von psychischen Störungen**

Die Erscheinungsformen psychischer Störungen in Kindheit und Jugend werden in der Literatur unterschiedlich systematisiert. In diesem Abschnitt werden zwei Klassifikationen vorgestellt und die wichtigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter kurz beschrieben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt zur Klassifikation und zur Diagnose von Krankheiten und gesundheitlichen Problemen das *ICD* (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) zur Verfügung. Die Bezeichnung *ICD-10* zeigt, dass es sich um die zehnte Version dieses Instruments handelt (Gebhard, 2013b, S. 18). In der Schweiz erfolgt die Kodierung von Diagnosen anhand der "German Modification" (GM) des ICD-10. Alle Spitäler und Kliniken sind seit dem 01.01.2015 verpflichtet, die ICD-10-GM 2014 zu verwenden (Bundesamt für Statistik [BFS], 2015).

Das ICD-10-GM 2014 ist in mehrere Ebenen gegliedert: In einem ersten Schritt werden die Krankheiten und verwandten Probleme in 22 Kapitel unterteilt, wobei das Kapitel V (F00-F99) "Psychische und Verhaltensstörungen" umfasst. Diese Kapitel sind in Gruppen aufgeteilt. Das genannte Kapitel fünf (V) besteht aus elf Gruppen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2013). Die Gruppen F8 und F9 bezeichnen Störungen, die in der Regel im Kindes- und Jugendalter auftreten. Zu beachten ist, dass auch Krankheitsbilder aus anderen Gruppen bei Minderjährigen vorkommen wie z.B. Essstörungen oder Depressionen (Gebhard, 2013b, S. 18).

Ein anderes Klassifikationssystem stammt von der American Psychiatric Association (APA). Im *DSM* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sind detaillierte Informationen einzelner Krankheitsbilder zu finden. Dieses Instrument beruht auf empirischen Daten und wird für Forschungszwecke eingesetzt (Gebhard, 2013b).

Mit der untenstehenden Tabelle 1 gibt Gebhard (2013b, S. 18ff.) einen Einblick in die Gruppe der "Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90)" nach ICD-10 sowie über deren übereinstimmende DSM-Benennungen. Die Autorin verwendet dabei die Version DSM-IV<sup>7</sup>. Es zeigt sich, dass diese Klassifikationen der klinischen Psychologie sehr differenziert sind: Die Gruppe F90 umfasst sieben Subgruppen (F90, F91, F92, F93, F94, F95, F98) mit wiederum zwischen einer und fünf Subkategorien. Dabei wird zudem erkennbar, dass zu einigen Subgruppen- und Subkategorien, die in ICD-10 genannt sind, keine Entsprechungen in DSM-IV vorhanden sind und umgekehrt.

Tabelle 1: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend nach ICD-10 und DSM (nach Gebhard, 2013b, S. 19f.)

Code ICD-10	ICD-10-Bezeichnung	DSM-IV-TR-Bezeichnung <sup>8</sup>
F90	Hyperkinetische Störung	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	ADHS-Mischtyp
	-	ADHS-vorwiegend unaufmerksamer Typ
	-	ADHS-vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	(Mehrfachdiagnosen notwendig)
F91	Störung des Sozialverhaltens	
F91.1	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	-
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	-
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	-
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	(Mehrfachdiagnosen notwendig)
F93	Emotionale Störung des Kindesalters	(unter: andere Störungen im Kleinkindalter oder Adoleszenz)
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	Störung mit Trennungsangst
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	(keine kindheitsspezifische Kategorie, sondern nur: F40.2 spezifische Phobie)
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	(keine kindheitsspezifische Kategorie, sondern nur: F40.1 soziale Phobie)
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	-

<sup>7</sup> DSM-V, die aktuelle, englische Version dieses Diagnoseinstruments wurde im Mai 2013 veröffentlicht (APA, American Psychiatric Association, 2014). In der Tabelle ist die ältere Version zu finden, da die Darstellung von Gebhard (2013b) übernommen wurde.

<sup>8</sup> DSM-IV-TR bezeichnet die vierte, textrevidierte Version dieses Instruments (Gebhard, 2013b).

F93.80	Generalisierte Angststörung des Kindesalters	(keine kindheitsspezifische Kategorie, sondern nur: F41.1 generalisierte Angststörung)
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
F94.0	Elektiver Mutismus	Selektiver Mutismus
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der frühen Kindheit / gehemmter Typus
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der frühen Kindheit / ungehemmter Typus
F95	Ticstörungen	
F95.0	Vorübergehende Ticstörung	Vorübergehende Ticstörung
F95.1	Chronische, motorische oder vokale Ticstörung	Chronische, motorische oder vokale Ticstörung
F95.2	Kombinierte, vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)	Tourette-Störung
F98	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und frühen Jugend	
F98.0	Enuresis	
F98.1	Enkopresis	Enkopresis (ohne Verstopfung und Überlaufinkontinenz)
F98.2	Fütterstörung im Kindesalter	Fütterstörung im Säuglings- oder Kindesalter
	-	Ruminationsstörung
F98.3	Pica im Kindesalter	Pica
F98.4	Stereotype Bewegungsstörung	
F98.5	Stottern	
F98.6	Poltern	

Nach Erhart und Ravens-Sieberer (2010, S. 99) wird im Kindes- und Jugendalter oft zwischen *internalisierenden* und *externalisierenden* Auffälligkeiten unterschieden. Damit wird die im pädagogisch-therapeutischen Kontext verbreitete Ansicht ausgedrückt, dass psychische Störungen auch als Ergebnis von disfunktionalen Versuchen zur Lösung von Problemen (Coping) betrachtet werden können. Internalisierend meint dabei, dass sich der Problemlösungsversuch gegen die betroffene Person richtet, externalisierende Versuche sind gegen das soziale Umfeld gerichtet. Zum internalisierenden Bereich gehören beispielsweise Ängste und Depressivität, unter die externalisierenden Versuche werden unter anderem Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, aggressives und dissoziales Verhalten subsumiert. Opp (2009, S. 229) stimmt der häufigen Verbreitung dieser Zweiteilung zu. Um Überschneidungen zu verhindern, schlägt er weitere Gruppen vor und nimmt, in Bezug auf Verhaltensstörungen, folgende Systematisierung vor:

- "Soziale Störungen: aggressives, dissoziales und oppositionelles Verhalten, Delinquenz, Suchtverhalten,
- Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen: Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität,
- Soziales Rückzugsverhalten und Probleme der emotionalen Verarbeitung: Ängste und Phobien, Depressionen, Essstörungen, suizidales Verhalten sowie

- Psychotisches Verhalten: Psychosen (Realitätsverlust), Selbststimulation, Stereotypie, Autismus, selbstverletzendes Verhalten."

Zum Schluss dieses Kapitels werden aus dem ICD-10-GM 2014 alle elf Gruppen des Kapitels V "Psychische und Verhaltensstörungen" angeführt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2013), weil bei Minderjährigen wie erwähnt auch Störungen aus anderen als der soeben nach Gebhard (2013b) vorgestellten Gruppe F90-F98 vorkommen können.

- "F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen"

#### **4. Verbreitung von psychischen Störungen**

In diesem Kapitel wird die Frage beantwortet, wie verbreitet die wichtigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind und es werden die Gründe dafür beschrieben, weshalb diese Angaben je nach Quelle variieren. Schliesslich wird im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf die Gewalt und das Bullying unter Schülerinnen und Schülern, auf die Verbreitung des Substanzkonsums, auf psychosomatische und psychoaffektive Störungen spezifisch eingegangen.

##### **4.1 Keine einheitlichen Angaben über die Auftretenshäufigkeit (Prävalenz)**

Wer sich mit der Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) von psychischen Störungen beschäftigt, stellt fest, dass in den Publikationen unterschiedliche Zahlen angeführt werden. Aufgrund dieser Differenzen sind Aussagen über die Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten mit Schwierigkeiten verbunden. Ursachen für die Uneinheitlichkeiten sind laut Ravens-Sieberer et al. (2007, S. 871) neben unterschiedlichen Definitionen, die mannigfaltigen Erscheinungsbilder psychischer Störungen sowie deren hohe Komorbiditätsrate (mehrere Störungen treten gleichzeitig auf). Petermann (2005, ohne Seitenangabe, zit. nach Gebhard, 2013b, S. 23) macht für diesen Umstand vor allem folgende Gründe verantwortlich:

- "unterschiedliche Kriterien zur Fallbestimmung
- unterschiedliche Erhebungsinstrumente
- unterschiedliche Einbeziehung und Gewichtung verschiedener Informationsquellen, z.B. Kind/Jugendlicher, Eltern, Lehrer
- Unterschiede bei den ausgewählten Störungsbildern und Diagnosen
- unterschiedliche Stichprobengrösse, -zusammenstellung und -repräsentativität
- unterschiedliche Erfassungszeiträume"

##### **4.2 Angaben zur Prävalenz von psychischen Störungen im deutschsprachigen Raum**

Trotz der soeben beschriebenen Schwierigkeiten werden hier Angaben zur allgemeinen Prävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter im deutschen Sprachraum und, wo möglich, zur Schweiz<sup>9</sup> gemacht, wobei diesbezüglich nur wenige Daten vorliegen. Im Anschluss daran folgt ein

---

<sup>9</sup> Kinder und Jugendliche werden in der Schweizer Gesundheitsbefragung und im Haushaltspanel nicht erfasst. Daher sind wenige Daten zur psychischen Verfassung dieser Bevölkerungsgruppe verfügbar (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 16).

Überblick über die Verbreitung der wesentlichen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Danach sind Angaben zur Persistenz, der Erstmanifestation und den Behandlungsraten bei psychischen Auffälligkeiten aufgeführt. Aufgrund der wenigen vorhandenen Daten wird im Folgenden nicht auf die Unterschiede in Bezug auf den Umgang mit psychischen Störungen innerhalb der Schweiz eingegangen (vgl. dazu ein Beitrag von Radio SRF, 2016)<sup>10</sup>.

Für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wurde in Deutschland, anhand einer Studienübersicht, eine durchschnittliche Prävalenz von 17.2% ermittelt (Barkmann & Schulte-Markwort, 2004 zit. nach Erhart & Ravens-Sieberer, 2010, S. 100). 10 bis 20% der Kinder und Jugendlichen weisen Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens auf (Petermann, Döpfner, Lehmkuhl, Scheithauer, 2000 zit. nach Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007, S. 871). Die Autoren weisen darauf hin, dass zusätzlich zu den Betroffenen auch deren Umfeld (Schule, Familie, Beziehungen) erheblich beeinträchtigt wird (ebd.). Die deutsche BELLA-Studie<sup>11</sup> (**BE**fragung zum **seeL**ischen **WohL**befinden und **VerhAlten**) fand bei 21.9% der 7 bis 17-Jährigen Anzeichen für psychische Auffälligkeiten. Laut den Autoren leiden 9.7% wahrscheinlich an einer psychischen Störung (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 874). Gemäss den Selbstaussagen von 10 bis 16-Jährigen im Gesundheitssurvey der Weltgesundheitsorganisation liegt die Prävalenzrate von kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten in Deutschland bei 16% bis 20% (Hurrelmann et al., 2003 zit. nach Opp, 2009, S. 229). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bezieht sich auf deutsche Untersuchungen, welche Prävalenzraten bei Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zwischen 17% und 27% angeben (BAG, 2015, S. 16). In Bezug auf die Schweiz wird beinahe bei jedem fünften Kind eine psychische Störung vermutet (Steinhausen, 2010, zit. nach Bolliger-Salzman et al., 2015, S. 50). Im Kanton Zürich liegt die Prävalenzrate für Kinder und Jugendliche bei 22.5% (ebd.). Während der Kindheit sind Knaben öfters klinisch auffällig als Mädchen, während der Adoleszenz ist dies umgekehrt. Danach gleichen sich diese Prävalenzen an (BAG, 2015, S. 16).

Fachpersonen diskutieren einen Anstieg der absoluten Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten in den vergangenen Jahren. Diese These ist strittig. Erwiesen ist, dass psychische Erkrankungen eine vergleichsweise grössere Bedeutung erhalten, weil die akuten körperlichen Erkrankung rückläufig sind (Erhart & Ravens-Sieberer, 2010, S. 101). Möglicherweise führt auch eine erhöhte Sensibilisierung zu einer verstärkten Aufmerksamkeit gegenüber möglichen Symptomen von psychischen Störungen.

Leichte bis mittelgradige Störungen sind am häufigsten verbreitet: Ein produktives Leben ist möglich, Einschränkungen in der Bildung können sich jedoch langfristig auswirken (Bolliger-Salzman et al., 2015, S. 51).

Hinsichtlich spezifischer Störungen gibt die folgende Tabelle 2 einen Überblick über die häufigsten psychischen Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Diese Zusammenstellung basiert nicht auf ärztlichen Diagnosen nach den Klassifizierungen gemäss ICD-10 oder DSM-V, sondern auf Selbstaussagen von Schülern und Schülerinnen des 5. bis 9. Schuljahres im Rahmen der internationalen HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children). Alle vier Jahre wird damit das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen und dessen Veränderungen untersucht (Marmet, Archimi, Windlin & Delgrande Jordan, 2015, S. 1).

---

<sup>10</sup> Im Beitrag wird berichtet, dass im Tessin die Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie die Verschreibung von Ritalin viel seltener erfolgt als in der Deutschschweiz.

<sup>11</sup> Im Fokus der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 873) steht der Themenbereich "Psychische Gesundheit" des deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS).

Tabelle 2: Wesentliche psychische Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter (in Anlehnung an HBSC, 2009, S. 3 zit. nach Bolliger-Salzmann, 2015, S. 52, auch Radix, 2008, S. 6)

Krankheitsbild	Symptome	Prävalenz
Aufmerksamkeits-Defizit und Hyperaktivitäts-Syndrom	Aufgaben nicht zu Ende bringen können, Zerstreuung, erhöhte Ablenkbarkeit, Unruhe, Zappeligkeit, nicht stillsitzen können, nicht warten können, häufig unterbrechen und stören	Ca. 5% eines Jahrgangs sind davon betroffen
Aggressiv-dissoziale Störung	Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, Betrug, Diebstahl, Zündeln, Vandalismus, Schule schwänzen und Weglaufen von zu Hause	Ca. 5-7% eines Jahrgangs betroffen, überwiegend Burschen
Autoaggressives Verhalten, Selbstverletzung	Absichtlich herbeigeführter Schmerz durch zumeist oberflächliches Ritzen mit spitzen Gegenständen wie Messer, Rasierklingen, Spitzer oder Glasscherben an den Unterarmen, Oberschenkeln oder am Bauch. Absichtlich herbeigeführte Verbrennungen oder Verletzungen durch Anschlagen etc..	Ca. 0.6%-0.75% eines Jahrgangs davon betroffen, überwiegend Mädchen, Altersschwerpunkt: 12 bis 18 Jahre
Depressive Störung (Major Depression)	Antriebslosigkeit oder erhöhter Antrieb, Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln, Ängste, Schlafstörungen, Gereiztheit, Agitiertheit, Gefühle der Sinnlosigkeit und Schuld, Leistungsverlust, Suizidgedanken	Bei Kindern ca. 1-3% betroffen, bei Jugendlichen ca. 1-6.4% eines Jahrgangs betroffen
Angststörung	Vermehrtes Schwitzen, trockener Mund, Zittern, Erhöhung der Pulsfrequenz, Verstärkung der Atmung, Angst zu sterben oder «verrückt zu werden», Vermeidungs- und Fluchtverhalten, psychosomatische Beschwerden	Ca. 10% eines Jahrgangs davon betroffen, häufigste Störung im Kindes- und Jugendalter
Sozialphobie	Eine Sonderform der Angststörung: deutliche Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten oder klare Vermeidung der angstauslösenden Situationen. Sie tritt in sozialen Ereignissen auf wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten, Teilnahme an Gruppen oder Festen.	Ca. 1-4.6% eines Jahrgangs davon betroffen
Essstörung	Gewichtsverlust wird zum Inhalt des Denkens und Handelns: eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika, körperliche Funktionsstörungen (Zahn- und Haarverlust, Ohnmacht etc.)	Ca. 0.5% eines Jahrgangs davon betroffen, überwiegend Mädchen
Zwangsstörung	Wiederholte Bewegungen oder Bewegungsabläufe (z.B. Waschwang, Kontrollzwang etc.), Zwangsgedanken (z.B. Grübelzwang)	Bei Kindern ca. 2%, bei Jugendlichen ca. 1-4% eines Jahrgangs betroffen
Schizophrene Psychose	Deutliche Wesensveränderungen, Unverlässlichkeit, Störungen des	Ca. 0.5-1% eines Jahrgangs davon



	Verhaltens, alltägliche Aktivitäten berei- ten Schwierigkeiten, Handlungen wirken oft bi- zarr, Verwahrlosung, Veränderung der Ge- wohnheiten, überraschende Reaktionen	betroffen
--	---	-----------

Gemäss der obenstehenden Tabelle 2 ist das häufigste psychische Störungsbild im Kindes- und Jugendalter die *Angststörung* unter der etwa 10% eines Jahrgangs leiden. Angststörungen weisen altersspezifische Formen auf: Bei Kindern werden meistens Schulphobien, Schulangst und Sozialphobien diagnostiziert. In der Adoleszenz treten vermehrt generalisierte Angst- und Panikstörungen auf. Am zweithäufigsten wird eine *Aggressiv-dissoziale Störung* diagnostiziert, etwa 5 bis 7% eines Jahrgangs zeigen dementsprechend aggressive Verhaltensweisen, wobei mehrheitlich Knaben betroffen sind. An dritter Stelle steht das *Aufmerksamkeits-Defizit und Hyperaktivitätssyndrom*, davon werden etwa 5% eines Jahrgangs beeinträchtigt. Zwischen 1 bis 6.4% eines Jahrganges sind von depressiven Störungen oder von Zwangsstörungen betroffen. Mit bis zu einem Prozent am wenigsten verbreitet sind autoaggressives Verhalten und Selbstverletzungen, Essstörungen und Schizophrene Psychosen. (u.a. Bolliger-Salzmann, 2015, S. 51f., Radix, 2008, S. 4ff.).

Weil die Angaben über die Auftretenshäufigkeit psychischer Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen wie erwähnt auseinandergehen, sind in Tabelle 3 Vergleichswerte aus zwei weiteren Quellen zu den vier in der oben stehenden Tabelle 2 häufigsten Störungen dargestellt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2015, S. 16) stützt sich auf Daten aus Europa und den USA, Ravens-Sieberer et al. (2007, S. 875) haben in Deutschland im Rahmen der BELLA-Studie die Auftretenshäufigkeit von vier spezifischen psychischen Auffälligkeiten bei 7 bis 17-Jährigen untersucht. Der Vergleich der Angaben aus den drei Quellen zeigt, dass die entsprechenden Werte bei drei der vier Störungen eine recht hohe Übereinstimmung aufweisen. Die grössten Abweichungen bestehen in Bezug auf die Hyperkinetischen Störungen. Hier wird die Prävalenz mit 2.2% von Ravens-Sieberer et al. (2007) deutlich tiefer angegeben als in den beiden anderen Quellen. Die Angaben zur Prävalenz der Aggressiv-dissozialen Störung (Störung des Sozialverhaltens) sind bei allen drei Quellen mit 5-8% ähnlich, was auch bei den Depressiven Formen der Fall ist, auch wenn Bolliger-Salzmann (2015) insbesondere eine relativ grosse Spannweite von zwischen 1 bis 6.4% angibt. Deutlich geht aus dieser Zusammenstellung hervor, dass alle drei Quellen die Angststörung mit rund 10% Prävalenz übereinstimmend als die am häufigsten auftretende Störung bei Kindern und Jugendlichen angeben.

Tabelle 3: Angaben zur Prävalenz der häufigsten psychischen Störungen im Kindes-und Jugendalter im Vergleich aus drei Quellen

Krankheitsbild	Prävalenz nach Bolli- ger-Salzmann (2015) - HBSC	Prävalenz nach BAG, 2015	Prävalenz nach Ravens-Sieberer et al., (2007) - BELLA-Studie
Hyperkinetische Störungen	Ca. 5% eines Jahr- gangs	4.4% bei einer Prä- valenz zwischen 3 und 12 Monaten	2.2% der Kinder zwi- schen 7 und 17 Jah- ren, Knaben und jün- gere Kinder sind stärker betroffen
Aggressiv-dissoziale Störung (Störung des Sozialverhaltens)	Ca. 5-7% eines Jahr- gangs, überwiegend Burschen	7.5% bei einer Prä- valenz zwischen 3 und 12 Monaten	7.6% der Kinder zwi- schen 7 und 17 Jah- renn, Aggressive Auf- fälligkeit häufiger als dissoziale Auffällig- keit
Depressive Formen	Bei Kindern ca. 1-3%, bei Jugendlichen ca. 1-	4.4% bei einer Prä- valenz zwischen 3 und	5.4% der Kinder zwi- schen 7 und 17 Jahren

	6.4% eines Jahrgangs	12 Monaten	
Angststörung	Ca. 10% eines Jahrgangs	10.4% bei einer Prävalenz zwischen 3 und 12 Monaten	10% der Kinder zwischen 7 und 17 Jahren, 11 bis 13-Jährige am stärksten betroffen

Wird zwischen internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten unterschieden (Kapitel 3.2) zeigt sich, dass internalisierende Verhaltensprobleme mehrheitlich Mädchen betreffen, unter externalisierenden Auffälligkeiten leiden dagegen häufiger Knaben (Erhart & Ravens-Sieberer, 2010, S. 105).

Psychische Auffälligkeiten haben eine hohe Persistenz (Fortbestehen) (ebd., S. 100). Diese Aussage wird bekräftigt anhand von "Persistenzraten", welche für alle Altersstufen in der Kindheit und Jugend über 50% betragen (Petermann, 2005 zit. nach Gebhard, 2013b, S. 24).

Die verschiedenen psychischen Störungen unterscheiden sich nach dem Lebensalter, in dem sie typischerweise zum ersten Mal auftreten. Aus Tabelle 4 ist der Anteil der psychischen Beeinträchtigungen zu entnehmen, welche sich erstmals im Kindes- und Jugendalter manifestieren. Angststörungen treten zum Beispiel vergleichsweise früh auf (25% bis im Alter von 6 Jahren), sie zeigen sich aber auch bis zum Alter von 21 Jahren (75%). Die Affektstörungen treten dagegen erst später auf (25% bis im Alter von 18 Jahren) und 75% erst bis im Alter von 43 Jahren.

Tabelle 4: Alter bei Erstmanifestation aller psychischen Störungen der Bevölkerung (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005 zit. nach Wettach et al., 2015, S. 24)

Störung	25% treten auf bis zum Alter von...	50% treten auf bis zum Alter von...	75% treten auf bis zum Alter von...
Angststörungen	6 Jahren	11 Jahren	21 Jahren
ADHS	7 Jahren	7 Jahren	8 Jahren
Störung des Sozialverhaltens	10 Jahren	13 Jahren	15 Jahren
Zwangsstörungen	14 Jahren	19 Jahren	30 Jahren
Affektstörungen (Depression u.a.)	18 Jahren	30 Jahren	43 Jahren

Trotz der Folgen einer psychischen Auffälligkeit, welche die Betroffenen und ihr Umfeld belasten, fehlt häufig eine Behandlung. Ohne fachliche Hilfe müssen zwischen 8 und 14% der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Beschwerden auskommen (Barkmann, 2004, S. 144 zit. nach Opp, 2009, S. 229). Andere Autoren gehen davon aus, dass in ca. der Hälfte der Fälle keine Behandlung stattfindet (Ravens-Sieberer et al., 2007, S. 876). Basierend auf einer konservativen Schätzung der Prävalenzrate wird z.B. für den Kanton Aargau zum einen angenommen, dass bis zu  $\frac{3}{4}$  der Minderjährigen mit psychischen Störungen keine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erhalten. Zum anderen fehlt bis zu 20% jegliche fachliche Unterstützung (Eisenring et al., 2015 zit. nach Bolliger-Salzman et al., 2015, S. 50). Die durchschnittliche Zeitdauer zwischen der Manifestation und der Behandlung einer psychischen Erkrankung beträgt zwölf Jahre (ebd., S. 51). Die nachfolgende Tabelle enthält Daten aus den USA und illustriert den Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen, welchen eine therapeutische Unterstützung fehlt. So wird z.B. die "Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens" innerhalb des ersten Jahres nach dem Auftreten bei 7% behandelt, 66% aller Fälle erhalten nie eine Behandlung.

Tabelle 5: Behandlungsrate innerhalb von 12 Monaten nach Störungsbeginn (Wang, Angermeyer, Borges, Bruffaerts, Chiu, De Girolamo et al., 2007 zit. nach Wettach et al., 2015, S. 25)

Störung	Behandlung innert 12 Monaten nach Störungsbeginn	Jemals in Behandlung
Trennungsangst	1%	27%
Soziale Phobie	3%	50%
Posttraumatische Belastungsstörung	7%	65%
ADHS	7%	52%
Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens	7%	34%
Depression	37%	88%

Eine mögliche Erklärung für den erörterten Umstand kann darin vermutet werden, dass Bezugspersonen dazu neigen, psychische Auffälligkeiten wie Angststörungen oder Depressionen zu unterschätzen (Bolliger-Salzmann et al., 2015, S. 50). Eine Folge von fehlenden Diagnosen und Behandlungen psychischer Störungen ist die Chronifizierung des Krankheitsbildes. Das BAG (2015, S. 15) verdeutlicht, dass unangemessenen Behandlungen bis in die Invalidität oder den Suizid führen können.

### 4.3 Phänomene im Zusammenhang mit psychischen Störungen

In diesem Kapitel werden in Ergänzung zu den soeben vorgestellten Prävalenzraten von psychischen Störungen die für die Schulen relevanten Themen Gewalt und Bullying, Substanzkonsum sowie psychosomatische und psychoaffektive Beschwerden näher erörtert.

#### 4.3.1 Gewalt und Bullying

Gewalt ist eine Störung des Sozialverhaltens und kann somit Symptom einer psychischen Störung sein. Wenn Kinder und Jugendliche in der Schule Gewalt und Bullying ausgesetzt sind, kann dies zudem Ursache für spätere psychische Probleme sein.

*Gewalt* wird im vorliegenden Bericht verstanden als das Auftreten von gewaltbezogenen Situationen wie Schlägereien und das Schikanieren<sup>12</sup> innerhalb oder ausserhalb der Schule (in Anlehnung an Rohrbach & Kuntsche, 2012, S. 155). In Bezug auf *Gewalt* gelten 15 bis 20% der Jugendlichen als gefährdet für eine aktive Ausübung, mit der Bereitschaft Gewalt anzuwenden, geht ein höheres Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch einher. Bei 3 bis 6% wird ein verfestigtes, delinquent, aggressives Handlungsmuster vermutet (Bolliger-Salzmann et al., 2015, S. 82).

Gewalt lässt sich mit verschiedenen Kategorien beschreiben: So differenzieren Dümmler und Melzer (2009) bei der schulischen Gewalt zwischen *subtilen, psychischen Formen* (unter anderem Beleidigungen, Gerüchte oder sozialen Ausschluss) und *manifesten, physischen Arten*. Die Unterscheidung dieser Erscheinungsformen verweist auf länderspezifische, geschlechtsspezifische und schulformenspezifische Differenzen. *Länderspezifische Differenzen* der Gewaltformen wies die internationale HBSC Studie nach (Currie et al., 2008 zit. nach Rohrbach & Kuntsche, 2012, S. 155). Deutsche Schulen sind mehrheitlich mit subtiler, psychischer Gewalt konfrontiert (Dümmler & Melzer, 2009, S. 171ff.). In schweizerischen Schulen zeigen sich ebenfalls vorrangig Probleme mit dieser Kategorie: Verglichen mit anderen Ländern ist die Ausübung körperlicher Gewalt weniger verbreitet, das Schikanieren ist dagegen stärker ausgeprägt (Rohrbach & Kuntsche, 2012, S. 155). *Geschlechterdifferenzen* zeigen sich erstens in der Ausübung von Aggressionen: Weibliche Jugendliche wenden mehr indirekte und

<sup>12</sup> Die Begriffe *Schikanieren, Plagen, Mobbing* und *Bullying* werden im vorliegenden Bericht synonym verstanden. Basierend auf der Literaturrecherche zeigten sich als wesentliche Merkmale eine Asymmetrie zwischen Opfern und Tätern und ein fortgesetztes, wiederholtes, systematisches Vorgehen (siehe Exkurs: Bullying).

Knaben mehr direkte körperliche Aggressionsarten an. Zweitens sind die Täter bei Schikane häufiger männlich als weiblich. Drittens werden Mädchen meist von Knaben schikaniert. Viertens bezeichnen sich 11 bis 15-jährige Knaben bei Schikane häufiger als Täter als die gleichaltrigen Mädchen (Rohrbach & Kuntsche, 2012, S. 155ff.). Grosse Geschlechterdifferenzen werden ebenfalls sichtbar bei der Analyse von manifesten, an schweizerischen Schulen ausgeübte Arten von Gewalt (Mitschüler erpressen, Mitschüler bedrohen, Waffen in die Schule mitnehmen, Diebstahl, Beschädigung, Mitschüler schlagen): Knaben leiden häufiger unter diesen Gewaltformen als Mädchen (ebd., S. 159). Eine Analyse bezüglich des Austeilens und des Einsteckens von Schlägen von 14 bis 15-Jährigen im Kanton Zürich 2010 verweist ebenfalls auf Diskrepanzen: Insbesondere Knaben geben häufiger an, Täter als Opfer zu sein. Mögliche Erklärungen sind die Scham sich selber als Opfer zu bezeichnen und der Umstand, dass jüngere Schülerinnen und Schüler von älteren geschlagen werden (Meidert, 2014, S. 48). Der Vergleich unterschiedlicher Schulformen zeigt in Deutschland, dass Gewalt an Hauptschulen häufiger vorkommt als an Mittelschulen und Gymnasien. Allerdings wurden innerhalb der Schulformen sehr grosse Streuungen beobachtet, welche anhand der entsprechenden Klientel und der Schulkultur erklärt werden (Dümmler & Melzer, 2009, S. 173).

**Exkurs: Weitere schulische Gewaltformen in der Schweiz**

Bei den 15-Jährigen sind die drei am häufigsten ausgeübten Gewaltformen das Schlagen von Mitschülern (Knaben: 34.9%; Mädchen: 10.6%), die Sachbeschädigung (Kn: 28.1%; Mä: 12.5%) und der Diebstahl (Kn: 20.5%; Mä: 10.6%). Die häufigste erlittene Gewaltform ist die Sachbeschädigung. Davon sind 33.4% der befragten 15-jährigen Knaben und 27.8% der 15-jährigen Mädchen betroffen (Rohrbach & Kuntsche, 2012, S. 159f.).

**Exkurs: Bullying<sup>12</sup>**

Bullying wird verstanden als systematische Schikane, ohne die Möglichkeit, sich dagegen zur Wehr zu setzen (Schäfer & Albrecht, 2004, S. 136). Charakteristisch für eine Gewaltexposition bei Bullying sind Wiederholungen, ein grösserer Zeitraum, negative Handlungen eines Einzelnen oder einer Gruppe und eine Asymmetrie zwischen Tätern und Opfern (Dümmler & Melzer, 2009, S. 172). Als dominante Mobbingformen gelten das Verbreiten von Lügen und Gerüchten sowie Beschimpfungen, danach folgen sozialer Ausschluss, sexuelle Witze sowie Schlagen und Treten, selten sind Beschimpfungen bezüglich der Religionszugehörigkeit, der Nationalität/Hautfarbe oder Schikane über das Handy oder den PC (Melzer & Kruse, 2007, S. 4ff. zit. nach ebd., S. 175). Bullying wird während der gesamten Schulzeit beobachtet. In der Grundschule sind die Prävalenzraten bei Bullying für Opfer höher als in weiterführenden Schulen (Schäfer & Albrecht, 2004, S. 137). Die Autoren verweisen unter anderem auf Olweus (1993), welcher die sinkende Prävalenzrate bei Opfern zwischen dem 8. und 16. Lebensjahr belegt. Für die Schweiz bestätigen Rohrbach und Kuntsche (2012, S. 158) eine leichte Reduktion des Anteils der Opfer von Schikane mit zunehmendem Alter. Schäfer und Albrecht (2004, S. 144f.) analysieren die Prävalenz und die Stabilität von Bullying in der 3. und 4. Klasse der Grundschule: In Übereinstimmung mit weiteren Studien sind einerseits etwa 14% der Kinder Opfer. Werden die Gruppen "Opfer" und "Opfer/Täter" addiert, gelten 29% der Kinder als Opfer. Andererseits weisen die Autoren, über einen Zeitraum von drei Monaten die Instabilität der Opferrollen nach. Sie schliessen aufgrund der fehlenden systematischen und wiederholten Opfererfahrungen im Grundschulalter darauf, dass die Opferrollen bei Grundschulkindern weniger stabil sind verglichen mit denjenigen von Jugendlichen. Dieser Umstand erklärt, weshalb die Opfer in der Grundschule weder anhand des sozialen Status noch anhand des Affiliationsmusters (bspw. die Anzahl der Freunde) charakterisiert werden können. Schäfer und Albrecht (2004) plädieren aufgrund der altersspezifischen Opfererfahrungen für eine Differenzierung des Bullings hinsichtlich des Alters.

Meidert (2014) vermutet, dass sich ein wesentlicher Teil der von Jugendlichen ausgeübten oder erfahrenen Gewalt ausserhalb der Schule in der Freizeit ereignet. So geben 14 bis 15-jährige Knaben, welche mehrmals wöchentlich ausgehen, deutlich häufiger an, andere zu schlagen, als solche, die höchstens an zwei Abenden ausgehen (55% vs. 33%). Mädchen, die mehr ausgehen, erfahren häufiger

Gewalt (21% vs. 5%). Somit ist dieser Zusammenhang bei den Mädchen ebenfalls feststellbar (Meidert, 2014, S. 48f.).

Jugendliche Opfer von Gewalt und Mobbing beurteilen ihren allgemeinen *Gesundheitszustand* schlechter, als diejenigen ohne entsprechende Erfahrungen. Auch die Täter bezeichnen ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht oder nur einigermaßen gut, verglichen mit Jugendlichen, welche keine Gewalt ausüben. Im Elternhaus erlebte Gewalt<sup>13</sup> führt ebenfalls zu einer schlechteren Einschätzung des Gesundheitszustands als bei Jugendlichen ohne entsprechende Erlebnisse. Neben dem Gesundheitszustand können Schläge und Mobbing bei Betroffenen auch für die psychische Befindlichkeit, die Lebensqualität und den Selbstwert ein hohes Risiko darstellen. Geschlagene Knaben und Mädchen berichten häufiger über psychische Probleme im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Gewalterfahrung (Meidert, 2014, S. 49).

#### 4.3.2 Substanzkonsum

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen werden im ICD-10 GM Manual als Gruppe im Kapitel V "Psychische und Verhaltensstörungen" aufgeführt. International und spezifisch für die Schweiz werden im Rahmen der HBSC-Studie alle vier Jahre der Alkohol-, der Cannabis und der Tabakkonsum<sup>14</sup> von 11 bis 15 Jährigen Schülerinnen und Schülern erfasst (Marmet, Archimi, Windlin & Delgrande Jordan, 2015, S. 1).

Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über den mindestens einmaligen Konsum von Alkohol, Zigaretten und Cannabis (Lebenszeitprävalenz) bei den 11-, 13-, und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz.

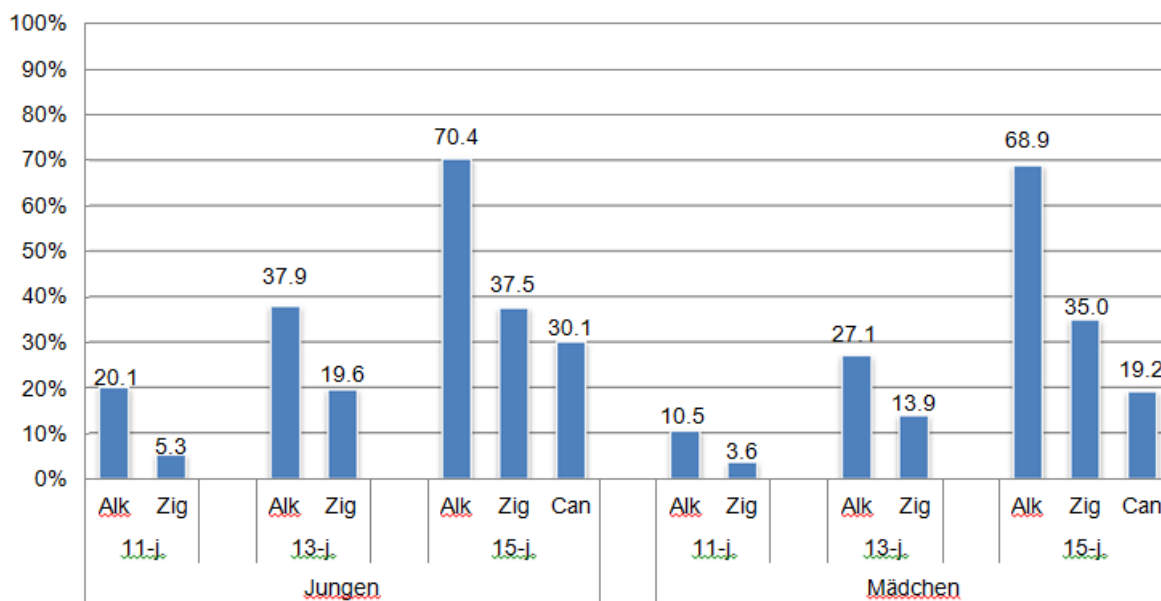


Abbildung 1: "Lebenszeitprävalenz (mindestens einmalige Einnahme im Leben) von Alkohol, Zigaretten und Cannabis, nach Altersgruppe und Geschlecht, HBSC 2014" (Marmet et al., 2015, S. 2)

Die Befragung erhebt Fakten zum *Alkoholkonsum* von Minderjährigen. Es zeigt sich, dass Alkohol in allen Alters- und Geschlechtsgruppen mindestens einmalig am häufigsten konsumiert wird (Abbildung 1). 70.4% der 15-jährigen Knaben und 68.9% der 15-jährigen Mädchen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert zu haben. Bezüglich der verschiedenen alkoholischen Getränke

<sup>13</sup> Opfer von erlebter Gewalt im Elternhaus waren mindestens einmal von sehr starken Schlägen, Stößen oder Tritten betroffen.

<sup>14</sup> Es ist nicht bekannt, dass Tabakkonsum psychische Störungen auslöst. Er ist hier bezüglich der HBSC-Studie der Vollständigkeit halber erwähnt.

zeigt sich, dass der mindestens einmalige Bierkonsum in dieser Altersgruppe am weitesten verbreitet ist, danach folgen Spirituosen/Likör, Alcopops und Wein. Richtig betrunken waren mindestens einmal in ihrem Leben 30.0% der 15-jährigen Knaben und 24.3% der 15-jährigen Mädchen. In den 30 Tagen vor der Untersuchung waren 12.0% der 15-jährigen Schüler und 9.6% der 15-jährigen Schülerinnen mindestens einmal richtig betrunken. Etwa 40 bis 50% der 15-jährigen Jugendlichen nahm in den 30 Tagen vor der Befragung Alkohol zu sich (Kn: 46.0%; Mä 41%), wobei dies mehrheitlich maximal an zwei Tagen der Fall war. Mindestens einmal in den Rausch getrunken (d.h. mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit konsumieren) haben sich in den 30 Tagen vor der Umfrage 27.3% der 15-jährigen Knaben und 22.9% der 15-jährigen Mädchen. Als Motive für den Alkoholkonsum wurden von den 15-Jährigen mehrheitlich soziale und Verstärkungsmotive genannt, seltener angegeben wurden Bewältigungs- sowie Konformitätsmotive (ebd., S. 3).

In der Studie sind auch detaillierte Angaben zum Zigarettenkonsum von Minderjährigen in der Schweiz zu finden. Nach dem Alkoholkonsum bildet das mindestens einmalige Rauchen von Zigaretten den zweithäufigsten Substanzkonsum unter Minderjährigen (Abbildung 1). Mindestens einmal im Leben *Zigaretten* geraucht zu haben, gaben zum Zeitpunkt der Befragung 37.5% der 15-jährigen Knaben und 35.0% der 15-jährigen Mädchen an. Davon rauchten 17.6% der Knaben und 15.0% der Mädchen, mehrheitlich taten sie dies seltener als wöchentlich. Etwa 6 bis 7% konsumierten täglich Zigaretten (Kn: 6.6%; Mä: 6.4%). Von den täglichen Konsumenten und Konsumentinnen rauchten im Alter von 15 Jahren mehr als 50% maximal 5 Zigaretten am Tag, jeweils etwa 20% konsumierten täglich mehr als 10 Zigaretten (ebd., S. 2f.).

*Cannabis* konsumiert haben 30.1% der 15-jährigen Schüler und 19.2% der 15-jährigen Schülerinnen mindestens einmal in ihrem Leben. In den 30 Tagen vor der Befragung nahmen 14.5% der Knaben und 10.2% der Mädchen dieser Altersgruppe *Cannabis* zu sich. Etwa die Hälfte derjenigen, welche in den letzten 30 Tagen *Cannabis* eingenommen hatte, tat dies maximal an zwei Tagen (ebd., S. 3).

Der Konsum *weiterer psychoaktiver Substanzen* war bei den 15-jährigen Jugendlichen wenig verbreitet. Am häufigsten benutzen die Jugendlichen Medikamente (3%), um einen Rausch herbeizuführen. Sehr wenige Personen dieser Altersgruppe griffen zurück auf "Kokain/Coks, Ecstasy, halluzinogene Pilze, Amphetamine/Speed, LSD oder Heroin/Opium" (ebd., S. 4).

Die erhobenen Daten erlauben auch Rückschlüsse bezüglich des *Multiplen Substanzkonsums* (d.h. der Konsum mehrerer Substanzen während einem definierten Zeitraum) der Jugendlichen in der Schweiz. Es zeigt sich, dass beinahe alle Probanden und Probandinnen, die mindestens einmal Zigaretten konsumierten, auch mindestens einmal Alkohol tranken. Die Mehrheit der 14 und 15-Jährigen, welche über Erfahrungen mit dem Konsum von *Cannabis* verfügt, hat auch Zigaretten und Alkohol eingenommen (ebd., S. 4).

Die Analyse zeigt, dass sich die Jugendlichen Alkohol, Zigaretten und *Cannabis* am häufigsten über Bekannte beschaffen. Auch der Erwerb von Alkohol und Zigaretten an offiziellen Verkaufsstellen ist relevant, trotz existierender Verbote (ebd., S. 6). Diesen Umstand illustrieren Testkäufe, die zeigen, dass 2010 bei 30% und 2011 bei 32% der Fälle verbotenerweise Tabak an Jugendliche verkauft wurde (Meidert, 2014, S. 51).

#### **4.3.3 Somatische und psychoaffektive Gesundheitsbeschwerden**

Somatische oder psychoaffektive Beschwerden im Jugendalter sind in der Regel zwar vorübergehend. Sie können jedoch ein Anzeichen für psychische Probleme sein. Falls solchen Beschwerden nicht rechtzeitig Aufmerksamkeit geschenkt wird, stabilisieren und verschlimmern sie sich gegebenenfalls (Inglin & Delgrande Jordan, 2012, S. 25). Bilz und Melzer (2008, S. 170ff.) akzentuieren diese Aussage, indem sie den Zusammenhang zwischen psychosomatischen Beschwerden und emotionalen Störungen betonen. Aufgrund dieses Zusammenhangs gelten psychosomatische Beschwerden als Indikator für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit.

Inglin und Delgrande Jordan (2012, S. 25) differenzieren in Bezug auf diese Beeinträchtigungen zwischen psychoaffektiven Problemen (wie Nervosität, Traurigkeit oder Reizbarkeit) und somatischen

(körperlichen) Beschwerden. Fehlen zur Erklärung von somatischen Symptomen organische Ursachen, dann bestehen diese häufig aus Stress oder psychosozialen Anpassungsproblemen (ebd.). Korrespondierend definieren Bilz und Melzer (2008, S. 170) psychosomatische Auffälligkeiten "(...) als körperliche Reaktionen auf psychischen Stress, die vermutlich keine organische Grundlage haben."

Psychosomatische Beschwerden sind im Jugendalter stark verbreitet (Bilz & Melzer, 2008, S. 170). Im Vergleich mit der Auftretenshäufigkeit bei Erwachsenen sind sie bei Jugendlichen deutlich häufiger zu finden (Marschall 1989; Prehler, Kupfer & Brähler, 1992 zit. nach ebd., S. 171). In einer repräsentativen deutschen Studie beurteilen die Eltern etwa sechs Prozent der 11 bis 18-Jährigen bezüglich somatischer Beschwerden als auffällig. Die entsprechenden Selbsteinschätzungen bezüglich körperlicher Beschwerden zeigen bei 9.5% der Knaben und 15.2% der Mädchen Auffälligkeiten (Plück, Döpfner & Lehmkuhl, 2000 zit. nach Bilz & Melzer, 2008, S. 171). Die nachfolgenden Aussagen über den Gesundheitszustand von Jugendlichen in der Schweiz basieren auf der HBSC-Studie (2010). In dieser Befragung wurde auch die Häufigkeit der Symptome ermittelt. Am meisten berichten die 11 bis 15-Jährigen Schweizer Jugendlichen bei den somatischen Symptomen über Kopfschmerzen. Bei 30.0% treten diese wiederholt (d.h. im halben Jahr vor der Befragung mindestens wöchentlich) auf. Bei 23.2% treten regelmässig Bauchschmerzen auf, 21.7% leiden mindestens wöchentlich unter Rückenschmerzen und 14.7% geben Schwindelgefühle an. Zudem wurde die Häufigkeit von psychoaffektiven Beschwerden untersucht, welche als Indikatoren für das "psychische Wohlbefinden" gelten. Die Analyse zeigt die Anteile der befragten 11 bis 15-Jährigen, welche im halben Jahr vor der Befragung wiederholt (d.h. mindestens wöchentlich) unter entsprechenden Beschwerden litten. Die Jugendlichen sind am häufigsten betroffen von Müdigkeit (55.9%), gefolgt von schlechter Laune (44.0%) und Wut (41.8%). Zudem haben 40.2% der Befragten regelmässig Einschlafschwierigkeiten, 35.1% leiden unter Nervosität, 30.1% unter Traurigkeit sowie 16.4% unter Ängstlichkeit (Inglin & Delgrande Jordan, 2012, S. 28f.).

In der Literatur herrscht ein grundlegender Konsens über die Geschlechts- und Altersabhängigkeit psychischer Beschwerden. Bilz und Melzer (2008, S. 171) halten bezüglich psychosomatischer Beschwerden fest, dass Mädchen ab der mittleren Adoleszenz stärker betroffen sind als Knaben. Zudem zeigt sich, dass die psychosomatischen Beschwerden bei den Mädchen mit dem steigenden Alter zunehmen. Für die Knaben konnten keine Effekte bezüglich des Alters nachgewiesen werden. Die HBSC-Daten der Schweiz weisen bei weiblichen Jugendlichen ebenfalls höhere Werte aus: Die befragten Mädchen nennen sowohl somatische als auch psychoaffektive Symptome häufiger als die Knaben. Mit zunehmendem Alter zeigt sich tendenziell eine Verstärkung der Symptome (Inglin & Delgrande Jordan, 2012, S. 28f.). Geschlechterdifferenzen bezüglich somatischer Beschwerden beobachtete Meidert (2014, S. 45) im Kanton Zürich: 30% der Knaben und 40% der Mädchen klagten mehrmals pro Woche oder sogar täglich über Schmerzen (Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen). Mädchen gaben häufiger als Knaben an, im Alltag durch Schmerzen eingeschränkt zu sein (Mä: 46%; Kn: 30%). Bei den Kopfschmerzen liess sich eine Altersabhängigkeit nur bei den Mädchen diagnostizieren, die Betroffenheit steigt mit zunehmendem Alter an. Interessant ist der nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem Schulstress und den Kopfschmerzen: 30% der schulisch gestressten Jugendlichen litten häufiger unter Kopfschmerzen. Davon sind Mädchen (26%) öfters betroffen als Knaben (15%).

## 5. Risiko- und Schutzfaktoren, Risiken in der Lebensspanne

Für die Prävention von psychischen Störungen ist aus der salutogenen Perspektive (Antonovsky, 1997) die Betrachtung von Risiko- und Schutzfaktoren wichtig. Dieser Abschnitt enthält zunächst einen kurzen Überblick über die Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen. Es werden sowohl internale (personale) als auch externe (soziale, familiäre, institutionelle) Faktoren unterschieden. Die Einflussfaktoren können physischer, psychischer und sozialer Natur sein. Danach wird die Bedeutung der Risiko- und Schutzfaktoren für die gesamte Lebensspanne erläutert. Die Perspektive auf die Lebensspanne erweist sich im Zusammenhang mit der psychischen Verfassung als wesentlich (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 22). Daher sind bei Interventionen auch die Lebensphasen, ihre Übergänge und häufige, kritische Lebensereignisse zu berücksichtigen (ebd., S. 6).

**Risikofaktoren:**

Unter Risikofaktoren für psychische Störungen werden negative Bedingungen verstanden, welche eine normale Entwicklung von Kindern oder Jugendlichen erschweren oder verunmöglichen. Zu Risikofaktoren werden auch Stressoren gezählt, welche die Wahrscheinlichkeit der Entstehung von emotionalen, sozialen oder verhaltensbezogenen Problemen erhöhen (Trussell, 2008).

Es können fünf Kategorien von Risikofaktoren unterschieden werden:

1) Zu den *biologischen Risikofaktoren* werden Störungen des zentralen Nervensystems gezählt, welche zu ungünstigen Entwicklungsvoraussetzungen führen wie z.B. ein schwieriges Temperament, geringe soziale Kompetenzen oder geringe Problemlösungskompetenzen. Diese Störungen des Nervensystems können erblich bedingt sein oder durch pränatale Faktoren wie Alkohol- und Tabakmissbrauch der Mutter während der Schwangerschaft oder Mangelernährung sowie perinatale Komplikationen verursacht werden (Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007; Trussell, 2008).

2) Schwerwiegende *familiäre Risikofaktoren* sind Missbrauch, Verwahrlosung und Gewalt, aber auch Eltern, die suchtkrank sind oder an einer psychischen Störung oder Krankheit leiden (Exkurs weiter unten), sowie Eltern, die straffällig geworden sind (Opp, 2009; Trussell, 2008). Weitere familiäre Risikofaktoren können eine unvollständige Familie sein sowie sehr frühe oder sehr späte Elternschaft (Erhart et al., 2007).

3) Ein niedriger *sozioökonomischer Status*, der mit beengten Wohnverhältnissen einhergeht, ist als familiärer Stressfaktor identifiziert worden, der einen positiven Zusammenhang mit Missbrauch und Verwahrlosung aufweist (Erhart et al., 2007; Trussell, 2008).

4) In engem Zusammenhang mit den sozioökonomischen Verhältnissen steht auch das *Aufwachsen in sozial benachteiligten Quartieren*, das als weiterer Risikofaktor genannt wird, weil die Kinder und Jugendlichen häufig Gewalterfahrungen ausgesetzt sind, was dazu führt, dass sie in ständiger Unsicherheit und Angst leben. Kinder und Jugendliche in solchen Umgebungen haben auch wenig optimistische Zukunftsaussichten und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung (Trussell, 2008).

5) Auch *kritische Lebensereignisse* können Risikofaktoren für psychische Störungen sein. Dazu zählen eine Scheidung der Eltern oder der Tod eines Elternteils sowie das Überleben eines lebensbedrohlichen Ereignisses (Trussell, 2008).

6) Schliesslich kann auch ein *ungünstiges schulisches Umfeld* einen Risikofaktor bedeuten. Dies ist vor allem dann der Fall wenn Kinder und Jugendliche von Seiten der Lehrpersonen oder der Mitschülerinnen und -Schüler über längere Zeit Geringschätzungen, Schikanen, Feindseligkeiten oder Demütigungen ausgesetzt sind [vgl. dazu die in Kapitel 2 beschriebenen fünf Faktoren für das schulische Wohlbefinden nach Hascher (2004)].

**Exkurs: Kinder psychisch kranker Eltern**

Die Angehörigen psychisch erkrankter Personen sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Neben deren Kindern leiden insbesondere die Partner/innen, Eltern und Geschwister. Es wurde belegt, dass die physische und psychische Gesundheit von Angehörigen instabiler ist und deshalb häufiger medizinische Unterstützung beansprucht wird (BAG, 2015, S. 19).

Gemäss einer Stichtagserhebung in Winterthur (am 21.03.2006) haben 22% der behandelten psychisch erkrankten Personen mindestens ein minderjähriges Kind (Gurny, Cassée, Gavez, Los & Albermann, 2006, S. 28). Die Studie bestätigt geschlechtsspezifische Unterschiede: Wesentlich mehr psychisch kranke Frauen (32%) als Männer (17%) haben minderjährige Kinder. Zudem leben psychisch kranke Mütter viel häufiger alleine mit ihren Kindern als psychisch kranke Männer. Insgesamt 8% der behandelten Kinder und Jugendlichen haben psychisch beeinträchtigte Eltern. Etwa 16% der erfassten Kinder und Jugendlichen leben bei einer alleinerziehenden psychisch kranken Mutter (ebd., S. 106ff.).



Für den Kanton Zürich, wird beispielsweise aufgrund von konservativen Schätzungen angenommen, dass etwa 4`000 Kinder betroffen sind (Albermann, Gäumann, Alessi-Näf, Müller, Gutmann, Fellmann & Gundelfinger, 2014, S. 3). Im Kanton Aargau schätzt man, dass etwa 2`000 Kinder einen psychisch kranken Elternteil haben. Fehlt eine altersgerechte Aufklärung und Unterstützung, ist das Risiko hoch, dass diese Kinder selber psychisch erkranken (Psychiatrische Dienste des Kantons Aargau [PDAG], 2012).

In der Schweiz gibt es mittlerweile Angebote für Kinder von psychisch belasteten Eltern<sup>15</sup>.

### **Schutzfaktoren:**

Unter *Schutzfaktoren* werden Ressourcen verstanden, welche die schädigende Wirkung von Risikofaktoren mildern oder verhindern können und so zur Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Kinder und Jugendlichen beitragen (Trussel, 2008). Dementsprechend plädiert die Entwicklungspsychologie für eine Förderung von relevanten Ressourcen, um die psychische Entwicklung zu begünstigen und den Einfluss von Risikofaktoren zu mildern (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 14).

1) Zu den personalen Ressourcen zählen kognitive Erwartungen und Überzeugungen wie z.B. der Kohärenzsinn, d.h. eine innere Zuversicht, wonach die Umwelt verstehbar ist, dass die Anforderungen aus der Umwelt bewältigt werden können und dass diese Anforderungen auch sinnvoll sind (Erhart & Ravens-Sieberer, 2010). Die Selbstwirksamkeitserwartung ist ein kognitiver Schutzfaktor. Sie meint die generelle Überzeugung, selbst über die notwendigen Voraussetzungen zu verfügen, um die Anforderungen der Umwelt bewältigen zu können (Erhart et al., 2007). Als wesentlicher personaler Schutzfaktor gilt auch die internale Kontrollüberzeugung<sup>16</sup>: Personen mit einem tiefen Wert weisen ein 18mal höheres Risiko für eine hohe psychische Belastung auf, als diejenigen mit einer hohen Ausprägung (BAG, 2015, S. 14). Darüber hinaus zählen eine ganze Reihe personaler Merkmale zu den Schutzfaktoren, so u.a. eine durchschnittliche Intelligenz (Trussell, 2008), emotionale Stabilität, Optimismus sowie ein aktives Coping (Bewältigungsverhalten). Ferner stellen auch interaktive psychische Ressourcen Schutzfaktoren dar. Dies sind z.B. Empathie und Beziehungsfähigkeit, Konflikt- und Kritikfähigkeit oder die Fähigkeit, sich in sozialen Gruppen zu integrieren (Bolliger-Salzman et al., 2015).

2) Wichtige Schutzfaktoren sind auch die sozialen Ressourcen. Dazu zählen ein verlässliches Umfeld und Vertrauenspersonen sowie tragfähige Beziehungen (ebd.). Wichtig ist ein gutes Familienklima, das durch familiären Zusammenhalt und einen elterlichen Erziehungsstil gekennzeichnet ist, der eine offene Kommunikation umfasst, den Kindern ermöglicht entwicklungsfördernde Erfahrungen zu sammeln und sie gleichzeitig vor Gefahren schützt. Unangemessen harte und demütigende Strafen werden vermieden (Trussell, 2008). Das BAG (2015, S. 14f.) betont die Bedeutung von frühkindlichen Bindungen für eine gesunde Entwicklung im Allgemeinen sowie für die psychische Gesundheit. Darüber hinaus ist auch ein externes Unterstützungssystem ein wichtiger Schutzfaktor, das ein Gefühl der Zugehörigkeit ermöglicht. Dieses Umfeld können Kinder und Jugendliche in der Schule<sup>17</sup>, in Jugendgruppen oder Vereinen finden.

### **Risiken in der Lebensspanne:**

Die Sicht auf die Lebensspanne umfasst das gesamte Leben eines Menschen. Entwicklungspsychologen haben diesbezüglich verschiedene Entwicklungsaufgaben in den verschiedenen Lebensabschnitten postuliert: Dies können beispielsweise sozial/kulturelle Herausforderungen (wie der Schul-

<sup>15</sup> Weitere Informationen zu schweizerischen und kantonalen Projekten, welche Kinder mit psychisch belasteten Eltern in den Mittelpunkt stellen:

- iks *Institut Kinderseele Schweiz*: [www.iks-ies.ch](http://www.iks-ies.ch)

- HELP! For Families: <http://www.help-for-families.ch/>

- spezialisiertes Beratungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern des Kantons Aargau (Psychiatrische Dienste des Kantons Aargau [PDAG], 2012)

<sup>16</sup> Die internale Kontrollüberzeugung meint die Überzeugung, das eigene Leben selbst beeinflussen zu können.

<sup>17</sup> Für die Sekundarstufe II thematisiert Wiederkehr (2014) die Relevanz von Schutzfaktoren für eine gesunde psychosoziale Entwicklung. Zudem zeigt sie Fördermöglichkeiten im schulischen Setting auf.

eintritt in der Kindheit), biologisch Veränderungen (wie die sexuelle Reifung in der Jugend) oder selbstbedingte Anforderungen (wie die Weiterbildung im Erwachsenenalter) sein (BAG, 2015, S. 22).

Lebensabschnitte	Wichtige Lebensveränderungen und Entwicklungsaufgaben	Bereiche					
		Gemeinschaft	Gesundheitswesen	Arbeitswelt	Soziales Netzwerk	Bildungswesen	Familie
Geburt							
Säuglings- und Kleinkindalter	Erwerb sprachlicher Fertigkeiten						
	Entwicklung der Impulskontrolle						
Kindheit	Schuleintritt						
	Lesen und Schreiben lernen						
	Entwicklung sozialer Fertigkeiten						
Jugend	Eintritt in die Pubertät						
	Erste Verabredungen						
	Jugend						
	Entwicklung der Identität und Eigenständigkeit						
Frühes Erwachsenenalter	Auszug von zu Hause						
	Absolvierung einer höheren Ausbildung						
	Berufswahl						
	Partner finden						
	Kinder kriegen						
	Erziehung und Betreuung eines Kleinkindes						
Erwachsenenalter	Erziehung und Betreuung eines Grundschulkindes						
	Erziehung und Betreuung eines Jugendlichen						
	Erreichen von beruflichem Erfolg						
	Umgang mit einem Kind, das von zu Hause auszieht						
	Umgang mit erwachsenen Kindern						
	Betreuung eines kranken Familienmitglieds						
	Grossmutter oder Grossvater werden						
Spätes Erwachsenenalter	Eintritt in den Ruhestand						
	Umgang mit Krankheit oder Behinderung						
	Betreuung eines kranken Ehepartners						
	Umgang mit dem Tod eines Ehepartners						
	Sterben						

Abbildung 2: "Wichtige Lebensveränderungen über die ganze Lebensspanne" (nach BAG, 2015, S. 23)

Dieser Blickwinkel ist relevant bezüglich der psychischen Gesundheit sowie entsprechender Erkrankungen. Der Umgang mit den Anforderungen in den Lebensabschnitten sowie die Übergänge zwischen den Lebensphasen sind herausfordernd und mit Entwicklungsaufgaben verbunden. Deren Bewältigung erfordert einerseits Ressourcen und gilt andererseits als wichtige Ressource für das erfolgreiche Absolvieren weiterer Übergänge. Wenn eine Bewältigung der Veränderungen misslingt, werden Übergangsphasen als Bruchphasen bezeichnet (wie z.B. bei einem erfolglosen Eintritt in die Arbeitswelt)<sup>18</sup>. Das Scheitern kann das Risiko für eine psychische Krankheit erhöhen (ebd.).

Die Abbildung 2 illustriert Veränderungen und Entwicklungsaufgaben, welche in den Lebensabschnitten allgemein als wesentlich gelten<sup>19</sup>. Zudem werden bei den jeweiligen Lebensabschnitten und Übergängen Bereiche sichtbar, welche unterschiedliche Unterstützungssysteme beinhalten. Beispielsweise ergänzt der Schulpsychologische Dienst die professionelle Betreuung von Kinderärzten/innen beim Umgang mit psychischen Auffälligkeiten während der Kindheit (ebd.).

## 6. Bestehende Präventionsmassnahmen für Schulen

In der Literatur wird die Frage kontrovers diskutiert, ob und inwiefern es überhaupt die Aufgabe der Schule ist, präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen in Bezug auf die psychische Gesundheit zu gewährleisten. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass Schulen in jüngerer Zeit nicht nur als ideale Lernorte für das kognitive Lernen (academic learning) betrachtet, sondern auch zunehmend als geeignete Settings für die Prävention von psychischen Störungen sowie für das emotionale und soziale Lernen eingestuft werden (Trussell, 2008; Tyano & Fleischman, 2007; Weare, 2010; Wetach et al., 2015). Gegner dieser Auffassung führen jedoch an, dass dies nicht Aufgabe der Schule ist, weil Lehrpersonen diesbezüglich Aufgaben übernehmen müssten, für die sie nicht ausgebildet sind (Weare, 2010).

Ungeachtet dieser Kontroverse wird in diesem Kapitel ein Überblick über bestehende Massnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Prävention, zur Früherkennung und frühintervention in Bezug auf die psychische Gesundheit gegeben. Einleitend wird zunächst auf die Unterschiede in Bezug auf diese Massnahmen zwischen den USA und Europa hingewiesen.

### 6.1 Vorbemerkung: Stand der Massnahmen im internationalen Vergleich

Weare (2010) hat einen internationalen Vergleich in Bezug auf Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit erstellt und dabei insbesondere grosse Unterschiede zwischen Europa und den USA gefunden. In den USA ist sowohl die Entwicklung als auch die Erforschung von Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit weit fortgeschritten. Von den zahlreichen bestehenden Programmen haben sich rund 20 als wirksam erwiesen (ebd.). Diese Programme sind evidenzbasiert, d.h. sie berücksichtigen Forschungsergebnisse zur Förderung der psychischen Gesundheit. Sie zeichnen sich gemäss der Autorin dadurch aus, dass sie den Aufbau von Fertigkeiten (skills) der Kinder und Jugendlichen zum Ziel haben und verhaltenstherapeutische Elemente enthalten. Die meisten davon beziehen Lehrpersonen und Eltern ein.

Im Vergleich zu den amerikanischen Programmen fand die Autorin in Bezug auf Europa, dass die Massnahmen eher eklektisch und weniger auf Forschungsergebnisse abgestützt sind. Betont wird die Bedeutung der verschiedenen Settings für das Verhalten der Kinder und Jugendlichen. Auffallend ist für die Autorin vor allem, dass die Massnahmen praktisch nicht auf den Erwerb von Fertigkeiten der Kinder und Jugendlichen im Umgang mit belastenden Situationen ausgerichtet sind. – Hier scheint ein

<sup>18</sup> Der Bericht "Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz" thematisiert den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Arbeit. Im Fokus steht unter anderem der Übergang von der Ausbildung ins Berufsleben (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD] & Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], 2014).

<sup>19</sup> Anzuführen ist, dass der dargestellte Ablauf oft nicht eingehalten wird. Dies hat keine nachteiligen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, da viele Menschen in einem entsprechend offenen Umfeld leben (BAG, 2015, S. 22).

Unterschied in den Paradigmen deutlich zu werden. Aufgrund der Angaben von Weare (2010) lässt sich der Schluss ziehen, dass die amerikanischen Programme mit der Ausrichtung auf den Aufbau von Fertigkeiten eher auf der Ebene der Verhaltensprävention ansetzen, die europäischen Massnahmen mit dem Setting-Ansatz eher auf die Verhältnisprävention ausgerichtet sind. Angemerkt werden muss hier auch, dass es wesentlich einfacher ist, die Wirksamkeit von verhaltensorientierten Programmen zu untersuchen als diejenige von Massnahmen der Verhältnisprävention, weil bei den verhaltensorientierten Programmen die relevanten Variablen forschungsmethodisch besser kontrolliert werden können.

In Bezug auf die Schweiz stellt die OECD fest, dass insgesamt ein vergleichsweise breites Unterstützungsangebot für Kinder mit speziellen Bedürfnissen vorhanden ist (zu beachten sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen): Daraus wird gefolgert, dass die Wahrscheinlichkeit für Minderjährige mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung hoch ist, von Fachleuten betreut zu werden (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD] & Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], 2014, S. 20).

## 6.2 Universelle und zielgerichtete Präventionsprogramme für Schulen

Was die bestehenden Präventionsprogramme für Schulen betrifft, wird zwischen universellen und zielgerichteten (targeted) Programmen unterschieden. Universelle Programme sind allgemein auf das sozio-emotionale Lernen ausgerichtet, die zielgerichteten Programme fokussieren auf einen spezifischen Themenbereich. Wettach et al. (2015) haben eine Zusammenstellung von universellen (Tabelle 6) und problemspezifischen (Tabelle 7) Programmen vorgenommen, die wissenschaftlich überprüft worden sind. Daraus geht hervor, dass viele davon nur in englischer und einige in deutscher Sprache zur Verfügung stehen. Den Autorinnen dieses Berichtes ist keine analoge Zusammenstellung von Programmen in französischer oder italienischer Sprache bekannt. Auf eine genauere Beschreibung der Programme wird in diesem Bericht verzichtet (vgl. dazu Wettach et al., 2015). Die Qualitätseinstufung (Evidenzgrad), mit dem die Autoren die Programme versehen haben, richtet sich nach dem methodischen Vorgehen (Design) der Studien, mit denen die Wirkung des Programmes untersucht worden sind. Weitere deutschsprachige zielgerichtete Programme werden in Castello (2013) vorgestellt.

Tabelle 6: Problemübergreifende Interventionsprogramme (Wettach et al., 2015, S. 43)

Name	Altersgruppe	Intervention bei	Anbieter in der Deutschschweiz	Evidenzgrad <sup>a)</sup>
KidsMatter - Primary - Early Childhood	5-12 Jahre Kinder im Vorschulalter	Alle Schüler/innen der Altersgruppe sowie Ri- sikogruppen, Eltern, Betreuer	Nein, nur in Australien	3
Mind Matters	5.-10. Klasse, neu auch Pri- marstufe	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Ja, Radix	1
ESSKI - Eltern und Schule stär- ken Kinder	1.-6. Primarklasse	Alle Schüler/innen der Altersgruppe, Eltern, Lehrpersonen	Ja, Fach- hochschule Nordwest- schweiz	2
ORP - Oregon Resiliency Project	Strong Start: 3-8 Jahre Strong Kids: 8-14 Jah- re Strong Teens: 14- 18 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe, Risiko- gruppen von Schü- ler/innen	Nein, nur in USA	2
SMHP - University of Maryland School Mental Health Program	Alle Altersgruppen	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in USA	4

SS/HS - Safe schools / healthy students	Alle Altersgruppen	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in USA	3
Buddy-Projekt	Schüler/innen ab Primarstufe	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in Deutschland	3
Paths to Pax	3-11 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in USA	4
SFP - Strengthening Families Program	3-16 Jahre	Familien und solche mit hohem Risiko	Nein, nur in USA	1
Positive Action	5-18 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in USA	1
Sozialtraining in der Schule	8-12 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Ja, ProMen-Pol- Database	2
Lions-Quest Er-wachsen werden	10-14 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, in Deutschland, Europa, Kanada, Australien, USA	1
Building Hope for the Future	6.-8 Klasse, 10-12 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in USA	2
PFADDE	1.-6. Klasse, Kindergarten und Hort	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Ja, Fachstelle für Gewaltprävention (SSD), IfE Universität Zürich	1
LIMIT	Sekundarstufe	Selektiv: Schüler/innen mit Problemverhalten, Substanzkonsum	Ja, Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich	3

<sup>a)</sup> 1=hoch (Quellen: well established/probably efficacious, Blueprint, Cochrane), 2=mittel (eigene Studien mit gutem Design (Kontrollgruppe)), 3=tief (schwache Designs), 4=keine Informationen vorhanden

Tabelle 7: Problemspezifische Interventionsprogramme (Wettach et al., 2015, S. 48)

Name	Altersgruppe	Intervention bei	Anbieter in der Deutschschweiz	Evidenzgrad <sup>a)</sup>
Konfliktlotsen	5.-9. Klasse	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Ja, Fachstelle für Gewaltprävention (SSD)	4
The Incredible Years: Teacher and Child Programs	0-12 Jahre	Verhaltensauffällige Kinder, alle Kinder der Altersgruppe, deren Eltern und Lehrpersonen	Nein, in USA, Australien, GB, Irland, Norwegen, Dänemark, Schweden	1
SenseAbility	12-18 Jahre	Alle Schüler/innen der Altersgruppe	Nein, nur in Australien	4
ACHIEVE	3-18 Jahre	Alle Kinder und Schüler/innen der Altersgruppe, Risikogruppen innerhalb der Altersgruppe	Nein, nur in USA	1

ART - Aggression Replacement Training	12-17 Jahre	Aggressive Schüler/innen	Nein, in USA, Schweden	2
Primary Project	0-5 Jahre und 6-12 Jahre	Risikogruppe: Kinder mit Anpassungsschwierigkeiten in der Schule	Nein, nur in USA	1
Adolescent Coping with Depression course	Jugendliche	Risikogruppe: depressive Jugendliche	Nein, nur in USA	2
Coping Cat / C.A.T. Project	8-17 Jahre	Risikogruppe: ängstliche Kinder	Nein, in USA, Asien, Europa	2
Rochester Resilience Project	Kindergarten- 3. Primarklasse	Risikogruppe: Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Problemen mit Peers	Nein, nur in USA	3
SMAAP - Stress Management and Alcohol Awareness Program	4.-6. Klasse	Risikogruppe: Kinder mit alkoholkranken Eltern	Nein, nur in USA	2
LEADS: For Youth	Sekundarstufe	Alle Jugendlichen dieser Stufe	Nein, nur in USA	1
SOS Signs of Suicide	Sekundarstufe	Alle Jugendlichen dieser Stufe	Nein, nur in USA	1
Baghira-Training	8-13 Jahre	Oppositionelle, aggressive Kinder	Ja, u.a. SPD Stadt Zürich, Deutschland	2

<sup>a)</sup> 1=hoch (Quellen: well established/probably efficacious, Blueprint, Cochrane), 2=mittel (eigene Studien mit gutem Design (Kontrollgruppe)), 3=tief (schwache Designs), 4=keine Informationen vorhanden

### 6.3 Wirkungen und Gelingensbedingungen für Präventionsprogramme in Schulen

Weare und Nind (2011) führten in den USA eine gross angelegte Metaanalyse zur Wirkung von Präventionsprogrammen zur psychischen Gesundheit durch. Sie analysierten dazu insgesamt 52 bereits bestehende Übersichtsarbeiten, in denen die Wirkung von mehreren hundert einzelnen Interventionen untersucht wurde. Die meisten dieser Studien fanden positive Wirkungen der Programme. Lediglich in vier Einzelstudien wurden negative Wirkungen von Programmen gefunden. Dies betraf Programme zur Prävention von Bullying/Schikane, bei denen unter anderem auch Peer-Gruppen eingesetzt worden sind. Der Grad der Wirkung wurde mit Effektstärken gemessen. Bei Präventionsprogrammen für internalisierende Probleme (z.B. Depression, Angst) wurden positive Wirkungen mit schwachen bis mittleren Effektstärken ermittelt. Auffallend war, dass die Wirkung dieser Programme auf Schülerinnen und Schüler mit höheren Risiken für die entsprechenden Probleme deutlich stärker war (hohe Effektstärken) als bei Kindern mit geringen Risiken. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in Bezug auf Programme für externalisierende Probleme wie Gewalt oder Bullying: Die Wirkungen waren allgemein positiv, wenn auch mit eher schwachen Effektstärken. Die Effektstärken waren etwas stärker bei Kindern und Jugendlichen mit hohen Risiken für externalisierende Probleme. Insgesamt waren die Wirkungen von Programmen für externalisierende Probleme jedoch deutlich geringer als von Präventionsprogrammen für internalisierende Probleme.

Weil Weare und Nind (2011) feststellten, dass die Wirkungen von Präventionsprogrammen sehr unterschiedlich ausfallen können, sind sie den Gründen für diese Unterschiede nachgegangen und formulierten in der Folge Gelingensbedingungen für Präventionsprogramme:

*Vermitteln von Fertigkeiten im normalen Unterricht:* Fertigkeiten für die Verbesserung und Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit sollen im normalen Unterricht vermittelt und gefördert werden und nicht in separaten Zeitgefässen. Wichtige Fertigkeiten sind vor allem das Lösen von sozialen Konflikten, die Fähigkeit, soziale Situationen richtig einschätzen zu können (social awareness) und Fähigkeiten, die zur *emotional literacy* gezählt werden wie z.B. die adäquate Wahrnehmung eigener Gefühle, Empathie, Fähigkeit, eigene Gefühle regulieren zu können etc..

*Mischung von universellen und zielgerichteten Interventionen:* Als wirkungsvoll haben sich Programme erwiesen, die sowohl universelle als auch zielgerichtete Interventionen (indizierte Prävention) beinhalten. Weare und Nind (2011) weisen jedoch darauf hin, dass es keine allgemeingültige Angabe darüber gibt, wie das Verhältnis der beiden Interventionen genau aussehen muss. Zentral ist, dass bei den zielgerichteten Interventionen berücksichtigt wird, dass diese auch eine stigmatisierende negative Wirkung auf Schülerinnen und Schüler haben können. Es ist deshalb besonders wichtig darauf zu achten, dass diese Stigmatisierung nicht eintritt (vgl. dazu auch Wettach et al., 2015).

*Multimodaler Zugang mit einem Ansatz für die ganze Schule:* Präventionsprogramme sollen nicht nur in einzelnen Klassen sondern in der ganzen Schule umgesetzt werden. Dabei sollen alle relevanten Akteure, inklusive Familien, Gemeinden und externe Fachstellen mit einbezogen werden. Förderlich für die Wirkung der Programme ist auch, wenn in Schulen eine Kultur aufgebaut wird, bei der alle Beteiligten die Förderung der psychischen Gesundheit als wichtig erachten und bereit sind, daran mitzuarbeiten.

*Früh beginnen und spiralförmig vorgehen:* Gute Wirkungen haben Präventionsprogramme, wenn mit den jüngsten Kindern begonnen wird. Für die jüngeren Kinder eignen sich universale Programme für die Entwicklung von sozialen und emotionalen Fertigkeiten. Wirkungsvoll ist zudem, mit den älteren Kindern diese Fertigkeiten in regelmässigen Abständen zu vertiefen und selektive Interventionen zur Konfliktlösung, Vermeidung von Gewalt und Bullying durchzuführen. Wie erwähnt, muss dabei jedoch die Gefahr der Stigmatisierung berücksichtigt werden.

*Weiterbildung und angemessener Einsatz von Fachleuten:* Bei der Einführung von Programmen kann es sinnvoll sein, wenn Fachpersonen mit einer klinischen Ausbildung mit beteiligt sind. Wenn das Programm seine Wirkung in der Schule entfalten soll, muss es von den Lehrpersonen übernommen und begrüsst werden. Alle Beteiligten müssen eine angemessene Weiterbildung erhalten.

Was die Einführung solcher Programme betrifft, stellen Weare und Nind (2011, S. 66) ebenfalls einen Unterschied zwischen den USA einerseits und Europa/Australien andererseits fest. In den USA werden die Programme von Experten entwickelt und an den Schulen eingeführt. In Europa und Australien werden die Programme eher vom Schulpersonal (Lehrpersonen, Schulleitende, weitere Betreuungspersonen) erarbeitet. Dies führt wahrscheinlicher zu einer Kultur des Empowerments und einem Engagement der Beteiligten für die neu ausgearbeiteten Massnahmen. Aus diesem Grund empfehlen die Autorinnen, diesen Weg zu beschreiten, auch wenn dies dazu führt, dass das Messen von Veränderungen und Wirkungen viel schwieriger wird als bei extern geplanten Programmen.

#### **6.4 Nicht Programm-gebundene Präventionsmassnahmen in Schulen**

Trussell (2008) hat nicht bestehende Programme untersucht, sondern sich auf Merkmale von Unterricht und Verhaltensweisen von Lehrpersonen konzentriert, welche er als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit erachtet, wobei er sich auf das sozioemotionale Lernen fokussiert. Seine Empfehlungen sind somit ein Beitrag zur universellen Prävention. Es handelt sich dabei um Merkmale, die sich auch als erfolgreich für den Umgang mit heterogenen Lerngruppen und Unterrichtsstörungen erwiesen haben und sie gehören deshalb zum Kern des professionellen Handelns von Lehrpersonen. Die vom Autor identifizierten Merkmale sind:

Der Unterricht wird so gestaltet, dass die Schülerinnen und Schüler individuelle Lernziele auf unterschiedlichen Lernwegen und in unterschiedlicher Dauer erreichen und persönliche Lerninteressen vertiefen können. Lehrpersonen nehmen Defizite bei Schülerinnen und Schülern nicht nur im kognitiven, sondern auch im sozioemotionalen Bereich wahr und unterstützen sie durch die Förderung von

Fertigkeiten in Bezug auf die Selbstwahrnehmung und -regulation und in Bezug auf die Lösung von sozialen Problemen. Lehrpersonen übernehmen eine beratende Funktion in Bezug auf Lernprobleme sowohl in kognitiven als auch in sozialen und emotionalen Belangen. Lehrpersonen loben Schülerinnen und Schüler nicht nur, wenn sie gute kognitive Leistungen erbringen sondern auch, wenn sie sich zu ihrem und dem Vorteil der Mitschülerinnen und Mitschüler verhalten.

Schulbehörden und Lehrpersonen achten darauf, dass die Schulumgebung und die Einrichtung des Schulraumes für diese förderliche Unterrichtsgestaltung geeignet ist, vor allem durch ein ausreichend grosses Raumangebot und geeigneten und ausreichend grossen Ablagemöglichkeiten, damit die verschiedenen Lernmaterialien für die Kinder jederzeit zugänglich sind.

## **6.5 Behandlungsformen psychischer Störungen, die Bedeutung der Früherkennung und Frühintervention und die Möglichkeiten der Schule**

Die Diagnose und die Behandlung von psychischen Störungen ist Sache von Kinderpsychiatern sowie von Kinderpsychologen. In diesem Abschnitt wird der Verlauf der Behandlung kurz beschrieben und auf die Handlungsmöglichkeiten der Lehrpersonen hingewiesen.

Am Anfang der Behandlung einer psychischen Störung steht die diagnostische Untersuchung. Gebhard (2013a) betont, dass dies die Aufgabe von entsprechend qualifizierten Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie von diesbezüglich ausgebildeten Psycholog/innen ist. Während der diagnostischen Untersuchung sollen im Einvernehmen und der Zusammenarbeit mit dem Kind und der Bezugsperson die psychische Störung und die vorhandenen Risikofaktoren erkannt und entsprechende Behandlungsmassnahmen identifiziert werden. Die Autorin unterscheidet u.a. drei grundlegende Behandlungsformen: die Psychopharmakotherapie, die Soziotherapie und die Psychotherapie. Mit der Soziotherapie sind u.a. Elternberatung, Weiterbildung für Eltern und Elterntrainings gemeint. Welche Behandlungsmassnahmen ergriffen werden, hängt von der Diagnose und Sichtweise der Ärztin oder des Psychologen ab. Gebhard (2013a) weist zudem darauf hin, dass sich die drei Behandlungsformen oft sinnvoll ergänzen und dass z.B. die Wirkung der Psychopharmaka durch psychotherapeutische Behandlungen und pädagogische Massnahmen unterstützt werden können.

Damit eine professionelle Diagnose bei Minderjährigen gestellt werden kann, müssen die Erziehungsberechtigten einen Bedarf nach einer solchen erkennen können, denn sie sind es, welche die Initiative und das Einverständnis dafür ergreifen, resp. geben müssen. Erste Anlaufstellen für die Erziehungsberechtigten sind der Hausarzt (Siegemund, 2013), die verantwortliche Lehrperson (in vielen Kantonen die Klassenlehrperson) oder die schulische Sozialarbeiterin, der schulische Sozialarbeiter (In der französischsprachigen Schweiz der médiateur/die médiatrice scolaire, im Tessin der servizio di sostegno pedagogico).

Nebst den weiter oben dargestellten Präventionsmassnahmen haben Lehrpersonen oder die schulischen Sozialarbeiter/innen die Möglichkeit zur Früherkennung einer psychischen Störung beizutragen und sie können Impulse zur Frühintervention geben. Dies muss in Kooperation mit den Lehrerkolleg/innen, den Eltern und dem Kind oder Jugendlichen erfolgen. In der Schweiz gibt es ein Instrument und eine erprobte Strategie für diese Früherkennung: Das Instrument für das schulische Standortgespräch (Hollenweger & Lienhard, 2010) und die Strategie zur Früherkennung und Frühintervention (Fabian & Müller, 2010; siehe auch <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/menschengesundheit/kinder-jugendgesundheit/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>), wobei beide Elemente inhaltlich (noch) nicht spezifisch auf den Umgang mit psychischen Störungen ausgerichtet sind.

Diese Optionen erhalten aufgrund des Berichts "Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz" zusätzliche Dringlichkeit: Fehlendes Bewusstsein, Verheimlichung und Unterversorgung bei psychischen Beeinträchtigungen sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet. Daher verfügt das Bildungssystem über ein wesentliches Potential bezüglich der Früherkennung und der Unterstützung von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten (OECD & BSV, 2014, S. 146). Übereinstimmend hoch wird die Bedeutung der Schule (und des Arbeitsplatzes) bezüglich der Erhaltung der psychi-



schen Gesundheit und der Entstehung von psychischen Erkrankungen vom BAG (2015, S. 6) eingeschätzt: Das BAG bemerkt in diesem Zusammenhang: "Verschiedene staatliche und nichtstaatliche Akteure nehmen hier Aufgaben wahr, die für die psychische Gesundheit relevant sind, und die es zu koordinieren gilt" (ebd., S. 6). Zudem wird angeführt, dass Schulabbrecher und niedrigqualifizierte Jugendlichen ein vergleichsweise höheres Risiko haben psychisch zu erkranken. Daher sollten diese Gruppen bereits während der Schule/Ausbildung besondere Aufmerksamkeit erhalten, um frühe Interventionen zu ermöglichen. Generell erweisen sich Früherkennung, persönliche Unterstützung und Eingliederungsmassnahmen als wesentlich, um einer verfrühten Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung entgegen zu wirken (ebd., S. 25).

## 7. Perspektive und Bedürfnisse der Schulen

Nach der Beschreibung der Präventionsmöglichkeiten der Schulen wird in diesem Abschnitt gefragt, inwiefern die Schulen in diesem Bereich aktiv sind und welche Bedürfnisse sie in diesem Zusammenhang formulieren. Es werden Ergebnisse von einer amerikanischen und einer Schweizer Erhebung vorgestellt.

Schulen sind gemäss Trussell (2008) nicht dazu eingerichtet, intensive Dienste für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen anzubieten, sie können jedoch wie erwähnt im Bereich der Prävention und der Früherkennung wertvolle Beiträge leisten.

Die grosse Vielfalt an Präventionsprogrammen in den USA hat zwar dazu geführt, dass die Anzahl der Schulen, die solche Programme umsetzen, beachtlich zugenommen hat, von einer weit verbreiteten Umsetzung kann jedoch nicht gesprochen werden (Reinke, Stormont, Herman, Puri & Goel, 2011). In einer Studie wurden deshalb mögliche Gründe für die mangelnde Verbreitung gesucht. Dabei wurden die teilnehmenden Lehrpersonen der Vorschul- und Primarstufe (N=292) zunächst nach den Problemen gefragt, mit denen sie im Laufe eines Schuljahres konfrontiert waren (Tabelle 8). Die in der Tabelle aufgelisteten Antwortvorgaben zeigen auch, welche Klassifikation von psychischen Problemen die Autoren vorgenommen haben. Diese entsprechen den in Abschnitt 4.2 und 4.3 beschriebenen medizinischen Klassifikationen nur bedingt. Zu vermuten ist, dass sie eher die Wahrnehmung der Lehrpersonen abbilden, welche zum Beispiel auch das allgemein störende Verhalten von Schülerinnen und Schülern als Problem wahrnehmen, obwohl dieses nicht mit einer medizinisch klassifizierbaren psychischen Störung einhergehen muss.

Tabelle 8: Anteil Lehrpersonen, der mit psychischen Problemen der Schüler/innen konfrontiert ist (N=292) (Reinke et al., 2011, S. 6)

Störendes Verhalten	97%
Probleme mit Unaufmerksamkeit	96%
Hyperaktivität	96%
Abweichendes Verhalten	91%
Stressoren in der Familie (Tod eines Elternteils, Scheidung etc.)	91%
Allgemeine Probleme mit Gleichaltrigen	87%
Aggressives Verhalten	78%
Angstprobleme	76%
Bullying	75%
Opfer von Bullying	69%
Depressionen	54%
Immigrations- und kulturelle Anpassungsprobleme	29%
Schulphobien	18%

Die Ergebnisse zeigen, dass 75% und mehr der befragten Lehrpersonen mit einer Vielzahl an Problemen und Störungen konfrontiert wurden (Störendes Verhalten, Probleme mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Abweichendes Verhalten, Stressoren in der Familie wie z.B. Tod eines Elternteils oder Scheidung etc., Probleme unter Gleichaltrigen, Aggressives Verhalten, Angstprobleme, Bullying).

Rund 70% der Lehrpersonen hatten Kinder in der Klasse, die Opfer von Bullying geworden sind und gut 54% Kinder mit depressiven Störungen. Rund 30% der Lehrpersonen waren mit Kindern konfrontiert, die migrationsbedingte Anpassungsschwierigkeiten hatten und rund 20% mit Kindern, die von Schulangst betroffen waren.

Von sieben von den Autor/innen erwähnten Präventionsmassnahmen meinten die Befragten nur bei zweien mehrheitlich, dass diese in ihren Zuständigkeitsbereich gehören. Es sind dies die Umsetzung von klasseninternen Interventionen für angemessenes Verhalten und die Überwachung der Schülerfortschritte (ebd., S. 7). Die fünf übrigen Massnahmen gehören nach Ansicht der Lehrpersonen mehrheitlich in den Zuständigkeitsbereich der Schulpsychologen (Screening von psychischen Störungen, Unterrichten von sozio-emotionalen Lektionen, Durchführen von Verhaltensbeobachtungen (behavioral assessments), Schüler/innen und Familien für unterstützende Dienste empfehlen).

In der Stadt Zürich wurden das Schulpersonal und die Kreisschulpflegen nach dem Handlungsbedarf und den Bedürfnissen in Bezug auf die Früherkennung und -Intervention im Rahmen von mehreren Workshops befragt (Wettach et al., 2015).

Aus der Sicht des Schulpersonals besteht ein Bedarf an Massnahmen für die psychosoziale Gesundheit der Schüler/innen, weil diese als grosses Problem erachtet wird und der Umgang mit den auffälligen Schüler/innen für die Lehrpersonen belastend ist. Die befragten Lehrpersonen erachten es als wichtig, dass bereits bei ersten Anzeichen einer Auffälligkeit reagiert wird, Etikettierungen und Stigmatisierungen müssen aber vermieden werden (ebd., S. 32).

Beim Schulpersonal besteht eine Unsicherheit, Auffälligkeiten von Schüler/innen richtig einordnen zu können. Deshalb wünschen sich die Befragten Weiterbildungen in Bezug auf psychosoziale Störungen und deren Früherkennung. Als nützlich erachten sie eine kurze und verständliche Checkliste, mit deren Hilfe eine Auffälligkeit eingeordnet werden kann. Sie meinten auch, dass unklar ist, an wen man sich im Falle eines auffälligen Kindes wenden könne und dass mögliche Ansprechpartner wenig Zeit haben, sich um diese Fragen zu kümmern. Dies führt dazu, dass zu lange zugewartet wird, bis sich das Problem zugespitzt hat und ein Ignorieren nicht mehr möglich ist.

Ein weiteres Problem sehen die Befragten bei den langen Wartezeiten der Fachdienste (2 bis 3 Monate) und der mangelnden Verlässlichkeit, dass diese tatsächlich intervenieren. Lehrpersonen, die sich an die Fachdienste wenden, wollen auch die Sicherheit haben, dass etwas unternommen wird, um das Problem zu lösen.

Die Zusammenarbeit mit den externen Fachdiensten erachtet das Schulpersonal als schwierig, weil die Fachdienste zu weit von der Schulrealität entfernt sind. Als hilfreich schätzen die Befragten folgende Angebote ein: Schulhaussprechstunde des schulpsychologischen Dienstes oder eine Telefon-Hotline, durch die das Schulpersonal erste Einschätzungen der Situation erhalten könnte, Teilnahme von Mitgliedern des schulpsychologischen Dienstes an Sitzungen der pädagogischen Teams. Darüber hinaus wünschen sich die Befragten, dass komplexe Fallkoordinationen von den Fachdiensten übernommen werden, weil diese die zeitlichen Ressourcen des Schulpersonals übersteigen (ebd., S. 33).

Das Vorgehen nach dem Modell der Früherkennung und Frühintervention (F&F) (Fabian & Müller, 2010) bei psychosozialen Problemen bewährt sich nach Ansicht des Schulpersonals, wenn die Zusammenarbeit mit den externen Fachdiensten geklärt ist und das Schulpersonal für die F&F sensibilisiert ist. Die Unterscheidung nach leichten, mittleren und schweren Fällen wird als sinnvoll erachtet, wobei sich die Befragten auch hier eine Checkliste für die Abgrenzung wünschen (ebd., S. 34).

Das schulische Standortgespräch (Hollenweger & Lienhard, 2010) wird nach Auskunft der Befragten nicht für die Früherkennung und -Intervention bei psychosozialen Problemen genutzt, sondern vor allem als Vorbereitung von Elterngesprächen.

Als Hindernis bei der F&F sehen die Lehrpersonen unkooperative Eltern. Die Befragten schlagen vor, dass im Einzelfall geprüft werden soll, ob Interventionen auch ohne deren Einverständnis durchgeführt werden können. Sie wünschen sich auch bessere Kompetenzen bezüglich herausfordernder Elterngespräche die das Ziel haben, die Eltern zur Mitarbeit zu motivieren (ebd., S. 35).

Was die Kreisschulpflegen betrifft, so unterscheiden sich diese durch den wahrgenommenen Handlungsbedarf, den sie teils als hoch, teils nur als bedingt gegeben einschätzen. Die Schulpflegen geben zu bedenken, dass die Schulen entlastet werden müssten, damit sie diese Aufgaben übernehmen könnten. Sie fürchten in dieser Aufgabe auch zwei Frustrationsquellen für die Lehrpersonen, erstens wenn sich diese für die F&F einsetzen, dann aber aufgrund von Zeit- oder anderem Ressourcenmangel keine Intervention erfolgt oder die Eltern Einverständnis und Kooperation verweigern. Eine weitere Gefahr sehen sie schliesslich in der Stigmatisierung und der Überdiagnostifizierung der Kinder (ebd., S. 35).

## 8. Fazit zu Teil A

Die Fragestellungen zu diesem Berichtsteil lauteten:

Welche psychischen Störungen treten im Kindes- und Jugendalter auf? Wie verbreitet sind sie? Welche präventiven Massnahmen werden vorgeschlagen?

Bevor ab Kapitel 3 die Frage nach der Verbreitung der psychischen Störungen beantwortet wurde, ist in Kapitel 2 das Augenmerk zunächst auf die psychische Gesundheit gerichtet worden. Dabei wurde deutlich, dass für den Bildungsbereich nebst der psychischen Gesundheit auch der Begriff des Wohlbefindens wichtig ist. Für beide Begriffe bestehen jedoch keine einheitlichen Definitionen. Psychische Gesundheit meint im Kern die Fähigkeit sich an den positiven Seiten des Lebens zu erfreuen, sich an am gemeinschaftlichen Leben beteiligen zu können und gegenüber den negativen Seiten des Lebens widerstandsfähig zu sein und Belastungen in einem normalen Mass bewältigen zu können. Das Wohlbefinden in der Schule meint einen Gefühlszustand, bei dem die positiven Emotionen und Einstellungen gegenüber den schulischen Tätigkeiten und den Personen, mit denen man in der Schule in Kontakt kommt, die negativen Emotionen überwiegen.

Auch der Begriff der psychischen Störung wird in der Literatur nicht einheitlich definiert. Verschiedene Definitionen stimmen darin überein, dass sie psychische Störungen als Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beschreiben, die mit einem Leiden der betroffenen Person einher gehen und sich im emotionalen und kognitiven sowie im Bereich des Verhaltens äussern können. Einige Definitionen beziehen gesellschaftliche Normen in die Begriffsbestimmung ein und betonen, dass sich psychische Störungen auch darin äussern, dass das Erleben, das Denken und das Verhalten der betroffenen Personen davon abweichen.

Im Bemühen um einheitliche Definitionen von psychischen Störungen sind Systematisierungen und Klassifikationen erstellt worden. Gebräuchlich sind im Moment deren zwei. Die Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) trägt den Titel *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD), die zweite Klassifikation wird bezeichnet mit *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) und stammt von der American Psychiatric Organisation (APA). In Kapitel 4 sind Verhaltensstörungen und emotionale Störungen ausführlicher dargestellt worden, welche in der Regel während der Kindheit und der Jugend beginnen und die in der ICD-10 in der Gruppe 90 beschrieben sind. Kinder und Jugendliche sind jedoch auch von weiteren Störungen betroffen, welche im Kapitel V "Psychische und Verhaltensstörungen" des ICD-10 dargestellt sind.

Die verschiedenen Definitionen und Klassifikationen sind nur ein Grund, weshalb auch die Angaben über die Verbreitung der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter uneinheitlich sind. Dazu trägt ferner bei, dass verschiedene Informationsquellen einbezogen werden wie zum Beispiel die Kinder und Jugendlichen selber, die Eltern oder die Lehrpersonen sowie unterschiedliche Stichproben oder unterschiedliche Erfassungszeiträume gewählt werden. Im Bericht sind Angaben aus dem deutsch- und englischsprachigen Raum ausgewertet worden. Aufgrund des Vergleiches von mehreren Quellen kann gesagt werden, dass die Angststörung am meisten verbreitet ist. Rund 10% der Kinder und Jugendlichen sind davon betroffen. Ebenfalls häufig sind Störungen des Sozialverhaltens wie die aggressiv-dissoziale Störung, die bei 5% bis 7% der Kinder und Jugendlichen vorliegt. Bei der Hyperkinetischen Störung handelt es sich um ein kombiniertes Störungsbild, welches einerseits die Symptome des Aufmerksamkeits- Defizit und Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) umfasst und eine Störung

des Sozialverhaltens hinzukommt. Die Verbreitung der Hyperkinetischen Störung wird mit rund 5% angegeben. Ähnlich häufig verbreitet sind depressive Störungen, wobei Angaben diesbezüglich sehr stark schwanken. Bei den Kindern sind zwischen 1% und 3% betroffen, bei den Jugendlichen zwischen 1% und rund 6%. Nebst diesen vier am weitesten verbreiteten Störungen sind Zahlen zur Verbreitung von selteneren Störungen im Kindes- und Jugendalter bekannt wie zum Beispiel das autoaggressive Verhalten (rund 0.7%), Essstörungen (0.5%), Zwangsstörungen (2 bis 4%), schizophrene Psychose (rund 1%).

Nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung erhalten auch eine angemessene Behandlung oder Unterstützung. Die Angaben darüber gehen jedoch weit auseinander. Je nach Quelle bewegen sie sich zwischen 8% bis 50%.

Nebst den eigentlichen psychischen Störungen sind für die Schule weitere Phänomene im Zusammenhang mit psychischen Störungen wichtig, weil sie in einem negativen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der betroffenen Schülerinnen und Schüler stehen und die aktive Teilnahme am Unterricht sowie den Lernerfolg stark beeinträchtigen können.

Zu diesen Phänomenen gehören erstens Gewalt und Schikane (Bullying). In der Schweiz gelten 15% bis 20% der Jugendlichen als gefährdet für die Ausführung von Gewalt und Bullying. Bei 3% bis 6% wird vermutet, dass sie ein verfestigtes aggressives Handlungsmuster aufweisen. Mit der Ausübung von Gewalt geht ein höheres Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch einher. Opfer von Bullying berichten von einem deutlich schlechteren Gesundheitszustand als Jugendliche, die keine entsprechenden Erfahrungen machen mussten.

Beim zweiten Phänomen handelt es sich um den Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol und Cannabis. Dazu liegen Zahlen zu den 15jährigen Jugendlichen in der Schweiz vor. Rund 70% von ihnen haben mindestens einmal im Leben Alkohol konsumiert. Rund 27% der Knaben und rund 23% der Mädchen haben sich in den 30 Tagen vor der entsprechenden Umfrage in den Rausch getrunken. Rund 30% der Knaben und rund 19% der Mädchen haben bis ins Alter von 15 Jahren mindestens einmal Cannabis konsumiert.

Beim dritten Phänomen im Zusammenhang mit psychischen Störungen handelt es sich um somatische und psychoaffektive Gesundheitsbeschwerden. Psychosomatische Beschwerden können Indikatoren für eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit sein. Ursachen dafür sind aber oft auch Stress und psychosoziale Anpassungsprobleme. Die Beschwerden sind im Jugendalter meist vorübergehend. Wenn ihnen jedoch nicht rechtzeitig Aufmerksamkeit geschenkt wird, können sie sich verschlimmern und chronifizieren. In der Schweiz geben rund 30% der 11- bis 15jährigen Jugendlichen an, häufig (einmal wöchentlich) Kopfschmerzen zu haben, rund 23% berichten von wöchentlichen Bauchschmerzen und rund 15% von wöchentlichen Rückenschmerzen.

In der Literatur sind zahlreiche Massnahmen zur Prävention von psychischen Störungen in der Schule beschrieben. Vor allem im englischsprachigen Raum ist eine Vielzahl von Programmen bekannt, deren Wirkung untersucht worden ist. Es werden universelle und zielgerichtete Programme unterschieden, die der universellen und der selektiven Prävention entsprechen. In der Deutschschweiz gibt es ebenfalls einige entsprechende Programme, deren Wirkung überprüft worden ist.

Gross angelegte Metaanalysen in den USA haben gezeigt, dass solche Programme bei internalisierenden Problemen deutlich stärkere Wirkungen zeigen als bei externalisierenden Problemen. Bei beiden Problemformen wirken die Programme zudem bei Schülerinnen und Schülern, die höhere Risiken für die entsprechenden Probleme aufweisen, stärker als bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigeren Risiken.

Aufgrund dieser Metaanalysen sind mehrere Gelingensbedingungen für diese Programme identifiziert worden: Die Fertigkeiten, welche zur Prävention von psychischen Störungen und der Förderung der psychischen Gesundheit beitragen, sollen im normalen Unterricht und nicht in separaten Zeitgefässen vermittelt werden. Es sind vor allem jene Programme wirkungsvoll, welche sowohl universelle Elemente als auch zielgerichtete Elemente enthalten, sowie Programme, welche nicht nur einzelne Klassen, sondern die ganze Schule und relevante Akteure des Umfeldes mit einbeziehen wie zum Beispiel Eltern oder schulexterne Fachstellen. Starke Wirkungen weisen Programme zudem auf, wenn sie spiralförmig aufgebaut sind, d.h. wenn sie bei jüngeren Kindern mit universellem Zugang beginnen

und in den höheren Klassen ergänzt mit zielgerichteten Elementen weitergeführt werden. Für die Wirkung der Projekte ist schliesslich von Vorteil, wenn die beteiligten Lehrpersonen die nötige Weiterbildung erhalten und gegebenenfalls Fachpersonen mit einer klinischen Ausbildung zur Umsetzung herangezogen werden.

Die Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule muss nicht ausschliesslich in Form von Programmen erfolgen. Auch Merkmale des allgemeinen Unterrichts können diesbezüglich fördernde Wirkung haben. Dies ist dann der Fall, wenn das Lehr-Lernangebot so arrangiert ist, dass die Schülerinnen und Schüler unterschiedliche Lernwege beschreiten und in ihrem Tempo arbeiten können, wenn Lehrpersonen nicht nur die kognitiven Fähigkeiten im Blick haben, sondern auch die sozioemotionalen Aspekte beachten und Schülerinnen und Schüler in diesem Bereich fördern.

Ein solcher Unterricht wird in einer entsprechend ausgestatteten räumlichen Umgebung möglich, wo ausreichend grosse Räume mit einer freundlich wirkenden funktionalen Einrichtung ausgestattet sind.

Nebst der Realisierung von Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit und der gesundheitsfördernden Unterrichtsgestaltung können Lehrpersonen, idealerweise mit Unterstützung der schulischen Sozialarbeiterin/dem schulischen Sozialarbeiter (*médiateur/médiatrice scolaire*; *servizio di sostegno pedagogico*), einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie die Strukturen der Früherkennung und der Frühintervention (F&F) sowie das schulische Standortgespräch auch für die Prävention von psychischen Störungen nutzen.

Nicht in den Kompetenz- und Verantwortungsbereich von Lehrpersonen und anderen schulischen Akteuren liegen die medizinische Diagnose, sowie die Behandlung und die Therapie von psychischen Störungen. Diese sind Sache von Kinderpsychiaterinnen und Kinderpsychologen.

Die Forschungsliteratur enthält nebst den Angaben zur Verbreitung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie den möglichen Präventionsmassnahmen, welche die Schulen ergreifen können, auch Angaben über die Sichtweise und die Bedürfnisse der Schulen in diesem Bereich.

Es wird dabei deutlich, dass der Fokus der Lehrpersonen in erster Linie auf das Lernen der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet ist und nicht auf deren Gesundheitszustand. Dieser ist für die Lehrpersonen im Hinblick auf das Lernen bedeutungsvoll. In diesem Zusammenhang steht, dass Lehrpersonen das Verhalten von Schülerinnen und Schülern dahingehend klassifizieren, ob dieses lernfördernd ist oder nicht. Problematisch sind für sie in der Folge Verhaltensweisen, welche dem Lernen abträglich sind. Die Probleme, welche die Lehrpersonen in Bezug auf das Schülerverhalten wahrnehmen, können auf psychische Störungen hinweisen, müssen es aber nicht. Dies wurde in Bezug auf die Ergebnisse einer Studie aus den USA deutlich, welche die Probleme erhoben hat, mit denen sich die befragten Lehrpersonen konfrontiert sehen. Mehr als 75% sind demzufolge mit störendem Verhalten, Problemen mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, abweichendem Verhalten, Stressoren in der Familie wie z.B. Tod eines Elternteils oder Scheidung, Problemen unter Gleichaltrigen, aggressivem Verhalten, Angstproblemen und Bullying konfrontiert.

Im Rahmen einer Erhebung in der Stadt Zürich wurden das Schulpersonal und die Kreisschulpflegen nach deren Bedürfnissen in Bezug auf die Früherkennung und die Frühintervention befragt. Die Befragten erachten die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler als grosses Problem und sehen deshalb auch einen Bedarf an Massnahmen für den Schutz und die Förderung derselben. Das Schulpersonal findet ferner, dass eine Unsicherheit darin besteht, Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern richtig einzuordnen und wünscht sich zu diesem Zweck Weiterbildungsangebote und geeignete Handreichungen. In Bezug auf die schulexternen Fachstellen erachten sie es als unklar, an wen sie sich im Falle eines auffälligen Kindes wenden können. Die Zusammenarbeit mit diesen Fachstellen wird vom Schulpersonal zudem als schwierig erachtet, weil die Wartezeiten zu lang und die Fachstellen zu weit von der Schulrealität entfernt seien. Die Verantwortlichen in den Schulen wünschen sich eine intensivere Zusammenarbeit mit den Fachstellen auf Augenhöhe, wie zum Beispiel Schulhaussprechstunden des schulpsychologischen Dienstes oder eine Telefonhotline, mit deren Hilfe sie erste Einschätzungen der Situation erhalten könnten.

Das Vorgehen nach dem Modell der Früherkennung und Frühintervention bei psychosozialen Problemen bewährt sich aus ihrer Sicht dann, wenn die Zusammenarbeit mit den externen Fachstellen geklärt und das Schulpersonal für F&E sensibilisiert ist.

## Teil B: Lehrpersonen und Schulleitende

Wie in der Einleitung zu diesem Teilbericht bereits erwähnt erhält der Teil B die Informationen zu den psychischen Störungen im Erwachsenenalter im allgemeinen (Kapitel 9) und anschliessend zu den psychischen Störungen bei Lehrpersonen (Kapitel 10). Weil es dazu nur sehr wenige verlässliche Angaben gibt, wird das Konzept der Beanspruchungsfolgen allgemein, bei Lehrpersonen und bei Schulleitenden in den Blick genommen (Kapitel 11).

### 9. Psychische Störungen im Erwachsenenalter

Psychische Gesundheit resp. Störungen gelten als "Bio-Psycho-Soziale Phänomene". Entsprechend determinieren vielfältige biologische, psychische und soziale Faktoren den Gesundheitszustand individuell unterschiedlich (Hillert, 2013, S. 143).

Klassifikationen, Diagnosen und Beschreibungen psychischer Störungen beziehen sich wie in Kapitel 3.2 bereits erläutert gegenwärtig üblicherweise auf die zwei Instrumente *ICD*<sup>20</sup> (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) sowie *DSM*<sup>21</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

In der Schweiz benutzen die Spitäler und Kliniken aktuell das ICD-10-GM 2014 (Bundesamt für Statistik [BFS], 2015). Darin dient das Kapitel V "Psychische und Verhaltensstörungen" der Klassifikation von psychischen Auffälligkeiten. Dieses Kapitel ist in elf Gruppen gegliedert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2013), welche untenstehend nochmals aufgelistet sind:

- "F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen"

#### 9.1 Folgen von psychischen Störungen im Erwachsenenalter

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten und einschränkendsten Krankheitsbildern des Erwachsenenalters. Sie können alle Lebensbereiche von Beeinträchtigten tangieren sowie schwerwiegende Auswirkungen haben. Jacobi und Harfst (2007) verweisen unter anderem auf die WHO-Studie "Global Burden of Disease", wonach sich unter den zwanzig Erkrankungen mit der grössten Krankheitslast (DALYs)<sup>22</sup> sechs psychische Krankheitsbilder befinden. Folgende Feststellungen belegen ähnliche Fakten für die Schweiz: So hat die unipolare Depression (10.2%) die grösste Krankheitslast aller (somatischen oder psychischen) Erkrankungen (Schuler & Burla, 2012, S. 9). In der Schweiz werden gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2015, S. 19) etwa ein Fünftel bis ein Drittel der

<sup>20</sup> Die WHO (World Health Organisation) gibt das ICD heraus.

<sup>21</sup> Die APA (American Psychiatric Association) veröffentlicht das DSM, von dem zurzeit die fünfte Auflage (DSM-5) verfügbar ist.

<sup>22</sup> Die Krankheitslast wird mit dem Konstrukt DALYs (Disability Adjusted Life Years) gemessen, das die verlorenen gesunden Lebensjahre (aufgrund von Sterblichkeit und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen) umfasst (Jacobi & Harfst, 2007, S. 5).

verlorenen gesunden Lebensjahre (DALYs)<sup>23</sup> durch psychische Krankheiten hervorgerufen. Zudem sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für Neuberentungen. Im Jahr 2010 betrug ihr Anteil 43% (Schuler & Burla, 2012, S. 5). Psychische Beeinträchtigungen stellen die häufigste Invaliditätsursache dar. In der Schweiz ist etwa ein Drittel der Personen, welche Invalidenrenten, Arbeitslosenentschädigung oder Sozialhilfe beanspruchen, von einer psychischen Erkrankung betroffen. Zudem ist die Arbeitslosenquote für psychisch Erkrankte mehr als zweimal höher als die Gesamtarbeitslosenquote (BAG, 2015, S. 24).

Neben den Auswirkungen unter denen die Betroffenen und ihr Umfeld zu leiden haben, sind psychische Störungen mit bedeutenden volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. So entrichtete die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2005 knapp einen Drittel der Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störungen (Jacobi & Harfst, 2007). Diesbezügliche Angaben für die Schweiz gehen auseinander. Wettach et al. (2015, S. 25) ermittelten für das Jahr 2010 Kosten von mehr als 22 Mia. Franken bei einem Bruttoinlandprodukt von 551 Mia. Franken. Die Autoren haben für ihre Berechnungen die Kostenschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für psychische Störungen in den EU-Staaten auf die Schweiz angewendet. Im Bericht des *Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan)* werden volkswirtschaftlichen Kosten von über 11 Milliarden Franken pro Jahr angenommen, wobei insbesondere die hohe Bedeutung der indirekten Kosten (wie Arbeitsabsenzen oder Frühpensionierungen) hervorgehoben wird (Schuler & Burla, 2012, S. 6). Im Bericht *Psychische Gesundheit in der Schweiz* werden die volkswirtschaftlichen Kosten auf über 7 Milliarden Franken geschätzt (BAG, 2015, S. 5). Ausserdem entstehen aufgrund der hohen Komorbiditätsraten (Vorliegen von mehr als einer Erkrankung) bei psychischen Erkrankungen beträchtliche Kosten im Sucht- oder im somatischen Bereich (BAG, 2015, S. 22).

## 9.2 Prävalenz von psychischen Störungen im Erwachsenenalter

Bezüglich der Verbreitung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter ergibt sich für Deutschland aufgrund des BGS<sup>24</sup> für die 18 bis 65-jährige Bevölkerung eine Ein-Jahresprävalenz für psychische Störungen von 31.1% (Jacobi, Wittchen, Höltling, Höfler, Müller, Pfister & Lieb, 2004 zit. nach Jacobi & Harfst, 2007, S. 4). Für die erweiterte EU-Bevölkerung<sup>25</sup> wurde eine Ein-Jahresprävalenz für die Erkrankung an einer psychischen Störung von 38.3% berechnet (Wittchen et al., 2011 zit. nach Schuler & Burla, 2012, S. 8). Aufgrund von internationalen und deutschen Studien stellen Jacobi und Harfst (2007, S. 4) bilanzierend fest, dass etwa 25 bis 33% der erwachsenen Allgemeinbevölkerung innerhalb eines Jahres die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen.

In der Schweizer Bevölkerung liegt aus klinischer Sicht etwa bei jeder sechsten Person (sehr) wahrscheinlich eine psychische Störung vor (Schuler und Burla, 2012, S. 3). Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012<sup>26</sup> ermöglichen einen Blick auf die Schweizer Bevölkerung. Sie zeigen, dass die Bevölkerung die Gesundheit (83%) mehrheitlich als gut oder sehr gut bezeichnet<sup>27</sup>. Zudem schätzen 92% der Bevölkerung ihre Lebensqualität als (sehr) gut ein, 82% haben meis-

---

<sup>23</sup> Die Krankheitslast wird mit dem Konstrukt DALYs (Disability Adjusted Life Years) gemessen, das die verlorenen gesunden Lebensjahre (aufgrund von Sterblichkeit und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen) umfasst (Jacobi & Harfst, 2007, S. 5).

<sup>24</sup> Der BGS (Bundesgesundheitsurvey) beinhaltet seit 1998/99 den Zusatzsurvey "Psychische Störungen". Zu beachten ist, dass unter anderem die nachfolgend genannten psychischen Beeinträchtigungen nicht erhoben werden ("Posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Andere Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit sowie Dementielle Erkrankungen") (Jacobi & Harfst, 2007).

<sup>25</sup> Für diese Arbeit wurden neben Studien aus den 27 EU-Staaten auch Arbeiten aus der Schweiz, Island und Norwegen berücksichtigt (Wittchen et al., 2011 zit. nach Schuler & Burla, 2012, S. 8).

<sup>26</sup> Die Grundgesamtheit entspricht der ständigen schweizerischen Wohnbevölkerung (welche mindestens 15-jährig ist). Ausgenommen sind Asylsuchende und Personen, welche in Kollektivhaushalten leben (BAG, 2015, S. 12).

<sup>27</sup> Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand ist ein guter Indikator sowohl für die persönliche Gesundheit wie auch für diejenige der Gesellschaft (BFS, 2013, S. 6).



tens oder immer das Gefühl glücklich zu sein und 77% fühlen sich vital und energiegeladen. Festgestellt wurde aber auch, dass insgesamt 18% unter psychischen Beeinträchtigungen leiden: Gut 4% geben an stark belastet zu sein, zudem sind 13% von einer mittleren psychischen Belastung<sup>28</sup> betroffen (BFS, 2013, S. 16). Jüngere Personen sind öfters bedrückt als ältere, Frauen öfters als Männer. Zudem zeigen die Daten, dass sich Personen in der Deutschschweiz weniger psychisch belastet fühlen als in der französischen und italienischen Schweiz (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 13).

Die Abbildung 3 illustriert zum einen die Ein-Jahresprävalenzen der vier häufigsten Diagnosen in Deutschland im Erwachsenenalter (Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Depressive Störungen sowie Somatoforme Störungen). Zum anderen werden deutliche Geschlechterunterschiede sichtbar. Gemäss Jacobi und Harfst (2007, S. 4) sind Varianzen bezüglich des Geschlechts mehrheitlich charakteristisch für psychische Störungen. Angefügt wird ein Hinweis auf die beobachtete, hohe Komorbidität<sup>29</sup> psychischer Störungen: Bei über einem Drittel der Betroffenen wurde mehr als eine psychische Störung ermittelt (ebd.; vgl. auch Schuler & Burla, 2012, S. 27ff.).

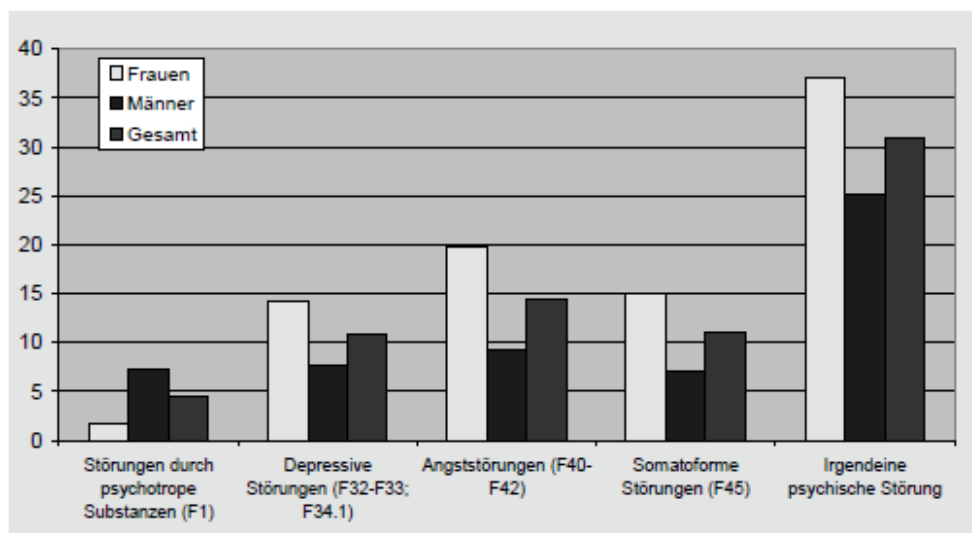


Abbildung 3: "Ein-Jahresprävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren nach Geschlecht. Aufgeführt sind die vier häufigsten Diagnosegruppen gemäss ICD-10 (Mehrfachnennungen)" (Jacobi & Harfst, 2007, S. 4)

In der folgenden Tabelle 9 werden die Prävalenzen psychischer Krankheiten in der Schweiz und der EU gegenüber gestellt. In der Schweiz beträgt die Häufigkeit für Affektive Störungen insgesamt 7.6%: 6.5% werden von einer mittleren bis schweren Depression<sup>30</sup> beeinträchtigt, zudem leiden 22.2% unter einer schwachen Form (diese Information ist nicht ersichtlich in der Tabelle). Von Schizophrenien und Psychosen (Psychotische Störungen) sind 1.1% betroffen. Neurotische, Belastungs- und somatoforme

<sup>28</sup> Die "psychische Belastung" entspricht der Selbsteinschätzung der Befragten, eine medizinische Diagnose ist nicht zwingend (BAG, 2015, S. 12). Die "psychische Belastung" gilt als Indiz für schwerwiegende psychische Probleme: Psychische Störungen sind bei mittleren Problemen wahrscheinlich und bei einer hohen Belastung sehr wahrscheinlich (BFS, 2013, S. 16).

<sup>29</sup> Die Komorbidität bezeichnet die Betroffenheit von mehr als einer Erkrankung innerhalb eines festgelegten Zeitraums: Zum einen treten psychische Störungen häufig mit (chronischen) somatischen Erkrankungen auf, zum anderen können mehrere psychische Erkrankungen vorliegen (Schuler & Burla, 2012, S. 27ff.).

<sup>30</sup> Die Datengrundlage bildet die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012. Da diese Daten von Privathaushaltung stammen, wird eine Unterschätzung der mittleren und schweren Depressionen in Betracht gezogen: Die Gründe dafür sind zum einen die schwierige Erreichbarkeit von Erkrankten und zum anderen die Abwesenheit von hospitalisierten Personen (BAG, 2015, S. 17).

Störungen sind verbreitet: Die Angststörungen (Neurose)<sup>31</sup> sind das häufigste Krankheitsbild (15.8%), ausserdem haben 4.7% somatoforme Störungen. Zudem ist 1% der Bevölkerung an Persönlichkeitsstörungen erkrankt (BAG, 2015, S. 17).

Tabelle 9: "Prävalenz psychischer Krankheiten in der Schweiz und in der Europäischen Union (EU)" (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 17)

Kategorie	Mögliche Diagnosen	Prävalenz Schweiz	Prävalenz EU
Affektive Störungen	Alle affektiven Störungen	7,6	7,8
	Mittlere bis schwere Depressionen	6,5	6,9
Schizophrenien und Psychosen	Psychotische Störungen	1,1	1,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen (Neurose)	15,8	14,0
	Somatoforme Störungen	4,7	4,9
Persönlichkeitsstörungen		1,0	0,6-0,7

Anmerkung: Angaben in Prozent

Wie im Zusammenhang mit minderjährigen Betroffenen festgestellt (Kapitel 4.2), erhalten nicht alle eine adäquate Behandlung. Dies gilt auch für Erwachsene. Es wird angenommen, dass zwischen 30% und 50% der psychisch beeinträchtigten Personen in industrialisierten Ländern unbehandelt bleibt (Kessler & WHO, 2004 zit. nach BAG, 2015, S. 20). Für Deutschland verweist Hillert (2013, S. 147) auf geringe Behandlungsraten, so befinden sich etwa 10% der Menschen mit einer gesicherten Diagnose in einer ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Behandlung. In der Schweiz wird geschätzt, dass sich etwa ein Drittel der depressiven Personen in Behandlung befindet (BAG, 2015, S. 20). Angefügt wird in diesem Kontext der nachgewiesene Zusammenhang zwischen inadäquaten (zeitlichen oder qualitativen) Reaktionen auf psychische Beeinträchtigungen und einer höheren Wahrscheinlichkeit von schwerwiegenden Folgen wie schweren Krankheitsverläufen, Chronifizierung, Komorbidität, sozialer Isolierung sowie Selbstmord (Schuler & Burla, 2012, S. 4).

In Bezug auf die psychische Gesundheit besteht ein Konsens über den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und gesundheitlicher Ungleichheit. Der Gesundheitszustand beeinflusst zum einen die soziale Position einer Person, umgekehrt wirkt zum anderen die soziale Position auf die Gesundheit (ebd., S. 6). Diese Aussagen bekräftigen Jacobi und Harfst (2007, S. 5) mit dem Hinweis auf erhebliche Unterschiede bei den Prävalenzraten psychischer Störungen zwischen den sozialen Schichten. Dementsprechend verweisen die verfügbaren Daten zur psychischen Gesundheit in der schweizerischen Erwachsenenbevölkerung auf eine Chancenungleichheit: Zu den benachteiligten Bevölkerungsgruppen zählen "alte Menschen, Migranten und Migrantinnen und deren Kinder, Asylbewerberinnen und -bewerber, Alleinerziehende und deren Kinder, Behinderte, Angehörige psychisch erkrankter Menschen, Personen, welche Opfer von Gewalt sind, Arbeitslose sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe" (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 17f.).

Die Berufstätigkeit hat zum einen eine hohe Bedeutung für die Stärkung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen. Zum anderen können Menschen in einem Arbeitsverhältnis jedoch im Hinblick auf die psychische Gesundheit auch mit ungünstigen Bedingungen konfrontiert sein (Schuler & Burla, 2012, S. 5). Eine mögliche Ursache von gesundheitlichen und psychischen Belastungen sind hohe berufliche Anforderungen: In der Schweiz leiden 44% der Erwerbstätigen manchmal unter Stress, 17% sind immer oder meistens davon betroffen Gemäss Burla (2011) sind Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen stärker von Stress betroffen als andere. Als mögliches Anzeichen einer

<sup>31</sup> "Agoraphobie, generalisierte Angststörungen, soziale und spezifische Phobien" (BAG, 2015, S. 17)

Burnout-Gefährdung gilt eine Zustimmung zur Aussage, sich bei der Arbeit emotional verbraucht zu fühlen. Knapp ein Fünftel der Erwerbstätigen stimmt dieser Aussage eher oder vollständig zu. Arbeitnehmende, die von viel Stress oder einer Burnout-Gefährdung betroffen sind, haben eine fünf bis sechs Mal grössere Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken als Erwerbstätige ohne entsprechende Belastungen (BFS, 2014).

## 10. Psychische Störungen bei Lehrpersonen

Zur Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Lehrkräften liegen nur Daten zu Personen am Ende der Berufslaufbahn vor. Dabei zeigt sich, dass depressive Symptome und Störungen häufige Gründe für Frühpensionierungen sind (Lehr, 2014). Für die jüngeren Lehrpersonen sind keine repräsentativen Daten verfügbar (ebd., S. 949). Trotz dieser Forschungslücke wird zum einen eine stärkere Verbreitung von psychischen Störungen bei Lehrkräften, verglichen mit anderen Berufsgruppen, angenommen. Zum anderen gilt der Lehrberuf als mutmasslicher Risikofaktor in Bezug auf die psychische Gesundheit (Schaarschmidt & Kieschke, 2013). Hillert (2013, S. 137ff.) stimmt diesen Annahmen insofern zu, als dass die beträchtlichen psychosozialen Belastungen von Lehrkräften bezüglich psychischer und psychosomatischer Störungen als Stressoren fungieren können. Entgegen dieser Annahmen mutmasst der Autor jedoch, dass die Betroffenheit von psychischen sowie psychosomatischen Störungen bei Lehrkräften mit anderen Berufsgruppen vergleichbar ist. Er begründet dies zum einen mit der Selektivität der Stichproben als zentrales Problem aller Aussagen zur psychischen Belastung von Lehrkräften, welche auf Vergleichen von Erkrankungsraten basieren. Zum anderen sind, neben beruflichen Belastungen, weitere Erklärungen denkbar: Die vergleichsweise häufigen Aufnahmen von Lehrkräften in eine psychosomatische Klinik können beispielsweise aus der guten psychologischen Ausbildung, und der darauf basierenden Aufmerksamkeit für entsprechende Auffälligkeiten resultieren.

## 11. Beanspruchungsfolgen

Wie sich gezeigt hat, gibt es sehr wenige verlässliche Angaben zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Lehrpersonen. Für Schulleitungen fehlen sie ganz. Dies ist u.a. deshalb der Fall, weil die Erziehungsdirektionen keine Auskünfte über das Ausmass von Fehlzeiten von Lehrpersonen und deren Gründe geben.

Die Angaben zur Verbreitung von psychischen Störungen bei Lehrpersonen beruhen deshalb nicht auf medizinischen Diagnosen, sondern auf sozialwissenschaftlichen Erhebungen und auf Selbstauskünften der Lehrpersonen. Die gesundheitlichen Störungen werden mit den operationalisierten Konzepten der Beanspruchungsfolgen Stress und Burnout erhoben, die, wie erwähnt, einen hohen Zusammenhang zu Depressionen aufweisen. Bevor die Angaben zu den Beanspruchungsfolgen für Lehrpersonen und Schulleitende gemacht werden, wird hier das Konzept der Beanspruchungsfolgen kurz erklärt:

Das Konzept der Beanspruchungsfolgen stammt aus der Arbeitspsychologie. Unterschieden wird dabei zwischen *Belastung* und *Beanspruchung*. Belastungen sind alle Anforderungen, die aufgrund der Arbeitsaufgabe an die Mitarbeitenden gestellt werden. Anders als im umgangssprachlichen Gebrauch ist der Begriff Belastung in diesem Kontext neutral konnotiert (Ulich & Wülser, 2004). Belastungen können somit für das Individuum positive oder negative Folgen haben, die *Beanspruchungsreaktionen*, resp. *Beanspruchungsfolgen* genannt werden. Ob die Belastungen positive oder negative Folgen haben hängt davon ab, ob die Person die Anforderungen als bewältigbar und wichtig einschätzt oder nicht (Lazarus & Launier, 1981). Hat die Person den Eindruck, dass sie eine wichtige Anforderung nicht bewältigen kann, führt dies zu Stress- und somit zu negativen Beanspruchungsreaktionen. Dauert eine solche Arbeitssituation über lange Zeit an und nimmt der Stress dadurch chronische Ausmass an, können sich daraus langfristige negative Beanspruchungsfolgen wie z.B. Burnout entwickeln. Schätzt die Person eine Anforderung hingegen als wichtig und bewältigbar ein, erlebt sie dies motivierend und sie erhöht dadurch ihr Engagement (Ulich & Wülser, 2004.). Dies wird als positive Beanspruchungsfolge bezeichnet.

Diese Konzeption der Beanspruchungsfolgen ist durch das Belastungs-Ressourcenmodell (Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006) erweitert worden. Dabei wird vermutet, dass es nicht nur von den Merkmalen der Anforderung abhängt, ob diese als bewältigbar erlebt wird, sondern von den Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen. Unterschieden werden dabei arbeitsbedingte Ressourcen (z.B. zur Verfügung stehende Zeit oder Unterstützung durch Vorgesetzte) und personale Ressourcen (z.B. optimistische Grundhaltung oder Kompetenzen und Qualifikationen). Im Belastungs-Ressourcenmodell stehen somit Belastungen den Ressourcen gegenüber und dieses Verhältnis entscheidet darüber, ob eine Belastung zu positiven oder negativen Beanspruchungsreaktionen führt. Angenommen wird, dass sich dieses Verhältnis von Person zu Person unterscheidet. Mit diesem Modell kann auch erklärt werden, weshalb ein- und dieselbe Anforderung bei den einen zu negativen, bei den anderen aber zu positiven Beanspruchungsfolgen führen kann.

Angefügt werden muss hier ein Hinweis auf die Debatte über die Tauglichkeit des Konstruktes *Burnout* als Beispiel einer negativen Beanspruchungsfolge. Entgegen häufig anders lautender Aussagen wird das Konstrukt im ICD-10-GM erwähnt, aber nicht unter Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen*, sondern unter *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten mit der Lebensbewältigung* (ICD-10-GM-2015 > Z00-Z99 > Z70-Z76 > Z73). Lehr (2014) wendet gegen den Gebrauch des Konstruktes vor allem ein, dass dadurch implizit angenommen wird, dass die Ursache für die damit einher gehende gesundheitliche Beeinträchtigung ausschliesslich im beruflichen Umfeld liegt, was aus Sicht des Autors nicht haltbar ist. Er plädiert zudem dafür, bei Untersuchungen zur Gesundheit von Lehrpersonen verstärkt das Vorliegen einer depressiven Störung als Kriterium zu verwenden.

## 11.1 Beanspruchungsfolgen bei Lehrpersonen

### Negative Beanspruchungsfolgen

Verschiedene Untersuchungen zu negativen Beanspruchungsfolgen kommen zum Schluss, dass zwischen 20% bis 30% der Lehrpersonen stark von negativen Beanspruchungsfolgen betroffen sind. Für den deutschsprachigen Raum fanden Schaarschmidt und Kieschke (2007, zit. nach Lehr, 2014), dass 29% der Lehrpersonen ein Burnout-Syndrom aufweisen, Van Dick und Wagner (2001, zit. nach Lehr, 2014) stellten an einer anderen Stichprobe von deutschen Lehrpersonen fest, dass 18% an einem Burnout leiden, wobei sich Lehr (2014) die Differenzen zwischen den beiden Angaben durch die unterschiedlichen Charakteristika der Stichproben erklärt. Gemäss Döring-Seipel und Dauber (2013) sind rund 28% der Lehrpersonen ab dem 50. Altersjahr stark betroffen. Bei den in diesem Abschnitt vorgestellten Studien handelt es sich um Querschnitterhebungen, was keine Aussagen hinsichtlich Prävalenzen pro Zeiteinheit (wie zum Beispiel Jahr oder Lebenszeit) erlaubt.

Zahlen für die Schweiz stammen aus einer Studie, in der 586 Lehrpersonen des 5. bis 9. Schuljahres einer repräsentativen Stichprobe befragt wurden (Kunz Heim, Sandmeier & Krause, 2014). Die Ausprägung des Burnouts wurde mit der Skala *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) erhoben, welche von Kristensen et al. (2005) entwickelt worden ist<sup>32</sup>. In Abbildung 4 sind die Mittelwerte der Schweizer Lehrpersonen im Vergleich mit Mittelwerten anderer Stichproben dargestellt. Demnach liegt der Mittelwert der Schweizer Lehrpersonen (M=33.3) zwischen dem Mittelwert von berufstätigen Däninnen und Dänen allgemein (M=31.7) und von Däninnen und Dänen in helfenden Berufen (M=35.9), wobei mit helfenden Berufen z.B. Ärzt/innen, Pflegepersonal und Sozialarbeiter/innen gemeint sind. Die Unterschiede zwischen den in Abbildung 4 dargestellten Mittelwerten sind alle signifikant.

---

<sup>32</sup> Die gebräuchlichste Skala zur Erhebung von Burnout ist das *Maslach Burnout Inventory* (MBI). In der Schweizer Studie wurde das *Copenhagen Burnout Inventory* verwendet, weil dazu Vergleichswerte aus mehreren Studien vorliegen. Die Spannweite der Werte des CBI reicht von 1 bis 100.

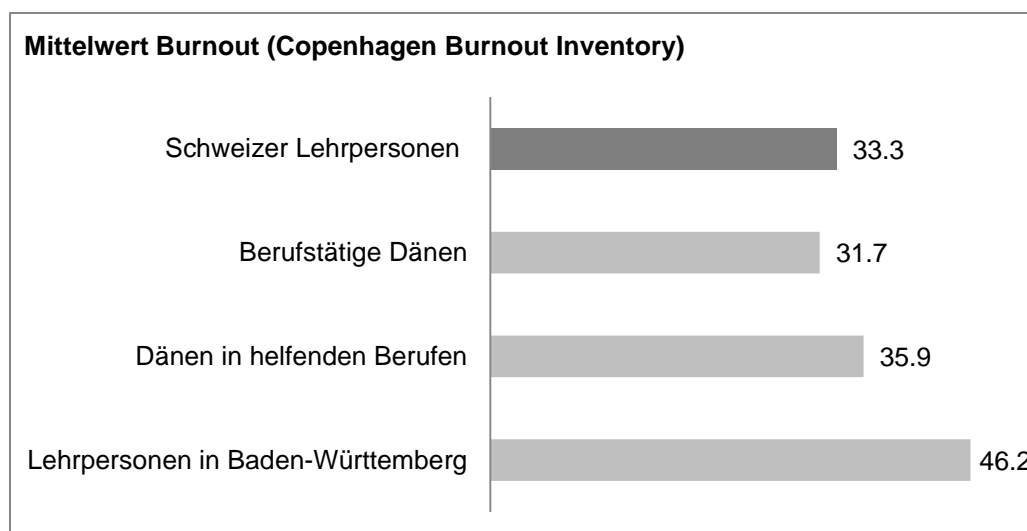


Abbildung 4: Burnout-Mittelwerte von Schweizer Lehrpersonen im Vergleich (Kunz Heim, Sandmeier & Krause, 2014a)

Wird die Verteilung der Burnout-Mittelwerte von Schweizer Lehrpersonen betrachtet (Abbildung 5), so zeigt sich, dass gut die Hälfte einen Mittelwert unter  $M=30$  aufweist. Diese Gruppe wird als nicht von Burnout betroffen bezeichnet. Rund 16% verfügen über einen Mittelwert zwischen  $M=30$  und  $M=40$  auf und weisen mittlere Burnout-Werte auf. Der Anteil der Schweizer Lehrpersonen mit hohen Burnout-Werten von über 40 beträgt gut 33 Prozent.

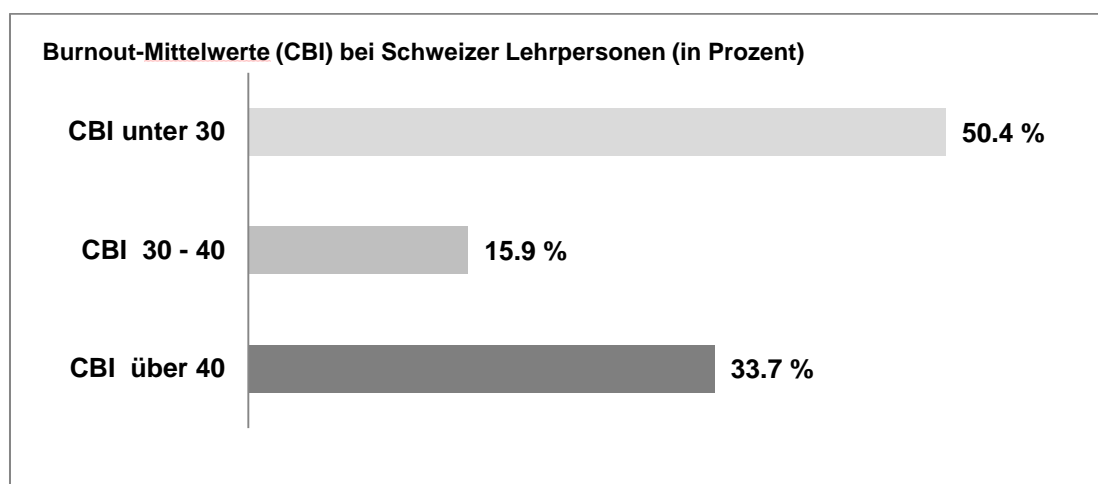


Abbildung 5: Verteilung der Burnout-Mittelwerte von Schweizer Lehrpersonen (Kunz Heim, Sandmeier & Krause, 2014a)

### Ursachen von negativen Beanspruchungsfolgen bei Lehrpersonen

In der Studie wurde ferner untersucht, welche Ursachen mit Burnout bei Schweizer Lehrpersonen im Zusammenhang stehen, wobei ausschliesslich berufsbedingte Belastungen analysiert worden sind<sup>33</sup>. Den stärksten Effekt haben dabei Konflikte mit Eltern, gefolgt von Zeitdruck und Störungen im Unterricht (Baeriswyl, Krause & Kunz Heim, 2014). Zu Konflikten mit Eltern kommt es z.B. wenn diese das fachliche Urteil der Lehrpersonen anzweifeln oder die Lehrpersonen mit Vorwürfen konfrontieren. Störungen im Unterricht werden meist durch auffälliges Verhalten von Schülerinnen und Schülern ausgelöst, z.B. wenn sich diese nicht an Anordnungen der Lehrpersonen halten, aggressiv sind gegenüber anderen oder sich ständig schlecht benehmen.

<sup>33</sup> Viele Studien zu Belastung und Beanspruchung bei Lehrpersonen beachten ausschliesslich die berufsbedingten Ursachen. Solche aus dem privaten Bereich werden meist nicht berücksichtigt.

Nebst diesen berufsbedingten Belastungen ist aus der Forschungsliteratur bekannt, dass auch personale Merkmale die Entstehung von Burnout begünstigen können. Es sind dies ein hohes Perfektionsstreben und eine hohe Bereitschaft, sich zu verausgaben. Hinzu kommt die Tendenz bei wenig Erfolg oder bei Misserfolg zu resignieren, die Ursache von Misserfolgen in erster Linie bei sich selbst und nicht auch bei anderen oder bei Sachzwängen zu suchen, Problemen allgemein eher aus dem Weg zu gehen und die Unfähigkeit sich in der Freizeit anderen Tätigkeiten zuzuwenden und sich von Gedanken an die Probleme in der Schule zu lösen (Schaarschmidt & Kieschke, 2013).

### Positive Beanspruchungsfolgen

Auch die positiven Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen waren Gegenstand der erwähnten Studie. Als positive Beanspruchungsfolgen standen dabei das Arbeitsengagement und das Engagement für die Schulentwicklung im Zentrum (Kunz Heim, Sandmeier & Krause, 2014b). Das Arbeitsengagement wurde mit einer international verbreiteten Skala von Schaufeli und Bakker (2003) erhoben, zu der es entsprechende Vergleichswerte gibt. Das Arbeitsengagement setzt sich aus den Komponenten *Elan* und *Hingabe* zusammen sowie dem Ausmass, wie sich jemand in die Arbeit vertieft. Schweizer Lehrpersonen haben ein signifikant leicht höheres ( $M=3.9$ ) Arbeitsengagement als Berufstätige (aller Branchen) aus den Niederlanden und Belgien ( $M=3.74$ ).

Es interessierte in der Studie besonders, welche Ressourcen im Zusammenhang mit dem Arbeitsengagement und dem Engagement für die Schulentwicklung stehen. Mit dem Engagement für die Schulentwicklung ist gemeint, wie sehr sich jemand für Aufgaben engagiert, die im Zusammenhang mit der Schulentwicklung stehen, wie z.B. der Aufgabe, neue Vorgehensweisen im Unterricht zu erproben. Untersucht wurden berufsbedingte und personale Ressourcen. In Tabelle 10 sind die Zusammenhänge zwischen den berufsbedingten Ressourcen und den untersuchten positiven Beanspruchungsfolgen dargestellt. Es zeigt sich, dass die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen die stärksten Zusammenhänge mit beiden positiven Beanspruchungsfolgen hat. Bei drei weiteren Ressourcen fällt auf, dass sie einen deutlich stärkeren Zusammenhang zum Engagement für die Schulentwicklung aufweisen als für das Arbeitsengagement allgemein. Es handelt sich dabei um die Ressourcen Unterstützung durch Vorgesetzte, resp. durch Konferenzen sowie um gemeinsame pädagogische Vorstellungen im Team.

Tabelle 10: Arbeitsbedingte Ressourcen – Zusammenhänge mit positiven Beanspruchungsreaktionen

	Arbeitsengagement	Engagement für Schulentwicklung
Unterstützung durch Vorgesetzte	.141 <sup>***</sup>	.216 <sup>***</sup>
Unterstützung durch Kolleg/innen	.213 <sup>***</sup>	.315 <sup>***</sup>
Unterstützung durch SuS	.176 <sup>***</sup>	.185 <sup>***</sup>
Gemeinsame pädagogische Vorstellungen	.083 <sup>*</sup>	.211 <sup>***</sup>
Unterstützung durch Eltern	.096 <sup>*</sup>	.103 <sup>*</sup>
Unterstützung durch Konferenzen	.028 <sup>ns</sup>	.258 <sup>***</sup>
Erholungsmöglichkeiten / Pausen	.142 <sup>**</sup>	.072 <sup>ns</sup>

Anmerkungen: SuS = Schülerinnen und Schüler; \* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$ , \*\*\* $p \leq .001$ ; ns = nicht signifikant; Korrelationen nach Pearson. Quelle: Kunz Heim, Arnold, Eschelmüller & Achermann (2013).

Als personale Ressource wurde das Kompetenzselbstkonzept in Bezug auf die drei beruflichen Anforderungen Umgang mit Schülerinnen und Schülern, Fachwissen und Stoffvermittlung in die Studie aufgenommen (Tabelle 11). Mit dem Kompetenzselbstkonzept ist gemeint, wie stark Lehrpersonen aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen denken, dass sie fähig sind, Anforderungen in bestimmten Bereichen bewältigen zu können. Aus Tabelle 11 geht hervor, dass alle drei untersuchten personalen

Ressourcen einen Zusammenhang mit den untersuchten positiven Beanspruchungsfolgen aufweisen, wobei alle untersuchten Zusammenhänge vergleichsweise hoch und signifikant sind.

Tabelle 11: Personalen Ressourcen – Zusammenhänge mit positiven Beanspruchungsreaktionen

	Arbeitsengagement	Engagement für Schulentwicklung
KS Umgang mit Schüler/innen	.284***	.212***
KS Fachwissen	.320***	.212***
KS Stoffvermittlung	.345***	.304***

Anmerkungen: KS = Kompetenzselbstkonzept; \*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001; Korrelationen nach Pearson. Quelle: Kunz Heim et al. (2013).

### Schutzfaktoren und Behandlungsmöglichkeiten

Als Schutzfaktoren gelten ein unterstützend wahrgenommenes Kollegium, eine niedrige Resignations-tendenz sowie eine ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit. Des Weiteren ergeben sich wesentliche Anhaltspunkte für Präventionsangebote: Berufliche Professionalität muss systematische Auseinander-setzungen "(...) mit der eigenen Person als dem eigentlichen pädagogischen Werkzeug (...)" beinhalten. Dazu gehören der Umgang mit dem individuellen Energiehaushalt sowie Strategien zur Bewältigung beruflicher Probleme. Geeignete Instrumente sind Supervisionen und Konzepte, welche auf Informationsvermittlung und Selbstreflexion basieren. Für die Förderung der genannten Fähigkeiten ist ein zeitlich adäquater Start von Belang, empfohlen wird der Beginn während der Ausbildung (Hillert, 2013, S. 150ff.).

In Bezug auf psychotherapeutische Behandlungen konstatiert Hillert (2013, S. 151) bis vor kurzem eine Vernachlässigung der beruflichen Bereiche. Rehabilitationskonzepte, welche die Aspekte der Lebenswelt integrieren, werden erst seit wenigen Jahren entwickelt und evaluiert. In der Klinik Rosen-eck, deren Chefarzt Dr. Hillert ist, wurde für den Lehrberuf ein Therapieprogramm ausgearbeitet, das sich gemäss eigenen Angaben zur Ergänzung der Behandlung eignet<sup>34</sup>.

### Gesundheitsfördernde Massnahmen für Lehrpersonen

Gesundheitsfördernde Massnahmen für Lehrpersonen sollen sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnissebene ansetzen. Auf beiden Ebenen geht es darum, Überbelastungen zu vermeiden oder abzubauen und gesundheitsfördernde Ressourcen, resp. Schutzfaktoren zu aktivieren. Was die Prävention von negativen Beanspruchungsfolgen auf der Verhaltensebene betrifft, sind in den letzten Jahren zahlreiche Publikationen zum Thema erschienen. Einen aktuellen und umfassenden Überblick über die bestehenden Möglichkeiten sind zum Beispiel im Handbuch von Frick (2015) enthalten. Was die Verhältnissebene betrifft, so gibt es nicht nur eine sondern mehrere für die Gesundheitsförderung von Lehrpersonen relevante Ebenen wie zum Beispiel die Ebene der Schulleitung, der Schulgemein-de, des Kantons und des Bundes. Auf allen diesen Ebenen haben verschiedene Akteure Einfluss auf die Belastungen und die Ressourcen von Lehrpersonen und somit auch auf deren Beanspruchungs-reaktionen. Beispiele für gesundheitsfördernde Elemente oder Massnahmen auf diesen Ebenen sind zum Beispiel günstige Anstellungsbedingungen und Rahmenvorgaben von Seiten der Schule, eine funktionale Schulorganisation und eine ebensolche Ausstattung der Unterrichts- und der anderen Funktionsräume der Schule sowie das salutogene Leitungshandeln der Schulleitenden. Wichtig ist zudem, dass der Arbeitgeber die gesetzlich vorgeschriebene Verantwortung in Bezug auf den Schutz und die Förderung der Gesundheit von Angestellten und somit auch von Lehrpersonen übernimmt (Kunz Heim et al., 2015).

<sup>34</sup> Nähere Informationen zum Therapieprogramm AGIL (Lehr, Koch & Hillert, 2013).

## 11.2 Beanspruchungsfolgen bei Schulleitenden

Schulleitungen an schweizerischen Volksschulen verfügen erst seit kurzem über Führungsbefugnisse (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 7). Zur Gesundheit sowie zu Belastung und Beanspruchung schulischer Führungskräfte sind wenige empirische Untersuchungen verfügbar (Huber, 2013, S. 225; Laux, 2011, S. 58ff.). Studien zu psychischen Störungen bei Schulleitenden liegen unseres Wissens keine vor.

### Verbreitung von Stress und Burnout bei Schulleitenden

In Verbindung mit negativen Beanspruchungsfolgen steht auch bei Schulleitenden häufig das Konstrukt Burnout<sup>35</sup> im Fokus (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 37). Persönliche Faktoren weisen einen geringeren Zusammenhang mit Burnout auf als berufs- und organisationsbedingte Aspekte. "Stress" gilt als wahrscheinlich bedeutendster Faktor bezüglich des Krankheitsbilds Burnout (Huber, 2013, S. 225): Generell erklären quantitative Arbeitsmerkmale (wie hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck) einen Viertel bis die Hälfte der Varianz von Burnout (Laux, 2011, S. 276). 12 bis 36 Prozent<sup>36</sup> der Schulleitenden erreichen in Befragungen hohe bzw. kritische Werte bezüglich einer Burnout Gefährdung (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 38). Im Zuge einer Untersuchung im Kanton Aargau wurden die Auswirkungen von Belastungen anhand von drei Teilformen des Burnout-Syndroms erfasst: 23% der Schulleitenden weisen kritische (ausgeprägte) Merkmale auf bei der "emotionalen Erschöpfung" (d.h. innere Leere und mangelnde emotionale Energie). 9% geben bei der "beeinträchtigten Zuwendungsbereitschaft" (d.h. aversive Gefühle gegenüber anderen Personen) kritische Werte an. "Reaktives Abschirmen" (d.h. Gleichgültigkeit oder Rückzug) zeigen 15% der schulischen Führungskräfte. Für Stufen- und/oder Schulhausleitungen wurden bei diesen burnoutrelevanten Merkmalen Hinweise auf kritischere Werte gefunden als für Gesamtleitungen<sup>37</sup> (Nido, Trachsler, Ackermann, Brügggen & Ulich, 2008, S. 84). Gründe dafür sind, dass Stufen- resp. Schulhausleitungen in direktem Kontakt (direkter Auseinandersetzung) mit Lehrpersonen und/oder Eltern stehen, was bei Gesamtleitenden nicht der Fall ist. Zudem haben Stufen- und Schulhausleitungen oft auch noch Unterrichtsverpflichtungen.

Baeriswyl, Dorsemagen und Krause (2013, S. 37ff.) bezeichnen das Konstrukt Burnout als wesentliche Ursache von vorzeitigen Pensionierungen bei schulischen Führungspersonen. Hinweise (d.h. Auskünfte von Schulleitenden und von Behörden) zu organisationalen Folgen einer mangelnden Ausgeglichenheit zwischen Belastungen und Ressourcen verweisen mittel- und langfristig auf eine Erhöhung der Fluktuationsrate.

### Ursachen von negativen Beanspruchungsfolgen bei Schulleitenden

Um die Ausbildung gesundheitlicher Beschwerden zu veranschaulichen, beziehen sich Baeriswyl, Dorsemagen und Krause (2013, S. 43ff.) auf das medizinsoziologische "Effort-Reward-Imbalance (ERI) - Modell" nach Siegrist (1989, 1996) (Abbildung 6). Dieses grundlegende Erklärungsmodell ist, mindestens teilweise, auf die Arbeitsbedingungen der Schulleitenden übertragbar.

Beständige sozial-emotionale Belastungen bei der Arbeit können nach dem abgebildeten Erklärungsmodell schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen, hauptsächlich bei unausgeglichenen Belastungen und Belohnungen. Ein entsprechendes Ungleichgewicht wird von Siegrist und Kollegen als "Gratifikationskrise oder Effort-Reward-Imbalance (ERI)" bezeichnet. Gemäss der obenstehenden Visualisierung ist die "erlebte Wertschätzung und Anerkennung der eigenen Person und Tätigkeit" eine wesentliche Ressource bei der Kompensation belastender Arbeitsphasen. Demgemäss gelten mangelnde Anerkennung, Wertschätzung und Erfolgserlebnisse als belastendste Aspekte für Schulleitende (Baeriswyl et al., 2013, S. 34f.). Empirische Analysen belegen die verbreitete Wahrnehmung eines Ungleichgewichts zwischen Verausgabung und Belohnung bei Schulleitenden: Im Zusammen-

<sup>35</sup> Bemerkungen zur Debatte um den Begriff *Burnout* sind im Kapitel 12 zu finden.

<sup>36</sup> Unterschiedliche Messverfahren und verschiedene Formen der Berichterstattung verunmöglichen einen direkten Vergleich von differierenden Studienresultaten (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 38).

<sup>37</sup> Die Unterschiede zwischen den Gesamt-, den Stufen- und Schulhausleitungen sind nicht signifikant (Nido et al., 2008, S. 85).



hang mit dem Gehalt wird eine fehlende Anerkennung geltend gemacht. Zudem werden mangelnde Anerkennung und Wertschätzung in sozialen Beziehungen beklagt, hauptsächlich im Kontakt mit Behörden und mit Eltern<sup>38</sup>. Resultate aus dem Kanton Aargau untermauern diese Argumentation: So stufen 5% die berufliche Belohnung als schlecht und 39% als mässig ein (Nido et al., 2008 zit. nach ebd.). Vor allem für hoch engagierte Leitungspersonen vermuten die Autoren mittelfristig eine Steigerung des Risikos für Gratifikationskrisen. Zum einen sind gemäss dem abgebildeten Modell (Abbildung 6) engagierte Personen bei mangelhaften Belohnungen besonders empfänglich für negative Belastungsfolgen. Zum anderen verlangen die gestiegenen beruflichen Anforderungen ein grösseres Engagement, da die entsprechenden Ressourcen nicht immer erhöht wurden (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 35f.).

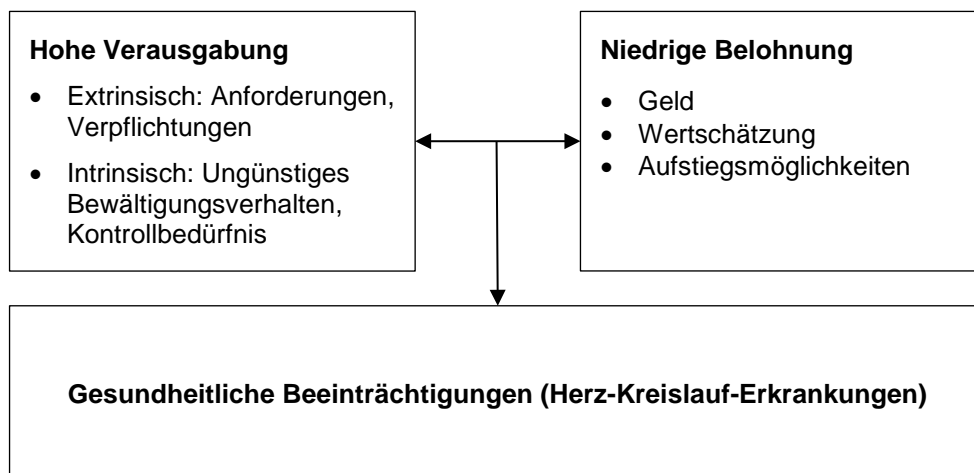


Abbildung 6: "Modell beruflicher Gratifikationskrisen" (in Anlehnung an Siegrist, 1996; Siegrist & Matschinger, 1989 zit. nach Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 34)

### Zufrieden trotz hoher Belastung

Positiv zeigt sich in empirischen Untersuchungen, dass Schulleitende, trotz hohen Arbeitsbelastungen, mehrheitlich mit ihrer Arbeit zufrieden sind<sup>39</sup>. Diese Feststellung stützen internationale Studien sowie Ergebnisse aus Europa (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 36). Zudem bekräftigen Ergebnisse aus der Schweiz diese Argumentation: So bezeichneten sich im Rahmen einer Arbeitszeiterhebung vier Fünftel der Schulleitenden an schweizerischen Volksschulen als (sehr) zufrieden (Landert & Brägger, 2009 zit. nach ebd., S. 36f.). Einerseits korrespondiert die Motivation der Schulleitenden mit der hohen Arbeitszufriedenheit, andererseits geht die Absicht, die berufliche Position beizubehalten, konform mit der hohen beruflichen Zufriedenheit<sup>40</sup>. In einer Analyse im Kanton Aargau geben die Schulleitenden mehrheitlich an (90%), sehr grosse oder überwiegend Arbeitsfreude zu empfinden (Nido et al., 2008). Die persönliche Stressresistenz und die soziale Unterstützung im Kollegium haben einen grossen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Arbeitsbelastung und die emotionale Erschöpfung von Schulleiterinnen und Schulleitern (Huber, Wolfgramm & Kilic, 2013, S. 269).

<sup>38</sup> Ergebnisse aus Studien zu negativen Beanspruchungsfolgen bei Schulleitenden (u.a. Landert et al., 2009; Nido et al., 2008; Pekruhl, Dorsemagen, Kölliker & Krause., 2011 zit. nach Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 34f.)

<sup>39</sup> Die Kontroverse zur Bedeutung der Arbeitszufriedenheit für Gesundheit und berufliche Leistung wird nicht thematisiert (Baeriswyl, Dorsemagen & Krause 2013, S. 36).

<sup>40</sup> Studien zu positiven Beanspruchungsfolgen bei Schulleitenden aus der Schweiz (u.a. Landert & Brägger, 2009; Landert, Riedo & Brägger, 2009; Maag Merki & Büeler, 2002; Nido et al., 2008 zit. nach Baeriswyl, Dorsemagen & Krause, 2013, S. 36f.)

### **Gesundheitsfördernde Massnahmen für Schulleitende**

Zur Stärkung der Ressourcen und zur Reduktion der beruflichen Belastungen von Schulleitenden sind gemäss Baeriswyl, Dorsemagen und Krause (2013, S. 40ff.) die *Aus- und Weiterbildung*, die *Aufbauorganisation der Schule* und das *Gesundheitsmanagement* zentral. Die Autoren konkretisieren diese Massnahmen wie folgt: Erstens sind die Erweiterung und der Erwerb von Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung insbesondere zur Bewältigung der Herausforderungen notwendig, welche mit den Veränderungen des Bildungssystems einhergehen. Zweitens erlaubt die Forschungslage keine Ableitung von empirisch abgesicherten Aussagen über eine gesundheitsfördernde Aufbauorganisation d.h. unter anderem über organisationale Aspekte, die Anzahl der Leitungspersonen oder die Kombination von Führungsaufgaben mit Unterrichtsverpflichtungen. Festhalten lässt sich, dass die Führungsspanne, d.h. die Grösse des Lehrerteams, direkt mit den Belastungen der Schulleitungen korrespondiert. Drittens ist in Bezug auf das Gesundheitsmanagement die Festlegung der Rahmenbedingungen durch eine hierarchisch übergeordnete Instanz (Kantone, Gemeinden) notwendig, zur Verankerung der Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe und zur Schaffung von Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Schulentwicklung.

## **12. Fazit zu Teil B**

Die Fragestellungen zum Berichtsteil B lauteten:

Welche psychischen Störungen treten im Erwachsenenalter auf? Wie verbreitet sind sie unter Lehrpersonen und Schulleitenden? Welche präventiven Massnahmen werden vorgeschlagen?

Die beiden Instrumente ICD (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bilden auch für das Erwachsenenalter die Grundlage für die Diagnose von psychischen Störungen.

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern des Erwachsenenalters. Das zeigt sich u.a. am hohen Anteil an der Lebenszeit, die aufgrund von psychischen Krankheiten verloren geht. Die Zahlen zur Verbreitung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter gehen auseinander und liegen zwischen rund 31% bis rund 38% für die Ein-Jahresprävalenz. Die Daten für die Schweiz liegen zwischen rund 17% bis 18%. Jüngere Personen sind öfter von psychischen Beeinträchtigungen betroffen als ältere und Frauen öfter als Männer. Am stärksten verbreitet sind Angststörungen (15.8%) gefolgt von affektiven Störungen und Depressionen (insgesamt 14.1%) und somatoformen Störungen (4.7%). Rund 1% der Erwachsenen ist in der Schweiz von psychotischen Störungen oder von Persönlichkeitsstörungen betroffen.

Weder für Lehrpersonen noch für Schulleitende liegen spezifische Angaben über die Verbreitung von psychischen Störungen für die je spezifische Berufsgruppe vor. Aufgrund der erwähnten Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten in Bezug auf die psychische Gesundheit ist zu vermuten, dass die Verbreitung der psychischen Störungen bei Lehrpersonen und Schulleitenden insgesamt tiefer ist als in der Gesamtbevölkerung.

Spezifische Daten für die Berufsgruppen liegen für die Verbreitung von berufsbedingten gesundheitsgefährdenden Beanspruchungsfolgen vor, welche mit dem Konstrukt Burnout erhoben wurden. Diese entstehen dann, wenn hohen Anforderungen nicht genügend Ressourcen für deren Bewältigung gegenüber stehen. Wenn die Stressreaktionen, die aufgrund dieses Ungleichgewichtes über lange Zeit anhalten, ist das Auftreten von gesundheitsgefährdende Beanspruchungsfolgen sehr wahrscheinlich. Die Verbreitung von Burnout wird nicht anhand von medizinischen Diagnosen, sondern mit Hilfe von sozialwissenschaftlich konzipierten Studien erhoben. Gemäss diesen Studien sind zwischen 20% bis 30% der Lehrpersonen und zwischen 12% und 36% der Schulleitenden von Burnout betroffen. Die unterschiedlichen Angaben sind bedingt durch unterschiedliche Messverfahren und Berichtlegung.

Das Konzept der Beanspruchungsfolgen hat den Vorteil, dass damit auch erklärt werden kann, warum Belastungen im Zusammenhang mit der Arbeit auch zu Arbeitszufriedenheit und hohem Arbeitsengagement führen kann. Dies ist dann der Fall, wenn den beruflichen Anforderungen ausreichend Res-

ourcen für deren Bewältigung gegenüber stehen. Arbeitsengagement und -Zufriedenheit werden dementsprechend positive Beanspruchungsfolgen genannt.

Die Massnahmen zur Prävention von und Intervention bei negativen Beanspruchungsfolgen sind für Lehrpersonen und Schulleitende die Reduktion von Belastung und die Aktivierung von Ressourcen. Dabei müssen sowohl die Ebene der Individuen (Verhaltensprävention) sowie die verschiedenen Ebenen der Institution Schule und des Bildungssystems (Verhältnisprävention) berücksichtigt werden. Bezüglich der Ressourcen sind auf der Verhaltensebene fachbezogene Kompetenzen und eine damit verbundene Selbstwirksamkeitsüberzeugung wichtig. Auf der Ebene der Institution sind soziale Ressourcen wichtig wie zum Beispiel die gegenseitige Unterstützung oder das Teilen von positiven und negativen Erfahrungen. Auf dieser Ebene sind zum Beispiel auch eine funktionale Aufbauorganisation der Schule wichtig und ausreichend grosse sowie gut und freundliche eingerichtete Unterrichts- und andere Funktionsräume. Schliesslich spielt auf dieser Ebene auch das salutogene Leitungshandeln der Vorgesetzten eine bedeutende Rolle.

### 13. Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2015). Stand der Prävention psychischer Störungen. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Eds.), *Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen* (pp. 13-19). Stuttgart: W. Kolhammer GmbH.
- Akiba, M., LeTendre, G. K., Baker, D. P., & Goesling, B. (2002). Student victimization: National and school system effects on school violence in 37 nations. *American Educational Research Journal*, 39(4), 829-835.
- Albermann, K., Gäumann, C., Alessi-Näf, M., Müller, B., Gutmann, R., Fellmann, L., & Gundelfinger, R. (2014). *Projektbericht wikip 2014*. Retrieved from [http://fz4fi249jk82mkbn32ao8ox1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/12/wikip\\_schlussbericht\\_druck.pdf](http://fz4fi249jk82mkbn32ao8ox1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/12/wikip_schlussbericht_druck.pdf) (27.05.2016).
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *American Psychiatric Association, DSM-5 Development*. Arlington: APA. Retrieved from <http://www.dsm5.org/about/Pages/Timeline.aspx> (29.04.2016).
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Verlag der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVT.
- Archimi, A., & Delgrande Jordan, M. (2014). *Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence: définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse (Rapport de recherche No 67)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Baeriswyl, S., Dorsemagen, C., & Krause, A. (2013). *Schulleitung und Gesundheit. Eine kommentierte Bibliographie mit 19 Befunden und 9 Thesen. Projektbericht für die Departemente Bildung, Kultur und Sport (BKS) sowie Gesundheit und Soziales (DGS) des Kantons Aargau*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Angewandte Psychologie, Institut Mensch in komplexen Systemen.
- Baeriswyl, S., Krause, A., & Kunz Heim, D. (2014). Arbeitsbelastungen, Selbstgefährdung und Gesundheit bei Lehrpersonen - eine Erweiterung des Job Demands - Resources Modells. *Empirische Pädagogik*, 28(2), 128-146.
- Balaguru, V., Sharma, J., & Waheed, W. (2013). Review: Understanding the effectiveness of schoolbased interventions to prevent suicide: a realist review. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 131-139.
- Barkmann, C. (2004). *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Hamburg.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31, 1-10.
- Belfer, M. L., Remschmidt, H., Nurcombe, B., Osaka, A., & Sartorius, N. (2007). A global programme for child and adolescent mental health: A challenge in the new millennium. In H. Remschmidt, B. Nurcombe, M. L. Belfer, N. Sartorius, & A. Osaka (Eds.), *The mental health of children and adolescents. An area of global neglect* (pp. 1-11). Chichester: Wiley.
- Betz, T., & Andresen, S. (2014). Child Well-being. Potenzial eines Konzepts. *Zeitschrift für Pädagogik*,

- 60(4), 499-504.
- Beyer, A., & Lohaus, A. (2005). Stressbewältigung im Jugendalter: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52, 33-50.
- Bilz, L., & Melzer, W. (2008). Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelman, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Eds.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation* (pp. 160-189). Weinheim: Juventa.
- Bolliger-Salzmann, H., Müller, V., & Omlin, M. (2015). *Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen*. Aarau: Kanton Aargau. Departement Gesundheit und Soziales. Schwerpunktprogramm psychische Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007). *Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230), Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*. Liebefeld: BAG. Direktionsbereich Gesundheitspolitik. Abteilung Gesundheitsstrategien. Retrieved from <http://web.fhnw.ch/plattformen/ressourcenplus/dokumentation%20downloads/dokumentation-downloads> (24.06.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.). (2014). *Bericht "Dialog-Projekt Psychische Gesundheit"*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), (Hrsg.). (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: BAG. Direktionsbereich Gesundheitspolitik. Abteilung Gesundheitsfragen. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/?lang=de> (22.10.2015).
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Übersicht (213-1201)*. Neuchâtel: BFS. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5352> (05.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2014). *Medienmitteilung. Gesundheit (0350-1401-40). Publikation der Standardtabellen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Knapp ein Fünftel der Erwerbstätigen starken Belastungen im Beruf ausgesetzt*. Neuchâtel: BFS. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9288> (05.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2015). *ICD-10-GM Version 2014*. Neuchâtel: BFS. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html> (16.10.2015).
- Burla, L. (2011). Monitoring zur psychischen Gesundheit - mit Fokus "Ältere Menschen" und "Stress am Arbeitsplatz". Zusammenfassung. Herausgegeben von Schweizerisches Gesundheitsobservatorium im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Retrieved from [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1\\_de/d-ueber-uns/5-downloads/Alt\\_PSY\\_BGM/2011-07\\_Monitoring\\_zur\\_psychischen\\_Gesundheit\\_-\\_Aktualisierung\\_2011\\_-\\_Zusammenfassung.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Alt_PSY_BGM/2011-07_Monitoring_zur_psychischen_Gesundheit_-_Aktualisierung_2011_-_Zusammenfassung.pdf) (4.11.2016).
- Castello, A. (Ed.). (2013). *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Clanton Harpine, E. (2008). *Group interventions in schools: Promoting mental health for at-risk children and youth*. Boston, Mass.: Springer.
- Copeland, W., Wolke, D., Angold, A., & Costello, J. E. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *Jama Psychiatry*, 70(4), 419-426.
- Crick, N. R., Bigbee, M. A., & Howes, C. (1996). Gender differences in children's normative beliefs about aggression: How do I hurt thee? Let me count the ways. *Child Development*, 67(3), 1003-1014.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., . . . Barnekow, V. (Eds.). (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dadaczynski, K., & Paulus, P. (2011). Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen. Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 58(4), 306-318.
- Department for Children, Schools & Families. (2008). *Targeted mental health in schools project*. Nottingham: DCSF. Retrieved from <http://www.chimat.org.uk/camhs/schools/tamhs> (15.07.2015).
- Deutscher Bildungsserver. (2014). Linktipps zum Thema "Child Well-being". *Zeitschrift für Pädagogik*, 60(4), 582-587.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2015). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revisi-*

- on, *German Modification, Version 2014*. Köln: DIMDI. Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm> (16.10.2015).
- Döring-Seipel, E., & Dauber, H. (2013). *Was Lehrerinnen und Lehrer gesund hält. Empirische Ergebnisse zur Bedeutung psychosozialer Ressourcen im Lehrerberuf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dümmler, K., & Melzer, W. (2009). Gewalt in der Schule - Untersuchungen zu Schikane und Mobbing mit den Daten der aktuellen HBSC-Studie. In W. Helsper, C. Hillbrandt, & T. Schwarz (Eds.), *Schule und Bildung im Wandel. Anthologie historischer und aktueller Perspektiven* (pp. 171-187). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Springer.
- Dwivedi, K. N., & Harper, P. B. (2005). Introduction. In K. N. Dwivedi & P. B. Harper (Eds.), *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health. A handbook* (pp. 15-28). London: J. Kingsley Publishers.
- Eisenring, R., Kuhn, C., Rusterholz Fend, S., Unger-Köppel, J., & Stulz, N. (2015). *Kinder und jugendpsychiatrische Versorgung: Akzeptanz eines neuen ambulanten Versorgungsmodells*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer. Retrieved from <http://edoc.rki.de/oa/articles/rerM8bmtlrK62/PDF/22xpAc0kmvBw.pdf> (22.10.2015).
- Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Jugendalter. In H. Hackauf & H. Ohlbrecht (Eds.), *Jugend und Gesundheit* (pp. 93-111). Weinheim: Juventa.
- Fabian, C., & Müller, C. (2010). *Früherkennung und Frühintervention in Schulen. Lessons learned*. Bern: Radix, Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention. Retrieved from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/kinder-jugendgesundheit/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html> (23.11.2016).
- Frick, J. (2015). *Gesund bleiben im Lehrberuf. Ein ressourcenorientiertes Handbuch*. Bern: Huber.
- Gebhard, S. (2013a). Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In A. Castello (Ed.), *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis* (pp. 27-39). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gebhard, S. (2013b). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In A. Castello (Ed.), *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis* (pp. 17-26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gebhard, S. (2013c). Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie: Definitionen, Konzepte und Modelle. In A. Castello (Ed.), *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis* (pp. 9-16). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., & Albermann, K. (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht*. Dübendorf: Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit. Retrieved from [http://www.wikip.ch/files/44/Albermann\\_Kinder\\_psychisch\\_kranker\\_Eltern\\_wiss.pdf](http://www.wikip.ch/files/44/Albermann_Kinder_psychisch_kranker_Eltern_wiss.pdf) (20.05.2016).
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology, 43*, 495-513.
- Hascher, T. (2004). *Wohlbefinden in der Schule*. Münster: Waxmann.
- HBSC. (2009). *Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. HBSC Factsheet 4/09*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research.
- Herman, K. C., Lambert, S. F., Reinke, W. M., & Jalongo, N. S. (2008). Academic incompetence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in middle school. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 400-410.
- Hillert, A. (2013). Psychische und psychosomatische Erkrankungen von Lehrerinnen und Lehrern. In M. Rothland (Ed.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrberuf. Modelle, Befunde, Interventionen* (2. ed., pp. 137-154). Wiesbaden: Springer VS.
- Hollenweger, J., & Lienhard, P. (2010). *Schulische Standortgespräche. Ein Verfahren zur Förderplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen* (7 ed.). Zürich: Lehrmittelverlag des Kantons Zürich. Retrieved from [http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb\\_und\\_unterricht/sonderpae](http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/sonderpae)

- dagogi-  
sches0/ssg/\_jcr\_content/contentPar/downloadlist\_0/downloaditems/1138\_1308922615860.spooler.download.1392986445764.pdf/broschuere\_ssg.pdf (20.05.2016).
- Huber, S. G. (2013). Forschung zu Belastung und Beanspruchung von Schulleitung. In S. G. Huber (Ed.), *Jahrbuch Schulleitung 2013: Befunde und Impulse zu den Handlungsfeldern des Schulmanagements. Schwerpunkt: gesunde Schule* (pp. 222-240). Köln: Wolters Kluver.
- Huber, S. G., Wolfgramm, C., & Kilic, S. (2013). Vorlieben und Belastungen im Schulleitungshandeln: Ausgewählte Ergebnisse aus der Schulleitungsstudie 2011/2012 in Deutschland, Österreich, Liechtenstein und der Schweiz. In S. G. Huber (Ed.), *Jahrbuch Schulleitung 2013: Befunde und Impulse zu den Handlungsfeldern des Schulmanagements. Schwerpunkt: gesunde Schule* (pp. 259-271). Köln: Wolters Kluver.
- Hurrelman, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (Eds.). (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation, WHO*. München: Juventa.
- Inglin, S., & Delgrande Jordan, M. (2012). Somatische und psychoaffektive Gesundheit. In E. Kunt-sche & M. Delgrande Jordan (Eds.), *Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Schweiz. Ergebnisse einer nationalen Befragung* (pp. 25-36). Bern: Hans Huber.
- Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich. (2014). *Gesundheit im Kanton Zürich. Band 1: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Jacobi, F., & Harfst, T. (2007). Psychische Erkrankungen - Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung. *Die Krankenversicherung*, 5(07), 3-6. Retrieved from [http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/02/Prof.-Dr.-Frank-Jacobi\\_Publikationen.pdf](http://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/02/Prof.-Dr.-Frank-Jacobi_Publikationen.pdf) (05.11.2015).
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler Müller, N. M., Pfister, H., & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Kaess, M., & Resch, F. (2015). Prävention psychischer Störungen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Eds.), *Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen* (pp. 88-98). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- 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.
- Kessler, R. C., & WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192 - 207.
- Kunz Heim, D. (2011). Burnout im Lehrberuf: Entstehung - Ursachen - Prävention. In W. Dür & R. Felder-Puig (Eds.), *Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung* (pp. 139-150). Bern: Huber.
- Kunz Heim, D., Arnold, C., Eschelmüller, M. & Achermann, E. (2013). Einschätzung von Prozess- und Output-Qualität durch Leitungspersonen von neu gebildeten Unterrichtsteams. In: M. Keller-Schneider, S. Albisser & J. Wissinger (Hrsg.), *Professionalität und Kooperation in Schulen. Beiträge zur Diskussion über Schulqualität* (S. 138-151). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A., & Krause, A. (2014a). Negative Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerbildung*, 32(2), 280-295.
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A., & Krause, A. (2014b). Effekte von arbeitsbedingten und personalen Ressourcen auf das Arbeitsengagement und das Engagement für die Schulentwicklung bei Lehrpersonen. *Empirische Pädagogik*, 28(2), 147-170.
- Kunz Heim, D., Brühlmann, J., Bürgisser, T., Conrad, C., Costantini, D. & Zumstein, B. (2015). Dokumentation zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit von Lehrpersonen. Retrieved from: [https://www.lch.ch/fileadmin/files/documents/Publikationen/150826\\_Dokumentation\\_zum\\_Schutz\\_der\\_Gesundheit\\_von\\_Lehrpersonen.pdf](https://www.lch.ch/fileadmin/files/documents/Publikationen/150826_Dokumentation_zum_Schutz_der_Gesundheit_von_Lehrpersonen.pdf).
- Landert, C., & Brägger, M. (2009). *LCH Arbeitszeiterhebung 2009 (AZE'09). Bericht zur Erhebung bei 5'000 Lehrpersonen im Zeitraum Oktober 2008 - September 2009 im Auftrag des Dachverbandes Schweizer Lehrerinnen und Lehrer LCH*. Zürich: Landert und Partner.
- Landert, C., Riedo, V., & Brägger, M. (2009). Arbeitssituation der Schulleitungen im Kanton Thurgau - Evaluation. Im Auftrag des Departements Erziehung und Kultur des Kantons Thurgau, Amt für Volksschule. Zürich: Landert und Partner.

- Laux, A. (2011). *Schulleitung im Mittelpunkt schulischer Gesundheit. Eine Studie zu der Gesundheit schulischer Führungskräfte und ihrer Rolle für die Lehrergesundheit* (Doctoral Dissertation). Universität Potsdam (Department Psychologie), Potsdam.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (Eds.). (1981). *Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt*. Bern: Huber.
- Lehr, D. (2014). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. - Gesundheitliche Situation und Evidenz für Risikofaktoren. In E. Terhart, H. Bennewitz, & M. Rothland (Eds.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (2 ed., pp. 947-967). Münster: Waxmann.
- Lehr, D., Koch, S., & Hillert, A. (2013). Stress-Bewältigungs-Trainings. Das Präventionsprogramm AGIL "Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf" als Beispiel eines Stress-Bewältigungs-Trainings für Lehrerinnen und Lehrer. In M. Rothland (Ed.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modell, Befunde, Interventionen* (2. ed., pp. 251-271). Wiesbaden: Springer VS.
- Maag Merki, K., & Büeler, X. (2002). Schulautonomie in der Schweiz: Eine Bilanz auf empirischer Basis. In H.-G. Rolff, H. G. Holtappels, K. Klemm, H. Pfeiffer, & R. Schulz-Zahnder (Eds.), *Jahrbuch der Schulentwicklung: Daten, Beispiele und Perspektiven* (Vol. 12, pp. 131-162). Weinheim: Juventa.
- Machmutow, K., Perren, S., Sticca, F., & Alsaker, F. D. (2012). Peer victimisation and depressive symptoms: can specific coping strategies buffer the negative impact of cybervictimisation? *Emotional & Behavioral Difficulties*, 17(3), 18.
- Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B., & Delgrande Jordan, M. (2015). *Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986 - Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children". Zusammenfassung*. Lausanne: Sucht Schweiz. Retrieved from [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Zusammenfassung\\_HBSC\\_2014-D.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Zusammenfassung_HBSC_2014-D.pdf) (29.09.2015).
- Marschall, P. (1989). Self-report and stability of physical symptoms in adolescents. *Adolescence*, 24, 209-2016.
- Mash, E. J. (2006). Treatment of child and family disturbance. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3 ed., pp. 3-62). New York: The Guilford Press.
- Meidert, U. (2014). Die Gesundheit von Jugendlichen. In, Universität Zürich, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (Ed.), *Gesundheit im Kanton Zürich. Band 2: Entwicklungen seit 2007* (pp. 43-56). Zürich: UZH, EBPI.
- Melfsen, S., & Walitza, S. (2015). Prävention von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter am Beispiel von Angst- und Zwangsstörungen. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Eds.), *Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen* (pp. 76-88). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Melzer, W., & Kruse, A. (2007). Gewalttätige und aggressive Schüler: Mobbing Typologie und pädagogische Handlungsmöglichkeiten. In R. Lehberger & U. Sandfuchs (Eds.), *Schüler fallen auf. Heterogene Lerngruppen in Schulen und Unterricht*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Nido, M., Trachsler, E., Ackermann, K., Brüggen, S., & Ulich, E. (2008). *Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen von Lehrpersonen und Schulleitungen im Kanton Aargau 2008: Ergebnis der Untersuchung im Auftrag des Departements Bildung, Kultur und Sport (BKS, Kanton Aargau)*. Aarau: Departement Bildung, Kultur und Sport.
- Olweus, D. (1993). *Bullying in school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Opp, G. (2009). Gefühls- und Verhaltensstörungen. Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen, Prävalenz. In G. Opp & G. Theunissen (Eds.), *Handbuch schulische Sonderpädagogik* (pp. 227-234). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), & Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). (2014). *Beiträge zur sozialen Sicherheit. Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Retrieved from [https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop\\_bbl/bp/updatesItems/\(cpgnum=1&layout=7.01-13\\_125\\_68\\_76\\_6\\_127&cquery=\\*Psychische%20Gesundheit\\*&uiarea=2&carearea=%24ROOT\)/.do?next=seeltem&itemkey=0024817F68691EE1B4AF2E0C38C18F072C59E545D7371EE5A2BBA3691F96028A&areakey=0024817F68691EE1B4AF2E0C38C18F07&lastVisited=catalogQuery&isProductList=&itemPageSize=10&page=1&display\\_scenario=query&xsrfid=12fHtgXvjz6mWz6PVGXqRdAYCIsf\\_9kl-cA&isQuery=yes&detailScenario=&xsrfid=12fHtgXvjz6mWz6PVGXqRdAYCIsf\\_9kl-cA](https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_bbl/bp/updatesItems/(cpgnum=1&layout=7.01-13_125_68_76_6_127&cquery=*Psychische%20Gesundheit*&uiarea=2&carearea=%24ROOT)/.do?next=seeltem&itemkey=0024817F68691EE1B4AF2E0C38C18F072C59E545D7371EE5A2BBA3691F96028A&areakey=0024817F68691EE1B4AF2E0C38C18F07&lastVisited=catalogQuery&isProductList=&itemPageSize=10&page=1&display_scenario=query&xsrfid=12fHtgXvjz6mWz6PVGXqRdAYCIsf_9kl-cA&isQuery=yes&detailScenario=&xsrfid=12fHtgXvjz6mWz6PVGXqRdAYCIsf_9kl-cA) (27.05.2016).
- Pekruhl, U., Dorsemagen, C., Kölliker, A., & Krause, A. (2011). *Arbeitszeit und Arbeitsorganisation der Schulleitungen an den Volksschulen des Kantons Basel-Landschaft. Projektbericht für die Bildungs-, Kultur- und Sportdirektion Basel-Landschaft*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Perfect, M. M., & Morris, R. J. (2011). Delivering school-based mental health services by school psy-

- chologists: Education training and ethical issues. *Psychology in the Schools*, 48(10), 1049-1063.
- Perren, S., Von Wyl, A., Stadelmann, S., Burgin, D., & von Klitzing, K. (2006). Associations between behavioral/emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 867-876.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48-57.
- Petermann, U., Döpfner, M., Lehmkuhl, G., & Scheithauer, H. (2000). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (pp. 30-65). Berlin: Hogrefe.
- Plück, J., Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9(3), 133-142.
- Prehler, M., Kupfer, J., & Brähler, E. (1992). Der Giessener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42, 71-76.
- Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG). (2012). *Ein Gehör für Kinder psychisch kranker Eltern*. Retrieved from [https://www.pdag.ch/pdag/medien/aktuelles/?tx\\_ttnews%5Byear%5D=2012&tx\\_ttnews%5Bmonth%5D=10&tx\\_ttnews%5Bday%5D=02&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=29&cHash=d07cd1cdccb94d108b44f65bd7595598](https://www.pdag.ch/pdag/medien/aktuelles/?tx_ttnews%5Byear%5D=2012&tx_ttnews%5Bmonth%5D=10&tx_ttnews%5Bday%5D=02&tx_ttnews%5Btt_news%5D=29&cHash=d07cd1cdccb94d108b44f65bd7595598) (20.05.2016).
- Public Health Schweiz (Ed.). (2014). *Schweizer Manifest für Public Mental Health*. Olten. Retrieved from [http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer\\_Manifest\\_fur\\_Public\\_Mental\\_Health-001.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-001.pdf) (10.06.2015).
- Radio SRF (2016). *Der Ritalingraben: Tessiner Kinder erhalten weniger Psychopharmaka*. Radiosendung vom Sonntag, den 10. April 2016 um 20:03 Uhr. Zürich: Schweizer Radio und Fernsehen. Retrieved from <http://www.srf.ch/sendungen/input/der-ritalingraben-tessiner-kinder-erhalten-weniger-psychopharmaka> (22.09.2016).
- RADIX Zentralschweiz, Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen, SNGS, Luzern, in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung. (2008). *Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern, Factsheet*. Retrieved from [http://www.radix.ch/files/ZQZ4I4H/factsheet\\_psychische\\_gesundheit.pdf](http://www.radix.ch/files/ZQZ4I4H/factsheet_psychische_gesundheit.pdf) (10.06.15).
- 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 Jugend-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., & Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of need, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26, 1-13.
- Remschmidt, H. (2007). School violence: Epidemiology, background and prevention. In H. Remschmidt, B. Nurcombe, M. L. Belfer, N. Sartorius, & A. Osaka (Eds.), *The mental health of children and adolescents. An area of global neglect* (pp. 179-191). Chichester: Wiley.
- Renneberg, B., Heidenreich, T., & Noyon, A. (2009). *Einführung Klinische Psychologie*. München: Reinhardt.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rohrbach, W., & Kuntsche, E. (2012). Gewalt und Unfälle. In E. Kuntsche & M. Delgrande Jordan (Eds.), *Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Schweiz. Ergebnisse einer nationalen Befragung* (pp. 155-168). Bern: Hans Huber.
- Schaarschmidt, U., & Kieschke, U. (2013). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In M. Rothland (Ed.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen* (2. ed., pp. 81-98). Wiesbaden: Springer.
- Schaarschmidt, U., & Kieschke, U. (2007). *Gerüstet für den Schulalltag. Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer*. Weinheim: Beltz.
- Schäfer, M., & Albrecht, A. (2004). "Wie du mir, so ich dir?" - Prävalenz und Stabilität von Bullying in Grundschulklassen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 57, 136-150.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *UWES Utrecht Engagement Scale. Preliminary Manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit.
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Siegemund, S. (2013). Depressionen. In A. Castello (Ed.), *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis* (pp. 68-80). Stuttgart: Kohl-



- hammer.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27-41.
- Siegrist, J., & Matschinger, H. (1989). Restricted status control and cardiovascular risk. In A. Steptoe & A. Appels (Eds.), *Stress, personal control and health* (pp. 65-82). Oxford: John Wiley & Sons.
- Sosnowsky-Waschek, N. (2013). Burnout - Kritische Diskussion eines vielseitigen Phänomens. In M. Rothland (Ed.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrberuf. Modelle, Befunde, Interventionen* (2. ed., pp. 117-135). Wiesbaden: Springer.
- Steinhausen, H.-C. (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (7 ed.). München: Urban & Fischer.
- Sticca, F., & Perren, S. (2013). Is cyberbullying worse than traditional bullying? Examining the differential roles of medium, publicity, and anonymity for the perceived severity of bullying. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(5), 739-750.
- Stormont, M., Reinke, W. M., & Herman, K. C. (2010). Using prevention science to address mental health issues in schools. *Psychology in the Schools, 47*, 1-4.
- Trussell, R. P. (2008). Promoting school-wide mental health. *International Journal of Special Education, 23*(3), 149-155.
- Tyano, S., & Fleischman, A. (2007). Public awareness of child and adolescent mental health: A review of the literature. In H. Remschmidt, B. Nurcombe, M. L. Belfer, N. Sartorius, & A. Osaka (Eds.), *The mental health of children and adolescents. An era of global neglect* (pp. 13-26). Chichester: Wiley.
- Ulich, E., & Wülser, M. (2004). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- UNICEF. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child wellbeing in rich countries. Innocenti report card 7*. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre.
- UNICEF. (2013). *Child well-being in rich countries. A comparative overview. Innocenti report card 11*. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Van Dick, R., & Wagner, U. (2001). Der AVEM im Lehrberuf: Eine Validierungsstudie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22*, 267-278.
- von Grunigen, R., Perren, S., Nagele, C., & Alsaker, F. D. (2010). Immigrant children's peer acceptance and victimization in kindergarten: the role of local language competence. *Developmental Psychology, 28*(3), 679-697.
- Vostanis, P., Humphrey, N., Fitzgerald, N., Deighton, J., & Wolpert, M. (2013). How do schools promote emotional well-being among their pupils? Findings from a national scoping survey of mental health provision in English schools. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 151-157.
- Wahl, M. S., Patak, M. A., Pössel, P., & Hautzinger, M. (2011). A school-based universal programme to prevent depression and to build up life skills. *Journal of Public Health, 19*(4), 349-356.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., . . . Üstün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry, 6*(3), 177-185.
- Weare, K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in School Mental Health Promotion, 3*(1), 5-17.
- Weare, K. (2013). Child and adolescent mental health in schools. *Child and Adolescent Mental Health, 18*(3), 129-130.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International, 26*, 29-69.
- Weist, M. D., Sander, M. A., Walrath, C., Link, B., Nabors, L., Adelsheim, S., .Carillo, C. (2005). Developing principles for best practice in expanded school mental health. *Youth and Adolescence, 34*(1), 7-13.
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Social Science & Medicine, 44*(6), 833-858.
- Wettach, R., Krenz, S., Meyer, C., & Frey, D. (2015). *Psychosoziale Gesundheit in der Schule: Ausgangslage, theoretische Hintergründe, bestehende Programme. Auszug aus dem Schlussbericht*. Zürich: Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich.
- Wiederkehr, S. (2014). *Schutzfaktoren für eine gesunde psychosoziale Entwicklung bei Jugendlichen*. Folien präsentiert am Meeting der Organisation MBA (Mittelschul- und Berufsbildungsamt Prävention und Sicherheit), Erfahrungs- und Impulstagung, Zürich am 26.09.2014.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Steinhausen, H. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wong, M., Rosemond, M., Stein, B. D., Langley, A. K., Kataoka, S. H., & Nadeem, E. (2007). School-based mental health intervention for adolescents exposed to violence. *Prevention Researcher*, 14(1), 17-20.
- World Health Organization (WHO) (Ed.). (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva.